

# Cognitieve gedragstherapie voor chronische pijn: in groep en boodschap vereenvoudigen?

## Referentie

Thorn BE, Eyer JC, Van Dyke BP, et al. Literacy-adapted cognitive behavioral therapy versus education for chronic pain at low-income clinics: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2018;168:471-80.  
DOI: 10.7326/M17-0972

## Duiding

Gilles Henrard, Département de Médecine générale, Université de Liège

## Klinische vraag

Wat is bij volwassen patiënten met chronische pijn en laag niveau van gezondheidsgeletterdheid de effectiviteit van sessies cognitieve gedragstherapie of eenvoudige educatie in groep en onder vereenvoudigde vorm, op vlak van pijnreductie in vergelijking met gewone zorg?

## Achtergrond

De huidige aanbeveling voor de aanpak van chronische pijn in de eerste lijn legt het accent op een niet-medicamenteuze aanpak, vooral op cognitieve gedragstherapie (1). Jammer genoeg blijven deze behandelingen over het algemeen weinig toegankelijk, zowel in sé als contextueel, vooral voor economisch fragiele patiënten en/of patiënten met een lager niveau van gezondheidsgeletterdheid. Ter herinnering: gezondheidsgeletterdheid, een concept dat gerelateerd is aan alfabetisme, wordt gedefinieerd als de capaciteit om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen en toe te passen (2). Het idee om bij een publiek met een laag niveau van gezondheidsgeletterdheid de effectiviteit van een vereenvoudigde versie ('pro-geletterd' genoemd) van cognitieve gedragstherapie, bovendien in groep aangeboden, te onderzoeken was dus welgekomen.

## Samenvatting

### Bestudeerde populatie

- **open label** (behalve voor de effectbeoordelaars) gecontroleerde gerandomiseerde studie
- willekeurige spreiding over 3 groepen volgens een 1/1/1-verdeling: gewone zorg; sessies cognitieve gedragstherapie (bestaande uit motivationele versterking, educatie over pijn met inbegrip van schriftelijke en audio-CD-ondersteuning en ten slotte een praktische training van verschillende technieken voor relaxatie en zelfbehandeling van pijn) en educatieve sessies (dezelfde informatie en discussies als in de groep met cognitieve gedragstherapie maar zonder praktische training); voor beide laatste interventies gebeurden de sessies in groepen van 7 tot 9 deelnemers die 10 wekelijkse sessies van 90 minuten kregen, begeleid door 2 psychologen; zowel het protocol voor de begeleiding van de sessies als het materiaal dat de patiënten ter beschikking kregen, waren speciaal 'pro-geletterd' ontworpen voor deze studie, wat wil zeggen geschikt voor patiënten die zich op het 5<sup>de</sup> niveau van de **WRAT4**-schaal voor geletterdheid bevinden (3).

### Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria: patiënten met chronische pijn (het grootste deel van de dag sinds meer dan 3 maanden), Engelstalig en in staat om te communiceren (*zie manier van rekrutering en opvolging hieronder*)
- exclusie van patiënten met kankerpijn, met een « klinisch significant » cognitief deficit, met een ernstige en niet gecontroleerde mentale ziekte, met een zelfgerapporteerd courant gebruik van illegale middelen, bij wie de pijnbehandeling en/of psychotrope behandeling gewijzigd werd in de voorbije maand of bij wie het niveau van geletterdheid zich onder het eerste niveau van de WRAT4-schaal bevond

- de rekrutering vond plaats in 4 private eerstelijnsgezondheidscentra zonder winstgevend doel ten dienste van kwetsbare populaties in de V.S.
- van de 485 patiënten die a priori aan de inclusiecriteria voldeden en op een actieve manier gecontacteerd werden, waren er 82 onbereikbaar en 96 weigerden deel te nemen; men includeerde uiteindelijk 290 patiënten (70,7% vrouwen, gemiddelde leeftijd van 50,6 jaar (SD 8,9 jaar), die gemiddeld sinds 16,6 jaar (SD 12,2 jaar) pijn leden waarvan 144 lagerugpijn, 191 waren onder behandeling met opioïden en 210 (72,4%) bevonden zich onder de armoedegrens); 66,9% behoorde bovendien tot een etnische minderheid en 35,8% bevond zich onder het 5<sup>de</sup> niveau van de WRAT4-schaal voor geletterdheid.

### **Uitkomstmeting**

- primaire uitkomstmaat: zelfgeëvalueerde pijnintensiteit op de **Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF)** op 10 weken
- secundaire uitkomstmaten: lichamelijk functioneren, geëvalueerd met de BPI-SF Pain Interference subscale, en depressie, geëvalueerd met de **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**
- intention-to-treat-analyse, gecorrigeerd voor geslacht, behorend tot een minderheidsgroep, aantal jaren scholing en duur van de pijn
- de evaluatie vond plaats vóór de randomisatie, na 5 weken (halfweg behandeling), na 10 weken (na behandeling) en na 6 maanden tijdens lijfelijke contacten van 1 uur; om de effectgrootte te berekenen gebruikte men het mixed-effects-model
- deelnemers werden vergoed voor hun verplaatsingen en voor elk opvolgcontact.

### **Resultaten**

- primaire uitkomstmaat: sterkere daling van zelfgeëvalueerde pijnintensiteit voor en na de interventie in de groepen met cognitieve gedragstherapie en educatie versus gewone zorg (cognitieve gedragstherapie: -0,80 (met 95% BI van -1,48 tot -0,11; p=0,022); educatie: -0,57 (met 95% BI van -1,04 tot -0,10; p=0,018); de gemiddelde pijn bij start van de studie bedroeg 6,5 in de 3 groepen; na 6 maanden behield alleen de educatiegroep een voordeel ten opzichte van de groep met gebruikelijke zorg
- secundaire uitkomstmaten: statistisch significante verbetering voor lichamelijk functioneren in de groepen met cognitieve gedragstherapie en educatie versus gebruikelijke zorg, met behoud na 6 maanden; geen verschil voor depressie in vergelijking met gewone zorg.

### **Besluit van de auteurs**

De auteurs besluiten dat zowel sessies met cognitieve gedragstherapie als educatieve sessies in groep en onder vereenvoudigde vorm rekening houdend met het niveau van de gezondheidsgeletterdheid van de deelnemers, aangeboden in gezondheidscentra die patiënten met een laag inkomen behandelen, op een significante manier de pijn en het lichamelijk functioneren verbeteren in vergelijking met gebruikelijke zorg.

### **Financiering van de studie**

Patient-Centered Outcomes Research Institute en University of Alabama (V.S.).

### **Belangenvermenging van de auteurs**

De eerste auteur verklaart vergoedingen, gelinkt aan de studie, te hebben ontvangen van de Universiteit van Alabama.

## Bespreking

### Methodologische beschouwingen

De methodologie van deze studie lijkt ons voldoende strikt en duidelijk gerapporteerd. De studiepopulatie wordt nauwkeurig beschreven en de flowchart illustreert op een duidelijke manier de studieuitval. Ook de randomisatie is goed gerapporteerd (36 groepen verdeeld over 4 rekruteringsites). Het gedeeltelijke open-label-protocol van de studie was onvermijdelijk gezien het type van de interventies. Een kwart van de groepssessies (willekeurig gekozen) werd gefilmd om de trouwheid van de begeleidende psychologen aan het begeleidingsprotocol te verifiëren. De auteurs merken op dat er tijdens de rekrutering een niet te vermijden risico van bias door autoselectie van de patiënten is opgetreden. Aangezien pijnintensiteit een subjectieve uitkomstmaat is, kan informatiebias niet uitgesloten worden. Het pragmatische karakter van de studie (4) valt op met naast een sterke verankering van de onderzoeksvraag en het onderzoeksterrein in de praktijk, brede inclusiecriteria en natuurlijk de ITT-analyse. Een reeks wijzigingen van het protocol (tussentijdse tussenkomsten tussen 2013 en 2014) wordt in een tabel van de supplementen kort gesignaleerd zonder dat we de onderliggende motivatie kunnen beoordelen.

### Interpretatie van de resultaten

De klinische relevantie van de statistisch significante verschillen zijn redelijkerwijs bediscussieerbaar. Voor de primaire uitkomstmaat bijvoorbeeld is er met cognitieve gedragstherapie versus gebruikelijke zorg een vermindering van pijnintensiteit met 0,8 op een schaal van 0 tot 10, en is de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval slechts - 0,11. Maar gezien de veronderstelling van een grotere financiële en culturele toegankelijkheid van cognitieve gedragstherapie onder deze vereenvoudigde vorm in groep, zijn deze resultaten toch bemoedigend, niettegenstaande we enkel tot een equivalentie kunnen besluiten. Afzonderlijke analyses van cognitieve gedragstherapie onder individuele vorm of in groep, en vereenvoudigd of niet, zouden wetenschappelijk interessant kunnen zijn om het intrinsieke effect van deze twee variabelen te kunnen onderscheiden. Evenzo zou het mogelijk moeten zijn om de vereenvoudigde cognitieve gedragstherapie te toetsen in populaties met een verschillend niveau van geletterdheid. Hiermee zouden we kunnen bepalen of deze aanpak als specifiek voor een publiek met een laag niveau van geletterdheid beschouwd moet worden of als algemeen aanbevolen kan worden. De auteurs hebben geen analyse in functie van het type chronische pijn uitgevoerd. Het behoud van de gevonden effecten op langere termijn alsook de eventuele effectiviteit van herhaalsessies zou eveneens interessant kunnen zijn om te evalueren. De studie vond plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg ook al is het moeilijk om te beoordelen of deze context vergelijkbaar is met onze Belgische eerstelijnsgezondheidszorg, vooral op het vlak van de intensiteit van de gebruikelijke zorg, de mogelijkheid om de interventie in de praktijk te organiseren en te financieren en de vorming van de zorgverleners. De auteurs rapporteren twee verwijzingen naar de spoedgevallendienst wegens suïcidale ideatie, in eerste instantie niet gerelateerd aan de interventies. De redenen van studieuitval worden onderverdeeld in «contactverlies» (n=107), «onmogelijkheid om de sessies te volgen ondanks een duidelijke interesse» (n=8) of «een gebrek aan interesse» (n=6). Het zou interessant geweest zijn om te trachten a posteriori de exacte redenen van deze talrijke «contactverliezen» te preciseren. Het nochtans zeer hoge percentage van blijvende deelname aan de studie (83,1% na behandeling) was mogelijk door de actieve betrokkenheid van de medewerkers van het gezondheidscentrum. Zij namen immers deel aan de rekrutering en telefoneerden op regelmatige basis de deelnemers, een betrokkenheid die mogelijk het pragmatische karakter van de interventie vermindert. In meer algemene zin zijn studies die de invloed van een verandering van format van een interventie op haar impact bestuderen (namelijk aangepast aan het niveau van gezondheidsgeletterdheid van de patiënt om de «onnodige complexiteit ervan te verminderen»), zeer zeldzaam (5) alhoewel ze soms veelbelovend zijn (6). De hier besproken studie beantwoordt aan dit objectief. De bekommernis van de auteurs om het vereenvoudigde materiaal dat in deze studie gebruikt werd, vrij toegankelijk te maken (zie de link <http://pmt.ua.edu/publications.html>), is waardevol. Het zou enerzijds kunnen gebruikt worden door actoren die op het terrein betrokken zijn bij de aanpak van chronische pijn en anderzijds zou het kunnen bijdragen aan een grotere sensibilisering over het belang van gezondheidsgeletterdheid in de praktijk (7).

## Besluit van Minerva

Deze studie van goede methodologische kwaliteit toont aan dat de aanpak van chronische pijn door middel van sessies cognitieve gedragstherapie of educatie, uitgevoerd in groep en in vereenvoudigde vorm, aangeboden aan een economisch kwetsbaar publiek, haalbaar is en op zijn minst even effectief is als gebruikelijke zorg.

## Voor de praktijk

De actuele Belgische praktijkrichtlijn voor chronische pijn beveelt aan om bij deze patiënten cognitieve gedragstherapie te overwegen (GRADE 2C) (1). Deze studie onderbouwt deze aanbeveling door de weg te openen voor haar implementatie onder vereenvoudigde vorm ('pro-geletterdheid' genoemd) en in groep.

### Referenties

1. Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Richtlijn Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Herziening 2017.
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80
3. Wilkinson GS. WRAT4: Wide Range Achievement Test. Psychological Assessment Resources; 2006. 494 p. DOI: 10.1002/9780470479216.corpsy1038
4. Michiels B. Wat is er zo speciaal aan pragmatische klinische studies? *Minerva* 2014;13(10):129.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess* 2011;(199):1-941.
6. Barton JL, Trupin L, Schillinger D, et al. Use of low-literacy decision aid to enhance knowledge and reduce decisional conflict among a diverse population of adults with rheumatoid arthritis: results of a pilot study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016;68:889-98. DOI: 10.1002/acr.22801
7. Henrard G, Vanmeerbeek M, Belche JL, et al. En quoi la «littératie» en santé intéresse-t-elle le clinicien de terrain? Un cadre stimulant pour réfléchir à l'efficacité pratique des soins. *Rev Méd Liège* 2017;72:1-12. Beschikbaar op: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/219753>