

Ouderen met chronische pijn behandelen met emotionele bewustwordings- en expressietherapie?

Referentie

Yarns BC, Jackson NJ, Alas A, et al. Emotional awareness and expression therapy vs cognitive behavioral therapy for chronic pain in older veterans. *JAMA Network Open* 2024;7:e2415842. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15842

Duiding

Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Is emotionele bewustwordings- en expressietherapie superieur aan cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van chronische pijn bij oudere mannen?

Achtergrond

Chronische pijn komt voor bij ongeveer 20% van de volwassen bevolking in ontwikkelde landen (1). Bovendien neemt chronische pijn toe met ouder worden en heeft deze klacht een negatieve impact op de levenskwaliteit (2-7). In eerdere besprekingen van Minerva bespraken we reeds het nut van educatie en cognitieve gedragstherapie (CGT) (8,9) en van hypnose en mindfulness (10,11) voor de behandeling van chronische pijn. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie van goede methodologische kwaliteit toonde aan dat sessies CGT of educatie in groep haalbaar en minstens even effectief zijn als gebruikelijke zorg bij volwassenen met chronische pijn en een laag niveau van geletterdheid (10,11). Uit een andere RCT bleek dat hypnose en mindfulness de pijn in beperkte mate doen afnemen bij veteranen met chronische pijn (8,9). Andere studies toonden ook aan dat emotionele bewustwordings- en expressietherapie (*Emotional Awareness and Expression Therapy* of EAET) superieur is aan cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van chronische pijn (12,13). Deze therapie, die vooral focust op het verwerken en reguleren van emoties, is opnieuw onderzocht in een studie bij oudere veteranen (14).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- rekrutering via doorverwijzing uit ambulante klinieken in Los Angeles, via brieven aan patiënten, alsook via zelfaanmelding met folders
- inclusiecriteria: veteranen van 60 tot 95 jaar oud met minstens 3 maanden musculoskeletale pijn (rugpijn, been- of bekkenpijn), nekpijn of whiplash, kaakgewrichtsaandoening, fibromyalgie, spanningshoofdpijn of een combinatie van deze klachten
- exclusiecriteria: pijn secundair aan andere aandoeningen zoals kanker, auto-immuunziekte, sikkcelziekte, neuralgie, brandwonde, infectie, cauda equina syndroom, jicht, migraine of clusterhoofdpijn, radiologisch bevestigde heup- of knieartrose, radiculopathie, elektromyografisch bevestigd carpaal of tarsaal tunnelsyndroom, alsook psychotische stoornis of ernstige stemmingsstoornis niet onder controle met medicatie, ernstig alcohol- en middelenmisbruik, MMSE ≤ 24 , betrokken bij juridisch geschil in het kader van pijn, recent emotionele bewustwordings- en expressietherapie of cognitieve gedragstherapie (CGT) gehad als onderdeel van klinische zorg, deelname aan CGT in de voorbije 3 maanden, geen vloeiend Engels kunnen spreken, van plan zijn om binnen de komende 6 maanden te verhuizen
- uiteindelijke inclusie van 126 personen met een gemiddelde leeftijd van 71,9 (SD 5,9) jaar, 92% mannen; 55% was zwart of Afro-Amerikaans en 31% wit; 96% van de deelnemers rapporteerde rugpijn (96%), vaak in combinatie met andere pijnlocaties; de pijn was gemiddeld reeds 23,3 (SD 17,7) jaar aanwezig en 11% van de deelnemers nam opioïden; 69% van de deelnemers had een psychiatrische aandoening en 37% een posttraumatische stressstoornis; de deelnemers

hadden gemiddeld 5 (SD 2,4) chronische aandoeningen en namen gemiddeld 9,6 (SD 4,8) voorgeschreven medicaties.

Onderzoeksopzet

Open-label gerandomiseerde gecontroleerde studie met twee parallelle studiearmen:

- emotionele bewustwordings- en expressietherapie (EAET) (n=66): onderdrukte emoties, die vaak verband houden met onopgeloste conflicten of trauma's uit het verleden, helpen herkennen en op een gezonde manier uiten en verwerken; door deze emoties te verwerken hoopt men zowel psychologische als fysieke klachten te verminderen
- cognitieve gedragstherapie (CGT) (n=60): onaangepaste denk- en gedrag patronen vervangen door alternatieve aangepaste copingvaardigheden, vertrekkend vanuit het inzicht dat chronische pijn leidt tot patronen van negatieve gedachten, gevoelens en gedrag die op hun beurt leiden tot ergere pijn en verminderd functioneren
- beide behandelingen bestonden uit een individuele sessie gevolgd door 8 groepsessies van telkens 90 minuten; alle sessies vonden face-to-face plaats; de groepen bestonden gemiddeld uit 6,3 (SD 1,6) personen en men nam gemiddeld deel aan 5,5 (SD 2,7) groepsessies; EAET-sessies werden gegeven door 1 psycholoog, 2 psychiaters en 1 psychiater in opleiding (die tijdens de studie afstudeerde) terwijl CGT sessies gegeven werden door 1 psycholoog en 3 postdoc geriatrische psychologie studenten.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verandering tussen beide groepen in ernst van de pijn gemeten met de **Brief Pain Inventory** bij aanvang, na behandeling (10 weken) en na 6 maanden; verschil tussen beide groepen in percentage deelnemers met een klinisch relevante pijnvermindering van minstens 30%, 50% of 70% ten opzichte van de beginwaarde
- secundaire uitkomstmaten: angst, depressie, vermoeidheid, levenskwaliteit, pijn interferentie (invloed van pijn op dagelijks functioneren), verstoring van de slaap, globaal ervaren verandering, tevredenheid over de therapie en de therapeut, posttraumatische stressstoornis
- intention-to-treatanalyse
- **mixed-effects lineair regressiemodel**
- moderatie-analyse om de invloed van depressie, angst en PTSS-symptomen op de effectiviteit van de behandeling na te gaan.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: EAET leidde in vergelijking met CGT tot een statistisch significante pijnreductie, zowel na 10 weken (gemiddeld verschil -1,59 met 95% BI van -2,35 tot -0,83, $p < 0,001$) als na 6 maanden (gemiddeld verschil -1,01 met 95% BI van -1,78 tot -0,24, $p = 0,01$); meer personen in de EAET-groep dan in CGT-groep hadden een klinisch relevante pijnreductie van minstens 30%, zowel na 10 weken (63% versus 17%; OR 21,54 met 95% BI van 4,66 tot 99,56; $p < 0,001$) als na 6 maanden (41% versus 14%; OR 7,24 met 95% BI van 1,74 tot 30,06; $p = 0,006$)
- van de secundaire uitkomstmaten:
 - na 10 weken zag men in de EAET-groep versus de CGT-groep een statistisch significante verbetering op vlak van angst (gemiddeld verschil -2,49; 95% BI van -4,30 tot -0,68, $p = 0,006$), depressie (gemiddeld verschil -3,06; 95% BI van -5,88 tot -0,25; $p = 0,03$), algemene levenskwaliteit (gemiddeld verschil 1,23; 95% BI van 0,36 tot 2,10; $p = 0,005$), PTSS-symptomen (gemiddeld verschil -4,39; 95% BI van -8,44 tot -0,34; $p = 0,03$), globaal ervaren verandering (gemiddeld verschil 1,46; 95% BI van 0,77 tot 2,15; $p < 0,001$), algemene tevredenheid (gemiddeld verschil 0,28; 95% BI van 0,12 tot 0,45; $p < 0,001$)
 - na 10 weken zag men in de EAET-groep versus de CGT-groep een statistisch significante verbetering van depressie (gemiddeld verschil -2,39; 95% BI van -4,33 tot

-0,45; $p=0,02$) en van globaal ervaren verandering (gemiddeld verschil 1,24; 95% BI van 0,62 tot 1,86; $p<0,001$)

- personen met hogere mate van depressie, angst en PTSS bij aanvang ervoeren een groter effect van EAET vergeleken met CGT.

Besluit van de auteurs

De resultaten van deze gerandomiseerde klinische studie suggereren dat emotionele bewustwordings- en expressietherapie een te verkiezen interventie kan zijn voor medisch en psychiatrisch compliceerde patiënten met pijn. De maatschappelijke last van chronische pijn zou verder verminderd kunnen worden door de principes van emotionele bewustwordings- en expressietherapie verder in te bedden in de reguliere klinische zorg van chronische pijn.

Financiering van de studie

Het project werd gefinancierd door de Career Development Award.

Belangenconflicten van de auteurs

Verschillende auteurs kregen subsidies van het Amerikaans Departement van Veteran Affairs, een digitale therapie technologie organisatie, voor het geven van training en van verschillende farmaceutische bedrijven buiten de ingediende studie; één auteur gaf trainingen aan hulpverleners over de therapie die in deze studie getest werd.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze open-label gerandomiseerde gecontroleerde studie werd op een degelijke manier uitgevoerd en men volgde de CONSORT-richtlijnen bij de rapportering. Er werd op voorhand een protocol opgesteld en geregistreerd. Een geblindeerde onderzoeker genereerde het randomisatieschema met behulp van een computerprogramma. Ook concealment of allocation werd gerespecteerd. De therapeuten kon men uiteraard niet blinderen na de toewijzing. Evenmin kon men de deelnemers blinderen voor de toegewezen behandeling. Om performance- en detectiebias te beperken bracht men de deelnemers echter niet op de hoogte van de onderzoekshypothese. Beide behandelingen werden namelijk voorgesteld als werkzaam voor chronische pijn en uitgevoerd door getrainde therapeuten op basis van beschikbare handleidingen. Bovendien kregen beide groepen evenveel en even lange individuele en groepsessies en werd er een vergelijkbare didactiek toegepast. Omdat pijn een subjectief gevoel is kon men niet anders dan een gevalideerde zelfrapportage vragenlijst gebruiken. Bias door sociaal wenselijke antwoorden bleef mogelijk beperkt door de geheimhouding van de onderzoekshypothese voor de deelnemers. Om de correcte en uniforme uitvoering van de behandelingen na te gaan, werden de sessies opgenomen en was er bij een aantal sessies een externe supervisor aanwezig die het correct uitvoeren van de behandeling beoordeelde aan de hand van een gestandaardiseerd beoordelingsformulier. In het algemeen werd het behandelprotocol goed nageleefd.

De onderzoekers voerden a priori ook een powerberekening uit voor verandering in ernst van pijn na 10 weken behandeling (primaire uitkomstmaat). Hieruit bleek dat 120 personen (60 per groep) nodig waren om een gemiddeld verschil van 0,70 punt op 10 punten op te merken. Deze schatting was zonder referentie gebaseerd op preliminaire gegevens van de populatie. Uiteindelijk werden 126 deelnemers gerandomiseerd, waarvan er 111 de vragenlijst na 10 weken behandeling invulden en 104 na follow-up. Op 10 weken bleven er dus net te weinig deelnemers over om voldoende power te behouden, maar ondanks deze beperking vond men toch veel statistisch significante resultaten.

Beoordeling van de resultaten

De resultaten tonen aan dat emotionele bewustwordings- en expressietherapie een beter behandel-effect heeft dan cognitieve gedragstherapie voor de aanpak van chronische pijn bij oudere personen. Op een schaal van 0 tot 10 was de ernst van de pijn in de interventiegroep versus de

controlegroep met gemiddeld anderhalf punt meer gedaald na 10 weken behandeling en met een volledig punt meer na een follow-up van 6 maanden. Na dichotomisatie van de resultaten zag men ook een duidelijke winst in de groep met emotionele bewustwordings- en expressietherapie. De kans om een klinisch relevante daling van minstens 30% in pijnreductie (dus een daling met 3 punten) ten opzichte van de beginwaarde te bereiken was twintigmaal groter in de interventiegroep versus de controlegroep na 10 weken behandeling. Ondanks de superieure pijnreductie met EAET vergeleken met CGT moeten we wel benadrukken dat beide behandelingen een statistisch significante pijnreductie gaven na 10 weken behandeling. In tegenstelling tot EAET hield dit effect voor CGT echter niet aan na 6 maanden follow-up. Dat zou er mogelijk kunnen op wijzen dat EAET voornamelijk op langere termijn een meer effectieve behandeling is. Voorts zien we ook dat de sessies EAET voornamelijk werden geleid door afgestudeerde psychologen en psychiaters terwijl het bij CGT ging om postdoc studenten psychologie. Mogelijk heeft de opleiding en ervaring van de therapeuten mee het effect bepaald en zijn de resultaten van CGT in deze studie mogelijk onderschat als gevolg van de minder ervaren therapeuten.

Bij deze studie zijn belangrijke opmerkingen te maken met betrekking tot de extrapoleerbaarheid van de resultaten naar de Belgische ouderenpopulatie. De studie werd uitgevoerd bij Amerikaanse veteranen, dus voornamelijk een mannelijke populatie. Dit is van belang omdat onderzoek aantoonde dat mannen gemiddeld minder hulpzoekend gedrag vertonen en sneller uitvallen uit een behandeling (15-18) wat aanleiding zou kunnen geven tot een zwakkere uitkomst voor mannen in de reële klinische praktijk. Chronische pijn komt bovendien ook vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (19-22). Het gaat bovendien om een populatie die vaak een hoge prevalentie van pijn en complexe psychiatrische aandoeningen vertoont, waaronder ook posttraumatische stressstoornis (prevalentie van PTSS bedroeg 37% in deze studie) (23-26). Deze cijfers zijn niet representatief voor de algemene oudere bevolking in België. De resultaten zijn dus voornamelijk extrapoleerbaar naar oudere mannelijke individuen met primaire chronische pijn met (complexe) psychiatrische comorbiditeit. De hoge aanwezigheid van PTSS en andere psychische klachten in deze steekproef zou bovendien deels kunnen verklaren waarom EAET in deze groep met (onverwerkte) trauma's zo werkzaam blijkt te zijn. De moderatie-analyse toont overigens een sterker effect van EAET naarmate er meer emotionele klachten in de vorm van depressieve symptomen, angstsymptomen of PTSS aanwezig zijn. Hieraan moet wel worden toegevoegd dat personen met een psychotische stoornis of een ernstige stemmingsstoornis niet onder controle met medicatie, ernstig middelenmisbruik en cognitieve stoornissen (MMSE \leq 24) uitgesloten zijn. Ook dat bemoeilijkt de extrapolatie want PTSS en middelenmisbruik komen vaak samen voor.

De helft van de bestudeerde populatie was zwart of Afro-Amerikaans wat dus evenmin overeenkomt met de doorsnee oudere bevolking in België. En ten slotte moeten we ook wijzen op de aanzienlijke heterogeniteit in de duur van de pijn: gemiddeld 23,3 jaar maar met een brede spreiding (SD 17,7).

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

In een richtlijn van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) uit 2017 over de aanpak van chronische pijn in de eerste lijn wordt als niet-medicamenteuze behandeling vooral fysieke activiteit, oefentherapie en manuele therapie aangeraden (respectievelijk GRADE 1A, 2B en 2C) (27). Men raadt ook aan om cognitieve gedragstherapie (CGT) te overwegen (GRADE 2C), terwijl emotionele bewustwordings- en expressietherapie (EAET) niet vermeld wordt. Ook in de NICE-richtlijn over de aanpak van chronische pijn wordt fysieke activiteit aangeraden, alsook *acceptance and commitment* (ACT-) therapie en cognitieve gedragstherapie, terwijl EAET evenmin vermeld wordt (28).

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde open-label gerandomiseerde gecontroleerde studie toont aan dat emotionele bewustwordings- en expressietherapie superieur is aan cognitieve gedragstherapie in een populatie met voornamelijk mannelijke oudere veteranen met chronische pijn. Extrapolatie naar de algemene ouderenpopulatie met chronische pijn wordt bemoeilijkt wegens de specifieke mannelijke

studiepopulatie die ook vaak complexe psychiatrische klachten heeft. Meer onderzoek naar het gebruik van emotionele bewustwordings- en expressietherapie als alternatief voor cognitieve gedragstherapie in een bredere groep van patiënten met primaire chronische pijn is dus zeker wenselijk.

Referenties zie website.