

# Psychotherapie voor depressie in de eerste lijn?

- **Klinische vraag** Is psychotherapie werkzaam voor de behandeling van depressie in de eerste lijn?
- **Achtergrond** Verschillende onderzoeken tonen aan dat psychotherapie werkzaam is voor de behandeling van depressie<sup>1</sup>. De meeste patiënten met depressie worden behandeld in de eerste lijn. Omdat depressieve stoornissen in de eerste lijn waarschijnlijk minder ernstig verlopen<sup>2</sup>, kunnen we ons de vraag stellen of psychotherapie in de eerste lijn even effectief is als in de tweede of de derde lijn.

**Analyse**  
G. Pieters

**Referentie**  
Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson C. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e51-e60.

## Methodologie

Systematische review en meta-analyse

### Geraadpleegde bronnen

- PubMed, PsycINFO, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (van 1966 tot 2007)
- Dissertation Abstracts International voor ongepubliceerde studies
- literatuurlijsten van meta-analyses en van geïncludeerde studies.

### Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: RCT's in de eerste lijn bij volwassenen met een depressieve stoornis of met een toename van depressieve symptomen, vergelijking van het effect van een psychologische behandeling in de eerste lijn met een controlebehandeling
- exclusiecriteria: studies met patiënten jonger dan achttien jaar, psychologische behandeling onlosmakelijk verbonden met andere aspecten van de interventie, gehospitaliseerde patiënten, focus op herhalpreventie, patiënten met eerder een angststoornis dan een depressie, niet mogelijk om effectgrootte te berekenen, geen exclusie van medische of psychiatrische co-morbiditeit
- 890 gevonden publicaties, vijftien RCT's in de eerste lijn, twintig vergelijkingen tussen psychotherapie en een controlebehandeling.

### Bestudeerde populatie

- 1 505 patiënten met matige tot ernstige depressie volgens **BDI** (Beck depression inventory) en **HAM-D** (Hamilton rating scale for depression); 804 patiënten (11 tot 93 per studie) kregen psychotherapie, 701 patiënten (13 tot 92 per studie) kregen een controlebehandeling
- rekrutering: via verwijzing door de huisarts in zeven studies, via screening in zes studies, niet gerapporteerd in twee studies.

## Uitkomstmeting

- **standardised mean difference (SMD)** voor de symptoomscore van depressie (BDI, HAM-D) tussen psychotherapie en controlebehandeling
- **NNT**: aantal patiënten te behandelen met psychotherapie om bij één patiënt extra een gunstig resultaat te bekomen versus een controlebehandeling
- meta-analyse met random effects model
- statistische heterogeniteit met **Q-** en **I<sup>2</sup>-test**
- metaregressie-analyse voor verschil met andere settings.

## Resultaten

- **SMD** voor symptoomscore van depressie tussen psychotherapie en controlebehandeling in de eerste lijn bedroeg 0,31 (95% BI van 0,17 tot 0,45;  $I^2=45,58$ ); **NNT=5,75**
- **SMD** was groter in studies bij patiënten verwezen door de huisarts (0,43; 95% BI van 0,28 tot 0,58) dan in studies bij patiënten gerekruteerd via screening (0,13; 95% BI van -0,08 tot 0,34, dus niet significant).

## Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat, hoewel het om een beperkt aantal studies met wisselende kwaliteit gaat, psychotherapie voor depressie effectief is in de eerste lijn, vooral wanneer de patiënten door hun huisarts verwezen zijn.

**Financiering:** Vrije Universiteit Amsterdam, universiteit van Linköping en het Karolinska Instituut

**Belangenconflict:** de auteurs verklaren geen belangenconflict te hebben.

1. Cuijpers P, van Straten A, Andersson C, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:909-22.
2. van Weel-Baumgarten EM, van Rijswijk E. The practice guideline 'Anxiety disorders' (first revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of general practice. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1197-9.
3. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E, et al. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med*, published online 03 Jun 2009.
4. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. *Clinical practice guideline* 23. *NICE* 2004.
5. De Meyere M. Verband tussen ernst van depressie en werkzaamheid van nieuwere antidepressiva? *Minerva* 2008;7(8):118-9.
6. Pignone MP, Caynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task

- Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
7. Baas K, Wittkamp K, van Weert H, et al. Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert weinig op. *Huisarts Wet* 2009;52:269-74.
8. Goedhuys J. Counseling in de eerste lijn: huisartsen versus niet-medisch geschoolde medewerkers. *Minerva* 1999;28(1):33-5.
9. Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson C. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1675-85.
10. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson C. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 2009;26:279-88.
11. Heyman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. *Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts*. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.

## Methodologische beschouwingen

Dit is een correct uitgevoerde systematische review en meta-analyse. De onderzoekers vonden slechts vijftien studies in de eerste lijn. Publicatiebias spoorden ze op met een funnel plot en de trim and fill methode. Geen van beide technieken kon publicatiebias aantonen. De onderzoekers beoordeelden de kwaliteit van de studies op **concealment of allocation** (gebeurd in acht studies), blinding van effectbeoordelaars (gebeurd in dertien studies), volledigheid van follow-up gegevens (voldoende in veertien studies) en intention to treat analyse (toegepast in tien studies). Bij studies met psychologische interventies is blinding van de deelnemers praktisch niet mogelijk. Dit criterium was dan ook niet opgenomen in de kwaliteitsbeoordeling. De effectgrootte was kleiner wanneer alleen studies met een intention to treat analyse geïnccludeerd werden. In een publicatie van dezelfde auteursgroep<sup>3</sup> bleek de effectgrootte van psychotherapie bij depressie ook lager wanneer studies met mindere kwaliteit bij de analyse uitgesloten werden.

Een minpunt is dat de controlebehandeling niet in alle studies duidelijk omschreven is en bovendien verschilt van studie tot studie. Deze belangrijke klinische heterogeniteit bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten.

## Interpretatie van de resultaten

Om de klinische relevantie van de effectgrootte in te schatten, baseerden de auteurs zich op een drempel van 0,50. Het invoeren van deze door NICE arbitrair gekozen drempel was oorspronkelijk bedoeld om effectgroottes te vergelijken<sup>4</sup>. Een drempel van 0,50 moest overschreden worden wilde men een beperkt effect aantonen (drempel > 0,50 staat voor een matig effect en 0,80 betekent een groot effect)<sup>5</sup>. De gepoolde effectgrootte van 0,31 beschouwden de auteurs dus als klein. Het significante verschil met de gepoolde effectgrootte van 0,67 in andere settings bewijst dat we de effectiviteit van psychotherapie in de eerste lijn niet mogen extrapoleren vanuit studies in de tweede of derde lijn. Zo hebben depressieve stoornissen in de eerste lijn waarschijnlijk een betere prognose dan depressies behandeld door specialisten<sup>2</sup>.

Patiënten gerekruteerd via screening in de huisartsenpraktijk behaalden minder goede resultaten dan patiënten verwezen door de huisarts. Binnen een preventieve context beveelt men soms systematische screening aan<sup>6</sup>. Niet alle depressieve patiënten die men door screening identificeert, accepteren echter een voorstel tot behandeling, wat het resultaat van screening kan verdunnen<sup>7</sup>. Wellicht kan de huisarts door zijn kennis van de patiënt en diens achtergrond het nut van psychotherapie beter inschatten. Ook andere

subgroepanalyses leiden tot enkele nader te onderzoeken resultaten: het effect was niet significant in het geval van majeure depressie, maar wel in het geval van andere diagnoses; er was alleen een significant verschil voor studies uitgevoerd in het V.K. en niet voor studies in Nederland en de V.S. Heeft dit te maken met de lagere drempel voor psychotherapie in de Engelse huisartsenpraktijken, die vaker beroep doen op vrijwilligers in plaats van op hooggeschoolde therapeuten?<sup>8</sup>

## Andere studies

Deze studie maakt deel uit van een reeks meta-analyses door dezelfde onderzoeksgroep over de psychologische behandeling van depressieve stoornissen bij volwassenen (voor een overzicht: zie <http://www.psychotherapyrcs.org>). Verschillende onderzoeksvragen komen aan bod in deze reeks, zoals een vergelijking tussen verschillende psychotherapieën onderling<sup>1</sup>, tussen psychotherapieën en farmacotherapie<sup>9</sup>, tussen psychotherapie alleen en de associatie met farmacotherapie<sup>10</sup>. Verder besteden deze auteurs aandacht aan de correlatie van het effect met patiënt-, behandelaars- en therapiekenmerken. Ze onderzoeken ook de invloed van studiekwaliteit en publicatiebias op de effectgrootte<sup>3</sup>.

## Voor de praktijk

De Belgische aanbeveling over de behandeling van depressie bij volwassenen in de eerste lijn beveelt antidepressiva alleen aan in het geval van een ernstige majeure depressie. Deze aanbeveling wordt ondersteund door een recente meta-analyse, besproken in Minerva<sup>5</sup>. Voor minder ernstige vormen van depressie is een niet-medicamenteuze aanpak aanbevolen, al dan niet gerealiseerd door de huisarts zelf<sup>11</sup>.

De hier besproken studie onderbouwt het gebruik van psychotherapie bij depressie in de eerste lijn en voegt eraan toe dat de resultaten van psychotherapie beter zijn wanneer patiënten zijn verwezen door de huisarts. Ze zegt niets over het effect van psychotherapie door de huisarts zelf uitgevoerd (slechts in één studie onderzocht). Ook verder onderzoek naar het effect van psychotherapie in functie van de ernst van depressie is noodzakelijk.

## ● Besluit Minerva

Deze meta-analyse toont de beperkte effectiviteit aan van psychotherapie voor de behandeling van depressie in de eerste lijn, waarbij de patiënt verwezen is door de huisarts en de psychotherapie wordt uitgevoerd door een niet-arts. De effectiviteit van deze vorm van behandeling in functie van de ernst van depressie moet nog verder onderzocht worden.

