

Individuele cognitieve gedragstherapie voor ouderen met depressie in de eerste lijn

- **Klinische vraag** Wat is het effect van individuele cognitieve gedragstherapie (CGT) in vergelijking met 'usual care' of 'gewoon praten' bij ouderen met depressie in de eerste lijn?
- **Achtergrond** Ongeveer één op drie van de in de gemeenschap gedetecteerde depressieve ouderen zou langer dan één jaar depressief zijn¹. Co-morbiditeit en polyfarmacie bemoeilijken vaak een medicamenteuze aanpak. Depressie op oudere leeftijd is ook in veel gevallen geassocieerd met een rouwproces of met sociale isolatie. Een niet-medicamenteuze, psychologische aanpak zou bij deze patiënten dus de voorkeur kunnen genieten. Eerdere RCT's over het gebruik van CGT als niet-medicamenteuze aanpak voor depressie bij ouderen, hadden echter belangrijke methodologische beperkingen en slechts drie waren uitgevoerd in de eerste lijn.

Duiding
T. Declercq,
T. Poelman

Referentie
Serfaty MA, Haworth D, Blanchard M, et al. Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:1332-40.

Bestudeerde populatie

- 204 vijfenzestigplussers met depressie, gerekruteerd (op eigen initiatief, verwezen door hun huisarts of via het medische dossier) uit 47 huisartspraktijken in Noord-Londen; gemiddelde leeftijd 74,1 (SD 7,0) jaar; 79,4% vrouwen; 88% met majeure depressie
- inclusiecriteria: diagnose van depressie op basis van **GMS-AGECAT**; score ≥ 14 op de **Beck Depression Inventory (BDI)-II schaal**; voldoende kennis van de Engelse taal om CGT te begrijpen; bij gebruik van een antidepressivum, stabiele dosis gedurende tenminste acht weken vóór randomisatie vereist
- exclusiecriteria: ernstige suïcidale ideatie met nood aan opname, voorgeschiedenis van alcohol- of drugsverslaving, voorgeschiedenis van bipolaire stoornis, aanwezigheid van hallucinaties en waangedachten, MMSE < 24 , eerdere behandeling met CGT gedurende het voorbije jaar, electroconvulsivetherapie in de voorbije zes maanden.

Onderzoeksopzet

- gerandomiseerde, gecontroleerde studie
- alle patiënten kregen 'usual care' door de huisarts met eventueel voorschrijven van medicatie
- drie onderzoekarmen: 'usual care' + 'gewoon praten' (n=67); 'usual care' + CGT (n=70); alleen 'usual care' (n=67)
- 'gewoon praten' bestond uit empathisch luisteren en aanmoedigen om over neutrale onderwerpen zoals hobbies te praten
- zowel 'gewoon praten' als CGT werden uitgevoerd door erkende gedragstherapeuten in twaalf sessies van vijftig minuten, gedurende een periode van vier maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: Beck Depression Inventory (BDI)-II score als maat van depressie gemeten bij de start van de

studie, op het einde van de behandelingsperiode (na vier maanden) en na tien maanden

- secundaire uitkomstmaten: Beck Anxiety Inventory als maat van angst, Social Functioning Questionnaire als maat van sociaal functioneren, Euroqol als maat van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, patiënttevredenheid op een 3-punten schaal, het aantal gevolgde sessies als maat van therapietrouw
- **intention to treat analyse met imputatie** (verrekenings-techniek) van ontbrekende gegevens; per protocol analyse.

Resultaten

- follow-up: 80%
- meer verbetering van BDI-II score met CGT versus 'usual care' (-3,07; 95% BI van -5,73 tot -0,42) en met CGT versus 'gewoon praten' (-3,65; 95% BI van -6,18 tot -1,12) na vier maanden, geen verschil meer in verandering tussen de groepen na tien maanden
- geen verschil tussen de groepen op het gebied van verandering van Beck Anxiety Inventory, Social Functioning Questionnaire en Euroqol
- geen verschil in tevredenheid met de behandeling en met de therapeut tussen de CGT- en de 'gewoon praten'-groep
- geen verschil in aantal gevolgde sessies tussen de CGT- en de 'gewoon praten'-groep (7 SD 4, voor beide groepen).

Besluit van de auteurs

Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandeling voor ouderen met depressie en scoort beter dan 'gewoon praten' met de patiënt.

Financiering: beurzen van de Health Foundation en het North Central Thames Research Network

Belangenconflicten: niet vermeld

1. Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, et al. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168-80.
2. Wilson KC, Mottram PC, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 1.
3. Wilson KC, Scott M, Abou-Saleh M, et al. Long term effects of cognitive behavioural therapy and lithium therapy on depression in the elderly. *Br J Psychiatry* 1995;167:653-8.

4. Floyd M, Scogin F, McKendree-Smith NL, et al. Cognitive therapy for depression: a comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behav Modif* 2004;28:297-318.
5. Laidlaw K, Davidson K, Toner H, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:843-50.

Methodologische beschouwingen

De auteurs gebruikten verschillende instrumenten om bias op te sporen. De voorkeur van de patiënten voor een bepaalde behandeling werd gemeten vóór de start van de interventie op een **Likertschaal** van 0 tot 3. Er was geen significant verschil in voorkeur van de patiënten voor een bepaalde behandeling tussen de verschillende onderzoeksarmen. Ook de verwachting van de therapeuten werd vooraf gemeten met een Likertschaal van -3 (verslechtering) tot +3 (verbetering) zonder significant verschil in gemiddelde verwachting tussen de CGT- en de 'gewoon praten'-groep. De effectbeoordelaars schatten nadien wel exacter in tot welke groep de patiënt behoorde. Dat kan erop wijzen dat de interventie onvoldoende geblindeerd was voor de effectbeoordelaars. Door het invoeren van een groep met 'gewoon praten' was het mogelijk om na te gaan wat de invloed was van empathie en aandacht op het resultaat. Het effect van de interventie werd gemeten aan de hand van de BDI-II schaal. We kunnen ons echter de vraag stellen of deze schaal voldoende gevoelig is om depressie bij ouderen te meten. Deze schaal includeert immers ook veel lichamelijke klachten zoals moeheid, die bij ouderen vaker beïnvloed kunnen worden door co-morbiditeit. Bovendien gaat het om een zelfgerapporteerde schaal die gevoelig is voor minimalisering of overdrijving. De diagnose van depressie werd noch vóór, noch na de interventie bevestigd aan de hand van de DSM-IV criteria. De studie-uitval was gering, zonder verschil tussen de onderzoeksarmen. De ontbrekende gegevens zijn bovendien op een correcte manier verwerkt.

Interpretatie van de resultaten

De daling van de BDI-II score was statistisch significant groter met cognitieve gedragstherapie dan met 'usual care' en 'gewoon praten'. Als we rekening houden met de door de auteurs vooraf vastgelegde drempel van 3,5 punten verschil in daling van de BDI-II score is het verschil tussen CGT en 'usual care' klinisch niet relevant. Het is wel mogelijk dat de winst van CGT onderschat is, omdat een aantal van de gescoorde items van de BDI-II, zoals kwaliteit van seksleven en energieniveau minder veranderlijk zijn op oudere leeftijd.

We stellen vast dat na het stoppen van de interventie de winst in de CGT-groep niet verloren ging. Het gebruik van antidepressiva beïnvloedde de verschillen niet. Een onderzoeksgroep met alleen medicamenteuze aanpak was niet in de studie opgenomen, waardoor er geen uitspraak kan gedaan worden over de meerwaarde van CGT versus medicatie. CGT had geen effect op angstsymptomen en sociaal functioneren. Dat kan verklaard worden door het feit dat angst op oudere leeftijd eerder geassocieerd is met fysieke problemen en verlies van sociale functies.

Andere studies

Dit is de tot nu toe grootste studie over de effectiviteit van CGT bij ouderen met depressie in de eerste lijn. In een recente systematische review van de Cochrane Collaboration toonden de auteurs het nut aan van CGT bij ouderen². Veel van de geïncludeerde studies hadden echter belangrijke methodologische beperkingen zoals een kleine studiepopulatie, geen gepaste controlegroepen en belangrijke studie-uitval. Slechts drie RCT's waren uitgevoerd in de eerste lijn. In de studie van Wilson et al.³ was er 50% studie-uitval (vergelijk met de 20% uitval in de hoger beschreven studie), wat interpretatie van de resultaten zeer moeilijk maakt. De studie van Floyd et al.⁴ includeerde slechts 30 deelnemers. Laidlaw et al. toonden een positief effect aan van CGT versus usual care⁵, maar includeerden alleen patiënten met majeure depressie. Door ook te rekruteren via aanmelding van de patiënt zonder verwijzing, hoopten Serfaty et al. in de hier besproken studie ook patiënten met mineure depressie te includeren wat volgens de auteurs de externe validiteit van de studie zou verhogen.

Voor de praktijk

Het resultaat van deze studie weerlegt de idee dat 'aandacht geven aan sociaal en emotioneel isolement' bij ouderen door 'gewoon praten' even effectief zou zijn als cognitieve gedragstherapie. Het optimale aantal sessies of de optimale sessieduur van cognitieve gedragstherapie moet nog verder onderzocht worden. Deze studie toont bovendien aan dat CGT door de meeste ouderen als nuttig en aanvaardbaar ervaren wordt. Volgens deze studie zou ook het thuis aanbieden van CGT bij ouderen met verminderde mobiliteit mogelijk moeten zijn. We kunnen ons echter de vraag stellen of individuele cognitieve gedragstherapie bij de oudere thuis wel praktisch haalbaar is in ons huidige gezondheidszorgsysteem.

● Besluit Minerva

Deze studie toont aan dat cognitieve gedragstherapie bij ouderen met depressie in de eerste lijn effectiever is dan 'gewoon praten'. Er is echter geen bewijs van een klinisch relevant effect in vergelijking met 'usual care'. Het effect van cognitieve gedragstherapie op depressie werd bovendien gemeten met een voor ouderen minder geschikte schaal. De plaats van cognitieve gedragstherapie als behandeling van depressie bij ouderen blijft dus ook na deze studie onduidelijk.

