

Computergestuurde zelfhulp een meerwaarde voor hulpzoekende adolescenten met depressieve symptomen?

Klinische vraag

Kan zelfhulp onder de vorm van computergestuurde cognitieve gedragstherapie (CGT) depressieve symptomen evenveel of meer verbeteren dan gebruikelijke zorg bij hulpzoekende, depressieve adolescenten?

Duiding

Tom Van Daele, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Onderzoeksgroep voor Gezondheidspsychologie, KU Leuven

Achtergrond

Ongeveer een kwart van alle jongeren wordt vóór hun twintigste geconfronteerd met een depressieve episode^{1,2}. Voor dergelijke milde tot matige depressieve stoornissen bestaan verschillende effectieve behandelingen, waarvan CGT de voorkeur geniet³. Door een tekort aan hulpverleners⁴ en een terughoudendheid om hulp te zoeken⁵, volgt echter minder dan een vijfde van deze jongeren een behandeling⁶. Computergestuurde therapie kan hiervoor een oplossing bieden. Niet alleen spreekt deze therapievorm de jongeren meer aan⁷, de kost ligt waarschijnlijk ook veel lager dan de gebruikelijke zorg. Daarnaast zouden dergelijke interventies ook de drempel tot behandeling kunnen verlagen⁸.

Referentie

Merry SN, Stasiak K, Shepherd M, et al. The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ* 2012;344:e2598.

Samenvatting van de studie

Bestudeerde populatie

- 187 jongeren tussen 12 en 19 jaar (gemiddelde leeftijd 15,5 jaar), ruim 60% meisjes, die omwille van depressieve symptomen (score van 10 tot 19 op de **PHQ-9**-vragenlijst of ernstig genoeg voor behandeling) zelf hulp zochten in jeugdklinieken, centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) en huisartsenpraktijken in zeven regio's van Nieuw-Zeeland
- bijkomende inclusiecriteria: minimum een jaar Engelse les gehad, toegang tot een computer
- exclusiecriteria: depressie te erg voor zelfhulp, risico van zelfverwonding of suïcide, te lage score (<30) op de **CDRS-R** (Children's Depression Rating Scale - Revised)-vragenlijst, intellectueel of fysiek niet in staat om een computer te gebruiken, co-morbiditeit van andere psychische aandoeningen, behandeling in de voorbije 3 maanden met CGT, interpersoonlijke therapie of antidepressiva.

Onderzoekopzet

- RCT met blindering van de effectbeoordelaars
- sequentiële randomisatie, **stratificatie** op basis van studielocatie
- interventie (n=94): SPARX (Smart, Positive, Active, Realistic, X-factor thoughts): interactief 3D-computerspel waarbij de speler in de gedaante van een zelfgekozen figuurtje opdrachten moet uitvoeren in zeven werelden, die symbool staan voor sombere gedachten; een gids plaatst het spel in de juiste context, geeft educatie, peilt de gemoedstoestand en geeft opdrachten om uit te voeren in het dagelijkse leven; wanneer er geen verbetering optreedt, moedigt dezelfde gids de jongere aan om hulp te zoeken bij een arts
- controlegroep (n=93): gebruikelijke zorg: persoonsgerichte therapie door consulent of psycholoog in jeugdcliniek of CLB; behandeling bij de huisarts, aangevuld met psychologische behandeling indien nodig en beschikbaar
- follow-up na 2 maanden (einde interventie) en na 5 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verandering in CDRS-R-score
- secundaire uitkomstmaten: RADS-2 (Reynolds Adolescent Depression Scale-second edition), MFQ (Mood and Feelings Questionnaire), PQ-LES-Q (Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire), SCAS (Spence Child-

ren's Anxiety Scale), HPLS (Kazdin hopelessness scale for children) en het domein 'voortgang' van de Clinical Global Impression scale (CGI); tevredenheidsenquête op het vlak van de behandeling

- zowel **per protocol analyse** als **intention to treat analyse**.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: noch na 2 maanden, noch na 5 maanden was er een statistisch significant verschil in daling van de CDRS-R-score tussen de SPARX-en de controlegroep; gemiddeld verschil in daling resp. 2,73 (95% BI van -0,31 tot 5,77) en -1,28 (95% BI van -4,35 tot 1,79) volgens de per protocol analyse (zie tabel) en resp. 1,60 (95% BI van -1,21 tot 4,41) en -0,75 (95% BI van -3,61 tot 2,12) volgens de intention to treat analyse
- secundaire uitkomstmaten: noch na 2, noch na 5 maanden deed de SPARX-groep het statistisch significant slechter dan de controlegroep.

Tabel. CDRS-R-score in de SPARX-groep en de groep met gebruikelijke zorg na 0, 2 en 5 maanden volgens de per protocol analyse.

	SPARX	Gebruikelijke zorg
0 maanden	44,28 (SD 11,13)	43,78 (SD 9,67)
2 maanden	34,14 (SD 11,93)	36,71 (SD 11,05)
5 maanden	29,47 (SD 9,70)	30,75 (SD 8,73)

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat SPARX een potentieel alternatief is voor gebruikelijke zorg bij adolescenten die zich in de eerste lijn aanmelden met depressieve symptomen. Deze interventie zou gebruikt kunnen worden voor een deel van de jongeren dat niet kan genieten van de gebruikelijke zorg.

Financiering van de studie

Ministerie van Volksgezondheid (Nieuw-Zeeland), dat niet tussenkwam in de opzet en het verloop van de studie, de analyse of de rapportering van de gegevens.

Belangenconflicten

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Methodologische beschouwingen

Deze RCT is globaal genomen van goede methodologische kwaliteit. De toewijzing van de patiënten aan de twee onderzoeksgroepen verliep geblindeerd. Bij de aanvang waren er geen verschillen in klinische of socio-demografische kenmerken tussen de interventie- en de controlegroep. De onderzoeksmedewerkers die de evaluaties uitvoerden waren niet op de hoogte van de toegewezen interventie.

De auteurs vertrokken van de hypothese dat SPARX niet minder effectief is dan gebruikelijke zorg voor de aanpak van depressieve symptomen bij adolescenten. Ze komen hierbij grotendeels tegemoet aan de strikte voorwaarden waaraan een **non-inferioriteitsstudie** moet voldoen⁹. Het aantal te includeren deelnemers werd nipt gehaald om met voldoende **power** de non-inferioriteit te kunnen aantonen. Door de tegenvallende rekrutering paste men, op basis van de tussentijdse resultaten, in de loop van de studie bovendien de steekproefgrootte aan. Voor hun analyse gebruikten de auteurs in de eerste plaats de per protocol gegevens. De intention to treat analyse beschouwden ze als sensitiviteitsanalyse. Een belangrijke tekortkoming van de studie is echter dat we niet kunnen achterhalen of de controlegroep (gebruikelijke zorg) effectief was. Het is inderdaad niet zeker of alle deelnemers in de controlegroep genoten van intensieve face-to-face counseling door getrainde hulpverleners. We hebben ook geen informatie over de therapietrouw in de controlegroep. Na de analyses bleek onverwacht zelfs dat 13% van de deelnemers uit de controlegroep op een wachtlijst beland was en dus geen enkele vorm van behandeling had genoten. Hierdoor waren de auteurs genoodzaakt een bijkomende sensitiviteitsanalyse uit te voeren, die de resultaten van de oorspronkelijke analyse bevestigde. De auteurs geven deze tekortkoming zelf ook aan, maar benadrukken dat de opzet van hun studie er vooral in bestond om na te gaan of SPARX een aanvaardbare alternatieve interventie is om in de eerste lijn in te zetten, vooral in settings waar men door een gebrek aan middelen niet kan opteren voor de gebruikelijke zorg.

Interpretatie van de resultaten

Na 2 maanden zag men dat de depressieve symptomen daalden in beide groepen. Deze daling was statistisch niet significant verschillend tussen de patiënten in de SPARX-groep en de patiënten in de controlegroep. Omdat we het effect van de controlegroep niet kunnen achterhalen (*zie hoger*), is een spontaan herstel in beide groepen niet uitgesloten. Het gevolg hiervan is dat we met deze studie in feite niet kunnen bewijzen dat SPARX effectief is om depressieve symptomen bij adolescenten aan te pakken. In een kleinschalig onderzoek (n=32) kon men echter wel aantonen dat depressieve adolescenten die SPARX doorliepen, beter scoorden op de CDRS-R schaal dan adolescenten die op een wachtlijst stonden¹⁰. Deze positieve resultaten vragen echter om bevestiging in verder onderzoek¹¹. Ook het feit dat voor sommige secundaire uitkomstmaten de deelnemers in de SPARX-groep het statistisch significant beter deden dan de groep met gebruikelijke zorg, nodigt uit tot verder onderzoek.

De potentiële voordelen van de behandeling (de auteurs benadrukken dat het hier gaat om volwaardige zelfhulp, aangezien de jongeren de interventie volledig zelfstandig doorliepen; ook de drop-out is bijzonder laag) maken plannen voor verder onderzoek zeker relevant.

Andere studies

Studies naar de effectiviteit van computergestuurde interventies bij jongeren en adolescenten zijn zeldzaam. In een meta-analyse (2010) bij volwassenen (22 RCT's) vergeleek men de effectiviteit van computergestuurde interventies met deze van een andere behandeling (N=5) of met een wachtlijst (N=17)¹². De vijf studies die computergestuurde interventies vergeleken met face-to-face therapie konden geen verschillen aantonen.

Besluit Minerva

Deze non-inferioriteitsstudie besluit dat zelfhulp aan de hand van computergestuurde cognitieve gedragstherapie niet minder effectief is dan gebruikelijke zorg voor de behandeling van depressieve symptomen bij hulpzoekende adolescenten. Het klinische effect van deze veelbelovende therapie moet echter verder onderzocht worden in goed opgezette studies met een betrouwbare controlegroep.

Voor de praktijk

Volgens de NICE-richtlijn is psychotherapie (individuele cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, gezinstherapie) gedurende minstens drie maanden de eerstelijnsbehandeling voor kinderen en adolescenten met matige tot ernstige depressie³. Uit de hier besproken studie blijkt dat een computergestuurde interventie zoals SPARX niet minder goed blijkt te werken dan de gebruikelijke zorg. Het effect van dergelijke computergestuurde zelfhulpinterventie vraagt om verder onderzoek. Immers, ook in België kan deze aanpak nuttig zijn, bijvoorbeeld in de context van getrapte zorg¹³. Hoewel patiënten autonoom met de interventie aan de slag kunnen, is er immers een belangrijke rol weggelegd voor de hulpverleners die van op afstand systematisch de evolutie van de symptomen kunnen monitoren en tijdig ingrijpen indien nodig. Dit zou het tekort aan hulpverleners kunnen opvangen en bovendien de toegankelijkheid van psychotherapie verbeteren voor jongeren die terughoudend staan ten aanzien van meer conventionele therapie.

Referenties: zie www.minerva-ebm.be