

Psychotherapie voor depressie bij oudere personen in langdurige residentiële zorg

Referentie

Davison TE, Bhar S, Wells Y, et al. Psychological therapies for depression in older adults residing in long-term care settings. Cochrane Database Syst Rev 2024, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD013059.pub2

Duiding

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

Klinische vraag

Wat is de werkzaamheid van (verschillende soorten) psychotherapie in vergelijking met gebruikelijke zorg, wachtlijst of aandachtscontrole als behandeling voor depressie bij oudere personen in langdurige residentiële zorg?

Achtergrond

Depressieve gevoelens en symptomen komen regelmatig voor bij oudere personen die langdurig in residentiële zorg, zoals in woonzorgcentra verblijven. Een eerdere meta-analyse van cross-sectionele studies toonde aan dat bewoners van dergelijke residentiële zorginstellingen een significant hoger risico van depressie hebben dan thuiswonende oudere personen (1). Zo tonen reviews aan dat 10 tot 18,9% van deze populatie een majeure depressie heeft en tot wel 29% lijdt aan subklinische depressieve symptomen (2,3). Uit Belgische cijfers blijkt dat het gebruik van antidepressiva bij personen van 65 jaar of ouder in woonzorgcentra oploopt tot 48,5% tegenover 33,5% in de thuiszorg (4). Het gebruik van antidepressiva bij oudere personen kwam reeds meermaals aan bod in Minerva (5-13). In dit verband wezen we ook op het feit dat er methodologisch sterkere studies nodig zijn om de plaats van psychotherapie te bepalen in de behandeling van depressieve symptomen bij oudere personen (5-11). Uit een eerdere duiding van Minerva bleek dat cognitieve gedragstherapie doeltreffend is voor de behandeling van depressie binnen een brede context, alsook dat er superioriteit bestaat boven het gebruik van geneesmiddelen (14,15). Er werd echter geen significant verschil in effectiviteit gevonden tussen cognitieve gedragstherapie (CGT) en andere vormen van psychotherapie (14,15). In een andere studie bleek CGT wel effectiever te zijn dan ‘gewoon praten’, maar er was geen verschil met gebruikelijke zorg (16,17). Uit nog een andere studie bleek dat CGT depressieve symptomen reduceert en globaal welbevinden verhoogt, maar deze studie werd uitgevoerd bij een zeer selecte doelgroep oudere personen met veel somatische comorbiditeit, beperkte financiële middelen en een geïsoleerd leven, wat de extrapolatie bemoeilijkt (18,19). Gelet op de verhoogde prevalentie van depressie bij oudere personen in langdurige residentiële zorg, is het belangrijk om de rol van psychotherapie bij deze specifieke doelgroep na te gaan, wat in een recente studie ook gebeurde (20).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review en meta-analyse.

Geraadpleegde bronnen

- Cochrane Common Mental Disorders Group Controlled Trials Register, CENTRAL, MEDLINE, PsycINFO, Embase, Cochrane Library trials, CINAHL, PubMed, Social Services Abstracts (ProQuest), Sociological Abstracts (ProQuest), AgeLine (EBSCO), internationale registers van studies (ICTRP, ClinicalTrials.gov); tot 31 oktober 2021
- opsporen van grijze literatuur in ProQuest Dissertations and Theses database, Open Access Theses and Dissertations, DART-Europe E-theses portal, EThOS, Open Grey

- referentielijsten van geïncludeerde studies en relevante systematische reviews
- contact met onderzoekers en experts voor opsporen van niet-gepubliceerde of lopende studies
- geen restricties qua taal, datum of publicatiestatus.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: RCT's en cluster-RCT's die eender welke psychologische behandeling voor depressie bestudeerden bij oudere personen (gemiddelde leeftijd ≥ 65 jaar) met een majeure depressie of (subklinische) depressieve symptomen, verblijvend in een langdurige residentiële zorgsetting:
 - de geïncludeerde (zowel groeps- als individuele) psychologische interventies waren: **gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie, Acceptance and Commitment Therapy (ACT)/Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), psychodynamische therapie, humanistische therapie, integratieve therapie, systemische therapie, reminiscentietherapie**
 - wat betreft de geïncludeerde therapieën was er geen beperking in duur, frequentie, intensiteit en ze mochten door verschillende hulpverleners gegeven worden, zoals psychologen, sociaal werkers, ergotherapeuten, verpleegkundigen, therapeuten, enzovoort
 - de geïncludeerde controlecondities waren: gebruikelijke zorg, wachtlijst, aspecifieke aandachtcontrolegroep, andere actieve psychotherapie, co-interventie met beweging of farmacotherapie (indien de interventie ook als aparte arm in de studie werd opgenomen)
- exclusiecriteria: studies die de volgende interventies bestudeerden: farmacotherapie, therapie met dieren, fysieke activiteit, muziek/kunst/drama-therapie, andere psychosociale therapieën die geen duidelijke psychologische component hadden, zelfhulp zonder begeleiding, groepsdiscussies of contacten met peers of vrijwilligers zonder aanwezige therapeut (mag wel als controlegroep), interventies gegeven door opgeleide vrijwilligers in plaats van professionele therapeuten/opgeleide medewerkers van de zorginstellingen
- uiteindelijke inclusie van 19 gerandomiseerde gecontroleerde studies, waarvan er 18 in de meta-analyse zijn opgenomen:
 - psychotherapie (gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie en reminiscentietherapie) werd vergeleken met gebruikelijke zorg (N=13), wachtlijst (N=1), controlegroep met aandacht of sociaal contact (N=3); 1 studie had 3 en 1 studie 6 studiearmen
 - de meeste studies vonden plaats in Amerika (N=11)
 - psychotherapie werd gegeven door sociaal werkers, mentale gezondheidsconsulenten, klinisch gespecialiseerd verpleegkundigen, therapeuten, verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg, of studenten
 - interventies werden aangeboden in groep (N=9), individueel (N=6), een combinatie van beide (N=2) of als zelfhulp met begeleiding van therapeut (N=2)
 - 1 tot 5 sessies per week met meestal 2 tot 10 sessies in het totaal over een periode van 2 tot 24 weken.

Bestudeerde populatie

- 873 deelnemers (gemiddeld 46 per studie en 4 tot 67 per studiearm) met een gemiddelde leeftijd tussen 70,5 en 85,2 jaar, meestal vrouwen (58,6 tot 100%); in de meeste studies sloot men deelnemers met cognitieve beperkingen of dementie uit.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten:
 - depressieve symptomen gemeten met verschillende gevalideerde instrumenten: zelfrapportage, gestructureerd interview met de oudere persoon, rapportage door medewerker van zorginstelling of familielid
 - niet deelnemen aan de interventie
- secundaire uitkomstmaten:

- remissie (depressie): aan-/afwezigheid van diagnose van majeure depressie (volgens DSM of ICD; op basis van semigestructureerd interview)
- levenskwaliteit of psychologisch welbevinden
- angstsymptomen
- fysiek functioneren
- agitatie
- ongewenste effecten
- de uitkomstmeting gebeurde meteen na de interventie, op korte termijn (tot 3 maanden), middenlange termijn (3-6 maanden) en lange termijn (langer dan 6 maanden)
- subgroepanalyses (voor uitkomstmaat depressieve symptomen meteen na interventie) naargelang de ernst van de depressie bij aanvang, soort psychotherapie, soort controlegroep, cognitief functioneren en dementie, hulpverlener die de psychotherapie verleende, duur, intensiteit en frequentie van de behandeling
- 3 a priori sensitiviteitsanalyses voor bias, studie-uitval, ontbrekende gegevens en therapietrouw en 1 post-hoc sensitiviteitsanalyse waarbij men 3 studies excludeerde wegens het studiedesign.

Resultaten

- van de primaire uitkomstmaten:
 - significante daling van depressieve symptomen met psychotherapie in vergelijking met controlegroep, zowel meteen na de interventie (SMD -1,04; 95% BI van -1,49 tot -0,58; N=18, n=644) als op korte (SMD -1,03; 95% BI van -1,49 tot -0,56; N=16, n=512) en middellange termijn (SMD -0,43; 95% BI van -0,81 tot -0,06; N=8, n=355); geen significant effect op lange termijn
 - significant meer personen die niet deelnamen aan de interventie meteen na randomisatie in vergelijking met de controlegroepen (OR 3,44; 95% BI van 1,19 tot 9,93; N=5, n=313); onvoldoende gegevens over opvolging op korte, middellange of lange termijn
 - zeer lage graad van evidentie voor alle resultaten
- van de secundaire uitkomstmaten:
 - psychotherapie zorgde voor een significante remissie van majeure depressie (daling van 4,2%) in vergelijking met controlegroepen (toename van 50,0%) (verschil van 54,2% in remissie; N=1, n=82; zeer lage zekerheid van bewijs); dit effect bleef aanwezig op korte termijn (54,2%), middellange termijn (47,2%) en lange termijn (32,3%)
 - de levenskwaliteit was niet significant hoger met psychotherapie in vergelijking met controlegroepen meteen na de interventie (N=6, n=195) maar wel op korte termijn (SMD 0,51; 95% BI van 0,19 tot 0,82; N=5, n=170; zeer lage zekerheid van bewijs)
 - geen significante verschillen in angstsymptomen meteen na de interventie; onvoldoende gegevens over de verdere follow-up
 - zeer lage zekerheid van evidentie voor alle resultaten
 - onvoldoende data beschikbaar over fysiek functioneren, agitatie en ongewenste effecten.

Besluit van de auteurs

Deze systematische review suggereert dat cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie en reminiscentietherapie depressieve symptomen kunnen verminderen in vergelijking met gebruikelijke zorg bij bewoners van langdurige residentiële zorgcentra, maar het bewijs is van zeer lage zekerheid. In vergelijking met controlegroepen kunnen psychologische therapieën op korte termijn ook de levenskwaliteit en het psychologische welbevinden van depressieve bewoners van langdurige residentiële zorginstellingen verbeteren, mogelijk zonder effect op de symptomen van angst bij deze bewoners. Het bewijs voor deze effecten is echter van zeer lage zekerheid, waardoor ons vertrouwen in de bevindingen beperkt blijft.

Financiering van de studie

Geen financiering vermeld.

Belangenconflicten van de auteurs

Drie auteurs zijn bezig met lopende studies die aan de inclusiecriteria van deze review voldoen; één auteur kreeg financiering voor een studie die niet aan de inclusiecriteria van deze review voldoet; één auteur is een Cochrane-redacteur; de andere auteurs melden geen belangenconflict.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De hier besproken systematische review met meta-analyse werd opgezet volgens de strikte criteria van de Cochrane Collaboration. Er werd een uitgebreide literatuurzoektocht gedaan in een brede waaier aan bronnen. De inclusiecriteria zijn duidelijk weergegeven, maar zijn wel vrij breed gedefinieerd. De mate van zekerheid van bewijs werd geëvalueerd aan de hand van GRADE. Hieruit bleek dat het niveau van zekerheid voor alle resultaten zeer laag was. Sommige resultaten waren gebaseerd op slechts een beperkt aantal studies. Risico van bias werd beoordeeld aan de hand van de Cochrane Risk of Bias 1 tool. Alle studies hadden op minstens één domein een onduidelijk risico van bias wegens het ontbreken van informatie. Het risico was vooral hoog op vlak van performance bias (N=17) en detectiebias (N=9) door gebrek aan blinding van deelnemers, personeel, wat voor dit type van interventies logisch lijkt. In plaats van zelfrapportage had men in sommige studies echter wel geblindeerde uitkomstbeoordelaars kunnen inschakelen om het risico van detectiebias te beperken. Daarnaast was er voor 10 studies een hoog risico van attrition bias door onvolledige resultaten. Er waren echter nog andere bronnen van bias aanwezig: onduidelijkheid over de correcte uitvoering van de behandeling, kleine steekproeven, kwaliteit van randomisatie, zelf ontwikkelde interventies door therapeut of onderzoeker. De auteurs vermelden in dit verband mogelijke belangenvermengingen aangezien auteurs vaak betrokken waren bij zowel het ontwikkelen van de interventie als de onderzoeksopzet. Op basis van de funnel plot waren er geen aanwijzingen van publicatiebias voor de primaire uitkomstmaat. Sensitiviteitsanalyses leverden over het algemeen vergelijkbare resultaten op. Bij de sensitiviteitsanalyse met alleen studies met een laag risico van bias voor concealment of allocation verdween het effect van psychotherapie op depressieve symptomen meteen na de interventie. Er was veel heterogeniteit op vlak van uitkomstmaten omdat het rapporteren van bepaalde primaire/secundaire uitkomstmaten geen inclusie criterium was. Depressieve symptomen en levenskwaliteit werden zowel via zelfrapportage als via rapportage door anderen gemeten. De auteurs gaven zelf aan dat ze voorkeur gaven aan beoordelingen door klinici of anderen, aangezien er twijfels zijn rond de betrouwbaarheid van zelfrapportage bij deze doelgroep. Daarnaast wordt therapietrouw gemeten aan de hand van de studie-uitval. Dit kan een vertekend beeld geven aangezien veel verschillende factoren kunnen bijdragen tot studie-uitval, die niet noodzakelijk te maken hebben met het al dan niet aanvaarden van de behandeling. Daarnaast kan men zich de vraag stellen wat 'aanvaarden van de therapie' betekent in de controlegroep. Studies die uitval rapporteerden maar waarbij men geen uitval zag, werden niet meegenomen in de berekening van deze uitkomstmaat. Aangezien de studies zonder verschil niet werden meegerekend zou het kunnen dat men de hogere uitval in de interventiegroepen overschat heeft. Ongewenste effecten werden niet gerapporteerd omdat hierover onvoldoende gegevens beschikbaar waren. Nochtans is deze informatie relevant voor de interpretatie van de studie-uitval.

Beoordeling van de resultaten

Deze studie toont positieve resultaten voor het gebruik van psychotherapie bij oudere personen in langdurige residentiële zorg. Men bestudeerde zowel majeure depressie, als subklinische depressieve symptomen en levenskwaliteit. De kwaliteit van het bewijs is echter zeer laag en de review heeft nog een aantal andere belangrijke tekortkomingen. Men includeerde slechts een beperkt aantal studies, waardoor er voor een aantal vooraf bepaalde uitkomstmaten, zoals angst, fysiek functioneren, agitatie en ongewenste effecten amper of geen resultaten beschikbaar zijn. Depressie en depressieve symptomen zijn echter de belangrijkste uitkomstmaten in deze context. De onderzoekers hebben geen oog voor de vergelijking met farmacotherapie. Aangezien antidepressiva in deze populatie vaak

worden voorgeschreven, kunnen we dit echter als een belangrijke vergelijking beschouwen die niet werd uitgevoerd. In sommige studies waren personen die antidepressiva gebruikten zelfs uitgesloten en slechts enkele auteurs rapporteerden het medicatiegebruik tijdens de follow-up. Daardoor kunnen we niet achterhalen hoeveel deelnemers al dan niet medicatie gebruikten.

Een belangrijke uitdaging van deze systematische review is de klinische heterogeniteit. Zo includeerden men in deze review een zeer heterogene verzameling van interventies op vlak van inhoud (soort therapie), formaat (individueel, in groep, combinatie of zelfhulp met begeleiding), therapieduur (1-5 sessies) en hulpverleners die de interventie uitvoerden. De subgroepanalyses konden echter geen verschil in effect aantonen naargelang wie de therapie uitvoerde (medewerker van de instelling of externe hulpverlener), de duur, het aantal sessies of de totale dosis therapie. Daarnaast is er ook een belangrijke heterogeniteit in bestudeerde settings. Bij langdurige residentiële zorg kon het zowel gaan om woonzorgcentra, begeleid wonen (bijvoorbeeld serviceflat), psychiatrische instellingen,... Ook de grootte van de instellingen, aantal betrokken hulpverleners, en type van aangeboden zorg, waren zeer verschillend. Dat maakt het moeilijk om de resultaten te extrapoleren. Daarbij aansluitend includeerde men studies die tussen 1976 tot 2020 zijn uitgevoerd. In deze tijdspanne kunnen er zich belangrijke wijzigingen in het zorglandschap en de zorginstellingen hebben voorgedaan, alsook wijzigingen op vlak van gebruikelijke zorg en vormen van psychotherapie. Ook de geïncludeerde populaties waren heterogeen. In sommige studies werden deelnemers pas geïncludeerd vanaf een bepaalde afkapwaarde voor depressieve symptomen, terwijl andere studies personen met een diagnose van een stemmingsstoornis uitsloten. Daarnaast excludeerden veel studies personen met hoge mate van cognitieve beperkingen/achteruitgang. Dementie en depressieve symptomen komen bovendien vaak samen voor bij oudere personen en vertonen aanzienlijke overlap in hun klinische presentatie. Dat maakt het opnieuw moeilijk om de resultaten te extrapoleren naar alle bewoners van langdurige residentiële zorgcentra. Subgroepanalyses toonden echter geen verschil in effect op basis van ernst van depressie en mate van cognitief functioneren bij aanvang. Subgroepanalyses toonden evenmin een verschil in effect op basis van type psychotherapie. Er werd wel een verschil gevonden op basis van type controlegroep. Zo was er een effect van psychotherapie zichtbaar ten opzichte van gebruikelijke zorg, maar niet ten opzichte van een aandachtcontrolegroep (SMD -0,30; 95% BI van -0,83 tot 0,23; N=6, n=208). Wanneer we dit laatste combineren met het feit dat het type psychotherapie geen rol speelde, zouden we kunnen stellen dat het contact met de hulpverlener voldoende is om een positief effect te bekomen, los van de specifieke behandeling. Om dit beter te kunnen beoordelen was het nuttiger geweest dat de resultaten waren uitgedrukt in termen van kans op succes (odds ratio) in plaats van gemiddeld verschil. Ten slotte moeten we benadrukken dat er slechts beperkte resultaten beschikbaar waren op middellange en lange termijn, wat wijst op de nood om meer studies met voldoende lange follow-up uit te voeren.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

In het algemeen raden richtlijnen omtrent depressie een combinatie aan van niet-farmacologische therapieën zoals cognitieve gedragstherapie en beperkt voorschrijven van antidepressiva (21,22). Hierbij wordt echter zelden de leeftijd gespecificeerd, laat staan dat men aparte aanbevelingen geeft voor oudere personen in langdurige residentiële zorg. De richtlijn depressie van de Federatie Medisch Specialisten beveelt als eerste keuze psychotherapie voor oudere personen (>60 jaar) cognitieve gedragstherapie en life review therapie aan in de acute fase van depressie (23). In tweede instantie raden ze eveneens mindfulness, gedragsactivatie en probleemoplossende therapie aan. Ze geven aan dat de kwaliteit van bewijs voor deze behandelingen laag tot zeer laag is. Ook hier wordt geen onderscheid gemaakt op basis van al dan niet thuis wonen. De GGZ-Standaarden geven vergelijkbare aanbevelingen, namelijk cognitieve gedragstherapie, life review therapie en oplossingsgerichte therapie bij depressie. Ook hier raadt men aan om voorzichtig te zijn bij het voorschrijven van psychofarmaca en de voorkeur van de patiënt en de mogelijke contra-indicaties in rekening te brengen (24).

Besluit van Minerva

Deze systematische review van de Cochrane Collaboration met meta-analyse toont aan dat psychotherapie op korte en middellange termijn depressieve symptomen verlaagt bij oudere personen in langdurige residentiële zorg. De studie vertoont echter heel wat tekortkomingen, zoals een belangrijke klinische heterogeniteit in geïncludeerde interventies, controlegroepen en bestudeerde settings. Ook was het bewijs van zeer lage zekerheid. Op basis van de huidige review kunnen we dus niet veel meer besluiten dan dat er nood is aan meer correct uitgevoerde studies, alsook studies die de werkzaamheid van psychotherapie vergelijken met farmacotherapie.

Referenties zie website