



# Op e-health gebaseerde cognitieve gedragstherapie effectief bij personen met depressie?

### Referentie

Chan M, Jiang Y, Lee CY, et al. Effectiveness of eHealth-based cognitive behavioural therapy on depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2022;31:3021-31.  
DOI: 10.1111/jocn.1621

### Duiding

Loes Stukken, psychologe  
Geen belangenvermenging met het onderwerp  
Bijdrage schrijversdag september 2023

## Klinische vraag

Wat is het effect van op e-health gebaseerde cognitieve gedragstherapie op de ernst van depressieve symptomen, angstsymptomen en levenskwaliteit bij volwassenen met een klinische diagnose van depressie?

## Achtergrond

Op e-health gebaseerde interventies voor psychische problemen worden steeds populairder. Ze kunnen de drempel tot hulp verlagen en daardoor bijdragen aan een oplossing voor de behandelingskloof. Bovendien kunnen ze een rol spelen als extra ondersteuning bij gebruikelijke zorg. We spreken in dit geval dan van blended hulpverlening. In een eerdere duiding van Minerva bespraken we een RCT waaruit bleek dat computergestuurde CGT als aanvulling bij standaardzorg voor personen met matige tot ernstige depressie in de eerste lijn een globaal bescheiden effect had in vergelijking met alleen standaardzorg. Deze studie had echter een aantal belangrijke methodologische beperkingen (1,2). Er bestaan reeds systematische reviews over de effectiviteit van op e-health gebaseerde cognitieve gedragstherapie (CGT) bij personen met depressieve klachten en andere psychiatrische stoornissen (3-6). We kunnen deze resultaten echter niet extrapoleren naar personen die voldoen aan de criteria van een klinische diagnose van depressie.

## Samenvatting

### Methodologie

Systematische review met meta-analyses (7)

#### *Geraadpleegde bronnen*

- PubMed, PsycInfo, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science (WoS), Cochrane Controlled Register of Controlled Trials (CENTRAL), Embase
- WHO International Clinical Trials, Registry Platform (ICTRP), Clinicaltrials.gov, CENTRAL (voor lopende en ongepubliceerde studies)
- Google Scholar, ProQuest en ScholarBank@NUS (voor grijze literatuur)
- relevante tijdschriften en referentielijsten van geselecteerde artikels
- alleen studies gepubliceerd in het Engels tussen 2011 en 2021.

#### *Geselecteerde studies*

- inclusiecriteria: gerandomiseerde gecontroleerde studies waarbij men cognitieve gedragstherapie, aangeboden via mobiele communicatie of computer, vergelijkt met een

passieve (gebruikelijke zorg, wachtlijst of geen behandeling) of actieve controlegroep bij volwassenen ( $\geq 18$  jaar) met een depressie, gediagnosticeerd door een clinicus of bevestigd via een klinisch psychiatrisch interview (na het invullen van een zelfrapportage screening tool), en met ernst van depressie als primaire uitkomstmaat, alsook één of meer secundaire uitkomstmaten zoals levenskwaliteit, ernst van angstklachten, studie-uitval en therapietrouw

- exclusiecriteria: deelnemers met een postpartum depressie of met een comorbiditeit zoals kanker, hartfalen en diabetes; studies met face-to-face ondersteuning
- uiteindelijke inclusie van 15 RCT's waarbij CGT aangeboden via computer (N=14) of mobiele communicatie (N=1), vergeleken werd met passieve (N=7) en actieve controlegroepen (N=8; CGT in groep, farmacotherapie, webgebaseerde spierontspanningsoefeningen, online gemodererde discussiegroepen); de studieduur varieerde van 6 tot 12 weken; in de meeste studies werd de interventie begeleid door een therapeut; de studies vonden plaats in Zweden, Zwitserland, Duitsland, Roemenië, Spanje, Schotland, Australië, Japen en de Verenigde Staten.

#### Bestudeerde populatie

- 1 772 volwassenen (14 tot 174 per studie), gemiddeld 28,8 tot 48,9 jaar oud, met een klinische diagnose van depressie.

#### Uitkomstmeting

- geëxtraheerde uitkomstmaten:
  - verandering in ernst van depressieve klachten, gemeten met gevalideerde meetinstrumenten: **Beck's Depression Inventory-II (BDI-II)**, **Patient-Health Questionnaire- 9 (PHQ-9)** en **Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale**
  - verandering in ernst van angstklachten, gemeten met gevalideerde meetinstrumenten: **Beck Anxiety Inventory (BAI)**, **General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)** en **Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A)**
  - verandering in levenskwaliteit, gemeten met gevalideerde meetinstrumenten waaronder de **Euro Quality of Life (EQ-5D)**
  - studie-uitval (percentage deelnemers zonder meting na de interventie) en therapietrouw (percentage uitgevoerde taken)
- pooling van gestandaardiseerde gemiddelden met de **inverse-variantiemethode** en volgens het random effects model
- stratificatie naargelang type controlegroep (actief of passief)
- bepaling van de effectgroottes met **Cohen's d**.

#### Resultaten

- statistisch significante afname van depressieve klachten met op e-health gebaseerde CGT in vergelijking met actieve (klein effect) en passieve (matig effect) controlegroepen (*zie tabel*)
- statistisch significante afname van angstklachten met op e-health gebaseerde CGT in vergelijking met actieve en passieve controlegroepen (matig effect) (*zie tabel*)
- statistisch significante verbetering van levenskwaliteit met op e-health gebaseerde CGT versus controle (klein effect); de verbetering was niet langer statistisch significant wanneer men vergeleek met de actieve en passieve controlegroepen apart (*zie tabel*)

**Tabel.** Cohen's d met 95% BI, p-waarde en I<sup>2</sup> van het effect van op e-health gebaseerde CGT in vergelijking met de volledige controlegroep en met de actieve en passieve controlegroep apart voor ernst van depressieve klachten, angstklachten en levenskwaliteit.

	d (95%BI)	p	I <sup>2</sup>
<b>Ernst depressieve klachten</b>			
Totaal gemiddeld effect (N=14, n=1 391)	-0,49 (-0,71; -0,27)	<0,0001	53,9%
t.o.v. passieve controlegroep (N=9, n=728)	-0,62 (-0,96; -0,28)	0,0003	78%
t.o.v. actieve controlegroep (N=5, n=663)	-0,31 (-0,55; -0,07)	0,01	52%

Ernst angstklachten			
Totaal gemiddeld effect (N=5, n=388)	-0,58 (-0,81; -0,34)	<0,00001	22%
t.o.v. passieve controlegroep (N=3, n=214)	-0,65 (-1,10; -0,21)	0,004	58%
t.o.v. actieve controlegroep (N=2, n=174)	-0,50 (-0,81; -0,19)	0,002	0%
Levenskwaliteit			
Totaal gemiddeld effect (N=8, n=679)	0,27 (0,02; 0,51)	0,03	55%
t.o.v. passieve controlegroep (N=5, n=441)	0,30 (-0,09; 0,70)	0,13	71%
t.o.v. actieve controlegroep (N=3, n=238)	0,22 (-0,04; 0,48)	0,40	0%

### Besluit van de auteurs

Op e-health gebaseerde cognitieve gedragstherapie is effectief in het verminderen van de ernst van depressie en angstklachten, maar niet in het verbeteren van levenskwaliteit. Verder onderzoek is vereist om cognitief gedragstherapeutische interventies cultureel aan te passen en de lange termijneffecten van op e-health gebaseerde cognitieve gedragstherapie te exploreren.

### Financiering van de studie

Geen informatie over de financiering van de studie.

### Belangenconflicten van de auteurs

Auteurs geven aan dat er geen conflict of interest is.

## Bespreking

### Beoordeling van de methodologie

Deze systematische review werd gerapporteerd volgens de Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA). De onderzoekers zochten in verschillende databanken naar zowel gepubliceerde als (nog) niet gepubliceerde studies. Met de funnel plot kon geen publicatiebias aangetoond worden.

De inclusiecriteria zijn duidelijk beschreven. Bij de beschrijving van de geïncludeerde studies in het artikel zelf creëren de auteurs wel enige verwarring door te spreken over 'slechts 7 RCT's', terwijl het wel degelijk gaat om 15 RCT's wanneer we de overzichtstabel in de supplementen raadplegen. De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies werd door twee onafhankelijke reviewers beoordeeld door middel van de Cochrane Collaboration risk of bias tool. Voor alle studies gebeurde de randomisatie op een correcte manier en concealment of allocation was duidelijk beschreven in 13 studies. Er was dus globaal een laag risico van selectiebias. Met uitzondering van twee studies vertoonden ook alle studies een laag risico van attrition bias. Van de 8 studies met een studie-uitval van meer dan 20%, werden in 6 studies de ontbrekende data op een correcte manier verwerkt en maakte met gebruik van een intention-to-treat-analyse. Voor 13 studies was er een onduidelijk en voor 2 studies een hoog risico van performance bias, respectievelijk door onvoldoende informatie over en door afwezigheid van blinding van deelnemers en zorgpersoneel. Hier moet wel opgemerkt worden dat blinding van deelnemers en zorgpersoneel niet vanzelfsprekend is gezien het type van de interventie. Voor 7 studies was er een onduidelijk en voor 2 studies een hoog risico van detectiebias, respectievelijk door onvoldoende informatie over en door afwezigheid van blinding van effectbeoordelaars. Bovendien werden de uitkomstmaten gemeten aan de hand van zelfrapportagevragenlijsten waardoor er een risico van sociaal wenselijke antwoorden bestaat. Het is niet duidelijk in hoeverre het risico van deze verschillende vormen van bias invloed heeft gehad op de resultaten van de meta-analyse aangezien de onderzoekers geen sensitiviteitsanalyse uitvoerden.

### Beoordeling van de resultaten

Ook al gaat het om kleine tot matige effecten op vlak van vermindering in ernst van depressieve klachten en angstklachten zijn de resultaten mogelijks veelbelovend in het huidige zorglandschap waar vaak lange wachtlijsten voor psychologische hulp bestaan. E-health-interventies zouden als

vroeginterventies kunnen ingezet worden in afwachting van psychotherapie bij een therapeut. We spreken dan van een stepped-care of matched-care aanpak. Zowel de klinische als de statistische heterogeniteit van de resultaten maken een eenduidige implementatie naar de praktijk echter moeilijk. De studies varieerden niet alleen sterk in controlegroep en studieduur (6 tot 12 weken) maar ook in het al dan niet begeleiden van de op e-health gebaseerde interventie door een therapeut (blended hulpverlening). Meestal waren bij de e-health-interventie ook een of meerdere therapeuten als begeleider betrokken, wat tot een overschatting van het effect kan hebben geleid. Het is ook de vraag in hoeverre dergelijke e-health-interventies het tekort aan psychotherapeuten in de praktijk werkelijk zullen helpen oplossen. Ook bij de kosteneffectiviteit kunnen we ons vragen stellen. We zien dat de therapietrouw slechts 50% bedroeg in 6 studies die deze uitkomstmaat onderzochten. Ook de studie-uitval schommelde gemiddeld rond de 30%. Er wordt bovendien geen informatie gegeven over mogelijke ongewenste effecten. Ook is nog niet duidelijk in hoeverre deze effecten op korte termijn zullen standhouden op lange termijn.

In de data-analyse maakte men onderscheid in het type controlegroep: passief versus actief. Zoals verwacht waren de effectgroottes lichtjes groter wanneer men vergeleek met een passieve controlegroep. Er moet wel opgemerkt worden dat men patiënten met gebruikelijke zorg ook onderbracht in de passieve controlegroep. Hierdoor kan het zijn dat bepaalde actieve behandelvormen (bepaalde specifieke therapieën) zijn meegenomen in de passieve controlegroep wat tot een verdunning van het effect van de interventies kan geleid hebben geleid. Tot slot nog dit: er wordt weinig informatie gegeven over de eigenschappen van de deelnemers (geslacht, medicatiegebruik,...), wat de extrapolatie bemoeilijkt.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

In de KCE-richtlijn over de doeltreffendheid van psychotherapie bij majeure depressie werden er geen onderzoeken opgenomen over de werkzaamheid van e-health-interventies (8). In de richtlijn 'Depressie' van Domus Medica wordt enkel bij milde tot matige depressies de mogelijkheid tot begeleidde zelfhulp vermeld (9). Bij matige en ernstige depressies wordt aanbevolen om de patiënt door te verwijzen naar een psycholoog voor reguliere psychotherapie.

## **Besluit van Minerva**

Deze systematische review en meta-analyse toont aan dat op e-health gebaseerde cognitieve gedragstherapie de ernst van depressieve klachten en angstklachten vermindert bij volwassenen met een diagnose van depressie. Deze resultaten moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden in het licht van enkele belangrijke tekortkomingen zoals een hoog risico van performance en detectiebias van de geïncludeerde studies, alsook een hoge mate van klinische en statistische heterogeniteit. Bovendien is het niet duidelijk in hoeverre de resultaten extrapolbaar zijn naar patiënten in de Belgische eerste lijn. Verder gericht onderzoek met resultaten op lange termijn is noodzakelijk.

### **Referenties**

1. Feron J-M. Werkzaamheid van computergestuurde cognitieve gedragstherapie als aanvulling op standaardzorg bij depressie bij volwassenen. *Minerva* 2022;21(7):167-70.
2. Wright JH, Owen J, Eells TD, et al. Effect of computer-assisted cognitive behavior therapy vs usual care on depression among adults in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2022;5:e2146716. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.46716
3. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry* 2017;74:351-9. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0044
4. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, et al. Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2015;13:288-95. DOI: 10.1002/wps.20151

5. Cowpertwait L, Clarke D. Effectiveness of web-based psychological interventions for depression: a meta-analysis. *Int J Ment Health Addict* 2013;11:247-68. DOI: 10.1007/s11469-012-9416-z
6. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32:329-42. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.02.004
7. Chan M, Jiang Y, Lee CY, et al. Effectiveness of eHealth-based cognitive behavioural therapy on depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2022;31:3021-31. DOI: 10.1111/jocn.16212
8. Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, et al. Majeure depressie (bij volwassenen): doeltreffendheid op de lange termijn van psychotherapie, op zichzelf of in combinatie met antidepressiva. *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 230A.
9. Declercq T, Habraken H, Van den Aemele H, et al. *Depressie bij volwassenen 2017*. Domus Medica. Url: <https://www.domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen>