

*De originele publicatie is terug te vinden op*

<http://www.domusmedica.be/documentatie/huisartsnu/archief/2014-jg-43/nr-43-1/5109-het-nut-van-cognitieve-gedragstherapie-bij-therapieresistente-depressie.html>

## HET NUT VAN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ THERAPIERESISTENTE DEPRESSIE

**Tom Van Daele**

**Toegepaste psychologie, Thomas More**

*Bespreking van Wiles N, Thomas L, Abel A, et al. Cognitive behaviouraltherapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBalT randomized controlled trial. Lancet 2013;381:375-84.*

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is effectief voor eerder onbehandelde depressie en in de behandeling van chronische en therapieresistente depressie. De effectiviteit ervan is echter nog nooit onderzocht als aanvullende behandeling bij standaardzorg met farmacotherapie. Deze RCT onderzoekt of CGT als aanvulling op standaardzorg met farmacotherapie effectief is bij patiënten in de eerste lijn met een therapieresistente depressie. De studie includeerde 469 patiënten tussen 18 en 75 jaar (gemiddelde leeftijd 50 jaar), ruim 70% vrouwen met een depressieve episode volgens ICD-10 en minstens zes weken behandeld met een aangepaste dosis antidepressiva en een Beck Depression Inventory-II (BDI-II)  $\geq 14$  (een instrument om de ernst van een depressie te meten: hoe hoger de score hoe ernstiger de depressie).

De controlegroep kreeg standaardzorg aangeboden door de huisarts met mogelijkheid tot inschakelen van psychologische hulp of verwijzing naar de tweede lijn. De interventiegroep kreeg naast standaardzorg door de huisarts ook 12 tot 18 sessies CGT van ongeveer een uur. Het effect van de interventie werd als positief beschouwd wanneer er een daling van minstens 50% was op de BDI-II (primaire uitkomstmaat). Voor deze primaire uitkomstmaat was er zowel na zes als na twaalf maanden significant meer respons bij de interventiegroep, met respectievelijk odds ratio (OR)= 3,26 (95%-BI 2,1 tot 5,06) en OR= 2,89 (95%-BI 2,03 tot 4,10),  $p < 0,001$  (intention to treat analyse). Methodologisch was dit een goede studie. Uiteraard is blinding van de patiënt en de behandelende arts in deze context onmogelijk. Men heeft zeker voldoende patiënten geïnccludeerd om onderbouwde conclusies voor te stellen (power). De verschillende socio-economische klassen waren goed verdeeld over de twee groepen. Tussen de eigenlijke interventie- en controlegroep waren wel een aantal verschillen. Zo bevatte de interventiegroep meer mannen en waren er minder patiënten die al meer dan een jaar behandeld werden met antidepressiva en minder patiënten die vijf of meer voorafgaande depressieve episodes hadden doorgemaakt.

CGT is moeilijker te standaardiseren dan farmacotherapie. Tijdens de studie zag men wel toe op de kwaliteit van de CGT door supervisie van de therapeuten maar men liet ze toch vrij veel speelruimte zowel wat de duur als het aantal sessies betrof. Anderzijds waren er geen restricties op het zorggebruik bij de controlegroep. Ook zij konden bijvoorbeeld een beroep doen op cognitieve gedragstherapie, al bleek dat na afloop uiteindelijk slechts een beperkt aantal te zijn en zouden eventuele positieve effecten enkel resulteren in een onderschatting van de gevonden effectgroottes. In beide groepen waren er na zes maanden sterke dalingen op zowat alle klachtenmaten. Deze dalingen bleken echter significant sterker in de interventiegroep en waren vooral merkbaar op de meest strikte criteria zoals het in remissie zijn van patiënten. Na twaalf maanden deed de interventiegroep het nog steeds significant beter, maar was het verschil minder uitgesproken. Wat

de interpretatie van de resultaten echter het meest bemoeilijkt, is het ontbreken van een algemene definitie van wat therapieresistente depressie inhoudt. Er is internationaal onder meer discussie over het aantal behandelingen met antidepressiva die een patiënt moet hebben gevolgd, de doseringen en de behandelingsduur.

In deze studie gingen de auteurs uit van een pragmatische definitie die vrij vlot te generaliseren is naar de eerste lijn: zes weken non-respons op antidepressiva bij patiënten met een depressie. Hoewel ruim 70% al meer dan twaalf maanden werd behandeld met antidepressiva en nog striktere criteria waarschijnlijk eerder thuishoren in de tweede lijn, is een belangrijke bedenking dat het om een vrij ruime definitie en inclusie gaat. Daarnaast werd de inhoud en kwaliteit van de cognitieve gedragstherapie goed opgevolgd, maar werden het aantal sessies en de duur van de behandeling niet strikt afgegrensd. Verder onderzoek zou dus ook nog moeten focussen op het optimaal aantal sessies en/of de optimale behandelingsduur. CGT kan effectief zijn als aanvulling op de huidige standaardzorg met farmacotherapie voor patiënten in de eerste lijn met therapieresistente depressie. De kwaliteit van CGT aangeboden in studieomstandigheden met degelijke supervisie, is daarom nog niet altijd extrapolbaar. Een ander probleem blijft de bereikbaarheid en de financiële toegankelijkheid van psychotherapeutische zorgen.