

Cognitieve gedragstherapie bij depressie; online of face-to-face? Een gerandomiseerd gecontroleerd non-inferioriteitonderzoek

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt reeds lange tijd gehanteerd in de behandeling van depressie, de laatste jaren ook steeds meer via onlinetoepassing. Wagner e.a. (2014) maakten de eerste rechtstreekse vergelijking tussen online- en face-to-face toepassing van CGT bij de behandeling van de depressieve stoornis.

Patiënten werden at random verdeeld over twee groepen. Eén groep kreeg tweemaal per week online schrijfopdrachten en registratieoefeningen die door de therapeut werden nagekeken en becommentarieerd. De deelnemers in de face-to-face groep kregen gedurende dezelfde periode van 8 weken individuele therapeutische sessies, eenmaal per week. De hypothese van de onderzoekers was dat er in beide groepen een significante symptoomreductie zou zijn en dat deze behouden zou blijven tot 3 maanden na de therapie.

In totaal werden 62 patiënten geïncludeerd. Patiënten moesten een minimumscore van 12 hebben op de *Beck Depression Inventory* (BDI-II), mochten geen therapie elders krijgen, geen middelenafhankelijkheid hebben en moesten minder dan 4 weken lang antidepressiva nemen. Patiënten met ernstige suïcidaliteit, psychotische klachten, posttraumatische stressstoornis, angstklachten, fobieën en bipolaire stoornis werden tevens geëxcludeerd. Bij inclusie bedroeg de gemiddelde BDI-score 23.

De primaire uitkomstmaat was de reductie in de BDI-II. Verder werden suïcidaliteit, angst, hopeloosheid, negatieve automatische gedachten en tevredenheid over de therapie gemeten. Vrouwen waren met 78% oververtegenwoordigd in de onlinegroep, vergeleken met 50% in de face-to-face groep.

De onlinegroep vertoonde een significante symptoomreductie, behalve voor suïcide-ideatie, waarvoor geen significante verandering werd gerapporteerd. De face-to-face groep vertoonde vergelijkbare resultaten, maar met een significante verbetering op vlak van suïcide-ideatie. Drie maanden na beëindiging van de therapie werd er in de onlinegroep geen significante verandering van uitkomstmaten gezien. In de face-to-face groep was er wel een significante verslechtering van de BDI-II-score ten opzichte van de meting meteen na de therapie.

Als mogelijke verklaring stellen de auteurs dat de onli-

netherapie meer verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf legt. Dit kan er in hun ogen voor zorgen dat patiënten meer zelfredzaamheid ervaren, wat leidt tot een gunstigere prognose.

De auteurs benoemen zelf de ongelijke demografische verdeling, de kleine steekproef en de hoge uitvalgraad bij de onlinegroep als belangrijke beperkingen van deze studie. Wat ons opvalt is de grote tijdsinvestering voor het onlinegedeelte, terwijl dit door de onderzoekers juist als tijdsefficiënt wordt genoemd; 90 min huiswerk per week en 40-100 min om de opdrachten te verbeteren lijken ons een grote belasting, voor zowel de therapeut als de patiënt. Hoewel er getracht werd het aantal contacturen gelijk te houden, blijkt dit toch niet het geval te zijn. Het beduidend verschil in tijdsinvestering tussen beide groepen roept bij ons dan ook vragen op over de validiteit van dit onderzoek. Ook de grote uitvalgraad bij de onlinegroep is in onze ogen zeer belangrijk. Dit geeft weer dat er nog belangrijke hindernissen zijn bij deze therapie. Beschikbaarheid van en vertrouwdsheid met het internet spelen hier zeker in mee. Een individuele beoordeling of onlinetherapie gepast is, lijkt ons dan ook onontbeerlijk in de klinische praktijk. Dit alles neemt niet weg dat we denken dat er zeker toekomst zit in deze vorm van therapie. Verder onderzoek is echter aangewezen om de uitkomst van dergelijke therapie te specificeren en de therapietoepassing zelf te optimaliseren.

LITERATUUR

- Wagner B, Horn AB, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Affect Disord* 2014; 152: 113-21.

AUTEURS

STÉPHANE PIRSOU, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem.

DIDIER SCHRIJVERS, psychiater, PZ Duffel en CAPRI, Campus Drie Eiken, Wilrijk.

CORRESPONDENTIEADRES

Stéphane Pirsoul, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België.

E-mail: stephane.pirsoul@uza.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.



ARTIKEL

