

Psychotherapie vermindert depressie bij dementie

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Veel patiënten met dementie of lichte cognitieve stoornissen (MCI) hebben depressieve klachten, angstklachten of beide. Richtlijnen adviseren om bij dit soort problemen eerst psychologische interventies in te zetten en pas daarna psychofarmaca voor te schrijven. Het is echter onduidelijk of psychotherapeutische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie, ook bij deze patiëntengroep effectief zijn.

Klinische vraag Zijn psychologische interventies effectief in de behandeling van depressie en angst bij patiënten met dementie of MCI?

Conclusie auteurs Psychologische interventies verminderen depressieve klachten. Meta-analyse van 6 RCT's (n = 439) toonde een lagere score op depressievragenlijsten van patiënten met dementie die een psychologische behandeling ondergingen (gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) -0,22; 95%-BI -0,41 tot -0,03) dan patiënten in de controlegroep.¹ Meta-analyse van 2 RCT's (n = 65) toonde vergelijkbare zelfgerapporteerde angstniveau's bij patiënten die wel en geen psychologische behandeling ondergingen (SMD 0,05; 95%-BI -0,44 tot 0,54). De uitkomst waarbij mate van angst werd ingeschat door de behandelaars liet wel een positief effect van psychologische behandeling zien (gemiddeld verschil op de *Rating Anxiety in Dementia*-vragenlijst -4,57; 95%-BI -7,81 tot -1,32).

Beperkingen Slechts één van de geïncludeerde onderzoeken had een laag risico op bias. De overige vijf onderzoeken hadden een onduidelijk of hoog risico op bias. Er werden geen onderzoeken geïncludeerd met patiënten met MCI. De geïncludeerde onderzoeken omvatten een bonte mix aan respondenten; zowel qua type dementie als qua ernst van de cognitieve stoornissen. Ook de onderzochte psychologische interventies zijn heterogeen.

COMMENTAAR

Vanwege de heterogeniteit van de onderzoeken is het lastig deze meta-analyse te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Het is overtuigend aangetoond dat psychologische interventies depressieve klachten en mogelijk ook angst kunnen verminderen bij patiënten met dementie. De SMD is klinisch lastig te interpreteren omdat het een gepoolde maat betreft, die gebaseerd is op verschillende depressievragenlijsten. Over het algemeen geldt een afname van 0,22 SMD als een klein effect. Maar bij welk deel van de patiënten verdween de somberheid? En wat te denken van het feit dat de behandelaars wel een afname van angstklachten zagen maar dat de patiënten dit zelf niet rapporteerden? Kunnen mensen met dementie niet meer

goed beoordelen hoe angstig ze zijn of heeft het meer te maken met onvoldoende blinding van de beoordelaars? Verder is het onduidelijk wie er het meeste baat hebben bij psychotherapeutische behandeling. Gezien de aard van de interventie is deze waarschijnlijk het meest effectief bij patiënten met beginnende dementie die cognitief nog goed zijn. Helaas was het niet mogelijk een subgroepanalyse te doen om dit verder uit te zoeken. Ook het type dementie zou een voorspeller kunnen zijn van de effectiviteit van psychologische interventies. Tot slot waren er aanzienlijke verschillen tussen de psychologische interventies in de diverse onderzoeken. Hierdoor blijft onduidelijk welke behandellementen het meest effectief zijn en in hoeverre het effect verklaard wordt door factoren die verschillende vormen van psychotherapie gemeenschappelijk hebben, zoals aandacht en de behandelaar-patiëntrelatie.

Toch is er een boodschap voor de Nederlandse huisarts. Op dit moment werken huisartsen vooral samen met casemanagers of praktijkondersteuners in de begeleiding van patiënten met dementie en hun mantelzorgers. Psychologen worden hierbij niet of slechts incidenteel ingezet en als het al gebeurt, gaat het niet om individuele psychologische behandeling maar om diagnostiek of begeleiding. De communicerende vaten van vraag en aanbod lijken allebei wat ondervuld te zijn; het behandel aanbod van eerstelijnspsychologen is niet gericht op dit soort complexe problematiek. De ggz-ouderen heeft mogelijk wel de expertise in huis, maar wordt door huisartsen vaak relatief laat ingeschakeld, bijvoorbeeld bij ernstige psychiatrische of gedragsproblemen die leiden tot een crisis of gevaar.

In een vroeger stadium van dementie lijkt op de patiënt gerichte psychologische behandeling van affectieve stoornissen het proberen waard, zeker omdat medicatie vaak meer nadelen dan voordelen heeft. Zo toont recent onderzoek aan dat antidepressiva op depressieve klachten bij dementie nauwelijks effect hebben maar wél bijwerkingen geven. Het gebruik van antipsychotica en benzodiazepines is geassocieerd met een verhoogd valrisico, (over)sedatie en sterfte.

De NHG-Standaard Dementie geeft de voorkeur aan psychosociale interventies boven medicamenteuze behandeling maar gaat niet expliciet in op de behandeling van affectieve stoornissen. Deze meta-analyse suggereert dat huisartsen ook bij depressieve klachten of angst bij een patiënt met dementie eerst aan 'praten' en dan pas aan 'pillen' moeten denken. Hopelijk springen de psychologen in het gat en creëren zij samen met huisartsen een passend zorgaanbod voor deze patiënten. ■

LITERATUUR

- 1 Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; Issue 1. Art.No.: CD009125.