

Samenvatting

Laagdrempelige screening en behandeling voor veelvoorkomende psychische stoornissen

Depressieve- en angststoornissen komen veelvuldig voor in de klinische praktijk en worden in verband gebracht met persoonlijk lijden, verminderde kwaliteit van leven en hoge economische kosten. Herkenning en behandeling van deze stoornissen zijn daarom belangrijk, maar depressieve- en angststoornissen worden vaak niet gedetecteerd. Herkenning van deze stoornissen zou verbeterd kunnen worden met simpele, korte, betrouwbare en valide zelf-invul vragenlijsten voor depressie en angst. Screenen door middel van deze zelf-invul vragenlijsten zou verder versneld kunnen worden via internet, omdat het internet gemakkelijk en snel toegang geeft tot een groot aantal gebruikers tegen lage kosten. Echter, maar een klein deel van de mensen die gedetecteerd zijn met een depressieve- of angststoornis, ontvangen psychische behandeling door een gezondheidszorg specialist.

Laagdrempelige interventies, zoals psychoeducatie of zelf-hulp interventies (via het internet) zijn onmiddellijk beschikbaar tegen lage kosten en kunnen een eerste stap bieden in een trapsgewijs zorgmodel, of een alternatief bieden voor face-to-face therapie bij mensen met milde of matige depressieve- en/of angststoornissen. In dit proefschrift worden de mogelijkheden van laagdrempelige screening en interventies voor veelvoorkomende psychische stoornissen verder geëxploreerd.

Hoofdstuk 1 geeft een algemene introductie over de inhoud van dit proefschrift. Het gebruik en doel van laagdrempelige screening worden benoemd, evenals een beschrijving van de psychometrische eigenschappen van screeningsvragenlijsten. Voordelen en nadelen van screening via het internet worden beschreven, en eerder relevant onderzoek wordt bediscussieerd. Laagdrempelige interventies worden beschreven en vergeleken met face-to-face therapie, ingekaderd met resultaten uit vorig onderzoek. De voor- en nadelen worden gepresenteerd, en de rol van begeleiding in dit soort behandelingen worden aangestipt.

Hoofdstuk 2 beschrijft de validiteit van de Nederlandse versie van de Kessler-10 (K10) en een uitgebreide versie (de EK10) in het screenen naar depressieve- en angststoornissen en de eerste lijn gezondheidszorg te valideren. Data zijn afkomstig van 1607 deelnemers van de Nederlandse studie naar Depressie en Angst (NESDA), geworven via 65 huisartsen. Deelnemers vulden de K10 in, uitgebreid met 5 extra vragen over kernsymptomen van angststoornissen. Zij kregen ook een diagnostisch interview, de WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI lifetime versie 2.1), om DSM-IV stoornissen te meten (depressieve stoornis, dysthymie, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, paniekstoornis, agorafobie). Betrouwbaarheid (Cronbach's α) van de Nederlandse K10 was 0.94. Op basis van Receiver Operating Characteristics (ROC) analyses was het gebied onder de curve (AUC) voor de K10 voor depressieve en/of angststoornissen 0.87. De extra vragen van de EK10 verbeterde significant het opsporen van angststoornissen in het bijzonder. Met een afkappunt van 20 was de sensitiviteit voor de K10 0.80 en de specificiteit 0.81 voor depressieve en/of angststoornissen. De EK10, met een afkappunt van 20 en/of een of meer positieve antwoorden op de extra vragen, behaalde een sensitiviteit van 0.90 en een specificiteit van 0.75 voor het opsporen van een depressieve en/of angststoornis.

De Nederlandse versie van de K10 is geschikt voor het screenen naar depressieve stoornissen in de eerste lijn gezondheidszorg, terwijl de EK10 meer geschikt is voor het screenen naar zowel depressieve als angststoornissen.

Hoofdstuk 3 bespreekt de validiteit van de Web Screening Questionnaire (WSQ) in het screenen naar: depressieve stoornis, alcohol misbruik/afhankelijkheid, gegeneraliseerde angststoornis (GAS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), sociale fobie, paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie en obsessief-compulsieve stoornis (OCS). De WSQ werd ontwikkeld om te voldoen aan de behoefte om op een snelle manier mogelijke gebruikers naar zelfhulpbehandelingen (afgestemd op hun stoornis) toe te leiden. De WSQ kan tevens gebruikt worden om patiënten te screenen voordat zij een consult met de huisarts hebben. 502 Deelnemers (18-80 jaar) beantwoordden de WSQ en negen andere vragenlijsten via het internet. Van deze 502 deelnemers, werden bij 157 mensen een telefonisch diagnostisch interview (WHO Composite International Diagnostic Interview [CIDI]) afgenomen door getrainde CIDI-interviewers om de aan- of afwezigheid van een DSM-IV stoornis te bepalen. Positieve WSQ "diagnoses" hadden significant hogere gemiddelden op de bijbehorende validatie vragenlijsten in vergelijking met negatieve WSQ "diagnoses". De sensitiviteit van de WSQ was 0.72 - 1.00 en de specificiteit was 0.44 - 0.77 na het vervangen van drie items (GAS, OCS, en paniek) en het toevoegen van een vraag voor specifieke fobie. De Areas Under the Curve (AUCs) van de WSQ's items met geschaalde antwoordopties waren vergelijkbaar met de AUCs van de langere vragenlijsten. De WSQ is geschikt voor het screenen naar veelvoorkomende psychische stoornissen. Terwijl de WSQ mensen zonder een diagnose er goed uitscreent, geeft het ook een hoog aantal vals positieven.

Hoofdstuk 4 bevat de bevindingen van onze studie naar het valideren van drie zelf- invul vragenlijsten om te screenen naar depressie via het internet: de SID (single-item depression scale), CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression scale) en K10 (Kessler psychological distress scale). Data is afkomstig van de WSQ-studie. Cronbach's α voor zowel de internet zelf- invul vragenlijsten CES-D en K10 was 0.90. De SID correleerde 0.68 met de CES-D en met de K10. De CES-D had een correlatie van 0.84 met de K10. Deelnemers met een DSM-IV diagnose voor een enige depressieve stoornis hadden een significant hoger gemiddelde op de drie zelf- invul vragenlijsten voor depressieve symptomen dan deelnemers zonder een diagnose van enige depressieve stoornis. Met depressieve stoornis als gouden standaard, de area under the curve (AUC) van de SID was 0.71, welke significant lager was dan de AUC van de CES-D (AUC: 0.84) en de K10 (AUC: 0.81). De AUCs van de K10 en CES-D waren niet significant verschillend van elkaar. De CES-D en K10 zijn betrouwbare, valide hulpstukken voor hulpverleners om snel te kunnen screenen naar depressieve mensen op het internet, en voor onderzoekers om data te verzamelen.

Hoofdstuk 5 weidt uit over de psychometrische eigenschappen van de internet-zelf- invul 7-item GAS-7, de verkorte GAS-2 en een item van de GAS-7 (GAS-SI) om te screenen naar GAS, gebruikmakend van de WSQ-steekproef. De GAS-7 had een goede betrouwbaarheid. Deelnemers met een GAS-diagnose hadden significant hogere gemiddelden op de GAS-2, GAS-SI en GAS-7 in vergelijking met deelnemers zonder een GAS-diagnose. De AUC (area under the curve) van de GAS-SI and GAS-2 was accuraat en niet significant verschillend ten opzicht van de AUC van de GAS-7. We suggereren dat de internetversie van de GAS-SI, GAS-2

en GAS-7 betrouwbaar, valide meetinstrumenten zijn om snel te screenen naar GAS in drukke geestelijke gezondheidszorg instellingen en klinisch onderzoek. Meer onderzoek is nodig om de GAS-SI 'Heeft u moeite om u te ontspannen' te valideren om te onderzoeken of de psychometrische eigenschappen die van de GAS-7 benaderen.

Hoofdstuk 6 onderzoekt de effectiviteit van passieve psychoeducatie in het verminderen van symptomen van depressie, angst of psychologische onrust/stress. We hebben een meta-analyse uitgevoerd waarbij Cochrane, PsycInfo en PubMed bibliografische databestanden werden doorzocht en extra materiaal werd verkregen uit referentielijsten. Artikelen die passieve psychoeducatieve interventies voor depressieve, angst en psychologische onrust/stress beschreven werden geïncludeerd wanneer het onderzoeksdesign een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek betrof en een aandachtsplacebo, geen interventie of wachtlijst vergelijkingsgroep bevatte. In totaal werden 9.010 samenvattingen geïdentificeerd, waarvan vijf artikelen, die vier onderzoeksstudies gericht op psychoeducatie voor depressie en psychologische onrust/stress beschreven, voldeden aan de inclusie criteria. De samengestelde gestandaardiseerde effect grootte (vier studies, vier vergelijkingen) voor verminderde symptomen van depressie en psychologische onrust/stress op de nameting was $d = 0.20$. Ook al wordt er in het algemeen geloofd dat psychoeducatieve interventies ineffectief zijn, bleek uit deze meta-analyse dat kortdurende, passieve psychoeducatieve interventies voor depressie en psychologische onrust/stress deze symptomen kunnen verminderen.

Hoofdstuk 7 geeft de resultaten weer van een meta-analyse die onderzoekt of begeleide zelfhulp voor depressie en angst net zo effectief is als face-to-face therapie. Een systematische zoekopdracht in bibliografische databestanden (PubMed, PsycINFO, EMBASE, Cochrane) resulteerde in 21 studies met 810 deelnemers in welke begeleide zelfhulp direct vergeleken werd met face-to-face psychotherapie voor depressieve- en angststoornissen. De samengestelde effectgrootte die het verschil tussen begeleide zelfhulp en face-to-face psychotherapie op de nameting weergeeft, was $d = 0.02$, in het voordeel van begeleide zelfhulp. Op de follow-up meting (tot een jaar) werden eveneens geen significante verschillen gevonden. Geen significante verschillen werden gevonden tussen drop-out aantallen tussen de twee therapie vormen. Deze studie suggereert dat het veilig lijkt te zijn om te concluderen dat begeleide zelfhulp en face-to-face therapie vergelijkbare effecten hebben.

Hoofdstuk 8 beschrijft het protocol van een lopende studie die onderzoekt of een zelfhulp interventie via het internet met een coach meer effectief is dan dezelfde zelfhulp behandeling via het internet zonder coach, in termen van klinische uitkomstmaten, uitval en economische kosten. Een ander doel is te onderzoeken welk niveau van begeleiding door een coach meer effectief is in vergelijking met andere niveaus van begeleiding. In totaal worden 500 respondenten met milde tot matige klachten van depressie en/of angst geworven. Zij zullen gerandomiseerd worden over een van de volgende vijf condities: (1) probleemoplossingtherapie via het internet (zelf examinatie therapie) zonder coach; (2) hetzelfde als in 1 maar met de mogelijkheid om, op eigen initiatief, hulp te vragen van een coach; (3) hetzelfde als in 1 maar met wekelijkse ondersteuning van een coach met behulp van email of chat; (4) wekelijks contact met een coach maar zonder internetinterventie; (5) alleen informatie over depressie en angst (via het internet). De interventie bestaat

uit vijf wekelijkse lessen of email/chatondersteuning. Primaire uitkomstmaten zijn symptomen van depressie en angst. Daarnaast zullen wij uitval van de interventie, kwaliteit van leven en economische kosten onderzoeken. Andere uitkomstmaten die de uitkomst kunnen voorspellen worden ook onderzocht, zoals cliënttevredenheid en probleemoplossingvaardigheden. De effecten van de interventie direct na de interventie, na 3 maanden en na 12 maanden worden onderzocht.

Deze studie heeft als doel inzicht te verwerven in de klinische effectiviteit, verschillen in uitval en economische kosten tussen interventies met, en interventies zonder een coach, en daarbij in het bijzonder de verschillende niveaus van ondersteuning. Dit is belangrijk om te weten in relatie tot het verspreiden en implementeren van zelfhulpbehandelingen via het internet.

Hoofdstuk 9 geeft een algemene discussie van dit proefschrift door middel van het samenvatten van de belangrijkste resultaten van onze studies in het licht van bevindingen van voorgaande studies. Het bespreekt de belangrijkste beperkingen en geeft aanbevelingen voor de klinische praktijk en vervolgonderzoek.