

Praktijkgericht onderzoek

WERKT PEER-ONDERSTEUNDE ZELFHULP BIJ DEPRESSIE?

Gezondheidszorg is een mensenrecht. Toch is geestelijke gezondheidszorg niet voor iedereen makkelijk bereikbaar. Zo kunnen een tekort aan zorgprofessionals, een gebrek aan vervoer of een lange reistijd belemmeringen zijn voor hulpbehoevende ouderen die afgelegen wonen. Om deze barrières te overwinnen zijn nieuwe behandelvormen bedacht waarbij patiënten zelfstandig én met hulp van anderen uit hun directe omgeving een behandeling volgen. Hierbij is het contact met zorgprofessionals minimaal. Hollister en collega's vergeleken de effectiviteit van twee vormen van oplossingsgerichte therapie (*problem solving therapy*): onder begeleiding van een behandelaar versus een peer-ondersteunde zelfhulpmethode. Zij publiceren hun bevindingen in *Psychiatric Services*.¹

Zowel behandelaren als personen in de gemeenschap van de patiënten volgden een intensieve training in het gebruik van oplossingsgerichte therapie. Bijna 90 ouderen met een depressie (gemiddelde leeftijd: 70 jaar), wonend op het platteland van Californië (Verenigde Staten), kregen een kennismakingssessie met een behandelaar. Daarna volgde

85% van hen een 12 weken durende oplossingsgerichte therapie met hulp van een behandelaar, terwijl de rest een zelfhulpmethode met ondersteuning van een peer volgde. Na 12 weken was de ernst van de depressieve klachten in beide groepen gedaald. De afname van klachten in de groep die ondersteund werd door een

behandelaar was echter aanzienlijk groter dan in de andere groep (Hedges' g : 1,08). Bij een vervolgmeting, 12 weken na afloop van de therapie, bleken patiënten in beide groepen nog steeds minder depressieve klachten te hebben dan bij de start van het onderzoek. Wel waren de verschillen tussen de groepen inmiddels nagenoeg verdwenen. Oplossingsgerichte therapie, in de vorm van een zelfhulpmethode met ondersteuning van een peer, lijkt dan ook een bruikbaar alternatief voor hulpbehoevende ouderen die op plekken wonen waar de toegang tot zorg schaars is en als andere hulp niet beschikbaar is.

LITERATUUR

¹ Hollister B, Crabb R, Areán P. Comparative effectiveness of clinician- versus peer-supported problem-solving therapy for rural older adults with depression. *Psychiatr Serv* 2024; 75: 925-8.

FRAMING: HOE TAAL PERCEPTIE STUURT

'Je hebt een verhoogd risico op een psychose.' Onbedoeld kan deze boodschap bij jongeren leiden tot (zelf)stigma, discriminatie, demoralisatie of onnodig medicatiegebruik. Tegelijkertijd kan het onbesproken laten van deze risicostatus ervoor zorgen dat men de autonomie en wensen van patiënten negeert. Sol-Nottes en collega's ontdekten dat de manier waarop men hierover communiceert de negatieve gevolgen vermindert. Ze publiceerden hun onderzoek in *Schizophrenia Bulletin*.¹

De onderzoekers gebruikten twee videosimulaties met acteurs, waarin een jongere samen met zijn moeder te horen krijgt dat hij een verhoogd risico heeft op een psychose. In een van de video's gebruikt de behandelaar positief framen. Hierbij presenteert men informatie op een positieve manier en benadrukt de voordelen en mogelijkheden. Zo benadrukt de behandelaar bijvoorbeeld dat de

resultaten van de *Structured Interview For Psychosis-Risk Syndromes* over het algemeen positief en optimistisch zijn. De jongere heeft op dat moment geen psychotische stoornis en is in staat om met gezond verstand zijn ervaringen in twijfel te trekken. Wel waarschuwt de behandelaar voor de mogelijkheid dat deze vaardigheid onder stress kan slijten. Dit voorkómen is het doel van de behandeling.

Daartegenover staat negatief framen, waarbij men focust op nadelen, risico's en problemen. In de andere video benadrukt de behandelaar bijvoorbeeld dat de jongen in de hoogrisicocategorie valt. Ook legt de behandelaar weinig tot geen nadruk op specifieke vaardigheden die bij hem nog intact zijn. De behandeling richt zich op het voorkómen van een psychose. Vervolgens randomiseerden de onderzoekers bijna 150 professionals in de geestelijke gezondheidszorg om één van de twee video's te bekijken. Deze zorgprofessionals evalueerden het effect van de manier van feedback geven op de jongere en zijn moeder door een vragenlijst in te vullen. De zorgprofessionals beoordeelden dat de feedback in de video met positief framen als empathischer, optimistischer en

minder angstwekkend en stigmatiserend werd ervaren door de jongere en zijn moeder dan die in de video met negatief framen. Ook schatten ze in dat de positieve feedback de patiënt en zijn familie meer motiveerde om hulp te zoeken dan de negatieve feedback.

Het gebruik van positief framen bij het openbaren van een risicostatus lijkt veelbelovend voor het verbeteren van de balans tussen de voor- en nadelen die hiermee gepaard gaan. Uiteraard resteert nog de vraag of patiënten en hun families dit ook zo beleven.

LITERATUUR

1 Sol-Nottes Y, Mendlovic S, Roe D, e.a. Positive reframing of psychosis risk is seen as more beneficial and less harmful than negative framing by clinicians: an experimental videotaped simulated feedback study. *Schizophr Bull* 2024; doi: 10.1093/schbul/sbae067.

ZIEKTEOVERDRACHT ONDER JONGEREN

Psychiatrische aandoeningen raken niet alleen patiënten, maar ook hun familie. Deze effecten beperken zich niet tot direct betrokkenen, maar spreiden zich uit tot leeftijdsgenoten via het sociale netwerk van patiënten. Dat schrijven Alho en collega's in *JAMA Psychiatry*.¹

Via gezondheidsregisters selecteerden de onderzoekers 666.376 Finnen geboren tussen 1985 en 1997. De onderzoekers volgden hen vanaf 1 augustus in het jaar dat ze de middelbare school afmaakten (ongeveer 16 jaar oud) totdat ze een psychiatrische diagnose kregen, emigreerden, overleden of het einde van de studieperiode (31 december 2019). Tijdens deze periode kreeg 25% van de deelnemers een psychiatrische diagnose. Het hebben van meer dan één klasgenoot met een psychiatrische stoornis tijdens het laatste jaar van de middelbare school was geassocieerd met een 5% hoger risico op een psychi-

atrische aandoening op latere leeftijd (HR: 1,05; 95%-BI: 1,04-1,06). Hierbij keken de onderzoekers tegelijkertijd naar verschillende aandoeningen: stoornis in middelengebruik, schizofreniespectrum-, stemmings-, angst-, eet-, en gedrags- en emotionele stoornis. Het risico hierop was het grootst in het eerste jaar van de follow-upperiode. Uit een vervolganalyse per diagnosecategorie bleek ook dat het hebben van één klasgenoot met een stemmings-, angst- of eetstoornis het risico op dezelfde aandoening tijdens de follow-upperiode verhoogde (stemmingsstoornis, HR: 1,04; 95%-BI: 1,02-1,06; angststoornis, HR: 1,03; 95%-

BI: 1,01-1,04; eetstoornis, HR: 1,10; 95%-BI: 1,02-1,19).

Dit onderzoek borduurt voort op eerdere bevindingen dat schadelijke effecten van psychische aandoeningen zich niet alleen bij directe familie of vrienden kunnen voordoen, maar ook via een uitgebreider sociaal netwerk. Dit wordt mogelijk verklaard door toegenomen bewustwording over deze stoornissen, kopieergedrag (bijvoorbeeld bij eetstoornissen) of emotionele besmetting (de neiging om (onbewust) emoties van anderen over te nemen, bijvoorbeeld bij depressie). De auteurs benadrukken het belang van preventie- en interventie maatregelen die met deze ziekteoverdracht tussen jongeren rekening houden.

LITERATUUR

1 Alho J, Gutvilig M, Niemi R, e.a. transmission of mental disorders in adolescent peer networks. *JAMA Psychiatry* 2024; 81: 882-8.

AI: EEN GESPREKSPARTNER DIE HELPT BIJ ANGST EN DEPRESSIE?

Kunstmatige intelligentie (AI) is niet meer weg te denken uit onze huidige maatschappij. De kranten schrijven er continu over, virtuele assistenten (zoals Siri) helpen ons aan informatie en bij klantenservices worden we eerst te woord gestaan door een slimme chatbot. Ook in de ggz doet AI haar intrede. Zo zijn er op AI-gebaseerde chatbots voor de behandeling van angst en depressie. Zhong en collega's onderzochten of deze effectief zijn en publiceerden hun meta-analyse in *Journal of Affective Disorders*.¹

De onderzoekers selecteerden 18 gerandomiseerde studies met controlegroep naar de werkzaamheid van AI-gebaseerde chatbotinterventies voor (sub)klinische angst- en/of depressieve klachten. Hieraan deden 3477 mensen mee. De helft van hen volgde een 2-16 weken durende chatbotinterventie, waarbij zowel de gebruiker als de chatbot informatie stuurde en ontving. De

anderen volgden een controleconditie, zoals op een wachtlijst staan of het volgen van psycho-educatie of een standaardbehandeling.

Vergeleken met de controlecondities werden er bij de AI-gebaseerde chatbotinterventies betere behandeluitkomsten behaald, namelijk een verbetering van depressieve en angstklachten (depressie, Hedges' g: -0,26; 95%-BI: -0,34 tot

-0,17, gebaseerd op 16 studies; angst, Hedges' g: -0,19, 95%-BI: -0,29 tot -0,09, gebaseerd op 15 studies). Uit vervolganalyses bleek dat deze verschillen zowel golden voor een behandelduur van 4 als van 8 weken, maar dat de verschillen bij 8 weken het grootst waren.

In slechts 2 studies voerde men follow-uponderzoek uit 3 maanden na de behandeling. Daaruit bleek dat de verschillen niet meer zichtbaar waren.

Mede door de grote variatie in gebruikte controlecondities blijven de (langetermijn)voordelen van chatbots onzeker.

LITERATUUR

1 Zhong W, Luo J, Zhang H. The therapeutic effectiveness of artificial intelligence-based chatbots in alleviation of depressive and anxiety symptoms in short-course treatments: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2024; 356: 459-69.

Carmen van Hooijdonk, wetenschapsredacteur