



Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen?

Karen van Rooijen -Mutsaers

Nederlands Jeugdinstituut
i www.nji.nl

Februari 2012

Een angststoornis wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van een pathologische (ziekelijke) angst. Als deze angst geen reële grond heeft en leidt tot sociale problemen, is er sprake van een stoornis. Ruim 10 procent van de jongeren van 13 tot 18 jaar heeft last van een angststoornis, zoals faalangst of een fobie. Het is niet bekend hoeveel kinderen onder de 13 jaar te maken hebben met een angststoornis.

Bij de behandeling van angststoornissen blijkt cognitieve gedragstherapie voor een groot deel van de jeugdigen effectief. Deze effecten blijven ook op de langere termijn bestaan. Er is echter ook nog veel onduidelijk.

Uit het gedane onderzoek komen enkele aanbevelingen naar voren. Kies ten eerste voor een multimodale benadering. Ten tweede kan bij milde varianten het beste worden gestart met cognitieve gedragstherapie. Tot slot is het van belang om vast te houden aan de basiscomponenten van cognitieve gedragstherapie, maar daarnaast wel flexibel aan te sluiten bij de individuele situatie van de jeugdige.

In deze tekst wordt besproken wat er op dit moment bekend is over werkzame principes bij de behandeling van angststoornissen. Als uitgangspunt voor dit stuk is de Nederlandse vertaling van de Amerikaanse Praktijkrichtlijn voor de diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen (Connolly, 2008) genomen (er is nog geen Nederlandse richtlijn). Daarnaast is het stuk gebaseerd op een aantal overzichtsartikelen rondom de behandeling van angst (o.a. Bodden, 2006; Nauta, 2005; Toorn en Ferdinand, 2004; Meijer, Smit, Schoemaker en Cuijpers, 2006; de Haan, 2003; Scholing, 2002).

Dit document maakt onderdeel uit van het themadossier 'Angststoornissen'. Het gehele dossier is in te zien op www.nji.nl/angststoornissen.

1. De behandeling van angststoornissen bij jeugdigen

In de Amerikaanse Praktijkrichtlijn voor de diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen, die begin 2008 in het Nederlands is vertaald, wordt gepleit voor een multimodale benadering van de behandeling van angststoornissen. Dit kan onder meer betekenen: het informeren van de ouders en het kind over de angststoornis, consultatie van school en huisarts, cognitief-gedragstherapeutische interventies, psychodynamische psychotherapie, gezinstherapie en medicatie.



Bij de behandeling van angststoornissen bij jeugdigen krijgt cognitieve gedragstherapie de meeste empirische steun (Compton, March, Brent, Albano, Weersing en Curry, 2004). Maar, hoewel is aangetoond dat door cognitieve gedragstherapie angstsymptomen afnemen en dat cognitieve gedragstherapie effectiever is dan wachtlijstcontrole, moet er nog wel onderzoek worden verricht naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie in vergelijking met andere behandelvormen (Connolly, 2008).

2. Cognitieve gedragstherapie

De behandeling van kinderen en jeugdigen met angstklachten is steeds meer plaats gaan vinden in de vorm van geprotocolleerde behandelpakketten, bestaande uit verschillende cognitief-gedragstherapeutische onderdelen. Deze programma's richten zich in het bijzonder op kinderen met een sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie of separatieangststoornis (Toorn en Ferdinand, 2004).

In cognitieve gedragstherapie leert de therapeut de jeugdige vaardigheden aan om angstsymptomen te kunnen beheersen. Daarnaast biedt de therapeut de jeugdige de mogelijkheid om in de praktijk te oefenen met het beheersen van de angstsymptomen of met situaties die angst oproepen (Connolly, 2008).

2.1 De componenten

Cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen van jeugdigen bestaat over het algemeen uit vijf componenten (Albano en Kendall, 2002 in: Connolly, 2008; Bodden, 2006).

- *Psycho-educatie* (informatie). De meeste ouders van kinderen met een angststoornis hebben vragen over de oorzaken van de angst: is het erfelijk, is het een gevolg van nare ervaringen, van opvoeding? Het is belangrijk om zowel ouders als kind een goede uitleg te geven over mogelijke oorzaken van angst, en vooral over de manier waarop die angst kan worden verminderd (Scholing, 2002).
- *Vaardigheidstraining*. Tijdens vaardigheidstraining leert het kind wat het moet doen als het angstig is. Dit wordt ook wel copinggedrag genoemd. Het gaat dan onder meer om ontspanningsoefeningen, middenrifademhaling en zelf-monitoring. Ook kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het zoeken van afleiding. Een speciale vorm van afleiding zoeken is de 'taakconcentratie training' die bij kinderen met een sociale fobie wordt toegepast. Kinderen met een sociale fobie letten vaak alleen op zichzelf (ik zie er stom uit, mijn gezicht is te rood, ik zeg belachelijke dingen). In de taakconcentratie training wordt deze kinderen gevraagd nu juist op dingen uit de omgeving te letten (bijvoorbeeld wat hebben anderen aan, hoe beginnen anderen een gesprek). Zo leert het kind om zich minder bewust te zijn van zichzelf (de Haan, 2003).
- *Cognitieve herstructurering*. Kinderen met een angststoornis zien de wereld vaak als beangstigend en negatief. Bij cognitieve herstructurering worden angstige gedachten nader bekeken, besproken, uitgedaagd en omgezet in helpende gedachten. De therapeut leert het kind daarbij om vragen aan zichzelf te stellen (hoe groot is de kans dat er iets akeligs gebeurt, hoe vaak is het eigenlijk voorgekomen), te bedenken wat anderen zouden zeggen of andere verklaringen te verzinnen (de Haan, 2003). Een kind met een sociale fobie kan bijvoorbeeld denken dat anderen hem of haar raar zullen vinden omdat hij of zij bloost. Deze gedachte kan worden aangepakt en vervangen worden door de gedachte dat de meeste mensen wel eens blozen en het dus ook niet raar vinden om te zien dat een ander bloost (Centrum cognitieve gedragstherapie, 2008).

- *Methoden van blootstelling.* Vermijden is een groot probleem bij angsten. Om de angst te voorkomen, zorgt het kind ervoor dat de angst niet kan optreden en gaat niet naar school, niet naar buiten, zorgt dat ouders bij hen blijven, enzovoort. In cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen wordt gebruik gemaakt van ‘exposure.’ Daarin wordt het kind heel geleidelijk blootgesteld aan dat waar het bang voor is. Een kind met een separatie-angststoornis leert bijvoorbeeld eerst in een andere kamer te zijn dan de ouders. Een volgende stap kan zijn dat de ouders een brief gaan posten en daarna een boodschap gaan doen, of dat het kind steeds langere tijd bij een vriendje gaat spelen. Zo leert het kind stapje voor stapje de angst te overwinnen (De Haan, 2003).
- *Plannen voor het voorkomen van terugval.* Om terugval te voorkomen worden vaak terugkomsessies gepland evenals afspraken met ouders en school over wat te doen als zij terugval signaleren.

Naast deze vijf kerncomponenten wordt binnen cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen vaak gebruik gemaakt van het principe van modelleren, oftewel het demonstreren (door de therapeut of de ouders) van dapper gedrag in een angstige situatie, zodat het kind dit gewenste gedrag kan nadoen als reactie op de eigen angst (Bodden, 2006). Ook worden regelmatig beloningsschema’s gebruikt waarin dapper gedrag beloond wordt en ongewenst gedrag zoveel mogelijk genegeerd wordt. Beloningsschema’s kunnen kinderen motiveren om zich meer bloot te stellen aan de angst. Uiteindelijk moet het kind ook zelf leren om zijn of haar eigen gedrag te evalueren en zichzelf te belonen voor goede prestaties. (Scholing, 2002). Ouders leren daarnaast vaak ontspanningstechnieken en kunnen als coach fungeren (Connolly, 2008).

In de Praktijkrichtlijn voor de diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen wordt benadrukt dat het belangrijk is vast te houden aan de basiscomponenten van cognitieve gedragstherapie, maar dat flexibiliteit en aandacht voor de individuele situatie ook noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen (Albano en Kendall, 2002, in: Connolly, 2008).

2.2 Verschillende componenten voor verschillende stoornissen

De inhoud van cognitieve gedragstherapie is niet voor elke angststoornis hetzelfde. Per stoornis zijn er verschillende componenten die meer op de voorgrond staan.

- Cognitieve gedragstherapie voor de *specifieke fobie* verschilt van cognitieve gedragstherapie voor de gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en separatieangststoornis door meer nadruk op geleidelijke blootstelling (Velting, Setzer en Albano, 2004 in: Connolly, 2008).
- Om cognitieve gedragstherapie beter toe te spitsen op *sociale fobie* bevelen Spence, Donovan en Brechman-Toussaint (1999) aan sociale vaardigheidstraining en mogelijkheden om hiermee te oefenen toe te voegen aan de basiscomponenten. Kinderen met een sociale fobie blijken namelijk slechtere sociale vaardigheden te hebben en sociaal minder goed te functioneren (Spence et al., 1999 in: Connolly, 2008).
- Welke aanpassingen nodig zijn om cognitieve gedragstherapie beter aan te laten sluiten bij de *paniekstoornis en selectief mutisme* is nog niet voldoende onderzocht. Voor de *paniekstoornis* wordt gedacht aan de volgende behandelcomponenten:
 - Het oproepen van fysieke kenmerken die optreden bij paniek zoals duizeligheid, kortademigheid en zweten) door middel van oefeningen. Oefeningen kunnen onder
 - meer zijn: rustig nee schudden, met het hoofd tussen de benen hangen, adem inhouden, hyperventileren.

- Informatie geven over de fysiologische processen die vooraf gaan aan een paniekstoornis (Ollendick, 1995 in: Connolly, 2008).

In gevalsstudies over *selectief mutisme* (waarbij het kinderen in specifieke situaties zoals op school steeds niet lukt om te spreken, hardop te lezen of te zingen, terwijl ze dit in andere situaties zoals thuis wel kunnen) worden voor deze kinderen geïndividualiseerde, multimodale behandelprogramma's aanbevolen. Enkele belangrijke aanpassingen die genoemd worden zijn:

- Het betrekken van ouders en leerkrachten bij de behandeling (zij kunnen de communicatie van het kind thuis en op school in de gaten houden)
- Het geven van positieve bekrachtiging wanneer het kind probeert te spreken, lezen of zingen (Connolly, 2008).

2.3 Cognitieve gedragstherapie: effectiviteit

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. In de onderstaande tekst wordt eerst ingegaan op de algemene effecten. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor verschillende soorten angststoornissen. Daarna wordt gekeken naar diverse factoren die van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van de behandeling, waaronder demografische kenmerken (als leeftijd en geslacht van het kind) en klinische variabelen (als de ernst van de klachten, duur van de stoornis, comorbiditeit). Ook wordt aandacht besteed aan de effectiviteit van individuele versus groepstherapie en de meerwaarde van het betrekken van de omgeving van het kind (ouders en/of de school). Tot slot wordt ingegaan op dat wat tot nu toe bekend is over de werkzame factoren van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen bij jeugdigen.

Algemene effectiviteit

Onderzoek ondersteunt de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen op de korte termijn (Flannery-Schroeder en Kendall, 2000; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin en Warman, 1997; Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Lumpkin en Carmichael, 1999a in: Praktijkrichtlijn, 2008) en op de lange termijn (Barrett, Duffy, Dadds en Rapee, 2001; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder en Webb, 2004 in: Connolly, 2008; In-Albon en Schneider, 2007). Maar, cognitieve gedragstherapie is niet bij alle kinderen met een angststoornis effectief: 20-50% voldoet na behandeling nog aan criteria voor een angststoornis (Barrett, Dadds en Rapee, 1996; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997 in: Connolly, 2008). Spielmanns, Pasek & McFall (2007) vergeleken in hun meta-analyse zogenaamde bona fide en non-bona fide behandelingen voor angstige en depressieve kinderen met elkaar. Een behandeling werd als bona fide beschouwd als deze voldeed aan drie criteria: de therapeut moest getraind zijn in de uitvoering van de interventie, er moest sprake zijn van een face-to-face relatie tussen therapeut en cliënt en de behandeling moest bestaan uit psychologisch valide onderdelen (zo moesten interventieonderdelen onder meer gekoppeld zijn aan een bepaalde vorm van psychotherapie). Cognitieve gedragstherapie bleek effectiever dan verschillende non-bona fide therapieën, maar niet effectiever dan bona fide niet-cognitief gedragstherapeutische behandeling. Ook Klein (2009) concludeert dat onderzoek heeft aangetoond dat cognitieve gedragstherapie effectiever is dan bijvoorbeeld wachtlijstcontrole, maar dat het niet zeker is of cognitieve gedragstherapie ook effectiever is dan andere actieve behandelvormen.

Het meest gebruikte en best onderzochte cognitieve gedragstherapie-protocol voor jeugdigen is het Amerikaanse Coping Cat-programma (Kendall, 1990) en de in Australië (Coping Koala) en Canada

(Coping Bear) gebruikte aanpassingen daarop. Het programma is ontworpen voor kinderen met een separatie-angststoornis, een gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie. Uit onder meer vier Randomized Controlled Trials (RCT's) blijkt het programma effectiever dan een wachtlijst, en ook effectiever dan een actieve controleconditie (Kendall, 1994; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel & Southam-Gerow, 1997; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder & Suveg, 2008; Southam-Gerow, Kendall & Weersing 2001). Bij de eenjarige en twee-en-een-half jarige follow-up was deze verbetering nog steeds zichtbaar (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall en Southam-Gerow, 1996 in: Connolly, 2008). Het programma is in Nederland beschikbaar onder de naam 'Dappere kat.' Dappere kat is opgenomen in de Databank Effectieve interventies van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl) en door de Erkenningcommissie Interventies erkend als 'bewezen effectief' voor jeugdigen t/m 16 jaar.'

In Nederland heeft Nauta (2005) onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Dappere Kat. In deze studie bleek het programma effectiever dan de wachtlijstconditie: zo'n 60-70% van de kinderen had na behandeling geen angststoornis meer, en deze resultaten werden behouden tot drie en twaalf maanden na afronding van de behandeling. Hierbij wordt wel benadrukt dat dit verschil alleen in de ouderrapportage wordt gevonden en niet in de rapportage van de kinderen. Kinderen zelf gaven ongeacht de conditie een vermindering van symptomen over de tijd aan.

Effectiviteit bij verschillende angststoornissen

In de tekst hieronder worden enkele opvallende bevindingen gepresenteerd over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij de verschillende soorten angststoornissen.

- Spence, Donovan en Brechman-Toussaint (2000) vonden dat de sociale angst van kinderen met *sociale fobie* die cognitieve gedragstherapie en socialevaardigheidstraining kregen, vergeleken met wachtlijstcontroles significant meer afnam en dat hun sociale vaardigheden significant meer verbeterden (Connolly, 2008). Beidel, Turner en Morris (2000) ontwikkelden een specifieke vorm van cognitieve gedragstherapie voor kinderen met sociale fobie: de 'Social Effectiveness Therapy'. De behandeling bestaat uit het terugdringen van sociale angst, verbetering van sociale vaardigheden en toename van participatie in sociale activiteiten. De therapie bleek effectief bij kinderen met sociale fobie (Beidel et al., 2000; in Bodden, 2006). In een recentere studie werden de effecten van Social Effectiveness Therapy vergeleken met het antidepressivum fluoxetine en een placebo-pil bij jeugdigen van 7 tot 17 jaar met een sociale fobie. Zowel fluoxetine als Social Effectiveness Therapy bleken beter dan de placebo in het terugdringen van sociale angst en vermijdingsgedrag en het bevorderen van het algemene welbevinden. Social Effectiveness Therapy bleek op zijn beurt weer beter dan fluoxetine op al deze maten. Bovendien droeg de therapie bij aan een duidelijke verbetering van de sociale vaardigheden (Beidel, Turner, Sallee, Ammerman, Crosby & Pathak, 2007).
- Davis, Ollendick & Ost (2009) vonden positieve resultaten voor one-session-treatment (OST) bij kinderen en jongeren met een *specifieke fobie*. OST is een behandeling die ongeveer 3 uur duurt en voornamelijk bestaat uit exposure. Het kind wordt gedurende het overgrote deel van de sessie blootgesteld aan de stimulus die angst oproept, bijvoorbeeld een hond. Samen met de therapeut gaat het kind steeds verder over de eigen grenzen heen. De therapeut moedigt aan, geeft het goede voorbeeld en praat met het kind over de blootstelling ('is het net zoals je had verwacht?', 'kan je zien of dit een aardige of een onaardige hond is?'). Er is nog niet veel effectonderzoek gedaan naar deze vorm van behandeling, maar de eerste studies laten positieve resultaten zien, met grote effectgroottes (zie Davis, Ollendick & Ost, 2009 voor een overzicht). Het grote voordeel

van deze behandelvorm is dat het bestaat uit één sessie. Hierdoor is de therapie goed bruikbaar bij kinderen die ver moeten reizen voor behandeling, of wanneer er sprake is van gebrekkige motivatie.

- Silverman en collega's (1999a) onderzochten het relatieve effect van een cognitieve interventie en een gedragstherapeutische interventie bij kinderen met een *specifieke fobie*, afgezet tegen een controlegroep die een actieve placebo-interventie (informatie over de angstklachten en de diverse behandelmethoden, het bijhouden van een dagboek en ondersteunende therapie) kreeg. Bij alle drie de condities werden de ouders betrokken. Uit de resultaten bleken alle drie de condities even effectief in het verminderen van de angstklachten (Toorn en Ferdinand, 2004).
- In een onderzoek van King, Tonge, Heyne, Pritchard, Rollings, Young et al (1998) naar door angst veroorzaakte *schoolweigering* werd individuele cognitieve gedragstherapie plus training voor ouders en de leerkracht vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep. De met cognitieve gedragstherapie behandelde kinderen lieten op verschillende gebieden een significant grotere verbetering zien dan de controlegroep. In een ander gerandomiseerd onderzoek werd cognitieve gedragstherapie vergeleken met steun in de vorm van educatie voor een groep kinderen die weigerde naar school te gaan. Opvallend was dat beide behandelingen een significante verbetering opleverden en cognitieve gedragstherapie geen beter resultaat gaf dan steun in de vorm van educatie (Last, Hansen en Franco, 1998 in: Praktijkrichtlijn, 2008). Pina et al (2009) keken naar de effecten van psychosociale interventies voor schoolweigering. Daaruit kwamen gedragsmatige en cognitief-gedragsmatige behandelingen als veelbelovend naar voren. Zij verbeterden schoolbezoek en verminderden symptomen van angst, depressie en boosheid.

De invloed van demografische en klinische variabelen

Verschillende onderzoeken hebben gevonden dat demografische kenmerken van invloed kunnen zijn op het behandelresultaat van cognitieve gedragstherapie. Opgemerkt moet worden dat hier nog veel onduidelijkheid over is en meer onderzoek uit moet wijzen welke factoren precies een rol spelen.

- *Leeftijd*: In de Praktijkrichtlijn wordt aangegeven dat enkele studies tot de conclusie komen dat bij oudere kinderen minder goede resultaten worden bereikt met cognitieve gedragstherapie (Barrett et al., 2001; Last et al., 1998; Layne et al. 2003; Southam-Gerow et al. 2001; in: Connolly, 2008). Ook Bodden (2006) vond dat cognitieve gedragstherapie beter werkte bij 8-12 jarige kinderen dan bij 13 tot 17 jarigen. Nauta (2005) vond daarentegen geen verschil in effectiviteit wat betreft leeftijd. In hun systematische review naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten met angststoornissen concluderen Cartwright-Hatton, Robers, Chitsabesan, Fothergill & Harrington (2004) dat cognitieve gedragstherapie nuttig is als behandeling van angststoornissen bij kinderen boven de zes jaar. Over het behandelen van jongere kinderen is volgens hen nog maar weinig bekend.
- *Sekse*: Nauta (2005) vond geen verschil in effectiviteit naar geslacht. Barrett et al (1996, in: Silverman, Pina & Viswesvaran, 2008) vonden wel betere effecten van cognitieve gedragstherapie (+ gezinsinterventie) bij meisjes dan bij jongens.
- *Intelligentie*: Nauta (2005) vond dat kinderen met een lagere intelligentie een minder goed behandelresultaat hadden. Intelligentie was in deze studie een van de belangrijkste voorspellers van de behandeluitkomst.
- *Etniciteit*: Nauta (2005) vond geen effect van etniciteit op de behandeluitkomst. Internationaal is wat meer onderzoek gedaan naar de rol van etniciteit, maar vrijwel alleen met kleine populaties. Pina, Silverman, Fuentes, Kurtines & Weems (2003) vergeleken de effecten van 'exposure-based' cognitieve gedragstherapie bij aan de ene kant Latino jeugdigen en aan de andere kant Europees-

Amerikaanse jeugdigen (6-16 jaar). Er bleken vrijwel geen verschillen tussen de twee groepen te zijn (Silverman et al., 2008). Deze en nog een aantal andere (kleinschalige) studies wijzen erop dat cognitieve en gedragsmatige interventies waarschijnlijk effectief zijn bij de behandeling van fobieën en angststoornissen bij jeugdigen uit etnische minderheidsgroepen. Meer onderzoek is echter nodig.

Ook klinische variabelen kunnen van invloed zijn op het behandelresultaat.

- *Psychopathologie van de ouder(s)*: Cobham, Dadds en Spence (1998) vonden dat ouderlijke angst een voorspeller was van een slechter behandelresultaat van het kind. Ook Bodden (2006) vond dat cognitieve gedragstherapie minder goed werkte bij angstige kinderen van wie de ouders zelf ook angstig waren. Berman, Weems, Silverman & Kurtines (2000) vonden dat depressieve symptomen bij de ouders de sterkste voorspeller waren van een slechter behandelresultaat van hun kind (Silverman et al., 2008). Ook ouderlijke angst en vijandigheid waren voorspellers van een slechtere behandeluitkomst. Opvallend is daarom de studie van Legerstee (2009). In tegenstelling tot andere onderzoeken blijkt uit deze studie dat wanneer de moeder van een adolescent die therapie (het geprotocolleerde VRIENDEN) krijgt, ooit gedurende haar leven een angststoornis heeft gehad, dit tot betere resultaten leidt. Van deze groep heeft na afloop 60% geen stoornis meer, tegenover 22 procent van de adolescenten waarvan de moeder geen angststoornis heeft gehad. Volgens de onderzoekers kan dit komen doordat psychopathologie van de ouders vaak afneemt wanneer het kind hulp ontvangt, en zij dus het gedrag van hun kind positiever inschatten. Daarnaast ontvangen de ouders in deze studie ook een oudertraining, wat vooral voor moeders die ooit zelf angstig zijn geweest, de onderlinge relatie kan verbeteren. Ook in de Amerikaanse Praktijkrichtlijn wordt benadrukt dat het betrekken van ouders bij de behandeling mogelijk cruciaal kan zijn als een van de ouders zelf ook angstig is (Connolly, 2008). Voor kinderen bleek, in tegenstelling tot adolescenten, ouderlijke psychopathologie overigens niet van invloed op het therapie effect.
- *Ernst van de klachten/aantal klachten/duur van de klachten*: Uit enkele studies blijkt dat jeugdigen met ernstigere angstsymptomen een slechte respons op alleen cognitieve gedragstherapie hebben (Barrett et al., 2001; Last et al., 1998; Layne et al. 2003; Southam-Gerow et al. 2001; in: Connolly, 2008). In Nederland vonden zowel Nauta (2005) als Liber, Widenfelt, Van der Leeden, Goedhart, Utens en Treffers (2010) dat kinderen met veel angstsymptomen minder goed op de behandeling reageerden. Uit het onderzoek van Nauta (2005) blijkt dat dit ook geldt voor kinderen die al gedurende lange tijd last hebben van de angstklachten.
- *Eerdere behandeling*: Nauta (2005) vond dat kinderen die al eerder in behandeling geweest waren een slechter behandelresultaat hadden.
- *Comorbiditeit*: Veel kinderen met een angststoornis hebben tevens een andere psychische stoornis, bijvoorbeeld depressie of ADHD. In een aantal studies is bekeken of dergelijke comorbiditeit van invloed is op het behandelresultaat (Scholing, 2002). De resultaten zijn niet eenduidig. Toorn en Ferdinand (2004) verwijzen naar een aantal studies die het comorbiditeitseffect hebben onderzocht. Kendall et al (2001) vonden in hun onderzoek naar het Coping Cat programma dat comorbide stoornissen (ingedeeld in een comorbide angststoornis of een comorbide externaliserende stoornis) het behandelresultaat niet beïnvloeden. Integendeel, als de angststoornis verbeterde, verbeterde ook de comorbide stoornis. Eerder vonden zij al dat ook een comorbide internaliserende stoornis niet van invloed was op het behandelresultaat (Kendall et al. 1997). Berman et al (2000) vonden wel een comorbiditeitseffect. Een comorbide depressie bleek het behandelresultaat negatief te beïnvloeden. Beidel en Morris (2000) vonden geen effect van comorbiditeit bij sociale fobie (Toorn en Ferdinand, 2004). In haar studie vond

Nauta (2005) wel een verband tussen comorbiditeit en behandelresultaat: kinderen met extra symptomen van depressie en dwang hadden een minder goed behandelresultaat. Wat nu precies de rol van comorbiditeit is, is dus nog onduidelijk, maar een comorbide depressie lijkt van invloed te kunnen zijn op de behandeling. In de Praktijkrichtlijn wordt aangegeven dat een kind met een ernstige depressie mogelijk niet met succes deel kan nemen aan cognitieve gedragstherapie. In zo'n geval moet voorrang gegeven worden aan het behandelen van de depressie. (Connolly, 2008).

- *Selectieve aandacht*: Uit de studie van Legerstee, Tulen, Kallen, Dieleman, Treffers, Verhulst en Utens (2009) blijkt dat selectieve aandacht een significante voorspeller is van therapie succes bij kinderen met een angststoornis. Cognitieve gedragstherapie (CGT) bleek vooral effectief voor kinderen met een selectieve aandacht *weg* van dreiging (oftewel voor kinderen die geneigd zijn hun aandacht af te wenden van gevaar). Kinderen met een selectieve aandacht *naar* dreiging, die moeite hadden om hun aandacht af te wenden van gevaar, bleken meer CGT sessies nodig te hebben om te genezen van hun angststoornis.

Er is nog veel onduidelijk over de demografische en klinische factoren die van invloed zijn op het behandelresultaat van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met angststoornissen. Bepaalde factoren lijken een rol te spelen, maar het beeld is niet eenduidig. Zo vonden Compton et al (2004) in hun review naar cognitieve gedragstherapie voor kinderen en adolescenten met angststoornissen en depressieve stoornissen 10 studies die aandacht besteedden aan de modererende rol van demografische kenmerken (sekse, leeftijd en etniciteit) en klinische variabelen (ernst van de stoornis, diagnose voor de behandeling en comorbiditeit). Op basis van deze studies komen zij tot de conclusie dat geen van de factoren van invloed is op het behandelresultaat. Zij tekenen echter wel aan dat dit geen ferme conclusie is, er zijn maar weinig studies met een power die groot genoeg is om deze vraag te beantwoorden. Ondanks alles is het duidelijk dat sommige kinderen beter reageren op cognitieve gedragstherapie dan andere kinderen. Meer onderzoek naar factoren die van invloed kunnen zijn op het behandelresultaat is nodig om cognitieve gedragstherapie te kunnen verfijnen en de effectiviteit te verbeteren (Bodden, 2006).

Wanneer kinderen niet goed reageren op de behandeling, opperen Southam-Gerow et al (2001) om de 'dosering' of de intensiteit van de behandeling omhoog te schroeven (op grond van de ernst van de symptomen of de leeftijd), de ouders of het gezin bij de behandeling te betrekken of – bij sommige kinderen- extra interventies gericht op specifieke symptomen aan te bieden. Op deze manieren kan geprobeerd worden de uitkomst van de behandeling te verbeteren.

Kenmerken van de interventie

In een aantal studies is de effectiviteit aangetoond van groepsgewijze cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen (met of zonder betrokkenheid van de ouders) (Barrett, 1998; Flannery-Schroeder en Kendall, 2000; Manassis, Mendlowitz, Scapillato, Avery, Fiksenbaum, Freire et al., 2002; Muris, Mayer, Bartelds, Tierney en Bogie, 2001; Silverman et al., 1999a in: Connolly, 2008). In enkele studies werd bovendien een vergelijking gemaakt tussen individuele cognitieve gedragstherapie en de groepstoepassing (Flannery-Schroeder en Kendall, 2000; Barrett et al., 1996 in: Connolly, 2008). In deze studies werd geen significant verschil in effectiviteit gevonden. In de individuele variant voldeed 64% van de kinderen niet meer aan de criteria voor een angststoornis, in de groepsvariant 50%. Het lijkt er dus op dat cognitieve gedragstherapie zowel individueel als groepsgewijs even effectief is (Bodden, 2006; Toorn en Ferdinand, 2004; Scholing, 2002; Liber, Wedenfelt, Leeden en



Treffers, 2007). Dit bevestigen ook James, Soler en Weatherall (2005) in hun review van 13 studies. Behandeling in groepsverband heeft echter wel enkele voordelen, het is kosteneffectief, maakt training van sociale vaardigheden mogelijk en bovendien kunnen kinderen in een groep model staan voor elkaar (Verhulst, 2006). In een aantal studies leek individuele cognitieve gedragstherapie bij bepaalde subgroepen de voorkeur te hebben boven de groepstoepassing: bij kinderen die naast een angststoornis ook gediagnosticeerd waren met ADHD, bij kinderen met een ernstig trauma en bij kinderen met een hoge mate van sociale angst (Connolly, 2008).

Silverman et al (2008) bekeken in hun review 32 studies naar psychosociale behandelingen bij jeugdigen met een fobie of angststoornis. Een behandeling werd als bewezen effectief geclassificeerd wanneer tenminste twee kwalitatief goede experimenten verricht waren in tenminste twee onafhankelijke onderzoekssettings en door onafhankelijke onderzoeksteams. Ook diende de behandeling statistisch gezien effectiever te zijn dan een placebo (pil of psychologische placebo) of een andere behandeling, of even effectief te zijn als een al gevestigde behandeling. Geen van de door hen bestudeerde behandelingen bleek bewezen effectief. Individuele cognitieve gedragstherapie, groepsmatige cognitieve gedragstherapie, groepsmatige cognitieve gedragstherapie met oudercomponent, groepsmatige cognitieve gedragstherapie voor sociale fobie en Social Effectiveness Therapy (ook voor kinderen met een sociale fobie), voldeden allemaal aan de criteria voor waarschijnlijk effectief (Silverman et al., 2008).

Richardson, Stallard & Velleman (2010) verrichtten een systematische review naar gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie voor onder andere kinderen en jongeren met een angststoornis. Zij vonden slechts een aantal studies, maar deze hadden wel positieve resultaten. Hoewel veel meer onderzoek nodig is, concluderen de onderzoekers dat gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie veelbelovend is voor kinderen en jongeren met bijvoorbeeld angst- en depressieve klachten. Meer informatie over online hulpverlening bij diverse problemen en stoornissen is te vinden in het dossier [Online hulp](#).

Het betrekken van de omgeving

Ouders en gezinnen kunnen belangrijke rol spelen in de ontwikkeling en het voortbestaan van de angsten van kinderen. Hierbij kan gedacht worden aan dingen als angst bij de ouders zelf, opvoedingsstijl, onveilige gehechtheid en ouder-kind interacties. In sommige studies bestaat ouderbetrokkenheid slechts uit een aantal oudersessies waarin ouders psycho-educatie krijgen en uitleg krijgen over het verloop van de behandeling. In andere studies is een grotere rol voor de ouders weggelegd. In die gevallen loopt de behandeling van de ouders vaak ook aan de hand van protocollen. De belangrijkste vaardigheden die de ouders daarin leren zijn:

- Opvoedingsvaardigheden. Een voorbeeld daarvan is contingency management waarin ouders leren om enthousiast te reageren op dapper gedrag van hun kind en empathisch te reageren op angstig gedrag, maar tevens het kind aan te moedigen om de angst te bestrijden met de strategieën die het in de behandeling geleerd heeft. Ook leren ouders om zich te richten op het gewenste gedrag en niet op het straffen van angstig gedrag. Rollenspellen worden vaak gebruikt om ouders te laten oefenen met deze vaardigheden.
- Daarnaast leren ouders om hun eigen angstige reacties en emotionele stress beter te hanteren en hun kind voor te doen hoe ze zelf moeilijke situaties te lijf gaan.
- Ook wordt ouders geleerd met elkaar te praten over de manier waarop ze hun kind kunnen helpen en om een team te vormen dat het kind kan begeleiden.

- Tot slot leren ouders hoe ze verschillende problemen op een adequate manier kunnen oplossen (Scholing, 2002).

Wat precies de effecten zijn van het toevoegen van een oudercomponent aan standaard cognitieve gedragstherapie voor angst bij kinderen is nog niet duidelijk (Connolly, 2008). In sommige studies wordt een significante meerwaarde van oudertraining aangetoond (waaronder Barret et al., 1996 die een effect op de korte termijn vonden, Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis en Shaw, 1999 en Heyne, King., Tonge, Rollings, Young, Pritchard et al., 2002). In andere studies wordt geen significante meerwaarde aangetoond (waaronder Barrett, 1998; Nauta, Scholing, Emmelkamp, en Minderaa, 2003; Spence, Donovan, en Brechman-Toussaint, 2000; Spielmans et al., 2007; Silverman et al., 2008). James et al (2005) vonden in hun review van 13 studies naar cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen geen meerwaarde van het toevoegen van een ouder- of familiecomponent. Daarentegen vonden Dowell & Ogles (2010) in een algemene meta-analyse naar psychotherapie bij diverse stoornissen en problemen wel positieve effecten van ouderbetrokkenheid.

Opvallend is het onderzoek van Cobham, Dadds en Spence (1998). Zij onderscheidden angstige kinderen *met* (een) angstige ouder(s) en angstige kinderen *zonder* (een) angstige ouder(s). Uit de resultaten bleek dat ouderlijke angst een voorspeller was van een slechter behandelingsresultaat van het kind; het betrekken van de ouders verbeterde het resultaat van de behandeling, maar alleen voor de angstige kinderen die een angstige ouder hadden (Scholing, 2002). In de Praktijkrichtlijn wordt benadrukt dat het betrekken van de ouders bij de behandeling mogelijk cruciaal kan zijn als een van de ouders zelf ook angstig is (Connolly, 2008).

In 2001 hebben Nauta en collega's in Nederland een gezins-cognitieve gedragstherapie ontwikkeld. Het programma bestond uit 7 sessies, gericht op het gedrag, de gedachten en de gevoelens van de ouders omtrent hun angstige kind. Het programma werd gegeven bovenop cognitieve gedragstherapie voor het kind (12 sessies). Er werd geen meerwaarde van het ouderprogramma gevonden (Nauta et al. 2001; Nauta, Scholing, Emmelkamp, en Minderaa, 2003). Tussen 2002 en 2005 is in Nederland nog een grootschalig onderzoek uitgevoerd waarin de (kosten)effectiviteit van gezins-cognitieve gedragstherapie gemeten werd in vergelijking met individuele cognitieve gedragstherapie (Bodden, 2006). De individuele cognitieve gedragstherapie in deze studie was het programma Dappere Kat. De gezins-cognitieve gedragstherapie bestond uit 13 sessies: drie sessies met alleen het kind, twee met kind en ouders, vijf met alleen de ouders en drie met het hele gezin (waaronder ook broertjes en zusjes) (Bögels en Siqueland, 2006). Ouders leerden onder meer om dapper gedrag te modelleren en hun kind te begeleiden bij blootstelling aan angstige situaties. Daarnaast werden dysfunctionele gedachten van ouders en kind aangepakt en werd de interactie binnen het gezin verbeterd. Een pilot studie naar deze gezins-cognitieve gedragstherapie liet zien dat 59% van de 17 kinderen vrij was van hun primaire angststoornis bij de follow-up na 3 maanden. Deze pilot studie werd gevolgd door een gerandomiseerde gecontroleerde studie waarin de gezins-cognitieve gedragstherapie vergeleken werd met individuele cognitieve gedragstherapie. In de behandelstudie werd aangetoond dat beide behandelingen erg effectief waren (bij individuele cognitieve gedragstherapie was 56% van de jeugdigen na 3 maanden vrij van alle angststoornissen en bij gezins-cognitieve gedragstherapie 47%). Echter, individuele cognitieve gedragstherapie werkte direct na de behandeling significant beter dan gezins-cognitieve gedragstherapie (bij individuele therapie was 53% van de kinderen direct na behandeling vrij van alle angststoornissen en bij gezins-

cognitieve gedragstherapie 28%). De bevinding dat het betrekken van de familie niet bijdraagt aan de effectiviteit van individuele cognitieve gedragstherapie komt overeen met het resultaat van de meerderheid van de studies die gezins-cognitieve gedragstherapie hebben onderzocht. Maar, dit is de eerste studie die uitwijst dat individuele cognitieve gedragstherapie effectiever is (in ieder geval direct na de behandeling) dan gezins-cognitieve gedragstherapie. Daarnaast tonen de resultaten aan dat individuele cognitieve gedragstherapie ook goedkoper is dan gezins-cognitieve gedragstherapie. Conclusie van het onderzoek is dan ook dat individuele cognitieve gedragstherapie de beste keus is om klinisch angstige kinderen te behandelen. Meer onderzoek moeten uitwijzen of de gevonden resultaten ook gelden op de langere termijn (Bodden, 2006).

Meer onderzoek is nodig naar de mogelijke effecten van het toevoegen van een oudercomponent aan standaard cognitieve gedragstherapie voor angst bij kinderen, evenals naar andere interventies gericht op ouders of gezinnen (Toorn en Ferdinand, 2004; Bodden, 2006; Creswell en Hatton, 2007).

Naast het betrekken van ouders bij cognitieve gedragstherapie wordt in sommige interventies ook de school in de behandeling betrokken. Als een kind op school door angst wordt overspoeld kan er buiten de klas bijvoorbeeld een volwassene worden aangewezen die het kind kan helpen met probleemoplossende strategieën of met het omgaan met de angst. Bij faalangst kunnen toetsen worden afgenomen in een rustige omgeving (Connolly, 2008). Twee studies van King en collega's (1998 en 1999) laten zien dat individuele cognitieve gedragstherapie met ouder/leraar training effectief was bij kinderen die uit angst naar school weigerden te gaan (Bodden, 2006).

2.4 Cognitieve gedragstherapie: werkzame principes

Wat nu precies de componenten van cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen zijn die van essentieel belang zijn voor de effectiviteit, is nog niet helemaal duidelijk. Opvallend is dat in twee onderzoeken naar de behandeling van specifieke fobie en schoolfobie (Last et al., 1998; Silverman, Kurtines, Weems, Ginsburg, Rabian en Serafini, 1999b) ondersteunende educatie (psycho-educatie over de kenmerken, oorzaken en het beloop van angststoornissen) hetzelfde effect had als cognitieve gedragstherapie. Dit doet de suggestie dat psycho-educatie en ondersteuning het kind aan kunnen zetten tot blootstelling aan de angstige situatie, waardoor de angst afneemt (Connolly, 2008; Toorn en Ferdinand, 2004).

Kendall en collega's (1997 in: Toorn en Ferdinand, 2004) hebben expliciet onderzocht wat de noodzakelijke componenten van cognitieve gedragstherapie zijn in hun onderzoek naar de effectiviteit van Coping Cat. Na acht weken, waarin het cognitieve, educatieve gedeelte van de behandeling aan bod was gekomen (informatie, het herkennen van angstige gevoelens, ontspanningsoefeningen, het formuleren van helpende gedachten en coping-strategieën), vergeleken zij de meetresultaten met de wachtlijstcontrolegroep. Op dit moment was er geen significant verschil tussen de groepen. Na zestien weken werd de groep die inmiddels de volledige behandeling had gekregen (de tweede helft bestond uit blootstelling in vitro en in vivo), weer vergeleken met de wachtlijstcontrolegroep. De wachtlijstcontrolegroep had inmiddels de eerste helft van de behandeling gevolgd. Opvallend is dat dit keer wel op alle uitkomstmaten significante verschillen gevonden werden tussen beide groepen, in het voordeel van de groep met de volledige behandeling. Hieruit werd geconcludeerd dat het tweede behandelgedeelte van Coping Cat (de blootstelling) als aanvullend onderdeel aan het eerste gedeelte de belangrijkste bijdrage vormde aan het

behandelresultaat (Toorn en Ferdinand, 2004). Hierbij tekenen Toorn en Ferdinand (2004) aan dat het gevonden verschil ook veroorzaakt kan zijn door een tijdsaspect.

Een andere studie van Spence en collega's (2000) vond een beperkt verbeterpercentage van 53% voor een behandelprotocol voor sociale angst. Zij vermoedden dat dit relatief lage verbeterpercentage verklaard wordt doordat de nadruk van het behandelprogramma lag op het oefenen van sociale vaardigheden en niet op blootstelling. Blootstelling lijkt een noodzakelijk element bij de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis, separatieangststoornis en sociale fobie (Kendall et al. 1997 in: Toorn en Ferdinand, 2004).

Meer onderzoek is nodig om te kunnen bepalen of voor kinderen met angststoornissen cognitieve gedragstherapie effectiever is dan andere psychosociale interventies (Connolly, 2008). Daarbij is specifiek behoefte aan onderzoek naar het relatieve effect van de verschillende onderdelen van cognitieve gedragstherapie (Toorn en Ferdinand, 2004).

De Praktijkrichtlijn voor de diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen (2008) beveelt aan om, als het inzetten van een omvattend cognitief gedragstherapeutisch programma niet mogelijk is, de volgende componenten in ieder geval te overwegen:

- Steun en educatie aan kind en gezin over angststoornissen (Last et al., 1998; Silverman et al. 1999b);
- Psycho-educatie gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes;
- Oudertraining (begeleiding bij het opzetten van een gestructureerde aanpak om angstig gedrag thuis in de gaten te kunnen houden) (Chavira en Stein, 2002; Labellarte, Ginsburg, Walkup en Riddle, 1999);
- Stimuleren van kind en gezin om te lezen over angststoornissen van de kinderleeftijd en over interventies met cognitieve gedragstherapie.

3. Andere interventies

Cognitieve gedragstherapie is de eerste keus bij kinderen met angststoornissen. Maar daarnaast geeft de Praktijkrichtlijn aan dat er nog enkele andere interventies zijn die overwogen kunnen worden in de behandeling van angststoornissen bij jeugdigen (Connolly, 2008).

3.1 Psychodynamische psychotherapie

Psychodynamische therapie ziet angst als een signaal van een innerlijk conflict. Angst ontstaat als het signaleringssysteem disfunctioneel wordt en de signalen normaal gedrag en normale ontwikkeling in de weg gaan staan. Het doel van psychodynamische therapie is om de angst terug te brengen tot een functioneel niveau. Verschillende gevalsstudies geven aan dat psychodynamische psychotherapie positieve effecten heeft. Zo vond een retrospectief dossieronderzoek in het Anna Freud Centre (Target en Fonagy, 1994 in: Connolly, 2008) dat bij 72 procent van de kinderen (met een angststoornis of depressie) die ten minste zes maanden volledige psychoanalyse of psychodynamische psychotherapie hadden gekregen, sprake was van een verbetering in het functioneren. Kinderen met angststoornissen met of zonder comorbide stoornissen lieten bovendien meer verbetering zien dan andere kinderen. Hoewel uitgebreide klinische ervaring is opgedaan met psychodynamische psychotherapie voor angststoornissen bij jeugdigen is er nog maar weinig

klinische research gedaan. Meer gecontroleerde studies zijn nodig om uitspraken over de effectiviteit te kunnen doen (Connolly, 2008).

3.2 Medicatie

Angststoornissen bij kinderen en adolescenten dienen in de eerste plaats behandeld te worden met cognitieve gedragstherapie. Wanneer cognitieve gedragstherapie geen of onvoldoende effect heeft kan aanvullend gekozen worden voor medicatie. In de behandeling van jeugdigen met angststoornissen zijn SSRI's (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors), als het gaat om medicatie, de eerste keuze. Het voorschrijven van SSRI's bij jeugdigen is vooralsnog 'off label' (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2011).

Er is geen empirisch bewijs dat een bepaalde SSRI meer effectief is dan een ander. Over het algemeen worden SSRI's goed verdragen door jeugdigen met angststoornissen, maar er zijn wel bijwerkingen (maagdarmklachten, slapeloosheid, toegenomen motorische activiteit). Ook lijken jeugdigen met ernstiger symptomen en een hogere leeftijd minder goed op alleen SSRI's te reageren (Birmaher et al., 2003; RUPP anxiety Group, 2003; in: Connolly, 2008). Wat betreft de dosering wordt aangeraden te beginnen met een lage dosering en de bijwerkingen goed in de gaten te houden om vervolgens de dosering langzaam te verhogen op basis van het behandelresultaat en de verdraagbaarheid (Birmaher et al., 1998; Labellarte et al., 1999; in: Connolly, 2008). Jeugdigen met een angststoornis moeten altijd op bipolaire stoornis en het voorkomen hiervan in de familie gescreend worden voordat met medicatie begonnen wordt. SSRI's en andere antidepressiva kunnen deze symptomen verergeren.

De effectiviteit van SSRI's is aangetoond bij verschillende angststoornissen, waaronder selectief mutisme met sociale fobie (Black en Uhde, 1994), de gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en de separatieangststoornis. Gecontroleerd onderzoek naar behandeling van de paniekstoornis bij jeugdigen met medicatie is niet beschikbaar. In een experiment met SSRI's was sprake van een significante verbetering (Masi, Mucci, Favilla, Romano, Poli, 2001). Er is geen onderzoek gedaan naar de positieve effecten en risico's bij langdurig gebruik van SSRI's. Bij een afweging van de keuze voor cognitieve gedragstherapie en medicatie dient hiermee rekening gehouden te worden (van cognitieve gedragstherapie is het effect op de langere termijn wel aangetoond).

In 2010 is een review van Ipser, Stein, Hawkrigde & Hoppe gepubliceerd. In de review zijn 22 RCT's opgenomen die angststoornissen bij jeugdigen behandelen met medicatie (SSRI's, Benzodiazepines, TCA's), en dit vergelijken met een placebo. In vergelijking met de placebogroep, reageren jeugdigen uit de medicatiegroep bijna 2 keer zo vaak op de behandeling. Ook nemen de angstsymptomen significant af bij de medicatiegroep. Met name de SSRI's behalen goede resultaten. Een opvallende bevinding in deze review is dat studies die door de farmaceutische industrie zijn betaald, betere resultaten behalen. De onderzoekers geven aan dat het bekend is dat er bij andere studies binnen de gezondheidszorg een verband bestaat tussen financieringsbron en het voordelig weergeven van resultaten.

Inmiddels is er een aantal gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd waarin medicatie en cognitieve gedragstherapie op effectiviteit worden vergeleken (afzonderlijk van elkaar en in combinatie met elkaar). Een voorbeeld daarvan is de Child/Adolescent Anxiety Multimodal Treatment Study waarin de effectiviteit van sertraline, cognitieve gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie + sertraline en

een placebopil bij 488 jeugdigen (7-17 jaar) met sociale fobie, separatieangststoornis en gegeneraliseerde angststoornis vergeleken wordt (National Institutes of Health Clinical Trials Web Site, 2003). Uit de studie blijkt dat zowel sertraline als cognitieve gedragstherapie de angststoornissen doen afnemen. Een combinatie van beide therapieën is daarnaast effectiever gebleken ten opzichte van beide afzonderlijke aanpakken (Walkup et al., 2008).

Segool & Carlson (2008) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar behandelvormen voor sociaal angstige kinderen in de basisschoolleeftijd. Hierbij is de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie vergeleken met medicatie (SSRI). In totaal zijn er 15 studies opgenomen in de meta-analyse: 8 met een cognitief gedragsmatige aanpak, en 7 waarbij de effectiviteit van SSRI's zijn onderzocht. Beide behandelingen behalen goede resultaten waar het gaat om het doen afnemen van alle uitkomstmaten: symptomen van sociale angst, algemene angst en de beperkingen als gevolg van de sociale angst. Bij de cognitieve gedragstherapie is de effectgrootte middelmatig tot groot, bij de SSRI's is deze groot: significant groter dan bij CGT. Omdat medicijngebruik bij kinderen omstreden is, concluderen de onderzoekers dat beide therapievormen nauwkeurig moeten worden overwogen, en medicatie vanwege de grotere effectiviteit niet automatisch de voorkeur heeft. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of een combinatietherapie nog betere resultaten behaalt.

In februari 2004 gaf de Food en Drug Administration (FDA) in de Verenigde Staten de zwaarste waarschuwing uit en adviseerde behandelaars kinderen die antidepressiva (waaronder SSRI's) gebruikten scherp in de gaten te houden in verband met het verergeren van depressiviteit, geagiteerdheid of suïcidaliteit, in het bijzonder in de beginperiode van het gebruik of tijdens veranderingen in de dosering. Deze waarschuwing is gebaseerd op studies met adolescenten die als primaire diagnose depressie hadden en niet op onderzoek onder jeugdigen met angststoornissen (Connolly, 2008). Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2011) geeft echter aan dat deze discussie over een verhoogd risico op psychiatrische bijwerkingen ook aannemelijk is voor andere internaliserende stoornissen.

Opgemerkt moet worden dat het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen in Nederland het gebruik van SSRI's (Serotonin-Selective Reuptake Inhibitors) bij de behandeling van kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar afraadt (CBG, 2008).

Meer informatie over medicatie bij angststoornissen is te vinden op de website van het [Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#).

4. Dwang en trauma

In bovenstaande tekst zijn de meest voorkomende angststoornissen bij kinderen en jongeren besproken. Er is niet ingegaan op de trauma- en stress gerelateerde stoornissen en de obsessief-compulsieve stoornis. De verwachting is dat in de DSM 5 (verwacht in 2013) deze stoornissen niet meer als angststoornis worden geclassificeerd (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2011). Tot die tijd vatten wij hier de belangrijkste conclusies over 'Wat werkt bij dwang en trauma' samen. Uitgebreidere informatie is te vinden in de richtlijnen van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Geller et al, 2011 & Cohen et al, 2010)

4.1 Obsessief compulsieve stoornis

Iemand met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) heeft dwanggedachten en dwanghandelingen. Bovendien is er vaak vermijdingsgedrag om de dwanggedachten en dwanghandelingen te voorkomen. De dwanghandelingen en dwanggedachten nemen tenminste een uur per dag in beslag of veroorzaken aanzienlijk leed en interfereren met het dagelijkse leven. Bij milde tot matige OCS heeft cognitieve gedragstherapie de voorkeur. Verschillende RCT's en een meta-analyse laten goede effecten zien. Herhaaldelijke blootstelling speelt een belangrijke rol binnen cognitieve gedragstherapie voor de obsessief compulsieve stoornis. Het kind wordt blootgesteld aan iets waar het angst voor heeft en mag daarbij niet de gebruikelijke dwanghandelingen toepassen. Een kind met smetvrees mag bijvoorbeeld niet de handen wassen na het aanraken van een deurknop totdat de angst sterk is afgenomen. Dit wordt gecombineerd met psycho-educatie, het aanpakken van onjuiste cognities, positieve bekrachtiging en het modelleren van gewenst gedrag. Het betrekken van het gezin bij de behandeling is belangrijk. Bij ernstige vormen van OCS waarbij cognitieve gedragstherapie onvoldoende effect heeft, kan aanvullend voor medicatie gekozen worden. SSRI's zijn dan de eerste keus (Geller et al, 2011). Voor meer informatie over SSRI's bij OCS zie de site van het [Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie](#).

In Nederland is er 1 erkende interventie voor kinderen en jongeren met een dwangstoornis: Bedwing je dwang. Dit is een cognitief-gedragstherapeutische behandeling gericht op het stoppen van dwangrituelen en het veranderen van cognities door middel van blootstelling, responsepreventie en cognitieve therapie. De behandeling duurt gemiddeld drie tot vier maanden met wekelijkse sessies van een uur.

4.2 Posttraumatische stress stoornis

Na een zeer stressvolle gebeurtenis kan zich bij kinderen en adolescenten een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren na lichamelijk of seksueel misbruik en het slachtoffer of getuige zijn van geweld. Jeugdigen met PTSS hebben overmatig last van herbeleving van de gebeurtenis en proberen vervolgens alles wat zij daarmee zouden kunnen associëren te vermijden. Soms hebben zij last van overreageren of problemen met slapen.

Bij de behandeling van een posttraumatische stress stoornis is het in de eerste plaats belangrijk de omgeving van het kind te betrekken. Psychotherapie die specifiek op het trauma gericht is en de traumatische ervaringen van het kind direct aanpakt lijkt de beste effecten te hebben. Deze therapie kan verschillende vormen aannemen, zo is er traumagerichte cognitieve gedragstherapie, psychodynamische psychotherapie en gezinstherapie. Traumagerichte cognitieve gedragstherapie is het best onderzocht en heeft positieve effecten op onder andere angst- en depressieve klachten

(Kowalik et al, 2011). Een belangrijk onderdeel binnen de traumagerichte cognitieve gedragstherapie is het schrijven van een traumaverhaal met alle gebeurtenissen, gedachten en gevoelens rondom het trauma. Dit wordt gecombineerd met psycho-educatie voor kind en ouders en het aanleren van vaardigheden zoals het opsporen van onjuiste gedachten, ontspanning en geleidelijke blootstelling aan het trauma. In Nederland is traumagerichte cognitieve gedragstherapie (nog) niet erkend door de erkenningscommissie effectieve interventies.

Als de symptomen ernstig zijn en niet overgaan met psychotherapie kan aanvullend voor medicatie gekozen worden. SSRI's zijn dan de eerste keus, maar er is nog erg weinig bekend over de effecten van SSRI's bij kinderen met trauma. Voor meer informatie zie de richtlijn van de AACAP (Cohen et al, 2010).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een effectieve behandeling voor volwassenen met een PTSS. Onder jeugdigen met PTSS is minder gedegen onderzoek gedaan naar deze aanpak. Er zijn wel wat kleinschalige studies verschenen die laten zien dat EMDR positieve effecten kan hebben (vergelijkbaar met cognitieve gedragstherapie) (Field & Cottrell, 2011). Meer onderzoek is nodig. EMDR is erkend door de Erkenningscommissie Interventies.

5. Tot slot

Wat werkt bij kinderen met angststoornissen? Op basis van de bestaande gegevens kan deze vraag nog niet goed beantwoord worden. Cognitieve gedragstherapie blijkt voor een groot deel van de kinderen met een angststoornis effectief en deze effecten blijven ook op de langere termijn bestaan. Maar, er is ook nog veel onduidelijk.

Toekomstig onderzoek moet uitwijzen hoe cognitieve gedragstherapie precies in verhouding staat tot andere vormen van ondersteuning en behandeling. Ook moet meer inzicht komen in wat nu precies de werkzame factoren van cognitieve gedragstherapie zijn en of daarbij verschillen zijn tussen de angststoornissen (zo kan het verstandig zijn om bij kinderen met een sociale fobie meer aandacht te besteden aan sociale vaardigheden, terwijl kinderen met een separatieangststoornis wellicht meer gebaat zijn met ouderinterventies) (Scholing, 2002). Daarnaast moet meer onderzoek verricht worden naar de invloed van demografische factoren en klinische variabelen (bij welke kinderen werkt cognitieve gedragstherapie wel en bij welke kinderen niet of minder goed?). Een aantal studies heeft dit onderzocht, maar de resultaten zijn nog niet eenduidig.

Voor nu kunnen een aantal aanbevelingen op een rij gezet worden:

- Kies voor een multimodale benadering (denk daarbij onder meer aan: het informeren van de ouders en het kind over de angststoornis, consultatie van school en huisarts, cognitief-gedragstherapeutische interventies, psychodynamische psychotherapie, gezinstherapie en medicatie).
- Kies bij milde varianten van angststoornissen in eerste instantie voor cognitieve gedragstherapie.
- Houd vast aan de basiscomponenten van cognitieve gedragstherapie, maar wees ook flexibel, houd rekening met de individuele situatie (zo kan cognitieve gedragstherapie voor sociale fobie aangevuld worden met sociale vaardigheidstraining en voor specifieke fobie met meer nadruk op blootstelling).

Andere bevindingen:

- Vooral nog lijkt de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie vooral te liggen in educatie, ondersteuning (waaronder ook oudertraining) en blootstelling.
- Of en welke demografische en klinische variabelen van invloed zijn op het effect van cognitieve gedragstherapie is nog niet goed duidelijk. Wel is het duidelijk dat sommige kinderen beter op cognitieve gedragstherapie reageren dan andere kinderen. Meer onderzoek is nodig om te bepalen wat de oorzaken hiervan zijn.
- Wat betreft de keuze voor een individuele of een groepsbehandeling, lijken beiden even effectief. Bij enkele subgroepen lijkt individuele cognitieve gedragstherapie wel de voorkeur te hebben (comorbide ADHD, ernstig trauma, hoge mate sociale angst).
- Het betrekken van de ouders bij de behandeling kan positieve effecten teweegbrengen (dit lijkt met name het geval als de ouders zelf angstig zijn), maar de onderzoeksresultaten zijn tegenstrijdig.
- Het betrekken van de overige omgeving van het kind, zoals de school, kan voor bepaalde stoornissen (zoals schoolweigering) een positieve invloed hebben.
- Wanneer kinderen niet goed reageren op behandeling met cognitieve gedragstherapie, kan de intensiteit van de behandeling versterkt worden. Ook kunnen de ouders of het gezin bij de behandeling betrokken worden of kunnen extra interventies ingezet worden. Daarbij valt volgens de Amerikaanse Richtlijn ook te denken aan medicatie, hoewel dit door het CBG in Nederland afgeraden wordt als er geen sprake is van klinische noodzaak.

6. Literatuur

- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Sallee, F.R., Ammerman, R.T., Crosby, L.A. & Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1622-1632.
- Berman, S. L., Weems, C. F., Silverman, W. K., Kurtines, W. M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behaviour and Research Therapy*, 31, 713-731.
- Black, B. & Uhde, T. W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 33, 1000-1006.
- Bodden, D. H. M. (2006). *Individual versus family cognitive behavioural therapy in children with anxiety disorders. A clinical and economic evaluation*. Maastricht: Universiteit Maastricht (proefschrift)
- Boendermaker, L., Harder, A., Speetjens, P., Pijll, M. van der, Bartelink, C., Everdingen, J. van (2007). *Programmeringsstudie Jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut/ Rijksuniversiteit Groningen.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British journal of clinical psychology*, 43(4), 421-436.
- Chavira, D. A. & Stein, M. B. (2002). Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12 (1), 47-54.
- Cohen, J. A., Burkstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T. R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S., & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D. Albano, A. M. Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.
- Connolly, S. D. (2008). Praktijkrichtlijnen voor diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen. *Kind en adolescent review*, 15(1), 5-41.

Creswell, C. & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family Treatment of Child Anxiety: Outcomes, Limitations and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology, 10*(3), 232-252.

Davis, T.E., Ollendick, Öst, L.G. (2009). Intensive Treatment of Specific Phobias in Children and Adolescents. *Cognitive and behavioural practise, 16*, 294-303.

Dowell, K.A. & Ogles, B.M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*(2), 151-162.

Field, A. en Cottrell, D. (2011). Eye movement desensitization and reprocessing as a therapeutic intervention for traumatized children and adolescents: a systematic review of the evidence for family therapists. *Journal of Family Therapy, 33*(4), 374-388.

Geller, D.A., March, J., Walter, H.J., Bukstein, O., Benson, R.S., Chrisman, A., Farchione, T.R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M. & Stock, S. (2011). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder*. Washington: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Haafte, H. van, Muris, P., & Mayer, B. (1996). EMDR versus exposure-in-vivo bij kinderen met een spinfobie. *De Psycholoog, 31*(7/8), 280-285.

Haan, E. de (2003). Angst. In G. A. Bakker, D. M. C. B. van Zeben- van der Aa, J. Dewispelaere, R. Vecht-van den Bergh, M. van der Meulen-van Dijk, V. H. & Soyecz. (Eds.), *Handboek Kinderen en Adolescenten*.

Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M., et al. (2002). Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 687-695.

In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: a Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(1), 15-24.

Ipsen, J.C., Stein, D.J., Hawkrige, S., & Hoppe, L. (2010). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents (review). *Cochrane Library, issue 6*.

James, A., Soler, A., Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD004690.

Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat Workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Kendall, P. C., Brady, E. U., Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 787-794.

King, N. J., Tonge, B. J., Turner, S., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., et al. (1999). Brief

cognitive-behavioural treatment for anxiety-disordered children exhibiting school refusal. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 39-45.

King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., et al. (1998). Cognitive behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 395-403.

Klein, R.G. (2009). Anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50: 1-2, 153-162.

Kowalik, J., Weller, J., Venter, J. & Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: a review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 405-413.

Landelijk Preventie Platform Depressie en Angststoornissen, werkgroep Kinderen en Jongeren. *Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren. Basisdocument*. 2004.

Layne, A.E, Bernstein, G. A, Egan, E. A., Kushner, M. G. (2003). Predictors of treatment response in anxious-depressed adolescents with school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 319-326.

Legerstee, J.S. (2009). *Toward an Optimal Treatment for Childhood Anxiety Disorders: The Influence of Parental Psychopathology, Selective Attention, and Cognitive Coping*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Liber, J.M., Widenfelt, B.M., Van der Leeden, A.J. M., Goedhart, A. W., Utens, E. M. W. J. & Treffers, P. D. A. (2010). The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, published online: 24 February 2010.

Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R. Poli, P. (2001). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40(3), 210-215.

Meijer, S. A., Smit, F., Schoemaker, C. G., Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezig, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.

Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. & Sijnsenaar, M. (1998). Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 193-198.

Nauta, M. H. (2005). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. Enschede: Febodruk bv. (proefschrift Rijksuniversiteit Groningen).

Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2001). Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1270-1278.

Ollendick, T.H. (2005). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 517-531.

Pina, A. A., Silverman, W. K., Fuentes, R. M., Kurtines, W. M., & Weems, C. F. (2003). Exposure-based cognitive behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: Treatment effects and maintenance for Hispanic American relative to European American youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1179-1187.

Pina, A., Zerr, A., Gonzales, N. en Ortiz, C. (2009). Psychosocial interventions for school refusal behavior in children and adolescents. *Child Development Perspectives*, 3(1), 11-20.

Richardson, T., Stallard, P., Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 275-290.

Scholing, A. (2002). Gedragstherapeutische en cognitieve interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent*, 23, 313-336.

Segool, N.M.A. & Carlson, J.S. (2008). Efficacy of cognitive behavioural and pharmacological treatments for children with social anxiety. *Depression and Anxiety*, 25, 620-631.

Silverman, W.K., Pina, A.A., Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.

Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.

Spielmans, G.I., Pasek, L.F. & McFall, J.P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 642-654.

Toorn, S. L. M. van der, Ferdinand, R. F. (2004). Angststoornissen bij kinderen: welke psychosociale behandeling is bewezen effectief? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46(3), 167-177.

Verhulst, F. C. (2006). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: van Gorcum.

Verhulst, F. C. (2003). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: psychopathologie*. Assen: van Gorcum.

Walkup, J.T., Albano A.M., Piacentini, J, Birmaher, B, Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J, Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S.,& Kendall, P.C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 26, 2753-2766.