

Gedragstherapie of medicijnen bij de behandeling van angststoornissen bij kinderen?



Frits Boer

Kinderen (in dit artikel bedoelen we daarmee ook adolescenten) met angststoornissen kunnen zowel met cognitieve gedragstherapie (cgt) als met medicijnen (type ssri) worden behandeld. Uit onderzoek blijkt dat door cgt ongeveer tweederde van de kinderen goed opknapt. Hetzelfde blijkt te gelden voor de behandeling met ssri's. Jammergevoeg staan de onderzoeken van cgt tot nu toe los van die van de behandeling met medicijnen. We weten dus niet of het tweederde deel van de kinderen dat profiteert van medicijnen hetzelfde is als dat wat profiteert van cgt.

Momenteel loopt in de Verenigde Staten een onderzoek (georganiseerd door het National Institute of Mental Health), waar bij zo'n vijfhonderd kinderen tussen de zeven en zeventien jaar met een specifieke fobie, een sociale fobie of een gegeneraliseerde angststoornis de effecten van cognitieve gedragstherapie worden vergeleken met die van een behandeling met een ssri (sertraline, zie <http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00052078>). De uitslagen van dit onderzoek zullen op zijn vroegst over een jaar of twee bekend zijn. Ondertussen moeten behandelaars en ouders beslissingen nemen over de beste weg die kan worden gevolgd bij de behandeling van een overmatig angstig kind. In dit artikel geven we daarvoor aanwijzingen.

Cognitieve gedragstherapie

Bij de psychologische behandeling van angststoornissen is het allerbelangrijkst dat een kind op een bepaald

moment wordt blootgesteld aan datgene wat hem overmatig angstig maakt (dit noemen we 'exposure'). Alleen op die manier leert een kind de probleemoplossende vaardigheden (ook wel 'copingvaardigheden' genoemd) te verkrijgen, die het hem mogelijk zullen maken om dat wat angst teweeg brengt niet langer te vermijden. Om die exposure mogelijk te maken wordt een kind geleerd oog te krijgen voor de normale functies van angst, de daarbij horende lichamelijke en psychische verschijnselen en leert het technieken te ontwikkelen zich te ontspannen. Ook wordt een kind geholpen om anders te leren denken over de dingen die angst teweeg brengen. Het eerste cgt-programma dat is ontwikkeld voor kinderen met angststoornissen is het Amerikaanse Coping Cat, in Nederland bekend geworden als Dappere Kat. Inmiddels zijn ook andere programma's beschikbaar, zoals het Australische Friends (Vrienden) en de Nederlandse door Susan

Bögels en haar medewerkers ontwikkelde gezins-cgt. Alle programma's hebben dezelfde basisprincipes. Sommige zijn alleen voor kinderen (al worden ouders er altijd wel bij betrokken), andere voor kinderen én ouders of voor het hele gezin. Sommige worden individueel aangeboden, andere in groepsverband. De meeste programma's zijn bedoeld voor kinderen met verschillende angststoornissen, zoals de separatie-angststoornis, de gegeneraliseerde angststoornis, de sociale fobie en de specifieke fobie. Enkele zijn slechts bedoeld voor één type stoornis, zoals de sociale fobie. Er is inmiddels veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cgt bij kinderen met angststoornissen. Hieruit blijkt dat de verschillende programma's elkaar niet veel ontlopen. Meestal blijkt ongeveer tweederde van de kinderen goed te verbeteren. Ondanks al het onderzoek zijn er nog veel vragen. Zo is niet duidelijk welke subtypen van de angststoornissen het best reageren. Ook is niet duidelijk hoe groot het effect is bij kinderen die naast angststoornissen ook andere psychische stoornissen vertonen (de zogenaamde 'comorbiditeit'). En terwijl we wel kunnen zeggen óf cgt werkt, kunnen we nog niet vertellen waaróm cgt werkt. Misschien zijn sommige onderdelen van de behandeling niet voor alle soorten problemen nodig en misschien zijn sommige wel helemaal overbodig (Cartwright-Hatton, 2004).

Medicijnen

Vroeger werden medicijnen, die voor volwassenen waren ontwikkeld, ook aan kinderen gegeven, zij het in lagere doseringen, zonder dat was onderzocht of deze bij kinderen dezelfde werking of bijwerkingen vertoonden. Pas sinds kort komt het onderzoek van medicijnen bij kinderen zelf op gang. Of een middel werkzaam is op grond van de farmacologische eigenschappen en niet alleen maar door de positieve suggestie die ervan uit kan gaan, is pas duidelijk wanneer het middel in een zogenaamde 'randomized controlled trial' is onderzocht in vergelijking met een neppil (placebo). Op grond van dit soort onderzoek weten we alleen van een aantal antidepressiva dat die werkzaam zijn. Een van die middelen, imipramine, is van het type van de zogenaamde tricyclische antidepressiva. De andere, fluoxetine, paroxetine, sertraline en fluvoxamine, behoren tot de groep van de serotonine heropname remmers (ssri's). Omdat bij het gebruik van tricyclische antidepressiva door kinderen er een

(kleine) kans bestaat op gevaarlijke bijwerkingen voor het hart, worden deze middelen liever niet voorgeschreven. Ssri's hadden lange tijd de naam veilig te zijn. Inmiddels is gebleken, dat kinderen die een ssri voorgeschreven krijgen voor een depressie een (eveneens kleine) kans hebben op het ontwikkelen van zelfbeschadigend gedrag of zelfmoordgedachten. Ook bij kinderen die met een ssri worden behandeld voor een angststoornis is dit beschreven. Bij een groep van 163 kinderen die behandeld werden met paroxetine voor een angststoornis, ging één kind krassen, terwijl vier gedachten aan zelfmoord ontwikkelden. Zelfmoord zelf is nog niet beschreven bij kinderen die met ssri's behandeld worden (Wagner et al., 2004).

Wanneer ssri's worden voorgeschreven aan kinderen, worden ouders er tegenwoordig voor gewaarschuwd, dat zij goed moeten letten op veranderingen bij hun kind die kunnen wijzen op het ontwikkelen van zelfbeschadigend gedrag of zelfmoordgedachten. Als dit gebeurt, kunnen ssri's redelijk veilig worden voorgeschreven. Maar er zijn helaas meer redenen tot zorg. Uit onderzoek bij muizen is gebleken dat het gebruik van ssri's in de loop van de jeugd effecten heeft op de ontwikkeling van de hersenen, waardoor de diertjes in de volwassenheid veel angstiger zijn. Het is niet bekend of dit ook zo is bij mensen, maar tot hierover



Else de Haan

meer duidelijkheid bestaat is er een extra reden om voorzichtig te zijn met het voorschrijven van deze medicijnen aan kinderen.

Wanneer cgt, wanneer ssri's, wanneer allebei?

Omdat cgt en ssri's over het geheel genomen ongeveer even effectief zijn, maar cgt waarschijnlijk noch op korte, noch op lange termijn ernstige bijwerkingen ver-

toont, is cgt de eerste keus bij de behandeling van angststoornissen in de jeugd. In de Verenigde Staten wordt hieraan toegevoegd dat bij heel ernstige vormen van angststoornissen vanaf het begin cgt moet worden gecombineerd met een ssri. Uit onderzoek blijkt echter niet dat het effect van cgt afhankelijk is van de ernst van de angststoornis. Het is onze ervaring dat ook heel ernstige vormen goed kunnen reageren op alleen cgt. Soms is er reden om niet met cgt, maar met een ssri te beginnen. Dat kan zijn wanneer in de omgeving geen

cgt beschikbaar is, of wanneer er een lange wachttijd bestaat voor cgt en die periode overbrugd moet worden. Natuurlijk vinden wij dat geen van beide zou mogen voorkomen. Elke instelling voor jeugd-ggz zou over cg-therapeuten moeten beschikken. En het zou ook niet zo mogen zijn dat kinderen met een angststoornis lang moeten wachten op hun behandeling met cgt. Gelukkig zijn er gespecialiseerde centra, zoals de afdeling waar de auteurs van dit artikel aan verbonden zijn, die kinderen met angststoornissen, zowel van binnen als buiten de regio, cgt kunnen bieden, zonder dat er lang hoeft te worden gewacht.

Een andere reden om met een ssri te beginnen kan zijn

dat een kind zó angstig is, dat het niet naar het centrum durft te komen waar de cgt kan worden gegeven. Ook hier moet een kanttekening worden gemaakt. Sommige centra kunnen in dat geval met de behandeling thuis beginnen en slagen er zo in zonder medicijnen het kind naar het centrum te krijgen.


Soms zijn er goede redenen om een kind, dat met cgt wordt behandeld, in een later stadium ook een ssri te geven. Dat kan al na enkele weken zijn, wanneer er bij

de cgt geen enkele vooruitgang geboekt is. Een dergelijke volledige stilstand kan zowel voor het kind als diens ouders heel demotiverend werken en dan is het soms nodig om met een medicijn te trachten die ontwikkeling op gang te brengen. Vaker is het na circa drie maanden, wanneer de cgt wel enige, maar niet voldoende verbetering heeft gebracht. Wel moet ook hier een kanttekening worden gemaakt. Meestal wordt na het toevoegen van het medicijn ook de cgt doorgezet. Wanneer een kind later opknapt is het niet duidelijk of dit is

door het toegevoegde medicijn, of door de voortgezette cgt, of door allebei. Zolang dit niet is uitgezocht, zullen we deze praktijk voeren. Maar ondertussen moet natuurlijk worden onderzocht hoe het precies zit.

Vandaar dat de afdeling Kinderpsychiatrie van het AMC - de Bascule - daar samen met andere centra onderzoek naar doet (zie ook pag 14). De afdeling Klinische Kinder- en Jeugdpsychologie van de Universiteit van Amsterdam, Accare in Groningen en Triversum in Alkmaar doet onderzoek naar zowel de werkingsmechanismen van cgt bij kinderen met angststoornissen, als naar de vraag of we door moeten gaan met cgt, wanneer die na drie maanden nog niet voldoende



heeft geholpen, of dat we dan ssri's moeten geven, dan wel een combinatie van beide. Wanneer u en uw kind belangstelling hebben om hieraan mee te doen, kunt u hieronder nadere informatie over dit onderzoek vinden. 

Referenties:

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, 421-436.

Wagner, K.D., Berard, R., Stein, M.B., Wetherhold, E., Carpenter, D.J., Perera, P., Gee, M., Davy, K., & Machin, A. (2004), A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder, Archives of General Psychiatry, 61, 1153-1162.

Frits Boer & Else de Haan

AMC, afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie de Bascule, Amsterdam