

**Wat werkt bij
combinaties van
psychische stoornissen?**



© 2011 Nederlands Jeugdinstituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteur(s)

Mariska Zoon

Carine Pots

December 2011

De publicatie is onderdeel van het dossier [‘Combinaties van psychische stoornissen’](#) en te downloaden van www.nji.nl/watwerkt.

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon 030 - 230 63 44

Website www.nji.nl

E-mail info@nji.nl



Inhoudsopgave

Inleiding	4
Tot slot	5
2. Algemene behandelingsprincipes bij comorbiditeit	6
2.1 DSM-IV-TR.....	5
2.2 Handboeken	6
2.3 De hulpverleningspraktijk.....	7
2.4 Tot slot.....	8
3. Werkzame factoren bij specifieke combinaties van stoornissen	8
3.1 Wat werkt bij ADHD en comorbide stoornissen?.....	9
3.1.1 ADHD en autismespectrum stoornissen.....	9
3.1.2 ADHD en stemmingsstoornissen.....	9
3.1.3 ADHD en angststoornissen.....	10
3.1.4 ADHD en ticstoornissen	12
3.1.5 ADHD en gedragsstoornissen	12
3.1.6 Conclusie ADHD	14
3.2 Wat werkt bij autismespectrum stoornissen en comorbide stoornissen?.....	14
3.2.1 ASS en ADHD	15
3.2.2 ASS en depressie	15
3.2.3 ASS en angststoornissen	16
3.2.4 ASS en gedragsstoornissen.....	17
3.2.5 Conclusie ASS	18
3.3 Wat werkt bij depressie en comorbide stoornissen?	18
3.3.1 Depressie en angststoornissen	19
3.3.2 Depressie en middelenmisbruik.....	20
3.3.3 Conclusie depressie	20
3.4 Wat werkt bij angststoornis en comorbide stoornissen?	20
3.4.1 Angststoornis en gedragsstoornissen.....	21
3.4.2 Conclusie angststoornis	21
3.5 Wat werkt bij middelenmisbruik en comorbide stoornissen?	21
3.5.1 Middelenmisbruik en gedragsstoornissen	23
3.5.2 Conclusie middelenmisbruik	23
3.6 Wat werkt bij gedragsstoornis en comorbide stoornissen?.....	23
4. Conclusie	23
Literatuurlijst.....	24

Inleiding

Dit document gaat in op de vraag: Wat werkt bij combinaties van psychische stoornissen? Dit wordt ook wel *comorbiditeit* genoemd, het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer psychische stoornissen. In dit document wordt weergegeven wat er momenteel bekend is over welke interventies, of aspecten daarvan, effectief zijn gebleken in de behandeling van comorbiditeit bij jeugdigen. Hiertoe zijn twee stappen gezet. Tijdens een eerste stap is naar algemene informatie over wat werkt bij comorbiditeit gezocht en beschreven (hoofdstuk 2). Met de tweede stap is informatie over wat werkt bij specifieke combinaties van stoornissen gezocht en beschreven (hoofdstuk 3).

De eerste stap had tot doel een beeld te krijgen van wat er bekend is over wat werkt bij comorbiditeit in zijn algemeenheid. Hiervoor is allereerst in gangbare handboeken voor diagnostiek en behandeling gezocht op de term comorbiditeit. Daarnaast is in de internationale databank *Psychinfo* gezocht op een combinatie van de volgende zoektermen:

- ‘comorbidity’, ‘psychiatric comorbidity’, ‘dual diagnosis’ of ‘co-occurrence’ en;
- ‘review’ of ‘meta-analysis’ en;
- ‘effectiveness’ of ‘intervention’ en;
- ‘child’, ‘adolescent’ of ‘youth’.

Uit de resultaten van deze search kwam geen wetenschappelijk onderbouwde informatie over algemene regels voor het behandelen van comorbiditeit naar voren. Dit betekent overigens niet dat er in de literatuur en het wetenschappelijk onderzoek geen aandacht is voor comorbiditeit. Een schets van wat er wel wordt gezegd, is weergegeven in hoofdstuk 2.

Aangezien de eerste stap slechts beperkte informatie opleverde, is een tweede stap gezet. Deze tweede stap richtte zich op het verkrijgen van informatie over wat werkt bij specifieke combinaties van stoornissen. Het gaat dan niet meer om regels voor de behandeling van comorbiditeit in zijn algemeenheid, maar wel om wat werkt bij specifieke combinaties van stoornissen. Dus bijvoorbeeld: Wat werkt er in de behandeling wanneer zowel ADHD als depressie gediagnosticeerd zijn bij een kind? Of: Wat werkt er in de behandeling wanneer middelenmisbruik en een gedragsstoornis tegelijkertijd voorkomen bij een jongere? De tweede stap richtte zich dus op de specifiekere vraag: Welke informatie levert onderzoek ons op over wat werkt in de behandeling van specifieke combinaties van stoornissen bij kinderen en jongeren? Er is gezocht naar reviews en meta-analyses. In de databanken *Psychinfo*, *Pubmed* en *Campbell Collaboration* is gezocht op een combinatie van de volgende zoektermen:

- ‘comorbidity’, ‘psychiatric comorbidity’, ‘dual diagnosis’ of ‘co-occurrence’ en;
- ‘review’ of ‘meta-analysis’ en;
- ‘effectiveness’ of ‘intervention’ en;
- benamingen van de specifieke stoornissen (ADHD, autism, depression etc.).

Er zijn veel mogelijke combinaties van verschillende psychische stoornissen bij jeugdigen. Zo worden er in de DSM-IV-TR bijna 40 stoornissen aangeduid in de categorie ‘stoornissen die zich doorgaans voor het eerst in de kinderleeftijd of adolescentie manifesteren’. Hier zijn de categorieën ‘angststoornissen’, ‘stemmingsstoornissen’ en ‘stoornissen in middelen misbruik’ niet eens in meegerekend, terwijl ook deze stoornissen zich in de kinderleeftijd of adolescentie kunnen voordoen. Er zijn dus erg veel combinaties van stoornissen mogelijk. Binnen de voor dit document beschikbare tijd is onvoldoende ruimte om een beschrijving van alle mogelijkheden te geven. Om deze reden is

daarom gekozen om dit document te beperken tot een bespreking van reviews en meta-analyses van onderzoek naar comorbiditeit bij stoornissen waarvan op de website van het NJi reeds een dossier is verschenen of in een enkele geval van een stoornis die expliciet naar voren komt in de literatuur. Dat betekent dat in dit document informatie te vinden is over wat er bekend is over wat werkt bij comorbiditeit bij de stoornissen ADHD, autisme spectrum stoornissen, depressie, angststoornissen, middelenmisbruik en gedragsstoornissen.

Tot slot

Dit document geeft weer wat er momenteel bekend is over interventies, of aspecten daarvan, die effectief zijn gebleken in de behandeling van comorbiditeit bij jeugdigen. Er zijn twee stappen gezet waarbij de eerste zich richtte op algemene regels in de behandeling van comorbiditeit. Hieruit kwam weinig bruikbare informatie naar voren. De resultaten van deze search worden in hoofdstuk 2 besproken.

De tweede stap richtte zich op wat werkt in de behandeling van specifieke combinaties van psychische stoornissen. Informatie uit deze search is in dit document opgenomen, wanneer:

- het een review of meta-analyse betreft;
- het gericht is op wat werkt bij comorbiditeit;
- van de onderzochte comorbide stoornissen minimaal één van de stoornissen ADHD, autisme, depressie, angststoornis, middelenmisbruik of een gedragsstoornis betreft;
- het onderzoek zich op jeugdigen richt.

De informatie over effectieve behandelingen bij specifieke comorbide stoornissen is opgenomen in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 sluit dit document af met een conclusie.

De resultaten uit een aantal reviews worden in dit document besproken. Tevens wordt advies uit de richtlijnen 'ADHD bij kinderen en jeugdigen' (2005), 'Diagnostiek en behandeling autisme spectrum stoornissen bij kinderen en jeugdigen' (2009) en 'Addendum Depressie bij Jeugd' (2009) overgenomen.

2. Algemene behandelingsprincipes bij comorbiditeit

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de eerste stap op zoek naar het antwoord op de vraag 'Wat werkt bij comorbiditeit?'. Deze stap richtte zich op algemene regels in de behandeling wanneer er sprake is van comorbiditeit. Zoals in de inleiding is aangegeven, is er weinig algemene informatie beschikbaar over wat de beste aanpak is bij cliënten met comorbide stoornissen. In dit hoofdstuk wordt besproken wat er in de gebruikelijke handboeken over diagnostiek en behandeling wordt geschreven over comorbiditeit.

2.1 DSM-IV-TR

DSM-IV-TR staat voor *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision* (vrij vertaald: diagnostisch en statistisch handboek van psychische stoornissen, vierde editie, aangepaste tekst). De DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) is het handboek waarin de diagnostische criteria voor psychische stoornissen (zoals ADHD en autisme spectrum stoornissen) opgenomen zijn. De diagnostische criteria zijn opgesteld op basis van praktijkervaring van verscheidene groepen psychiaters en op basis van wetenschappelijke kennis. De stoornissen

worden in het handboek beschreven en er wordt aangegeven onder welke voorwaarden een bepaalde diagnose gesteld mag worden. Het zorgt ervoor dat er een eenheid in taal is wanneer het gaat om psychische stoornissen: het zorgt ervoor dat verschillende psychiaters en psychologen op basis van dezelfde criteria dezelfde stoornissen vast kunnen stellen. De DSM-IV-TR besteedt op verschillende manieren aandacht aan comorbiditeit.

Ten eerste beschrijft de DSM-IV-TR dat het mogelijk is bij een cliënt meerdere stoornissen op As I aan te geven. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een depressie en een comorbide angststoornis, ADHD en een comorbide gedragsstoornis etc. In de DSM-IV-TR wordt aangegeven dat, indien dit voorkomt, er duidelijk aangegeven moet worden welke stoornis de reden voor behandeling is. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat de stoornis die het meest op de voorgrond staat (dat wil zeggen de stoornis die het meest zorgt voor disfunctioneren), het eerst behandeld wordt. Dit wordt echter verder in de DSM-IV-TR niet expliciet benoemd, voorgescreven of onderbouwd.

Ten tweede besteedt de DSM-IV-TR aandacht aan comorbiditeit door aan te geven welke mogelijke comorbide stoornissen bij specifieke stoornissen (kunnen) voorkomen.

Als laatste wordt er in de criteria voor het vaststellen van stoornissen aandacht besteed aan comorbiditeit. Of eigenlijk het uitsluiten van comorbiditeit met specifieke andere stoornissen. Zo luidt bijvoorbeeld criterium E voor de diagnose ADHD: *“De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis)”* (American Psychiatric Association, 2000). Hiermee wordt gezegd dat ADHD niet gediagnosticeerd kan worden als de symptomen (de klachten) van de cliënt toe te schrijven zijn aan een andere genoemde stoornis, bijvoorbeeld een angststoornis.

2.2 Handboeken

In handboeken over diagnostiek (De Bruijn, Ruijsenaars, Pameijer & Van Aarle, 2004; Kievit, Tak & Bosch, 2002; Ter Laak & De Goede, 2003), (ontwikkelings)psychopathologie (Carr, 2004; Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2003) en kinder- en jeugdpsychiatrie (Verhulst & Verheij, 2000) wordt nauwelijks aandacht besteed aan de behandeling bij comorbiditeit. Er wordt doorgaans alleen een beschrijving gegeven van wat comorbiditeit is en welke comorbide stoornissen vaak gezien worden bij specifieke stoornissen. Indien er dieper ingegaan wordt op het begrip comorbiditeit betreft het vaak de discussie wat comorbiditeit eigenlijk is. Verhulst en Verheij (2000) zeggen hierover het volgende:

“Comorbiditeit of intercorrelatie van gedrag, kan te maken hebben met:

- werkelijk te onderscheiden stoornissen;*
- verschillende stoornissen die eenzelfde (bijvoorbeeld genetische) etiologie hebben;*
- fouten in diagnostische procedures; diagnostische methoden kunnen te ongevoelig zijn om werkelijke comorbiditeit vast te stellen, maar het kan ook zijn dat er fenomenologisch verschillende groepen problemen worden onderscheiden die, in wezen, tot een hogere orde groep problemen behoren (bijvoorbeeld: behoren dwangmatige fenomenen bij anorectische patiënten tot een aparte diagnostische groep of vormt dit gedrag een geheel met de rest van de symptomatologie);*

- *onjuistheden in de nosologie, gebrek aan goede definities, de aanwezigheid van onjuiste grenzen tussen stoornissen of het hanteren van grenzen daar waar ze niet bestaan, kunnen op onterechte wijze ‘comorbiditeit’ doen veronderstellen.”*

Kievit et al. (2002) stellen zelfs dat comorbiditeit een teken is van tekorten in huidige classificatiesystemen (zoals bijvoorbeeld de DSM-IV-TR), namelijk:

“Het probleem in relatie tot classificatie is dat comorbiditeit zowel kan wijzen op een gebrekkig classificatiesysteem als op een specifiek ziektebeeld. Onduidelijke definities of overlappende criteria in het classificatiesysteem kunnen op een comorbiditeit wijzen die in feite geen echte comorbiditeit is. Dit is echter slechts een gedeeltelijke verklaring; de heersende opvatting is daarom dat comorbiditeit een realiteit is waarmee in de klinische praktijk rekening gehouden dient te worden. De huidige classificatiesystemen bieden echter onvoldoende mogelijkheden om comorbiditeit te classificeren. Beide verklaringen signaleren derhalve tekorten in de huidige classificatiesystemen en dat impliceert de opdracht aan constructeurs om betere systemen te bouwen.”

2.3 De hulpverleningspraktijk

In de handboeken is er een discussie gaande rondom het begrip comorbiditeit. In de hulpverleningspraktijk heeft men echter dagelijks te maken met jeugdigen met meerdere stoornissen. De cijfers laten zien dat comorbiditeit in de praktijk zelfs eerder regel dan uitzondering is. Hoe gaat de praktijk hier mee om?

Bender, Springer en Kim (2006) noemen drie behandelingsmodellen die ingezet worden in de behandeling van comorbide stoornissen. Zij noemen 1) de seriële behandeling, 2) de parallelle behandeling en 3) de geïntegreerde behandeling. Een seriële behandeling van comorbide stoornissen richt zich eerst op het behandelen van de ene stoornis, waarna de andere stoornis behandeld wordt. Een voorbeeld is een kind met depressie en een comorbide leerstoornis waarbij eerst de depressie wordt behandeld en vervolgens de leerstoornis. Bij dergelijke behandelingen wordt soms ook uitgegaan van de veronderstelling dat de stoornis die het meest op de voorgrond staat het eerst behandeld wordt. Het gaat dan om de stoornis die het meest zorgt voor disfunctioneren. De veronderstelling kan in het genoemde voorbeeld bijvoorbeeld zijn dat om de behandeling voor de leerstoornis in te kunnen zetten, eerst de depressie verminderd moet zijn. Een andere impliciete veronderstelling van waaruit in de praktijk vaak gewerkt lijkt te worden, is dat de aan de comorbiditeit onderliggende stoornis als eerste behandeld moet worden. Te denken valt aan een comorbide gedragsstoornis bij een kind met ADHD. Wanneer ingeschat wordt dat de gedragsstoornis het gevolg is van de ADHD, zal eerst de ADHD behandeld worden. Dit in de veronderstelling dat de bij de gedragsstoornis behorende problematiek zal verminderen wanneer de ADHD beter onder controle is. In de literatuur is echter geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor de benoemde veronderstellingen. Naast de seriële behandeling, noemen Bender et al. (2006) ook de parallelle en de geïntegreerde behandeling. In een parallelle behandeling worden beide stoornissen tegelijk behandeld, maar wordt de behandeling uitgevoerd door verschillende behandelaren. In het voorbeeld van het kind met een leerstoornis en een depressie wordt de behandeling dan als volgt ingezet: De ene behandelaar zet een behandeling in op de depressie, terwijl de andere behandelaar de leerstoornis behandelt. Als laatste de geïntegreerde behandeling. Hierbij worden beide stoornissen tegelijk behandeld middels één aanpak/ behandeling.

2.4 Tot slot

Zoals besproken wordt er in de gebruikelijke handboeken weinig gezegd over wat werkt in de behandeling van comorbide stoornissen. Hoe komt het nu eigenlijk dat er in de literatuur zo weinig bekend lijkt te zijn over wat werkt in de behandeling van comorbide stoornissen?

Allereerst lijkt er, zoals besproken in paragraaf 2.2, nog onvoldoende overeenstemming over het begrip comorbiditeit te zijn wanneer het gaat om psychische stoornissen. Het is moeilijk onderzoek en wetenschappelijk onderbouwde uitspraken te doen over begrippen en fenomenen waarover nog niet voldoende overeenstemming is. Daarnaast heeft men bij het doen van wetenschappelijk onderzoek een voorliefde voor homogene groepen. Dat wil zeggen groepen die zoveel mogelijk op elkaar lijken. Hierdoor kan er een preciezere uitspraak gedaan worden over bij welke doelgroep een behandeling werkt. Ook is men er hierdoor zekerder van dat de resultaten van het onderzoek niet toe te schrijven zijn aan andere factoren. Cliënten met comorbiditeit vormen echter per definitie géén homogene groep. Hierdoor worden zij doorgaans niet in onderzoek opgenomen. Een voorbeeld: in een onderzoek naar de effectiviteit van een interventie voor cliënten met een depressie, worden het liefst geen cliënten opgenomen die ook andere stoornissen hebben. Die andere stoornissen kunnen mogelijk het effect van de interventie beïnvloeden. Als verschillende cliënten verschillende comorbide stoornissen hebben, is niet duidelijk te zeggen aan welke stoornis het effect ligt. Wanneer er wel onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van interventies bij cliënten met comorbide stoornissen, dan wordt specifiek gemaakt welke comorbide stoornissen dit zijn. Het onderzoek neemt dan bijvoorbeeld alleen cliënten op met een depressie en een comorbide angststoornis. Zodoende wordt dan een homogene groep gecreëerd.

In diverse onderzoeken naar comorbiditeit wordt comorbiditeit vaak niet vastgesteld door stoornissen vast te stellen, maar door de klachten van de cliënt te screenen. Dit komt doordat het diagnosticeren van stoornissen veel tijd in beslag neemt. Er wordt veelal gebruik gemaakt van screeningslijsten waarmee in kaart wordt gebracht of de cliënt kenmerken van specifieke stoornissen vertoont. Bij een bepaalde hoeveelheid kenmerken, wordt aangenomen dat de kans dat de cliënt de specifieke stoornis daadwerkelijk heeft, groot is. Of de cliënt daadwerkelijk beide stoornissen heeft, is echter niet met volledige zekerheid vastgesteld. In dit document wordt gesproken van comorbiditeit als er sprake is van het gelijktijdig voorkomen van twee of meer *stoornissen*. Onderzoek naar comorbiditeit van *klachten of problemen*, wordt dan ook niet opgenomen in dit document.

3. Werkzame factoren bij specifieke combinaties van stoornissen

In dit hoofdstuk bespreken we wat we vanuit de literatuur te weten zijn gekomen over wat werkt bij specifieke combinaties van stoornissen. Hierbij wordt alleen literatuur besproken die voldoet aan de voorwaarden die in hoofdstuk 1 zijn besproken. In paragraaf 3.1 wordt besproken wat we weten over wat werkt bij ADHD en verschillende comorbide stoornissen. Hetzelfde wordt gedaan voor autisme, depressie, angststoornissen, middelenmisbruik en gedragsstoornissen, welke worden besproken in respectievelijk paragraaf 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 en 3.6.



3.1 Wat werkt bij ADHD en comorbide stoornissen?

ADHD staat voor 'attention deficit hyperactivity disorder' (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit). Kenmerkend voor ADHD zijn onder andere ongeconcentreerd gedrag, overbeweeglijkheid en impulsiviteit (Verhulst, Verheij & Ferdinand, 2003). Voor meer informatie over ADHD verwijzen we u naar het dossier 'ADHD' op onze website: www.nji.nl/adhd.

De nu volgende informatie over wat werkt bij ADHD en comorbide stoornissen is gebaseerd op het handboek 'ADHD Complications in children and adults' (Brown, 2009) en het handboek 'Treating ADHD and comorbid disorders' (Pliszka, 2009). In beide boeken wordt aandacht besteed aan ADHD en comorbide stoornissen en de behandeling daarvan. Tevens is gebruik gemaakt van de multidisciplinaire richtlijn 'ADHD bij kinderen en jeugdigen' (2005), ontwikkeld door de Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. De paragraaf over ADHD en comorbide gedragsstoornissen is daarnaast aangevuld met resultaten uit een review van Connor, Steeber en McBurnett (2010).

Bij kinderen en jongeren met ADHD is sprake van een hoge mate van comorbiditeit. Stoornissen die vaak samen met ADHD voorkomen zijn autisme spectrum stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, ticstoornissen en gedragsstoornissen (Brown, 2009).

3.1.1 ADHD en autisme spectrum stoornissen

Autisme spectrum stoornissen (ASS) worden gekenmerkt door het samenkomen van de volgende drie kenmerken: 1) kwalitatieve beperkingen in sociale interacties, 2) kwalitatieve beperkingen in de communicatie en 3) beperkte, zich herhalende stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten. Binnen het autisme spectrum vallen de stoornissen klassiek autisme, de stoornis van Asperger, syndroom van Rett, desintegratieve stoornis en PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven). Voor meer informatie over ASS verwijzen we u naar het dossier 'Autisme' op onze website: www.nji.nl/autisme.

In de paragraaf over autisme spectrum stoornissen en comorbide stoornissen (paragraaf 3.2.) komt ASS en comorbide ADHD uitgebreid aan bod. We zullen hier dan ook niet verder ingaan op wat werkt bij ADHD en comorbide ASS maar verwijzen u naar paragraaf 3.2.1.

3.1.2 ADHD en stemmingsstoornissen

Bij jeugdigen met stemmingsstoornissen is sprake van een dermate verstoorde stemming dat het dagelijks functioneren beperkt wordt. Er kan dan bijvoorbeeld sprake zijn van een aanhoudende sombere, depressieve stemming en een sterk verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten. Voorbeelden van stemmingsstoornissen zijn een depressie en de bipolaire stoornis. Van een bipolaire stoornis wordt gesproken wanneer er sprake is van een manische episode, al dan niet volgend op een depressieve episode. Een manische episode wordt gekenmerkt door een abnormale en voortdurende verhoogde of prikkelbare stemming (Verhulst et al., 2003). Voor meer informatie over depressie verwijzen wij u naar het dossier 'Depressie' op onze website: www.nji.nl/depressie.

Bij kinderen en jongeren met ADHD kunnen symptomen van een depressie of bipolaire stoornis op de lange termijn resulteren in verslaving, antisociaal gedrag, werkloosheid en verslechterde sociale relaties (Brown, 2009). Interventies gericht op ADHD en comorbide stemmingsstoornissen die in de

literatuur naar voren komen zijn cognitieve gedragstherapie en farmaceutische behandeling. Literatuur naar de effectiviteit van deze interventies is echter beperkt.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is effectief gebleken in de behandeling van depressie bij kinderen en jongeren. Pliszka (2009) geeft aan dat CGT ook toegepast kan worden bij kinderen en jongeren met ADHD en comorbide depressie. Echter moet door de therapeut rekening gehouden worden met ADHD, aangezien een kind of jongere met ADHD andere cognities heeft dan een kind of jongere zonder ADHD. Zo denkt een depressief kind bijvoorbeeld 'mijn leraar zal mijn project toch niet leuk vinden, dus waarom zou ik het nog doen?' terwijl een kind met ADHD het schoolwerk onderschaten zal denken 'ik kan het project morgen voor de les nog wel even maken'. Wanneer het kind vervolgens het project niet afkrijgt en een onvoldoende krijgen komt de gedachte 'de leraar vind mij niet leuk'. Kinderen en jongeren met ADHD en comorbide depressie moeten zodoende anders benaderd worden dan kinderen en jongeren met een depressie.

Farmaceutische behandeling

Wanneer er sprake is van ADHD en comorbide depressie wordt aanbevolen om eerst de symptomen te behandelen die het meeste lijden en/of stagnatie geven. Wanneer er verbetering optreedt in de behandelde stoornis maar niet in de tweede stoornis, wordt aangeraden om naast het behandelen van de eerste stoornis, de tweede stoornis aan te pakken volgens de daartoe meest evidencebased interventie (Brown, 2009; Pliszka, 2009). Veelal wordt eerst de stemmingsstoornis aangepakt, waarna vervolgens farmaceutica voor ADHD wordt voorgeschreven. Farmaceutica die in de behandeling van ADHD en comorbide depressie goedgekeurd zijn door de FDA (Food and Drug Administration) zijn SSRI's (antidepressiva) als fluoxetine, psychostimulantia en atomoxetine. Wanneer deze niet voor verbetering zorgt in zowel ADHD als depressie, wordt er aangeraden om hiermee te stoppen en alleen depressie te behandelen volgens de daarvoor geldende richtlijnen (Pliszka, 2009). Aangeraden wordt om bij een comorbide bipolaire stoornis de behandeling eerst te richten op het farmaceutisch stabiliseren van de stemmingsstoornis (Brown, 2009). Dat wil zeggen dat farmaceutica worden ingezet om de sterke veranderingen in de stemming te verminderen.

3.1.3 ADHD en angststoornissen

Er is sprake van een angststoornis wanneer een jeugdige zo angstig of bezorgd is dat hij of zij niet normaal kan functioneren en er sociale problemen ontstaan. Voorbeelden zijn de gegeneraliseerde angststoornis, de separatieangststoornis, de paniekstoornis of een specifieke angst (bijvoorbeeld voor spinnen of honden) (Verhulst et al., 2003). Voor meer informatie over angststoornissen verwijzen wij u naar het dossier 'Angststoornissen' op onze website: www.nji.nl/angststoornissen.

ADHD en angststoornissen zijn twee van de meest voorkomende psychische stoornissen in de kindertijd en adolescentie en komen niet zelden samen voor (Brown, 2009). Onderzoek naar de manier waarop de stoornissen zich uiten laat wisselend resultaat zien. Het is zodoende onbekend welke stoornis –de ADHD of de angststoornis– primair of secundair behandeld dient te worden (Brown, 2009). Interventies gericht op ADHD en comorbide angststoornissen die in de literatuur naar voren komen is cognitieve gedragstherapie en farmaceutische behandeling.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is effectief gebleken in de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren. De interventie is echter niet of nauwelijks onderzocht bij kinderen met ADHD en een comorbide angststoornis. Uit onderzoek is echter wel naar voren gekomen dat externaliserende problemen, waar ADHD vaak mee gepaard gaat, het effect van de CGT op de angststoornis niet beïnvloeden. Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat ook bij de groep kinderen met ADHD en een comorbide angststoornis CGT effectief zou kunnen zijn. Wel moet in de behandeling rekening worden gehouden met de cognitieve beperkingen van kinderen en jongeren met ADHD en comorbide angststoornis (Pliszka, 2009). Meer onderzoek is nodig naar het effect van CGT op kinderen en jongeren met ADHD en comorbide angststoornis (Brown, 2009).

Farmaceutische behandeling

Bij comorbiditeit van ADHD en angststoornissen worden er volgens de multidisciplinaire richtlijn geen redenen gezien om af te wijken van het voorschrijven van gebruikelijke farmaceutica voor ADHD. Hoewel uit eerdere onderzoeken naar voren kwam dat kinderen en jongeren met ADHD en comorbide angststoornissen zwakker reageerden op stimulantia dan kinderen en jongeren met alleen ADHD, laat recenter lange-termijn onderzoek naar stimulantia zien dat beide groepen vergelijkbare verbeteringen laten zien met betrekking tot ADHD symptomen alsmede verbetering van de symptomen van de angststoornis (Brown, 2009; Pliszka, 2009). Gezien de wat hogere gevoeligheid voor bijwerkingen beveelt de multidisciplinaire richtlijn wel aan om de dosering van stimulantia voorzichtig te bouwen. Een tweede keus die gemaakt kan worden in de behandeling van kinderen en jongeren met ADHD en comorbide angststoornissen is atomoxetine. Onderzoek laat positieve resultaten zien in de vermindering van ADHD symptomen alsmede symptomen van de angststoornis (Brown, 2009).

Er zijn enige aanwijzingen dat SSRI's (antidepressiva), als fluoxetine en fluvoxamine, gunstige effecten kunnen uitoefenen op angstsymptomen samengaande met ADHD (Brown, 2009). De comorbide ADHD-symptomen leken hierbij geen invloed op het effect van de farmaceutica te geven. Brown (2009) geeft aan dat de combinatie van SSRI's en stimulantia of atomoxetine in de behandeling van kinderen en jongeren een logische benadering is. Onderzoek naar deze combinatie laat echter wisselende resultaten zien. Pliszka (2009) geeft aan dat wanneer ADHD op de voorgrond staat, de eerste stap in de behandeling van kinderen en jongeren met ADHD en comorbide angststoornissen het behandelen van ADHD met gebruik van stimulantia of atomoxetine moet zijn. Wanneer er geen verbetering optreedt met betrekking tot de angststoornis, wordt aangeraden over te gaan op SSRI's.

Zowel Brown (2009) en Pliszka (2009) als de multidisciplinaire richtlijn verwijzen naar de grootschalige studie 'Multitreatment Study of Children with ADHD' (ook wel de MTA-studie genoemd) van de MTA-Cooperative Group in 1999. De resultaten van deze studie laat zien dat kinderen met ADHD en een comorbide angststoornis baat lijken te hebben bij een gecombineerde aanpak van farmaceutica en een psychologische behandeling. De psychologische behandeling in deze studie bestond uit een intensief gedragsveranderend programma (anders dan cognitieve gedragstherapie). Dergelijke intensieve programma's worden echter nauwelijks in de hulpverleningspraktijk aangeboden. Bij gedragsveranderende benaderingen is het vaak belangrijk dat ouders en school een consistente aanpak hebben. Dit is soms lastig wanneer een van de ouders

zelf ook ADHD heeft of er conflicten zijn tussen ouders. Ook de consistentie in de aanpak thuis en op school, is afhankelijk van de inzet van school (personeel).

Bij de keuze van de vormgeving van de behandeling van jeugdigen met ADHD en een comorbide angststoornis is het belangrijk de behandeling op het individuele kind af te stemmen. Wanneer de ADHD-symptomen op de voorgrond staan kan behandeling mogelijk bestaan uit farmaceutica en begeleiding door ouders. Wanneer de ADHD-symptomen mild zijn, maar het kind erg angstig is, kan cognitieve gedragstherapie (CGT) als voornaamste behandelvorm ingezet worden. Als beide stoornissen in gelijke mate aanwezig zijn, kan zowel medicatie als psychosociale behandeling als optie besproken worden met ouders.

3.1.4 ADHD en ticstoornissen

Jeugdigen met ticstoornissen hebben last van tics. Deze kunnen motorisch (bijvoorbeeld plotseling herhaalde en doellose spierbewegingen) of vocaal (bijvoorbeeld het maken van piep- of gromgeluiden, maar ook het herhaald roepen van woorden of zinnen) zijn. De drang tot het hebben van tics staat niet onder controle van de jeugdige. Wel kan de jeugdige vaak de uitvoering van de tics een tijd onderdrukken (Verhulst et al., 2003). Voor meer informatie over ticstoornissen verwijzen wij u naar Verhulst en Verheij (2000). ADHD en ticstoornissen komen veelvuldig samen voor, 60 tot 90% van de kinderen en jongeren met het syndroom van Gilles de la Tourette hebben tevens ADHD (Brown, 2009). Hoewel zowel ADHD als een ticstoornis niet te genezen zijn, zijn er een aantal interventies die gericht zijn op het bedwingen van de bijkomende symptomen welke variëren van gedragstherapie tot farmaceutische behandeling (Brown, 2009). Alleen van farmaceutische behandelingen is echter aangetoond dat het effect kan hebben op beide stoornissen.

Farmaceutische behandeling

Pliszka (2009) geeft aan dat wanneer er sprake is van ADHD en comorbide ticstoornissen, de farmaceutische behandeling allereerst gericht moet zijn op het behandelen van ADHD. Zowel de multidisciplinaire richtlijn als Pliszka (2009) raden stimulantia aan als eerste keus. Voorheen werd gedacht dat het gebruik van stimulantia een toename van tics als gevolg had. Recente studies laten zien dat dit niet het geval is (Pliszka, 2009). Volgens de multidisciplinaire richtlijn blijkt uit enkele onderzoeken dat methylfenidaat (een stimulantium) ook enigszins werkzaam zou zijn op de tics zelf. Atomoxetine wordt door Pliszka (2009) ook genoemd als middel dat werkzaam is op zowel ADHD-symptomen als op de tics zelf. De multidisciplinaire richtlijn maakt in het kader van comorbiditeit van ADHD en ticstoornissen echter geen melding van atomoxetine als mogelijke optie.

Clonidine wordt, al dan niet in combinatie met stimulantia, als tweede keuze aangeraden door de multidisciplinaire richtlijn. Dit ondanks dat clonidine in Nederland niet geregistreerd is voor de behandeling van kinderen. Er zijn aanwijzingen dat clonidine werkzamer is bij kinderen met ADHD én tics ten opzichte van kinderen met ADHD zonder tics. Ook zijn er aanwijzingen dat clonidine gecombineerd met methylfenidaat voor de meeste kinderen en jongeren effectief is bij de behandeling van tics (Brown, 2009; Pliszka, 2009).

3.1.5 ADHD en gedragsstoornissen

Een gedragsstoornis wordt gekenmerkt door het gedurende lange periode vertonen van aanhoudend negatief, opstandig, vijandig of agressief gedrag. Dit gedrag beperkt daarbij het dagelijks functioneren van de jeugdige. De DSM-IV-TR (2000) onderscheidt twee groepen

gedragsstoornissen: de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) en de antisociale gedragsstoornis (CD). Bij ODD vertonen kinderen langdurig (minstens zes maanden) negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag. Binnen CD zijn twee clusters van probleemgedrag te onderscheiden, namelijk agressief en antisociaal gedrag. Voor meer informatie over gedragsstoornissen verwijzen wij u naar het dossier 'Gedragsstoornissen' op onze website: www.nji.nl/gedragsstoornissen.

Zowel ODD als CD komen veel voor bij kinderen met ADHD, ODD is zelfs de meest voorkomende comorbide diagnose bij kinderen en jongeren met ADHD. Interventies gericht op ADHD en comorbide gedragsstoornissen die in de literatuur naar voren komen zijn psychosociale interventies en farmaceutische behandeling. Literatuur naar de effectiviteit van psychosociale interventies is echter beperkt.

Psychosociale interventies

Brown (2009) geeft aan dat er in de behandeling van kinderen en jongeren met ADHD en comorbide gedragsstoornissen gebruik wordt gemaakt van psychosociale interventies. Deze interventies bestaan uit oudertraining, het monitoren en eventueel belonen van gedrag, woedebeheersing en cognitieve gedragstherapie (CGT). Welk effect deze interventies hebben is echter niet bekend. Connor et al. (2010) geven aan dat gedragstherapie effectief is gebleken in de behandeling van gedragsstoornissen, gedragstherapie kan bijdragen aan de manier waarop zowel kinderen en jongeren met ADHD als hun ouders omgaan met (de symptomen van) ADHD. Er is echter geen literatuur gericht op de manier waarop gedragstherapie aangeboden kan worden aan kinderen en jongeren met ADHD en comorbide gedragsstoornissen, terwijl dit volgens hen een interessante interventie voor deze groep kan zijn.

Farmaceutische behandeling

Bij comorbiditeit van ADHD en gedragsstoornissen kunnen volgens de multidisciplinaire richtlijn dezelfde farmaceutica worden voorgeschreven als bij ADHD wordt gedaan, zoals stimulantia en atomoxetine. Stimulantia bleken effectief te zijn in het reduceren van symptomen van zowel ODD als CD (Brown, 2009; Pliszka, 2009). Ook atomoxetine is effectief gebleken in het reduceren van zowel ADHD-symptomen als ODD-symptomen bij kinderen met ADHD en ODD (Brown, 2009; Pliszka, 2009). De multidisciplinaire richtlijn geeft echter wel aan dat om effect te bewerkstelligen op de ODD-symptomen, de dosis atomoxetine hoger dient te zijn dan voor de behandeling van ADHD alleen. De derde keus in de behandeling van kinderen en jongeren met ADHD en comorbide gedragsstoornissen zou clonidine kunnen zijn, al dan niet als aanvulling. Wanneer agressie in het bijzonder een comorbide symptoom is, kunnen atypische antipsychotica overwogen worden.

Brown (2009) en Pliszka (2009) raden een gecombineerde behandeling met farmaceutica en gedragstherapie aan bij kinderen en jeugdigen met ADHD en een comorbide gedragsstoornis. Hoe deze gedragstherapie eruit moet komen te zien, komt niet duidelijk naar voren. De multidisciplinaire richtlijn concludeert dat de eerste stap in de behandeling van ADHD en comorbide gedragsstoornissen het gebruik van farmaceutica is. Vaak nemen dan symptomen van de disruptieve gedragsstoornissen af. Vervolgens worden één of meerdere psychotherapeutische methoden zoals ouderbegeleiding en gedragstherapie aangewezen die specifiek aansluiten op tekorten bij het kind of de jongere, de ouders of het gezin.

3.1.6 Conclusie ADHD

Al met al lijkt het erop dat wanneer er sprake is van comorbiditeit bij ADHD, de aangeraden behandeling niet anders is dan wanneer er geen sprake is van een comorbide stoornis. Doorgaans worden dezelfde medicatie als effectief beschouwd. In enkele gevallen wordt echter het voorschrijven van de gebruikelijke medicatie voor ADHD afgeraden. Opvallend is dat de literatuur gericht op welke middelen effectief zijn bij ADHD, een (ongeveer) zelfde effectiviteit laat zien wanneer er sprake is van een comorbide stoornis. De effectiviteit wordt in die gevallen bepaald aan de hand van de resultaten op de ADHD-symptomen. In enkele gevallen worden er ook positieve resultaten op de symptomen van de comorbide stoornis genoemd, maar dit lijkt slechts in weinig gevallen een duidelijke reden te zijn om wel of niet voor een bepaalde behandelvorm te kiezen. Daarnaast valt op dat in de literatuur nauwelijks aandacht is voor een geïntegreerde behandelvorm (zoals besproken in paragraaf 2.3.). Zo wordt, wanneer er sprake is van ADHD en een comorbide stoornis, veelal aanbevolen eerst de symptomen te behandelen die het meest lijden en/of stagnatie geven. Wanneer er verbetering optreedt in de behandelde stoornis maar niet in de tweede stoornis, wordt aangeraden om naast het behandelen van de eerste stoornis, de tweede stoornis aan te pakken volgens de daartoe meest evidencebased interventie. Het lijkt alsof behandeling bij ADHD en comorbide stoornissen bestaat uit een optelsom van behandelingen voor de afzonderlijke stoornissen, waarbij in een enkel geval een behandelvorm of medicatie wordt weggelaten in het geval deze averechtse effecten lijkt te hebben/zou kunnen hebben op de comorbide stoornis.

Geconcludeerd kan worden dat er nog veel onderzoek nodig is naar wat werkt in de behandeling van ADHD en comorbide stoornissen. Hierbij moet niet alleen aandacht zijn voor welke medicatie werkt, maar ook welke psychosociale -, gedragstherapeutische -en gezinsgerichte behandelmethoden werkzaam kunnen zijn in de behandeling van comorbide stoornissen naast ADHD. De effecten van de behandeling moeten daarbij niet alleen gemeten worden aan de hand van een afname van ADHD-symptomen, maar ook aan de hand van afname van symptomen van de comorbide stoornis en een toename in het algehele functioneren.

3.2 Wat werkt bij autisme spectrum stoornissen en comorbide stoornissen?

De nu volgende informatie over wat werkt bij autisme spectrum stoornissen (ASS) en comorbide stoornissen is onder andere gebaseerd op de Nederlandse richtlijn 'Diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen' (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), 2009). De paragraaf over ASS en comorbide ADHD is daarnaast aangevuld met resultaten uit een review van Gargaro, Rinehart, Bradshaw, Tonge en Sheppard (2011). De paragraaf over ASS en comorbide angststoornissen is aangevuld met de resultaten uit een review van Reaven (2011). De paragraaf over ASS en comorbide depressie is aangevuld met de resultaten uit een review van Ghaziuddin, Ghaziuddin en Greden (2002).

Bij kinderen en jongeren met ASS is sprake van een hoge mate van comorbiditeit, er is veelal sprake van een tweede, al dan niet derde, stoornis. Stoornissen die vaak samen met ASS voorkomen zijn gedragsstoornissen als ADHD en ODD, depressie en angststoornissen (NVvP, 2009). De aanwezigheid van meerdere stoornissen bij kinderen en jongeren met ASS kan belangrijke gevolgen hebben ten aanzien van de behandeling van ASS (Geurts, Deprey & Ozonoff, 2010; Kerbeshian, Burd & Avery, 2001). Ondanks de hoge mate van comorbiditeit bij ASS en het belang van een effectieve

behandeling, zijn er weinig publicaties te vinden die de effectiviteit van interventies voor kinderen en jongeren met ASS en een andere stoornis beschrijven.

3.2.1 ASS en ADHD

Volgens de DSM-IV-TR (2000) mag de diagnose ADHD officieel niet gesteld worden als er al een diagnose ASS is. Toch heeft een groot aantal studies laten zien dat er zowel bij kinderen en jongeren als bij volwassenen met ASS veel ADHD symptomen aanwezig zijn (Gargaro et al., 2011; Geurts et al., 2010). Hoewel ASS en ADHD beide niet te genezen zijn, zijn er een aantal interventies die gericht zijn op het behandelen van de bijkomende symptomen welke variëren van gedragstherapie tot farmaceutische behandeling (Gargaro et al., 2011). Alleen van farmaceutische behandelingen is echter aangetoond dat het effect kan hebben op beide stoornissen.

Farmaceutische behandeling

Het gebruik van farmaceutica in de behandeling van kinderen met ASS en comorbide ADHD is gericht op de behandeling van de ADHD symptomen, waarbij het gebruik van psychostimulantia als meest effectief naar voren komt (Bertoglio & Hendren, 2009; Gargaro et al., 2011; Pliszka, 2009). De Nederlandse richtlijn geeft aan dat het gebruik van stimulantia de eerste keus is vanwege de vele ervaring, de snelle werking en het feit dat bijwerkingen snel verdwijnen wanneer gestaakt wordt met het middel. Echter adviseert de richtlijn bij comorbiditeit van ASS en ADHD stimulantia pas na zorgvuldige afweging toe te passen. Er wordt aangegeven dat de beoordeling van het effect en de bijwerkingen specifieke expertise vragen. Er is volgens de richtlijn slechts beperkte onderbouwing voor de effectiviteit van stimulantia op ADHD-symptomen bij kinderen met ASS. Daar komt bij dat kinderen met ASS mogelijk gevoeliger zijn voor bijwerkingen van stimulantia (Gargaro et al., 2011; NVvP, 2009).

Studies naar andere farmaceutica dan psychostimulantia zijn beperkt. Onderzoek wat uitgevoerd is, is methodologisch matig opgezet, waardoor geen concrete conclusies getrokken kunnen worden. Farmaceutica die een positief effect op ADHD symptomen bij kinderen en jongeren met ASS lijken te hebben zijn atomoxetine, alfa-agonisten waaronder clonidine en antipsychotica (Gargaro et al., 2011; Kerbeshian et al., 2001; NVvP, 2009; Pliszka, 2009).

3.2.2 ASS en depressie

Er is sprake van een depressie wanneer er gedurende langere tijd sprake is van een depressieve stemming en een duidelijke vermindering in interesses of plezier bij (bijna) alle activiteiten. Dit alles leidt tot een beperking in het dagelijks functioneren (Verhulst et al., 2003). Meer informatie over depressie vindt u in het dossier 'Depressie' op onze website: www.nji.nl/depressie.

Bij kinderen en jongeren met ASS kunnen symptomen van een depressie op de lange termijn resulteren in verslechterde sociale relaties, sociale isolatie, oppositioneel en agressief gedrag (Ghaziuddin et al., 2002; Koenig & Levine, 2011). Ook kan een depressie de kernsymptomen van ASS op lange termijn verergeren (Ghaziuddin et al., 2002). Bij kinderen en jongeren met ASS kan het erg moeilijk zijn om een depressie vast te stellen, ten eerste vanwege de gebrekkige cognitieve en communicatieve vaardigheden van personen met ASS (Kerbeshian et al., 2001), ten tweede kunnen symptomen van een depressie zich anders uiten bij personen met ASS dan bij personen zonder ASS (Geurts et al., 2010). Interventies gericht op ASS en comorbide depressie die in de literatuur naar

voren komen zijn psychotherapie en farmaceutische behandeling. Literatuur naar de effectiviteit van deze interventies is echter beperkt.

Psychotherapie

Ghaziuddin et al. (2002) geven in hun review aan dat psychotherapie, mits aangepast, heel bruikbaar kan zijn bij het behandelen van een depressie bij kinderen en jongeren met ASS. Psychodynamische therapieën blijken, wanneer gestructureerd en met duidelijke instructie, bruikbaar bij hoogfunctionerende kinderen en jongeren met ASS die over goede verbale vaardigheden bezitten (Ghaziuddin et al., 2002). Bij oudere en meer vaardige kinderen en jongeren met ASS is cognitieve gedragstherapie (CGT) bruikbaar in het omgaan met depressie (Ghaziuddin et al., 2002). Goed opgezette effectstudies naar psychotherapie voor depressie bij kinderen en jongeren met ASS ontbreken echter.

Farmaceutische behandeling

Er zijn enige aanwijzingen voorhanden dat SSRI's (antidepressiva), als fluoxetine, fluvoxamine en citalopram, gunstige effecten kunnen uitoefenen op angst-, dwang- of depressiesymptomen samengaande met een ASS (Bertoglio & Hendren, 2009; NVvP, 2009). De Nederlandse richtlijn concludeert echter dat de onderbouwing voor het gebruik van een antidepressivum bij ASS vooralsnog zwak is en geeft aan dat wanneer gekozen wordt voor deze farmaceutica, het belangrijk is dat de arts met zeer lage doseringen start en wekelijks contact houdt met de patiënt of de ouders over de bijwerkingen. Ghaziuddin et al. (2002) voegen hier aan toe dat het beste resultaat bij kinderen en jongeren met ASS en een depressie wordt verkregen door farmaceutica te combineren met andere (niet-farmaceutische) behandelingen.

3.2.3 ASS en angststoornissen

Angststoornis is bij kinderen en jongeren met ASS de meest gediagnosticeerde comorbide stoornis (Geurts et al., 2010). Angststoornissen kunnen juist bij personen met ASS bijzonder storend zijn, vanwege de nadelige gevolgen voor prestaties op school, relaties met leeftijdsgenoten en het functioneren van het gezin (Koenig & Levine, 2011; Reaven, 2011). Daarnaast kunnen angststoornissen de kernsymptomen van ASS verergeren (Reaven, 2011). Veelgenoemde interventies voor ASS en angststoornissen zijn cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstrainingen en farmaceutische behandelingen. Literatuur naar de effectiviteit van deze interventies is echter beperkt.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de meest gebruikte interventie bij angststoornissen. De aandacht voor CGT bij kinderen en jongeren met ASS en comorbide angststoornissen groeit en onderzoek is in opkomst. Reaven (2011) geeft in een review een overzicht van acht studies naar de effecten van CGT bij kinderen en jongeren met ASS en comorbide angststoornissen, waarbij de aandacht gericht is op het verminderen van de angststoornis. Alle studies laten een significante vermindering in angstsymptomen zien na de behandeling. De studies geven aan dat naast de CGT, het betrekken van ouders in de behandeling erg belangrijk is. Ouders krijgen oudertraining, waaronder psycho-educatie, en dienen als 'co-therapeut' of 'coach' voor hun kind. In Nederland bestaat het CGT-programma 'Denken + Doen = Durven', oorspronkelijk alleen gericht op kinderen met een angststoornis. De interventie lijkt zonder aanpassingen ook geschikt te zijn voor kinderen met ASS en een comorbide angststoornis. Uit onderzoek bleek dat kinderen met een angststoornis

en kinderen met ASS en comorbide angststoornis evenveel profiteerden van de therapie (Hendriks & Bögels, 2008). 'Denken + Doen = Durven' is nog niet opgenomen in de Databank Effectieve Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut, omdat de theoretische onderbouwing nog verder ontwikkeld moet worden.

Concluderend is onderzoek naar de effectiviteit van CGT in de behandeling van kinderen en jongeren met ASS en comorbide angststoornissen beperkt en studies hebben vaak een matige opzet. Toch zijn de eerste geluiden met betrekking tot de effectiviteit van CGT bij kinderen en jongeren met ASS en angststoornissen positief. Angstsymptomen zijn in alle gevallen significant verminderd (Koenig & Levine, 2011; Reaven, 2011). Uit een review van Moree en Davis (2010) komen vier aanpassingen naar voren die bij kunnen dragen aan de effectiviteit van CGT in de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren met ASS, namelijk:

- rekening houden met ASS in de behandeling van angststoornissen;
- het gebruik van concrete, visuele materialen en voorbeelden;
- het betrekken van de interesses van het kind en
- het betrekken van de ouders.

Sociale vaardigheidstraining

Een studie in de VS van Antshel et al. (2011) naar de effecten van een sociale vaardigheidstraining gericht op kinderen met ASS en angststoornissen laat positieve resultaten zien. Na behandeling met tien groepssessies gericht op sociale vaardigheden, waren de sociale vaardigheden van kinderen met ASS en angststoornissen significant verbeterd. In de Nederlandse richtlijn staat beschreven dat geen van de in Nederland veel gebruikte methodieken met betrekking tot sociale vaardigheden goed is onderzocht op effectiviteit. Een aantal methoden zijn echter goed beschreven en reproduceerbaar. Onderzoek naar de effectiviteit van deze methodieken is nodig.

Farmaceutische behandeling

Zie voor dit onderwerp de tekst onder *farmaceutische behandeling* onder paragraaf 3.2.2. De Nederlandse richtlijn geeft voor angststoornissen dezelfde aanbevelingen als voor depressie.

3.2.4 ASS en gedragsstoornissen

Literatuur naar de effectiviteit van interventies bij kinderen en jongeren met ASS en ODD ontbreekt tot nu toe. Literatuur naar de effectiviteit van interventies bij kinderen en jongeren met ASS en agressie, wat binnen CD valt, is echter wel beschikbaar.

ASS en agressie

Brosnan en Healy (2011) hebben uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar interventies gericht op agressief gedrag bij kinderen en jongeren van 3 tot 18 jaar oud met ASS en/of een verstandelijke beperking. Interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT) bleken effectief in het verminderen van agressie. Een kanttekening is dat slechts vier van de 15 studies gebruik maakten van een follow-up, waardoor er weinig gezegd kan worden over de lange termijn effecten van de interventies.

Frazier et al. (2010) hebben een studie uitgevoerd naar het effect van het toevoegen van een intensieve gedragsinterventie (IBI) aan het gebruik van farmaceutica in de behandeling van agressie bij kinderen en jongeren met ASS. Over een periode van 2 tot 2,5 jaar volgden 32 kinderen en

jongeren met ASS de interventie IBI, waarbij sommigen wel en anderen geen farmaceutica voorgeschreven kregen. De combinatie van anti-psychotische farmaceutica en IBI behaalde de beste resultaten. De frequentie van agressie daalde aanzienlijk, al gedurende de eerste week van de interventie. De auteurs geven aan dat het beste resultaat wordt verkregen na een aanzienlijke periode, met een gemiddelde van meer dan 30 sessies.

Er zijn enkele farmaceutica effectief gebleken in de behandeling van agressie bij kinderen en jongeren met ASS, met name atypische antipsychotica (Bertoglio & Hendren, 2009). De Nederlandse richtlijn geeft aan dat het atypische antipsychoticum 'Risperidon' het beste kan worden gekozen wanneer disruptief gedrag zoals agressie op de voorgrond staat bij kinderen en jongeren met ASS. Wanneer dit gecombineerd wordt met oudertraining valt een groter effect te verwachten waarbij mogelijk lager gedoseerd kan worden.

3.2.5 Conclusie ASS

Gebleken is dat de behandeling van ASS onder andere moet bestaan uit het behandelen van comorbiditeit (Van Rooijen & Rietveld, 2012). Op welke manier dit vorm gegeven moet worden, komt uit de literatuurechter niet duidelijk naar voren. Koenig en Levine (2011) geven in een review als aanbeveling dat er meer onderzoek moet worden gedaan naar de manier waarop comorbide symptomen bij kinderen en jongeren met ASS moeten worden aangepakt.

Bertoglio en Hendren (2009) geven in hun review aan dat wanneer er sprake is van stoornissen naast ASS, de symptomen van de comorbide stoornis aangepakt dienen te worden. Ook Kerbeshian et al. (2001) stellen in hun review naar farmaceutische behandeling bij ASS dat wanneer er sprake is van ASS en een comorbide stoornis, de behandeling gericht moet zijn op de comorbide symptomen. De Nederlandse richtlijn adviseert de comorbide stoornis te behandelen volgens de daarvoor geldende richtlijnen, wel met inachtneming van de specifieke gevoeligheid voor medicamenten. Aanbevolen wordt om primair de symptomen te behandelen die het meeste lijden en/of stagnatie geven. Bij voorkeur wordt dan gekozen voor één of in ieder geval zo min mogelijk middelen, waarbij mogelijk één middel ingezet kan worden voor meerdere symptomen. De richtlijn benadrukt dat, vanwege de bijwerkingen van psychofarmaca en de gevoeligheid van kinderen met ASS voor bijwerkingen, het sterk de voorkeur verdient eerst gedragsmatige interventies toe te passen. Wanneer deze niet voldoende werken, kunnen psychofarmaca overwogen worden.

3.3 Wat werkt bij depressie en comorbide stoornissen?

Ook voor de behandeling van depressie heeft de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ een richtlijn ontwikkeld, echter alleen voor volwassen cliënten met een depressie. Als aanvulling hierop is de Addendum Depressie bij Jeugd (2009) ontwikkeld. De nu volgende informatie over wat werkt bij depressie en comorbide stoornissen is op deze aanvullende richtlijn gebaseerd. In de paragrafen over ADHD en comorbide stoornissen (paragraaf 3.1.) en ASS en comorbide stoornissen (paragraaf 3.2.) is depressie al kort als comorbide stoornis besproken. De paragraaf over depressie en comorbide angststoornissen is aangevuld met de resultaten uit een review van Garber en Weersing (2010). De paragraaf over depressie en comorbide middelenmisbruik is aangevuld met resultaten uit een review van Hides, Samet en Lubman (2010).

In het 'wat werkt' onderdeel van het dossier 'Depressie' op de website van het NJi (Van Rooijen-Mutsaers, 2012) wordt besproken wat werkt in de behandeling van depressie bij jeugdigen. In dit

document wordt kort gesproken over comorbiditeit bij depressie. Comorbiditeit wordt hier gezien als een factor die depressie kan veroorzaken of in stand kan houden, maar ook als factor die de resultaten van een behandeling kan beïnvloeden. Onderzoeken naar zowel psychotherapie als cognitieve gedragstherapie (CGT) en combinatietherapie (CGT plus farmaceutische behandeling) bij depressie en comorbide stoornissen laten geen eenduidige resultaten zien wanneer gekeken wordt naar de effecten van een tweede stoornis op de behandeling van de eerste stoornis. Er wordt dan ook gepleit voor het op het individu afstemmen van de behandeling, waarbij rekening wordt gehouden met eventuele comorbiditeit. Hoe dit te doen wordt uit het dossier onvoldoende helder.

De richtlijn geeft aan dat wanneer depressie wordt behandeld met psychotherapie, de behandeling kan worden bemoeilijkt als er sprake is van een comorbide stoornis. De richtlijn concludeert dat een geprotocolleerde behandeling flexibel van aard moet zijn om deze comorbide problemen adequaat aan te pakken. De flexibiliteit maakt het mogelijk om specifieke obstakels adequaat tegemoet te treden, de therapeutische relatie te onderhouden en vaardigheden voldoende te trainen. Met betrekking tot farmaceutische behandeling bij kinderen en jongeren met een depressie en comorbide psychische stoornissen geeft de richtlijn alleen aan dat het onbekend is hoe deze kinderen en jongeren reageren op SSRI's.

3.3.1 Depressie en angststoornissen

De hoge mate van comorbiditeit tussen depressie en angststoornissen kan volgens Garber en Weersing (2010) het resultaat zijn van 1) een substantiële overlap in de symptomen van beide stoornissen, 2) gedeelde risicofactoren voor het ontstaan van beide stoornissen en 3) negatieve gevolgen van de angststoornis dragen bij aan het ontwikkelen van een depressie. De laatste twee punten hebben belangrijke gevolgen voor de behandeling van kinderen en jongeren met comorbide depressie en angststoornis. Garber en Weersing (2010) geven in een review aan dat de behandeling voor depressie alsmede de behandeling voor angststoornissen veelal gemeenschappelijke kenmerken en mechanismen hebben, waarbij de meest gebruikte psychosociale interventie cognitieve gedragstherapie (CGT) is. De effectiviteit van de behandeling van depressie kan verminderd worden door de aanwezigheid van een tweede stoornis, in dit geval angststoornis. Studies laten verschillende resultaten zien. Waar sommige studies een positieve resultaat geven van een comorbide angststoornis in de behandeling van depressie, laten andere studies zien dat een comorbide angststoornis een slechter resultaat geeft in de behandeling van depressie (Garber & Weersing, 2010). Meer onderzoek naar de effecten van comorbide depressie en angststoornis in behandeling is dus nodig.

3.3.2 Depressie en middelenmisbruik

Er is sprake van middelenmisbruik wanneer de jeugdige op een onaangepaste wijze middelen gebruikt en deze leiden tot een beperking in het dagelijks functioneren (Verhulst et al., 2003). Meer informatie over middelenmisbruik vindt u in het dossier 'Middelenmisbruik en verslaving' op onze website, www.nji.nl/middelenmisbruik, en in Verhulst en Verheij (2000). Er is sprake van een hoge mate van comorbiditeit van depressie en middelenmisbruik. Wanneer deze beide stoornissen samen voorkomen, is er een vergrote kans op een verslechterde verloop van de behandeling en een kleinere kans op gunstige resultaten (Hides et al., 2010). Ondanks de hoge mate van comorbiditeit en het belang van een effectieve behandeling, zijn er weinig publicaties te vinden die de effectiviteit van interventies voor kinderen en jongeren met een depressie en middelenmisbruik beschrijven. Veel gevonden literatuur betreft volwassenen.

Hides et al. (2010) hebben in een review vier studies gevonden die het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor jongeren met een depressie en middelenmisbruik meten. Twee studies maakten gebruik van CGT in combinatie met farmaceutische behandeling. De farmaceutica die werd voorgeschreven waren de SSRI's sertraline en fluoxetine. Drie van de vier studies lieten een significante vermindering van symptomen van depressie zien, twee van de vier studies lieten een significante vermindering in middelenmisbruik zien. Binnen de studies waarin naast CGT ook farmaceutica toegediend werd, had slechts één studie een significante vermindering van symptomen van depressie tot gevolg. De resultaten laten zien dat er slechts beperkt bewijs is voor de effectiviteit van CGT, al dan niet met farmaceutische behandeling, in de behandeling van jongeren met depressie en middelenmisbruik. Er is wel bewijs dat CGT betere resultaten oplevert dan wanneer er geen interventie toegepast wordt, maar er is geen bewijs dat CGT meer effectief is dan andere psychotherapieën.

3.3.3 Conclusie depressie

Er is weinig literatuur beschikbaar over wat werkt bij depressie en comorbide stoornissen. De literatuur die er is, geeft geen eenduidig beeld over de manier waarop depressie en comorbide stoornissen aangepakt dienen te worden en welke invloed de comorbide stoornis op de behandeling van depressie heeft. De richtlijn geeft aan dat een geprotocolleerde behandeling flexibel van aard moet zijn om de comorbide problemen adequaat aan te pakken. De flexibiliteit maakt het mogelijk om specifieke obstakels adequaat tegemoet te treden, de therapeutische relatie te onderhouden en vaardigheden voldoende te trainen. Een combinatie van psychosociale interventies als cognitieve gedragstherapie (CGT) en farmaceutische behandeling lijkt de beste resultaten te geven. Echter moet in de farmaceutische behandeling van depressie rekening gehouden worden met de comorbide stoornis. Er is namelijk nog weinig bekend over de effecten van farmaceutica op kinderen en jongeren met een depressie en comorbide stoornis. Bij ASS en comorbide depressie is de onderbouwing voor het gebruik van een antidepressivum bij ASS vooralsnog zwak en wanneer gekozen wordt voor deze farmaceutica, is het belangrijk dat de arts met zeer lage doseringen start en wekelijks contact houdt met de patiënt of de ouders over de bijwerkingen. Ook wanneer er sprake is van een angststoornis in combinatie met depressie is volgens de 'multidisciplinaire richtlijn depressie' de onderbouwing voor het gebruik van een antidepressivum zwak en moet men voorzichtig zijn met het voorschrijven hiervan.

Geconcludeerd kan worden dat er nog veel onderzoek nodig is naar wat werkt in de behandeling van depressie en comorbide stoornissen.

3.4 Wat werkt bij angststoornis en comorbide stoornissen?

Literatuur naar de effectiviteit van interventies bij kinderen en jongeren met een angststoornis en comorbide stoornissen is, ondanks de hoge mate van comorbiditeit, beperkt. In de paragrafen over ADHD en comorbide stoornissen (paragraaf 3.1.), ASS en comorbide stoornissen (paragraaf 3.2.) en depressie en comorbide stoornissen (paragraaf 3.3) zijn angststoornissen al kort als comorbide stoornis besproken. De paragraaf over angststoornissen en comorbide gedragsstoornissen is gebaseerd op resultaten van een review van Cunningham en Ollendick (2010).

3.4.1 Angststoornis en gedragsstoornissen

Er is sprake van een hoge mate van comorbiditeit van angststoornissen en gedragsstoornissen. Kinderen en jongeren met een angststoornis en comorbide gedragsstoornissen lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van ernstige psychopathologie (Cunningham & Ollendick, 2010). Ondanks de hoge mate van comorbiditeit en het belang van een effectieve behandeling zijn er tot op heden geen empirisch gevalideerde interventies voor kinderen en jongeren met een angststoornis en comorbide gedragsstoornissen ontwikkeld (Cunningham & Ollendick, 2010). Cunningham en Ollendick (2010) geven in een review aan dat een veelbelovende benadering het gebruik van aangepaste evidencebased interventies voor de angststoornis respectievelijk de gedragsstoornis is. Omdat bekend is dat cognitieve gedragstherapie (CGT) effectief is in de behandeling van zowel angststoornissen als gedragsstoornissen, adviseren Cunningham en Ollendick (2010) deze interventie aan te passen om zo de comorbide stoornissen te kunnen behandelen. Op welke manier deze aangepast dient te worden, wordt niet duidelijk.

3.4.2 Conclusie angststoornis

Er is weinig literatuur beschikbaar over wat werkt bij angststoornissen en comorbide stoornissen. Voor de behandeling van angststoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT) de eerste keuze. Dit lijkt ook te gelden wanneer een angststoornis in combinatie met andere stoornissen voorkomt. Wanneer er sprake is van comorbide stoornissen als ADHD of ASS wordt ook een farmaceutische behandeling aangedragen. Onbekend is echter, of de angststoornis als primaire of secundaire stoornis moet worden gezien en behandeld. Geconcludeerd kan worden dat er nog veel onderzoek nodig is naar wat werkt in de behandeling van angststoornissen en comorbide stoornissen.

3.5 Wat werkt bij middelenmisbruik en comorbide stoornissen?

De nu volgende informatie over wat werkt bij middelenmisbruik en comorbide stoornissen is gebaseerd op het themadossier 'Middelenmisbruik en psychische comorbiditeit' van het landelijk kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP, 2011) op www.kenniscentrum-kjp.nl en reviews van Bukstein en Horner (2010) en Pawsey, Logan en Castle (2011). In de paragraaf over depressie en comorbide stoornissen (paragraaf 3.3) is middelenmisbruik al kort als comorbide stoornis besproken. De paragraaf over middelenmisbruik en comorbide gedragsstoornissen is aangevuld met de resultaten uit een review van Conner en Lochman (2010).

Bij kinderen en jongeren waarbij sprake is van middelenmisbruik is veelal sprake van comorbiditeit. Stoornissen die vaak samen met middelenmisbruik voorkomen zijn gedragsstoornissen als ADHD en ODD, depressie en angststoornissen (Bukstein & Horner, 2010; KJP, 2011). Tijdens de literatuursearch is er veel literatuur naar voren gekomen betreffend middelenmisbruik en comorbide stoornissen. Echter betrof deze in de meeste gevallen volwassenen. Er zijn weinig publicaties te vinden die de effectiviteit van interventies voor kinderen en jongeren met comorbide middelenmisbruik en psychische stoornissen beschrijven. Ook Bukstein en Horner (2010) en Pawsey et al. (2011) geven aan dat de focus ligt op de behandeling van volwassenen. Jongeren bevinden zich veelal in een gebied waarin talloze interventies worden aangeboden die niet aan hun behoeften voldoen en waarbij niet hun 'taal' wordt gesproken (Bukstein & Horner, 2010; Pawsey et al., 2011).

Psychosociale interventies

Pawsey et al. (2011) richten hun review op behandelingen van cliënten met een dubbele diagnose. Hierbij definiëren ze dubbele diagnose als het tegelijkertijd voorkomen van middelenmisbruik en

een comorbide psychische stoornis. De comorbide stoornis kan bijvoorbeeld een depressie, angststoornis of gedragsstoornis betreffen. De review is opgesplitst naar jongeren, volwassenen en ouderen. Informatie over interventies bij jongeren met een dubbele diagnose is schaars, er kunnen dan ook geen studies worden opgesomd en met elkaar worden vergeleken. Echter kan uit de literatuur wel opgemaakt worden dat een effectieve interventie bestaat uit structuur, het gebruik van cognitieve- en gedragsstrategieën, een systematische benadering en een sterke case management. Met case management wordt bedoeld dat er een opgeleid persoon is die de benodigde zorg beoordeelt en coördineert (Bukstein & Horner, 2010). Bukstein en Horner voegen hier 'wraparound services' aan toe. Dit betekent dat verschillende zorgsystemen en –aanbieders zoals jeugdzorg, justitie en school met elkaar samenwerken en dat een interventie geïntegreerd moet zijn.

Bukstein en Horner (2010) geven in hun review aan dat er ondanks de huidige aandacht voor evidencebased interventies, tot nu toe weinig interventies zijn ontwikkeld en geëvalueerd voor jongeren met comorbide middelenmisbruik en psychische stoornissen. Toch zijn er enkele geïntegreerde interventies te noemen die effectief en veelbelovend zijn. Dit zijn cognitieve gedragstherapie (CGT), motiverende gespreksvoering en gezinstherapie. Deze interventies zijn geschikt voor comorbide middelenmisbruik en psychische stoornissen omdat zij meerdere aspecten van gedrag aanpakken. Zo wordt CGT vaak aanbevolen omdat deze onder andere het identificeren en aanpakken van irrationele gedachten, het reconstrueren van cognities en het aanleren van sociale vaardigheden omvat. Motiverende gespreksvoering is het meest effectief wanneer deze gecombineerd wordt met CGT. Gesuggereerd wordt dat motiverende gespreksvoering de betrokkenheid bij de behandeling verhoogt alsmede de motivatie van de cliënt om te veranderen. Alhoewel er verschillende soorten gezinstherapie zijn, hebben zij een aantal kenmerken gemeen. Allen leggen de nadruk op de systematische en contextuele aard van de problematiek van jongeren, richten zich op de belangrijke rol die ouders en verzorgers spelen in de behandeling en in de uitkomst van de behandeling en gebruiken betrokkenheid, communicatie en diverse gedragstechnieken voor het bereiken van verandering bij zowel de jongere zelf als zijn of haar familie.

Farmaceutische behandeling

Het KPJ (2011) geeft aan dat wanneer er sprake is van comorbide middelenmisbruik en psychische stoornissen, de verschillende stoornissen wisselend op de voorgrond kunnen staan. Beide stoornissen dienen tegelijkertijd aangepakt te worden. Er is volgens het KJP weinig bekend over de behandeling van jongeren met comorbide middelenmisbruik en psychische stoornissen. Het is wel bekend dat kortdurende behandeling alleen onvoldoende is en dat multidisciplinaire behandeling het meest effectief is. In de farmaceutische behandeling van comorbide middelenmisbruik en psychische stoornissen bespreekt het KJP alleen middelenmisbruik in combinatie met ADHD respectievelijk depressie. Stimulantia op jonge leeftijd bij kinderen met ADHD kunnen gebruikt worden om middelenmisbruik op adolescentie leeftijd te beperken. Het is niet effectief bewezen dat de SSRI's fluoxetine en sertraline het middelen- en alcoholmisbruik bij jongeren met een depressie verminderen.

Bukstein en Horner (2010) bespreken naast psychosociale interventies ook farmaceutische behandeling voor jongeren met comorbide middelenmisbruik en psychische stoornissen. Studies richten zich op comorbide stoornissen als depressie en ADHD. Geconcludeerd kan worden dat farmaceutische behandeling een positief effect kan hebben op de psychische stoornis, zoals SSRI's

als fluoxetine bij depressie en stimulantia bij ADHD. Farmaceutische behandeling heeft echter geen positief effect op het middelengebruik. Bij comorbide middelengebruik en depressie is de eerste keuze voor behandeling een psychosociale interventie. Wanneer de depressie niet verbeterd, kan farmaceutica gebruikt worden.

3.5.1 Middelenmisbruik en gedragsstoornissen

Conner en Lochman (2010) beschrijven in een review dat middelenmisbruik en gedragsstoornissen bepaalde risicofactoren gemeen hebben, zoals individuele risicofactoren als impulsief gedrag en slechte sociale informatieverwerking en risicovolle omgevingsfactoren als afwijzing van vrienden en ineffectieve discipline van ouders. Effectieve interventies moeten zich op enkele van deze, al dan niet alle risicofactoren richten (Conner & Lochman, 2010).

3.5.2 Conclusie middelenmisbruik

Er is slechts beperkt onderzoek beschikbaar naar de effecten van behandelingen voor jeugdigen met comorbide middelenmisbruik en psychische stoornissen. De onderzoeken die beschikbaar zijn geven aanwijzingen voor mogelijke effectiviteit van specifieke programma's. Hierbij zijn aanwijzingen gevonden dat met name cognitieve gedragstherapie (CGT) en gezinstherapieën positieve effecten hebben op externaliserende problemen, internaliserende problemen én middelenmisbruik. Het lijkt er tevens op dat bij comorbide middelenmisbruik en depressie of ADHD farmaceutica kan worden voorgeschreven die ook voorgeschreven worden wanneer er sprake is van depressie of ADHD alleen.

3.6 Wat werkt bij gedragsstoornis en comorbide stoornissen?

In de paragrafen over ADHD en comorbide stoornissen (paragraaf 3.1.), ASS en comorbide stoornissen (paragraaf 3.2.), angststoornissen en comorbide stoornissen (paragraaf 3.4) en middelenmisbruik en comorbide stoornissen (paragraaf 3.5.) zijn gedragsstoornissen al kort als comorbide stoornissen besproken. Uit een verdere search naar comorbiditeit bij gedragsstoornissen zijn geen hierop aanvullende bruikbare reviews of meta-analyses naar voren gekomen. Er wordt hier dan verder ook niet in gegaan op wat werkt bij gedragsstoornissen en comorbide stoornissen.

4. Conclusie

Wat er werkt bij de behandeling van comorbiditeit blijkt een lastig te beantwoorden vraag. Er blijken geen algemene regels te zijn voor de behandeling van comorbiditeit. Ook over de effectiviteit van interventies bij specifieke comorbide stoornissen is slechts beperkte informatie voor handen. Vaak wordt comorbiditeit als storende factor in onderzoek gezien. Er wordt dan alleen gekeken of de aanwezigheid van een comorbide stoornis de effecten van de behandeling van een specifieke stoornis beïnvloedt. Wel wordt uit de literatuur duidelijk dat het steeds meer erkend wordt dat het belangrijk is om rekening te houden met comorbiditeit in een behandeling. Literatuuren onderzoek zijn hierbij echter nog in een stadium waarbij theorieën worden gevormd over hoe behandeling van comorbide stoornissen eruit zou kunnen zien. Er worden dan effectieve interventies voor specifieke stoornissen besproken. Vervolgens wordt bekeken of de interventies van twee mogelijke comorbide stoornissen gelijkenissen vertonen. Hieruit wordt dan een beeld opgebouwd van de componenten van een interventie voor de specifieke combinatie van stoornissen. Of deze componenten vervolgens daadwerkelijk effectief zijn in de behandeling van comorbide stoornissen, is in veel gevallen nog niet onderzocht.

De geringe informatie over wat werkt in de behandeling van specifieke combinaties van stoornissen is met name gevonden over ADHD en comorbide stoornissen. Hieruit blijkt dat de gebruikelijke medicatie voor ADHD doorgaans ook effectief is wanneer er sprake is van comorbiditeit. In een enkel geval wordt de gebruikelijke medicatie voor ADHD afgeraden in verband met mogelijke negatieve (bij)werkingen op de comorbide stoornis, bijvoorbeeld bij comorbide ASS of angststoornis. Uit het onderzoek naar ADHD en comorbide stoornissen lijkt naar voren te komen dat de behandeling van ADHD en comorbide stoornissen meestal bestaat uit een optelsom van behandelingen voor afzonderlijke stoornissen. Hierbij wordt dan in een enkel geval een behandelvorm afgetrokken in het geval deze averechtse effecten lijkt te hebben/ zou kunnen hebben op de comorbide stoornis.

Bij ASS en comorbide stoornissen dienen de symptomen van de comorbide stoornis aangepakt te worden. Vanwege de gevoeligheid van kinderen met ASS wordt geadviseerd eerst gedragsmatige interventies toe te passen. Wanneer deze niet voldoende werken, kunnen psychofarmaca overwogen worden. Over zowel wat werkt bij depressie en comorbide stoornissen als wat werkt bij een angststoornis en comorbide stoornissen, is weinig literatuur beschikbaar. De literatuur die er is, geeft geen eenduidig beeld over de manier waarop de problematiek aangepakt dient te worden. Met betrekking tot middelenmisbruik en comorbide stoornissen zijn aanwijzingen gevonden dat met name cognitieve gedragstherapie (CGT) en gezinstherapieën positieve effecten hebben op externaliserende problemen, internaliserende problemen én middelenmisbruik.

Geconcludeerd kan worden dat er nog veel onderzoek nodig is naar wat werkt in de behandeling van comorbiditeit. Hierbij moet niet alleen aandacht zijn voor welke medicatie werkt, maar ook welke psychosociale, gedragstherapeutische en gezinsgerichte behandelmethoden werkzaam kunnen zijn. Behandelingen dienen daarbij specifiek op comorbiditeit gericht te zijn. De effecten van de behandeling moeten daarbij gemeten worden aan hand van reductie van symptomen van beide stoornissen en een toename in het algeheel functioneren van de cliënt, in plaats van aan de hand van effecten op slechts één van de stoornissen. Tevens moet duidelijk worden voor welke specifiekere doelgroep de interventies effectief zijn. Interventies gericht op internaliserende problematiek hebben immers andere werkzame componenten dan interventies gericht op externaliserende problematiek.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Antshel, K. M., Polacek, C., McMahon, M., Dygert, K., Spenceley, L., Dygert, L., Miller, L., & Faisal, F. (2011). Comorbid ADHD and anxiety affect social skills group intervention treatment efficacy in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(6), 439-447.

Bender, K., Springer, D. W., & Kim, J. S. (2006). Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A systematic review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(3), 1-29.

Bertoglio, K., & Hendren, R. L. (2009). New developments in autism. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(1), 1-14.

Brosnan, J., & Healy, O. (2011). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 437-446.

Brown, T. E. (2009). *ADHD comorbidities: handbook for ADHD complications in children*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Bruijn, E. de, Ruijsenaars, A., Pameijer, N., & Aarle, E. van (2004). *De Diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven: Uitgeverij Acco.

Bukstein, O. G., & Horner, M. S. (2010). Management of the adolescent with substance use disorders and comorbid psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 609-623.

Carr, A. (2004). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. London: Brunner Routledge.

Conner, B. T., & Lochman, J. E. (2010). Comorbid conduct disorder and substance use disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 337-349.

Connor, D. F., Steeber, J., & McBurnett, K. (2010). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(5), 427-440.

Cunningham, N. R., & Ollendick, T. H. (2010). Comorbidity of anxiety and conduct problems in children: Implications for clinical research and practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 333-347.

Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Haycook, T., Sinoff, A., Dimitriou, F., Knapp, J., & Sinclair, L. (2010). Effectiveness of medication combined with intensive behavioral intervention for reducing aggression in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(3), 167-177.

Garber, J., & Weersing, R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293-306.

Gargaro, B. A., Rinehart, N. J., Bradshaw, J. L., Tonge, B. J., & Sheppard, D. M. (2011). Autism and ADHD: How far have we come in the comorbidity debate? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1081-1088.

Geurts, H. M., Deprey, L., & Ozonoff, S. (2010). De diagnostiek van comorbiditeit bij patiënten met een autismespectrumstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(11), 753-761.

Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J. (2002). Depression in Persons with Autism: Implications for Research and Clinical Care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(4), 299-306.

Hendriks, M. C. H. P., & Bögels S. M. (2008). Cognitieve gedragstherapie voor kinderen met een autismespectrumstoornis en angststoornissen: Effectiviteit en variabelen die het therapieproces beïnvloeden. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 47 (7/8), 312-324.

Hides, L., Samet, S., & Lubman, D. I. (2010). Cognitive behavior therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug and Alcohol Review*, 29, 508-517.

Kereshian, J., Burd, L., & Avery, K. (2001). Pharmacotherapy of autism: A review and clinical approach. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 13 (3), 199-228.

Kievit, Th., Tak, J. & Bosch, J. (2002). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De tijdstroom.

Koenig, K., & Levine, M. (2011). Psychotherapy for individuals with autism. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(1), 29-36.

Laak, J. ter, & Goede, M. de (2003). *Psychologische diagnostiek: inhoudelijke en methodologische grondslagen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut. Retrieved from www.ggzrichtlijnen.nl november 2011.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). *Addendum Depressie bij Jeugd*. Utrecht: Trimbos-instituut. Retrieved from www.ggzrichtlijnen.nl november 2011.

Moree, B. N., & Davis, T. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(3), 346-354.

Pawsey, B., Logan, G., & Castle, D. (2011). Psychological treatments for comorbidity across the life course. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*, 4(1), 72-82.

Pliszka, S. R. (2009). *Treating ADHD and comorbid disorders: Psychosocial and psychopharmacological interventions*. New York, NY, US: Guilford Press; US.

Reaven, J. (2011). The treatment of anxiety symptoms in youth with high-functioning autism spectrum disorders: Developmental considerations for parents. *Brain Research*, 1380, 255-263.

Rooijen, K. van, & Rietveld, L. (2012). *Wat werkt bij autisme?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Rooijen-Mutsaers, K. van (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met depressie?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Schothorst, P. F., Engeland, H. van, Gaag, R. J. van der, Minderaa, R. B., Stockmann, A. P. A. M., Westermann, G. M. A., & Floor-Siebelink, H. A. (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen / Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*. Utrecht: Tijdstroom.

Vandereycken, W., Hoogduin, C., & Emmelkamp, P. (2003). *Handboek psychopathologie. Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhulst, F. C., & Verheij, F. (2000). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoeken en diagnostiek*. Assen: Koninklijke Van Gorchum.

Verhulst, F. C., Verheij, F., & Ferdinand, R. F. (2003). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: psychopathologie*. Assen: Koninklijke Van Gorchum.