

Online webinar

Behandeling angst, depressie en dwang bij jeugd volgens de richtlijn: Wat is er veranderd?

Het Depressie Expertisecentrum Jeugd organiseert een webinar in samenwerking met Accare over de nieuwste inzichten in de multidisciplinaire behandeling van depressie, angst en dwang bij kinderen en jeugd.

Wanneer Maandag 31 maart 2025
Tijdstip 12.30 – 13.45 uur

Programma

12.30 uur Introductie
12.35 uur Prof. Dr. Maaïke Nauta – Angst en dwang
12.55 uur Dr. Yvonne Stikkelbroek – Depressie
13.15 uur Gelegenheid voor het stellen van vragen

[Meld je aan](#)



Depressie
Expertisecentrum
Jeugd (DEC-J)



Prof. Dr. Maaïke Nauta
*Accare / Rijksuniversiteit
Groningen*



Dr. Yvonne Stikkelbroek
*GGZ Oost Brabant /
Universiteit Utrecht*

In samenwerking met Dr. Pierre Herpers, kinder- en jeugdpsychiater en
Drs. Hanneke Niels, klinisch psycholoog kind en jeugd

Het Depressie Expertisecentrum Jeugd van GGZ Oost Brabant is erkend met het TOPGGZ-keurmerk. Dit keurmerk wordt toegekend aan topklinische ggz-afdelingen die zich toelagen op de diagnostiek en de behandeling van ernstige, complexe psychiatrische aandoeningen.



Programma

- 12.30 Introductie
- 12.35 Prof. Dr. Maaïke Nauta –Angst en dwang
- 12.55 Dr. Yvonne Stikkelbroek–Depressie
- 13.15 Gelegenheid voor het stellen van vragen



Depressie
Expertisecentrum
Jeugd (DEC-J)

Multidisciplinaire richtlijn

- Geeft aanbevelingen over het in te zetten en te volgen behandelbeleid binnen de GGZ
- Helpt kwaliteit van zorg te verbeteren
- Ondersteunt eenheid van handelen
- Zorgt voor transparantie



EBRO-metho

E-Editie: werkgroep veldraadpleging, onderzocht uitgangsvragen

B - Beoordelen: Hier wordt wetenschappelijke literatuur beoordeeld op bewijs geëvalueerd.

R - Risico's & Resultaten: nadelen van mogelijke zorgvuldig afgewogen.

O - Overwegingen: De laatste stap waarbij praktijkoverwegingen en aanbevelingen per module worden geformuleerd.

- Kwaliteit van bewijs
- Balans gewenste - ongewenste effecten
- Patiënten perspectief
- Professioneel perspectief
- Middelenbeslag
- Organisatie van zorg



Figuur 2. Proces van richtlijnontwikkeling

GGZ Multidisciplinaire richtlijnen: invloed uitoefenen

- Concept tekst
- Openbaar gemaakt ter becommentariëring
- Ontvangen commentaren worden besproken in de werkgroep
- Richtlijn definitief vastgesteld



MDR Depressie Kind & jeugd

Yvonne Stikkelbroek

Y.Stikkelbroek@uu.nl



Disclosure belangen spreker

Geen (potentiële) belangenverstrengeling

- CDI-2 auteurschap
- **Sponsoring of onderzoeksgeld**
 - Zonmw subsidie: D(o)pressie individueel, D(o)epressie Blended, Stayfine onderzoek

MDR Depressie

- Geïntegreerd jeugd/volwassenen/ouderen
- Jeugd 8-23 jaar
- Op basis van meta-analyses, systemische reviews en <https://www.metapsy.org/>

Over:

- Preventie
- Diagnostiek
- Behandeling

Screening (Addendum, 2009)

- Alleen screenen als er een vervolg mogelijk is
- Wie bevragen?
 - Overeenstemming ouder – kind = laag altijd tenminste kind bevragen
- Waar?
 - School of huisarts
- Wat?
 - Depressie en comorbiditeit
- Welk instrument?
 - S-PSY (inclusief suïcide-item)
 - YSR / CBCL affectieve problemen
 - Altijd suïcide-item meenemen (aanwezig in **CDI-2**/ YSR / CBCL / SPSY. Maar de CES-D/ RCAD bevat geen suicide item)

Buitelaar JK, Keulen M van, Nauta MH, Stikkelbroek YAJ, Ruiter M, Duin D van. (2009). De multidisciplinaire richtlijn GGZ Addendum Depressie bij Jeugd. *Utrecht: CBO/Trimbos-instituut.*

- Klinisch interview (K-SADS of ADIS) wordt aangeraden of tenminste check van alle symptomen
 - MINI-Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (volwassenen, maar ook geschikt voor adolescenten);
 - Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders–Clinician Version – junior (SCID-5 junior) (8-18 jaar);
 - Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders–Clinician Version (SCID-5) (vanaf 18 jaar).
- CDI-2. BDI-2-NL-R, de HDRS en de IDS-SR ook als procesmaat
- (screenende)ontwikkelingsanamnese.
- Suïciderisico *taxatie*
- Comorbiditeit ook in de behandelfase

Diagnostiek: Differentiaal diagnose

- Neurodiversiteit
- Trauma gerelateerde stoornissen
- Slaapstoornissen
- Psychotische stoornissen
- Angststoornissen
- Emotieregulatie problematiek /persoonlijkheidspathologie
- Eetstoornissen
- Verslavingsproblematiek

Ernst beoordeling (Addendum, 2009)

- **Aantal** symptomen
- **Aard** van symptomen (ook mate van suïcidaliteit. psychotische)
- **Gevolgen** voor algemeen functioneren

Algemene aanbevelingen

- Behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten moet **snel** gestart worden
- Het risico op terugval verminderen door **shared decision**
- Transitie naar de volwassenzorg moet tijdig voorbereid worden en soepel verlopen.

- 1^{ste} Stap bij 8-11 jaar altijd psychotherapie, als symptomen niet verminderen (na 4-6 sessies) dan combinatiebehandeling overwegen
- 1^{ste} Stap vanaf 12 jr. CGT of IPT
- Monitor depressie symptomen en suïcidaliteit tijdens de behandeling
- Aanbieders: kies voor specifieke psychologische interventies zodat er voldoende deskundigheid is
- Betrek ouders bij de behandeling en zorg dat hulpverleners geschoold zijn in ouderbegeleiding
- Diverse psychotherapieën leiden tot vergelijkbare resultaten → voorkeuren jongere en ouders belangrijk

Inzet Medicatie ?

- Medicatie altijd in combinatie met psychotherapie
- Bij matig ernstige en ernstige depressie antidepressiva toevoegen na onvoldoende resultaat van CGT of IPT na 6 weken
- Afwegen van risico op suïcidaliteit en behandeling met SSRI's.
- Onvoldoende response op SSRI bij 16 jaar en ouder de volwassen richtlijn volgen en overweeg overstap naar TCA
- Bij jongvolwassenen (18+) geen reden tot andere afweging dan bij oudere volwassenen.
- Bij response medicamenteuze behandeling 6-9 maanden continueren

Bij onvoldoende response na 3 maanden

- Klinisch oordeel combineren met monitoren + shared decision
- Overwegen CGT voortzetten maar frequentie naar 2 x per week
- 2^{de} Stap interventie: gezinstherapie (ABFT), probleem oplossende therapie
- Overstappen naar tweede keus behandeling maar er is onvoldoende onderzoek naar vervolgbehandeling (type of intensiteit).
- Het klinisch oordeel van de behandelaar, het beschikbare aanbod van een instelling en shared decision.

RTMS? Bij onvoldoende response

- Voor de effectiviteit van rTMS voor depressieve adolescenten tot 18 jaar is nog onvoldoende bewijs.
- Een recente meta-analyse en systematische review liet zien dat slechts 2 RCT's gedaan waarvan de ene wel en de ander geen effect vond.
- Er zijn meer RCT's voor deze populatie nodig (Sigrist et al., 2022).

Terzijde: Welke psychotherapie is het meest effectief bij **therapieresistente depressie (TRD)**?

- Voor de behandeling van kinderen en adolescenten met ‘therapieresistente depressie’ is beperkt wetenschappelijk bewijs.
- Het interpreteren van onderzoeksresultaten naar het behandelen van therapieresistente depressie wordt bemoeilijkt door ontbreken van een uniforme definitie.

Terugval preventie

- Recidiverende karakter en de kans op terugval

Bijv: Bij 50% van de adolescenten (12-23 jaar) die in 2023 werden aangemeld bij GGZ Oost Brabant met een depressie was er sprake van een tweede episode.

- Terugvalpreventieplan opstellen en delen in netwerk en huisarts

Bijv: Stay Fine onderzoek naar terugvalpreventie.

- 52,7% bij screening **niet** in remissie
- 54,5% zegt **geen** terugval preventieplan te hebben

Advies: huisarts, Poh, basis Ggz

- Geïndiceerde preventie.
 - online mogelijkheden
 - overweeg screening in de regio op scholen
- Volg richtlijn behandeling,
 - Informeer de jongere over de effectiviteit
 - Verandering monitoren
 - Bij onvoldoende effect behandelplan aanpassen en shared decision

Advies: huisarts, Poh, basis Ggz

- Benoem de depressie niet als complex.
 - de effectiviteit van de behandeling is beperkt.
 - niet de jongere is complex.
- Terugvalpreventie,
 - check op de aanwezigheid van een terugval preventie plan
 - na herstel bij contact, check of er aanwijzingen zijn voor terugval

Advies: SGgz

- Biedt richtlijn behandeling aan
- Informeer de jongere en ouders over de effectiviteit, shared decision
- Monitor verandering
- Bij onvoldoende resultaat evaluatie behandelplan en aanpassen

Knelpunten

Multidisciplinaire richtlijn doet aanbevelingen maar veel vragen in de praktijk worden (nog) niet beantwoord in de richtlijn

Voorbeelden:

- Onvoldoende response op richtlijnbehandeling. Wat dan aanbieden?
- Voor de derde keer depressief. Welke behandeling is dan effectief?
- Wat te doen bij comorbiditeit? Wat als eerste behandelen?
Welke behandeling is dan het meest effectief?

Vragen?

- Yvonne Stikkelbroek
- Klinisch psycholoog K&J/ Senior onderzoeker/ P opleider
- YAJ.Stikkelbroek@GgzOostBrabant.nl of Y.Stikkelbroek@uu.nl



Nieuwe richtlijnen angst en dwang bij kinderen en jongeren

Prof. dr. Maaike Nauta

Hoogleraar Klinische Psychologie Rijksuniversiteit Groningen

GZ-psycholoog / gedragstherapeut bij Accare in Groningen



university of
groningen

accare
child study center



Disclosure

Geen relevante relaties met de farmaceutische industrie
Onbezoldigd (co-) auteur van CGT programma's zoals Durfpoli, STARr, Dappere Kat
Subsidies o.a. ZonMw, VCVGZ en Accare (sponsor geen zeggenschap over conclusies)
Bestuur NEDKAD

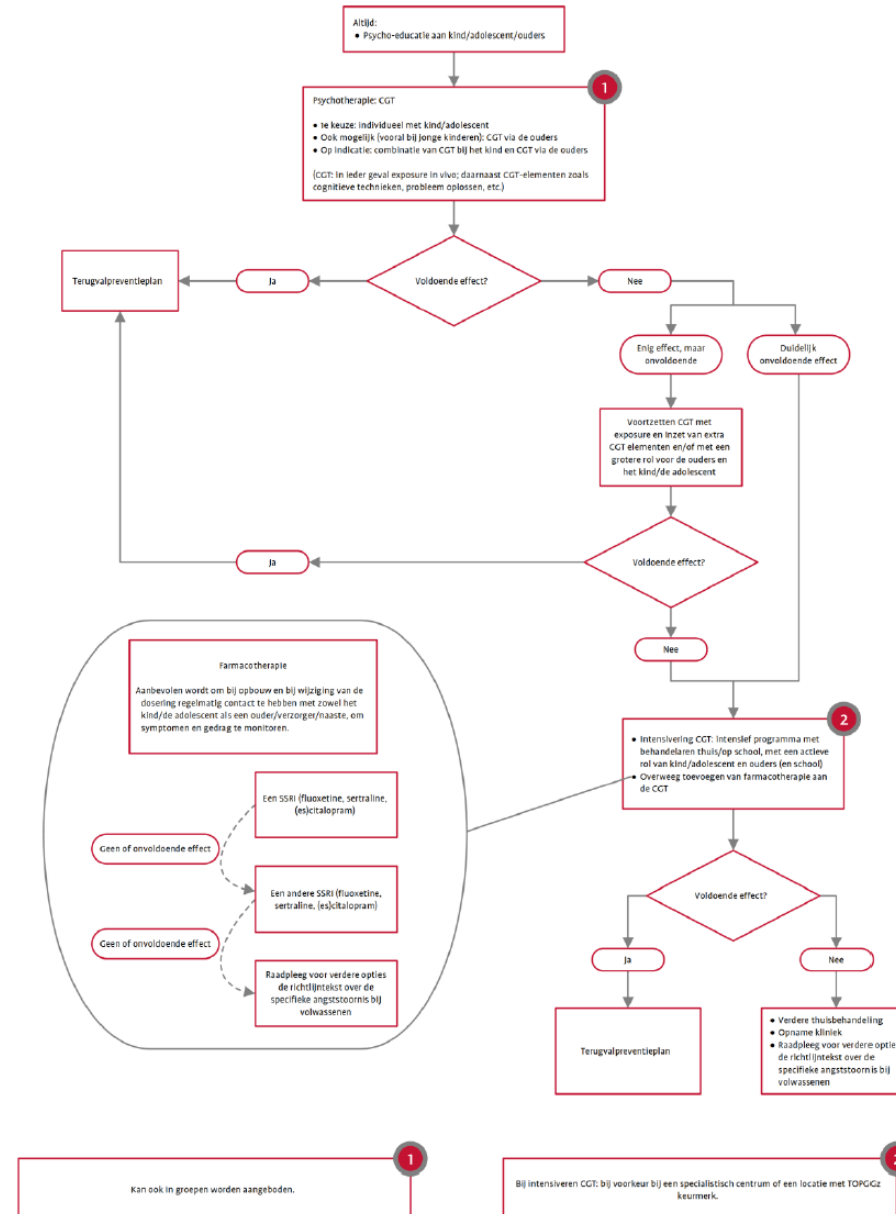
Richtlijn angststoornissen

Voor wie is de richtlijn:

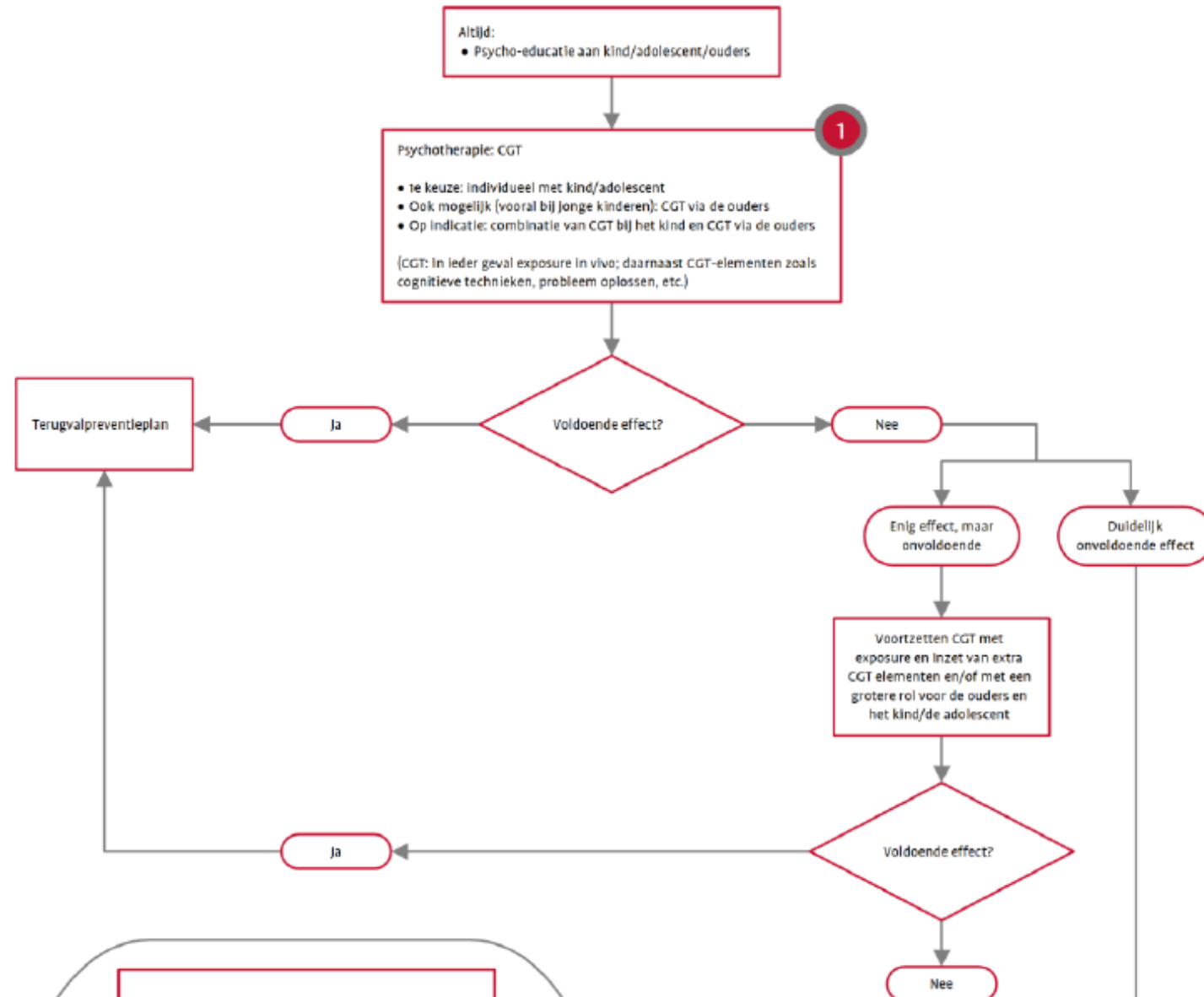
- Jeugd (tot 18 jaar), volwassenen, ouderen
- Primaire angststoornis (bijv gebaseerd op SCID-junior)
- Gebaseerd op: meta-analyses
- Wat is de eerste stap behandeling voor jeugd?



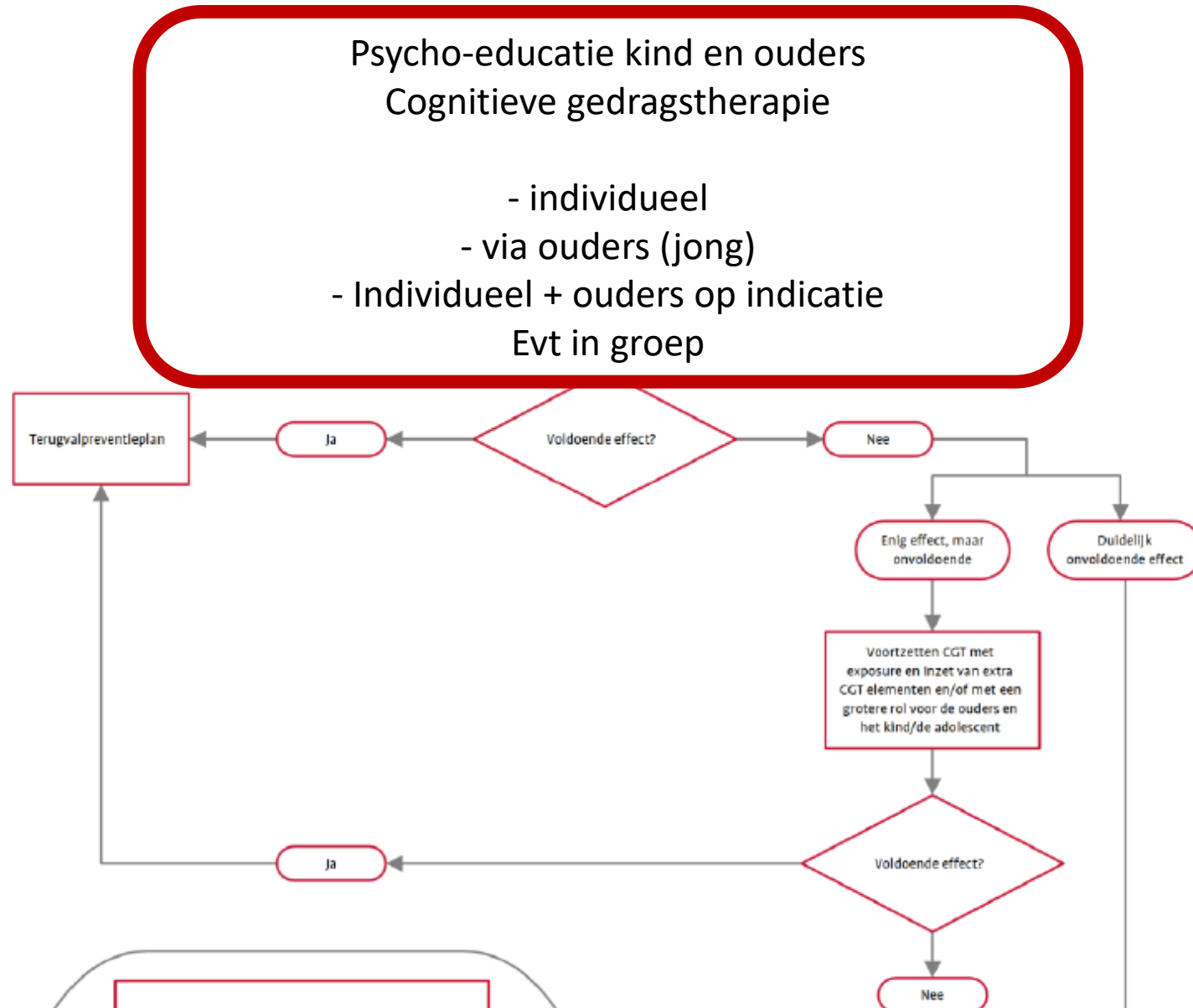
Behandelalgoritme Angststoornissen bij kinderen en adolescenten



Behandelalgoritme Angststoornissen bij kinderen en adolescenten



Behandelalgoritme Angststoornissen bij kinderen en adolescenten



Vragen

- Ouders vragen: kan ook EMDR voor pestervaringen?
- Jongere vraagt: kan het niet online?
- Therapeut observeert: ouders nemen veel over. Ouderbegeleiding?

Vragen

- Ouders vragen: kan ook EMDR voor pestervaringen?
- Richtlijn: EMDR wordt vooralsnog niet aanbevolen als eerste stap in de behandeling van angststoornissen en obsessieve-compulsieve stoornissen (onvoldoende bewijs).
- Jongere vraagt: kan het niet online?
- Therapeut observeert: ouders nemen veel over. Ouderbegeleiding?

Vragen

- Ouders vragen: kan ook EMDR voor pestervaringen?
- Jongere vraagt: kan het niet online?
- Therapeut observeert: ouders nemen veel over. Ouderbegeleiding?

Vragen

- Ouders vragen: kan ook EMDR voor pestervaringen?
- Jongere vraagt: kan het niet online?
- Richtlijn: De behandeling door middel van eHealth dient overwogen te worden. De keuze hiervoor is afhankelijk van de klinische omstandigheden en praktische en maatschappelijke omstandigheden.
- Therapeut observeert: ouders nemen veel over. Ouderbegeleiding?

Vragen

- Ouders vragen: kan ook EMDR voor pestervaringen?
- Jongere vraagt: kan het niet online?
- Therapeut observeert: ouders nemen veel over. Ouderbegeleiding?

Vragen

- Ouders vragen: kan ook EMDR voor pestervaringen?
- Jongere vraagt: kan het niet online?
- Therapeut observeert: ouders nemen veel over. Ouderbegeleiding?
- Richtlijn: Er is voorkeur voor kindgerichte CGT (aangezien deze wat sterkere effecten lijkt te geven), maar er kan ook overwogen worden om CGT via de ouders te geven of om ouders naast de individuele CGT handvaten te geven.

NB TRAJECT
SAMEN
BEPALEN
GEEN “WET”

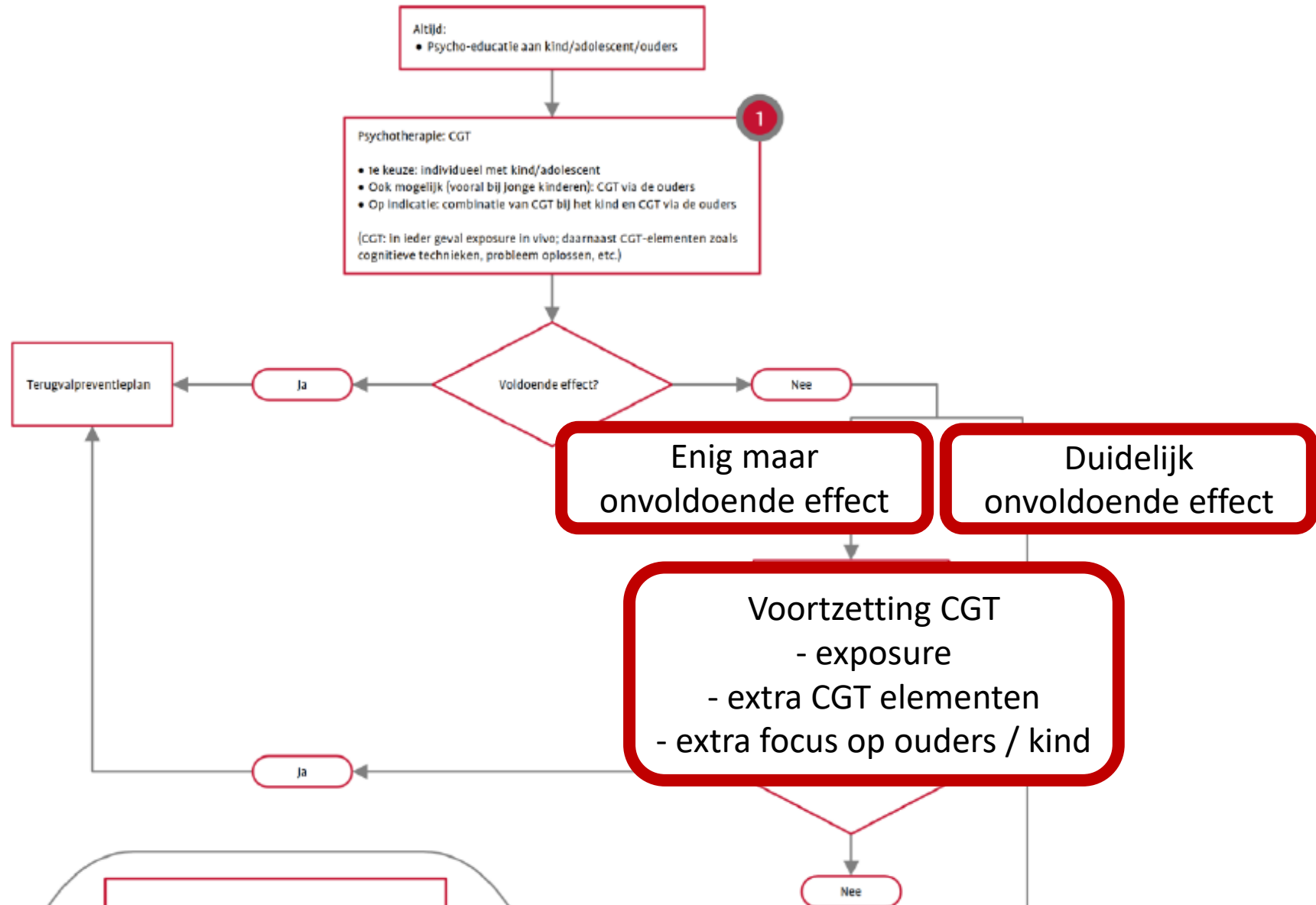


TEAM Bespreking

- Na 12 keer CGT en een paar oudergesprekken is er enige verbetering. De jongere zegt veel te hebben aan helpende gedachten en heeft meer zo'n buikpijn. Maar hij vermijdt nog best veel (bijvoorbeeld contacten in de pauze, naar gym gaan)

Is het nodig om nu medicatie toe te voegen?

Behandelalgoritme Angststoornissen bij kinderen en adolescenten

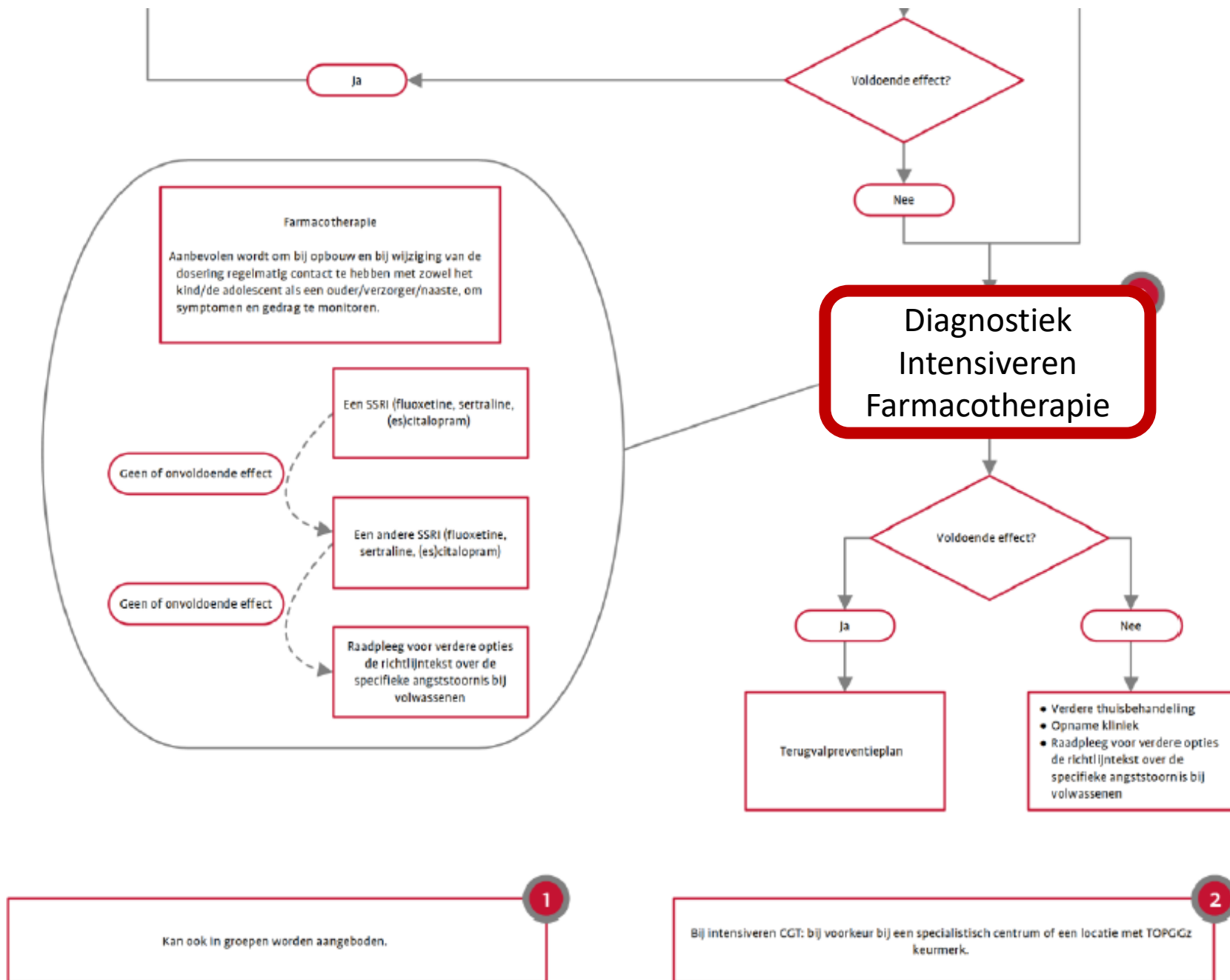


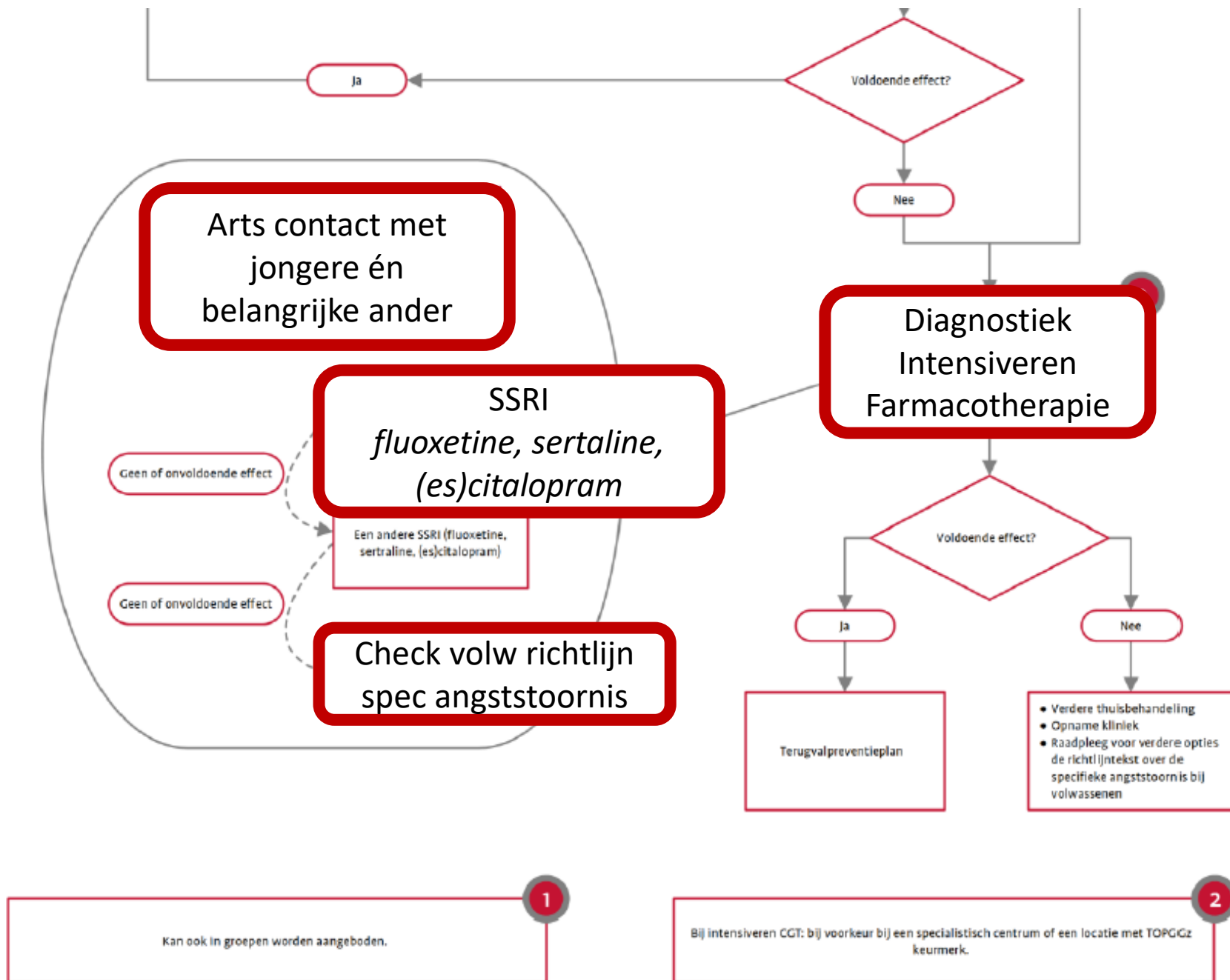
Twee maanden verder opnieuw in het team

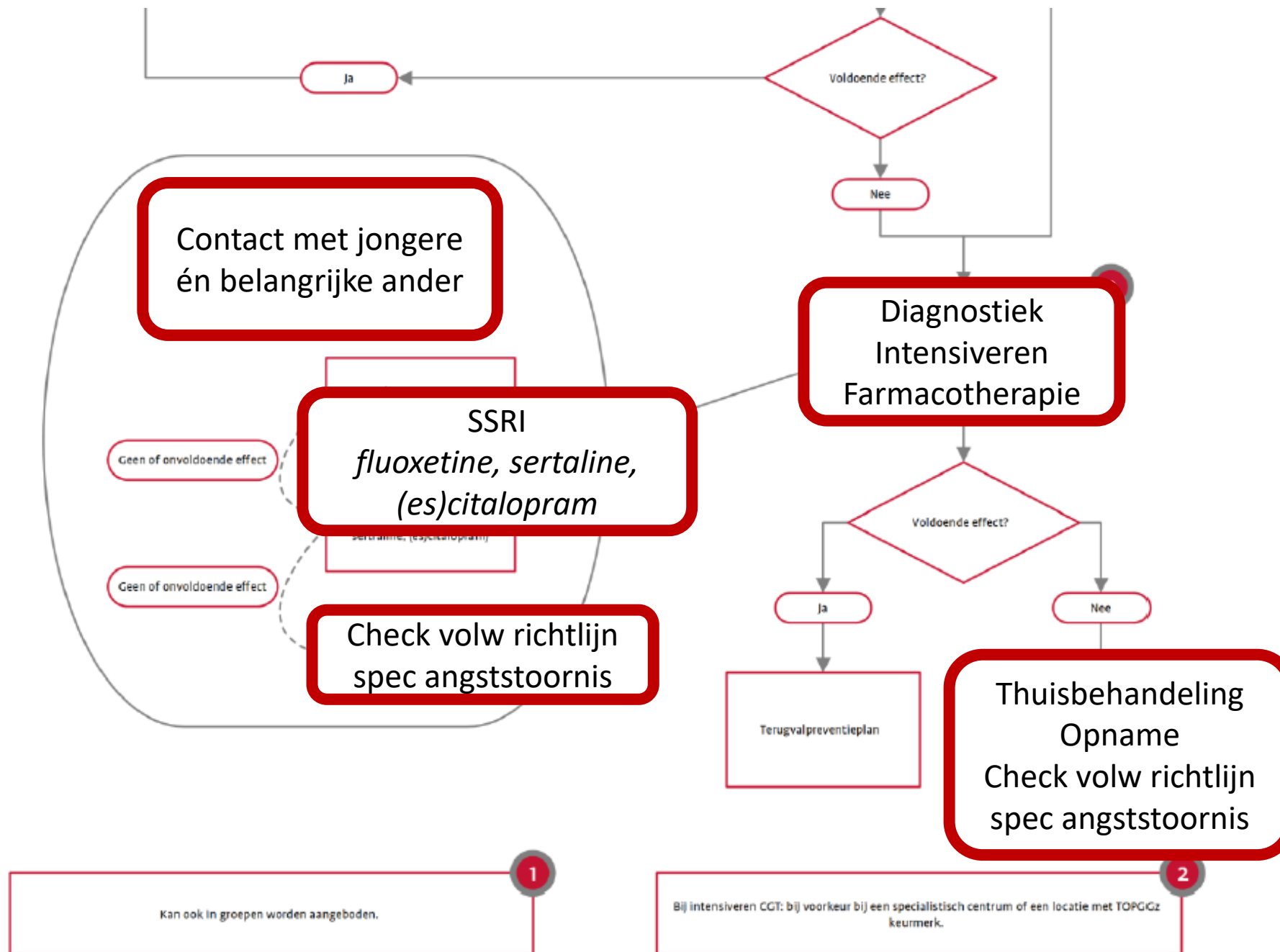
De CGT wordt doorgezet, ouders worden meer betrokken.

Maar: het gaat slechter met de jongere; hij gaat steeds meer vermijden. Hij wordt er wat somber van. Komt zelf niet tot oefenen (exposure). Trekt zich steeds verder terug.

Zullen we toch medicatie voorstellen?







Na een intensief traject gaat het beter

Wanneer kunnen
we afsluiten?



Na een intensief traject gaat het beter

Wanneer kunnen we afsluiten?

Advies: werken aan herstel, terugvalpreventie



Kan ook in groepen worden aangeboden.

Farmacotherapie

Aanbevolen wordt om bij opbouw en bij wijziging van de dosering regelmatig contact te hebben met zowel het kind/de adolescent als een ouder/verzorger/naaste, om symptomen en gedrag te monitoren.

Een SSRI (fluoxetine, sertraline, (es)citalopram)

Geen of onvoldoende effect

Een andere SSRI (fluoxetine, sertraline, (es)citalopram)

Geen of onvoldoende effect

Raadpleeg voor verdere opties de richtlijn tekst over de specifieke angststoornis bij volwassenen

Terugvalpreventie

Bij intensiveren CGT: bij voorkeur bij een specialistisch centrum of een locatie met TOPGGZ keurmerk.

Verder in de richtlijn over angststoornissen



- Onvoldoende evidence voor andere interventies (SPACE, rTMS, COMET, ACT...)
- ... dus niet opgenomen in richtlijn
- Voor specifieke angststoornissen de richtlijn voor de specifieke angststoornis bekijken, vooral ten aanzien van medicatie-stappen

En hoe zit het met dwang?

- Eerste stap: CGT individueel met ouders, evt in groep
- Behandelstappen heel vergelijkbaar
- Medicatie: sertraline (2e: fluoxetine, (es)citalopram)
- Verder?
 - Geen meta-analyses over jeugd met dwang over IBA, SPACE, rTMS, COMET, ACT... Dus niet opgenomen in richtlijn
 - Wel: kijk verder in richtlijn volwassenen (geen andere vormen van psychotherapie, wel andere medicatie, rTMS)



Conclusie

Bij angst en dwang starten met CGT (evt in een groep, evt via ouders)

Bij onvoldoende resultaat: CGT (andere nadrukken, meer oefenen, ouders meer betrekken)

In vervolgstappen: overweeg verdere diagnostiek, intensiveren, medicatie

Voor meer details:

[https://richtlij](https://richtlijnen.nl/richtlijn-angst-en-dwang-2023.html)

[2023.html](https://richtlijnen.nl/richtlijn-angst-en-dwang-2023.html)





Dank voor uw aandacht

Maaike Nauta
m.nauta@accare.nl



university of
groningen

accare
child study center

Q&A 1: Wordt er in de richtlijn gesproken over de inzet van SNRI duloxetine?

Pierre Herpers, psychiater KJ en boegbeeld DEC-J antwoordt:

- De richtlijncommissie is van mening dat er een groot gebrek is aan goede studies naar farmacotherapie bij kinderen en adolescenten. De kwaliteit van de studies is vaak slecht (studies met vele deelnemende centra (en dus één a twee patiënten geïncludeerd per centrum en nauwelijks geschoold personeel). In de geselecteerde studies bestaat er een hoge placeborespons en een gering verschil in respons tussen placebo en medicatie. Dit roept de vraag op in hoeverre verbetering aan een daadwerkelijk effect van de medicatie te wijten is. Deze mening wordt ook in de internationale literatuur gedeeld.
- Wanneer er een tweetal SSRI's met onvoldoende resultaat zijn voorgeschreven (met de keuze uit fluoxetine, citalopram, escitalopram en sertraline) is er weinig bewijs dat andere antidepressiva bij kinderen en jongeren effectief zijn. Desalniettemin adviseert de commissie bij onvoldoende respons vanaf 16 jaar de stappenvolgorde zoals in de richtlijn opgesteld voor de volwassenen met een depressie te volgen. Uiteraard zijn hier vraagtekens bij te zetten o.b.v. het ontbreken van specifieke studies.
- Wat betreft SNRI's, zoals duloxetine, wordt onvoldoende onderbouwing gezien om deze middelen voor te schrijven bij kinderen en adolescenten. Kortom, de richtlijncommissie lijkt vooralsnog de mening toegedaan dat een middel als duloxetine geen (vaste) plek dient in te nemen in het medicamenteuze behandelalgoritme voor depressie bij kinderen en adolescenten.

DEPRESSIE
EXPERTISECENTRUM
JEUGD

BOUWEN AAN EEN LICHTER LEVEN

Depressie Expertisecentrum Jeugd
helpt jongeren de weg omhoog te vinden



INFORMATIE, CONSULTATIE EN SECOND OPINIONS

Bel: 088 846 00 01

Website: <https://depressieexpertisecentrum.ggzoostbrabant.nl>

Mail: dec-j@ggzoostbrabant.nl

