

Welke behandeling voor welk kind met ADHD?
Moderatoren en predictoren van behandeling

De *Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA)* is een groots opgezet onderzoek waaraan 579 kinderen van 7 - 10 jaar met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) van het gecombineerde type aan meedoen. Dit onderzoek, met een uitgebreide registratie van uitgangsvARIABLEN, vergelijkt 4 behandelingsstrategieën (gedragstherapie, medicamenteuze therapie, de combinatie van die twee, en de 'standaardbehandeling' uit de dagelijkse klinische praktijk). Daarbij blijken de medicamenteuze behandeling en de combinatiestrategie het meest succesvol.

Owens e.a. (2004) rapporteren over nieuwe analyses van de MTA. Meer variabelen worden erin betrokken (6 kindvariabelen: geslacht, voorafgaand medicatiegebruik, comorbide angststoornis, comorbide gedragsstoornis, IQ, initiële ernst ADHD; en 3 familievariabelen: sociale uitkering, scholingsgraad moeder, ouderlijke depressie) en ook wordt het gezamenlijke effect van de verschillende moderatoren onderzocht. Tevens willen de auteurs de klinische bruikbaarheid vergroten door te zoeken naar grenswaarden die de clinicus kan gebruiken bij de beslissing een bepaalde therapie al dan niet te starten.

Er worden geen predictoren van behandelingsrespons gevonden (uitgangsvARIABLEN die geassocieerd zijn met het eindresultaat, onafhankelijk van behandeling), maar wel drie moderatoren (uitgangsvARIABLEN waarvan de relatie tussen behandeling en eindresultaat afhankelijk is). Kinderen van ouders die een score op de Beck Depression Inventory hebben van ≥ 9 , vertonen een slechter medicamenteus behandelresultaat. Kinderen met een initieel ernstiger ADHD, gedefinieerd met grenswaarden op een door de onderzoekers ontwikkelde en gevalideerde meetschaal, de SNAP IV (Swanson, Nolan and Pelham), hebben een slechter

behandelresultaat met medicamenteuze therapie of combinatietherapie. Ten slotte wordt er een associatie gevonden tussen een kind-IQ van ≥ 100 en een goed behandelresultaat met medicamenteuze therapie en combinatietherapie, als de initiële ernst van de ADHD en de depressieve symptomatologie van de ouders relatief groot is.

Als richtlijnen voor de klinische praktijk benadrukken de auteurs het belang van het snel opsporen en behandelen van ADHD, voordat de ernst te zeer is toegenomen. Zij pleiten voor de ontwikkeling van nieuwe behandelstrategieën voor de meest kwetsbare groep kinderen ((licht) depressieve ouders, ernstige ADHD en laag IQ). Tevens suggereren ze de ouders van de kinderen die medicamenteus behandeld worden, te screenen op depressieve symptomen en reeds bij lichte depressieve symptomen de ouders te behandelen. De vraag is wel in hoeverre dit klinisch haalbaar is.

De auteurs besteden veel aandacht aan de beperkingen van hun onderzoek. De resultaten zijn weliswaar voor de hand liggend, maar de belangrijkste kracht van het onderzoek is dat men door een gesofisticeerde analyse van de resultaten de klinische bruikbaarheid van de MTA nog verbeterd heeft.

LITERATUUR

Owens, E.B., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., e.a. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 540-552.

K. LAUWERS, arts-assistent in opleiding tot kinderpsychiater

G. PIETERS, psychiater

Depressies in de familie?

Er is toenemend bewijs voor een familiale overdracht van depressie van ouders, in het bijzonder moeders, op hun kinderen. De piek van het ontstaan van een depressie zou dan tussen de 15-20 jaar liggen.

Williamson e.a. (2004) onderzochten in een prospectief onderzoek gedurende gemiddeld 6 jaar de kans op het krijgen van een eerste depressieve episode bij kinderen (6-13 jaar) met respectievelijk een hoog en een laag risico op het ontstaan van een depressie. De hoogrisicogroep (n=76) bestond uit kinderen met ten minste 1 eerstegraads én ten minste 1 tweedegraads familielid met een *lifetime* diagnose van een depressie in de kindertijd, een recidiverende depressie, een bipolaire depressie of een psychotische depressie. Ze mochten zelf niet eerder een stemmingsstoornis hebben gehad; wel was er bij 21 kinderen sprake van ooit een externaliserende stoornis. De kinderen uit de laagrisicogroep (n=63) mochten helemaal geen psychiatrische stoornis hebben doorgemaakt en mochten ook geen eerstegraads familieleden hebben met een stemmingsstoornis of een psychose, terwijl aan de tweedegraads familieleden ook beperkingen werden gesteld (onder meer hooguit 20% mocht een depressie hebben doorgemaakt). De ouders, de familieleden en de kinderen werden gediagnosticeerd met de *Schedule for Affective Disorders (SADS)* voor kinderen of volwassenen. Daarna werden de kinderen gemiddeld 6 jaar (spreiding 0,5-12 jaar!) gevolgd met deze SADS.

De kans op het ontstaan van een eerste depressie was in de hoogrisicogroep statistisch significant groter dan in de laagrisicogroep (odds ratio 3,21). Bij de kinderen uit de hoogrisicogroep voorspelden een *lifetime* diagnose van zowel een stemmingsstoornis als een angststoornis bij de moeder het ontstaan van een depressie. Bij de kinderen uit de laagrisicogroep was dat alleen een angststoornis bij de moeder. Andere psychopathologie bij de moeder of psychopathologie bij de vader en eerdere gedragsproblemen (bij alleen de hoogrisicogroep) bleken geen significante voorspellers.

Het onderzoek kent diverse beperkingen. De kinderen uit de hoogrisicogroep hadden een ouder, broer of zus met een gediagnosticeerde depressie en vormden mede daardoor een geselecteerde populatie. De onderzochte groepen waren relatief klein waardoor mogelijke voorspellers niet het significantieniveau konden halen. Verder is er

helaas geen onderscheid gemaakt tussen unipolaire en bipolaire depressies en wordt niet vermeld of ook genetische factoren en omgevingsfactoren zijn onderzocht.

Desalniettemin onderstreept dit onderzoek het belang van het in de gaten houden van kinderen met een eerstegraads familielid (ouder, broer of zus) met een depressie, omdat zij een sterk verhoogde kans hebben op een depressie. Vroege detectie en behandeling kan dan veel leed voorkomen.

LITERATUUR

Williamson, D.E., Birmaher, B., Axelson, D.A., e.a. (2004). First episode of depression in children at low and high familial risk for depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 291-297.

H. J. KOLTHOF, kinder- en jeugdpsychiater