

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type Follow-up	Inclusie criteria	Steekproefgrootte / lost-to-follow-up	Patienten kenmerken, vergelijkbaarheid groepen	Interventie	Controle	Uitkomstmaten (primaire, secundaire, andere)	Resultaten (RR-95%CI)	Conclusies	Opmerkingen
Beidel 2007	A2	RCT Follow-up 3-, 6- en 12 mnd	Primaire diagnose: ADIS – ouder/kind versie => 4 op Clinical Severity Rating Scale (social phobia)	N=139; 122 geanalyseerd Uitval: 15 bij fluoxetine, 8 bij placebo (incl. pretreatment uitval)	80 DSM-IV SP, 48.9% meisjes, no MDD, gemidd lft: 11.6 jr	Fluoxetine 10 mg/d (wk 1 & 2) , 20 mg/d (wk 3 & 4), 30 mg/d (wk 5 & 6) - 40 mg/d (wk 7+) versus Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C)	placebo x 12 weken	Primair: - CGI-I, - absence of SAD diagnosis, - high-end state functioning Secundair: - clinician-rated (CGI-S, CGAS, BARS), - self-rated (SPAI-C, MASC, CDI, loneliness scale, EPQ-junior), - parent-rated (CBCL); - behavioural assessment adverse effects	Na 12 wk (posttreatment): CGT vs Fluox CGI-I: 2.73 [1.66, 4.51] abs. SAD: 3.12 [1.52, 6.43] high-end state funct: 2.71 [1.30, 5.65] Fluox vs placebo CGI-I: 5.16 [1.23, 21.59] abs. SAD: 6.02 [0.78, 46.73] high-end state funct: 6.02 [0.78, 46.73] CGT vs placebo CGI-I: 14.11 [3.64, 54.73] abs. SAD: 18.81 [2.68, 132.17] high-end state funct: 16.31 [2.31, 115.13]	fluoxetine en SET-C zijn beide effectief voor de behandeling van sociale fobie, SET-C blijkt extra baat op te leveren ten aanzien van verbeteringen in sociale vaardigheden.	Geen informatie over de specifieke kenmerken van subgroepen die meer baat hebben bij medicatie.

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type Follow-up	Inclusie criteria	Steekproefgrootte / lost-to-follow-up	Patienten kenmerken, vergelijkbaarheid groepen	Interventie	Controle	Uitkomstmaten (primaire, secundaire, andere)	Resultaten (RR-95%CI)	Conclusies	Opmerkingen
Walkup 2008	A2	RCT Follow-up: posttreatment (12 weken)	Primaire diagnose: ADIS Comorbiditeit: Onduidelijk	488 uitval: 57 significant minder uitval dan in sertraline en placebo groep	488 DSM-IV-TR SP, SAD of GAD, 362 van ITT sample (488): kinderen (7-12 years) en 126 adolescenten (13-17 years), gemiddelt: 10.7 jr, 246 (50.4%) jongens, vaakst voorkomende comorbiditeit: andere internaliserings stoornissen, specifieke fobieën (43.6%), baseline ernst op PARS: sertraline (18.8), placebo (19.6)	Sertraline 25 - 200 mg/d (gemiddeld dosis op laatste bezoek: 133.7 mg/d) versus CBT (14 60-min. sessies obv Coping Cat protocol) versus combinatie van sertraline and CBT x 12 weken	placebo 50-200 mg/d (gemiddeld dosis op laatste bezoek: 175 mg/d)	Primair: CGI-I, PARS Secundair: CGI-S, CGAS Adverse effects	Na 12 wk (posttreatment): Combi vs CGT CGI-I: 1,35 [1.15, 1.58] Combi vs sertr CGI-I: 1,47 [1.24, 1.75] Combi vs placebo CGI-I: 3,41 [2.26, 5.14] CGT vs Sertr CGI-I: 1,09 [0.89, 1.34] CGT vs placebo CGI-I: 2,52 [1,65, 3,86] Sertr vs placebo CGI-I: 2,32 [1,50, 3,57]	Cognitieve gedragstherapie en sertraline in combinatie of als monotherapie zijn effectief voor de behandeling van kinderen met separatie- en gegeneraliseerde angststoornissen en sociale fobieën. Volgens de auteurs kunnen alle 3 de behandelingen worden aanbevolen, rekening houdend met voorkeur van de familie, beschikbaarheid, kosten en tijd.	De auteurs stellen dat voor het identificeren van kinderen die meer baat hebben bij bepaalde behandeling ten opzichte van andere behandelingen, eerst verder onderzoek naar de predictoren en behandelingsrespons nodig is.

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type Follow-up	Inclusie criteria	Steekproef-grootte / lost-to-follow-up	Patienten kenmerken, vergelijkbaarheid groepen	Interventie	Controle	Uitkomstmaten (primair, secundair, andere)	Resultaten (RR-95%CI)	Conclusies	Opmerkingen
Ipsier 2009	A1	Review Duur: gemidd 11 wk (range: 4 -16 wk).	22 RCTs (total n=2519) Range steekproefgrootte n=15 - 322 (gemidd = 110; SD = 103). 11 trials: OCD 2 trials: GAD (N 3 trials: SP 1 trial: overanxious and avoidant disorders 1 trial: selective mutism 3 trails: diagnosed with either SP, GAD or SAD (or their combination), 1 trial: variety		Gemidd lft 12 j Gemidd. 52.1% jongens, 47.9% meisjes	SSRIs in 15 trials SNRIs in 5 trials Benzodiazepines in 2 trials TCAs in 1 trial	placebo	Primair: treatment response CGI-I in 13 trails CY-BOCS in 9 trials Secundair: - Levels of Co-morbid Depression (Childhood Depression Rating Scale) - Kwaliteit van Leven - acceptability of medication: drop-out rates; adverse effect in relatie tot specifiek middel - lange termijn effecten	SSRIs (N = 12, RR = 2.07, 95%CI = 1.73, 2.47, n = 1496) SNRI venlafaxine (N = 2, RR = 1.46, 95%CI = -1.25, 1.71, n = 606) Symptom severity (N = 9, SMD= -0.69, 95%CI = -0.94, -0.44, n = 810). Co-mordid depression SSRIs (N = 4, SMD= -0.29, 95%CI = -0.88, 0.3, n = 250) (SMD=standardised mean differences)	Medicatie dmv SSRI's had geen waarneembaar effect op de mate van comorbide depressie bij kinderen met angststoornissen (4 trials); Er was een sterk positief effect in de enige trial met sertraline.	Cochrane sytematische review; geen resultaten naar type stoornis

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type Follow-up	Inclusie criteria	Steekproef-grootte / lost-to-follow-up	Patienten kenmerken, vergelijkbaarheid groepen	Interventie	Controle	Uitkomstmaten (primaair, secundair, andere)	Resultaten (RR-95%CI)	Conclusies	Opmerkingen
Rynn 2007	B, zie opmerkingen	RCT 8 weken	GAD (DSM-IV); geen info over comorbiditeit. 2 trials: 6-11 jr en 12-17 jr	313	Gemidd lft 11.3 jr 57.5% jongens	Venlafaxine 37.5mg/dag (+ verhoging afh van lichaamsgewicht)	placebo	Primair: C-KIDDIE-SADS GAD (9 items) Secundair o.a. CGI-I	CGI-I: RR 1.44, 95%CI: 1.19 – 1.75	Extended-release venlafaxine is mogelijk effectief en veilig (korte termijn) voor behandeling van kinderen en jeugdigen met GAD. Beperkingen: Korte duur van de trials, representativiteit (weinig comorbiditeit),.	Deze RCT was ook geïncludeerd in Ipser 2009; De randomisatieprocedure en blinding zijn echter onduidelijk, want niet beschreven in het artikel.

Referenties

Beidel DC, Turner SM, Sallee FR, Ammerman RT, Crosby LA, Pathak S. SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Dec;46(12):1622-32.

Dieleman GC, Ferdinand RF. Farmacotherapie bij sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis en separatieangststoornis bij kinderen en adolescenten. *Tijdschr Psychiatr*. 2008;50(1):43-53.

Hidalgo RB, Tupler LA, Davidson JR. An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. *J Psychopharmacol*. 2007 Nov;21(8):864-72.

Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3

Reinblatt SP, DosReis S, Walkup JT, Riddle MA. Activation adverse events induced by the selective serotonin reuptake inhibitor fluvoxamine in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009 Apr;19(2):119-26

Rynn MA, Riddle MA, Yeung PP, Kunz NR. Efficacy and safety of extended-release venlafaxine in the treatment of generalized anxiety disorder in children and adolescents: two placebo-controlled trials. *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):290-300.

Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J, Waslick B, Iyengar S, March JS, Kendall PC. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*. 2008 Dec 25;359(26):2753-66

White SW, Oswald D, Ollendick T, Scahill L. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clin Psychol Rev*. 2009 Apr;29(3):216-29. Epub 2009 Jan 25.