

De behandeling van angst bij kinderen en jongeren

Ik draag dit boek op aan sergeant Zeev Buzaglo, een jongeman zonder angst, wiens glimlach eenieder dapper kon maken – Eli R. Lebowitz

Ik draag dit boek op aan alle mensen die mij hielpen om beter te leren leven met mijn eigen angsten – Haim Omer

# DE BEHANDELING VAN ANGST BIJ KINDEREN EN JONGEREN

**OP BASIS VAN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE EN GEWELDLOOS VERZET**  
EEN GIDS VOOR HULPVERLEENERS EN OUDERS

**ELI R. LEBOWITZ EN HAIM OMER**



Oorspronkelijke uitgave: Eli R. Lebowitz & Haim Omer (2013). *Treating childhood and adolescent anxiety. A guide for caregivers*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

## **De behandeling van angst bij kinderen en jongeren**

op basis van cognitieve gedragstherapie en geweldloos verzet

*Een gids voor hulpverleners en ouders*

Eli R. Lebowitz en Haim Omer

ISBN 978 90 8850 997 1

NUR 770 / THEMA JM / BISAC PSY006000

Eerste druk 2018 (ISBN 978 90 8850 810 3)

Tweede herziene druk 2020

© 2020 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl) UvO@cedar.nl.

*I fear not might  
Nor weather's blight  
But the daily death of night  
Not confrontation  
Condemnation  
But your salty accusation  
I fear not arrow, sword or spear  
But you do. Making distant near  
And all I truly fear, is fear*

# INHOUD

INLEIDING	9
<b>DEEL EEN INTRODUCTIE</b>	
1 Angststoornissen bij kinderen en adolescenten	14
2 Angst en emotieregulatie	30
3 Als angst het overneemt – hoe het gezin zich aanpast	40
<b>DEEL TWEE WERKEN MET HET ANGSTIGE KIND</b>	
4 Cognitieve technieken voor de behandeling van angst(stoornissen)	57
5 Op gedrag gerichte technieken bij de behandeling van angst(stoornissen)	76
6 Fysiologische technieken voor het behandelen van angst(stoornissen)	97
7 Op emotie gebaseerde technieken voor de behandeling van angst(stoornissen)	108
<b>DEEL DRIE WERKEN MET DE OUDERS</b>	
8 Ouderlijke ondersteuning en bescherming	118
9 Angst in de kindertijd en grenzen binnen het gezin	132
10 Introductie op ouderbegeleiding en het SPACE-programma	142
11 Het SPACE-programma – behandelproces	147
12 Hulpmiddelen om problemen op te lossen tijdens het SPACE-programma: sessiemodules	199
13 De samenwerking tussen de ouders vergroten	225
<b>DEEL VIER AANVULLENDE ONDERWERPEN</b>	
14 Schoolweigering en schoolfobie	254
15 Zeer afhankelijke jongvolwassenen	267
16 Medicatie tegen angststoornissen bij kinderen	279

BIJLAGEN	
Bijlage 1: Family Accommodation Scale – Anxiety (FASA)	288
Bijlage 2: Coercive Disruptive Behavior Scale for Pediatric OCD	292
INDEX	295

# INLEIDING

## Waarom weer een boek over angst?

Er zijn al tamelijk wat boeken geschreven over angst bij kinderen. Er zijn eveneens uitstekende handleidingen voor de behandeling van angstige kinderen, met vaak goede resultaten. Waarom dan toch weer een boek over deze thematiek? Een terechte vraag. Waarom spannen we ons opnieuw in om een gids samen te stellen voor hulpverleners die werken met bovenmatig angstige kinderen en hun ouders? En – niet onbelangrijk – waarom zou iemand dit boek willen kopen, wat zou de meerwaarde ervan zijn? Uiteindelijk komt het antwoord op deze vragen overeen met wat de meesten van ons en onze collega's leidt in het zoeken naar wegen om gezinnen te helpen met kinderen die lijden aan angst. Ondanks een groot aanbod van behandelingen is er een groep kinderen die niet of onvoldoende geholpen wordt. Als psychologen, psychiaters en hulpverleners die met angstige kinderen werken, zijn wij er trots op effectief hulp te bieden. Een substantiële minderheid, mogelijk een derde van de kinderen met angst(stoornissen) en hun ouders, verzoekt ons echter om nog meer te proberen ons best te doen. En als we het hebben over angst bij kinderen, dan is een derde deel heel veel kinderen. Dus ondanks dat een belangrijk deel van dit boek een terrein betreft dat voor velen van u al bekend is, evenals voor de ouders van deze kinderen, die soms door omstandigheden min of meer professionals zijn geworden op het gebied van angst, worden in andere delen van het boek nieuwe mogelijkheden en wegen voor u in kaart gebracht. Liever dan tevreden te zijn met de huidige kennis van zaken, presenteren wij graag ook iets van de kunst en kennis van 'morgen'.



## Het integreren van het individu en het gezin

Een ongelukkig gegeven in de geschiedenis van de psychiatrie en de psychologie is de scheiding die traditioneel is ontstaan tussen de gezinsgerichte en systemisch georiënteerde therapeuten, die een stoornis van het kind altijd zien als het gevolg van een zich manifesterend gezinsprobleem, en de rest van de behandelaars in het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg (voor jeugd). Het paradigma dat de psychiatrie en de klinische psychologie gedurende de geschiedenis ervan domineerde, was meer gericht op het individu: het kind werd behandeld. Daarbij was slechts in geringe mate aandacht voor de gezinsfactoren. Dit is onder andere nadelig vanwege de afwezigheid van een mogelijke ‘kruisbestuiving’ van ideeën en vaardigheden. Bovendien bemoeilijkte het de verdere ontwikkeling van behandelmodellen die de kloof kunnen overbruggen, waarbij wordt geprofiteerd van en gezorgd wordt voor een toename van kennis binnen beide stromingen. Deze vorm van integreren kan helpend zijn bij de meeste stoornissen in de kindertijd. Bovendien kan een dergelijke integratie een toegevoegde waarde hebben. Maar nergens is deze integratie meer nodig dan in de context van angststoornissen. Diep in de kern zijn angststoornissen van nature interpersoonlijk en systemisch van aard.

Een stoornis van het kind is echter ook een individuele zaak van dat individuele kind. Sommige problemen bestaan enkel binnen het individu dat eraan lijdt. Zo heeft een kind met een gaatje in een kies, een duidelijk probleem in zijn mond. Ook voor platvoeten geldt dat het een puur individueel probleem is; alleen het kind zelf heeft er last van, bijvoorbeeld als het nieuwe schoenen wil aanschaffen. Maar wanneer een kind lijdt aan een angststoornis, dan bestaat het probleem zowel binnen het kind als binnen de interpersoonlijke ruimte van de relatie tussen de ouder en het kind. Zoals we in de tweede helft van dit boek beschrijven, zien we dat ouders bij wie het angstige kind bescherming zoekt wanneer het zich bedreigd voelt, op een ingewikkelde manier gevangen zitten in de stoornis van het kind dat chronische angst ervaart.

In dit boek streven we naar een voortdurende integratie van het perspectief van het (jeugdige) individu en dat van het gezin, zodat we van beide leren en strategieën kunnen aanbieden die voortkomen uit dit samengaan van modellen. Dit gebeurt voornamelijk in het SPACE-programma, dat wordt gepresenteerd in het derde deel van dit boek. SPACE – Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions<sup>1</sup> – is een behandelprotocol voor angst- en dwangstoornissen bij kinderen en jong-

---

1 Ondersteunend Ouderschap bij Angstige Kinderemoties

volwassenen. Het is echter een volledig oudergerichte interventie. De integratie van het gezinsperspectief met de kennis en ervaring die de afgelopen decennia is opgedaan met het behandelen van angst, maakt deze behandeling mogelijk. De grootste uitdaging bij een nieuwe interventie waarin individuele en systemische factoren zijn geïntegreerd, is wellicht of het ons gaat lukken om ook de kinderen te helpen die momenteel geen of onvoldoende baat hebben bij individuele cognitieve gedragstherapie.

Een ander voordeel van een benadering die is gebaseerd op beide perspectieven, is de mogelijkheid om vaders en moeders van angstige kinderen in een actievere rol te plaatsen bij de hulp aan hun eigen kinderen. Je kinderen zien lijden, is moeilijk, evenals het zien afnemen van hun mogelijkheden om met emotionele uitdagingen om te gaan. Maar het gevoel van onmacht bij het moeten toezien en weinig kunnen doen om deze problemen te overwinnen, kan het allemaal nog erger maken. Als het lukt om ouders te coachen naar een actievere, ondersteunende rol en hun te doen inzien dat zij werkelijk onderdeel kunnen zijn van de oplossing van de nood van hun kind, kunnen we dingen echt verbeteren – zelfs voordat de symptomen verbleken. Hulpeloosheid leidt tot wanhoop en frustratie; een gevoel van doelgerichtheid en actie kan daarentegen hoop en zelfvertrouwen bieden.

Een voorbeeld van de integratie van het gezins- en het individuele perspectief geven we in het hoofdstuk over jongvolwassenen die lang afhankelijk blijven van hun ouders (zie hoofdstuk 15). Jongvolwassenen die om uiteenlopende redenen nog niet zijn losgekomen van hun opvoeders en die continu een beroep op hen doen, vormen in hoge mate een groeiend mondiaal probleem. Desondanks is er een gebrek aan behandelstrategieën om deze soms onhoudbare situaties aan te pakken. Uitgaan van een geïntegreerde benadering biedt nieuwe strategieën en mogelijkheden om gezinnen te helpen een momentum te creëren om verandering te brengen in vastgelopen situaties.

Een ander voorbeeld dat perspectief-integratie vereist, is schoolweigering; een veelvoorkomend probleem waaraan de betrokkenheid van het kind en van de ouders inherent is. Bovendien blijkt dat dit probleem vaak is verweven met conflicten en ongevoelig is voor gangbare benaderingen (zie hoofdstuk 14).

Het is niet de bedoeling dat ons pleidooi voor de integratie van gezins- en ouderschapsfactoren in de behandeling van angst bij kinderen leidt tot een opleving van de dagen van weleer waarin *parent blaming* – ouders de schuld geven – centraal stond. Die periode wordt door niemand gemist, laten we daarover duidelijk zijn. Wij geloven niet dat ouders schuld hebben aan de stoornissen van hun kinderen. Het idee dat ouders schuld zouden hebben aan de angsten van hun kind, is ons

vreemd, net zo vreemd als de veronderstelling dat ouders niet relevant zijn. We houden ouders niet verantwoordelijk voor angst bij kinderen; we geloven dat de meeste ouders beïnvloed worden door de stoornis van hun kind en dat de meerderheid van de ouders hun kinderen wil helpen om die stoornis te hanteren en tegenspoed de baas te worden. Door de systemische aard van kindrangsten te (h)erken-  
nen, verlaten wij de keuze om ouders als toeschouwer, of als irrelevant, onvolkomen of schuldig te beschouwen. Liever plaatsen wij hen in de rol van ondersteuners en leiders, en voorzien we therapeuten van technieken waarmee zij de ouders kunnen begeleiden om hun kinderen te helpen angsten te overwinnen en een gelukkiger, gezonder leven te leiden. Kortom, wij hopen dat dit boek zowel hulpverleners als opvoeders praktische en theoretisch onderbouwde strategieën biedt om kinderen te helpen angsten in allerlei vormen te overwinnen.

*Eli Lebowitz*

DEEL EEN  
**INTRODUCTIE**

# 1 **ANGSTSTOORNISSEN BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN**

Angststoornissen komen veel voor bij kinderen en jongeren en kunnen invloed hebben op een groot aantal aspecten van het dagelijks functioneren en de ontwikkeling. Angststoornissen bij kinderen hebben eveneens veel impact op de ouders en het gezin.

De kernpunten in dit hoofdstuk zijn:

- het vóórkomen en verloop van angststoornissen;
- de verschillende angststoornissen en de criteria voor de diagnoses;
- de impact die deze stoornissen kunnen hebben op het kind en het gezin;
- de rol van de eerstelijnszorg.

## **Algemene angststoornissen bij kinderen en adolescenten**

Angststoornissen zijn de meest voorkomende stoornissen in de kindertijd, en waarschijnlijk ook in de volwassenheid (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Volgens de meeste schattingen krijgt minimaal 3 en maximaal 30 procent van de wereldbevolking op enig moment in het leven te maken met een angststoornis (Costello, Egger & Angold, 2005; Merikangas et al., 2010). De schattingsverschillen zijn te verklaren vanuit verschillen in bevolkingsstudies, verschillen in meetinstrumenten bij de screening en het testen, variaties in criteria en procedures in de diagnostiek (bijvoorbeeld alleen het kind versus kind of ouder), de kwaliteit van de steekproeven in de verschillende studies en andere methodologische variabelen. Er kan echter weinig twijfel over bestaan dat angststoornissen veel voorkomen bij kinderen.

Een angststoornis kan een verwoestende en verstrekkende impact hebben op een kind en het gezin. Angststoornissen neigen er bovendien vaak naar chronisch van aard te zijn (Keller et al., 1992) en gaan zelden ‘zomaar vanzelf over’. Bovendien treedt een spontane remissie alleen in zeldzame gevallen op. Maar de impact van angst strekt verder dan de specifieke criteria om tot een diagnose te komen (Angold et al., 1998). Fysieke en mentale gezondheid, sociaal functioneren, schoolresultaten, gezinsrelaties en over het geheel genomen de kwaliteit van leven kunnen alle negatief beïnvloed worden door angst (Woodward & Fergusson, 2001).

In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013<sup>2</sup>), de huidige versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* van de American Psychiatric Association, wordt het bestaan van een aantal afzonderlijke patronen van angstgerelateerde symptomen erkend, maar wordt de obsessief-compulsieve stoornis (OCD) uitgesloten van de angststoornisengroep. In dit boek hebben we er om verscheidene redenen voor gekozen de angststoornissen als gehele groep, inclusief OCD, te behandelen.

Allereerst is het categoriseren van angststoornissen in aparte eenheden voornamelijk gebaseerd op identificatie van verschillende prikkels of situaties die de angst uitlokken en wordt de stoornis dienovereenkomstig geclassificeerd. Bijvoorbeeld: Kinderen die met angst reageren op sociale situaties, zullen eerder voldoen aan de criteria voor een sociale fobie, terwijl kinderen die bang zijn wanneer zij van hun ouders gescheiden worden, beter te beschrijven zijn met een separatieangststoornis. Een dergelijke classificatie dient een aantal belangrijke doelen, zoals het vergelijken van de prevalentie van specifieke patronen van angst of de effecten van behandelingen daarvan. Het creëert echter ook een zekere illusie: het idee dat het probleem sterk samenhangt met de specifieke prikkel of stimulus die het individu angstig maakt. In dit boek hanteren we de benadering dat angststoornissen eerder nauw verbonden zijn aan de manier waarop het kind met angst omgaat en hoe het die ervaart, dan dat het gaat om de specifieke elementen die de angst veroorzaken. Bovendien ondersteunt de frequente comorbiditeit bij angststoornissen de gedachte dat een onderliggende moeilijkheid om angst te reguleren een bruikbaar uitgangspunt vormt voor de beoordeling van het probleem. Op basis van klinische ervaring, epidemiologische studies en de vele klinische voorbeelden gerapporteerd in artikelen over angst, komen wij tot de conclusie dat een angststoornis een sterke voorspeller is voor het voldoen aan criteria die wijzen op minstens nog een stoornis (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Hoewel angst de neiging heeft in een chro-

---

2 Inmiddels is in 2017 de Nederlandse vertaling van de DSM-5 verschenen.

nische stoornis te ontaarden, laten longitudinale en retrospectieve studies zien dat het lijden aan een angststoornis op dit moment ook een voorspellende waarde heeft er in de toekomst een andere stoornis bij te krijgen (Bittner, 2007). Hoewel de theoretische implicaties van de hoge comorbiditeit-scores twijfelachtig zijn (Curry, March & Hervey, 2004), wordt wel het idee onderschreven om alle subcategorieën van angst als één groep te zien.

Een andere reden om angststoornissen niet als gescheiden eenheden maar als groep te beschouwen, is de overeenkomst in bewezen effectieve behandelingen. Hanteer je de variantieanalyse als metafoor, dan zou je kunnen zeggen dat de verschillen in hoe je angst behandelt binnen de groepen meer uitgesproken zijn dan die tussen de groepen. Met andere woorden: het behandelen van een kind of adolescent met een angststoornis is vergelijkbaar binnen verschillende stoornissen, hoewel dit significant kan variëren tussen de verschillende kinderen. Twee kinderen die lijden aan een sociale fobie hoeven niet meer gelijkenis te vertonen gedurende een therapie dan een kind met een sociale fobie en een kind met een specifieke fobie, hoewel sommige details in de behandeling vanzelfsprekend zullen variëren.

Ten slotte vereist het werken met angstige kinderen dat het hele pakket aan behoeften en rollen in het gezin wordt gezien. Ouders van angstige kinderen worden geconfronteerd met vergelijkbare dilemma's, uitdagingen en vragen, hoewel de kinderen de angst vaak in van elkaar verschillende situaties ervaren (Lebowitz, Woolston et al., 2012). De door ouders opgeworpen vragen komen voor op het hele spectrum van angststoornissen en gaan voorbij aan psychiatrische classificatie-categorieën, bijvoorbeeld: Moet ik toegeven, of moet ik eisen dat hij 't doet? Wanneer is mij eraan aanpassen een goed idee, en wanneer is dit een probleem? Is dit een serieus probleem of is het gewoonweg aandachtzoekend gedrag?

Hierna beschrijven we de verschillende angststoornissen zoals die binnen de DSM-5 zijn ondergebracht. Bovendien gaan we in op het effect van deze stoornissen op het kind en het gezin. In latere hoofdstukken richten we ons op individuele en gezinsmodellen en bespreken we behandelstrategieën die toepasbaar zijn bij de hele reeks stoornissen. Hoewel er vele specifieke handleidingen voor verschillende stoornissen voorhanden zijn en er weer nieuwe zullen verschijnen, gebruiken we in dit boek de bekendste technieken ten behoeve van behandelaars, ouders en kinderen die te maken hebben met deze stoornissen.

## Separatieangststoornis

Dit is de enige angststoornis die binnen de DSM-IV nog werd geassocieerd als een stoornis in de kindertijd, ondanks de wetenschap dat angst meestal vergelijkbare uitingsvormen kent op verschillende leeftijden, terwijl specifieke criteria bij het diagnosticeren van kinderen ook binnen andere stoornissen kunnen variëren. In de DSM-5 is de separatieangststoornis verplaatst van de sectie met stoornissen in de kindertijd naar de sectie waarin alle angststoornissen zijn ondergebracht. De separatieangststoornis wordt getypeerd door angst bij het kind om zich los te maken van zijn verzorger(s). Kinderen met een separatieangststoornis maken zich vaak zorgen om nare dingen die met hen of met hun ouders kunnen gebeuren gedurende de periode dat ze gescheiden zijn. De kinderen zijn bijvoorbeeld bang om ontvoerd te worden, of dat ze pijn krijgen en de ouders er niet zijn om hen dan op te vangen. Kinderen die bang zijn dat hun ouders iets ergs zal overkomen, kunnen bijvoorbeeld over een auto-ongeluk of een andere ramp fantaseren. Sommige kinderen zijn bang dat hun ouders gewoonweg verdwijnen en nooit meer terugkomen. Zij kunnen zich bezighouden met fantaseren over het weer herenigd worden met hun ouders, zelfs bij een geringe, kortdurende scheiding.

Kinderen met een separatieangststoornis zullen altijd proberen te verhinderen dat zij zelfs voor korte tijd gescheiden worden van hun ouders. Sommige kinderen streven ernaar om direct contact in stand te houden. Veel kinderen met een separatieangststoornis volgen hun ouders in huis letterlijk, van kamer naar kamer.

Een specifiek probleem voor kinderen met separatieangst is bedtijd, wanneer ze bang zijn alleen gelaten te worden in hun eigen kamer en liever naast een ouder slapen, hetzij in het bed van de ouders hetzij in hun eigen bed. Sommige kinderen hebben last van nachtmerries waarin zij gescheiden worden van hun ouders. Een andere aan de nacht gerelateerde separatieangst is wakker zijn terwijl de ouders slapen. Veel kinderen zullen dit proberen te voorkomen door óf als eerste naar bed te gaan óf door te eisen dat de ouders opblijven totdat zij slapen. Veel kinderen laten duidelijk hun angst zien door te smeken niet alleen gelaten te worden, door zich vast te klemmen aan de benen van hun vader of moeder, of zelfs door te proberen de deur van het huis te barricaderen als de ouders willen weggaan. Sommigen blijven gedurende de periode van gescheiden zijn herhaaldelijk en vaak contact zoeken, bijvoorbeeld door gedurende de dag herhaaldelijk te telefoneren.<sup>3</sup>

Een grote zorg van sommige kinderen met separatieangst is de scheiding die wordt veroorzaakt doordat ze naar school moeten. Vermijden om naar school te gaan, is

---

3 Of tegenwoordig te whatsappen.



dan een gebruikelijke oplossing voor de angst. Andere kinderen zullen naar school gaan, maar vinden het moeilijk om zich op het schoolwerk te concentreren omdat ze zich constant zorgen maken.

Het is niet verrassend dat separatieangst het meest voorkomt bij jonge kinderen en minder vaak bij aanvang van en gedurende de adolescentie, hoewel separatieangst ook wel wordt ervaren door jongvolwassenen. Wanneer een kind met separatieangst voor langere tijd verzuimt van school, vergroot dat de kans dat het aan de stoornis zal blijven lijden, ook in de volwassenheid. Een vroeg begin is gespecificeerd in de diagnose als de stoornis voor het zesde levensjaar ontstaat, maar met het natuurlijke verlangen van jonge kinderen naar de nabijheid van hun ouders moet ook rekening gehouden worden.

Separatieangst kan het functioneren van het kind verstoren, bijvoorbeeld door het verminderen van de aanwezigheid op school en het doen afnemen van de schoolprestaties, of door het beperken van sociale activiteiten (vermijden van logeerpartijen of bezoeken aan vriendjes en vriendinnen). Ook het functioneren van het gezin kan erdoor verstoord raken. Soms passen broers en zussen zich aan de angst van het betreffende kind aan, bijvoorbeeld door minder tijd met hun ouders door te brengen omdat de ouders meer nodig zijn bij het angstige kind. Ouders passen zich vaak aan de angst van het kind aan door hun eigen activiteiten buitenshuis te beperken of eerder thuis te komen dan gewoonlijk, eerder van hun werk terug te keren of door naast het kind te slapen.

### Paniekstoornis en agorafobie

Paniek aanvallen zijn korte tijdspannen waarin het kind, ondanks de afwezigheid van onmiddellijk gevaar, een intens hoog niveau van angst ervaart. De paniekaanval kan primair fysiologisch van aard zijn en kan tot uiting komen in symptomen als transpireren, hartkloppingen, kortademigheid, trillen, pijn op de borst of het gevoel te stikken. In andere gevallen zijn de paniekaanvallen meer cognitief van aard, die tot uiting kunnen komen in angstaanjagende gedachten over controleverlies of gek te worden, de angst om dood te gaan, of het gevoel dat de realiteit is 'verschoven' (derealisatie) of te zijn losgekomen van zichzelf (depersonalisatie). Voor veel kinderen kent een aanval zowel cognitieve als fysiologische symptomen.

De paniekstoornis wordt gekenmerkt door zich herhalende paniekaanvallen en de voortdurende zorg over de mogelijkheid in de nabije toekomst weer een aanval te krijgen. De aanvallen, op zich kort van duur, bereiken binnen 10 tot 15 minuten meestal een hoogtepunt. Sommige kinderen maken slechts enkele echte aanvallen mee. Toch kunnen ook zij in ernstige mate bezig blijven met de angst voor herhaling.

Daar komt bij dat veel kinderen die aan een paniekstoornis lijden, aangeven vaak last te hebben van lichamelijke signalen van angst die niet het niveau halen van een paniekaanval, maar die wel last veroorzaken of waardoor zij piekeren over een dreigende paniekaanval. Dit kan leiden tot de neiging constant op het lichamenlijk welzijn gespist te zijn (Schnidt, Lerew & Trakowski, 1997), wat weer leidt tot te veel aandacht, ook voor voorbijgaande normale veranderingen in het lichaam die anders onopgemerkt zouden blijven.

Volgens een andere theorie worden de panieksymptomen veroorzaakt door een onnodig activeren van het systeem in het lichaam dat gewoonlijk alleen actief is bij potentieel stikken, zoals gebeurt bij een overmatige blootstelling aan koolstofdioxide (Klein, 1993). Kinderen met een paniekstoornis kunnen ook normale lichamenlijke ongemakken, zoals hoofdpijn of buikpijn, als een teken zien van iets rampzaligs als een levensbedreigende ziekte. Dit soort monitoren en onjuist interpreteren kan resulteren in een vicieuze cirkel waarbij door veel aandacht voor het lichaam veranderingen daarin direct worden opgemerkt, wat weer leidt tot verhoogde angst. Dit kan leiden tot een paniekstoornis en vervolgens tot nog meer aandacht voor het lichaam. Kinderen kunnen hun ouders vragen om hun polsslag te checken, naar hun hart te luisteren, of zij kunnen de geruststelling eisen dat er niks aan de hand is. Van een soortgelijke angst is sprake als een kind erg bang is om te braken en gericht raakt op signalen in de maag en de darmen, op zoek naar tekens die kunnen wijzen op de noodzaak te braken (hoewel dit eerder gediagnosticeerd wordt als een specifieke fobie dan als een paniekstoornis).

In veel gevallen zal een paniekstoornis geassocieerd worden met een agorafobie, een angst voor of het vermijden van situaties waarin men vermoedt met angst of paniek geconfronteerd te worden. Een kind dat op school een paniekaanval heeft gehad bijvoorbeeld, kan bang worden om naar school te gaan vanwege de angst voor herhaling ervan. In verschillende gevallen zal de vermijding gegeneraliseerd worden tot elke plek buitenshuis. Het kind kan dan gaan weigeren het huis nog uit te gaan. Het kind kan ook eisen het huis alleen te verlaten onder begeleiding van een ouder, die het kan 'redden' wanneer er zich een aanval aandient. Dit patroon vergroot de kans dat zelfs kleine en soms zeldzame paniekaanvallen het welzijn en de ontwikkeling van het kind voor lange tijd nadelig beïnvloeden.

Paniekstoornissen en agorafobie komen meer voor bij adolescenten dan bij kinderen, en er worden slechts een paar gevallen beschreven bij jongere kinderen. De diagnose berust op ten minste twee episodes waarin de criteria van de paniekstoornis gelden, inclusief minstens vier van de dertien mogelijke symptomen die beschreven zijn in de DSM-5. Episodes waarin sprake is van minder dan vier van

dergelijke symptomen (ook wel *beperkte symptomen-aanvallen* genoemd) komen waarschijnlijk veel vaker voor bij de jongere populatie.

Het effect van paniekstoornissen en agorafobie op het gezins- en ouderlijk functioneren wordt veroorzaakt door de noodzaak het kind gerust te stellen, of zelfs steeds opnieuw medisch onderzoek te regelen. Dit kan dienen om de zorgen rond de gezondheid van het kind te verlichten, maar het kan ook in gang gezet worden door de behoefte van het kind om door professionele medische bevestiging gerustgesteld te worden dat het geen gevaar loopt. De dramatische gevoelens van angst, vergezeld gaand van verschrikkelijke gedachten en lichamelijke gevoeligheden, kunnen ervoor zorgen dat ook ouders in paniek raken en overweldigd worden door hun eigen angst over de gezondheid van hun kind. Ouders zijn vaak hun koers kwijtgeraakt wat betreft de wijze van reageren op hun kind gedurende een angstaanval. En het kind, dat ziet hoe overstuurd en bezorgd de ouders zijn, kan dit als een bevestiging beschouwen van de gedachte dat er iets ernstig mis is.

Agorafobie kan doorwerken in het gezinsleven doordat het kind slechts beperkt onafhankelijk kan functioneren en het de ouders nodig heeft om het te vergezellen naar locaties en bezigheden waar het kind eigenlijk zonder hen heen zou moeten gaan.

### Specifieke fobieën

Specifieke fobieën zijn angsten voor bepaalde dingen of situaties waardoor het kind gaat vermijden in contact te komen met de gevreesde stimulus, of erg gespannen raakt wanneer vermijden niet mogelijk is. Dat wat de fobie kan aanwakkeren, is niet echt te begrenzen, maar veelvoorkomende groepen fobieën betreffen angst voor dieren zoals slangen, honden, kevers en vleermuizen; angst voor natuurfenomenen zoals hoogtes, donkerte, storm, onweer en water; angst voor bloed, injecties en medische handelingen; en angst gerelateerd aan bepaalde situaties zoals autorijden, vliegen, gebruik van de lift of in gesloten ruimtes verblijven. Andere gebruikelijke angsten in de kindertijd zijn angst voor clowns, voor harde geluiden en ballonnen, of de angst om te moeten overgeven. Sommige kinderen verklaren hun angst voor bepaalde dingen door erop te wijzen dat zij bij blootstelling daaraan bang zijn voor schade. Ze zijn bijvoorbeeld bang om gebeten te worden door een hond wanneer ze daar dichtbij komen. Andere kinderen hebben angst voor hun eigen reactie op de stimulus. Zo kan bijvoorbeeld de mate van afkeer en schrik die veel kinderen ervaren als reactie op een spin voldoende zijn om de fobie te veroorzaken, zelfs als ze niet geloven dat spinnen gevaarlijk zijn. Hoewel volwassenen bij het stellen van een diagnose in staat zullen zijn te erkennen dat hun angst irrationeel en extreem