

**DIAGNOSTIEK
EN BEHANDELING
VOOR DE
PROFESSIONAL**



Angststoornissen bij kinderen

Peter Muris

HOGREFE



Angststoornissen bij kinderen

DIAGNOSTIEK
EN BEHANDELING
VOOR DE
PROFESSIONAL

Peter Muris

HOGREFE



Inhoud

1	Beschrijving van het probleem	7
1.1	Normale angst en angststoornissen	9
1.2	Prevalentiecijfers	11
1.3	Beloop en prognose	13
1.4	Ernst en comorbiditeit	15
1.5	Samenvatting	16
2	Theorie en modellen	17
2.1	Kwetsbaarheid	17
2.1.1	<i>Erfelijkheid</i>	18
2.1.2	<i>Neuroticisme, introversie en gedragsinhibitie</i>	18
2.1.3	<i>Angstsensitiviteit en walgingsgevoeligheid</i>	21
2.1.4	<i>Ongunstige gezinsinvloeden</i>	22
2.1.5	<i>Leerervaringen</i>	24
2.2	Beschermende factoren	28
2.2.1	<i>Doelbewuste controle</i>	28
2.2.2	<i>Waargenomen controle</i>	30
2.3	In stand houdende factoren	30
2.3.1	<i>Beloning en vermijding</i>	30
2.3.2	<i>Cognitieve fouten</i>	31
2.4	Multifactorieel model voor het ontstaan van angststoornissen bij kinderen	34
3	Diagnose en indicatiestelling	37
3.1	Inventarisatie van angstsymptomen	37
3.1.1	<i>Diagnostische interviews</i>	37
3.1.2	<i>Gedragsbeoordelingsschalen</i>	41
3.1.3	<i>Zelfrapportagevragenlijsten</i>	42
3.1.4	<i>Oudervragenlijsten</i>	48
3.1.5	<i>Schalen voor de clinicus</i>	49
3.1.6	<i>Observatie</i>	49

3.2	Verklarende diagnostiek	50
3.2.1	<i>Intelligentiebepaling</i>	51
3.2.2	<i>Persoonlijkheidstests</i>	52
3.2.3	<i>Gezinsdiagnostiek</i>	56
3.3	Vaststellen van comorbide problemen en differentiële diagnostiek	58
3.4	Samenvatting	60
4	Behandeling	61
4.1	Cognitieve gedragstherapie	61
4.1.1	<i>Exposure: blootstelling aan angstopwekkende stimuli en situaties</i>	62
4.1.2	<i>Effectiviteit van exposure-behandeling bij fobische kinderen</i>	64
4.1.3	<i>Cognitieve gedragstherapieprogramma's voor angstige kinderen</i>	70
4.1.4	<i>Effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische programma's</i>	74
4.1.5	<i>De toevoeging van een gezinsinterventie aan cognitieve gedragstherapie</i>	76
4.1.6	<i>Langetermijneffectiviteit van cognitieve gedragstherapie</i>	80
4.1.7	<i>Predictoren van therapie-uitkomst</i>	81
4.1.8	<i>Varianten van cognitieve gedragstherapie voor specifieke angststoornissen</i>	83
4.2	Farmacologische behandeling	87
4.2.1	<i>Anxiolytica</i>	88
4.2.2	<i>Effectiviteit van farmacologische behandeling bij angstige kinderen</i>	90
4.3	Samenvatting	96
5	Conclusie	99
6	Verder lezen	101
	Literatuur	103
	Appendix	121

Beschrijving van het probleem

1

Dit hoofdstuk gaat over epidemiologie, verloop, prognose en comorbiditeit

Eva is tien jaar als ze wordt aangemeld bij een kinderpsycholoog. Het is een stil en timide meisje, dat een verdrietige indruk maakt. Haar ouders, die tijdens het intakegesprek het woord voeren, geven aan dat Eva geen vrienden heeft en op school erg gepest wordt. De juffrouw heeft dit laatste kortgeleden ontdekt, toen zij Eva na schooltijd huilend en met een bloedneus in het fietsenhok zag liggen. Hoewel ze er aanvankelijk niets over kwijt wilde, vertelde Eva uiteindelijk dat zij door een aantal kinderen van haar klas uitgescholden, tegen de grond gewerkt en in elkaar geslagen was. Het pesten is al langere tijd aan de gang, maar is het laatste jaar wel duidelijk erger geworden. De pestkoppen zijn inmiddels op hun gedrag aangesproken en hiervoor gestraft, maar de juffrouw heeft de ouders van Eva aangeraden om hulp te zoeken voor hun dochter. Zij vindt dat Eva moet leren zich wat weerbaarder op te stellen ten opzichte van haar leeftijdgenoten. De juffrouw heeft niets aan te merken op Eva's schoolprestaties, maar zij vindt wel dat het meisje door haar extreme verlegenheid in de klas niet altijd optimaal functioneert. Eva praat heel zacht als ze een vraag moet beantwoorden en toen de juffrouw haar laatst vroeg om iets op het bord te schrijven, weigerde ze dit hardnekkig en begon ze uiteindelijk hard te huilen.

Haar ouders herkennen deze problemen: ook thuis is hun dochter erg schuchter. Ze durft geen andere kinderen te vragen om bij haar te komen spelen, omdat ze denkt dat die daar toch geen zin in hebben. Als er mensen op bezoek komen, zegt Eva bijna geen woord. Ze gaat dan het liefst naar haar kamer en komt pas weer tevoorschijn als het bezoek weg is. Eva durft het niet aan om een boodschap te doen in de supermarkt. Zij is bang dat iemand in de winkel haar aanspreekt en dat ze dan niet meer weet wat ze moet zeggen. Eva gaat ook niet graag naar een verjaardagsfeest: ze vindt het heel vervelend dat ze zich dan netjes aan iedereen moet voorstellen. Laatst, toen haar nichtje jarig was en vader en moeder klaar stonden voor

Casus Eva

vertrek, weigerde ze om haar schoenen en jas aan te trekken. Ze werd heel erg boos, maakte veel stampij, maar ging uiteindelijk toch mokkend mee. Alleen thuisblijven is voor Eva overigens geen alternatief, want ook dat vindt ze erg akelig. Ze is bang dat er een enge man komt die haar meeneemt. Deze angst speelt haar vooral parten als ze 's avonds naar bed moet. Ze durft niet alleen naar boven te gaan om haar tanden te poetsen en haar pyjama aan te doen. Haar vader of moeder moeten bij haar blijven totdat ze in slaap gevallen is. Als Eva 's nachts wakker wordt, is ze te bang om in haar eigen bed te blijven liggen. Ze rent dan snel naar de slaapkamer van vader en moeder, gaat daar op een matras op de grond liggen – die daar speciaal om deze reden is klaargelegd – en probeert vervolgens weer in slaap te komen. Vroeger kwam ze altijd bij haar ouders in bed, maar vader heeft gezegd dat ze daar inmiddels te oud voor is. Verder maakt Eva zich grote zorgen dat er iets met vader en moeder gebeurt als deze buitenshuis op pad zijn. Zo was ze laatst in alle staten toen haar moeder wat later thuis kwam van de sportclub. Moeder was na de training gewoon nog wat gaan drinken met een vriendin. Omdat moeders mobiel uitstond en zij dus niet opnam, raakte Eva steeds meer in paniek en was ze ervan overtuigd dat haar moeder was aangereden door een auto en ergens dood of gewond langs de weg lag. Uiteindelijk bleef ze zo lang doordrammen dat vader met haar naar de sportclub is gereden om te bewijzen dat Eva's doemscenario helemaal niet klopte.

Als Eva rechtstreeks wordt gevraagd of zij het vervelend vindt dat ze voor bepaalde zaken zo bang is, zegt zij dat het allemaal wel meevalt. Als de psycholoog echter doorvraagt, blijkt toch dat ze hinder ondervindt van haar angsten. Op de vraag of ze het niet jammer vindt dat ze geen echte vrienden heeft, barst ze in huilen uit. Ze geeft snikkend aan dat ze het graag allemaal anders zou willen doen, maar dat ze niet weet hoe ze het moet aanpakken. Haar ouders geven aan dat ze lange tijd hebben gedacht dat Eva's angsten vanzelf over zouden gaan, maar zien inmiddels in dat hun dochter echt hulp nodig heeft.

Angst is een normaal verschijnsel tijdens de kindertijd. De meeste kinderen en adolescenten zijn wel eens angstig of gespannen, maar meestal zijn de symptomen mild en van korte duur. Veel van deze angsten horen bij de specifieke uitdagingen waar kinderen zichzelf mee geconfronteerd zien tijdens de verschillende ontwikkelingsfasen. Zo laten kleuters symptomen van separatieangst zien wanneer ze voor het eerst naar school gaan, piekeren kinderen tegen het eind van de lagere school over schoolprestaties en zijn adolescenten bang om afgewezen te worden door hun leeftijdgenoten (Muris, 2007). Bij sommige kinderen, zoals bij Eva in de hierboven beschreven casus,

is de angst echter dermate ernstig dat deze interfereert met het dagelijkse functioneren. In die gevallen is er sprake van een angststoornis. Dit boek is gewijd aan angststoornissen bij kinderen. In dit eerste hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het fenomeen angst en besproken hoe normale en abnormale angst er bij kinderen uitzien. In de daarop volgende hoofdstukken komen de etiologie (hoofdstuk 2), de diagnostiek (hoofdstuk 3) en de behandeling (hoofdstuk 4) van angststoornissen bij kinderen aan de orde. Terzijde moet worden opgemerkt dat er in dit boek weinig aandacht wordt besteed aan de obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis). Aan deze specifieke angststoornis bij kinderen zal nog een apart boek in de reeks worden gewijd.

1.1 Normale angst en angststoornissen

Angst wordt in het algemeen beschouwd als een ‘adaptieve’ emotie, wat wil zeggen dat het nuttig is om onder bedreigende omstandigheden bang te zijn. Bij angst horen cognitieve aspecten (gedachten als: *Ik ben in gevaar!*, *Ik kan het niet*), fysiologische verschijnselen (versnelde ademhaling, toename van de hartslag) en gedragsmatige componenten (vluchten, vermijding), die er allemaal op gericht zijn om de dreiging het hoofd te bieden en daarmee de levenskansen te vergroten (Muris, 2007). Soms is angst irrealistisch, omdat ze in geen verhouding staat tot de werkelijke dreiging. Dat kan vooral het geval zijn bij kinderen die nog onbekend zijn met bepaalde stimuli en situaties, en die nog niet geleerd hebben hoe ze daar effectief mee kunnen omgaan. Het blijkt dan ook dat ‘normale’ kinderen en adolescenten een groot aantal angsten rapporteren, waarvan de meest voorkomende doorgaans te maken hebben met ‘dood en gevaar’, zoals aangevallen worden door monsters, verdwalen op een onbekende plek, aangereden worden door een auto, bedreigd worden door een inbreker en/of ernstig ziek worden (Gullone, 2000).

Adaptieve
emotie

Angsten komen dus geregeld voor tijdens de ontwikkeling van kinderen, en hoewel kinderangsten behoorlijk intens kunnen zijn, verdwijnen de meeste van deze angsten weer even snel als ze zijn verschenen. Bij sommige kinderen blijven de angsten echter voortbestaan en worden ze zo intens dat ze het kind hinderen bij het dagelijkse functioneren. De angst belemmert het kind dan in de omgang met andere kinderen en volwassenen, en zorgt ervoor dat het niet goed presteert op school en op andere levensdomeinen. Op dat moment is er sprake van een abnormale angst of een angststoornis.

Abnormale angst
of angststoornis

De laatste editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000) gebruikt grotendeels dezelfde criteria om angststoornissen bij kinderen te classificeren als bij volwassenen. Bij enkele criteria moet daarbij wel de aantekening worden gemaakt dat de symptomen zich op een iets andere manier kunnen uiten. Zo kan de angst bij een kind naar voren komen in de vorm van huilen, woede-uitbarstingen, verstijven of vastklampen. Verder kent de DSM de separatie-

Angststoornis
in de DSM-IV-TR

angststoornis, die geldt als de enige angststoornis die specifiek bij kinderen ge-
diagnosticeerd wordt. Tabel 1.1 geeft een overzicht van de verschillende angst-
stoornissen die bij kinderen en adolescenten kunnen voorkomen, alsmede
een korte beschrijving van de essentiële kenmerken van elke stoornis.

**Tabel 1.1 De verschillende angststoornissen die volgens de laatste editie van de
DSM bij kinderen en adolescenten kunnen voorkomen**

Angststoornis	Belangrijkste kenmerken
Separatie- angststoornis	Niet bij de ontwikkeling passende en overdreven angst om ge- scheiden te worden van huis of van diegenen aan wie het kind gehecht is
Paniekstoornis	De aanwezigheid van recidiverende onverwachte paniekaanvallen: begrensdde periodes van intense angst die plotseling ontstaan en gepaard gaan met duidelijke lichamelijke en cognitieve symptomen
Agorafobie	Angst om op een plaats of in een situatie te zijn van waaruit ont- snappen moeilijk kan zijn of waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn in het geval dat men een paniekaanval of paniekachtige verschijnselen krijgt
Specifieke fobie	Duidelijke en aanhoudende angst die uitgelokt wordt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifieke prikkel of situatie. Er zijn vijf typen: dier, natuur, bloed-injectie-verwonding, situationeel en overig
Sociale angststoornis	Duidelijke en aanhoudende angst voor situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarbij men bloot- gesteld wordt aan onbekenden of een mogelijk kritische beoor- deling door anderen
Obsessieve- compulsieve (dwang) stoornis	De duidelijke aanwezigheid van obsessies en compulsies. Obsessies (dwanggedachten) zijn recidiverende en aanhoudende gedachten die als opgedrongen en misplaatst beleefd worden, en die duidelijk angst en lijden veroorzaken. Compulsies (dwang- handelingen) verwijzen naar zich herhalend gedrag (bijvoorbeeld handenwassen, opruimen, controleren) of psychische activiteit (bij- voorbeeld bidden, tellen) en die gericht zijn op het voorkomen of verminderen van de door de obsessies veroorzaakte angst en lijden.
Post- traumatische en acute stress-stoornis	Na blootstelling aan een extreem traumatische gebeurtenis die intense angst, hulpeloosheid en afschuw heeft opgeroepen, is er sprake van een karakteristiek patroon van symptomen van herbele- ving van de traumatische gebeurtenis, aanhoudende vermijding van van prikkels die bij het trauma horen, en verhoogde prikkelbaarheid.
Gegenera- liseerde angststoornis	Buitensporige angst en bezorgdheid (bange voor gevoelens) over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals werk of school- prestaties)

Verder bevat de DSM ook nog de ‘angststoornis door een middel’ en de ‘angststoornis niet anderszins omschreven’. Bij de eerstgenoemde stoornis gaat het om serieuze angstsymptomen die optreden na een intoxicatie met of onthouding van een middel, terwijl bij de tweede stoornis duidelijk symptomen van angst en vermijding aanwezig zijn, maar niet volledig voldaan wordt aan de criteria van een specifieke angststoornis. Deze twee angststoornissen kunnen ook bij jongeren voorkomen, maar worden hier niet verder besproken omdat ze niet gekenmerkt worden door specifieke symptomatologie, maar slechts symptomen ‘lenen’ van verschillende andere angststoornissen.

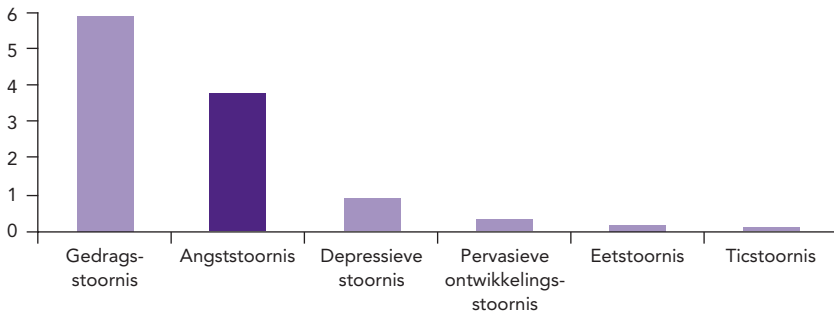
Ten slotte is er nog een aantal andere psychische stoornissen die bij kinderen voorkomen en waarbij angst een prominente rol lijkt te spelen. Zo is selectief mutisme, dat gedefinieerd kan worden als een consequente weigering om te spreken in specifieke situaties, bijvoorbeeld vaak geassocieerd met hoge niveaus van sociale angst (Vecchio & Kearney, 2005). Een ander voorbeeld betreft de somatoforme stoornis hypochondrie, die gekenmerkt wordt door een ernstige preoccupatie met het hebben van een ernstige ziekte en die eveneens gepaard gaat met angst en bezorgdheid (Fritz, Fritsch & Hagino, 1997).

1.2 Prevalentiecijfers

Epidemiologisch onderzoek heeft laten zien dat de prevalentiecijfers voor angststoornissen bij kinderen variëren tussen de 2 en 27% (zie voor een recent overzicht: Costello, Egger & Angold, 2004). De variatie van deze cijfers is tamelijk groot. Dit heeft allereerst te maken met het soort prevalentie dat bestudeerd wordt. Meer specifiek, de driemaandenprevalentie liep uiteen van 2,2 tot 8,6%, de zesmaandenprevalentie van 5,5 tot 17,7%, de twaalfmaandenprevalentie van 8,6 tot 20,9%, terwijl de prevalentie voor de duur van het gehele leven varieerde tussen 8,3 en 27%. Ook de leeftijd van de kinderen, het type angststoornis dat onderzocht werd, het gebruikte diagnostische instrument en de aard van de onderzoekspopulatie (klinisch versus normaal) spelen een rol bij de verschillen in prevalentiecijfers van angststoornissen uit onderzoeken.

Een vergelijking van deze prevalentiecijfers met die van andere psychische stoornissen leert dat angststoornissen behoren tot de meest voorkomende psychische problemen bij kinderen. Zo constateerden Ford en haar collega's (Ford, Goodman & Meltzer, 2003) in een populatie van meer dan tienduizend jongeren in de leeftijd van vijf tot vijftien jaar een driemaandenprevalentie van 3,7%, wat betekende dat de angststoornis behoorde tot de top 3 van psychische problemen bij kinderen. Alleen de gedragsstoornis (waaronder de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, de antisociale gedragsstoornis en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) kwam vaker voor (zie figuur 1.1).

**Angst meest
voorkomende
probleem**



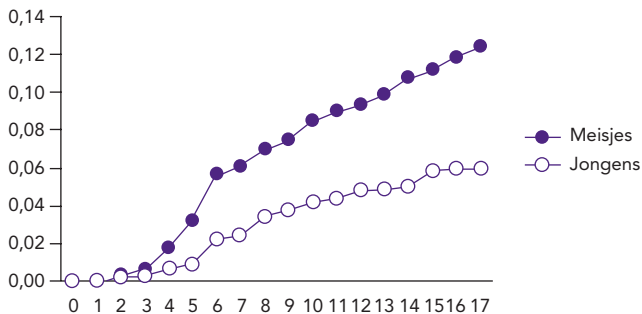
Figuur 1.1 Het percentage jongeren dat voldoet aan de DSM-criteria van een angststoornis in vergelijking met andere psychische stoornissen. Gebaseerd op Ford e.a., 2003

Bij een groot prospectief epidemiologisch onderzoek dat is uitgevoerd door Costello en collega's (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003) in de 'Great Smoky Mountains' in de Verenigde Staten werd voor angststoornissen op de leeftijd van zestien jaar een cumulatief prevalentiecijfer van 9,9% vastgesteld. Dat impliceert dat ongeveer een op de tien kinderen in dit onderzoek op enig moment tijdens de jeugd last had van een angststoornis.

De prevalentiecijfers van de afzonderlijke angststoornissen bij kinderen laten zien dat de specifieke fobie, sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en separatieangststoornis het meest frequent zijn, met gemiddelde percentages tussen de 2,2 en 3,6%. Agorafobie (1,5%) en de posttraumatische en acute stressstoornis (1,5%) komen minder vaak voor, terwijl de paniekstoornis en obsessieve-compulsieve stoornis relatief zeldzaam zijn (< 1%; zie Costello e.a., 2004).

Sekseverschillen

Onderzoek bij volwassenen laat zien dat er een duidelijk sekseverschil is in de prevalentie van angststoornissen: vrouwen hebben vaker last van dit probleem dan mannen. Dat sekseverschil is ook bij kinderen al aanwezig. Zo bleek in het eerder aangehaalde onderzoek van Costello en collega's (2003) dat voor het zestiende levensjaar 12,2% van de meisjes op enig moment aan de symptomen van een angststoornis voldeed, terwijl dit percentage voor jongens slechts 7,7% was. Op basis van deze en andere bevindingen kan geconcludeerd worden dat een duidelijk sekseverschil bestaat wat betreft de prevalentie van angststoornissen bij kinderen: meisjes hebben tweemaal zoveel risico om deze vorm van psychopathologie te ontwikkelen dan jongens. Dat sekseverschil in de prevalentie van angststoornissen blijkt overigens al op zeer jonge leeftijd aanwezig: vanaf het zesde levensjaar is er sprake van een duidelijk verschil (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley & Allen, 1998; zie figuur 1.2).



Figuur 1.2 Het cumulatieve risico voor het ontwikkelen van een angststoornis bij jongens en meisjes van verschillende leeftijden. Gebaseerd op Lewinsohn e.a. (1998)

1.3 Beloop en prognose

Angststoornissen bij kinderen laten een duidelijk ontwikkelingspatroon zien. Dat wil zeggen, specifieke fobieën en de separatieangststoornis komen vaker voor in de vroege kindertijd, terwijl meer complexe angststoornissen, zoals de gegeneraliseerde angststoornis, sociale angststoornis en paniekstoornis, zich veelal later openbaren (Muris, 2006). Hoewel de empirische evidentie vooralsnog mager is, lijken ontwikkelingsaspecten een belangrijke rol te spelen bij de manier waarop een pathologische angst zich bij kinderen manifesteert (Muris, 2007). Zo toonden Westenberg, Siebelink, Warmenhoven en Treffers (1999) aan dat er een duidelijk verband bestaat tussen de psychosociale rijpheid van jongeren en het type angststoornis waaraan ze lijden. Bij een groep kinderen en adolescenten van acht tot achttien jaar bij wie de separatieangststoornis en/of de gegeneraliseerde angststoornis was vastgesteld, werd het niveau van psychosociale ontwikkeling gemeten. De resultaten lieten zien dat jongeren met een separatieangststoornis (ongeacht hun leeftijd) doorgaans op een lager psychosociaal niveau functioneren, dan jongeren met een gegeneraliseerde angststoornis (zie box 1.1).

Psychosociale
ontwikkeling

Daarnaast is er het gegeven dat angststoornissen bij kinderen niet altijd even stabiel zijn en bij een deel van de jongeren zelfs spontaan verdwijnen (Craske, 1997). Bij een prospectief epidemiologisch onderzoek bij adolescenten constateerden Essau, Conrardt en Petermann (2002) dat een substantieel deel (41,9%) van de jongeren met een angststoornis bij een follow-upmeting één jaar later niet meer voldeed aan de criteria van een psychische stoornis. Slechts 22,6% van de jongeren met angststoornissen had nog steeds last van dezelfde angstklachten, terwijl de overigen een nieuwe angststoornis of een ander psychisch probleem (bijvoorbeeld somatoforme stoornis, depressie) hadden ontwikkeld. Wel stelden de onderzoekers vast dat de jongeren die bij het begin van het onderzoek last hadden van een specifieke angststoornis, vaak nog wel subklinische symptomen van deze stoornis vertoonden. Deze

Bijna 20% van alle mensen heeft ooit in zijn of haar leven last van angststoornissen. Ongeveer 1 op de 10 kinderen heeft gedurende de jeugd een of meer angststoornissen. Angst is daarmee een van de meest voorkomende psychische stoornissen. In **Angststoornissen bij kinderen** bespreekt **Peter Muris** diagnostiek, preventie en bewezen effectieve behandelvormen van deze stoornis.

ISBN 978-90-79729-21-0



9 789079 729210

TOETS UW KENNIS OP HOGREFE.NL/TOETS

Voor elk boek in de serie wordt een digitale toets ontwikkeld waarmee u gratis uw kennis over de specifieke stoornis kunt toetsen. Na succesvol afleggen van de toets ontvangt u een certificaat dat u eventueel kunt gebruiken voor bij- of nascholing of (her)registratie.



Angststoornissen bij kinderen is een uitgave in de serie DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VOOR DE PROFESSIONAL. Deze serie voorziet (klinisch) psychologen, psychiaters en therapeuten van praktische, evidence-based informatie over de diagnose en behandeling van uiteenlopende stoornissen. Op een heldere, beknopte en toegankelijke wijze worden per stoornis alle aspecten beschreven die men in de klinische praktijk tegenkomt.

Elk deel volgt dezelfde logische, gebruiksvriendelijke en overzichtelijke structuur. Tabellen, kaders met klinische casussen en koppen in de kantlijn maken de informatie snel vindbaar, terwijl checklists, handige bijlagen, en samenvattingen de informatie direct bruikbaar maken.

Peter Muris is cognitief gedragstherapeut en hoogleraar Klinische psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

HOGREFE

