



Kinderen en jongeren met angststoornissen: wat werkt?



Kinderen en jongeren met een angststoornis zijn zo angstig of bezorgd dat zij niet normaal kunnen functioneren. Als er geen concrete, aanwijsbare reden is voor hun angst en als die angst sociale problemen veroorzaakt, dan is er sprake van een stoornis. Er zijn verschillende soorten angststoornissen. Zo zijn kinderen met een separatieangststoornis extreem angstig wanneer zij niet bij hun ouders of opvoeders zijn. Of zijn kinderen met een sociale angststoornis bang om tekort te schieten in sociale situaties.

Deze factsheet gaat in op de vraag hoe angststoornissen het beste kunnen worden aangepakt. Uit onderzoek blijkt cognitieve gedragstherapie zeer geschikt. Daarnaast staan wij kort stil bij andere behandelmethodes. Voor voorbeelden van specifieke interventies bij de behandeling van angststoornissen verwijzen wij u naar het digitale dossier Angststoornissen op onze website.

Cognitieve gedragstherapie

Bij de behandeling van angststoornissen bij jeugdigen is vooral onderzoek gedaan naar cognitieve gedragstherapie. Door cognitieve gedragstherapie leren kinderen met een angststoornis meer vaardigheden om hun angstsymptomen te beheersen. Onderzoek toont aan dat deze behandeling zowel op de korte als lange termijn positieve effecten heeft. Cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen in de kinderleeftijd bestaat meestal uit vijf kerncomponenten, die hieronder kort worden uitgelegd.

1. Psycho-educatie

Psycho-educatie is het geven van uitleg aan ouders en kind over mogelijke oorzaken van angst en manieren waarop overmatige angst kan worden verminderd.

2. Vaardigheidstraining

Tijdens vaardigheidstraining leert het kind wat het moet doen als het angstig is. Bijvoorbeeld een ontspanningsoefening. Of het zoeken van afleiding. Daarbij leren kinderen om meer op de omgeving te letten en minder op zichzelf.

3. Cognitieve herstructurering

Door middel van cognitieve herstructurering leert het kind anders naar de eigen angstige gedachten te kijken en zichzelf de vraag te stellen of deze gedachten wel kloppen. Ook leert het kind om de angstige gedachten om te zetten in helpende gedachten. Een kind met een sociale fobie denkt bijvoorbeeld dat anderen het gek vinden als hij bloost. Deze angstige gedachte kan worden omgezet in een helpende gedachte: de meeste mensen blozen wel eens en zullen het dus ook niet gek vinden dat een ander bloost.

4. Blootstelling

Kinderen met angststoornissen vermijden vaak situaties waar zij bang voor zijn. Op die manier treedt de angst immers niet op. Blootstelling betekent dat het kind heel geleidelijk in contact wordt gebracht met dat waar het bang voor is, zodat het kan wennen aan de angst en de angst vanzelf zakt.

5. Het voorkomen van terugval

Om terugval te voorkomen worden terugkomsessies gepland. Ook worden afspraken gemaakt met ouders en school over wat zij kunnen doen als zij zien dat het kind een terugslag heeft.

‘De vijf kerncomponenten van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met angststoornissen zijn op heldere wijze verwerkt in het protocol ‘Denken + Doen = Durven.’

Ons onderzoek heeft aangetoond dat dit protocol zeer effectief is bij kinderen van 8 tot 18 jaar. 68% van de kinderen was een jaar na het volgen van het protocol vrij van alle angststoornissen. Bovendien was de kwaliteit van leven van zowel de kinderen als hun gezin aanmerkelijk toegenomen. Angstsymptomen van de ouders waren afgenomen.’

Susan Bögels, ontwikkelaar van het protocol ‘Denken + Doen = Durven’



Naast deze vijf kerncomponenten wordt binnen cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen met angststoornissen vaak gebruik gemaakt van modelleren. Dit betekent het voordoen van moedig gedrag door de therapeut of de ouders. Ook leren ouders om moedig gedrag te belonen en ongewenst gedrag te negeren. Of het actief betrekken van ouders bij de behandeling van het kind, bijvoorbeeld door middel van vaardigheidstraining, een positieve invloed op de effecten van cognitieve gedragstherapie heeft, is niet duidelijk. Op dit punt geeft onderzoek nog geen uitsluitsel. Het betrekken van andere mensen in de omgeving van het kind, bijvoorbeeld de leerkracht, kan op bepaalde stoornissen een positieve invloed hebben. Bijvoorbeeld bij schoolweigering.

De inhoud van cognitieve gedragstherapie is niet voor elke angststoornis hetzelfde. Per stoornis staan verschillende kerncomponenten op de voorgrond. Zo zal bij een specifieke fobie (zoals een spinfobie) meer aandacht zijn voor geleidelijke blootstelling en bij een sociale fobie voor sociale vaardigheidstraining.

Individueel of groepsgewijs?

Zowel individuele cognitieve gedragstherapie als cognitieve gedragstherapie in een groep blijkt effectief. Een voordeel van behandeling in groepsverband is dat het goedkoper is. Daarnaast bieden groepen meer mogelijkheden om sociale vaardigheden te trainen. In een aantal gevallen, bijvoorbeeld bij kinderen met een ernstig trauma of kinderen met een sterke sociale angst, heeft individuele cognitieve gedragstherapie de voorkeur.

Vervolgonderzoek

Cognitieve gedragstherapie blijkt helaas niet bij alle kinderen de angststoornis helemaal te verhelpen. Hoe het komt dat sommige kinderen beter reageren op cognitieve gedragstherapie dan andere kinderen, moet uit vervolgonderzoek blijken. Tevens is meer onderzoek nodig om te bepalen of cognitieve gedragstherapie ook daadwerkelijk effectiever is dan andere behandelingen. Zo bleek in enkele studies dat uitleg geven over kenmerken, oor-

zaken en de ontwikkeling van angststoornissen dezelfde resultaten heeft als cognitieve gedragstherapie.

Overige behandelingen

Wanneer cognitieve gedragstherapie niet het beoogde effect heeft, kan volgens de Amerikaanse Praktijkrichtlijn voor de diagnostiek en behandeling van jeugdigen met angststoornissen, overgegaan worden op medicatie. SSRI's (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) zijn dan de eerste keuze. Daarbij is kans op bijwerkingen, zoals maagdarmklachten, slapeeloosheid en rusteloosheid. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen in Nederland raadt het gebruik van SSRI's bij de behandeling van kinderen jonger dan 18 jaar af, behalve wanneer dit echt noodzakelijk is. Een andere behandeling die volgens de Amerikaanse Praktijkrichtlijn overwogen kan worden, is psychodynamische therapie. Deze komt uit een aantal Amerikaanse gevalstudies als veelbelovend naar voren, maar over de effectiviteit is nog weinig bekend.



Meer weten?

Deze factsheet is verschenen in het kader van het programma Effectieve Jeugdzorg van het Nederlands Jeugdinstituut. Doel van dit programma is het aanreiken van kennis en vaardigheden aan (aankomende) professionals in de jeugdsector zodat zij effectief kunnen handelen. In dit kader verzorgen wij bijvoorbeeld goed leesbare informatie over werkzame factoren in de aanpak van problemen en stoornissen bij jeugdigen en/of gezinnen. Informatie hierover kunt u vinden op onze website www.nji.nl/watwerkt. Wilt u meer weten over angststoornissen, dan verwijzen wij u naar het digitale dossier Angststoornissen, te bereiken via www.nji.nl/angststoornissen.

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkerrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten. Voor vragen of advies kunt u vrijblijvend contact met ons opnemen. Dit kan via de infolijn (030) 230 65 64, op werkdagen tussen 09.00-13.00 uur. Of kijk op onze website www.nji.nl.

Foto's: Bettina Neumann, Patrick Sheándell O'Caroll (PhotoAlto)

