

1.	INLEIDING EMOTIONELE STOORNISSEN	3
2.	STEMMINGSTOORNISSEN	4
2.1	Stemmingsstoornissen algemeen.	4
2.2	Wat is depressie?	4
2.3	De primaire kenmerken van depressie.	6
2.4	Mogelijke oorzaken van depressie:	6
2.5	Signalering en diagnostisering van stemmingsstoornissen	7
2.5.1	Het klavertje vier van depressie.....	7
2.5.2	Criteria depressie volgens DSM IV.....	7
2.5.3	(Verkorte) depressievragenlijst.....	8
2.5.4	CBCL-lijsten (Child Behavior Checklist).....	8
2.6	Behandeling van depressie	8
2.6.1	Algemene concrete handelingsadviezen.....	9
2.6.2	Adviezen met betrekking tot de schoolse vaardigheden.....	9
3.	ANGSTSTOORNISSEN	11
3.1	Wat zijn angststoornissen:	11
3.2	De primaire kenmerken van angststoornissen.	12
3.2.1	De gegeneraliseerde angststoornis	12
3.2.2	De separatie-angststoornis.....	12
3.2.3	De schoolfobie.....	13
3.2.4	De enkelvoudige fobie.....	13
3.2.5	De post-traumatische stressstoornis (PTS).	14
3.3	Mogelijke oorzaken.	14
3.4	Signalering en diagnostisering van angststoornissen	15
3.4.1	Het klavertje vier van angststoornissen	15
3.4.2	Criteria angststoornissen volgens DSM IV.....	15
3.4.2.1	DSM-IV Criteria separatie-angststoornis.....	15
3.4.2.2	DSM-IV Criteria sociale fobie:	16
3.4.3	Vragenlijst voor angst bij kinderen.....	16
3.5	Behandeling van angststoornissen	16
3.5.1	(Ambulante) behandeling bij angststoornissen.....	17
4.	DWANGVERSCIJNSELEN	19
4.1	Wat zijn dwangverschijnselen	19
4.1.1	Dwanggedachten en dwanghandelingen.....	19
4.1.2	Dwanghandelingen versus andere gelijkende stoornissen	21
4.2	Signalering en diagnosticering	22
4.2.1	Het klavertje vier.....	22
4.2.2	DSM IV-criteria	22
4.2.3	CBCL-lijsten (Child Behavior Checklist).....	23
4.3	Behandeling van dwangverschijnselen	23
5.	KLAVERTJE VIER	25
5.1	Stemmingsstoornissen	25
5.2	Angststoornissen.....	26
5.3	Dwangverschijnselen.....	27

6. LITERATUUR bij emotionele stoornissen..... 28

1. INLEIDING EMOTIONELE STOORNISSEN

Gedragsproblematieken bij kinderen kunnen onderverdeeld worden in **emotionele stoornissen** en **gedragsstoornissen**.

Bij de eerste groep ligt de "last" bij het kind, bij de tweede groep ligt de "last" bij de omgeving.

In dit hoofdstuk worden de emotionele stoornissen, waar stemmingsstoornissen, angststoornissen en dwangverschijnselen onder vallen, besproken.

In hoofdstuk 4 komen de gedragsstoornissen aan de orde.

De **emotionele stoornissen** worden onderverdeeld in stemmingsstoornissen, in angststoornissen en in dwangverschijnselen.

Iedere nieuwe stap in de kinderontwikkeling betekent het achterlaten van bekende en vertrouwde stadia, wat niet alleen een bron van angst is maar ook van depressieve gevoelens.

Tijdelijke **stemmingsstoornissen** staan in dienst van de normale ontwikkeling. Vrijwel alle kinderen ervaren gevoelens van verdriet.

Tot op zekere hoogte zijn stemmingstoestanden als ongelukkig en verdrietig normaal. In de puberteit worden veel gevoelens van eenzaamheid, onmacht en neerslachtigheid afgewisseld door grote vrolijkheid, gewone stemmingsschommelingen (Himmelhoch jauchzend-zum Tode betruht).

Ook **angst** is een normaal en noodzakelijk onderdeel van het bestaan. Van alle emoties is angst de meest vertrouwde. Net als pijn heeft angst een alarmfunctie, namelijk het individu beschermen tegen dreigend gevaar. Normale angst zal het kind er toe brengen om zich verder te ontwikkelen.

Maar **angst en stemmingsschommeling** kunnen hun doel voorbij schieten en **verlammend** gaan werken.

Angst kan pathologisch worden, zoals bij schoolweigering en bij een fobie. De verdrietige en ongelukkige stemming kan abnormaal lang van duur zijn, niet overgaan en heel intens worden. Het dagelijks functioneren wordt dan sterk beïnvloed, er is sprake van een emotionele vlakte, geen vermogen meer om nog plezier te hebben en veel gedachten aan de dood.

Over kinderen met dergelijke stemmingen en angsten hebben we het hier.

2. STEMMINGSSTOORNISSEN

2.1 Stemmingsstoornissen algemeen.

Er is een **continuüm** van stemmingsproblemen, van lichte stemmingsproblemen tot zeer heftige stemmingsproblemen. Deze loopt van de ondergrens van de normale stemmingsschommeling naar geen plezier meer kunnen beleven. Vervolgens is er dan de pathologisch verdrietige stemming, die over kan gaan in de depressieve stemmingsstoornis ('de depressie').

Tot slot is er dan de zwaarste vorm: het depressief syndroom: de depressieve stemming die samen gaat met slaapstoornissen, remming van de motoriek, verlies van energie en schuldgevoelens.

Er worden verschillende **soorten stemmingsstoornissen** onderscheiden:

Het **eerste onderscheid** dat in stemmingsstoornissen wordt gemaakt, is die tussen depressieve stoornissen en bipolaire stoornissen. Deze laatste worden gekenmerkt doordat de depressieve periode wordt afgewisseld met een manische periode, waarin de stemming van het individu abnormaal uitgelaten is. Er is ook een verminderde slaapbehoefte en een verhoogde spraakzaamheid.

Het **tweede onderscheid** is te maken tussen depressie in engere zin en de dysthyme stoornis. De depressie in engere zin is de meest ernstige vorm van depressie en kenmerkt zich door de depressieve stemming en het verlies van interesse en plezier in de dagelijkse activiteiten. Er is een sombere gelaatsuitdrukking, een prikkelbaar of zeurderig gedrag en lusteloosheid en verveling. Daarnaast zijn er de cognitieve symptomen van zich waardeloos voelen, suïcidegedachten hebben en er kunnen lichamelijke symptomen zijn als slaapstoornissen, gewichtsverlies en vermoeidheid. De depressie is vaak 's ochtends erger dan 's middags.

De dysthyme stoornis is een mildere vorm: chronisch, maar minder ernstig.

Het **derde onderscheid** kan gemaakt worden tussen depressieve stoornissen (ontstaan door aanleg, vroegere negatieve factoren of biochemische factoren) en een aanpassingsstoornis met depressieve stemming (ontstaan door een acute stressvolle levensgebeurtenis). Bij deze laatste zijn de symptomen minder ernstig en is de prognose beter.

Depressie (of: depressieve stemmingsstoornis, of: depressie in engere zin) wordt hier uitgebreid besproken.

2.2 Wat is depressie?

Om van een depressieve stemmingsstoornis te kunnen spreken, moet er meer aan de hand zijn dan verdrietig zijn en je ongelukkig voelen. Bij depressie gaat het er om dat de stemming bij het kind te sterk gedaald is en dat deze stemming al lange tijd aanduurt. De stemming wordt bij een depressie gekenmerkt door gevoelens van emotionele leegte of vlakheid, een onvermogen om plezier te kunnen beleven en een sterk negatief zelfbeeld. Het kind wordt door zijn stemming ernstig in het dagelijkse leven belemmerd.

Lange tijd heeft men gedacht dat kinderen geen depressieve stoornis kunnen vertonen.

Nu wordt deze diagnose regelmatig ook vóór de puberteit (bij 0,5-2,5 % van alle kinderen) gesteld. Bij het ouder worden **komen** er **meer** depressies voor (bij jeugdigen 2,0 -8,0 %). De diagnostische criteria voor volwassenen en kinderen zijn min of meer gelijk. De leeftijdsfasen en ontwikkelingsstadia bepalen echter wel de verschijningsvormen. Vaak worden de depressies gemaskeerd door andere klachten (buikpijn, hoofdpijn vooral bij meisjes, agressief gedrag vooral bij jongens). Depressies bij kinderen zijn meestal reactief. Als reactie op een externe gebeurtenis. Depressie gaat vaak samen met een laag zelfbeeld, met angsten en met weerstanden om naar school te gaan.

De stoornis is **niet** op te vatten als een normale rouwreactie op het verlies van een geliefd persoon. De symptomen zijn **niet** te wijten aan de directe gevolgen van de inname van bepaalde stoffen (medicijnen).

Nogmaals: wil er echt sprake zijn van een depressie dan moeten de schommelingen in de stemming abnormaal lang van duur zijn, een ongewone intensiteit vertonen en persistent zijn, waardoor de normale activiteiten in het gedrang komen.

De Wit definieert depressie als volgt:

Er is bij een kind sprake van een depressie wanneer zijn functioneren over de hele lijn, d.w.z. zowel affectief als cognitief als ook motivationeel en soms ook lichamelijk teneergedrukt is. Wil er sprake zijn van een depressie, dan zal het kind in elk geval symptomen op affectief, cognitief en motivationeel terrein moeten vertonen.

Affectief gaat het dan om een sombere, depressieve stemming (weinig oogcontact, zelden lachen, geen expressie op het gezicht), om boosheid en agressief gedrag (schelden, slaan, geïrriteerd prikkelbaar reageren, anderen kwetsen), om verminderde belangstelling en plezierbeleving (hobby's en speelgoed hebben hun belangstelling niet meer), om geringe eigenwaarde (zichzelf waardeloos, oninteressant vinden), om zich ongeliefd voelen (niemand houdt van mij, het gevoel altijd straf te krijgen), om gebrek aan vrolijkheid (humor niet leuk vinden, grapjes worden geïnterpreteerd als voor schut gezet worden) en om zelfmedelijden ("voor het ongeluk geboren").

Cognitief gaat het vervolgens om negatieve zelfbeoordeling (het gevoel het toch niet te kunnen, dom te zijn), zichzelf de schuld geven (zichzelf de schuld geven van onprettige gebeurtenissen), om negatieve beoordeling van de omgeving (de wereld rondom hem of haar ziet er niet rooskleurig uit), om een negatief toekomstperspectief (de toekomst zwart zien), aandachts- en concentratiemoeilijkheden (door onaangename gevoelens en gedachten de aandacht niet bij het werk kunnen houden), besluiteloosheid (moeilijk beslissingen kunnen nemen omdat het toch tot niets leidt) en om steeds terugkerende gedachten (aan de dood).

Motivationeel betreft het motorische vertraging (monotoon en traag praten, langzame reacties) en/of -onrust (druk, impulsief, overbeweeglijk), verminderde motivatie op school (niet graag naar school gaan), zich sociaal terugtrekken (weinig contacten met leeftijdsgenoten, ze observeren liever dan ze meedoen) en regressief gedrag (bedplassen, duimzuigen, met jongere kinderen spelen).

2.3 De primaire kenmerken van depressie.

Bij **kleuters** betreffen deze:

- voortdurende sombere of trieste gelaatsuitdrukking
- uitblijven van de verwachte gewichtstoename
- nergens zin in hebben, apathie, verminderde motorische activiteit

Bij kinderen tussen 6 en 12 betreffen deze:

affectief:

- verdrietige stemming met huilbuien en/of prikkelbare stemming met woede-aanvallen
- zich somber voelen, teneergeslagen, bedrukt en niet meer kunnen genieten van dingen die men vroeger leuk of prettig vond
- duidelijk verminderd gevoel van eigenwaarde
- zelfmedelijden
- gebrek aan vrolijkheid, geen humor

cognitief:

- vaak negatieve gedachten over zichzelf, de omgeving en de toekomst
- nogal eens bezig met dood en doodgaan
- negatieve zelfbeoordeling, zichzelf de schuld geven
- aandachts- en concentratiemoeilijkheden

motivationeel:

- duidelijk verminderde belangstelling voor het leerproces en schoolse activiteiten en daarmee samengaan van verslechtering van de leerprestaties
- afname van belangstelling voor contacten met leeftijdsgenoten, clubs en hobby's
- regressief gedrag (bedplassen, duimzuigen)

Daarnaast zijn er secundaire kenmerken, die bij de eerste aanblik niet doen denken aan een depressie, maar vaak wel het eerste opvallen. Het gaat om lichamelijke pijnen (misselijkheid, hoofdpijn, buikpijn), vermoeidheid, verandering in eetlust en gewicht, slaapstoornissen, omgangs- en leerproblemen, gedragsproblemen en angsten.

2.4 Mogelijke oorzaken van depressie:

- Aanlegfactoren: kinderen van ouders met een depressieve stoornis hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen.
- Negatieve factoren in het leven: b.v. een vroege scheiding tussen kind en ouders, waarna een tekort aan ouderlijke liefde volgde.

- Biochemische factoren b.v. een endocriene stoornis of stoornis bij neurotransmitters.

Bij kinderen tussen 6 en 12 zijn de depressies echter meestal **een reactie op een externe gebeurtenis** die het kind als uiterst stressvol heeft ervaren.

2.5 Signalering en diagnostisering van stemmingsstoornissen

2.5.1 Het klavertje vier van depressie.

We vatten de kenmerken van depressie samen in het "Klavertje vier". Het is een eenvoudig middel om eventueel depressie op te sporen. Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is dan nodig om uit te maken of er echt van depressie sprake is.

De werkwijze is als volgt:

Zodra je het kind voldoende kent, vul je het "Klavertje vier" in.

Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken. Heeft het kind enkele saillante primaire kenmerken, dan kruis je **de knipperende lamp** aan.

Je gaat nu ook de andere drie probleemvelden inventariseren.

Worden ook hier veel kenmerken gesignaleerd, dan kan er sprake zijn van een depressie.

De kinderen voor wie het **droevige gezicht** aangekruist wordt, kunnen, na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen (orthopedagoog, psycholoog).

Raadpleeg tevens de criteria van DSM IV en vul eventueel de genoemde vragenlijst in.

2.5.2 Criteria depressie volgens DSM IV.

De diagnostische criteria voor **depressie in engere zin** zijn:

- depressieve stemming (ook prikkelbare stemming) gedurende het grootste gedeelte van de dag en dit bijna elke dag
- verlies van interesse of plezier in nagenoeg alle activiteiten, het grootste gedeelte van de dag, bijna elke dag
- gewichtsverlies, wisselingen in mate van eetlust en dit bijna dagelijks
- slapeloosheid of erg veel slapen, bijna dagelijks
- vermoeidheid, verlies van energie
- gevoelens van waardeloosheid, irreële schuldgevoelens, bijna dagelijks
- verminderd vermogen na te denken, zich te concentreren of besluiteloosheid
- terugkerende gedachten aan de dood, suïcidegedachten

Minstens vijf van de negen kenmerken dienen aanwezig te zijn. De symptomen veroorzaken een duidelijke belemmering in het functioneren op sociaal en school gebied. Er zijn geen organische factoren. De stoornis is niet op te vatten als een normale reactie op het verlies van iemand of te wijten aan de gevolgen van de inname van medicijnen, drugs.

2.5.3 (Verkorte) depressievragenlijst.

Het betreft hier de DVK (Depressie Vragenlijst voor Kinderen) of de KDVK (verkorte Depressie Vragenlijst voor Kinderen) van de Wit.

De vragenlijst moet door een psycholoog/orthopedagoog geïnterpreteerd worden.

2.5.4 CBCL-lijsten (Child Behavior Checklist)

Dit is een gedragsvragenlijst voor kinderen van 4 tot 18 jaar. Deze lijst wordt ingevuld door ouders/ verzorgers. Met deze lijst kan gedrags- en emotionele problematiek bij kinderen en jeugdigen in kaart gebracht worden. De TRF (Teacher Report Form) is een aangepaste versie voor leerkrachten. De YSR (Youth Self Report) is de versie die door het kind zelf (vanaf 11 jaar) ingevuld kan worden. Deze observatieschalen moeten geïnterpreteerd worden door een psycholoog/orthopedagoog.

2.6 Behandeling van depressie

Het handelen spitst zich niet toe op het kind met het probleem (depressie), maar op de hele situatie waarin het kind zich bevindt. Het gaat om in het gedrag van het kind te ontdekken waar het om vraagt, waar het behoefte aan heeft.

De orthopedagogische hulpvraag van het kind met een depressie is als volgt:

Geef me liefde en warmte, zodat ik me geborgen en veilig kan voelen.

Geef me een aangename en eenvoudige omgeving, waar ik me tegen opgewassen voel en die ik durf te onderzoeken.

Geef me de nodige energie en leer me sociaal vaardig worden zodat ik de strijd met mezelf en de omgeving aankan.

Zorg dat ik voldoende succeservaringen kan opdoen en beloond kan worden, zodat ik op de duur ook minder eenvoudige en minder aangename situaties aankan.

Geef me vooral het gevoel dat ik iets beteken, dat ook ik een waardevol iemand ben. Geef me houvast door me zo min mogelijk te straffen of af te wijzen.

Dan durf ik een klein stapje vooruit te doen om deze wereld te verkennen.

In therapie- vorm zijn er twee soorten behandelingen voor kinderen met een depressie: psychotherapie en medicijnen. De psychotherapie wordt meestal in ambulante vorm gegeven. In eerste instantie heeft de therapie een steunend karakter. De aandacht wordt vooral gericht op de negatieve gedachten: het negatieve zelfbeeld, de negatieve beoordeling van de eigen prestaties en de sombere kijk op de toekomst. Iedere stap in de richting van gezonde initiatieven en vermindering van de negatieve gedachten krijgt waardering (cognitieve gedragstherapie), vanuit een accepterende, bemoedigende houding (Rogers, Gordon). Ook is er vaak ouderbegeleiding. Alleen als het kind niet reageert op therapie en de depressie is ernstig wordt in combinatie met de therapie een antidepressivum gegeven.

2.6.1 Algemene concrete handelingadviezen.

- Het kind moet zich volledig **geaccepteerd** voelen. Meer dan andere kinderen hebben depressieve kinderen behoefte aan liefde, warmte en zich geborgen voelen. Als het kind zich afgewezen voelt als een lastig kind, dan ervaart het kind de situatie als onveilig en onzeker. Niet alle gedrag hoeft hiermee aanvaard te worden. Gedrag kan aanvaard of afgekeurd worden zonder dat het kind als persoon wordt beoordeeld.
- Probeer het probleem van het kind **niet te ontvluchten** door raad te geven of gerust te stellen, maar bevestig hetgeen het kind aangeeft als probleem (je wordt gepest...daar zit je over in). Je laat hiermee het kind merken dat je het belangrijk vindt wat het kind aangeeft.
- Laat het kind merken dat je hem/haar begrijpt door goed te luisteren en je probeert de gevoelens van het kind te **weerspiegelen** (je voelt je geplaagd..., uitgesloten..., je voelt je verdrietig omdat je niet mag spelen met....)
- Je geeft **ik-boodschappen**: je beschrijft het gedrag dat je niet prettig vindt aan het gedrag van het kind, welke invloed het heeft op jou en je beschrijft wat jouw gevoel daarbij is. De manier waarop je verwoordt is heel belangrijk: toon, mimiek enz.
- **Benadrukken** van wat je bij het kind ziet, doe je door "hm.hm" te zeggen of "ja...?" of door een kort woord te herhalen of wat dichterbij te komen of het kind met vragende ogen aan te kijken. Je geeft aan bereid te zijn in te gaan op wat het kind aangeeft als het kind dit wil. Geen verplichting waardoor er minder weerstand komt. Vooral lichaamstaal gebruiken.
- Creëer een **aantrekkelijke** omgeving die de situatie rust en vertrouwen geeft (zachte muziek, een gezellige leeshoek, een mooie aankleding van de klas)
- Geef modelgedrag voor het aanleren van **sociaal inzicht en sociale vaardigheden**. Speel mee en geef het goede voorbeeld.
- Hanteer expliciete methoden en **programma's** op dit gebied: Focus, Denken aan jezelf en de ander, het Blauwe Boek, Pluk enz.
- Activeer en nodig uit bij een **groepsspel**: eerst samen en daarna trek je jezelf terug.
- **Structureer** het speelplaats-gebeuren: wie gaat wat met wie doen? Na het speekwartier evalueren hoe het gegaan is.
- Los **conflicten** op via de stappen van de **geen-verlies-methode** van Gordon.
- Geef het kind **verantwoordelijkheden** in de groep: bij hem/haar kun je komen als de schriften/potloden op zijn, zij/hij is "leesmaatje" enz.
- Met het kind en met de groep kunnen **ontspanningsoefeningen** gedaan worden.

2.6.2 Adviezen met betrekking tot de schoolse vaardigheden.

- **Taken** moeten eenvoudig gemaakt worden: van een lager niveau dan het kind objectief aankan, zodat uitzicht op succeservaringen optimaal kan zijn (b.v. een kind dat best in staat is om over het tiental op te tellen, sommen geven waarbij het tiental niet overschreden hoeft te worden)

- Maak het materiaal extra **aantrekkelijk** zodat er een extra prikkel is om het te verkennen. Het gebruik van poppen b.v. heeft een spelkarakter en spreekt daardoor kinderen erg aan. De beer kan dan de opdracht geven en als je die dan aankan
- **Samen** (met andere kinderen) een taak doen maakt het voor het kind gemakkelijker om de taak aan te durven
- Het **computergestuurd** of **beheersingsleren** biedt voor deze kinderen veel steun. Het kind heeft dan de mogelijkheid om op het gewenst niveau te werken, volgens zijn eigen tempo en beloond te worden wanneer hij een bepaalde hoeveelheid heeft afgewerkt. Een machine kan uitgezet worden, een beoordeling kan stopgezet worden.
- De leerstof moet **stapsgewijs** aangeboden worden.
- Voortdurende, maar vooral te verwachten, **feedback** moet aan het kind aangeboden worden (aangeven wanneer je langs komt lopen). Feedback moet concreet, gedragsgericht zijn: ik zie je goed opletten, dan weet je straks wat je moet doen.
- Stel **positieve verwachtingen** en verwoord deze ook concreet naar het kind b.v. door naar het verleden te verwijzen. Door het stellen van positieve verwachtingen worden negatieve gedachten, waarmee het kind zich diskwalificeert, tegengegaan (ik denk dat je dit lesje over werkwoorden wel kunt maken want dat heb je eerder ook al goed gemaakt)
- **Biedt hulp** niet door voor te doen, maar vooral door het stellen van denkvragen. Hierdoor heeft het kind het idee dat het zelf tot de oplossing is gekomen (wat is volgens jou zeker goed, waarom is het goed, hoe deed je dat?)
- Pas je **instructieniveau** aan het kind aan. Na een groepsinstructie laat je het kind bij je komen en laat je het zelf verwoorden wat en hoe het de taak gaat aanpakken.
- Vraag het kind vooraf naar de **taakbeleving** (vind je het moeilijk?leuk?) en bespreek na afloop of het klopte (was het ook moeilijk?leuk?)
- Vraag het kind vooraf over het **eindresultaat** (zoveel af, zoveel goed/fout) en bespreek dit weer na afloop (en waardoor dit komt: "locus of control")
- Geef van tevoren aan hoe en middels wat het kind **beoordeeld** wordt en wanneer het voor het kind zelf goed of acceptabel is (zelf nakijken, dan kijken of je meer goed hebt dan de vorige keer).
- Als het kind niet uit zichzelf iets durft te vragen, geef het dan een kaartje met een **vraagteken**, dat het kind neer mag leggen.
- Werk met **zelfinstructiekaarten** en **steunkaartjes**, die in principe bij elk vak maar meestal bij één vak tegelijkertijd gegeven worden.
- **Cognitieve attributie** van de problemen: snelle onderkenning en toeschrijving van factoren buiten het kind zijn van groot belang. De mislukking kan dan immers extern geattribueerd worden. (ik heb je te moeilijke sommen gegeven, de tijd was tekort om alles af te hebben, door je leesstoornis lees je langzamer dan andere kinderen enz.).

3. ANGSTSTOORNISSEN

3.1 Wat zijn angststoornissen:

Normale angst is voor kinderen meestal goed te hanteren. Angst kan echter ook zijn doel voorbijschieten door overmatig te zijn en dan verlammend gaan werken. Ook kan angst pathologisch gaan worden zoals bij een sociale fobie of bij schoolweigering.

Stadia van de normale angstontwikkeling:

Leeftijd	soort reactie
0-3 mnd.	fysiologische reacties, niet gebonden aan ding of persoon
3-6 mnd.	schrikreacties, wel gebonden aan ding/persoon
6 mnd.-2 jaar	angst voor vreemden, separatieangst, angst voor vreemde geluiden, voor vreemde omgeving
2-3 $\frac{1}{2}$ jaar	angst voor verlies van de liefde van de ouders, angst voor straf, angst voor dieren, angst voor donker en voor spoken
3 $\frac{1}{2}$ -6 jaar	angst voor verlies van de lichaamsintegriteit, lichamelijke verschijnselen door angst (hoofdpijn, buikpijn)
6 jaar -	gewetensangst, sociale angst. Angst kan geven: regressie, lichamelijke klachten, depressie, tics, bedplassen, prikkelbaarheid
12 jaar en verder	existentiële angst, angst over wereld/milieu, hypochondrische angst, sociale angst, angst over geslachtskenmerken

Angst wordt gedefinieerd als een onplezierig gevoel van beklemming of spanning, gepaard gaande met motorische en fysiologische verschijnselen als reactie op een verwacht of waargenomen gevaar.

Angst heeft dus te maken met anticipatie op gevaar van binnenuit (gedachte aan de tandarts) en van buitenuit (bezoek aan de tandarts). Er zijn drie componenten bij angst te onderscheiden:

- psychologisch: gevoel van beklemming of spanning (gevoel van angst, vrees, zorg)
- motorisch: tremoren, hyperactiviteit, rusteloosheid
- fysiologisch: kortademig, zweten, duizelig, huidreacties, versnelde hartslag.

Bij **angststoornissen** gaat het om een min of meer permanente persoonlijkheidstrek, waarbij met angst in situaties wordt gereageerd, omdat de situaties als bedreigend worden geïnterpreteerd. De angst overschrijdt dan de grens van het normale. De angst is ziekelijk geworden. Het kind wordt door de angst zo in beslag genomen dat het in zijn ontwikkeling bedreigd wordt. Het heeft de neiging om bepaalde situaties te vermijden, waardoor de angst in stand wordt gehouden. Als angst langdurig blijft bestaan, kunnen er allerlei

lichamelijke klachten gaan optreden zoals een gevoel van kortademigheid, buikpijn, duizeligheid enz.

Er worden **verschillende angststoornissen** onderscheiden, waarvan er vijf, de meest voorkomende, worden besproken:

- de **gegeneraliseerde angststoornis** (piekeraars met diverse uitingen van angst, met diffuse angst),
- de **separatie-angststoornis** (een niet meer bij de ontwikkelingsfase passende angst als reactie op het gescheiden raken van degenen aan wie het kind gehecht is),
- de **schoolfobie** (weigering om naar school te gaan),
- de **enkelvoudige fobie** (extreme, irrationele angst voor een specifiek ding, persoon, activiteit, situatie) en
- de **post-traumatische stressstoornis** (angstreactie op een traumatische gebeurtenis).

Deze worden verder beschreven bij de primaire kenmerken.

3.2 De primaire kenmerken van angststoornissen.

3.2.1 De gegeneraliseerde angststoornis.

- **zorgen**: het buitensporig angstige gevoel dat er iets heel ergs staat te gebeuren (met zichzelf, ouders, broers en zussen)
- **rusteloosheid**: relatief onvermogen om zich te ontspannen, nervositeit, gespannenheid
- **somatische symptomen**: vermoeidheid, buikpijn, spierspanning, duizeligheid, concentratieproblemen
- **prikkelbaarheid**: irritatie, soms leidend tot explosief gedrag

Naast deze kernsymptomen vertonen deze kinderen een grote twijfelzucht en daarom doen ze sterk een beroep op hun omgeving om gerust gesteld te worden. Ze hebben snel last van gevoelens van afwijzing, tekort gedaan worden of gekrenkt worden. Het omgaan met de eigen agressie is een groot probleem. Ze zijn voortdurend bezig met de vraag of ze fout zijn geweest. Hetgeen ook weer angst- en schuldgevoelens teweegbrengt.

Deze angststoornissen komen voor bij 2 %; tot aan de adolescentie evenveel jongens als meisjes, daarna meer bij meisjes.

3.2.2 De separatie-angststoornis.

- hevige angst, paniekreacties bij dreigende scheiding van degenen aan wie het kind gehecht is
- aanklampend gedrag
- nachtmerries en angstige fantasieën
- lichamelijke verschijnselen zoals b.v. buikpijn
- inslaapproblemen

Separatie-angst is de meest voorkomende onder de angststoornissen op kinderleeftijd (prevalentie $2\frac{1}{2}$ %).

3.2.3 De schoolfobie.

- weigering om naar school te gaan
- schoolverzuim op grond van irreële angsten voor het naar school gaan
- lichamelijke klachten (hoofdpijn, buikpijn), die toenemen als het kind naar school moet
- panische reacties / agressief gedrag

Schoolfobie is een fobische reactie (met angst en vermijding) op school of op een aspect van de school. Het moet geen onderdeel van de separatie-angststoornis zijn, waar alle separaties met een heftig verzet worden gezien. De diagnose schoolfobie moet losgekoppeld worden van een reële angst voor school door pesten of niet onderkende leerproblemen. Spijbelen wordt gezien als moedwillig schoolverzuim. Schoolweigering kan acuut beginnen of in de vorm van een langzaam toenemende tegenzin om naar school te gaan. Vaak zijn er omstandigheden die het ontstaan van de schoolfobie gemakkelijker maakt: verhuizing, ongeval, overgang naar een leerkracht waar het niet goed mee klikt. Kenmerkend is het volgende verloop: tegen het einde van de zondag vertoont het kind tekenen van angstige spanning. Vervolgens komen er lichamelijke klachten, die toenemen als het kind naar school moet. Bij druk van de ouders neemt de angst toe. Bij het besluit om het kind thuis te houden, nemen de klachten af en kan het zich al snel weer ontspannen bezig houden. Schoolfobie in de pure vorm komt zelden voor: minder dan 1 %.

3.2.4 De enkelvoudige fobie.

- extreme, irreële angst voor een specifiek object, een specifieke activiteit of situatie die resulteert in een sterke neiging tot vermijding van datgene waar de angst mee te maken heeft
- paniekreacties
- zich terugtrekken uit sociaal contact
- geremdheid en angst
- bij jonge kinderen: aanklampend gedrag, huilen of agressie

Je spreekt pas van een fobie als het dagelijks leven er door belemmerd wordt. Op de kinderleeftijd gaat het om angst voor donker, dieren, bloed en dokters. Ook kan er de angst zijn om bekritiseerd, geplaagd of belachelijk gemaakt te worden. Het gaat dan om een sociale fobie. Kinderen met een sociale fobie zijn extreem verlegen. Het omgaan met anderen geeft veel stress en ze zijn extreem bang om afgewezen te worden. Voor vreemden schrikken ze buitengewoon terug. Ze vermijden anderen om er maar niet mee om te hoeven gaan. Sociaal-angstige kinderen wachten altijd het initiatief van anderen af. Pas als hun angst wat minder groot is, spelen ze vaak naast andere kinderen. Ze zijn geïsoleerd van andere kinderen en blijven extreem afhankelijk van familieleden. Ze worden vaak gepest door leeftijdsgenootjes. Er is sprake van bijzonder

weinig zelfvertrouwen. Soms praten kinderen niet of nauwelijks op school of in een andere situatie (het niet willen spreken noemt men **electief mutisme**). Er wordt uitsluitend in een bekende omgeving tegen gezinsleden gesproken. Er is sprake van weigering om tegen vreemden te praten. Direct moet bekeken worden of het gaat om angst of om een zeer sterke koppigheid.

Het electief mutisme is een zeldzame aandoening. Kinderen met dit syndroom begrijpen wat er gezegd wordt en hebben het vermogen om te spreken. Dus geen onvermogen maar een weigering. Naast het mutisme is er ook sprake van emotionele stoornissen. Er worden de volgende eigenschappen bij electief mutistische kinderen gevonden.

- Negativisme en koppigheid. Deze kinderen hebben een ijzeren wil.
- Contacten met vooral moeder is zeer hecht, soms symbiotisch.
- Contacten met anderen kinderen kenmerken zich door terugtrekgedrag en apathie.

De enkelvoudige fobie komt slechts bij 0,5 % voor; meer bij meisjes dan bij jongens.

3.2.5 De post-traumatische stressstoornis (PTS).

Bij een PTS gaat het om een angstreactie op een traumatische gebeurtenis die een dreiging voor het "bestaan" inhield. Het gaat dan om gijzeling, natuurramp, seksueel misbruik, getuige van ernstig geweld, ernstig ongeluk.

- Angsten, zoals voor herhaling van het trauma, voor gewone gebeurtenissen die geassocieerd worden met het trauma, voor de dood
- Stoornissen in de cognitieve functies, zoals flashbacks, hallucinaties en gestoorde tijdbeleving
- Spel met herhalingsmomenten. Het kind herhaalt in het spel actief wat het in de werkelijkheid passief heeft moeten doorstaan
- Herhaling van gedrag: wat het kind heeft doorstaan, wordt zelf vertoond
- Angstige dromen
- Somatische symptomen
- Persoonlijkheidsveranderingen (clownesk, agressief)
- Verhoogde prikkelbaarheid en concentratieproblemen

3.3 Mogelijke oorzaken.

Voor de diverse angststoornissen zijn er de volgende oorzaken:

- a) Aanlegfactoren: kinderen met een zeer angstige ouder hebben meer kans een angststoornis te gaan ontwikkelen.
En de erfelijke aanleg: sommige kinderen reageren met meer angst op bepaalde gebeurtenissen dan andere kinderen.
- b) Omgevingsfactoren: onzekere ouders die hun kind weinig structuur en duidelijkheid aanbieden, ouders met een zeer hoog streefniveau, te nauwe ouder-kind relatie, verstoorde ouder-kind relatie.
- c) Het ervaren van traumatische gebeurtenissen.

Meestal ontbreekt het deze kinderen niet aan goed bedoelde ouderlijke zorg en liefde.

3.4 Signalering en diagnostisering van angststoornissen

3.4.1 Het klavertje vier van angststoornissen.

De kenmerken van de gegeneraliseerde angststoornis worden samengevat in het "klavertje vier". Het is een eenvoudig middel om eventueel angststoornissen op te sporen. Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is dan nodig om uit te maken of er echt van een angststoornis sprake is. De overige angststoornissen kunnen gesignaleerd worden via de primaire kenmerken.

De werkwijze is als volgt:

Zodra je het kind voldoende kent, vul je het "Klavertje vier" in.

Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken. Heeft het kind enkele saillante primaire kenmerken, dan kruis je de **knipperende** lamp aan.

Je gaat nu de andere probleemvelden inventariseren.

Worden ook hier veel kenmerken gesignaleerd, dan kan er sprake zijn van een gegeneraliseerde angststoornis.

De kinderen voor wie het **droevige gezicht** aangekruist wordt, kunnen, na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen (orthopedagoog, psycholoog).

Raadpleeg tevens de criteria van DSM IV en vul eventueel de vragenlijst in.

3.4.2 Criteria angststoornissen volgens DSM IV.

3.4.2.1 DSM-IV Criteria separatie-angststoornis

Alleen voor de sociale fobie en voor de separatie-angststoornis zijn DSM criteria opgesteld.

De diagnostische criteria volgens DSM IV voor de separatie-angststoornis worden als volgt omschreven:

niet bij de leeftijd horende en buitensporige angst om van huis weg te zijn of weg te zijn van diegenen aan wie het kind gehecht is, blijkende uit tenminste drie van de volgende kenmerken:

- aanhoudende en buitengewone angst om diegenen aan wie het kind gehecht is te verliezen of iets kwaads zal overkomen
- aanhoudende en buitensporige angst dat een ongelukkige gebeurtenis zal leiden tot scheiding van een persoon aan wie het kind gehecht is
- aanhoudende tegenzin of weigering naar school of elders te gaan ten gevolge van separatie-angst
- aanhoudende tegenzin of buitengewone angst om alleen thuis te zijn of zonder zeer bekende mensen ergens anders te zijn
- aanhoudende tegenzin/angst om te gaan slapen zonder in de buurt te zijn van diegene aan wie het gehecht is
- terugkerende lichamelijke klachten wanneer scheiding van degene aan wie het kind gehecht is, geanticipeerd wordt of plaatsvindt
- buitengewoon ongenoegen wanneer weggaan van de geliefde persoon plaatsvindt of geanticipeerd wordt

De duur van de stoornis tenminste vier weken.

Het begin van de stoornis is vóór de leeftijd van 18 jaar.
De stoornis veroorzaakt beduidend lijden of verslechtering in sociaal functioneren, schoolfunctioneren, functioneren op andere belangrijke gebieden. Het vindt niet plaats in het kader van een psychotische stoornis of van een stoornis in het autistisch spectrum.

3.4.2.2 DSM-IV Criteria sociale fobie:

De diagnostische criteria van DSM IV voor de sociale fobie zijn:
een hardnekkige angst voor een of meer situaties, waarin iemand blootgesteld wordt aan een mogelijk kritische blik van anderen en de angst dat hij of zij zich op een vernederende manier of verlegen zal gedragen (b.v. niet in het openbaar kunnen spreken, niet in staat op vragen antwoord te geven, trillende handen als men in aanwezigheid van anderen moet schrijven)
Tijdens een bepaald stadium van de stoornis geeft blootstelling aan de specifiek fobische prikkel bijna zonder uitzondering een angstreactie.
De fobische situatie wordt vermeden of doorstaan met intense angst.
Het vermijdingsgedrag interfereert met het werk of met relaties en gebruikelijke sociale activiteiten. Er bestaat duidelijk leed over het hebben van de angst.
De betrokkene is zich bewust van de onredelijkheid of overdrevenheid van de angst.

3.4.3 Vragenlijst voor angst bij kinderen

Oosterbaan / Prins / Harman / Sergeant - Swets en Zeitlingen
De interpretatie moet gedaan worden door een psycholoog/orthopedagoog.

3.5 Behandeling van angststoornissen

Angst- en stemmingsstoornissen verschillen van elkaar voor wat betreft de aard van de stoornis (verschillen in oorzaak, verschillende uitingvormen) als ook de ernst van de stoornis. Voor de aanpak van angst- en stemmingsstoornissen zijn er een aantal gangbare methoden en technieken te hanteren, die vanwege de eigenheid van de problematiek telkens aangepast moeten worden aan het individuele kind. Veelal zal een combinatie van technieken gebruikt worden. Omdat de aanpak in de groep voor kinderen met depressie en met angst niet wezenlijk verschilt, wordt naar de concrete handelingsadviezen van dit hoofdstuk verwezen. Alleen voor de schoolfobie en het electief mutisme worden extra tips voor de school gegeven.
In klassensituaties ben je bij deze kinderen vooral bezig met **competentiegevoel** en het ervaren van **controle**. Daarbij is van belang rekening te houden met het ontwikkelingsniveau van het kind. Bij kleuters is het mogelijk om door positieve reacties prestaties tot een succes te maken, ongeacht het prestatieniveau van het kind ten opzichte van leeftijdsgenootjes (b.v. een makkelijk uitvoerbaar taakje als een puzzel van 6 stukjes). Vanaf groep 4- 5 ongeveer zul je steeds meer moeten gaan uitleggen aan de hand van concrete werksituaties wat de relatie is tussen prestatie en de te controleren factoren,

zoals eigen inzet of gebruikte denkstrategieën. Bij kinderen uit de hoogste groepen kan effect worden verwacht van een gesprek over de eigen mogelijkheden en beperkingen en de invloed van factoren als inzet en motivatie.

De orthopedagogische hulpvraag van het kind met een angststoornis is:

Geef me een liefdevolle en warme omgeving, waar ik me veilig in kan voelen. Accepteer mij als persoon.

Leer mij om angstsituaties niet te vermijden.

Geef me het gevoel dat je mij met mijn angsten begrijpt door er niet over heen te praten of gerust te stellen maar door te bevestigen wat er bij mij leeft.

Stel positieve verwachtingen zodat mijn negatieve gedachten minder worden.

Leer me mij om me te ontspannen.

Geef aan hoe ik mislukking niet altijd toe hoeft te schrijven aan mijzelf, maar ook aan factoren buiten mij.

Samenwerken is voor mij fijner dan alleen.

Regelmatige feedback leert me om stap-voor-stap meer zelfvertrouwen te krijgen.

Zo krijg ik geleidelijk meer ruimte om me te ontwikkelen.

3.5.1 (Ambulante) behandeling bij angststoornissen.

Bij angststoornissen worden vaak de volgende **gedragstherapeutische technieken** toegepast.

- Angstbeheersing: het bieden van hulpmiddelen om in moeilijke situaties de angst beter de baas te kunnen.
- Ontspanningsoefeningen: progressieve ontspanningstraining beginnend bij de situatie waarin het kind ontspannen is naar voor het kind beangstigende situaties (systematische desensitisatie).
- "Emotive imagery": technieken om een tegengesteld gevoel op te roepen in de beangstigende situatie.
- Modeling: leren door imitatie.
- Cognitieve gedragstechnieken, waarbij het kind wordt geleerd eigen irrationele opvattingen om te zetten in ondersteunende alternatieven.

Bij complexere gevallen zullen gedragstherapeutische technieken gecombineerd worden met individuele therapieën (om innerlijke conflicten bewust te maken en te verwerken).

Meer specifiek:

gegeneraliseerde angststoornis en de separatie-angststoornis:

Nadruk op individuele therapie, waarbij het inzicht aangebracht wordt dat angst een reactie is op innerlijke conflicten. Daarnaast gedragstherapie: ontspanningsoefeningen, systematische desensitisatie (geleidelijk minder gevoelig maken) en cognitieve technieken.

schoolfobie:

Centraal staat dat men probeert het kind zo snel mogelijk weer naar school te krijgen. In eerste instantie bestaat de aanpak uit goed voorbereiden van het kind, ouders en de leerkracht. De terugkeer naar school gebeurt via gedragstherapeutische technieken. De vader wordt geïnstrueerd het kind naar school te brengen. Het naar school gaan wordt niet ter discussie gesteld. Ongeacht de tijd die het kind op school doorbrengt, wordt het kind beloond. De tijd op school wordt vervolgens uitgebreid. Het gaat hier om de ongecompliceerde vorm van een schoolfobie. Bij chronische schoolweigering is psychotherapie en gezinstherapie noodzakelijk.

Enkelvoudige therapie:

Hier betreft het gedragstherapie: ontspanningsoefeningen, cognitieve technieken en desensitisatie.

Electief mutisme:

Gedragstherapeutische technieken krijgen op dit moment de voorkeur. Het gaat om:

- **shaping:** ontwikkeling van eenvoudig verbaal gedrag zoals b.v. ja/nee-antwoorden naar complex verbaal gedrag zoals b.v. het houden van een gesprekje waarbij het beloningscriterium steeds strenger wordt.
- **stimulus fading:** het handhaven van een bepaald verbaal gedrag, waarbij de situatie moeilijker wordt zoals b.v. antwoord geven op een vraag van moeder naar een vraag van een vreemde.
- **desensitisatie:** ontspanningsoefeningen en vervolgens moet het kind de ontspanning handhaven in voor het kind geleidelijk oplopende angstsituaties.

Op school kan ook een desensitisatieprogramma uitgevoerd worden waarbij geleidelijk de situatie verandert (aparte ruimte - speelhoek - poppenkast - klas), waarbij de persoon verandert (moeder - broertje/zusje - remedial teacher - kind uit klas - leerkracht) en het verbale gedrag in complexiteit oploopt (ja/nee, rijmspelletje, kort antwoord, vraag stellen).

Het gaat om het vinden van een goede hiërarchie, waarbij pas wordt doorgegaan naar de volgende stap als de betreffende stap bereikt is. Vaak worden er materiële beloningen, zeker aanvankelijk, aan toegevoegd.

Posttraumatische stressstoornis:

Hier is individuele psychotherapie gecombineerd met ouderbegeleiding geïndiceerd. Daarna volgt groepstraining en gezinstherapie. Voor deze problematiek wordt nog wel eens medicijnen gegeven.

4. DWANGVERSCHIJSSELEN

4.1 Wat zijn dwangverschijnselen

Emotionele stoornissen worden onderverdeeld in stemmingsstoornissen (zoals depressie), in angststoornissen en in **dwangverschijnselen**.

Enige mate van ritueel gedrag en bijgeloof wordt bij kinderen als normaal beschouwd; een kind dat niet gaat slapen zonder het gebruikelijke bedritueel, het kind dat met vreemde sprongetjes over de stoep loopt omdat de randjes niet aangeraakt mogen worden, de kleuter die speelgoed dieren in een vaste volgorde in bed legt. Het hindert hen niet, ouders maken zich niet bezorgd en als de kinderen ouder worden, verdwijnt het.

Een hoofdkenmerk van **dwangverschijnselen** is dat er sprake is van een ernstige inbreuk op het elementaire gevoel van vrijheid en de mogelijkheid zelf te kunnen beslissen en kiezen.

De dwangverschijnselen zijn een van de weinige psychiatrische stoornissen die op de kinderleeftijd en in de volwassenheid dezelfde symptomen hebben.

De dwangverschijnselen worden beschreven als **dwangneurose**, als de **obsessief-compulsieve stoornis**. We spreken van een dwangneurose indien er sprake is van:

- **dwanggedachten en dwangvoorstellingen/dwangbeelden (obsessies)**
- **dwanghandelingen (compulsies)**

Obsessies veroorzaken angst, **compulsies** voorkomen of verminderen angst.

Definitie:

Er wordt gesproken van een dwangneurose, indien er sprake is van dwanggedachten of dwanghandelingen, die uitgesproken leed veroorzaken en betrokkene veel tijd kosten (meer dan een uur per dag) zij hebben het gevolg, dat hierdoor het normale gedrag, werk, schoolse activiteiten, of relaties met anderen niet normaal doorgang kunnen vinden.

Kenmerkend voor deze dwangverschijnselen is, dat de oorsprong van de handelingen of van de gedachten als buiten de eigen wil liggend en als ongewenst en onplezierig wordt beleefd.

4.1.1 Dwanggedachten en dwanghandelingen

Dwanggedachten zijn steeds terugkerende, meestal akelige gedachten, die door het kind als niet bij hem horend worden ervaren, b.v. ik vermoord mijn moeder, er gebeurt een ongeluk.

Het kan ook excessief piekeren, twijfelen zijn, of zich steeds opdringende gedachten, voorstellingen en fantasiën.

De volgende obsessies komen voor:

- agressieve dwangvoorstellingen (angst om anderen of zichzelf te verwonden)
- smetvrees
- seksuele dwangvoorstellingen

- gedachten waarin de behoefte aan symmetrie, geluks- en ongeluksnummer of volgorde een rol speelt

Dwanggedachten worden meestal als zinloos en hinderlijk ervaren. Vaak worden kinderen er angstig van. Ze proberen deze gedachten op de een of andere manier te neutraliseren.

Hiervoor kunnen ze goede gedachten gebruiken of dwanghandelingen gaan uitvoeren. Een voorbeeld: een jongen was bang dat hij op iemand zou gaan lijken als hij in gedachten het beeld van een onvriendelijke, lelijke jongen voor zich had. Het zou niet gebeuren als hij het beeld van een aardige, knappe jongen voor zich had.

Dwanghandelingen worden niet zomaar uitgevoerd. Ze zijn secundair aan dwanggedachten of aan andere angsten en zijn handelingen die op ritualistische, repetitieve wijze worden uitgevoerd. Er zijn vele **vormen** van dwanghandelingen. De meest voorkomende zijn:

- handen wassen/schoonmaken
- tellen
- controleren
- vragen stellen
- geruststelling vragen
- rituelen
- herhalen

Het handen wassen gebeurt bovenmatig veel en wordt ook nog op rituele wijze uitgevoerd. Veel kinderen tellen erbij. Er bestaat vaak een goed getal, waarmee alles afgehandeld moet worden en slechte getallen, die vermeden moeten worden. Het controleren betreft meestal deuren, ramen, lichtknopjes en gastoeistellen. Sommige kinderen stellen vooral vragen, veelal aan de ouders. Het kunnen controlevragen zijn (is het licht wel uit?, is de deur wel goed op slot?) maar ook diepzinnige vragen als (hoe is de wereld ontstaan?, waarom leven we?). Het kind is nooit tevreden met het antwoord. Ook het op rituele wijze uitvoeren van bepaalde handelingen komt bij kinderen veel voor.

Voorbeelden zijn: de schooltas op dezelfde wijze inpakken, de trapleuning juist wel of niet aanraken, kleren in een vaste volgorde en combinatie aantrekken, snel uit een stoel moeten opstaan, niet op de drempel mogen staan.

Dwanghandelingen dienen een **doel**: het neutraliseren van angsten.

De meest met dwanghandelingen geassocieerde angsten zijn: er gebeuren ongelukken, mensen krijgen ruzie, ik doe andere mensen iets aan, het gaat niet goed op school, ik word vies of maak andere mensen vies, ik raak besmet.

De angsten kunnen soms heel hevig zijn en de dwangrituelen moeten uitgevoerd worden als enige middel om de angsten te doen afnemen. De dwanghandelingen worden niet uitgevoerd omdat ze prettig zijn, maar om een gevoel van rust en opluchting dat daarna optreedt. Wanneer een kind belet wordt in het uitvoeren van de dwanghandelingen, ontstaat er sterke angst of agressie. Een meisje raakt steeds een lantaarnpaal aan. Anders krijgen haar ouders een ongeluk. Als

het haar belemmerd wordt een lantaarnpaal aan te raken kan ze in een panische angst terecht komen.

De symptomen kunnen **uitputtend** zijn. Het meisje dat de kamer moet dweilen als er niemand aanwezig is: midden in de nacht staat ze op om de vloer te dweilen.

De dwangsymptomen hebben ernstige gevolgen voor het **algehele functioneren**. B.v. als het maken van huiswerk niet goed mogelijk is of het naar school gaan. Regelmatig zie je dat kinderen de dwangverschijnselen niet vertonen op school, maar ze "opsparen" om bij thuiskomen de dwanggedachten of -handelingen "in te halen". Ze vallen vaak op door overaangepastheid. Ze **vermijden** vaak activiteiten om de ellende van dwanghandelingen te ontlopen; ze sluiten zelf de deur niet om maar niet te hoeven controleren.

Een vaak genoemde bijzonderheid is dat de kinderen de problemen zo lang mogelijk voor zich houden, uit schaamte voor hun wonderlijke angsten en gedragingen. De handelingen worden **verborgen** gedaan. B.v. wasdrang, vaak naar de WC gaan. Zijn de problemen eenmaal bekend, dan worden de ouders en de andere gezinsleden er duidelijk bij betrokken.

Soms op straffe van gil- en schreeuwpartijen moeten ze b.v. antwoord geven op steeds dezelfde vragen.

Over de **oorzaken** is weinig met zekerheid bekend (erfelijkheid, biologische factoren, problemen in het gezin enz.). Voor een effectieve behandeling is dit ook niet noodzakelijk.

Wel is kennis van andere spanningen en problemen in het leven van het kind belangrijk.

Deze stoornis **komt niet** veel **voor**. Er zijn wel meer jongens dan meisjes, die hier last van hebben. Een onderzoek gaf aan: 0,35% van kinderen en jeugdigen van 12 tot 22 jaar. Maar: veel kinderen verbergen deze problemen. Het kan dus best meer zijn. Als beginleeftijd wordt rond het tiende jaar gemeld; daarvoor is uitzonderlijk.

4.1.2 Dwanghandelingen versus andere gelijkende stoornissen

Er moet onderscheid gemaakt worden met andere problematieken zoals stoornissen in de impulscontrole. Het gaat hierbij om zaken als teveel eten, snoepen, gokken. Hierbij is geen sprake van angst. Er wordt juist plezier aan de bezigheid beleefd. De ellende komt pas achteraf. Bij de dwangneurose ligt dit net andersom.

Kinderen met Gilles de la Tourette kunnen ook dwangverschijnselen hebben. Hier komt de onweerstaanbare dwang om woorden te uiten niet voort uit angst, uit bezorgdheid of uit paniek. Ze beleven bij hun dwang een gevoel van opwinding of plezier.

Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis kunnen dwangmatig handelen. Ze doen dit vanuit een gestoord sociaal snapvermogen. Op steeds dezelfde manier handelend, in een vaste structuur, kunnen zo sociale situaties

overzien en in de hand houden. Ook is het een manier om met alle prikkels, die ze niet kunnen selecteren, om te kunnen gaan.

Bij dwangneurose is er geen sprake van een sociale stoornis en van een informatieverwerkingsstoornis.

4.2 Signalering en diagnosticering

4.2.1 Het klavertje vier

We vatten de kenmerken van dwangverschijnselen samen in het "Klavertje Vier". Het klavertje vier" is slechts een eenvoudig middel om eventuele stemmingsstoornissen op te sporen.

Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is dan nodig om uit te maken of er echt wel een stemmingsstoornis in het geding is.

De werkwijze is als volgt:

Zodra je het kind voldoende kent, vul je het "klavertje vier" in.

Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken. Heeft het kind enkele saillante primaire kenmerken, dan kruis je de **knipperende lamp** aan.

Je gaat nu de andere drie probleemvelden inventariseren.

Worden ook hier veel kenmerkenesignaleerd, dan kan er sprake zijn van een stemmingsstoornis.

De kinderen voor wie het **droeve gezichtje** aangekruist wordt, kunnen, na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen (verwijzing GGZ).

Raadpleeg tevens de criteria vanuit de DSM IV en vul eventueel de CBCL in.

4.2.2 DSM IV-criteria

A) Er zijn ofwel dwanggedachten ofwel dwanghandelingen:

Dwanggedachten:

1. terugkerende en hardnekkige ideeën, gedachten, impulsen of voorstellingen, die, tenminste in het begin, beleefd worden als zinloos en opgedrongen;
2. betrokkene probeert deze gedachten of neigingen, te onderdrukken, of te neutraliseren door een andere gedachte of handeling;
3. betrokkene is zich ervan bewust dat de obsessies het product zijn van zijn of haar eigen geest en niet van buitenaf zijn binnengebracht;
4. de gedachten, drang of beelden zijn niet slechts zorgen over problemen die werkelijk aanwezig zijn.

Dwanghandelingen:

1. zich herhalend, opzettelijk en doelgericht gedrag dat in een reactie op een dwanggedachte wordt uitgevoerd of volgens bepaalde regels of op een stereotype manier;
2. het gedrag heeft tot doel een te vrezen situatie te neutraliseren of ongemak te voorkomen; de activiteit heeft geen realistische

samenhang met de bedoeling iets te neutraliseren of is duidelijk buitensporig.

3. betrokkene is zich bewust dat zijn of haar gedrag overdreven of onredelijk is.

B) De dwanggedachten of dwanghandelingen veroorzaken uitgesproken leed, zij kosten betrokkenen veel tijd of komen in botsing met het normale gedrag, de school of de gebruikelijke sociale activiteiten van betrokkene.

4.2.3 CBCL-lijsten (Child Behavior Checklist)

Dit is een gedragsvragenlijst voor kinderen van 4 tot 18 jaar. Deze lijst wordt ingevuld door ouders/verzorgers. Met deze lijst kan gedrags- en emotionele problematiek bij kinderen en jeugdigen in kaart gebracht worden. De TRF (Teacher Report Form) is een aangepaste versie van de CBCL voor leerkrachten. De YSR (Youth Self Report) is ook een aangepaste versie van de CBCL, die ingevuld wordt door het kind zelf vanaf 11 jaar. Deze observatieschalen moeten, na invullen, geïnterpreteerd worden door een psycholoog/orthopedagoog.

4.3 Behandeling van dwangverschijnselen

Het begeleiden van een kind met een dwangneurose is het werk van specialisten. Voor school is het wel van belang om te weten wat psychotherapie voor dit kan betekenen.

Orthopedagogische hulpvraag:

Ik ben een gewoon kind met bijzonder gedrag en bijzondere gedachten.

Ik denk heel vaak aan alles wat er fout kan gaan.

Niet zomaar fout maar dat alles heel slecht kan aflopen.

Bij mij, mijn famielie en mijn vriendjes.

Zal mijn vader morgen geen auto-ongeluk krijgen?

Wordt mijn broertje door een brommer overreden?

Als ik naar voetbal fiets, komt er dan geen enge man op mij af?

Zal mijn vriendje gepest worden met zijn nieuwe jas?

Kan ik op school die sommen wel maken of lachen mijn klasgenootjes mij uit?

Vaak ga ik dan maar iets doen, om niet steeds aan die akelige dingen te denken. Ik controleer de deuren van de auto of ze wel op slot zijn.

Ik was mijn handen en mijn gezicht steeds.

Als ik niet op de lijnen van de stoeptegels loop, zal er niets met mijn vader gebeuren. Iets in mij, een stem, zegt mij dat ik dat moet doen. Hierdoor kan ik me niet goed concentreren op school, loop ik vaak naar de WC, ga ik vaak bij mijn broertje kijken of alles goed is.

Heb begrip voor mijn moeilijkheden.

Accepteer mij als persoon.

*Laat toe dat ik even iets anders ga doen. Anders raak ik in paniek. Maar leer mij wel dat ik de dwanghandelingen steeds minder vaak doe, leer me ontspannen.
Langzamerhand zullen de gedachten mij minder angstig maken, zal ik minder dwangmatig zijn en hou ik meer tijd over voor school.*

Hierbij worden genoemd de gedragstherapie en medicatie, waarbij de eerste meer effect bleek te hebben, ook jaren na afsluiting van de therapie. Medicatie wordt gegeven ter ondersteuning van individuele therapie.

Binnen de gedragstherapie zijn twee aanpakken zeer belangrijk:

- **"exposure"**: het jezelf blootstellen aan de situaties die dwang oproepen. Dit kan in de verbeelding (imaginaire exposure) en in het echt (exposure in vivo), waarbij het laatste meer effect heeft. Gradueel is beter dan de harde methode "flooding". De angst die een situatie oproept moet uitdrukkelijk ervaren worden tot deze afneemt.
- **"responspreventie"**: steeds één van de handelingen, die dan het minst moeilijk leek, helemaal niet meer doen.

Na oefening in de therapie wordt dit thuis gedaan in overleg met de ouders. Wekelijks komt het kind terug om te kunnen volgen hoe het kind met de opdracht omgaat en of het vorderingen maakt.

Hieraan wordt een **beloningssysteem** gekoppeld: als er minder tijd wordt besteed aan de dwanghandelingen en minder herhalingen worden toegelaten, wordt er een beloning aan het kind gegeven. Aan de ouders wordt gevraagd om niet mee te helpen de dwanghandelingen uit te voeren, het kind te stimulerende oefeningen thuis goed te doen en om het achterwege laten van de dwanghandelingen te belonen. Doordat ouders het dwanggedrag niet meer bekrachtigen (geen aandacht meer besteden), treedt **extinctie** op (uitdoving). In de individuele therapie wordt het kind geleerd vaardiger in het omgaan met situaties die angst oproepen door **lichamelijke ontspanning**, door **concentratieoefeningen** (aandacht verplaatsen) en door het oefenen van **sociale vaardigheden**.

Cognitieve gedragstherapie wordt eveneens gehanteerd: door de "ramp" die kan gebeuren echt onder ogen te zien, te beredeneren en naar adequate "copingsmechanismen" te zoeken.

B.v. door uit te zoeken wat het beste gedaan kan worden als ontdekt wordt dat er echt een inbreker in huis is.

Ouders worden geholpen in hun omgang met het kind, zodat deze prettig(er) verloopt. Er wordt gevraagd om nieuwe gezamenlijke activiteiten te doen in de actiesfeer. Dwangmatig piekeren kan ge-**"her-etiketted"** worden als "denken over echt belangrijke dingen van het leven".

5. KLAVERTJE VIER

5.1 Stemmingsstoornissen



Primaire kenmerken:

- ☐ Verdrietige stemming, prikkelbaar
- ☐ Sombere, bedrukt, terneergeslagen
- ☐ Niet meer kunnen genieten
- ☐ Negatieve gedachten over zichzelf
- ☐ Bezig zijn met dood / doodgaan
- ☐ Weinig gevoel van eigenwaarde
- ☐ Afname belangstelling leerstof
- ☐ Afname contacten leeftijdsgenootjes

Cognitieve kenmerken:

- ☐ Negatieve zelfbeoordeling
- ☐ Zich schuldig vinden
- ☐ Negatief oordeel over omgeving
- ☐ Negatief oordeel over toekomst
- ☐ Aandachts-/concentratieproblemen
- ☐ Besluiteloosheid
- ☐ Terugkerende doodsgedachten

Affectieve kenmerken:

- ☐ Sombere, gedrukte stemming
- ☐ Boosheid, agressie
- ☐ Geringe eigenwaarde
- ☐ Zich ongeliefd voelen
- ☐ Huilen
- ☐ Gebrek aan vrolijkheid
- ☐ Zelfbeklag/-medelijden

Secundaire kenmerken:

- ☐ Lichamelijke pijn
- ☐ Vermoeidheid
- ☐ Minder of geen eetlust
- ☐ Slaapproblemen
- ☐ Angsten
- ☐ Leerproblemen
- ☐ Omgangsproblemen (gepest)
- ☐ Gedragsproblemen
- ☐ Sociale isolatie
- ☐ Regressief gedrag



5.2 Angststoornissen



Primaire kenmerken:

- ☐ Zorgen over toekomstige gebeurtenissen
- ☐ Rusteloosheid, nervositeit
- ☐ Lichamelijke symptomen
- ☐ Concentratieproblemen
- ☐ Prikkelbaarheid, irritatie

Cognitieve kenmerken:

- ☐ Zorgen over wat er gaat gebeuren
- ☐ Twijfelzucht
- ☐ Concentratiemoeilijkheden
- ☐ Besluiteloosheid
- ☐ Zich schuldig voelen
- ☐ Veelvuldig piekeren
- ☐ Creëren van vermijdingsgedrag
- ☐ Zich bewust van de onredelijkheid van de angst

Affectieve kenmerken:

- ☐ Angst, paniek bij specifiek object, situatie
- ☐ Zich ongeliefd voelen
- ☐ Gering zelfvertrouwen
- ☐ Zich afgewezen voelen
- ☐ Zich tekort gedaan voelen
- ☐ Onzelfstandig gedrag
- ☐ Gespannenheid

Secundaire kenmerken:

- ☐ Slaapproblemen
- ☐ Agressief gedrag
- ☐ Explosief gedrag
- ☐ Leerproblemen
- ☐ Vermoeidheid
- ☐ Spierspanning
- ☐ Motorische onrust
- ☐ Vermijden van drukke situaties
- ☐ Makkelijk blozen



**Primaire kenmerken:**

- ☐ Dwanggedachten
- ☐ Dwangbeelden
- ☐ Dwanghandelingen
- ☐ Rituelen

Cognitieve kenmerken:

- ☐ Normaal begaafd
- ☐ Presteren onder hun niveau
- ☐ Gericht op details
- ☐ Strakke organisatie en planning

Affectieve kenmerken:

- ☐ Angstig
- ☐ Onzeker
- ☐ Agressief
- ☐ Paniekaanvallen
- ☐ Gespannen
- ☐ Dwingend

Secundaire kenmerken:

- ☐ Concentratieproblemen
- ☐ Leerproblemen
- ☐ Vermoeidheid
- ☐ Veel aandacht vragen middels dwingend vragen stellen
- ☐ Vermijdingsgedrag zoals vaak naar de WC



6. LITERATUUR bij emotionele stoornissen
(angst, depressie, dwang)

Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Prof. Dr. J.A.R. Sanders-Woudstra e.a.

Van Gorcum, Assen/Maastricht 1993.

Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Behandeling en begeleiding.

Prof. Dr. F. Verhey e.a.

Van Gorcum, Assen 1996.

DSM IV.

American Psychiatric Association,

Swets, Lisse 1995

Kinderen met een depressie, een orthopedagogische aanpak.

F. de Fever en M. Coppens

Acco, Leuven/Amersfoort 1997

Depressieve stoornissen.

C.A.M. de Wit

Acco, Amersfoort 1987.

Inleiding in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

F.C. Verhulst

Van Gorcum, 1997

Behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten.

C.A.M. de Wit, C. Braet, T. Snaterse

Swets en Zeitlinger 2000

Kinderen en jongeren met een depressie.

T. Braans en T. Talma

Amsterdam, Boom, 1999