

1 **JGZ-richtlijn Angst**

2 **Colofon**

3 Autorisatie:

4 Inhoudelijk door de AJN, V&VN vakgroep Jeugd en NVDA

5 Randvoorwaardelijk door ActiZ en GGD-Nederland

6

7 Publicatiedatum:

8

9 Richtlijnontwikkelaar: Trimbos-instituut

10

11 Hoofdauteurs: Linda Bolier, Paula Speetjens, Henny Sinnema (projectleider)

12

13 Werkgroep/auteurs: Josette Bijlsma (AJN), Gwen Dieleman (NVvP), Anneke Driessen-
14 Smits (V&VN vakgroep Jeugd), Josine van Hamersveld (ADF Stichting), Noortje van den
15 Ingh-Bijlsma (GGDNOG), Wike Lijs (voorzitter), Yael Meijer (NIP), Marjo van der Vegte
16 (GGDNOG)

17 Adviesgroep: Frits Boer (emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie AMC), Chaja
18 Deen (NJI), Ingrid van Dijk (NVK), Marion Kraaier (AJN)

19

20 Informatiespecialist: Angita Peterse, Trimbos-instituut

21

22 Redactie: Kristien Harmsen, Trimbos-instituut

23

24

25

26

27 Deze richtlijn is gefinancierd door ZonMw

1 Introductie

Angst hoort bij een normale ontwikkeling, het is een basis-emotie en hoeft als zodanig geen psychisch probleem te zijn. Daarentegen is een angststoornis een van de meest voorkomende psychische problemen onder jeugdigen. Een angststoornis komt voor bij 2,5% van de jonge kinderen (2-3 jaar) en loopt op tot 12% bij jeugdigen van 18 tot 24 jaar. De JGZ heeft een belangrijke rol in de signalering en begeleiding en daarvoor dient de JGZ-professional onderscheid te kunnen maken tussen normale angst, problematische angst of een angststoornis. De richtlijn is een leidraad voor JGZ-professionals om samen met de individuele jeugdige (en ouder) de juiste afwegingen te maken. Doel van de richtlijn is het ondersteunen van het handelen van de JGZ-professional bij voorlichting, preventie, signalering, ondersteuning en indien nodig toeleiden naar andere zorg bij angst.

Daar waar ouders staat geschreven, kan ook verzorgers of naasten worden gelezen.

14 Belangrijkste thema's

15 1.Herkennen van angst

- 16 - Normale angst
- 17 - Problematische angst
- 18 - Angststoornissen
- 19 - Wat is normale en wat problematische angst per ontwikkelingsfase?
- 20 - Wat zijn kritische leeftijdsfases voor angst?

21 2.Risico- en beschermende factoren

- 22 - Risicofactoren
- 23 - Beschermende factoren
- 24 - Onderscheid in risico- en beschermende factoren per ontwikkelingsfase
- 25 - Risicofactoren en beschermende factoren die samenhangen met
- 26 sociaaleconomische status, etniciteit en geslacht

27 3.Signaleren

- 28 - Stappen in het signaleringproces van problematische angst of een
- 29 angststoornis
- 30 - STAP 1 Herkennen van signalen van angst
- 31 - STAP 2 Angstspecifieke anamnese afnemen en ernst vaststellen
- 32 - Benodigde competenties

33 4.Interventies

- 34 - Minimale interventies voor jeugdigen met angst en hun ouders
- 35 - Voorlichting en advies voor jeugdigen met angst en hun ouders
- 36 - Kortdurende begeleiding
- 37 - Geïndiceerde preventieve interventies
- 38 - Minimale interventies voor etnische minderheden, lager opgeleide
- 39 groepen en jongens/meisjes met angst
- 40 - Interventies en maatregelen op school

41 5.Toeleiden naar andere zorg en samenwerken in de keten

- 42 - Taken en rollen betrokken zorgverleners

- 1 - Verdeling taken en rollen tussen betrokken zorgverleners en ouders van
- 2 jeugdigen

1. Herkennen van angst

Inleiding

Normale angst, problematische angst en angststoornissen

Angst is een van de meest voorkomende psychische problemen en gediagnosticeerde stoornissen onder jeugdigen (Boeting, Ferdinand, Barrett, & Dadds, 2002; Lépine, 2002). Er bestaat een continuüm van normale angst naar problematische angst, tot een angststoornis.

Normale angst komt voor in stressvolle situaties en kan nuttig zijn bij gevaar.

Problematische angst onderscheidt zich van de angststoornis, doordat er geen beperkingen zijn in het sociaal functioneren en de uitingsvorm van de angst past bij de leeftijd. Angststoornissen worden gekenmerkt door de aanwezigheid van hevige en chronische angst die een ernstige belemmering vormen in het dagelijks leven. Of kinderen en jongeren een angststoornis ontwikkelen, hangt af van een samenspel van beschermende factoren en risicofactoren. De meest voorkomende angststoornissen bij jeugdigen zijn: scheidingsangst of separatieangststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en specifieke fobie.

Om de juiste hulp te bieden is het van belang om normale angst te kunnen onderscheiden van problematische angst of van een volledig ontwikkelde angststoornis.

1. Aanbevelingen

- De JGZ-professional heeft kennis van normale angst in de verschillende leeftijdsfasen van de jeugdige.
- De JGZ-professional kan problematische angst onderscheiden van normale angst.
- De JGZ-professional herkent de ontwikkeling van een angststoornis. Is alert als de signalen van angst toenemen, ze voorkomen op meerdere levensgebieden (thuis, school etc.), de signalen lang duren en wanneer de problemen leiden tot disfunctioneren.
- De JGZ-professional is alert op angstsignalen bij verschillende problemen, zoals verlegenheid, schoolverzuim, chronisch lichamelijke aandoeningen en verslaving.
- De JGZ-professional is alert op angstsignalen als gevolg van ingrijpende gebeurtenissen. Denk hierbij ook aan kindermishandeling en huiselijk geweld.
- De JGZ-organisatie zorgt voor scholing van de JGZ-professional op het gebied van angst.

2. Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen

- Wat zijn signalen van angst bij kinderen van 0-19 jaar?
- Wat is normale en wat afwijkende angst per ontwikkelingsfase? (deze kunnen dienen als criteria/signalen voor doorverwijzing)
- Wat zijn kritische leeftijdsfases voor angst?

3. Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

Normale angst

Elke jeugdige heeft soms last van angst. Het kind kan ergens van schrikken of is bang voor het donker, monsters onder het bed of uit logeren gaan. Angst is normaal in stressvolle situaties en kan zelfs nuttig zijn om te waarschuwen bij gevaar. Op jonge leeftijd zijn de objecten van angst vaak concreet en van alle dag, bijvoorbeeld angst voor een spin of dat mama weggaat. Op latere leeftijd kunnen de objecten abstracter en geïnternaliseerd zijn, bijvoorbeeld angst voor een mogelijke overstroming of de mening van de groep (Dieleman & Dierckx, 2014).

Angst kan zich op verschillende manieren uiten en de uitingsvorm is afhankelijk van het temperament en karakter van een jeugdige. Angst kan op de volgende manieren waargenomen worden:

- Psychologisch in de vorm van affect (bijvoorbeeld gevoel van angst),
- Als cognitie (bijvoorbeeld het idee dat je iets kan overkomen),
- Motorisch (bijvoorbeeld trillen, hyperactiviteit),
- Fysiologisch (bijvoorbeeld verhoogde hartslag, zweten) (Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, & Eijgenraam, 2009).

Vignet **normale angst**

Colin is bijna vier. Al vanaf dat hij kan lopen, is hij regelmatig bang van honden en katten die onverwacht zijn pad kruisen. Als dreumes en peuter kon hij dan behoorlijk schrikken, terugdeinzen en zich vastklampen aan het been van mama of papa. Soms moest hij ook even huilen en wilde opgetild en getroost worden. Wanneer de hond of kat weer verder was gelopen, nam de angst direct af en normaliseerde Colins gedrag weer. Nu hij bijna vier is, lijkt de angst af te nemen en wil hij zelfs graag spelen met de jonge kittens van de burens. Hij heeft geleerd dat hij niet bang hoeft te zijn voor honden en katten en kan deze dieren nu rustig benaderen.

Signalen van (normale) angst per leeftijdsfase

Signalen van normale angst zijn veelzijdig en verschillend per leeftijdsfase en per kind en kunnen in elkaar overlopen. Culturele achtergrond en geslacht kunnen van invloed zijn op het uiten van signalen. Zo verbergen jongens angstgevoelens meer dan meisjes, wat kan leiden tot het vermijden van de ervaren angstige situatie of juist tot overschreeuwend gedrag (Konijn et al., 2009).

De signalen van angst zijn hieronder per leeftijdsfase beschreven.

Baby (0-12 mnd)

Voor baby's kunnen harde geluiden, verliezen van steun, of plotseling toenadering bronnen van angst zijn. Een jonge baby (0-6 maanden) die schrikt van een hard geluid kan de armpjes uitslaan zoals getest wordt bij de zogenoemde Mororeflex, kan een pruillip opzetten, trillippen krijgen en gaat dan meestal huilen (Boer, 2011). Een iets oudere baby zal naast de voorgenoemde huilreactie ook actief, door te kruipen of door middel van oogcontact, op zoek gaan naar de gehechtheidspersoon (veelal moeder of vader of bekende verzorger) voor troost en nabijheid. Ook kan een verstilling ofwel freeze optreden. Een kind reageert dan niet op de omgeving maar vertoont een verstijfd lichaam.

Vanaf de tweede helft van het eerste levensjaar kan het kind angstig reageren wanneer het gescheiden wordt van verzorgers. Deze zogenoemde scheidingsangst is normaal in de ontwikkeling, vanaf het moment dat een kind vreemden van bekenden kan onderscheiden. Andere normale bronnen van angst kunnen hoogte/diepte, onbekende voorwerpen en geluiden zijn (Boer, 2011; Dieleman & Dierckx, 2014).

Peuter (1-4 jaar)

In de peuterfase kunnen natuurverschijnselen zoals water en storm (1-2 jaar), dieren en het zien van bloed (2-4 jaar) bronnen van angst zijn (Boer, 2011; Dieleman & Dierckx, 2014).

De specifieke angst, angst voor een bepaald object of een situatie, is normaal voor de kinderleeftijd. De angst bij jonge peuters (1-2 jaar) wordt vaak geuit door gillen en huilen waarmee ze aangeven nabijheid te willen van hun gehechtheidspersoon. Daarnaast kunnen signalen van aarzeling, terugtrekkende beweging, een verstijvend lichaam (freeze), naar beneden getrokken mondhoeken zichtbaar zijn. Deze bewegingen maken peuters om uiting te geven aan het gevoel van angst die ze nog niet altijd kunnen verwoorden. Hoe ouder en verbaalder kinderen worden, hoe beter ze kunnen aangeven dat ze bang zijn en waar ze bang voor zijn (2-3 jaar), en hoe minder ze fysieke uitingsvormen vertonen.

Ook kunnen flinke driftbuien, uitbarstingen en voor het kind ongebruikelijk broekplassen optreden als angstreactie op bijvoorbeeld een (naderende) scheiding van de gehechtheidspersoon (meestal moeder of vader). Scheidingsangst kan ook op deze leeftijd nog voorkomen.

Basisschoolleeftijd (4-12 jaar)

Angst voor een bepaald object of een situatie is normaal voor kinderen in de basisschoolleeftijd, bijvoorbeeld voor het donker of voor verlies van lichamelijke integriteit als een kind naar de dokter of kapper gaat. Observeerbare uitingen van angst bij kleuters zijn onder andere klampend gedrag vertonen, huilen, ontwijken van het object of de situatie die angst oproept, broekplassen, en storend gedrag tot soms zelfs

1 drift- en agressieve buien aan toe. De oorzaak van angst verandert, van een duidelijk
2 aanwijsbaar voorwerp of gebeurtenis naar meer abstracte, mogelijk denkbeeldige
3 gebeurtenissen. Denk hierbij aan heksen en monsters, de dood of dode mensen. Een
4 kleuter zal deze angst niet alleen fysiek laten blijken maar ook op kinderlijk niveau
5 kunnen verwoorden (Boer, 2011; Dieleman & Dierckx, 2014).
6 Naarmate kinderen ouder worden kunnen ze zich meer een voorstelling maken van de
7 toekomst waardoor angst bij anticipatie op wat komen gaat, kan ontstaan. Deze angst
8 kan zich uiten in het zorgen maken over iets. Oudere kinderen kunnen beter fantasie
9 (spoken) onderscheiden van realiteit, maar dat wil niet direct zeggen dat de angst
10 hiervoor altijd verdwijnt (Boer, 2011). Andere bronnen van angst kunnen zijn
11 zelfveroordeling (rond 6 jaar), beoordeling door leeftijdsgenoten, falen bij prestaties,
12 anticipatie op nare gebeurtenissen (zoals bedenken dat de ouders zouden kunnen gaan
13 scheiden) (6-12 jaar).

15 *Overige overweging*

16 In de praktijk wordt angst bij kinderen bijvoorbeeld ook gezien als de ouders gaan
17 scheiden, of als de ouders veel ruzie maken, en het kind bang is een van de beide ouders
18 te verliezen. Deze angst kunnen kinderen uiten in: slecht inslapen, vaak 's nachts wakker
19 worden, regressie in gedrag zoals weer gaan bedplassen, fysieke symptomen zoals
20 buikpijn, hoofdpijn, of niet meer spreken in bepaalde sociale situaties terwijl zij wel
21 kunnen spreken en de taal goed begrijpen (selectief mutisme). Ook kunnen kinderen
22 clownesk gedrag tonen wanneer zij sociaal angstig zijn.

24 **Adolescentie (12-19 jaar)**

26 Uit de longitudinale studie TRAILS blijkt dat voor de meerderheid van de adolescenten
27 vanaf het tiende levensjaar het aantal angstsymptomen licht afneemt om vanaf het 15de
28 levensjaar weer licht toe te nemen (van Oort, Ormel, & Verhulst, 2012). Vanuit een
29 evolutionair gezichtspunt kan worden verondersteld dat een lager angstniveau jonge
30 pubers beter in staat stelt tot het exploreren, dat bij deze fase vaak wordt gezien.
31 Er is een groep die juist meer angstsymptomen rapporteert in het begin en midden van
32 de adolescentie dan in de pre- en late adolescentie. Een kleine groep meisjes vertoont
33 een sterk toenemend aantal angstsymptomen en een groep jongens een afnemend
34 aantal angstsymptomen. Deze afwijkende ontwikkelpatronen hangen samen met een
35 hogere lifetimeprevalentie van angststoornissen (van Oort et al., 2012).

37 De adolescentie is een periode waarin de jeugdige zich steeds vaker zorgen maakt. Die
38 zorgen gaan over uiteenlopende onderwerpen en centreren zich om de jeugdige zelf. Dit
39 komt omdat de jeugdige steeds beter in staat is over zichzelf en het eigen handelen te
40 reflecteren. In de adolescentie kan sterke faalangst ontstaan en vaak neemt sociale
41 angst toe omdat het eigen gedrag onder een vergrootglas wordt gelegd, vooral in relatie
42 tot leeftijdsgenoten. De angst kan zo hevig worden, dat de jongere op school verzuimt.

1 In de adolescentie ontwikkelt de jeugdige zijn eigen identiteit en daarbij komen
2 vertrouwde dogma's opeens op losse schroeven te staan. Dit kan een angstige periode
3 zijn waarbij angsten voor afwijzing, situaties waarin de jeugdige wordt beoordeeld en het
4 eigen uiterlijk vooropstaan (Boer, 2011; Dieleman & Dierckx, 2014). Andere bronnen van
5 angst kunnen gevaren zijn die niet direct met de jeugdige zelf te maken hebben, zoals
6 natuurrampen en oorlogen, of hypochondrische overwegingen, bijvoorbeeld de angst
7 voor aids.

8 9 *Overige overwegingen*

10 In de praktijk wordt de angst voor afwijzing, beoordeling en uiterlijk gezien in de vorm
11 van terugtrekgedrag door de jongere. Belangrijk is dat bij gedrag dat de indruk wekt
12 tegenovergesteld te zijn aan angst, zoals risicozoekend gedrag of arrogant gedrag, ook
13 gelet wordt op of er onderliggend sprake is van angst. Ook kan angst geuit worden in
14 lichamelijke problemen, zoals bedplassen of niet anders verklaarbare somatische pijnen
15 zoals buikpijn of hoofdpijn.

16 17 **Beschrijving van de verschillende subtypes problematische angst**

18 19 **Problematische angst**

20 Problematische angst onderscheidt zich van een angststoornis, doordat 'de emotie lang
21 duurt, maar niet extreem veel langer dan het verdwijnen van de aanleiding, de jeugdige
22 wel lijdt maar niet overmatig, er geen duidelijke, aan de angst gerelateerde, beperkingen
23 in sociaal of schools functioneren waarneembaar zijn, en de gedragsuitingen passen bij
24 de leeftijd van de jeugdige' (Konijn et al., 2009).

25 In de Jeugdhulp (voorheen Jeugdzorg) wordt gebruikgemaakt van een
26 classificatiesysteem om problemen van cliënten te definiëren, het zogenoemde
27 Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J, 2009). Met de CAP-J kan een
28 inschatting gemaakt worden van de aard van de problematiek van een jeugdige. In deze
29 richtlijn is gebruik gemaakt van de CAP-J om problematische angst te definiëren, zodat
30 binnen de JGZ en Jeugdhulp dezelfde taal gesproken wordt.

31
32 De CAP-J onderscheidt verschillende subtypes van problematische angst die hieronder
33 beschreven worden. Daarnaast wordt in de richtlijn specifiek aandacht besteed aan
34 schoolweigeren.

35 36 *Scheidingsangst*

37 De bekendste angst bij jonge kinderen is scheidingsangst, ook wel separatieangst
38 genoemd. Deze angst is een normaal verschijnsel binnen een gezonde ontwikkeling en
39 komt voor vanaf de tweede helft van het eerste levensjaar, meestal rond de 7de à 10de
40 maand, wanneer een kind in staat is vreemden te onderscheiden van bekenden.
41 Het kind ervaart angst voor vreemden en gaat zich hechten aan één of enkele vaste
42 personen en reageert met angst indien het gescheiden wordt van voor hem vertrouwde
43 verzorgers.

1 Scheidingsangst wordt problematisch indien er sprake is van overmatige scheidingsangst,
2 dat wil zeggen:

- 3 - De angstreactie is zeer heftig (het kind raakt overstuurd / in paniek).
- 4 - De reactie duurt buitensporig lang (het kind blijft ontroostbaar).
- 5 - De angst past niet meer bij het ontwikkelingsniveau van het kind (Konijn et al.,
6 2009).

8 *Specifieke angst*

9 Het kind kan angst en spanning vertonen naar aanleiding van een bepaald object dat of
10 situatie die vermeend gevaar of dreiging oplevert. Denk hierbij bijvoorbeeld aan onweer,
11 dieren en duisternis. Deze specifieke angsten zijn normaal voor de kinderleeftijd (2-12
12 jaar). De emotie staat steeds in verhouding tot de aanleiding en duurt niet langer dan
13 het verdwijnen van de aanleiding. Het kind lijdt niet overmatig en de angst past bij de
14 ontwikkelingsleeftijd. Als de angst het functioneren van het kind op school, in het gezin
15 of met leeftijdsgenoten belemmert, wordt het een probleem. Bij specifieke angst is
16 sprake van bijbehorende emotionele en fysieke ontregeling, zoals buikpijn (Konijn et al.,
17 2009).

18 Specifieke angst komt meer voor bij meisjes dan bij jongens (Verhulst et al., 1997; de
19 Graaf et al., 2010).

21 *Faalangst*

22 Over het algemeen is iedere jeugdige bang om te falen. Meestal is dat een motiverende
23 factor (positieve faalangst). Er is sprake van negatieve faalangst als het kind irrationeel
24 bang is om te falen waardoor prestaties slechter worden dan verwacht. De jeugdige
25 raakt, in situaties waarin prestaties worden geëist of in nieuwe situaties, zo gespannen
26 dat hij zich minder goed kan concentreren, minder creatief is in het bedenken van
27 oplossingen en nodeloos fouten maakt of zelfs volledig blokkeert. Deze angst komt veel
28 voor op school, omdat daar regelmatig prestaties worden verwacht (Konijn et al., 2009).

30 *Sociale angst*

31 De jeugdige (vanaf 4 à 5 jaar) vertoont een milde angstreactie en gespannen gedrag in
32 relatie tot anderen naar aanleiding van vermeend gevaar of dreiging of door vermeende
33 psychische druk (zoals het idee hebben te moeten voldoen aan bepaalde eisen). In dit
34 laatste geval wordt ook wel gesproken van sociaal evaluatieve angst.

35 Sociale angst uit zich door een combinatie van de volgende gedragingen, emoties of
36 gedachten:

- 37 - gaat contacten met anderen uit de weg;
- 38 - voelt zich onveilig, gespannen, angstig, bang;
- 39 - voelt zich bedreigd, reageert zeer alert;
- 40 - voelt zich gepest;
- 41 - zoekt meer hulp en steun dan anders;
- 42 - vertoont separatieangst, soms claimend gedrag (vastklampen);
- 43 - vraagt geen of onvoldoende hulp bij problemen;
- 44 - reageert snel geprikkeld en boos, soms juist verstijfd;

- huilt snel/veel;
- heeft soms buikpijn of hoofdpijn of is 'schoolziek';
- uit zich ongelukkig, zorgelijk, onzeker;
- verliest gemakkelijk zelfvertrouwen (Konijn et al., 2009);

Sociale angst komt meer voor bij meisjes dan bij jongens (Verhulst et al., 1997; de Graaf et al., 2010).

Piekeren

Naarmate kinderen ouder worden gaan gedachten een steeds grotere rol spelen in het aansturen van hun gedrag. Tijdens de puberteit en adolescentie kan dit leiden tot meer angst, bijvoorbeeld door gedachten over negatieve beoordeling door anderen, existentieel gevaar als oorlogen en milieurampen, middelengebruik, falen op school et cetera. Deze gedachten kunnen de plaats innemen van de echte werkelijkheid en zo ontaarden in doelloos piekeren." (Konijn et al., 2009)

Angst bij traumatisering of mishandeling

Soms laat een kind of adolescent angst zien dat gerelateerd is aan een traumatische ervaring. Dit kan angst zijn als uiting van mishandeling, misbruik, verwaarlozing en of huiselijk geweld. Denk ook aan mogelijke ervaringen met een loverboy. Deze angst kan ook een uiting zijn van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Wanneer trauma's herbeleefd worden, kan dit gepaard gaan met (heftige) angsten. Uit de JGZ-praktijk kwam een voorbeeld over een Afghaans meisje dat erg bang was voor onweer, dat door haar met oorlogsgeluiden geassocieerd werd.

Schoolweigeren

Het zogenoemde schoolweigeren verdient aparte aandacht. In de volksmond wordt schoolweigeren ook wel schoolfobie genoemd. Eigenlijk is het klinisch niet zo handig om te spreken van een schoolfobie. Dit impliceert namelijk dat er een fobie voor school bestaat, net zoals er een fobie voor naalden of voor honden kan zijn. Bij school weigeren is het de taak van de JGZ-professional om te onderzoeken waar schoolweigeren mee te maken heeft. Wanneer angst de reden is van schoolweigeren is het aan de JGZ-professional om te analyseren waar de jeugdige nu precies bang voor is. De jeugdige kan bang zijn voor separatie van de ouders in het kader van een separatieangststoornis of voor het houden van spreekbeurten in het kader van een sociale fobie. Ook kan sprake zijn van een posttraumatische stressstoornis ten gevolge van extreem pestgedrag of van niet naar school willen vanwege een paniekstoornis, desinteresse, een gedragsstoornis of verslavingsproblematiek. Door een goede analyse van de symptomen te maken wordt duidelijk waarop de behandeling gericht moet zijn.

In een onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij 'schoolfobie' bij 8- tot 17-jarigen bleken onder meer de volgende diagnoses aanwezig: specifieke of sociale fobie (58%), separatieangststoornis (32%), overmatige angststoornis (4%), paniekstoornis (2%), oppositionele stoornis (9%) (Last, Hansen, & Franco, 1998) (Uit: Dieleman & Dierckx, 2014).

Beschrijving van de verschillende angststoornissen

Angststoornissen

Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen in de kindertijd en daarmee een van de vroegste vormen van psychopathologie (Dieleman & Dierckx, 2014). Het optreden van het type angststoornis is veelal gekoppeld aan de fase van de (sociaal-emotionele) ontwikkeling bij kinderen en jongeren.

Prevalentie

Er is een beperkt aantal Nederlandse onderzoeken uitgevoerd naar de prevalentie van angststoornissen in de verschillende levensfasen. Deze onderzoeken verschillen in onderzoeksopzet, meetinstrumenten en informanten (jeugdige, ouders). Hierdoor zijn er onderling verschillende prevalentiecijfers van angst beschikbaar. Er zijn slechts twee landelijke en dus redelijk representatieve onderzoeken uitgevoerd naar het aantal jongeren en laat-adolescenten met angststoornissen (Verhulst, van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997; de Graaf, ten Have, & Van Dorsselaer, 2010). Jongere kinderen met angststoornissen zijn in de landelijke studies buiten beschouwing gelaten. Er is echter wel een bevolkingsonderzoek beschikbaar waaruit prevalentiecijfers voor angst op jonge leeftijd zijn af te leiden. Omdat dit onderzoek is uitgevoerd onder de bevolking van Zuid-Holland zijn de cijfers mogelijk niet representatief voor de gehele Nederlandse bevolking.

Prevalentie van angststoornissen bij jonge kinderen tot 6 jaar

Prevalentie van angststoornissen bij jonge kinderen is gemeten in een bevolkingsonderzoek in de provincie Zuid-Holland. In deze studie (Tick, van der Ende, Koot, & Verhulst, 2007) is gekeken naar symptomen van angst en depressie bij andere kinderen van 2-3 jaar gemeten met de Child Behavior Checklist (CBCL). Dit is een vragenlijst die ouders invullen over het gedrag van hun kind in de laatste twee maanden. De CBCL heeft een gecombineerde schaal voor angst- en depressieve klachten. Door de ouders werden bij 2,5% van de jonge kinderen angst- en depressieve klachten gerapporteerd (dus boven de borderline cut off-score) in de afgelopen twee maanden.

Prevalentie van angststoornissen bij jongeren in het basis- en voortgezet onderwijs

In het bevolkingsonderzoek dat in Zuid-Holland is uitgevoerd door (Tick, 2007) scoorde in 2003 3,2% van de kinderen van 6-16 jaar op de CBCL-schaal angstig/depressief. Uit het landelijke onderzoek onder Nederlandse jongeren van 13 tot en met 17 jaar blijkt dat 10,5% het half jaar voorafgaand aan het onderzoek (in 1993) een angststoornis had. Deze informatie komt uit het enige landelijke epidemiologische onderzoek dat met behulp van zelfrapportage in deze leeftijdscategorie is verricht (Verhulst et al., 1997).

Prevalentie van angststoornissen bij laat-adolescenten (18-24 jaar)

Het tweede Nemesis onderzoek uit de periode 2007-2009 is het tweede landelijke onderzoek naar prevalentie van psychische problematiek binnen de Nederlandse bevolking. Hier is gebruikgemaakt van een diagnostisch interview (Composite

International Diagnostic Interview, ofwel CIDI) door getrainde interviewers. Wanneer er sprake was van psychotische symptomen, werd een ander instrument (Structured Clinical Interview for DSM Disorders ofwel SCID) gebruikt door klinici.

De jongste leeftijdscategorie die hierin meegenomen werd was 18-24 jaar. Uit de Nemesis 2 blijkt dat 12% van deze jong volwassenen een angststoornis heeft gehad in het afgelopen jaar (de Graaf et al., 2010).

Ontwikkeling van een angststoornis

Er is sprake van de ontwikkeling van een angststoornis als de signalen toenemen en ze voorkomen op meerdere levensgebieden (thuis, school, etc.), de signalen lang duren en wanneer de problemen leiden tot disfunctioneren (Konijn et al., 2009). Angststoornissen worden gekenmerkt door de aanwezigheid van hevige en chronische angst die een ernstige belemmering vormen in het dagelijks leven (APA, 2014). In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt voor het diagnosticeren gebruikgemaakt van de vijfde editie van het classificatiesysteem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5, 2014). Voor het diagnosticeren van de verschillende typen angststoornissen in de kindertijd geeft de DSM-5 enkele handvatten. Deze handvatten zijn per type stoornis verschillend. Het meest voorkomende verschil is het durcriterium van de klacht, dus hoe lang het probleem duurt voordat er een officiële DSM-5-diagnose gesteld kan worden. Bij kinderen is het durcriterium vaak korter dan bij volwassenen.

De meest voorkomende angststoornissen bij kinderen en jongeren zijn:

- 1) de scheidingsangst of separatieangststoornis,
- 2) de gegeneraliseerde angststoornis,
- 3) de sociale fobie,
- 4) de specifieke fobie (Muris, Meesters, Merckelbach, & Hülzenbeck, 2000; Vasey, Bosmans, & Ollendick, 2014; APA, 2014).

Angststoornissen komen vaak samen voor, met name de specifieke fobie, sociale fobie en agorafobie (Costello, Egger, & Angold, 2005; Costello, Copeland, & Angold, 2011; Costello, Egger, Copeland, Erkanli, & Angold, 2011). Daarnaast komen angststoornissen vaak samen voor met andere psychische problematiek. Vooral de samenhang met depressie is groot, met name bij kinderen met een gegeneraliseerde angststoornis (Whiteside & Ollendick, 2009). Daarnaast hangt angst ook samen met oppositioneel, agressief en/of regelovertredend gedrag (Costello et al., 2011) en problematisch middelengebruik (Fonseca & Perrin, 2011). Ook kan angst een uitingsvorm van onderliggende problematiek zijn. Zo kunnen jeugdigen met een depressie overmatig piekeren. Ook kunnen lichamelijke problemen zoals buikklachten te maken hebben met angst.

Verschillende angststoornissen

De DSM-5 is een classificatie van psychische stoornissen en waarin de signalen van de verschillende angststoornissen beschreven staan. Voor de JGZ-professional is het belangrijk om kennis te hebben van deze angststoornissen. De JGZ-professional hoeft

zelf niet te classificeren, dat is een taak voor de Jeugd-GGZ. In het handboek Angststoornissen hebben Dieleman en Dierckx (2014) een heldere Nederlandse beschrijving van de diverse angststoornissen gemaakt welke zijn overgenomen in deze richtlijn.

Scheidingsangst of separatieangststoornis

Een separatieangststoornis is de niet bij de ontwikkelingsfase passende, excessieve angst of vrees om gescheiden te worden van diegenen aan wie de betrokkene gehecht is. Dit kan zich uiten in een telkens terugkerende, excessieve angst voor het verliezen van gehechtheidspersoon door onder andere ziekte, verwonding, rampen of overlijden. De jeugdigen kunnen weigeren deze persoon te verlaten of zich niet zelfstandig in situaties zonder deze persoon begeven. Wanneer separatie van de gehechtheidsfiguur optreedt kunnen deze kinderen met verschillende gedragingen reageren, zoals sociaal terugtrekken, apathie, verdriet, agressief gedrag bij separatie of zich moeilijk kunnen concentreren op schoolwerk of spel. Er kunnen nachtmerries met het thema separatie optreden. Ook kunnen lichamelijke klachten optreden (zoals hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid, braken) op het moment dat er een scheiding van gehechtheidspersoon verwacht wordt of plaatsvindt.

Duurcriteria: ten minste 4 weken aanwezig bij een jeugdige en ten minste 6 maanden klachten bij een volwassene. De separatieangststoornis komt het meest voor bij kinderen tussen 7 en 9 jaar oud (Dieleman & Dierckx, 2014; APA, 2014).

Selectief mutisme

Selectief mutisme is het consistent niet spreken in sociale situaties waarin dit wel wordt verwacht (zoals op school) terwijl er wel op andere momenten wordt gesproken. Het niet spreken is in zeer grote mate een hindernis in het dagelijks leven en kan niet worden toegeschreven aan gebrek aan kennis van gesproken taal. Verder kunnen de symptomen niet worden verklaard door een communicatiestoornis of als behorende bij het beloop van een andere stoornis zoals autismespectrumstoornis, schizofrenie of een andere psychische stoornis. De stoornis wordt gekenmerkt door een hoge graad van sociale angst.

Beginleeftijd van deze stoornis is meestal voor het 5de jaar maar het wordt vaak pas een probleem wanneer een jeugdige niet communiceert op school. Duur van de stoornis is minimaal één maand, en dat mag niet beperkt zijn tot de eerste maand op school. Dit durcriterium is voor jeugdigen en volwassenen gelijk (APA, 2014).

Specifieke fobie

Een specifieke fobie wordt gekenmerkt door een aanzienlijke, onredelijke angst voor een specifiek object dat intrinsiek niet gevaarlijk is, zoals bepaalde dieren of een bepaalde situatie, bijvoorbeeld hoogte of een kleine ruimte (claustrofobie). Het angstniveau wordt beschouwd als extreem en blootstelling aan het object of de situatie lokt bijna altijd direct een extreme angst uit. Daarbij moet de fobie klinisch significant lijden tot gevolg hebben of interfereren met dagelijkse bezigheden ten gevolge van vermijding. Er zijn diverse typen specifieke fobieën. Classificatie geschiedt op het type object dat wordt

gevreesd: het diertype, het natuurtype, het bloed-injectie-verwondingstype, het situationele type en andere situaties. De diverse specifieke fobieën zijn nauwelijks te onderscheiden op basis van pathofysiologische gronden, behalve het bloed-injectie-verwondingstype. Dit type wordt gekenmerkt door een onderscheidend fysiologisch profiel, met name een plotse daling van de bloeddruk en hartslag, met als gevolg flauwvallen (Fyer, 1998). Specifieke fobieën kunnen op elke leeftijd ontstaan, maar de typische ontstaansleeftijd is in de kindertijd (Fyer, 1998; Pine et al., 1998). Een specifieke cognitie, zoals beschreven bij de andere angststoornissen, is niet aanwezig bij deze stoornis (Dieleman & Dierckx, 2014). Het durcriterium is voor kinderen gelijk aan volwassenen namelijk 6 maanden of langer en deze stoornis komt vaker voor bij jongeren dan bij jonge kinderen (APA, 2014).

Sociale-angststoornis (voorheen Sociale fobie)

Kinderen en jongeren met een sociale-angststoornis zijn angstig in een scala van sociale situaties vanwege de angst om bekeken, belachelijk gemaakt, vernederd of in verlegenheid te worden gebracht. Sommige kinderen spreken deze angst niet uit, maar voelen zich onprettig in sociale situaties. Om van een sociale-angststoornis te kunnen spreken moeten kinderen zich ook onprettig voelen met leeftijdgenoten, niet alleen met volwassenen. Daarbij is het van belang dat het niet gaat om angst die voortkomt uit het onvermogen om te socialiseren, zoals kan blijken uit het feit dat deze individuen wel in staat zijn tot wederkerige relaties met volwassenen en leeftijdgenoten die ze goed kennen. Hoewel het onderscheid tussen een sociale-angststoornis en een milde autismespectrumstoornis lastig kan zijn, omdat het chronisch vermijden van sociale situaties kan leiden tot beperkte ontwikkeling van sociale vaardigheden, is het opvallend dat individuen met een sociale-angststoornis graag sociale contacten willen aangaan, terwijl individuen met een autismespectrumstoornis deze interesse vaak niet of minder hebben. (Dieleman & Dierckx, 2014). De stoornis moet zowel bij kinderen als volwassenen 6 maanden of langer aanhouden voordat deze als zodanig gediagnosticeerd mag worden. De 12-maandsprevalentie bij kinderen en adolescenten is gelijk aan die van volwassenen, namelijk 7% (APA, 2014).

Paniekstoornis

De paniekstoornis wordt gekenmerkt door herhaaldelijke, onverwachte, spontane paniekaanvallen, waarbij het kind of de jongere voortdurend bezorgd is over het krijgen van meer paniekaanvallen, terwijl zijn of haar gedrag op een niet adaptieve manier kan veranderen ten gevolge van de paniekaanvallen (vermijden van beweging, vermijden van alleen reizen of onbekende plekken). Paniekaanvallen zijn plotse, zonder reden optredende, golven van intense angst of intens ongemak, die een piek bereiken binnen enkele minuten, gepaard gaand met fysieke en/of cognitieve symptomen. Vaak voorkomende fysieke symptomen zijn het snel kloppen van het hart, zweten, duizelig zijn, moeite hebben met ademen en trillen of beven. Deze lichaamssignalen zorgen ervoor dat het individu denkt dat er iets mis is en dat hij zou kunnen flauwvallen of dood zou kunnen gaan. Op deze manier versterken de fysieke symptomen de gevoelens van angst. Na een paniekaanval bestaat voortdurende ongerustheid bij het kind of de jongere

over het krijgen van een nieuwe aanval. Sommigen zijn zelfs zo bang dat zij een aantal dingen vermijden ter voorkoming van nog een aanval, bijvoorbeeld vermijden van beweging, alleen reizen of naar onbekende plaatsen gaan. Het duurcriterium is 1 maand. De prevalentie in de kindertijd is laag, aanvangsleeftijd is veelal in adolescentie en er is een piek in volwassenheid (APA, 2014). De paniekstoornis begint meestal met spontane paniekaanvallen gedurende de adolescentie. Progressie naar een volledige paniekstoornis komt bij jeugdigen weinig voor, meestal in de jongvolwassenheid (Pine et al., 1998; Dieleman & Dierckx, 2014).

Agorafobie

Bij veel patiënten met een paniekstoornis is ook sprake van pleinvrees, ook wel agorafobie genoemd. Wanneer een jeugdige agorafobie heeft, zorgt hij ervoor dat hij niet op plaatsen is waar geen hulp is of waaruit ontsnappen moeilijk of raar is als hij een paniekaanval krijgt (APA, 2014). Als de jeugdige toch wordt gedwongen om naar zo'n plaats toe te gaan, wordt hij heel erg angstig en kan hij een paniekaanval krijgen. Plaatsen die vaak worden vermeden zijn bijvoorbeeld de bioscoop, reizen met het openbaar vervoer of de auto of het alleen buiten zijn (Dieleman & Dierckx, 2014). De diagnostiek bij jeugdigen is gelijk aan die van volwassenen namelijk duurcriteria van 6 maanden of langer. De prevalentie is laag in kindertijd, er is een piek in incidentie in de adolescentie en jongvolwassenheid (APA, 2014).

Gegeneraliseerde-angststoornis

De gegeneraliseerde-angststoornis omvat persistente, excessieve en multipale zorgen over een variatie aan levensdomeinen, zoals school, huiswerk, werk, de toekomst en gezondheid, waar het individu moeilijk controle over kan krijgen. Daarbij is sprake van fysieke symptomen, zoals rusteloosheid, gemakkelijk vermoeid zijn, moeite hebben om te concentreren, prikkelbaarheid, spierspanning en een verstoorde slaap. De typische ontstaansleeftijd is moeilijk te definiëren, maar is zeker niet de vroege kindertijd. De gegeneraliseerde-angststoornis heeft een hoge comorbiditeit met andere angststoornissen, maar ook met depressie (Costello et al., 2002; Kessler et al., 2002; Dieleman & Dierckx, 2014). Het duurcriterium is bij kinderen gelijk aan volwassenen: 6 maanden maar het aantal symptomen bij kinderen is wel beperkter. De 12-maandsprevalentie is hoger onder volwassenen (2,9%) dan adolescenten (0,9%) (APA, 2014).

Angststoornis door een middel of medicatie

Wanneer er sprake is van een angststoornis door een middel of medicatie, staan de paniekaanvallen of angst op de voorgrond. Deze angstsymptomen zijn ontstaan na intoxicatie of gebruik van geneesmiddelen, alcohol of (hard)drugs. Middelen die een angststoornis kunnen initiëren zijn alcohol, cafeïne, energy drinks, cannabis en hallucinogene middelen. In de VS is deze stoornis zeer zeldzaam met een 12-maandsprevalentie van 0,002% (APA, 2014).

Angststoornis bij of door een somatische aandoening

1 Bij een angststoornis door een somatische aandoening staan de paniekaanvallen of angst
2 op de voorgrond en blijkt uit de anamnese, lichamelijk onderzoek of
3 laboratoriumuitslagen dat de symptomen het gevolg zijn van een lichamelijke
4 aandoening. Prevalentie is onduidelijk maar deze stoornis komt vaker voor bij mensen
5 met lichamelijke aandoeningen zoals astma en allergie (Chavira, Garland, Daley, &
6 Hough, 2008), ziekte van Crohn (Reigada et al., 2015), hypertensie, maagzweren en
7 artritis (APA, 2014).

8
9
Jonas, 15 jaar, 4 VWO

Jonas is al 8 jaar bekend met astma. Hij komt trouw op controle bij de kinderarts en het behandelbeleid wordt zo nu en dan bijgesteld. Door de kinderarts wordt regelmatig gevraagd naar school, sport en het sociale leven. In de langdurige behandelrelatie van de kinderarts en Jonas worden problemen van angst niet benoemd of besproken. Op school wordt regelmatig verzuimd, toetsen worden regelmatig verplaatst. Klachten van benauwdheid worden door Jonas toegeschreven aan een ontregeling van zijn astma. Zou de kinderarts op de hoogte zijn van het regelmatig verplaatsen van toetsen en het schoolverzuim, dan zou onderscheid gemaakt kunnen worden tussen angst voor falen, zich presenterend als hyperventilatie of inderdaad een exacerbatie van de astma door andere factoren. Voor Jonas en ouders is de astma zo gewoon dat de ouders en Jonas niet kunnen bedenken dat 'benauwdheid' ook andere oorzaken kan hebben dan een exacerbatie van de astma. De JGZ-professional zou het schoolverzuim en verplaatsen van toetsen met Jonas bespreekbaar kunnen maken en contact kunnen zoeken met de kinderarts na overleg met Jonas. De kinderarts kan begeleiding van de astma tijdelijk intensiveren dan wel de JGZ-professional kan in overleg met school passende begeleiding starten. Goede samenwerking tussen de JGZ-professional en kinderarts kan dan heel waardevol zijn en dan is bijstellen van medicatie en of gespecialiseerde hulp helemaal niet nodig.

10
11
12 *Andere gespecificeerde angststoornis*

13 Deze classificatie wordt gegeven wanneer er klinisch relevant lijden en beperking van het
14 normale leven is door een angststoornis maar er niet volledig aan de criteria voor een
15 van de specifieke angststoornissen wordt voldaan. De angstaanvallen hebben mogelijk
16 een beperkt aantal symptomen en/of er is sprake van een gegeneraliseerde angst die
17 vaker niet dan wel aanwezig is (APA, 2014).

18
19 *Ongespecificeerde angststoornis*

20 Deze classificatie wordt gegeven wanneer er klinisch relevant lijden en beperking van het
21 normale leven is door een angststoornis maar er niet volledig aan de criteria voor een
22 van de specifieke angststoornissen wordt voldaan. Deze classificatie wordt gegeven als
23 een clinicus ervoor kiest om niet de reden te vermelden waarom er niet wordt voldaan
24 aan de criteria van andere angststoornissen of er anderszins onvoldoende informatie
25 beschikbaar is. Denk aan een situatie op een spoedeisende-hulpafdeling (APA, 2014).

Comorbiditeit

Angststoornissen gaan vaak samen met andere psychische problematiek op de kinderleeftijd. De meest voorkomende is de samenhang met depressie, waarop met name kinderen met een gegeneraliseerde angststoornis hoog scoren (Whiteside & Ollendick, 2009), disruptieve gedragsproblemen (Costello et al., 2011) en problematisch middelengebruik (Fonseca & Perrin, 2011). De uitingsvorm van de comorbiditeit van angststoornissen met andere internaliserende problematiek kan als volgt zijn:

- 1) Depressie: een deel van de depressieve jeugdigen piekert overmatig, is wanhopig of heel bang, bijvoorbeeld om gek te worden, of de gedachten zichzelf iets aan te doen.
- 2) Dwangstoornis: angstige gedachten die maken dat een jeugdige bepaalde handelingen moet uitvoeren.
- 3) Posttraumatische stressstoornis: angsten die zijn terug te voeren op een traumatische gebeurtenis. Bij heel jonge kinderen ziet dit eruit als versterkte separatieangst.
- 4) Hechtingsstoornis: kinderlijke, primitieve angsten en verstoord oplossend vermogen hiervoor vanwege de afwezigheid van veilige gehechtheidsbasis.
- 5) Onbegrepen lichamelijke klachten: jeugdigen met buikklachten hebben op volwassen leeftijd meer kans op een angststoornis.
- 6) ADHD en gedragsstoornissen: de jeugdigen met concentratiezwakte hebben vaak ook last van problematische angst.
- 7) Autisme: angst door het slecht kunnen begrijpen van sociale interactie, overgevoeligheid voor prikkels waardoor overweldigd kunnen worden door angst, en/of slechte emotieregulatie met escalerende angst.
- 8) Anorexia nervosa: de boventoon voert de angst om dik te worden, andere angsten kunnen onderliggend hieraan zijn.
- 9) Psychosen: hierbij gaat het om extreme angst in combinatie met een verstoord werkelijkheidsbeeld (Boer, 2011).

Angstsymptomen en etniciteit

Het herkennen van angstproblematiek of –stoornissen kan lastiger zijn bij jeugdigen en volwassenen met een niet-westerse culturele achtergrond of etniciteit (Lewis-Fernandez et al., 2011). Jongeren met een Surinaamse, Turkse of Marokkaanse achtergrond zoeken minder vaak hulp voor internaliserende problematiek in vergelijking met hun Nederlandse leeftijdgenoten (Verhulp, Stevens, van de Schoot, & Vollebergh, 2013). Geestelijke problematiek lijkt een taboe binnen deze groepen. Uit onderzoek naar angstsymptomen Duitse en Japanse kinderen (8-12 jaar) bleek dat er grote verschillen bestaan tussen typen angst die ervaren werden door deze groepen. Duitse kinderen hadden meer symptomen van hechtingsangst, sociale fobie, obsessief compulsieve stoornis en de gegeneraliseerde angststoornis. De Japanse kinderen lieten meer angst zien voor fysieke verwonding en pijn (Essau, Sakano, Ishikawa, & Sasagawa, 2004). Een vergelijking tussen adolescenten met een Nederlandse achtergrond en adolescenten met een Turkse achtergrond die in Nederland wonen, liet ook verschillen zien. Adolescenten

met een Turkse achtergrond geven aan meer depressieve en angstklachten te hebben dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Uit deze studie bleek ook dat hun ouders geen zicht hadden op de mate van problemen van hun kind (Janssen et al., 2004).

Wat is normale en wat problematische angst per ontwikkelingsfase? (deze kunnen dienen als criteria/signalen voor doorverwijzing)

Ieder kind is wel eens bang of angstig. Het object en heftigheid van angst verschilt in de verschillende leeftijdsfasen. Een grove indeling van normale angsten per ontwikkelingsfase is opgenomen in tabel 1 (Dieleman & Dierckx, 2014; Boer, 2011; Boer, 1998).

Tabel 1. Normale ontwikkeling van angst gedurende kindertijd en adolescentie en bronnen van angst

<i>Ontwikkelingsfase</i>	<i>Bronnen van angst</i>
Baby (0-12 maanden)	Verlies van steun of fysiek contact met verzorgers (scheidingsangst) Opvallende sensorische stimuli, harde geluiden, plotselinge toenadering, vreemde voorwerpen
Peuter (1-4 jaar)	Scheiding, natuurverschijnselen, hoogte/diepte, onweer, vuur, water, donker, nachtmerries, dieren, zien van bloed
Basisschool leeftijd (4-12 jaar)	
4-5 jaar	Specifieke objecten, de dood of dode mensen, gefantaseerde figuren en verlies van lichamelijke integriteit (dokter, kapper)
6-12 jaar	Zelfveroordeling door de ontwikkeling van het geweten (vanaf 6 jaar) Bacteriën of het krijgen van een ziekte Natuurrampen, lichamelijk letsel/de dood Falen bij prestaties Beoordeling door leeftijdgenoten

	Anticipatie op reële nare gebeurtenissen (echtscheiding ouders, criminaliteit, oorlog, eigen sterven)
Adolescentie (12-19 jaar)	Afwijzing door leeftijdgenoten Falen bij prestaties Situaties waarin wordt beoordeeld, met name door het andere geslacht Eigen uiterlijk Existentiële angst (milieuramp, kernoorlog) Hypochondrische overwegingen (ongeneeslijke ziekte, aids)

Problematische angsten

Angsten worden problematisch als de signalen/uitingen langer duren of heftiger zijn dan verwacht mag worden op grond van de aanleiding en/of de angst het functioneren negatief beïnvloeden en/of wanneer een kind of jongere er onder lijdt.

Classificatiesysteem CAP-J geeft aan dat er géén sprake is van een probleem of stoornis wanneer de angstige bui binnen één of twee weken opklaart en het normale dagelijkse functioneren niet verstoord wordt (Konijn et al., 2009).

Om in de JGZ goed onderscheid te kunnen maken tussen problematische angst en angststoornissen zijn de volgende vignetten gemaakt.

Vignet **problematische angst**

Rosa van 5 jaar komt met haar moeder voor gezondheidsonderzoek bij de JGZ. Wat problemen met het gehoor, verder loopt alles lekker, het gaat goed op school, ze speelt veel met leeftijdgenootjes. Moeder heeft op de SDQ aangegeven dat Rosa nog wel eens bang is. Waarvoor? Voor onweer en voor spoken. Maar vooral voor dieven die in huis komen als ze slaapt. Ze hebben dit met Rosa nog niet eerder meegemaakt. Maar bij zus Eva van negen is een half jaar geleden een separatieangststoornis gediagnosticeerd. Eva was erg bang voor dieven, kwam wel vijf keer uit bed om te vragen of ouders de deuren wel goed hebben afgesloten, wilde absoluut niet dat iemand met open raam sliep, en dit werd steeds erger. Eva is altijd een angstig meisje geweest, ze heeft sterke scheidingsangst gehad en nog wel, is altijd bang dat anderen haar niet aardig vinden en wil niet meer bij anderen gaan spelen. Ouders zijn al zeker

een jaar niet meer samen weggeweest 's avonds, ze moeten toch altijd eerder terugkomen voor Eva. Eva wordt behandeld met cognitieve gedragstherapie binnen de Jeugd-GGZ, maar haar klachten zijn nog niet verdwenen. Rosa moet er af en toe om lachen of wordt er boos om, maar Eva's angst begint haar ook bang te maken. Moeder vertelt dat zij als kind zelf ook altijd verlegen was en niet uit logeren durfde. Ze vraagt hoe ze kan voorkomen dat Rosa net zo angstig wordt als haar zus en wil graag handvatten om goed te kunnen reageren op het gedrag van Rosa.

1

2

Vignet **angststoornis**

Nina is een meisje van 16 jaar dat steeds vaker verzuimt van school. Om het schoolverzuim aan te pakken wordt zij uitgenodigd voor een gesprek met de JGZ-professional. Daar vertelt ze dat ze bang is voor wat mensen over haar denken en zeggen. Ze is bang voor de reacties van anderen en bang om uitgelachen te worden. Ze heeft weinig vriendinnen, durft nauwelijks iets te vragen in de klas en durft niet te bellen. Ze heeft al jaren geen spreekbeurt meer gegeven op school. Op school heeft zij al diverse malen een paniekaanval gehad; ze dacht dat ze 'gek werd'. Sindsdien is ze school steeds meer gaan vermijden. Ze vermijdt ook andere plekken waar veel mensen zijn, zoals de metro en de bioscoop. Nina is heel perfectionistisch, maakt zich vaak zorgen over haar schoolresultaten en heeft 's avonds moeite met inslapen omdat ze niet kan stoppen met piekeren. Een zes of een zeven voor een toets is in haar ogen niet voldoende en geeft haar het gevoel dat ze faalt. Ze zit nu in haar examenjaar. De aankomende examens zorgen er voor dat ze elke avond tot laat in de avond studeert, waarbij ze nooit het gevoel heeft dat het genoeg is. Ze is bang dat ze haar examens niet zal halen, ook al staat ze momenteel voor de meeste vakken een zeven of acht gemiddeld. Door deze angst te falen, gaat zij nu weer steeds meer verzuimen op school. Ondanks eerdere gesprekken met onder andere schoolmaatschappelijk werk, lukt het haar niet om haar angst te overwinnen om naar school te gaan. Haar grootste angst op dit moment is dat een paniekaanval zal krijgen.

3

4

5 **Wat zijn kritische leeftijdsfases voor angst?**

6

7 *Ontstaansleeftijd angststoornissen*

8

9 De typen angststoornissen verschillen van elkaar in het eerste moment waarop de angst
10 zich openbaart (Dieleman & Dierckx, 2014). Een type angststoornis kan zich anders uiten
11 in de verschillende ontwikkelingsstadia (Dieleman & Dierckx, 2014). Ook kan een type
12 angst op latere leeftijd overgaan in een ander type angst.

13 |n de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar ontstaan de meeste angststoornissen

14 (Schoemaker et al., 2013). In de kindertijd en adolescentie kunnen met name de

15 separatieangststoornis, de sociale fobie, de specifieke fobie en de generaliseerde

1 angststoornis ontstaan. De paniekstoornis komt daarentegen weinig onder adolescenten
2 voor. Opvallend is dat op latere leeftijd de gegeneraliseerde angststoornis het meest
3 voorkomt (Schoemaker et al., 2013).

4 5 *Voor het 12^{de} levensjaar*

6 De scheidingsangst (separatieangststoornis) en sommige specifieke angsten
7 (voornamelijk dier-, bloed-injectie-verwonding- en natuurtype) zijn de angststoornissen
8 waarvoor in onderzoek steeds de vroegste ontstaansleeftijd is gevonden, namelijk in de
9 meeste gevallen vóór het twaalfde levensjaar (Wittchen, Lieb, Schuster, & Oldehinkel,
10 2000; Kessler et al., 2005; Becker et al., 2007).

11 *Late kindertijd en adolescentie*

12 De sociale angst openbaart zich meestal voor het eerst in de late kindertijd en
13 adolescentie, met slechts enkele nieuwe gevallen na het 25ste levensjaar (Wittchen &
14 Fehm, 2003; Kessler et al., 2005; Beesdo et al., 2007; Dieleman & Dierckx, 2014).

15 De paniekstoornis, agorafobie en gegeneraliseerde angststoornis kunnen voor het eerst
16 in de late adolescentie, met verdere incidentie in de jongvolwassenheid geobserveerd
17 worden (de Graaf, Bijl, Spijker, Beekman, & Vollebergh, 2003; Kessler et al., 2005;
18 Beesdo, Pine, Lieb, & Wittchen, 2010). Maar er zijn ook gevallen die zich rond de leeftijd
19 van 12 jaar openbaren, met name paniekaanvallen (Wittchen et al., 2008; Dieleman &
20 Dierckx, 2014). De stoornissen komen echter onder jeugdigen nauwelijks voor.

4. Referenties

- APA. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Becker, E. S., Rinck, M., Türke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S. et al. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22(2), 69-74.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R. et al. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 47-57.
- Boer, F. (1998). Angst en angststoornissen bij kinderen en jongeren. In J.D. Bosch, H. A. Bosma, R. J. van der Gaag, A. J. J. M. Ruijsenaars, & A. Vyt (Eds.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie* 3 (pp. 99-122). Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Boer, F. (2011). *Angst bij kinderen*. Houten: LannooCampus.
- Boeting, M. A., Ferdinand, R. F., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2002). Interventie- en preventieve programma's voor angst en depressie. *Kind en Adolescent*, 23(4), 300-312.
- Chavira, D. A., Garland, A. F., Daley, S., & Hough, R. (2008). The impact of medical comorbidity on mental health and functional health outcomes among children with anxiety disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29(5), 394-402.
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x [doi]
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.

- 1 Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The
2 developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence,
3 and comorbidity. In W.K. Silverman & A. P. Field (Eds.), *Anxiety disorders in*
4 *children and adolescents* (pp. 56-75). Cambridge: Cambridge University Press.
- 5 Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M. et
6 al. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological*
7 *Psychiatry*, 52(6), 529-542. doi:S0006322302013720 [pii]
- 8 de Graaf, R., Bijl, R. V., Spijker, J., Beekman, A. T., & Vollebergh, W. A. (2003).
9 Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety
10 and substance use disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey
11 and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(1), 1-11.
12 doi:10.1007/s00127-003-0597-4 [doi]
- 13 de Graaf, R., ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van*
14 *de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht:
15 Trimbos-instituut.
- 16 Dieleman, G. C., & Dierckx, B. (2014). Angststoornissen. In F. Verhulst, F. Verheij, & M.
17 Danckaerts (Eds.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- 18 Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in
19 Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 601-
20 612.
- 21 Fonseca, A. C., & Perrin, S. (2011). The clinical phenomenology and classification of child
22 and adolescent anxiety. In W.K. Silverman & A. P. Field (Eds.), *Anxiety disorders*
23 *in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 25-55).
24 New York: Cambridge University Press.
- 25 Fyer, A. J. (1998). Current approaches to etiology and pathophysiology of specific
26 phobia. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1295-1304. doi:S0006-3223(98)00274-1
27 [pii]
- 28 Janssen, M. M. M., Verhulst, F. C., Bengi-Arslan, L., Erol, N., Salter, C. J., & Crijnen, A.
29 A. M. (2004). Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in
30 Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Social Psychiatry and*
31 *Psychiatric Epidemiology*, 39(2), 133-140.
- 32 Kessler, R. C., Andrade, L. H., Bijl, R. V., Offord, D. R., Demler, O. V., & Stein, D. J.
33 (2002). The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized
34 anxiety disorder in the ICPE surveys. International Consortium in Psychiatric
35 Epidemiology. *Psychological Medicine*, 32(7), 1213-1225.

- 1 Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E.
2 (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in
3 the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*,
4 62(6), 593-602.
- 5 Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., & Eijgenraam, K. (2009). *Classificatiesysteem*
6 *voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg : CAP-J*. Utrecht:
7 Nederlands Jeugdinstituut.
- 8 Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school
9 phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4),
10 404-411. doi:S0890-8567(09)63048-3 [pii];10.1097/00004583-199804000-
11 00018 [doi]
- 12 Lépine, J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal
13 costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl14), 4-8.
- 14 Lewis-Fernandez, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske,
15 M. G. et al. (2011). Culture and the anxiety disorders: Recommendations for
16 DSM-V. *Anxiety*, 9(3), 351-368.
- 17 Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., & Hülßenbeck, P. (2000). Worry in children is
18 related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and*
19 *Therapy*, 38(5), 487-497.
- 20 Pine, D. S., Coplan, J. D., Papp, L. A., Klein, R. G., Martinez, J. M., Kovalenko, P. et al.
21 (1998). Ventilatory physiology of children and adolescents with anxiety disorders.
22 *Archives of General Psychiatry*, 55(2), 123-129.
- 23 Reigada, L. C., Hoogendoorn, C. J., Walsh, L. C., Lai, J., Szigethy, E., Cohen, B. H. et al.
24 (2015). Anxiety symptoms and disease severity in children and adolescents with
25 Crohn disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 60(1), 30-35.
26 doi:10.1097/MPG.0000000000000552 [doi]
- 27 Schoemaker, C., van Balkom, A. J. L. M., van Gool, C. H., Gommer, A. M., Poos, M. J. J.
28 C., & Penninx, B. W. (2013). *Hoe vaak komen angststoornissen voor? In:*
29 *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*.
30 Bilthoven: RIVM.
- 31 Tick, N. T. (2007). *Time trends in Dutch children's mental health. Proefschrift*.
32 Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 33 Tick, N. T., van der Ende, J., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (2007). 14-year changes in
34 emotional and behavioral problems of very young Dutch children. *Journal of the*
35 *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1333-1340.

- van Oort, F. V. A., Ormel, J., & Verhulst, F. C. (2012). Angstsymptomen bij adolescenten: Bevindingen uit de Trails-studie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 463-469.
- Vasey, M. W., Bosmans, G., & Ollendick, T. H. (2014). The developmental psychopathology of anxiety. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (3rd edition ed., pp. 543-560). New York: Springer.
- Verhulst, E. E., Stevens, G. W., van de Schoot, R., & Vollebergh, W. A. (2013). Understanding ethnic differences in mental health service use for adolescents' internalizing problems: the role of emotional problem identification. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(7), 413-421. doi:10.1007/s00787-013-0380-3 [doi]
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(16), 777-781.
- Whiteside, S. P., & Ollendick, T. H. (2009). Developmental perspectives on anxiety classification. In D. McKay, J. S. Abramowitz, S. Taylor, & G. J. G. Asmundson (Eds.), *Current perspectives on the anxiety disorders: Implications for DSM-V and beyond* (pp. 303-325). New York, NY, US: Springer.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Suppl417), 4-18.
- Wittchen, H. U., Lieb, R., Schuster, P., & Oldehinkel, A. J. (2000). When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. In J.L. Rapoport & J. L. Rapoport (Eds.), *Childhood onset of 'adult' psychopathology: Clinical and research advances* (pp. 259-302). American Psychopathological Association series. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.
- Wittchen, H. U., Nocon, A., Beesdo, K., Pine, D. S., Hofler, M., Lieb, R. et al. (2008). Agoraphobia and panic: Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3), 147-157. doi:000116608 [pii];10.1159/000116608 [doi]

2. Risicofactoren en beschermende factoren

Inleiding

Problematische angst en angststoornissen bij kinderen en jongeren kunnen door verschillende factoren veroorzaakt en beïnvloed worden. Risicofactoren bedreigen een gezonde ontwikkeling van een (kwetsbare) jeugdige, beschermende factoren bevorderen de ontwikkeling en bieden een tegenwicht voor de risicofactoren (Masten & Garmezy, 1985). Beschermende factoren kunnen ook helpen bij een veerkrachtige reactie in moeilijke situaties (Rutter, 1987).

Wanneer de JGZ-professional kennis heeft van de aanwezige risicofactoren en beschermende factoren kan hij inschatten wat de verhouding draagkracht en draaglast van een jeugdige en/of het gezin is (zie *Balansmodel*). Daarnaast bieden risicofactoren en beschermende factoren aangrijpingspunten voor de uitvoering van de taken van de JGZ (signaleren, normaliseren, voorlichten, adviseren, ondersteunen, begeleiden en toeleiden naar zorg) en in te zetten interventies. De factor moet dan wel *beïnvloedbaar zijn* (Luthar, Lyman, & Crossman, 2014). Factoren die niet beïnvloedbaar zijn (zoals IQ of biologische factoren) kunnen wel een signaleringsfunctie hebben.

Het is hierbij goed om te realiseren dat het niet altijd om *oorzakelijke verbanden* gaat (Boer, 2011): de risicofactoren en beschermende factoren die in longitudinale studies naar voren zijn gekomen bepalen gemiddeld gezien de mate van angst in een groep jeugdigen, vaak in samenhang met elkaar (Vasey, Bosmans, & Ollendick, 2014). Dit zegt echter niets over een individuele jeugdige. De optelling van meerdere risicofactoren vergroot wel de kans op een ongunstiger uitkomst bij een jeugdige.

Weging van risicofactoren en beschermende factoren

Het [balansmodel, zoals dit in de JGZ wordt gebruikt](#), geeft een overzicht van het samenspel van risicofactoren en beschermende factoren bij de ontwikkeling van een jeugdige (Bakker, Bakker, van Dijke, & Terpstra, 1998). Het evenwicht tussen draaglast en draagkracht van de jeugdige en het gezin is hierbij van essentieel belang. Draaglast is het geheel aan taken die jeugdigen (en gezinnen) dienen te vervullen. Risicofactoren of bepaalde gebeurtenissen kunnen het uitvoeren van de taken moeilijker maken en daardoor de draaglast vergroten. Bij draagkracht gaat het om het geheel aan competenties en beschermende factoren waarover jeugdigen (en gezinnen) beschikken die hen helpen met deze taken en risicofactoren om te gaan. In het kader van angstproblematiek kan de draagkracht bijvoorbeeld vergroot worden door psycho-educatie of interventies gericht op de jeugdige of op het gezin.

1. AANBEVELINGEN

- De JGZ-professional heeft kennis van de risicofactoren en beschermende factoren (balansmodel) bij angst voor de inschatting van de verhouding draagkracht en draaglast van een jeugdige en/of het gezin.
- De JGZ-professional besteedt aandacht aan de te beïnvloeden factoren die binnen het aandachtsveld van de JGZ vallen:
 - Het versterken van opvoedingsvaardigheden; aandacht voor autonomie van de jeugdige, sensitiviteit en regels.
 - Hulp bieden bij conflicthantering in gezinnen met een dreigend familieklimaat.
 - Bij kinderen van ouders met psychische (angst)problemen: aandacht geven aan de gezonde kanten van de ouder met problemen, de gezonde ouder ondersteunen in diens ouderrol en psycho-educatie over mogelijke overdracht van angst.
 - Tips geven voor sociale steun: de ouders of het kind helpen bij het vinden van een ondersteunend netwerk of belangrijke andere volwassene/vertrouwenspersoon.
 - Tips geven voor gezinscohesie en betrokkenheid bij elkaar van de gezinsleden: aandacht voor en leuke dingen doen met elkaar.
 - Vergroten van eigenwaarde en copingvaardigheden van de jeugdige, helpen bij het ombuigen van een negatieve denkstijl naar een positieve denkstijl.
 - Stimuleren van een positieve ontwikkeling bij de jeugdige: vergroten van sociaal-emotionele vaardigheden, vinden van een plezierige vrijetijdsbesteding, vergroten van de binding met de omgeving (bijvoorbeeld door op een club te gaan, vriendschappen stimuleren), waardering voor positief gedrag.
- De JGZ-professional is extra alert bij ouders en jeugdigen uit andere (sub)culturen in het herkennen van risicofactoren en problematische angst.
- De JGZ-professional houdt oog voor andere onderliggende of bijkomende problematiek die angstsymptomen kan uitlokken of versterken.
- De JGZ-professional is extra alert op angstproblematiek na ingrijpende levensgebeurtenissen en traumatische ervaringen en vraagt actief door naar angstsymptomen.

2. Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen

- Wat zijn risicofactoren voor het ontstaan van en beschermende (omgevings)factoren bij angst bij jeugdigen van 0-19 jaar?
- Is er een onderscheid in risicofactoren en beschermende (omgevings)factoren per ontwikkelings- of leeftijdsfase?
- Zijn er verschillen in risicofactoren en beschermende factoren bij etnische minderheden, jongens/meisjes, en groepen met lage SES?

3. Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

Risicofactoren

Genetische invloeden

Problematische angst en angststoornissen zijn tot op zekere hoogte erfelijk bepaald (Vasey, Bosmans, & Ollendick, 2014). Jeugdigen die een eerstegraadsfamilielid hebben met een angststoornis, hebben drie- tot vijfmaal zoveel kans op een angststoornis (Smoller, Finn, & White, 2000). Tweelingenstudies laten zien dat ongeveer 30 tot 40% van de spreiding in angstproblematiek toegeschreven kan worden aan genetische aanleg (Gregory & Eley, 2011). In interactie met de omgeving kunnen genetische kwetsbaarheden naar voren komen. Bij jeugdigen die van nature verlegen zijn, kan deze verlegenheid een factor zijn voor de ontwikkeling van problematische angst (Boer, 2011). Een enkele studie laat zien dat gedurende de adolescentie (14–18 jaar) de genetische invloed groter wordt, terwijl de invloed van de gedeelde omgeving (het gezin, de ouders) minder belangrijk wordt. Het lijkt erop dat de jongere vanuit zijn erfelijke aanleg een unieke omgeving opzoekt die bij hem past (Garcia et al., 2013).

(Neuro)biologische en lichamelijke invloeden

Verschillende biologische en lichamelijke factoren kunnen de kans op problematische angst verhogen. Voor de JGZ-praktijk hebben deze factoren vaak geen praktische waarde omdat ze lastig te signaleren zijn en/of er niets aan te veranderen valt. Bijvoorbeeld een hypersensitieve amygdala heeft een centrale rol in de regulatie van angst. Een aantal voorbeelden die mogelijk wel een signaleringsfunctie voor de JGZ-professional kunnen hebben zijn:

- Jeugdigen die prematuur en/of met een laag geboortegewicht geboren zijn, hebben een groter risico op het ontwikkelen van een angststoornis (Burnett et al., 2011).
- Vanuit klinische ervaring is geconstateerd dat bepaalde ziektes, zoals migraine, epilepsie, hartritmestoornissen, een te lage bloedsuikerspiegel, astma of een te

sterke werking van de schildklier, kunnen samengaan met problematische angst (Dieleman & Dierckx, 2014). Problematische angst kan zich mogelijk ontwikkelen als secundaire aandoening als gevolg van bepaalde biologische mechanismen en/of genetische factoren die ook de ziekte veroorzaken (Pao & Bosk, 2011), maar het kan ook andere oorzaken hebben (zie ook Meegemaakte levensgebeurtenissen).

- Sommige geneesmiddelen of zelfzorgmiddelen kunnen angst als bijwerking hebben (bijvoorbeeld middelen tegen verkoudheid, allergie en wagenziekte, middelen die bij depressie, angst, ADHD en psychose worden gebruikt, corticosteroïden/bijnierschors hormonen zoals prednison; Boer, 2011; Dieleman & Dierckx, 2014). Het is belangrijk om na te vragen of de jeugdige medicatie gebruikt. Wanneer dit het geval is, moet er worden nagegaan bij de jeugdige en de ouder, hoe het gebruik van deze medicatie zich verhoudt tot het ontstaan van de angstklachten.
- Veel drugs, zoals cannabis, amfetamine (speed), cocaïne, XTC, LSD en paddo's kunnen angst opwekken of versterken. Soms houdt de angst aan als het middel is uitgewerkt. Zo kunnen mensen na een angstige ervaring met cannabis of paddo's soms nog maandenlang last hebben van angstaanvallen. Daarnaast kan angst een ontwenningssverschijnsel zijn (Kerssemakers, Meerten, Noorlander, & Vervaeke, 2008).
- Hoewel jongeren alcohol kunnen gebruiken om angst te dempen, kan alcohol ook juist angst opwekken of versterken (www.alcoholinfo.nl).
- De vrij verkrijgbare energy drinks, met als belangrijkste ingrediënt cafeïne, kunnen angst opwekken en mentale gezondheidsproblemen veroorzaken (Rath, 2012; Seifert, Schaechter, Hershorin, & Lipshultz, 2011; Trapp et al., 2014). Het [Voedingscentrum](http://www.voedingscentrum.nl) adviseert voor kinderen het maximum van 2,5 milligram cafeïne per kilo lichaamsgewicht aan te houden. Op basis hiervan wordt het kinderen afgeraden om energydrinks te gebruiken en voor adolescenten maximaal één product. Hoe meer drankjes geconsumeerd worden, hoe groter de kans op het ontstaan van problematische angst (Trapp et al., 2014). Er zijn casestudies die ernstige problematische angst rapporteerden bij jongeren of jongvolwassenen die zes tot acht blikjes per dag dronken.
- Een moeder kan al in een vroeg stadium angst overdragen aan het kind. Er is een relatie tussen het stress- en angstniveau van de moeder voordat het kind is geboren, en gedragsproblemen en emotionele problemen bij het kind op latere leeftijd. Biologische processen spelen hierbij mogelijk een rol. (Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005). Met name hoge niveaus van depressie-, angst- en stresssymptomen in de vroege zwangerschap voorspellen internaliserende problemen, zoals angst, in de adolescentie (Betts, Williams, Najman, & Alati, 2014).

Temperament

Verschillende karaktereigenschappen kunnen de kans op problematische angst verhogen:

- Extreme verlegenheid (gedragsinhibitie) is de neiging om zich terug te trekken uit onbekende situaties of van onbekende personen. Op zich is verlegenheid een nuttige eigenschap en brengt een voorzichtige houding bepaalde kansen met zich mee (Boer, 2011). Zeer verlegen jeugdigen hebben echter een verhoogde kans op het ontwikkelen van angst, vooral sociale angst (Muris, Van Brakel, Arntz, & Schouten, 2011; Vreeke, Muris, Mayer, Huijding, & Rapee, 2013). Ongeveer 15% van alle jeugdigen zijn extreem verlegen en bijna de helft daarvan ontwikkelt uiteindelijk een sociale angststoornis. Daarmee is extreme verlegenheid de grootste risicofactor voor deze stoornis (Clauss & Blackford, 2012). Een sterk ontwikkeld schaamtegevoel lijkt de relatie tussen extreme verlegenheid en angst gedeeltelijk te verklaren (Muris, Meesters, Bouwman, & Notermans, 2014).
- Afkeer hebben van iets, de zogenaamde afkeergevoeligheid, is een andere emotie die samenhangt met angst. In het bijzonder blijkt deze eigenschap een rol te spelen in de ontwikkeling van fobieën, met name fobieën voor dieren zoals spinnen en honden (Muris, 2006).

Meegemaakte levensgebeurtenissen

De volgende levensgebeurtenissen en ervaringen kunnen de kans op problematische angst verhogen:

- Ingrijpende ervaringen, zoals echtscheiding of het overlijden van een familielid, zijn gerelateerd aan angst bij jeugdigen (Muris, 2006). Ook het meemaken van ernstige calamiteiten op school, zoals een (gezins)moord of zelfdoding op school, maar ook incidenten met social media, kunnen van invloed zijn op het ontstaan van problematische angst (praktijkervaring) (Spee & Van de Laar, 2012). Vaak hebben jeugdigen met een angststoornis meer negatieve levensgebeurtenissen meegemaakt dan gezonde jeugdigen, in veel gevallen ook in het jaar voorafgaand aan het ontwikkelen van de angststoornis (Boer et al., 2002). Aan de andere kant denken ouders dat de impact van een negatieve levensgebeurtenis groter is voor hun kind met angstklachten, in vergelijking met de impact hiervan op hun kind zonder angstklachten (Boer, 2011). Er lijkt dus ook sprake te zijn van een wisselwerking waarin stressvolle levensgebeurtenissen in interactie met andere risicofactoren angst en episoden van paniek kunnen veroorzaken. Sowieso kan een jeugdige van een schokkende gebeurtenis een tijdlang angstiger worden. Dit kan zich uiten in (tijdelijke) extra waakzaamheid en lichamelijke verschijnselen zoals een verhoogde hartslag en zweten (Boer, 2011).
- Traumatische ervaringen, zoals fysieke mishandeling, seksueel misbruik en emotionele verwaarlozing voorspellen de ontwikkeling van psychopathologie, waaronder angststoornissen, op latere leeftijd (Norman et al., 2012; Carr, Martins, Stingel, Lemgruber, & Juruena, 2013). Seksueel misbruik kan worden beschouwd als een generieke, niet-specifieke risicofactor voor angststoornissen, vooral voor posttraumatische stressstoornis (Maniglio, 2013).

- Jeugdigen die gepest worden hebben een grotere kans op de ontwikkeling van internaliserende problemen zoals depressie, angst en teruggetrokkenheid (Reijntjes, Kamphuis, Prinzie, & Telch, 2010). Afwijzing door leeftijdgenoten en pesten kunnen een grote impact hebben op het angstniveau bij jeugdigen en kunnen stoornissen zoals posttraumatische stressstoornis en sociale angststoornis uitlokken (Vasey et al., 2014). Hier kan een wisselwerking optreden: sociale angstsymptomen bij een jeugdige kunnen op hun beurt negatieve reacties van leeftijdgenoten uitlokken (Reijntjes et al., 2010). Ook zelf pesten is een risicofactor voor de ontwikkeling van angstproblematiek. Een jeugdige die zowel dader als slachtoffer was, heeft de grootste kans hierop (Copeland, Wolke, Angold, & Costello, 2013). Naar cyberpesten, pesten via de computer of mobiele telefoon, is minder onderzoek gedaan. Uit enkele studies is wel duidelijk dat ook cyberpesten vaak samengaat met emotionele problemen, zoals angst en depressie (Schneider, O'Donnell, Stueve, & Coulter, 2012; Sourander, Brunstein, & Ikonen, 2010). Het *signaleren* van cyberpesten is lastiger dan het signaleren van traditionele vormen van pesten. Er is meer onderzoek nodig naar hoe de JGZ cyberpesten kan helpen voorkomen, kan signaleren en begeleiden. JGZ-richtlijn Pesten: (Fekkes, van Gameren-Oosterom, Rosenbrand, de Beer, & Kamphuis, 2014).
- Waargenomen discriminatie heeft een schadelijk effect op het welbevinden van kinderen en jongeren, waaronder angst (Priest et al., 2013). Dit effect is groter bij jeugdigen dan bij volwassenen en is ook aangetoond in longitudinale studies (Schmitt, Branscombe, Postmes, & Garcia, 2014).
- Chronische ziektes, zoals astma, diabetes en epilepsie, zijn een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van problematische angst en angststoornissen (Pao & Bosk, 2011; Pinquart & Shen, 2011). Bij het chronisch vermoeidheidssyndroom, migraine/spanningshoofdpijn, zintuiglijke beperkingen en epilepsie is de relatie het sterkst (Pinquart & Shen, 2011). Het verband tussen een chronische ziekte en angst kan een gevolg van de ziekte zelf zijn (zie biologische en lichamelijke invloeden), maar ook als een reactie op het ziek zijn of opnames in het ziekenhuis, pijnlijke medische procedures en beperkingen in leefstijl. Als een jeugdige met een chronische ziekte last heeft van angstklachten, kan dit verregaande gevolgen hebben, zoals het niet opvolgen van medische leefregels en het ontwikkelen van andere comorbiditeiten.

Opvoedingsstijl

De opvoedingsstijl kan bijdragen aan de ontwikkeling van een angststoornis (Dieleman & Dierckx, 2014; Vasey et al., 2014). Hoewel het effect klein lijkt te zijn, in een meta-analyse bepaalde opvoeding slechts 4 procent in de variantie van angst bij het kind (McLeod, Wood, & Weisz, 2007), is het wel een factor die beïnvloedbaar is. De meeste negatieve impact heeft een controlerende opvoedingsstijl waarbij het kind in zijn of haar autonomie wordt beperkt (Van der Bruggen, Stams, & Bogels, 2008). De controlerende, overbeschermdende opvoedingsstijl kenmerkt zich door het reguleren van activiteiten en

1 routines van het kind, het inperken van de onafhankelijkheid van het kind en aangeven
2 hoe het kind moet denken of zich moet voelen. Door overbescherming kan angst bij het
3 kind aangewakkerd worden: kinderen leren niet met angstige situaties om te gaan
4 doordat hun ouders ze van deze situaties weg proberen te houden (Vasey et al., 2014).
5 Dit effect wordt echter niet altijd gevonden: in een onderzoek onder 3 tot 6-jarigen met
6 en zonder angstklachten was een overbeschermende houding geen risicofactor voor de
7 ontwikkeling van angstproblematiek op een later moment (Vreeke et al., 2013).
8 Overbescherming kan bij jonge kinderen tot op zekere hoogte een constructieve houding
9 zijn voor ouders, maar als de kinderen ouder worden kan het angst in stand houden of
10 versterken. De relatie tussen opvoedingsstijl en angst bij het kind loopt beide kanten op:
11 een angstig kind kan ook een beschermende en controlerende houding bij de ouders
12 oproepen (Vasey et al., 2014). Ook is aangetoond dat ouders op een kind met
13 angstsymptomen afwijzender reageren dan op de broertjes of zusjes zonder angst,
14 alsook op andere kinderen zonder angstsymptomen (Lindhout et al., 2009). Een
15 beschermende opvoedingsstijl interacteert op die manier met extreme verlegenheid bij
16 het kind. Overbescherming kan juist voor verlegen kinderen een negatieve invloed op
17 angstniveau hebben, wat aangeeft dat deze opvoedingsstijl mogelijk de ontwikkeling van
18 een adequate coping stijl voor deze kinderen in de weg zit (Muris et al., 2011). Voor
19 jongeren (12 – 18 jaar) blijken overbetrokkenheid en minder warmte in het gezin
20 gerelateerd te zijn aan angstproblematiek (Yap, Pilkington, Ryan, & Jorm, 2014).
21 Opgemerkt dient te worden dat in het onderzoek naar de relatie tussen ouderlijke invloed
22 en angst bij het kind de rol van de vader een lange tijd is onderbelicht (Bogels & Phares,
23 2008), maar recentelijk lijkt er sprake te zijn van een inhaalslag. In een onderzoek bij
24 baby's van 10 tot 15 maanden die over een 'visuele klif' moesten kruipen, bleek de angst
25 van de baby's verband te houden met de angst van de vader, maar niet met die van hun
26 moeder (Moller, Majdandzic, & Bogels, 2014). Ander onderzoek onder kinderen van 2 en
27 4 jaar maakt duidelijk dat vaders met een uitdagende manier van benaderen (het kind
28 zijn grenzen laten verkennen) mogelijk een belangrijke rol spelen in het opbouwen van
29 zelfvertrouwen bij hun sociaal angstige kind (Bogels, Stevens, & Majdandzic,
30 2011;Majdandzic, Moller, de, Bogels, & Van den Boom, 2014). De resultaten suggereren
31 dat het vertrouwen van vaders van groot belang is bij kinderen met een angstig
32 temperament. Zij leren hun kind om te gaan met externe uitdagingen en fysiek
33 gevaarlijke situaties.

34 35 *Hechting*

36
37 Problemen in het vormen van een veilige gehechtheidsrelatie zijn een belangrijke
38 voorspeller van het ontstaan van problematische angst (Dieleman & Dierckx, 2014;Vasey
39 et al., 2014). Gehechtheid ontstaat in de relatie met de belangrijke ouder/verzorger. De
40 meeste jeugdigen zijn veilig gehecht. Dat wil zeggen dat zij zich veilig genoeg voelen om
41 hun omgeving te gaan ontdekken, wetende dat er sensitieve ouders/verzorgers zijn die
42 beschikbaar zijn en responsief en voorspelbaar kunnen reageren op momenten van
43 stress.

1 Er zijn ook jeugdigen die in de relatie met hun ouders een vermijdende of een
2 ambivalente gehechtheidsrelatie ontwikkelen. Deze jeugdigen keren zich beperkt of
3 wisselend af van de belangrijke ander op momenten van stress. Dat kan komen door
4 specifieke kindfactoren (als temperament en regulatievaardigheden), beperkingen in
5 ouderfunctioneren (zoals beperkte sensitiviteit, emotionele beschikbaarheid en/of
6 opvoedingsvaardigheden) of een combinatie van beide. Er is ook een kleine groep
7 jeugdigen die een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie ontwikkelt. Dit kan ontstaan als
8 er ernstige beperkingen of problemen zijn ontstaan op het gebied van (emotionele)
9 beschikbaarheid, voorspelbaarheid en sensitiviteit/responsiviteit van de belangrijke
10 ouder/verzorger.

11 Twee metastudies hebben aangetoond dat onveilige gehechtheid en angst aan elkaar
12 gerelateerd zijn (Colonnesi et al., 2011; Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013). Een
13 ambivalente gehechtheidsstijl laat een sterk verband zien met angst. De relatie is het
14 sterkst tijdens de adolescentie (Colonnesi et al., 2011). Wanneer generiek naar
15 internaliserend gedrag gekeken wordt (dus angst én depressie) is vooral een
16 vermijdende hechting een belangrijke voorspeller (Madigan et al., 2013).

17 Gedragsinhibitie, een andere risicofactor voor angst, kan hierbij een rol spelen.

18 Jeugdigen die onveilig zijn gehecht en daarnaast extreem verlegen zijn, vertonen het
19 hoogste niveau aan angstsymptomen (Muris et al., 2011). Er is mogelijk sprake van een
20 wisselwerking: een teruggetrokken kind dat angstig reageert op nieuwe mensen of
21 andere dingen, kan lastiger hulp voor zichzelf zoeken of laat zich minder makkelijk
22 troosten (Dieleman & Dierckx, 2014).

24 *Andere ouderlijke en gezinsinvloeden*

26 Naast opvoedingsstijl en hechting zijn er andere ouder- en gezinsfactoren die de kans op
27 problematische angst verhogen. Onderzoek is ook hier overwegend bij moeder en kind
28 uitgevoerd:

- 30 - Ouders kunnen hun eigen angsten, bewust of onbewust, overdragen aan en
31 bekrachtigen bij hun kinderen. Wanneer ouders bepaald voorbeeldgedrag
32 vertonen, is het mogelijk dat kinderen dit gedrag kopiëren: hoe vaker de moeder
33 angst vertoont, hoe angstiger het kind. Dit verschijnsel heet 'modeling' (Fisak &
34 Grills-Taquechel, 2007; Muris, Steerneman, Merckelbach, & Meesters, 1996).
- 35 - Ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen verhogen het risico op
36 een breed spectrum van stoornissen en andere negatieve uitkomsten, waaronder
37 angstproblematiek, bij het kind. In bijvoorbeeld een meta-analyse van Goodman
38 et al.(2011) was depressie bij de moeder significant gerelateerd aan
39 internaliserende problematiek bij het kind. Dit kan komen door overdracht of
40 kopieergedrag van het kind, maar ook door het samenspel van andere
41 risicofactoren en beschermende factoren, zoals genetische invloeden en
42 opvoedingsstijl. De invloed van psychopathologie bij de moeder lijkt wat sterker
43 te zijn dan de invloed van psychopathologie bij de vader (Connell & Goodman,
44 2002).

- Een vijandige sfeer en conflicten binnen het gezin kunnen samenhangen met een verhoogd angstniveau bij kinderen. Deze relatie is mogelijk ook te verklaren door andere factoren binnen het gezin zoals een hoog stressniveau en een minder goed ontwikkeld probleemoplossend vermogen bij de ouders (Dieleman & Dierckx, 2014). Voortdurende conflicten binnen een huwelijk blijken een sterkere voorspeller te zijn van angst bij het kind dan een scheiding van de ouders (Jekielek, 1998).
- De gezinscohesie is een andere factor die geassocieerd is met het angstniveau bij het kind. Wanneer gezinsleden zich verbonden met elkaar voelen en samen een goede manier vinden om met stress en moeilijke situaties om te gaan (aanpassingsvermogen), zal dit gepaard gaan met een minder hoog angstniveau bij de kinderen (Dieleman & Dierckx, 2014).

Cognitieve factoren

Een aantal cognitieve factoren kunnen de kans op een angststoornis verhogen (Muris & Field, 2008):

- Een verhoogde aandacht voor informatie over gevaar. Jeugdigen die een angststoornis ontwikkelen hebben vaak meer aandacht voor mogelijk bedreigende zaken in hun omgeving.
- De neiging om disproportioneel gevaar te zien in ambigue situaties. Als angstige jeugdigen (in de leeftijd 7-14 jaar) korte verhalen over ambigue situaties te horen krijgen, zijn zij eerder geneigd een dreigende afloop van het verhaal als meest waarschijnlijk te zien dan niet-angstige jeugdigen (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996) .
- Jeugdigen die selectief gebeurtenissen herinneren die gerelateerd zijn aan een angstig gevoel. Angstige jeugdigen tussen 7 en 18 jaar oud kunnen zich bij tests bijvoorbeeld meer woorden herinneren die aan angst gerelateerd zijn dan niet-angstige jeugdigen. Naast deze cognitieve factoren zijn er ook cognitieve stijlen die een kwetsbaarheid voor angst met zich meebrengen, zoals een laag geloof in de eigen-effectiviteit (Vasey et al., 2014). Jeugdigen die last hebben van aanhoudend negatieve gedachten en die veel piekeren hebben ook een grotere kans om problematische angst te ontwikkelen (Broeren, Muris, Bouwmeester, van der Heijden, & Abee, 2011).

Andere psychische problematiek

Wanneer een jeugdige last heeft van andere psychische problemen zoals een depressie, bestaat de kans dat angstproblematiek ontstaat of dat angst een uitingsvorm is van de depressie. Ook kan depressie het gevolg zijn van problematische angst.

Beschermende factoren

Er is veel meer onderzocht en opgeschreven over risicofactoren in vergelijking met de beschermende factoren. Bij de overzichten van beschermende factoren gaat het niet zozeer over specifieke factoren die bijdragen aan het voorkomen of verminderen van angst, maar meer over generieke factoren die bescherming bieden voor de mentale gezondheid van jeugdigen. Bijvoorbeeld positieve familierelaties, waarin gezinsleden elkaar respecteren, ondersteunen en stimuleren, zijn heel belangrijk bij het herstellen na heftige gebeurtenissen of tegenslag (Luthar et al., 2014). Een goede band met ten minste één ouder is hierbij cruciaal, maar er zijn ook beschermende effecten aangetoond als een jeugdige een goede band heeft met een andere moeder- of vaderfiguur, een grootouder, oudere broers of zussen, of met een leraar op school. Ook goede vriendschappen met leeftijdgenoten zijn van belang voor een positieve ontwikkeling van de jeugdige, al kan dit effect ook negatief uitpakken wanneer jeugdigen een slechte invloed op elkaar hebben (Luthar et al., 2014).

Ince, van Yperen, & Valkestijn, 2013 hebben factoren geïdentificeerd die bijdragen aan een positieve ontwikkeling bij kinderen en adolescenten, en een tegenwicht kunnen bieden aan risicofactoren. De factoren zijn niet specifiek gericht op het tegengaan van problematische angst, maar kunnen bijdragen aan een algemene positieve ontwikkeling bij jeugdigen:

1. *Sociale binding*: Bij sociale binding gaat het om de emotionele band en het commitment dat een jeugdige heeft met sociale relaties in het gezin, binnen zijn of haar vriendengroep, op school en in de wijk. De band (hechting) die een jeugdige op jonge leeftijd met zijn of haar ouders en gezin heeft, is van grote invloed op de binding die hij later met vrienden, school en wijk ontwikkelt.

2. *Kansen voor betrokkenheid en participatie*: Kinderen en jongeren moeten kansen krijgen om een concrete, betekenisvolle en gewaardeerde bijdrage te leveren aan verbanden waarvan zij deel uitmaken (familie, school, gemeenschap).

3. *Prosociale normen*: Voor een gezonde ontwikkeling van jeugdigen is het nodig dat zij opgroeien in een omgeving waarin duidelijke normen en waarden voor positief gedrag worden uitgedragen en nageleefd. Regels en grenzen moeten voor jeugdigen duidelijk zijn.

4. *Erkenning van en waardering voor positief gedrag*: Om hun sociaal gedrag te versterken is het van groot belang dat jeugdigen erkenning en waardering krijgen voor positief gedrag.

5. *Sociale steun*: Sociale steun van ouders en steun van andere volwassenen kan een belangrijke bijdrage leveren aan het welbevinden van jeugdigen. Het gaat om volwassenen die direct (bijvoorbeeld door emotionele steun te bieden en rolmodel te zijn) of indirect (door ouders emotionele, praktische of informatieve ondersteuning te bieden) hun bijdrage leveren. Steun aan ouders en kinderen kan een belangrijke bijdrage leveren aan het welzijn van kinderen en jongeren.

1 6. *Constructieve tijdsbesteding*: Het gaat hierbij om de kans om deel te kunnen nemen
2 aan bijvoorbeeld creatieve activiteiten (muziek, theater) en jeugdprogramma's (zoals
3 sport, clubs of verenigingen). Dit moedigt talenten aan en zorgt ervoor dat vrije tijd niet
4 met negatieve activiteiten wordt ingevuld.

5 7. *Competenties*: Competenties van kinderen en jongeren blijken bij te dragen aan
6 schoolsucces, prosociaal gedrag en positieve relaties met vrienden en volwassenen.
7 Daarbij gaat het om sociale competenties, emotionele competenties en gedragsmatige
8 competenties.

9 8. *Cognitieve vaardigheden*: Bij cognitieve vaardigheden kan onderscheid gemaakt
10 worden tussen algemene cognitieve vaardigheden zoals logisch en analytisch denken en
11 abstract redeneren, en specifiek cognitieve vaardigheden, zoals lees- en
12 rekenvaardigheden, die belangrijk zijn voor schoolsucces.

13 9. *Schoolmotivatie*: Hierbij gaat het onder andere om binding met school,
14 prestatiemotivatie en positieve verwachtingen ten aanzien van eigen succes.
15 Schoolmotivatie wordt beïnvloed door onder meer ouderlijke attitudes,
16 ouderbetrokkenheid, aanmoediging en succes op school. Daarnaast zijn normen en
17 waarden uitgedragen door de gemeenschap en de vriendengroep van groot belang.

18 10. *Positieve identiteit*: Dit betreft hoe jongeren zichzelf zien. Het omvat bijvoorbeeld de
19 overtuiging dat je met je eigen gedrag persoonlijke doelen kan bereiken. Hoe meer
20 geloof in persoonlijke effectiviteit, hoe hoger de doelen zijn die mensen voor zichzelf
21 stellen en hoe groter de motivatie is om deze doelen te bereiken.

22
23 De beschermende factoren kunnen meegenomen worden bij het inschatten van de
24 draagkracht van de jeugdige met behulp van het Balansmodel.

25 26 **Onderscheid in risico- en beschermende factoren per ontwikkelingsfase**

27
28 In de verschillende stadia van de ontwikkeling van jeugdigen zijn er diverse risico- en
29 beschermende factoren aan te wijzen. Daarom zullen er in de verschillende
30 ontwikkelingsstadia ook andere accenten gelegd moeten worden om angstproblemen te
31 voorkomen of aan te pakken.

32 In de voorschoolse periode spelen factoren binnen de opvoeding een grote rol, zoals de
33 gehechtheid van de jeugdige, de sensitiviteit van de ouders en hun opvoedings- en
34 communicatievaardigheden.

35 In de schoolse periode worden, behalve opvoedingsfactoren, omgevingsfactoren
36 belangrijker, zoals veiligheid in de buurt, de aard van de relatie met leeftijdsgenoten
37 (goede vriendschappen) en steun van andere belangrijke volwassenen (Van Rooijen &
38 Ince, 2013). Belangrijke risicofactoren zijn negatieve denkstijl, lage zelfwaardering,
39 pesten en minder goed ontwikkelde sociaal-emotionele vaardigheden (Ince et al., 2013).

Risicofactoren en beschermende factoren die samenhangen met sociaaleconomische status, etniciteit en geslacht

Diversiteit kan van invloed zijn op de ontwikkeling van problematische angst. Hierna worden achtereenvolgens de sociaaleconomische status, etniciteit en geslacht besproken.

De sociaaleconomische status: Jeugdigen uit minder welvarende gezinnen voelen zich vaker somber en angstig dan jeugdigen uit meer welvarende gezinnen, ook nadat gecorrigeerd is voor verschillen in bijvoorbeeld opleidingsniveau of gezinssamenstelling (Dorsselaer et al., 2010; Yoshikawa, Aber, & Beardslee, 2012). Verschillende longitudinale studies laten zien dat de armoede in de (vroege) kindertijd van invloed kan zijn op het angstniveau tot in de adolescentie en jongvolwassenheid (Najman et al., 2010; Spence, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2002). Een enkele studie beschrijft de relatie tussen overbescherming van de moeder en angst bij het kind, en de rol die de financiële situatie van een gezin hierbij heeft (Cooper-Vince, Pincus, & Comer, 2014); het effect van overbescherming op angst werd bij de jonge kinderen alleen aangetoond bij de armere gezinnen. Bij de oudere kinderen in groep 5 en 7 bleek de financiële situatie een belangrijkere voorspeller voor angst bij het kind te zijn dan moederlijke overbescherming. Er zijn meer studies nodig om de bewijskracht van deze bevindingen te verstevigen.

Etniciteit: Migrantenkinderen hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen, maar dit gaat eerder om externaliserende dan om internaliserende problemen (Gielsing, Vollebergh, & van Dorsselaer, 2010). Dit risico lijkt met name te gelden voor eerstegeneratiemigranten, in combinatie met andere risicofactoren zoals een lage sociaaleconomische status, een strenge opvoedingsstijl van de moeder en een origine van buiten Europa (Belhadj, Koglin, & Petermann, 2014). In een ander onderzoek werden evenmin verschillen gevonden wat betreft internaliserende problemen voor jeugdigen met een Turkse, Marokkaanse en Nederlandse achtergrond tussen de 4 en 18 jaar (Stevens et al., 2003). Het is mogelijk dat de relatie extreme verlegenheid, ouderlijke overbescherming en angstsymptomen anders in elkaar zit bij groepen van niet-Nederlandse origine: Een enkele studie vond alleen een relatie tussen overbescherming, extreme verlegenheid en angst (behalve sociale angst) bij de jeugdigen met een migrantenachtergrond (Vreeke et al., 2013). De kwaliteit van de relaties tussen broers en zussen heeft geen impact op angstproblematiek, maar dit effect is hetzelfde voor Marokkaans-Nederlandse en Nederlandse jeugdigen (Buist et al., 2014).

Geslacht: Er zijn geslachtsverschillen in het voorkomen van angstproblematiek. Verschillende studies hebben aangetoond dat meisjes genetisch gezien kwetsbaarder zijn voor angst dan jongens (Gregory & Eley, 2011). Meisjes hebben dan ook vaker angststoornissen dan jongens (Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009). Bij meisjes is er een sterke toename van angststoornissen rond de leeftijd van 5 jaar. Bij jongens is die toename geleidelijker. Aan het begin van de middelbare schooltijd is het aantal jongens en meisjes met internaliserende klachten als depressie en angst ongeveer gelijk, maar in

1 de loop van de adolescentie groeit de prevalentie van internaliserende problematiek bij
2 meisjes. Jongens in de adolescentie laten meer externaliserende problematiek zien, wat
3 overigens zeker niet wil zeggen dat er geen internaliserende problemen bij jongens
4 voorkomen. Maar het lijkt er wel op dat meisjes eerder geneigd zijn problemen 'naar
5 binnen' te richten (Van Dorsselaer et al., 2010). Homoseksuele en biseksuele jongeren
6 lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen,
7 waaronder problematische angst en angststoornissen (Fergusson, Horwood, & Beautrais,
8 1999). Mogelijk komt dit doordat deze jongeren meer kans lopen om slachtoffer te
9 worden van pesterijen en discriminatie (Burton, Marshal, Chisolm, Sucato, & Friedman,
10 2013).

11

4. Referenties, behorende bij de onderbouwing

Bakker, I., Bakker, C., van Dijke, A., & Terpstra, L. (1998). *Balansmodel*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *J Abnorm Child Psychol*, 24, 187-203.

Belhadj, K. E., Koglin, U., & Petermann, F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23, 373-391.

Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2014). Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence. *Depression and Anxiety*, 31, 9-18.

Boer, F. (2011). *Angst bij kinderen*. Houten: LannooCampus.

Boer, F., Markus, M. T., Maingay, R., Lindhout, I. E., Borst, S. R., & Hoogendijk, T. H. (2002). Negative life events of anxiety disordered children: bad fortune, vulnerability, or reporter bias? *Child Psychiatry Hum Dev*, 32, 187-199.

Bogels, S. & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. *Clin Psychol Rev*, 28, 539-558.

Bogels, S., Stevens, J., & Majdandzic, M. (2011). Parenting and social anxiety: fathers' versus mothers' influence on their children's anxiety in ambiguous social situations. *J Child Psychol Psychiatry*, 52, 599-606.

Broeren, S., Muris, P., Bouwmeester, S., van der Heijden, K. B., & Abee, A. (2011). The Role of Repetitive Negative Thoughts in the Vulnerability for Emotional Problems in Non-Clinical Children. *J Child Fam Stud*, 20, 135-148.

Buist, K. L., Paalman, C. H., Branje, S. J. T., Dekovi-ç, M., Reitz, E., Verhoeven, M. et al. (2014). Longitudinal effects of sibling relationship quality on adolescent problem behavior: A cross-ethnic comparison. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20, 266-275.

Burnett, A. C., Anderson, P. J., Cheong, J., Doyle, L. W., Davey, C. G., & Wood, S. J. (2011). Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 41, 2463-2474.

- Burton, C. M., Marshal, M. P., Chisolm, D. J., Sucato, G. S., & Friedman, M. S. (2013). Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: a longitudinal analysis. *J Youth Adolesc*, 42, 394-402.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Jurueña, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 1007-1020.
- Clauss, J. A. & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1066-1075.
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Jan, J. M. S., Van der Bruggen, C. O., B+Âgels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 630-645.
- Connell, A. M. & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 746-773.
- Cooper-Vince, C. E., Pincus, D. B., & Comer, J. S. (2014). Maternal intrusiveness, family financial means, and anxiety across childhood in a large multiphase sample of community youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 429-438.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70, 419-426.
- Dieleman, G. C. & Dierckx, B. (2014). Hoofdstuk 15 Angststoornissen. In F.Verhulst, F. Verheij, & M. Danckaerts (Eds.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Dorsselaer, S. v., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J., ter Bogt, T. et al. (2010). *HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Fekkes, M., van Gameren-Oosterom, H. B. M., Rosenbrand, K., de Beer, H. J. A., & Kamphuis, M. (2014). *JGZ-richtlijn Pesten*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry*, 56, 876-880.

- 1 Fisak, B. J. & Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement,
2 and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child*
3 *and Family Psychology Review*, 10, 213-231.
- 4 Garcia, S. E., Tully, E. C., Tarantino, N., South, S., Iacono, W. G., & McGue, M.
5 (2013). Changes in genetic and environmental influences on trait anxiety from middle
6 adolescence to early adulthood. *J Affect Disord*, 151, 46-53.
- 7 Gieling, M., Vollebergh, W., & van Dorsselaer, S. (2010). Ethnic density in school
8 classes and adolescent mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45,
9 639-646.
- 10 Goodman, S., Rouse, M., Connell, A., Broth, M., Hall, C., & Heyward, D. (2011).
11 Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clin Child Fam*
12 *Psychol Rev*, 14, 1-27.
- 13 Gregory, A. M. & Eley, T. C. (2011). The genetic basis of child and adolescent
14 anxiety. In W.K.Silverman & A. P. Field (Eds.), *Anxiety disorders in children and*
15 *adolescents* (pp. 161-178). Cambridge: Cambridge University Press.
- 16 Ince, I., van Yperen, T., & Valkestijn, M. (2013). *Top tien positieve ontwikkeling*
17 *jeugd - Beschermende factoren in opvoeden en opgroeien*. Utrecht: Nederlands Jeugd
18 Instituut.
- 19 Jekielek, S. M. (1998). Parental conflict, marital disruption and children's
20 emotional well-being. *Social Forces*, 76, 905-936.
- 21 Kerssemakers, R., Meerten, R. v., Noorlander, E., & Vervaeke, H. (2008). *Drugs*
22 *en alcohol: gebruik, misbruik en verslaving*. Springer.
- 23 Lewis, M. & Rudolph, K. D. (2014). *Handbook of Developmental Psychopathology*.
24 (3rd edition ed.) New York: Springer Science Business Media.
- 25 Lindhout, I. E., Markus, M. T., Borst, S. R., Hoogendijk, T. H., Dingemans, P. M.,
26 & Boer, F. (2009). Childrearing style in families of anxiety-disordered children: between-
27 family and within-family differences. *Child Psychiatry Hum Dev*, 40, 197-212.
- 28 Luthar, S. S., Lyman, E. L., & Crossman, E. J. (2014). Resilience and positive
29 psychology. In M.Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental*
30 *Psychopathology* (3rd edition ed., pp. 125-140). New York: Springer Science Business
31 Media.
- 32 Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and
33 internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental psychology*,
34 49, 672.

- 1 Majdandzic, M., Moller, E. L., de, V. W., Bogels, S. M., & van den Boom, D. C.
2 (2014). Fathers' challenging parenting behavior prevents social anxiety development in
3 their 4-year-old children: a longitudinal observational study. *J Abnorm Child Psychol*, 42,
4 301-310.
- 5 Maniglio, R. (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A
6 systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14, 96-112.
- 7 Masten, A. & Garmezy, N. (1985). Risk, Vulnerability, and Protective Factors in
8 Developmental Psychopathology. In B.Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical*
9 *Child Psychology* (8 ed., pp. 1-52). Springer US.
- 10 McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association
11 between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*,
12 27, 155-172.
- 13 Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of
14 mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 7-
15 20.
- 16 Moller, E. L., Majdandzic, M., & Bogels, S. M. (2014). Fathers' versus mothers'
17 social referencing signals in relation to infant anxiety and avoidance: a visual cliff
18 experiment. *Dev Sci*, 17, 1012-1028.
- 19 Muris, P., Meesters, C., Bouwman, L., & Notermans, S. (2014). Relations Among
20 Behavioral Inhibition, Shame- and Guilt-Proneness, and Anxiety Disorders Symptoms in
21 Non-clinical Children. *Child Psychiatry Hum Dev*.
- 22 Muris, P., van Brakel, A. M., Arntz, A., & Schouten, E. (2011). Behavioral
23 Inhibition as a Risk Factor for the Development of Childhood Anxiety Disorders: A
24 Longitudinal Study. *J Child Fam Stud*, 20, 157-170.
- 25 Muris, P. (2006). The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Considerations
26 from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioral*
27 *Development*, 30, 5-11.
- 28 Muris, P. & Field, A. P. (2008). Distorted cognition and pathological anxiety in
29 children and adolescents. *Cognition and Emotion*, 22, 395-421.
- 30 Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., & Meesters, C. (1996). The role of
31 parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*,
32 34, 265-268.
- 33 Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M. J., &
34 Williams, G. M. (2010). Family Poverty Over the Early Life Course and Recurrent

- 1 Adolescent and Young Adult Anxiety and Depression: A Longitudinal Study. *American*
2 *Journal of Public Health*, 100, 1719-1723.
- 3 Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The
4 Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect:
5 A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*, 9, e1001349.
- 6 Pao, M. & Bosk, A. (2011). Anxiety in medically ill children/adolescents. *Depress*
7 *Anxiety*, 28, 40-49.
- 8 Pinquart, M. & Shen, Y. (2011). Anxiety in children and adolescents with chronic
9 physical illnesses: a meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 100, 1069-1076.
- 10 Priest, N., Paradies, Y., Treanerry, B., Truong, M., Karlsen, S., & Kelly, Y. (2013). A
11 systematic review of studies examining the relationship between reported racism and
12 health and wellbeing for children and young people. *Social Science & Medicine*, 95, 115-
13 127.
- 14 Rath, M. (2012). Energy drinks: what is all the hype? The dangers of energy drink
15 consumption. *J Am Acad Nurse Pract*, 24, 70-76.
- 16 Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization
17 and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child*
18 *Abuse Negl*, 34, 244-252.
- 19 Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J*
20 *Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- 21 Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The
22 consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic
23 review. *Psychological Bulletin*, 140, 921-948.
- 24 Schneider, S. K., O'Donnell, L., Stueve, A., & Coulter, R. W. (2012).
25 Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high
26 school students. *American Journal of Public Health*, 102, 171-177.
- 27 Seifert, S. M., Schaechter, J. L., Hershorin, E. R., & Lipshultz, S. E. (2011). Health
28 effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. *Pediatrics*, 127, 511-
29 528.
- 30 Silverman, W. K. & Field, A. P. (2011). *Anxiety disorders in children and*
31 *adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 32 Smoller, J. W., Finn, C., & White, C. (2000). The genetics of anxiety disorders: An
33 overview. *Psychiatric Annals*, 30, 745-753.

- 1 Sourander, A., Brunstein, K. A., & Ikonen, M. (2010). Psychosocial risk factors
2 associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study. *Archives of*
3 *General Psychiatry*, 67, 720-728.
- 4 Spee, I. & van de Laar, M. (2012). *Als een ramp de school treft. Omgaan met*
5 *calamiteiten in het onderwijs*. Den Bosch: KPC Groep.
- 6 Spence, S. H., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M.
7 (2002). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during
8 early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal*
9 *of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 457-469.
- 10 Stevens, G. W., Pels, T., Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A., &
11 Crijnen, A. A. (2003). Parent, teacher and self-reported problem behavior in The
12 Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant
13 children and adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 576-585.
- 14 Trapp, G. S., Allen, K., O'Sullivan, T. A., Robinson, M., Jacoby, P., & Oddy, W. H.
15 (2014). Energy drink consumption is associated with anxiety in Australian young adult
16 males. *Depress Anxiety*, 31, 420-428.
- 17 Van den Bergh, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal
18 maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and
19 child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*,
20 29, 237-258.
- 21 Van der Bruggen, C. O., Stams, G. J., & Bogels, S. M. (2008). Research review:
22 the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic
23 review. *J Child Psychol Psychiatry*, 49, 1257-1269.
- 24 Van Rooijen, K. & Ince, D. (2013). *Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen*.
25 Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- 26 Vasey, M. W., Bosmans, G., & Ollendick, T. H. (2014). The developmental
27 psychopathology of anxiety. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of*
28 *Developmental Psychopathology* (3rd edition ed., pp. 543-560). New York: Springer
29 Science Business Media.
- 30 Vreeke, L. J., Muris, P., Mayer, B., Huijding, J., & Rapee, R. M. (2013). Skittish,
31 shielded, and scared: relations among behavioral inhibition, overprotective parenting,
32 and anxiety in native and non-native Dutch preschool children. *J Anxiety Disord*, 27, 703-
33 710.
- 34 Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors
35 associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-
36 analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.

1
2
3
4
5
6
7
8

Yoshikawa, H., Aber, J. L., & Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. *American Psychologist*, 67, 272-284.

3. Signaleren

Inleiding

De meeste jeugdigen hebben een goede lichamelijke en psychische gezondheid (De Looze et al., 2014). Wanneer dit niet het geval is, is vroegtijdig signaleren van risicofactoren en angstsymptomen nodig om het ontstaan van een angststoornis te voorkomen. JGZ-professionals hebben hierin een belangrijke taak. De JGZ-professional signaleert, maakt een weging van de risico- en beschermende factoren en onderzoekt of er sprake is van problematische angst of een angststoornis. Bij signalen van angst is het wenselijk om, met toestemming van de jeugdige en/of ouders, andere betrokkenen te raadplegen, bijvoorbeeld de leerkracht of de medewerker van de kinderopvang of peuterspeelzaal.

De JGZ-professional gebruikt voor het signaleren van psychosociale problemen vaak standaard een signaleringsinstrument conform de aanbevelingen uit de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Het gebruik van deze aanbevolen instrumenten is belangrijk ter ondersteuning van de klinische blik, zodat een zo objectief mogelijk beeld verkregen wordt. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat 43% van de jeugdigen met een verhoogde klinische CBCL-score, in de praktijk niet werd gesignaleerd door de JGZ-professional (Vogels, 2008). Naast het inzetten van een signaleringsinstrument blijft de dialoog, observatie en de vertrouwensrelatie tussen de JGZ-professional en de ouder en/of de jeugdige van groot belang. Bij een vermoeden van problematische angst of een angststoornis kan aanvullend een angstspecifieke anamnese afgenomen worden. Op basis van deze (hetero)anamnese, eigen observatie, en score op het signaleringsinstrument wordt samen met de ouders en jeugdigen bepaald wat de problemen zijn en waar eventueel extra ondersteuning nodig is. Op maat biedt de JGZ-professional interventies aan en draagt indien nodig zorg voor toeleiding voor verdere diagnostiek en behandeling.

1. Aanbevelingen

- De JGZ-professional neemt signalen van jeugdigen serieus en raadt ouders aan om hetzelfde te doen wanneer deze de angstproblemen bij hun kind onvoldoende erkennen.
- De JGZ-professional maakt voor de signalering van problematische angst gebruik van de volgende bronnen: een generiek signaleringsinstrument conform de aanbevelingen in de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen, een (hetero)anamnese bij jeugdige en/of ouder en eventueel raadpleging van betrokken ketenpartners.

- De JGZ-professional neemt bij een verhoogde score op een generiek signaleringsinstrument aanbevolen door de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen, of eigen observatie of signalen bij de jeugdige of de ouder of de ketenpartners, een angstspecifieke anamnese af.
- De JGZ-professional neemt bij een niet ingevuld generiek signaleringsinstrument en het vermoeden van problematische angst, de angstspecifieke anamnese af.
- De JGZ-professional heeft kennis van specifieke vragen over angst om angstproblematiek bij de jeugdige of de ouders uit te vragen.
- De JGZ professional is bij schoolverzuim alert op angstproblematiek (en andersom bij angstproblematiek alert op schoolverzuim).

2. Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen

- Welke effectieve signaleringsinstrumenten of -methoden voor angst zijn beschikbaar voor 12-19-jarigen?
- Welke effectieve signaleringsinstrumenten of -methoden om beginnend schoolverzuim te signaleren vanwege angst zijn beschikbaar voor 12-19-jarigen?
- Worden er binnen de Nederlandse JGZ praktijk andere bruikbare criteria gebruikt om te kunnen signaleren?
- Welke effectieve signaleringsinstrumenten of -methoden voor angst zijn beschikbaar voor 0-4-jarigen en 4-12-jarigen?
- Welke competenties hebben JGZ-professionals nodig om angst te signaleren bij jeugdigen met beginnend schoolverzuim?

3. Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

3.1 Stappen in het signaleringproces van problematische angst of een angststoornis

STAP 1 Herkennen van signalen van angst

Op verschillende momenten kunnen signalen van angst worden herkend: in ieder [contact](#), bijvoorbeeld face-to-face, tijdens een chat, op aanvraag als ouders en/of ketenpartners (waaronder sociale wijkteams) zich zorgen maken of na afname van een generiek screeningsinstrument (aanbevolen door de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psycho-sociale problemen). De JGZ-professional maakt bij signalen van angst de balans op tussen de aanwezige risicofactoren en beschermende factoren.

Inzetten van een generiek signaleringsinstrument

1 Met behulp van een generiek signaleringsinstrument ontstaat een breed beeld van de
2 psychosociale ontwikkeling van een kind. Zonder inzet van een instrument is de
3 vroegsignalering door de JGZ-professional van problemen niet optimaal. Het is steeds
4 meer gemeengoed in de JGZ om ouders of de jongere van tevoren een dergelijk
5 signaleringslijst op te sturen, zodat zij deze ingevuld kunnen meenemen naar het
6 contactmoment. Ook als ouders worden uitgenodigd naar aanleiding van een bepaalde
7 indicatie is het steeds vaker de gewoonte om de signaleringslijst al eerder toe te sturen.
8 Op basis van de uitkomsten op de signaleringslijst kan het gesprek met de ouders en/of
9 de jeugdige worden gevoerd.

11 De JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen beveelt op basis van
12 onderzoek aan om de volgende generieke psychosociale screeningsinstrumenten in te
13 zetten (de Wolff, Theunissen, Vogels, & Reijneveld, 2013; Kruizinga et al.,
14 2012; Kruizinga, Jansen, Mieloo, Carter, & Raat, 2013; Mieloo et al., 2012; Mieloo et al.,
15 2014; Stone, Otten, Engels, Vermulst, & Janssens, 2010; Theunissen, Vogels, de Wolff, &
16 Reijneveld, 2013; Theunissen, Vogels, & Reijneveld, 2012; Theunissen, Wolff, Vogels, &
17 Reijneveld, 2012):

- 18 • Op de leeftijd tussen de 6 en 14 maanden zijn nog geen van de generieke
19 instrumenten valide en betrouwbaar.
- 20 • Bij 24 maanden: BITSEA (Brief-Infant-Toddler Social and Emotional Assessment, 42
21 items, 7 à 10 minuten afname). Hoewel er uitgebreid onderzoek naar is gedaan, is
22 deze vragenlijst op dit moment lastig te verkrijgen in Nederland.
- 23 • Bij 3-4 jaar SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) ouderversie.
- 24 • Bij 4-7 jaar SDQ leerkrachtversie.
- 25 • Bij 5-12 jaar SDQ ouderversie.
- 26 • Bij 13-14 jaar SDQ kindversie.
- 27 • Bij 13-14 jaar de KIVPA (Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale
28 Problematiek bij Adolescenten) (van Ede, 2004; Vogels, 2008). Het is aannemelijk
29 dat in de update van de JGZ-richtlijn Vroegsignalering psychosociale problemen de
30 KIVPA wordt aanbevolen.
- 31 • De SDQ kindversie is een veelbelovend instrument voor kinderen van 15 jaar en
32 ouder.

34 Voor kinderen jongeren dan 24 maanden kan: het DMO-protocol voor psychosociale
35 problemen (0-18 maanden) worden ingezet als risico-inventarisatie voor als er sprake
36 lijkt te zijn van een zorgwekkende opvoedingssituatie, of SPARK (Signaleren van
37 Problemen en Analyse van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen, 18
38 maanden) als inventarisatie bij de ouders van behoefte aan opvoedingsondersteuning
39 (het gaat hier om het signaleren van risicofactoren in de opvoedingssituatie).
40 Over het algemeen zijn de lijsten ook geschikt voor jeugdigen en hun ouders met een
41 lager opleidingsniveau en uit andere culturele groepen. Een en ander is afhankelijk van
42 het taalniveau van de cliënt. Dit instrumentarium en de werkwijze zijn verder uitgewerkt
43 in de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen (2008) waarvan een
44 update zal verschijnen in 2016.

De generieke lijsten kunnen niet een bepaald problematisch angstniveau aantonen. Er is zover bekend niets te zeggen over de sensitiviteit (terecht alarm) en specificiteit (terecht verworpen) van de BITSEA en de SDQ wat betreft angst. Wel zijn scores op de generieke signaleringslijsten gerelateerd aan scores op specifieke angstschaal.

De algemene probleemschaal van de BITSEA is significant gecorreleerd met de DSM-georiënteerde schalen (waaronder angst $r = 0.45$) van de Child Behavior Checklist (CBCL) (Theunissen et al., 2012). Dat betekent dat bij een verhoogde score op de BITSEA een verhoogde kans op een problematisch angstniveau verwacht kan worden, maar over de hoogte van deze kans kan weinig worden gezegd.

In de SDQ zit een specifieke subschaal 'emotionele problemen/internaliserend' waar ook angstproblematiek onder valt. De scores op de ouderversie van de SDQ vertoonden een hoge correlatie ($r = 0.72$) met de scores op een specifieke angstvragenlijst (Muris, Meesters, & van den Berg, 2003). Echter, de SDQ correleert niet heel sterk met de probleemschaal internaliserend van de CBCL (<0.70) (Stone et al., 2010).

De internaliserende probleemschaal van de CBCL kan op zijn beurt wel goed het onderscheid maken met externaliserende problematiek, maar jeugdigen met angstklachten kunnen niet goed onderscheiden worden van jeugdigen met depressieve klachten (Seligman, Ollendick, Langley, & Baldacci, 2004).

In het algemeen kan gesteld worden dat de klinische bruikbaarheid en validiteit van specifieke angst- of internaliserende schalen van generieke instrumenten zoals de CBCL en de SDQ niet duidelijk zijn aangetoond (Silverman & Field, 2011). De instrumenten zijn eerder bedoeld om een brede blik op de psychosociale ontwikkeling van een kind of jongere te verkrijgen.

Ook de E-MOVO ('elektronische monitoring en voorlichting') kan de basis zijn voor een gesprek over de psychosociale gezondheid en angst in het bijzonder. E-MOVO is een instrument van de GGD om de gezondheid en leefstijl van jongeren in kaart te brengen. De vragenlijst wordt digitaal afgenomen in één lesuur op de middelbare school bij jongeren van 12 tot 18 jaar. De vragen zijn gericht op lichamelijke en sociaal-emotionele gezondheid, de thuissituatie, schoolbeleving en leefstijl. De SDQ maakt hier onderdeel van uit. Hoewel het hoofddoel van E-MOVO is om een schoolprofiel en/of een gemeentelijk profiel van de gezondheid van jongeren te maken, kan de JGZ de bespreking van de individuele uitslagen koppelen aan het nieuwe contactmoment met 15- en 16-jarigen.

Scores op BITSEA en SDQ die aanleiding geven voor doorvragen op angst

Wanneer er sprake is van een vermoeden van problematische angst wordt doorgevraagd naar deze problematiek met behulp van specifieke vragen over angst (zie Stap 2). Voor zowel de BITSEA als de SDQ zijn er scores en specifieke vragen aan te wijzen die altijd aanleiding geven voor doorvragen op angst (expert opinion werkgroep).

Bij de BITSEA geeft een verhoogde score op de probleemschaal aanleiding om door te vragen naar angstproblematiek.

Bij de SDQ kan de totaalscore op de subschaal emotionele problemen (matig verhoogd of verhoogd, zie tabel 1) aanleiding zijn voor een verder gesprek. Ook geeft een SDQ score van 2 ('zeer laag') op een specifiek item die gaan over angst van de subschaal 'emotionele problemen' altijd aanleiding voor verder doorvragen (expertopinion) in de werkgroep).

Het gaat om de volgende vijf items:

- Klaagt over hoofdpijn, buikpijn of misselijkheid
- Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten
- Vaak ongelukkig, in de put of in tranen
- Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen
- Voor heel veel bang, is snel angstig

Tabel 1. Afkappunten SDQ Emotionele problemen schaal

	SDQ-score		
	Normaal	Matig verhoogd	Verhoogd
Emotionele problemen oudervragenlijst	0 – 3	4	5 – 10
Emotionele problemen jongerenvragenlijst	0 – 5	6	7 – 10

STAP 2 Angstspecifieke anamnese afnemen en ernst vaststellen

Bij een vermoeden van problematische angst of een angststoornis wordt doorgevraagd op de angstproblematiek. Hierbij maakt de JGZ-professional gebruik van specifieke vragen over angst of rondom angstproblematiek (zoals stemming en zelfbeeld), die richting geven aan het proces van het onderkennen van problematische angst of een angststoornis en de ernst ervan.

Een beeld krijgen van de angstproblematiek

Boer en Verhulst (2014) geven verschillende vragen en thema's die een beeld geven van het functioneren van de jeugdige. Deze vragen kunnen gebruikt worden om een beter beeld te krijgen van angstproblematiek. De tekst is grotendeels letterlijk overgenomen.

Vragen voor ouders en andere betrokkenen, zoals leerkrachten:

Stemming

- Hoe is de stemming (vrolijk, ongelukkig, verdrietig)?
- Heeft hij/zij zorgen, piekert hij/zij veel over dingen die kunnen gebeuren of over vies worden, schoolwerk?
- Vraagt hij/zij steeds om geruststelling?
- Praat hij/zij er wel eens over een einde aan het leven te willen maken?

1 Angsten

- 2 • Waar is hij/zij bang voor?
- 3 • Belemmeren de angsten zijn of haar functioneren?

4 Zenuwachtigheid/tics

- 5 • Is hij/zij zenuwachtig, gespannen of heeft hij/zij tics zoals oogknipperen,
6 trekkingen in het gezicht?

8 Vragen voor de jeugdige, zo mogelijk vanaf 4 jaar:

10 Angsten

- 11 • Iedereen is wel eens bang voor iets, waar ben jij bang voor?
- 12 • Sommige kinderen voelen zich wel eens zenuwachtig, schrikkerig of gespannen:
13 hoe is dat bij jou? (Zo ja: waarover ben je dan zenuwachtig?)

15 Zorgen

- 16 • Kinderen piekeren wel eens of maken zich wel eens zorgen (bijvoorbeeld dat er
17 iemand ziek kan worden of misschien wel dood kan gaan). Hoe is dat bij jou?

19 Zelfbeeld

- 20 • Kun je nu eens vertellen wat je van jezelf vindt, of: als een goede vriend(in) je
21 zou beschrijven, wat zou hij/zij dan zeggen?
- 22 • Waarover ben je het meest trots? Waarover zijn je ouders het meest trots?

24 Stemming

- 25 • Voel jij je wel eens rot en verdrietig? (Zo ja, hoe vaak?) Bij alles wat je doet?
26 Weet je hoe dat komt? Wat doe je als je zo voelt?
- 27 • Voel je je vaak eenzaam?
- 28 • Huil je vaak?
- 29 • Veel kinderen denken wel eens aan de dood: denk jij daar wel eens aan? Heb je
30 er ooit wel eens aan gedacht om jezelf pijn of iets naars aan te willen doen, of heb
31 je dat wel eens gedaan?

33 Faalangst (bron: expert opinion werkgroep)

- 34 • Maak je je vaak zorgen dat je iets niet goed doet?
- 35 • Mag je fouten maken van jezelf?
- 36 • Doe je wel eens heel lang over een opdracht omdat je het niet goed genoeg
37 vindt?

39 **Tips bij het stellen van vragen**

- 40 • Stel ook positieve vragen. Bijvoorbeeld: 'Vind je gymnastiek leuk?'. Als er
41 problemen of moeilijkheden zijn kan er op dat moment gevraagd worden: "Wat
42 vind je niet leuk?".
- 43 • In Boer & Verhulst (2014) staan aandachtspunten voor een goede
44 gespreksvoering met jeugdigen (Box 2.5), ervan uitgaande dat de professional

hier ook in opgeleid is. Zoals: gebruik 'wat' en 'hoe' vragen en 'snijd gevoelige thema's pas aan wanneer er contact is ontstaan'.

Ernst vaststellen van problematische angst of een angststoornis

Voor het vaststellen van de ernst maakt de JGZ-professional gebruik van onderstaande criteria waarmee de ernst van psychische problematiek in het algemeen gewogen kan worden (Boer & Verhulst, 2014):

Hoe afwijkend is het gedrag?

- Passend bij leeftijd en geslacht? (zie het hoofdstuk over herkennen van angst: Signalen van normale angst)

- Aanhoudend?

- Relatie met levensomstandigheden?

- (Sub)cultureel passend?

- Omvang (geïsoleerd symptoom is meestal minder ernstig dan een cluster)

- Soort probleem (niet elk probleem is uiting van psychische stoornis)

- Ernst en frequentie

- Gedragsverandering (plotseling vs geleidelijk)

- - Situatie-specifiek?

Welke beperkingen geeft het?

- Lijdensdruk, oftewel de mate waarin de jeugdige er last van heeft

- Sociale beperkingen

- Verstoring van ontwikkeling

- Effect op anderen

Daarnaast is het van belang te letten op beschermende factoren. Deze kunnen niet weggestreept worden tegen de ernstfactoren, maar kunnen wel het succes van behandeling bevorderen:

- Biologisch (lichamelijke gezondheid)

- Cognitief (goede intelligentie; positieve interpretaties van zelf en omgeving)

- Probleemoplossingsvaardigheden (coping)

- Temperament (positieve grondstemming; goed in staat tot zelfregulering)

- Omgevingsfactoren (sociale steun)

Inzetten van angstspecifieke signalerings- en diagnostische instrumenten

Naast de angstspecifieke anamnese kan bij een vermoeden van problematische angst of een angststoornis een angstspecifiek signalerings- of diagnostisch instrument gebruikt worden, om systematischer en dieper in te gaan op de angstproblematiek bij de jeugdige. Vaak worden deze instrumenten in de Jeugd-GGZ gebruikt. Belangrijk is dat de JGZ-professional hier kennis van heeft, zeker wanneer deze werkzaam is binnen de Jeugd-GGZ. Ook kan het zijn dat de JGZ-organisatie in overleg met de ketenpartners zoals de Jeugd-GGZ besluit angstspecifieke signalerings- of diagnostische instrumenten te gaan gebruiken. De JGZ-professional kan in dat geval het overzicht van de instrumenten raadplegen. De beschikbaarheid van de lijsten is te vinden onder de link in

de eerste kolom van of als dit niet bekend is, staat dit onder bijzonderheden (Tabel 2. Signalerings- en diagnostische instrumenten voor angst).

Normale/pathologische angst (DSM-V)

Om problematische angst of de kans op aanwezigheid van een angststoornis te meten zijn er zes vragenlijsten beschikbaar in Nederland:

- De Short Form of the Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R-SF) is een korte lijst van 25 items voor jeugdigen van 4 tot 17 jaar (Muris, Ollendick, Roelofs, & Austin, 2014). Het instrument is geschikt om een algemeen angstniveau te meten, maar minder geschikt om een cluster van symptomen of het vermoeden van een bepaalde angststoornis te meten (Silverman & Field, 2011). Eén Nederlands onderzoek laat zien dat de lijst een betrouwbaar en valide screeningsinstrument voor angst lijkt te zijn (Muris et al., 2014).

- De Vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK) is een lijst met 80 items voor kinderen van 6 tot 12 jaar. Met de VAK wordt een indruk verkregen van de mate waarin het kind angst ervaart voor een groot aantal situaties en objecten. Het is Nederlandse versie van de FSSC-R, de lange versie. Er zijn Nederlandse normen en validiteitsgegevens beschikbaar maar deze zijn wel verouderd.

- De Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) voor kinderen van 8 tot 19 jaar. Met 39 stellingen meet deze lijst het angstniveau op vier dimensies: fysiek, schade-vermijding, sociale angst en separatie-angst. De test is niet uitgebreid onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit in Nederland. In het buitenland wel, en daar lijkt de test vooral een goed screeningsinstrument te zijn voor meisjes met een gegeneraliseerde angststoornis (Silverman & Ollendick, 2005) en om depressie en angst te kunnen onderscheiden (Rynn et al., 2006). De MASC lijkt geschikt als een algemeen screeningsinstrument voor angst maar minder om specifieke angstbeelden volgens de DSM-IV te voorspellen (Van Gastel & Ferdinand, 2008).

- De Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-NL) voor jeugdigen van 7 tot 20 jaar is een uitgebreide lijst van 69 items die alle typen angststoornissen volgens de DSM-V meet. Deze lijst kan gebruikt worden als er een vermoeden is van een angststoornis. De lijst is uitgebreid gevalideerd in Nederland (Bodden, Bogels, & Muris, 2009; Hale, III, Raaijmakers, Muris, & Meeus, 2005; Muris et al., 1998; Muris, Mayer, Bartelds, Tierney, & Bogie, 2001; Muris, Merckelbach, van, & Mayer, 1999; Muris & Steerneman, 2001), en de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument zijn ook bevestigd in buitenlands onderzoek middels een meta-analyse (Hale, III, Crocetti, Raaijmakers, & Meeus, 2011).

- De Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) is een zelfrapportagelijst van 44 vragen die is ontwikkeld om de intensiteit van angstgerelateerde symptomen te meten, conform de

1 verschillende angststoornissen in de DSM-V. In buitenlands onderzoek komt de lijst als
2 een betrouwbare en valide vragenlijst uit de bus (Spence, 1998; Spence, Barrett, &
3 Turner, 2003). In Nederland is de lijst ook onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid
4 (Nauta, 2005). De betrouwbaarheid was voldoende tot uitmuntend voor de verschillende
5 subschalen en ook zijn aanwijzingen gevonden voor een goede convergente en
6 divergente validiteit. De schaal lijkt iets minder goed te onderscheiden voor sociale
7 angststoornis en generaliserende angststoornis (Nauta, 2005). De goede
8 betrouwbaarheid en validiteit gold ook voor de ouderversie van de SCAS (SCAS-P)
9 (Nauta et al., 2004).

10
11 - De Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) is een uitbreiding van de SCAS
12 en meet behalve klachten van angststoornissen ook symptomen van depressie (Chorpita,
13 Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000). De vragenlijst bevat 47 items. De RCADS is
14 vertaald in het Nederlands en is valide en betrouwbaar, ook voor kinderen van
15 verschillende culturele achtergronden (Kösters, Chinapaw, Zwaanswijk, van der Wal, &
16 Koot, 2015). De vragenlijst lijkt in verschillende leeftijdsgroepen (10 – 17 jaar) op een
17 adequate manier het angstniveau te meten (Mathyssek et al., 2013).

18 19 *Sociale angst*

20 Om symptomen van sociale angst te meten zijn in Nederland twee lijsten beschikbaar:

21 - De Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) van 26 items voor
22 kinderen van 8 tot 14 jaar. Deze is wel vertaald maar nog niet gevalideerd voor
23 Nederland. In het buitenland is de lijst uitgebreid getest en gevalideerd (waaronder een
24 meta-analyse waarbinnen 21 studies werden geïnccludeerd) en kan hiermee worden
25 beoordeeld als een test met sterke psychometrische kwaliteiten (Scaini, Battaglia, Beidel,
26 & Ogliari, 2012; Tulbure, Szentagotai, Dobrea, & David, 2012).

27 - De Sociale angstschaal voor kinderen (SAS-K) van 9 – 13 jaar van 56 items. In de
28 jaren 80 is de lijst op validiteit en betrouwbaarheid beoordeeld (voldoende) maar de data
29 en normen zijn verouderd.

30 31 *Specifiek aspect van angst*

32
33 - De Behavioral Inhibition Questionnaire-Short Form (BIQ-SF) is een korte lijst van 14
34 items voor kinderen van 2 tot 6 jaar waarmee gedragsinhibitie, oftewel extreme
35 verlegenheid, wordt gemeten. De BIC-SF is door de ouders in te vullen. In één
36 Nederlands onderzoek kwam de vragenlijst als een betrouwbaar en valide instrument
37 naar voren (Vreeke et al., 2012).

38
39 - De Prestatie Motivatie Test voor Kinderen (PMT-K) is een vragenlijst van 89 items
40 gericht op het vaststellen van prestatiemotief, positieve en negatieve faalangst en sociale
41 wenselijkheid (Hermans, 2011). De lijst kan afgenomen worden bij kinderen van 10 tot
42 16 jaar. De vragenlijst heeft goede normen en is betrouwbaar en valide, maar het
43 onderzoek stamt wel voor een groot deel uit de jaren 80 van de vorige eeuw.

1 - Er is geen specifiek signaleringsinstrument voor schoolverzuim en angst. Veel JGZ-
2 professionals gebruiken de integrale aanpak [‘Snel terug naar school is veel beter’](#) waar
3 [M@ZL](#) (Medisch Advisering Ziekgemelde leerling) een uitwerking van is voor het vmbo.
4 De [School Refusal Assessment Scale](#) – Revised (Nederlandse vertaling) is een vragenlijst
5 die ingezet kan worden bij kinderen en jongeren met schoolweigerend gedrag (niet
6 opgenomen in Tabel 2 want gaat niet alleen over angst als oorzaak).
7

Tabel 2. Signalerings- en diagnostische instrumenten voor angst

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
Behavioral Inhibition Questionnaire-Short Form (BIQ-SF)	2 – 6 jr.	14 items Meet gedragsinhibitie/ extreme verlegenheid/ter ughoudendheid 6 subschalen: - onbekende leeftijdgenoten - onbekende volwassenen - uitvoering voor andere mensen - separate angst - onbekende situaties - fysieke uitdagingen	Geen COTAN beoordeling. Cronbachs alfa .92 voor totale score en 0.77-0.91 voor de subschalen. Er is ondersteuning voor de convergente en divergente validiteit. (Vreeke et al. 2012, Vreeke, 2013) Er zijn normen en afkappunten beschikbaar.	10 min.	- Vragenlijst lijkt minder geschikt voor kinderen met Turkse/Marokkaanse en Surinaamse/Antiliaan se achtergrond) (Vreeke, 2013). Verkrijgbaar in de toekomst bij Bohn, Stafleu van Loghum.

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
Short Form of the Fear Survey Schedule for Children- Revised- Short Form (FSSC-R- SF)	4 – 17 jr.	25 items (oorspronkelijke FSSC-R-SF is 80 items) Onderdelen: - falen en kritiek - het onbekende - dieren - gevaar en de dood - medische aangelegenhede n	Geen COTAN beoordeling. Cronbachs alfa 0.87 voor totale schaal en 0.63-0.78 voor subschalen. Goede convergente en discriminante validiteit. (Muris et al., 2014) Normen en afkappunten onbekend.	10 min.	- (Nog) niet in de databank van het NJI - Beknopte tool als eerste screening bij angst. - Door ouders en door kinderen in te vullen. - Niet onderzocht of vragenlijst geschikt is voor kinderen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. Beschikbaarheid onbekend.
Vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK)	6 – 12 jr.	80 items, 5 schalen: - falen en kritiek - het onbekende - kleine verwondingen - kleine dieren	COTAN beoordeling Uitgangspunten bij de testconstructie: goed Kwaliteit van de testmateriaal: goed Kwaliteit van de	Afname 20 min. Scoring 5 min. Interpretatie 5 min.	VAK is een Nederlandse vertaling van de Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSCR)

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
		- gevaar en dood - angst gerelateerd aan een medische situatie	handleiding: goed Normen: voldoende (normen zijn verouderd) Betrouwbaarheid: voldoende Begripsvaliditeit: voldoend e Criteriumvaliditeit: onvoldoende		Er is ook een verkorte versie beschikbaar van 25 items met 5 subscales (Muris et al., 2014), zie FSSC-R-SF - Niet onderzocht of vragenlijst geschikt is voor kinderen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. De VAK is tegen kosten beschikbaar bij Pearson.
Screen for Child Anxiety Related Emotional	7 – 20 jr.	69 items die de symptomen meten van de belangrijkste	COTAN beoordeling: Betrouwbaarheid: voldoende Begripsvaliditeit: goed	Invultijd 10 – 25 min.	- Er is ook een ouderversie beschikbaar. - Kan zowel individueel als

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
Disorders (SCARED- NL)		angststoornissen . Subschalen: - Separatieangst- stoornis - Paniekstoornis - Specifieke fobie - Sociale fobie - Obsessief- compulsieve stoornis - Posttraumatische en acute stressstoornis - Gegeneraliseerde angststoornis	Criteriumvaliditeit: voldoende Validiteit en betrouwbaarheid uitgebreid onderzocht in Nederland . Cronbachs alfa 0.92, voor subschalen 0.70-0.87. Normgegevens voor ouders ontbreken vooralsnog.		groepsgewijs afgenomen worden. - Nederlandstalige handleiding beschikbaar. - Onderzoek is gedaan onder voornamelijk autochtone kinderen, geen gegevens voor kinderen met een andere achtergrond. De SCARED-NL is te bestellen tegen kosten bij Testuitgever Boom.
Revised Child Anxiety	8 – 17 jaar	47 items Subschalen:	Geen COTAN beoordeling Wel goede aanwijzingen voor validiteit en	Afname 15 min.	- Op basis van zelfrapportage

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
and Depressio n Scale (RCADS)		gegeneraliseerde angst sociale fobie separatieangst panieksymptome n compulsieve symptomen depressieve symptomen Verder geeft het een totale angstschaal en een totale Internaliserende schaal.	betrouwbaarheid van de vragenlijst in Nederland (Kösters et al, 2015; Mathyssek et al., 2013)		- Versie voor ouders: RCADS-P - De RCADS is onderzocht bij kinderen met een Turkse, Marokkaanse en Surinaamse/Antilliaa nse achtergrond en lijkt daarvoor ook geschikt te zijn (Kösters et al., 2015).
Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)	8 – 18 jr.	44 items (38 over angstspecifieke symptomen, 6 neiging tot negatief antwoorden)	Geen COTAN beoordeling. In buitenlands en Nederlands onderzoek wel aanwijzingen voor goede betrouwbaarheid en validiteit (Spence, 1998; Spence, Barrett, &	- Afnahme 10 min.	- Zelfrapportage - Niet onderzocht of vragenlijst geschikt is voor kinderen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse.

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
			Turner, 2003; Nauta et al., 2004; Nauta, 2005).		- SCAS-P is de ouderversie.
Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)	8 – 14 jr.	26 items Sociale angst	In Nederland is nog geen onderzoek verricht naar de SPAI-C. Buitenlands onderzoek: Cronbachs alfa 0.90-0.95 Sensitiviteit 70-91% Specificiteit 80-82% (Tulbure et al., 2012)	- Afname 20 – 30 min. - Scoring 10 min.	Ten minste leesgroepniveau 3 - Niet onderzocht of vragenlijst geschikt is voor kinderen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse.
Sociale angstscha al voor kinderen (SAS-K)	9 – 13 jr.	56 items Het meten van angstreacties wanneer verschillende situaties in het geding zijn: - Sociale vaardigheden	COTAN beoordeling: betrouwbaarheid en begripsvaliditeit voldoende. Normen: onvoldoende (verouderd). Betrouwbaarheid 0,66 (jongens), 0,70 voor meisjes	- Afname 20 min. - Scoring 5 à 10 min.	Kan individueel en groepsgewijs afgenomen worden. - Niet onderzocht of vragenlijst geschikt is voor kinderen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse.

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
		- Intellectuele vaardigheden - Fysieke vaardigheden - Innemen uitzonderingspositie - Uiterlijke verschijning			De SAS-K is tegen kosten te verkrijgen bij Pearson.
Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)	8 - 19 jr.	39 stellingen Vier angstschaalen: - Fysieke symptomenschaal - Schlade Vermijdingschaal - Sociale angstschaal - Separatie-paniekschaal	Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de Nederlandse versie van de MASC (Van Gastel & Ferdinand, 2008). Onderzoek met de Engelstalige versie van de MASC toont aan dat de lijst een betrouwbaar en valide instrument is (Silverman & Ollendick, 2005).	Invullen 15 min. Interpretatie 10 min.	Er is ook een verkorte versie, de MASC-10, beschikbaar (als een beoordeling van algemene angstsymptomen voldoende is). Kan individueel maar ook in groepsverband worden afgenomen. - Niet onderzocht of vragenlijst geschikt

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
		Wordt gebruikt om te differentiëren tussen normale angst en pathologische angst (volgens DSM-IV)	Interne betrouwbaarheid totaal en subschalen: 0.74-0.90. Test-hertest betrouwbaarheid: 0.34-0.93. Voor de MASC bestaat een Amerikaanse normering.		is voor kinderen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse.
Prestatie Motivatie test voor kinderen (PMT-K-2)	10 – 16 jr.	89 vragen. Vier schalen: - Prestatiemotief - Positieve faalangst - Negatieve faalangst - Sociale wenselijkheid	COTAN beoordeling Zowel de normen als de betrouwbaarheid, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit zijn als goed beoordeeld.	Afname 30 min. Scoring en interpretatie 5 tot 10 minuten	Bij Pearson te bestellen door TPT-B gecertificeerden, masters (para)medische wetenschappen, psychologie of (ortho)pedagogiek, en remedial teachers. - Niet onderzocht of vragenlijst geschikt is voor kinderen met een andere culturele achtergrond dan de

Instrum ent	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnamedu ur	Gebruik en Bijzonderheden
					Nederlandse (behalve een onderzoek bij kinderen op Curaçao). - Deze lijst zal eerder in het onderwijs gebruikt worden dan in de JGZ.

3.2 Benodigde competenties

Om problematische angst of een angststoornis te kunnen herkennen dient de JGZ-professional in staat te zijn tot het stellen van verdiepende vragen. Daarvoor is het nodig dat de JGZ-professional kennis heeft van normale angst, problematische angst en kenmerken van een angststoornis. Verder zijn gespreksvaardigheden nodig zoals kindergesprekstechnieken beschreven in Boer & Verhulst (2014), Box 2.5.

Wat betreft schoolverzuim zijn de volgende competenties van belang:

- Kennis hebben van de symptomen van schoolverzuim. Belangrijk voor een JGZ-professional is zich te realiseren dat schoolverzuim zich niet alleen manifesteert in het wegblijven van school. Schoolverzuim kan zich ook uiten in vaak te laat komen, of vaak weggaan tijdens de dag.
- Kennis hebben van het schoolsysteem en het veld/de ketenpartners.
- Weten hoe je schoolverzuim uitvraagt.
- Coachen van scholen, mentoren en leerlingbegeleiders bij (beginnend) schoolverzuim in het kader van angst.

Overwegingen (*beknopte weergave van de discussies in de werkgroep en de overwegingen, bij voorkeur per thema*)

- Bij de beschrijving van de specifieke screeningsinstrumenten voor angst is uitgegaan van de informatie die te vinden is in de databank Instrumenten en richtlijnen van het NJI. De Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-C) en de Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) zijn niet in de databank van het NJI opgenomen. Ter kennisgeving zijn ze in het overzicht opgenomen.

- Er zijn meer signaleringsinstrumenten beschikbaar: bijvoorbeeld de Zelfbeoordelingslijst is niet in het overzicht overgenomen omdat deze moet worden afgenomen door geschoolde psychologen en psychiaters.

- Een angstspecifiek signalerings- of diagnostisch instrument wordt niet aanbevolen. Redenen hiervoor zijn: er bestaan vele instrumenten en er is niet één of enkele instrumenten die beter is/zijn dan de andere, het afnemen van een angstspecifiek signalerings- of diagnostisch instrument past vaak niet binnen de taken en routine van de JGZ-professional, het verrichten van diagnostiek is meer passend bij de Jeugd-GGZ. Afhankelijk van afspraken binnen de organisatie en met ketenpartners kan aanvullend een angstspecifiek signalerings- of diagnostisch instrument afgenomen worden, mits de JGZ-professional over de benodigde competenties beschikt.

4. Referenties

- Bodden, D. H., Bogels, S. M., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). *Behav Res Ther*, 47, 418-425.
- Boer, F. & Verhulst, F. (2014). *Kompas Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- De Looze, M., Van Dorsselaer, S., De Roos, S., Verdurmen, J., Stevens, G. W., Gommans, R. et al. (2014). *HBSC 2013. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- de Wolff, M. S., Theunissen, M. H., Vogels, A. G., & Reijneveld, S. A. (2013). Three questionnaires to detect psychosocial problems in toddlers: a comparison of the BITSEA, ASQ:SE, and KIPPI. *Acad Pediatr*, 13, 587-592.
- van Gastel, W. & Ferdinand, R. F. (2008). Screening capacity of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) for DSM-IV anxiety disorders. *Depression And Anxiety*, 25, 1046-1052.
- GGD Midden-Nederland (2015). *JGZ Protocol Angst*. Zeist: GGD-Midden Nederland.
- Hale, W. W., III, Crocetti, E., Raaijmakers, Q. A., & Meeus, W. H. (2011). A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *J Child Psychol Psychiatry*, 52, 80-90.
- Hale, W. W., III, Raaijmakers, Q., Muris, P., & Meeus, W. (2005). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general adolescent population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 283-290.
- Hermans, J. H. M. (2011). *Handleiding Prestatie Motivatie Test voor kinderen PMT-K-2 (tweede editie)*. Amsterdam: Pearson.
- Kösters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., & Koot, H. M. (2015). Structure, reliability, and validity of the revised child anxiety and depression scale (RCADS) in a multi-ethnic urban sample of Dutch children. *BMC.Psychiatry*, 15, 132.

- 1 Kruizinga, I., Jansen, W., de Haan, C. L., van der Ende, J., Carter, A. S., & Raat,
2 H. (2012). Reliability and validity of the Dutch version of the Brief Infant-Toddler Social
3 and Emotional Assessment (BITSEA). *PLoS One*, 7, e38762.
- 4 Kruizinga, I., Jansen, W., Mieloo, C. L., Carter, A. S., & Raat, H. (2013).
5 Screening accuracy and clinical application of the Brief Infant-Toddler Social and
6 Emotional Assessment (BITSEA). *PLoS One*, 8, e72602. Mieloo, C., Raat, H., van, O. F.,
7 Bevaart, F., Vogel, I., Donker, M. et al. (2012). Validity and reliability of the strengths
8 and difficulties questionnaire in 5-6 year olds: differences by gender or by parental
9 education? *PLoS One*, 7, e36805.
- 10 Mathyssek, C. M., Olino, T. M., Hartman, C. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Van
11 Oort, F. V. (2013). Does the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)
12 measure anxiety symptoms consistently across adolescence? The TRAILS study.
13 *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22, 27-35.
- 14
15 Mieloo, C. L., Bevaart, F., Donker, M. C., van Oort, F. V., Raat, H., & Jansen, W.
16 (2014). Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. *Eur J Public*
17 *Health*, 24, 26-32.
- 18 Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S., & Bogie, N. (2001). The revised
19 version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R):
20 treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *Br J*
21 *Clin Psychol*, 40, 323-336.
- 22 Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., van, B. A., Thissen, S., Moulaert, V. et al.
23 (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and
24 traditional childhood anxiety measures. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 29, 327-339.
- 25 Muris, P., Merckelbach, H., van, B. A., & Mayer, A. B. (1999). The revised version
26 of the screen for child anxiety related emotional disorders (scared-r): Further evidence
27 for its reliability and validity. *Anxiety Stress Coping*, 12, 411-425.
- 28 Muris, P., Ollendick, T. H., Roelofs, J., & Austin, K. (2014). The Short Form of the
29 Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R-SF): An efficient, reliable, and valid
30 scale for measuring fear in children and adolescents. *J Anxiety Disord*, 28, 957-965.
- 31 Muris, P. & Steerneman, P. (2001). The revised version of the Screen for Child
32 Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED--R): first evidence for its reliability and
33 validity in a clinical sample. *Br J Clin Psychol*, 40, 35-44.
- 34 Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties
35 Questionnaire (SDQ) Further evidence for its reliability and validity in a community
36 sample of Dutch children and adolescents and adolescents. *European Child & Adolescent*
37 *Psychiatry*, 12, 1-8.

- 1 Nauta, M. (2005). *Anxiety disorders in children and adolescents - assessment,*
2 *cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome (doctoral*
3 *dissertation)*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- 4 Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A.
5 (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and
6 comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and*
7 *Therapy*, 42, 813-839.
- 8 Rynn, M. A., Barber, J. P., Khalid-Khan, S., Siqueland, L., Dembiski, M., McCarthy,
9 K. S. et al. (2006). The psychometric properties of the MASC in a pediatric psychiatric
10 sample. *Journal of anxiety disorders*, 20, 139-157.
- 11 Scaini, S., Battaglia, M., Beidel, D. C., & Ogliari, A. (2012). A meta-analysis of the
12 cross-cultural psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for
13 Children (SPAI-C). *J Anxiety Disord*, 26, 182-188.
- 14 Seligman, L. D., Ollendick, T. H., Langley, A. K., & Baldacci, H. B. (2004). The
15 utility of measures of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review of the Revised
16 Children's Anxiety Scale, the State-Trait Anxiety Inventory for Children, and the Child
17 Behavior Checklist. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 557-565.
- 18 Silverman, W. K. & Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety
19 and its disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 34, 380-411.
- 20 Silverman, W. K. & Field, A. P. (2011). *Anxiety disorders in children and*
21 *adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 22 Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour*
23 *Research and Therapy*, 36, 545-566.
- 24 Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of
25 the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety*
26 *Disorders*, 17, 605-625.
- 27 Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. (2010).
28 Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and
29 difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13,
30 254-274.
- 31 Theunissen, M. H., Vogels, A. G., de Wolff, M. S., & Reijneveld, S. A. (2013).
32 Characteristics of the strengths and difficulties questionnaire in preschool children.
33 *Pediatrics*, 131, e446-e454.

1 Theunissen, M. H., Vogels, A. G., & Reijneveld, S. A. (2012). Early detection of
2 psychosocial problems in children aged 5 to 6 years by preventive child healthcare: has it
3 improved? *J Pediatr*, 160, 500-504.

4 Theunissen, M. H., Wolff, M. S., Vogels, A. G. C., & Reijneveld, S. A. (2012).
5 *Signaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen bij 0-4 jarigen in de JGZ*.
6 Leiden: TNO Child Health.

7 Tulbure, B. T., Szentagotai, A., Doborean, A., & David, D. (2012). Evidence based
8 clinical assessment of child and adolescent social phobia: a critical review of rating
9 scales. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43, 795-820.

10 van Ede, J. (2004). Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek
11 bij Adolescenten (KIVPA): Handleiding voor het gebruik. S.L.: Landelijke werkgroep
12 signaleringsinstrumenten psychosociale problematiek jeugd (LSPPJ).

13 Vogels, A. G. C. (2008). *The Identification by Dutch Preventive Child Health Care*
14 *of Children with Psychosocial Problems: Do Short Questionnaires Help? (Dissertation)*.
15 Groningen: University Groningen.

16 Vreeke, L. J., Muris, P., Mayer, B., Huijding, J., Bos, A. E., van, d., V et al. (2012).
17 The assessment of an inhibited, anxiety-prone temperament in a Dutch multi-ethnic
18 population of preschool children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21, 623-633.

4. Interventies

Inleiding

Professionals in de JGZ krijgen in hun dagelijkse praktijk te maken met kinderen en jongeren die angst ervaren en daarmee mogelijk een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een angststoornis. De JGZ-professional zal moeten inschatten of het om normale angst of om een problematisch angstniveau gaat (Herkennen en Signaleren) en wat de verhouding draagkracht-draaglast is (Risico- en beschermende factoren). Op basis van deze bevindingen zal zo nodig een interventie gegeven of geadviseerd worden. Dat kan variëren van heel licht, bijvoorbeeld een geruststelling dat iets binnen de normale range valt of opvoedtips, tot zwaarder, bijvoorbeeld een gerichte interventie waardoor de angst beter hanteerbaar wordt. Ook kan de JGZ-professional doorverwijzen naar preventief groepsaanbod of naar gespecialiseerde hulp als nadere diagnostiek en behandeling noodzakelijk is. Waar de JGZ-professional naar kan doorverwijzen is afhankelijk van de sociale kaart in de regio.

In het nieuwe jeugdstelsel zijn de gemeenten verantwoordelijk voor een samenhangend en dekkend aanbod in de regio van preventie en zorg voor jeugdigen en ouders. Op verzoek van gemeenten kan de JGZ zelf programma's uitvoeren, zoals Voorzorg en M@zl, casemanagement, intensieve begeleiding van jeugdigen en gezinnen en deelname aan sociale wijkteams. Programma's en interventies kunnen ook op school of in de Jeugdhulp (waaronder Ambulante jeugdhulp en Jeugd-GGZ) worden uitgevoerd. De JGZ kan vanuit haar basistaken gemeenten en andere partijen adviseren over de inzet van programma's en interventies. Welke interventies dit zijn hangt af van de sociale kaart, van het aanbod binnen de gemeente, waarover de JGZ kan adviseren. Iedere gemeente draagt zelf de verantwoordelijkheid voor de inkoop van noodzakelijke zorg en bepaalt met wie of met welke organisatie zij hierover afspraken maakt. Hoewel iedere gemeente verantwoordelijk is voor een adequaat pakket aan voorzieningen, betekent dit dat er per gemeente verschil is in de programma's, activiteiten en zorg die geboden kunnen worden.

1. Aanbevelingen

- De JGZ-professional besteedt bij elke jeugdige aandacht aan de aanwezigheid van angstsymptomen en onderzoekt of interveniëren nodig is.
- De JGZ professional heeft kennis van verschillende geïndiceerde preventieve interventies voor de aanpak van specifieke angstklachten en weet welke interventies er passen bij de ouder en/of de jeugdige.
- De JGZ-professional streeft er naar de ouders te betrekken bij de begeleiding van angstproblematiek van de jeugdige.

- De JGZ-professional geeft psycho-educatie en adviseert zo nodig over een passende interventie aan jeugdige en ouders in elke leeftijdsfase van de jeugdige.
- De JGZ-organisatie zorgt voor scholing van de JGZ-professional op het gebied van angst en de JGZ-professional maakt hier gebruik van.
- Bij signalen van problematische angst wordt naast advisering, watchful waiting ingezet. Afhankelijk van de leeftijd en wensen/vragen van ouders wordt na drie tot zes maanden de jeugdige en de ouders opnieuw gezien.
- De JGZ professional coacht de school over angst, geeft tips en adviseert zo nodig over een interventie.
- Bij vermoeden van angstproblematiek bij jeugdigen die een barrière in taal of culturele verschillen ervaren, streeft de JGZ-professional naar het inschakelen van een hulpverlener die de eigen taal en cultuur kent.
- Wanneer de JGZ-professional signaleert dat benodigde voorzieningen voor jeugdhulp niet aanwezig zijn, adviseert zij daarover de gemeente.

2. Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen

- Welke effectieve preventieve minimale interventies voor angst, passend bij de ontwikkelingsfase, zijn binnen de JGZ beschikbaar voor jeugdigen 0-19 jaar?
- Welke effectieve preventieve minimale interventies voor angst zijn er beschikbaar in de JGZ voor etnische minderheden, groepen met een lage SES, en jongens/meisjes van 0-19 jaar?
- Welke effectieve interventies kunnen in de thuissituatie worden ingezet om angst bij jeugdigen in de leeftijd van 0-19 jaar te voorkomen of te verminderen?
- Welke opvoedcompetenties zijn van belang bij het voorkomen of verminderen van angst?
- Welke effectieve interventies kunnen op school worden ingezet om angst bij jeugdigen in de leeftijd van 0-19 jaar te voorkomen of te verminderen?

3. Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

3.1 Minimale interventies voor jeugdigen met angst en hun ouders

De interventies die de JGZ-professional inzet zijn vooral preventief van aard. Preventie kent drie hoofdvormen: universele, selectieve en geïndiceerde preventie (Meijer & Hamberg-van Rheeën, 2011). Het inzetten van preventieve interventies kan

1 versterkend zijn voor de gezondheid ('positieve gezondheid'), en kan voorkomen dat
2 angstsymptomen ontstaan of dat ze verergeren. Universele preventie beschermt de
3 gezondheid van de bevolking en richt zich in het geval van de JGZ op het functioneren
4 van alle kinderen en jongeren. Voor iedere jeugdige zet de JGZ haar taken in om een
5 positieve ontwikkeling te bevorderen. Met voorlichting en advies kan de JGZ tips geven
6 (psycho-educatie), zorg wegnemen als dit kan en zo bijdragen aan het versterken van de
7 eigen kracht en onnodige medicalisering tegengaan. Afhankelijk van de specifieke situatie
8 van de jeugdige, het gezin en zijn omgeving kan er ook selectieve of geïndiceerde
9 preventie worden ingezet. Selectieve preventie richt zich voornamelijk op het
10 functioneren van kinderen en jongeren met een verhoogd risico op psychische problemen
11 op basis van aanwezigheid van risicofactoren (bijvoorbeeld een ouder met een
12 psychische stoornis (Risico- en beschermende factoren), met als doel om het ontstaan
13 van psychische problemen zoals angstklachten te voorkomen. Geïndiceerde preventie
14 richt zich op kinderen en jongeren die al lichte psychische problemen hebben. Het doel
15 van de JGZ bij deze preventievorm is te voorkomen dat de problemen verergeren en zich
16 mogelijk tot een angststoornis ontwikkelen.

17
18 Ieder consult in de JGZ bevat in principe *minimale interventies*: zonder dat een ouder of
19 jeugdige een specifieke vraag of individuele behoefte heeft, wordt (online) informatie
20 over de ontwikkeling van de jeugdige per fase/leeftijd gegeven, het bijbehorende gedrag
21 en hoe ouders of het kind zelf daarmee om kunnen gaan. Na het goed uitvragen en
22 observeren van gedrag, ontwikkelingsaspecten en problematiek (anamnese) geeft de
23 JGZ-professional voorlichting en advies op maat aan ouder en kind. Dit kan bestaan uit
24 het geven van gerichte informatie en specifieke tips, geruststellen en normaliseren en/of
25 nader onderzoek of verwijzing naar gespecialiseerde hulp.

26
27 *Interventies voor ouders* met een kind met problematische angst kunnen algemeen van
28 aard zijn of meer gericht op de angstklachten. Interventies van algemene aard voor
29 (jonge) ouders die mogelijk latere angstproblematiek bij het kind kunnen voorkomen zijn
30 bijvoorbeeld Triple P, Stevig Ouderschap of VoorZorg. Belangrijk in de keuze van een
31 niet-specifieke angstinterventie voor ouders is dat de JGZ-professional alert is op de
32 Risico- en beschermende factoren voor het ontwikkelen van problematische angst.
33 Afhankelijk van de situatie zet de JGZ-professional die algemene interventie in die de
34 risicofactor positief kan beïnvloeden, in die zin dat de kans op een mogelijke
35 angststoornis wordt verkleind.

36
37 De richtlijn gaat over angst en daarom zijn alleen die adviezen en interventies
38 opgenomen die primair over angst gaan. Angst kan ook een uiting zijn van een
39 onderliggend probleem, bijvoorbeeld van pesten, een chronische ziekte of van dyslexie.
40 Voor deze interventies wordt verwezen naar de databank effectieve jeugdinterventies en
41 naar andere probleemspecifieke JGZ-richtlijnen ([Pesten](#) uit 2014, [ADHD](#) uit 2015, [Asterma](#)
42 uit 2011, [Kindermishandeling](#) uit 2010).

43 Generieke interventies, niet speciaal gericht op angst maar op een breed spectrum van
44 psychosociale problemen of opvoedproblemen staan beschreven in de richtlijn

Psychosociale problemen uit 2008 (update volgt in 2016) en [Opvoedondersteuning](#) uit 2013.

Wat zegt de wetenschap?

Verskillende meta-analyses en systematische reviews laten zien dat preventieprogramma's om problematische angst bij jeugdigen te voorkomen of te reduceren werken. In een meta-analyse werd een effect size (ES) gevonden van 0.18 op de nameting (Fisak, Richard, & Mann, 2011), wat aangemerkt kan worden als een klein effect. Vooral het van oorsprong Australische FRIENDS programma, dat ook in Nederland wordt aangeboden ('VRIENDEN'), blijkt effectief te zijn (Fisak et al., 2011; Neil & Christensen, 2009). Maar ook waren er veelbelovende resultaten voor opvoedingsondersteuningsprogramma's voor ouders, bijvoorbeeld voor extreem verlegen peuters (door middel van screening op gedragsinhibitie) en voor kinderen van ouders met een angststoornis (Fisak et al., 2011). Effecten op de langere termijn waren niet eenduidig (Fisak et al., 2011). Preventieprogramma's voor angst kunnen ook effectief worden ingezet op school (Neil & Christensen, 2009) en via het internet, al is dit bewijs nog niet heel overtuigend (Calear & Christensen, 2010).

In het algemeen kan gesteld worden dat programma's die door externe GGZ-professionals werden uitgevoerd effectiever waren dan programma's die werden uitgevoerd door getrainde lekenprofessionals in de organisatie, bijvoorbeeld door leerkrachten op een school (ES = 0.31 vs ES = 0.05). Mogelijk heeft dit te maken met het kennis- en opleidingsniveau van de GGZ professional (Fisak et al., 2011). In de meta-analyse die speciaal ging over angstpreventie op school bleken juist programma's die werden gegeven door een leerkracht effectiever te zijn dan de programma's die uitgevoerd werden door een GGZ professional (ES = 0.31 vs ES = 0.11) (Neil & Christensen, 2009). In beide meta-analyses (Neil & Christensen, 2009; Fisak et al., 2011) wordt aanbevolen om te kijken naar condities waaronder programma's effectief kunnen zijn wanneer ze worden uitgevoerd door getrainde leken, omdat dit een duurzamer implementatiemodel biedt. Een opvallende bevinding was dat universele programma's en selectieve/geïndiceerde programma's even effectief bleken te zijn (Fisak et al., 2011). Blijkbaar kunnen alle jeugdigen profiteren van dergelijke programma's, ongeacht hun risicostatus.

In de meta-analyses ging het om preventieprogramma's en niet om psycho-educatie of advisering. Hiervan kan dus niet worden aangegeven of dit effectief is bij jeugdigen met problematische angst. Bij volwassenen lijkt psycho-educatie in elk geval wel een effectieve methode te zijn om angstklachten te verminderen en erger te voorkomen (Donker, Griffiths, Cuijpers, & Christensen, 2009).

In de Kennissynthese Preventie & e-Mental-health uit 2013 wordt ook de evidentie voor online interventies voor jeugdigen met problematische angst op een rij gezet (Riper, Van Ballegooijen, Kooistra, De Wit, & Donker, 2013). Zij bespreken tien studies, waarvan er slechts drie tot het domein van preventieve en kortdurende interventies behoren (Calear, Christensen, Mackinnon, Griffiths, & O'Kearney, 2009; Hoek, Schuurmans, Koot, & Cuijpers, 2012; Tillfors et al., 2011). Voor de MoodGym-interventie werden direct na afloop van de interventie en zes maanden later kleine maar significante effecten

gevonden in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep (Calear et al., 2009). Tillfors et al. (2011) vonden grote effecten na het volgen van een online cursus om angst te verminderen voor het spreken in het openbaar, maar deze steekproef was zeer klein. De studie van Hoek et al. (2012) naar de online cursus 'Alles onder controle' vond geen significant verschil in afname van angstklachten tussen jongeren die de cursus volgden en de wachtlijstcontrolegroep.

3.1.1 Voorlichting en advies voor jeugdigen met angst en hun ouders

In het JGZ-consult ligt de nadruk op normalisatie en de jeugdige versterken in zijn eigen mogelijkheden, maar kunnen ook adviezen aan de ouder of de jeugdige meegegeven worden over het ontstaan en hoe om te gaan met angst. Dit valt onder de noemer 'psycho-educatie'. In de eerste plaats is het belangrijk dat de gevoelens van de jeugdige erkend worden. Het specifieke advies voor de jeugdige komt er in het kort op neer om angsten niet te vermijden maar onder ogen te zien, probleemoplossende vaardigheden en adequate coping in te zetten en zich daarnaast toch in kleine stapjes bloot te stellen aan de situatie ('exposure'). Als er negatieve gedachten aan de angst ten grondslag liggen (zoals: 'ik kan dit toch niet') kan gekeken worden hoe deze niet-helpende gedachten omgebogen kunnen worden naar helpende gedachten (gebaseerd op cognitieve gedragstherapie). Ook is het zorgen voor voldoende ontspanning, beweging (sporten) en afleiding belangrijk. Ouders kunnen hun algemene opvoedingsvaardigheden inzetten en krijgen van de JGZ specifieke adviezen hoe zij hun kind kunnen helpen bij het hanteren van problematische angst.

Opvoedingsvaardigheden

Ouders kunnen door middel van hun opvoedingsvaardigheden bijdragen aan de ontwikkeling van hun kinderen. Kinderen die op een positieve manier worden opgevoed, hebben een grotere kans om zich te ontwikkelen tot zelfstandige volwassenen met veel zelfvertrouwen die een positieve bijdrage kunnen geven aan de samenleving. Welke opvoedcompetenties zijn van belang voor een gezonde ontwikkeling van het kind? Voor opvoedcompetenties zijn aanknopingspunten te vinden in de vier pedagogische basisdoelen (Riksen-Walraven, 2000). Deze basisdoelen gelden voor iedere omgeving waar het kind zich in beweegt (thuis, maar ook school en in de kinderopvang):

1. het bieden van emotionele en fysieke veiligheid;
2. het bevorderen van persoonlijke competentie (zoals veerkracht, impulscontrole, motivatie, zelfstandigheid, cognitieve vaardigheden);
3. het bevorderen van de sociale competentie;
4. socialisatie door overdracht van waarden en normen.

Hier vloeit een aantal opvoedingsvaardigheden uit voort (Meij, 2011):

- bieden van emotionele ondersteuning (sensitiviteit, betrokkenheid);
- respect voor autonomie van de jeugdige (zelfstandigheid bevorderen);

- structuur bieden en grenzen stellen;
- informatie en uitleg geven om de wereld begrijpelijk te maken
- creëren van voorwaarden voor een goede ontwikkeling van de jeugdige;
- problemen het hoofd kunnen bieden (eigen leven op orde hebben, niet wegllopen voor problemen).

Aan ouders met angstige kinderen kunnen ook specifieke aanwijzingen gegeven worden om problematische angst bij hun kinderen te voorkomen of angst beter te hanteren. Volgens het VRIENDEN-programma (Barrett, Lowry-Webster, & Holmes, 2005) zijn drie basisvaardigheden relevant. Deze vaardigheden zijn aangevuld met kennis vanuit Risico- en beschermende factoren:

1. **Aandacht schenken aan positief gedrag.** Ouders kunnen hun kind complimenten of aandacht geven als het gewenst gedrag vertoont, bijvoorbeeld als het kind iets doet wat het eng of spannend vindt of tijdens een moeilijke situatie ('dapper gedrag'). Het kind mag zelfstandig zijn of haar omgeving ontdekken (autonomie) en daarbij fouten maken. Tegelijkertijd moeten angstgevoelens bij het kind wel erkend worden en niet afgedaan worden als aanstellerij. Een meer uitdagende vaderrol in combinatie met een beschermende moederrol lijkt een positief effect te hebben op de ontwikkeling en het angstniveau bij het kind.
2. **Het goede voorbeeld geven.** Door als ouder zelf positief gedrag te laten zien, bijvoorbeeld door zelf op moeilijke situaties af te gaan en niet te vermijden, wordt het kind gestimuleerd om hetzelfde te doen. Het is ook van belang om bewustzijn te creëren bij de ouders dat eigen angsten op het kind kunnen worden overgedragen.
3. **Praten met je kind.** Door als ouder met je kind te praten over bepaalde angsten voelt het zich begrepen en gesteund. Ook kan samen gezocht worden naar plannen om moeilijke situaties het hoofd te bieden. Ouders kunnen vaardigheden aangereikt krijgen ter conflicthantering, probleemoplossing en coping.

Voorlichting en advies voor ouders over angst in het algemeen

Wanneer er sprake is van problematische angst bij een jeugdige wordt in het JGZ-consult informatie, tips en adviezen aan de ouders meegegeven over het ontstaan en hoe om te gaan met de angst.

Hier volgt een aantal voorbeelden van tips aan ouders die te maken hebben met een angstig kind. Deze tips komen van de website www.opvoeden.nl en zijn aangevuld tips vanuit het VRIENDEN-programma (Barrett et al., 2005) en vanuit de werkgroep.

- 1 Veelvoorkomende angsten bij basisschoolkinderen zijn: angst voor alleen zijn, het
2 donker, onweer, honden (of andere dieren), voor een ongeluk of brand of een inbreker
3 die het huis binnensluipt. Hoe ga je als ouder om met dit soort angsten?
- 4 • Benoem de angst van je kind.
5
 - 6 • Neem de angst van je kind serieus (niet weglachen of zeggen dat het kind zich
7 aanstelt).
8
 - 9 • Probeer wanneer je zelf angst ervaart rustig te blijven door je op je adem te
10 concentreren.
11
 - 12 • Lukt dit niet, dan kun je aangeven dat je de situatie zelf ook niet zo prettig vindt.
13
 - 14 • Ga er niet in mee als je kind de situatie wil ontlopen, maar moedig het juist aan
15 nieuwe dingen te proberen. Iets forceren heeft trouwens geen zin.
16
 - 17 • Geef je kind meteen een compliment als het lukt rustig te blijven in enge situaties.
18 Doe dit heel concreet (bijvoorbeeld: 'Jan, het was heel erg goed dat je zo dapper was
19 en zo luid en duidelijk voor de hele klas vertelde. Dat was een heel knappe
20 prestatie').
21
 - 22 • Merk ook kleine overwinningen op en geef uw kind daar complimenten voor
23 (bijvoorbeeld: 'De manier waarop je het in elk geval wel hebt geprobeerd is
24 hartstikke goed; voor de hele klas praten is een heel goede prestatie!')
25
 - 26 • Bedenk samen dingen die kunnen helpen in enge situaties, zoals je ontspannen,
27 erover praten en aan iets leuks denken.
28
 - 29 • Help je kind stap voor stap zich over angsten heen te zetten. Als je kind bijvoorbeeld
30 bang is voor honden, ga dan eerst samen naar plaatjes kijken van honden en probeer
31 dan eens een kleine en daarna een grotere hond te aaien. Als het beter gaat kun je je
32 kind leren dat je niet zomaar alle honden kunt aaien die je niet kent, omdat dit
33 gevaarlijk kan zijn.
34
 - 35 • Doe gedragingen die je graag zou willen zien bij je kind zelf voor (bijvoorbeeld
36 ontspannen, goed luisteren, op moeilijke situaties afgaan, op een positieve manier
37 over moeilijke situaties praten, om hulp vragen).
38
 - 39 • Stimuleer je kind om steun bij leeftijdgenoten te zoeken (nodig bijvoorbeeld
40 vrienden/vriendinnen uit om bij jullie thuis te komen, stimuleer je kind om
41 vrienden/vriendinnen te bellen).

Voorbeelden van informatiebronnen voor ouders zijn:

- De website www.opvoeden.nl van de Stichting Opvoeden. Deze website bevat betrouwbare informatie die getoetst is door verschillende kennisinstituten. Op deze website is veel meer informatie over angst te vinden.
- Op de website www.cjg.nl (Centrum voor Jeugd en Gezin) is informatie te vinden over opvoeden voor ouders en opvoeders en zijn alle adressen van de CJG's te vinden.
- Op de [website van de ADF stichting](#) staat een lijst met (voorlees)boeken voor kinderen en jongeren.
- Op de [website JM ouders](#) is informatie te vinden over bang zijn bij kinderen met daarnaast allerlei ervaringsverhalen (bijvoorbeeld angst om te slapen, voor het zwembad, voor de dokter).
- Op de Belgische website Groeimee.be is allerlei informatie over angst bij kinderen te vinden en hoe hiermee om te gaan.
- Het boek 'Angst bij kinderen' van kinderpsychiater Frits Boer (2011).

Voorlichting en advies voor ouders over faalangst

Ook over faalangst staan op <https://www.opvoeden.nl/> verschillende tips voor ouders over hoe hiermee om te gaan. Hieronder staat een aantal voorbeelden uitgewerkt van tips hoe faalangst te voorkomen is. Verder vinden ouders op de website hoe ze faalangst kunnen herkennen en hoe ze hun kind hierbij kunnen helpen (zie de links).

Hoe voorkom je faalangst?

- Wees realistisch over prestaties, zonder overdreven te doen, te verbloemen als iets niet lukt of je kind af te kraken.
- Verwacht niet veel te veel van je kind, maar zeker ook niet te weinig.
- Als je kind zelf dingen doet, is dat goed voor het zelfvertrouwen.
- Reageer positief als je kind iets probeert wat moeilijk is, ook al mislukt het.

[Tips](#) om te helpen bij faalangst, kind in de basisschoolleeftijd

[Tips](#) om te helpen bij faalangst, puber

Voorlichting en advies voor kinderen en jongeren

Voor kinderen en jongeren zijn zelfhulpboeken en websites beschikbaar waarmee een zij zelf aan de slag kunnen gaan, al dan niet onder begeleiding van een professional.

Bijvoorbeeld:

- De website www.bibbers.nl van de Angst, Dwang en Fobie stichting (ADF stichting) bevat informatie, filmpjes, spelletjes en tips over angst en is bedoeld voor kinderen die weleens of vaak bang zijn van 6 tot 12 jaar.
- Voor jongeren van 12 tot 18 jaar is er de website www.stopjeangst.nl. Jongeren kunnen zichzelf testen, informatie vinden en ervaringsverhalen lezen van anderen die hetzelfde probleem hebben.
- Zelfhulpboek 'Hoe kom ik van die angsten af' van Lisa M. Schab (2011) voor jongeren vanaf 13 jaar.
- Zelfhulpboek 'Minder angstig en bang' van Michael A. Tompkins en Katherine A. Martinez (2011) voor jongeren vanaf 13 jaar.
- Zelfhulpboek 'Omgaan met studiefaalangst' van F. Sterk en S. Swaen (2006) voor jongeren vanaf 13 jaar.
- MoodGym is een online zelfhulpprogramma uit Australië dat nu ook wordt aangeboden in Nederland. Het is geschikt voor adolescenten met licht depressieve klachten en/of angstklachten en is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie (Calear & Christensen, 2010). Primair is het programma gericht op de preventie van depressie maar blijkt ook effectief te zijn bij het aanpakken van angstklachten. Het programma is vooral geschikt voor wat oudere adolescenten die voldoende taalvaardig zijn en zelfstandig aan de slag kunnen.
- Ontspanningsoefeningen zijn bijvoorbeeld te vinden en gratis te downloaden via www.trimbos.nl (5 ontspanningsoefeningen die je kunt beluisteren of voorlezen).

3.1.2 Kortdurende begeleiding

De JGZ biedt kortdurende begeleiding aan voor die gezinnen of jeugdigen die dat nodig hebben. Dit kan bestaan uit het bieden van goede informatie en ondersteuning. De nadruk ligt op het vergroten van zelfinzicht, het oplossen van problemen en het hanteren van de angst. Als er voldoende vertrouwen is dat de jeugdige en het gezin de problematische angst zelf kan hanteren met de aanwijzingen die zijn gegeven in het consult, kan er wel voor gekozen worden om de jeugdige te monitoren en een vinger aan de pols te houden (een soort 'watchful waiting'), bijvoorbeeld door middel van een terugkommoment.

Ook kan er zelfhulp aangeboden worden met behulp van een zelfhulpboek of zelfhulpprogramma, waarbij het kind of jongere huiswerk op krijgt en de JGZ-professional een coachende rol heeft ('blended' aanpak). Bijvoorbeeld, het MoodGym-programma kan worden ingezet als er sprake is bij de jongere van angstklachten als gevolg van een negatieve denkstijl. De JGZ-professional legt de doelen (wat wil je bereiken?) en afspraken vast in het zorgplan en bespreekt de voortgang en de

opdrachten met de jeugdige in bijvoorbeeld drie tot vijf gesprekken, waarbij het laatste gesprek als evaluatie kan dienen (is het doel bereikt, is de angst beter te hanteren?).

De kortdurende begeleiding kan verder bestaan uit het aanbieden van een geprotocolleerde interventie uit de databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJI, als deze interventie in het aanbod zit van de betreffende JGZ-organisatie. Wanneer een jeugdige een interventie volgt bij de JGZ of bijvoorbeeld op school begeleid en monitort de JGZ-professional het beloop.

3.1.3 Geïndiceerde preventieve interventies

Geïndiceerde preventieve interventies worden aangeboden voor kinderen en jongeren met angstklachten, zonder dat er al sprake is van een angststoornis (of als er in elk geval niet direct een noodzaak is tot verdere diagnostiek). Het doel is een angststoornis of verergering van de klachten te voorkomen. Er is geen strikte grens te trekken tussen geïndiceerde preventie en behandeling van psychische problemen. Zo kan behandeling van lichte angstklachten worden beschouwd als preventie van ernstige problemen. Vandaar dat ook een aantal behandelinterventies genoemd worden in het overzicht. Naar deze interventies kan de JGZ doorverwijzen. De meeste geïndiceerde interventies zullen elders uitgevoerd worden. Als een interventie in het aanbod zit van de JGZ-afdeling, kan deze zelf uitgevoerd worden. Om jeugdigen en hun ouders goed door te kunnen verwijzen is het belangrijk voor de JGZ om de sociale kaart en samenwerkingsverbanden goed op orde te hebben.

Voor een JGZ professional is het belangrijk zich te realiseren dat naast het aanbieden van de interventie aan de jeugdige ook het functioneren van het gezin onder de loep genomen moet worden. Uit een enkele studie blijkt dat verbeteringen in het gezinsfunctioneren en vermindering van overbelasting bij de ouders het effect van een angstinterventie op een positieve manier kunnen beïnvloeden. Dit geldt vooral bij ouders waarbij sprake is van psychopathologie (Schleider et al., 2015).

Geïndiceerde preventieve interventies kunnen worden onderverdeeld in interventies die zich richten op het algemeen verminderd psychosociaal functioneren en interventies die zich richten op vermindering van specifieke angstklachten. Wat betreft het psychosociaal functioneren is voor de 6-12-jarigen de Competentietraining beschikbaar en voor 12-18-jarigen de Bewust actief leren training (BAL). Meisjes met een migrantenachtergrond in de leeftijd van 13-18 jaar én een verhoogde psychosociale kwetsbaarheid kunnen de groepscursus My Identity volgen. Deze interventies zullen uitgebreider beschreven worden in de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen, waarvan de update in 2016 verschijnt.

Voor de aanpak van specifieke angstklachten zijn verschillende geïndiceerde preventieve interventies voorhanden (Zie tabel 3.1 voor interventies uit de databank effectieve jeugdinterventies). Jeugdigen kunnen direct vanuit de JGZ naar de interventies verwezen

worden of de behandelaar waarnaar wordt doorverwezen kiest zelf een passende interventie. Kinderen en jongeren met problematische angst in het algemeen kunnen terecht bij een drietal interventies: VRIENDEN (7–11 jaar en 12–16 jaar), De Dappere Kat (8–18 jaar) en Denken + Doen = Durven (8–18 jaar). Van VRIENDEN is er ook een programma voor kleuters beschikbaar (FIJN: VRIENDEN), maar deze staat nog niet in de databank. Alle drie de interventies hebben een cognitief-gedragstherapeutische basis en zijn zowel individueel als groepsgewijs aan te bieden. De groepsgewijze varianten, die aangemerkt kunnen worden als geïndiceerde preventieprogramma's, kunnen ook op school plaatsvinden. De individuele variant lijkt meer op behandeling en zal meestal in een GGZ-context plaatsvinden. Van de Dappere Kat is een online variant beschikbaar die ten tijde van de richtlijnontwikkeling onderzocht wordt in de GGZ (bij jeugdigen met een angststoornis). Zoals we eerder hebben gezien is de meeste (buitenlandse) evidentie voor geïndiceerde programma's beschikbaar voor het FRIENDS-programma (Fisak et al., 2011; Neil & Christensen, 2009). In Nederland is voor het VRIENDEN-programma onderzoek gedaan naar het behandelingsprogramma waarbij zowel de groepsvariant als de individuele variant effectief bleken te zijn (Liber et al., 2008). Recentelijk is ook een gerandomiseerde studie gedaan naar de geïndiceerde variant die uitgevoerd werd op een school voor jeugdigen met milde angstklachten (Kosters et al., 2012). Resultaten worden verwacht in 2015. Er loopt meer Nederlands onderzoek, ook van de geïndiceerde varianten van De Dappere Kat (van Starrenburg, Kuijpers, Hutschemaekers, & Engels, 2013) en Denken + Doen = Durven (Jansen et al., 2012).

Daarnaast zijn er drie geïndiceerde programma's beschikbaar voor het aanpakken van specifieke angsten: Je Bibbers de baas is een training voor kinderen van 9-12 jaar met faalangst, WRITEjunior is een behandelprotocol voor kinderen en jongeren die kampen met posttraumatische stressklachten, en Praten op school, een kwestie van doen, is een behandeling die op school wordt gegeven voor kinderen van 3-12 jaar met selectief mutisme.

Behalve deze gecertificeerde interventies vanuit de databank zijn er in iedere regio ook bureaus /praktijken die bijvoorbeeld faalangsttrainingen aanbieden, of sociale vaardigheidstraining (als dit een issue is bij sociale angst). Soms worden deze trainingen ook vanuit de JGZ aangeboden.

Aan alle geïndiceerde preventieve interventies die specifiek gericht zijn op vermindering van angst bij het kind (tabel 3.1) zit een specifieke oudercomponent. In aparte bijeenkomsten krijgen ouders strategieën aangereikt om het kind te helpen in hun angst. Het gaat dan vooral over het aandacht schenken aan positief gedrag, voordoen van positief gedrag, en praten met je kind. Bijvoorbeeld het VRIENDEN-programma omvat vier bijeenkomsten voor ouders van de kinderen die aan het programma deelnemen. Er is een apart supplement-boek voor ouders waarin de achtergrond en opbouw van het programma worden uitgelegd. Ook staan in het boek allerlei tips over hoe het kind positief en constructief te benaderen.

1 Tabel 3.1 Geïndiceerde preventieve interventies ter vermindering van specifieke
 2 angstklachten uit de databank voor effectieve jeugdinterventies
 3

Naam interventie	Korte beschrijving	Doelgroep	Duur, uitvoering en setting
VRIENDEN http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/VRRIENDEN http://www.vriendenprogramma.nl/index.html	Doel Voorkomen en behandelen van angststoornissen en depressieve stoornissen. Aanpak - Individuele of groepsinterventie - Aanleren van vaardigheden en technieken aan om de angst of depressie aan te pakken. - Kan als universeel preventieprogramma op school worden ingezet.	Kinderen van 7 tot en met 11 jaar en jongeren van 12 tot en met 16 jaar met beginnende angstklachten of depressieve klachten. Nadruk ligt op angst. VRIENDEN is niet speciaal ontwikkeld voor kinderen met een andere achtergrond dan de Nederlandse of lage SES. Wel wordt er soms rekening mee gehouden (bijv. Hassan als voorbeeldfiguur) en lijkt de interventie niet ongeschikt voor jeugdigen met lage SES achtergrond.	Duur 10 bijeenkomsten + 4 voor ouders (geen tijdsduur bekend) Uitvoering GGZ-professionals Setting School, GGZ
De Dappere Kat http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/De-Dappere-Kat	Doel Angstklachten en angststoornissen verhelpen. Aanpak - Individueel cognitief gedragstherapeutisch programma	Kinderen van 8 - 18 jaar met angstklachten of een angststoornis De Dappere Kat is niet speciaal ontwikkeld voor	12 sessies met het kind, 2 sessie met de ouders Uitvoering GGZ-professionals Setting

interventies/De-Dappere-kat http://www.dapperekat-online.nl/	- Groepsvariant voor geïndiceerde preventie - Toenemende blootstelling aan beangstigende situatie - Ontspanningsoefening en, helpende gedachten, coping	kinderen met een andere achtergrond dan de Nederlandse of lage SES en heeft geen speciale faciliteiten. Het programma is niet geschikt voor kinderen met een IQ < 80.	School, GGZ, internet (voor blended behandeling)
Denken + Doen = Durven http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/In-voorbereiding/Denken--Doen--Durven http://www.denkendoenduren.nl/	Doel Angstklachten verminderen Aanpak - Cognitief gedragstherapeutisch behandelprotocol - Kan zowel individueel (behandeling) als groepsgewijs (geïndiceerde preventie) worden aangeboden	Voor angstige kinderen (angstklachten en angststoornis) van 8 tot 18 jaar. Denken + Doen = Durven is voor zover bekend niet speciaal ontwikkeld voor kinderen met een andere achtergrond dan de Nederlandse of lage SES en heeft geen speciale faciliteiten.	12 sessies van een uur met het kind en hiervan 3 met de ouders erbij. 3 aparte sessies met ouders. Uitvoering GGZ-professionals Setting School, GGZ
Je bibbers de baas http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-	Doel Verminderen faalangst door kinderen te leren omgaan met hun angst. Aanpak - Groepsbijeenkomsten - Vaardigheden en technieken leren die	Kinderen van 9 – 12 jaar met faalangst (bovenbouw basisonderwijs) Je bibbers de baas	10 groepsbijeenkomsten van 1,5 uur. 2 ouder- en 2 leerkrachtbijeenkomsten van 2 uur. Uitvoering

interventies/Jebibbers-de-baas	helpen om te gaan met faalangstige gevoelens - Gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en ontspanningstechniek en	is voor zover bekend niet speciaal ontwikkeld voor kinderen met een andere achtergrond dan de Nederlandse of lage SES en heeft geen speciale faciliteiten.	Eerste trainer gedragswetenschapper, tweede trainer gedragswetenschapper of leerkracht Setting School
WRITEjunior http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/WRITEjunior http://www.writejunior.nl/	Doel Verwerken van herinneringen aan ingrijpende ervaringen, die het kind hebben getraumatiseerd, waardoor posttraumatische stress (PTS) klachten zijn ontstaan. Aanpak Individuele behandeling. Vier werkzame elementen: - 'Exposure' (langzame gewenning aan de gebeurtenis) - Cognitieve herstructurering - Coping - Verhaal delen met anderen	Kinderen en adolescenten van 4-18 jaar die kampen met PTS-klachten of een posttraumatische stressstoornis (PTSS) na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. WRITEjunior is niet speciaal ontwikkeld voor kinderen met een andere achtergrond dan de Nederlandse of lage SES en heeft geen speciale faciliteiten. Het programma is niet geschikt voor kinderen met een IQ < 80.	Duur 5 sessies van 45 minuten. Ouders worden bij de behandeling betrokken. Uitvoering Gedragstherapeut of GZ-Pycholoog Setting GGZ
Praten op school, een	Doel	Kinderen met selectief mutisme in de	Duur

kwestie van doen http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Praten-op-school,-een-kwestie-van-doen	Durven praten op school met de leerkracht en kinderen uit de klas. Aanpak - Individuele behandelcontacten, in een aparte ruimte op school - Stapsgewijze en systematische bekrachtiging van het spreekgedrag - In de klas stimuleert de leerkracht het spreekgedrag. - Desgewenst ouderbegeleiding	leeftijd van 3 tot 12 jaar Ook geschikt voor kinderen met een allochtone achtergrond en lagere intelligentie, afhankelijk van beheersing NL taal.	1 uur per week, gemiddeld wordt in 22 sessies het einddoel bereikt. Uitvoering basispsychologen/ orthopedagogen Setting School
---	---	--	--

3.1.4 Minimale interventies voor etnische minderheden, lager opgeleide groepen en jongens/ meisjes met angst

Het is belangrijk dat de JGZ-professional zich realiseert dat angstproblematiek in verschillende culturen verschillend geuit wordt en dat de aanpak hierop aangepast moet zijn om geaccepteerd te worden. Soms is een somatische ingang voor somatisch geuite klachten nodig om ouders/jeugdige te motiveren voor begeleiding of psychologische hulp. Hierbij kan het behulpzaam zijn een voorlichter eigen taal en cultuur in te schakelen, die aan de meeste JGZ-organisaties verbonden is. Wanneer een taalbarrière een gesprek over mogelijke problematische angst in de weg staat, zal een gesprek met een tolk erbij nodig zijn om het probleem goed in kaart te brengen. Het is belangrijk hierbij rekening te houden met en op de hoogte te zijn van gevoelens van schaamte die het uiten van deze klachten in de weg kunnen staan.

In de database Effectieve Jeugdinterventies is één interventie beschikbaar die speciaal gericht is op etnische minderheden: My Identity, een groepscursus voor niet-westerse allochtone meisje van 13 tot 18 jaar die kampen met psychosociale problemen. Verder zijn er geen interventies ter voorkoming of vermindering van problematische angst speciaal voor deze groepen voorhanden. Maar de beschrijvingen van de meest interventieprogramma's (tabel 3.1, 3.2 en 3.3) geven aan dat ze geschikt en effectief zijn ook voor allochtone groepen, mits er geen taalbarrière is. In het VRIENDEN programma is bij een aantal oefeningen rekeningen gehouden met jeugdigen van allochtone afkomst door ook voorbeeldfiguren uit deze groepen te gebruiken.

Er zijn geen interventies voor het voorkomen of verminderen van problematische angst speciaal voor groepen met een lager sociaal-economische status of apart voor jongens of meisjes. Dit lijkt ook niet nodig te zijn want uit de wetenschappelijke literatuur komen geen aanwijzingen dat interventies om problematische angst tegen te gaan voor bijvoorbeeld lager opgeleide jeugd minder effectief zouden zijn (Fisak et al., 2011; Neil & Christensen, 2009). Ook komen er geen verschillen naar voren in effecten van de interventies voor jongens en meisjes (maar over het algemeen gaat het wel over meer meisjes dan jongens).

3.2 Interventies en maatregelen op school

JGZ-professionals hebben een taak op het gebied van beleidsadvisering voor organisaties, ook voor scholen. Zij kunnen scholen adviseren over gezondheidsbevordering op school, maar ook over schoolverzuim en als er calamiteiten zijn op school. Bijvoorbeeld kunnen zij adviseren over de realisatie van een integrale aanpak op school met als doel een positief schoolklimaat waarin veiligheid, betrokkenheid en gezondheid centraal staan. Scholen kunnen ook door de JGZ geadviseerd worden over hun populatie, op geleide van epidemiologische gegevens of een gezondheidsmonitor die in de klas wordt afgenomen (zoals EMOVO). De samenstelling van een school of wijk kan de JGZ-professional alert maken om een voorlichting op te zetten over bepaalde factoren. Specifiek op het gebied van angst kan de JGZ adviseren over de inzet van universele preventieprogramma's (zie tabel 3.2) en het aanbod aan geïndiceerde programma's in de picture van de school brengen (tabel 3.1). De eerder genoemde geïndiceerde interventies zoals VRIENDEN, De Dappere kat, en Denken + Doen = Durven kunnen alle worden aangeboden op school.

Universele programma's

Er zijn drie universele preventieprogramma's voorhanden die bijdragen aan een positief schoolklimaat maar ook kunnen helpen bij het verminderen van problematische angst bij het kind (zie tabel 3.2): Leefstijl (4–18 jaar), Levensvaardigheden (14–17 jaar) en Zippy's Vrienden (5–8 jaar). Dit zijn over het algemeen uitgebreide programma's die een flinke investering vragen van een school.

Wat kan de JGZ samen met de school doen?

De informatie van school over een kind of jongere is van belang om meer inzicht te krijgen in de ernst van de klachten en voor het monitoren van het beloop en het effect van eventuele interventies. Naast het verstrekken van informatie kan de school actief meewerken om een jeugdige met problematische angsten te steunen of te ontlasten. Afhankelijk van de situatie van de leerling kan bijvoorbeeld gezorgd worden voor meer individuele aandacht van een groepsleerkracht of mentor, een interne leerlingbegeleider of schoolmaatschappelijk werk ingezet worden. Waar aanwijzingen zijn voor een te zware belasting kan die worden verminderd door hulp te bieden voor leerachterstanden, het regelen van een tijdelijk deeltijdrooster, spreiden van examenonderdelen en dergelijke. Als de jeugdige aangeeft gepest te worden of geen aansluiting vindt bij klasgenoten is

het wenselijk daar de aandacht op te richten. Door deelname in zorgadviesteam (ZAT) kan de JGZ-professional ook aandacht vragen en geven aan leerlingen met angstklachten.

Bij een ernstige calamiteit of ramp op een school (zoals een suïcide van een leerling of een moord) kan het angstniveau (ernstig) verhoogd raken en kunnen posttraumatische stressklachten bij leerlingen voorkomen. In dat geval kan de handleiding '[Als een ramp de school treft](#)'. Omgaan met calamiteiten in het onderwijs' behulpzaam zijn door het in gang zetten van een protocol en opvang van de leerlingen (Spee & van de Laar, 2012).

Schoolverzuim

Aan schoolverzuim kan problematische angst ten grondslag liggen. Als er sprake is van schoolverzuim kan de JGZ gebruik maken van de handleiding '[Snel terug naar school is veel beter](#)' van de AJN/NVAB. Deze handleiding beschrijft een integrale aanpak van schoolziekteverzuim bij kinderen en jongeren. Onderdeel hiervan is M@ZL, Medische Advisering Ziek gemelde Leerling, een werkwijze waarbij de jeugdarts optreedt als een soort bedrijfsarts voor de ziekgemelde leerlingen. Voorlopige resultaten wijzen uit dat het programma kosten-effectief lijkt te zijn (predikaat 'goed onderbouwd' in de database effectieve jeugdinterventies van het NJI).

Overig materiaal

Op leraar24 staan filmpjes over een kind in de klas met een angststoornis en over faalangst:

- Video kind in de klas met een angststoornis (met Frits Boer):
<https://www.leraar24.nl/video/1976/kind-in-de-klas-met-een-angststoornis>
- Video faalangst herkennen en aanpakken met filmpjes van leerlingen:
<https://www.leraar24.nl/video/3614/faalangst-herkennen-en-aanpakken>
 - Video kort praatprogramma over herkennen en omgaan met faalangst:
<https://www.leraar24.nl/video/1846/studio24-faalangst#tab=0>

Tabel 3.2 Preventieve universele interventies op school uit de Database Effectieve Jeugdinterventies

Naam interventie	Korte beschrijving	Doelgroep	Duur
Leefstijl http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies-Erkendes-	Doel Stimuleren van opbouwend sociaal gedrag en positieve betrokkenheid van kinderen en jongeren thuis, op school, bij vrienden en in de gemeenschap	Leerlingen van 4 tot en met 18 jaar in het regulier en speciaal basisonderwijs (groep 1 t/m 8), in het voortgezet onderwijs in de onder- en bovenbouw van alle	Duur Doorlopende leerlijn Uitvoering Leerkrachten, mentoren, begeleiders

interventies- Leefstijl	Aanpak - Uitgewerkte lessenseries - Ouderworkshops - Trainingen voor leerkrachten, docenten en begeleiders	typen voortgezet onderwijs Leefstijl is niet speciaal ontwikkeld voor kinderen met een andere achtergrond dan de Nederlandse en heeft hiervoor geen speciale faciliteiten. Lessen zijn geschikt voor het hele onderwijs, van VSO, VMBO tot aan VWO.	Setting School
Levensvaardigheden http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Levensvaardigheden	Doel Stimuleren van de ontwikkeling van sociale en emotionele vaardigheden van adolescenten, om gevoelens van spanning in moeilijke situaties te verminderen en om een positieve manier van denken aan te leren. Aanpak Lessenserie in de klas.	Leerlingen van 14 tot en met 17 jaar in alle typen voortgezet onderwijs (alle typen). Levensvaardigheden is niet speciaal ontwikkeld voor kinderen met een andere achtergrond dan de Nederlandse en heeft hiervoor geen speciale faciliteiten. Het programma is wel samen met jongeren tot stand gekomen waarbij een groot deel van deze jongeren een allochtone achtergrond had.	Duur 14 lessen van 50 minuten en 3 extra modules. Uitvoering Docenten op school Setting School
Zippy's vrienden http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Levensvaardigheden	Doel Voorkomen dat kinderen (later) psychosociale en emotionele problemen	kinderen van ongeveer 5 tot 8 jaar (groep 2, 3 en 4)	Duur 24 lessen verdeeld over een

ken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Zip-pys-Vrienden http://www.zip-pysvrienden.nl/	of angststoornissen of een depressieve stoornis ontwikkelen. Aanpak - Het verbeteren van copingvaardigheden en het aanleren van sociale en emotionele vaardigheden. - Lespakket voor op school.	Zippy's Vrienden is niet speciaal ontwikkeld voor kinderen met een andere achtergrond dan de Nederlandse en heeft hiervoor geen speciale faciliteiten. Wel is het inmiddels in Nederland zonder problemen uitgevoerd in klassen met leerlingen van diverse achtergronden.	Schooljaar, 1 les duurt gemiddeld 45 minuten en vergt van een leerkracht 10 tot 15 minuten voorbereiding. Uitvoering Leerkrachten Setting School
---	--	---	--

Overwegingen

- Uitgangsvragen zijn samen beantwoord omdat adviezen en interventies voor jeugdigen en hun ouders of verzorgers niet los van elkaar kunnen worden gezien.
- Er is gekozen voor een literatuursearch naar meta-analyses en systematische reviews met als onderwerp de effectiviteit van preventieve angstinterventies voor jeugdigen. De nadruk in het hoofdstuk ligt op wat op dit moment in de Nederlandse praktijk voorhanden is.

4. Referenties, behorende bij de onderbouwing

Barrett, P., Lowry-Webster, H., & Holmes, J. (2005). *Het VRIENDEN voor kinderen supplement voor ouders*. Rotterdam: Erasmus MC- Sophia Kinderziekenhuis.

Calear, A. L. & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med J Aust*, 192, S12-S14.

Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77, 1021-1032.

Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, I. B., & Calear, A. L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: A systematic review. *The Journal of Primary Prevention*, 31, 139-170.

Donker, T., Griffiths, K., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7, 79.

Fisak, B. J. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12, 255-268.

Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2012). Effects of Internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial. *PLoS.One.*, 7, e43485.

Jansen, M., van Doorn, M. M., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuijpers, R. C., Theunissen, H., Korte, M. et al. (2012). Effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT) manualized program for clinically anxious children: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 16.

Kosters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., Utens, E. M., & Koot, H. M. (2012). Study design of 'FRIENDS for Life': process and effect evaluation of an indicated school-based prevention programme for childhood anxiety and depression. *BMC Public Health*, 12, 86.

Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., van der Leeden, A. J., van, G. W. et al. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 49, 886-893.

Meij, H. (2011). *De basis van opvoeding en ontwikkeling*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

- 1 Meijer, S. & Hamberg-van Rheeën, H. H. (2011). Wat is preventie? In
2 *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. (Bilthoven:
3 RIVM.
- 4 Neil, A. L. & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based
5 prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev*, 29, 208-215.
- 6 Riksen-Walraven, J. M. A. (2000). *Tijd voor kwaliteit in de kinderopvang*
7 *(inaugurale rede)*. Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- 8 Riper, H., Van Ballegooijen, W., Kooistra, L., De Wit, J., & Donker, T. (2013).
9 *Preventie & eMental-health - Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die*
10 *bereikt en beklijft*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam / ZonMw.
- 11 Schleider, J. L., Ginsburg, G. S., Keeton, C., Weisz, J. R., Birmaher, B., Kendall, P.
12 C. et al. (2015). Parental psychopathology and treatment outcome for anxious youth:
13 Roles of family functioning and caregiver strain. *Journal of consulting and clinical*
14 *psychology*, 83, 213-224.
- 15 Spee, I. & van de Laar, M. (2012). *Als een ramp de school treft. Omgaan met*
16 *calamiteiten in het onderwijs*. Den Bosch: KPC Groep.
- 17 Tillfors, M., Andersson, G., Ekselius, L., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Karlsson, A.
18 et al. (2011). A Randomized Trial of Internet-Delivered Treatment for Social Anxiety
19 Disorder in High School Students. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 147-157.
- 20 van Starrenburg, M. L., Kuijpers, R. C., Hutschemaekers, G. J., & Engels, R. C.
21 (2013). Effectiveness and underlying mechanisms of a group-based cognitive behavioural
22 therapy-based indicative prevention program for children with elevated anxiety levels.
23 *BMC.Psychiatry*, 13, 183.

5. Toeleiden naar andere zorg en samenwerken in de keten

Inleiding

De JGZ-professional speelt een belangrijke rol in het herkennen van en begeleiden bij angstproblematiek. Wanneer meer hulp nodig is dan passend bij de taken van de JGZ-professional, motiveert deze de jeugdige en ouders om hulp elders te zoeken (toeleiden naar zorg) en verwijst adequaat.

De belangrijkste afweging voor toeleiden en verwijzen is de ernst van de problematiek, de mate van beperking die de klachten veroorzaken, de aanwezigheid van beschermende factoren en of de problematiek al dan niet veroorzaakt wordt door de opvoedingssfeer.

1. Aanbevelingen

- De JGZ-professional maakt (gebruik van) een lokale sociale kaart, inclusief mogelijkheden voor toeleiding naar andere zorg.
- Bij toeleiden naar andere zorg maakt de JGZ-professional afspraken over wie wat doet in de zorg.
- Als de JGZ-professional twijfelt of er sprake is van problematische angst of een angststoornis, consulteert deze de Jeugd-GGZ.
- Bij twijfel of als de problemen bij de jeugdige aanhouden ondanks de ingezette interventies, consulteert de JGZ-professional de Jeugd-GGZ voor advies of verwijst voor nadere diagnostiek en behandeling.
- Bij vermoeden van een angststoornis of als er naast de angst andere psychische problematiek aanwezig is, verwijst de JGZ-professional naar de Jeugd-GGZ.
- Bij toeleiding naar zorg wijst de JGZ-professional de ouders of jeugdige op hun eigen verantwoordelijkheid voor de aanmelding bij de organisatie waarnaar verwezen is.
- De JGZ-professional monitort het verwijstraject.

2. Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen

- Hoe kunnen rollen en taken optimaal worden verdeeld tussen betrokken zorgverleners bij jeugdigen (0-19 jaar) met angst, ter voorkoming van dubbelingen, hiaten en tegenstrijdigheden?

- Hoe kunnen rollen en taken worden verdeeld tussen betrokken zorgverleners en ouders van jeugdigen (0-19 jaar) met angst, zodat de mogelijkheden van beide ouders om het kind te ondersteunen optimaal worden benut?
- Welke relevante informatie betreffende jeugdigen (0-19 jaar) met angst dient door zorgverleners, ook anders dan die van de JGZ, te worden overgedragen tijdens verwijzing en uitgewisseld na verwijzing?
- Welke informatie/voorlichting, rekening houdend met diversiteit, dient door de zorgverleners aan ouders (en jeugdige) te worden gegeven t.a.v. de angstklachten en de verschillende opties voor begeleiding/behandeling van jeugdigen (0-19 jaar) met angst?

3. Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

3.1 Taken en rollen betrokken zorgverleners

In de zorg voor jeugdigen met problematische angst of een angststoornis en hun ouders kunnen verschillende professionals betrokken zijn, afhankelijk van de lokale situatie. Denk hierbij naast de jeugdarts en de jeugdverpleegkundige, aan de huisarts en de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), het sociale wijkteam, zorgverleners van Jeugdhulp en het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), opvoedadviseurs, de (school)maatschappelijk werkende, schoolpsycholoog, schoolorthopedagoog en GGZ-professionals in de Jeugd-GGZ.

De samenwerking waaronder het verdelen van de rollen en taken zal lokaal, via ketenafspraken, geregeld moeten worden. De gemeenten hebben als verantwoordelijke voor en als financier van alle niet-somatische zorg voor jeugdigen een belangrijke rol in het maken van deze afspraken. Het is aan de gemeente om ketenafspraken te initiëren. Iedere organisatie die betrokken is bij de zorg voor jeugdigen met problematische angst of een angststoornis heeft daar echter een verantwoordelijkheid in.

Voor de JGZ betekent dit dat zij met haar ketenpartners afspraken maakt over wie wat doet in de zorg aan jeugdigen met problematische angst of een angststoornis. Wanneer deze afspraken er (nog) niet zijn, is het de verantwoordelijkheid van de JGZ-professional om op individueel niveau afspraken te maken met de ketenpartners ten behoeve van de continuïteit van zorg.

In deze JGZ-richtlijn worden niet de taken en rollen van andere dan JGZ-professionals beschreven. Het is immers niet aan de werkgroep om te bepalen welke taken en rollen andere professionals dienen uit te voeren. Daarom wordt verwezen naar beroepsprofielen van de betrokken professionals.

Voor de artsen en verpleegkundigen binnen de JGZ gelden de CanMEDS-rollen (de Canadese methodiek van bij- en nascholing van de zorgverlener) als leidraad:

- Bij elk contact, persoonlijk of digitaal via vragenlijsten, alert zijn op signalen van angstklachten en indien passend normaliseren.
- Bieden van voorlichting, advies en kortdurende begeleiding. .

- Zo nodig toeleiding door de jeugdarts/jeugdverpleegkundige en verwijzing door de jeugdarts naar andere professionals.
- Adviseren van scholen en gemeenten over collectieve activiteiten t.a.v. angstproblematiek.

3.2 Verdeling taken en rollen tussen betrokken zorgverleners en ouders van jeugdigen

Zorgverleners zijn in eerste instantie signaleerders en gidsen. Totdat de jeugdige 12 jaar is met name voor de ouders, vanaf 12 jaar voor de jeugdige zelf en bij voorkeur maar in ieder geval zo nodig en waar mogelijk tevens voor de ouders. Zij geven mondeling uitleg en advies, zo mogelijk ondersteund door schriftelijke of digitale informatie of in beeld bij ouders/jeugdigen die de Nederlandse taal matig of slecht beheersen.

Voor de JGZ-professionals is een belangrijke rol weggelegd in de uitleg van normale, gezonde angst, advisering als het problematisch wordt en verwijzing indien de jeugdige en/of de ouders vast dreigen te lopen door de angstproblemen.

Wanneer verwezen wordt voor begeleiding, onderzoek of behandeling, geeft de betrokken JGZ-professional in overleg met ouders/jeugdige alle relevante informatie mee. Denk hierbij aan klacht(en) en hulpvraag, ontwikkelingsgegevens van de jeugdige, inclusief de ontwikkeling van de problematiek, de beschermende factoren, bijkomende problematiek, gezinsgegevens, reeds verricht onderzoek/begeleiding/behandeling en wie betrokken zijn.

De ouders of jeugdige zelf hebben als taak dat zij zich aanmelden bij de hulpverlener of doen dat samen met de verwijzer. Ouders/jeugdige zijn zelf verantwoordelijk voor het opvolgen van de verwijzing/begeleiding tenzij zij daartoe niet in staat zijn en/of de jeugdige in gevaar komt, indien de verwijzing niet wordt opgevolgd.

De hulpverlener koppelt terug aan de verwijzer of ouders en jeugdige zijn aangekomen en, met toestemming van de ouders/jeugdige, wat de ingezette hulp en het effect ervan is. Ook kan in overleg gekeken worden of de verwijzer in nazorg of vervolg nog een rol kan spelen.

3.3 Wat zijn criteria voor toeleiding naar andere zorg?

Voor toeleiding naar andere zorg zijn criteria te geven die echter nooit absoluut zijn. De afweging is deels subjectief en wordt geleid door kennis en ervaring. Om juist te verwijzen moet altijd het hele systeem van de jeugdige in de afwegingen meegenomen worden. De JGZ-professional maakt die afweging per casus aan de hand van soort en ernst van de problematiek en van de beschermende factoren. Deze laatste beschermen niet als er al een stoornis is maar ze kunnen wel een rol spelen in de kansen op succes van de behandeling.

1 *Wanneer zijn signalen van angst reden tot JGZ-zorg en wat zijn redenen om door te*
2 *verwijzen?*

- 3 • Bij aanwezigheid van lichte angstklachten die duiden op normale angst heeft de
4 JGZ-professional de taak deze angst te normaliseren.
- 5 • Bij een vermoeden van problematische angst is de taak interventies op maat aan
6 te bieden en het beloop te monitoren.
- 7 • Bij twijfel tussen problematische angst en een angststoornis, consulteert de JGZ-
8 professional de Jeugd-GGZ.
- 9 • Wanneer er sprake is van een vermoeden van een angststoornis of als er naast de
10 angst andere psychische problematiek aanwezig is (bijv. depressie, ADHD, ASS),
11 dient verwezen te worden naar de Jeugd-GGZ.
- 12 • Wanneer de problemen van de jeugdige aanhouden ondanks ingezette
13 interventies, consulteert de JGZ-professional de Jeugd-GGZ voor advies of
14 verwijst naar de Jeugd-GGZ voor diagnostiek en behandeling.
- 15 • Wanneer bij een jeugdige met problematische angst psychiatrische problematiek
16 bij de ouders meespeelt, verwijst de JGZ-professional naar de Jeugd-GGZ.
- 17 • Wanneer problemen in de opvoedingssituatie doorslaggevend lijken bij
18 problematische angst, wordt verwezen naar de jeugdhulpverlening via de
19 gemeente.

20 Tot slot vraagt schoolweigering om snel ingrijpen om de kansen op een succesvolle
21 terugkeer naar school zo groot mogelijk te maken. Wanneer de schoolweigering een
22 gevolg is van een onderliggende angstproblematiek dient behandeling binnen de Jeugd-
23 ggz plaats te vinden, met gelijktijdige inzet van een gestructureerde aanpak van
24 schoolverzuim.

26 **3.4 Welke relevante informatie betreffende jeugdigen met angst dient te** 27 **worden overgedragen bij en na verwijzing?**

28 Bij de verwijzing:

- 29
- 30 • Klacht
- 31 • Hulpvraag
- 32 • Waarom wordt juist nu hulp gezocht?
- 33 • Hoe acuut zijn de problemen?
- 34 • Hoe is het beloop in de tijd?
- 35 • Huidig functioneren in 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} milieu
- 36 • Wat hebben ouders, jeugdige, andere betrokkenen zoals school al gedaan?

- Reeds verricht onderzoek/begeleiding/behandeling
- Wat werkte wel en wat niet?
- Ontwikkelingsgegevens jeugdige
- Gezinssituatie
- Bijkomende problematiek
- Beschermende factoren
- Wie zijn er op dit moment betrokken?

Na verwijzing, terugkoppeling:

- Eventuele diagnose
- Ingestelde behandeling
- Effect van de behandeling
- Mogelijke rol verwijzer in nazorg of vervolg

3.5 Welke informatie, rekening houdend met diversiteit, dient door de zorgverleners aan ouders en jeugdigen te worden gegeven t.a.v. de angstklachten en de verschillende opties voor begeleiding / behandeling van jeugdigen met angst?

Het is belangrijk om samen met de ouders en eventueel de jeugdige de ervaren angst goed uit te vragen. Veelal is er behoefte aan informatie: hoe ernstig is het, hoe ga je ermee om, gaat het vanzelf over, is het normaal dat mijn kind zo angstig is?

Naar aanleiding van de inventarisatie geeft de JGZ-professional gericht informatie aan ouders.

Wanneer het fasegebonden problematiek betreft, kan de JGZ-professional na mondelinge uitleg en advies een folder hierover mailen of meegeven of betrokkenen op websites wijzen. Dit kan een eigen folder van de JGZ-organisatie zijn of een landelijke folder van bijvoorbeeld [de Angst Dwang en Fobie stichting](#).

Indien meer ondersteuning nodig is, kan de jeugdverpleegkundige in maximaal drie tot vijf gesprekken met ouders of jeugdige een plan van aanpak bespreken en hen hierin begeleiden.

Het is belangrijk op de hoogte te zijn van plaatselijke mogelijkheden zoals cursussen met betrekking tot het leren omgaan met angst.

Wanneer de problematiek of de hulpvraag zwaarder is, moet verwezen worden. Dit gebeurt door de jeugdarts. Deze moet goed op de hoogte zijn van de lokale mogelijkheden en de procedures van verwijzing.

Voor meer informatie wordt verwezen naar het thema Interventies.

1 **Lijst met afkortingen**

2

3 ADF-stichting Angst, Dwang en Fobie stichting

4 AJN Artsen Jeugdgezondheid Nederland

5 CAP-J Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg

6 CBCL Child Behavior Checklist

7 CIDI Composite International Diagnostic Interview

8 DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition

9 JGZ Jeugdgezondheidszorg

10 KOPP Kinderen van Ouders met Psychische Problemen

11 Nemesis Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study

12 NJI Nederlands Jeugd-instituut

13 NVAB Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

14 SCID Structured Clinical Interview for DSM Disorders

15 SES Sociaaleconomische Status

16 TRAILS Tracking Adolescents' Individual Lives Survey

17

18

Verantwoording

Thema Herkennen van angst

De methode waarop gegevens zijn verzameld voor beantwoording van uitgangsvraag 1 t/m 3 is in overleg met de werkgroep vastgesteld. Er is voornamelijk gebruikgemaakt van recente handboeken binnen de ontwikkelingspsychologie en ontwikkelingspsychopathologie. Daarnaast is de beantwoording gebaseerd op literatuur en gegevens uit het Protocol Angst GGD Midden Nederland, de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen en de buitenlandse richtlijnen op het gebied van angst.

Tot slot is er een raadpleging geweest van de werkgroep en hun achterban.

Thema Risico- en beschermende factoren

De (wetenschappelijke) bewijsvoering bestaat uit:

- Bestudering van hoofdstukken uit recente handboeken over angst bij jeugdigen en ontwikkelingspsychopathologie (Boer, 2011; Dieleman & Dierckx, 2014; Lewis & Rudolph, 2014; Silverman & Field, 2011).
- Nederlandse richtlijnen (Protocol Angst GGD Midden Nederland uit 2008, Richtlijn Psychosociale problemen JGZ uit 2008).
- Systematische search in PsychInfo (vanaf 2009) naar risicofactoren en beschermende factoren van angst bij jeugdigen: Hier zijn om pragmatische reden de meta-analyses en reviews uitgehaald. Voorts werd de *snowballing*-methode (via PubMed) toegepast naar relevante meta-analyses en reviews. Bij sommige uitgangsvragen (over rol etniciteit, geslacht, sociaaleconomische status) werden de primaire studies bekeken.

In overleg met de werkgroep en zoals ook vermeld staat in de uitgangsvragen is besloten tot een pragmatische zoekstrategie: er zijn al goede wetenschappelijke overzichten van risicofactoren en beschermende factoren en dat hoeven we hier niet over te doen. Wel moet het om factoren gaan waar de JGZ iets mee kan en moet het begrijpelijk en behapbaar zijn. Vandaar dat ervoor is gekozen uit te gaan van een aantal overzichtswerken uit handboeken en daarnaast een wetenschappelijke aanvulling met vooral meta-analyses en systematische reviews die allemaal gepubliceerd en peer-reviewed zijn. Om pragmatische redenen, vanwege de beperkte relevantie voor het thema, zijn hiervan geen evidence-tabellen gemaakt.

Thema signaleren

De (wetenschappelijke) bewijsvoering bestaat uit:

- De basis van dit hoofdstuk is praktijkervaring vanuit de werkgroep en instrumenten die beschikbaar zijn in Nederland.

- Aanvullend is een systematische search gedaan in PsychInfo, PubMed, CINAHL naar signaleringsinstrumenten. Zoekwoorden zijn geformuleerd binnen vier aspecten: 1) Angst (zoals 'anxiety', 'social anxiety', 'phobia' etc.), 2) Screening (zoals 'psychological assessment, screening, early detection etc.), 3) Effectiviteit (zoals 'test validity', 'psychometrics', 'effic*', 'evaluation' etc.), en 4) Kinderen/adolescenten (zoals 'Infan*', 'child*', 'adolescen*'etc.). Dit leverde te veel hits op (2 à 3.000), daarom is gekozen om de meta-analyses en (systematische) reviews te gebruiken (9 stuks, waarvan er 6 bruikbaar waren). Aanvullend zijn primaire Nederlandse studies gebruikt die onderzoek beschrijven naar angstspecifieke signaleringsinstrumenten.
- Door ZonMw gefinancierde onderzoeken op het gebied van screening in de JGZ zijn bekeken: proefschrift Theunissen (2013) en Vreeke (2013), Margriet Hielkema (DMO-protocol), Ingrid Kruizinga (KIPPI, BITSEA).
- Overzicht screeningsinstrumenten van het NJI: <http://www.nji.nl/Angststoornissen-Praktijk-Instrumenten>. Deze database bevat ook alle informatie over validiteit, betrouwbaarheid en normering over deze instrumenten uit de COTAN (maar blijkt niet meer altijd up-to-date). Voor de SCAS en de RCADS-C is de databank van het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) geraadpleegd.

Thema Interventies

De basis van dit thema is praktijkervaring vanuit de werkgroep en interventies die beschikbaar zijn in Nederland. De wetenschappelijke bewijsvoering ter ondersteuning bij de ontwikkeling van het thema 'Interventies' van de JGZ-richtlijn Angst bestond uit een search en review van een aantal meta-analyses en systematische reviews en een inventarisatie van in Nederland beschikbare interventies voor angst. Er is gezocht via de databases PubMed en Google Scholar met als trefwoorden "anxiety", "children", "adolescents", "prevention". Er zijn acht meta-analyses en systematische reviews gevonden, waarvan er drie geschikt waren (Calear & Christensen, 2010; Christensen, Pallister, Smale, Hickie, & Calear, 2010; Fisak et al., 2011).

Zoekstrategie Databank effectieve jeugdinterventies

Om een zo up-to-date mogelijke lijst met interventies te creëren is een search verricht in de '*Databank effectieve jeugdinterventies*' van het NJI. De search is uitgevoerd op 1 juli 2014, waarbij is gezocht naar 'angst' onder het kopje 'erkende interventies'.

Er werden 18 interventies gevonden die zich richten op preventie of behandeling van angst. Alleen die interventies zijn meegenomen in het hoofdstuk die specifiek over angst gaan (en niet de interventies die gaan over pesten, kindermishandeling of brede opvoedingsondersteuning, omdat deze al in de betreffende richtlijnen staan opgenomen). Dit waren er in totaal 9.

De in de databank opgenomen interventies zijn door een erkenningscommissie interventies beoordeeld op hun effectiviteit. Als een interventie opgenomen is in de databank dan is deze minimaal goed onderbouwd. Vervolgens kan de bewijskracht van de interventie toenemen naar effectief volgens eerste, goede of sterke aanwijzingen. Hieronder staat een overzicht en beschrijving van de categorieën van effectiviteit die worden gehandhaafd door het NJI.

- **Goed onderbouwd:** Een interventie krijgt deze classificatie als deze op z'n minst goed beschreven is en als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt.
- **Effectief volgens eerste aanwijzingen:** Een interventie is effectief volgens eerste aanwijzingen als uit onderzoek met zwakke of indicatieve bewijskracht, zoals veranderingsonderzoek, blijkt dat er voldoende effect optreedt bij uitvoering van de interventie, ook al staat nog niet vast dat dit effect (helemaal) door de interventie wordt veroorzaakt.
- **Effectief volgens goede aanwijzingen:** Een interventie is effectief volgens goede aanwijzingen als uit onderzoek met beperkte bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.
- **Effectief volgens sterke aanwijzingen:** Een interventie is effectief volgens sterke aanwijzingen als uit voldoende onderzoek met sterke of zeer sterke bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.

Evidence tabellen thema Interventies: Preventie van angst bij jeugdigen en niveau van bewijsvoering

In deze evidence-tabellen word de drie meta-analyses en systematische reviews beschreven die in dit hoofdstuk zijn gebruikt.

Fisak, B. J. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12, 255-268.

Reference:	
Methods	Study aim: to provide a comprehensive review of the effectiveness of child and adolescent anxiety prevention programs Study design: Meta-analysis Analysis: Pooled standardized effect sizes Cohen's d

	Setting: School and pre-school settings
Patients	Number of studies: K= 35 Number of patients: N=7.735 Age: range 2 - 17 years Sex: Inclusion: The prevention of anxiety was stated as primary goal of the study. For example, programs in which depression or general stress management was the primary goal, and in which anxiety was measured as a secondary variable, were excluded. For inclusion, programs were required to target children and/or adolescents below the age of 18. Both published and unpublished studies (e.g., doctoral dissertations) were included. Exclusion: Programs that include children or adolescents who had developed anxiety disorders before the implementation of the intervention, were considered to be treatment programs rather than prevention programs, and were excluded from the review. Also, early intervention treatment programs (which were included in the review of Neil and Christensen (2009) were excluded). Baseline characteristics: Not applicable
Interventions	Intervention: Mostly group-based programs based on behavioural and cognitive behavioural therapy. Also parent-based skills training and anti-stress programs. Control: Not reported Follow-up time: post, 6 months, 12 months
Outcome	Primary: Anxiety symptoms Secondary: -
Results	A statistically significant effect size of .18 was obtained for anxiety symptoms at post-intervention, which is consistent with effect sizes reported in reviews of depression, eating disorder, and substance

	abuse prevention programs. However, the effect sizes obtained at follow-up yielded mixed results (significant at 6 months $d = .23$ and non-significant at 12 months $d = .05$). Significant moderators of program effectiveness were found including provider type (professional more effective than lay provider) and the use of the FRIENDS program (which was more effective than other programs). In contrast, program duration, participant age, gender, and program type (universal versus targeted) were not found to moderate program effectiveness. Conclusions Anxiety prevention appears to be a promising strategy to reduce the incidence rates of anxiety disorders.
Quality Assessment	Study question: + Explicit clinical aim, PICO well described Search strategy: +/- Nursing and Allied Health Collection, Medline, PILOTS Database (Post-traumatic stress disorder (PTSD) and other mental-health sequelae of traumatic events), PsychINFO, Social Sciences Full Text, and Social Services Abstracts English Selection process: - (unclear selection process) Explicit in- and exclusion criteria (e.g. patient group, design, intervention) Yes By two reviewers independently made final selection? No Flow diagram? No Quality assessment: - Explicit list of criteria (at least allocation concealment and blinding of assessors)? No By two reviewers independently? No How consensus was reached and level of agreement? Unclear process Results individual studies reported? Yes

	Data extraction: + By two reviewers independently? Yes, three Process clearly described? Yes Characteristics original studies: + At least design, population, primary outcomes, follow up length? No (control group, setting not described) Handling heterogeneity: + Clinical heterogeneity?: subgroups/moderator analyses Statistical heterogeneity: No reporting Statistical pooling: + Funding / conflicts of interest: ? Overall quality of evidence: - General conclusion: - (low quality meta-analysis)
--	--

1
2
3
4
5

Calear, A. L. & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med J Aust*, 192, S12-S14.

Reference:	
Methods	Study aim To identify and describe current internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. Study design: Systematic review Analysis: Setting: Internet
Patients	Number of studies: K= 8 Number of patients: N=2.094

	Age: range 6 -25 years Sex: Inclusion: The inclusion criteria for this review were that: (a) the program participants were children (aged 5–12 years) or adolescents (13–19 years); (b) the primary aim of the program was to treat or prevent the symptoms or incidence of anxiety and/or depression; (c) the program was delivered via the internet; and (d) at least one evaluation of the program's efficacy had been conducted and published in a peer-reviewed, English-language journal. Exclusion: Baseline characteristics: Not applicable
Interventions	Intervention: Online programs based on cognitive behavioural therapy. Three anxiety programs, but only one program (MoodGym, aimed to reduce anxiety and depression symptoms) universal prevention, other two programs are treatment programs. Control: Wait-lists Follow-up time: post, 6 months, 12 months
Outcome	Primary: Anxiety symptoms Secondary: Depressive symptoms
Results	Of the eight evaluation studies identified, six reported post-intervention reductions in symptoms of anxiety and/or depression or improvements in diagnostic ratings. Three of these studies also reported reductions or improvements at follow-up. This finding provides early support for the efficacy and effectiveness of internet-based programs for anxiety and depression in children and adolescents. Although MoodGYM also has some effect on anxiety symptoms, no prevention programs were found that specifically targeted adolescent anxiety.

	Conclusions The findings provide early support for the effectiveness of internet-based intervention programs for anxiety and depression in children and adolescents and suggest that they can be delivered in a variety of settings. Further program development is needed to fill current gaps in the field. More rigorous research is also needed and should include determining the extent of program support, the satisfaction of users, and intervention effects at longer-term follow-up.
Quality Assessment	Study question: + Explicit clinical aim, PICO well described Search strategy: +/- Systematic search of the Cochrane Library, PsycINFO and PubMed databases conducted in June 2009 Abstracts English Selection process: - (one reviewer) Explicit in- and exclusion criteria (e.g. patient group, design, intervention) Yes By two reviewers independently made final selection? No Flow diagram? No Quality assessment: - Explicit list of criteria (at least allocation concealment and blinding of assessors)? No By two reviewers independently? No Two authors independently assessed studies for inclusion and rated their quality. How consensus was reached and level of agreement? - Results individual studies reported? Yes

	Data extraction: + By two reviewers independently? No Process clearly described? Yes Characteristics original studies: + At least design, population, primary outcomes, follow up length? No Handling heterogeneity: - Clinical heterogeneity?: Yes, moderator analyses Statistical heterogeneity: No Statistical pooling: No Funding / conflicts of interest: ? Overall quality of evidence: +/- (more rigorous research is needed, more long-term follow-up) General conclusion: +/- (It is a systematic review)
--	---

- 1
- 2 **Neil, A. L. & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based**
- 3 **prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev*, 29,**
- 4 **208-215.**
- 5

Reference:	
Methods	Study aim The study aims to identify and describe school-based prevention and early intervention programs for anxiety, and their effectiveness in reducing symptoms of anxiety. The current review also attempts to determine the relative effectiveness of universal, selective and indicated programs, and to determine whether the type of control group (attention control vs. other), implementation method (teacher vs. other), or intervention (cognitive behavioural therapy [CBT] vs. other) contributes to reports of program effectiveness. Study design: Systematic review

	Analysis: Pooled standardized effect sizes Cohen's d Setting: School and pre-school settings
Patients	Number of studies: K= 27 Number of patients: N=2.094 Age: range 6 -25 years Sex: Inclusion (a) study participants were children (5–12 years) or adolescents (13–19 years), (b) the primary aim of the intervention trialed was to reduce or prevent the symptoms or incidence of anxiety, or to build resilience, (c) the intervention reported was a structured school-based program (delivered as part of the formal school curriculum or as an after school endorsed activity targeting school children), (d) one of the primary outcome measures in the study was anxiety symptomatology or diagnosis, (e) the study was a randomized controlled trial (RCT), Exclusion: Baseline characteristics: Not applicable
Interventions	Intervention: school-based prevention and early intervention programs for anxiety. Control: Half of the trials identified in the review employed a no intervention or usual care control group, while a third (33%) enlisted a wait-list control and only 15% had an attention control. Follow-up time: different
Outcome	Primary: Anxiety symptoms Secondary:
Results	Overall the results of this review support the value of prevention interventions for anxiety, with over three-quarters of the trials reporting a significant reduction in symptoms of anxiety. Small

	(0.11) to large (1.37) effect sizes were reported both at post-test and follow-up. The sizes of effects were quite variable, with possible explanations for the variability unclear, although differences in program fidelity, leader rapport, relevant content and audience appeal are possible explanations. A mundane program that is incorrectly delivered by a disinterested and unprepared program leader is likely to produce poorer results than one that is innovative, based on up-to-date knowledge and delivered in an enthusiastic and engaging manner. The measurement of participant and program leader adherence and engagement would help to ascertain the influence of these factors. Trial quality may also have played a role in the size of intervention effects, with poorly controlled trials potentially overestimating or underestimating effects. The significant effects obtained did not seem to depend on the type of intervention (CBT vs. other), type of program leader (teacher vs. other), or type of control group (attention control vs. other). This is contrary to the findings of a parallel school-based depression review (Neil & Christensen, submitted for publication), which found that school-based depression prevention programs were less likely to report significant findings if the program was presented by a classroom teacher or if it was compared to an attention control condition. This difference may suggest that compared to depression programs, anxiety programs may be the intervention of choice in school environments. They can be implemented well by school teachers, and are relatively robust in producing symptom reduction in the school environment. At post-test, universal programs in the current review were associated with a higher proportion of significant trials and larger effect sizes compared to indicated and selective programs. FRIENDS is a consistently effective program. Conclusions Overall the current findings support the usefulness of anxiety prevention and early intervention programs in schools. Both indicated and universal approaches produce positive results with small to moderate reductions in anxiety at post-test and follow-up.
Quality Assessment	Study question: + Explicit clinical aim, PICO well described Search strategy: +/-

	The Cochrane Library, PsycInfo and PubMed databases were electronically searched, for articles published between 1987 and February 2008, with the key search terms “school! OR school-based OR adolescen! OR child! OR youth”, “prevent! OR early intervent!”, and “anxiety OR anxious”. Abstracts English Selection process: - (one reviewer) Explicit in- and exclusion criteria (e.g. patient group, design, intervention) Yes By two reviewers independently made final selection? Yes Flow diagram? No Quality assessment: - Explicit list of criteria (at least allocation concealment and blinding of assessors)? No By two reviewers independently? Yes Two authors independently assessed studies for inclusion and rated their quality. How consensus was reached and level of agreement? - Results individual studies reported? Yes Data extraction: + By two reviewers independently? Yes Process clearly described? Yes Characteristics original studies: + At least design, population, primary outcomes, follow up length? No Handling heterogeneity: - Clinical heterogeneity?: Yes, moderator analyses
--	---

	Statistical heterogeneity: No Statistical pooling: No Funding / conflicts of interest: ? Overall quality of evidence: +/- (more rigorous research is needed, more long-term follow-up) General conclusion: +/- (It is a systematic review)
--	---

1

2 **Thema Toeleden naar andere zorg en samenwerken in de keten**

3 Het thema is gebaseerd op praktijkkennis. Er is geen literatuursearch gedaan, omdat
4 geen onderzoek naar toeleiding en samenwerking bij angst in de JGZ in Nederland
5 bekend is.

6

Kennislacunes

Thema Herkennen van angst

Er is nauwelijks kennis over cultuurspecifieke signalen van angst, problematische angst of differentiatie in uiting van angststoornissen.

Er zijn nauwelijks prevalentiecijfers van angststoornissen bij kinderen in Nederland.

Er is geen inzicht in de prevalentie van faalangst (faalangst op middelbare school, faalangst in het basisonderwijs, faalangst op voorschoolse voorzieningen zoals de peuterspeelzaal met VVE; de verwachtingen voor jonge kinderen kunnen al vroeg heel hoog liggen).

Thema Risico- en beschermende factoren

Er is weinig literatuur te vinden over specifieke risicofactoren en beschermende factoren die samenhangen met sociaaleconomische status, etniciteit en geslacht.

Thema signaleren

Er zijn geen speciale signaleringsinstrumenten beschikbaar voor ouders of jeugdigen met een lage taalvaardigheid en/of laag opleidingsniveau.

Voor sociale angst is het niet helder welke lijst het beste gebruikt kan worden (SPAI-C met goede psychometrische kwaliteiten maar niet gevalideerd in Nederland, SAS-K verouderde normen en validiteit).

Voor verschillende specifieke screeningslijsten voor angst is nog weinig Nederlands onderzoek beschikbaar (zoals de MASC en de korte instrumenten BIC-SF en FSSC-R-SF).

Voor de meeste specifieke screeningsinstrumenten is niet onderzocht of de vragenlijst geschikt is voor kinderen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse (alleen RCADS: wel geschikt; BIC-SF: niet geschikt).

Thema interventies

Er zijn weinig interventies in de NJI-databank die het predikaat 'goed onderbouwd' ontstijgen (effectonderzoek ontbreekt meestal).

Over het effect van psycho-educatie/adviezen geven op het angstniveau bij jeugdigen is weinig bekend.

1 In de JGZ is geen protocol beschikbaar waarmee in 3 tot 5 gesprekken kortdurende
2 begeleiding aan de jeugdige kan worden gegeven om problematische angst te leren
3 hanteren en om erger te voorkomen.
4
5 In Nederland is geen preventieve kortdurende online interventie landelijk beschikbaar
6 waarmee het kind zelf, onder begeleiding van een JGZ-professional en al dan niet met
7 hulp van zijn of haar ouders/verzorgers, aan de slag kan gaan (wel een aantal
8 zelfhulpboeken over angst/faalangst, een online interventie om verlegenheid te
9 overwinnen die echter alleen lokaal beschikbaar is en een online behandelinterventie
10 voor jeugdigen met een angststoornis).
11