

# DE BEHANDELING VAN ANGST BIJ KINDEREN EN JONGEREN

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

**ELI R. LEBOWITZ EN HAIM OMER**



Oorspronkelijke uitgave: Eli R. Lebowitz & Haim Omer (2013). *Treating Childhood and Adolescent Anxiety. A Guide for Caregivers*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

De vertaling is tot stand gekomen door en onder leiding van Margo van der Stelt en Ad de Kok. Met bijdragen van en in samenwerking met (ex-)collega's van de Bascule: Maartje Snoek, Clarine Corstens, Lisbeth Utens, Chaim Huyser, Anjo de Waard en Nick Goddard.



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

op basis van cognitieve gedragstherapie en geweldloos verzet

*Een gids voor hulpverleners en ouders*

Eli R. Lebowitz en Haim Omer

ISBN 978 90 8850 810 3

NUR 770

© 2018 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, *Stbl.* 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, *Stbl.* 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost).

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

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

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

# INHOUD

INLEIDING	11
<b>DEEL EEN INTRODUCTIE</b>	15
1 Angststoornissen bij kinderen en adolescenten	16
2 Angst en emotieregulatie	33
3 Als angst het over neemt – hoe het gezin zich aanpast	43
<b>DEEL TWEE WERKEN MET HET ANGSTIGE KIND</b>	57
4 Cognitieve technieken voor de behandeling van angst(stoornissen)	61
5 Op gedrag gerichte technieken bij de behandeling van angst(stoornissen)	80
6 Fysiologische technieken voor het behandelen van angst(stoornissen)	102
7 Op emotie gebaseerde technieken voor de behandeling van angst(stoornissen)	113
<b>DEEL DRIE WERKEN MET DE OUDERS</b>	123
8 Ouderlijke ondersteuning en bescherming	124
9 Angst in de kindertijd en grenzen binnen het gezin	139
10 Introductie op ouderbegeleiding en het SPACE-programma	149
11 Het SPACE-programma – behandelproces	154
12 Hulpmiddelen om problemen op te lossen tijdens het SPACE-programma: sessiemodules	204
13 Het vergroten van de samenwerking tussen de ouders	232
<b>DEEL VIER AANVULLENDE ONDERWERPEN</b>	261
14 Schoolweigering en schoolfobie	262
15 Zeer afhankelijke jongvolwassenen	276
16 Medicatie tegen angststoornissen van kinderen	289

BIJLAGEN	297
Bijlage 1: Family Accomodation Scale – Anxiety (FASA)	298
Bijlage 2: Coercive Disruptive Behavior Scale for Pediatric OCD	302
Index	305

# INLEIDING

## Waarom weer een ander boek over angst?

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

## Het integreren van het individu en het gezin

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

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

In dit boek zullen we streven naar een voortdurende integratie van het perspectief van het individuele (kind) en dat van het gezin, zodat we van beide leren en strategieën kunnen aanbieden die voortkomen uit dit samengaan van modellen. Dit gebeurt voornamelijk in het SPACE-programma, dat wordt gepresenteerd in het derde deel van dit boek. Het SPACE-programma, of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions<sup>1</sup>, is een behandelprotocol voor de behandeling van

---

1 Ondersteunend Ouderschap bij Angstige Kinderemoties.



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

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

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

Nog een ander voorbeeld waarbij we de integratie nodig hebben is schoolweigering, een veelvoorkomend probleem waaraan inherent is dat het kind en de ouder erbij betrokken zijn. Bovendien blijkt dat dit probleem vaak ondergedompeld is in conflicten en ongevoelig is voor gangbare benaderingen (zie hoofdstuk 14).

Ons pleidooi voor de integratie van gezins- en ouderschapsfactoren in de behandeling van angst bij kinderen moet niet opnieuw leiden tot de dagen van weleer waarin *parent blaming* (ouders de schuld geven) centraal stond. Die periode wordt door niemand gemist, laten we daarover duidelijk zijn. Wij geloven niet dat ouders schuld hebben aan de stoornissen van hun kinderen. Het idee dat ouders schuld

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

*Eli Lebowitz*

DEEL EEN  
**INTRODUCTIE**

# 1 **ANGSTSTOORNISSEN BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN**

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

De kernpunten in dit hoofdstuk zijn:

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

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

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

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

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

Allereerst is het categoriseren van angststoornissen in aparte eenheden voornamelijk gebaseerd op het identificeren van verschillende prikkels of situaties die de angst uitlokken en wordt de stoornis dienovereenkomstig geclassificeerd. Bijvoorbeeld, kinderen die met angst reageren op sociale situaties, zullen eerder voldoen aan de criteria voor sociale fobie, terwijl kinderen die bang zijn wanneer zij van hun ouders gescheiden worden, beter beschreven kunnen worden met een separatieangststoornis. Een dergelijke classificatie dient een aantal belangrijke doelen, zoals het vergelijken van de prevalentie van specifieke patronen van angst of de effecten van behandelingen van die specifieke patronen van angst, maar creëert ook een zekere illusie, namelijk het idee dat het probleem eigenlijk vastzit aan de specifieke prikkel of stimulus die het individu angstig maakt. In dit boek hanteren we de benadering dat angststoornissen eerder nauw verbonden zijn aan de manier waarop het kind met angst omgaat en hoe het die ervaart dan dat het gaat om de specifieke dingen die de angst veroorzaken.

Bovendien ondersteunt het vele voorkomen van comorbiditeit bij angststoornissen het idee dat uitgaan van een onderliggend moeite hebben met het reguleren van angst een bruikbare manier is om naar het probleem te kijken. Op basis van onze klinische ervaring, epidemiologische studies en de vele klinische voorbeelden die gerapporteerd worden in artikelen over angst komen wij tot de conclusie dat het hebben van een angststoornis een sterke voorspeller is voor het tegenkomen van

---

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

criteria die wijzen op het aanwezig zijn van minstens nog een stoornis (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Hoewel angst de neiging heeft chronisch te onttaarden in een stoornis, laten longitudinale en retrospectieve studies zien dat het hebben van een angststoornis op dit moment ook voorspelt dat men er in de toekomst een andere stoornis bij zal krijgen (Bittner, 2007). Hoewel de theoretische implicaties van de hoge scores op het gebied van comorbiditeit twijfelachtig zijn (Curry, March & Hervey, 2004), onderschrijven ze wel het idee om alle subcategorieën van angst als een groep te zien.

Een andere reden om angststoornissen niet als gescheiden uitersten maar als groep te beschouwen, is de overeenkomst in bewezen effectieve behandelingen. Wanneer je de variantieanalyse als metafoor gebruikt, zou je kunnen zeggen dat de verschillen in hoe je angst behandelt binnen de groepen meer uitgesproken zijn dan die tussen de groepen onderling. Met andere woorden, het behandelen van een kind of adolescent met een angststoornis is vergelijkbaar binnen verschillende stoornissen, hoewel dit significant kan variëren tussen de verschillende kinderen. Twee kinderen die lijden aan een sociale fobie hoeven niet meer gelijkenis te vertonen gedurende een therapie dan een kind met een sociale fobie en een kind met een specifieke fobie, hoewel sommige details in de behandeling vanzelfsprekend zullen variëren. Ten slotte vereist het werken met angstige kinderen dat het hele pakket van behoeften en rollen in het gezin wordt gezien. Ouders van angstige kinderen worden geconfronteerd met vergelijkbare dilemma's, uitdagingen en vragen, hoewel de kinderen de angst vaak in van elkaar verschillende situaties ervaren (Lebowitz, Woolston et al., 2012). De vragen die door ouders worden opgeworpen komen voor in het hele spectrum van angststoornissen en gaan voorbij aan psychiatrische classificatiecategorieën, bijvoorbeeld: Moet ik toegeven of eisen dat hij 't doet? Wanneer is mij eraan aanpassen een goed idee, en wanneer is dit een probleem? Is dit een serieus probleem of gewoonweg aandachtzoekend gedrag?

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

## Separatieangststoornis

Dit is de enige angststoornis die binnen de DSM-IV nog steeds werd geassocieerd als een stoornis in de kindertijd, ondanks de wetenschap dat angst meestal vergelijkbare uitingvormen heeft op verschillende leeftijden, terwijl specifieke criteria bij het diagnosticeren van kinderen ook binnen andere stoornissen kunnen variëren. In de DSM-5 is de separatieangststoornis verhuisd van de sectie met stoornissen in de kinderleeftijd naar de sectie waarin alle angststoornissen zijn ondergebracht. De separatieangststoornis wordt getypeerd door angst bij het kind om zich los te maken van diens verzorger(s). Kinderen met een separatieangststoornis maken zich vaak zorgen om nare dingen die met hen of met hun ouders kunnen gebeuren gedurende de periode dat ze gescheiden zijn. De kinderen zijn bijvoorbeeld bang om ontvoerd te worden, of dat ze pijn krijgen en de ouders er niet zijn om hen dan op te vangen. Kinderen die bang zijn dat hun ouders iets ergs overkomen zal, kunnen bijvoorbeeld over een auto-ongeluk fantaseren, of een andere ramp. Voor sommige kinderen geldt dat ze bang zijn dat hun ouders gewoonweg verdwijnen en nooit meer terugkomen. Zij kunnen zich bezighouden met het fantaseren over het weer herenigd worden met hun ouders, zelfs bij een geringe, kortdurende scheiding. Kinderen met een separatieangststoornis zullen altijd proberen te verhinderen dat zij zelfs voor korte tijd gescheiden worden van hun ouders. Sommige kinderen zullen ernaar streven om direct contact in stand te houden. Veel kinderen met een separatieangststoornis zullen hun ouders in huis letterlijk blijven volgen, van kamer naar kamer.

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

---

3 Of tegenwoordig te WhatsAppen.

Een grote zorg van sommige kinderen met separatieangst is de scheiding die wordt veroorzaakt doordat ze naar school moeten. Vermijden om naar school te gaan is dan een gebruikelijke oplossing voor de angst. Andere kinderen zullen naar school gaan, maar vinden het moeilijk om zich op het schoolwerk te concentreren omdat ze zich constant zorgen maken.

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

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

### Paniekstoornis en agorafobie

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

De paniekstoornis wordt gekenmerkt door zich herhalende paniekaanvallen en de voortdurende zorg over de mogelijkheid er weer een te krijgen in de nabije toekomst. De aanvallen, die op zich kort van duur zijn, hebben meestal een piek