

Zorgprogramma Stemningsstoornissen K&J

Iemand met een depressie is heel somber. Al het functioneren van iemand met een depressie (affectief, cognitief, motivationeel en lichamelijk) is terneergedrukt. De persoon is mat en afgevlakt en het lukt niet meer om van dingen te genieten. Gedachten over zichzelf, de toekomst en de leefomgeving zijn negatief, en soms denken depressieve mensen dat ze liever niet meer willen leven.

CAGGB biedt een zorgprogramma voor mensen met een depressieve stoornis en de persisterende depressieve stoornis (dysthymie) (beide noemen we een unipolaire stemmingsstoornis). Deze stoornissen zijn soms nauwelijks te onderscheiden. Bij een persisterende depressieve stoornis kunnen de klachten minder heftig zijn dan bij een depressie, maar doordat er sprake is van een chronisch verloop kan het toch ernstige gevolgen hebben.

Een bipolaire stoornis is bij sommigen beter bekend onder de aanduiding manisch-depressieve stoornis. Een bipolaire stoornis is herkenbaar door een sterke wisseling van stemming tussen twee extremen: heel erg uitgelaten of juist heel erg neerslachtig. De periode waarin iemand heel erg uitgelaten of opgewonden is, heet manie of hypomanie. Hier wordt binnen dit zorgprogramma niet verder op ingegaan.

Kenmerken van stemmingsstoornissen

- Depressieve stemming
- Onvermogen plezier te hebben
- Verlies aan interesse en motivatie
- Verandering in eetpatroon
- Gewichtsverlies of gewichtstoename
- Slapeloosheid of hypersomnia
- Moeheid, verlies van energie
- Verminderde concentratie
- Gevoelens van waardeloosheid
- Inadequate en irreële schuldgevoelens
- Terugkerende suïcidedgedachten en/of suïcidepogingen

Bijkomende problemen

Stemmingsproblemen komen vaak voor in combinatie met andere stoornissen:

- Internaliserende problemen; angststoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen of posttraumatische stressstoornissen.
- Externaliserende problemen; ADHD, gedragsstoornissen en antisociale stoornissen
- Autisme-spectrumstoornissen
- Eetstoornissen
- Somatoforme stoornissen
- Mentale retardatie
- Depressie wordt vaak afgeweerd met stoer, onafhankelijk lijkend gedrag
- Drugs- of alcoholmisbruik
- Spijbelgedrag
- Seksueel promiscue gedrag
- Leerproblemen
- Somatoforme klachten (lichamelijke klachten zonder lichamelijke oorzaak)
- Suïcidaliteit (doodswens)

Oorzaken en risicofactoren

Onderzoek bij tweelingen, adoptiekinderen en hoog-risicokinderen laat zien dat depressies worden veroorzaakt door erfelijke factoren in combinatie met omgevingsfactoren. Een hoge familiale belasting voor depressies is de sterkste afzonderlijke voorspeller voor het ontstaan van een depressieve

stoornis. Kinderen van wie beide ouders depressies hebben, hebben een drie tot vier keer verhoogde kans op depressies in vergelijking met kinderen van ouders zonder depressies. Voor dysthymie is dit risico circa zeven keer verhoogd (GGZ-richtlijnen, 2009).

Relevante omgevingsrisico's

- Negatieve ervaringen en interacties in het gezin, in het bijzonder traumatische ervaringen en seksueel en fysiek misbruik en mishandeling
- Traumatische ervaringen en seksueel en fysiek misbruik en mishandeling buiten het gezin
- Life events (met name life events die leiden tot een verlieservaring)
- Negatieve ervaringen in contacten met leeftijdgenoten zoals uitsluiting en gepest worden (met name bij adolescenten)

Depressie is ook bij kinderen een veel voorkomende stoornis. Bij oudere kinderen en volwassenen komen er meer depressies voor dan bij jongere kinderen. Ook hebben mensen die al een keer een depressie hebben gehad, een grotere kans om nogmaals een depressie te krijgen. Binnen vijf jaar krijgt 70% een nieuwe depressie. Naar schatting ontwikkelt 30% een bipolaire stoornis (GGZ-richtlijnen, 2009).

Diagnostiek

Er wordt onderzoek gedaan om te komen tot structuurdiagnose, classificatie en advisering. Voor de patiënt houdt dit in dat er voorafgaand aan behandeling vijf gesprekken plaatsvinden.

De diagnose bepaalt het type zorgprogramma dat het beste aansluit. Dat programma kiezen we op basis van bewijs of op grond van ervaringen. De ernst van de klachten bepaalt het zorgpad. Er wordt hoe dan ook direct passende (specialistische) zorg ingezet waar nodig. Ook evalueren we regelmatig, gaat het ondanks de behandeling niet beter, dan kunnen we een andere behandeling kiezen.

Doelstellingen diagnostiek en behandeling

De concrete doelen die worden overeengekomen tussen hulpverlener en hulpvrager worden opgenomen in de individuele behandelplanning.

Programmabeschrijvingen

Afhankelijk van het totaalbeeld van de hulpvraag en hulpvrager en de doelen van de hulpverlening worden elementen uit het zorgprogramma geselecteerd en aangeboden. De aard en de ernst van de problematiek en de hulpvraag bepaalt de zorgvraagzwaarte.

Voor de classificatie stemmingsstoornissen biedt CAGGB een zorgprogramma voor kinderen en jongeren. Het aantal sessies dat wordt geboden, de inhoud en het doel per sessie wordt beschreven in dit persoonlijke behandelplan. Bevindingen en plan worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD).