

Zorgprogramma Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen K&J

Er zijn verschillende soorten trauma- en stressorgerelateerde stoornissen: reactieve hechtingsstoornis, ontremd-sociaalcontactstoornis, posttraumatische-stressstoornis, acute stressstoornis en aanpassingsstoornis. Indien er duidelijke kenmerken aanwezig zijn van één van deze stoornissen, maar er niet aan de volledige criteria wordt voldaan, wordt er gesproken van een andere gespecificeerde trauma- of stressorgerelateerde stoornis.

Bij deze soorten problematiek ontstaan klachten als reactie op (ingrijpende) gebeurtenissen of grote problemen binnen de of gebrek aan een relatie van een kind met een gehechtheidfiguur, gewoonlijk de ouder/verzorger.

Kenmerken verschillende trauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Reactieve hechtingsstoornis

Deze stoornis kan ontstaan wanneer er voor het kind niet een duidelijk aanwijsbare gehechtheidfiguur is op wie het zich richt. In feite is er dus geen gehechtheidrelatie gevormd, waarbij een jong kind er niet in slaagt een gehechtheidrelatie aan te gaan met zijn ouders of verzorgers. De stoornis komt alleen voor in extreme situaties van verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers, en kan niet verklaard worden door een ontwikkelingsachterstand. Het geremde kind trekt zich emotioneel terug of is erg timide en zoekt geen toenadering tot welke opvoeder dan ook als het bang of overstuur is. Er kan ook sprake zijn van toenadering op een tegenstrijdige of angstige manier. Kenmerkend voor onveilig gehechte kinderen is het gebrek aan vertrouwen in zichzelf en in hun omgeving.

Ontremd-sociaal contactstoornis

Deze stoornis kan ontstaan wanneer er voor het kind niet een duidelijk aanwijsbare gehechtheidfiguur is op wie het zich richt. In feite is er dus geen gehechtheidrelatie gevormd, waarbij een jong kind er niet in slaagt een gehechtheidrelatie aan te gaan met zijn ouders of verzorgers. De stoornis komt alleen voor in extreme situaties van verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers, en kan niet verklaard worden door een ontwikkelingsachterstand. Het ongeremde kind is slechts tot oppervlakkige hechtingen in staat en is niet selectief in het kiezen van vriendschappen. Dit noemen we ook wel kritiekloze vriendelijkheid. Er is sprake van een vermindering of ontbreken van terughoudendheid in het benaderen van en omgaan met onbekende volwassenen. Er is een verminderd of geheel niet in de gaten houden van de volwassen verzorger als het kind zich wat verder weg waagt, zelfs in een onbekende omgeving. Kenmerkend voor onveilig gehechte kinderen is het gebrek aan vertrouwen in zichzelf en in hun omgeving.

Posttraumatische stressstoornis

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is het gevolg van een ingrijpende gebeurtenis, waarin de patiënt met de dood of ernstig letsel is bedreigd of de lichamelijke integriteit is bedreigd. Het betreft situaties met geweld, letsel of dood, verkrachtingen, overstromingen et cetera. PTSS is een stoornis die ontstaat als om een of andere reden een trauma niet goed verwerkt kan worden. De verschijnselen zijn in feite een normale reactie op ernstige dreiging. Het is een combinatie van lichamelijke en psychische verschijnselen. De gebeurtenissen, die men zelf ondergaat of waar men getuige van is, roepen een reactie op van intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

Typische verschijnselen van PTSS zijn:

- Verhoogde prikkelbaarheid
- Herbelevingen in de vorm van nachtmerries (gepaard met slecht slapen), herinneringen, flashbacks en wel/geen dissociatie
- Vermijding van prikkels of verdoofd reageren op de omgeving
- Negatieve gedachten en stemming

Bij kinderen worden vaak woedeaanvallen gezien en kan een terugval in de zindelijkheid voorkomen.

Acute stressstoornis

De acute-stressstoornis komt grotendeels overeen met de posttraumatische stressstoornis. Het grootste verschil met PTSS is het tijds criterium: wanneer de symptomen korter duren dan één maand dan is er sprake van een acute-stressstoornis.

Aanpassingsstoornis

Een aanpassingsstoornis is een reactie op een stressvolle situatie of gebeurtenis, die eigenlijk heviger is dan je mag verwachten. Het kan gaan om een eenmalige gebeurtenis, zoals een verhuizing of verandering van school. Maar de stressvolle situatie kan ook langere tijd duren, bijvoorbeeld bij relatieproblemen. Vaak gaat het om veranderingen in negatieve zin, maar ook positieve veranderingen kunnen stressvol zijn. De stressor is bij de aanpassingsstoornis vaak niet zo ernstig als bij PTSS of de acute stressstoornis. Ook het symptoomprofiel verschilt: bij de aanpassingsstoornis staan de symptomen niet in verhouding tot de stressor (wat er gebeurd is). Er is sprake van duidelijke lijdensdruk welke beperkingen geeft in het sociale of beroepsmatige functioneren. Na de stressvolle gebeurtenis kunnen symptomen als vervlakking, somberheid, emotionele labiliteit, boosheid of dissociatie optreden. Zodra de stressor of de gevolgen daarvan zijn verdwenen, persisteren de symptomen niet langer dan nog eens zes maanden. Er zijn verschillende subtypes: met sombere stemming, met angst, met gemengd angstige en sombere stemming, met een stoornis in het gedrag, met een gemengde stoornis van emoties en gedrag, ongespecificeerd. Normale rouw hoort bij de verwerking van een overlijden, dit is geen aanpassingsstoornis.

Bijkomende problemen

- Middelengebruik
- Depressie of angst-/paniekstoornis
- Dwangstoornis
- Fobieën
- Gedragstoornis

Oorzaken en risicofactoren van trauma- of stressorgerelateerde stoornissen

Een trauma- of stressorgerelateerde stoornis kan op elke leeftijd (na het eerste jaar) ontstaan. De symptomen beginnen meestal binnen 3 maanden na het trauma, soms met vertraagde of incomplete of verlate expressie van symptomen. In de eerste fase na het trauma is PTSS moeilijk af te bakenen van een acute stressstoornis (DD normale reactie). Uitlokkende factor is het evenwicht tussen de stressor en eigen kwetsbaarheid. Belangrijke omgevingsfactoren kunnen zijn:

- Gebrek aan sociale steun
- Culturele factoren (slachtofferrol)
- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Erfelijke belasting
- Persoonlijkheid (passieve of actieve coping)

Diagnostiek

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

Onderstaand volgen mogelijke doelstellingen. De concrete doelen die worden overeengekomen tussen hulpverlener en hulpvrager worden opgenomen in het individuele behandelplan.

Voorbeelden zijn:

- Verbeteren van de slaap

- Afname herbelevingen/nachtmerries
- Weer kunnen ontspannen
- Vermindering van angst

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 trauma- en stressorgerelateerde stoornissen biedt CAGGB het zorgprogramma trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. In het persoonlijke behandelplan staat het te bewandelen zorgpad beschreven. Het aantal sessies dat wordt geboden, de inhoud en het doel per sessie worden beschreven in dit persoonlijke behandelplan. Bevindingen en plan worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD).