

Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

De stoornis

Bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen gaat het om psychische klachten en aandoeningen die kunnen ontstaan na de confrontatie met een schokkende gebeurtenis of zeer ingrijpende situatie (of een reeks van dergelijke ervaringen). Het gaat dan vooral, maar niet uitsluitend, om gebeurtenissen zoals oorlog, rampen, geweldsdelicten, ongevallen, mishandeling, seksueel geweld en het plotselinge verlies van een dierbaar persoon. De focus in deze zorgstandaard ligt op de meest voorkomende psychische aandoeningen die kunnen ontstaan na een ingrijpende of schokkende ervaring:

- de Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)
- de complexe Posttraumatische Stresstoornis (cPTSS)
- de Acute Stress-stoornis (ASS)
- de Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS)
- Hechtingsstoornissen zoals de Reactieve Hechtingsstoornis (RHS) en de Ontremd-sociaalcontactstoornis (OSCS)

Klachten en symptomen van Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen lange tijd aanhouden. Patiënten ervaren een significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren in het werk of sociale leven. De stoornissen kunnen samengaan met psychosociale problemen zoals schulden, isolement, huisvestingsproblemen en/of problemen op het werk of op school.

De epidemiologische kenmerken

De uitingen van de posttraumatische stresstoornis variëren van intrusieve symptomen zoals opdringende herbelevingen en nare dromen, aanhoudende vermijdingen, negatieve veranderingen in cognities en stemming tot veranderingen in arousal, waakzaamheid en reactiviteit. Tussen de 52% tot 81% van de Nederlanders maakt ooit in het leven een schokkende gebeurtenis mee. Bij naar schatting 7,4% leidt deze gebeurtenis tot een PTSS. Een PTSS komt vaker voor bij vrouwen (8,8%) dan bij mannen (4,3%) en treedt vaker op wanneer er een agressor is betrokken. Bij kinderen en jongeren is dit cijfer ongeveer 15%. Na een ervaring waarbij geen sprake is van interpersoonlijk geweld, zoals een ongeluk, brand, natuurramp of vliegcrash ontwikkelt 3% tot 28% van de volwassenen een Acute Stress-stoornis (ASS). Net als bij PTSS is de prevalentie hoger bij interpersoonlijk geweld zoals fysiek geweld of verkrachting, namelijk 20% tot 59%. Ongeveer de helft van de mensen die voldoet aan de criteria van Acute Stress-stoornis, krijgt een PTSS. Een Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS) treedt op bij ongeveer 10% van de mensen die een dierbare verliezen in de eerste graad. De aandoening komt vaker voor als er sprake is van een zeer nauwe verwantschap, bijvoorbeeld bij de dood van een eigen kind. En na een verlies door een niet-natuurlijk overlijden, zoals moord, zelfmoord en vermissingen.

Vroege onderkenning en preventie

Om adequate zorg aan patiënten met een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis te verlenen is het van belang dat zorgverleners de aandoening in een vroeg stadium te signaleren. Zorgverleners dienen daarbij rekening te houden met de volgende factoren:

- Mensen hebben soms moeite om uit zichzelf aan te geven dat zij een of meer schokkende gebeurtenissen hebben meegemaakt.

- Mensen kunnen gevoelens van schaamte en/of schuld hebben over wat hun is overkomen.
- Comorbiditeit, zowel somatisch als psychisch, vraagt vaak in eerste instantie de aandacht.
- Ernstige psychiatrische en somatische problematiek bij ouders kan grote gevolgen hebben voor de ontwikkeling van de kinderen.

Om traumatische ervaringen te voorkomen kan universele-, selectieve- en/of geïndiceerde preventie worden ingezet. Universele preventie richt zich op de gehele bevolking. Denk aan de preventie van ongevallen, kindermisbruik of vrouwenhandel. Selectieve preventie richt zich op hoog risicogroepen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt, maar die nog geen symptomen hoeven te ervaren. Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die nog geen gediagnosticeerde stoornis hebben, maar al wel al symptomen vertonen. Preventieve interventies bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen in verschillende fases van de zorg worden ingezet. Vroegtijdige risicoscreening bijvoorbeeld is een preventieve interventie bij mensen die recent zijn blootgesteld aan schokkende gebeurtenissen. Overige vormen van preventieve interventie worden toegepast nadat de diagnose is gesteld. Zo wordt aan het einde van een behandeling bij voorkeur terugvalpreventie ingezet, mede ter ondersteuning van zelfmanagement.

Diagnostiek

Het meemaken van een traumatische gebeurtenis hoeft niet te betekenen dat iemand een Psycho-trauma- of een stressorgerelateerde stoornis ontwikkelt. De meerderheid van de getroffen ontwikkelt geen stoornis. Goede en zorgvuldige diagnostiek is daarom belangrijk.

Vraag bij een vermoeden van traumatisering aan de patiënt of hij schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt en zo ja, welke, wanneer en hoe vaak. Zet eventueel screeningsvragenlijsten in. Is een screening positief, voer dan een anamnese uit. Zijn er duidelijke aanwijzingen voor een Psycho-trauma- en stressorgerelateerde stoornis, onderneem dan de volgende stappen:

- Neem een (semi)gestructureerd diagnostisch interview af.
- Voer aanvullende diagnostiek uit naar relevante comorbide problematiek.
- Stel werkhypothesen op en voeg daaraan steeds opnieuw, ook tijdens de behandeling, relevante diagnostische informatie toe.
- Monitor tijdens de behandeling blijvend het functioneren en de zorgbehoefte van de patiënt.

De diagnostiek voor kinderen van 7 jaar en ouder verschilt op hoofdlijnen niet van die bij volwassenen. Wel vraagt de diagnostiek bij kinderen om kennis van de leeftijdsspecifieke beleving van en reacties na het meemaken van traumatische gebeurtenissen. Afhankelijk van de leeftijd is het belangrijk om (pleeg)ouders en de school te nadrukkelijk te betrekken bij de anamnese. Bij fysieke problemen of een vermoeden van kindermishandeling kan lichamelijk onderzoek worden verricht. Voor de groep kinderen van 6 jaar en jonger zijn specifieke diagnostische instrumenten voorhanden.

Behandeling en begeleiding

Bij het vermoeden (of zo snel mogelijk na de diagnostisering) van een Psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis is het belangrijk om de patiënt informatie, voorlichting en educatie- activiteiten aan te bieden. Daarnaast is er aandacht nodig voor de gezinssituatie, eker wanneer een patiënt ouder of

verzorger is. Als er naast de primaire stoornis sprake is van psychosociale problemen, dan kan psychosociale zorg ruimte scheppen voor gerichte traumabehandeling en traumaverwerking.

Bij de behandeling van Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornissen heeft een psychologische behandeling de voorkeur. Als eerste psychologische behandeling kan worden gekozen voor:

- (Imaginaire) Exposure (IE)/Prolonged Exposure (PE)
- Cognitieve Therapie (CT) en Cognitive Processing Therapy (CPT)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT)

Andere behandelingen zijn, hoewel minder vaak onderzocht, eveneens effectief bevonden:

- Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)
- Narratieve Exposure Therapie (NET)
- Schrijftherapie (bijvoorbeeld Interapy)
- Imaginaire Rescripting (ImRs)

Wanneer de eerst gekozen psychologische behandeling niet aanslaat, wordt bij voorkeur een andere aanbevolen psychologische behandeling gegeven. Daarbij is het belang om te analyseren waarom de eerste behandeling onvoldoende resultaat opleverde.

Is er na twee psychologische behandelingen onvoldoende resultaat, dan wordt opschaling van de zorg aangeraden. Op dat moment wordt aanbevolen consultatie te overwegen van een (hoog) specialistisch (TOPggz) trauma-instituut of een ervaren en erkende psychotraumatheapeut.

Opschaling van de zorg kan bestaan uit:

- Intensieve traumagerichte behandeling.
- Aanvullende therapieën (bijvoorbeeld vaktherapie).
- Farmacotherapie als aanvulling op de psychologische behandeling of als monotherapie.

Leiden de behandelingen tot onvoldoende verbetering, sta dan als behandelaar open voor andere behandelwijzen. Uit de achterbanraadpleging komt naar voren dat mensen die niet verder kwamen met de hiervoor beschreven behandelmethoden, baat hebben gehad bij bijvoorbeeld yoga, meditatie, dialectische gedragstherapie, sensorimotor psychotherapie, dierondersteunde therapie of een hulphond.

Herstel, participatie en re-integratie

Herstel van een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis gaat niet alleen om de vermindering van ziekteverschijnselen, maar ook om het herstel van identiteit, zelfbeeld en zelfvertrouwen. Daarnaast is het herstel van sociale relaties en rollen van belang.

Herstel ondersteunende zorg biedt handvatten voor de verschuiving van klachtreductie naar een breder begrip van herstel zoals het hervinden van verbinding, hoop, identiteit, zingeving en empowerment. Ook bestaan er modules die zich specifiek richten op maatschappelijk en persoonlijk herstel. Kenmerkend voor dergelijke modules is de focus op het hernemen van de regie over het eigen leven.

Participatie in de samenleving draagt bij aan de weerbaarheid en kwaliteit van leven. Daarnaast is (re-)integratie in de samenleving, onder meer via het werk, van cruciaal belang. Re-integratie in werk is een uiting van maatschappelijk herstel en interacteert met verschillende aspecten van persoonlijk herstel zoals verbondenheid, empowerment en zingeving in het leven.

Organisatie van zorg

Binnen de traumazorg gaat het niet alleen om de classificatie of diagnose, maar ook om de traumacontext, de aard en de achtergrond van de traumatisering. De zorg voor getraumatiseerde patiënten is daarom niet alleen georganiseerd rond de classificatie, maar ook rond de traumacontext of patiëntendoelgroep. Naast zelfhulp, bijvoorbeeld via internet, zoeken mensen met traumagerelateerde klachten doorgaans eerst hulp bij de huisarts. Deze schat in of het bij huisartsenzorg blijft, bijvoorbeeld bij de POH GGZ. Wanneer de klachten persisteren of verergeren kan de huisarts doorverwijzen naar een ggz-behandelaar of ggz-instelling, bij voorkeur naar een behandelaar met ervaring met het behandelen van traumagerelateerde stoornissen.

Behalve ggz-zorgverleners of ggz-instellingen zijn er belangrijke hulpverleningsinstanties waaronder maatschappelijk werk, verslavingszorg en welzijnsorganisaties actief in de zorg aan getraumatiseerde mensen.