

Bijlage 30: Posttraumatische stress-stoornis

In de DSM-5¹ werd de posttraumatische stress-stoornis en de acute stress-stoornis uit de categorie angststoornissen genomen en vormen ze een nieuwe categorie.

1 Verschijningsvorm

De invloed van stress is niet bij voorbaat negatief². Een kind dat succesvol leert reageren op ongunstige omstandigheden, zal op volwassen leeftijd meer weerbaar zijn. Een schokkende gebeurtenis maakt het nodig om cognitieve schema's bij te stellen. Herbeleving is noodzakelijk om de schokkende gebeurtenis te kunnen verwerken. Vermijding en verhoogde prikkelbaarheid met verhoogde alertheid zijn typische copingstrategieën. Afhankelijk van de gehanteerde copingstijl en de sociale steun die het kind/de jongere ondervindt, kan er sprake zijn van herstel of kan een schokkende gebeurtenis leiden tot stoornissen. Deze stoornissen kunnen direct optreden, maar ook soms pas later in het leven.

De verschijningsvorm van traumatisering kan sterk verschillen bij kinderen en volwassenen. De symptomen variëren naargelang de leeftijd van het kind. De reactie van kinderen op een traumatische gebeurtenis kan zich uiten in ontredderd en geagiteerd gedrag, eerder dan in angst, hulpeloosheid en afschuw. De traumatische gebeurtenis kan herbeleefd worden in repetitief spel en in beangstigende dromen zonder herkenbare inhoud³.

Onmiddellijk na een zeer beangstigende gebeurtenis zijn kinderen meestal erg overstuurd, huilerig, bang en in shock. Zij vertonen gedrag dat gericht is op bescherming zoeken en prikkels vermijden in combinatie met het intensiveren van hechtingsgedrag, aanklappen en zoeken naar ondersteuning. Vaak treden regressieve symptomen op zoals bedplassen, mutisme, scheidingsangsten, voedselweigering, onrustig geagiteerd gedrag, ...⁴. Kortom, zij reageren met veranderingen in hun verstandelijk en affectief functioneren, hun interpersoonlijke relaties, hun impulsiviteit, hun gedrag en hun vegetatief functioneren.

Jongeren vertonen naast traumaspecifieke angsten, ook andere dan traumaspecifieke symptomen, zoals: depressieve klachten, seksuele problemen en woede.

Bij een posttraumatische stress-stoornis worden drie symptoomclusters onderscheiden:

- het voortdurend herbeleven van de traumatische gebeurtenis;

¹ APA, Highlights of Changes from DSM-IV-TR tot DSM-5: <https://psychiatry.org/dsm5>

² Boer, F. Stress in het begin van de levensloop: een ontwikkelingsperspectief, Tijdschrift voor psychiatrie 51 (2009) 8, blz. 579-586

³ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008,, blz. 912

⁴ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz. 912

- het aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit;
- aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid⁵.

1.1 De peuter- en kleutertijd

Het typisch reactiepatroon bij zeer jonge kinderen^{6 7} is regressie, agressie en angsten zoals separatieangst, aanklampend gedrag, plots verdriet zonder op het eerste zicht duidelijke aanleiding, rusteloosheid en plotse woede-uitbarstingen. Hoe jonger het kind, hoe minder het gevaar kan inschatten, maar zij kunnen wel reageren op het overstuur zijn van hun ouders. Herbelevingen van schokkende gebeurtenissen uiten zich via het naspelen van de traumatische gebeurtenis of repetitief gedrag. Anders dan bij gewoon spel beleeft het kind er geen plezier aan⁸. Het is een stereotiep spel met als centraal thema de traumatische ervaring. Indien het spel opluchting geeft en de herinnering aan de gebeurtenis vervaagt, heeft het spel zijn functie gehad in de verwerking. Indien er geen opluchting optreedt na het spel en het spel steeds dwangmatig herhaald wordt, spreekt men van posttraumatisch spel.

1.2 De lagere schooltijd

De problemen situeren zich hier meer op het gebied van school en leren. Trauma's kunnen de schoolcarrière van deze kinderen ernstig verstoren omwille van concentratie- en geheugenstoornissen, die zich uiten in problemen bij het aanleren van nieuwe kennis of het zich herinneren van reeds verworven kennis. Over het algemeen verminderen de schoolse prestaties tijdelijk na een ernstig trauma. Het voornaamste specifieke kenmerk in deze leeftijdscategorie zijn de indringende gedachten. Deze gedachten kunnen hen op elk moment overvallen, maar vooral tijdens rustmomenten, zoals bij het inslapen, bij TV kijken, het lezen van een boek, ... Soms worden de gedachten en herinneringen opgeroepen door een prikkel uit de omgeving. Ook nachtmerries komen vaak voor als herbeleving van het trauma. Na een aantal weken kan de inhoud van de droom veranderen in algemene nachtmerries over monsters, het redden van anderen, het bedreigd worden, ... Tijdens deze fase treedt ook posttraumatisch spel op met meer details over wat er gebeurd is. Vaak worden andere kinderen betrokken bij dit spel. In deze fase meet het kind zich superkrachten toe, wat hem in staat stelt om zelf de redder te zijn of om wraak te nemen. Deze fantasie heeft als functie het verminderen van schuld-, schaamte- en/of machteloosheidsgevoelens. Het zelfvertrouwen van getraumatiseerde kinderen is vaak beschadigd waardoor ze

⁵ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz. 911

⁶ Scheeringa & Gaensbauer 2000 in: Boer, F., Stress in het begin van de levensloop: een ontwikkelingsperspectief, Tijdschrift voor psychiatrie 51, 2009, blz. 579-586

⁷ Wellens, J., Bels, M. & e.a., Diagnostische criteria voor PTSS bij het jonge kind: toepasbaarheid en beperkingen, TOKK, 31 (4), 2006, blz. 180-191; ook voor meer informatie m.b.t. deze leeftijdsperiode

⁸ Wellens, J., Bels, M. & e.a., Diagnostische criteria voor PTSS bij het jonge kind: toepasbaarheid en beperkingen, TOKK, 31 (4), 2006, blz. 180-191; ook voor meer informatie m.b.t. deze leeftijdsperiode

depressief kunnen worden en teruggetrokken gedrag vertonen, mogelijk met hechtingsproblemen of separatieangst tot gevolg.

Tegelijkertijd kunnen kinderen prikkelbaar, uitdagend en brutaal gedrag stellen. In deze leeftijdscategorie ondergaan kinderen een zeer sterke perceptuele ervaring gedurende de traumatische beleving. Ze koppelen hun angst en hun indringende herinneringen aan hun percepties. Hierdoor ontwikkelen ze sneller psychosomatische klachten zoals hoofd- en buikpijn.

1.3 De adolescentie

Getraumatiseerde adolescenten vertonen een brede waaier van emotionele en gedragsproblemen. Er zijn twee soorten reactiepatronen. Enerzijds is er een reactie door extra stoer en rebellerend gedrag. Dit gedrag heeft een sterke weerslag op de sociale relaties, onder meer op de positie binnen de vriendengroep. De adolescent kan zich afzetten tegen elke vorm van autoriteit, acting-out-gedrag stellen, school- en leerproblemen ontwikkelen en seksueel indiscreet en delinquent gedrag stellen. Er is een verhoogde kans op middelengebruik. Anderzijds kan er zich een reactiepatroon van angstig, depressief en regressief gedrag ontwikkelen. Soms vertragen ze hun eigen ontwikkeling en beperken hun mogelijkheden om zich te behoeden voor eventuele andere ingrijpende gebeurtenissen. Zij kunnen dissociatieve klachten ontwikkelen, vaak gepaard met automutilatie. Ze kunnen zichzelf terugtrekken, hun interesses verliezen of het gevoel ontwikkelen dat het niet langer de moeite waard is om er te zijn. De adolescent ziet dan zichzelf niet meer als onkwetsbaar. Zeer vaak reageren ze met depressieve klachten.

Onderstaande tabel⁹ geeft de leeftijdspecifieke reacties van kinderen op traumatische gebeurtenissen.

Peuters en kleuters	Lagere schoolkinderen	Adolescenten
<ul style="list-style-type: none"> - Separatieangst - Rusteloosheid - Plots verdriet - Extreme angst - Woede-uitbarstingen - Posttraumatisch spel 	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoel van schuld, schaamte en machteloosheid - Aangetast zelfvertrouwen - School- en leerproblemen - Gedragsproblemen - Psychosomatische klachten 	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelens van schaamte, woede en verraad - School- en leerproblemen - Sociale problemen - Acting-out- en delinquent gedrag - Depressies en suïcide-gedachten - Dissociatie (en automutilatie)

⁹ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz. 912

	- Posttraumatisch spel met wraak- en reddingsfantasieën	
--	---	--

2 Criteria

De belangrijkste criteria in de en DSM-5 voor posttraumatische stress-stoornis¹⁰ zijn:

- blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding, of seksueel geweld, de aanwezigheid van één of meer intrusieve symptomen, verband houdend met de traumatische gebeurtenis, gestart na de traumatische gebeurtenis (Dit is het voortdurend herbeleven van de traumatische gebeurtenis);
- het aanhoudend vermijden van prikkels die verband houden met bij de traumatische gebeurtenis(sen), gestart na de traumatische gebeurtenis(sen);
- negatieve veranderingen in gedachten en stemming geassocieerd met de traumatische gebeurtenis(sen), gestart of verergerd na de traumatische gebeurtenis(sen);
- duidelijk verhoogde prikkelbaarheid, verband houdend met de traumatische gebeurtenis(sen), gestart of verergerd na de traumatische gebeurtenis(sen);
- duur van de stoornis: langer dan één maand;
- de angst veroorzaakt significant lijden en belemmering in het sociaal, schools of beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen.

In de DSM-5 zijn specifieke kenmerken en beschrijvingen voor kinderen van zes jaar en jonger opgenomen onder de voormelde criteria, waarbij de criteria 'aanhoudende vermijding van prikkels die bij het trauma hoorden' en 'negatieve veranderingen in gedachten en stemming' onder één criterium vallen voor deze jonge leeftijd.

3 Prevalentie

De prevalentie van een posttraumatische stress-stoornis bij kinderen die een traumatische ervaring hebben opgedaan, gaat van 12 % tot 60 %¹¹.

De prevalentie gedurende een heel mensenleven van PTSS, in de ganse bevolking, is 1% tot 14%¹².

4 Comorbiditeit

¹⁰ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

¹¹ March et al., 1997 en Pynoos & Nader, 1987, in: Wenar C. en Kerig P. Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 236

¹² Cohen, J.A. et al., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 37:10, October 1998, 6-7S

Een posttraumatische stress-stoornis in de kindertijd en adolescentie kan samengaan met depressieve stoornissen, verscheidene angststoornissen (separatieangststoornis, gegeneraliseerde angst, agorafobie), ADHD, gedragsstoornissen, middelengebruik¹³ en een dissociatieve stoornis¹⁴. De reden voor deze comorbiditeit kan zijn dat een posttraumatische stress-stoornis het slachtoffer gevoeliger maakt voor stress, zowel psychologisch als op neurobiologisch gebied. Anderzijds kunnen deze aandoeningen ook verkeerdelijk doen denken aan de aanwezigheid van een posttraumatische stress-stoornis.

5 Etiologie

Niet iedereen ontwikkelt een posttraumatische stress-stoornis na een traumatische ervaring. Door middel van waardebeoordeling evalueert het slachtoffer een gebeurtenis en geeft hij er een affectieve betekenis aan. In eerste instantie gaat het slachtoffer na of een situatie een bedreiging vormt. Vervolgens gaat hij na of en hoe hij kan omgaan met de stressor. Wanneer de evaluatie van de situatie repetitief en stereotiep wordt, ontstaat pathologie.

Bijvoorbeeld het slachtoffer denkt steeds dat hij de situatie niet aankan of dat hij iets anders had moeten doen.

Slachtoffers zoeken naar verklaringen of oorzaken voor de gebeurtenis en trachten op deze wijze de situatie te controleren en integreren. Deze attributies hebben een belangrijke invloed op de waardebeoordelingen en hebben consequenties voor de emoties en de copingvaardigheden, dus ook voor de symptomen.

Niet enkel hoe de stressor geëvalueerd wordt, maar ook de manier waarop de stressor gehanteerd (coping) wordt, maakt dat de gevolgen van een traumatische ervaring zo verschillend kunnen zijn. Actieve coping, zoals steun zoeken, emoties uiten, ... heeft de minst negatieve gevolgen en wordt gerelateerd aan warme en positieve sociale relaties. Een vermijdende copingstrategie leidt tot meer internaliserende symptomen, coping door naar zichzelf gerichte agressie leidt tot meer externaliserende symptomen. Verdedigingsstrategieën zoals ontkenning, onderdrukking, dissociatie, zelfhypnose, identificatie met de dader en agressie gericht tegen zichzelf, kunnen leiden tot grondige karakterveranderingen¹⁵.

6 Beschermende en risicofactoren

¹³ Cohen, J.A. et al., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 37:10, October 1998, 9-10S

¹⁴ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz. 914

¹⁵ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz. 915

- **Beschermende factoren**

Een traumatische ervaring is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor het ontwikkelen van een posttraumatische stress-stoornis¹⁶. Sommige getraumatiseerde kinderen ontwikkelen geen posttraumatische stress-stoornis of ontwikkelen pas een hele tijd later symptomen. Ze lijken meer veerkracht te hebben dan andere. Veerkracht is het vermogen tot een normale ontwikkeling te komen onder moeilijke omstandigheden. Het is het herstellingsvermogen.

De manier waarop het trauma verwerkt wordt heeft invloed op:

- het al dan niet ontwikkelen van symptomen;
- welke symptomen ontwikkeld worden;
- hoe lang deze symptomen blijven bestaan.

Volgende factoren werken beschermend bij een traumatische ervaring:

- kenmerken van de gebeurtenis en haar context: expositiegraad, aard van het trauma;
- kenmerken van de persoon en zijn voorgeschiedenis: ontwikkelingsniveau, subjectieve beleving, aangepaste copingstrategieën, voorafbestaande moeilijkheden en symptomen;
- kenmerken van de sociale situatie: gezinsfunctioneren, sociale steun, familiecohesie, flexibiliteit en een positief probleemoplossend vermogen binnen het gezin, sociale netwerk, aanwezigheid van vertrouwenspersonen.

- **Risicofactoren**

- Frequentie van traumatische ervaringen;
- Hoe groter het gevaar is;
- Interpersoonlijk geweld;
- Kindermishandeling;
- Langdurend trauma;
- Mate van betrokkenheid bij de traumatische gebeurtenis;
- Seksueel trauma;
- Symptomatisch vermijden van sociale contacten;
- Trauma's naar aanleiding van een menselijke fout;
- Traumatiserende medische procedures.

7 Verloop en prognose

Traumatisering kan leiden tot mentale veranderingen die een belangrijke impact uitoefenen op zowel het psychische en fysiek welzijn als het schools en sociaal

¹⁶ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz.914

functioneren¹⁷. Vroegtijdige herkenning, interventie en behandeling zijn belangrijk voor het optimaliseren van het functioneren en voor de preventie van comorbide psychopathologie.

¹⁷ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz. 917