

Opvang na schokkende gebeurtenissen



Opvang na schokkende
gebeurtenissen



kudding&partners

ADVIES & TRAINING IN SOCIALE VEILIGHEID

kudding &
partners

uw partner

in sociale

veiligheid

Inhoudsopgave:

- 4 Algemene programma informatie**
 - Opvang na schokkende gebeurtenissen
 - Programma

- 6 Trauma en verwerking**
 - Wat is een schokkende gebeurtenis
 - Reacties na een schokkende gebeurtenis
 - Specifieke reacties op specifieke trauma's

- 8 Het verwerkingsproces**
 - Fasen model
 - Scenariomodel
 - Verwerkingsstrategieën
 - Cognitieve strategieën
 - Actiestrategieën

- 14 Verwerkingsproblemen:
Posttraumatische stress-stoornis (ptss)**
 - Criteria voor PTSS
 - De geschiedenis van PTSS
 - Risico factoren voor PTSS

- 18 Opvang na een schokkende gebeurtenis**
 - Concrete opvang
 - Emotionele opvang
 - Het opvangmodel

- 22 Therapieën en andere zaken**
 - Cognitieve gedragstherapie
 - Cognitieve herstructurering
 - Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)
 - Secundaire traumatisering
 - 10 tips voor de eerste weken na de schokkende gebeurtenis

- 26 Samenvatting mogelijke opvangactiviteiten**
 - Na de schokkende gebeurtenis
 - Opvang gesprek model
 - Literatuur

Beste cursist,

Ik heet u van harte welkom.

U staat aan het begin van de training opvang naar schokkende gebeurtenissen.

Ik nodig u uit om uw vaardigheden te onderzoeken en verder te ontwikkelen.

De training bestaat uit een theoretisch en een praktisch deel. In de e-learning en deze hand-out, die als leidraad dient, vindt u de beknopte uitwerking van de theoretische achtergronden. In het praktische deel leert u hoe u een eerste opvanggesprek voert.

Onze deskundige trainers en professionele trainingsacteurs begeleiden u en voorzien u gedurende de training van raad en daad.

Na afloop van de training heeft u nog steeds toegang tot de e-learning module, zo kunt u deze op elk gewenst moment raadplegen.

Namens het personeel van Kudding & Partners wens ik u een leerzame en plezierige training toe. Met de opgedane kennis en vaardigheden wens ik u succes tijdens de uitvoering van uw werk.

Edward Kudding

ALGEMENE PROGRAMMA INFORMATIE

Opvang na schokkende gebeurtenissen

Een schokkende gebeurtenis op de werkplek, zoals (seksueel) geweld of het meemaken van suïcide, leidt bij de betrokken medewerker(s) vaak tot gevoelens van onveiligheid. Het vertrouwen in de eigen professionaliteit en in de organisatie kan beschadigd raken.

Goede opvang na een schokkende gebeurtenis is van essentieel belang. Mensen die zich gehoord en gesteund voelen na een schokkende gebeurtenis, functioneren beter dan mensen die boosheid en wrok ervaren omdat zij zich niet serieus genomen voelen. Deze negatieve gevoelens kunnen een belemmering vormen voor een goede verwerking. Een goede opvang kan niet voorkomen dat sommige werknemers verwerkingsproblemen zullen ondervinden na een schokkende gebeurtenis. Wel dient opvang als signaleringsfunctie zodat bij problemen tijdig en adequaat kan worden doorverwezen.

De training *Opvang na schokkende gebeurtenissen* is bedoeld om goede opvang te kunnen bieden. Deelnemers aan de training krijgen advies over de interne opvangprocedure en oefenen in het voeren van opvanggesprekken.

Doelstelling

Het creëren van een intern opvangteam/trainen van leidinggevenden die deskundig kunnen optreden.

Deelnemers doen/leren het volgende:

- uitbreiden en oprispen van kennis van en ervaring met de opvang van personeelsleden die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt
- leren onderkennen van de grenzen in interne opvang zodat adequaat kan worden doorverwezen naar traumadeskundigen
- signaleren van posttraumatische stressstoornis en bespreken van risicofactoren
- herkennen van beschermende factoren en deze benoemen en stimuleren

Inhoud

- bespreken van het begrip 'trauma' en traumatheorieën
- onderkennen/herkennen van een traumatische ervaring
- uitwisselen van eigen ervaringen
- analyse van normale en gestoorde verwerking en bespreking van verwerkingsstrategieën
- het monitoren en stimuleren van de verwerking
- opvang direct en een periode na de schokkende gebeurtenis
- bespreken van het begrip 'posttraumatische stressstoornis' en mogelijke behandelingen

Werkvormen

- theoriebespreking met reader
- praktijksimulaties oefenen met acteurs
- discussie over relevante onderwerpen

Doelgroep

Medewerkers van de instelling die het eerste en de latere opvanggesprekken voeren. Meestal zijn dit leidinggevenden, de interne begeleider, de vertrouwenspersoon of een psycholoog.

Aantal deelnemers

Maximaal acht van de eigen instelling. De training gaat van start bij een minimale groepsgrootte van vier deelnemers.

Duur

4 dagdelen.

Certificatie

De deelnemers ontvangen een bewijs van deelname

Locatie

In-company

PROGRAMMA

Eerste dag

09.15 - 09.30	Koffie en ontvangst
09.30 - 10.15	Inleiding: introductie cursisten en trainer bespreken van de dag en het formuleren van doelen
10.15 - 10.45	Inleiding traumatheorie bespreken van eigen reacties na een schokkende gebeurtenis
10.45 - 11.00	Pauze
11.00 - 11.45	vervolg traumatheorie
11.45 - 12.00	Pauze
12.00 - 12.30	Bespreken van het eerste en laatste gesprek in het 3-gesprekken opvangmodel
12.30 - 13.15	Lunch
13.15 - 16.30	Rollenspelen: opvang direct na een incident, opvang na zes weken. Nabespreking met acteur

Tweede dag

09.15 - 09.30	Koffie en ontvangst
09.30 - 10.45	bespreken verwerkingsstrategieën
10.45 - 11.00	Pauze
11.00 - 11.45	bespreken PTSS, risicofactoren en behandelmogelijkheden
12.00 - 12.30	Bespreken van het laatste gesprek in het 3-gesprekken Opvangmodel. Toepassen van het schema.
12.30 - 13.15	Lunch
13.15 - 16.30	Rollenspelen: opvang zes weken na het incident. Nabespreking met acteur

TRAUMA EN VERWERKING

WAT IS EEN SCHOKKENDE GEBEURTENIS

Over de beschrijving van het begrip 'trauma' bestaat geen algehele consensus. In de literatuur wordt een aantal beschrijvingen gehanteerd. De DSM-III, een classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen, beschreef een mogelijk traumatische ervaring als een gebeurtenis die:

buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaringen ligt die duidelijk leed zou veroorzaken bij vrijwel iedereen, bijvoorbeeld: ernstige bedreiging van iemands leven of van de fysieke integriteit; ernstige bedreiging of letsel toegebracht aan iemands kinderen, echtgenoot of nauwe verwanten en vrienden; plotselinge vernietiging van iemands huis of woonomgeving; of het zien van iemand die recentelijk of juist op dat moment ernstig gewond of gedood is door een ongeluk of lijfelijk geweld (PTSD; APA, 1987).

Op deze beschrijving is nogal wat kritiek geweest. Kleber, Draijer en Van der Hart (1992) vroegen zich bijvoorbeeld af wat 'buiten de gebruikelijke menselijke ervaringen' ligt. Sommige medewerkers van een eerste hulpafdeling zien misschien met grote regelmaat mensen die ernstig gewond zijn geraakt door geweld. Dat betekent echter niet dat zij deze ervaringen niet als traumatisch kunnen beschouwen. Bovendien is het mogelijk dat bepaalde gebeurtenissen objectief niet als schokkend worden gezien, maar door sommige mensen wel als traumatisch worden ervaren. Kleber, Draijer en Van der Hart pleitten ervoor meer aandacht te schenken aan de subjectieve betekenis die iemand aan een gebeurtenis geeft. Zij menen dat van een traumatische ervaring kan worden gesproken wanneer de persoon een voor hem of haar schokkende gebeurtenis direct heeft meegemaakt, daarvan getuige is geweest of erover gehoord heeft en daarop met intense angst en persoonlijke machteloosheid heeft gereageerd. Volgens de DSM-IV-TR werd gesproken over een traumatische ervaring wanneer een betrokkene:

getuige is geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

NB: bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag

De huidige gehanteerde DMS V spreekt over:

De betrokkene is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld.

Vergeleken met de DMS IV wordt in de DSM V helderder afgebakend wat een traumatische gebeurtenis kan zijn. Seksueel geweld wordt nu expliciet vermeld, evenals terugkerende blootstelling die kan gelden voor politieagenten en first responders (brandweerlieden en ambulancebroeders e.d.). Termen die iets zeggen over de reactie van de betrokkene op de gebeurtenis – intense angst, hulpeloosheid of afschuw, zijn in de DMS V weggelaten aangezien dit criterium niet nuttig is gebleken in de voorspelling van het ontstaan van PTSS.

In de literatuur worden twee typen trauma onderscheiden: type 1 en type 2 trauma. Bij een type 1 is sprake van een eenmalige traumatische ervaring. Type 2 trauma bestaat uit herhaalde of langdurige traumatisering (Terr, 1991).

Het opvangteam zal te maken krijgen met schokkende gebeurtenissen zoals beschreven door de DSM V. Type 2 trauma's, een langzame dood van een partner, of andere zaken, behoeven een andere aanpak.

REACTIES NA EEN SCHOKKENDE GEBEURTENIS

Een schokkende gebeurtenis kan zowel psychische als lichamelijke reacties teweeg brengen. Deze reacties zijn talrijk en kunnen om verschillende redenen ontstaan. Hieronder staat een aantal genoemd (Kleber & von Geusau, 1994; Gersons, 1995).

Psychische reacties na een schokkende gebeurtenis

- Verdoving
- Boosheid
- Machteloosheid
- Angst
- Hulpeloosheid
- Wraakgevoelens
- Verdriet
- Gemis
- Schuld
- Schaamte
- Herinneringen
- Jaloezie
- Vervreemding
- Eenzaamheid
- Wanhoop
- Hoop

Lichamelijke reacties na schokkende gebeurtenissen

- Vermoeidheid
- Slapeloosheid
- Nachtmerries
- Problemen bij ademhaling (bijvoorbeeld hyperventilatie)
- Diarree
- Verhoogde spierspanning die pijn kan veroorzaken zoals hoofdpijn, pijn in schouders, hals of rug
- Ontregelde menstruatie
- Verminderde seksuele belangstelling
- Verwardheid, inclusief concentratie en geheugenproblemen
- Hartkloppingen
- Tremoren
- Prop in de keel
- Misselijkheid
- Maag- en darmklachten

Specifieke reacties op specifieke trauma's

Hoewel een schokkende gebeurtenis allerlei soorten reacties kan veroorzaken, gaan bepaalde ervaringen relatief vaak gepaard met bepaalde reacties. In de tabel hieronder staat een aantal gebeurtenissen met daarbij veel voorkomende reacties (Kenny, 1996).

<i>GEBEURTENIS</i>	<i>REACTIE</i>
auto ongeluk	angst om te rijden hoge spierspanning nachtmerries
verkrachting of misbruik	depressie schuldgevoel verlies vertrouwen en zelfwaarde relatieproblemen
geweld	oncontroleerbare woede haatgevoelens
verlies van een geliefde	rouw depressie nachtmerries
val van een hoge plaats	angst voor hoogtes
natuurramp	depressie angsten onzekerheid

Eenmaal met agressief gedrag geconfronteerd moet de inspecteur of klant contact medewerker in zijn contact met de medewerker professioneel blijven. Eigen veiligheid staat voorop en de klant dient, ondanks het agressieve gedrag, met respect te worden benadert.

HET VERWERKINGSPROCES

Het verwerkingsproces dat na een schokkende gebeurtenis op gang komt, kan worden beschreven aan de hand van twee modellen: het fasenmodel en het scenariomodel (Huber, Beest, Soomeren, Steinmetz, 1996). Het fasenmodel ziet het verwerken van schokkende gebeurtenissen als een proces in de tijd. Het scenariomodel beschrijft hoe een getroffen persoon de schokkende gebeurtenis een plaats probeert te geven in zijn leven. In beide gevallen gaat het over modellen. Ieder mens ervaart een schokkende gebeurtenis anders en hanteert een eigen manier van verwerken. Zo zal niet iedereen alle fasen van het fasenmodel doorlopen, of in deze volgorde. Sommigen zullen het scenariomodel niet op zichzelf van toepassing achten.

Fasenmodel

De verwerking van een schokkende gebeurtenis in dit model verloopt in drie fasen:

Fase 1

De eerste minuten na een schokkende gebeurtenis, is de getroffene vaak vol ongeloof, schrik en verbijstering. Hij kan niet geloven wat er gebeurd is: 'Hoe kan dit gebeuren?' of 'Dit kan niet gebeurd zijn'. Het gebeurt dat mensen in fase 1 blijven steken. Zij kunnen ook na jaren de gebeurtenis niet tot zich laten doordringen. Een voorbeeld is de weduwe die nog altijd de tafel dekt voor twee personen.

Fase 2

In de uren en dagen erna, dringt langzaam tot de getroffen door wat er gebeurd is. Op bepaalde momenten zal hij de gebeurtenis herbeleven, op andere momenten probeert hij het denken aan deze gebeurtenis juist te vermijden. Het herbeleven kost veel energie, waardoor deze periodes worden afgewisseld met periodes van vermijding zoals een verdoofd gevoel. Vaak zijn getroffenen in deze fase prikkelbaarder dan normaalgesproken en hebben ze last van slaapstoornissen of andere fysieke klachten, zoals hoofd- en/of maagpijn.

Herbeleving

De getroffen beleeft de gebeurtenis steeds opnieuw, in flashbacks en/of nachtmerries. Tijdens deze herbelevingen ervaart de getroffen heftige emoties, zoals angst, woede, verdriet, schaamte en schuldgevoel. Daarnaast vertoont hij ook fysieke reacties, zoals hartkloppingen, trillen en transpireren. Het is mogelijk dat op momenten van herbeleving herinneringen aan eerdere incidenten weer naar boven komen.

Vermijding

De getroffen vermijdt situaties die hem aan de gebeurtenis herinneren, bijvoorbeeld de plaats van de gebeurtenis. Op sommige momenten zal de getroffen doen alsof er nooit iets is gebeurd (verdringing), of er zo min mogelijk aan proberen te denken, door zich bijvoorbeeld op zijn werk te storten. De getroffen ervaart gevoelens van ontzetting, vervreemding en verdooftheid, waardoor hij soms minder belangstelling toont voor zijn omgeving.

Fase 3

De reacties van herbeleving en vermijding en de daarbij behorende symptomen nemen steeds verder af. De getroffen heeft de schokkende gebeurtenis een plaats in zijn leven gegeven. Fase 3 is afgerond als de herinnering aan de schokkende gebeurtenis geen overweldigende gevoelens meer oproept en het leven niet meer in het teken van de gebeurtenis staat. Dat betekent niet dat de gebeurtenis geen sporen heeft achtergelaten. Bij tijd en wijle kan de gebeurtenis nog sterke emoties oproepen.

Figuur 1: fase 2 van het fasenmodel

AFWISSELING VAN



Herbeleving:

- flashbacks
- nachtmerries
- plotseling opwellen van emoties zoals: angst, woede, schuldgevoelens, concentratieproblemen en schaamte

Vermijding:

- verdoofd zijn
- overmatig richten op andere zaken
- vervreemding
- concentratieproblemen

Lichamelijke reacties, zoals:

- overmatig gespannen zijn
- waakzaam zijn

Verhoogde prikkelbaarheid, zoals:

- vermoeidheid
- slapeloosheid
- diarree
- hartkloppingen
- misselijkheid
- problemen met ademhaling (b.v. hyperventilatie)
- verhoogde spierspanning (ontstaan van b.v. hoofdpijn)

Scenariomodel

Na een schokkende gebeurtenis moet de getroffene proberen deze een plaats te geven in zijn eigen bestaan. Hij moet als het ware het scenario van zijn levensverhaal aanpassen aan de schokkende gebeurtenis, die een onverwachte wending heeft gegeven aan het oorspronkelijke verhaal (Huber et al. 1996). Het scenariomodel beschrijft hoe dit proces verloopt:

'Het repareren van de veranderde kijk is te vergelijken met de regisseur van een film die bezig is met de montage. Hij heeft alle opnamen gemaakt en wil ze in de juiste volgorde achter elkaar zetten. Terwijl hij bezig is, stuit hij op een stukje film dat hij niet kent, en dat hij toch in zijn film moet verwerken. Zijn eerste reactie is er een van schrik, verbijstering en ongeloof. Hoe komt dat ertussen, wat moet ik ermee, het past niet in mijn verhaal. Hij heeft het gevoel dat hij droomt, een nachtmerrie. Als blijkt dat het geen droom is, gaat hij aan het werk in een poging het vreemde stukje film te verwerken. Hij draait alle stukjes film keer op keer af om de juiste plaats te vinden voor het stukje vreemde film. Naarmate het stukje moeilijker past, moet hij dit vaker doen. Soms ziet hij de beelden voor zijn ogen dansen. Dan schakelt hij de apparatuur uit om zijn ogen de tijd te geven te herstellen en weer tot rust te komen. Hij voelt de spanning stijgen, de tijd dringt want de film moet op de afgesproken tijd klaar zijn. Het hele scenario zoals hij dat in zijn hoofd had, valt in duigen. Hij gaat de montageruimte weer binnen en doet opnieuw een poging om het stukje in te passen. Hij gaat daarmee door tot hij de juiste plaats heeft gevonden of tot hij, volledig uitgeput, instort.' (Hilkens & Huisintveld, 1995).

Mensen hebben over algemeen (onbewust) een aantal basisveronderstellingen over de wereld en zichzelf. Eén van deze basisveronderstellingen is de gedachte dat zij onkwetsbaar zijn, ook wel *the illusion of invulnerability* genoemd. Hoewel ze zien dat andere mensen schokkende gebeurtenissen meemaken en ook wel weten dat hen dit net zo goed zou kunnen overkomen, ervaren zij dat niet als een reële mogelijkheid. Ergens denken ze dat zoiets hen niet kan gebeuren. Naast de 'illusie van onkwetsbaarheid', hebben mensen nog drie andere basisveronderstellingen die samenhangen met de mate van onkwetsbaarheid die zij ervaren:

- de wereld is goed
- de wereld is begrijpelijk en betekenisvol
- ik ben beschaafd, competent en waardevol

Bij een schokkende gebeurtenis wordt ernstig aan één of meerdere van deze basisveronderstellingen getoerd (Janoff-Bulmann, 1989). Dit kan een veranderde kijk op de wereld en zichzelf teweeg brengen.

Een veranderde kijk kan leiden tot de volgende gevoelens en gedachten (Huber et al. 1996):

- het gevoel van controleverlies, hetgeen kan leiden tot een passieve opstelling
- het gevoel permanent beschadigd te zijn: 'deze ervaring zal ik mijn hele leven met me meedragen'
- verlies van vertrouwen in collega's, het gevoel er alleen voor te staan, of het onvermogen nog intiem met anderen te kunnen zijn, hetgeen isolatie tot gevolg kan hebben
- de overtuiging dat men de gebeurtenis heeft verdiend in plaats van de verantwoordelijkheid bij de dader(s) te leggen ('dat is de consequentie van het werken in de psychiatrie', of 'dit had een hogere bedoeling')
- het overnemen van meningen en opvattingen van daders ('hij – de patiënt – kan ook niet anders, want hij is zelf in zijn jeugd seksueel misbruikt')
- ongeloof dat anderen ooit te hulp zullen schieten
- de angst om opnieuw slachtoffer te worden, ook als daarvoor geen aanleiding is
- voortdurend overdreven alert zijn op potentieel gevaar

Bij de verwerking is het van groot belang dat de nieuwe informatie over de wereld die de schokkende gebeurtenis met zich meebracht, in overeenstemming wordt gebracht met oude informatie en veronderstellingen. Dit betekent soms dat vroegere ervaringen moeten worden herordend en dat bepaalde ideeën veranderen. Janet (1919) spreekt in dit verband over 'bij schrijven in onze autobiografie' (Kleber et al. 1992).

VERWERKINGSSTRATEGIEËN

De hoofddoelen van het verwerkingsproces (Kleber and Brom, 1992) zijn:

- het zoeken van betekenis van de gebeurtenis (integratie)
- het hervinden van controle

Deze doelen kunnen bereikt worden door middel van twee strategieën (Lazarus, 1981; Kleber et al. 1992):

- cognitieve strategieën

Cognitieve strategieën

Het streven van cognitieve strategieën is de gebeurtenis een plaats en betekenis te geven in het leven, maar dit door zo min mogelijk wijzigingen aan te brengen in de voormalige ideeën over de wereld. Cognitieve strategieën zijn zeer gebruikelijk en worden meestal in combinatie met actiestrategieën gehanteerd. Naarmate een getroffene de gebeurtenis echter als minder controleerbaar ziet, wordt vaker een beroep gedaan op de cognitieve strategieën. Hieronder volgt de beschrijving van een aantal cognitieve strategieën.

1. *Het vinden van een oorzaak voor de schokkende gebeurtenis*

Verwerking is geen puur emotionele aangelegenheid. In de eerste periode na een schokkende gebeurtenis staan juist twee verstandelijke vragen centraal: 'Wat is er gebeurd?' en 'Waarom is het gebeurd?'. In een later stadium komt daar nog een vraag bij: 'Waarom ik?'

Voor een getroffene die zichzelf verwijt dat hij zo verstandelijk op de schokkende gebeurtenis reageert, is het goed te weten dat het zoeken van verklaringen juist onderdeel is van de verwerking. Getroffenen die de gebeurtenis kunnen verklaren – ook al maakt de verklaring een ongeloofwaardige indruk op buitenstaanders – zijn vaak rustiger en komen eerder aan verwerking toe dan getroffenen die nog geen antwoord gevonden hebben.

Een specifieke vorm van verklaring is de zelfbeschuldiging. Wie een schokkende gebeurtenis aan eigen fouten toeschrijft, denkt (onbewust) een dergelijke gebeurtenis in de toekomst te kunnen ontlopen of de kans op herhaling in de toekomst te kunnen verkleinen: door zichzelf een actieve rol toe te kennen, probeert de getroffene enige controle over de wereld te behouden. Hierbij is het belangrijk of de getroffene zichzelf als persoon of zijn gedrag de schuld geeft. De getroffene kan zijn gedrag relatief eenvoudig veranderen, waardoor de kans op herhaling kleiner wordt. Maar wanneer hij zichzelf als persoon de schuld geeft, bestaat de kans dat hij wanhopig en depressief wordt, omdat het moeilijker is om als persoon te veranderen.

Soms legt de getroffene in een latere fase de oorzaak van de schokkende gebeurtenis buiten zichzelf. Hij wijst dan bijvoorbeeld de directie van de instelling, de arts, een hoofdverpleegkundige of een collega als schuldige aan. Wanneer de gebeurtenis is verwerkt, kan de getroffene de gebeurtenis vaak in een breder perspectief te zien. Hij ziet dan in dat mensen - ook al doen ze nog zo hun best - soms fouten maken en dat sommige fouten fatale gevolgen hebben.

2. *De eigen ervaring vergelijken met die van anderen*

Vlak na een incident vergelijken getraumatiseerde mensen zich meestal met personen die het er beter van af hebben gebracht. Men is boos op anderen, schaamt zich, is jaloers ('waarom ik?'). In een later stadium verschuift het referentiekader: de getroffene kijkt naar mensen die het nog slechter hebben getroffen. Hij trekt zich op aan het nog grotere leed of ongeluk van een ander en vijzelt zo de geschonden eigenwaarde op. Of men troost zich met de gedachte dat het nog allemaal erger had kunnen aflopen. Om dergelijke vergelijkingen te kunnen maken is lotgenotencontact voor sommige getroffenen belangrijk. Door ervaringen uit te wisselen ontdekken ze dat anderen in soortgelijke omstandigheden het ook moeilijk hebben gehad. Dat kan een troostende gedachte zijn.

3. *Isolatie*

De getroffene perkt de gebeurtenis in tot een bepaalde locatie of situatie. Een slachtoffer van een verkeersongeluk komt bijvoorbeeld tot de overtuiging dat alleen dat ene kruispunt gevaarlijk is en dat andere kruispunten niet per definitie gevaarlijk zijn. Nadeel van deze strategie is dat sommige getroffenen bepaalde plaatsen gaan mijden. Dergelijke getroffenen kunnen extra ontwricht raken wanneer zij bijvoorbeeld op een andere kruising opnieuw een ongeluk krijgen en blijkt dat schokkende gebeurtenissen niet locatiegebonden zijn.

4. Beklemtonen van eigen controle

Een getroffene die (het gevoel heeft) iets (te) hebben gedaan tijdens de schokkende gebeurtenis kan vaak makkelijker het gevoel van machteloosheid dat hij tijdens de gebeurtenis had, het hoofd bieden. Hij zal bij het navertellen van de gebeurtenis de nadruk leggen op handelingen die hij heeft verricht, zoals verzet tegen de daders, om de gebeurtenis af te wenden.

5. Herordenen van eigen bestaan

Getroffenen die een schokkende gebeurtenis goed hebben verwerkt, hebben de gebeurtenis meestal een plek in hun leven kunnen geven en er een (positieve) interpretatie aan kunnen geven. Ze geven soms aan dat aspecten van het leven die zij eerst uiterst belangrijk vonden, nu futiel vinden of dat andere aspecten juist meer waardering hebben gekregen. Sommigen zeggen ook dat ze wijzer en sterker zijn geworden door de gebeurtenis (Kleber et al. 1992).

6. Ontkenning

Sommige getroffenen kunnen gewoon niet geloven wat hen is overkomen. Zij gaan soms zelfs zo ver, dat zij ontkennen wat er is gebeurd. Langdurige ontkenning van een schokkende gebeurtenis wordt meestal niet als constructief gezien, al kan het in de beginfase van de verwerking soms wel goed zijn. De getroffene ontkent de gebeurtenis wellicht uit zelfbescherming. Langzaam moet hij gedachten en emoties met betrekking tot de gebeurtenis echter wel toelaten, om greep te krijgen op het gebeurde en zo aan verwerking toe te komen (Janoff-Bulmann, 1989).
mige fouten fatale gevolgen hebben.

Actiestrategieën

Actiestrategieën gaan vaak gepaard met activiteiten. Deze zijn er meestal op gericht herhaling van de gebeurtenis te voorkomen en controle te herwinnen.

1. Problemen oplossen

Voorbeelden van specifiek probleemoplossende acties zijn: een nieuw slot op de deur doen, 's avonds niet op straat gaan of verhuizen. Uit onderzoek naar slachtoffers van verkrachting, blijkt dat mensen die actie ondernemen het snelst de gebeurtenis verwerken (Burgess en Holstrom, 1979). Dat kan verklaard worden doordat de getroffenen op deze manier daadwerkelijk iets doen met de gebeurtenis. Actie ondernemen herstelt het gevoel van greep op het bestaan waardoor ze weer wat zelfvertrouwen winnen.

2. Afstand nemen

Door soms afstand te nemen kan de getroffene voorkomen te veel overspoeld te worden door pijnlijke gevoelens. Dit geeft de mogelijkheid even tot rust te komen. Een voorbeeld van afstand nemen is sporten.

3. Zoeken van sociale steun

Een speciale actiestrategie om een schokkende gebeurtenis te verwerken, is het zoeken van emotionele steun. Uit verschillende onderzoeken is unaniem gebleken dat steun van bijvoorbeeld familie en vrienden een zeer belangrijke factor is bij de verwerking. Wanneer de gebeurtenis binnen een bedrijf plaatsvindt, is emotionele steun vanuit het bedrijf essentieel (Kleber et al. 1992).

Eén van de aspecten van verwerking waarbij een getroffene anderen nodig heeft, is het vertellen van het verhaal. Veel getroffenen zullen na een schokkende gebeurtenis herbelevingsreacties vertonen. Deze bedreigen het gevoel van controle: de beelden van het incident komen onverwachts en overvallen de getroffene. De getroffene kan de controle weer zelf overnemen door het verhaal te vertellen. Iemand die het verhaal van de schokkende gebeurtenis voor het eerst vertelt, is zelden in staat een verhaal te vertellen met een duidelijke lijn erin. Hij kampt nog met emoties en springt van de hak op de tak. Door steeds opnieuw het verhaal te vertellen, ontstaat er orde in het verhaal en in zijn hoofd. Details en bijzonderheden die hij zich aanvankelijk niet kon herinneren, komen soms geleidelijk op hun plek terecht. Wanneer de getroffene het verhaal rustig en 'ordelijk' kan vertellen, krijgt hij weer grip op zijn eigen bestaan. Sommige getroffenen vinden het moeilijk om hulp te vragen of weigeren zelfs hulp. Een reden hiervoor kan zijn dat niet elke vorm van steun of luisterend oor als positief wordt ervaren. Veel mensen weten niet hoe zij de getroffene kunnen helpen en begrijpen niet wat diegene doormaakt. Extra moeilijk wordt het wanneer de omgeving de getroffene aanwijst als de schuldige (Kleber et al. 1992). Voor getroffenen die niet in staat zijn met anderen over hun diepste gevoelens te praten of om aan anderen hun kwetsbare kant te laten zien, werkt het soms positief om hun verhaal op te schrijven (van Zuuren, Schoutrop, Lange, Louis, Stegers, 1999).

De afwezigheid van steun of negatieve reacties vanuit de omgeving kan het verwerkingsproces ernstig verstoren. Een voorbeeld hiervan is dat een slachtoffer van een bankoverval wordt behandeld als verdachte. Hierdoor kan de getroffene een tweede keer worden 'verwond'. Dit verschijnsel wordt 'secundaire victimisatie' genoemd (Kleber et al. 1992).

VERWERKINGSPROBLEMEN: POSTTRAUMATISCHE STRESS-STOORNIS (PTSS)

De duur van een verwerkingsproces na een schokkende gebeurtenis kan sterk variëren en valt moeilijk te voorspellen. Sommige mensen die hun partner hebben verloren, vertonen een emotionele terugval na een jaar. Hen wordt namelijk vaak verteld dat het beter zal gaan na een jaar en raken teleurgesteld wanneer dit niet het geval is.

Wanneer storingen optreden in het verwerkingsproces, en de schokkende ervaring leidt tot langdurige, ernstige stressreacties, is sprake van posttraumatische stress-stoornis, hierna aangeduid als PTSS. Hoewel in de meeste gevallen stressreacties direct na de schokkende gebeurtenis ontstaan, is het ook mogelijk dat deze pas na maanden of jaren tot uiting komen, bijvoorbeeld na een tweede schokkende gebeurtenis (Huber et al., 1996).

CRITERIA VOOR PTSS

De posttraumatische stressstoornis (PTSS) is in de DSM-5 opgenomen in een nieuw hoofdstuk over psychotrauma en stressgerelateerde stoornissen. Dit is een wijziging ten opzicht van de DSM IV waar PTSS als een angststoornis werd behandeld.

A. De betrokkene is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. De blootstelling moet het gevolg zijn van een van de volgende situaties waarin de betrokkene.

- de traumatische gebeurtenis direct ervaart
- persoonlijk getuige is van de traumatische gebeurtenis
- verneemt dat de traumatische gebeurtenis een naast familielid of een goede vriend(in) is overkomen (waarbij de feitelijke of dreigende dood is veroorzaakt door geweld of een ongeval of:
- herhaaldelijk of in extreme mate wordt blootgesteld aan akelige details die met de traumatische gebeurtenissen te maken hebben (niet via de media, foto's, televisie of in films, tenzij werkgerelateerd).

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

- 1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. NB: bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt
- 2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis. NB: bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen
- 3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). NB: bij jonge kinderen kunnen trauma-specifieke heropvoeringen voorkomen
- 4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
- 5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken

C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit 1 (of meer) van de volgende:

- 1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden
- 2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden

D. Negatieve veranderingen in cognitie en stemming die begonnen of verergerden na de traumatische gebeurtenis zoals uit 2 (of meer) van de volgende:

- 1) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren (meestal dissociatieve amnesie, niet het gevolg van hoofdletsel, alcohol of drugs)
- 2) aanhoudende en (vaak gestoorde) negatieve gedachten en verwachtingen gedachten over zichzelf of de wereld (zoals: ik ben slecht, de wereld is gevaarlijk).
- 3) aanhoudend zichzelf en of andere de schuld geven de gebeurtenis te veroorzaken of schuldig zijn aan de gevolgen.
- 4) aanhoudende negatieve trauma-gerelateerde gevoelens (bijvoorbeeld angst, afschuw, boosheid, schuld of schaamte).
- 5) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten
- 6) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
- 7) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben).

E. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

- 1) geïrriteerd of agressief gedrag
- 2) destructief of roekeloos gedrag
- 3) overmatige waakzaamheid
- 4) prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
- 5) overdreven schrikreacties
- 6) moeite met concentreren
- 7) moeite met inslapen of doorslapen

F. Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand

G. De symptomen veroorzaken ongeacht de trigger in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

H. De symptomen zijn niet het fysiologische gevolg van een somatische aandoening, medicatie, drugs of alcohol.

Vergeleken met de DMS IV wordt in de DSM V helderder afgebakend wat een traumatische gebeurtenis kan zijn. Seksueel geweld wordt nu expliciet vermeld, evenals terugkerende blootstelling die kan gelden voor politieagenten en first responders (brandweerlieden en ambulancebroeders e.d.) . Termen die iets zeggen over de reactie van de betrokkene op de gebeurtenis – intense angst, hulpeloosheid of afschuw, zijn in de DMS V weggelaten aangezien dit criterium niet nuttig is gebleken in de voorspelling van het ontstaan van PTSS.

In de DMS V zijn twee subtypes toegevoegd: PTSS bij kinderen jonger dan 6 jaar en PTSS met prominent aanwezige dissociatieve symptomen (gevoel los te staan van eigen geest of lichaam, of ervaringen waarin de wereld als onwerkelijk, als in een droom of verstoord wordt waargenomen).

DE GESCHIEDENIS VAN PTSS

De term PTSS werd in 1987 in de DSM III voor het eerst geïntroduceerd. Het verschijnsel met de bijbehorende symptomen werd echter al veel eerder onderkend, vooral in militaire kringen. Da Costa beschreef het verschijnsel al in 1871 in een onderzoek naar de problemen die soldaten ondervonden in de Amerikaanse burgeroorlog (Hovens, 2001). PTSS heeft veel namen gekend, zoals *war neurosis* en *shell shock* tijdens de Eerste Wereldoorlog. Soldaten met deze diagnose hoefden niet verder te dienen. Het aantal soldaten dat hierdoor echter uitviel, was overweldigend. Psychiaters zagen de '*war neurosis*' als een soort hysterie en meenden dat de beste remedie ertegen was het te negeren en er niet over te praten. Negeren bleek geen oplossing, met als gevolg dat soldaten die aan de symptomen leden, in de psychiatrie terecht kwamen. In hun wanhoop de onbekende ziekte te kunnen verklaren, beweerden sommige artsen dat de symptomen te wijten waren aan microdeeltjes van een geëxplodeerde bom die in de hersenen van de soldaten waren gedrongen (vandaar de term *shell shock*). Deze verklaring sloot goed aan bij de op dat moment gangbare trend abnormaal gedrag te verklaren in biologische termen. Het werd echter snel duidelijk dat ook soldaten die nooit een explosie hadden meegemaakt, symptomen van *shell shock* vertoonden. Deze verklaring moest dus worden verworpen. Sommige artsen waren van mening dat er überhaupt geen sprake was van een ziekte, maar van pure simulatie. Zij stelden voor om soldaten met *shell shock* gevangen te nemen of zelfs te executeren. De generaals vonden dit een te drastische maatregel, die het moraal in het leger niet zou verhogen. Ze pleitten voor snelle en professionele hulp die hun soldaten zo snel mogelijk weer in het veld zou kunnen helpen. Hypnose – waarbij de ervaringen en emoties opnieuw werden beleefd – werd de eerste behandeling van deze soldaten. Hiermee drong in de geestelijke gezondheidszorg voor het eerst door dat de begrippen 'gek' en 'normaal' niet zo eenduidig waren en dat een puur biologische aanpak van de psychiatrie niet voldoende was. Na de Eerste Wereldoorlog bleek dat de maatschappij mensen met *shell shock* niet kon negeren, omdat het verschijnsel zich op zo grote schaal voordeed. Vooral tijdens en na de Tweede Wereldoorlog zijn hierdoor grote ontwikkelingen gemaakt in de geestelijke gezondheidszorg (Gersons en Carlier, 1992).

RISICOFACTOREN VOOR PTSS

Uit een onderzoeksgroep van Kessler et al. (1995) is gebleken dat ongeveer 7,8% van de deelnemers aan het onderzoek één of meerdere keren in zijn of haar leven PTSS krijgt. Vrouwen ontwikkelden twee maal zo vaak PTSS als mannen. Uit Amerikaans onderzoek van Solomon en Davidson (1997) had ongeveer 5% van de mannen en 10% tot 12% van de vrouwen PTSS. Sommige mensen of bepaalde beroepsgroepen lopen meer risico, omdat zij meer schokkende gebeurtenissen meemaken. Zo bleek uit onderzoek van Carlier, Lamberts en Gersons (1997) dat politiemensen een kwetsbare groep vormen omdat zij veel schokkende gebeurtenissen meemaken. Ongeveer 7% van alle deelnemers die een schokkende gebeurtenis had meegemaakt, had PTSS ontwikkeld.

1. ernst van het trauma

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de ernst van het trauma de belangrijkste voorspellende factor is voor het ontwikkelen van PTSS (Carlier et al., 1997). Een verkrachting bijvoorbeeld blijkt zeer traumatisch te zijn; ongeveer 35% van de slachtoffers, ontwikkelt PTSS (Foa, Hearst-Ikeda and Perry, 1995). Een ander voorbeeld van een gebeurtenis die als zeer traumatisch is ervaren is de Bijlmerramp van 1992. Zes maanden na deze ramp leed 26% van de ondervraagden aan PTSS (Carlier en Gersons, 1997).

2. eerder meegemaakt trauma

Eerder meegemaakte trauma's maken mensen gevoeliger voor volgende trauma's. (Carlier et al., 1997; Breslau, Chilcoat, Kessler, Davis, 1999). Meerdere trauma's verhogen de kans dat PTSS optreedt.

3. geslacht

Vrouwen lijden vaker aan PTSS dan mannen (Kessler et al., 1995). Hiervoor is nog geen verklaring. Een mogelijke reden is dat vrouwen meer ernstige schokkende gebeurtenissen meemaken. Zij worden bijvoorbeeld vaker slachtoffer van een verkrachting. Zoals hierboven reeds is vermeld, ontwikkelt een groot aantal slachtoffers direct na de gebeurtenis of later, PTSS.

4. kwetsbare persoonlijkheid

Mensen die moeilijk kunnen praten over de gebeurtenis en gevoelens moeilijk kunnen uiten, lopen een groter risico om PTSS te ontwikkelen (Carlier et al., 1997).

5. peritraumatische dissociatie

Wanneer een getroffen over de schokkende gebeurtenis vertelt alsof hij er niet zelf bij was, heeft zich tijdens de gebeurtenis waarschijnlijk peritraumatische dissociatie voorgedaan. De kans dat de getroffen dan PTSS ontwikkelt, wordt daarmee vergroot (Freedman, Brandes, Peri, Shalev, 1999). De getroffen vertelt bijvoorbeeld: 'Wat er gebeurde leek onwerkelijk, alsof ik droomde of naar een film of toneelstuk zat te kijken.' Of: 'Mijn tijdsgevoel veranderde, de tijd leek traag te gaan.' In dergelijke gevallen is de gebeurtenis zo overweldigend dat de betrokkene deze ervaart alsof het hem niet zelf overkomt. De getroffen heeft de gebeurtenis van een (grote) afstand beleefd. Deze afstandelijke manier van beleven lijkt een goede verwerking tegen te werken.

6. overige psychopathologie

Wanneer een getroffene voor of tijdens het verwerken van een schokkende gebeurtenis depressief was of wordt, is de kans groter dat hij PTSS ontwikkelt (Freedman et al. 1999). PTSS en andere problemen lijken elkaar wederzijds negatief te beïnvloeden. Deze problemen kunnen liggen op het gebied van werk, financiën en relatie (Solomon et al. 1999) of psychiatrisch van aard zijn (Perkonig, Kessler, Storz and Wittchen, 2000).

7. biologische markers

Uit onderzoek is gebleken dat er een aantal biologische verschillen bestaat tussen mensen die wel PTSS ontwikkelen en mensen die dat niet doen. Het betreft bijvoorbeeld verschillen in cortisol-niveau na het meemaken van een schokkende gebeurtenis. Ook zijn andere biologische verschillen gevonden. Hoe dit precies verklaard kan worden, is nog onduidelijk (Yehuda, Farlane & Shalev, 1998).

8. negatieve consequenties van de schokkende gebeurtenis

Wanneer getroffenen negatieve consequenties ondervinden van de schokkende gebeurtenis, herstellen zij minder goed. Een getroffene die door de gebeurtenis bijvoorbeeld materiële schade lijdt, heeft vaker psychosomatische problemen. Negatieve reacties van de omgeving die kunnen leiden tot secundaire victimisatie, hangen negatief samen met hoe goed getroffenen de gebeurtenis een plaats kunnen geven (Kleber et al. 1992).

9. roken

Zware rokers kunnen na een emotionele gebeurtenis twee tot drie keer sneller last krijgen van psychische problemen, bleek uit een onderzoek na de vuurwerkramp in Enschede (van der Velde, 2007). In eerste instantie roken mensen om rustiger te worden. Maar op de lange termijn loopt een zware roker echter het risico sneller psychische klachten te krijgen. Want nicotine stimuleert de hersenen waardoor een stresshormoon vrijkomt. Bij een heftige gebeurtenis zoals een auto-ongeluk worden hersenactiviteiten versterkt, zeker door te roken. De kans op het posttraumatische stress syndroom (PTSS), angst- en vijandigheidgevoelens, kan hierdoor twee tot drie keer zo groot zijn als voor iemand die niet of weinig rookt.

Een roker hoeft echter niet te stoppen om de kans op PTSS te verminderen. Alleen al minder te roken, kunnen rokers voorkomen dat ze gevoeliger zijn voor PTSS.

OPVANG NA EEN SCHOKKENDE GEBEURTENIS

Opvang bestaat idealiter uit de volgende elementen:

Concrete opvang: koffie halen, voor vervoer zorgen, bijstand bieden bij juridische problemen, aangifte, artsbezoek en informatie en advies geven over allerlei zaken, zoals de ziektewet.

Emotionele opvang: emotionele ondersteuning van de getroffenene zoals luisteren en steunen.

Concrete opvang

Praktische begeleiding na incidenten is van groot belang. Vooral in het begin wanneer gevoelens nog niet uitgekristalliseerd zijn, hebben getroffen medewerkers vaak, naast een luisterend oor, het meest behoefte aan ondersteuning in praktische zaken (Kleber en Brom, 1986) en informatie.

Praktische begeleiding betekent dat getroffen personen worden bijgestaan bij:

- het oplossen van praktische problemen; dit kan inhouden dat iemand meegaat naar de EHBO post, of helpt bij de rapportage. Het kan ook gaan om het thuisbrengen van de getroffenene, of het regelen van kinderopvang.
- te voeren gesprekken met relevante instanties, bijvoorbeeld met de politie, justitie en verzekeringsmaatschappijen
- ondersteunen bij juridische problemen met betrekking tot de aangifte bij politie en een mogelijke rechtszaak
- het verzorgen van schadeherstel of voorzieningen rond inkomstenderving

Advies en informatie houdt in dat:

- getroffenene zo snel mogelijk op de hoogte worden gebracht van de toestand van medeslachtoffers, waar men heen gebracht wordt, hoe men familie en naasten kan bereiken, etc.
- getroffenene juridisch advies krijgen: moet/kan er aangifte worden gedaan, wat gebeurt er verder met de dader, etc.?

Emotionele opvang

In het algemeen komt emotionele opvang na een schokkende gebeurtenis erop neer, dat de getroffenene steun, begrip en een structuur aangeboden krijgt, om de gebeurtenis te verwerken. Vertrouwen tussen getroffen medewerkers en opvangsters is hierbij van groot belang. De opvangster kan daartoe aan het begin van het eerste gesprek zeggen dat alles wat de getroffenene vertelt, tussen hen blijft. Dat het duidelijk is wat de rol is van de opvangster, ook in verhouding tot de leidinggevende.

Voorlichting over traumaverwerking

De opvangster moet niet zelf beginnen over eventuele stressreacties die de getroffenene kan (gaan) ervaren. Sommige mensen blijken hier gevoelig voor en ervaren reacties die zij wellicht niet zouden ervaren zonder deze informatie. Daarbij blijken slachtoffers vaak maar weinig informatie te kunnen opnemen. Zij kunnen daarom hun energie beter aan andere zaken besteden. Wanneer de getroffenene zelf (spontaan) vertelt over stressreacties die hij heeft ervaren, kan de opvangster deze reacties in een kader plaatsen, waardoor zij wellicht minder schrik veroorzaken. De opvangster kan aangeven dat dit 'normale' reacties zijn op een 'abnormale' gebeurtenis. De klachten die hij ervaart, zijn normaal na het meemaken van een schokkende gebeurtenis en gaan meestal vanzelf weer over.

Stimuleren van de verwerking

Een schokkende gebeurtenis kan leiden tot een veranderde kijk op de eigen persoon, de omgeving en de gebeurtenis. De getroffenene staat voor de taak de gebeurtenis te integreren in het eigen leven. Ook moet de getroffenene een zeker gevoel van controle terugkrijgen. Een getroffenene is de schokkende gebeurtenis aan het verwerken als hij tot een of meerdere van de volgende aspecten in staat is gebleken (Joseph, 1999):

- de getroffenene heeft de gebeurtenis gereconstrueerd
- de getroffenene kan een verklaring geven
- de gebeurtenis heeft een plek gekregen; de getroffenene heeft eventueel zelfs voordelen van de gebeurtenis kunnen bedenken
- getroffenene heeft rust over wie de schuld heeft

De opvangster kan het proces van verwerking stimuleren door vragen aan de getroffenene te stellen die leiden tot een reconstructie van de gebeurtenis en in sommige gevallen misschien zelfs een verklaring. Soms is het van belang om de eventuele slachtofferrol van de getroffenene te bespreken ('Ik ben zielig' of 'De omgeving behandelt mij als hulpbehoevend') (Huber et al. 1996). Daarnaast kan het nuttig zijn om te praten over eventuele schuldgevoelens wanneer de getroffenene hieronder lijdt. Belangrijk is om niet te proberen de getroffenene ervan te overtuigen dat schuldgevoelens niet nodig zijn, omdat hij daar meestal niet voor open zal staan en omdat dit mogelijk afbreuk doet aan het (laatste beetje) gevoel van controle dat de getroffenene heeft. Beter is het om nadruk te leggen op het verklaren en het eventueel voorkomen van deze gebeurtenis in de toekomst (Gersons, 1995).

Leren hanteren van schokkende gebeurtenissen (coping)

Er zijn verschillende strategieën (copingstijlen) om een schokkende gebeurtenis te hanteren. Daarbij is het zinvol om:

- het gevoel van zelfcontrole en controle over de omgeving te bevorderen door uitleg te geven over de verschillende copingstijlen
- wanneer de getroffene constructief bezig is, dit erkennen
- met de getroffene terug te kijken op de gebruikte stijl van verwerken: wat zijn de voor- en nadelen van de gebruikte copingstijlen, hoe wil ik in de toekomst omgaan met schokkende gebeurtenissen

Aandacht voor stoornissen in de verwerking

Een heel belangrijk onderdeel van goede opvang is het signaleren wanneer het verwerkingsproces stagneert of verstoord verloopt. Er kan worden gesproken over een stoornis in de verwerking wanneer de getroffene na een maand ernstige stressreacties blijft ervaren waarover hij geen controle heeft en lijdensdruk ervaart. De opvang kan dan worden doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverlening (Huber et al. 1996).

HET OPVANGMODEL

Bij opvang na een relatief ernstig incident voert een ervaren 'opvanger' tenminste twee opvanggesprekken met de getroffene. Het eerste gesprek vindt binnen enkele dagen plaats na de gebeurtenis. Het tweede gesprek na een maand. Het is mogelijk maar niet noodzakelijk dat er in de tussentijd een extra gesprek plaatsvindt. Dit is op initiatief van de getroffene of wanneer de opvanger sterk het vermoeden heeft dat de getroffene hieraan behoefte heeft. Hoewel de opvanger verplicht is de twee gesprekken aan te bieden, kan de getroffene aangeven hieraan geen behoefte te hebben. De opvanger moet oppassen niet dwingend over te komen en de getroffene te pushen tot een gesprek.

Eerste gesprek (binnen 72 uur na de gebeurtenis)

Dit opvanggesprek wordt gevoerd om de getroffene stoom af te laten blazen, en een aantal praktische aspecten te bespreken. Het is, zeker in deze fase, niet goed om door te vragen naar de emotionele beleving van de gebeurtenis. Dat kan te veel verwarrende gevoelens tegelijkertijd oproepen. Belangrijk is dat iemand zijn verhaal kan doen als hij of zij dat wil. En dat er praktische zaken geregeld worden. Vraag naar de behoeftes van de getroffene, wat heeft hij/zij nodig op dat moment? Geef de getroffene, voor zo ver deze persoon dat aankan en dit mogelijk is, de controle in handen. In het eerste gesprek komen de volgende aspecten aan de orde:

Het verhaal vertellen

De getroffene vertelt zijn verhaal wanneer hij dit wil. Wanneer hij dit niet wil, moet dit worden gerespecteerd. Help – wanneer het verhaal erg chaotisch is – het verhaal te structureren door middel van bijvoorbeeld samen vatten. Het belangrijkste doel is echter dat de getroffene zich gehoord voelt en dat er aandacht is voor zijn verhaal. Geef ruimte voor het uiten van emoties en bagatelliseer deze emoties niet. Leg de getroffene geen emoties in de mond die hij niet zelf heeft geuit en dwing de getroffene niet zijn emoties te uiten.

Voorlichting geven over traumaverwerking

Wanneer de getroffene zelf begint over zijn stressreacties na de schokkende gebeurtenis, kan voorlichting hierover, eventuele zorgen over zulke reacties doen afnemen. Vertel dat deze reacties normale reacties zijn op abnormale gebeurtenissen en dat ze vaak vanzelf over gaan.

Het is niet verstandig om van te voren te waarschuwen voor deze reacties. Zo kunnen symptomen namelijk ook worden 'aangepreft'. Houd de voorlichting kort, want mensen die net een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt, kunnen meestal maar weinig informatie opnemen. Het kan handig zijn om een folder bij de hand te hebben waarin deze informatie nogmaals staat. Deze informatie kan ook nuttig zijn voor mensen in de sociale omgeving.

Regelen

De volgende regelzaken kunnen aan de orde komen. Soms heeft de getroffene materiële schade ondervonden en wil deze verzekerd zien. De opvanger kan hierbij ondersteunen.

Laat iemand zelf beslissen of hij naar huis wil of dat hij wil blijven (werken). Wanneer iemand naar huis wil, is het belangrijk om te weten of er iemand thuis is. Wanneer dat niet het geval is, moet steun in de thuissituatie worden geregeld. Vaak komen thuis pas de emoties, directe opvang ter plekke is daarom prettig en nuttig. Indien de getroffene daartoe in staat is, kan hij/zij beter zelf bellen. Op deze manier kan hij zelf weer wat controle overnemen, bovendien schrikken de familieleden waarschijnlijk minder dan wanneer zij een vreemd persoon aan de telefoon krijgen. Daarnaast moet worden gezorgd voor vervoer en begeleiding naar huis. Mensen die een schokkende ervaring hebben meegemaakt, zijn vaak minder in staat zich goed te concentreren, waardoor de kans dat zij betrokken raken bij een verkeersongeluk groter wordt. Wanneer het eerste gesprek later plaatsvindt, vraag dan hoe het is gegaan (opvang thuis, op het werk, etc).

Wanneer de getroffene op het werk wil blijven, vraag wat de getroffene hiervoor nodig heeft. Misschien wil hij/zij (tijdelijk) op een andere plek werken (van de ader weg), andere werkzaamheden, etc.

Vraag, wanneer strafbare feiten zijn gepleegd en deze vraag past binnen de situatie, of de getroffene aangifte wil doen en bied hierbij en bij eventuele andere regelzaken, ondersteuning (zie Concrete opvang). De opvanger kan een ondersteunende rol spelen in het afschermen tegen de pers en nieuwsgierigen. In sommige bedrijven of instellingen wordt standaard aangifte gedaan. De opvanger kan de betrokkene informeren over de procedure.

Bespreking van de verwachte procedures

Er kan een nieuwe afspraak gemaakt worden met de opvanger of met iemand anders. Leg uit wat de getroffene kan verwachten vanuit de instelling en wat hij zelf kan ondernemen.

Checken en bespreken van symptomen

Wanneer in het eerste gesprek gesproken is over symptomen die de getroffene heeft ervaren na de schokkende gebeurtenis, kan in dit gesprek worden gevraagd welke van deze symptomen nog voorkomen en in welke mate, en naar welke andere symptomen er misschien zijn bijgekomen. Het is belangrijk deze symptomen goed te registreren om verwerkingsproblemen te signaleren.

Actuele gang van zaken

Naast het checken van de symptomen, is het belangrijk een beeld te krijgen hoe het in het dagelijks leven met iemand gaat. Vraag bijvoorbeeld of de getroffene al weer werkt en hoe dat gaat, naar de thuissituatie en vriendenkring: hoe heeft de omgeving gereageerd? Is er over de gebeurtenis gepraat en hoe is dat gegaan?

Uitleg over en stimuleren van de verwerking

Naast het zoeken van sociale steun is het van belang om op andere strategieën te letten die de getroffene hanteert om met de gebeurtenis om te gaan. Hiermee kan worden gepeild in hoeverre de persoon bezig is met de verwerking. Wanneer iemand goed bezig is, is het belangrijk dit te benoemen en te stimuleren. Daarnaast kan informatie worden gegeven over de fasen van verwerking en over de verschillende soorten strategieën die men kan hanteren.

Regelen

Zoals in het eerste gesprek, kan er een nieuwe afspraak worden gemaakt met de opvanger of met iemand anders. Ook bij andere zaken kan weer praktische ondersteuning worden verleend (zie Concrete opvang)

Herstelgesprek (ongeveer vier weken na de schokkende gebeurtenis)

In het afsluitend gesprek staat het leren omgaan met de gebeurtenis centraal: hoe gaat het met de getroffene, ervaart hij (nog) symptomen, in welke mate en hoeveel last heeft hij ervan?

Dit gesprek is ter afronding bedoeld; mocht de getroffene behoefte hebben aan meer (professionele) hulp, verwijs dan naar de bedrijfsarts, huisarts of professionele hulpverlening.

De volgende aspecten kunnen aan de orde komen:

Actuele gang van zaken

Wanneer de schokkende gebeurtenis is verwerkt, heeft het een plaats gekregen in het leven van de getroffene en is het gevoel van controle weer meer aanwezig. Het is mogelijk dat de gebeurtenis hem sterker of wijzer heeft gemaakt. Vraag bijvoorbeeld hoe hij nu met de gebeurtenis omgaat en wat deze nog oproeft, vraag ook naar het werk en eventueel de thuisituatie. Het is echter ook mogelijk dat het beeld van de getroffene sterk negatief is gekleurd (bijvoorbeeld: 'Elke man is een moordenaar') en het gedrag hierdoor sterk wordt beïnvloed. In dat geval kan het ook goed zijn om door te verwijzen.

Symptomen

Vraag of de getroffene nog veel last heeft van de gebeurtenis. Wanneer hij aangeeft nog veel klachten te hebben en hier geen controle over te ervaren, verwijs hem dan door naar bedrijfsarts, huisarts of professionele hulpverlening.

Doorverwijzen

Verwijs een getroffene onmiddellijk door wanneer:

- getroffene aangeeft suïcideplannen te hebben
- getroffene extreem veel last heeft van de gebeurtenis
- getroffene niet meer kan functioneren in het dagelijkse leven
- getroffene psychotische symptomen of dissociatie vertoont.

THERAPIEËN EN ANDERE ZAKEN

Wanneer een getroffene is doorverwezen naar de professionele hulpverlening, zal hij of zij zeer waarschijnlijk één van de hierna beschreven therapieën volgen.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is op dit moment de meest onderzochte therapie en geeft de beste resultaten bij het behandelen van PTSS. Een korte cognitieve gedragstherapie snel na het trauma lijkt herstel te versnellen (Gersons, Carlier, Lamberts en van der Kolk, 2000; Bryant Harvey, Dang, Sackville, & Basten 1998). Een recent programma is het Brief Educational Programme van Foa et al. (1995). Dit programma en geeft tot nu toe veelbelovende resultaten in gevallen van acute PTSS. Foa et al. (1995) heeft de effectiviteit van zijn programma gemeten onder twintig vrouwen die het slachtoffer waren geweest van seksueel geweld. De resultaten lijken erop te wijzen dat deze kortdurende therapie van ongeveer vier sessies, PTSS kan helpen voorkomen.

Het Brief Educational Programme bestaat uit de volgende onderdelen:

- voorlichting over normale reacties na seksueel geweld
- ademhalingsoefeningen en ontspanningsoefeningen
- imaginaire exposure: de gebeurtenis wordt opnieuw beleefd
- in vivo exposure: moeilijke situaties en plaatsen worden opgezocht
- cognitieve herstructurering: irrationele gedachten worden uitgedaagd

Gersons en Carlier (1998) beschrijven een soortgelijk maar iets uitgebreider programma, dat toepasbaar is in gevallen van chronische PTSS. Hun programma bestaat uit de volgende onderdelen:

- voorlichting over reacties na een traumatische gebeurtenis
- imaginaire exposure met ontspanningsoefeningen
- schrijfpdrachten
- betekenis en integratie: de gebeurtenis krijgt een plaats en betekenis in het leven van de getroffene
- afscheidsritueel: de gebeurtenis wordt op een rituele wijze achtergelaten (niet vergeten)

Cognitieve herstructurering

Een onderdeel van cognitieve gedragstherapie is cognitieve herstructurering. Deze methode kan worden ingezet voor moeilijk te behandelen gevoelens en gedachten – zoals schuldgevoel en boosheid – die niet verdwijnen door er over te praten of de gebeurtenis opnieuw te beleven. Bij getroffenen die kampen met ernstige schuldgevoelens, kan de methode van Kubany toegepast worden. Kubany (1994) meent dat het gebruik van de visuele representatie van de 'guiltcake' (schuldtaart) een objectiever beeld van de schuldvraag kan geven. De cliënt wordt gevraagd alle personen te noemen die bij de gebeurtenis betrokken waren. Daarna geeft hij iedereen een stuk schuld in de schuldtaart. Vaak geeft de getroffene zichzelf een heel groot stuk of zelfs de hele taart. Door de vragen die de therapeut stelt, gaat de getroffene dieper in op de rol van iedereen die betrokken was bij de schokkende gebeurtenis. Uiteindelijk wordt vaak het eigen stukje van de schuldtaart kleiner en die van anderen groter. Het doel van de methode is niet om de getroffene per definitie vrij te pleiten van alle schuld, maar om een wat overzichtelijker en daardoor een objectiever beeld te krijgen van de gebeurtenis waardoor het allesomvattend gevoel van totale schuld vermindert. Uit onderzoek blijkt dat getroffenen die erg boos zijn na een schokkende gebeurtenis, een grotere kans hebben om PTSS te ontwikkelen. Daartegenover staat dat getroffenen die veel sociale ondersteuning krijgen, in het algemeen minder gevoelens van boosheid hebben (Schutzwohl & Maercker, 2000). Richards en Lovell (1999) beschrijven de therapie van Novaco (1977), waarbij getroffenen proberen boosheid en wraakgedachten om te buigen. In plaats van te denken: 'Ik moet de buurman vermoorden omdat hij mijn broer heeft doodgereden', wordt de getroffene aangemoedigd na te denken over het effect van zijn boze gedrag op zijn omgeving, die ook lijdt. Gevraagd wordt hoe de getroffene zich zou voelen als hij de man daadwerkelijk zou vermoorden, met alle gevolgen van dien. Zou de broer dit hebben gewild?

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Het verhaal gaat dat Saphiro (1995) bij toeval de therapie eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) ontdekte, toen zij eens een boswandeling maakte. Terwijl zij liep en de beelden van het bos zag, gingen als vanzelf haar ogen heen en weer. Zij merkte toen dat bepaalde pijnlijke herinneringen niet meer zo pijnlijk waren. Dit gegeven werd de basis van EMDR. Een belangrijk werkzaam element is vermoedelijk de overbelasting van het werkgeheugen met een afleidende stimulus, op het moment dat de traumatische herinnering opnieuw geactiveerd is. Het is echter duidelijk dat EMDR bij sommige mensen effectief is, ook op langere termijn. Daarbij kost EMDR relatief weinig inspanning en lijkt er sneller resultaat te zijn dan met veel andere therapieën (de Jong en te Broeke, 1998). Voorwaarde voor de therapie is dat het trauma nog veel spanning oplevert.

Het gebeurt vaak dat het beeld dat de cliënt heeft van de herinnering, verandert tijdens de oogbewegingen. Het wordt vager of breder of minder traumatische aspecten krijgen een grotere rol. De sessie wordt eventueel een paar keer herhaald (de Jong en te Broeke, 1998)

EMDR bestaat globaal uit acht stappen:

- 1) Aan het begin van de therapie doet de cliënt ontspanningsoefeningen en roept fantasiebeelden op. Hij oefent de oogbewegingen en krijgt het verloop van de therapie uitgelegd. De cliënt wordt gevraagd telkens zijn gevoelens te verbaliseren en vooral lichamelijke waarnemingen. Vervolgens wordt met de cliënt besproken welke herinnering (het beeld) het doel van de therapie wordt. De details van de herinnering worden niet besproken.
- 2) Vervolgens roept de cliënt het beeld op en vertelt welke negatieve cognitie (NC) over zichzelf met dit beeld gepaard gaat.
- 3) Daarna wordt gevraagd welke positieve cognitie (PC) de cliënt zou willen hebben over zichzelf ('Wat wil ik geloven?'). De geloofwaardigheid van deze PC wordt gezet op een Validity of Cognition (VOC) schaal die loopt van 1 tot 7.
- 4) De cliënt vertelt de belangrijkste emotie die het beeld en de NC oproepen. De mate van spanning die dit oproept, moet worden gezet in een Subjective Units of Disturbance (SUD) schaal. Deze loopt van 1 tot 10. Ook wordt gevraagd waar het ongenoegen zich uit in het lichaam.
- 5) De cliënt moet zich blijven concentreren op het herinneringsbeeld, de NC en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Daarna wordt de externe stimulus aangeboden: de therapeut beweegt zijn vinger heen en weer voor de ogen van de cliënt, die de vinger met zijn ogen moet volgen. De therapeut beweegt zijn vinger steeds sneller en sneller. Na ongeveer 25 oogbewegingen wordt gestopt. Het beeld dat de cliënt op dat moment voor ogen heeft, moet worden vastgehouden en wordt weer opgeroepen bij een volgende reeks. Op gezette tijden wordt de mate van spanning geëvalueerd die het beeld oproept (desentisatiefase).
- 6) Wanneer de spanning voldoende is gezakt (SUD=0,1), wordt het bestaande beeld gekoppeld aan de PC. Er worden opnieuw oogbewegingen gemaakt en deze worden herhaald totdat de VOC is 6 of 7.
- 7) De lichaamsspanning wordt gemeten (bodyscan)
- 8) Afsluiten

Debriefing

Debriefing is geen behandeling maar een methode van opvangen. De populaire methode is een techniek ontworpen door Mitchell (1983). Debriefing bestaat gewoonlijk uit een groepsessie van een aantal uur binnen enkele dagen na een schokkende gebeurtenis. De gedachte hierachter is dat de groepsatmosfeer een therapeutisch effect zou hebben op het individu. De bedoeling is dat deelnemers aan de sessie innerlijke spanning kwijtraken en emotioneel stoom kunnen afblazen (catharsis). In de sessie wordt de gebeurtenis exact geconstrueerd en wordt er uitgebreid stil gestaan bij alle cognities en emoties die daar bij kwamen kijken. *Debriefing* is een militaire term, maar sinds de jaren tachtig werd de methode echter steeds populairder en werd deze ook gebruikt voor bijvoorbeeld politiemensen, brandweerlieden en individuen. De laatste jaren is de effectiviteit van het debriefen veel onderzocht. In veel instellingen en organisaties is dit nog steeds een populaire methode. Wetenschappers besteden er juist steeds minder aandacht aan, omdat uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de effectiviteit sterk in twijfel kan worden getrokken. Sterker nog, er zijn onderzoeken waaruit blijkt dat debriefen een negatief effect had, terwijl veel deelnemers juist aangaven het prettig te hebben gevonden. De mate van tevredenheid over debriefing blijkt dus niet samen te hangen met het effect ervan (Carlier en Gersons, 2000). In een overzicht van een groot aantal onderzoeken naar *debriefing*, komen Wessely, Rose en Bisson (1999) tot de conclusie dat er geen bewijs is dat debriefen PTSS helpt voorkomen. Verplichte debriefing van slachtoffers zou daarom volgens hen moeten verdwijnen.

Secundaire traumatisering

Opvangers horen veel verhalen die erg schokkend kunnen zijn. Soms zelfs in die mate dat het aanhoren van deze verhalen traumatiserend werkt en het op een gegeven moment te veel wordt. Dit verschijnsel heet secundaire traumatisatie. In een onderzoek onder therapeuten, bleek dat 71% van de ondervraagden symptomen van PTSS vertoonde. Het aantal jaren ervaringen en het opleidingsniveau bleken hierbij geen rol te spelen. Wat wel meespeelde was dat therapeuten die PTSS –symptomen vertoonden, ook zelf een trauma hadden meegemaakt. Zij vonden het moeilijker om verhalen van getroffenen aan te horen (Weeks, Kimberly, Albin, 2000)

Tekenen dat een opvanger lijdt aan secundaire traumatisering en/of overspannen is, zijn de volgende:

- minder zin om te gaan werken
- meer procedurele fouten maken
- je afvragen of het wel nuttig werk doet
- vermoeidheid en prikkelbaarheid
- juiste professionele afstand is weg:
 - < te klein: opvanger wordt de redder, identificeert zich met het slachtoffer
 - > te groot: opvanger gaat problemen bagatelliseren of ziet de situatie hopeloos in

Het is belangrijk deze signalen vroegtijdig op te vangen. Daarvoor is niet alleen zelfkennis nodig maar ook collegiale feedback. Collega's zien soms sneller wanneer het niet goed gaat dan de persoon zelf (de Vries en Geervliet, 2000). Het is daarom verstandig in een team te werken dat regelmatig overlegt.

Ook getroffenen kunnen lijden aan secundaire traumatisering. Om deze reden brengt groepstherapie bij het behandelen van trauma's risico's met zich mee. De getroffenen kunnen secundair getraumatiseerd raken en nog banger worden door het horen van elkaars verhalen.

10 TIPS VOOR DE EERSTE WEKEN NA DE SCHOKKENDE GEBEURTENIS

- 1) Bedenk dat uw huidige reactie een normale reactie is op een abnormale gebeurtenis
- 2) Wees u voortdurend bewust van uw sterke kanten, datgene wat u wel kunt
- 3) Gun uzelf de tijd uw lichamelijke en emotionele evenwicht te hervinden, overhaast niets
- 4) Probeer vooral goed te rusten, te slapen en gebruik zo weinig mogelijk alcohol of medicijnen
- 5) De schokkende gebeurtenis kan herinneringen aan en gevoelens van eerdere gebeurtenissen uit uw leven losmaken. Wees niet verontrust.
- 6) Zoek naar manieren om te ontspannen, ook als u nergens zin in heeft
- 7) Neem in deze stressvolle periode liever geen belangrijke beslissingen, zoals stoppen met werken, veranderen van werk of omgeving
- 8) Probeer geen boeken of andere lectuur te lezen die u aan het piekeren maken. Laat u niet van streek maken door andere mensen, vertrouw op uzelf.
- 9) Probeer door te gaan met werken of in ieder geval het werk zo snel mogelijk te hervatten.
- 10) Als u liever niet met mensen over de gebeurtenis wilt praten, dan kunt u zich desgewenst ook op andere manieren uiten (ervaringen opschrijven, tekenen, schilderen, muziek).

SAMENVATTING MOGELIJKE OPVANGACTIVITEITEN

- 1e gesprek, binnen 72 uur na de schokkende gebeurtenis
- 2e gesprek, twee weken na de schokkende gebeurtenis (optioneel)
- 3e gesprek, 4 weken na de schokkende gebeurtenis

1. Na de schokkende gebeurtenis

Doel:

- steunen
- informatie geven
- regelen

Steunen

- volgen, aansluiten en ruimte geven voor en erkennen van emoties en verhaal
- stimuleren behoeftes te uiten: wat zou je willen?

Bijpassende vaardigheden bij steunen:

- ORBS: open vragen, reflecteren, bevestigen, samenvatten.
- niet zelf vragen naar of inzoemen op gevoelens.
- benoemen van gevoel, indien aangegeven door de getroffen (niet invullen) en houvast bieden.

Informatie geven

- te verwachten procedures
- wanneer komt de opvanger weer, kan hij/zij bellen?
- waarvoor kan iemand bij jou terecht?
- wat kan/zal de hulp inhouden?
- wat wordt er nu geregeld?
- de toestand van de andere betrokkenen
- over ervaren reacties indien deze worden genoemd door getroffene. Zoals slecht slapen; alsmar beelden terugzien angst; trillen, verdoving, onwezenlijk gevoel. Vertel dat dit een normale reactie is op een abnormale gebeurtenis. Noteer eventueel na het gesprek de symptomen.

Mensen die net een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt kunnen meestal niet veel informatie opnemen. Houd het gesprek daarom kort. Formuleer korte en eenvoudige zinnen.

Regelen (in overleg)

- eventuele aanpassingen in het werk als iemand wil blijven werken
- familie of kennis waarschuwen (pas dan is vaak de schokkende ervaring afgelopen en komen de emoties)
- vervoer en begeleiding naar huis
- opvang thuis
- schadevergoeding, verzekeringen
- verdere contacten/verplichtingen met politie
- afschermen tegen de pers of nieuwsgierigen of politie

2. Twee weken na de schokkende gebeurtenis

Doel:

- steunen
- inzicht krijgen in het verloop van de verwerking
- informatie geven
- regelen

Steunen

- indien de getroffene dit zelf graag wil, opnieuw het verhaal laten vertellen
- gevoelens erkennen
- positief benoemen van verwerkingsstrategieën

Inzicht krijgen in het verloop van de verwerking

- vragen naar de symptomen, indien reeds genoemd door getroffene
- bespreken van de huidige situatie (werk en eventueel thuis)
- nagaan van de gevolgen (emotioneel, op het werk en eventueel thuis)
- nagaan welke strategieën de getroffene inzet om met de gebeurtenis om te gaan (werkt dat, is het voldoende?)

Informatie geven

- informatie geven over de symptomen en klachten die bij verwerking gepaard gaan. Wederom: een normale reactie op een abnormale gebeurtenis
- het belang van steun uit de omgeving
- mogelijkheden voor intensievere hulp

Regelen

- eventueel intensievere hulpverlening regelen
- eventueel regelen m.b.t. verzekering of juridische hulp, aangifte doen, etc.

3. vier weken na de schokkende gebeurtenis

Doel:

- inzicht krijgen in het verloop van de verwerking
- afsluiten en/of
- doorverwijzen

Inzicht krijgen in het verloop van de verwerking

- vragen naar welke plek de gebeurtenis inneemt:
- vragen naar de symptomen, indien reeds genoemd door getroffene
- vragen naar de mate van controle, en lijdensdruk
- bespreken van de huidige situatie (werk en eventueel thuis)
nagaan van de gevolgen (emotioneel, op het werk en eventueel thuis)
- Vragen of en wat er veranderd is sinds de schokkende gebeurtenis; maak de vergelijking tussen voor en na de schokkende gebeurtenis; doet iemand dingen anders?
- nagaan welke strategieën de getroffene inzet om met de gebeurtenis om te gaan

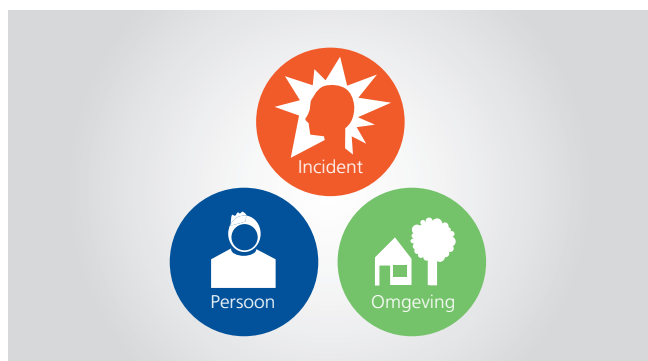
Afsluiten en of doorverwijzen

- Wanneer iemand de gebeurtenis een plek heeft kunnen geven en het gevoel van controle weer wat is herwonnen, kan het contact worden afgesloten. Het is mogelijk dat er wordt afgesproken dat weer contact kan worden opgenomen als de getroffene dat wil.
- verwijzen: wanneer iemand nog veel problemen ondervindt van de gebeurtenis; dit niet afneemt, of er geen verandering optreedt. Verwijs eerder wanneer gedrag excessief (buiten proporties) is. Bijvoorbeeld: de getroffene kijkt in de spiegel kijken en heeft niet het idee dat hij dat zelf is. Of wanneer er sprake is van suïcidale gedachten

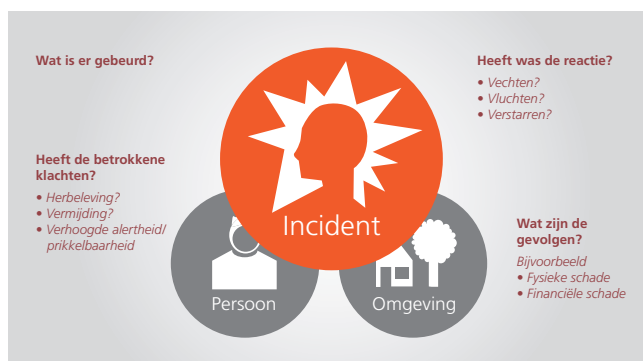
Regelen

- eventueel intensievere hulpverlening regelen
- eventueel regelen m.b.t. verzekering of juridische hulp, aangifte doen, etc.

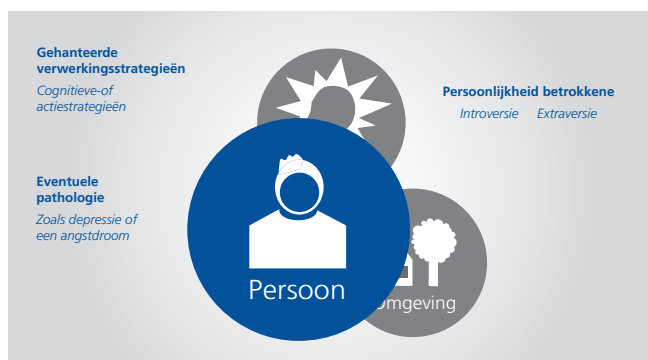
OPVANG GESPREK MODEL



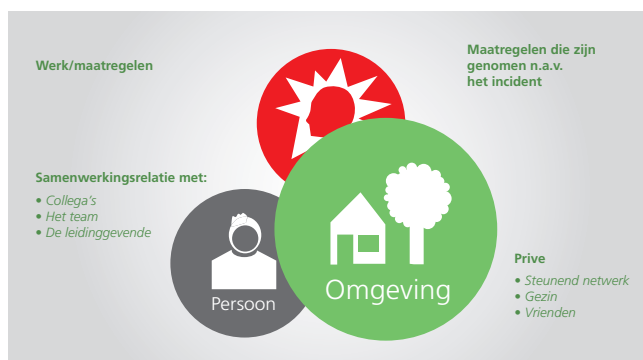
1.



2.



3.



4.



5.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4th ed. rev.) Washington.
- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistic manual of mental disorders (3rd. ed.,rev) Washington.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C. Davis, G.C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects on subsequent trauma. Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, vol.156(6): 902-907.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dang, S.T., Sackville, T. & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 607-612.
- Burgess, A.W. & Holstrom, L.L.(1979). Adaptive strategies and recovery from rape. *American Journal of Psychiatry*, 136: 1278-1282.
- Carlier, I.V.E., Gersons, B.P.R. (2000). Brief Prevention programs after trauma. *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. J.M. Violanti, D. Paton, C. Dunning (Eds.). Charles C Thomas. Publisher, LTD. Springfield, Illinois, US App 65-80.
- Carlier, I.V., Lambaerts R.D., Gersons, B.P. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *Journal of Nervous & Mental diseases*, 185(8): 498-506.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, Perry, K.J. (1995). Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.63 no 6: 948-955.
- Freedman, S.A., Brandes, D., Peri, T, Shalev, A. (1999). Predictors of chronic posttraumatic stress disorder: prospective study. In: *British Journal of Psychiatry 1999. Volume 174*: 353-359
- Gersons, B.P.R. & Carlier, J.V.E. (1992). Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. In: *British Journal of Psychiatry 1992. Volume 161*, 742-748
- Gersons, B.P.R. (1995) *Acute psychiatrie*. Bohn Stafleu/Van Loghum Houten/Diegem
- Gersons, B.P.,Carlier, I.V., Lamberts, R.D., van der Kolk, B.A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 13(2): 333-347.
- Gersons, B.P.R. en Carlier (1998). Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress stoornissen. Bohn Stafleu van Loghum.
- Hilkens, H.G.M. & Huisintveld, J.A. (1995). Memo slachtofferhulp 1995. Deventer: Kluwer.
- Hovens, J.E., (2001) 'De zelfinventarisatielijst post-traumatische stressstoornis. Psychoanalytisch gereedschap'. In: *De psycholoog*, jaargang 36, februari 2001, nummer 2: 61-63
- Huber, J. van, Beest, R.H.P. van, Soomeren, P. van, Steinmetz, C.H.D. (1996). *Agressie en schokkende gebeurtenissen in de GGZ*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Jong, A. de, Broeke, E. te. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing. In: Joseph, S. (1999). Social support and mental health following trauma. In: Yule, W. (1999) *Posttraumatic Stress Disorders. Concepts and Therapy*. University of London.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52: 1048-1060.
- Janoff-Bulmann, R. (1989). The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8:158-175.
- Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kleber, R, Uitgave NVAGGZ & Instituut voor psychotrauma, Utrecht, 1997
- Kleber, R. (1994). De schok van geweld. In H.J. Achterhuis, A. von Gesau. *De geweldadige samenleving*. Ambo, Baarn.
- Kleber, R.J., Brom, D. (1986). Opvang en nazorg van geweldsslachtoffers in de organisatie. Gedrag en Gezondheid. *Tijdschrift voor psychologie en gezondheid*, 14-3: 97-104.
- Kleber, R.J., Brom, D. (1992). *Coping with trauma. Theory, Prevention and Treatment*. Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
- Kubany, E.S. (1994). A cognitive model of guilt typology combat related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 7: 3-19
- Lazarus, R.S. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisdorfer, D. Cohen., A. Kleinman & P. Maxim (Eds.). *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum.
- Mitchel, T.J. (1983). When disaster strikes. *Journal of Emergency Medical Services*, 8: 36-39.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. and Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta-Psychiatrica-Scandinavia*, vol.101 (1): 45-59.
- Richard, D. and Lovell, K. (1999) Behavioural and Cognitive Behavioral interventions of the treatment of PTSD. In: Yule, W. (1999) *Posttraumatic Stress Disorders. Concepts and Therapy*. University of London.
- Saphiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. Guilford Press, New York
- Schutzwahl, M., Maercker, A. (2000). Anger in former East German political prisoners:relationships to posttraumatic stress reactions and social support. *Journal of Nervouw & Mental disease*. 188(8): 483-9
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148: 10-20.
- Velden, P.G. van der, Grievink, L., Olf, M., e.a. (2007). Smoking as a risk factor for mental health disturbances after a disaster: A prospective comparative study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 87-92.
- Vries, de, Geervliet. (2000) Over trauma's gesproken. H. Nelissen, Baarn.



Opvang na schokkende gebeurtenissen. Opvan