
POST TRAUMATISCHE STRESS STOORNIS

Herkennen van de gevolgen in de crisisdienst

Inleiding

Sinds 1993 werk ik als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige bij de crisisdienst van de GGzE in Eindhoven. Ook in eerdere werkplekken, zoals de Riagg in Tilburg en het Psychiatrisch Centrum Jan Wier, kreeg ik te maken met uiteenlopende ernstige psychische en psychiatrische klachten welke pas later herkend werden als gevolgen van eerdere traumatisering.

De ontwikkeling van psychopathologische fenomenen kan namelijk het gevolg zijn van psychische traumata die op een moment in het leven van iemand zijn opgetreden. Het is vaak niet duidelijk dat de huidige klachten, die ook in een crisisdienst gezien kunnen worden, zijn terug te voeren op een eerder in het leven ervaren trauma; het gaat dan om herbelevingsklachten die door "triggers" worden opgeroepen. Amnesie voor het trauma kan een rol spelen. Cruciaal in het stellen van een diagnose PTSS is het herkennen van een trauma.

Uit een onderzoek van cliënten die psychiatrische spoedhulp nodig hadden bleek dat zeventig procent als kind mishandeld was (Herman, 1993). Vaak wordt bij slachtoffers van kindermishandeling een hele reeks verschillende diagnoses gesteld, voordat het werkelijke probleem, namelijk het bestaan van een posttraumatisch syndroom, onderkent wordt.

In dit artikel wil ik dan ook het belang aantonen van het herkennen van de gevolgen van chronische traumatisering bij cliënten in acute nood. Ik heb hiervoor gebruik gemaakt van verschillende, reeds beschreven, inzichten van diverse auteurs.

Begrip chronische traumatisering?

Volgens de DSM-III-R is een trauma "een gebeurtenis die buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaringen ligt en die duidelijk leed zou veroorzaken bij vrijwel iedereen" (Koster van Groos 1988).

Een traumatische reactie ontstaat wanneer actie onmogelijk is en we ons niet kunnen verweren en niet kunnen vluchten. Onze natuurlijke beschermingsmechanismen raken dan

Dhr. Bert Rademaker,

Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, praktijkopleider GGZ verpleegkundig specialist en werkzaam bij de crisisdienst van de GGzE Eindhoven.

gedesorganiseerd en soms beschadigd, omdat de psychische en lichamelijke reacties op de dreiging wel zijn opgewekt maar niet gebruikt worden (van Mourik, 1994).

De factor die het meest bepalend is voor het psychische letsel is de aard van de traumatische gebeurtenis zelf. Het vermogen om de sociale verbondenheid in stand te houden en door te gaan met actieve copingsstrategieën, zelfs in een extreme situatie, schijnt mensen tot op zekere hoogte te beschermen tegen de latere ontwikkeling van een posttraumatisch syndroom (Herman, 1993). Een afzonderlijke traumatische gebeurtenis kan bijna overal plaatsvinden. Van herhaalde traumatische ervaringen is alleen sprake wanneer het slachtoffer niet in staat is om te vluchten en onderworpen aan het gezag van de dader.

De overlevenden van langdurige mishandeling ondergaan kenmerkende persoonlijkheidsveranderingen, die onder meer tot uiting komen in een verstoring van de band met anderen en vervorming van de identiteit (Herman, 1993).

Door Terr (1991) wordt een onderscheid gemaakt tussen Type I en Type II trauma. Bij Type I is sprake van een eenmalig ernstig en onverwacht incident, dat kan leiden tot een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) of een fobie. Bij Type II is er sprake van herhaalde en/of langdurige incidenten en kunnen zich ingewikkelde stoornissen ontwikkelen zoals een dissociatieve stoornis, al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis zoals de borderlinepersoonlijkheid. Als we spreken over chronische traumatisering hebben we het over het Type II trauma.

Diagnostische modellen

Welke diagnostische modellen kunnen dienen als verklaringsmodellen voor de gevolgen van chronische traumatisering?

In de literatuur (Herman, 1993, van Mourik, 1994) wordt herhaaldelijk aangegeven dat het concept van de PTSS niet voldoende blijkt om het complexe en pathologische reactiepatroon van chronische traumatisering te verklaren. De bestaande criteria bij het stellen van de diagnose PTSS zijn hoofdzakelijk ontleend aan de symptomen die zich bij overlevenden van duidelijke afgebakende traumatische gebeurtenissen voordoen. Het gegeven dat verschillende onderzoekers nieuwe concepten hebben ontwikkeld, die meer recht doen aan bijvoorbeeld gevolgen van seksueel misbruik, geeft aan dat er behoefte is

aan een meer omvattend begrip. Zo ontwikkelde Finkelhor (1987) zijn Traumagenic Dynamics Model of Child Abuse en omschrijven Briere en Druntz (1987) het Post Sexual Abuse Trauma. Dit laatste concept wordt ook door Nicolai (1992) gebruikt als verklaringmodel.

Volgens Herman (1993) kunnen uiteenlopende chronisch traumatiserende gebeurtenissen bij kinderen en volwassenen, tot vergelijkbare klinische beelden leiden.

Het concept van de complexe PTSS wordt door haar geïntroduceerd als een overkoepelende diagnostische categorie, voor de gevolgen van herhaalde traumatisering. Aan het einde van dit artikel staan de criteria beschreven die worden gehanteerd bij het stellen van de diagnose complexe PTSS.

Herman (1993) stelt dat bij overlevenden van kindermishandeling, door hun "verhulde presentatie", vaak een hele reeks verschillende diagnoses gesteld wordt voordat het werkelijke probleem, namelijk het bestaan van een complexe PTSS, onderkend wordt. Er zijn drie stoornissen - somatisatiestoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis en meervoudige persoonlijkheidsstoornis - die vaak bij overlevenden van kindermishandeling worden vastgesteld. Volgens Herman (1993) is onomstotelijk vastgesteld dat deze stoornissen alle drie voortkomen uit traumatische gebeurtenissen in de kinderjaren. De drie genoemde stoornissen kunnen, volgens haar, het best worden opgevat als varianten van een Complexe PTSS die hun kenmerkende eigenschappen ontleen aan een bepaalde vorm van aanpassing aan de traumatische omgeving.

De bij de PTSS voorkomende orgaan-neurose is het meest opvallende kenmerk van een somatisatiestoornis, de vervorming van het bewustzijn treedt bij een meervoudige persoonlijkheidsstoornis het duidelijkst aan het licht en de ontwrichting van de identiteit en de relatievorming is bij borderline persoonlijkheidsstoornis het meest opvallend. Juist omdat deze stoornissen zo op elkaar lijken meen ik dat het van essentieel belang is om de overeenkomsten en verschillen tussen deze stoornissen te herkennen.

Hiermee voorkom je dat mensen die te kampen hebben met de gevolgen van chronische traumata ten onrechte te horen krijgen dat ze een persoonlijkheidsstoornis hebben.

Ik ben ervan overtuigd dat dit anders onnodig stigmatiserend zou werken en daardoor deze personen opnieuw tot slachtoffer maakt. Het meest belangrijke vind ik in ieder geval dat er naar de cliënt toe een link wordt gelegd tussen de stoornis en de voorgeschiedenis van psychische traumata.

Psychische problemen hoeven door de cliënt dan niet langer gezien te worden als een gevolg van een gebrek in hun persoonlijkheid.

Gevolgen van chronische traumatisering?

Gevolgen zijn de veranderingen die zich voordoen in gedrag, beleving en functioneren, van een persoon na de gebeurtenis (Kleber, Brom, Defaut, 1986).

Een traumatische gebeurtenis veroorzaakt diepgaande en blijvende veranderingen in de prikkelingstoestand van het lichaam, het gevoelsleven, het cognitief vermogen en het geheugen. Bovendien worden deze functies, die normaliter geïntegreerd zijn, door een traumatische gebeurtenis, soms van elkaar gescheiden.

De getraumatiseerde persoon kan dan later hevige emoties ondergaan, zonder dat ze zich de gebeurtenis duidelijk herinnert, of herinnert zich die juist gedetailleerd, maar zonder dat er emoties worden opgewekt. Het kan zijn dat ze voortdurend op haar hoede en prikkelbaar is, zonder te weten waarom. Het verband tussen traumatische symptomen en hun oorzaak, gaat vaak verloren, waarna de symptomen een eigen leven gaan leiden (Herman, 1993).

In het concept van de Post Traumatische Stress Stoornis, kunnen de volgende drie clusters van symptomen genoemd worden:

- Indringende beelden: de traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op diverse manieren, zowel psychisch als lichamelijk.
- Inperkingen: hardnekkig vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit.
- Hyperarousal: voortdurende verschijnselen van verhoogde prikkelbaarheid die niet aanwezig waren voor het trauma.

In dit concept bestaat de kern van posttraumatische reacties uit de wisseling tussen de indringende herinneringen en herbelevingen én de verregaande inperkingen van gedrag en gevoel om allerlei prikkels te vermijden. Wanneer een trauma in de kindertijd heeft plaatsgevonden, of wanneer bij herhaling één of meerdere traumata plaatsvonden, is het mogelijk dat een van beide symptoomclusters tot een overlevingspatroon uitgroeit (van Mourik, 1994).

Bij mensen die langdurig en herhaaldelijk aan traumata hebben blootge staan, ontwikkelt zich een voortschrijdende vorm van PTSS die de persoonlijkheid binnendringt en uitholt.

Slachtoffers van een chronisch trauma hebben dikwijls het gevoel dat ze onherroepelijk veranderd zijn of raken het zelfgevoel geheel kwijt. De grootste angst van elke getraumatiseerde persoon is dat het gruwelijke moment zal terugkeren. Deze angst wordt werkelijkheid voor slachtoffers van chronische mishandeling. Chronisch getraumatiseerde mensen zijn daarom voortdurend hyperalert, gespannen en gejaagd en kennen geen basistoestand van fysieke rust of fysiek welbehagen meer.

Het meest opvallende kenmerk van een PTSS bij chronisch getraumatiseerden is vervlakking. Wanneer het slachtoffer geen ander doel meer heeft dan enkel overleven, wordt vervlakking een essentiële vorm van aanpassing. Dit verschijnsel heeft betrekking op ieder aspect van het leven: relaties, activiteiten, gedachten, herinneringen, emoties en zelfs gewaarwordingen (Herman, 1993).

Nelleke Nicolai (1992) verdeelt de symptomen die ze waarneemt bij vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel geweld in drie clusters. De eerste gaat over symptomen die vooral bestaan uit angst en verhoogde prikkelbaarheid. De tweede bestaat uit reactiepatronen die zorgen voor het vermijden van elke gebeurtenis die lijkt op de traumatische situatie en de daarbij behorende affecten en emoties. Nicolai noemt als voorbeelden van deze negatieve anticipatie angst het vermijden van elke seksuele relatie en seksuele opwinding, het vermijden van praten over het gebeurde, ernstige verstoring van de agressieregulatie, dissociatie van bewust-zijnsstaten en autohypnotische trances waardoor elk gevoel wordt uitgeschakeld. De derde groep symptomen bestaat uit gedragspatronen die de vermindering in

stand houden, die de indringende herbelevingen proberen af te wenden of die de pijnlijke gevolgen van de vermindering verminderen. Voorbeelden hiervan zijn alcohol- en drugsmisbruik als een soort zelfmedicatie tegen angst, woede-uitbarstingen als reactie op angst en wantrouwen en automutilatie als een doorbreken van dissociatieve reactie zoals depersonalisatie, derealisatie en amnesie. Deze gedragspatronen versterken de aanwezige gevoelens van hulpeloosheid en machteloosheid wat weer leidt tot verregaande vermindering van het gevoel van eigenwaarde. Chronisch schuldgevoel en schaamte horen net als suïcidaal gedrag bij deze reactiepatronen van het derde cluster.

Herhaalde traumatische gebeurtenissen op volwassen leeftijd hollen de structuur van de reeds gevormde persoonlijkheid uit, maar herhaalde traumatische gebeurtenissen in de kindertijd vormen en vervormen de persoonlijkheid (Herman, 1992).

Het is een opvallend gegeven dat geen kind loyaler is ten opzichte van opvoeders dan een mishandeld kind. Voor een deel kan de loyaliteit tegenbeter-weten-in worden verklaard door het proces van parentificatie en voor een ander deel als het gevolg van "verinnerlijking van de dader". Het feit dat het misbruik plaatsvindt in een situatie waarin al vóór het trauma sprake is van een band, leidt tot hyperloyaliteit die de ontwikkeling van het kind vervormt. De psychische aanpassing van het mishandelde kind is volledig gericht op het fundamentele doel om haar primaire band met haar ouders te handhaven. Bij volwassenen leidt dit tot een vorm van "het niet mogen weten". Deze mensen zijn voortdurend onzeker over wat nu gewoon is en wat niet; ze hebben veel moeite om te weten wat ze weten en wat ze voelen (van Mourik, 1994).

Nicolai (1992) schenkt in dit kader aandacht aan de "omkering van waarden" ten gevolge van de traumatische grensoverschrijding in het gezin. Herman (1992) noemt dit fenomeen "dubbel denken". Het kind zal alles in het werk stellen om een verklaring te vinden voor haar lot, een verklaring die haar ouders vrijspreekt van alle blaam en verantwoordelijkheid. De dichtstbijzijnde mogelijkheid hiervoor is zichzelf de schuld te geven; haar aangeboren slechtheid is de oorzaak. Door deze verklaring kan ze een gevoel van zinvolheid, hoop en macht in stand houden. Als zij slecht is zijn haar ouders goed. Als zij slecht is kan ze een poging doen om goed te zijn. Als zij haar lot op de een of andere manier aan zichzelf heeft te danken, heeft zij op de een of andere manier ook de macht om haar lot ongedaan te maken. Zelfverwijt wordt een normaal onderdeel van het denkproces van getraumatiseerde mensen, die tekortkomingen in hun eigen gedrag proberen te vinden om te kunnen begrijpen wat hun is overkomen. Wanneer er sprake is van chronische mishandeling wordt deze neiging tot zelfverwijt echter niet gecorrigeerd door tijd of ervaring, maar voortdurend versterkt.

Vaak lukt het niet om het misbruik volledig te bagatelliseren of te verontschuldigen en dan probeert het kind de onontkoombare realiteit te veranderen door allerlei verdedigingsmechanismen te gebruiken. Ze leren te loochenen en te verdringen, ernstige pijn te negeren, herinneringen te verbergen, specifiek om te gaan met hun gevoel voor tijd, plaats en persoon, en pseudo hallucinaties op te roepen. Deze bewustzijnsveranderingen kunnen op den duur buiten de eigen wil om optreden. Een dissociatieve reactie als verdedigingsmechanisme bij kinderen ontstaat wanneer de beleving van een

traumatische gebeurtenis wordt opgesplitst en apart opgeborgen in een soort onbewust geheugen. De hele gebeurtenis of delen ervan zijn dan uit het bewustzijn gebannen en blijven achter bij de verdere identiteitsontwikkeling.

In extreme gevallen van ernstige en langdurige mishandeling, in een vroege levensfase, gaan sommige kinderen aparte persoonlijkheidsfragmenten vormen; deze hebben dan een eigen naam, eigen psychische functies en afzonderlijke herinneringen. Dan is de dissociatie niet alleen meer een afweermecanisme dat bijdraagt tot de aanpassing, maar wordt het een wezenlijk kenmerk van de persoonlijkheidsstructuur. Deze persoonlijkheidsfragmenten of ook wel alters genoemd, zijn voor het kind een middel om de mishandeling te verdragen, terwijl de mishandeling zelf en de gebruikte copingsstrategieën afgezonderd blijven van het normale bewustzijn.

Doordat het mishandelde kind op grote schaal gebruik maakt van dissociatieve mechanismen kan haar dysfore emotionele toestand (toestand van verwarring, gejaagdheid, wezenloosheid en volstekte eenzaamheid) op den duur verergeren, want soms wordt het dissociatieve proces te ver doorgevoerd.

Als dat het geval is ontstaat er geen beschermend gevoel van afstandelijkheid, maar een gevoel dat alle banden met de anderen verbroken zijn en dat het zelf desintegreert.

Mishandelde kinderen ontdekken dat de beste manier om een einde aan dit gevoel te maken is het bewerkstelligen van een crisis door het autonome zenuwstelsel in extreme mate te activeren bijvoorbeeld door het gebruik van laxeremiddelen, braken, dwangmatig seksueel gedrag of zelfverwonding.

Herman (1993) concludeert dat een persoonlijkheid, die gevormd is in een omgeving van dwang, niet goed aangepast is aan de volwassenheid. Er kunnen zich problemen blijven voordoen op het gebied van basisvertrouwen, autonomie en initiatief. Het verlangen van deze volwassenen om gekoesterd en verzorgd te worden bemoeilijkt het vaststellen van veilige, adequate grenzen tussen deze persoon en anderen.

Bovendien is deze persoon kwetsbaar voor mensen in een machtspositie door zich zo sterk in te leven in de wensen van anderen en de automatische, vaak onbewuste, gewoonte om gehoorzaam te zijn. Het verlangen om de gevaarlijke situatie uit het verleden opnieuw te beleven om te zorgen dat die ditmaal een goede afloop krijgt, zal deze persoon er soms toebrengen de mishandeling of het misbruik te recreëren.

Een en ander betekent dat de overlevende een groot risico loopt om als volwassene herhaaldelijk tot slachtoffer gemaakt te worden.

Veel van de beschreven symptomen herkende ik eerder niet als gevolg van traumatisering. Het gedrag van cliënten wordt voor mij dan ook beter te begrijpen nu ik deze verbanden meer ga herkennen. Gedragingen van cliënten kan ik zo meer zien als vormen van overlevingsstrategieën en als pogingen om een trauma te verwerken in plaats van manipulerend of claimend gedrag. Deze inzichten geven mij meer mogelijkheden om aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt.

Ik vind overigens dat je er niet automatisch van uit mag gaan dat de gevolgen van chronische traumatisering altijd schadelijk zouden zijn of als schadelijk beleefd worden.

Uit onderzoek blijkt dat niet alle vrouwen, maar wel tachtig procent, incest als negatief beleeft en veronderstelt op de lange termijn nog last van het misbruik te ondervinden. Voor mannen die als jongen seksueel misbruikt werden door verwanten lijkt dit minder negatief te zijn (Foeken, 1986). Volgens Herman (1993) is de schade des te groter naarmate het kind jonger was. Finkelhorn (1979) zegt dat juist de eindleeftijd bepalend is; oudere kinderen ervaren meer schaamte.

Signalen chronische traumatisering?

In het vorige hoofdstuk heb ik een overzicht gegeven van de gevolgen van chronische traumatisering en de symptomen die hierbij horen. In een bepaalde samenhang (bijvoorbeeld aan de hand van criteria van de complexe PTSS) zijn ze bij onderkennen en herkennen dé signalen die wijzen op chronische traumatisering. Naar mijn idee herken je pas iets als je weet hebt van het bestaan. In de crisisdienst worden we echter vaak geconfronteerd met kenmerken van een "gewone" of complexe PTSS, welke op het eerste gezicht anders lijken dan ze zijn. Francine Albach (1991) beschrijft het probleem van herkennen van PTSS-klachten. Zij zegt dat vooral de herbelevingsklachten zich kunnen voordoen als wanen, psychotische decompensaties, enzovoorts. Juist bij deze toestanden, die dan ingeschat worden als floride psychiatrische toestandsbeelden, wordt door het acute en bedreigende karakter ervan, vaak de hulp van de crisisdienst ingeschakeld.

Een andere reden dat slachtoffers van chronische traumatisering vaker in de crisisdienst "verschijnen", is juist gelegen in het gegeven, dat slachtoffers vaak veel energie steken in het vergeten van de herinnering aan het gebeuren.

Deze personen zullen dus niet direct aandacht vragen voor hun klachten. Zogenaamde "triggers" kunnen echter herinneringen aan het trauma oproepen, waarop mensen onverwacht heftig kunnen reageren. "Triggers" zijn gebeurtenissen die een aspect van het trauma symboliseren (Albach, 1991). Dit zijn situaties die op zichzelf niet traumatiserend genoeg zijn om PTSS-klachten op te roepen, maar die als "luxerend moment" functioneren. De hevige (angst-) reactie staat voor anderen niet in verhouding tot de luxerende situatie. Onbegrip voor de situatie en de heftigheid van de reactie, leiden er snel toe dat acute hulp van buitenaf wordt in-geschakeld.

Triggers kunnen tot psychotische reacties aanleiding geven of flash-backs van het trauma oproepen. Het vereist naar mijn idee vooral inlevingsvermogen en fantasie, om juiste verbanden te kunnen leggen tussen triggers en reacties.

Een van de eerste problemen bij het onderkennen van een PTSS is de herkenning van het eerste criterium van de PTSS, namelijk de confrontatie met "een gebeurtenis die buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaringen ligt en die duidelijk leed zou veroorzaken bij vrijwel iedereen" (Koster, 1988).

Het meest voor de hand liggende is dit gewoon te vragen aan de cliënte. Uit het onderzoek van Albach (1991) bleek echter dat 32 % van de onderzochten lange tijd amnesie had voor de incest. De enige strategie is dan om af te gaan op de klachten. Het gaat dan om het verband leggen tussen triggers en klachten, bijvoorbeeld wanneer iemand angstig reageert als ze geconfronteerd wordt met aspecten van seksualiteit. Vooral als het gaat om flash-backs, angsten en "verhoogde waakzaamheid", dient men er alert op te zijn dat

het kan gaan om herbelevingsklachten. Het trauma komt dan inhoudelijk terug in de klacht (de herinnering). Een ander soort herinneringen bestaat uit hallucinatoire herbelevingen. Het gaat hierbij om beelden van de gebeurtenis die net echt lijken; de persoon ruikt, ziet of hoort de dader, wordt erg emotioneel en kan soms het contact met het heden nauwelijks of niet vasthouden. Deze hallucinatoire herbelevingen lijken veel op wat een "korte reactieve psychose" wordt genoemd. Bij de posttraumatische herbeleving is de aanleiding echter niet een psychotische stressor, maar een gebeurtenis, die een aspect van het trauma symboliseert of erop lijkt.

In de crisisdienst zitten we vaak "dicht op de crisis" en zijn we nog het beste in staat om het luxerende moment voor de crisis te achterhalen. Speurwerk door uitgebreid navragen bij betrokkene en de omgeving en zorgvuldig analyseren van de aard van de luxerende gebeurtenissen, geeft mogelijkheden de triggers te herkennen en zodoende verband te leggen met traumatiserende gebeurtenissen.

Aandachtspunten bij de behandeling

In mijn visie op de gevolgen van traumatisering zie ik vooral de onmacht en het isolement als kernervaringen van traumatisering. Ik vind het dan ook voor de hand liggen dat de behandeling zich richt op het herstellen van het gevoel macht te kunnen uitoefenen en zich verbonden te voelen met anderen.

Een emancipatoire benadering sluit voor mij het beste aan bij dit streven. Emancipatie houdt namelijk in: de vrijheid voor een individu om in het leven keuzes te kunnen maken waarbij die persoon niet gehinderd wordt door ervaringen uit het verleden en waarbij de vrijheid niet ten koste gaat van anderen.

Slachtoffers van chronische traumatisering hebben veelal niet het gevoel dat zij over een dergelijke keuzevrijheid kunnen beschikken. Een emancipatoire benadering doet naar mijn idee dan ook het meeste recht aan het bestrijden van de slachtofferrol van de getraumatiseerde persoon. Vanuit het fundamentele principe van machtsherstel wordt er naar gestreefd dat de cliënt zelf de drijvende kracht is achter het herstelproces. Dit betekent dat de cliënt gesteund wordt om zelf weer de autonomie te verkrijgen over haar over haar gedrag. De beleving van de cliënt over de traumatische gebeurtenis wordt gerespecteerd. Het waarheidsgehalte komt pas in een later stadium aan bod.

Het proces van herstel verloopt via fases. Janet (1889) onderscheid drie fases:

1. stabilisatie en symptoomreductie
2. exploratie en modificatie van traumatische herinneringen
3. herintegratie van de persoonlijkheid en rehabilitatie

Herman (1991) stelt dat de voor naamste taak tijdens de eerste fase het verschaffen van veiligheid is. De tweede fase heeft betrekking op herinnering en rouw en de voornaamste taak tijdens de derde fase is het weer tot stand brengen van een band met het dagelijkse leven.

In de crisisdienst waar ik werkzaam ben, hanteren we een maximale behandelingsduur van acht tot twaalf weken. In de praktijk zal onze taak dan ook vooral beperkt blijven tot begeleiding in de eerste fase.

De eerste taak waarmee we geconfronteerd worden met een crisis, is nagaan of er sprake kan zijn van een traumatische stoornis. Wanneer

vervolgens veronderstelt mag worden dat er sprake is van een traumatisch syndroom, pleit ik ervoor dit ook met de cliënt te bespreken. Psycho-educatie over de gevolgen van chronische traumatisering legt namelijk een verband tussen de klachten en een oorzaak. Mijn ervaring is dat cliënten dit verband niet zien en zelfs ontkennen. Als de cliënt gaat begrijpen wat haar mankeert, kan ze grip krijgen op haar aandoening. Het wordt voor haar dan duidelijk dat ze niet gek is; een traumatisch syndroom is een normale menselijke reactie op extreme omstandigheden.

Er kan dan ook aannemelijk gemaakt worden dat het handelen van de cliënt vooral een gevolg is van haar overlevingsstrategie. De functie van een overlevingsstrategie is het vinden van een acceptabele oplossing voor een ernstig conflict, met als doel het samenhangende zelfgevoel niet te verliezen. De cliënt kan dan ook inzien dat deze overlevingsstrategie de beste, of de minst slechte is, welke de cliënt, destijds, kon inzetten om die traumatische gebeurtenis te ondergaan. Deze overlevingsstrategieën zijn echter enkel relevant in bepaalde situaties, helaas kunnen ze ook generaliseren naar andere situaties, in andere levensfasen. De mechanismen van de overlevingsstrategie zijn dan niet meer effectief en zorgen voor klachten en symptomen, in plaats van een handhaving van het zelfgevoel. Als in de behandeling gewerkt wordt aan een bewustwordingsproces, kunnen sommige mechanismen van de oude disfunctionele overlevingsstrategieën, losgelaten worden (van Mourik, 1994). Naar mijn idee kan hiermee in de crisisdienst al voorzichtig worden begonnen.

Het geeft namelijk snel een positiever kader aan hun klachten van waaruit keuzes mogelijk zijn.

Dit geeft een gevoel van controle kunnen hebben, wat leidt tot een groter gevoel van veiligheid.

Het verschaffen van veiligheid, in de crisisdienst, is in eerste instantie gericht op de lichaamscontrole en op de controle over de omgeving.

De fysieke aspecten omvatten aandacht voor de basisvoorwaarden van een goede gezondheid, de regulering van lichamelijke functies als slapen, eten en lichaamsbeweging, de beheersing van posttraumatische symptomen en het in bedwang houden van zelfvernietigingsdrang (Herman, 1993). Bij deze aspecten gaat het dus ook al direct om het bewerkstelligen van symptoomreductie, bijvoorbeeld door het aanleren van ontspanningsoefeningen of door medicamenteuze interventies.

Bij psychotische fenomenen dient ingeschat te worden of het gaat om herbelevingsklachten. De aard van deze herbelevingsklachten of dissociatieve reacties bepaalt of er eventueel anti-psychotica verstrekt wordt. In minder ernstige gevallen kan psycho-educatie de herbelevingsklachten labelen als een herstellend principe waardoor het juist niet nodig is deze te bestrijden.

Controle over de omgeving heeft vooral betrekking op het creëren van een veilige leefsituatie, financiële zekerheid, mobiliteit en het uitwerken van een plan voor zelfbescherming dat alle aspecten van het dagelijkse leven van de cliënt omvat.

In de praktijk van de crisisdienst kan dit

laatste inhouden dat er afspraken gemaakt worden over wie cliënt in kan schakelen als zij aanvoelt komen dat zij de controle dreigt te verliezen. Dit kan door een laagdrempelige mogelijkheid te creëren om 24 uur een beroep te doen op de crisisdienst.

Een andere mogelijkheid is van te voren afspreken waar de cliënt eventueel, tijdelijk, opgenomen kan worden. Aangezien niemand zonder hulp van derden een veilige omgeving kan creëren is sociale ondersteuning een van de elementen van een veiligheidsplan.

Herman (1991) stelt dat de beginfase bij chronisch getraumatiseerde mensen, enkele jaren in beslag kan nemen. In de crisisdienst zal een cliënt dan ook overgedragen worden aan een regulier team, als er sprake is van voldoende symptoomreductie en de cliënt weer enigszins een acceptabel gevoel van veiligheid ervaart.

Conclusie

Als SPV, werkzaam als crisisinterventor word je, als het ware, dagelijks geconfronteerd met actualisatie van traumata.

Herkenning van stoornissen ten gevolge van chronische traumatisering, met erkenning van de slachtofferpositie van de cliënt, voorkomt dat cliënten in de hulpverleningsrelatie opnieuw in een afhankelijke positie geraken, met gevaar van hervictimisering en belemmering van zelfwerkzaamheid.

Schema complexe posttraumatische stress-stoornis

1. Een voorgeschiedenis van onderwerping aan totalitaire controle gedurende een langere tijdsperiode (maanden of jaren). Voorbeelden zijn gijzelaars, krijgsgevangenen, overlevenden van concentratiekampen en overlevenden van bepaalde religieuze sekten. Andere voorbeelden zijn mensen die onderworpen zijn geweest aan totalitaire systemen in de seksuele en huiselijke sfeer, onder wie overlevenden van mishandeling in het gezin, kindermishandeling, seksueel misbruik in de kinderjaren en georganiseerde seksuele uitbuiting.
2. Veranderingen in de affectregulatie, waaronder
 - aanhoudende dysforie
 - chronische preoccupatie met zelfmoord
 - zelfverwonding
 - woede-uitbarstingen of uiterst geremde boosheid (kan afwisselend voorkomen)
 - dwangmatige of uiterst geremde seksualiteit (kan afwisselend voorkomen)
3. Bewustzijnsveranderingen, waaronder
 - geheugenverlies of sterke herinneringen aan traumatische gebeurtenissen
 - voorbijgaande perioden van dissociatie
 - depersonalisatie/derealisatie
 - herbeleving, hetzij in de vorm van dwangmatige posttraumatische symptomen, hetzij in de vorm van steeds terugkerende preoccupaties
4. Veranderingen in de zelfperceptie, waaronder
 - een gevoel van hulpeloosheid of een verlamming van initiatief
 - schaamte, schuldgevoelens en zelfverwijt
- het gevoel bezoedeld of gestigmatiseerd te zijn
- het gevoel volstrekt anders te zijn dan anderen (onder meer het gevoel dat men "bijzonder" is, een gevoel van volslagen eenzaamheid, de overtuiging door niemand begrepen te worden en het idee dat men een niet menselijke identiteit heeft)
5. Veranderingen in de perceptie van de dader, waaronder
 - preoccupatie met de dader (waaronder preoccupatie met wraak)
 - onrealistische toeschrijving van totale macht aan de dader (opgepast: de beoordeling van de machtsrealiteit door het slachtoffer is vaak realistischer dan die van de therapeut)
 - idealisering of paradoxale dankbaarheid
 - het gevoel dat er sprake is van een bijzondere of bovennatuurlijke relatie
 - aanvaarding van het geloofssysteem of de rationalisaties van de dader
6. Veranderingen in relaties met anderen, waaronder
 - isolement en terugtrekking
 - verstoring van intieme relaties
 - herhaaldelijk zoeken naar een redder (kan afwisselend voorkomen met isolement en terugtrekking)
 - aanhoudend wantrouwen
 - herhaaldelijk falen van de zelfbescherming
7. Veranderingen in het zingevingssysteem
 - verlies van vertrouwen
 - een gevoel van hopeloosheid en wanhoop

Literatuurlijst

Albach F., 1991.
Tussen amnesie en herbeleving. Herkenning van posttraumatische stressklachten bij incestslachtoffers, MGv.

Bruinsma F., 1994.
Incesthulpverlening: diagnostiek, opvang en behandeling van incest, SWP Utrecht.

- Drayer P.J., 1990.
Sexuele traumatisering in de jeugd, gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Proefschrift, Amsterdam.
- Foeken I., 1986.
Konfrontatie tussen vrouwen met incest ervaring en incestplegers.
Doctoraalscriptie psychologie, Amsterdam.
- Gersons B.P.R., 1986.
Akute Psychiatrie,
Van Lochum Slaterus Deventer.
- Gersons B.P.R., 1990.
Posttraumatische stressstoornis: de geschiedenis van een recent begrip,
MGv, 45 9, 891-907.
- Jong de J.T.V..M., 1993.
Handleiding bij psychotraumata,
Koninklijk instituut voor de tropen. Amsterdam.
- Herman, J.L., 1993.
Trauma en herstel. De gevolgen geweld, mishandeling thuis tot politiek geweld,
Wereldbibliotheek. Amsterdam.
- Koster van Groos, 1988,
Handleiding diagnostische criteria DSM-III-R,
Swets en Zeitlinger Amsterdam.
- Koster van Groos, 1994
Handleiding diagnostische criteria DSM-IV,
Swets en Zeitlinger Amsterdam.
- Nicolai N.J., 1992.
Vrouwenhulpverlening en psychiatrie,
SUA Amsterdam.
- Kleber R.J. Brom D. Defores P.B., 1980,
Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking,
Swet en Zeitlinger Amsterdam.
- Montfort M. van, 1993.
Verslag symposium: verpleegkunde en sexueel/fysiek geweld,
Academisch Ziekenhuis Maastricht.
- Mourik D., 1994.
Traumabehandeling. referaat,
De Grote Beek Eindhoven.