
SCHOKKENDE GEBEURTENISSEN

Confrontatie met opvang en verwerking van schokkende gebeurtenissen

Psychiatrische patiënten en patiënten met persoonlijkheids-stoornissen hebben nogal eens traumatische gebeurtenissen meegemaakt, soms zeer ernstig en/of langdurig, ze komen bij de SPV voor begeleiding of behandeling. Door een trauma kunnen mensen in een crisis raken; in de Krisisdienst komen SPV-en deze mensen tegen. Ik heb gemerkt hoe de kwaliteit van zorg verbeterde als mensen goed opgevangen worden, en hun traumatische ervaringen serieus worden genomen.

Toen in oktober 1992 een vliegtuig neerstortte op een flat in de Bijlmermeer werd onze Riagg geconfronteerd met de slachtoffers van deze ramp. Om deze mensen op te vangen kregen wij bijscholing over opvang na schokkende gebeurtenissen, en over traumaverwerking, door het Instituut voor Psychotrauma in Utrecht. Ook neem ik deel aan een trauma-intervisie-team. Hierdoor heb ik meer inzicht gekregen in traumaverwerking. Ik heb gemerkt dat sommige mensen een gebeurtenis goed verwerken, terwijl anderen er door bepaalde factoren in vast blijven zitten en een verwerkingsstoornis ontwikkelen. Een goede opvang na trauma's betekent: voorwaarden scheppen om stagnatie in de verwerking te voorkomen.

Welke factoren zijn van belang bij de opvang en verwerking van schokkende gebeurtenissen, en waarom is het voor een SPV belangrijk hierover kennis te hebben? Na een beschrijving van

verscheidene praktijksituaties zal ik de theorie belichten om vervolgens te laten zien hoe dat in de praktijk bruikbaar is en afsluiten met enige overdenkingen.

Waarom kunnen we niet luisteren?

De geschiedenis van traumaverwerking heeft me al een tijd geïntrigeerd. Freud begint met seksueel misbruik aan te wijzen als oorzaak voor hysterie, maar

Mw. Hennie Hooijer

Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en sinds 1990 werkzaam bij De Meren, voormalige Riagg Zuid Oost Amsterdam

hij trekt deze conclusie weer in omdat de tijd er niet rijp voor is. Na beide wereldoorlogen is er aandacht voor de post-traumatische stoornissen (wat toen shell-shock genoemd werd) van de soldaten die terugkeren.

De Vietnam-veteranen zorgen dat er veel onderzoek wordt gedaan naar hun reacties en symptomen. Mede door de vrouwenbeweging wordt seksueel misbruik ontdekt als een groot maatschappelijk probleem, en worden de gevolgen vergeleken met die van oorlogstrauma's.

In de tussenliggende periodes dreigt de vergaarde kennis weer vergeten te raken. Periodes van bewustwording wisselen af met periodes van verdringing, van vergeten.

Kunnen we het gruwelijke wat de slachtoffers hebben meegemaakt niet aanhoren? Hebben ook hulpverleners belang bij vermijden?

Kiezen we daarmee niet partij voor de daders, die alle belang hebben bij het vergeten?

Ervaringen

Begin jaren zeventig hoorde ik voor 't eerst een vrouw die een aanklacht had ingediend tegen een man die haar had verkracht. Ik schrok van de gedachte die in mij opkwam: daar zal ze zelf wel aanleiding toe hebben gegeven. Identificeren wij ons gemakkelijker met de dader?

"Blaming the victim" komt nog steeds voor, bij allerlei soorten trauma's.

- ◆ Een Bosnische vluchteling, wiens familie was gedood, en die eigenhandig een tegenstander had vermoord, is nu bang om zich niet te kunnen beheersen als hij ergens kwaad om wordt. Gaat dit over controle en machteloosheid? Denken we aan persoonlijkheidstrekken? Welke vooroordelen belemmeren ons?
- ◆ Een Arubaanse vrouw kon op het nippertje haar flat verlaten toen het vliegtuig deze doormidden brak. Ze zag vreselijke dingen en verloor haar huis en een goede vriendin. Ze blijft depressief, heeft slaapproblemen en herbelevingen. Haar man liet haar het kind dragen en voelt zich daar schuldig over. Nu zijn er relatieproblemen. Zij voelt zich geïsoleerd. Hoe heeft een trauma invloed op contacten?
- ◆ Een Ghanese vrouw weet niet meer hoe ze na de vliegramp uit de flat is gekomen. Er zijn lacunes in haar herinnering. Haar man heeft het gevoel gek te worden als hij aan de ramp terugdenkt, of aan het vuur. Hij verdooft zijn emoties met alcohol.

Willen getraumatiseerde mensen zelf het liefst vergeten?

Verwerken Afrikaanse mensen trauma's op dezelfde manier als westerse mensen?

- ◆ Een Surinaamse vrouw meldt zich 3 jaar na de vliegramp aan met angstklachten, nachtmerries, werkproblemen, problemen met haar kinderen en haar relatie, en aanpassingsproblemen. Later meldt ze dat ze stemmen hoort en beelden ziet. De klachten begonnen eind 1992, zelf legt ze geen verband met de ramp, maar ze vermijdt de plek en heeft er nooit over gepraat. Nog later blijkt dat ze een jaar voor haar migratie van dichtbij meemaakte dat het vliegtuig bij Zanderij neerstortte. Herdenkingen heeft ze altijd vermeden. Waar kan "wegstoppen" toe leiden? hoeveel energie kost het?
- ◆ Een jonge creoolse vrouw, wordt als ze op een morgen de deur uitgaat naar haar werk, overvallen door 3 mannen, verkracht, beroofd en met een mes bedreigd in haar eigen huis. Ze houdt zich flink, maar na een paar weken krijgt ze allerlei klachten en meldt zich ziek. Ze is erg veranderd. Sinds het gebeurde probeert ze er niet meer aan te denken. Haar familie praat er nooit meer over, zij ook niet. Je moet haar laten praten over die gebeurtenis, zegt mijn stagebegeleider. Ze vertelt erover, 2, 3 keer. Ik merk aan haar dat ze er gauw overheen praat, en hele stukken overslaat. Ik voel me ongemakkelijk, merk dat zij het moeilijk vindt, en ik ook. Ik durf niet goed door te vragen, wil haar niet kwetsen of pijn doen, ben bang dat ze het niet aankan. Ik vind het gênant om steeds weer hetzelfde moeilijke verhaal aan te horen, om details te vragen. Hoe gaat dat, "verwerken"?

◆ Een illegale Ghanese man die pas enkele weken in Nederland is, wordt beroofd en in zijn been geschoten. Als hij zich 3 maanden later bij ons aanmeldt met ptss-klachten, lijkt hij nog in een shock-toestand te verkeren. Hij blijft herhalen dat de dader al wegliep met het geld en toen pas schoot. Waarom blijft hij daarin steken?

◆ Een Nederlandse vrouw is tijdens haar vakantie in Marokko verkracht. Ze praat er nauwelijks over en krijgt steeds meer klachten, wordt ernstig depressief en agressief. Ze gaat terug naar haar ouders, en krijgt een behandeling bij een Riagg. Met antidepressiva, een licht antipsychoticum en reconstructie van wat er gebeurd is, gaat het na een half jaar iets beter. Ze wil weer gaan werken en wordt voor nazorg bij ons aangemeld. De verkrachting zou verwerkt zijn, maar ze raakt in paniek als erover doorgevraagd wordt. Is een trauma verwerkt als de situatie gestabiliseerd is en de klachten verminderd?

◆ Een jonge Nederlandse vrouw zegt tijdens een psychiatrische opname dat ze seksueel misbruikt is door haar moeder. Ze praat nauwelijks, is angstig, suïcidaal, automutileert, en maakt een matig begaafde indruk. Kun je bij zo'n vrouw traumabehandeling doen?

Wat zijn schokkende gebeurtenissen of trauma's?

Een trauma is volgens de DSM-III-R

"een gebeurtenis die buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaringen ligt en die leed zou kunnen veroorzaken bij vrijwel iedereen". De veronderstelling die uit DSM-III-R spreekt is dat schokkende ervaringen uitzonderlijk zijn. Tegenwoordig wordt steeds meer aangenomen dat we in een wereld leven waarin het meemaken van dit soort gebeurtenissen eerder regel dan uitzondering is. DSM-IV spreekt over een gebeurtenis die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen, en waarbij tot de reacties behoorde: intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

Cliënten kunnen soms moeilijk of helemaal niet over het traumatische van hun ervaringen praten. Hulpverleners hebben soms moeite met doorvragen naar traumatische ervaringen.

De kern van een psychotrauma bestaat uit "de beleving van een situatie van extreme machteloosheid, ontwrichting en onbehagen". Voor veel mensen in de

Bijlmermeer was de vliegcrash zo'n schokkende gebeurtenis: 't gebeurde plotseling, 't was heel overweldigend en voor veel mensen levensgevaarlijk. Niemand kon er iets aan doen. Het gaf extreme machteloosheids-gevoelens en het bestaan van veel mensen werd er acuut door ontwricht. Hun leven zag er ineens totaal anders uit. Ze waren doodsbang geweest, en hadden afschuwelijke dingen gezien. Er zijn trauma's waarbij angst op de voorgrond staat, bij andere gaat het vooral om verlies, bij nog weer andere om schuld. Vaak is er sprake van een combinatie van deze aspecten.

Verlies van verbondenheid

Traumatische gebeurtenissen leiden tot een existentiële crisis. Ze tasten fundamentele menselijke relaties aan. In onze vroege jeugd hebben we in de relatie met onze moeder (of een andere eerste verzorger) een basisvertrouwen ontwikkeld, een gevoel van veilig te zijn in de wereld. Dit gevoel vormt de basis van alle relatie- en geloofssystemen. In situaties van doodsangst grijpen mensen spontaan terug op die eerste bron van troost en bescherming. Ze roepen om hun moeder, of om God. Als deze roep niet wordt beantwoord, wordt hun basisvertrouwen in één klap vernietigd. Getraumatiseerde mensen voelen zich volstrekt alleen, uitgestoten, iedere relatie is daarna doortrokken van een gevoel van vervreemding, van verlies van verbondenheid. Ze verliezen hun fundamentele zelfgevoel. De hele strijd om autonomie, initiatief, competitie, identiteit en intimiteit die we in onze jeugd hebben doorlopen moet weer opnieuw beleefd worden. Een trauma vernietigt het gevoel dat men zichzelf kan zijn in relatie tot anderen. Een trauma drijft mensen ertoe om hechte relaties te ontvluchten en om er tegelijk naar op zoek te gaan. De ernstige verstoring van het basisvertrouwen, de gevoelens van schaamte, schuld en minderwaardigheid, en de vrees dat sociale contacten herinneringen zullen oproepen aan het trauma, dat alles stimuleert getraumatiseerden om zich terug te trekken uit hechte relaties.

Verwerking

Verwerken betekent dat het trauma, dat eerst het leven totaal beheerst, langzamerhand wat meer naar de zijkant verdwijnt. Het krijgt een plaats in de levensgeschiedenis. Verwerken is niet vergeten, of tijdelijk uit het bewuste geheugen bannen, zoals bij dissociatie. Via een omweg, bijvoorbeeld door symptomen, komt het dan te voorschijn.

Een trauma is verwerkt als de herinnering eraan niet meer lichamelijke angstreacties geeft, als de zintuiglijke herinneringen zijn omgezet in een verhaal.

Een trauma geeft ernstige stressreacties. Bij stress-verwerking zijn verschillende fasen te onderscheiden:

- Tijdens de gebeurtenis is de eerste reactie ongeloof, schrik en (doods)angst. Het gevoel wordt afgesplitst. De meeste mensen reageren adequaat, "op de automatische piloot". Deze depersonalisatie verhindert om in paniek domme dingen te doen. Mensen zijn hyperalert. Enkele mensen raken in de war.
- Kort na de gebeurtenis komen de heftige gevoelens. De reactie komt na een paar minuten of uren, soms na dagen.
- De fase van herbeleving en ontkenning is de belangrijkste in het verwerkingsproces. Herman noemt de afwisseling van dwangmatige herbeleving en vervlaking de "dialectiek van trauma's". De periodieke afwisseling veroorzaakt instabiliteit en versterkt het gevoel van onvoorspelbaarheid en hulpeloosheid. De dwangmatige symptomen nemen, soms pas na maanden, langzaam af. Na de herinnering komt de rouw om het verlies wat geleden is. En het uiten van woede, schuld of schaamte.
- In de integratiefase is het belangrijk om een betekenis te vinden voor het gebeurde.

Opvang na een trauma

Met opvang wordt hier bedoeld ondersteuning door professionele hulpverleners, in de normale verwerkingsperiode. Het gaat hierbij om het verminderen van de lijdensdruk, om ondersteuning van de verwerking en om vroegtijdige onderkenning van een gestoorde verwerking.

Bij snelle onderkenning en adequate hulp is de prognose van een verwerkingsstoornis gunstiger.

Bij het verwerkings-model wat door Mittendorff is beschreven worden in principe 3 gesprekken aangeboden, de eerste kort na de gebeurtenis, de tweede enkele dagen later, en de derde na enkele weken. Na ongeveer 3 maanden volgt nog een follow-up gesprek.

In principe lijkt dit een goed werkbaar schema. Maar bij een tweedelijnsinstelling zoals een Riagg komen de mensen meestal niet direct na een traumatische ervaring. Behalve bij ernstige verstoringen of bij cliënten die al in behandeling zijn. En dan werkt dit schema niet. Tijdens de Bijlmerramp probeerden we laagdrempelig hulp te bieden, op de voorgestelde manier. Maar in de praktijk loopt het soms anders; sommige mensen kwamen niet terug na het eerste gesprek, misschien omdat hun verwachting van de hulp anders was, bij anderen waren de problemen zo ernstig dat ze meer en langer hulp nodig hadden.

Gestoorde verwerking

De meeste mensen komen op eigen kracht over een traumatische gebeurtenis heen. Bij 1 op de 5 mensen lukt dat niet. Die lopen vast in de verwerking en hebben hulp nodig. Waar ligt het aan als iemand vastloopt? Er zijn 3 groepen risicofactoren.

1. Persoonsgebonden kenmerken

Mensen die eerder traumatische gebeurtenissen meegemaakt hebben zijn vatbaarder voor een stoornis. Het gevoel van veiligheid moest weer opnieuw worden opgebouwd, dit blijft een zwakke plek.

De verwerking wordt opgeschoven als er al veel problemen zijn, dan is er niet

genoeg energie over.

Wie alleen woont en weinig sociale contacten heeft, kan zijn ervaringen onvoldoende delen met anderen.

Deel uitmaken van een hechte groep geeft herstel van verbondenheid en meer greep op de eigen situatie.

Iemand die alles opkropt en opvreet krijgt klachten en symptomen.

Een starre, rigide persoon kan

moeilijker afwisselen tussen

herbeleving en vermijding.

Alcohol-, drugs- of benzodiazepine-gebruik vermindert de herbelevingen, maar ook de gevoelens, zodat verwerking niet plaatsvindt.

2. Gebeurtenis gerelateerde kenmerken

Sommige gebeurtenissen zijn veel moeilijker te verwerken dan andere. Na seksueel misbruik krijgt bijvoorbeeld 70 % een verwerkingsstoornis. Hoe langer een gebeurtenis duurt, en hoe meer verlies en verandering in het leven, hoe moeilijker de verwerking. De mate van levensbedreiging en doodsangst speelt een rol. Is men alleen of samen met anderen?

Is er lichamelijk letsel of zijn er slachtoffers? Als er kinderen bij betrokken zijn, komt het altijd harder aan. Verder blijkt van belang te zijn of men actief is geweest en adequaat heeft gehandeld; dit vermindert gevoelens van machteloosheid, en verhoogt het gevoel van controle.

3. Omgevingsgebonden kenmerken

De manier waarop de omgeving reageert na de gebeurtenis speelt een belangrijke rol. Wat bemoeilijkt de verwerking?

Als mensen niet opgevangen worden, of als ze geen erkenning krijgen voor hun gevoel dat het erg is geweest; als anderen het bagatelliseren; als ze de schuld krijgen, of onterecht verdacht worden; als er verkeerde grappen gemaakt worden; als er niet meer op

het gebeurde teruggekomen wordt; als de norm in je groep is dat mannen niet mogen huilen.

Praktische steun, informatie en aanmoediging vergemakkelijkt de verwerking van een trauma.

In crisissituaties hebben mensen een sterke behoefte om eigen reacties en overtuigingen met anderen te delen en te vergelijken; het liefst met mensen die op hetzelfde moment ongeveer hetzelfde hebben meegemaakt. Als dat gebeurt ervaren ze minder stress.

Als de stressreacties niet vanzelf en binnen een bepaalde termijn verdwijnen, dan spreken we van een posttraumatische stress-stoornis. Dit is het geval als er ongeveer 3 maanden na de gebeurtenis nog de volgende reacties aanwezig zijn: Een uit de groep herbelevingen; drie uit de groep ontkenning en vermindering en twee uit de groep waakzaamheid en prikkelbaarheid
Deze termijn is afhankelijk van de ernst van de gebeurtenis.
Bij langdurig herhaalde traumatisering ontstaan persoonlijkheidsveranderingen. Herman noemt het syndroom dat hieruit voortkomt de Complexe posttraumatische stress-stoornis.

Hoe leidt een trauma tot het ontstaan van een ptss?

De psychodynamische verklaring: de traumatische ervaring is zo ingrijpend dat de herinnering eraan wordt verdrongen en de heftige emoties worden afgesplitst door middel van dissociatie. Onbewuste konfijten kunnen de verwerking van het trauma verhinderen.

De cognitieve benadering gaat uit van cognitieve schemata die men over zichzelf en de wereld heeft. Door een trauma raken deze verstoord. De nadruk ligt op normen en waarden, en

op reacties uit de omgeving.

Onrealistische denkbeelden moeten bewust gemaakt worden en gecorrigeerd.

In de leertheorie ligt de nadruk op stress, het trauma fungeert als stressor, en de herinnering eraan kan een geconditioneerde respons worden.

De neurofysiologische verklaring: het organisme reageert met stress (een enorme cortisolstoot) op een bedreiging, en blijft gemobiliseerd tegen al geweken gevaar. Dit geeft verhoogde prikkelbaarheid, die blijvende schade kan veroorzaken in de hersencellen. Bepaalde systemen, zoals de amandelkern in de basale hersenen, waar de emoties zetelen, blijven na trauma's gevoeliger voor stress. Het is een soort opslagplaats voor gevaren, waardoor het vecht-vlucht-systeem in werking wordt gesteld. Zodoende maken eerdere trauma's iemand kwetsbaarder.

Functionele geheugenstoornis: bij onverwerkte trauma's lukt het niet om de zintuiglijke herinneringen in het werkgeheugen om te zetten in lange-termijn-geheugen. Er blijven heldere en levensechte herinneringen opgeslagen in het werkgeheugen, maar bepaalde details ontbreken. Voor het omzetten lijkt "taal" nodig, het moet een compleet verhaal worden. Pas dan lijkt het minder verbonden met heftige emoties.

Een verwerkingsstoornis ontstaat dus bij deze persoon met deze bepaalde kenmerken, in deze omstandigheden, na een gebeurtenis die voor hem of haar te ingrijpend was om te verwerken. De verklaringen leggen steeds een ander accent op kwetsbaarheid.

Waar kun je aan zien dat mensen een post-traumatische stress-stoornis ontwikkelen?

Ten eerste als de stressreacties lang blijven aanhouden.

Ook als ze bepaalde plaatsen of situaties blijven vermijden, die aan de traumatische gebeurtenis herinneren. Of als ze zich terugtrekken uit sociale kontakten, niet naar het werk gaan, meer gaan drinken, of meer pillen of drugs gaan gebruiken. Als ze depressieve klachten krijgen, en veel last van schuld, schaamte, woede en zelfverwijt, of psychiatrische symptomen. En vooral als er nooit meer over gesproken wordt, ook niet in intieme kring.

Een ptss is in principe goed te behandelen, als het gaat om een éénmalige gebeurtenis op volwassen leeftijd. Bij gecompliceerde post-traumatische problematiek duurt de behandeling veel langer, en is herstel vaak maar ten dele mogelijk. Een SPV heeft vaak met laatstgenoemde te maken, en dan vooral met de eerste fase van een behandeling, waarin het gaat om het verschaffen van veiligheid, en het bevorderen van stabiliteit. Als het mogelijk en wenselijk is om trauma's door te werken, dan dient dit pas te gebeuren als er voldoende stabiliteit en veiligheid is.

De praktijk

Hoe ziet traumabehandeling er uit in de praktijk van een SPV. Aan de hand van eerder genoemde casussen zal ik hier wat korte impressies geven.

◆ Het zal duidelijk geworden zijn dat trauma's invloed kunnen hebben op het gedrag maar ook op de persoonlijkheid van mensen. Dat laatste vooral als het op jonge leeftijd gebeurt en langdurig is. De woede van een slachtoffer over wat hem is aangedaan kan zo groot zijn dat deze niet meer beheersbaar is.

De Bosnische vluchteling is gezien in de krisisdienst, het is mij niet bekend hoe het hem verder vergaan is.

◆ Het Arubaanse gezin maakt zich vooral zorgen om hun kind, en wordt na 2 gesprekken, waarin ze hun verhaal vertellen, aangemeld bij de jeugdafdeling.

◆ Met de Ghanese vrouw zijn enkele gesprekken geweest om te proberen haar verhaal compleet te maken, wat moeizaam verloopt door de taal- en cultuur barrière, Het gaat iets beter. Haar man heeft werk gekregen en is na het 2e gesprek niet meer meegekomen. Ze hebben steun aan hun geloof en proberen de betekenis van de ramp in dat kader te interpreteren.

In Afrikaanse kerken wordt veel gezongen en gedanst. Sommige dansen blijken hetzelfde effect te hebben als EMDR, een behandelingsmethode voor traumaverwerking met behulp van snelle oogbewegingen.

In een groep van depressieve illegale Ghanese rampslachtoffers kan niet gesproken worden over hun ptss-klachten. In hun cultuur mogen mannen niet toegeven aan kwetsbaarheid en verdriet. Depressie wordt gerelateerd aan hekserij. Toch is deze groep succesvol, omdat de mannen uit hun apathie komen, hun gevoel van machteloosheid is doorbroken.

◆ Aan de Surinaamse vrouw wordt uitleg gegeven over traumaverwerking, en er wordt begonnen met ontspanningsoefeningen. Als haar moeder komt logeren vanuit Suriname, komt ze niet terug. Na een half jaar wil ze weer een afspraak maken, want het gaat nog niet beter. Toch is ze niet gekomen.

◆ De illegale Ghanees voelt zich onveilig, hij is alleen, gedesillusioneerd, heeft geen geld en zit met een pijnlijk been in een stelling, waardoor hij zich erg kwetsbaar voelt en niet naar buiten durft.

Traumabehandeling begint hier met het geven van informatie, medicatie en ontspanningsoefeningen, en het regelen van praktische zaken. Ook wordt gekeken naar bezigheden en het zoeken naar contacten. Het trauma wordt, met respect voor vermindering, toch gedetailleerd uitgevraagd en we bespreken de (on)veiligheid en onzekerheid in zijn situatie.

◆ Met de in Marokko verkrachte vrouw wordt eerst aandacht besteed aan de gevolgen van het trauma in werk en dagelijks leven. Ik geef haar veel uitleg. Over de ervaringen zelf wil ze niet praten, het maakt haar angstig. Ze is erg gespannen, overbelast en daarom ben ik voorzichtig. Maar tegelijk weet ik dat ze erover moet praten. Soms voel ik me ongeduldig en twijfel ik of ik haar zoveel, zo lang aandacht mag geven. Afhankelijk van de stress in haar dagelijks leven onderhandel ik met haar of we erover praten. Ze walgt van haar lichaam, kan zichzelf niet aanraken. Ook haptonomie is beangstigend. Dan doen we ontspanningsoefeningen met imaginaire reiniging aan het eind van elke zitting. Langzamerhand wordt het mogelijk om steeds een klein stukje van de belevenissen van de bewuste dag door te nemen. Ze gaat uiteindelijk haar verhaal opschrijven. Dan kan ze rouwen, en zich bezighouden met haar toekomst. Na 3 jaar is de medicatie afgebouwd, en kan ze de gebeurtenis achter zich laten.

◆ Als de automutilerende vrouw na een paar weken wegloopt bij haar man, verandert haar verhaal. Na enkele jaren wordt duidelijk dat niet moeder, maar haar man heeft haar misbruikt en mishandeld. In dit geval is het belangrijk geweest dat het gedrag van cliënte geïnterpreteerd als gevolg van traumatische ervaringen, waaronder een verkrachting op haar 15e. Het is mogelijk geweest om uiteindelijk gedetailleerd te praten over de traumatische ervaringen, en haar boosheid daarover kenbaar te maken. Het gaat nu goed met haar, ze is gelukkig met haar nieuwe vriend, en met haar baby.

Overdenkingen

De centrale dialectiek van trauma's is de afwisseling tussen

- de wil om ze te ontkennen, en
- de wil om ze luidkeels te verkondigen.

Het vertellen van ervaringen gebeurt vaak zeer emotioneel, tegenstrijdig en fragmentarisch; hiermee wordt de waarheid tegelijk onthuld én geheim gehouden. Als de geheimhouding blijft bestaan, komt het trauma vaak naar buiten in de vorm van een symptoom. Herstel is pas mogelijk als de waarheid wordt erkend.

Evenals voor familie en vrienden van een getraumatiseerde is het voor een hulpverlener vaak moeilijk om echt te luisteren naar het verhaal en de beleving van de gebeurtenis, om nuchter en kalm te blijven en om alle stukken van het totaalbeeld te onthouden en in elkaar te passen.

Bovendien wordt niemand graag geconfronteerd met de fundamentele eenzaamheid, de hulpeloosheid en de machteloosheid die het slachtoffer heeft ervaren.

Niet durven doorvragen, niet kunnen luisteren, dat zijn redenen waarom mensen vaak jarenlang geen gehoor vinden voor hun ervaringen. Vaak zijn ze zelf ook bang zijn voor de emoties die opgeroepen worden als ze erbij stilstaan.

Naast de schaamte voor wat hen is overkomen, of voor wat ze hebben moeten toelaten.

Alledaagse wreedheden in seksuele, huiselijke en politieke sfeer zijn bespreekbaar geworden dankzij vrouwenbeweging en mensenrechtenbeweging. Toch blijft het moeilijk om trauma's aan de oppervlakte te brengen, omdat het over afschuwelijke dingen gaat die eigenlijk niemand wil weten. Niet alleen is het voor slachtoffers moeilijk om over te praten, zij willen wel vergeten, maar kunnen het niet. Daders doen ook alles om het vergeten te bevorderen, om zich te onttrekken aan de verantwoordelijkheid. Het is verleidelijk om partij te kiezen voor de dader; hij vraagt alleen maar om niets te doen. Eigenlijk is dat wat we allemaal het liefst willen: het kwaad niet te zien, niet te horen en niet te zeggen.

Op een symposium over traumabehandeling presenteert een therapeut schokkende verhalen en beelden van vluchtelingen.

Op een bijna agressieve manier worden de toehoorders mede verantwoordelijk gemaakt voor het niet stoppen van de oorlogshandelingen, waardoor de slachtoffers moeten lijden.

Zijn we medeverantwoordelijk voor de ellende van anderen?

Moeten we ons identificeren met de slachtoffers en aanklager worden? Of is hier sprake van een parallelproces, waarbij de woede, die de cliënt niet voelt, door de behandelaar wordt overgedragen op de toehoorders?

Een behandelaar moet neutraal,

onafhankelijk kunnen blijven, daarom is het belangrijk dat er een team is waar je deze emoties kwijt kunt. Als behandelaar moet je proberen de agressie terug te leiden naar de cliënt, voor zover dat mogelijk is, zodat hij uit de slachtofferrol kan komen. Als dat niet gebeurt blijft hij iedereen verantwoordelijk houden en blijft hij genoegdoening zoeken.

Woede is de kracht die gebruikt kan worden om te rouwen. Maar woede kan ook verdriet afweren. De cliënt moet leren differentiëren in zijn woede, dus niet met een kanon op een mug schieten. Het werkt goed om in de fantasie wraak te laten nemen, de klap uit te delen, die hij zelf heeft moeten incasseren; dit is nodig om het evenwicht te herstellen.

Conclusies

Om iemand die een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt goed op te kunnen vangen is het nodig om kennis te hebben van het normale verwerkingsproces en van de behoeften van de getraumatiseerde cliënt in de verschillende fasen van dit proces.

Om stagnatie in de verwerking zo veel mogelijk te voorkomen, is het nodig om de risicofactoren voor een gestoorde verwerking te kennen, zodat beoordeeld kan worden of deze cliënt professionele hulp nodig heeft vanuit de eerste of vanuit de tweede lijn, of juist geen hulp.

Een SPV moet de signalen en symptomen van een verwerkingsstoornis kennen om te kunnen beoordelen wanneer behandeling nodig is, en welke behandeling.

Bij het geven van hulp is het nodig om stil te kunnen staan bij de ervaringen en gevoelens van de cliënt. Een hulpverlener moet daarvoor stil kunnen staan bij de eigen gevoelens, vooroordelen en afweerreacties.

Hij moet zich niet identificeren met de cliënt, geen mede-aanklager worden.

Hij zal de cliënt moeten helpen de machteloosheid te doorbreken, uit de slachtofferrol te komen, en weer controle over zichzelf en zijn omgeving op te bouwen.
Als er voldoende veiligheid en stabiliteit is, zal er samen met de cliënt besproken moeten worden of deze verder wil en kan met de verwerking. Het kan nodig zijn hiervoor andere

disciplines in te schakelen, ambulante of in een dagklinische setting. Het is afhankelijk van iemands persoonlijke draagkracht, copingstrategieën en motivatie of de nadruk ligt op verwerking van het trauma via herbeleving daarvan, of op het toedekken van de traumatische gebeurtenis en het ontwikkelen van nieuwe copingstrategieën.

Literatuur

Beknopte Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, revised) (1989), Swets en Zeitlinger: Amsterdam/Lisse.

Everdingen, J.J.E. van Gersons, B.P.R. (red.) (1997), Huis van de Geest, Boom/Belvédère: Amsterdam/Overveen

Gersons, B.P.R. (1986), Acute psychiatrie, Van Loghum Slaterus: Deventer.

Goudswaard, H. Groen, M. (1992), Is er seksueel plezier mogelijk na een verkrachting? in Vrouwenhulpverlening na seksueel geweld, Leergangen

Vrouwenhulpverlening: Utrecht.

Hart, O.v.d. red. (1991), Trauma, dissociatie en hypnose, Swets en Zeitlinger: Amsterdam/Lisse.

Herman, J.L. (1993), Trauma en herstel. De gevolgen van geweld, van mishandeling thuis tot politiek geweld, Wereldbibliotheek: Amsterdam.

Jong, J.T.V.M.de (1993), Handleiding bij psychotrauma, Koninklijk Instituut voor de Tropen: Amsterdam.

Kleber, R.J. Brom, D. Defares, P.B. (1986), Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking, Swets en Zeitlinger: Amsterdam/Lisse.

Artikelen

Eijk, I.v. (1994), De Riagg Zuid-Oost een jaar later, Riagg Zuid-Oost: Amsterdam.

Gersons, B.P.R. (1991), Intensieve behandeling van de posttraumatische stressstoornis; ervaringen bij politiemensen, Tijdschrift voor Psychiatrie: 33. nr.4

Gersons, B.P.R. (1990), Posttraumatische stress-stoornis: de geschiedenis van een recent begrip, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid: nr.9

Mittendorff, C. (1992), Schokkende gebeurtenissen: opvang en verwerking, Instituut voor Psychotrauma: Utrecht.