



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Traumaopvang

Liever geen gedetailleerde reconstructie van de gebeurtenis, maar het creëren van veiligheid in het hier en nu – een alternatief voor debriefing

Leen Pakvis en Marc Verbraak *

samenvatting

Mensen die een traumatische gebeurtenis meemaken, hebben een goede kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Deze kennis vormt de aanleiding voor het aanbieden van preventieve traumaopvang na een dergelijke gebeurtenis. Een populaire interventie is debriefing, dat haar populariteit echter niet kan ontleenen aan onderzoeksresultaten. In dit artikel schetsen we een alternatieve vorm van traumaopvang waarbij vooral niet aan de voor debriefing zo kenmerkende gedetailleerde reconstructie van de gebeurtenis wordt gedaan. Het alternatief gaat uit van het versterken en volgen van de reeds aanwezige manieren van het individu om zich aan te passen aan moeilijke omstandigheden. Grote nadruk ligt ook op het mobiliseren van het sociaal netwerk, zodat iemand zich weer veilig kan voelen om vervolgens op eigen kracht het trauma te verwerken. De methode lichten we toe aan de hand van twee gevalbeschrijvingen. Ook staan we stil bij de resultaten van deze methode bij een groep van 319 personen van een grote organisatie, die in een periode van 3,5 jaar betrokken waren bij een overval of een geweldsincident. Twaalf personen (3,8 procent) uit deze groep ontwikkelden 1 tot 4,5 jaar na het trauma een PTSS. Vergeleken met de meldingen in de literatuur dat 8 tot 15 procent van de personen betrokken bij een traumatische gebeurtenis uiteindelijk een PTSS ontwikkelt, is het hier gevonden percentage hoopgevend.

Inleiding

Een traumatische gebeurtenis is volgens de DSM-IV:

‘... a direct personal experience of an event that involves actual or threatened death or serious injury, or other threat to one’s physical integrity; or witnessing an event that involves death, injury, or a threat to another person; or learning about unexpected or violent death, serious harm, or threat of death or injury experienced by a family member or other close associate’ (APA, 1994).

Deze definitie van trauma is overigens in de DSM-IV-systematiek niet zo zuiver als men zou wensen. Op as-IV scoort men stressoren die deels overlap kunnen vertonen met traumatische gebeurtenissen. Het verschil zit hem in het feit dat traumatische

* L.G. PAKVIS is algemeen directeur van Lourtas B.V., een bedrijf dat is gespecialiseerd in traumazorg, crisismanagement en preventie.
DR. M.J.P.M. VERBRAAK, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is P-opleider GZ- en Klinisch psychologen bij Adhesie GGZ Midden-Overijssel. Daarnaast is hij Hoofd onderzoek bij de HSK Groep. Correspondentieadres: HSK Groep, t.a.v. dr. M.J.P.M. Verbraak, Bosweg 160, 6523 NN Nijmegen. E-mail:

gebeurtenissen specifieke ervaringen teweegbrengen, te weten intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

Een andere, algemene definitie van een trauma is een gebeurtenis die buiten het patroon van gebruikelijke menselijke ervaringen ligt en die duidelijk leed zou veroorzaken bij vrijwel iedereen. Zo'n traumatische gebeurtenis kan daarna of enige tijd later een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) tot gevolg hebben. Daarmee is PTSS een van de weinige psychische stoornissen waarvan de oorzaak bij voorbaat vaststaat. Toch leidt een traumatische gebeurtenis niet noodzakelijkerwijs tot een posttraumatische stress-stoornis. Zo bleek uit een grootschalig onderzoek onder de Amerikaanse bevolking van Kessler, Sonnega, Bromet en Nelson (1995) dat 61 procent van de mannen en 51 procent van de vrouwen ooit in hun leven één of meerdere trauma's had meegemaakt. Uiteindelijk kwam bij vijf procent van de mannen en tien procent van de vrouwen uit dit onderzoek een PTSS voor. In totaal kreeg acht procent van alle deelnemers aan dit onderzoek vroeg of laat in hun leven last van een PTSS. Breslau (1998) geeft in een overzichtartikel aan dat maar liefst negentig procent van de Amerikaanse bevolking ooit in hun leven een traumatische gebeurtenis meemaakt. De auteur concludeert op basis van verschillende onderzoeken dat tien tot vijftien procent van de personen die een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt, daadwerkelijk een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelt.

Een toonaangevende verklaring van het ontstaan van een posttraumatische stress-stoornis is de 'dual representation theory' van Brewin (2001). Brewin stelt dat traumatische gebeurtenissen aan de ene kant bewust worden verwerkt tot verbaal toegankelijke herinneringen, maar dat zintuiglijke informatie aan de andere kant automatisch wordt opgeslagen als situationeel toegankelijke kennis. Wanneer de verbale herinneringen onvoldoende zijn geïntegreerd in het autobiografische geheugen, dan zou activatie van de situationeel toegankelijke kennis door prikkels als geluiden of geuren leiden tot gedetailleerde, repetitieve en incomplete herinneringen. Dit zijn herbelevingen, flashbacks of nachtmerries. Deze zijn moeilijk te veranderen en gaan gepaard met dezelfde hevige fysiologische en emotionele reacties als ten tijde van de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis. Wanneer de herinneringen aan de traumatische gebeurtenis wel goed zijn geïntegreerd in het verbale autobiografische geheugen, dan kan dit het situationeel toegankelijke systeem afremmen, daarmee ongecontroleerde herbelevingen voorkomend. Voorwaarde voor succesvol afremmen van het automatische systeem is dat traumagerelateerde elementen in het verbale systeem voldoende overeenstemmen met de ruwe sensorische gegevens in het automatische systeem. De verbale elementen moeten verder een associatie hebben met de traumatische ervaring als iets uit het verleden. Ook moet de getraumatiseerde persoon een gevoel van veiligheid in het hier en nu bezitten (Brewin, 2001; Spinhoven, Elzinga & Roelofs, 2002).

Het feit dat de aanleiding voor een posttraumatische stress-stoornis zo duidelijk is en dat er een idee bestaat over wat er mis gaat bij mensen die uiteindelijk een PTSS ontwikkelen, maakt het niet meer dan logisch dat men tracht preventief in te grijpen. Een wapen in de strijd tegen het ontwikkelen van een PTSS is de zogenaamde traumaopvang. In sommige hulpverleningsmodellen staat het zo nauwkeurig mogelijk en het gezamenlijk met betrokkenen reconstrueren van de gebeurtenis centraal, ook wel debriefing genoemd. Dit reconstrueren sluit theoretisch aan bij Brewins theorie. Reconstrueren is dan een poging tot het bereiken van overeenstemming tussen de

verbale herinneringen en de ruwe sensorische gegevens. Tijdens deze debriefing vraagt men uitdrukkelijk naar stressreacties en geeft men uitgebreide voorlichting over stressreacties die een PTSS kunnen veroorzaken. Maar debriefing lijkt niet zo effectief als verwacht.

In dit artikel willen we vragen over traumaopvang stellen. Wat is de zin en onzin van debriefing? Als je aan traumaopvang wilt doen, wat doe je dan en waarom? En heeft dat dan meer zin dan de meer traditionele debriefing?

Waarom nog debriefing?

Hoewel opvang na een traumatische gebeurtenis zo'n logische, begrijpelijke en zeker ook van medemenselijkheid getuigende reactie lijkt, is het noodzakelijk kritisch naar de vorm en de inhoud van dit gebeuren te kijken. Er is namelijk iets vreemds aan de hand met debriefing als vorm van opvang na een traumatische gebeurtenis.

Misschien niet zo belangrijk, maar de term debriefing is afkomstig uit het leger en betekent daar het nabespreken van een militaire actie. Aan zo'n militaire actie gaat een briefing vooraf; het voorbespreken van de actie. Er is een samenhang tussen de briefing (doelstellingen formuleren) en de debriefing (evalueren van de doelstellingen). In de debriefingsmodellen van traumazorg gaat de vergelijking mank. De samenhang tussen briefing en debriefing is niet aanwezig en zo die er al is, is dat toeval. Dan gaat het bijvoorbeeld om de vraag of een protocol is gehanteerd of veiligheidsvoorschriften zijn nageleefd.

Oorspronkelijk werd debriefing ontwikkeld vanuit het idee dat betrokkenen de mogelijkheid krijgen om de gebeurtenis emotioneel en cognitief te verwerken. Debriefing zou de kans doen afnemen op onaangepaste en ontwrichtende gedachten en gedragspatronen (Rachman, 1980). Door de gedetailleerde reconstructie van de gebeurtenis zou men een realistisch beeld vormen van het gebeurde. Dit zou ertoe bijdragen dat men de controle over zichzelf bewaart of herwint (Dyregrov, 1997). Vanuit een psychodynamische visie zou de ontlading (catharsis) van de opgehoopte emotionele spanning de ontwikkeling van PTSS tegengaan (Benyakar, Kutz, Dasberg & Stern, 1989; Krystal, 1978). Het voorkomen van PTSS is bij al deze ideeën het uiteindelijke doel.

Het belangrijkste punt van kritiek is de kwestie van de effectiviteit van debriefing. Uit verschillende gecontroleerde onderzoeken naar het effect van debriefing komt het bedoelde effect niet naar voren. Er is geen verschil in de mate van psychische klachten tussen groepen die wel en groepen die geen debriefing hadden ontvangen. Zo vonden Lee, Slade en Lygo (1996) geen significante verschillen in symptomen tussen een gedebriefte groep en een niet-gedebriefte groep. In een onderzoek bij getraumatiseerde politieofficieren (Carlier, Voerman & Gersons, 2000; Rose & Bisson, 1998) bleek de gedebriefte groep zelfs meer klachten te vertonen dan de niet-gedebriefte groep. Ook in een onderzoek van Hobbs, Mayou, Harrison en Worlock (1996) bleek de gedebriefte groep significant meer symptomen te hebben dan de niet-gedebriefte groep. In een onderzoek van Bisson, Jenkins, Alexander en Bannister (1997) constateerde men na drie maanden geen verschil in symptomen, maar na dertien maanden bleek de gedebriefte groep significant meer symptomen te vertonen. Van Emmerik, Kamphuis,

Hulsbosch en Emmelkamp (2002) voerden een meta-analyse uit van zeven studies naar de effectiviteit van een-sessiedebriefing. Van deze studies, waarin ook de hiervoor beschreven studies waren opgenomen, waren er vijf gerandomiseerd en gecontroleerd, één gecontroleerd maar niet gerandomiseerd, en één ongecontroleerd. Eén studie betrof een groepsinterventie en de overige zes individuele interventies. Deze zeven studies bij elkaar genomen werd vijf keer individueel gedebriefd, een keer een counselingssessie van dertig minuten aangeboden, een keer aan educatie gedaan, een keer een historische groepsdebriefing uitgevoerd en zes keer geen interventie aangeboden (de controlegroepen). De meta-analyse laat zien dat individuele debriefing niet effectief was in het voorkomen van PTSS-klachten. Sterker nog, de andere varianten, waaronder het niet interveniëren, waren daartoe beter in staat.

De meeste van de onderzoeken hebben zich met name gericht op individuen, terwijl debriefing oorspronkelijk bedoeld is voor groepen. Busuttill en Busuttill (1995) wijten de slechte resultaten dan ook aan het ontbreken van groepsfactoren die therapeutisch werken, zoals steun en herkenning. Maar debriefing in groepen van slachtoffers lijkt ook niet echt te werken. Dat blijkt uit ongecontroleerd, niet-gerandomiseerd onderzoek en uit gecontroleerd en gerandomiseerd onderzoek (zie Carlier & Gersons, 1998, voor een overzicht). Pennebaker (1997) beweert dat debriefing wel degelijk een positief effect kan hebben, maar dat het niet direct na de gebeurtenis moet worden toegepast. Het zou dan kunnen leiden tot overweldigende emoties die men niet in de hand kan houden en die weer tot het gevoel van controleverlies kunnen leiden. Eigenlijk maak je op die manier de gebeurtenis traumatisch, terwijl deze ten tijde van het trauma niet als zodanig hoeft te zijn beleefd. In de studies van Lee et al. (1996) en Rose en Bisson (1998) vond de opvang echter een tot ruim twee weken na de traumatische gebeurtenis plaats. Wanneer debriefing plaatsvindt vier tot vijf weken na de gebeurtenis, zou het beste resultaat haalbaar zijn (Pennebaker, 1997). Deze veronderstelling kan vooralsnog niet ondersteund worden door gegevens. Er zijn wel voorbeelden van preventieve programma's die een maand na de traumatische gebeurtenis worden ingezet, zoals het 'Brief Prevention Program' van Foa, Hearst-Ikeda en Perry (1995), maar het gaat daarbij feitelijk al om behandeling van een op basis van klachten geselecteerde groep personen. Immers, bij een posttraumatische stress-stoornis dienen de klachten ten minste één maand te bestaan. Interventies die meer dan één maand na de traumatische gebeurtenis plaatsvinden bij personen die klachten ervaren, zullen derhalve eerder curatief dan preventief zijn (Van Emmerik et al., 2002).

Vooralsnog is debriefing niet geschikt om een posttraumatische stress-stoornis te voorkomen en wordt het door onderzoekers zelfs afgeraden. Carlier en Gersons (1998) veronderstellen dat de opvang volgens de verschillende debriefingsmodellen een emotionele en cognitieve *overload* bevat die interfereert met een natuurlijk verwerkingsproces. Van Emmerik et al. (2002) vermoeden dat debriefing zelfs juist een sensitisering voor PTSS-klachten bewerkstelligt. Men gaat er juist meer op letten. Volgens Matthews (1998) is het uiteindelijk van belang de persoon zelf te laten kiezen of deze wil debriefen. Van Emmerik et al. (2002) doen de aanbeveling debriefing met name toe te passen bij individuen die een groter risico lopen op het ontwikkelen van een posttraumatische stress-stoornis. De mogelijkheid daartoe en de effectiviteit daarvan moet volgens hen wel nader empirisch getoetst worden.

Het theoretische model van Brewin (2001) biedt mogelijk een belangrijke aanwijzing voor het averechtse effect van debriefing. Door de nadruk op een gedetailleerde

reconstructie van de gebeurtenis en een tegelijkertijd onvoldoende benadrukken van de veiligheid in het hier en nu, voldoet men niet aan de voorwaarde voor de remming van het situationeel toegankelijke systeem door het verbaal toegankelijke systeem. Bij debriefing ligt de nadruk mogelijk te veel op het toevoegen van verschillende elementen van de traumatische gebeurtenis om tot een compleet plaatje te komen. Men veronachtzaamt onbedoeld doch gemakkelijk de link met veiligheid in het hier en nu, gezien de inspanning en aandacht die het compleet maken van dat plaatje vergt.

Interessant is vervolgens de vraag waarom debriefing ondanks de onderzoeksresultaten binnen verschillende hulpverleningsituaties toch zo populair blijft. Nu laten tevredenheidsonderzoeken wel een positief resultaat zien. Men is tevreden over het feit dat er een debriefing plaatsvindt (Carlier, Van Uchelen, Lamberts & Gersons, 1998; Jenkins, 1996; Robinson & Mitchell, 1993; Turner, Thompson & Rosser, 1993). In een studie naar organisaties die te maken hebben met werkgerelateerde psychotraumata, noemen werknemers debriefing een positieve ervaring. Het speelt een belangrijke rol bij hun gevoelens en ze ervaren dat de organisatie erkent dat er iets ernstigs is gebeurd (Rick & Briner 2000). Deze bevindingen sluiten aan bij het gegeven dat recent getraumatiseerde mensen van nature behoefte blijken te hebben aan emotionele steun, compassie, begrip, erkenning en waardering. Dit is wel beschreven als 'debriefingsbehoefte'. Debriefing vervult wellicht nog meer behoeften (Rick & Briner, 2000):

- behoefte van slachtoffers om uit te spreken wat er is gebeurd, het te begrijpen en daardoor controle over de situatie te krijgen;
- behoefte van hulpverleners en management om slachtoffers te helpen en controle over de situatie te krijgen;
- behoefte van hen die niet direct betrokken zijn bij het trauma, het trauma zo echt mogelijk te kennen om zodoende hun gevoelens van hulpeloosheid en schuldgevoel ('Ik was er niet, maar hij wel') onder controle te krijgen.

Een hoge tevredenheid hangt echter niet samen met minder symptomatologie, minder ziekteverzuim of een snellere werkhervatting (Bisson et al., 1997; Carlier et al., 1998; Doctor, Curtis & Isaacs, 1994; Lee et al., 1996). Debriefing wordt wel als prettig ervaren, maar zal het ontwikkelen van een posttraumatische stress-stoornis niet voorkomen.

Een alternatieve vorm van traumaopvang

Op grond van het voorgaande kan men concluderen dat een geprofessionaliseerde debriefing geen posttraumatische stress-stoornis voorkomt. Er bestaat zelfs een risico dat bepaalde opvangvormen op termijn klachten genereren. Dat roept de vraag op waarom een werkgever professionele krachten in moet huren of in dienst moet nemen die de traumaopvang organiseren.

Een opvang die zich kenmerkt door de *afwezigheid* van debriefingstechnieken als een gedetailleerde reconstructie en het exploreren van de emotionele beleving en de *aanwezigheid* van interventies gericht op het versterken van het gevoel van veiligheid, is naar onze mening een alternatief en waardevol model. Een dergelijk model vindt meer aansluiting bij de conclusies van de verschillende onderzoeken. De waarde van deze opvang is, behalve in het versterken van het gevoel van veiligheid in het hier en nu, gelegen in de vroegtijdige signalering van een posttraumatische stress-stoornis en

een positieve waardering van de werknemer voor de personeelszorg van de werkgever. Tegelijkertijd voorziet het in een interventie, die voorkómt dat men alsnog gaat zoeken naar een debriefingsvariant, omdat aan de erkenningsbehoefte (in onze ogen een betere term dan debriefingsbehoefte) van de getraumatiseerde werknemer is voldaan.

Het hanteren van een protocol gestoeld op cognitieve leest, met een proactieve, directieve houding van de hulpverlener sluit daar goed bij aan. Deze hulpverlener moet de situatie en de sfeer op de plaats van het incident naar de hand zetten en de regie in handen nemen, in geval van contraproductieve acties en interacties (lees: een gevoel van onveiligheid creërend of versterkend) van slachtoffers na een traumatische gebeurtenis. Uitgangspunt daarbij is de aandacht voor de persoonlijke behoeften van alle betrokkenen en het normaliseren van de situatie en de verschillende reacties daarop. Met andere woorden het creëren van een sfeer van veiligheid. Daarmee doet deze vorm van opvang iets wat alle effectief gebleken behandelingen voor PTSS met elkaar gemeen hebben, namelijk het aan de herinnering en de daarbij horende angst toevoegen van andere, nieuwe en aanvullende cognitieve betekenissen (Verbraak & Van Minnen, 2002).

Invoegen bij het individu en zijn omgeving is een vereiste. Doorvragen naar emotionele beleving en reconstructie van het incident is a priori ongewenst. Kennis van psychische ziektebeelden maakt dat een traumahulpverlener rekening kan houden met persoonlijkheidskenmerken die interfereren met de natuurlijke verwerking en de invloed ervan op de 'teamhygiëne'. Tevens wordt zo veel mogelijk gebruikgemaakt van het sociale netwerk, teneinde betrokkenen de traumatische ervaring te laten verwerken. Het werken met een protocol geeft duidelijke uitgangspunten bij de benadering van de betrokkenen. Uitleg over dit protocol geeft de betrokkenen helderheid en creëert tevens de juiste wederzijdse verwachtingen.

Opvang volgens dit model stelt de interpretatie van de schokkende gebeurtenis, oftewel de betekenis die aan de gebeurtenis wordt gegeven, centraal. Deze betekenisgeving kan men opvatten als de resultante van alle cognitieve processen die van invloed zijn op het al dan niet verwerken van een traumatische ervaring, zoals taxatie, coping en attributie. Volgens Lazarus (1966) begint het hanteren van de situatie met een snelle beoordeling (taxatie) van de situatie en de eigen mogelijkheden. Op basis van deze taxatie volgt een emotionele of gedragsmatige reactie op de situatie (coping). Omdat een traumatische ervaring indruist tegen de verwachtingen en leefregels die iemand heeft ontwikkeld op basis van zijn levenservaring, moet de gebeurtenis op een cognitief niveau worden verwerkt. Deze verwerking verloopt meer of minder succesvol naargelang de toeschrijving van een oorzaak of betekenis (attributie) aan de gebeurtenis, waardoor de acceptatie makkelijker of moeilijker wordt. Verwerken is op te vatten als het proces van het toeschrijven en toevoegen van een (aanvullende) betekenis aan een gebeurtenis (Verbraak & Van Minnen, 2002). Een belangrijke betekenis dient die van veiligheid in het hier en nu te zijn (Spinhoven et al., 2002).

Het verwerkingsproces speelt zich af in een sociale context. De reactie van de omgeving op de gebeurtenis of op de betrokkene zelf is van invloed. Steun en erkenning vanuit de omgeving hebben een positief effect op fysieke gezondheid, geestelijk welzijn en sociaal functioneren (Lazarus & Folkman, 1984). Het is daarom belangrijk om betrokkenen het sociaal netwerk te laten mobiliseren. Aan deze factoren wordt dan ook uitdrukkelijk aandacht besteed in deze vorm van traumazorg.

Het uiteindelijke doel binnen dit model van traumaopvang is het markeren van het einde van de traumatische gebeurtenis en het herwinnen van het gevoel van veiligheid in het hier en nu. Dit gebeurt door middel van het versterken van de manieren van het individu om zich aan te passen aan moeilijke omstandigheden en het mobiliseren van diens sociaal netwerk om op eigen kracht het trauma te kunnen verwerken. De opvang is zo kort mogelijk. Ze vindt in de regel plaats gedurende de eerste tien dagen na de traumatische gebeurtenis. Van een opvang gedurende een langere periode, bijvoorbeeld drie maanden, gaat in het licht van de doelstelling een tegenstrijdige en daarmee verkeerde boodschap uit: 'We verwachten dat je je weer veilig voelt en doorgaat met je leven, waarbij je het zo veel mogelijk zelf doet, maar we vertrouwen je daarin niet helemaal, dus volgen we je toch nog maar wat langer'.

Het protocol

De uitvoering van dit opvangmodel is beschreven in een protocol. Dit protocol is ontwikkeld en uitgezet door de eerste auteur binnen de afdeling traumazorg van de HSK Groep. Het protocol is toegespitst op een onderneming met een groot aantal vestigingen verspreid over Nederland. In de dagelijkse praktijk betreft de traumazorg van HSK voornamelijk de opvang van medewerkers van deze onderneming na overvallen of incidenten van bedreiging en geweld. Deze opvang kan individueel of in een groep plaatsvinden, naargelang het aantal bij de overval of incident betrokken personen.

Het protocol voorziet in minimaal twee gesprekken ter plaatse van de gebeurtenis. Het eerste gesprek vindt plaats binnen vier uur na het trauma en het tweede gesprek ongeveer zeven werkdagen daarna. Daarnaast heeft de hulpverlener de eerste werkdag na het trauma telefonisch contact met alle betrokkenen, ook als zij die dag niet werken. Tussentijds is er op indicatie of verzoek telefonisch contact met betrokkenen. In grote lijnen kenmerkt het eerste gesprek zich door normalisatie van de situatie en het tweede richt zich op herstel en een inschatting van het verdere verloop.

Het eerste opvanggesprek

Na de telefonische melding van een geweldsincident of overval door het centrale meldpunt neemt de dienstdoende traumahulpverlener binnen tien minuten telefonisch contact op met een van de functionarissen van de opdrachtgever die de afwikkeling van het incident coördineert. Hij informeert naar de aard en ernst van het incident, het aantal betrokken medewerkers, hun toestand en de eventuele afwezigheid van een of meer van hen bij aankomst van de traumahulpverlener ter plaatse in verband met bijvoorbeeld een politieverhoor. De traumahulpverlener arriveert binnen vier uur na afloop van het incident. Hij legitimeert zich bij aankomst bij de coördinator ter plaatse. Het eerste opvanggesprek wordt, zoals reeds gezegd, bij voorkeur gehouden op de vestiging waar het incident heeft plaatsgevonden, in een rustige ruimte waar men niet zomaar gestoord kan worden. Dit gesprek zal maximaal anderhalf uur duren. Wanneer een van de betrokkenen aangeeft niet aan het groepsgesprek te willen deelnemen, wordt dat gerespecteerd. De traumahulpverlener biedt dan aan deze persoon individueel te spreken. Eventueel niet-betrokken of afwezige collega's worden, indien gewenst, apart opgevangen. De traumahulpverlener schept orde in de drukte, die zo kenmerkend kan zijn voor een schokkende gebeurtenis. De politie is doende met sporenonderzoek

en verhoren. Aannemers zijn bezig met reparaties of mensen van financiële zaken stellen de 'schade' vast. Derden informeren naar de situatie. Niet-betrokken collega's, familie en vrienden proberen contact op te nemen met betrokkenen.

Betrokkenen worden uitgenodigd om in een afgeschermd ruimte plaats te nemen. Zodoende creëert de hulpverlener rust en ruimte om de situatie te bespreken. Hij sluit niet-directbetrokkenen buiten, maar relevante leidinggevenden nodigt hij wel uit voor het gesprek. Bij een 'over-emotioneel' reageren van een van de betrokkenen dient de hulpverlener kort en duidelijk te interveniëren en rust te brengen in de situatie.

Er wordt gezorgd voor koffie en thee. Als iedereen zit en is voorzien van iets te drinken kan het gesprek aanvangen. In de eerste plaats maakt de hulpverlener een inschatting van de sfeer. Dat is bepalend voor de houding van de hulpverlener. Dan stelt hij kort zichzelf voor en geeft hij uitleg over het doel van het gesprek. Enkele praktische vragen komen aan de orde, zoals of er nog mensen gebeld moeten worden en of iemand nog iets nodig heeft.

Vervolgens normaliseert de hulpverlener de situatie. Hij doet dat op actieve wijze. Er volgt een algemene uitleg dat gevoelens en klachten die mensen ervaren, normale reacties zijn op een schokkende gebeurtenis. Deze gevoelens en klachten worden niet nader benoemd. Eventueel opspelende weinig constructieve persoonlijkheidskenmerken bij betrokkenen zal de hulpverlener moeten 'kalt stellen' om de invloed daarvan minimaal te houden. Daartoe zal de hulpverlener het gehele gesprek invoegend en judoënd zijn werk doen. Steeds zal hij achter de getoonde individuele manieren om zich aan te passen aan moeilijke omstandigheden gaan staan en voorkomen daar waardeordelen over te geven. Hij benadrukt dat er geen universele manier bestaat van reageren en dat daarom ieder zijn eigen manier heeft die niet beter of slechter is dan die van een collega. De hulpverlener is terughoudend met het geven van voorlichting over mogelijke klachten. Hij zal eerder vragen of men ervaringen heeft die anders dan normaal zijn. Gepresenteerde klachten zal de hulpverlener interpreteren als behorend bij het 'normale' klachtenpatroon. De hulpverlener plaatst de handelwijze van betrokkenen tijdens de gebeurtenis zo veel mogelijk in een positieve context.

De hulpverlener vraagt naar soortgelijke ervaringen. Enerzijds om dit mee te laten wegen in zijn observaties en anderzijds om betrokkenen te wijzen op al bestaande adequate copingmechanismen. Omdat betrokkenen na de opvang doorgaans terugkeren naar hun gezin informeert de hulpverlener naar de omstandigheden thuis. Wat verwacht men aan te treffen?

Voor de eerste avond en nacht geeft de hulpverlener leefregels. Bijvoorbeeld: matig alcoholgebruik, niet alleen zijn en bij slapeloosheid niet in bed blijven liggen, maar afleiding zoeken buiten het bed.

Een belangrijk onderwerp aan het einde van het gesprek is de omgang met niet-betrokkenen in het algemeen en cliënten in het bijzonder. Het heeft de voorkeur ten opzichte van cliënten aan de balie een uniforme reactie te hebben. Omdat sommige cliënten op sensatie uit zijn of de verkeerde grapjes maken over de gebeurtenis, is het wenselijk dat de betrokkenen hierop zijn voorbereid. Dat voorkomt impulsieve en geagiteerde reacties van betrokkenen. Vandaar dat de hulpverlener met alle betrokkenen bespreekt of ze op vragen ingaan en zo ja, welke zakelijke mededeling zij kunnen doen.

Het gesprek wordt afgerond met afspraken voor de volgende werkdag. In overleg met de aanwezige leidinggevende wordt getracht extra personeel in te zetten voor de eerste werkdag. Daardoor is de mogelijkheid aanwezig dat betrokkenen van de werkplek kunnen weggaan als dat nodig is. Bijvoorbeeld in het geval van toenemende angst of andere emoties die samenhangen met de gebeurtenis. De hulpverlener benadrukt de noodzaak het werk zo spoedig mogelijk op te pakken. Een voorbeeld dat vaak wordt gegeven is het advies zo snel mogelijk weer te gaan autorijden na een auto-ongeluk (als dat fysiek mogelijk is). Als afsluiting volgt uitleg over de verdere begeleiding door de traumahulpverlener. Het tweede gesprek wordt gepland binnen een week na het incident.

Het telefonisch contact

Het telefonisch contact de volgende werkdag is beperkt van omvang. Er wordt geïnformeerd naar de afgelopen nacht en hoe men de dag is begonnen. Er wordt niet uitvoerig ingegaan op een eventueel uitgebreid klachtenexposé. Eventuele klachten worden zo veel mogelijk geduid als een normale reactie op een abnormale gebeurtenis. Als duidelijk is dat betrokkene ernstig afwijkt in zijn reactie(s), onderneemt de hulpverlener actie in overleg met een leidinggevende en/of bedrijfsarts.

Het tweede opvanggesprek

Het tweede gesprek vindt ongeveer zeven werkdagen na het incident plaats. Het is een gesprek dat maximaal een uur duurt. Dit gesprek is weer een groepsgesprek, tenzij anders afgesproken. In principe markeert dit gesprek het einde van de traumaopvang. Het is evenwel mogelijk dat op indicatie nog korte, veelal telefonische, follow-up gesprekken plaatsvinden bij wijze van vinger-aan-de-pols-beleid.

Bij het tweede gesprek staat de voorafgaande week centraal. Hoe vindt men dat het gaat en wat merkt men zelf aan verandering in gevoelens en gedrag? De hulpverlener vraagt of men vanuit het verleden al eerder een traumatische ervaring heeft meegemaakt. Zo ja, dan peilt hij in hoeverre die ervaring de laatste dagen een rol heeft gespeeld. Ook de ervaringen op de werkplek komen expliciet aan de orde. Een neiging tot het uitstellen van werkhervatting is geen goede manier om het incident te verwerken. De periode wordt daardoor niet afgesloten en rondom het werk blijft op die manier een sfeer van onveiligheid hangen. Naarmate het uitstel langer duurt wordt de drempel om weer te beginnen hoger. Werkhervatting wordt daarom actief bepleit.

De hulpverlener zal het contact afronden als betrokkenen aangeven dat de klachten van de eerste dagen afnemen en dat zij het gevoel en het vertrouwen hebben dat hun situatie verbetert. Als er afspraken met de werkgever zijn over verdere begeleiding zal de hulpverlener dit meedelen en zondig organiseren. Als er geen afspraken zijn, zal de hulpverlener adviseren contact op te nemen met de huisarts.

Het protocol in de praktijk

De volgende twee gevalsbeschrijvingen illustreren hoe de opvang gestalte krijgt. Het zijn realistische situaties. Namen en plaatsen zijn weggelaten.

Een overval

Er vindt een overval op een vestiging plaats. Betrokkenen krijgen conform de module opvang en nazorg van een traumahulpverlener.

Korte beschrijving van de overval

Voor openingstijd betreden twee medewerkers het kantoor. Vrijwel op hetzelfde moment springen drie gemaskerde mannen uit een kast en bedreigen hen met vuurwapens. Een van de medewerkers drukt ongezien de alarmknop in. Een van de overvallers zegt tegen deze medewerker: 'Ik schiet je neer als je liegt', en 'Ik weet je wel te vinden.' De andere medewerker wordt met de kolf van een vuurwapen op het hoofd geslagen. Een derde collega betreedt het kantoor. Hij wordt direct bedreigd met een vuurwapen. Zijn handen worden vastgebonden, terwijl hij op de grond moet blijven liggen. Hij wordt in het gezicht gestompt. De eerstgenoemde medewerker wordt gedwongen de kluis te openen, maar dat lukt niet. Ook hij wordt met de kolf van een vuurwapen op het hoofd geslagen. Als de telefoon langdurig rinkelt, worden de overvallers nerveus en verlaten ze zonder buit het kantoor.

Het opvanggesprek

Bij het gesprek zijn twee leidinggevendenden aanwezig. De drie betrokken medewerkers maken een aangeslagen indruk. De lichamelijke verwondingen vallen mee en zijn ter plaatse door de ambulancedienst verzorgd.

De medewerkers krijgen de kans hun hart te luchten. Hoe zijn ze er aan toe (*niet* zozeer wat hebben ze meegemaakt)? De eerste medewerker is vooral kwaad op de overvallers en voelt zich bedreigd. De tweede medewerker wordt regelmatig emotioneel tijdens het gesprek. Hij kan wat hij denkt en voelt goed onder woorden brengen. De derde medewerker is zwijgzaam, maar hij wordt door zijn twee collega's aangemoedigd te vertellen wat er in hem omgaat. Dat lukt hem uiteindelijk goed. De directleidinggevende vindt het vervelend dat de drie medewerkers dit is overkomen. Juist vanochtend was hij bij uitzondering niet aanwezig bij het openen van het kantoor.

Betrokkenen vinden dat zij het veiligheidsprotocol goed hebben gevolgd. Het management complimenteert hen daarvoor en ook voor hun adequate gedrag tijdens de overval. De volgende dag willen zij naar kantoor gaan om hun werksituatie onder ogen te zien. De directleidinggevende zal er dan al zijn. Hij zal het kantoor met andere collega's openen.

De volgende dag worden de medewerkers telefonisch gesproken

De medewerkers zijn de dag daarvoor nog met elkaar uit eten geweest en hebben toen de situatie uitvoerig besproken. De eerste medewerker heeft een korte nachtrust gehad. Zij ervaart steun van haar echtgenoot. Ze is kwaad op de overvallers en zegt dat ze zich er niet onder laat krijgen. Ze heeft hoofdpijn en krijgt het advies haar huisarts te

consulteren. De tweede medewerker heeft goed geslapen. Hij ervaart eveneens steun van zijn echtgenote. Hij heeft weinig last van de gevolgen van de overval. De laatste heeft veel gepiekerd en slecht geslapen. Hij zegt dat praten hem niet helpt. Hij wordt gesteund in zijn aanpak om fitness als uitlaatklep te gebruiken. De direct leidinggevende merkt dat hijzelf alert is. Het openen van het kantoor verliep goed.

Het tweede gesprek, een week na het trauma

De eerste medewerker is nog steeds kwaad op de daders. Zij is schrikachtig en heeft nieuwe sloten in haar woning laten plaatsen. Ze is bang voor de bedreiging. De tweede medewerker wordt goed opgevangen door zijn echtgenote. Hij is schrikachtiger en doet uit voorzorg veel met haar samen. Af en toe is hij emotioneel. De derde medewerker piekert regelmatig. Hij reageert zich af in zijn fitnessactiviteiten. Het gaat hem redelijk, maar hij voelt veel kwaadheid die hij niet kan uiten.

Betrokkenen merken dat ze vooruitgaan ondanks de klachten. Ze hebben allen weer een normale nachtrust. Het begin van een werkdag is moeilijk, maar daarna gaat het beter. Zij zijn vol lof over de steun van collega's en leidinggevendenden. De verdere verwerking van de overval zien ze met vertrouwen tegemoet.

Een halfjaar na de overval krijgt een van de medewerkers klachten. Naar eigen zeggen ten gevolge van de overval. Deze persoon wordt voor nader onderzoek aangemeld op verdenking van een posttraumatische stress-stoornis. Uit het onderzoek blijkt dat de klachten te maken hebben met langer bestaande persoonlijkheidsproblematiek, en voornamelijk van depressieve aard zijn.

Een gijzeling

Een overval op een kantoor rond sluitingstijd. Betrokkenen zijn gedurende een uur gebonden en gegijzeld geweest. Na de opvangmodule blijken ze niet gemakkelijk in staat om het werk te hervatten.

Korte beschrijving van de gijzeling

Na sluitingstijd blijken drie overvallers binnen te zijn. Op het moment van de overval zijn drie medewerkers bezig hun werkzaamheden van die dag af te sluiten. Als uit het niets staan de overvallers ineens voor hun neus. Ze zijn alledrie gewapend. Twee medewerkers moeten op de grond gaan liggen met het gezicht naar beneden. Dit onder bedreiging van een vuurwapen. De derde medewerker moet met een pistool in de nek codes van geldlades intoetsen. Het pistool blijft voortdurend in zijn nek voelbaar. Ook de betaalautomaat heeft de belangstelling van de overvallers. De medewerker staat doodsangsten uit omdat de overvalleur zegt dat wanneer de betaalautomaat niet opengaat, hij hem zal 'afschieten'. De medewerker denkt op dat moment dat er een tijd klok op de betaalautomaat zit die opening na 18.00 niet toestaat. Later zal blijken dat een fout van twee jaar eerder ervoor zorgt dat de automaat wel opengaat.

Nadat de overvallers de buit hebben verzameld, worden de medewerkers opgesloten in een voormalige kluis, die is gesitueerd in een apart af te sluiten ruimte. De gloeilamp in de kluis wordt verwijderd. De deur van de kluis gaat niet op slot, maar wordt gebarricadeerd met een stalen archiefkast. Na een halfuur weten de medewerkers de kluisdeur te openen en via het

plafond kunnen zij zichzelf uit de ruimte bevrijden waarin de kluis zich bevindt. Pas dan slaan ze alarm. Eerder was dit niet mogelijk doordat de overvallers de medewerkers onder schot hielden. Gedurende de overval vond er veel geduw tegen en getrek aan de medewerkers plaats. De houding van de overvallers was ruw en gewelddadig. Een medewerker is een halfuur lang met een pistool in de nek bedreigd geweest.

Opvang en nazorg

Tijdens de opvang en nazorg wordt duidelijk dat de drie medewerkers niet voldoende herstellen. Ze houden klachten en lijken elkaars klachten in stand te houden door veel met elkaar te bellen en negatieve ervaringen uit te wisselen. Een van de medewerkers valt op door veel klagen en een verongelijkte presentatie van klachten. Hij presenteert lichamelijke klachten; hoofd- en lagerugpijn. Hij stelt hoge eisen aan zichzelf, maar kan daar niet aan voldoen.

De opvang krijgt een vervolg in de vorm van drie wekelijkse gesprekken met iedere medewerker apart. Men kiest voor individuele gesprekken omdat de groepsgewijze gesprekken de status-quo lijken te consolideren. Met name de invloed van de eerdergenoemde medewerker met lichamelijke klachten is belemmerend. Als een van de anderen positieve geluiden laat horen, reageert hij met een cynische en negatieve reactie. Als betrokkenen telefonisch gesproken worden, blijken twee van de medewerkers zich beter te voelen dan ze in de groepsgesprekken aangeven.

Tijdens de individuele nazorg gaat het met twee van de medewerkers beter. Zij beginnen in overleg met de traumahulpverlener en rayonmanager weer dagdelen te werken. Na drie weken werken ze volledig. De werknemer met de meer cynische en negatieve attitude wordt verwezen voor nader onderzoek en behandeling van problemen.

Mogelijke complicaties

Uiteraard kunnen complicerende factoren een optimale opvang en nazorg negatief beïnvloeden. Sommige zijn al genoemd. Zo zijn persoonlijkheidsproblemen niet het exclusieve gebied van de psychiatrische polikliniek. Tijdens opvangsituaties komen traumahulpverleners mensen met dergelijke problemen ook tegen. Onder invloed van acute stress en angst komen sommige persoonlijkheidstrekken uitvergroet in beeld. Als de hulpverlener hier geen rekening mee houdt, kan de opvang een ongewenste wending nemen. Andere belangrijke variabelen die men moet onderkennen als complicerende factoren bij opvang en nazorgsgesprekken zijn: verstoorde arbeidsverhoudingen, een beperkt sociaal netwerk, privé-stressoren en een te hoge verwachting over de inhoud en de duur van de nazorg. In sommige gevallen wordt een betrokkene verdacht van medeplichtigheid. Dat vormt een bijzonder lastige situatie die, naast regelmatig overleg met het management, grote zorgvuldigheid van de hulpverlener vereist.

Resultaten met deze manier van opvang

Tot dusver is er een ruw (follow-up) onderzoek gedaan naar de effecten van de opvang en nazorg. In de periode van juli 1999 tot en met december 2002 (3,5 jaar) waren 319 personen het slachtoffer van één en bij uitzondering meer van de 131 overvallen of

geweldsincidenten gedurende die periode. Zij werden allen opgevangen en begeleid aan de hand van het protocol. Er is tot en met december 2003 geregistreerd wie van deze personen vervolgens conform het hulpverlenerscontract voor psychologische behandeling bij HSK werd aangemeld. Deze registratie betreft een periode van minimaal 1 jaar tot maximaal 4,5 jaar na het trauma.

Van de 319 personen werden er 28 (8,8%) aangemeld voor behandeling (16 vrouwen, 12 mannen). Van deze 28 kregen er 12 de diagnose posttraumatische stress-stoornis (7 vrouwen, 5 mannen). Dit is 3,8 procent van het totaal aantal bij overvallen en geweldsincidenten betrokken personen. Van deze 12 personen met de diagnose PTSS hadden drie in de tweede helft van 1999, zeven in 2000 en 1 in 2001 en 2002 een traumatische gebeurtenis meegemaakt. Twee werden in 1999 aangemeld voor behandeling van hun PTSS, 7 in 2000, 2 in 2001 en 1 in 2002. Wanneer gekeken wordt naar de periode tussen de traumatische ervaring en de aanmelding voor behandeling, blijken 7 personen reeds 1 tot 2 maanden na het trauma aangemeld te zijn, 4 na 3 tot 5 maanden en 1 na 8 maanden.

Van de overige 16 personen kregen er 6 de diagnose aanpassingsstoornis, 4 een depressieve stoornis, 2 een paniekstoornis, 1 een burn-out en hadden er 3 uiteindelijk geen diagnose (V-code). Deze verschillende aanmeldingen stonden vaak niet in relatie tot de overval of het geweldsincident.

Deze gegevens, hoewel ruw, zijn hoopgevend wanneer men ze vergelijkt met de epidemiologische studies die vaststellen dat zo'n acht tot vijftien procent van de mensen die ooit een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt een PTSS ontwikkelt (Breslau, 1998; Kessler et al., 1995). Nader onderzoek en verdere analyses zijn evenwel nodig, omdat andere personen uit de groep van 319 personen zich mogelijk elders hebben aangemeld. Hoewel we het aantal met PTSS gediagnosticeerde personen dat zich momenteel aan de waarneming onttrekt, laag inschatten, omdat het contract voor psychologische hulpverlening voorziet in een laagdrempelige en snelle toegang tot deze hulpverlening, is het voor de volledigheid wel noodzakelijk dit na te gaan. Daartoe dienen alle betrokken personen individueel te worden benaderd. Voorbereidingen in deze richting zijn op het moment van verschijnen van dit artikel volop aan de gang.

Het is verder bekend dat de opdrachtgever en betrokkenen vrijwel zonder uitzondering positief zijn over de dienstverlening zoals in deze geprotocolleerde nazorg en opvang geboden. Men ervaart de snelle en laagdrempelige beschikbaarheid als passend bij de situatie. De korte lijnen met management en bedrijfsarts maken het mogelijk snel uitval te voorspellen en daarop te reageren. Daarnaast is de positie van een hulpverlener die niet in dienst is van het bedrijf, prettig voor alle betrokkenen. Niet beïnvloed door bedrijfsbelangen vormt hij zijn mening, conclusie en advies. Dat wekt vertrouwen bij alle betrokken partijen.

Tot slot

In de dagelijkse praktijk van de traumaopvang lopen we nog vaak aan tegen misstanden die te maken hebben met ideeën over verwerking en omgaan met emoties, die niet kloppen. De 'orenmaffia' uit de jaren tachtig en negentig zit er in veel gevallen nog diep in.

‘Je moet emoties doormaken, anders loopt het niet goed af.’

‘Je krijgt de klap nog wel, als je nu niets doet.’

‘Je moet erover praten, anders verwerk je het niet goed.’

Et cetera. Hierin klinkt de verantwoordelijkheidskwesitie door. Als je nu niet goed handelt, zul je daar later last van krijgen en dan is het dus je eigen schuld. Alert zijn op deze moraal en trachten deze gedachtegang te corrigeren is een belangrijke rol van de hulpverlener. Uitleggen dat ieder zijn eigen reactie heeft en dat geen enkele manier dé enige manier is, is hierbij van belang. Opmerkelijk is dat de ideeën over debriefing hardnekkig blijven persisteren als gouden standaard onder hulpverleners en veel van de bij trauma's betrokken individuen. Kennelijk zijn de resultaten van de onderzoeken naar de effectiviteit van debriefing geen gemeengoed. Een andere oorzaak ligt mogelijk in de behoefte van hulpverleners aan controle over een doorgaans chaotische situatie. Binnen de aloude debriefingsmethodieken speelt de hulpverlener veel meer de vertrouwde rol van therapeut.

Vooralsnog lijkt de hier beschreven methodiek van traumaopvang een effectief en mogelijk efficiënt alternatief voor de traditionele debriefing. Ze sluit beter aan bij moderne theoretische inzichten over wat er bij verwerking van een traumatische gebeurtenis moet plaatsvinden. Daarnaast voldoet ze aan de erkenningsbehoefte van de slachtoffers. Uiteraard kunnen werkgevers in het kader van deze erkenningsbehoefte ook kiezen voor andere vormen van nazorg. Te denken valt aan een ontspannende activiteit met de afdeling, extra vrije dagen of een bonus. Maar dit brengt het risico met zich mee dat onvoldoende en te weinig aandacht wordt besteed aan het herwinnen van het gevoel van veiligheid. Onze veronderstelling is dat een externe, neutrale persoon hierin een belangrijke, waar nodig sturende rol kan vervullen. Het gaat om meer dan erkenning in de beschreven methodiek. Een gedetailleerde inhoudelijke analyse van de gebeurtenis in al zijn facetten is hierbij evenwel minder belangrijk, zelfs ondergeschikt aan de vorm van de opvang. In deze vorm ligt de nadruk op uitgaan van en aansluiten bij de eigen kracht en mogelijkheden van de betrokken personen, daarmee een gevoel van controle en dus veiligheid, koppeland aan de schokkende ervaring.

abstract

After a traumatic event people might develop a posttraumatic stress disorder (PTSD). In preventing this, psychological debriefing has been a popular intervention. However, this popularity is not corroborated by research findings. Therefore, this article describes an alternative for debriefing. This alternative is based on theoretical insights on PTSD and coping and is characterized by the absence of detailed reconstruction of the traumatic event. It focuses on enhancing existing coping strategies of the individual and on mobilizing his or her social network in order to help the individual cope with the traumatic event. The method is described and explained using two cases. Also some preliminary results of a group of 319 persons subjected to this type of intervention after experiencing a hold-up at work are reported. In a period of 1 through 4,5 years after trauma twelve (3.8%) persons in this group develop

PTSD. Compared to the literature on the epidemiology of PTSD reporting 8 to 15% of persons involved in a traumatic event eventually developing PTSD, this result is promising.

Referenties

- APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Benyakar, M., Kutz, I., Dasberg, H., & Stern, M.J. (1989). The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 431-450.
- Bisson, J.L., Jenkins, P.L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In R. Yehuda (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 1-29). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Busuttill, A., & Busuttill, W. (1995). Psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 166, 676-681.
- Carlier, I.V.E., & Gersons, B.P.R. (1998). Debriefing: interventies na acute traumatisering In B.P.R. Gersons & I.V.E. Carlier (red.), *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen* (pp. 33-41). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Carlier, I.V.E., Uhelen, J.J. van., Lamberts, R.D., & Gersons, B.P.R. (1998). Disaster-related posttraumatic stress in police officers; a field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine*, 14, 143-148.
- Carlier, I.V.E., Voerman, A.E., & Gersons, B.P.R. (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 87-98.
- Doctor, R.S., Curtis, D., & Isaacs, G. (1994). Psychiatric morbidity in policemen and the effect of brief psychotherapeutic intervention: a pilot study. *Stress Medicine*, 10, 151-157.
- Dyregrov, A. (1997). The process in critical incident stress debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 589-605.
- Emmerik, A.A.P. van, Kamphuis, J.H., Hulsbosch A.M., & Emmelkamp, P.M.G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, 360, 766-771.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., & 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*, 63, 948-955.
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., & Worlock, P. (1996). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438-1439.
- Jenkins, S.R. (1996). Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 477-492.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1058-1060.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affect. *Psychoanalytical Study of the Child*, 33, 81-116.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Cognitive appraisal processes. In R.S. Lazarus & S. Folkman (Eds.), *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, C., Slade, P., & Lygo V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 47-58.
- Matthews, L.R. (1998). Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatric Services*, 49, 207-212.
- Pennebaker, J.W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotion*. New York: Guilford Press.
- Rachman, S. (1980). Emotional Processing. *Behaviour Research & Therapy*, 18, 51-60.
- Rick, J., & Briner, R. (2000). *Trauma management vs. stress debriefing: what should responsible organisations do?* Institute for Employment Studies. http://www.employment-studies.co.uk/pdflibrary/bps2000_ptsd.pdf

- Robinson, R.C., & Mitchell, J.T. (1993). Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 367-382.
- Rose, S., & Bisson, J. (1998). Brief early psychological intervention following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 697-710.
- Spinhoven, Ph., Elzinga, B.M., & Roelofs, K. (2002). Theoretische modellen voor de PTSS. In A. van Minnen & M.J.P.M. Verbraak (red.), *Psychologische interventies bij posttraumatische stress-stoornis*. Nijmegen: Cure & Care publishers.
- Turner, S.W., Thompson, J., & Rosser, R.M. (1993). The King's Cross fire: Early psychological reactions and implications for organizing a 'phase-two' response. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press.
- Verbraak, M.J.P.M., & Minnen, A. van (2002). Wat maakt effectieve psychologische behandelingen van PTSS werkzaam? Enige beschouwingen. In A. van Minnen & M.J.P.M. Verbraak (red.), *Psychologische interventies bij posttraumatische stress-stoornis*. Nijmegen: Cure & Care publishers.