

Verder met je werk na agressie en bedreiging

FOTO: STOCKBYTE

SPH'ers lopen beroepshalve een verhoogd risico geconfronteerd te worden met een traumatische gebeurtenis, een gebeurtenis die zo'n diepe indruk maakt dat zij de psyche kan verwonden. De helft van de medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg krijgt jaarlijks bijvoorbeeld te maken met fysiek geweld, een mogelijke oorzaak voor een psychotrauma.

Huub Buijssen stelt in dit artikel de volgende vragen centraal: wat is een psychotrauma, wat ervaart de betrokkene, wat is een post-traumatische stressstoornis, hoe kun je een psychotrauma verwerken, hoe kun je een getraumatiseerde collega helpen en wat kan een instelling doen voor getraumatiseerde medewerkers?

[**Huub Buijssen**, klinisch psycholoog]

Een SPH'er werkzaam in een psychogeriatrisch verpleeghuis: 'Dagelijks heb ik te maken met lichte vormen van agressie. We accepteren het: het hoort erbij. Op een dag haalt een bewoner die nooit eerder agressief is geweest, onverwacht zo hard naar me uit dat ik op de EHBO terechtkom waar een aantal hechtingen aangebracht moet worden. Ik werk de dagen erna gewoon door. Een week na het voorval krijg ik nachtmerries. Het duurt vaak heel lang voordat ik mezelf weer in de hand heb.'

Een SPH'er werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten: 'Ik loop naar de eetkamer. "Kijk uit, een bord", begroet mijn collega mij. Ik schrik van de angst in haar stem en blijf staan. Ik kijk recht in de woedende ogen van Peter. Scheldend houdt hij het bord omhoog. Even later suist het in mijn richting. Ik duik weg. Het bord knalt tegen de muur. Peter pakt een mes. In gedachten zie ik het dwars door me heen gaan. Ik vlucht de badkamer in.'

Een SPH'er werkzaam in de verslavingszorg brengt een huisbezoek aan een cliënt van haar. Als ze binnenkomt,

→ merkt ze dat de cliënt onder de coke zit. Als ze na drie kwartier weg wil gaan, haalt hij uit een laatje een pistool tevoorschijn. Hij richt het op haar en zegt: 'Jij wou weg hè, maar je gaat helemaal niet weg. Je drinkt gewoon een kopje koffie met me. En als je dat niet doet, schiet ik je voor je kop.'

Een groot scala aan ervaringen kan een psychotrauma bij SPH'ers in de werkpraktijk veroorzaken: een mislukte reanimatie, suïcide van een patiënt, (mogelijke) besmetting met hiv- of hepatitis-b-virus, een fatale fout, ongewenste intimiteiten, een conflictueus of gecompliceerd stervensproces en agressie. Het laatste is de hoofdoorzaak van psychotrauma's. Zo toont een recent onderzoek aan dat de helft van de medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg het afgelopen jaar te maken heeft gehad met fysiek geweld of serieuze bedreiging (Psy, 2003). De uitkomsten van deze en soortgelijke studies hebben ervoor gezorgd dat in ons land toenemende aandacht is voor het thema agressie tegen medewerkers. Sinds ongeveer tien jaar laten instellingen hun medewerkers trainingen volgen in het tijdig leren signaleren van agressie, in deëscalatietechnieken en in fysieke weerbaarheid. Omdat men ervan uitgaat dat zelfs de best getrainde medewerker met geweld te maken kan krijgen en dit geweld in bepaalde gevallen traumatisch kan zijn, zijn Nederlandse gezondheidsinstellingen sinds

Advertentie

PADMA-OPLEIDING

In januari 2004 start in Nijmegen weer de **Post-HBO-opleiding voor Zingeving, Creativiteit en Toegepaste Spiritualiteit** (duur 1.5 jaar, 13 tweedaagse bijeenkomsten op vrij. en zat.)

Bedoeld voor werkers in de hulpverlening, gezondheidszorg, welzijnswerk en voor mensen met een onderwijsachtergrond. Vooropleiding op HBO-niveau is vereist.

Opleidingsbrochure en een overzicht van andere activiteiten op te vragen via info@padma-opleiding.nl

Zie ook
www.Padma-opleiding.nl

*Het sleutelwoord om bij jezelf of anderen een psychotrauma te herkennen, is het woordje 'anders'.
Je bent niet meer de oude.*

2000 verplicht om traumaopvang voor hun personeel te regelen.

Wat is een psychotrauma?

Een traumatische gebeurtenis leidt in de meeste gevallen tot een psychotrauma, een psychische verwonding ('trauma' komt uit het Grieks en betekent oorspronkelijk 'wond'). Drie groepen symptomen zijn kenmerkend voor een psychotrauma:

1. **Veelvuldige herbeleving:** de gebeurtenis of bepaalde fragmenten ervan spelen zich keer op keer voor het geestesoog van de betrokkene af.
2. **Vermijdingsreacties:** de betrokkene doet veel moeite om situaties of prikkels die met de gebeurtenis te maken hebben of eraan doen denken, te ontlopen.
3. **Verhoogde waakzaamheid en prikkelbaarheid:** het lichaam en de geest van de betrokkene verkeren na de gebeurtenis in een verhoogde staat van paraatheid.

Elk van deze drie hoofdkenmerken van het psychotrauma kan zich op diverse wijzen manifesteren. Herbelevingsreacties uiten zich in veel gevallen via steeds terugkerende herinneringen. Telkens dringen zich de beelden van het incident aan je op. Je ertegen verzetten helpt niet. In veel gevallen gaan de herinneringen vergezeld van akelige gevoelens: angst, verdriet, machteloosheid, agressie, schuld. De beelden zorgen er in combinatie met gevoelens voor dat je de traumatische gebeurtenis herbeleeft en als reëel ervaart. Het incident kan ook 's nachts herbeleefd worden, in de slaap. Je hebt vreselijke nachtmerries en wordt bezweet en uitgeput wakker.

Het tweede hoofdkenmerk van het psychotrauma is vermijding. Je betrapt je er geregeld op dat je moeite doet niet aan het incident te denken. Je wilt er niet over praten en probeert situaties of activiteiten te ontlopen die aan het incident doen denken. De beelden en herinneringen doen zoveel pijn dat je je bijzonder inspant om er niet mee geconfronteerd te hoeven worden. Om deze reden meld je je mogelijk zelfs ziek. Het is ook mogelijk dat je, om je geest te verdoven, veel gaat roken of drinken of dat je je op bezigheden en hobby's stort.

Het derde kenmerk van psychotrauma is verhoogde prik-

kelbaarheid. Ook dit kenmerk kan zich verschillend uiten. Je verkeert continu in een verhoogde staat van waakzaamheid. Je lichten staan nooit op groen, maar altijd op oranje. Er hoeft maar weinig te gebeuren of de kleur verandert in rood. Van een gebeurtenis die vroeger nauwelijks impact had, kun je nu hevig schrikken. Je bent een angsthaas geworden. Je gerichtheid op vreselijke gebeurtenissen vereist zoveel aandacht dat je je maar moeilijk kunt richten op de gewone, normale bezigheden. Je bent gauw afgeleid en maakt veel sneller fouten dan voorheen. De verhoogde prikkelbaarheid uit zich ook in je humeur. Bij een kleinigheidje kun je al uit je slof schieten.

Als je een psychotrauma oploopt, zul je meestal niet alle hiervoor genoemde symptomen hebben. Er bestaan grote verschillen tussen getraumatiseerde personen. Bij de een staan vermijding (bijvoorbeeld door veel te drinken), apathie en vervreemding op de voorgrond, de ander reageert vooral met agressie en buitensporige schrikachtigheid. Het sleutelwoord om bij jezelf of anderen een psychotrauma te herkennen, is het woordje 'anders'. Je bent niet meer de oude. In de rimpelloze vijver van de eigen psyche is een steen geworpen die het totale wateroppervlak in beroering brengt.

Hoe lang iemand last heeft van een psychotrauma, verschilt per persoon. Iedereen heeft zijn eigen verwerkings-tempo. Hoe groot de verschillen kunnen zijn, blijkt uit een onderzoek onder negentig Schotse ambulancemedewerkers die het voorbije half jaar een bijzonder ingrijpende incident hadden meegemaakt (Alexander & Klein, 2001). Gevraagd naar de duur van de drie typische hoofdkenmerken van het psychotrauma gaven zeven aan er slechts enkele uren last van te hebben gehad. Tien kampten er één dag mee, 31 een paar dagen, veertien ongeveer een week, één circa een maand, twee ongeveer een paar maanden en vijf hadden nog langer last. Grote verschillen dus. Belangrijk is dat een psychotrauma een normale reactie is. *Jij* bent dan niet psychisch ziek of 'gek', de *gebeurtenis* die je meemaakte, was abnormaal. Vandaar dat je zo heftig reageerde.

De meeste hulpverleners die een traumatische gebeurtenis meemaken en zo een psychotrauma oplopen, slagen er zoals gezegd in om na enkele dagen of weken de draad van het leven weer op te pakken. De eerste dagen of weken slapen ze nog slecht, denken ze veel aan het voorval, zijn ze angstig en paniekerig en twifelen ze aan zichzelf en hun toekomst, maar geleidelijk aan wordt dit alles minder. Ze voelen zich weer de oude worden.

Ongeveer een op de acht lukt het niet om de traumatische gebeurtenis achter zich te laten en hun bestaan er niet meer door te laten regeren. Ze hebben er na één maand – sommigen deskundigen houden een termijn aan van drie maanden – nog (bijna) even veel last van of mogelijk zelfs nóg meer dan vlak na de gebeurtenis. In het proces van verwerking is geen vooruitgang geboekt. Er is dan sprake van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De normale reactie op de traumatische gebeurtenis duurt hier



FOTO: STOCKBYTE

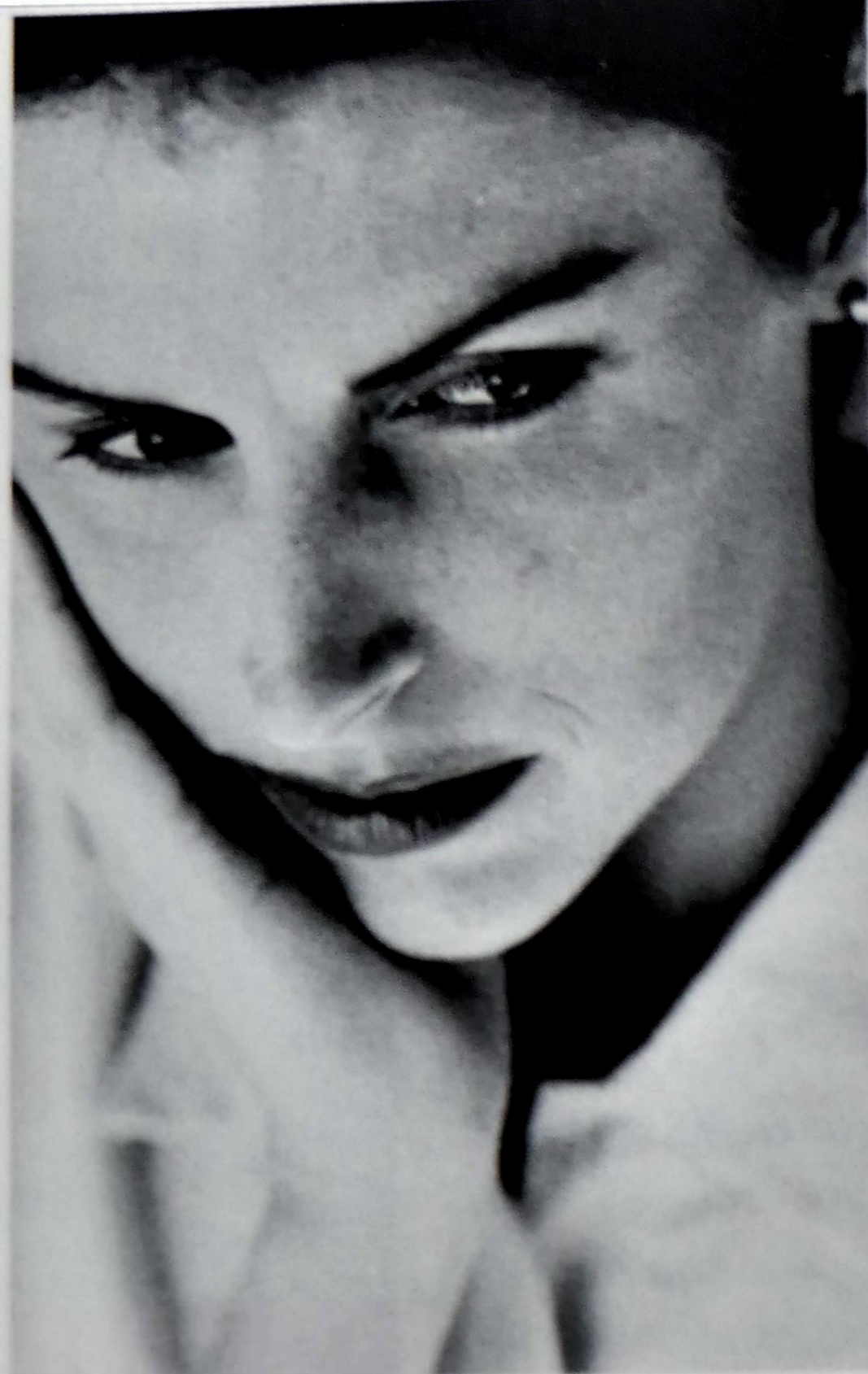
te lang. Behalve een PTSS kan men na een traumatische gebeurtenis ook een andere psychiatrische stoornis ontwikkelen, zoals een depressie, een verslaving, een fobie enzovoort. Ook combinaties van psychiatrische beelden, bijvoorbeeld een PTSS en een depressie, komen vaak voor. Om van een PTSS of een andere psychiatrische aandoening te herstellen, is professionele hulp nodig van een deskundige, een psycholoog of psychiater die in deze thematiek gespecialiseerd is.

Hoe verwerk je een psychotrauma?

Voor het verwerken van een traumatische gebeurtenis is het nodig dat je er veel mee bezig bent. Hierdoor verliest wat je hebt meegemaakt zijn alarmerende karakter. Wat ongewoon was, wordt op den duur – hoe vreemd dat aanvankelijk ook mag lijken – steeds gewoner. Het slijt. Maar dat niet alleen. Het krijgt ook een plekje in je bestaan. Sommigen slagen er zelfs in om hetgeen hun is overkomen zin en betekenis te geven. Ze worden er letterlijk wijzer van of komen er sterker uit te voorschijn. Verwerking gaat altijd gepaard met het stellen van vragen. Wat is er gebeurd? Waarom is het gebeurd? Waarom is het mij overkomen? Waarom heeft niemand geholpen? Hoe zal het zijn als het me nog een keer overkomt? Zou ik dat aankunnen? Deze vragen blijven je maar achtervolgen. Hoe graag je ze wellicht zou willen ontwijken, op dergelijke vragen moet je voor jezelf een enigszins bevredigend antwoord vinden. Zolang dat niet gebeurt. →

→ heb je geen rust. Voor velen is praten de ideale manier om met deze vragen bezig te zijn. Sommigen schrijven het gebeurde liever van zich af. Anderen zijn met de gebeurtenis bezig via schilderen, tekenen of musiceren. Iedereen heeft zo zijn eigen verwerkingsstijl. Niemand houdt het vol om steeds met een traumatische gebeurtenis bezig te zijn. Vergelijk het met het revalideren van een lichamelijke blessure, bijvoorbeeld van een meniscusoperatie. Voor een spoedig herstel is het wisselen van beweging (inspanning) en rust cruciaal. Welnu, wat geldt voor het herstellen van een lichamelijke wond, geldt ook voor een geestelijke wond. Om niet geestelijk uitgeput te raken en zo het risico te lopen psychisch verder af te glijden, moeten we na elke confrontatie de deur van de herbeleving op slot gooien. Zo krijgen we de gelegenheid de psychische accu op te laden en ons gereed te maken voor de volgende confrontatie. Vermijding is dus net zo essentieel voor verwerking als herbeleving. Bij een psychotrauma komt het erop aan de goede mix te vinden van er wel en er niet mee bezig zijn. Hoe je dat eerste doet, is boven al gezegd. Er niet mee bezig zijn kan op veel manieren: sporten, wandelen, fietsen, tuinieren, een spelletje doen, winkelen, klusjes in en om huis doen, muziek luisteren enzovoort. Ook hier geldt dat iedereen zijn favoriete manier(en) heeft om zijn geest te verzetten.

FOTO: STOKERBYTE



Hulp aan een getraumatiseerde collega

Op grond van het voorgaande is duidelijk hoe je het beste iemand kunt helpen die een psychotrauma heeft opgelopen. Namelijk door er voor de ander te zijn, te luisteren als iemand wil praten, zelf weinig te zeggen en weinig te vragen. Een belangrijke vraag die je altijd wel moet stellen is: 'Kan ik iets voor je doen?' Met vragen naar gevoelens dien je zeker de eerste dagen heel voorzichtig te zijn. Vraag alleen naar gevoelens als de ander er zelf over begint. Bedenk dat in het begin gevoelens nog zó heftig en pijnlijk kunnen zijn dat het averechts kan werken als je hier diep op ingaat. Pas later, na enkele dagen, kun je voorzichtig gaan vragen naar gevoelens. Een belangrijk principe bij hulpverlening na een psychotrauma is dat men het tempo altijd dient aan te passen aan dat van de ander. Je mag nooit sneller gaan of willen dan de ander aankan. Het juiste tempo aanhouden is het moeilijkste onderdeel van de opvang. Vraag daarom niet door naar gevoelens als je twijfelt of als je merkt dat de ander dit niet aankan,

bijvoorbeeld als hij afweert of te emotioneel wordt.

Fouten die je bij opvang dient te vermijden zijn:

- Bagatelliseren van het gebeurde: 'Er gebeuren hier nog wel eens ergere dingen.'
- Iemand veroordelen: 'Had je niet beter...'
- Het gesprek naar jezelf toetrekken: 'Ik heb zelf ook ooit iets meegemaakt...'
- Tegen de ander zeggen dat hij nog geluk heeft gehad, bijvoorbeeld als iemand 'slechts' is bedreigd of er zonder kleerscheuren vanaf is gekomen.
- Zeggen dat het bij het vak hoort of - erger nog - zeggen: 'Als je daar niet tegen kunt, ben je niet

geschikt voor het vak.'

- Aansporen het er verder maar niet over te hebben: 'Het is nu eenmaal gebeurd. Gedane zaken nemen geen keer.'

Een veel voorkomend misverstand is de gedachte dat het na een paar dagen wel weer over moet zijn. Men vraagt er dan niet meer naar. Als de getraumatiseerde collega deze subtiele signalen van zijn omgeving echter opvangt en er niet meer over durft te beginnen, bestaat het risico dat hij alsnog in een isolement raakt. Kortom, als je weet dat iemand iets traumatisch heeft meegemaakt, doe je er goed aan er op een later tijdstip nog eens op terug te komen. 'Een paar weken geleden had je zo'n nare ervaring, hoe is het nu met je?' Of: 'Ben je er nog veel mee bezig?' Ga er niet te gemakkelijk van uit dat in dergelijke situaties het initiatief bij het slachtoffer dient te liggen. Een psychotrauma roept namelijk altijd gevoelens van schuld en schaamte op. Deze vormen een barrière om er zelf over te beginnen. Bovendien wil niemand graag als zielig of als lastpost overkomen. Juist hulpverleners hebben er moeite mee om voor zichzelf aandacht te vragen: het is tegen hun aard.

Wat kan de instelling doen?

Een medewerker die tijdens zijn werk met zodanige agressie wordt geconfronteerd dat hij er een psychotrauma door oploopt, rekent niet alleen op steun van collega's, maar ook op die van de organisatie. Zonder dat hij dit hardop uitspreekt, redeneert hij immers als volgt: 'Doordat ik me voor mijn organisatie heb ingezet, heb ik het nu vreselijk moeilijk; nu verwacht ik dat de organisatie zich voor mij inzet.' Voor de medewerker is de organisatie eerst en vooral de eigen leidinggevende. Deze moet betrokken-

heid en belangstelling tonen. Als de medewerker merkt dat zijn instelling hem steunt, zal hij dit erg waarderen. Ervaart hij echter geen steun, dan zal hij dit de organisatie erg kwalijk nemen. Voor hem kan dit zelfs een reden zijn om elders emplooi te gaan zoeken.

De leidinggevende moet belangstelling tonen en de medewerker ook zo veel mogelijk praktisch steunen (bijvoorbeeld door sancties te treffen tegen de agressieve patiënt of de medewerker z'n bril te vergoeden als deze bij het incident stuk raakte). Hij is echter vaak niet de meest aangewezen persoon om opvanggesprekken te voeren.

Hij heeft immers twee petten op: opvang vandaag laat zich moeilijk rijmen met beoordeling morgen.

In Nederland hebben de meeste gezondheidsinstellingen er daarom voor gekozen om opvang te laten uitvoeren door een lid van een hiervoor in het leven geroepen bedrijfsopvangteam, dit wil zeggen een kleine groep van eigen medewerkers – veelal uitvoerenden – die een korte (spoed)cursus heeft gevolgd in collegiale traumaopvang. Doelbewust heeft men ervoor gekozen om de nazorg niet in handen te leggen van professionals die gespecialiseerd zijn in hulpverlening bij psychiatrische aandoeningen of psychische klachten (psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers). Deze keuze heeft men niet alleen gemaakt omdat een psychotrauma een normale reactie is op een abnormale (extreme) gebeurtenis en daarom niet gemedicaliseerd moet worden, maar ook omdat deze hulp laagdrempeliger is. En last but not least ook omdat volgens onderzoek opvang door gelijken effectiever is dan die van professionele hulpverleners (Gersons & Carlier, 1998). Behalve het oprichten van een opvangteam is het in Nederland gebruikelijk dat medewerkers een brochure krijgen waarin essentiële informatie staat over zelfhulp en collegiale hulp na een traumatische gebeurtenis. Ook valt erin te lezen dat extreme psychische reacties na een traumatische ervaring normaal zijn en niet verontrustend.

Lichte en matig ernstige incidenten

Extreem hevige agressie-incidenten die leiden tot een psychotrauma, zijn gelukkig vrij zeldzaam. SPH'ers

Werkpakket agressie

Recent verscheen het 'werkpakket agressie' dat zorginstellingen vele aanknopingspunten en instrumenten biedt om beleid op het gebied van agressie te verbeteren. Het werkpakket – met Huub Buijssen als co-auteur – is te bestellen bij het kenniscentrum Zorg en Welzijn o.v.v. publicatienummer 920.022.72: tel. 030-2985222, fax: 030-2739777, e-mail: producten@arbozw.nl. Het kost € 22,50 en is gratis voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

De helft van de medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg heeft het afgelopen jaar te maken gehad met fysiek geweld of serieuze bedreiging.

hebben veel vaker te maken met lichte tot matig ernstige incidenten. Deze zijn niet zo onschuldig als ze lijken, want wanneer aan deze incidenten geen aandacht wordt besteed, bestaat het gevaar dat medewerkers emotioneel vollopen en ze een burn-out ontwikkelen. Een snel aan populariteit winnende methode is speciaal ontworpen voor het bespreken van lichte en matige incidenten: de Intervisie Methode Incidenten oftewel IMI (niet te verwarren met de incidentmethode). Het doel van de IMI is drieledig: structureel aandacht schenken aan lichte en matige incidenten op het werk (erkenning en herkenning), het voorkomen van opeenstapeling van incidenten (psychohygiëne), en het formuleren van beleid en het nemen van praktische maatregelen om incidenten in de toekomst te voorkomen (preventie).

De kracht van de door schrijver dezes ontwikkelde IMI is dat deze degene die het incident inbrengt, zelf een oplossing laat bedenken om herhaling te voorkomen. Deze intervisiemethode draagt daarom bij tot empowerment. Een ander sterk punt van de IMI is dat deze behalve als opvanginstrument ook gebruikt kan worden voor het gezamenlijk bespreken van andere problemen in de zorg, bijvoorbeeld voor het bespreken van moeilijkheden in de omgang met een bepaalde patiënt of bewoner. Ook als niemand van het team in de voorbije periode een incident heeft meegemaakt, kan de intervisie doorgaan doordat dan een cliënt- of patiëntsituatie ingebracht kan worden. De IMI wordt dan ook aanbevolen door de Sectorfondsen Zorg en Welzijn. ❖

Huub Buijssen, klinisch psycholoog NIP, is directeur van Buijssen Training en Educatie, gespecialiseerd in traumaopvang in de zorg en in de IMI. Zie www.traumaopvang.com

L I T E R A T U U R

- Buijssen, Huub. *Traumatische ervaringen van verpleegkundigen. Als je beroep een nachtmerrie wordt.* Elsevier, Maarssen, 2003.
- Buijssen, Huub. *Aangeslagen: Indringende ervaringsverhalen van maatschappelijk werkers.* Elsevier, Maarssen, 1999.
- Gersons, B.P. & I.V.E. Carlier. 'Debriefing: interventies na acute traumatisering.' In: B.P. Gersons en I.V.E. Carlier (red.), *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen.* Cure & Care. Zeist, 1998.
- Psy. Minder plezier in het werk door agressie. Psy, nr 8, 2003, p.9.*