

# ZWIJGEN IS HET SLECHTSTE

Foto's: Jan van Teeffelen

## Traumatische ervaringen in de kinderverpleging

Verpleegkundige fouten met fatale afloop, een kind dat gillend van de pijn op de afdeling wordt gebracht, door brand of auto-ongeluk ernstig verminkte kinderen, toezien bij uitzichtloos lijden, wanhopige familieleden: het hoort allemaal bij het verpleegkundig beroep. Soms echter kan de confrontatie met verdriet, lijden, sterven en dood van patiëntjes zo indringend zijn dat men er zelf een flinke geestelijke wond van krijgt: een psychotrauma.

*'Het is 1989. Ik werkte als verpleegkundige op de kinderafdeling. Dertig kinderen met besmettelijke ziekten of brandwonden in afgesloten kamertjes. Op een nacht had ik in mijn eentje dienst. Bij een jongen die in coma lag, moest het slijm worden weggezogen. Terwijl ik daar mee bezig was, bleef de canule aan het slijmvlies vastzitten. Hij kreeg een geweldige bloeding. Net een fontein. Het bloed spatte tegen de muren en het plafond. Het was een gruwel, een nachtmerrie. Het bleek al drie keer eerder gebeurd te zijn, maar niemand had me dat verteld. Ik ben weggerend en heb zijn behandelend specialist gebeld: "Kom alstublieft." Maar zijn reactie was: "Zou het niet een zegen zijn als die jongen hieraan kwam te overlijden?" Toen heb ik gezegd: "Kom dan voor mij. Ik kan het niet verdragen als hij hieraan doodgaat." De specialist is gekomen en die heeft het op dat moment gered. Voor mij was het een schokkende ervaring, maar op mijn werk was er nauwelijks ruimte om erover te praten. Tamelijk autoritaire verhoudingen, weinig openheid, weinig communicatie. Ik heb het wel geprobeerd, maar mijn collega's zagen niet hoe diep deze gebeurtenis me raakte. Die nacht was een breuk in mijn leven. Ik dacht in termen van ervoor en erna. Ik realiseerde me dat mijn handen niet alleen verzorgend, maar ook dodelijk konden zijn. Je wordt geacht een - reddende - engel te zijn. Dat je ook een schaduwkant hebt, daarvoor ben je nooit gewaarschuwd. In de opleiding werd niet ingegaan op dit aspect. Er was een absoluut gebrek aan psychologische scholing.' (Van de Ven, 1997).*



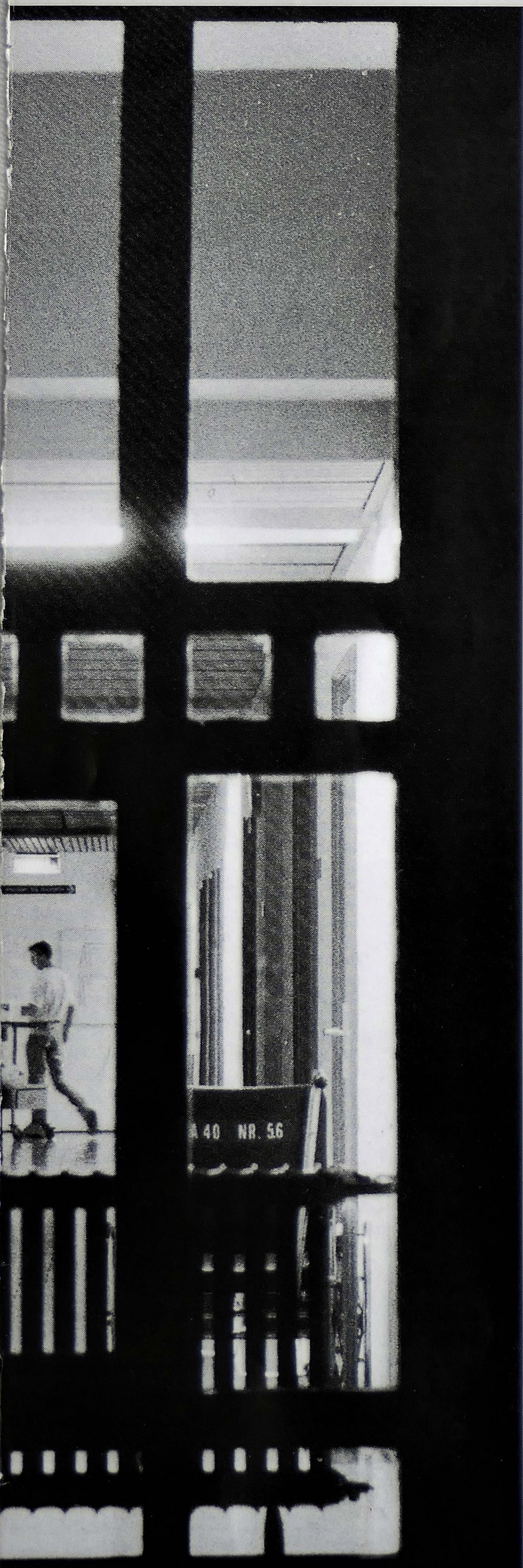
### Drie kenmerken

Verpleegkundigen hebben voor hun beroep gekozen om voor mensen te zorgen. Om mensen te helpen die ziek zijn en lijden. Velen hebben zich van tevoren niet gereali-

seerd dat dit helpen voor hen zelf ook een risico in kan houden, namelijk het risico op een psychotrauma.

Wat is een traumatische ervaring? De meest gehanteerde definitie is 'een gebeurtenis die buiten het patroon van de menselijke





ervaringen ligt en leed veroorzaakt bij vrijwel iedereen.' Het is dus een gebeurtenis die zo verschrikkelijk, zo indringend en zo anders is dat het slachtoffer deze emotioneel niet of nauwelijks aankan. Anders gezegd, het is een gebeurtenis die zó abnor-

maal is dat het normaal is het er erg moeilijk mee te hebben.

Een psychotrauma heeft drie hoofdkenmerken.

**Het eerste is:** herbelevingsreacties. De gebeurtenis dringt zich steeds weer aan de geest op. Omdat elke herbeleving als heel reëel beleefd wordt en heel hevige, pijnlijke gevoelens oproept, doet de betrokkene er alles aan om de gebeurtenis weg te duwen. Een verpleegkundige die hielp bij een bevalling waarbij zowel de baby als de moeder het leven liet vertelde: "Toen ik daags na het incident wakker werd, was het eerste wat ik zag de ogen van de jonge moeder, ogen vol angst. Ze was van mijn leeftijd. Ik probeerde dat beeld kwijt te raken door bezig te zijn. Ik trok alle kleren uit de kast en ben ze opnieuw gaan strijken en opvouwen. Daarna ben ik mijn slaapkamer gaan soppen. Ik merkte echter dat ik er niet in slaagde de film te stoppen."

Dit citaat geeft niet alleen een illustratie van het eerste kenmerk van het psychotrauma, maar ook van **het tweede kenmerk:** de gebeurtenis uit de gedachten proberen te bannen. Ze tracht deze weg te stoppen om zo de gevoelens die bij de gebeurtenis horen niet te hoeven voelen. Velen zullen daarom hun best doen om met een grote boog om de plek des onheils heen te lopen. De zojuist genoemde verpleegkundige: "Na drie dagen vrij te zijn geweest moest ik weer naar mijn werk. Ik had late dienst en liep de hele dag met een knoop in mijn maag. Ik had vreselijke tegenzin om weer naar de afdeling te gaan waar alles gebeurd was."

**Het derde kenmerk** is verhoogde prikkelbaarheid. Het is net alsof de geest sinds de gebeurtenis voortdurend op oranje staat. Er hoeft maar weinig te gebeuren of de geest springt op rood. Overbodig te zeggen dat dit alles zeer vermoeiend is.

#### Herstel van een psychotrauma.

Herstel van een psychotrauma geschiedt op dezelfde wijze als herstel van een groot verlies. Namelijk door herhaalde confrontatie met de gebeurtenis, dit wil zeggen door keer op keer - in gedachten of door erover te praten - het voorval weer voor de geest te halen. Dit is niet eenvoudig. De gebeurtenis roept immers zulke hevige gevoelens op dat de verpleegkundige hiervoor het liefst op de vlucht wil slaan. Echter, gevoelens zijn tijdloos, als men de confrontatie niet aangaat blijft de wond daarom aanwezig.

Als de aanvankelijke symptomen langer dan één maand blijven bestaan en niet in kracht afnemen, spreekt men niet meer van een psychotrauma, maar van een post traumatische stress stoornis, welke gepaard gaat met lichamelijke en/of psychische klachten. Als de pijnlijke gevoelens niet worden geuit en verwerkt, kan het psychotrauma 'onderduiken' en als een smeulende veenbrand ondergronds zijn vernietigende werk verrichten. Weken, maanden, soms zelfs jaren later kan dan alsnog het vuur van het trauma zichtbaar worden, in alle hevigheid.

*'Bij mij werd pas veel later duidelijk hoe ingrijpend de consequenties waren van die bewus-*

*te nacht. Ik ben twee opleidingen gaan volgen, waaronder de docentenopleiding en daarna heb ik vijf jaar als wijkverpleegkundige gewerkt. Nadat ik die baan had opgezegd om aan een vervolgopleiding te beginnen werd ik ziek. Ik kon niet meer slapen, kreeg steeds opnieuw beelden van die bloedende jongen voor ogen en bestookte mezelf eindeloos, nachtenlang of ik het wel goed had gedaan. Ik voelde me schuldig, schaamde me. Ik ben in de ziektewet gekomen en in therapie gegaan. Daar zeiden ze dat het evenwicht tussen draagkracht en draaglast was verstoord: "Je hebt het jarenlang te zwaar gehad."*

*Ik wilde alleen nog maar thuis zijn. Bij mijn kind en mijn poezen. De veiligheid van eenvoudige relaties. De WW werd omgezet in WAO (Van de Ven, 1997).'*

#### Waarom praten over de gebeurtenis zelf?

Waarom is het nodig vooral tijdens het eerste opvanggesprek over feiten te praten en minder of juist niet over gevoelens. Met andere woorden waarom is het nodig vragen te stellen als wat gebeurde er, wat deed u, wat hoorde, zag, rook, voelde, dacht u? Kortom, waarom de geschiedenis te reconstrueren? Om meerdere redenen. Ten eerste omdat de getroffene hier zelf juist de meeste behoefte aan heeft. Hij wil weten wat er is gebeurd, hoe en waarom? Zo kan hij vaststellen of het verleden nog teruggedraaid kan worden, de schade nog kan worden bepaald en, indien dat beide niet (meer) mogelijk is, hoe hij in de toekomst iets dergelijks kan voorkomen.

De vraag dringt zich nu wellicht op: waarom zo gedetailleerd vragen wat er gebeurd is? De betrokkene weet toch zelf maar al te goed wat hem is overkomen?!

Neen, vreemd genoeg weet hij dat niet. Om dit uit te leggen, maak ik eerst een uitstapje naar mijn eigen verleden. Toen ik 22 was, ben ik tijdens een wandeling van achteren door een auto aangereden. Ik herinner me het auto-ongeluk zelf niet. Wel dat ik vlak ervoor achter me een auto zag afslaan (ik dacht toen nog: 'voor die auto hoef ik niet in de berm te gaan lopen') én dat ik, enige tijd later, met een zware hersenschudding en bijbehorende hoofdpijn in het ziekenhuis weer bij bewustzijn kwam.

Bij een zwaar psychisch ongeluk gebeurt vaak hetzelfde. Het slachtoffer herinnert zich de periode ervoor en erna, terwijl hij van de gebeurtenis zelf maar een 'verfrommeld' beeld heeft. Alsof het filmrolletje van het geheugen op die plek verkreukeld is. Veel details zijn niet (goed) zichtbaar, vervaagd of verdwenen. Door -in een vroeg stadium- de juiste vragen te stellen kan het beeld weer worden gerepareerd. (Iets wat bij een zware hersenschudding niet lukt; de vergelijking klopt dus niet helemaal).

Er is nog een reden waarom vooral feitelijke vragen in het eerste stadium helpend zijn. Via functionele magnetische resonantie (MRI) is het tegenwoordig mogelijk de hersenen aan het werk te zien, bijvoorbeeld als deze een emotionele boodschap verwerken. Via deze beeldtechniek is te zien dat een bepaalde plek in de rechter hersenhelft, het deel



waarin de emoties zetelen, enorm actief is op het moment dat iemand terugdenkt aan een niet verwerkte ingrijpende gebeurtenis. De linker hersenhelft, het deel dat vooral is gespecialiseerd in taalgebruik en logisch denken, laat op dat moment veel minder of weinig activiteit zien. Het verhaal bij de emoties lijkt versplinterd, uit elkaar te zijn gespat. De persoon is dan letterlijk en figuurlijk in disbalans: de gevoelens missen het houvast van het verhaal en, op drift geraakt en stuurloos, kwellen ze het slachtoffer. Deze kan zich pas weer bij elkaar rapen als de uit elkaar geslingerde puzzelstukjes van het verhaal weer bij elkaar geraapt en in elkaar geschoven worden.

Samen het verhaal reconstrueren zorgt ervoor dat de hevige gevoelens weer een vaste plek krijgen en dat gevoel en verstand weer met elkaar in harmonie komen.

### **Snelle opvang noodzakelijk**

Na een schokkende gebeurtenis is het essentieel dat de getroffene snel - liefst binnen 24 en in elk geval binnen 48 uur - opgevangen wordt en zijn verhaal kan doen. Weer om meerdere redenen.

De eerste heeft te maken met de aard van het psychotrauma. Onmiddellijk na een ingrijpende gebeurtenis wordt de getroffene heen en weer geslingerd tussen twee aan elkaar tegengestelde krachten. De ene kracht bestookt de persoon met steeds maar terugkerende beelden van hetgeen is gebeurd. De andere kracht doet verwoede pogingen deze beelden te stoppen. Wanneer geen opvang plaats vindt, bestaat het risico dat de laatste kracht (de verdringing) wint. Voor een goede verwerking zijn echter de beelden en het verhaal van de gebeurtenis nodig.

Een snelle opvang is ook nodig om het slachtoffer te kunnen waarschuwen voor de gevoelens en gedachten, die hij waarschijnlijk de komende tijd zal ervaren. Het is belangrijk, dat hij in een zo vroeg mogelijk stadium hoort dat zijn toekomstige (en huidige) reactie normaal is.

Een derde reden is, dat de persoon ervaart dat zijn organisatie en collega's achter hem staan en hem willen helpen. Deze steun is nodig om de moeilijke tijd door te komen.

Tenslotte. Een ingrijpende gebeurtenis plaatst iemand van het ene op het andere moment in een andere, vreemde wereld. De illusie van de eigen onkwetsbaarheid en onfeilbaarheid - 'het overkomt altijd een ander' - is in één klap verbrijzeld. De dood is plotseling heel dichtbij gekomen. Een angstig makende ervaring. De steunende aanwezigheid van anderen maakt een snelle terugkeer naar de normale, vroegere, wereld mogelijk.

### **Waarom nog geen structurele opvang in de gezondheidszorg?**

VN-soldaten die naar een gevaarlijk gebied worden uitgezonden om strijdende partijen uit elkaar te houden en zo de vrede te bewaken - zoals een paar jaar geleden in Bosnië - krijgen een psycholoog mee die voor eerste opvang kan zorgen voor het geval ze iets schokkends meemaken. Daar-



naast ontvangt elke soldaat vóór vertrek een handzame brochure waarin essentiële informatie staat voor zelfhulp na een traumatische ervaring. In westerse landen hebben politie en brandweerkorpsen heden ten dage een bedrijfsopvangteam dat klaar staat voor hulpverlening bij traumatische ervaringen. Dergelijke opvangteams bestaan uit personen die een (spoed)cursus hebben gehad om getraumatiseerde collega's op te vangen. In tegenstelling tot het leger, de politie en brandweer hebben gezondheidsinstellingen voor hun getraumatiseerde medewerkers geen opvang geregeld. Dit mag verwonderlijk heten.

Vijftien procent van de verpleegkundigen onder de 30 jaar belandt na een paar jaar opgebrand in de ziektewet of wordt definitief voor het werk afgekeurd (dit terwijl verpleegkundigen steeds schaarser worden). Een belangrijke, vermijdbare, oorzaak van dergelijke persoonlijke crises is een niet goed verwerkt psychotrauma. Juist de verpleegkundigen die hun eerste stappen zetten in de verpleging - stagiaires, leerlingen en recent gediplomeerden - blijken het meest kwetsbaar te zijn.

Hoe komt het dat gezondheidsinstellingen zo achteloos omgaan met hun belangrijkste kapitaal: hun eigen personeel? Een veel gehoorde verklaring is dat het management niets doet omdat het, al dan niet vanwege krapte en bezuinigingen, geen geld vrij kan/wil maken voor opvang. Een andere populaire verklaring is dat de leiding van gezondheidsinstellingen er vanuit gaat dat alleen de zwakke broeders en zusters wankelen en onderuit gaan als ze binnen hun werk iets schokkends meemaken. De echte (goeie) verpleegkundigen en verzorgenden zijn zo evenwichtig en stabiel dat ze tegen stootjes kunnen die inherent zijn aan hun werk. De minder 'stootvaste' verpleegkundigen zouden - in deze redenering - automatisch afvallen omdat ze eigenlijk niet geschikt zijn voor hun beroep.

Beide verklaringen zijn mijns inziens zowel te simpel als te negatief; ze vertrekken vanuit een negatief mensbeeld: de leiding als een verzameling boosaardige en domme mensen. Ik denk dat drie andere verklaringen meer hout snijden.