



What works

Effectieve ondersteuning
voor slachtoffers

Boomcriminologie

REDACTIE

Nieke Elbers
Chantal van den Berg
Marleen Kragting

Opvang en behandeling bij psychosociale klachten na ernstig geweld

Trudy Mooren, Juul Gouweloos** en Merel van Herpen****

6.1

INLEIDING

De meeste mensen maken één of meerdere schokkende gebeurtenissen mee gedurende hun leven (Benjet et al., 2016; Bonanno et al., 2011; Kessler et al., 2017; Knipscheer et al., 2020; De Vries & Olff, 2009). In Nederland ligt de prevalentie van het meemaken van een schokkende gebeurtenis tussen de 51% en 82% (De Vries & Olff, 2009). Er zijn vele typen schokkende gebeurtenissen. Denk hierbij aan het verlies van een dierbare, een auto-ongeluk of seksueel geweld. Ongeveer 1 op de 3 vrouwen en 1 op de 20 mannen maken ooit in hun leven seksueel geweld mee (Bakker et al., 2009).

Wanneer iemand geweld ondervindt, betekent dat dat de fysieke integriteit en/of het leven van iemand wordt bedreigd door het toedoen van een ander. Geweld vindt plaats tussen mensen: er zijn kort gezegd daders en slachtoffers. De gebeurtenissen kunnen eenmalig zijn, zoals een eenmalige overval op het werk, of langdurig en herhaaldelijk, zoals vaak het geval is bij huiselijk en seksueel geweld. In dit hoofdstuk beschrijven we de hulp en interventies die beschikbaar zijn voor getroffen en van geweld. Daarbij onderscheiden we enerzijds de ondersteunende interventies kort na de schokkende gebeurtenis die zich richten op het bevorderen van de veerkracht en het zelfherstellend vermogen, en anderzijds de interventies gericht op het herstel wanneer er langdurigere psychische klachten ten gevolge van de gebeurtenis(sen) zijn. Hieraan voorafgaand wordt beschreven hoe mensen reageren op ingrijpende gebeurtenissen, wat de gevolgen ervan kunnen zijn op psychisch, sociaal en emotioneel gebied en welke factoren bijdragen aan of juist een risico vormen voor een gezond herstel.

* Prof. Trudy Mooren is werkzaam bij ARQ Centrum'45 & afdeling Klinische Psychologie, faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

** Dr. Juul Gouweloos is werkzaam bij ARQ Instituut voor Psychotrauma.

*** Dr. Merel van Herpen is werkzaam bij ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises.

6.1.1 *De eerste reacties op een ingrijpende gebeurtenis*

Schokkende gebeurtenissen kunnen het leven van een getroffene ondersteboven keren: de wereld is niet langer meer die voorspelbare, beheersbare, veilige en goede plek (Janoff-Bulman, 1992). Mensen ervaren een intens gevoel van machteloosheid, controleverlies en hulpeloosheid (Bandura, 1982; Folkman, 1984; Kleber & Brom, 1992).

Een voorbeeld is het meemaken van een gewelddadige overval. Bij de kassa van een tankstation verschijnen plotseling twee mensen met bivakmutsen. Zij dreigen met een pistool. Degenen die in het tankstation aanwezig waren, hadden mogelijk gedacht snel af te kunnen rekenen om door te rijden naar hun werk of een andere bestemming, maar zijn in een 'slechte film' beland. Deze gebeurtenis komt totaal onverwacht, is overweldigend en confronteert met machteloosheid.

Wanneer mensen in eerste instantie getroffen worden door geweld leidt dit tot een acute stressreactie, bedoeld om te overleven. Dit is een sterke, lichamelijke reactie. Dit verloopt snel en automatisch: er is geen controle over. De prefrontale cortex, het deel van het brein dat normaal gesproken geactiveerd is om acties te overwegen en plannen, is nauwelijks betrokken. Bij acuut gevaar moet er immers direct gehandeld worden. Het lichaam mobiliseert zich van nature om zich te verdedigen of in veiligheid te brengen. Het is ingesteld om snel te kunnen reageren op een gevaarlijke situatie. Globaal worden drie typen acties onderscheiden: (1) vechten: het gevaar bestrijden, (2) vluchten: weggkomen van het gevaar, en (3) bevriezen: verstarren, aan de grond genageld staan.

De reactie verloopt automatisch, intuïtief. Soms voelen mensen zich naderhand schuldig of ervaren zij schaamte over iets wat ze hebben gedaan of nagelaten. Na een verkrachting verwijten ze zichzelf bijvoorbeeld dat ze hadden moeten vechten, terwijl ze in werkelijkheid niets konden doen (ze waren 'bevrozen'). Men heeft er dus nauwelijks invloed op. Lichaam en geest (perceptie van gevaar) bepalen in een fractie van een seconde wat de meest gewenste respons is, c.q. de grootste kans op overleven geeft (LeDoux, 1998).

Deze eerste, directe reactie kan na afloop van de gebeurtenis gevolgen hebben voor lichamelijk, cognitief en emotioneel welzijn. Een deel van de getroffen mensen blijft gedurende de eerste uren, en soms ook in de dagen, weken of maanden erna, last houden van stressreacties. Deze stressreacties kunnen worden onderverdeeld in verschillende categorieën:

- herbeleven (intrusies): veel over de schokkende gebeurtenis blijven denken, erover dromen (nachtmeries), ervaren alsof de gebeurtenis daadwerkelijk opnieuw plaatsvindt en/of sterk fysiek reageren op situaties/mensen/dingen die aan de gebeurtenis doen denken;
- vermijden van plekken of situaties die aan de gebeurtenis doen denken of vermijden om erover te praten of na te denken;

- veranderingen in denken en stemming, waaronder minder plezier kunnen hebben, somberder zijn, zich schuldig voelen, zich delen van de gebeurtenis niet meer kunnen herinneren, negatieve gedachten hebben over zichzelf, anderen en/of de wereld, en zich anders voelen dan anderen;
- hyperalertheid ('hyper-arousal'): waakzaam blijven, snel schrikken, onrustig slapen, gespannen voelen in het lichaam, minder goed kunnen concentreren en een kort lontje ervaren.

Hoewel deze reacties normaal zijn, kunnen ze voor de getroffen personen zeer heftig zijn. Mensen schrikken soms en denken dat het niet goed met hen gaat. Echter, deze stressreacties hebben een doel: de heftige ervaring verwerken door er enerzijds mee bezig te zijn en erover na te denken en anderzijds uit te rusten door te zorgen voor voldoende ontspanning en afleiding. Men heeft de tijd nodig om de heftige herinnering te kunnen verdragen, tot rust te komen en de kijk op het leven te herijken. Ook heeft het lichaam de tijd nodig om te ervaren dat het gevaar geweken is, het echt weer veilig is en het niet nodig is om blijvend waakzaam te zijn.

Piet is 35 als hij op straat tegen iemand aanloopt. Deze meneer reageert agressief: hij scheldt Piet uit, komt heel dichtbij en geeft hem een keiharde duw waardoor hij hard achterover valt. De man loopt weg en Piet blijft geschrokken achter. Omstanders helpen hem overeind en bellen een ambulance om na te gaan of er sprake is van hoofdletsel. De eerste dagen heeft Piet overal spierpijn, zijn hele lichaam doet pijn van de val en van de stress. Ook denkt hij veel aan wat er is gebeurd en is hij onrustig. Hij wordt gebeld door Slachtofferhulp Nederland. Zij geven uitleg over de stressreacties, dat deze normaal zijn en ook voorbijgaan. Hij praat erover met zijn vrienden en vriendin, probeert elke dag even te wandelen en neemt rust. Na een tijdje merkt hij dat de stressreacties afnemen. Hij kan ook weer naar de plek reizen waar het gebeurde, wat hij eerst niet durfde. Hij merkt nog wel wat sneller te schrikken en kan zich minder concentreren. Het duurt nog een tijdje voordat ook dat minder is.

6.1.2 *Trajecten van herstel en psychische gevolgen*

De reacties van individuen op schokkende gebeurtenissen verschillen; de invloed van deze ervaringen op het leven kan dus voor iedere persoon heel anders zijn. Uit onderzoek naar rampen is aangetoond dat er grofweg vier verschillende trajecten van herstel zijn (Bonanno et al., 2010): (1) een traject waarin iemand niet of nauwelijks psychische klachten rapporteert (veerkracht), (2) een traject waarin herstel plaatsvindt binnen enkele maanden na aanvankelijke ontwikkeling van psychische klachten (herstel), (3) een chronisch traject waarin ernstige psychische klachten na ontwikkeling blijven voortbestaan (chronische klachten), en (4) een traject waarin zich aanvankelijk vaak wel stressreacties ontwikkelen, maar iemand pas na maanden of jaren een psychische stoornis ontwikkelt (uitgestelde klachten).

Verscheidene studies rapporteren variërende prevalenties voor ieder traject, onder andere vanwege de verschillende soorten traumatische gebeurtenissen die

zijn onderzocht en doordat gebruikte meetmethoden niet overeenkomen. Onder getroffenen die de aanslag op het World Trade Center op 11 september 2000 van zeer dichtbij hadden meegemaakt, werd anderhalf jaar na de aanslag bij 35% van de getroffenen een veerkrachttraject vastgesteld en bij 23% een hersteltraject, 29% rapporteerde chronische klachten en 13% rapporteerde uitgestelde klachten (Bonanno et al., 2005). De onderzoekers noemen als mogelijke verklaring dat de getroffenen de aanslag allen van zeer dichtbij hadden meegemaakt en aldus in hoge mate waren geconfronteerd met gevoelens van machteloosheid, afschuw en angst.

Over het algemeen herstelt het grootste gedeelte van de mensen uit zichzelf; het overgrote deel blijft goed functioneren en bij hen nemen eventuele psychische klachten af zonder de hulp van professionele zorg (Bonanno et al., 2011; Galatzer-Levy et al., 2018). Getroffenen kunnen weliswaar last hebben van stressreacties, zoals slecht slapen en het steeds weer opnieuw aan de gebeurtenissen denken, maar zij herstellen na verloop van tijd weer, vaak met steun van hun omgeving. Dit herstellend vermogen van mensen wordt 'veerkracht' genoemd: na externe druk vanuit de omgeving veert iemand op eigen kracht terug.

Bij een minderheid van de getroffenen gaan de stressreacties helaas niet vanzelf over. Zij ontwikkelen langdurige, ernstige psychische klachten en kunnen baat hebben bij professionele hulp (De Vries & Olff, 2009). Vaak voorkomende psychische problemen zijn een posttraumatische stressstoornis (PTSS), middelenmisbruik, angst- en stemmingsklachten (depressie) en seksuele problemen na seksueel geweld. Van de mensen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt, krijgt ongeveer 7% eens in zijn of haar leven last van een PTSS (Koenen et al., 2017). Bij sommige typen traumatische ervaringen ligt dit cijfer hoger. Na seksueel geweld is de prevalentie van een PTSS 30% tot 50% (Oosterbaan et al., 2019). Mogelijk speelt een verzwarende rol dat het geweld zeer dichtbij komt en de fysieke integriteit schendt, zoals bij martelingen ook wordt waargenomen. De basale assumpties dat de wereld een rechtvaardige plek is, mensen te vertrouwen zijn en eenieder zelf in zeker mate onkwetsbaar is, worden daarbij sterk geschonden. Ook is er, behalve van angst, vaak sprake van intense afschuw en schaamte. Hierdoor zijn mensen minder geneigd sociale steun te zoeken. Het gevolg is nogal eens dat getroffenen door hun sociale omgeving de schuld krijgen van het plaatsvinden van het geweld (Bicanic et al., 2014). Langdurig seksueel misbruik of veelvuldig lichamelijk geweld, zeker wanneer zich dit voordoet op jonge leeftijd, kan nadelige gevolgen hebben voor iemands zelfbeeld, de emotieregulatie (het omgaan met verschillende emoties zonder erdoor overspoeld te worden), relaties met andere mensen (bijvoorbeeld meer wantrouwen) en lichaamsbeleving. Wanneer mensen hier last van hebben, spreekt men van een complexe PTSS (Herman, 1992; Ter Heide et al., 2014). Complexe PTSS doet zich ook na andere typen traumatische gebeurtenissen voor.

Daarnaast zijn er mensen die aangeven dat ze door het meemaken van de gebeurtenis een vorm van persoonlijke groei hebben ervaren (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Zij vonden bijvoorbeeld na de gebeurtenis andere waarden of prioriteiten in het leven belangrijk, voelden zich krachtiger, ervoeren een rijker spiritueel of existentieel leven, en ontwikkelden sterkere persoonlijke relaties met anderen (Tedeschi & Calhoun, 1996). Iemand kan dan dus zowel last houden van de gebeurtenis en tegelijkertijd ook meer zingeving ervaren doordat hij of zij nu andere dingen in het leven belangrijk is gaan vinden of meer is gaan waarderen.

6.1.3 *Sociale en psychologische risicofactoren en beschermende factoren*

Of iemand na een traumatische ervaring al dan niet last krijgt van langdurige psychische klachten, hangt af van verschillende risico- en beschermende factoren voorafgaand, tijdens en na de gebeurtenis. Deze beschermende en risicofactoren kunnen naast elkaar bestaan. Er is nimmer sprake van één exclusieve factor die leidt tot psychische problemen, maar van een combinatie van verschillende factoren. Al deze factoren dragen eraan bij of iemand wel of niet een PTSS ontwikkelt. Zo is de kans op PTSS in de volwassenheid na het meemaken van bijvoorbeeld een agressie-incident op het werk (risicofactor) verhoogd als iemand als kind al te maken heeft gehad met structureel geweld of misbruik (risicofactor). Daar staan een sterk steunsysteem van vrienden en een goede opvang (op het werk) tegenover (beschermende factoren). Dit verlaagt de kans op het ontwikkelen van een PTSS. Tabel 6.1 geeft een overzicht van sociale en psychologische risicofactoren en beschermende factoren.

Tabel 6.1 **Overzicht van risico- en beschermende factoren**

Tijdstip	Risicofactoren	Beschermende factoren
Voorafgaand aan de gebeurtenis	– Reeds aanwezige psychische klachten – Eerder geweld, misbruik of verwaarlozing in de kindertijd – Het voorkomen van psychische stoornissen in de familie – Eerdere blootstelling aan traumatische of stressvolle gebeurtenissen	– Bepaalde eigenschappen als optimisme, lage angstgevoeligheid en veerkracht. – In geval van hulpverleners en geüniformeerde diensten: selectie, training en voorbereiding om met gevaren om te gaan.
Tijdens de gebeurtenis	– Mate van directe blootstelling aan de traumatische ervaring (dichtbij of verder af) – Gebeurtenis als levensbedreigend ervaren – Dissociatie tijdens de gebeurtenis (kort geheugenverlies, het gevoel buiten jezelf te	

Tijdstip	Risicofactoren	Beschermende factoren
	treden of de omgeving anders waar te nemen)	
	– Fysieke verwondingen	
	– Schending fysieke integriteit	
	– Opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen	
Na de gebeurtenis	– Herhaalde media-exposure	– Ervaren steun van familie, vrienden en collega's
	– Juridische procedures	– Ontvangen steun van familie, vrienden en collega's
	– Andere stressoren op werk of thuis	– Toegang tot professionele steun

O.a. gebaseerd op Alexander & Klein, 2009; Bonanno et al., 2010; Brewin et al., 2000; Iversen et al., 2008; Kleber & Van der Velden, 2003; Lowell et al., 2017; Marmar et al., 2006; Ozer et al., 2003; Pietrzak et al., 2014; Tortella-Feliu et al., 2019; Weisath & Tonnessen, 2003.

Naast deze sociale en psychologische factoren zijn er ook demografische kenmerken, zoals sekse, leeftijd (vrouwen en adolescenten maken bijvoorbeeld vaker seksueel geweld mee) en een lagere sociaaleconomische status, die samenhangen met de ontwikkeling van psychische klachten. Biofysiologische kenmerken (ontwikkeling van hersenen, epi-genetische invloeden, hormonaal stressregulatiesysteem) spelen eveneens een rol (zie voor een overzicht onder meer Bomyea et al., 2012). Zo wijst onderzoek uit dat negatieve ervaringen in de kindertijd het brein en de stressrespons dusdanig negatief kunnen beïnvloeden dat men ook op latere leeftijd gevoeliger is voor stress (Daniels et al., 2013).

6.1.4 *Het belang van sociale steun*

Sociale steun kan de stress die wordt veroorzaakt door een traumatische gebeurtenis verminderen (Bonanno et al., 2010; Dworkin et al., 2018). Er wordt onderscheid gemaakt tussen de steun zoals die wordt ervaren door de getroffene (subjectief: iemand voelt zich bijvoorbeeld gesteund door vrienden) en de daadwerkelijke wel of niet aanwezige steun (objectief: er is daadwerkelijk een naaste vriend aanwezig na of tijdens de gebeurtenis). De aanwezigheid van sociale steun (objectief) tijdens de gebeurtenis kan er bijvoorbeeld toe bijdragen dat mensen sneller de situatie als beheersbaar inschatten. Sociale steun kan ook het proces van betekenisgeving na een ingrijpende ervaring bevorderen. Door er met anderen over te praten kunnen gedachten worden geordend, of wordt er samen gereconstrueerd wat er nu eigen-

lijk is gebeurd. Dit betekent overigens niet dat mensen verplicht over hun ervaringen zouden moeten praten. Sommigen kiezen ervoor er juist even niet mee bezig te zijn en dat is ook goed. Wanneer er echter behoefte aan is, kan een luisterend oor helpend zijn. In een studie onder ambulancepersoneel, dat dagelijks geconfronteerd wordt met ingrijpende gebeurtenissen en soms ook zelf te maken krijgt met geweld, bleek dat het *ervaren* van steun van de directe collega's en de leidinggevende samenhang met een lagere mate van angst- en depressieve gevoelens (Gouweloos-Trines et al., 2017). Uit een studie onder politieagenten, die regelmatig blootgesteld worden aan beelden of verhalen over seksueel misbruik, bleken de ervaren steun van collega's en een gedeeld gevoel voor humor binnen het team samen te hangen met een verhoogd ervaren welzijn (Gouweloos-Trines, 2018).

6.2 PSYCHOSOCIALE ONDERSTEUNING

Voor de meeste getroffen en van schokkende ervaringen met geweld is professionele hulp niet nodig. Voor degenen die wel bij hulp gebaat zijn, is het van belang dat symptomen op tijd worden gesignaleerd. Het lukt mensen die klachten ontwikkelen niet altijd om zelf de juiste zorg of ondersteuning te vinden (Jeavons, 2001; Shalev et al., 2011; Stene et al., 2016). Soms herkennen zij zelf hun klachten onvoldoende of schamen zij zich ervoor, waardoor zij geen hulp durven zoeken (Cheng et al., 2018; Corrigan, 2004; Stuber et al., 2006). Angst om gestigmatiseerd te worden bij klachten van psychosociale aard ('gek gevonden te worden') zal in sommige gemeenschappen een rol spelen. Hierdoor blijven getroffen soms gespeend van de nodige zorg of ondersteuning.

In een vroegtijdig stadium na een schokkende gebeurtenis kan psychosociale ondersteuning geboden worden. Psychosociale ondersteuning kan gezien worden als alle steun en zorg gericht op het psychologisch welzijn en de gezondheid van mensen tijdens en na de gebeurtenis (Impact, 2014). In de Nederlandse *Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*, gebeurtenissen waar ook seksueel geweld onder valt, wordt psychosociale ondersteuning onderverdeeld in: 'basishulp (bijvoorbeeld veiligheid, medische zorg, en onderdak), informatie (bijvoorbeeld over de gebeurtenis en mogelijke stressreacties), emotionele en sociale steun (zoals een luisterend oor en erkenning), praktische hulp (bijvoorbeeld huishouden en juridisch advies) en zorg bij gezondheidsklachten (denk aan preventie maar ook behandeling)' (Impact, 2014, p. 23). De richtlijn hanteert hierbij de volgende uitgangspunten van psychosociale ondersteuning: het sluit aan bij (1) de behoeften, problemen en risicofactoren, (2) de dynamiek en fase van de gebeurtenis, (3) veerkracht en zelfredzaamheid, (4) de context van de getroffen en (5) de aanwezige hulpverleningscapaciteit, en, tot slot, het is belangrijk om (6) de geleverde psychosociale ondersteuning te evalueren (Impact, 2014, p. 29).

Hobfoll et al. (2007) hebben vijf kernprincipes geïdentificeerd waarop psychosociale ondersteuning zich zou moeten richten direct of na enige tijd na een schok-

kende gebeurtenis. Allereerst gaat het om het bevorderen van een gevoel van veiligheid. Een gevoel van veiligheid, en daarmee een vermindering van een gevoel van dreiging en gevaar, kan ervoor zorgen dat de negatieve reacties op het meemaken van een schokkende gebeurtenis geleidelijk afnemen. Ten tweede gaat het over interventies die een gevoel van kalmte bevorderen. Dit zorgt ervoor dat de eerste reacties, zoals angst of paniek, afnemen en daarmee langdurige klachten kunnen worden voorkomen. Ten derde richt psychosociale ondersteuning zich op zelfredzaamheid (*self-efficacy*) van het individu en de gemeenschap. Het gevoel van zelfredzaamheid gaat over het vertrouwen dat iemand heeft en dat zijn of haar eigen handelen (of dat van de groep) tot positieve uitkomsten leidt. Een gevoel van controle hebben over de situatie heeft vermoedelijk positieve effecten op het voorkomen van klachten. Het vierde kerngebied is een gevoel van verbondenheid. Dit heeft te maken met sociale steun, een beschermende factor na een schokkende gebeurtenis. Het laatste kerngebied is hoop. Mensen die een gevoel van hoop behouden voor de toekomst hebben meer kans op gunstigere uitkomsten (Hobfoll et al., 2007).

Psychosociale ondersteuning is bedoeld om emotionele reacties te normaliseren en erkennen, wat het makkelijker kan maken voor mensen om met deze emoties om te gaan (Hobfoll et al., 2007). Psycho-educatie tot slot, over de mogelijke consequenties van trauma, is belangrijk om een gevoel van controle en een goede hoop op herstel te bevorderen.

6.2.1 *Watchful waiting*

Om mensen na een schokkende gebeurtenis te volgen in hun herstel en eventueel te ondersteunen in het versterken van de veerkracht kan *watchful waiting* worden toegepast (Impact, 2014; National Institute for Health and Care Excellence, 2018). *Watchful waiting* maakt onderdeel uit van het bredere begrip 'psychosociale ondersteuning'. *Watchful waiting* houdt in dat iemand die symptomen heeft, zoals slecht slapen of somberheid, maar (nog) geen hulp hiervoor krijgt, wordt gemonitord in de eerste maand na de schokkende gebeurtenis (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Ook het bieden van uitleg over de verschillende reacties op ingrijpende gebeurtenissen en dat ieder zijn eigen manier heeft om te herstellen, is behulpzaam. Deze aanpak gaat in eerste instantie uit van het zelfherstellend vermogen van mensen door hun een aantal weken de tijd te geven om de gebeurtenis eerst zelf te kunnen verwerken. Dit voorkomt onnodige behandeling en medicalisering van normale reacties op ingrijpende gebeurtenissen. Er wordt geadviseerd om niet zomaar alle mensen die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt te screenen, omdat dit mogelijk meer kwaad zou kunnen doen dan goed (Bisson et al., 2010).

6.2.2 *Screening*

Voor het tijdig signaleren kunnen screeningsinstrumenten of zelftesten ingezet worden (Dekkers et al., 2010; Shalev et al., 2011). Deze instrumenten hebben als doel om in een vroeg stadium mogelijke symptomen te herkennen en in de gaten te houden. Hiervoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar (zie www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/diagnostiek-en-monitoring/...; bijvoorbeeld de Primary Care PTSD Screen, Global Psychotrauma Screener, de Posttraumatic stress disorder Checklist, en andere). Ook kunnen zelftesten gebruikt worden om mensen aan te moedigen hulp te zoeken en hun meer informatie te geven over de gevolgen van een schokkende gebeurtenis (Olff, 2015; Price et al., 2014).

Danielle is 28 jaar en werkzaam als ambulancemedewerker als ze bij het verlenen van hulp bij een ongeval op straat plots van achteren een klap op haar hoofd krijgt en in haar nek wordt gegrepen. Ze verstijft. Een collega helpt haar los te komen en de politie wordt gebeld. Na de gebeurtenis meldt haar leidinggevende haar ziek om te kunnen herstellen. Na een week wordt ze gebeld met de vraag wanneer ze weer aan het werk kan. Danielle weet dat er personeelstekort is, maar heeft veel last van herbelevingen, slaapt slecht en voelt zich voortdurend onveilig. Ze durft niet terug op de ambulance. Ondanks dat Danielle druk voelt om weer aan de slag te gaan, geeft ze toch aan dat het nog niet gaat. Omdat de stressreacties in de weken daarna niet afnemen, verwijst de bedrijfsarts haar naar een psycholoog. De geboden traumabehandeling gericht op het incident op het werk slaat aan. De herbelevingen verminderen en Daniëlle durft stap voor stap de confrontatie met het werk aan. De gevoelens van onveiligheid blijven echter. Dit onveilige gevoel doet haar denken aan vroeger, toen ze ook altijd waakzaam moest zijn thuis omdat vader veel dronk en plots agressief kon worden naar haar of haar moeder. Gedachten over deze periode komen terug, ze voelt zich somberder en angstiger. Ze had dit toch achter haar gelaten? Rust vindt ze bij haar honden. Met andere mensen merkt ze nu toch steeds over haar eigen grenzen te gaan, met name in haar intieme relaties en met goede vriendinnen. Ook in haar werk doet ze dit. Ze is sneller dan ze eigenlijk wilde weer volledig beter gemeld en ondanks dat ze erg slecht slaapt en voortdurend alert is, wil ze blijven werken. Immers, er is een personeelstekort en anders staan haar collega's er alleen voor. Ook haar leidinggevende zal het haar niet in dank afnemen, denkt Danielle, er zijn al zoveel problemen om het rooster rond te krijgen. Met haar psycholoog probeert ze te werken aan een betere balans tussen werk en rust en ontspanning. Ook bespreken ze of vervolgbehandeling voor de nare ervaringen in haar jeugd helpend kan zijn. Ze twijfelt: het haalt alles weer boven en ze wil zich op haar toekomst richten. Ze doet eerst wat aanpassingen in haar werk, gaat minder uren werken. Dat volstaat nu. Over het al dan niet aangaan van een vervolgbehandeling denkt ze nog even na.

6.3 WANNEER DE ERNST EN COMPLEXITEIT TOENEMEN EN KLACHTEN AANHouden

Schokkende gebeurtenissen zoals Danielle die meemaakte, leiden niet noodzakelijkerwijs tot symptomen, psychische problemen of stoornissen. In eerste instantie

treten mechanismen in werking (zoals sociale steun) die helpen bij het hervinden van de emotionele balans. Veelvoorkomende reacties als angst, woede, concentratieproblemen, verdriet enzovoort vormen immers normale reacties op de abnormale omstandigheden. Wanneer de psychische reacties echter aanhouden, en als vuistregel ook na een maand na de gebeurtenis nog last veroorzaken, zodanig dat het dagelijks functioneren eronder lijdt, is deskundige hulpverlening aangewezen.

6.3.1 *Psychiatrische diagnoses*

Bij klachten als nachtmerries, zich plotseling opdringende herinneringen (intrusies), de tendens om plaatsen, personen of activiteiten te vermijden, problemen met concentratie en emotionele uitbarstingen, nadat iemand een schokkende gebeurtenis (of meerdere) heeft meegemaakt, wordt vaak gedacht aan een PTSS (American Psychiatric Association, 2013). Diagnostiek met screeningsinstrumenten en/of een gestructureerd klinisch interview (de Clinician Administered PTSD Scale is de gouden standaard) zijn aangewezen voor het bepalen of er sprake is van PTSS. Maar PTSS is niet de enige diagnose die veel voorkomt. Ook andere stressreacties zijn mogelijk, die al dan niet samen met PTSS optreden, zoals angst, depressie, dissociatie of middelenmisbruik bijvoorbeeld. Allereerst beschrijven we de PTSS wat uitgebreider en vervolgens gaan we in op de overlap en eveneens optredende aandoeningen.

Posttraumatische stressstoornis

Zolang PTSS al is opgenomen in de psychiatrische nomenclatuur, is het bijzonder te noemen dat het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis een voorwaarde is voor het stellen van de diagnose. De noodzaak van een externe oorzaak maakt het uitzonderlijk. De bepaling in de DSM-5 is dat iemand moet zijn blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. Dat kan zelf zijn ondergaan, maar ook kan iemand getuige ervan geweest zijn of gehoord hebben dat het een naaste is overkomen (American Psychiatric Association, 2013). De aanwijzing van een externe oorzaak (criterium A) is niet zonder problemen overigens, omdat iedere persoon op eigen wijze reageert op gebeurtenissen. Er zijn grote individuele verschillen; wat voor de ene persoon traumatisch is, is het niet voor een ander. Niet iedereen zal op de hiervoor gedefinieerde gebeurtenissen met traumatische stresssymptomen reageren, terwijl er ook gebeurtenissen zijn die niet aan de criteria voldoen en wel degelijk tot klachten kunnen lijden. Ofschoon de definitie dus niet 'waterdicht' is, is gevoeglijk bekend dat interpersoonlijk geweld zoals marteling en seksueel misbruik, maar ook huiselijk geweld bijvoorbeeld, voor veel mensen een groot risico op ernstige uitkomsten zoals een PTSS met zich meebrengt (zie tabel 6.1).

Behalve de externe gebeurtenis die nodig is voor de vaststelling, wordt PTSS gedefinieerd door vier symptoomclusters en is er een beperking van het dagelijks

functioneren, en dus van aanzienlijk lijden. De vier symptoomclusters zijn: (1) intrusies (of herbelevingen), (2) vermijding, (3) negatieve veranderingen in cognities en stemming, en (4) veranderingen in prikkelbaarheid en reactiviteit (hyperalertheid of 'hyper-arousal'). Het derde cluster is overigens recent met de verschijning van DSM-5 voor het eerst onderscheiden. Hiernaast wordt een dissociatief subtype onderscheiden.

Intrusies (cluster 1) zijn zich aan de persoon opdringende beelden, geluiden, geuren of anderszins sensorische of cognitieve ervaringen die gelieerd zijn aan (aspecten van) eerder meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen. Er is geen controle over, zoals in het geval van nachtmerries, flashbacks of plotselinge schrikreacties. Omdat dergelijke herbelevingen ontzettend akelig zijn en de emoties en het ongemak oproepen zoals dat ook eerder is beleefd, is er een persoon veel aan gelegen om confrontaties met prikkels te vermijden (cluster 2). Een man die bij een benzinepomp oog in oog heeft gestaan met een gewapende overvaller kiest in het vervolg een andere pomp, ook al is die duurder en vergt het omrijden.

Het derde en relatief nieuwe cluster symptomen dat is onderscheiden, bestaat uit negatieve veranderingen in cognities en stemming, die zijn begonnen of verergerd nadat de traumatische gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Een voorbeeld is het zich niet kunnen herinneren van een aspect van wat er gebeurd is, vasthoudende negatieve gedachten als 'ik ben slecht', of 'je kunt niemand vertrouwen', en gevoelens van vervreemding van anderen (iemand ervaart de omgeving alsof op grote afstand van zichzelf).

Het vierde cluster van symptomen tot slot wordt gevormd door reacties van verhoogde prikkelbaarheid ('hyper-arousal'). Het gaat dan om moeite hebben met zich concentreren, snel schrikken en snel boos worden bijvoorbeeld. Een veteraan beklaagt zich erover dat hij de krant niet meer kan lezen; hij kan de aandacht niet vasthouden. Het is enorm frustrerend: gaat hij voor een paar boodschappen naar de supermarkt, eenmaal ter plekke is hij het vergeten – zonder lijstje komt hij met andere dingen thuis. Zo kent hij zichzelf niet. Verhoogde prikkelbaarheidsreacties ('hyper-arousal'-symptomen) zijn soms goed zichtbaar in de behandelkamer. Het lukt patiënte niet om haar benen stil te houden, ze blijven voortdurend trillen, en met het vinden van ontspanning heeft ze in het algemeen veel moeite. Voortdurend waant ze zich achtervolgd door mensen die haar kwaad willen berokkenen. Ze houdt dan ook ruime afstand tot anderen.

Comorbiditeit

PTSS is weliswaar een vaak gestelde diagnose, maar niet de enige diagnose bij aanhoudende problemen in reactie op schokkende gebeurtenissen. Heel vaak zijn er comorbide problemen, zoals depressieve klachten, alcohol- en drugsmisbruik (of andere vormen van verslavingsgedrag), dissociatie en/of angststoornissen, zoals fobie bijvoorbeeld. Ook persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden gediagnosti-

ceerd die op lange termijn verband lijken te houden met vaak meervoudige en diep ingrijpende ervaringen.

Depressie

Bij het merendeel van door geweld getroffen mensen die last hebben van PTSS-symptomen (naar schatting 80%) komen ook depressieve reacties voor. Dat is niet zo verwonderlijk, aangezien met name de vermijdingstendensen van PTSS kunnen ogen als depressief: lusteloosheid, niet meer de dingen doen die iemand eerder graag ondernam, niet langer verschijnen op bepaalde plaatsen. Bovendien is sinds DSM-5 de overlap van PTSS met depressie toegenomen vanwege het cluster negatieve veranderingen in cognities en stemming. Specifiek voor depressie is de negatieve stemming: een getroffene is somber, soms boos of verongelijkt, of schaamte en schuld spelen parten. Er is sprake van een depressie wanneer symptomen het dagelijks leven ernstig beïnvloeden en lijden veroorzaken. Zoals beschreven gaan PTSS en depressie vaak hand in hand.

Middelenmisbruik

Zich opdringende herinneringen aan de gebeurtenis(sen) die het liefst worden 'vergeten', het slechte slapen met de nachtmerries, de verhoogde prikkelbaarheid, het ongeduld, en de moeite om te ontspannen kunnen als zo belastend worden ervaren, dat iemand naarstig op zoek is naar 'verdoving'. Gebruik van verdovende middelen komt vaak voor wanneer ook sprake is van PTSS. Het kan voorkomen dat een patiënt nogal eens heen en weer wordt verwezen op basis van de gestelde diagnoses met de hamvraag: waar beginnen we? Beginnen we bijvoorbeeld aan het tegengaan van de verslaving of wordt gestart met psychotraumabehandeling? Het is een beetje de vraag van het kip en het ei en het is te verkiezen om dat in goede samenspraak aan te pakken: zowel het verslavingsgedrag tegengaan als de last van de intrusieve herinneringen verminderen, en vice versa.

Dissociatie

Dissociatieve verschijnselen worden veelvuldig waargenomen bij ernstig getraumatiseerde mensen. Dissociatiestoornissen zijn zeldzamer, en de meest ernstige vorm, de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), is het meest zeldzaam. Terwijl iedereen wel eens een lichte vorm van dissociatie ervaart (denk maar aan het in gedachten gezonken een halte overslaan, of naar het vorige huisadres fietsen), heeft het een voornamere functie in het leven van ernstig getraumatiseerde mensen (gehad). Dissociatie, het verminderd aandachtig of bewust zijn, of in het hier en nu 'gegrond' zijn, is als een copingstrategie te beschouwen. Wanneer het tijdens extreem bedreigende omstandigheden niet mogelijk is te vluchten of vechten om aan de situatie te ontsnappen, kan het 'uit zichzelf treden', het loslaten van realisatie van de daadwerkelijke prikkels, een buitengewoon adequate strategie zijn, zelfs om het leven te redden. Wanneer dergelijke gebeurtenissen zich vaker voordoen,

zoals bij kindermishandeling, seksueel misbruik en marteling bijvoorbeeld het geval is, zijn getroffen en steeds beter in staat om zich uit te schakelen. Zo wordt de pijn niet gevoeld – althans niet in het moment. Dit vermogen om ‘psychisch te vluchten’ is later in het leven, wanneer het niet langer zo onveilig is, echter niet langer functioneel. Het kan zelfs hinderlijk worden en problemen in relaties met anderen veroorzaken. Dan is behandeling aangewezen (en goed mogelijk). Van de meest extreme vorm, DIS, is sprake wanneer iemand fragmentatie van de identiteit ervaart, met afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden, wat gepaard gaat met herhaaldelijke hiaten in het herinneren van gebeurtenissen of voor de persoon belangrijke informatie (American Psychiatric Association, 2013).

Persoonlijkheidsproblemen

Soms zijn vanaf vroeg in het leven zoveel traumatische ervaringen opgedaan dat de gevolgen zijn ingesleten in patronen van zelfregulatie, omgaan met anderen en verwachtingen over de toekomst en het leven in het algemeen (Stöfssel & Mooren, 2017). Er kan sprake zijn van een persoonlijkheidsstoornis die verband houdt met de omstandigheden of gebeurtenissen die iemand heeft meegemaakt, uitgezonderd bepaalde persoonlijkheidsstoornissen waarvan verondersteld wordt dat zij een sterk psychobiologische basis hebben (Millon et al., 2012). Veel tegenslag in het leven en depriverende of stressvolle omstandigheden brengen een groter risico op het meemaken van schokkende gebeurtenissen mee, en eveneens een kwetsbaarheid voor nadelige gevolgen van traumatische stress. Patiënten die PTSS en een persoonlijkheidsstoornis hebben, kunnen goed profiteren van traumagerichte behandelingen (Oprel et al., 2021; Van Vliet et al., 2021).

Een vrouw van 53 jaar, Anna, wordt via de huisarts verwezen voor intake bij een gespecialiseerde ggz-instelling voor behandeling van psychotraumatismen. Recent is bij haar thuis ingebroken. Toen zij alleen thuis was, tikten twee personen het ruitje van de keukendeur in en zij hoorde hoe die twee beneden in haar keuken door haar spullen gingen. Anna was als de dood dat de inbrekers naar boven naar haar slaapkamer zouden komen. Ze heeft 112 gebeld; bij aankomst van de politie waren de inbrekers vertrokken. Ze kreeg een contact met Slachtofferhulp Nederland aangeboden en sprak in de dagen erna met een van de casemanagers.

In de dagen na de inbraak merkte Anna dat herinneringen aan een eerdere overval terugkwamen. Samen met haar toenmalige echtgenoot heeft Anna voor het Rode Kruis in Burundi gewerkt. Op een nacht zijn zij in de auto aangehouden en heeft haar echtgenoot moeten toezien hoe Anna werd vastgehouden en verkracht. De daders sloegen daarna Anna's echtgenoot buiten bewustzijn en lieten hen beiden willoos achter. Anna heeft niet eerder over de gebeurtenissen met iemand anders dan haar echtgenoot gesproken; en ook met hem was het moeilijk bespreekbaar. Haar man had zich machteloos en daarom schuldig gevoeld – hij had haar niet kunnen beschermen. De machteloosheid is zo fnuikend in de relatie geworden dat die eronder te lijden heeft gehad en na enige tijd is verbroken. Eenmaal terug in Nederland was het Anna gelukt om de draad destijds weer op te pakken. De herinnering was onder een dik tapijt verborgen en naar het zich liet aanzien functioneerde Anna uitstekend. De inbraak toen zij alleen thuis

was, had het gevoel van machteloosheid teruggebracht en nu was de angst en het gevoel van onveiligheid niet langer te beteugelen.

Na de intake wordt diagnostisch onderzoek gedaan en PTSS bevestigd. Anna is gemotiveerd voor behandeling – zij ziet heel duidelijk dat haar herinneringen aan de ervaringen in Burundi recent zijn geactiveerd en in haar dagelijks leven heeft ze er veel last van.

6.3.2 Behandel mogelijkheden

Zoals in het geval van Anna is soms meer hulp aangewezen – de herinneringen aan de ingrijpende gebeurtenissen hebben zoveel invloed op het dagelijks functioneren dat professionele ondersteuning nodig is. Met *watchful waiting* en psycho-educatie nemen Anna's klachten niet verder af. In dit deel van het hoofdstuk worden eerst vroegtijdige psychologische interventies beschreven, waarna psychologische behandelingen aan de orde komen, met name die *evidence based* zijn en door richtlijnen worden voorgeschreven.

Vroegtijdige psychologische interventies

Zijn vroegtijdige psychologische interventies kort na de traumatische gebeurtenis (binnen drie maanden ongeveer) effectief? Wordt verergering van traumatische stresssymptomen voorkomen? Roberts et al. (2019) betrokken 61 *randomized controlled trials* in hun review en meta-analyse. In deze studies wordt het effect van een vroegtijdige psychologische interventie vergeleken met het ontvangen van gebruikelijke zorg (Roberts et al., 2019). De interventies worden op iedereen toegepast, ongeacht of iemand wel of geen klachten heeft. Uit dit literatuuronderzoek en de meta-analyse blijkt dat traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TG-CGT), cognitieve therapie en kortdurende Eye Movement Desensitization and Reprocessing-therapie (EMDR) effectieve behandelingen zijn voor mensen die symptomen hebben na het meemaken van een schokkende gebeurtenis (Roberts et al., 2019).

Een belangrijke kanttekening is dat de studies vooral zijn uitgevoerd met mensen die een ongeval (zoals arbeidsongevallen of verkeersongelukken), geweld of terrorisme hebben meegemaakt. Het literatuuronderzoek en de meta-analyse bevatten slechts twee studies die uitgevoerd zijn met mensen die verkrachting of seksueel geweld hebben meegemaakt. Er is meer onderzoek nodig om de effectiviteit van psychologische interventies voor mensen die seksueel geweld hebben meegemaakt vast te kunnen stellen. Tot die tijd kan het beste worden gekozen voor maatwerk. Een andere belangrijke kanttekening is dat de effectiviteit van de interventies alleen onderzocht is op het verminderen of behandelen van PTSS en niet van andere psychologische klachten. De bevindingen van het onderzoek wijzen op het belang van het vroegtijdig signaleren van mensen met psychologische klachten na het meemaken van een schokkende gebeurtenis, zodat hulp geboden kan worden indien nodig.

Een groep Nederlandse onderzoekers heeft een literatuuronderzoek en meta-analyse uitgevoerd naar de veiligheid en werkzaamheid van vroegtijdige interventies na seksueel geweld in het verminderen of voorkomen van PTSS (Oosterbaan et al., 2019). Ook hierbij gaat het om interventies die ingezet worden binnen drie maanden na de gebeurtenis. Het onderzoek bevat zeven studies en wijst erop dat vroegtijdige interventies kunnen leiden tot duurzame effecten op de ernst van PTSS-symptomen na het meemaken van seksueel geweld. Echter kunnen er geen definitieve conclusies getrokken worden over de veiligheid en werkzaamheid van de vroegtijdige interventies door het kleine aantal studies en doordat er verschillende interventies onderzocht zijn. Ook was de methodologische kwaliteit van de meeste studies laag (Oosterbaan et al., 2019). Meer onderzoek naar vroegtijdige interventies voor getroffen personen van specifiek seksueel geweld is dus nodig.

De International Society for Traumatic Stress Studies heeft in 2019 een richtlijn uitgebracht over de preventie en behandeling van PTSS. De richtlijn beschrijft advies over psychosociale vroeg-interventies die ingezet kunnen worden in de eerste drie maanden na een schokkende gebeurtenis. Het bewijs voor de interventies in vergelijking tot gebruikelijke zorg, een wachtlijst, geen interventie of een andere psychosociale interventie wordt beschreven. Hierbij is gekeken naar de effecten van de interventie op de vermindering of preventie van PTSS-symptomen, verbeterd functioneren of kwaliteit van leven, aanwezigheid van een stoornis en negatieve effecten. Om aanbevelingen te kunnen doen over de interventies heeft de richtlijncommissie een definitie van een klinisch relevant verschil opgesteld, onder andere gebaseerd op de effectgrootte en kwaliteit van de studies. Op basis daarvan worden de volgende interventies in de richtlijn aanbevolen: een eenmalige EMDR-sessie, kortdurende dyadische therapie, TG-CGT, cognitieve therapie, en voor online begeleiding van zelfhulp een interventie gestructureerd schrijven. De onderzoekers plaatsen hierbij de belangrijke kanttekening dat de kwaliteit van de studies niet altijd even hoog is, dat er nogal wat bias in de studies is en dat het niveau van bewijs voor de interventies derhalve laag is (Bisson et al., 2019).

Psychologische behandelingen van PTSS

Er zijn inmiddels meerdere bewezen methodieken van traumagericht behandelen voorhanden, die allemaal in enige mate effectief zijn (Lewis et al., 2020), vooral aanpakken zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT-T) en EMDR. Tot CGT-T behoren technieken als cognitieve psychotrauma therapie, cognitieve therapie en imaginaire en *prolonged exposure*. Daarnaast zijn ook cognitieve gedragstherapie in groepsverband en via internet en Present Centered Therapy veelbelovend. Tot slot zijn Exposure Therapy, Brief Eclectic Psychotrauma Psychotherapy (al dan niet voor traumatische rouw) en Imaginary Rescripting Therapy in opmars (Lewis et al., 2020). Al deze behandelvormen kenmerken zich door zowel blootstelling aan de herinnering die zo gevreesd wordt, als het bewerktstellen van een verandering in gedachten over wat er is gebeurd (in relatie tot zichzelf, de

ander en de wereld in het algemeen) (Schnyder, 2014; Schnyder et al., 2015). Afhankelijk van de therapievorm en de ernst van de aandoening wordt na maximaal zestien sessies wel effect verwacht (met een frequentie van ten minste eenmaal per week). Sessies hebben dan de duur van 45-60 minuten (www.ggzstandaarden.nl).

Lange tijd is verondersteld dat mensen die een opstapeling van schokkende gebeurtenissen in het leven meemaakten als kind dan wel als volwassene, of in beide episodes, moeilijk behandelbaar waren – een traumagerichte behandeling werd afgeraden zolang iemand niet (emotioneel) ‘stabiel’ was. De laatste jaren worden meer gecontroleerde studies gedaan (Van Vliet et al., 2018) en volgens de eerste bevindingen is traumagerichte behandeling bij ‘vroegkinderlijk’ getraumatiseerde mensen goed mogelijk, en effectief (Oprel et al., 2021; Van Vliet et al., 2021). Het blijkt voldoende veilig en goed te worden verdragen door getroffen.

6.4 Tot slot

Hoewel de meeste mensen in hun leven ooit geconfronteerd worden met één of meerdere ingrijpende ervaringen, herstelt verreweg het grootste deel op eigen kracht, met steun vanuit de sociale omgeving. Een minderheid echter herstelt minder snel en ontwikkelt ernstige(re) psychische klachten, waarvan de PTSS het meest voorkomt. PTSS komt niet vaak alleen voor; dikwijls gaat het gepaard met gevoelens van depressie, met andere angstaandoeningen of met mal-adaptieve vormen van stresshantering (zoals middelenmisbruik).

Er zijn bewezen effectieve behandelingen voorhanden, waarvoor toenemende bewijsvoering verschijnt. Een keur aan methodieken, veelal gebaseerd op technieken die gebruikmaken van blootstelling (*exposure*) aan de gevreesde herinnering of verandering van cognities (cognitieve herstructurering) en die gepaard gaan met psycho-educatie (het adagium is: stressreacties zijn normale reacties op abnormale gebeurtenissen) en oefeningen gericht op ontspanning. De verschillen (in effectiviteit) tussen deze methodieken zijn vele malen minder groot dan het verschil tussen een dergelijke behandeling en niets doen. Met name traumagerichte cognitieve gedragstherapie (imaginaire en *prolonged exposure*), EMDR en cognitieve (proces-) therapie worden in de richtlijnen geadviseerd.

Terwijl effectieve behandelingen voorhanden zijn, worden ze nog altijd te weinig toegepast – er is sprake van een onderbehandeling van mensen bij wie aan trauma gerelateerde problematiek is vastgesteld. Op het gebied van implementatie van traumagerichte screenings- en behandeltechnieken is nog terrein te winnen.

Verdere leestips:

Seksueel misbruik: – Agnes van Minnen, *Verlamd van angst*

- Iva Bicanic en Richard Korver, *Hoe steun je een kind na seksueel misbruik*
- Trauma algemeen: – Babette Rothschild, *Trauma, herstel in eigen hand*
- Eric Vermetten, Rolf Kleber & Onno van der Hart (red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*

REFERENTIES

- Alexander, D.A., & Klein, S. (2009). First responders after disasters: a review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(2), 87-94.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™*. American Psychiatric Publishing, Inc. doi: org/10.1176/appi.books.9780890425596.
- Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H., & Wijssen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E.G., Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Ruscio, A.M., ... Koenen, K.C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343.
- Bicanic, I.A.E., Engelhard, I.M., & Sijbrandij, M. (2014). Posttraumatische stressstoornis en seksuele problemen na seksueel geweld. Preventie en behandeling. *Gedragstherapie*, 4, 256-274.
- Bisson, J.I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T.K., Lewis, C., ... Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 475-483.
- Bisson, J.I., Tavakoly, B., Witteveen, A.B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V.J., ... Olff, M. (2010). TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*, 196(1), 69-74. doi: org/10.1192/bjp.bp.109.066266.
- Bomyea, J., Risbrough, V., & Lang, A.J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 630-641.
- Bonanno, G.A., Brewin, C.R., Kaniasty, K., & Greca, A.M.L. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49.

Bonanno, G.A., Rennike, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 984-998

Bonanno, G.A., Westphal, M., & Mancini, A.D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535. doi: org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526.

Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.

Cheng, H.-L., Wang, C., McDermott, R.C., Kridel, M., & Rislin, J.L. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64-74. doi: org/10.1002/jcad.12178.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614-625.

Daniels, J.K., Lamke, J.P., Gaebler, M., Walter, H., & Scheel, M. (2013). White matter integrity and its relationship to PTSD and childhood trauma—A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 30(3), 207-216.

Dekkers, A.M.M., Olff, M., & Näring, G.W.B. (2010). Identifying Persons at Risk for PTSD After Trauma with TSQ in The Netherlands. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 20-25. doi: org/10.1007/s10597-009-9195-6.

Dworkin, E.R., Ojalehto, H., Bedard-Gilligan, M.A., Cadigan, J.M., & Kaysen, D. (2018). Social support predicts reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 135-140.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839.

Galatzer-Levy, I.R., Huang, S.H., & Bonanno, G.A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41-55.

Gouweloos-Trines, J. (2018). *Supporting civilians and professionals after crises. Implications for psychosocial care*. Diemen: Arq Psychosocial Expert Group.

Gouweloos-Trines, J., Tyler, M.P., Giummarra, M.J., Kassam-Adams, N., Landolt, M.A., Kleber, R.J., & Alisic, E. (2017). Perceived support at work after critical incidents and its relation to psychological distress: a survey among prehospital providers. *Emergency Medicine Journal*, 34(12), 816-822.

Heide, J.J. ter, Kleber, R., & Mooren, T. (2014). Complex trauma en complexe PTSS. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 40(5), 347-359.

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.

Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., ... Ursano, R.J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315. doi: org/10.1521/psyc.2007.70.4.283_

Impact (2014). *Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*. Diemen: Impact.

Iversen, A.C., Fear, N.T., Ehlers, A., Hughes, J.H., Hull, L., Earnshaw, M., ... Hotopf, M. (2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological Medicine*, 38(4), 511-522.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Jeavons, S. (2001). Long-term needs of motor vehicle accident victims: are they being met? *Australian Health Review*, 24(1), 128-135.

Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., ... Koenen, K.C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383.

Kleber, R.J., & Brom, D. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.

Kleber, R.J. & Velden, P.G. van der (2003). Acute stress at work. In M.J. Schabracq, J.A. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., Graaf, R. de, Kleber, R., Have, M. ten, & Dückers, M. (2020). Prevalence of potentially traumatic events, other life events and subsequent reactions indicative for posttraumatic stress disorder in the Netherlands: a general population study based on the trauma screening questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1725.

Koenen, K.C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K.A., Bromet, E.J., Stein, D.J., ... Kessler, R.C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274 doi: 10.1017/S0033291717000708.

LeDoux, J. (1998). *The emotional brain*. Londen: Phoenix.

Lewis, C., Roberts, N.P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J.I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). doi: 10.1080/20008198.2020.1729633.

Lowell, A., Suarez-Jimenez, B., Helpman, L., Zhu, X., Durosky, A., Hilburn, A., ... Neria, Y. (2017). 9/11-related PTSD among highly exposed populations: a systematic review 15 years after the attack. *Psychological Medicine*, 1-17.

Marmar, C.R., McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Best, S., Weiss, D.S., Fagan, J., ... Mohr, D. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 1-18.

Millon, T., Millon, C.M., Meagher, S.E., Grossman, S.D., & Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*. New Jersey: John Wiley & Sons.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Guideline Post-Traumatic Stress Disorder*.

Olf, M. (2015). Mobile mental health: a challenging research agenda. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27882. doi: org/10.3402/ejpt.v6.27882.

Oosterbaan, V., Covers, M.L., Bicanic, I.A.E., Huntjens, R.J.C., & Jongh, A. de (2019). Do early interventions prevent PTSD? A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of early interventions after sexual assault. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). doi: org/10.1080/20008198.2019.1682932.

Oprel, D.A., Hoeboer, C.M., Schoorl, M., Kleine, R.A.D., Cloitre, M., Wigard, I.G., ... Does, W. van der (2021). Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+ Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1851511.

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52.

Pietrzak, R.H., Feder, A., Singh, R., Schechter, C.B., Bromet, E.J., Katz, C.L., ... Harrison, D. (2014). Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: an 8-year prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 44(1), 205-219.

Price, M., Yuen, E.K., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Forman, E.M., Acierno, R., & Ruggiero, K.J. (2014). mHealth: a mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 427-436. doi: org/10.1002/cpp.1855.

Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J., Lewis, C.E., & Bisson, J.I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). doi: org/10.1080/20008198.2019.1695486.

Schnyder, U. (2014). Treating intrusions, promoting resilience: an overview of therapies for trauma-related psychological disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). doi: 10.3402/ejpt.v5.26520.

Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E.B., Gersons, B.P., Resick, P.A., ... Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common?. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1).

Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229.

Shalev, A.Y., Ankri, Y.L.E., Peleg, T., Israeli-Shalev, Y., & Freedman, S. (2011). Barriers to Receiving Early Care for PTSD: Results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Psychiatric Services*, 62(7), 765-773.

Stene, L.E., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Healthcare Needs, Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utøya Attack (Original Research). *Frontiers in Psychology*, 7(1809). doi: org/10.3389/fpsyg.2016.01809.

Stöfösel, M., & Mooren, T. (2017). *Trauma en persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stuber, J., Galea, S., Boscarino, J.A., & Schlesinger, M. (2006). Was there unmet mental health need after the September 11, 2001 terrorist attacks? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(3), 230-240.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.

Tortella-Feliu et al., (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 154-165.

Vliet, N.I. van, Huntjens, R.J., Dijk, M.K. van, Bachrach, N., Meewisse, M.L., & Jongh, A. de (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry Open*, 7(6).

Vliet, N.I. van, Huntjens, R.J., Dijk, M.K. van, & Jongh, A. de (2018). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment in patients with childhood trauma-related post-traumatic stress disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 1-10.

Vries, G.J. de, & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 259-267.

Weisaeth, L., & Tonnessen, A. (2003). Responses of individuals and groups to consequences of technological disasters and radiation exposure. *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*, 209-235.

Zorginstituut Nederland (2020). *Verbetersignalement PTSS* (Zinnige Zorg – Verbetersignalement PTSS | Rapport). Zorginstituut Nederland.