

Misverstanden over trauma

Een illustratie aan de hand van ervaringen van professionals*

Elisa van Ee & Janine Janssen

Inleiding

Gewelddadige ervaringen zijn niet alleen indrukwekkend op het moment dat mensen ze meemaken. Ervaring en onderzoek laten zien dat geweld nog lang nadat een incident of een serie incidenten plaatsvond zijn sporen nalaat op plegers, slachtoffers en getuigen. Eerder besteedden wij in dit blad aandacht aan trauma bij mensen die met eerproblematiek in hun familie te maken hebben.¹ In die bijdrage behandelden we een aantal misverstanden: de gedachte dat een post-traumatische stressstoornis (PTSS) synoniem is voor alle vormen van trauma, dat de diagnose PTSS een verklaring biedt voor alles wat in het leven van de betrofene tegenzit, en tot slot dat Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) de enige remedie is voor de behandeling van trauma.

In deze bijdrage willen wij een aantal andere aspecten en bijbehorende misvattingen belichten waar we eerder nog geen aandacht aan hebben besteed. In dit stuk staat de professional in de veiligheidszorg centraal. Want ook deze mensen – denk maar eens aan medewerkers van de politie, de brandweer, Veilig Thuis of opvanginstellingen – krijgen met zware zaken inclusief geweld te maken.² De klinische ervaring leert dat onder mensen die werkzaam zijn in geüniformeerde beroepen met werkgerelateerde traumatisering, een aantal misverstanden regelmatig terugkeert. Zo wordt er vaak aangenomen dat alleen wanneer je zelf betrokken bent geweest bij geweld, je ook trauma op kunt lopen. Dat punt stellen we in de eerste paragraaf aan de orde. In de tweede paragraaf gaan we in op de gedachte dat bij de behandeling van trauma bij een professional betrokkenheid van de familie niet nodig zou zijn. En in de derde paragraaf doen we dat nog eens voor bredere sociale steun.

* Dr. mr. Elisa van Ee is klinisch psycholoog en onderzoeker bij het Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit. Tevens is zij als extern deskundige op het gebied van trauma verbonden aan het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld van de Nationale Politie. Prof. dr. Janine Janssen is hoofd onderzoek van het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld van de Nationale Politie, lector Veiligheid in Afhankelijkheidsrelaties aan Avans Hogeschool, bijzonder hoogleraar Rechtsantropologie aan de Open Universiteit en voorzitter van de redactie van *PROCES*.

1 E. van Ee & J. Janssen, 'Misverstanden over trauma. Een illustratie aan de hand van ervaringen met geweld uit naam van de familie-eer', *PROCES* 2020, 1, p. 43-51.

2 A. Weverling & J. Janssen, 'Waarom doe ik dit? Hoe professionals om kunnen gaan met het herhalende karakter van geweld', *Sozio* 2019, 4, p. 34-36; J. Janssen, 'Personen, procedures en PTSS', in: J. Janssen, *Uitgelezen. Een ode aan het lezen aan de hand van tien boekbesprekingen*, Den Haag: Boom criminologie 2018. Zie ook het vierde nummer van *PROCES* uit 2019. Dat was een themanummer waarin de weerbaarheid van de professional in de veiligheidszorg centraal stond.

Ter illustratie staat in dit stuk de ervaring van politieman Peter centraal. We stellen hem hier kort aan de lezer voor:

Peter werkt al veertien jaar bij de politie en het werk heeft zijn passie, maar de laatste jaren valt het werk hem zwaarder. Het oplossen van zaken heeft minder zijn belangstelling en met name het doorspitten van getuigenverslagen vraagt veel van zijn concentratie. Het bestuderen van bepaalde dossiers schuift hij daarom zo lang mogelijk voor zich uit. Ook het contact met collega's is anders. Daar waar hij zich altijd een onderdeel voelde van het team, voelt hij zich nu vervreemd en werkt hij liever alleen. Na een lange werkdag drukt hij op de snelweg het gaspedaal diep in, niet om zo snel mogelijk thuis te zijn, niet om de kick, maar waarom wel weet hij niet. Thuis reageert hij prikkelbaar op de speelgeluiden van de kinderen en voelt hij zich rusteloos. In bed ligt hij uren te woelen voordat hij uiteindelijk in slaap valt. Steeds vaker heeft hij nachtmerries. Langzaam begint het werk hem op te breken en komt hij ziek thuis te zitten.

De hier beschreven casus is gebaseerd op geanonimiseerde casuïstiek van het Psychotraumacentrum Zuid-Nederland (PTC).³ Op het PTC behandelen we mensen met een posttraumatische stressstoornis en traumagerelateerde problematiek in de tweede en derde lijn van de specialistische geestelijke gezondheidszorg. De kwaliteit van de behandelingen is aangemerkt als TopGGz. Om deze kwaliteit te behouden staan onderzoek, ontwikkeling en innovatie van zorg hoog in het vaandel. Op basis van deze expertise levert het PTC zorg aan mensen werkzaam in geüniformeerde beroepen met werkgerelateerde traumatisering en is het PTC partner in het Landelijk Zorgnetwerk Veteranen en de Landelijke Zorglijn Politie. PTSS kan voor mensen werkzaam in geüniformeerde beroepen als een beroepsziekte worden aangemerkt. Zo blijkt 3,5 tot 8% van de militairen⁴ en 5 tot 7% van de agenten⁵ gedurende de uitoefening van hun beroep PTSS te ontwikkelen. Een veel grotere groep, waarschijnlijk 20 tot 30%, is door ervaringen die zij opdoen gedurende de uitoefening van hun beroep verminderd mentaal weerbaar.⁶ Maandelijks melden zich ongeveer 25 geüniformeerden bij het PTC voor diagnostiek en behandeling. Het merendeel van deze mensen is werkzaam (geweest) bij het leger of de politie, maar ook mensen van de brandweer of verpleging melden zich. Ervaringen die deze mensen veelvuldig rapporteren zijn dreiging van of blootstelling aan geweld, dood of verwonding van een collega, dood of verwonding van een

3 Zie ook www.reiniervanarkel.nl/ptczn.

4 I.M. Engelhard e.a., Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq: A prospective study, *British Journal of Psychiatry* 2007, p. 140-145; M.L. Schok, J. Mouthaan & J.M.P. Weerts, 'Posttraumatische stressklachten en symptomen bij Nederlandse militairen en veteranen', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 2003, p. 199-204.

5 I.V.E. Carlier, R.D. Lamberts & B.P.R. Gersons, 'Risk factors for Posttraumatic Stress Symptomatology in police officers: a prospective analysis', *The Journal of Nervous & Mental Disease* 1997, p. 498-506. P.P.F.M. Kuijer e.a., 'Diagnose, incidentie en verzuimduur van gemelde beroepsziekten bij de politie', *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2005, p. 394-399.

6 J. Lokkerbol, P. van Splunteren & F. Smit, *Versterken van mentaal kapitaal in de werksetting*, Utrecht: Trimbos Instituut 2012.

slachtoffer door suïcide of geweldsdelicten, en confrontatie met het leed van nabestaanden.⁷

1 Misverstand 1: je moet er zelf bij zijn geweest

Hoewel herhaaldelijke blootstelling aan traumatische gebeurtenissen, zoals het opruimen van stoffelijke resten, het scannen van dossiers met foto's van geweldsdelicten of het horen van slachtoffers van kindermisbruik,⁸ onderdeel is van het werk van sommige professionals, betekent dit niet dat dergelijke gebeurtenissen de professional niet kunnen raken of veranderen. De invloed van het werken met traumatische gebeurtenissen kan zelfs het leven van de professional drastisch en permanent veranderen.⁹ In de psychologie worden dan ook drie veelvoorkomende reacties op herhaaldelijke blootstelling aan traumatische gebeurtenissen in het werk beschreven, namelijk: primaire traumatisering, secundaire traumatisering en verplaatste traumatisering.¹⁰

Primaire traumatisering staat in het *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, vijfde editie (DSM-5),¹¹ beschreven onder de posttraumatische stressstoornis. Voor het diagnosticeren van een PTSS moet, zoals we in een vorig artikel in *PROCES* beschreven, sprake zijn geweest van 'blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld'.¹² Deze blootstelling kan echter op verschillende manieren plaatsvinden, waaronder het 'ondergaan van herhaaldelijke of extreme blootstelling aan de afschuwwekkende details van de traumatische gebeurtenis(sen) zoals bij hulpverleners die stoffelijke resten moeten verzamelen of politieagenten die herhaaldelijk worden geconfronteerd met de details van kindermisbruik'.¹³ Het werken met traumatische gebeurtenissen, zelfs via verhalen of beeldmateriaal, kan ertoe leiden dat de professional zelf een PTSS ontwikkelt waarvoor behandeling nodig is.

Een mildere reactie op blootstelling aan traumatische gebeurtenissen in het werk is het ontwikkelen van de zogenoemde secundaire traumatisering of

7 H. van der Molen e.a., *Kern-cijfers beroepsziekten 2017*, Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten 2017.

8 Zie ook H. Sollie, *Alledaagse magie. Mentale weerbaarheid van kinderporno- en forensisch rechters*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2017.

9 L.A. Perlman & K.W. Saakvitne, *Trauma and the therapist. Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*, New York: W.W. Norton & Company 1995.

10 In de victimologie wordt een andere indeling met betrekking tot gradaties van slachtofferschap gehanteerd dan in de psychologie. Bij primaire victimisatie gaat het dan om het individu dat slachtoffer is van een delict, bij secundaire victimisatie om omstanders of hulpverleners die met de gevolgen van een misdrijf zijn geconfronteerd, en bij tertiaire victimisatie om de gevolgen van een delict voor de lokale gemeenschap of de samenleving in het algemeen. Zie J. van Dijk, W. Huisman & N. Nieuwbeerta, *Actuele criminologie*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2018.

11 American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, DC: APA 2013.

12 Van Ee & Janssen 2020.

13 American Psychiatric Association, *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)* (vertaald door M.W. Hengeveld), Amsterdam: Boom uitgevers 2014.

compassievermoeidheid.¹⁴ Secundaire traumatisering wordt gedefinieerd als een verminderd vermogen of verminderde interesse om empathisch te zijn of het lijden van slachtoffers te verdragen.¹⁵ De verschijnselen zijn een gevoel van hulpeloosheid, verwarring en isolatie. Deze verschijnselen kunnen lijken op burn-out, maar zijn een reactie op de confrontatie met de traumatische ervaringen van anderen. Ook kunnen hierbij PTSS-symptomen als herbelevingen, afstomping en vermijding optreden.¹⁶ De professional heeft bijvoorbeeld nachtmerries waarin hij of zij de verkrachting van het slachtoffer zelf meemaakt.

Verplaatste traumatisering ten slotte, beschrijft de cognitieve veranderingen die kunnen optreden door herhaaldelijke blootstelling in het werk aan traumatische gebeurtenissen. Het zijn veranderingen in de brede opvattingen over anderen, inclusief hun waarde en intenties, evenals de overkoepelende opvattingen over de goedheid of boosaardigheid van de wereld, het recht en onrecht in het leven, en de willekeur of voorspelbaarheid van levensgebeurtenissen.¹⁷ Veranderingen in dergelijke algemene opvattingen over de wereld, andere mensen en zichzelf zijn alles doordringend omdat ze samenhangen met de eigen identiteit en de manier waarop iemand in relaties en het leven staat.¹⁸ Zo kunnen opvattingen als 'de mens is goed', 'anderen zijn te vertrouwen', 'het is veilig om in relatie met anderen te zijn', 'de toekomst is hoopvol' en 'ik heb controle over mijn leven' veranderen in 'de mens is slecht', 'niemand is te vertrouwen', 'relaties zijn onveilig', 'de wereld gaat ten onder aan het kwaad' en 'ik heb geen controle over wat mij overkomt'. Ook deze veranderingen kunnen samenhangen met het ontwikkelen van PTSS-symptomen die vergelijkbaar zijn met de symptomen bij mensen die zelf de traumatische gebeurtenis hebben ondergaan.

De drie hiervoor beschreven gevolgen van het werken met mensen met traumatische ervaringen verdienen aandacht, soms professionele aandacht, om uitval of permanente veranderingen in het welzijn te voorkomen. Nog beter is het om dergelijke gevolgen te voorkomen door de impact en invloed van de confrontatie met traumatische gebeurtenissen bespreekbaar te maken op het werk, een goede balans tussen werk en privé te hanteren, en voldoende momenten in het dagelijks leven te creëren waarin genoten kan worden van het 'normale leven', zodat ze dienen als uitlaatklep (sport, hobby's, vriendschappen enzovoort). Wanneer dergelijke maatregelen onvoldoende blijken, is professionele zorg gewenst. We nemen weer even een kijkje bij Peter.

- 14 C.R. Figley, *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, New York: Brunner/Mazel 1995.
- 15 J.A. Boscarino, C.R. Figley & R.E. Adams, 'Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: a study of secondary trauma among New York City social workers', *International Journal of Emergency Mental Health* 2004, p. 57-66.
- 16 B.E. Bride, M. Radey & C.R. Figley, 'Measuring compassion Fatigue', *Clinical Social Work Journal* 2007, p. 155-163.
- 17 R. Janof-Bullman, *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*, New York: Free Press 1992.
- 18 L. McCann & L.A. Pearlman, 'Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims', *Journal of Traumatic Stress* 1990, p. 131-149.

Na een woede-uitbarsting thuis eist Peters vrouw dat hij zich laat onderzoeken door een psycholoog. Peter meldt zich aan bij het Psychotraumacentrum Zuid-Nederland. In het intakegesprek wordt duidelijk dat de veranderingen of klachten zijn begonnen nadat hij het dossier van een gezinsmoord heeft bestudeerd waarin grafische foto's stonden van de lichamen van de kinderen, onder wie een meisje even oud als zijn dochter. De foto's brachten levendige herinneringen terug aan een zaak waarin hij ouders moest informeren over de dood van hun zoon. Het aanzien van het leed van de ouders vond hij onverdraaglijk. Peter wordt geadviseerd te starten met behandeling. Na uitleg van de mogelijkheden stemt hij in met een beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS. Deze therapie start na psycho-educatie met de confrontatie en verwerking van de emoties rond de gezinsmoord. Vervolgens is er ruimte voor de betekenis van deze ervaring voor Peter in relatie tot zijn levensgeschiedenis, wie hij is als persoon, en de keuzes die hij daarin maakt. Na deze behandeling dalen zijn klachten aanzienlijk, zijn prikkelbaarheid en onrust nemen af en hij slaapt weer goed. Ook heeft hij weer zin in het leven. Toch lukt het hem nog niet om de draad in het gezin en op het werk op te pakken.

2 Misverstand 2: het gezin betrek je niet

Onderdeel van een PTSS-diagnose is dat de symptomen van invloed zijn op het functioneren op het werk, in sociale relaties of op andere belangrijke levensgebieden. Dat een persoon last heeft van zijn symptomen, lijdt onder zijn klachten, betekent echter vaak ook dat anderen meelijden. Zo is het bekend dat PTSS-symptomen invloed hebben op de wijze waarop ouders met hun kinderen omgaan. Wanneer je als ouder last hebt van klachten is het moeilijker om af te stemmen op de signalen van je kind en laten ouders meer verstorend en vijandig gedrag in de interactie met hun kind zien. Daarnaast wordt een verhoogd risico op kindermishandeling gerapporteerd.¹⁹ Ook partners kunnen emotionele en relationele stress ervaren, met name in reactie op symptomen van afstomping en *hyperarousal* (fysiologische opwindings) van hun getraumatiseerde partner. Uit onderzoek blijkt dat partners van mensen met PTSS een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van klachten zoals somberheid, burn-out en angst. Veelal leidt dit ook tot relatieproblemen.²⁰ Zeker wanneer de stresserende situatie of de symptomen reeds gedurende langere tijd bestaan, ontwikkelen partner en kinderen manieren om met de PTSS van het gezinslid om te gaan. Deze gezinspatronen pakken geregeld op langere termijn negatief uit voor het welzijn van de verschillende gezinsleden. Zo proberen partners te compenseren en het gezin draaiende

19 E. van Ee, R.J. Kleber & M.J. Jongmans, 'Relational patterns between traumatized parents and their non-traumatized children, a review', *Trauma, Violence & Abuse* 2016, p. 186-203.

20 J. Lambert e.a., 'Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: a meta-analytic review', *Journal of Family Psychology* 2012, p. 729-737.

te houden, vermijden gezinsleden te spreken over zorgen of emoties, worden conflicten vermeden en trekken kinderen zich terug op hun kamer.²¹

Desondanks ervaren veel cliënten een drempel om gezinsleden bij de behandeling te betrekken. Met name voor mensen werkzaam in geüniformeerde beroepen kan deze drempel hoog zijn omdat de traumatische ervaringen nu eenmaal onderdeel zijn van hun werk en een geheimhoudingsplicht niet geschonden mag worden. Echter, het delen van dergelijke gevoelige informatie met gezinsleden is voor een effectieve behandeling niet nodig. Een goed functionerend gezin daarentegen is enerzijds een belangrijke bron van steun en een beschermende factor in de ontwikkeling van symptomen, en anderzijds vormt een problematisch gezinsfunctioneren een risicofactor in de ontwikkeling en het herstel van PTSS.²² Dus wanneer het functioneren van de professional het gezin beïnvloedt of het functioneren van het gezin het herstel van de professional beïnvloedt, is het van belang om gezinsleden in de behandeling te betrekken. Welke gezinsleden en op welke wijze betrokken worden, hangt af van de aard en de ernst van de problematiek.

Een uniek aanbod voor traumagerelateerde gezinsproblematiek – waaronder After Deployment Adaptive Parenting Tools (ADAPT) – is onderdeel van het behandel aanbod van het Psychotraumacentrum Zuid-Nederland. ADAPT is een ouderschapsprogramma dat zich richt op het ondersteunen van opvoedvaardigheden en emotieregulatie in gezinnen waar een ouder is getraumatiseerd om gezinsfunctioneren en kindfunctioneren te verbeteren. ADAPT is in de Verenigde Staten ontwikkeld voor militaire gezinnen, maar wordt bij het Psychotraumacentrum Zuid-Nederland ook ingezet voor politie. De ervaringen van deelnemers aan dit programma zijn zeer positief. Dat heeft het gezin van Peter ook ondervonden.

Hoewel Peter niet enthousiast is, neemt hij op verzoek van zijn behandelaar zijn partner mee naar de behandeling. Partner vertelt hoe ze in de afgelopen jaren vervreemd zijn geraakt van elkaar en hoe ze zich alleen voelt staan in het gezin. Kleine Sam van 6 jaar durft niet meer met zijn trein te spelen omdat papa last van het geluid zou kunnen hebben. Lotte van 10 jaar laat steeds uitdagender gedrag zien. Ze liegt en steelt. Op advies van de behandelaar nemen Peter en zijn partner deel aan After Deployment Adaptive Parenting Tools (ADAPT). Peter en zijn partner leren om samen weer een team te vormen in de opvoeding, en Peter leert zijn negatieve emoties te beteugelen in het ouder-kindcontact. De geleerde vaardigheden hebben niet alleen een positief effect op het functioneren van de kinderen, ook de partnerrelatie verbetert.

- 21 E. van Ee e.a., 'Meer herstel voor veteraan én gezin', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2017, p. 80-85; E. van Ee, S. Murris & D. Kool, 'We used to live on our own little islands: a qualitative evaluation of Multi-Family Therapy with veterans', *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 2018, p. 689-702.
- 22 T.K. Kritikos e.a., 'Combat Experience and Posttraumatic Stress Symptoms among Military-Serving Parents; a meta-Analytic Examination of Associated Offspring and Family Outcomes', *Journal of Abnormal Child Psychology* 2018, p. 131-148; M. Waysman e.a., 'Secondary traumatization among wives of PTSD combat veterans; A family typology', *Journal of family psychology* 1993, p. 104-118.

3 Misverstand 3: wat anderen ervan vinden doet er niet toe

Waarom de een PTSS ontwikkelt en de ander niet, is onbekend. Wel is bekend dat verschillende factoren bijdragen aan het ontwikkelen van klachten na een schokkende gebeurtenis. Een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS blijkt gebrek aan sociale steun te zijn. Een meta-analyse naar risicofactoren voor de ontwikkeling van PTSS onder volwassenen liet zien dat een gebrek aan ervaren sociale steun na een traumatische gebeurtenis de belangrijkste voorspeller is voor het ontwikkelen van klachten.²³ Ook zijn er aanwijzingen dat een gebrek aan sociale steun een rol speelt in het herstel; meerdere studies toonden aan dat sociale steun zowel in relatie staat met de ernst van PTSS-symptomatologie als met de mate van herstel van PTSS.²⁴ Dat sociale steun van belang is blijkt uit wat mensen rapporteren; zowel getraumatiseerde veteranen als hun kinderen rapporteren over de invloed van isolatie van de burgermaatschappij op hun welzijn, om maar een voorbeeld te noemen.²⁵ Er zitten echter meerdere kanten aan het verhaal. Aangezien sociale interacties intrinsiek dynamisch en interactief zijn, is sociale cognitie, het vermogen waardoor individuen begrijpen hoe anderen denken en voelen, een kritische vaardigheid in het geven én ontvangen van sociale steun.²⁶ Posttraumatische stresssymptomen kunnen de mogelijkheden om zelf gebruik te maken van sociale steun, en zo de negatieve impact van het trauma te dempen, belemmeren.²⁷ Dus enerzijds speelt de ervaren sociale steun na het meemaken van een traumatische gebeurtenis een belangrijke rol in het ontwikkelen van PTSS, anderzijds beperkt PTSS de mogelijkheden van de persoon om gebruik te maken van sociale steun, waardoor een negatieve spiraal kan ontstaan die leidt tot steeds verdere isolatie. Inmiddels heeft Peter dit proces goed door.

Peter is verbolgen dat zijn leidinggevende destijds heeft gezegd dat hij maar een weekje vrij moest nemen om tot rust te komen. Hij voelt zich niet erkend in dat wat hij 'al die jaren gegeven heeft voor het korps', alsof dat met een weekje te compenseren is. Ook de sfeer op het werk, waar de confrontatie met traumatische gebeurtenissen meestal met de nodige dosis (soms botte) humor wordt afgedaan, draagt niet bij aan Peters vertrouwen in re-integratie. Gesprekken die Peter met zijn leidinggevende voert, lijken niet meer te landen bij Peter, ook niet als deze op zoek lijkt te zijn naar een op Peters functioneren afgestemde terugkeer naar het werk.

- 23 C.R. Brewin, B. Andrews & J.D. Valentine, 'Meta- Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000, p. 748-766.
- 24 K. Kaniasty & F. Norris, 'Longitudinal linkages between perceived social support and post-traumatic stress symptoms; Sequential roles of social causation and social selection', *Journal of Traumatic Stress* 2008, p. 274-281; S. Shallcross e.a., 'Social causation versus social erosion; Comparison of causal models for relations between support and PTSD symptoms', *Journal of Traumatic Stress* 2016, p. 167-175.
- 25 Van Ee, Murris & Kool 2018.
- 26 J. Cotter e.a., 'Social cognitive dysfunction as a clinical marker: a systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions', *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2018, p. 92-99.
- 27 C. Sharp, P. Fonagy & J.G. Allen, 'Posttraumatic Stress Disorder: A social-cognitive perspective', *Clinical Psychology, Science and Practice* 2012, p. 229-240.

Tegelijkertijd mist hij de kameraadschap die hij altijd heeft ervaren in zijn team. In overleg met de bedrijfsarts maken Peter en de psycholoog een plan voor geleidelijke re-integratie, waarvan tijd voor zelfzorg, ontspanning buiten het werk, onderdeel is. Gedurende deze re-integratie heeft Peter laagfrequent afspraken met de psycholoog, waarbij vooral aandacht is voor de betekenis van bepaalde uitspraken of acties van collega's en leidinggevende, en voor Peters reactie, zodat er (weer) meerdere perspectieven en handelingsmogelijkheden bij Peter kunnen ontstaan. Met zijn leidinggevende bespreekt Peter de mogelijkheid om minder te werken en zo de balans tussen werk en privé te verbeteren. Volgens zijn werkgever is Peter niet meer de oude, in die zin dat hij niet meer in staat is 50+ uur in de week door te buffelen. Volgens Peter heeft hij geleerd zijn grenzen te bewaken en met zijn gematigde inzet heeft hij voldoende vertrouwen en plezier in een toekomst bij het korps.

Slot

Geweld en andere ingrijpende gebeurtenissen zijn niet iets wat zich aan de rand van de samenleving afspeelt. Talloze professionals in de veiligheidszorg krijgen hier dagelijks mee te maken, direct of indirect. Om die mannen en vrouwen hun belangrijke werk te laten doen is het essentieel dat we oog hebben voor wat we van hen vragen en hoe zwaar zij belast worden. Het oplopen van trauma is een serieus risico en bovenal ook iets waarvoor professionals zich niet zouden moeten schamen. Het werk in de veiligheidszorg is mensenwerk en niet het werk van gevoelloze robots. De huidige aandacht voor PTSS als beroepsziekte heeft er gelukkig toe geleid dat ook de herkenning en erkenning in de veiligheidszorg zijn toegenomen. Bovendien betekent de diagnose trauma niet dat er geen verbetering in de situatie kan worden bewerkstelligd. In onze vorige bijdrage hebben we uitgelegd dat je over trauma heen kunt komen. Maar dan moet het wel onderkend en op de juiste manier behandeld worden. In dit artikel hebben wij willen laten zien dat professionals met trauma niet alleen lijden. Ook hun families worden getroffen. Dat trauma geen solitaire aangelegenheid is of zou moeten zijn, blijkt ook uit het feit dat om er bovenop te komen de steun van de sociale omgeving zo hard nodig is. Trauma raakt ons allemaal.