

De gevolgen van actuele trauma's bij kinderen en adolescenten

W.H.G. Wolters*

Inleiding

Met welke psychotraumatische ervaring kunnen kinderen en adolescenten in onze tijd geconfronteerd worden en wat zijn daarvan de gevolgen? Dat is het onderwerp van deze bijdrage. Ofschoon de psychotraumatische ervaringen van slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog van een bijzondere orde zijn (geweest), worden kinderen en adolescenten ook heden ten dage geconfronteerd met zeer schokkende en zeer destructieve gebeurtenissen: oorlogen, hongersnood, folteringen etc. Garbarino et al.¹ deden in verschillende landen onderzoek naar de effecten van oorlog en geweld op de leefsituatie en op het gedrag van kinderen. Miljoenen kinderen en adolescenten zijn jaarlijks direct of indirect slachtoffer van (kleine) oorlogen. Zij citeren een UNICEF-rapport van 1986, dat aangeeft dat meer dan 80% van de directe en indirecte slachtoffers van militaire acties kinderen en adolescenten zijn. Alleen al in Palestina zijn meer dan 50.000 kinderen ernstig gewond door de oorlog. Bij bombardementen op dorpen in Afghanistan is een groot deel van de 1,3 miljoen doden vrouwen en kinderen. Voor miljoenen kinderen in de wereld zijn de oorlogsverschrikkingen niet een eenmalige gebeurtenis maar een levensconditie, waarvan er geen 'posttrauma'-periode is, nee, het hele leven is trauma. De langdurige gevolgen van de oorlog manifesteren zich niet alleen in symptomen en klachten, maar ook in een psychologische structuur en een houding van de kinderen, die de aanpassing aan de naoorlogse leefsituaties sterk in negatieve zin beïnvloeden. Diegenen die overleven, kunnen niet vergeten en zijn in hun persoonlijkheidsontwikkeling en in hun sociale gedrag blijvend veranderd en/of beschadigd.

'These "overcomers" don't forget and they are changed - for ever.' De

* Hoofd psychosociale afdeling Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht, hoogleraar pediatrie en psychologie.

gebeurtenissen in Cambodja worden door Garbarino et al. 'de andere holocaust' genoemd.

De oorlog speelt zich echter niet alleen af in verre landen. We leven nu dagelijks met de gevolgen van de oorlog in onder andere voormalig Joegoslavië: tienduizenden doden en verminkten zijn er het gevolg van, gezinnen worden ontwricht, duizenden kinderen worden voor hun leven psychisch ernstig beschadigd. Een recent onderzoek van de Universiteit Londen en UNICEF naar de gevolgen van de oorlog in voormalig Joegoslavië laat zien dat 75% van de kinderen gedwongen was hun woonplaats te verlaten, 59% had een beschieting van hun huis meegemaakt, 54% was gedurende de oorlog gedwongen gescheiden van de ouders, 62% had een familielid dat gewond was geraakt en van 52% was een familielid gedood. Kinderen waren ook rechtstreeks slachtoffer: 53% vertelde beschoten te zijn door sluipschutters, 91% ondervond beschieting of bombardering van zeer nabij, 64% had recent gewonde mensen gezien en 24% van de kinderen had gezien dat iemand gedood werd. De oorlog had nog andere effecten: 43% van de kinderen had zo'n honger dat zij dachten dood te gaan en 26% dacht te sterven van de kou. 69% van de kinderen heeft in een levensbedreigende situatie verkeerdt².

Arroyo en Eth beschreven de gevolgen van de voortdurende oorlogvoering voor kinderen en adolescenten in Zuid-Amerika.³ Afgezien van de concrete traumatische ervaringen die kinderen doormaken, zijn er talloze stressoren - waaronder het gebrek aan beschutting, aan voeding en aan medische voorzieningen, de voortdurende angst en hulpeloosheid - die tot algehele stagnatie in de psychische en sociale ontwikkeling leiden. Bovendien wordt antisociaal gedrag, misdaad en geweld beloond. Voor een deel van deze kinderen volgt later emigratie en verdere sociale ontwikkeling in een ander land.

Er is echter ook een andere oorlog, 'closer to home' in de getto's van de grote steden in de Verenigde Staten, die dramatische consequenties heeft voor duizenden kinderen en adolescenten. Garbarino et al.⁴ maken melding van een onderzoek van Kotulak in Chicago waaruit blijkt dat 40% van 1000 leerlingen van het lager en middelbaar onderwijs getuige is geweest van een schietpartij, meer dan 33% getuige is geweest van een steekpartij en 25% een moord heeft gezien. In Los Angeles wordt geschat dat bij een geregistreerd aantal van 2000 moorden in 10 tot 20% van de gevallen kinderen ooggetuigen zijn geweest.

In ons land ging de kinderpsychiater De Levita⁵ in op de langdurige gevolgen van oorlog. De Levita spreekt in zijn oratie over het transgenerationale panorama. Dit panorama omvat, zo zegt hij, minstens vijf generaties. Het zijn de eigen ouders, grootouders, en voorvaderen die mede de identiteit van de leden der eerste generatie bepalen.

Ofschoon er regelmatig kritische geluiden te beluisteren vallen met betrekking tot de aard en omvang van de transgenerationale traumatisering, is de problematiek van de tweede en derde generatie voor diegenen die in hun werk regelmatig geconfronteerd worden met ouders die zelf tijdens de oorlog in de kampen verbleven of wier ouders in het verzet zaten of bij de NSB waren, een vertrouwd gegeven.

Voorbeeld:

Enige tijd geleden vroegen ouders om hulp in verband met psychische problemen die zij hadden met hun vijftienjarige dochter. Tijdens een van de gesprekken vertelde de moeder dat er recentelijk tussen haar en haar dochter een heftig conflict was geweest. Op de televisie werd een film vertoond waarin op een gegeven moment iemand heel sadistisch werd afgeranseld. De dochter zat geboeid te kijken. Voor de moeder was dat een shockerende ervaring. Kijkend naar dat stukje film, kwamen bij haar herinneringen op aan de periode in het Jappenkamp, waar zij als kind vaker getuige was geweest van wrede ranselpartijen.

Dat ik in dit hoofdstuk toch kort ben blijven stilstaan bij het centrale thema van deze bundel: de psychotraumatische gevolgen van de oorlog, heeft te maken met mijn besef dat wat mensen in een oorlog meemaken, en in het bijzonder in concentratiekampen in de Tweede Wereldoorlog, van een heel eigen orde was. Psychotraumatische ervaringen in onze tijd en in onze westerse samenleving hebben mijns inziens minder het karakter van totale ondergang en van het absolute isolement in volledige verlatenheid, dat kenmerkend was voor slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog. Hetgeen in Cambodja gebeurde komt daar heel dichtbij. Vandaar dat Garbarino et al. ook spreken van de andere holocaust.

Anderzijds is het goed om te waken voor een mythologisering van de geweldsgebeurtenissen in de Tweede Wereldoorlog en deze geheel los te zien van wat er heden ten dage plaatsvindt aan humaan en technologisch geweld van uitzonderlijke orde; ook in onze tijd worden grote groepen

mensen of individuen getroffen door zeer ingrijpende, alles overspoelende gebeurtenissen die kunnen leiden tot korte of langdurige psychotraumatische reacties.

Actuele traumatisering

Kennis van en ervaring met psychotrauma's van kinderen en adolescenten is (ook nu nog) in de medische wereld gering. Toch worden ook kinderen en adolescenten dagelijks geconfronteerd met zeer ingrijpende en schokkende gebeurtenissen. Er kan een aantal gebieden aangegeven worden van waaruit die ervaring met ingrijpende en schokkende gebeurtenissen plaatsvindt: de wereld van geweld door mensen, natuurrampen, de gezondheidszorg, verkeer en technologie.

Tot de gebeurtenissen die kunnen leiden tot psychotrauma's kunnen de volgende gerekend worden: auto-ongelukken; ongelukken met werktuigen; brand; (bijna-)verdrinking; wiegendood; medische fouten; speciale ingrepen of gebeurtenissen op de intensive care-afdelingen zoals verminkende operaties; suïcide van een ouder of broer of zusje, suïcide van een vriendje of leraar; mishandeling; seksueel misbruik; ontvoering; kinderdoding; doding van een derde etc. Het gaat in alle gevallen waarin we spreken van (mogelijk) *trauma* om schokkende gebeurtenissen van extreme orde die het individu voor kortere of langere tijd machteloos maken en de 'normale' handhavings- en verdedigingsstijl uitschakelen.

Het is goed om een duidelijk omschreven trauma-begrip te hanteren en niet, zoals gebruikelijk is, in het vaag en vervagend taalgebruik van alledag de woorden trauma en traumatisch te gebruiken voor heel uiteenlopende belastende ervaringen voor individuen of groepen.

Gewoon schokkende gebeurtenissen, die inherent zijn aan het leven - zoals het overlijden van een gezinslid, echtscheiding van ouders, een belastende ziekenhuisopname of -ingreep - hoeven niet per se traumatisch te zijn. Echter, afhankelijk van bijzondere omstandigheden kunnen deze gewoon schokkende gebeurtenissen wel als bijzonder traumatisch worden beleefd.

Reacties op traumatische ervaringen

Wanneer we ons richten op de vraag wat de gevolgen zijn van schokkende ervaringen voor kinderen, dienen we ons te realiseren dat het

altijd gaat om heel persoonlijke reacties. De leeftijd van het kind, diens persoonlijke uitrusting, de mate waarin zogenaamde beschermende factoren aanwezig zijn, de gezinsgeschiedenis, eventuele gezinspathologie, de persoonlijke geschiedenis van het kind, de aanwezigheid van supportsystemen, die bepalen de reactie op een (extreme) schokkende gebeurtenis.

Voorbeeld:

Een driejarig kind werd aangetroffen bij de moeder, die zich net had gesuïcideerd. Het kind was rustig aan het spelen. Voor hem was de moeder aan het slapen. De betekenis van die gebeurtenis zal pas wanneer het kind ouder wordt tot hem kunnen doordringen.

Reacties van kinderen

Tot voor kort werd nauwelijks geloofd dat kinderen ook uitgesproken specifieke c.q. posttraumatische stressreacties kunnen vertonen, zoals die ook bij volwassenen worden waargenomen. Het werk van Terr⁶ - die kinderen onderzocht en behandelde nadat ze op een zeer gewelddadige wijze waren ontvoerd - heeft aangetoond dat ook kinderen en adolescenten deze specifieke symptomen of clusters van symptomen kunnen hebben, zoals binnendringende beelden, repeteerdromen, hyperalertheid, verhoogde angst voor familiereacties, verhoogde arousal, vermijding van bepaalde ervaringen, dissociatieve reacties en stoornissen, heftige fysiologische reacties et cetera.

Echter, vaak reageren kinderen en adolescenten na extreem schokkende gebeurtenissen, zoals in de klinische praktijk blijkt, met specifieke klachten en symptomen: emotionele en gedragsproblemen, concentratie- en leerproblemen, zindelijkheidsproblemen, psychosomatische klachten, ook antisociaal en/of delinquent gedrag kunnen het antwoord zijn op de zeer belastende ervaring.

Het kan ook zijn dat het kind nauwelijks of geen klachten of symptomen heeft of deze niet manifesteert. Nader beschrijft een geval van een meisje dat na een traumatische ervaring regelmatig de hand van haar moeder vastpakte.⁷ Dit gedrag werd als een routine-contactgedrag ervaren door de moeder. Later bleek dat het meisje heel angstig werd door zogenaamde binnendringende beelden (intrusive images) die haar herinnerden aan de schokkende gebeurtenis. Op die momenten zocht ze bescherming en steun bij de moeder.

Bij kinderen kunnen reacties ook geheel afwezig zijn na een gebeurtenis die voor volwassenen als zeer schokkend geldt en bij hen tot zeer sterke posttraumatische reacties leidt.

Veel is nog onduidelijk ten aanzien van de ontwikkeling van symptomatologie bij kinderen die schokkende gebeurtenissen ervaren hebben. Zo bleek bijvoorbeeld bij een ernstig ongeluk met een boot - de zogenaamde Regatta⁸ - dat de ernst van de zogenaamde PTSS-symptomen niet samenhangt met de aard van de ervaring van het betreffende kind noch met de ernst van de kwetsuren.

We weten ook nog niet welk soort reacties een sterke alarmfunctie hebben of prognostisch ongunstiger zijn, meer of minder gemakkelijk te behandelen zijn.

Zoals bij volwassenen kunnen de klachten die kinderen vertonen na een schokkende gebeurtenis kortdurend zijn of langer aanhouden, zij kunnen vrij direct na de gebeurtenis verschijnen of enige tijd later. De 'er is niks aan de hand'-houding maskeert vaak grote innerlijke verwarring.

Reacties van de ouders

Kinderen zijn zeer verweven met hun directe omgeving: ouders, broertjes en zusjes, grootouders en andere familieleden vormen de hechte, veilige matrix van waaruit de ontwikkeling verloopt. Omgekeerd zijn kinderen zeer bepalend voor de kwaliteit van het leven van de ouders en (zij het in mindere mate) voor het leven van de broertjes en zusjes. Negatieve gebeurtenissen in het leven van kinderen zijn een existentiële bedreiging voor de ouders. Bij schokkende gebeurtenissen van kinderen - zoals ernstige auto-ongelukken, verbranding, seksueel misbruik - reageren ouders heftig en vaak langer dan de kinderen. Bij seksueel misbruik van hun kind (buiten het gezin) zien we vaker dat het (jonge) kind weinig of korte reacties laat zien, terwijl de ouders daarentegen volledig van slag zijn. Zij laten posttraumatische stressreacties zien en niet het kind. De spanningen die ze ervaren kunnen leiden tot ziekte, overmatig alcoholgebruik of werkverzuim van lange duur.

Externe factoren zijn van grote invloed op de wijze waarop ouders reageren op wat hun kind heeft meegemaakt. Zo valt te constateren dat de aandacht in de media voor seksueel misbruik ertoe kan leiden dat ook minder ingrijpende seksuele gebeurtenissen met hun kind als dramatisch worden beleefd en leiden tot excessieve reacties bij de ouders. Ook kan bijvoorbeeld de wijze waarop in geval van wiegendood door

politiefunctionarissen onderzoek gedaan wordt naar de achtergronden van het overlijden van het kind (mogelijk infanticide), een schrijnend litteken vormen bij de ouders. Omgekeerd kunnen politiefunctionarissen (ouders) die herhaaldelijk geconfronteerd worden met calamiteiten waarbij kinderen betrokken zijn (wiegendood, verbranding, ernstige auto-ongelukken) zodanig van slag raken dat dit effecten heeft in hun eigen gezin.

De manier waarop hulpverleners reageren op de posttraumatische problemen van kind en ouders, beïnvloedt ouders en kind in de wijze waarop zij met de klachten en problemen omgaan. Onbekendheid met deze verschijnselen leidt ertoe dat men de gevolgen van de traumatisering niet ziet of niet wil zien. Het ongeloof in posttraumatische stressreacties bij kinderen waarvan Terr gewag maakt, is nog steeds aanwezig. Hulpverleners en artsen kunnen ook dit soort problemen ontkennen, bagatelliseren, vergroten of dramatiseren en daarmee (iatrogeen) ertoe bijdragen dat patiënt en/of ouders zich onbegrepen voelen of gefixeerd raken op hun klachten.

Onderzoek, hulpverlening, besluitvorming

In het voorafgaande is in het kort een aantal facetten beschreven van de psychotraumatologie bij kinderen en adolescenten.⁹ Ofschoon in oorlogen in andere delen van de wereld miljoenen kinderen en gezinnen slachtoffer zijn, zijn de traumatische gebeurtenissen en reacties daarop in de westerse, geïndustrialiseerde landen van een andere orde. Daarom zijn ook de vragen waarmee hulpverleners en anderen zoals bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen geconfronteerd worden van een andere orde. De vraag in hoeverre een kind en/of ouders door een negatieve ingrijpende levensgebeurtenis zijn getraumatiseerd en wat de effecten daarvan zijn op kortere of langere termijn, is in alle omstandigheden een kernvraag. Deze vraag, zo is onze ervaring, is regelmatig in heel uiteenlopende kaders aan de orde. Ouders, leraren, huisartsen en justitiële instanties lopen tegen deze vraag aan. Maar het komt ook steeds meer voor dat bedrijfsartsen en/of verzekeringsgeneeskundigen moeten beoordelen of het ziekteverzuim van een ouder samenhangt met het geweldstrauma van een kind. Adviserend geneeskundigen van een verzekeringsmaatschappij moeten eveneens herhaaldelijk advies uitbrengen over de aard van een traumatische ervaring met het oog op schadeclaims.

Een drietal praktijkvoorbeelden, die zeer kort worden weergegeven, kan wellicht de complexiteit van problemen waarin slachtoffers van zeer ingrijpende gebeurtenissen terechtkomen verduidelijken.

Voorbeeld 1:

Een 19-jarige jongen raakte na een bromfietsongeval in een diep coma dat weken duurde. Gedurende een aantal maanden verbleef hij in een revalidatiecentrum. Na het ontslag was hij een deel van zijn verleden kwijt. Hij was genoodzaakt een opleiding af te breken en verloor een aantal contacten met het verleden. Hij ging in psychotherapie met de verwachting zijn verleden terug te vinden, maar ontdekte dat er veel andere zaken aan de orde kwamen. De adviseerend geneeskundige stelde de vraag of en in hoeverre het ongeluk van invloed was op het gedrag van de jongen.

Voorbeeld 2:

Een 8-jarig meisje liep ernstige brandwonden op bij een barbecue, met het gevolg dat ze ernstige littekens aan armen en gezicht heeft. Bij het meisje deden zich geleidelijk aan duidelijke gedragsveranderingen voor. Was ze voordien een vrolijk extravert meisje met veel contacten, nu zagen de ouders dat ze stil en teruggetrokken werd en zich afsloot van haar vrienden en vriendinnen. Ook werd de leersituatie ernstig beïnvloed door haar emotionele problemen.

Bij psychologisch onderzoek bleek dat het meisje het gevoel had in een lichaam te zitten dat niet helemaal van haar was. Voortdurend was ze bezig ervoor te zorgen dat handen en gezicht niet zichtbaar waren. Regelmatig moest ze zich invetten tegen de pijn. Ze vroeg zich ook continu af of ze later nog aantrekkelijk zou zijn voor jongens.

Ook de ouders leden erg onder het gebeurde en maakten zich grote zorgen over de ontwikkeling van hun dochter en over haar toekomst. De schadeclaim bij een verzekering was voor de ouders een manier om voor hun kind iets van genoegdoening te verkrijgen.

Voorbeeld 3:

Een 6-jarig jongetje was getuige van een ernstig geweldsgebeuren waarbij een psychotische man een huis in brand stak, binnendrong in het huis van de ouders van de jongen en op diens slaapkamertje grote vernielingen aanrichtte. Brandweer en politie kwamen naar

de plaats van het onheil, waar in zekere zin een oorlogssfeer ontstond.

Het gezin was gedwongen te verhuizen. In de loop van de weken na de gebeurtenis kreeg de jongen een reeks van klachten. De vader werd verwickeld in een reeks van zakelijke en juridische problemen, waarin hij moest 'bewijzen' dat een aantal zaken (ander huis, schadeloosstelling etc.) gerechtvaardigd waren.

Ongeïnteresseerdheid van derden in de problemen van het gezin, bureaucratische rompslomp en de sterke reacties van de andere gezinsleden betekenden voor hem bijzondere secundaire belasting. Enige tijd na de gebeurtenis kreeg hij een hartinfarct.

Deze voorbeelden maken wellicht ook het belang duidelijk voor een diepgaand (psychodiagnostisch) onderzoek van het kind (of adolescent) en het gezin.

Een dergelijk onderzoek geeft niet alleen een duidelijk toestandsbeeld van het kind, maar helpt ook een oordeel te vormen over de invloed van de gezinsgeschiedenis en eventuele gezinspathologie, over de invloed van mogelijke andere (negatieve) levenservaringen, over de invloed van fase-specifieke factoren etc. Er is dan sprake van wegen en afwegen, waarbij nimmer een natuurwetenschappelijk exactheid bereikt kan worden ten aanzien van de invloed van de verschillende factoren op het gedrag van het kind.

Het is ons inziens niet mogelijk om een antwoord te geven op de vraag wat de effecten zijn van traumatische gebeurtenissen op kind en gezin zonder een grondig onderzoek. Voor de lezer lijkt dit wellicht een vanzelfsprekend iets. Het is onze ervaring dat een dergelijk onderzoek vaak niet plaatsvindt, ook in omstandigheden die dit, zoals achteraf blijkt, zeer noodzakelijk maken.

Wellicht heeft dit te maken met het feit dat men vaak niet weet waar men hulp moet zoeken bij calamiteiten waarbij kinderen en adolescenten betrokken zijn. Anders dan bij de hulp aan slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog, waarvoor in Nederland een hoogwaardig en goed georganiseerd stelsel van voorzieningen bestaat, is de expertise met betrekking tot de zorg voor kinderen en ouders die slachtoffer zijn van zeer extreme gebeurtenissen nog in ontwikkeling en in bepaalde instellingen nog zeer rudimentair.

Gebrek aan kennis en inzicht in de betekenis van zeer ingrijpende gebeurtenissen die kinderen en ouders doormaken, is ook in de werk-

omgeving van de slachtoffers, zo blijkt herhaaldelijk, zeer gering of geheel afwezig. Men mist ook vaak concrete informatie over wat slachtoffers hebben doorgemaakt en men verwacht al gauw dat betrokkenen weer snel overgaan tot de orde van de dag.

Wat geldt voor de werkomgeving in het algemeen geldt dikwijls ook voor bedrijfsartsen. Ook zij beschikken over te weinig kennis (opleiding) met betrekking tot de gevolgen van traumatische ervaringen.

Het is juist de bedrijfsarts die een grote invloed zou kunnen hebben op de wijze waarop de bedrijfsleiding, afdelingshoofden en collega's slachtoffers tegemoet kunnen treden. Dat de bedrijfsarts daarbij ook aandacht voor de problemen van de andere gezinsleden zou moeten hebben en eventueel middels contact met huisarts of andere hulpverleners tot een meer integrale aanpak zou kunnen komen, spreekt vanzelf.

Een verzekeringsarts die het ziektegedrag van de ouder beoordeelt, is zeker ook gebaat bij meer kennis over de invloed van traumatische ervaringen op de patiënt. Aandacht voor de houding waarmee de patiënt tegemoet getreden wordt, is van groot belang. De kwetsbaarheid en overgevoeligheid van mensen na een traumatische ervaring is bijzonder groot. Begrip, echte aandacht, een empatische houding is eerder op zijn plaats dan een afstandelijke boekhoudkundige houding.

De adviserend geneeskundige die een schadeclaim moet beoordelen van een verzekeringsmaatschappij kan door de wijze waarop hij de claim en de patiënt benadert, expliciet bijdragen aan de secundaire traumatisering van het slachtoffer. Hij of zij is daarbij natuurlijk een exponent van een systeem dat financiële belangen moet veiligstellen. De lange duur van de procedures - de kille, technische vraagstelling, de bewijsvoeringsrituelen - leidt soms tot directe, ernstige, ook lichamelijke ziekte of uitval.

Goede bejegening is preventie

In onze samenleving zijn jaarlijks enkele duizenden kinderen en ouders slachtoffer van zeer ingrijpende gebeurtenissen, die het bestaande evenwicht van het individu en het gezin volledig - voor korte of langere tijd of blijvend - verstoren. Het besef groeit dat deze kinderen en ouders speciale hulp en opvang nodig hebben. De instelling van de bureaus slachtofferhulp weerspiegelt iets van dat besef in de samenleving en de verantwoordelijkheid die gevoeld wordt voor deze slachtoffers. Ook binnen de hulpverleningswereld, binnen de universitaire instellingen en bij politie en justitie groeit de aandacht voor de psychotraumatologie.

Toch is de afstand tussen de centra waar speciale kennis en expertise aanwezig is en het veld nog vrij groot, ondanks initiatieven en activiteiten van een aantal particuliere instellingen.

Bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en adviserend geneeskundigen van verzekeringsmaatschappijen kunnen mijns inziens een belangrijke secundair-preventieve invloed hebben bij de verwerking van traumatische ervaringen.

Dit zou bevorderd worden wanneer:

- * Bij de opleiding meer aandacht gegeven zou worden aan psychotraumatologie.
- * Binnen bedrijven en diensten bedrijfsartsen eventueel samen met bedrijfspsychologen bevorderen dat er meer kennis komt van en begrip voor mensen die een bijzonder ingrijpende gebeurtenis meemaken. Ontwikkeling van een basisprogramma voor slachtofferhulp zou in elk bedrijf, niet alleen bij bedrijven waar calamiteiten of overvallen kunnen plaatsvinden, door het management op gang gezet kunnen worden.
- * Het samenspel tussen bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en huisartsen verbetert. Daardoor zou de beoordeling van de situatie van de patiënt (slachtoffer) verfijnd kunnen worden en hij of zij beter worden opgevangen.
- * Consultatie van psycholoog of psychiater door een verzekeringsgeneeskundige of bedrijfsarts op ruimere schaal zou plaatsvinden.

Samenvatting

Vanuit een paradoxale positie zou men kunnen stellen: de oorlog gaat door. Daarmee is de stelling ingenomen dat ook heden ten dage duizenden kinderen en hun ouders slachtoffer zijn van zeer schokkende gebeurtenissen, die voor kortere of langere tijd leiden tot psychische en sociale ontwrichting. Menselijk en technologisch geweld liggen ten grondslag aan die actuele vormen van traumata. Ingegaan wordt op enkele theoretische aspecten van het traumaconcept, op de relatie tussen trauma en psychische ontwikkeling en op verschillende traumatische gebeurtenissen waarmee medewerkers van een kinderkliniek worden geconfronteerd.

Te constateren valt dat kennis van en kunde ten aanzien van traumatische ervaringen bij kinderen en jeugdigen relatief beperkt is.

Ontkenning, ongeloof, bagatellisering, maar ook mythologisering van

traumatische gebeurtenissen zijn in het maatschappelijk gebeuren van elke dag waarneembaar. Ook dan wanneer er ondubbelzinnig sprake is van een ernstige traumatische ervaring, kunnen de reacties en/of gevolgen heel verschillend zijn bij individuen of gezinnen. Daarom is een zorgvuldige psychodiagnostiek van kind en ouders van groot belang: niet alleen om te kunnen vaststellen of en welke gevolgen zichtbaar zijn, maar ook om te komen tot een (af)weging van de verschillende factoren die (probleem)gedrag of traumatische reacties kunnen beïnvloeden.

Aan de hand van enkele vignetten wordt ingegaan op het samenspel tussen psychologen, psychiaters en verzekeringsgeneeskundigen.

Bepleit wordt een veel nauwer samenspel tussen gedragswetenschappers, psychiaters en verzekeringsgeneeskundigen of schade-experts bij de vraag wat en hoe groot de effecten zijn van calamiteiten. Bepleit wordt ook een veel nauwer samenspel tussen bijvoorbeeld bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen. Grotere aandacht voor psycho-traumatische ervaringen en voor medewerkers of hun gezinsleden in de bedrijven zelf (opleiding, consultatie etc.) kan niet alleen leiden tot secundaire preventie, maar kan ook voorkomen dat mensen langere tijd ziek worden of secundair opnieuw getraumatiseerd worden.

Noten

1. Garbarino, J., K. Kostelny en N. Dubrow, *No place to be a child; growing up in a war zone*. Lexington: Lexington Books, 1991.
2. Yule, W., *UNICEF-rapport* (in press).
3. Arroyo, W. en S. Eth, 'Children traumatized by central American warfare'. In: S. Eth en R.S. Pynoos (eds.), *Posttraumatic stress disorder in children*. Washington: American Psychiatric Press, 1985, 101-120.
4. Garbarino, J. [et al.], *No place to be a child*.
Zie voor het onderzoek waaraan door Garbarino c.s. wordt gerefereerd: Kotulak, R., 'Study finds inner-city kids live with violence'. In: *Chicago Tribune*, 28 september 1990.
5. Levita, D.J. de, *De wolken waarom mijn moeder schreide*. Nijmegen: SUN, 1992 (inaugurele rede).
6. Terr, L.C., 'Childhood traumas; an outline and overview'. In: *American Journal of Psychiatry* vol. 148 (1991) 1, 10-20.
7. Nader, K. en R.S. Pynoos, *Parental report of children's responses to life threat* (in press).
8. Martini, D.R. en C. Ryan, 'Psychiatric sequelae after traumatic injury; the Pittsburgh Regatta Accident'. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 29 (1990) 70-75.
9. Voor een uitvoerige studie van psychotrauma's bij kinderen en adolescenten: Wolters, W.H.G., *Kind en psychotrauma*. Baarn: Ambo, 1991 (inaugurele rede); Wolters, W.H.G. (red.), *Psychotrauma's bij jongeren*. Baarn: Ambo, 1991.