

IN DE SPREEKKAMER

Klinisch psycholoog/psychotherapeut Sjef Berendsen

‘Ik ga snel naar de pijn van het trauma toe’

Welke gezichten gaan er schuil achter de hardwerkende behandelaren van psychotrauma, wat zijn hun drijfveren, waarom kozen ze voor het vak en waardoor zijn ze beïnvloed? Veronique Huijbregts interviewt Sjef Berendsen, klinisch psycholoog/psychotherapeut en hoofd hulpverlening bij het Instituut voor Psychotrauma (partner in Arq Psychotrauma Expert Groep). Hij was onder meer betrokken bij de opvang en nazorg na de vuurwerkramp in Enschede, de tsunami in Thailand en de schietpartij in Alphen aan den Rijn. Hij begeleidde ook de nabestaanden van de vliegramp bij Tripoli. Als psychotraumatheapeut begeleidt hij mensen met een posttraumatische stressstoornis.



Sjef Berendsen

Berendsen was nog niet zo lang militair psycholoog toen op de dag na de Bijlmerramp, begin oktober 1992, in alle vroegte bij hem de telefoon rinkelde. Het crisisteam in Den Haag vroeg hem de militair-geneeskundige eenheid bij te staan die in de Bijlmer moest helpen met identificatie van de slachtoffers. Anderhalf uur later stond hij midden tussen de beelden die hij de avond ervoor op de tv had gezien. 'Bizar', zegt hij. Een week lang begeleidde hij de beroeps-militairen die het identificatiewerk deden en de dienstplichtigen die de lijken naar een hangar bij Schiphol brachten. Hij sprak hen aan en lette erop of ze het werk aankonden en niet te veel last hadden van wat ze onder ogen kregen. 'Dat ging me goed af. Zo kwam ik erachter dat dit iets was wat ik kon. Ik had al eerder opvangen gedaan, maar dan op kleine schaal. Dit was van een heel andere orde.'

Het werd een leerzame week. Hij kwam er bijvoorbeeld achter dat je mensen niet moet blootstellen aan gruwelijke beelden tenzij het per se moet voor hun werk. 'Een geestelijk verzorger was erbij als in de boogtent de lijkzakken opengingen. Hij vertelde me later dat hij veel last heeft gehad van die beelden. Ik was daar niet bij en heb er ook geen last van gehad.' Dit inzicht komt hem bij elke opvang van pas. 'In Thailand hadden ze na de tsunami voor de identificatie foto's van stoffelijke resten opgehangen. Die waren vaak gruwelijk. Niet naar kijken, heb ik de mensen van het ANWB-team geadviseerd, concentreer je op je eigen taak en je rol.'

Zelfherstellend vermogen

De Bijlmerramp was het begin van Berendsens specialisatie als traumahulpverlener. Snel daarna werd hij naar Bosnië uitgezonden. Opnieuw liep hij rond in een wereld die hij eerder alleen van tv-beelden kende. Hij ging er effectiever werken, leerde snel contact te leggen, in te voegen in een nieuwe groep mensen en vertrouwen op te bouwen. Eenmaal terug had hij wel een paar maanden nodig om zijn evenwicht te hervinden, vertelt hij.

In die begintijd was er nog weinig bekend over de opvang na trauma's, laat staan dat er een specifieke scholing voor was. Berendsen maakte de hele ontwikkeling in de praktijk mee: alle inzichten en deskundigheid die in de afgelopen decennia zijn opgebouwd, toegepast en aangepast aan nieuwe kennis. 'PTSS staat pas sinds 1980 in de DSM III. In die tijd deden Rolf Kleber en Danny Brom onderzoek naar de effecten van gijzelingen, het eerste onderzoek in Nederland op dat gebied. In 1985 zetten zij het Instituut voor Psychotrauma op.'

Die eerste PTSS-definitie, vertelt Berendsen, legde een causaal verband tussen schokkende gebeurtenissen en PTSS. Daardoor leek het alsof iedereen die een schokkende gebeurtenis had meegemaakt getraumatiseerd was en hulp nodig had. 'Dat is natuurlijk niet zo. Het gaat erom hoe de persoon in kwestie de gebeurtenis beleeft. Inmiddels weten we dat 80 tot 90 procent van de betrokkenen herstelt zonder hulp. Mensen ervaren de eerste weken na de schokkende gebeurtenis wel veel stress. Wij streven dan naar

stressreductie. Soms bereiken we dat door voorlichting, soms door mensen te helpen terug te gaan naar de plaats van de gebeurtenis, soms door hen bij te staan in hun verdriet.'

Bij de voorlichting vertelt hij mensen dat de herbelevingen, het vermijdingsgedrag en de hyperalertheid die kenmerkend zijn na een schokkende gebeurtenis, normale verschijnselen zijn die langzaam verminderen. 'En dat ze als ze niet minder worden snel hulp moeten zoeken, om te voorkomen dat de klachten chronisch worden.'

Berendsen benadrukt dat 'one size fits all'-hulp niet opgaat, al was het alleen maar omdat elke schokkende gebeurtenis anders is. Zo was het eind jaren tachtig gebruikelijk om alle betrokkenen te debriefen. Later wees onderzoek uit dat dit lang niet altijd effectief is. 'Bij sommige mensen past dat, bij anderen helemaal niet. Sociale steun vanuit de omgeving is wel erg belangrijk. Daar informeer ik wel altijd naar.'

Zorgvuldig in kaart brengen

Als ze worden ingeschakeld checken Berendsen en zijn collega's van het IVP eerst wat er aan de hand is en wat mensen ter plaatse zelf kunnen doen. 'We gaan alleen als het echt nodig is. Binnen een paar uur na een schokkende gebeurtenis aanwezig zijn hoeft lang niet altijd.' Berendsen kent wel hulpverleners die al op hun website vermelden dat ze binnen een paar uur ter plaatse kunnen zijn. 'Er bestaat geen evidentie waaruit blijkt dat dit nodig is. Wat mij betreft komt dat ook in de herziene richtlijn *Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises* te staan. Check eerst goed wat

er aan de hand is, wat de stressbronnen zijn, en bedenk welke interventies je daarop kunt plegen. Anders kan het flink fout lopen.’

Een voorbeeld van hoe het niet moet hoorde Berendsen op een congres. Een hulpverlener vertelde daar dat hij een directeur na een bedrijfsongeval had geadviseerd de dood van een collega direct aan alle aanwezigen te melden. ‘Als je mensen slecht nieuws moet vertellen, ga je eerst na wat hun relatie is tot de overledene. Goede vrienden of naasten moet je niet informeren waar iedereen bij is. Breng in kaart welke groepen op welke manier bij de schokkende gebeurtenis betrokken zijn, en doe dat zorgvuldig. Betrek daarbij ook de aanwezige instanties en hulpverleners. Op die informatie baseer je je nazorgplan.’ Je moet als adviseur goed je rol bij de opvang kennen, benadrukt hij. Het is daarom goed dat er een opleiding voor psychotraumahulpverleners komt.

Ervaring

Er komt eveneens een opleiding tot traumatherapeut, vertelt Berendsen. Ook die is hard nodig, al tellen de ervaring en het vertrouwen dat de therapeut weet te wekken zwaar. ‘Bij trauma’s hebben mensen behoefte aan een therapeut die houvast biedt. Ik ben daarom snel geneigd mensen te tutoyeren, er als gewoon mens te zitten, niet zozeer in een professionele rol. Mijn deskundigheid blijkt wel uit mijn antwoorden. Belangrijk is ook dat je informatie snel kunt kaderen en kunt doorvragen. Je moet het als therapeut aandurven om naar de pijn van het trauma te gaan. Je kunt er overigens ook te snel naartoe

willen gaan. De juiste benadering is een kwestie van ervaring en lef.’

Naast cognitieve gedragstherapie (CGT) gebruikt Berendsen EMDR. Bij die laatste therapievorm ligt zijn voorkeur. ‘Ik pas EMDR soms al in het tweede of derde gesprek toe. Ik geef mensen geen kans om te ontsnappen. Ik ga direct naar de pijn; dat is nodig om het trauma te verwerken. Mensen hebben mij niet nodig voor waar ze goed mee kunnen omgaan, maar juist voor wat ze willen vermijden. Alles begint met de vraag waarvan iemand nú last heeft, de pijn van nu. Veel therapeuten laten mensen in het wilde weg praten over het gebeurde. Dan krijgen ze herbelevingen terwijl die niets bijdragen aan het verwerkingsproces en zelfs hertraumatiserend kunnen werken. Zonde!’

Tussen EMDR en CGT bestaan visieverschillen, bevestigt Berendsen. ‘Bij de klassieke vorm van CGT vertellen mensen in de ik-vorm en de tegenwoordige tijd over het gebeurde. Wat werkt kan wellicht per cliënt verschillen. Je hebt ook nog best practices als *narrative exposure therapy (NET)* of *Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)*. Het is de uitdaging voor de toekomst om te zien wat voor welke cliënt het beste werkt. Dat weten we nu nog niet. Bij het nieuwe opleidingstraject geldt dat je minimaal twee beproefde effectieve therapieën moet beheersen, EMDR en CGT.’

Secundaire traumatisering

Heeft hij zelf veel last van alles wat hij ziet en te horen krijgt? ‘De confrontatie met het leed

doet me nog steeds heel veel. Iedere keer ben ik weer geschokt. Gelukkig. Dat moet ook om dit werk goed te doen. Daarom moet je de opvang ook doseren, anders heb je het risico dat je afstompt. Ik zeg wel eens nee tegen een verzoek, als ik net een opvang achter de rug heb. Ook bij collega’s let ik erop dat ze niet te veel opvangen aannemen. We nemen zo nodig elkaars klussen over. Maar ik weet wel wat er allemaal fout kan gaan, als ik in een supermarkt loop, in een trein zit of door een groen licht rijd. Dat besef mag niet gaan overheersen. Ik ging eens in het circus-theater in Scheveningen met mijn gezin naar een voorstelling. We zaten bovenin, midden in een rij en ik dacht: als er nu wat gebeurt zijn we kansloos. Ik heb mezelf gerustgesteld. Het is niet erg als je zoiets even voelt, maar je moet het wel van je af kunnen zetten. Er bestaat zoiets als secundaire traumatisering en ik ben er bewust mee bezig dat mij dat niet gebeurt.’

www.ivp.nl

VERONIQUE HUIJBREGTS (socioloog) is freelance journalist/redacteur en heeft een eigen tekstbureau (zie www.teksthuijbregts.nl).