

11 Psychosociale opvang na een ramp van kinderen met lichamelijk letsel

M.W. Rooze, C.J.A.M. de Roos, A.M. de Ruyter

Kinderen die getroffen worden door een ramp kunnen fysiek letsel oplopen of levensbedreigend gewond raken. Zij worden met spoed naar het ziekenhuis gebracht waar men noodzakelijke medische zorg biedt. Naast de medische zorg is ook een adequate psychosociale opvang direct na de ramp van belang.

In dit hoofdstuk wordt de organisatie van de hulpverlening bij rampen in Nederland beschreven. Vervolgens komen aan de orde: posttraumatische stressstoornis (PTSS), posttraumatische stressreacties, het verwerkingsproces en de psychosociale interventies. Tot slot worden adviezen gegeven die op de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd.

11.1 HULPVERLENING BIJ RAMPEN

Een ramp is een grootschalige, overweldigende en ingrijpende gebeurtenis waarbij veel direct getroffen zijn, zowel in fysiek als psychisch opzicht. Dit vraagt van hulpverlenende organisaties een extra inzet en een goede coördinatie. In Nederland is er na de Bijlmerramp een grote inspanning geleverd om beter voorbereid te zijn op nieuwe rampen. Verantwoordelijkheden en taken van de verschillende betrokken instanties zijn duidelijker verdeeld en omschreven. Nederland is ingedeeld in 25 veiligheidsregio's. Bij rampen vallen zij voor de geneeskundige processen onder de structuur van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen, de GHOR. Hieronder vallen de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH), de Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR) en de Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG). In de acute fase van een ramp stuurt een Regionaal Geneeskundig Functionaris de drie hulpverleningsprocessen aan. Ook de voorbereiding van de geneeskundige hulpverlening valt onder diens verantwoordelijkheid.

Ter ondersteuning van een goede coördinatie van de zorg aan slachtoffers van een ramp zal door de betreffende gemeente(n) een Informatie- en Adviescentrum (IAC) worden opgericht. Het centrum vervult een éénloketfunctie voor alle hulpvragen van de getroffen, zoals over huisvesting, financiën, verzekeringen, medische zorg, psychosociale zorg en juridische kwesties.

Wanneer de getroffen van een ramp verspreid over het hele land wonen, kan een landelijk IAC ingericht worden. Zo werd voor de Nederlandse getroffen van

114 HET VITAAL BEDREIGDE KIND IN DE URGENTIEGENEESKUNDE

de tsunami, een landelijk Informatie- en Verwijscentrum (IVC-Tsunami) opgericht. Middels een website en een landelijk servicenummer wordt informatie geboden en worden getroffen en verwezen naar de juiste hulpverleningsinstanties.

Kinderen en jongeren vormen een groep die speciale aandacht vraagt. De verantwoordelijkheid van de psychosociale opvang ligt bij de PSHOR, deze activeert en delegeert de hulpverlening naar een bestaand regionaal samenwerkingsverband: het calamiteitenteam. Het calamiteitenteam wordt ingezet bij ingrijpende gebeurtenissen met één of meer direct getroffen en vele betrokkenen, zoals een suïcide op een school of een steekpartij in een disco. Aan calamiteitenteams nemen verschillende instellingen deel, zoals de GGD, de politie, Bureau Slachtofferhulp, het Algemeen Maatschappelijk Werk, Jeugdzorg en de GGZ. Gezamenlijk dragen zij verantwoordelijkheid voor de psychosociale zorg na calamiteiten, vaak onder coördinatie van de GGD.⁽¹⁾ Implementatie van de calamiteitenteams in Nederland is nog gaande en de wijze van samenwerking heeft in de diverse regio's een andere vorm gekregen.

Naast de landelijke overkoepelende rampenorganisatie beschikken ziekenhuizen over eigen interne rampenplannen. Het rampenplan geeft een beschrijving van de organisatie van het ziekenhuis tijdens een externe ramp, zodat de verhoogde instroom van patiënten kan worden opgevangen en adequate medische zorg kan worden geboden. Hieronder valt ook de psychosociale zorg voor getroffen en de opvang van verwanten in het ziekenhuis. Zo werden in het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het VU medisch centrum in Amsterdam de ouders en familie van de getroffen en van de cafébrand in Volendam opgevangen en geïnformeerd. In de Medische Evaluatie Ramp Volendam (MERV) (2003) wordt geconcludeerd dat de patiënten van de cafébrand een meer dan gemiddelde zorgvraag met zich meebrengen op intensive care en verpleegafdeling.⁽²⁾ Dit komt mede door de aard van de verwondingen, de psychische stressfactoren en de noodzaak van multidisciplinaire behandeling. Het is van belang dat het ziekenhuis, de PSHOR en het calamiteitenteam de hulpverlening op elkaar afstemmen.

11.2 POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS (PTSS)

Voor volwassenen is uit onderzoek duidelijk aangetoond dat ongeveer een kwart van de getroffen en van rampen nog jarenlang lichamelijk en/of psychisch lijdt onder de gevolgen.⁽³⁾ Ook voor kinderen en jongeren lijkt dit het geval, al is het onderzoek bij hen veel beperkter in omvang en kwaliteit.⁽⁴⁾

De meeste wetenschappelijke onderzoeken die zich richten op de langetermijnreacties van kinderen rapporteren over de prevalentie van PTSS en andere traumagerelateerde reacties zoals rouw⁽⁵⁾, separatieangst, depressie en leer- en concentratieproblemen^(6,7) en toename van middelengebruik.⁽⁸⁾

Kinderen kunnen dus langdurige gezondheidsklachten ontwikkelen na een

ramp. Tweeënhalf jaar na de vuurwerkrampp in Enschede rapporteerden ouders van de kinderen tussen 4 en 12 jaar dat 46% nog steeds te kampen had met posttraumatische stressreacties. Voor de jongeren ouder dan 12 noemden de ouders een percentage van 27%. Zelf rapporteerden de jongeren een percentage van 37%.⁽⁹⁾

Er zijn dus indicaties dat een kwart of meer van de kinderen langdurig geconfronteerd wordt met de gevolgen van de ramp die zij heeft meegemaakt. Dit percentage is net zo hoog als bij volwassenen.

Onderzoek naar de specifieke groep kinderen, die als gevolg van de ramp lichamelijk letsel heeft opgelopen, is nauwelijks voorhanden. Wel zijn gegevens beschikbaar over de gevolgen van individuele traumatische gebeurtenissen, zoals verkeersongelukken.

Winston vindt in de eerste maand na het ongeval bij 88% van de kinderen (5-17 jaar) minstens één klinisch significant symptoom van een acute stressstoornis.^(10,11)

Meiser-Stedman vindt een acute stressstoornis bij 19,4% van de kinderen (10-16 jaar) binnen vier weken na de gebeurtenis, en na 6 maanden heeft 12,5% van deze kinderen een posttraumatische stressstoornis ontwikkeld.⁽¹²⁾ Kassam vindt na één maand 8% acute stressstoornis en 8% PTSS na drie maanden.⁽¹³⁾

Aaron rapporteert 22,5% PTSS bij kinderen van 8-17 jaar één maand nadat het kind gewond is geraakt.⁽¹⁴⁾ Hiervan heeft 47,5% van de kinderen last van twee of drie PTSS-symptomen. Stallard vindt 34,5% PTSS bij kinderen van 5-18 jaar, zes weken na het ongeval, en De Vries vindt in zijn onderzoek 25% PTSS, zeven en twaalf maanden na het ongeluk, bij een groep kinderen en jongeren van 3-18 jaar.^(15,16)

De percentages met betrekking tot prevalentie van acute stressstoornis, posttraumatische stressstoornis, en posttrauma-symptomatologie lopen uiteen. Het is ook niet duidelijk of de gevolgen van een ramp met lichamelijk letsel hetzelfde beeld te zien geven als een individueel ongeval waarbij het kind gewond raakt. Wel is duidelijk dat kinderartsen en verpleegkundigen geconfronteerd worden met de psychische gevolgen van het trauma.

Bij het verwerken van een ramp zijn klachten normaal. Volwassenen en kinderen kunnen specifieke reacties tonen, die bekend staan als posttraumatische stressreacties. Deze reacties maken deel uit van het normale verwerkings- en herstelproces. Ze kunnen zich, afhankelijk van leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind, in verschillende vorm en intensiteit voordoen.⁽¹⁰⁾ Net als bij volwassenen kunnen we spreken van normale reacties op een abnormale gebeurtenis. Wanneer er sprake is van heftige reactie(s) die lang aanhouden, kan gesproken worden van geblokkeerde verwerking of gestagneerde verwerking.

De DSM-IV geeft bij de acute stressstoornis (ASS) en de posttraumatische stressstoornis (PTSS) een uitgebreide beschrijving van de korte- en langetermijengevolgen van een traumatische ervaring. De criteria voor deze diagnoses staan in box 1 en box 2.

116 HET VITAAL BEDREIGDE KIND IN DE URGENTIEGENEESKUNDE

Er worden drie symptoomgroepen onderscheiden: herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid. Bij de acute stressstoornis wordt daarnaast ook een aantal dissociatieve verschijnselen beschreven en gaat het om reacties in de eerste maand na een ingrijpende gebeurtenis. Vanaf een maand na de gebeurtenis kan een PTSS worden gediagnosticeerd.

Posttraumatische reacties bij jongere kinderen zijn vaak moeilijk te herkennen omdat de criteria van de DSM-IV slecht aansluiten bij de reacties van kinderen op een ingrijpende gebeurtenis. Daarnaast maken de huidige criteria geen onderscheid tussen reacties van kinderen van verschillende leeftijden. Vooral het klinisch beeld van kinderen onder de zes jaar wijkt af van de DSM-IV-criteria. Dit heeft te maken met de beperkte cognitieve vaardigheden van kinderen, waardoor zij geen verbale beschrijvingen van gedachten en gevoelens kunnen geven.⁽¹⁾ Naast symptomen van herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid vertonen kinderen ook algemene reacties, zoals huilen, regressief gedrag (bijvoorbeeld duimzuigen en bedplassen), excessieve angsten, angst om alleen te zijn, verlies van eetlust en lichamelijke klachten.

Ten onrechte wordt nog vaak aangenomen dat kinderen nauwelijks of geen last hebben van een ramp. Er zijn indicaties dat ouders de stress reacties en de angst van hun kinderen onderschatten^(17, 18) en dat artsen die werkzaam zijn op een afdeling Spoedeisende Hulp deze reacties niet herkennen.⁽¹⁹⁾

Als een kind een ramp meemaakt zijn ouders ook getroffen. Vaak hebben zij dezelfde ramp meegemaakt en kampen ze met eigen posttraumatische stressreacties. Maar zelfs als dat niet zo is, kunnen zij zich onmachtig en schuldig voelen. Zij hebben immers hun kind niet kunnen beschermen en het leed niet kunnen voorkomen. Hoe ernstiger het kind getroffen is, hoe meer risico de ouder zelf loopt om posttraumatische stressreacties te ontwikkelen.⁽¹⁾ Ook broers of zussen kunnen reageren op een verhoogd stressniveau in het gezin en andere gevolgen van de ramp, zoals het wegvallen van de dagelijkse structuur en verminderde aandacht voor henzelf.

De *acute stressstoornis* is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornis. Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor de classificatie van de aandoening.

A De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij sprake is van de volgende twee criteria:

1 de persoon is met een gebeurtenis geconfronteerd die levensbedreigend is, waarin een ernstig letsel zou kunnen optreden of die de lichamelijke integriteit van de persoon of anderen in gevaar brengt;

>>

2 de reactie van de persoon is er een van intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

B Tijdens de confrontatie met het trauma of onmiddellijk daarna heeft de persoon drie of meer van de volgende dissociatiesymptomen:

- 1 een subjectief gevoel van verdoofdheid of onthechting of de afwezigheid van emotionele reacties;
- 2 een verminderd bewustzijn van de omgeving (reageert als in een waas);
- 3 derealisatie;
- 4 depersonalisatie;
- 5 dissociatieve amnesie (het onvermogen zich essentiële delen van het trauma te herinneren).

C De persoon herbeleeft het trauma voortdurend op minstens één van de volgende manieren: terugkerende beelden, gedachten, dromen, illusies, flashbacks, het gevoel het trauma opnieuw te beleven of onrust bij zaken die herinnering aan het trauma veroorzaken.

D Duidelijke vermijding van stimuli die herinnering aan het trauma oproepen (bijvoorbeeld gedachten, gevoelens, gesprekken, bezigheden, locaties, mensen).

E Duidelijke symptomen van angst, spanning of een verhoogde staat van opwinding (bijvoorbeeld slaapproblemen, prikkelbaarheid, concentratieverlies, overmatige waakzaamheid, schrikreacties en motorische rusteloosheid).

De *posttraumatische stressstoornis (PTSS)* is een psychische aandoening die in de DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. De DSM-IV geeft de volgende criteria voor de posttraumatische stressstoornis.

A De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarin beide volgende gevallen zich hebben voorgedaan:

- 1 de persoon is met een gebeurtenis geconfronteerd die doodsbetredigend is, waarin een ernstig letsel zou kunnen optreden of die de lichamelijke integriteit van de persoon of anderen in gevaar brengt;
- 2 de reactie van de persoon is intense angst, hulpeloosheid of afschuw (N.B.: bij kinderen kan dit zich uiten door wanordelijk of geagiteerd gedrag).

B De persoon herbeleeft het trauma voortdurend op minstens één van de volgende manieren:

- 1 herhaalde en ingrijpende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, waaronder beelden, gedachten of waarnemingen (N.B.: jonge kinderen

>>

118 HET VITAAL BEDREIGDE KIND IN DE URGENTIEGENEESKUNDE

kunnen herhaaldelijk spelletjes doen waarin aspecten van het trauma worden nagespeeld);

2 herhaalde verontrustende dromen over de gebeurtenis (N.B.: kinderen kunnen angststromen hebben zonder herkenbare inhoud);

3 gedrag of gevoelens alsof de traumatische gebeurtenis zich herhaalt, inclusief het gevoel de gebeurtenis opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties, en dissociatieve flashbacks, met inbegrip van flashbacks die optreden als de persoon wakker of geïntoxiceerd is (N.B.: bij jonge kinderen kan het heropvoeren van het trauma optreden);

4 intense psychologische spanning bij blootstelling aan interne of externe prikkels die het trauma symboliseren of erop lijken;

5 fysiologische reacties op blootstelling aan interne of externe prikkels die het trauma symboliseren of erop lijken.

C Aanhoudende vermijding van prikkels die aan het trauma doen denken of afstomping van het reactief vermogen (niet aanwezig voor het trauma), blijkend uit drie of meer van de volgende criteria:

1 pogingen tot het vermijden van gedachten, gevoelens of gesprekken die aan het trauma doen denken;

2 pogingen tot het vermijden van activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen aan het trauma oproepen;

3 onvermogen om zich belangrijke aspecten van het trauma te herinneren;

4 duidelijk verminderde interesse voor of deelname aan belangrijke activiteiten;

5 gevoel van onthechting of vervreemding van anderen;

6 beperkt bereik van affectie (bijvoorbeeld niet in staat zijn gevoelens van liefde te hebben);

7 gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld geen verwachting van carrière, huwelijk, kinderen of een normale levensduur).

D Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma), blijkend uit twee of meer van de volgende criteria:

1 moeite met inslapen of doorslapen;

2 irritatie of woede-uitbarstingen;

3 concentratieproblemen;

4 extreme waakzaamheid;

5 ernstige schrikreacties.

E De duur van de stoornis (symptomen in criterium B, C en D) is meer dan een maand.

F De stoornis veroorzaakt ernstig lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op andere terreinen.

11.3 HET VERWERKINGSPROCES

Het merendeel van de kinderen herstelt na een ramp spontaan en de psychische klachten verdwijnen. Sommige kinderen ontwikkelen langdurige psychische klachten. Risicofactoren belemmeren de verwerking, protectieve factoren beïnvloeden het verwerkingsproces gunstig. Sommige traumatische gebeurtenissen, zoals overlijden en rouw, vermissing en onzekerheid, en terrorisme en angst, brengen specifieke emoties en taken in de verwerking met zich mee.

11.3.1 Risicofactoren

Uit de literatuur is bekend dat het risico op posttraumapsychopathologie beïnvloed wordt door de kenmerken van een ramp, door de persoonlijkheidskenmerken van het kind zelf en door de omgeving van het kind. Er is sprake van een sterker effect als de situatie als meer bedreigend wordt ervaren door het kind wanneer er een hoge mate van angst bij het kind aanwezig is, als het kind gewond raakt of als ouders of vriendjes en vriendinnetjes overlijden. (20,21) Ook het gescheiden zijn van de ouders tijdens en vlak na de ramp is een risicofactor. (22,23) Het angstniveau tijdens en na de ramp is dan hoger, zowel bij kind als ouders, hetgeen sterkere posttraumatische stressreacties tot gevolg heeft. Ook ontwikkelen kinderen daarna vaak separatie-angst. In tabel 11.1 zijn de verschillende risicofactoren op een rijtje gezet.

11.3.2 Protectieve factoren

Belangrijke protectieve factoren die het kind beschermen tegen het ontwikkelen van psychopathologie, zoals PTSS, zijn goede opvang en ondersteuning. (4) Het functioneren van ouders blijkt nauw samen te hangen met het herstel van het kind. Als

Tabel 11.1 Risicofactoren die de kans op psychische klachten na een ramp kunnen vergroten (aangepast van REF) (24)

Risicofactoren m.b.t. de gebeurtenis	Risicofactoren in het kind	Risicofactoren in de omgeving
<ul style="list-style-type: none"> ■ ernst van de verwoesting die het kind gezien heeft ■ gruwelijkheid van de gebeurtenis ■ het verlies van een familielid of een andere geliefde ■ fysieke afstand tot de traumatische gebeurtenis 	<ul style="list-style-type: none"> ■ eerdere psychiatrische klachten ■ eerdere trauma's ■ beperkte schoolopleiding ■ beperkte coping-mechanismen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ psychiatrische stoornissen in het gezin zoals depressie, angst of middelenmisbruik ■ vroeg of chronisch disfunctioneren van het gezin ■ beperkte sociale steun ■ mede getroffenheid van ouders

120 HET VITAAL BEDREIGDE KIND IN DE URGENTIEGENEESKUNDE

ouders in staat zijn eigen stressreacties te hanteren en beschikbaar te zijn voor het kind, heeft dit een positieve invloed op het verwerkingsproces. Bij dit herstelproces neemt het begrip 'veerkracht' een centrale plaats in. Veerkracht is op vele manieren beschreven en gedefinieerd. Doll e.a. definiëren het als volgt: het betreft het op een succesvolle manier kunnen omgaan met en overwinnen van risico's en ontberingen, of het ontwikkelen van competenties onder invloed van ernstige stress en moeilijke omstandigheden.⁽²⁵⁾ De veerkracht van kinderen is meestal te verklaren uit een goede impulscontrole. Als kinderen en gezinnen in staat zijn adequate hulp en steun te vragen uit de omgeving getuigt dat eveneens van veerkracht. Dergelijke gezinnen zijn vaak hecht, individuele autonomie wordt aangemoedigd en de leden zijn in staat elkaar te ondersteunen in moeilijke tijden.

11.4 SPECIFIEKE ACCENTEN

11.4.1 Overlijden en rouw

Bij een ramp, zoals een orkaan, een aardbeving of vliegtuigongeval, komt het vaak voor dat volwassenen of kinderen aan hun verwondingen overlijden. Kinderen kunnen een dierbaar iemand verliezen door een ramp, bijvoorbeeld één of beide ouders, broertje of zusje, het hele gezin, andere familieleden, vrienden of klasgenoten. Het verliezen van een geliefd persoon is één van de meest ingrijpende gebeurtenissen die een kind kan meemaken.⁽²⁶⁾ Daarnaast brengt het overlijden van een ouder verandering in leefomstandigheden met zich mee. Zo gaan kinderen wonen bij de andere ouder of een familielid en ze veranderen van buurt en school, waardoor ook belangrijke steunende contacten met vrienden verbroken worden. De onthechting en ontworteling die dat met zich meebrengt, doet een beroep op het aanpassingsvermogen van het kind.

Het is van groot belang dat gevoelens geuit kunnen worden als een kind een dierbare verliest. Als kinderen de gelegenheid krijgen hun emoties te tonen en erover te praten, dan zullen zij daar later minder problemen mee krijgen.^(27, 28)

11.4.2 Vermissing en onzekerheid

Wanneer een ouder, broer, zus of ander familielid niet thuiskomt, niet bereikbaar is of wanneer het onbekend is of hij nog in leven is, spreekt men van vermissing. Naarmate de tijd verstrijkt worden de onzekerheid en angst dat de vermiste overleden is groter. Achterblijvers hebben vele onbeantwoorde vragen. Heftige emoties spelen op, hoop wordt afgewisseld met wanhoop, er is veel onzekerheid, machteloosheid of schuldgevoel. De verliesverwerking voor achterblijvers van vermissing is ingewikkeld, omdat niet duidelijk is wat de uitkomst is. Klachten kunnen verergeren omdat de hoop op terugkeer in de loop van de tijd afneemt. Het omgaan met deze aanhoudende stress compliceert het verwerkingsproces. Voor het gezin betekent dit een

enorme psychische belasting. Het risico voor de kinderen is dat de emotionele belasting zo groot is, dat er geen oog is voor hun emotionele noden. Het is van belang dat het gezin deskundige begeleiding hierbij krijgt.

11.4.3 **Terrorisme en angst**

Terrorisme is bedoeld om angst en paniek te zaaien, en het is gericht op ontwrichting van de samenleving. Het feit dat het letsel moedwillig en met kwade opzet is veroorzaakt, heeft grote psychische gevolgen voor kinderen en hun ouders en kan het vertrouwen in anderen schaden. Het specifieke gevolg van een terroristische aanslag is de dreiging die ervan uitgaat voor de toekomst. Voor kinderen die gewond zijn geraakt ten gevolge van een terroristische aanslag, kan angst voor de toekomst een grote rol spelen. Voor het hanteren van die angst is het mobiliseren van veerkracht van belang. Het is belangrijk om aandacht te schenken aan de reacties van kinderen na een ramp of een terroristische aanval, juist door de aanhoudende dreiging die ervan uit kan gaan.(24)

11.4.4 **Psychosociale interventies**

Psychosociale interventies zijn in te delen in eerste opvang, vroege interventie en behandeling. Bij alle interventies staat het herstel van het gevoel van controle centraal. In het algemeen wordt aangenomen dat vroeg ingrijpen beter is om te voorkomen dat langdurige psychische klachten ontstaan.(29) Omdat ouders een belangrijke rol spelen bij het herstel van het kind worden zij zoveel mogelijk betrokken bij de hulpverlening.

Eerste opvang

De eerste opvang vindt plaats tot 48 uur na de schokkende gebeurtenis. Doel van de eerste opvang is orde in de chaos te scheppen en rust te creëren. Eerst staan praktische zaken, zoals het regelen van eten, drinken en onderdak, op de voorgrond voordat een uitgebreider traumaopvang traject kan starten.(4) Uiteraard heeft bij lichamelijk letsel medische behandeling de prioriteit.

Het is belangrijk dat gezinnen zo snel mogelijk herenigd worden en bij elkaar kunnen blijven. Bij separatie maken ouders en kinderen zich wederzijds ernstige zorgen om elkaar, wat gevoelens van angst en machteloosheid tot gevolg heeft. Dit uit zich meestal in meer of intensere PTSS-reacties na afloop. Hereniging vermindert de angst bij beiden en stimuleert een actieve rol van ouders. Dit heeft een gunstig effect op het verwerkingsproces.

Informatie over gebeurtenis, PTSS-reacties en verwerkingsproces dragen bij aan het gevoel van controle. De geruststellende boodschap die gegeven wordt is: het zijn normale reacties op een abnormale gebeurtenis. Door voorlichtingsmateriaal, zoals folders, aan te bieden kan de informatie nog eens rustig worden nagelezen.

Vroege interventie

Vroege interventie is gericht op ondersteuning van het normale verwerkingsproces en het voorkomen van klachten op lange termijn. Eenmalige professionele interventies door buitenstaanders, bekend geworden als *debriefing*, zijn af te raden. Het effect van deze interventies is bij volwassenen niet aangetoond, ook niet voor risicogroepen.(30, 31) Enkele studies wijzen zelfs op de mogelijk schadelijke gevolgen van deze interventies.(32) Over het effect bij kinderen zijn nog geen gegevens beschikbaar.

De meest toegepaste vroege interventie bij kinderen en jongeren in Nederland is een gestructureerd opvangprogramma dat door het Instituut voor Psychotrauma is ontwikkeld.(4) Het programma bestaat uit vier bijeenkomsten voor ouder en kind, verspreid over een periode van drie maanden. Het bevat de volgende elementen: praktische hulp en ondersteuning, psycho-educatie, reconstructie van de schokkende gebeurtenis, stimuleren van adequaat *coping*-gedrag en ondersteunen van betekenisingeving. De effectiviteit van het opvangprogramma is aangetoond in een gecontroleerde vergelijkingsstudie na de vuurwerkramp in Enschede.(33) Het programma wordt uitgevoerd door psychologen en pedagogen die werkzaam zijn binnen bureau Jeugdzorg, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en psychotraumacentra.

Behandeling

Wanneer het verwerkingsproces vastloopt, klachten te lang aanhouden en klachten interfereren met de ontwikkeling van het kind, is behandeling nodig. Het hoofddoel van behandeling is klachtreductie en herstel van een gezond psychisch evenwicht.(1) Er zijn verschillende interventies voor getraumatiseerde kinderen die als behandeling worden ingezet, vooral traumagerichte cognitieve therapie en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Traumagerichte cognitieve therapie richt zich op het bewuste informatieverwerkingsproces. Door het uitdagen van disfunctionele gedachten probeert de behandelaar herinterpretatie van de traumatische herinnering te bewerkstelligen. In diverse onderzoeken is aangetoond dat deze interventie effectief is, met name na seksueel misbruik.(34) EMDR is een gestructureerde en geprotocolleerde methode voor de behandeling van PTSS.(35, 36) Het doel van de EMDR-behandeling is dat de cliënt kan terugdenken aan de traumatische herinnering zonder dat de herinnering veel spanning oplevert. Hierdoor nemen symptomen die zijn ontstaan als gevolg van deze nare herinneringen af. Inmiddels is de effectiviteit van EMDR bij volwassenen met PTSS door vele gecontroleerde studies aangetoond.(37) De studies naar het effect van EMDR bij kinderen zijn nog gering in aantal, maar eveneens veelbelovend.(33, 38) Behandeling vindt plaats door psychologen, pedagogen en psychiaters werkzaam binnen de GGZ Kinderen en Jeugd of in psychotraumacentra.

Interventie in het ziekenhuis

Adequate psychosociale opvang en vroegtijdige interventie voorkomen langetermijengevolgen. Daarom is het van belang dat psychosociale zorg onderdeel is van de medische en verpleegkundige zorg.(39) In het ziekenhuis kunnen interventies gericht worden op het minimaliseren van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren tijdens en vlak na de ramp.

Kassam-Adams stelt voor dat de ABC-screening (*airway-breathing-circulation*) op de Spoedeisende Hulp wordt uitgebreid met interventies D, E, en F.(40)

D staat voor *distress*, waarbij het verminderen van stressfactoren vooropstaat. E staat voor *emotions*. Het uiten van emotie helpt de ervaring te ordenen. Het is belangrijk dat er ruimte is voor het uiten van emoties, maar ook dat deze niet uitvergroet worden. En met F wordt *family* bedoeld. Steun is een belangrijke factor in het herstelproces. De aanwezigheid van ouders en, indien die zelf getroffen zijn, andere familieleden is essentieel voor het kind. Ouders kunnen worden aangemoedigd om te luisteren en te praten met hun kind. Steun bij het hanteren van hun eigen zorgen helpt om zelf meer open te staan voor het kind. In de nazorg worden ouders attent gemaakt op het belang van het zo spoedig mogelijk oppakken van de dagelijkse routine. Dit vergroot het herstel van gevoel van controle.

11.5 HANDREIKING VOOR HET HERKENNEN VAN PTSS EN EEN CHECKLIST VOOR DE HANDELINGEN

Gezien de aard van het werk op de afdelingen Spoedeisende Hulp en de beperkte tijd die beschikbaar is, in combinatie met de hectiek van de ramp zelf, is er behoefte aan een korte overzichtelijke handreiking (tabel 11.2).

11.6 NAZORG EN VERWIJZING

Het vroegtijdig identificeren van risicokinderen is van groot belang. Door tijdig te verwijzen naar een in trauma gespecialiseerde hulpverlener of instelling kunnen posttraumatische klachten voorkomen of geminimaliseerd worden.

Wanneer een kind direct heel heftig reageert of de reacties interfereren met de dagelijkse routine en activiteiten, is er een verhoogde kans op een stagnerend verwerkingsproces. Een andere indicatie voor verwijzing is als de stressreacties na verloop van enkele weken niet enigszins verminderen. Adequate hulp voorkomt een ontwikkelingsachterstand bij het kind. Ook beperkt dit onnodig leed voor kind en gezin, evenals onnodige kosten voor de gezondheidszorg.(1)

11.7 CONCLUSIE

Naast de fysieke impact van het lichamelijke letsel en de daarvoor noodzakelijke medische behandelingen, is ook de psychische impact van de ramp groot. Dit pleit voor een integrale medische en psychosociale behandeling van het getroffen kind.

124 HET VITAAL BEDREIGDE KIND IN DE URGENTIEGENEESKUNDE

Tabel 11.2 Een handreiking voor het herkennen van PTSS en een checklist van de handelingen

*Handreiking Distress, Emotie en Familie (DEF) voor de spoedeisende medische hulp***Distress**

- Minimaliseer de acute stress.
- Geef accurate informatie over letsel en behandeling, herhaal dit en doe het in eenvoudige bewoordingen.
- Geef adequate pijnbestrijding.
- Minimaliseer de traumatische aspecten van de medische verzorging.
- Wees vriendelijk en meelevend, ook als het kind zich moeilijk gedraagt.
- Geef praktische tips hoe het kind zo goed mogelijk kan meehelpen aan zijn behandeling.
- Geef geen al te simpele geruststelling zoals 'het komt allemaal goed' of 'je hebt het tenminste overleefd'; dit kalmeert niet..
- Doe geen beloften die je niet kunt waarmaken.
- Geef geen kritiek op andere professionals die betrokken zijn bij de hulpverlening; dit versterkt het gevoel van machteloosheid.
- Stel het kind gerust over het feit dat het veilig is.
- Geef uitleg over de normale reacties na een ramp.

Emotie

- Bevorder de expressie van emotie.
- Forceer het kind niet in het uiten van gevoelens.
- Zeg niet hoe het kind zich zou moeten voelen.

Familie

- Zorg dat ouders en kinderen herenigd worden.
- Betrek ouders bij onderzoek en behandeling.
- Adviseer ouders, meer dan anders, beschikbaar te zijn.
- Moedig ouders aan te praten met hun kind en naar hem te luisteren.
- Geef informatie aan ouders over mogelijke vormen van professionele hulp en ondersteuning.
- Herken aanhoudende posttraumatische stressreacties en zorg voor een verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ of naar een psychotraumacentrum.

Hoewel bekend is dat ongeveer een kwart van de kinderen langdurige psychosociale klachten ontwikkelt als gevolg van de ramp, beschikt het medisch personeel vaak niet over voldoende kennis om posttraumatische reacties te herkennen.

Het is dus van belang de kennis en alertheid van medisch personeel te vergroten, zodat zij posttraumatische reacties herkennen en vervolgens het kind op tijd kunnen verwijzen naar de juiste hulpverleners.

PSYCHOSOCIALE OPVANG NA EEN RAMP VAN KINDEREN MET ... 125

Artsen en verpleegkundigen kunnen zo een belangrijke bijdrage leveren aan een voorspoedig psychisch herstel van het getroffen kind en diens familie. Een handreiking ter ondersteuning van de praktijk wordt in deze bijdrage gegeven.

Handige adressen

Psychotraumacentrum voor
Kinderen en Jongeren Wilhelmina
Kinderziekenhuis, UMC Utrecht
telefoon: 030-250 41 13
Fax: 030 250 5325

www.ggzkinderenenjeugd.nl

Psychotraumacentrum Kinderen
en Jeugd
GGZ Kinderen en Jeugd
Rivierduinen
Albinusdreef 7
Postbus 2211
2301 CE Leiden
(met vestigingen in Leiden, Katwijk,
Sassenheim, Alphen aan den Rijn
en Gouda)
telefoon: 071-890 84 00

www.ggzkinderenenjeugd.nl

Kinder- en Jeugd traumacentrum
Zuiderhoutlaan 12
2012 PJ Haarlem
telefoon: 023-512 77 77

Meldpunt Vermisten van het
Nederlandse Rode Kruis.
telefoon: 0800-837 64 78
(0800-vermist)
www.meldpuntvermisten.nl

Vereniging Achterblijvers na
Vermissing (VAV). Dit is een
vereniging van en voor mensen van
wie een familielid of partner vermist
is. Deze vereniging is niet speciaal
bedoeld voor mensen die een
dierbare missen na een ramp.

www.devav.nl
Telefoonnummer via het Meldpunt
Vermisten op te vragen.

Stichting Impact, Landelijk Kennis
en Advies Centrum Psychosociale
Zorg na Rampen
Tafelbergweg 25
1105 BC Amsterdam
tel 020-566 21 02

www.impact-kenniscentrum.nl

LITERATUUR

- 1 Roos C de, Eland J. Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en adolescenten: diagnostiek en hulpverlening. In: Gersons BPR, Olff M (red). Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
- 2 Medische Evaluatie Ramp Volendam, Fase 1. Onderzoeksteam Medische Evaluatie Ramp Volendam. Amsterdam, 2003.

126 HET VITAAL BEDREIGDE KIND IN DE URGENTIEGENEESKUNDE

- 3 Morgan L, Scourfield J, Williams D et al. The Aberfan disaster: a 33-year follow-up of survivors. *British Journal of Psychiatry* 2003;182:532-536.
- 4 Eland J, Roos C de, Kleber R. *Kind en trauma, een opvangprogramma*. Lisse: Swets en Zeitlinger; 2000.
- 5 Pynoos RS, Steinberg AM, Goenjian A. Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and current controversies. In: Kolk BA van der, McFarlane AC, Weisath L (Eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press; 1996. p. 331-358.
- 6 Yule W, Bolton D, Udwin O et al. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: 1: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000;41:503-511.
- 7 Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM et al. Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34:1174-1184.
- 8 Reijneveld SA, Crone MR, Verhulst FC, Verloove-Vanhoricks P. The effect of a severe disaster on the mental health of adolescents: A controlled study. *The Lancet* 2003;362:691-696.
- 9 Dorresteyn AM, Velden PG van der, Kleber RJ et al. *De vuurwerkramp Enschede: een vergelijkend onderzoek bij de getroffen kinderen en gezinnen*. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma; 2003.
- 10 Winston FK, Kassam-Adams N, Vivarelli-O'Neill C et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics* 2002;109:e90.
- 11 Winston FK, Kassam-Adams N, Garcia-Espana F et al. Screening for risk of persistent posttraumatic stress in injured children and their parents. *The Journal of the American Medical Association* 2003;290:643-649.
- 12 Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dalgleish T. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:1381-1383.
- 13 Kassam-Adams N, Winston FK. Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43:403-411.
- 14 Aaron J, Zaglul H, Emery RE. Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24:335-343.
- 15 Stallard P, Velleman R, Baldwin S. Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *British Medical Journal* 1998;317:1619-1623.
- 16 Vries APJ de, Kassam-Adams N, Cnaan A et al. Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric

- traffic injury. *Pediatrics* 1999;104:1293-1299.
- 17 Handford HA, Mayes SD, Mattison RE et al. Child and parent reaction to the Three Mile Island nuclear accident. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1986;25:346-356.
 - 18 Vogel JM, Vernberg EM. Part 1: Children's psychological responses to disasters. *Journal of Clinical Child Psychology* 1993;22:464-484.
 - 19 Ziegler MF, Greenwald MH et al. Posttraumatic stress responses in children: awareness and practice among a sample of pediatric emergency care providers. *Pediatrics* 2005;115:1261-1267.
 - 20 Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36:1503-1511.
 - 21 Pfefferbaum B, Pfefferbaum RL, Gurwitch RH et al. Children's response to terrorism: a critical review of the literature. *Current Psychiatry Reports* 2003;5:95-100.
 - 22 McFarlane AC. Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987;26:764-769.
 - 23 Kolk B van der, McFarlane AC, Weisath L. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press; 1996.
 - 24 Joshi PT, Lewin SM. Disaster, terrorism, and children: Addressing the effects of traumatic events on children and their families is critical to long-term recovery and resilience. *Psychiatric Annals* 2004;34:710-716.
 - 25 Doll B, Lyon MA. Risk and resilience: implications for the delivery of educational and mental health services in schools. *School Psychology Review* 1998;27:348-363.
 - 26 Keirse M. *Kinderen helpen bij verlies*. Tiel: Lannoo; 2002.
 - 27 *Kinderen helpen na een schokkende gebeurtenis*. Slachtofferhulp, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. Tiel: Lannoo; 2003.
 - 28 Janssen M, Neele M. *Kan ik wat voor je doen? Een gewoon boek over verdrietige gebeurtenissen*. Zaltbommel: Thema; 2004.
 - 29 Sijbrandij M, Olff M. Vroege interventies na traumatische gebeurtenissen. In: Gersons BPR, Olff M (red). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
 - 30 Stallard P. Interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents, Alan Carr: Clinical implications. *Pediatric Rehabilitation* 2005;8:29-31.
 - 31 Stallard P. Does early intervention prevent psychological distress in children involved in road traffic accidents? A randomised controlled trial. Presentatie op ESTSS congress. Stockholm, juni 2005.

128 HET VITAAL BEDREIGDE KIND IN DE URGENTIEGENEESKUNDE

- 32 Emmerik AA van, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet* 2002;360:766-771.
- 33 Roos C de, Greenwald R, Jongh A de, Noorthoorn EO. A controlled comparison of EMDR and CBT for children and adolescents exposed to the Enschede fireworks disaster in the Netherlands (in voorbereiding).
- 34 Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42:269-278.
- 35 Broeke E ten, Jongh A de. Eye Movement Desensitization and Reprocessing bij post-traumatische stress-stoornissen. In: Aarts PGH en Visser WD (Eds.). *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten-Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1999. p. 321-338.
- 36 Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Basic principles, protocols, and procedures*. New York: The Guilford Press, 2001.
- 37 Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58:1-22.
- 38 Chemtob CM, Nakashima J, Carlson JG. Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58:99-112.
- 39 Psychosocial issues for children and families in disasters. National Mental Health Information Center, 1994.
- 40 Kassam-Adams N. Integrating traumatic stress prevention and treatment into acute pediatric medical care. *Psychotraumatology*. 9th European Conference on Traumatic Stress. Stockholm, 2005.