

De verwerking van geweldservaringen en het ontstaan van verwerkingsstoornissen: een integratieve benadering

R.J. Kleber en D. Brom

Inleiding

Geweld is een schokkende ervaring. Het impliceert het toebrengen van fysiek leed, het misbruiken van macht en het inbreuk maken op de persoonlijke vrijheid. Een mens die geweld ondergaat wordt gedegradeerd tot een objekt. Die ervaring is zo ingrijpend dat de getroffene nog lang na afloop emotionele en lichamelijke gevolgen ervaart en slechts met pijn en moeite aan de gebeurtenis kan denken.

Geweldsmisdrijven en andere schokkende gebeurtenissen ontvangen de laatste jaren steeds meer aandacht in de psychologie en geneeskunde. Dit komt op verschillende wijzen tot uitdrukking, onder meer in de opkomst van de vele slachtofferprojecten in Nederland, in de zorg voor oorlogsgetroffenen, en in wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van extreme ervaringen zoals de Vietnamoorlog en de gijzelingen in Nederland in de jaren zeventig. Het gebied van de psychotraumatologie, ofschoon op zich een allang bestaand studieterrein, maakt momenteel een bloei door. Het gaat daarbij om de gevolgen van uiteenlopende gebeurtenissen, zoals natuurrampen, oorlogsstress, de dood van een geliefde persoon, verkeersongevallen en crimineel geweld.

In dit artikel gaan wij in op recente bevindingen uit dit veld die van toepassing zijn op de gevolgen en verwerking van geweldsmisdrijven. Een huisarts heeft in zijn praktijk regelmatig te maken met mensen die met geweld zijn gekonfronteerd. Inzicht in de verwerking en de daarbij optredende stoornissen kan bruikbaar zijn voor de zorg van deze slachtoffers. Het doel van dit artikel is het bieden van een kader voor de herkenning en hantering van de gevolgen van dergelijke schokkende gebeurtenissen. Alvorens daartoe over te gaan is het zinvol eerst de ervaring van geweld vanuit een fenomenologisch perspectief te schetsen. Wat betekent een geweldsmisdrijf voor een slachtoffer?

Geweld is een ernstige bedreiging van het normale individuele bestaan. Het individu wordt door de daad van anderen gereduceerd tot een ding. De eigen vrijheid van handelen wordt daarbij ontkend en ontkracht. In een geweldssituatie wordt een persoon dan ook gekonfronteerd met een grote machteloosheid. De beheersing over het eigen leven wordt genegeerd, waardoor het individu zijn individualiteit verliest. Dit is des te navranter, omdat het slachtoffer worden meestal op een toeval berust. "Waarom ik nu net", is dan ook een vraag die zich bij alle geweldsgetroffenen opdringt.

De schokkende gebeurtenis werpt de persoon van het ene op het andere moment in een compleet gewijzigde situatie. In één keer wordt de vanzelfsprekendheid van het bestaan, en daarmee ook de voorspelbaarheid ervan, teniet gedaan. De normale verwachtingen en gedragspatronen zijn plotseling tijdens en na de geweldssituatie niet meer van toepassing. Weliswaar weet een mens dat hem allerlei ziekten en rampen zouden kunnen treffen, maar hij houdt daar in zijn dagelijkse doen en denken geen rekening mee. Hem zal zoiets niet overkomen. Impliciet leeft hij vanuit een idee van onkwetsbaarheid. Een schokkende gebeurtenis ontwricht dit idee. Plotseling beseft hij dat hij zijn leven niet zeker is. Elk moment opnieuw kan het geweld weer toeslaan. En daarmee is het vanzelfsprekende, waarop men vertrouwde, verloren gegaan.

Uit deze fenomenologische beschrijving komt naar voren dat situaties van geweld worden gekenmerkt door een grote machteloosheid, een acute ontwrichting en de aanwezigheid van een agressor die het bestaan en de integriteit van het slachtoffer bedreigt. In het vervolg zullen deze aspecten meermalen aan de orde komen.

Aan de psychische, sociale en somatische gevolgen van geweldsdelikten voor de getroffenen van crimineel geweld werd tot een jaar of vijftien geleden in de medische en sociale wetenschappen weinig of geen aandacht geschonken. Ook maatschappelijk stond het geweldsslachtoffer in de kou. Het besef dat een persoon na afloop met ernstige problemen zou kunnen kampen, is pas in de jaren zeventig doorgedrongen tot de publieke opinie, de beleidsmakers en de wetenschappelijke wereld. Andere vormen van geweld - oorlogsgeweld en natuurgeweld - zijn daarentegen al veel eerder bestudeerd. In de jaren tachtig van de vorige eeuw werd al een discussie in de psychiatrie gevoerd over de oorzaken van de emotionele stoornissen ten gevolge van mechanisch geweld in de vorm van spoorwegongelukken (Keiser, 1968). Doch ook voor andere schokkende gebeurtenissen geldt dat de studie en behandeling van de gevolgen meestal een marginale plaats in de verschillende disciplines innam.

Wij richten ons in dit artikel primair op geweld in vreedstijd, zoals mishandeling, bedreiging, verkrachting, roofoverval, gijzeling en vernieling, maar betrekken er ook bevindingen bij uit onderzoek naar de gevolgen van oorlogsgeweld, natuurrampen en ongevallen. Dat verschillende schokkende ervaringen, waarmee volwassen personen geconfronteerd kunnen worden, onder één noemer te behandelen zijn heeft als reden dat zowel uit de moderne theorievorming als uit empirisch onderzoek blijkt dat de overeenkomsten in de sociale en psychische effecten groot zijn. Het gaat immers in geweldssituaties steeds om zeer onaangename gebeurtenissen die een individu confronteren met extreme machteloosheid en die het persoonlijke leven in ernstige mate ontwrichten.

In dit artikel, dat sterk is gebaseerd op eerdere publikaties van de auteurs (Kleber en Brom, 1987; Kleber, Brom en Defares, 1986), gaan wij in op de volgende themata: 1. het algemene verwerkingsproces van geweld, 2. het tijdsverloop in dit proces, 3. verwerkingsstoornissen: de posttraumatische stress-stoornis, 4. invloeden op de verwerking, 5. mogelijkheden tot hulpverlening.

Het verwerken van een schokkende gebeurtenis

De verwerking van een extreme ervaring zoals geweld kan inzichtelijk gemaakt worden vanuit een algemeen perspectief dat in de laatste jaren is ontwikkeld in het onderzoek naar traumatische stress, een studiegebied waarop zowel psychologen als psychiaters en andere medici actief zijn. Het perspectief, hier aangeduid als schokverwerkingsbenadering, is gebaseerd op inzichten en bevindingen uit de psychodynamische theorie, de sociaal-cognitieve psychologie en het moderne stressonderzoek.

Een centraal element in de schokverwerkingsbenadering is allereerst het inzicht dat het psychologisch verwerken van een geweldsdelikt in principe een normaal en algemeen proces is. Vrijwel iedereen moet op een of andere wijze in het reine komen met het afschuwelijke wat men heeft meegemaakt. De individuele reacties op een dergelijke ervaring moeten dus niet worden geïnterpreteerd vanuit het perspectief van ziekte en stoornis. Negatieve emoties en andere effecten van een schokkende ervaring behoeven op zich geen teken van stoornis te zijn.

Waarom moet iemand eigenlijk een dergelijke gebeurtenis verwerken? Men zou dit als volgt kunnen verklaren. Een individu hanteert in zijn doen en denken innerlijke verwachtingen, veronderstellingen en ideeën die het kader vormen waarin nieuwe ervaringen worden geplaatst. Sommige van deze zogenaamde schemata zijn heel fundamenteel en tegelijk ook impliciet, zoals het idee van de geordendheid van het dagelijks bestaan en het al eerder genoemde idee van persoonlijke onkwetsbaarheid. Mensen zouden niet zo gemakkelijk aan bijvoorbeeld het verkeer deelnemen als ze niet het gevoel hadden dat hen niets kan overkomen. Met een dergelijk idee van onkwetsbaarheid, hoe vaag en onuitgesproken ook, kunnen ze met betrekkelijk weinig angst activiteiten ondernemen die niet van gevaar zijn ontbloot. Individueel gedrag is ten dele gebaseerd op deze 'basic assumptions', die vaak niet meer zijn dan illusies. Een saillante indicatie hiervan is de onderzoeksbevinding dat depressieve mensen in laboratoriumstudies het meest realistisch blijken te oordelen over hun mogelijkheden in testsituaties. Een depressieve persoon is dus een realist, terwijl de niet-depressieve persoon zijn eigen mogelijkheden te optimistisch taxeert. Hij schrijft zichzelf meer mogelijkheden toe dan hij feitelijk heeft (Shaw, 1982).

De schokkende gebeurtenis vernietigt deze assumpties. Ineens heeft er een reële bedreiging plaatsgevonden, waartegen men machteloos is geweest. Na de ontwrichtende ervaring voelt men zich kwetsbaarder dan ooit. Waarom moest mij dat overkomen? Kan het niet elke dag opnieuw gebeuren?

Kortom, er dienen nieuwe verwachtingen, ideeën en veronderstellingen te worden opgebouwd. Oude "schemata" moeten worden vervangen of aangepast aan de realiteit van de ingrijpende verandering. Uit psychologisch onderzoek naar stressverschijnselen (zie Thompson, 1981) blijkt dat het welbevinden van een individu na een schokkende ervaring het meest wordt bevorderd door zogenaamde "secundaire uitoefening van beheersing" (Rothbaum, Weisz en Snyder, 1982). Met dit begrip wordt aangeduid dat iemand achteraf zijn ideeën en verwachtingen tracht aan te passen aan de ontstane situatie. Men gaat op een

andere wijze denken over het schokkende voorval en de implicaties ervan. Een individu zoekt een verklaring voor datgene wat iemand is overkomen; het "weten" van een oorzaak, hoe onredelijk voor een buitenstaander soms ook ("het lag aan mezelf"), blijkt samen te gaan met minder klachten en stoornissen (Taylor, 1983). Men poogt de omstandigheden zodanig te begrijpen dat er een betekenis aan ontleend kan worden. Op deze wijze tracht men het gevoel van beheersing op het eigen bestaan te herwinnen. Juist omdat een traumatische gebeurtenis zo onherroepelijk is, zijn de meeste pogingen van het individu niet zo zeer gericht op verandering van de situatie (primaire beheersing) als wel op innerlijke aanpassing (secundaire beheersing). Een voorbeeld is ook het zichzelf achteraf een aktievere rol toe te dichten tijdens de gebeurtenis dan in werkelijkheid het geval was.

Dit herwinnen van controle, en daarmee dus ook het weer opbouwen van de eigen "basic assumptions", vindt plaats in een voortdurende afwisseling tussen herbeleving en ontkenning. Deze afwisseling is wellicht het meest karakteristieke kenmerk van het verwerkingsproces. Ontkenning heeft betrekking op het intrapsychische proces waarin de implicaties van een schokkende gebeurtenis worden afgeweerd. Manifestaties ervan zijn de vermijding van de lokatie van een geweldsmisdrijf, het er niet over willen praten, emotionele doofheid. Herbeleving verwijst daarentegen juist naar het opwellen van gevoelens en denkbeelden die verband houden met de oorspronkelijke gebeurtenis, zoals nachtmerries, schrikreacties, preokkupatie met het gebeurde en juist weer opkomende herinneringen.

Het in de beleving en het handelen vermijden van het misdrijf en de ermee samenhangende aspecten, wisselt zich dus af met vlagen van emoties over het voorval en een intense preokkupatie ermee. Beide polen, die reeds door Freud zijn opgemerkt, zijn uitvoerig geanalyseerd in het werk van Horowitz (1976). Deze afwisseling is op zich zinvol. In de herbeleving wordt gerekonstrueerd wat de persoon heeft meegemaakt. Hoe pijnlijk meestal ook, het is vaak een vorm van "reality-testing". In de ontkenning die bijna altijd maar gedeeltelijk is, is er tijd en ruimte om niet door emoties te worden overspoeld. Beide polen, vermijding en herbeleving, hebben een adaptieve waarde, zolang een van beide niet in ernstige mate overheerst.

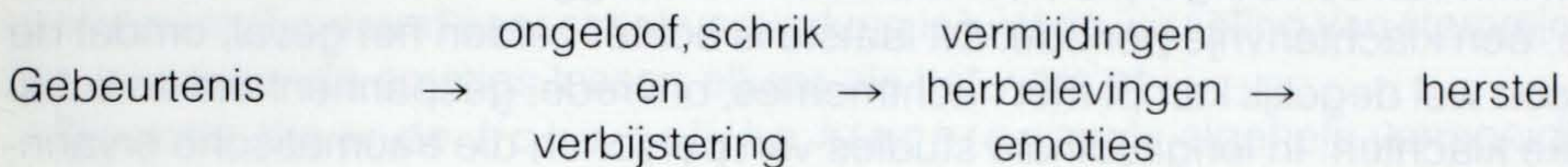
Kortom, de kern van het verwerkingsproces vormt het omgaan met de machteloosheid, de ontwrichting en de soms zeer heftige emoties na de gebeurtenis. In principe is verwerking, zich uitend in een afwisseling tussen herbeleving en ontkenning, een zinvol en normaal proces waarin iemand de greep op zijn bestaan weer herstelt.

Het tijdsverloop van gevolgen en verwerking

De verwerking van een schokkende gebeurtenis strekt zich uit over een zekere tijdsperiode. De gevolgen van een geweldsmisdrijf kunnen daarom zinvol worden beschreven aan de hand van de ontwikkeling van de reacties daarop. In dit

tijdsverloop kunnen fasen worden onderscheiden. Er zijn verschillende fasen-modellen voor de gevolgen van geweld geformuleerd (o.a. Bard en Sangrey, 1980; Torem, 1986). Op basis van deze modellen en van onderzoeksbevindingen bij verkeers- en vooral geweldsslachtoffers is de volgende indeling van fasen geformuleerd. Een dergelijk model dient om de vele gevolgen te ordenen en mag niet als een absoluut gegeven worden opgevat. Het heeft vooral een heuristische waarde (zie figuur 1.).

Figuur 1. Fasen in de gevolgen van geweldsmisdrijven



In eerste instantie reageert de persoon op een geweldservaring met verbijstering en ongeloof. "Dit kan niet waar zijn". Achteraf geven slachtoffers vaak aan dat het net leek alsof ze in een roes verkeerden. Zo reageerden ook de gegijzelden bij de Nederlandse treinkapingen op de gebeurtenis met ongeloof. Ze konden het niet bevatten. Ook al beseften ze verstandelijk de ernst van de situatie toch drong dit gevoelsmatig niet tot hen door. Sommigen vergeleken het met een vertraging in de hersenen (Van Dijk, 1981).

De combinatie van onwezenlijkheid en tegelijk alertheid bij een dergelijke situatie is door verscheidene onderzoekers benadrukt (zie Noyes, Hoenk, Kuperman en Slymen, 1977). Opmerkelijk is namelijk dat de meeste mensen tijdens en direkt na de situatie redelijk adequaat en efficiënt handelen. Het idee van paniek en wanorde dat men soms heeft over menselijk gedrag in extreme situaties is grotendeels onjuist. Zeker bij natuurrampen handelen mensen in een soort "automatische" behoorlijk actief. Bij geweldsdelikten geldt dit ook, ofschoon het beeld hier wat minder eenduidig is, omdat sommige slachtoffers, met name van verkrachtingen, zich passief gedragen; terwijl anderen zich juist actief verzetten.

Heftige emoties zijn in het begin niet sterk aanwezig. Verbijstering en verwarring zijn veel kenmerkender voor de eerste momenten na een geweldsdelikt dan angst. Pas als er ruimte is om de ernst van de situatie tot zich door te laten dringen, komen de angstgevoelens naar boven, samengaand met allerlei lichamelijke reacties zoals trillen en huilen. Vaak treden angsten pas op als het geweld al lang weer voorbij is en het slachtoffer gekonfronteerd wordt met de consequenties ervan, zoals het al dan niet nemen van juridische stappen.

Daarna volgt een periode van enkele weken tot maanden die wordt gekenmerkt door emoties, herbelevingen en ontkenningen. In deze periode komt de aanpassing aan het dagelijks bestaan op gang. De dimensies ontkenning en herbeleving noemden wij hierboven al. De met een geweldsmisdrijf gekonfronteerde persoon is herhaaldelijk met de gebeurtenis bezig, hij herkent vergelijkbare situaties of personen, en praat er veelvuldig over. Tegelijk zijn de herinneringen en emoties zo onaangenaam, dat hij ze op andere momenten uit de weg gaat. Afweer ziet

men dan in de emotionele doofheid die een voortzetting lijkt van de gevoelloosheid uit de eerste fase. Overigens kunnen ook veel activiteiten na een geweldservaring een element van afweer in zich hebben. Verhuizen, op reis gaan en het opzoeken van familieleden en vrienden zijn gedragingen waardoor herinneringen aan de gebeurtenis en emoties worden vermeden.

Er wordt weleens verondersteld dat er een afzonderlijke fase van afweer en uiterlijke aanpassing zou zijn (Sutherland en Scherl, 1970; Torem, 1986). Het individu gedraagt zich alsof er niets bijzonders is voorgevallen. Voor de buitenwereld lijkt het alsof de persoon nergens last van heeft. De ervaring is noch voor de persoon zelf, noch voor zijn naaste omgeving onderwerp van gesprek. Het veronderstellen van een dergelijke fase houdt soms de suggestie in van een latentieperiode, een klachtenvrije periode. Dit laatste is echter zelden het geval, omdat de persoon wel degelijk kampt met nachtmerries, onvrede, gespannenheid en lichamelijke klachten. In longitudinale studies van personen die traumatische ervaringen hebben meegemaakt, blijkt een dergelijke klachtenvrije periode zelden of nooit aanwezig te zijn (Parkes en Weiss, 1983). Uitingen van herbeleving en ontkenning komen naast elkaar voor, ofschoon niet is uitgesloten dat een van beide dimensies in meer of mindere mate overheerst. Hoewel allerlei defensieve verschijnselen optreden na een geweldsmisdrijf, is de veronderstelling van een afzonderlijke afweerfase om deze redenen niet terecht.

In de afwisseling tussen herbeleving en ontkenning komen diverse emoties en andere reacties tot uitdrukking. De belangrijkste ervan willen wij hier vermelden. *Angst* is een zeer op de voorgrond tredende klacht. De persoon is bang terug te keren naar de plaats van het misdrijf. Hij schrikt van situaties die op de oorspronkelijke gebeurtenis lijken. Angst uit zich ook in gevoelens van onveiligheid, die dikwijls zeer langdurig kunnen zijn. In principe is de angst situationeel van karakter, dat wil zeggen ze is gekoppeld aan diverse aspecten van de oorspronkelijk situatie. Geleidelijk kan die angst echter uitgroeien tot een fobie, zoals de vrees voor alle vreemden, of de vrees voor ruimten.

Een andere belangrijke reactie is *woede*, ofschoon ze minder vaak in wetenschappelijk onderzoek wordt benadrukt dan angst en andere emoties. Woede hangt als het ware in de lucht, want het slachtoffer heeft zich weliswaar vernederd en machteloos gevoeld, maar kan op het moment van het misdrijf die kwaadheid tegenover de agressor niet uiten; ook later niet want meestal ziet men de dader nooit meer. Woede komt dan tot uitdrukking in fantasieën, in dromen en in irritaties tegenover de buitenwereld en ook tegenover zichzelf. Boosheid over het misbruik van de agressor is overigens een gevoel dat zich pas betrekkelijk laat in het verwerkingsproces manifesteert.

Daarmee komen we op de *schuld- en schaamtegevoelens*, die voor een buitenstaander vaak heel paradoxaal zijn. Terwijl de persoon het slachtoffer is van een overweldigende gebeurtenis, verwijt hij zichzelf dat het is gebeurd en dat hij het niet heeft kunnen verhinderen. Dergelijke schuldgevoelens die heel intens kunnen zijn, treden ook bij andere schokkende ervaringen op, zoals de overlevingsschuld van de overlevende van het concentratiekamp die zich schuldig voelt over zijn nog in leven zijn, terwijl anderen in het kamp zijn omgekomen.

Een zekere functie heeft het schuldgevoel wel. Verwerken houdt onder meer in het zoeken naar een antwoord op de vraag: 'waarom ik nu net'. Dat men slachtoffer is geworden van iets dat volstrekt niet te beheersen is, is ondraaglijk. Een manier om de chaos te beteugelen is het toeschrijven van de verantwoordelijkheid voor de gebeurtenis aan zichzelf, wat schuldgevoelens tot gevolg heeft. Over de mogelijk adaptieve waarde van deze schuldgevoelens, en de samenhang ervan met ziekte en welbevinden, is de laatste jaren in de psychologische literatuur een discussie gevoerd (Shaver en Brown, 1986).

Voorts is *neerslachtigheid* een kenmerkende reactie. Het slachtoffer voelt zich lusteloos en is weinig geïnteresseerd. De concentratie is minder en de persoon heeft moeite zich zaken te herinneren. Deze neerslachtigheid is zelden permanent. Typerend voor schokverwerking is juist de wisseling van stemmingen. De verschillende emoties lossen elkaar als het ware af.

Tenslotte zijn er de *lichamelijke klachten* zoals algehele vermoeidheid, spanningshoofdpijn, maagpijn en dergelijke. Dikwijls lijdt de persoon aan slaapproblemen in de zin van zowel het moeite hebben met inslapen en slapeloosheid als het hebben van nare dromen en nachtmerries.

Allengs verminderen de intense emoties rondom de ervaring van het misdrijf. De persoon praat en denkt minder over het gebeurde. De preokkupatie verdwijnt, maar tegelijk raakt hij ook minder overstuur wanneer de gebeurtenis in de herinnering wordt gebracht. Hij wordt niet meer overspoeld door emoties zoals tevoren. De afwisseling tussen herbeleven en ontkennen vermindert. In deze derde fase, aangeduid met termen als reorganisatie en herstel, wordt de schokkende ervaring in het beeld van zichzelf en de wereld geïntegreerd. Er wordt niet meer, of in elk geval veel minder, stilgestaan bij de eigen kwetsbaarheid. Het min of meer vanzelfsprekende karakter van allerlei verwachtingen en activiteiten komt weer terug, ofschoon in een ander wat meer realistische gedaante, want gevoelens van onveiligheid en zich onbegrepen voelen kunnen lang aanwezig blijven.

De posttraumatische stress-stoornis

Dat het meemaken van een schokkende ervaring zoals een geweldsdelikt een normaal verwerkingsproces met zich meebrengt betekent dat mensen weliswaar emoties en andere vaak zeer pijnlijke reacties ervaren, maar ook dat ze zich op den duur daarvan weer herstellen. De lengte van dat herstelproces is daarbij niet exact aan te geven, omdat het van vele medebepalende factoren afhankelijk is.

Een deel van de betrokkenen krijgt echter te kampen met ernstige psychische stoornissen. Het verwerkingsproces stagneert bij hen, in die zin dat het naar verhouding te lang duurt en te intens wordt. Het verschil tussen normale en gestoorde verwerking is daarbij gradueel. De reacties zijn bij een gestoorde verwerking niet zozeer anders, als wel heftiger, veelvuldiger en/of langer.

Dat slachtoffers van extreme ervaringen met ernstige, langdurige klachten kunnen kampen, is inmiddels in wetenschappelijk onderzoek duidelijk aangetoond. In een klassieke studie van oorlogsveteranen konkludeerden Archibald en Tud-

denham (1965) bijvoorbeeld dat 70% van hen die in de Tweede Wereldoorlog aan gevechtsuitputting hadden geleden, na twintig jaar nog een chronische traumatische neurose bezat. Overlevenden van een grote natuurramp - een dambreuk veroorzaakt door menselijke fouten - bleken na ruim twee jaar nog te kampen met ernstige angsten, schuldgevoelens, apathie en verslechterde sociale relaties (Lifton en Olson, 1976).

In de jaren zeventig werd de Amerikaanse samenleving in toenemende mate met de psychische problematiek van de uit Vietnam teruggekeerde soldaten geconfronteerd. Niet alleen alcohol- en drugsmisbruik, maar ook depressies, ernstige spanningen en nachtmerries traden veelvuldig en langdurig op (zie Figley, 1978).

Mede op basis van deze problemen van Vietnamveteranen werd in het nieuwe diagnostische categorieënsysteem (DSM-III) van de American Psychiatric Association (APA, 1980) het begrip *posttraumatische stress-stoornis* opgenomen. Impliciet is de definiëring van de stoornis gebaseerd op het werk van Horowitz (1976). Reden van de introductie was dat de vorige versie van het "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" geen term voor de stoornissen na zeer ingrijpende ervaringen bevatte. Het is overigens opvallend dat men niet heeft teruggegrepen op oudere begrippen, zoals "gross stress reaction" en bovenal "traumatische neurose".

In snel tempo is de nieuwe diagnostische term ingeburgerd. Werd ze in het begin alleen gehanteerd in studies over Vietnamveteranen (Frye en Stockton, 1982), al snel verscheen het concept in onderzoek onder geweldsslachtoffers (Gersons, 1984), terwijl het momenteel ook wordt gebruikt als aanduiding van de problematiek van concentratiekamp-overlevenden en van incestslachtoffers (Albach, 1986), ofschoon het begrip oorspronkelijk bedoeld was voor problemen na eenmalige, extreme ervaringen. Het is ook in verband gebracht met de dreiging van een kernramp; personen die vlak bij de beruchte kerncentrale Three Mile Island in Harrisburg (V.S.) woonden, vertoonden de karakteristieke symptomen (Davidson en Baum, 1986). Uit dit alles blijkt dat het posttraumatische stress-syndroom als diagnostische term in een behoefte voorziet.

In tabel 1 zijn de criteria voor de posttraumatische stress-stoornis weergegeven. Opgemerkt moet worden dat in 1987 een herziene versie van de criteria verscheen, waarbij de definitie van de stressor - de schokkende gebeurtenis - enigszins is verbreed. Verder zijn de symptomen bij het vierde criterium - oorspronkelijk een losse verzameling - gesystematiseerd. Ze zijn nu gegroepeerd onder de noemer 'blijvende verhoogde waakzaamheid'. Andere wijzigingen betreffen de formulering van symptomen en het verwijderen van het onderscheid tussen een acute en een chronische stoornis.

De posttraumatische stress-stoornis heeft als concept zeker voordelen. Ze rangschikt uiteenlopende verschijnselen onder één noemer en bevordert de diagnose, en daarmee ook de erkenning van individuele stoornissen. Voorts is het concept een grote stimulans geweest voor veel wetenschappelijk onderzoek. Er zijn inmiddels talrijke gegevens over de stoornis en de verschillende meettechnieken beschikbaar (Keane, Wolfe en Taylor, 1987). Bovendien blijkt de stoornis

Tabel 1. Kenmerken van de posttraumatische stress-stoornis*

1. Het meemaken van een gebeurtenis die buiten het gebied van de gewone menselijke ervaring ligt en die bij bijna iedereen duidelijk subjectief lijden te weeg brengt.
 2. Steeds weerkerende herbeleving van de gebeurtenis, zoals blijkt uit tenminste één van de volgende punten: zich opdringende pijnlijke herinneringen, zich herhalende nachtmerries, plotseling gedrag of gevoel alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt, intense psychische ontreddeering bij gebeurtenissen die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
 3. Blijvend vermijden van stimuli die in verband gebracht worden met de schokkende gebeurtenis of een verminderde betrokkenheid in het algemeen, zoals blijkt uit tenminste drie van de volgende punten die niet aanwezig waren voor het trauma: pogingen gedachten of gevoelens die verband houden met het trauma te vermijden, pogingen activiteiten of situaties die herinneringen aan het trauma oproepen te vermijden, onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren, opvallend verminderde belangstelling in belangrijke activiteiten, gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen, inperking van het gevoelsleven, het gevoel weinig toekomst te hebben.
 4. Blijvende verhoogde waakzaamheid blijkend uit twee van de volgende verschijnselen, die niet aanwezig waren voor het trauma: moeite met inslapen of doorslapen, geprikkeldheid of woedeuitbarstingen, concentratieproblemen, verhoogde waakzaamheid, versterkte schrikreacties, fysiologische reacties bij gebeurtenissen die op de traumatische situatie lijken.
 5. Duur van de stoornis (dat wil zeggen de aanwezigheid van symptomen in criteria 2, 3 en 4) is tenminste één maand.
-

gepaard te gaan met bepaalde fysiologische symptomen, zoals een voortdurend verhoogde hartslag (Pallmeyer, Blanchard en Kolb, 1986). De relatie tussen psychische en somatische processen na extreme ervaringen is onderwerp van studie in modern onderzoek over stress en gezondheid, zoals in de psychoneuro-immunologie (Calabrese, Kling en Gold, 1987).

Er kleven echter ook bezwaren aan het begrip posttraumatische stress-stoornis. Zo zijn de grenzen ervan onduidelijk. Het is een punt van discussie of de posttrau-

* Gebaseerd op de herziene versie van DSM-III (APA, 1987).

matische stress-stoornis ook voldoet als aanduiding van de stoornissen na het verlies van een dierbare persoon. Valt pathologische rouw er ook onder? Er is tevens een duidelijke overlap met een depressie, vooral wanneer men let op het derde criterium. De voor een klinische depressie kenmerkende symptomen als zelfhaat en zelfmoordgevoelens komen echter bij stoornissen na traumatische ervaringen weinig voor. Zoals in de vorige paragraaf al is vermeld, vertoont schokverwerking een geagiteerder en wisselender beeld. Over samenhang en onderscheid met andere concepten is echter nog weinig onderzoek verricht. Tenslotte kan men zich afvragen of de posttraumatische stress-stoornis voldoet als diagnostische term na alle traumatische situaties. In veel recente Nederlandse Literatuur (Van Loenen Martinet-Westerling, 1987) wordt voetstoots gesteld dat het postkoncentratiesyndroom (Bastiaans, 1974) er equivalent aan is. De vaak karakteristieke permanente veranderingen in de persoonlijkheid die zich vaak na langdurig extreme situaties voordoen, zoals een negatief perspectief op de wereld of een onvermogen emoties te tonen, zijn echter niet in de criteria opgenomen (ofschoon het laatstgenoemde punt bij criterium 3 wel in die richting gaat).

De posttraumatische stress-stoornis is per definitie een algemeen en abstrakt begrip. Dat is op zich geen bezwaar als men er maar bij stil staat. Belangrijk is wel te beseffen dat het concept los staat van het normale schokverwerkingsproces. Niet iedereen krijgt een posttraumatische stress-stoornis. Een overzicht van studies van a-selekte steekproeven van mensen die waren gekonfronteerd met schokkende gebeurtenissen (gevolgen van de tweede wereldoorlog onder meer uitgezonderd), liet zien dat de incidentiecijfers varieerden tussen 10 en 40 percent (Kleber en Brom, 1988). Een belangrijke vraag wordt dan: hoe ontwikkelt zich een dergelijke stoornis en welke factoren bepalen het optreden ervan?

Invloeden op het verwerkingsproces

Het gegeven dat niet iedereen met een posttraumatische stress-stoornis kampt na een schokkende ervaring, roept de vraag op naar de factoren die het al dan niet optreden ervan bepalen. Dit vraagstuk is ook relevant, omdat onze verhandeling over het verwerkingsproces wellicht suggereert dat dit proces bij iedereen op identieke wijze verloopt. Er zijn echter aanzienlijke verschillen tussen individuen in de intensiteit en duur van de reacties.

Vooraf het vele onderzoek naar uiteenlopende stressverschijnselen heeft de rol van verschillende bepalende factoren laten zien (zie onder meer Kleber, 1982). Ofschoon op het gebied van traumatische stress minder systematisch bestudeerd, zijn deze factoren ook hier van belang. Op sociaal en psychisch niveau (wij laten lichamelijke factoren buiten beschouwing) zijn drie categorieën van determinanten te onderscheiden, die mede ernst en duur van de verwerking bepalen: 1. kenmerken van de gebeurtenis en haar context, 2. kenmerken van de persoon en zijn voorgeschiedenis en 3. kenmerken van de sociale situatie.

Allereerst zijn er *de aspecten van de gebeurtenis en de context ervan*. Hoe ernstiger de gebeurtenis, des te moeilijker valt zij te verwerken. Het lijkt een platitide, maar ernst is een zeer moeilijk vast te stellen fenomeen. Niet

alleen is ernst een belevingsaspect en zijn bij die beleving vele variabelen van belang, maar een schokkende gebeurtenis is ook zelf nooit eenduidig. De relatie tussen agressor en slachtoffer, de aanwezigheid van andere slachtoffers, de reacties tijdens het geweld en andere specifieke kenmerken geven mede vorm aan de ervaring van de gebeurtenis. Een zorgvuldige analyse van de gebeurtenis in zijn context is daarom op zijn plaats.

Tot de situationele invloeden op het verwerkingsproces behoort ook de mogelijkheid tot anticipatie. Uit onderzoek blijkt dat gevolgen en stoornissen in de verwerking duidelijk minder ernstig zijn, wanneer de persoon op de een of andere manier de gebeurtenis zag aankomen. De verwachting dat een schokkende gebeurtenis gaat plaatsvinden geeft de persoon de kans tot het bevorderen van een zekere greep op de situatie, al is die greep eerder kognitief dan gedragsmatig. De door anticipatie verworven informatie biedt de mogelijkheid tot voorbereiding, hoe gering die op zich meestal ook is. Het is opmerkelijk dat stoornissen in de verwerking van een verlies van een dierbare persoon veel meer voorkomen na een onverwacht dan na een verwacht overlijden (zie Parkes en Weiss, 1983).

Vervolgens zijn er *de kenmerken van de persoon en zijn voorgeschiedenis*. Te denken valt hier aan: bepaalde stijlen van omgaan met stress die in de jeugd zijn geleerd, reeds bestaande emotionele problematiek, eerdere ervaringen met traumatische ervaringen, en bepaalde persoonlijkheidskenmerken zoals 'locus of control' (het besef dat iemand greep heeft op zijn lotgevallen of niet).

Veel wetenschappelijke literatuur, onder andere DSM-III (APA, 1980, 1987) stelt dat reeds aanwezige psychopathologie - te beschouwen als een persoonskenmerk - ontvankelijk maakt voor een posttraumatische stress-stoornis. Op zich is dit een terechte konstatering, ofschoon ze in zekere zin het gevaar van circulariteit (mensen met problemen krijgen meer problemen) in zich heeft. De preciese invloed van deze en andere persoonskenmerken is echter weinig systematisch geanalyseerd, terwijl daarnaast andere belangrijke determinanten in de psychiatrische en psychologische literatuur vaak worden veronachtzaamd.

Tenslotte is er de derde categorie van factoren, *de sociale kenmerken*. Hiertoe behoort het sociale netwerk van de persoon, dat wil zeggen de banden en interacties met anderen in zijn omgeving. Uit het onderzoek naar sociale steun in de vele recente studies van stressverschijnselen komt naar voren dat mensen die niet alleen zijn, die worden gestimuleerd en aangemoedigd, en die informatie van anderen ontvangen, minder klachten en symptomen hebben en sneller herstellen. Sociale steun korreleert negatief met uiteenlopende ziekten en problemen (zie Sarason en Sarason, 1985). Ook voor traumatische ervaringen geldt dat de steun van andere mensen de getroffene in staat stelt een schok beter op te vangen en ingrijpende veranderingen te accepteren. Dit is overigens een erg algemene stelling. Het begrip steun is complex en omvat zowel begeleiding als materiële hulp, aanmoediging en emotionele ondersteuning, terwijl niet elke vorm van sociale steun even effectief is in het verminderen van de negatieve gevolgen van een schokkende gebeurtenis.

Tot de sociale kenmerken rekenen wij ook de maatschappelijke opvattingen

en uitingen daarvan, die vorm geven aan de interpretatie en hantering van de traumatische gebeurtenis. Een wrang voorbeeld hiervan is de ontvangst van de Amerikaanse soldaten uit de Vietnamoorlog. Ze kwamen terug in een land waar de oorlog als een pijnlijke aangelegenheid werd gezien en werden als vertegenwoordigers van die verfoeide oorlog beschouwd. De terugkomst was meestal een deceptie. Het gevolg was dat de veteranen zich niet alleen niet erkend voelden, maar ook dat voor henzelf de oorlog een negatieve betekenis kreeg. Hun ontberingen waren nutteloos geweest. Bitterheid en wrok ten opzichte van officiële instanties waren algemeen en de veteranen kampten met een lage zelfwaardering en hadden aanpassingsproblemen. Een maatschappij biedt kanalen aan, waarin de verwerking van een schokkende gebeurtenis kan plaatsvinden. In dit geval werden deze mogelijkheden niet verschaft, in tegenstelling tot na de tweede wereldoorlog toen de samenleving de individuele veteraan juist wel in allerlei rituelen (parades, heroïsche films, voorrang bij solliciteren e.d.) een erkenning gaf en daarmee een betekenis verschafte aan zijn oorlogsleed.

Het effect van al deze factoren is dat ze de interpretatie van de gebeurtenis beïnvloeden, waardoor die meer of minder als een ervaring van machteloosheid en ontwrichting wordt beleefd. Daarnaast geven ze vorm aan het verwerkingsproces, doordat ze het herwinnen van de greep op de eigen leefsituatie belemmeren of bevorderen.

Hulpverlening aan geweldsgetroffenen

Op het terrein van de hulpverlening aan geweldsgetroffenen hebben zich de laatste tien jaar nogal wat ontwikkelingen voorgedaan, als gevolg van de eerder vermelde wetenschappelijke inzichten en maatschappelijk veranderingen.

Oorspronkelijk was de hulpverlening sterk gericht op psychotherapie (zowel kortdurend als langdurend) vanuit het idee dat slachtoffers kampten met ernstige psychische stoornissen. Historisch gezien is dit niet verwonderlijk, want voor de behandeling van ingestorte militairen in oorlogstijd werd meestal psychiatrische hulp ingeroepen. Een dergelijke hulp is echter minder geschikt voor de gehele groep van getroffenen direct na een gebeurtenis. Tekenend hiervoor is het voorbeeld van de Xenia-tornado in 1974 in de Verenigde Staten. Deskundigen en autoriteiten verwachtten na afloop dat vele overlevenden psychotherapeutische of ander gespecialiseerde hulp nodig zouden hebben. Het bleek echter dat het merendeel kampte met praktische problemen: het moeten rondkomen van weinig geld door een verminderd inkomen, het gebrek aan medezeggenschap bij de wederopbouw, en de problemen om aan levensmiddelen te komen (Taylor, 1977). De optiek van de hulpverlening was dus weinig adequaat.

Initiatieven om mensen te helpen na schokkende gebeurtenissen zijn veelal ontstaan vanuit onvrede met de bestaande gezondheidszorg. In de jaren zeventig groeide het besef dat het slachtoffer van een geweldsmisdrijf in de kou stond. Wat voorzieningen betrof kreeg de dader meer aandacht dan de getroffene. Dit leidde tot een uitgebreid circuit van bureaus voor slachtofferhulp, dat zich onafhankelijk van de reguliere instellingen voor gezondheidszorg ontwikkelde. In deze

vooral door vrijwilligers geboden hulp staan praktische voorlichting en ondersteuning centraal.

Verwant aan deze ontwikkeling is de opkomst van de lotgenotenhulp in de vorm van zelfhulpgroepen voor bijvoorbeeld verkeersslachtoffers, ouders van een overleden kind en verkrachte vrouwen. Het gaat daarbij om mensen die vergelijkbare gebeurtenissen hebben meegemaakt en die elkaar steunen en informatie uitwisselen.

Als laatste ontwikkeling willen wij de groeiende nadruk op preventie vermelden. Het is in veel gevallen zinvoller (en goedkoper!) stoornissen te voorkomen dan te behandelen. Met name in het beleid van de overheid in de jaren tachtig neemt de preventie-gedachte een centrale plaats in.

Vanuit het in de vorige paragrafen beschreven perspectief op gevolgen en verwerking kan de hulpverlening aan geweldsgetroffenen worden geformuleerd. Wij onderscheiden daarbij drie doeleinden: 1. de bevordering van de verwerking, 2. de vroegtijdige onderkenning van stoornissen en 3. de psychotherapeutische behandeling van stoornissen.

Het eerste doel - en impliciet daarmee ook het tweede doel - wordt nagestreefd in directe vormen van hulpverlening, namelijk de praktische hulp en de psychische ondersteuning en begeleiding. Het belang van praktische hulp is in bovengenoemd voorbeeld al aangegeven. Deze hulp bestaat vooral uit het verschaffen van informatie over praktische en materiële zaken. Zo wordt in de bureaus voor slachtofferhulp het slachtoffer van een geweldsdelict geïnformeerd over het contact met de politie, de gebruikelijke rechtsgang en allerlei mogelijkheden tot schadevergoeding. De geboden informatie kan ook op psychische zaken betrekking hebben. In de hulp aan slachtoffers van bankovervallen (Kleber en Brom, 1986) maakt de hulpverlener duidelijk, dat er na een ongeval een verwerkingsproces volgt en dat dit gepaard kan gaan met uiteenlopende psychische en lichamelijke reacties. Een slachtoffer krijgt hierdoor de mogelijkheid om de reacties die hij bij zichzelf opmerkt in een kader te plaatsen. Al deze praktische hulp is er op gericht de getroffene uit zijn machteloze positie te halen.

Psychologische ondersteuning en begeleiding wordt onder meer geboden in kortdurende hulpverleningsprojecten. Een voorbeeld daarvan is de hulp aan slachtoffers van ernstige verkeersongevallen, die wordt verleend door het Instituut voor Psychotrauma (Hofman, Kleber en Brom, 1988) en die bestaat uit enkele gesprekken met een hulpverlener. In eerste instantie krijgt het slachtoffer de mogelijkheid zijn verhaal te doen. De houding van de hulpverlener is begrijpend en steunend. Daarnaast wordt in tweede instantie de confrontatie met de gebeurtenis belangrijk. De hulpverlener gaat in het gesprek met de cliënt als het ware terug naar het ongeval en bespreekt gedetailleerd wat de persoon heeft meegemaakt. Deze confrontatie en directe benadering maakt het mogelijk dat vermijdingsgedrag wordt voorkomen, en dat de gebeurtenis wordt geïntegreerd in het individuele systeem van opvattingen, verwachtingen en denkbeelden. Juist door de gerichte oriëntatie op de gebeurtenis kan de persoon reconstrueren wat hem is overkomen en kan hij ook zijn emoties tot uitdrukking brengen.

Meestal ontvangt iemand psychologische ondersteuning en begeleiding vanuit de naaste omgeving, maar deze hulp is niet altijd aanwezig. Ook kan de directe omgeving afgeschrikt worden door de heftige emoties, of de reacties van de getroffen persoon op den duur beu worden. Juist in dergelijke gevallen is lotgenotenhulp zinvol. Het bespreken van de gezamenlijke lotgevallen beïnvloedt de interpretatie en hantering van de gebeurtenis en scheidt een verbondenheid die de verwerking en het welbevinden bevordert.

Het tweede doel van de hulpverlening - het vroegtijdig onderkennen van stoornissen - veronderstelt kennis over het verband tussen signalen in de eerste tijd na de gebeurtenis en het optreden van latere stoornissen. Deze kennis is echter in beperkte mate aanwezig. Wel zijn in het onderzoek van groepen van slachtoffers factoren bestudeerd, die van invloed zijn op verwerking en gevolgen. Op drie categorieën van deze factoren hebben wij hierboven gewezen. Op basis van de inzichten over determinanten van het verwerkingsproces zijn risikofactoren te formuleren. Dat wil zeggen, factoren die een indicatie vormen voor een verhoogde kans op verwerkingsstoornissen. Voorbeelden zijn: de afwezigheid van een adequaat sociaal netwerk, reeds bestaande psychopathologie, een geringe opleiding en dergelijke. Vanuit deze risikofactoren is (weliswaar met enige terughoudendheid) aan te geven welke personen (bijvoorbeeld alleenstaanden) meer of minder risico lopen en welke interventies aangegeven kunnen worden.

Overigens verschaft de bovengenoemde psychologische begeleiding en ondersteuning op zichzelf al de mogelijkheid het verwerkingsproces te volgen en eventuele problemen te signaleren.

Tenslotte is er als laatste doel de behandeling van verwerkingsstoornissen. Verschillende vormen van psychotherapie zijn ontwikkeld voor de behandeling van posttraumatische stress- stoornissen, veelal gebaseerd op gedragstherapeutische of psychodynamische principes, en meestal kortdurend. In elke vorm van behandeling wordt veel belang gehecht aan het nauwkeurig reconstrueren van de meegemaakte gebeurtenis. Het doel en de gebruikte technieken lopen echter zeer uiteen. Een beschouwing van behandelingsmethoden valt buiten het bestek van dit artikel (zie hiervoor onder meer Brom, Kleber en Defares, 1986).

Tenslotte

Het is een zinvolle ontwikkeling dat de getroffen van geweld tegenwoordig meer belangstelling in het wetenschappelijk onderzoek en de hulpverlening ontvangen. Ze zijn te lang veronachtzaamd geweest. Merkwaardig is wel de enorme versplintering op dit terrein. In de opvang en nazorg zijn vele instellingen actief die vaak weinig met elkaar samenwerken. Sommige organisaties en instanties zijn bovendien op alle gewelds- en oorlogsgetroffenen gericht, sommige alleen op slachtoffers van crimineel geweld, andere op bepaalde groeperingen (bijvoorbeeld verkrachte vrouwen) en weer andere betrekken ook andere categorieën, zoals verkeersslachtoffers, in hun werk. Die versplintering is ook te zien in het

wetenschappelijk onderzoek. In de psychiatrie, de psychologie en de victimologie houden onderzoekers zich bezig met de gevolgen van oorlogsstress, van crimineel geweld, van natuurgeweld en van andere overweldigende ervaringen, zonder dat er veel kontakten tussen al deze terreinen bestaan.

Een algemene benadering van gevolgen en verwerking van schokkende gebeurtenissen is daarom waardevol. Het gevaar dreigt anders dat al deze gebieden in hulpverlening en onderzoek zich geïsoleerd ontwikkelen zonder van elkaars inzichten gebruik te maken. Bovendien is er het risico dat men alleen het bijzondere van de gevolgen benadrukt en het gemeenschappelijke veronachtzaamt. De wetenschappelijke studies van de laatste tien, vijftien jaar hebben juist laten zien dat het verwerkingsproces gelijk is voor diverse extreme gebeurtenissen. De overeenkomst is groot. Steeds gaat het om het trachten greep te krijgen op een uiterst onaangename ervaring van machteloosheid en ontwrichting. Steeds is er het patroon van herbeleving en ontkenning, waarin veel voorkomende reacties zoals angsten, boosheid en schuldgevoelens tot uitdrukking komen. Soortgelijke determinanten spelen daarbij steeds een belangrijke rol. Het gegeven dat de betrekkelijk nieuwe categorie "posttraumatische stress-stoornis" zo snel bij vele extreme gebeurtenissen wordt toegepast en zo snel een brede populariteit heeft gekregen, wijst eveneens op deze overeenkomst.

Overigens mag die overeenkomst niet als absoluut worden genomen. Formeel zijn de gevolgen en verwerking van traumatische ervaringen gelijk, maar de specifieke inhoud kan verschillend zijn. Reacties zoals boosheid, angsten en schuld hebben steeds een inhoud die specifiek is gekoppeld aan de aard van de gebeurtenis en de individuele beleving.

Tot slot vermelden wij enkele implicaties van de hier geschetste benadering:

1. Een geweldsmisdrijf is voor het slachtoffer een schokkende gebeurtenis die kan leiden tot diverse gevolgen van voornamelijk negatieve aard. Het slachtoffer kampt met herbelevingen, vermijdingen en emoties, die hun weerslag hebben op de lichamelijke gezondheid en het maatschappelijk functioneren. Een toename in het bezoek aan de huisarts is vaak het gevolg. Lang niet altijd brengt de patiënt daarbij de klachten direkt in verband met zijn geweldservaring.
2. Het verwerken van een schokkende gebeurtenis behoeft op zich geen interventie van de kant van professionele hulpverleners. De meeste mensen weten zich met behulp van hun naaste omgeving en op eigen kracht te herstellen.
3. Het verwerken is een pijnlijk proces en duurt meestal langer dan de buitenwereld denkt. Hulp in de zin van informatieverschaffing en ondersteuning kan daarom zinvol zijn. De informatie dient concreet te zijn, en de psychologische ondersteuning dient gericht te zijn op het zorgvuldig nagaan wat de betrokkene heeft meegemaakt alsmede op het uiten van gevoelens over de ervaring. Het is zinvol voor de arts te stimuleren dat deze hulp vanuit de eigen omgeving van de persoon wordt gegeven. Indien de hulp niet aanwezig is, kan verwezen worden naar zelfhulpgroepen of bureaus voor slachtofferhulp.
4. Een deel van de door geweld getroffen personen kampt met een posttraumatische stress-stoornis. Men moet erop attent zijn dat deze stoornissen van lange duur kunnen zijn. Voor de behandeling hiervan dient men te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverleners.

liseerde therapeuten. Behandelingsmogelijkheden zijn overigens niet altijd in de reguliere instellingen voor gezondheidszorg aanwezig, omdat stoornissen in de verwerking van schokkende gebeurtenissen nogal eens veronachtzaamd worden.

5. Huisartsen en anderen die in hun werk te maken hebben met mensen die zijn gekonfronteerd met traumatische gebeurtenissen zijn gebaat bij kennis over gevolgen en verwerking. Wanneer zij de gevolgen herkennen, oog hebben voor mogelijke stoornissen en op de hoogte zijn van de mogelijkheden tot eventuele verdere hulpverlening en verwijzing, kunnen ze adequate hulp bieden.

Literatuur:

Albach, F. (1986). Incest als trauma: de verleidingstheorie van Freud en de gevolgen van seksuele kindermishandeling. *De Psycholoog*, 21, 557-564.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III)*. Washington, D.C.: A.P.A.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition, revised version (DSM-III R)*. Washington, D.C.: A.P.A.

Archibald, H.C. and Tuddenham, R.. (1965). Persistent stress reaction after combat. *Archives of General Psychiatry*, 12, 475-481.

Bard, M. en Sangrey, D. (1980). Things fall apart: victims in crisis. *Evaluation and Change, Special issue*, 28-35.

Bastiaans, J. (1974). Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 118.

Brom, D., Kleber, R.J. en Defares, P.B. (1986). Traumatische ervaringen en psychotherapie. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Calabrese, J.R., Kling, M.A. en Gold, P.W. (1987). Alterations in immunocompetence during stress, bereavement, and depression: focus on neuroendocrine regulation. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1123-1134.

Davidson, L.M. en Baum, A. (1986). Chronic stress and posttraumatic stress disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 303-308.

Dijk, W.K. van (1981). Gijzelaars en hun familie: een voorbeeld. In: J. Bastiaans, D. Mulder, W.K. van Dijk en H.M. van der Ploeg, *Mensen bij gijzelingen*. Alphen aan den Rijn: Sijthoff, 187-219.

Figley, C.R. (Ed.) (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans: theory, research and treatment*. New York: Brunner/Mazel.

Frye, J.S. en Stockton, R.A. (1982). Discriminant analysis of posttraumatic stress disorder among a group of Vietnam veterans. *American Journal of Psychology*, 139, 52-56.

- Gersons, B.P.R. (1984). Schietincidenten: de psychische gevolgen bij politiemensen. *MGV*, 39, 899-911.
- Hofman, M.C., Kleber, R.J. en Brom, D. (1988). Preventie van psychische schade na ernstige verkeersongevallen. Arnhem: Instituut voor Psychotrauma, onderzoeksrapport.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Keane, T.M., Wolfe, J. and Taylor, K.L. (1987). Post-traumatic stress disorder: evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 32- 43.
- Keiser, L. (1968). *The traumatic neurosis*. Philadelphia: Lippincott.
- Kleber, R.J. (1982). *Stressbenaderingen in de psychologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Kleber, R.J. en Brom, D. (1986). Opvang en nazorg van geweldsslachtoffers in de organisatie. *Gedrag en Gezondheid*, 14, 97- 104.
- Kleber, R.J. en Brom, D. (1987). Traumatische ervaringen: ontwikkelingen in wetenschap en hulpverlening. *De Psycholoog*, 22, (7/8), 335-342.
- Kleber, R.J. en Brom, D. (1988). *Psychological disorders after traumatic life events: a review of incidence findings*. Wageningen, The Netherlands: University of Wageningen, Internal Report.
- Kleber, R.J., Brom, D. en Defares, P.B. (1986). *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lifton, R.J. en Olson, E. (1976). Death imprint in Buffalo Creek. In: H.J. Parad, H.L.P. Resnik en L.G. Parad (Eds.). *Emergency and disaster management*, Bowie, Maryland: Charlet Press, 295-309
- Loenen Martinet-Westerling, N. van (1987). Kommentaar op het literatuuronderzoek 'Medische causaliteit bij oorlogsgetroffenen 1940-1945'. *ICODO-Info*, 4, (4), 7-23.
- Noyes, R., Hoenk, P.R., Kuperman, S. en Slymen, D.J. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 401-407.
- Pallmeyer, T.P., Blanchard, E.B., en Kolb, L.C. (1986). The psychophysiology of combat-induced post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavioral Research Therapy*, 24, 645-652.
- Parkes, C.M. en Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Rothbaum, F.M., Weisz, J.R. en Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.

- Sarason, I.G. en Sarason, B.R. (1985). Social support: theory, research and applications. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Shaver, K.G. en Brown, D. (1986). On causality, responsibility, and self-blame: a theoretical note. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 697-702.
- Shaw, B.F. (1982). Stress and depression: a cognitive perspective. In: R.W.J. Neufeld (Ed.), *Psychological stress and psychopathology*. New York: McGraw-Hill.
- Sutherland, S. en Scherl, D.J. (1970). Patterns of response among victims of rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 503-511.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, V. (1977). Good news about disaster. *Psychology Today*, 11, 93-94, 124-126.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt less if I can control it? *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Torem, M. (1986). Psychological sequelae in the rape victim. *Stress Medicine*, 2, 301-305.