

Vroege psychische gevolgen van traumatische politie-ervaringen: enkele eerste bevindingen

door I.V.E. Carlier, R.D. Lamberts, B.P.R. Gersons

Gepubliceerd in 1994, no. 2

Samenvatting

De laatste tijd is er vrij veel aandacht voor de samenhang tussen arbeid en gezondheid in casu de psychische schade, in de vorm van posttraumatische stressstoornissen, die werknemers van traumagevoelige beroepsgroepen kunnen oplopen in hun werk. De preventie van dergelijke psychische schade, bij voorbeeld door het opsporen van risicofactoren, is belangrijk met het oog op het tegengaan van problemen op de langere termijn zoals afkeuring tot zelfs suïcide. In een eerder artikel in dit tijdschrift werd reeds verslag gedaan van de soorten traumatische werksituaties en hun emotionele intensiteit, die een traumagevoelige beroepsgroep als de politie kenmerken. Onderstaand volgt een eerste impressie van de vroege psychische gevolgen van traumatische politie-ervaringen alsmede de risicofactoren daarvoor, bij 275 politiemensen.

Inleiding

‘Wagen 11-01, wilt u naar de Kruisstraat gaan, er schijnt een ongeluk te zijn gebeurd, over en uit.’

Onderweg vragen de twee politieagenten zich af wat ze zullen aantreffen, alleen blikshade of ook menselijk letsel. Eenmaal in de Kruisstraat zien ze veel mensen bijeen. Ze stappen uit en lopen naar de plaats van het ongeval. Wanneer ze door de mensenhaag heen zijn, zien ze plotseling twee wrakken, heel veel bloed en drie mensen die in onnatuurlijke houdingen bekneld zitten. Twee van de drie zijn doodstil, de ander gilt en schreeuwt.

Zo’n ingrijpende gebeurtenis behoort tot de dagelijkse praktijk van politieagenten. Het politiewerk wordt gekenmerkt door confrontatie met ‘zeer gewelddadige’ en ‘zeer deprimerende’ gebeurtenissen (totaal ongeveer 37 gebeurtenissen; Carlier & Gersons 1992; Carlier e.a. 1993). Assistentie bij ernstige verkeersongevallen, zoals in het voorbeeld, behoort tot de laatste categorie. De frequentie van ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk is hoog, en politiemensen hebben derhalve weinig tijd om hun traumatische ervaringen te verwerken. Tot voor kort werd er na zo’n incident alleen aandacht geschonken aan de slachtoffers en hun familie. De laatste paar jaar is steeds meer vast komen te staan dat de politiemensen, die bij een ingrijpende gebeurtenis assisteren, ook extra aandacht verdienen.

Die extra aandacht is van belang, omdat onderzoek uitwijst dat voor een aantal politiemensen de ingrijpende gebeurtenis een psychotrauma wordt. Dat wil zeggen dat zij door de traumatische werkervaring psychische schade kunnen oplopen in de vorm van een Posttraumatische Stressstoornis (afgekort PTSS, American Psychiatric Association 1987; Carlier 1992; Carlier & Gersons 1992; Gersons & Carlier 1992). Geschat wordt dat zo’n 10% tot 35% van de politieagenten tijdens hun loopbaan PTSS ontwikkelen.

PTSS kan van grote invloed zijn op het functioneren, zowel op het werk als in de privé-situatie. Hierdoor is er de laatste tijd veel interesse ontstaan voor de preventie van PTSS bij de politie. Vanuit die achtergrond kan er bij voorbeeld bedrijfsopvang worden geregeld voor getraumatiseerde politiemensen. Alhoewel opvang niets afdoet aan de ingrijpende ervaring zelf, bestaat het vermoeden dat bedrijfsopvang het verwerken van zo'n ervaring bespoedigt. Een voorbeeld is het 'debriefen' van politiemensen na grootschalige calamiteiten (bij voorbeeld assistentie bij rampen). Een 'debriefing' wordt als groepsevaluatiebijeenkomst meestal eenmalig georganiseerd, binnen 78 uur na het incident. Onderzoek naar de effectiviteit van bedrijfsopvang staat nog in de kinderschoenen. Gecontroleerde evaluatiestudies van preventieve interventies voor het tegengaan van PTSS zijn dringend gewenst. Een voorbeeld hiervan is de studie van Bohl (1991), die aantoonde dat het 'debriefen' een gunstig effect lijkt te hebben op het reduceren van depressieve en agressieve gevoelens, maar niet op angstgevoelens. Te vermelden valt verder een in uitvoering zijnde evaluatiestudie van de auteurs naar de effectiviteit van het 'debriefen' bij Amsterdamse politiemensen, naar aanleiding van de Bijlmermeer-vliegramp (d.d. 4-10-1992).

Naast het opzetten van bedrijfsopvang kan preventie van PTSS vorm krijgen door het vroegtijdig onderkennen van verwerkingsproblemen en -stoornissen. Hiervoor is kennis vereist over risicofactoren voor PTSS. Onduidelijk is nog waarom bij voorbeeld sommige politiemensen na een traumatische werkervaring PTSS ontwikkelen en anderen niet. Alleen longitudinaal onderzoek kan dit soort vragen beantwoorden.

Met dit artikel willen we antwoord geven op de volgende vragen:

a. wat zijn de vroege psychische gevolgen van het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk (in casu 3 maanden na de ingrijpende gebeurtenis)?

en

b. welke risicofactoren kunnen vroege verwerkingsproblemen en -stoornissen bij politiemensen voorspellen?

Methode

De in dit verslag gepresenteerde resultaten maken onderdeel uit van een grootschalig longitudinaal onderzoeksproject getiteld 'Ingrijpende Gebeurtenissen Politiewerk' (afgekort IGP-Project), met een totale looptijd van 5 jaar. Het IGP-Project is opgedeeld in een tweetal deelprojecten met aparte onderzoekspopulaties, te weten het predictiedeel en het behandeldeel. Het predictiedeel heeft als voornaamste doel: het opsporen van risicofactoren voor posttraumatische stressstoornissen bij politiemensen. In het behandeldeel wordt de effectiviteit van een kortdurende psychotherapeutisch behandelingsprotocol voor PTSS bij politiemensen geëvalueerd.

Politiemensen melden zich voor het predictiedeel bij het onderzoeksteam aan, nadat ze recentelijk een ingrijpende gebeurtenis binnen hun werk hebben meegemaakt. Het predictiedeel kent een viertal meetmomenten te weten 2 weken, 3 maanden, 6 maanden en 12 maanden na de aangemelde gebeurtenis. In dit artikel wordt verslag gedaan van een gedeelte van de bevindingen van het eerste en tweede meetmoment (resp. 2 weken en 3 maanden na de gebeurtenis), met betrekking tot de psychopathologie en de risicofactoren ervoor.

De proefgroep bestond uit 275 agenten uit de executive dienst die zich vrijwillig hebben aangemeld (overzichtstabel aan te vragen bij de eerste auteur). Het benodigde aantal deelnemers voor het predictiedeel was vooraf vastgesteld op 250. Deze populatie is derhalve ruimschoots verkregen binnen de voorgeschreven periode. Hierbij bevonden zich agenten uit de wijk-surveillance (inclusief kader), de

verkeersafdeling, de hondenbrigade en de motorbrigade. Uit het gemeentepolitiekorps (GP) Amsterdam kwamen 58 deelnemers, uit GP Utrecht 31, uit GP Den Haag 51, uit GP Rotterdam 57 en uit het korps Rijkspolitie (RP) 78 (districten Nijmegen (43), Breda (27), en Algemene verkeersdienst (8)). Elk van de deelnemers heeft in de periode van januari 1991 tot juli 1992 een ingrijpende gebeurtenis in het politiewerk meegemaakt, waarna ze zich bij het onderzoeksteam hebben aangemeld. Er waren 230 mannen en 45 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 32 jaar, de jongste was 22 en de oudste 54 jaar. De ervaring varieerde van 1 maand tot 27 jaar, met een gemiddelde van 9 jaar. Over het algemeen gaf men aan dat de gezondheid goed was. Het ziekteverzuim in het jaar voorafgaand aan het onderzoek had een gemiddelde van 8 dagen.

De meest frequente ingrijpende gebeurtenis waarmee de deelnemers zich bij het onderzoeksteam aanmeldden, was een dodelijk ongeluk met volwassenen. Ook het vinden van een lijk na moord of zelfmoord kwam vaak voor. Het uitvoeren van een reanimatie, waarbij het slachtoffer desondanks overlijdt, en schietincidenten kwamen minder frequent voor. 24% van de gebeurtenissen behoorden tot de categorie 'zeer gewelddadig', 76% tot de categorie 'zeer deprimerend'.

Op alle vier meetmomenten werd aan de deelnemers gevraagd een uitgebreide vragenlijst in te vullen. Op meetmomenten 2 en 4 werd tevens een gestructureerd diagnostisch interview afgenomen. De genoemde vragenlijst bevraagt voornamelijk de mogelijke risicofactoren voor posttraumatische stressstoornissen, en is opgebouwd uit bestaande onderdelen (bij voorbeeld ABV) en speciaal voor het doel van het onderzoek vervaardigde onderdelen (bij voorbeeld vragen over de bedrijfsopvang). Sommige onderdelen bevatten open vragen, andere multiple-choice vragen.

Voor het diagnostisch interview werd gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS- R). Met behulp van dit interview is het mogelijk een diagnose te stellen volgens de criteria van de DSM-III-R. Het gedeelte van de ADIS-R dat de diagnose PTSS bevraagt, is vervangen door de Nederlandse bewerking van het uitgebreidere Structured Interview-PTSD van Davidson e.a. (1989; vertaling en bewerking door Carlier 1990). Per symptoom wordt hierbij naar de frequentie en de intensiteit gevraagd.

De betrouwbaarheid van de gehele ADIS-R is .60 en voor alleen het PTSS-gedeelte .82. De verschillende vragenlijst-onderdelen zijn gecodeerd voor de analyses. De interrater-betrouwbaarheid voor de drie onafhankelijke codeurs was 98%, 96%, 96%, en na discussie 100%.

Voor de aanvang van het IGP-Project werd door het onderzoeksteam een voorlichtingscampagne gevoerd over het project bij de betrokken politiekorpsen (duur ongeveer een half jaar), teneinde deelname te bevorderen. Tijdens voorlichtingsbijeenkomsten op de politiebureaus werd aan de groepsbrigadiers gevraagd bij te houden of mensen uit hun ploeg een ingrijpende gebeurtenis meemaken, zoals gedefinieerd in een checklist van 37 ingrijpende gebeurtenissen (Carlier e.a. 1992, 1993). Wanneer een op de checklist vermelde gebeurtenis had plaatsgevonden, vroeg de brigadier aan betrokkene om deel te nemen aan het onderzoek en na toestemming gaf hij/zij de naam van betrokkene door aan het onderzoeksproject.

Vervolgens nam een onderzoeksmedewerker telefonisch contact op met betrokkene, waarna een afspraak werd gemaakt voor het eerste meetmoment te weten 2 weken na de gebeurtenis. Om de deelnemers tegemoet te komen, bezochten de onderzoeksmedewerkers de politiefunctionarissen op het bureau of een enkele keer thuis. Bij het invullen van de vragenlijst bleef de onderzoeksmedewerker telkens aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden.

Het invullen van de totale vragenlijst duurde per keer ongeveer anderhalf uur. Het totale diagnostische interview duurde gemiddeld ongeveer 2 uur. De korpsleiding had toestemming gegeven dat de afname tijdens de diensttijd kon plaatsvinden.

Resultaten

a. Wat zijn de vroege psychische gevolgen van ingrijpende ervaringen in politiewerk?

De angststoornissen die met behulp van het gestructureerd klinisch interview zijn bevraagd, staan vermeld in tabel 1. Bij elke diagnose is naar het heden en het verleden gevraagd, met uitzondering van PTSS. PTSS in het verleden wordt bij meetmoment 4 bevraagd, en derhalve zijn deze gegevens hier nog niet voorhanden.

Tabel 1: Aantallen deelnemers met angststoornissen volgens de ADIS-R. Recent betekent ten tijde van de aanname aanwezig, verleden betekent dat de diagnose gesteld kan worden voor een periode voor de afname (n=16 (5.8%) is missing) (N=272)

diagnose	recent n (%)	verleden n (%)	onduidelijk n (%)
AS I:			
309.89 PTSS	6 (2.2)		1 (.4)
300.01 Paniekstoornis	1 (.4)		1 (.4)
300.00 Algemene Angststoornis	2 (.7)		1 (.4)
300.22 Agorafobie	1 (.4)		1 (.4)
300.29 Enkelvoudige Fobie	2 (.7)		2 (.7)
300.23 Sociale Fobie	1 (.4)		1 (.4)
300.30 Obsessieve compulsieve stoornis	1 (.4)		2 (.7)
296.2x Affectieve stoornis/ depressieve episode	2 (.7)	39 (14.2)	10 (3.6)
300.40 Dyschyme stoornis	2 (.7)	1 (.4)	
Depressie & Angst	1 (.4)	2 (.7)	
300.70 Hypochondrie	1 (.4)		1 (.4)
300.70 Somatoforme stoornis NAO	7 (2.5)	3 (1.1)	1 (.4)
300.11 Conversie		1 (.4)	1 (.4)
307.80 Somatoforme pijnstoornis			1 (.4)
303.90 Alcohol/drugsafhankelijkheid	6 (2.2)	3 (1.1)	13 (4.7)
AS II:			
Lichamelijke klachten	60 (21.8)		
Aanverwante aspecten:			
Psychiatrische voorgeschiedenis	7 (2.5)	16 (5.8)	1 (.4)
Psychiatrische voorgeschiedenis familie	68 (28.1)		
Medicijnen	21 (7.6)	6 (2.2)	

Volgens de verwachting is PTSS de meest voorkomende diagnose naar aanleiding van de aangemelde gebeurtenis. Van de deelnemers lijdt 3 maanden na het incident 3% aan het posttraumatisch stresssyndroom ten gevolge van de aangemelde gebeurtenis. Eén persoon voldeed bij de symptoomgroepen 'herbeleven' en 'hyperactivatie' aan de criteria, maar niet bij 'vermijden'. Formeel kreeg deze persoon niet de diagnose PTSS. Echter omdat deze persoon de indruk gaf te lijden onder zijn klachten is hier voorlopig voor de term 'onduidelijk' gekozen, met daarbij het vermoeden dat de klachten binnenkort uitgroeien tot een volledige PTSS (zie laatste meetmoment).

Eén deelnemer voldeed naast PTSS tevens aan de criteria voor de diagnoses algemene angststoornis en somatoforme stoornis NAO: alle diagnoses waren ontstaan naar aanleiding van de aangemelde ingrijpende gebeurtenis.

2 deelnemers waren onder behandeling voor de gevolgen van een vroegere ingrijpende werkervaring, zij hadden de diagnoses sociale fobie en affectieve stoornis.

Voor wat betreft de diagnoses die reeds aanwezig waren voordat de ingrijpende ervaring plaatsvond, het volgende. De diagnoses die aanwezig waren ten tijde van het interview waren meer dan drie maanden geleden ontstaan, wat betekent dat ze niet ontstaan zijn onder invloed van de aangemelde gebeurtenis. Bij 3% van de deelnemers werd een somatoforme stoornis NAO vastgesteld. Bij de diagnose uit het verleden blijkt 14% ooit te hebben geleden aan een affectieve stoornis. Bijna 6% is ooit onder psychiatrische behandeling geweest.

Naast de volledige diagnose PTSS is ook gekeken naar de PTSS- symptomen afzonderlijk. De PTSS-symptomen en de frequenties staan vermeld in tabel 2.

30% van de deelnemers had één of meer PTSS-symptomen, maar voldeed niet aan de diagnose. Het meest komen voor 'herbeleven van gevoelens wanneer men aan de gebeurtenis herinnerd wordt', 'slaapproblemen' en 'overdreven waakzaam zijn'.

Er zijn geen significante verschillen gevonden met betrekking tot de gewelddadige en deprimerende gebeurtenissen enerzijds en de diagnose PTSS anderzijds. Dat betekent dat er na beide soorten gebeurtenissen PTSS kan ontstaan. Wel zijn er significante verschillen met betrekking tot enkele PTSS-symptomen. Na gewelddadige gebeurtenissen heeft men vaker last van gedeeltelijke amnesie en is men waakzamer. Ook heeft men na zo'n gebeurtenis meer last van herbeleven.

Tabel 2: Frequentie voorkomen PTSS-symptomen (N=272)

klacht	frequentie	
	n	(%)
<i>herbeleven:</i>		
pijnlijke beelden	20	(7.3)
dromen	8	(2.9)
handelen alsof	8	(2.9)
terugkerende gevoelens	22	(8.0)
minimaal 1 symptoom herbeleven	59	(21.5)
<i>vermijden:</i>		
vermijden gevoelens	12	(4.4)
vermijden plaatsen	7	(2.5)
amnesie	5	(1.8)
verlies interesse	9	(3.3)
vervreemding	2	(.7)
verdoofde gevoelens	1	(.4)
negatieve toekomstverwachting	3	(1.1)
minimaal 3 symptomen vermijden	6	(2.6)
<i>hyperactivatie:</i>		
slaapproblemen	20	(7.3)
geïrriteerd	13	(5.5)
slechte concentratie	10	(3.6)
overmatig waakzaam	22	(8.0)
schrikachtig	4	(1.5)
fysische reactie	10	(3.6)
minimaal 2 symptomen hyperactivatie	20	(7.4)
PTSS	6	(2.5)

PTSS blijkt niet te correleren met de andere angststoornissen. Hoewel PTSS niet significant correleert met de andere diagnoses, hebben we wel enkele significanties gevonden tussen de verschillende PTSS-symptomen en de verschillende stoornissen. De aanwezigheid van pijnlijke beelden, dromen, verlies van interesse en minder met mensen omgaan, correleren significant hoog met agorafobie (respectievelijk $r = .20$; $r = .33$; $r = .31$; $r = .67$, $p.05$). Verlies van interesse, negatieve toekomstverwachting en slaapproblemen correleren hoog met affectieve stoornissen (respectievelijk $r = .40$; $r = .23$; $r = .14$, $p.05$). Terugkerende gevoelens, vermijden van plaatsen, slaapproblemen en waakzaam zijn, correleren hoog met het hebben van een alcoholprobleem (respectievelijk $r = .15$; $r = .16$; $r = .17$; $r = .15$, $p.05$).

b. Hoe kunnen vroege verwerkingsproblemen bij politiemensen worden voorspeld?

De variabelen die, binnen dit onderzoek, het ontstaan van PTSS zouden kunnen beïnvloeden zijn onder te verdelen in de volgende categorieën: psychiatrische voorgeschiedenis, kenmerken van de ingrijpende gebeurtenis, achtergrondvariabelen, werkstress, privé-stress, opvang, en het hanteren van de gebeurtenis.

Ten eerste is per categorie met behulp van een lineaire regressie-analyse gekeken naar mogelijke risicofactoren voor PTSS. Ten tweede is er één totale regressie-analyse over alle variabelen uitgevoerd om inzicht te krijgen in de variabelen, uit het hele scala van reacties en ervaringen, die een rol spelen bij het ontstaan van PTSS. Bij de bespreking van de resultaten beperken we ons tot de totale regressie-analyse (zie tabel 3). In tabel 3 zijn tevens de resultaten van deze regressie-analyse af te lezen met als afhankelijke variabelen PTSS-symptomen, de symptoomgroepen herbeleven, vermijden, hyperactivatie, en de overige diagnoses.

Voor PTSS geldt dat veel vermijden, een gebrek aan controle, het eigen oordeel van een slechte verwerking, en ontevredenheid over de bedrijfsopvang leiden tot een grotere kans op PTSS. Deze variabelen verklaarden 21% van de variantie.

PTSS-symptomen worden het best voorspeld door het aangeven van betrokkene zelf dat de verwerking slecht verloopt, gebrek aan controle na de gebeurtenis, veel vermijden, en een erg emotioneel uitputtende, ernstige gebeurtenis. Deze aspecten verklaarden samen 33% van de variantie. Per symptoomgroep zien we telkens een kleine variatie in de voorspellende variabelen.

De andere angststoornissen worden door geheel andere variabelen voorspeld. Meer vroegere psychische problemen (waarvoor psychologische/psychiatrische hulp is gezocht), minder tevreden over de opvang privé, vrouwen, en een slechte algemene gezondheid leiden tot een grotere kans op angststoornissen. Deze variabelen verklaren 20% van de variantie.

Ten slotte hebben we bekeken welke PTSS-symptomen het best de diagnose PTSS voorspellen. Van de symptoomgroep 'herbeleven' zien we dat handelen alsof en terugkerende gevoelens het best PTSS voorspellen. Opvallend is dat dromen hier niet bij hoort. Van de symptoomgroep 'vermijden' voorspellen het vermijden van gevoelens en plaatsen, het vermijden van contact met anderen en een negatieve toekomstverwachting het best de stoornis. Bij 'hyperactivatie' zijn dat schrikachtigheid en een fysische reactie. Hier valt op dat de slaapstoornissen ontbreken. De genoemde symptomen van alle drie de symptoomgroepen verklaren samen 75% van de variantie bij PTSS.

Discussie

Dit onderzoek bestudeert politiemensen vlak nadat zij een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt. De gebeurtenissen naar aanleiding waarvan politiemensen werden onderzocht, komen uit eerder onderzoek van Carlier e.a. (1992, 1993). In dat onderzoek worden 37 ingrijpende politiegebeurtenissen onderzocht. De 275 deelnemers van het hier beschreven onderzoek hebben 31 van die gebeurtenissen meegemaakt. Zowel de deprimerende als de gewelddadige gebeurtenissen zijn vertegenwoordigd. De helft van de deelnemers vond de aangemelde gebeurtenis ernstig, en een kleiner deel vond het zelfs het ergste wat ze in hun leven hadden meegemaakt.

Tabel 3: Uitkomst regressie-analyse met betrekking tot voorspellen van PTSS, PTSS-klachten, en de overige diagnoses (N=272)

voorspeller	PTSS	PTSS-klachten	herbeleven	vermijden	hyperactivatie	andere diagnoses
slecht verwerkt	$p < .01$	$p < .001$	$p < .01$	$p < .01$	$p < .001$	
emotioneel uitputtend		$p < .05$	$p < .05$	$p < .05$		
gebrek aan controle na	$p < .05$	$p < .01$	$p < .05$	$p < .001$	$p < .01$	
niet eraan denken	$p < .001$	$p < .01$		$p < .001$		
ernst		$p < .05$	$p < .05$		$p < .01$	
slaaptabletten	$p < .01$					
ontevreden over opvang werk	$p < .05$					
psychische problemen						$p < .001$
ontevreden over opvang privé						$p < .01$
seks						$p < .01$
slechte gezondheid						$p < .05$
verklaarde variantie	21%	13%	22%	16%	25%	20%

De samenstelling van de proefgroep kan als representatief worden beschouwd. Hoewel wij een laag percentage deelnemers met PTSS vinden bij het tweede meetmoment, hebben we niet alleen gezonde deelnemers. 30% had één of meer PTSS-symptomen 3 maanden na het trauma. De verdeling van de seksen is een goede afspiegeling van de politiepopulatie. Daarbij lijkt het ook niet zo te zijn dat we alleen die mensen hebben ondervraagd, die toch al meer geneigd waren om over problemen en eventuele verwerkingssymptomen te praten. Meer dan de helft van de deelnemers gaf aan nooit over traumatische werkervaring(en) te hebben gepraat.

Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten is geboden. De gepresenteerde resultaten geven een indicatie over de symptomen kort na het incident, waarbij in gedachten moet worden gehouden dat bij sommige deelnemers te symptomen zullen verminderen of verdwijnen, terwijl bij anderen de symptomen zullen toenemen in frequentie en intensiteit.

Daarnaast zijn de gegevens sterk beperkt door het feit dat het hier alleen gaat om eventuele PTSS naar aanleiding van de aangemelde gebeurtenis. De aangemelde gebeurtenis is echter een willekeurige momentopname. Het kan voorkomen dat betrokkene tijdens het diagnostisch interview weliswaar PTSS heeft, doch naar aanleiding van een andere dan de aangemelde gebeurtenis. Het bleek noodzakelijk hier expliciet naar te vragen tijdens het diagnostisch interview. Een voorbeeld hiervan is een politiefunctionaris die tijdens het interview rapporteerde geen posttraumatische stresssymptomen naar aanleiding van de aangemelde gebeurtenis te ervaren (in dit geval assistentie bij ernstig verkeersongeval). Naderhand bleek echter dat betrokkene wel degelijk voldeed aan de diagnose (chronische) PTSS, doch naar aanleiding van de kroningsrellen uit 1980. Bij navraag verklaarde betrokkene dat hij het correct vond om tijdens het interview te melden dat hij geen PTSS-klachten ervaarde met betrekking tot de aangemelde gebeurtenis, want die had hij ook niet. Wel naar aanleiding van de kroningsrellen, maar dat werd hem niet gevraagd. Aldus betrokkene. Het is daarom niet onwaarschijnlijk dat het in dit onderzoek vastgestelde percentage van 3% PTSS ten tijde van het diagnostisch interview in werkelijkheid hoger ligt.

Er moet enige terughoudendheid worden betracht bij de verschillende operationalisaties van de modellen die gebruikt zijn om de risicofactoren van PTSS vast te stellen. Zoals nu gemeten, blijken bij voorbeeld werkstress en privé-stress geen verband te hebben met PTSS. In de toekomst kunnen we preciezer uitspraken doen over de invloed van deze aspecten op de verwerking, door gebruik te maken van gegevens verkregen uit specifieke vragenlijsten (bij voorbeeld VOS-D voor werkstress). Daarnaast is de hier gebruikte lijst van mogelijke risicofactoren onvolledig. In het IGP-Project nemen we meer variabelen mee, die allen gemeten worden met bestaande vragenlijsten. Meegenomen worden onder andere de variabelen: 'thrill and adventure seeking', 'boredom susceptibility', extraversie, neuroticisme, 'parental bonding', gehardheid, imaginatie, alledaagse hypnotische ervaringen, cognitieve schemata, coping, dissociatie, algemene gezondheid, (vroegere) privé- traumata, overige achtergrondvariabelen, overige werktraumata, en hanteren van alledaagse problemen.

De risicofactoren zijn nu onderzocht met behulp van regressie-analyses. Om causale verbanden te kunnen aantonen, moet er echter gebruikt worden gemaakt van causale analyses. Ook deze gegevens komen voorhanden in de toekomst bij de analyse van alle 4 de meetmomenten.

Een andere beperking van het onderzoek vormt de retrospectieve aard van de gegevens. Bij het IGP-Project zal er, in prospectief opzicht, echter gebruik worden gemaakt van de beschikbare psychologische gegevens van het Landelijk Selectie Centrum van de politie. Daar zijn alle agenten uitgebreid onderzocht voordat ze bij de politie kwamen.

Het onderscheid tussen PTSS en PTSS-symptomen, blijkt belangrijk te zijn. Want hoewel slechts een relatief klein percentage PTSS werd gevonden, was het percentage deelnemers met PTSS-symptomen aanzienlijk (30%). In de literatuur wordt in dit verband gesproken van zogenaamde 'subthreshold PTSD' (Blank 1993) of partiële PTSS (Weiss e.a. 1992). Dit geldt voor mensen die niet genoeg symptomen (te weten 6) of symptoomgroepen (te weten 3) hebben om te voldoen aan de diagnose PTSS. Vanuit het IGP-Project is duidelijk geworden dat de lijdensdruk van mensen met partiële PTSS minstens zo groot kan zijn, als bij mensen die voldoen aan de PTSS-diagnose. Partiële PTSS wordt gesuggereerd als een mogelijke DSM-IV-code (i.e., 'condition not attributable to a mental disorder that is a form of attention or treatment'; Blank 1993, page 14). Partiële PTSS is niet alleen vaak het geval tijdens de (sub)acute periode, maar zelfs jaren na het psychotrauma (Kulka e.a. 1990; Weiss e.a. 1992). In een onderzoek bij Vietnamveteranen bedroeg de prevalentie van partiële PTSS 11%, zo'n 19 jaar na de blootstelling aan het psychotrauma. Chronische partiële PTSS wordt door sommigen beschouwd als het beginstadium in de ontwikkeling van posttraumatische persoonlijkheidsverandering oftewel complexe PTSS (Post-Traumatic Character Disorder; Horowitz e.a. 1987; Herman 1992).

Daarnaast is het zo dat partiële PTSS veelal impliceert dat er te weinig vermijdingssymptomen worden gehaald voor de PTSS-diagnose. Er wordt dan gesuggereerd dat het criterium van 3 vermijdingssymptomen te streng is, en dat 2 symptomen wellicht realistischer zou zijn voor de DSM-IV (Green 1993). Er moet wel rekening worden gehouden met het feit dat 'vermijden' soms moeilijk te meten valt, omdat er bij voorbeeld zeer diverse verschijningsvormen zijn. De ene politiefunctionaris gaat als vermijdingsstrategie meer werken, en stort zich in een overactiviteit. De andere politiefunctionaris gaat juist minder of niet meer werken, om de herinnering aan het werktrauma uit de weg te gaan.

In dit verslag vinden we geen bevestiging voor de veronderstelde comorbiditeit van PTSS. Gezien het lage percentage mensen met PTSS in deze proefgroep moeten we echter voorzichtig zijn met de conclusies. Immers in het behandeldeel van het IGP-Project hebben slechts 5 van de 42 personen alleen PTSS. Alle andere deelnemers hebben minimaal 1 additionele diagnose. Vooral depressie i.e.z. en somatoforme stoornis NAO scoren hoog bij PTSS. Om die reden worden bij het laatste meetmoment tevens dissociatieve en persoonlijkheidsstoornissen bestudeerd. In de toekomst hopen we daar meer gegevens over te hebben.

Conclusie

275 politiefunctionarissen hebben zich voor het onderzoek aangemeld naar aanmelding van 31 ingrijpende gebeurtenissen. 3% had de diagnose PTSS, 30% had PTSS-symptomen (zogenaamde 'partiële PTSS'). Met betrekking tot de risicofactoren voor PTSS kan gesteld worden, dat veel vermijden, een gebrek aan controle, het eigen oordeel van een slechte verwerking, en ontevredenheid over de bedrijfsopvang, leiden tot een grotere kans op PTSS. Van de symptoomgroep 'herbeleven' zien we dat handelen alsof, en terugkerende gevoelens, het best PTSS voorspellen. Van de symptoomgroep 'vermijden' voorspellen het vermijden van gevoelens en plaatsen, het vermijden van contact met anderen, en een negatieve toekomstverwachting het best de stoornis. Bij 'hyperactivatie'

zijn dat schrikachtigheid, en een fysische reactie.

Noot

1. Bij de Rijkspolitie de opperwachtmeester.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

, 3rd ed. rev. American Psychiatric Association, Washington D.C.

Blank, A.S. (1993), The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: J.R.T. Davidson, E.B. Foa (red.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. American Psychiatric Press, Washington D.C./Londen, Engeland, 3- 22.

Bohl, N.K. (1991), The effectiveness of brief psychological interventions in police officers after critical incidents. In: T.T. Reese, J.M. Horn, C. Dunning (red.), *Critical Incidents in Policing*. U.S. Department of Justice , Washington D.C.

Carlier, I.V.E. (1991), Traumatische stress als beroepsrisico bij politiefunctionarissen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Gezondheid & Samenleving* 69 (11), 13- 14.

Carlier, I.V.E., en B.P.R. Gersons (1992), Development of a scale for traumatic incidents in police work. *Psychiatria Fennica (Supplementum)*, 59-70.

Carlier, I.V.E., B.P.R. Gersons, en R.D. Lamberts (1992), 'Een trauma oplopen in het werk'; over posttraumatische stressstoornissen als beroepsrisico. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde* 30 (5), 130-136.

Carlier, I.V.E., R.D. Lamberts, en B.P.R. Gersons (1993), Een Vragenlijst betreffende de emotionele intensiteit van traumatische politie-ervaringen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 35 (4), 254-264.

Davidson, J.R.T., R. Smith, en H.S. Kudler (1989), Validity and Reliability of the DSM-III Criteria for Posttraumatic Stress Disorder: experience with a structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease* 177, 336-341.

Gersons, B.P.R., en I.V.E. Carlier (1992), Post-traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept. *British Journal of Psychiatry* 161, 742-748.

Green, B.L. (1993), Disasters and posttraumatic stress disorder. In: J.R.T. Davidson, E.B. Foa (red.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. American Psychiatric Press, Washington, D.C./Londen, Engeland, 75-97.

Herman, J.L. (1992), Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5 (3), 377-391.

Horowitz, M.J., D.S. Weiss, en C.R. Marmar (1987), Diagnosis of post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 175, 267-268.

Kulka, R.A., W.E. Schlenger, en J.A. Fairbank (1990), *Trauma and the Vietnam War generation*. Brunner/Mazel, New York.

Weiss, D.S., C.R. Marmar, W.E. Schlenger, J.A. Fairbank, B.K. Jordan, R.L. Hough, en R.A. Kulka (1992), The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam Theater Veterans. *Journal of Traumatic Stress* 5 (3), 365-376.

Summary: Early psychological consequences of traumatic police-experiences: some preliminary findings

275 police officers participated in a study concerning 31 critical incidents. 3% had the diagnosis of PTSD, 30% had PTSD-symptoms (so-called 'partial or subthreshold PTSD'). With regard to risk factors for PTSD, the results showed that avoidance, lack of control, the personal opinion about their coping with the trauma, and non-satisfaction with organizational after-care, correlated with PTSD.

Het onderzoek werd gesubsidieerd door de Nederlandse Politie, het Praeventiefonds, en het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds.

De auteurs zijn allen werkzaam bij het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, Divisie Psychiatrie (adres: Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam) respectievelijk als projectleider van het Onderzoeksproject 'Ingrijpende Gebeurtenissen Politiewerk' en het Bijlmeronderzoeksproject (naar aanleiding van de Bijlmermeer-vliegramp), als onderzoeker, en als hoogleraar psychiatrie/hoofd van de divisie.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 12-10-1993.