

De auteur is werkzaam bij het Instituut voor Psychotrauma in de functie van projectleider Hulpverlening en adviseur crisismanagement.

Correspondentieadres: Peter van Loon, Instituut voor Psychotrauma, Van Heemstraweg-west 5, 5301 PA Zaltbommel.
E-mailadres: peter.vloon@ivp.nl

Peter van Loon

111

Psychosociaal crisismanagement na calamiteiten: casussen en interventies

SUMMARY

Psychosocial crisis management after calamities: cases and interventions

Calamities are accompanied by for example chaos, casualties, uncertainty, and stress during the first hours and days. Although stress reactions are considered normal reactions after such events, nowadays often psychosocial care providers are asked to deliver immediate psychosocial help to the affected people. In this paper it is argued that in this early phase, professional helpers should primarily focus on the human aspects of crisis control and crisis management instead of (only) focusing on the possible development of event-related psychopathology among victims. In addition, instead of creating 'new' temporary psychosocial support systems for victims, existing 'social systems' should be used and supported as much as possible. For this purpose, two examples of calamities and interventions aimed at psychosocial crisis management are described and discussed. It demonstrates the need of flexibility and improvising skills among psychosocial care providers to match the (large) variety of problems caused by calamities.

Inleiding

Calamiteiten gaan gepaard met stress en diverse emoties bij direct betrokkenen, hun omgeving en zij die verantwoordelijk zijn voor de afwikkeling van de calamiteit. Anno 2008 worden voor de 'problemen' op het gebied van stress en emoties bij getroffen en snel 'deskundigen', zoals sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers en andere hulpverleners ingeschakeld. Ontstane emoties dreigen hiermee als probleem te worden gedefinieerd. Deze deskundigen – in hun reguliere werk veelal gewend zich te richten op het oplossen van (individuele) problemen – beoordelen de stress en emoties vaak voornamelijk vanuit een (dreigend) psychopathologisch perspectief. Ze gaan veelal met getroffen en 'aan de slag' vanuit hun gangbare referentiekader van cliënt-hulpverlener, waarbij de cliënt en omgeving niet meer in staat blijken te zijn de ontstane proble-

men zelf op te lossen. Daarbij wordt bij calamiteiten, in tegenstelling tot andere *'life-events'* zoals de plotselinge dood van een dierbare, steeds minder afgewacht of het zelfherstellend vermogen toereikend is of niet. Soms zijn speciaal opgeleide psychosociale hulpverleners binnen enkele uren beschikbaar en worden de normale, gangbare kanalen – in de samenleving (bijvoorbeeld de huisarts) of binnen een bedrijf (bijvoorbeeld de leidinggevenden) – 'buiten spel gezet'.

Weliswaar is er groeiende aandacht voor de begrippen 'veerkracht, zelfredzaamheid en zelfherstellend vermogen' van getroffenen, maar soms lijkt het erop dat dit niet plaats vindt op basis van vertrouwen dat deze aanwezig zijn, maar 'nog niet voldoende' zouden zijn en 'versterkt' moeten worden (Jones, Greenberg, & Wessely, 2007).

Aan de hand van twee geanonimiseerde praktijkcasussen wordt gepleit voor een andere primaire 'insteek' van professionele psychosociale hulpverleners in de acute fase na een ramp of calamiteit. Deze insteek is niet direct gericht op de getroffenen, maar op de relevante sociale omgeving. Daarbij is kijken naar wat er al gebeurt en of dit bijdraagt aan het oplossen van de 'verstoring van het normale' door de calamiteit van groot belang. Bijvoorbeeld: 'Wordt er al gewerkt aan oplossingen voor de ontstane acute (praktische) problemen; zijn deze oplossingen stressreducerend of misschien juist stressverhogend? In deze rol treden professionele hulpverleners primair op als adviseur en coach (Van der Velden, Van Loon, IJzermans, & Kleber, 2006) om verantwoordelijken te helpen aan adequaat 'psychosociaal crisismanagement' te doen.

De *'watchful waiting'* (oplettend afwachten of en hoe mogelijke gezondheidsklachten zich ontwikkelen) benadering (Bisson, Brayne, Ochberg, & Everly, 2007; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005; Stein, Seedat, Iversen, & Wessely, 2007; Wessely, 2005) is meer passend in plaats van het direct aangaan van een cliënt-hulpverlener relatie waarin 'het voeren van gesprekken over...' veelal centraal staat. Het laatste wekt de suggestie van een probleem waar veelal nog geen 'probleem' is en waar slechts in een beperkt aantal gevallen op termijn een (gezondheids)probleem ontstaat waarvoor mogelijk een gangbare en klassieke cliënt-hulpverlener relatie nodig is. Voor verdere informatie over latere gezondheidsklachten – zoals PTSS en lichamelijke klachten, en welke groepen getroffenen verhoogd risico lopen op de ontwikkeling van deze klachten – wordt verwezen naar andere bijdragen in dit themanummer.

Casus 1

Op een ochtend wordt bij een bedrijf een vrachtauto gelost. De chauffeur blijft in zijn cabine. Na het lossen zien de mannen de chauffeur met zijn hoofd op het stuur liggen. Zij denken dat hij slaapt en als geintje willen ze hem laten schrikken door een harde klap op het portier te geven. De chauffeur reageert echter niet. Al snel dringt het door dat hij niet slaapt, maar dat er iets anders aan de hand is. Direct waarschuwen zij de BHV van het bedrijf en bellen ze 112. Ondertussen halen enkele mannen hem achter het stuur vandaan. De chauffeur reageert nauwelijks op prikkels en dus start de BHV met reanimatie. Later neemt het ambulancepersoneel de reanimatie over en brengen zij de chauffeur naar het ziekenhuis. De mannen van de BHV zijn aangeslagen en geëmotioneerd. Voor het hoofd P&O redenen om 'acute traumabegeleiding' te vragen.

Tijdens het telefoongesprek met het hoofd P&O blijkt dat de volgende feiten aanleiding waren voor de vraag naar 'traumabegeleiding': de BHV is geconfronteerd met een dreigende dood, de mannen reageerden heftig geëmotioneerd, en het gevoel vanuit P&O iets voor deze emoties van de mannen te willen doen. Na waardering te hebben uitgesproken voor het feit dat het bedrijf zo serieus met de BHV omgaat, is een korte analyse gemaakt van wat er op dat moment aan de hand is: schrik, onzekerheid, stress, dit alles gepaard met veel vragen en dus een informatiebehoefte. In goed overleg en met volledige instemming van het hoofd P&O werden de volgende interventies uitgevoerd:

- 1 Het hoofd P&O schuift aan bij haar mannen en complimenteert hen met het adequate optreden. Het komt tenslotte niet vaak voor dat de BHV moet optreden, maar deze *real case* liet zien dat iedereen wist wat zijn rol en taak was.
- 2 Het hoofd P&O legt haar oor te luister en inventariseert waar de mannen mee bezig zijn en waar hun behoeften op dat moment liggen.
- 3 Het hoofd P&O vraagt of ze iets voor de mannen kan doen.

Uitgangspunten hierbij waren: niet onnodig vroegtijdig problematiseren, psychologiseren of medicaliseren. Dit ook om de betrokkenen maximaal de gelegenheid te geven gebruik te maken van het beschikbare zelfherstellende vermogen op zowel individueel als organisatieniveau.

De terugrapportage van het hoofd P&O leverde het volgende op. De waardering vanuit het bedrijf werd enorm op prijs gesteld: mensen voelden zich erkend en serieus genomen. Verder bleken de emoties voor een deel ontlading van een spannende klus. De plotselinge confrontatie met dreigende dood – met reanimatie als

gevolg – kwam niet vaak voor. Er heerste onzekerheid over hun optreden. De vraag 'Kan ik iets voor jullie doen?' werd beantwoord met een wedervraag: 'Hoe is het met de chauffeur?'

Op basis hiervan werd de volgende interventie afgesproken:

- 1 Probeer via de meldkamer van 112 te achterhalen welke ambulance de chauffeur naar het ziekenhuis heeft gebracht en vraag of het mogelijk is dat het ambulancepersoneel een bezoek aan het bedrijf brengt om nog een en ander toe te lichten.
- 2 Ga na wanneer de BHV de eerstvolgende reanimatietraining heeft. Als dat lang duurt, overweeg de training voor de betrokken BHV-ers te vervroegen om de handelingsvaardigheid onder leiding van de instructeur te toetsen. Informeer de instructeur over het voorval en vraag hem te observeren hoe de mannen op de training reageren, zonder dat dit expliciet besproken hoeft te worden. Hetgeen uiteraard niet willen zeggen dat er niet over gepraat mag worden. Laat dit een zo natuurlijk mogelijk proces zijn dat zij zelf leiden. Kortom: doe zo gewoon als mogelijk en niet onnodig dramatiseren.
- 3 Geef vanuit het bedrijf één contactpersoon met wie ze kunnen bellen of langs kunnen lopen als ze behoeften hebben om terug te komen op het voorval; vanuit welk perspectief dan ook.
- 4 Maak afspraken voor een 'check' over 4 à 5 weken na het incident: hoe is het met de mannen en hebben ze nog problemen ervaren naar aanleiding van het incident?
- 5 Agendeer het incident op een vergadering van het Sociaal Medisch Team. Monitor eventuele ziekmeldingen en check of de klachten mogelijk verband houden met het incident.
- 6 Het hoofd P&O wordt de gelegenheid geboden te allen tijde een consult te vragen.

Zes weken na het incident vond – als follow-up – telefonisch contact plaats met het hoofd P&O. Alle interventies waren naar ieders tevredenheid uitgevoerd. De ambulance was bereid nog even langs het bedrijf te rijden en complimenteerde ook vanuit hun professe van de BHV-ers. Zonder de privacy van de chauffeur aan te tasten, wilden zij de laatste informatie over het slachtoffer geven. De reanimatietraining was spannend en onwennig, maar door 'vertrouwd' optreden van de instructeur was deze spanning ook snel weg en werd het een leerzame instructie, waarbij het incident een belangrijke rol vervulde. Inmiddels was ook bekend dat de chauffeur enkele dagen na het incident was overle-

den. Ze hadden nog spontaan en informeel nagepraat over de betrekkelijkheid van het bestaan. Van het telefoonnummer had niemand gebruik gemaakt, maar de beschikbaarheid werd gewaardeerd. De 'check' leverde op dat geen van de mannen nog problemen ondervond van het incident, niemand had zijn BHV-lidmaatschap ingeleverd. In tegendeel: de motivatie om BHV serieus te nemen was alleen maar gegroeid. De wijze waarop het bedrijf het 'incident' had afgehandeld versterkte de binding met het bedrijf. Er deed zich geen ziekmelding of gezondheidsklacht voor. Na drie maanden is het incident afgesloten.

Voor het hoofd P&O was de belangrijkste les dat het bij een dergelijke gebeurtenis normaal is dat mensen aangeslagen en geëmotioneerd zijn, maar dat dit niet betekent dat direct een (professionele) hulpverlener nodig is. Normaal menselijke aandacht, erkenning, aansluiten bij behoeften van betrokkenen en monitoring kunnen prima door het bedrijf zelf worden uitgevoerd. Dit wist ze daarvoor ook wel, maar door de plotselinge verstoring van het normale ritme hanteerde iedereen de 'actie-modus' en werd geen tijd genomen om rustig na te denken over de vervolgstappen. Ze vroeg wel om het noodnummer van het Instituut voor Psychotrauma: niet om bij een volgend incident direct te bellen voor acute traumabegeleiding, maar om even met een ervaren professional als buitenstaander te kunnen 'sparreren'. Voor haar was hierbij van belang de reacties van de BHV-ers in een breder perspectief te zien en niet alleen vanuit het 'psychologische verwerkingsperspectief'.

Casus 2

Een 15-jarige jongen pleegt suicide. Op zijn school is een calamiteitenteam geformeerd met als belangrijkste opdracht 'het maken van een draaiboek voor de verwerking van deze gebeurtenis' en 'hoe voor te bereiden op de begrafenis/crematie?' Het calamiteitenteam stelt voor om voor de verwerking de volgende dag in iedere klas de dag te starten met een 'kringgesprek' door de mentor, ondersteund door een professionele hulpverlener. De jongeren kunnen zo hun emoties uiten en deze met elkaar delen. Het verzoek is een tiental hulpverleners te leveren ter ondersteuning van de mentoren tijdens de 'kringgesprekken'.

Op de vraag waarom men in iedere groep een dergelijk kringgesprek wilde voeren, werd geïrriteerd gereageerd: 'Snapte ik dan niet hoe groot de impact is op school en dat deze gebeurtenis toch moet worden verwerkt?'. Na waardering te hebben uitgesproken dat de school het zorgvuldig wil aanpakken, verdwijnt de

irritatie enigszins. Ik realiseerde me dat ik met mijn primaire en directe vraag onvoldoende aansloot bij hun stemming en voorgestelde interventies. Zij waren bezig controle over de situatie te krijgen en een onbekende stelde gelijk hun plan ter discussie. Dat gaf frictie. Na excuses voor mijn eerste reactie stelde ik voor dat ze mij eerst nader zouden informeren over de gebeurtenis om een goed beeld te krijgen.

Casus 2, vervolg

De jongen had zich na schooltijd in een park aan een boom opgehangen en was door een voorbijganger gevonden. Niemand van de medeleerlingen had het gezien. Het bericht van de dood kwam 's avonds, enkele uren na het incident, bij de schoolleiding binnen. Het bleek dat de meeste leerlingen inmiddels via het GSM-circuit op de hoogte waren en elkaar via deze weg support gaven. Enkelen zochten elkaar fysiek op. De schoolleiding kwam in dit verhaal niet voor. De leerlingen regelden dit zelf en op hun manier.

Gezien de grootse plannen van de school voor de volgende dag, stelde ik voor nog diezelfde avond aan te schuiven bij hun calamiteitenteam om een plan van aanpak te bespreken. Dit aanbod werd gewaardeerd en ze stelden – na de aanvankelijke irritaties – mijn komst zeer op prijs. Bij binnenkomst viel op hoezeer de leerkrachten waren aangeslagen door het bericht van de suïcide. Met name de mentor van de klas van de leerling was heftig geëmotioneerd, temeer omdat hij al een tijd bezig was treitergedrag van andere leerlingen richting de overleden jongen te stoppen. Met weinig succes. De mentor voelde zich schuldig en vreesde voor een afscheidsbrief waarin de treiterijen als reden werd aangegeven voor de suïcide. Dit was ook de reden waarom hij nog geen contact met de ouders had opgenomen; hij durfde hen eigenlijk niet onder ogen te komen. Angst voor de afscheidsbrief en de reactie van de ouders richting de school, maakte dat hij druk aan de slag ging met de dag van morgen. Hierdoor kon hij de moeilijke zaken van dat moment even uit de weg gaan.

De directeur wilde graag in goed overleg met zijn calamiteitenteam een plan maken. Maar mede door de soms heftige emotionele reactie van docenten was hier niet veel van terechtgekomen. Hij wilde ze ook alle ruimte bieden om 'stoom af te blazen'.

Mijn taxatie van de situatie op dat moment was dat eigenlijk niemand regie voerde, emoties de boventoon voerden die op dat moment zelfs de voortgang binnen het calamiteitenteam in de weg stonden. Hierop heb ik voorgesteld dat de directeur en ik snel een globaal voorstel zouden maken en dat te bespreken binnen het

calamiteitenteam. Dit vond draagvlak. De vermoeidheid dreigde inmiddels een ieder parten te gaan spelen.

In het gesprek met de directeur was mijn eerste toets of hij in staat was zijn emoties even te 'parkeren' en rationeel en concreet te kijken welke acties hij die avond nog moest ondernemen en wat prioriteit had voor de volgende dag. Hij was blij en zichtbaar opgelucht met concrete stappen. We kwamen al snel tot de volgende voorstellen:

- 1 De mentor zou die avond nog contact opnemen met de ouders, zijn deelneming namens de school betuigen en bezien of hij iets voor ze kon betekenen.
- 2 Twee leerkrachten zouden de telefooncirkel afbellen om de leerlingen over de feiten te informeren (ook om geruchten te voorkomen), maar ook om de mededeling te geven dat iedereen de volgende dag gewoon op school werd verwacht.
- 3 Het aanstellen van een woordvoerder voor het geval de media de school zouden benaderen.
- 4 Een tekst opstellen met een boodschap voor alle klassen. De boodschap moest zich in eerste instantie beperken tot de feiten zoals die op dat moment bekend waren.
- 5 Voor de docenten gold als uitgangspunt: morgen na de boodschap in principe weer lesgeven met uiteraard ruimte voor onderling gesprek, rekening houdend met uiteenlopende behoeften van leerlingen.
- 6 Afhankelijk van hoe het contact met de ouders verloopt, de komende dagen bezien hoe de aanwezigheid van school (leerkrachten en leerlingen) zal zijn op begrafenis/crematie en welke uitingen (advertentie/bloemen/toespraken tijdens begrafenis/crematie) worden gedaan.
- 7 Op school in principe de draad weer oppakken en afhankelijk van de sfeer kijken welke acties (bijvoorbeeld een condoleanceboek) verder moeten worden uitgezet.

Het calamiteitenteam nam zeer snel de gedane voorstellen over. Het besluit werd genomen om het voor die avond daarbij te laten en de volgende dag weer een vergadering te plannen om overige acties te inventariseren en te bespreken. De directeur nam de coaching van de mentor op zich, hij zou in ieder geval de volgende ochtend bij hem in de klas zijn ter ondersteuning. Het voorstel voor een hulpverlener in iedere klas is afgeblazen. Vanuit een bestaande goede relatie met de schoolbegeleidingsdienst werd deze gevraagd desgewenst het lerarenkorps te coachen.

Met de schoolbegeleidingsdienst werd de tweede dag na overlijden gekeken hoe ze de eventueel noodzakelijke aandacht voor kwetsbare leerlingen op de korte en lange termijn konden vormgeven. Deze acties zijn

gecommuniceerd met de leerlingen en de ouders van alle leerlingen evenals het verzoek contact op te nemen met de mentor van hun kind als zij vragen hadden over het incident of de reacties van hun kind op het incident. Hierop zijn drie bezorgde telefoontjes binnengekomen. Hierbij was niet zozeer de suïcide dominant, maar maakten ouders zich zorgen over hun kind door andere recente *'life-events'* van de kinderen waar de suïcide 'bovenop' kwam. In goed overleg en tot ieders tevredenheid konden hiervoor passende oplossingen worden gevonden; voornamelijk door de ouders gerust te stellen, hen serieus te nemen door als school aandacht te geven en de afspraak elkaar te informeren als er zich bijzondere 'gedragingen' of andere opvallende zaken zouden voordoen.

Na de begrafenis ben ik nog eenmaal betrokken geweest bij het calamiteitenteam om de casus te evalueren. De ouders van de jongen verweten de school niets. Ze stelden de betrokkenheid van de mentor zeer op prijs. Ze spraken nog meerdere keren met elkaar. De media-aandacht bleef gelukkig uit.

Het calamiteitenteam trok twee belangrijke lessen uit dit incident. Eén: dat – na de eerste emoties met elkaar te hebben gedeeld – iemand de regie moet voeren en dat snel overgegaan moet worden tot het opstellen van een concreet actieplan. Hierin opgenomen de normale processen na overlijden en aandacht voor bijzondere en specifieke elementen. Twee: dat de wijze waarop het docentenkorps er mee omgaat voor een groot deel bepaalt of er rust of onrust op school ontstaat.

Conclusies

Acute psychosociale zorg na rampen en calamiteiten is momenteel dominant gericht op (dreigende) individuele psychopathologie en heeft een sterke 'kleuring' vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Dit in tegenstelling tot 'psychosociaal crisismanagement' dat zich primair richt op 'normaliseren' en het onder controle krijgen van de meer of minder ontstane 'onrust' tijdens en na een calamiteit. Hiervoor zijn vele, zeer gevarieerde interventies denkbaar. Deze zijn afhankelijk van de ontstane situatie, beeld en beoordeling van de situatie en niet te vergeten de effecten van interacties tussen alle betrokkenen inclusief de betrokken psychosociale hulpverlener(s).

De twee casussen laten ook zien dat de problemen na calamiteiten zeer divers van aard zijn. Ze spelen zich af op diverse niveaus die elkaar onderling beïnvloeden. Ondanks een groeiende behoefte aan protocollen, procedures en richtlijnen tonen de cases dat – gezien de

enorme diversiteit aan problematiek – gestandaardiseerde oplossingen en interventies moeilijk te maken zijn. Uiteraard zijn er wel altijd een aantal 'constanten', zoals:

- Wat is nodig om herstel van het 'normale' leven bij (in)directe betrokkenen te bewerkstelligen (controle-herstel)?
- Wat is nodig om ontstane stress te reduceren?
- Wat is nodig om extra (onnodige) stress te voorkomen?
- Hoe om te gaan met de media?
- Hoe wordt aandacht besteed aan de noden en behoeften van betrokkenen en eventueel verwanten en collega's op de korte en langere termijn?
- Hoe worden de eventuele psychosociale effecten bij betrokkenen in de gaten gehouden en hoe wordt – indien nodig – tijdige geïntervenieerd?
- Wat kan de bestaande organisatie zelf doen en welke externe ondersteuning is eventueel nodig?

De invulling van bovenstaande 'constanten' is altijd afhankelijk van lokale omstandigheden, specifieke problemen waar betrokkenen mee kampen en (on)mogelijkheden tot het bieden van oplossingen binnen het eigen systeem (Watson & Shalev, 2005); maatwerk dus.

Bedrijven, organisaties en instellingen kunnen zich wel voorbereiden op dergelijke gebeurtenissen, onder andere door een adequate risico-inventarisatie, het maken van (beperkte) draaiboeken en het uitvoeren van simulaties. Een uitgebreide beschrijving van mogelijke maatregelen valt buiten het bestek van dit artikel.

In de praktijk moeten psychosociale hulpverleners iedere keer taxeren wat zich op dat moment aan problemen voordoet, wiens probleem het is, welke interventie op dat moment het meest passend is en door wie deze het best kan worden uitgevoerd om een zo optimaal mogelijk effect te bereiken. Belangrijk uitgangspunt hierbij is primair herstel van controle en beantwoording van de vraag: 'Wat is in deze situatie nodig om te komen tot een 'nieuwe' stabiele situatie?'.

Veel vragen om hulp komen voort uit een behoefte iets te doen voor getroffenen, waarbij men zelf niet goed weet wat te doen of bang is tekort te schieten of het verkeerd te doen. Door speciaal georganiseerde hulpverlening dreigt het beeld te ontstaan dat voor stress, emoties en voor het proces van 'verwerken' van een ingrijpende gebeurtenis aparte (semi)professionele psychosociale hulp een 'noodzakelijke voorwaarde' is. Sociale steun en begrip (Guay, Bilette, & Marchand 2006) kunnen heel goed uit de bestaande sociale omgeving worden geboden. Het is dan ook zinvoller – willicht ook eenvoudiger en goedkoper – het bestaande

netwerk te ondersteunen middels coaching van bijvoorbeeld crisisteams of leidinggevenden. Dit heeft tevens als voordeel dat men bij een toekomstige calamiteit (meer) vertrouwen heeft in het eigen kunnen om de ontstane situatie weer onder controle te krijgen en op een adequate manier – op de korte en langere termijn – aandacht te kunnen geven aan betrokkenen.

Literatuur

- Bisson, J.I., Brayne, M., Ochberg, F. M., & Everly, F. (2007). Early psychosocial intervention following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1016-1019.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between post-traumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, *19*, 327-338.
- Jones, N., Greenberg, N., & Wessely, S. (2007). No plans survive first contact with the enemy: Flexibility and improvisation in disaster mental health. *Psychiatry*, *70*, 361-365.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guidelines Number 26. London: Cromwell Press Limited
- Stein, D.J., Seedat, S., Iversen, A., & Wessely, S. (2007). Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *Lancet*, *369*, 139-144.
- Velden, P.G. van der, Loon, P. van, IJzermans, J., & Kleber, R. (2006). Psychosociale zorg direct na een ramp. *De Psycholoog*, *12* (december), 658-663.
- Watson, P.J., & Shalev, A.Y. (2005). Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS spectrum*, *10*, 123-131.
- Wessely, S. (2005). Victimhood and resilience. The London attacks – aftermath. *New England Journal of Medicine*, *353*, 548-550.