

Als interventies op je netvlies gebrand zijn ...!

Eerstelijnszorg bij schokervaringen in brandweer- en ambulancediensten

Erik L.J.L De Soir

FiST Supervisor en Brandweerpsycholoog verbonden aan de Gewestelijke Brandweer van Leopoldsburg

Inleidende beschouwingen

Een Zwitserse ambulancier verklaart in de nasleep van het dramatische busongeval waarin 28 mensen (waarvan 22 kinderen) stierven: “Ik wilde altijd al mensen helpen, maar hier heb ik niet voor getekend, ik weet niet of ik dit werk nog kan of wil doen”. Of een vrijwillige brandweerman die het aan wiegedood overleden kind van een buur buitenbrengt, die verklaart: ‘Ik zal me voor altijd het gewicht van dit kind herinneren’. Een verpleegkundige van een spoedeisende dienst die bij een MUG-interventie het oproepadres voor een reanimatie meteen herkent: het adres van haar ouderlijke woning.

De wereld is veranderd. Auto's rijden sneller, de wereld is complexer, kleine dorpen werden verstedelijkte agglomeraties, moderne vuurhaarden zijn gevaarlijker, alles werd complexer.

De menselijke gevoelens zijn echter dezelfde gebleven. Er is bij de brandweer alleen nog een hoop stress bijgekomen. Gewoon al omdat we na een interventie niet meer voldoende tijd nemen om écht stoom af te blazen. Rustig de tijd nemen om bij te komen van de emoties. Neen. De samenleving zit zo niet meer in elkaar. Het stopt nooit. GSM smartphones blijven informatie geven en houden ons permanent online, Facebook en Twitter verbinden ons met de hele wereld, maar vaak is er geen tijd meer om rustig bij familie en vrienden op het terras te gaan zitten. Het sociaal leven wordt planmatig aangepakt. Een puzzel die nauwgezet in elkaar past en door elkaar geschud wordt bij een plotse indringende interventie.

De brandweerman en/of ambulancier is een professional geworden. Niet alleen maar iemand met een goed hart die wil helpen of die afkomt op een speciale roeping als vrijwilliger in dienst van de gemeenschap. Hulpverlener zijn is een heus beroep geworden.

Ongeacht het soort interventie, moeten alle inspanningen geleverd worden in een korte periode van uiterst fysieke en mentale concentratie. Soms moet je plots in actie schieten op een moment dat je lichaam moe en zelfs in een diepe slaap gewikkeld is. Je doet dit niet ongestraft! Er zijn interventies die in je achterhoofd blijven hangen, waar je 's nachts over droomt of die tijdens de dag opnieuw opdringerig door je hoofd flitsen. Bijvoorbeeld de bepaalde geur van een drenkeling die al een maand in het kanaal lag, het gekrijs van een baby, de aanblik van een verminkt slachtoffer na een verkeersongeval, de verbrande persoon met het gemummificeerde gezicht, die je uit een brand haalde en waarvan je weet dat hij waarschijnlijk de volgende avond niet haalt.

Het zijn allemaal dingen die stress kunnen opbouwen en een angstgevoel kunnen creëren voor een volgende gelijkaardige interventie.

Eén ding is zeker: geen enkele brandweerman/-vrouw of ambulancier is van beton! Er is dan ook geen enkele reden om over dit onderwerp te zwijgen.

Dit artikel wil hulpverleners bewuster leren omgaan met de emotionele kostprijs van reddingswerk en hen meer inzicht bieden in de mogelijkheden tot mentaal operationele ondersteuning. Sedert 1993 bestaat in de schoot van de brandweer het *Fire Stress Team (FiST)* dat intussen uitgegroeid is tot een gelaagd netwerk van *antennes*, *debriefers* en *supervisors*, met allen een terreinervaring als hulpverlener. Het FiST-netwerk wordt intussen officieel erkend en ondersteund vanuit de FOD Binnenlandse Zaken en gecoördineerd vanuit het Federaal Kenniscentrum voor Civiele Veiligheid. In de diverse provinciale opleidingscentra lopen de opleidingen voor FiST *antennes* en in een later stadium zal ook het tweede niveau – van de FiST *debriefers* – versterkt en beter uitgebouwd worden.

Hulpverleners moeten leren dat (stiekem) huilen om een onbekende baby die in je armen gestorven is, mag! ‘s Nachts dromen dat je hem het leven teruggeeft, kan! Maar het moet een hulpverlener geen jaren blijven achtervolgen. Hulpverleners verdienen het niet op in de kou te blijven staan en alles alleen te dragen of de erbij horende gevoelens in te slikken. Door er helemaal niet over te praten, wordt niets opgelost. Als het om een traumatiserende ervaring gaat, lost de tijd alleen niets op! Iemand kan pas afstand nemen van een traumatiserende gebeurtenis en de erbijhorende emoties door stil te staan bij de gebeurtenis in kwestie, de pijn en het verdriet errond te confronteren en erover te praten. Vaak is het gewoon begrijpen van de hele feitenfilm, de bevraging van de eigenpraktijk, de afweging of meer had kunnen gebeuren, het begrijpen van de eigen reacties en het doorleven van de daarbijgaande emoties al voldoende. Meestal is daar geen arts of specialist voor nodig, alleen de mensen uit de eigen sociale mantel.

In wat volgt staan we in eerste instantie stil bij impacten van schokkende en/of traumatiserende interventies en de wijze waarop ze soms moeilijk bespreekbaar zijn in de erg specifieke wereld van brandweer- en ambulance hulpverleners. Vervolgens belichten we de wijze waarop opvanggesprekken kunnen helpen bij het doorwerken van traumatische ervaringen. Uiteindelijk wordt even stilgestaan bij de mogelijkheden voor de preventie, de aanpak en de nazorg van traumatische stress bij brandweer- en ambulance hulpverleners door de uitbouw van een netwerk van crisis respons teams. Als voorbeeld nemen we hier de werkmethode van de *Fire Stress Teams*. Het is de bedoeling aan te tonen dat gesuperviseerde en goed-getrainde non-professionals door het op tijd (!) verschaffen van eerstelijnsopvang aan trauma-getroffenen en het voeren van ‘psychologisch-ontsmettende’ gesprekken met hun collega’s-hulpverleners tot erg goede resultaten kunnen komen. Eén van de doelstellingen van deze uiteenzetting is eveneens het relativeren en demystificeren van ‘psychologische begeleiding’. Zoals trouwens zal blijken is de plaats van de psycholoog, psychiater of maatschappelijk werker meestal niet in de eerste lijn. Het is echter wel essentieel de basisprincipes van de crisispsychologische hulpverlening niet met de voeten te treden

1. Traumatogene gebeurtenissen bij brandweer- en ambulance hulpverleners

In wat volgt wordt enige klaarheid geschapen in de verscheidenheid van effecten van schokkende en/of traumatogene interventies op brandweer- en ambulance hulpverleners. Met een schokkende gebeurtenis wordt bedoeld: een gebeurtenis, in de ruime zin van het woord, die hevig doet schrikken, ontroert en door haar plotseling of onverwacht optreden het evenwicht van een betrokken individu ernstig kan verstoren.

Een traumatogene (dus: potentieel traumatische) gebeurtenis voldoet veelal aan de volgende vier criteria: (1) de gebeurtenis is plots en onverwacht; (2) wekt een gevoel van machteloosheid, ontredde en/of boosheid op; (3) gaat gepaard met hevige emoties en/of intense angstgevoelens en (4) confronteert de getroffene op directe of indirecte wijze met de dood of ernstige aantasting van de fysieke integriteit van zichzelf of een ander. Een schokkende gebeurtenis kan dus eveneens traumatiserend zijn, maar is dit niet noodzakelijkerwijze.

Traumatogene gebeurtenissen raken de mens innerlijk zeer diep: ze wijken af van de gebruikelijke belevingen en veroorzaken bij vrijwel elke persoon een duidelijk leed. Ze zijn van die aard dat in feite niemand ze echt aankan. Herstellen van traumatogene gebeurtenissen kan een pijnlijk en langdurig proces zijn. Buiten het gevoel gekrenkt, gekwetst en gepenetreerd te zijn in de eigen individuele veiligheid, volgen er zeer complexe en vaak destructieve gevoelens van onzekerheid, schuld, angst en twijfels. Traumatogene gebeurtenissen zetten de getroffenen ertoe aan de basiszekerheden over de eigenwaarde en over de ordelijkheid van de wereld in vraag te stellen. De emotionele ontredde doet getroffenen van traumatogene gebeurtenissen terug smachtend verlangen naar stabiliteit en zingeving omtrent de wereld rondom hen en de eigen rol erin. Hulpverleners zullen ontegensprekelijk de zin van hun rol als “redder” in vraag stellen en erg beginnen twijfelen over de eigen capaciteiten. Niettegenstaande dit verlangen naar zielerust - rust die vaak maar kan gevonden worden in de mate dat het gebeuren in kwestie via gedetailleerde reconstructie een verklaring, beginpunt voor doorwerking, kan krijgen - ervaren de getroffenen van een traumatogene gebeurtenis vaak herhaalde en ongewenste herbelevingen en herinneringen aan het gebeuren in kwestie. De herinneringen worden afwisselend voorgesteld als enerzijds ongewenste gedachten, die aanzetten tot piekeren, en anderzijds als dwangmatige gedachten, die indringend van aard zijn. Deze spontaan oprijzende gedachten en herinneringen vormen in feite, naast vermijdings- en hyperarousal-reacties, de signatuur van de posttraumatische stress stoornis (*post-traumatic stress disorder*) zoals die voor het eerst geformuleerd werd in de *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-III* (American Psychiatric Association, 1980).

Uit onderzoek (De Soir, 1996; 1997; 1998) blijkt dat ruim 1 op 10 brandweer- of ambulancehulpverleners een vroegere (traumatische) “klap” tijdens een interventie nooit écht verwerkt heeft. De korte en lange termijn effecten van zowel de intense, plots optredende stress als de zich langzaam opstapelende stress blijken vaak erg vernietigend in te werken op brandweerlui en ambulanciers. Zonder het te beseffen, krijgen ze rake klappen toegediend op medisch, psychisch, sociaal en familiaal vlak. Het milieu van de brandweer- en ambulance hulpverlening is echter een heel specifiek en gesloten milieu waarin een buitenstaander zomaar niet toegelaten wordt.

In middens van hulpverleners geldt het principe van sociale vergelijking t.t.z. *“ik wil gesteund, gehoord en geholpen worden door iemand die zoveel mogelijk op me trekt en zich in een gelijkaardige leefwereld bevindt.*

Schokkende of traumatogene interventies kunnen heel wat fysieke en/of psychische klachten met zich meebrengen. Mogelijke uitingen hiervan zijn o.a. zich terugtrekken uit het sociale leven, moeilijke situaties vermijden, gejaagdheid en nervositeit, verhoogde prikkelbaarheid of regelrechte agressiviteit (soms ook binnen het gezin), rugklachten, hoofd- en buikpijn, steken in de hartstreek, allerhande herbelevingen (nare dromen, flashbacks, etc),

concentratieproblemen en schrikachtigheid. Dit zijn manifeste symptomen van posttraumatische stress.

Tevens tonen verscheidene studies duidelijk aan dat er een cardiovasculaire pathologie bestaat bij o.a. brandweermannen: deze aandoeningen eisen beduidend meer slachtoffers dan bij de doorsnee bevolking. Brandweermannen blijken ook meer risicofactoren van cardiovasculaire aard te vertonen, zoals o.m. arteriële hypertensie, overgewicht en hypercholesterolemie. Deze medische risicofactoren worden soms nog in de hand gewerkt door de viriele cultuur die doorgaans, zij het oppervlakkig en soms als een flinterdun laagje vernis, heerst in brandweerkorpsen. Het personeel van brandweerkorpsen bestaat hoofdzakelijk uit mannen die tijdens hun opvoeding veelal geleerd hebben dat wenen teken van zwakte en/of voor meisjes is. Ze werden expert in het verbijten van pijn en het verbergen van gevoelens met zwarte humor en cynisme als enige uitlaatklep. Het was trouwens diezelfde 'uitlaat'- of 'ontluchtingsklep' die ook tijdens de interventie aan de betrokken brandweperlui toeliet een werkbare psychologische afstand naar de slachtoffers toe te bewaren. Tijdens hun werk, in vaak gruwelijke omstandigheden, leerden ze zich te concentreren op hun technische handelingen en hun gevoelens en emoties te onderdrukken. Dit gedrag werd in het verleden vaak verkeerdelijk bestempeld als ongevoeligheid; de wijze waarop brandweperlui omgaan met gevoelens blijkt echter erg functioneel te zijn. Prototypisch mannelijk en extravert gedrag - zoals o.a. roken, drinken, luid discussiëren aan de toeg, veel ruimte innemen in een groep en opscheppen over eigen prestaties - wordt ogenschijnlijk nog versterkt door het specifieke profiel van brandweperlui; de brandweerman/ambulancier is meestal erg actie- en doelgericht, toegewijd, sterk gemotiveerd, ambitieus en bereid tot het nemen van berekende risico's. Falen behoort niet tot de woordenschat. En slachtoffers die overlijden (of overleden zijn) betekenen nu juist "falen" (of te laat gekomen zijn). De vaak overrompelende onmacht die gepaard gaat met het onvermogen om op systematische en gestructureerde wijze stil te staan en te reflecteren over gevoelens maken van heel wat brandweermannen geschikte kandidaten voor het *burnout*-syndroom. De brandweerman en/of ambulancier moet leren inzien dat in de hulpverlening de lat niet te hoog gelegd mag worden: sommige situaties kan je nu eenmaal nooit het hoofd bieden. Dit is de realiteit!

2. De traumatogene interventie als puzzel

De acute beleving van een traumatogene interventie is er één van extreme machteloosheid en verlies aan controle. Niets zal er nog hetzelfde uitzien. Steeds is ook de dreiging van dood of ernstige aantasting van de psychische en/of fysieke integriteit, van zichzelf of een ander, betrokken bij het traumatisch gebeuren. Terwijl bij ongevallen met kinderen en/of bekenden de illusie van *onkwetsbaarheid* ernstig aangetast wordt, is tevens gedurende en vooral na het gebeuren sprake van intense gevoelens van schuld, schaamte, angst, woede, etc.

De getroffen hulpverlener kan in vele gevallen zijn wereldbeeld niet meer handhaven. De basiszekerheden omtrent het leven gaan niet meer op; alles lijktoneerlijk, onrechtvaardig, onvoorspelbaar en gevaarlijk. Training is geen synoniem meer voor controleerbaarheid.

De moderne brandweerman, bijvoorbeeld, wordt gedurende een interventie trouwens amper gehoord, alleen al door de beschermende kleding die hij draagt. Zelf kan hij soms ook moeilijk zijn collega's herkennen en/of horen. De uitrusting van de brandweerman beschermt deze tegen mechanische impacten, oorverdovend geluid en hitte door straling of rechtstreeks contact. Eigenlijk maakt dit een brandweerman ook voor een stuk 'sensorieel gedepriveerd' of

'belevingsdood'. Vooral de oudere of meer-ervaren brandweermannen hebben het hier moeilijk mee: ooit "voelden" ze hun werk beter aan, het vuur kon je toen beter aanvoelen als een levend iets. Je ging af op de warmte en het gehoor. Nu zit je gedeeltelijk opgesloten. Dit heeft niet alleen gevolgen voor zijn 'operationele gevoeligheden' - een backdraft 'voelen' aankomen, een 'vlamoverslag' correct inschatten, e.d. Als sociaal bewogen persoon is hij tijdens de interventie ook sterk aangewezen op rechtstreeks contact met zijn collega's en op *teamwork*. Dit is moeilijk in die omstandigheden!

Bovenstaande beleving maakt de betrokken brandweerman erg onzeker. Vooral in de initiële fase van een interventie en indien hij merkt dat de 'psychische last van de interventie' zijn draaglast te boven riskeert te gaan, is de lichamelijke opwinding (*arousal*) van de betrokken brandweerman erg groot. Het zal in grote mate deze opwinding zijn die ervoor zal zorgen dat zowel de individuele brandweerman, ambulancier, verpleegkundige, urgentie arts, politiemann, e.a. zich achteraf slechts een fractie van de realiteit zullen herinneren. Diezelfde verhoogde opwinding zorgt er ook voor dat ze meer fouten zullen maken en soms incoherent denken of beslissingen nemen; terwijl de lichamelijke *arousal* nodig is om 'operationeel' en 'alert' te worden, zorgt een teveel van diezelfde *arousal* tijdens traumatische interventies vaak eveneens voor een daling van de aandacht en kunnen menselijke falingen toenemen.

Deze aandachtsvernauwing leidt uiteindelijk tot een vermindering van de capaciteit tot het opnemen van informatie-elementen uit de omgeving waarin een gebeurtenis plaats vindt. De betrokken hulpverlener heeft het alléén dan ook zeer moeilijk om tot een zinvolle reconstructie van de hele interventie te komen. Deze is voor hem als een grote puzzel waarvan hij slechts een beperkt aantal stukjes heeft. Dit maakt het voor hem heel moeilijk om een globaal beeld van de interventie te komen; nochtans is dit een *conditio sine qua non* om tot een gezonde doorwerking te komen. Indien we dit inzicht koppelen aan de individuele beweringen a posteriori zitten we dicht bij de kern van het probleem: de fantasie rond traumatogene ervaringen is vaak erger dan de realiteit.

PRAKTIJKINDRUKKEN

Het gebeurt tijdens psychologische debriefings inderdaad vaak dat de betrokken hulpverleners het traumatisch gebeuren omschrijven als iets wat gebeurde als in een film of video-clip, onwerkelijk en doorspekt met tekens van ontkenning van de realiteit.

De gewonde baby wordt eerst gezien als een pop op de achterbank, het gezicht van een bekende wordt pas veel later, eenmaal de interventie voorbij en het pijnlijke werk gedaan, herkend, etc Hierin vinden we wederom de tussenkomst van het shockmechanisme - geduid als zijnde een tunnelbeleving, aandachtsvernauwing, e.d. - dat ervoor zorgt dat de betrokken hulpverlener tijdens het traumatisch werk meestal niet onderuit zal gaan. Het menselijk organisme laat het zo maar niet tot een 'total loss' komen.

De betrokken hulpverlener verwoordt het achteraf als: "werken op automatische piloot". Aldus gebeuren gedurende de eerste ogenblikken van een traumatische interventie de meeste handelingen 'op automatische piloot', instinctmatig, ingeoeffend, met weinig praten, doelgericht en ... onwerkelijk. Kinderen zijn dan vaak poppen. Bekenden zijn op dat ogenblik "eventjes onbekend", gewonde of dode slachtoffers worden gedeeltelijk 'gedehumaniseerd' via o.a. zwarte humor om de nodige afstand te kunnen behouden, e.d.

Er komt echter een ogenblik dat de automatische piloot stilvalt. Na de interventie kennen we dit fenomeen als “zijn klop krijgen” of “achteraf instorten”. Gedurende lange interventies is één bepaalde prikkel soms voldoende om de automatische piloot te doen stilvallen : de indruk dat het slachtoffer op een familielid trekt, een teddybeertje of een kinderpopje, of andere prikkels die ogenblikkelijk het ‘harnas’ of ‘pantser’ van de hulpverlener doorboren. Deze begint van dan af aan voornamelijk als “kwetsbare mens” te functioneren. Dit houdt hij natuurlijk niet lang vol. Eenmaal de intense beleving achter de rug en het gevaar afgewenteld, krijgt de betrokken hulpverlener - althans gedeeltelijk - zicht op wat er écht gebeurd is en wat hij gedaan heeft. Vanaf dan start het ‘trauma-video-caroussel’: vanwege de fragmentarische beleving tijdens de interventie begint elke hulpverlener de interventie van voor af aan te herbeschouwen - lees: te herkauwen - zich hierbij permanent afvragend of het niet anders had kunnen lopen en hij of zijn collega’s niet meer hadden kunnen of moeten doen. Hoe meer de interventie als lacunair beleefd werd, hoe langer dit bevragsingsproces duurt en hoe langer de geest bezig blijft met de interventie te rumineren.

Hierdoor komt de betrokkene volop terecht in de dialectiek van het psychotrauma: voortdurende herbelevingen, afgewisseld door periodes van ontkenning/-negatie/vermijding, waardoor tevens heel wat klachten van verhoogde, lichamelijke opwinding blijven bestaan. Het betrokken individu kan zowel in herbelevingen als in vermijdingen/ontkenningen muurvast komen te zitten met als gevolg een toenemend sociaal disfunctioneren. Op dit ogenblik spreekt men van een posttraumatische stress stoornis.

Fire Stress Teams (www.fist.be)

De *Fire Stress Teams* (FiST) zijn een netwerk van collega’s voor collega’s waarvan de eerste lijn (de FiST antennes), met de regelmaat van een klok en op vrijwillige basis, acute opvangsprekken voor emotionele ventilatie- en/of stabilisatie leiden in de onmiddellijke nasleep van een traumatogene interventie. Indien nodig wordt een tweede lijn (de FiST debriefers) geactiveerd om, onder supervisie van professionele hulpverleners, een (multidisciplinaire) psychologische debriefing of nabespreking uit te voeren in de dagen en weken volgend op een traumatogene interventie. Deze collega’s volgen zelf voortdurend bijscholingen op het vlak van crisispsychologie en psychotraumatologie.

Uiteindelijk zijn we er ook van overtuigd dat dé centrale figuur bij uitstek in het al dan niet mogelijk maken van mentaal/psychologisch operationele ondersteuning van schokkende of traumatogene interventies de betrokken leidinggevende of dienstchef is.

Het blijkt echter dat ook vandaag nog heel wat aan informatie en sensibilisatie gedaan moet worden om leidinggevendenden te overtuigen om een permanente ondersteuning te voorzien voor hun manschappen op het terrein. Een verbeterfactor is het structureel en procedureel verder uitbouw van het FiST netwerk dat nog te afhankelijk van personen eerder dan van structuren en systematische voorzieningen.