

Is Psychologische Debriefing Gevaarlijk ?

Erik DE SOIR¹
Majoor
Psycholoog-Psychotherapeut

Inleiding

Sedert enige tijd plaatsen ofwel collega's – psychologen, psychiaters en/of militairen - als terreinwerkers van brandweer- en ambulancediensten (o.a. via de website www.first-response.be) heel wat vraagtekens bij de acute opvang van getroffenen van traumatogene (lees: potentieel traumatische) gebeurtenissen. Acute opvang door psychologische debriefing zou gevaarlijk zijn en meer kwaad dan goed doen. Veel wordt verwezen naar een artikel van Van Emmerik et. al. dat in september 2002 verscheen in het toonaangevend medisch tijdschrift *The Lancet*.

Het artikel van Van Emmerik et. al. (2002) in *The Lancet* reflecteert op een keurig wetenschappelijk onderzoek, maar leert ervaren terreinwerkers en hulpverleners op het terrein eigenlijk niets nieuws. Spijtig genoeg doen deze publicaties beleidsverantwoordelijken en dienstchefs (opnieuw) twijfelen aan de effectiviteit van acute opvang en psychologische debriefing, terwijl nochtans het soort wetenschappelijk onderzoek dat tot op heden gevoerd werd geen sluitende conclusies kan geven. Het lijkt nu alsof er, na meer dan tien jaar van debat en controverse, nog maar een zeer bescheiden vooruitgang geboekt is op het vlak van acute psychologische opvang en debriefing. Zo onderzoekt het bovenstaande artikel bijvoorbeeld de effectiviteit van *single session debriefing* - éénmalige (groeps)bijeenkomsten – met betrekking tot de ontwikkeling van post-traumatische problematiek. Alsof het vertonen van post-trauma symptomen het enige criterium is waartegen het nut van dergelijke interventies moet worden afgewogen. In dit artikel tracht ik aan te tonen dat het op zijn minst naïef is te veronderstellen dat de traumatogene impact van een schokkende gebeurtenis kan gemilderd of weggeveegd worden, of een psychologische trauma kan worden voorkomen, door één enkel ondersteunend gesprek.

In deze bijdrage tracht ik op bondige wijze enkele elementen van antwoord te geven². Ik hoop hiermede stof tot nadenken te leveren opdat de verantwoordelijken van hulpdiensten en risicobedrijven (o.a. dienstchefs, bedrijfsartsen en psychosociale preventie adviseurs) de waarde van wetenschappelijk onderzoek terzake iets beter binnen een juiste context zouden kunnen plaatsen en genuanceerder zouden kunnen oordelen over “trauma” en “debriefing”.

Terminologie, conceptafbakening en stoornisgericht denken

Een eerste reeks van problemen in de discussie of acute opvang en psychologische debriefing gevaarlijk is of niet, situeren zich op het vlak van de gehanteerde terminologie en de afbakening van het concept **trauma** dat kwistig gebruikt wordt. In de uitgebreide traumaliteratuur van de laatste tien jaar wordt bijna nergens écht stilgestaan bij wát mensen nu net

¹ Erik DE SOIR is als lesgever en onderzoeker verbonden aan het Studiecentrum voor Stress & Trauma van de Koninklijke Militaire School, Renaissancelaan 30, B-1000 BRUSSEL, 02-7376603, Erik.De.Soir@rma.ac.be.

² Voor een uitgebreide analyse door traumaspecialisten verwijs ik de geïnteresseerde lezer naar het volgende boek: *Les Debriefings psychologiques en question ... !?* (2002) De Soir & Vermeiren – Garant Uitgevers.

meegemaakt hebben en vanaf wanneer je van een trauma gaat spreken. Het woord trauma wordt gebruikt als oorzaak en gevolg van posttraumatische stress.

Doorgaans wordt in de Angelsaksische literatuur gesproken over **critical incidents**. En als je die meemaakt, moet je – in sommige organisaties zal je daartoe verplicht worden! – opgevangen worden aan de hand van een **critical incident stress debriefing**. Getroffenen van schokervaringen worden in diezelfde literatuur op een hoopje gegooid. Aldus worden slachtoffers van verkeersongevallen, verkrachtingen, overvallen, rampen en gijzelingen in dezelfde categorie ondergebracht als hulpverleners of ordehandhavers die akelige dingen meemaakten tijdens ingrijpende interventies: het zijn allemaal trauma-survivors ...

Maar wanneer je van een **critical incident** of een **traumatic event** spreekt, is veelal onduidelijk? Mensen denken en handelen het laatste decennium heel stoornisgericht. Er wordt veel gesproken over **post-traumatische stress stoornissen**, maar de beschrijving en duiding van het **psychologisch trauma** (o.a. in de *Diagnostic & Statistical Manual for Mental Disorders*) is niet veel meer dan een opsomming van symptomen waarvan de ontwikkeling gebonden is aan bepaalde termijnen. Over de ware toedracht van een psychologisch trauma, wanneer je dat kan krijgen en wat zoiets dan concreet betekent voor de getroffen(e)n bestaat minder literatuur.

Vooraleer stil te staan bij de modaliteiten van acute psychologische opvang van geschokte mensen, zou dus eerst het concept **trauma** beter moeten worden afgebakend.

In wat volgt, verkies ik spaarzaam om te springen met de termen **trauma** en **traumatische gebeurtenis**. Het lijkt zelfs beter in eerste instantie te spreken van traumatogene gebeurtenis – lees: potentieel schokkende gebeurtenis. Een gebeurtenis wordt traumatogeen genoemd indien ze **minstens** voldoet aan de volgende voorwaarden: 1) de gebeurtenis impliceert een subjectief of objectief ervaren levensbedreiging voor de betrokkene; 2) die gedurende de gebeurtenis overweldiging (soms ook totale onderwerping) en/of gruwel en/of totale onmacht ervaart; 3) gevolgd door een ineenstorting van het zelf en een ruptuur in het wereldbeeld dat steunt op basisovertuigingen en –zekerheden m.b.t. veiligheid, voorspelbaarheid, controle, autonomie, zinvolheid en samenhang. Voldoen aan bovenstaande kenmerken is echter noch een voldoende noch een noodzakelijke voorwaarde opdat een gebeurtenis traumatiserend zou zijn. Enkele simpele voorbeelden uit de praktijk volstaat.

Voorbeeld 1

Een man loopt halfnaakt rond zijn woning met een jachtgeweer in de handen. De buren bellen geschrokken het hulpcentrum 100. Een politiepatrouille en een ziekenwagen worden naar de plaats van het gebeuren gestuurd. Op het ogenblik dat beide voertuigen, nagenoeg simultaan, ter plaatse komen, weerklinkt er een schot. De politiemannen dringen in gevechtsdril het huis binnen, maar komen even later gelaten terug buiten en zeggen tegen hun collega's van de ziekenwagen: 'Het is te laat jongens, laat maar'. De beide ambulanciers haasten zich nochtans naar binnen en komen terecht bij een man die bewegingloos op de grond ligt, badend in een plas bloed en met de hele voorkant van het gezicht weggeschoten. Stukjes weefsel en bot hangen tegen het plafond. Dit lijkt een geval van klaarblijkelijke dood. Toch knielt één van beide ambulanciers neer naast het slachtoffer en fluistert hem toe: 'Mijnheer, als u me hoort, knijp dan eens in mijn hand'. Hierop knijpt 'de dode' hem in de hand. De ambulancier deinst geschrokken terug. Na enkele stuiptrekkingen overlijdt het slachtoffer daadwerkelijk, maar in zijn beleving heeft de ambulancier in kwestie een hand gekregen van de dood. Dit is een rechtstreeks contact met de dood. Maandenlang zal deze ervaring deze

ambulance blijven achtervolgen. Handen geeft hij wekenlang niet meer. Objectief genomen is hier geen levensgevaar. Subjectief gezien is dit een rechtstreeks contact met de dood.

Voorbeeld 2

Een man baat reeds meer dan tien jaar hetzelfde pompstation uit. Op een zonnige namiddag stormen twee gemaskerde mannen de winkel van het tankstation in en eisen de volledige inhoud van de kas op. Hierbij richten ze een wapen op de man achter de kassa. Het duurt maar even of deze begint hierop hard te lachen en roept tegen zijn overvallers: 'Onnozelaars, hoe dikwijls moet ik jullie nog zeggen dat ik me niet uit mijn lood laat slaan door een alarmpistool'. Hierop neemt hij een ijzeren staaf die achter de toonbank staat en gaat hiermee zijn overvallers te lijf. Geschrokken maken dezen zich uit de voeten nadat ze enkele rake klappen incasseerden. Objectief genomen bevat deze situatie heel wat dreiging, maar de subjectieve ervaring van de uitbater was allesbehalve traumatiserend. Doordat het netwerk waarvan zijn tankstation deel uitmaakt aangesloten is bij een commercieel netwerk voor traumaopvang, kreeg hij echter het aanbod om zich te laten opvangen. Toen een jonge psychologe zich een dag later aanmeldde om hem op te vangen, antwoordde hij: 'Och kind, ik zal je een koffie inschenken, maar opvang heb ik echt niet nodig, ik ben al zeven keer overvallen en telkens hadden die schurken meer schrik van mij dan ik van hen'.

Uit de andere voorbeelden in wat volgt zal duidelijk worden dat er echter een onderscheid moet gemaakt worden tussen **depressogene** gebeurtenissen – die het potentieel in zich dragen mensen (hulpverleners) verdrietig, neerslachtig en zwartzinnig te maken – en **traumatogene** gebeurtenissen – die in de meeste gevallen gepaard gaan met hoge angst- en activatieniveaus en vooral een diepe onuitwisbare schok nalaten op hulpverleners.

Acute (terrein) opvang is nooit een gestandaardiseerd proces

Indien in een organisatie acute (terrein) opvang na schokervaringen voorzien is in een strak uitgeschreven interventieprotocol dat een vast aantal stappen en technieken bepaalt aan de hand waarvan deze opvang moet geschieden, is dikwijls nog maar weinig ruimte voor de kwalitatieve analyse van de gebeurtenis in kwestie (zie supra). Je ziet dat heel duidelijk gebeuren in een aantal (hoofdzakelijk) Angelsaksische landen waar werkgevers, veelal onder druk van de bestaande wetgeving, aan hun werknemers een opvang aanbieden na het meemaken van schokkende (traumatogene) gebeurtenissen. Deze opvang krijgt dan vaak het karakter van een pre-geformateerde en gestandaardiseerde *one-size-fits-all trauma intervention*. Je merkt het al onmiddellijk aan de terminologie die in dat soort protocollen gebruikt wordt: heel diverse gebeurtenissen worden gerangschikt in een lijst van critical incidents waarna verplicht hulp dient aangeboden te worden. Die hulp bestaat dan vaak uit een reeks oppervlakkige en voorgekauwde interventies, vooraf gepland in de tijd en totaal losgerukt uit de context. In vele gevallen is het nog veel erger en worden mensen verplicht om deel te nemen aan een éénmalige bijeenkomst waarmee alles dient te worden opgelost; van integratieve behandeling - waarin psychosociale hulpverlening wordt gezien als een geheel van maatregelen, die uitgewerkt worden op maat van de getroffen(e)n en zijn betekenisvolle anderen (familie), blijft niets meer over. Dat is precies wat de voorbije jaren gebeurde met de **psychologische debriefing** of **critical incident stress debriefing**. Deze gesprekstechniek werd uit het geheel van te voorziene maatregelen gelicht en als eenmalige interventie, voor zeer diverse groepen getroffen, te pas en te onpas aangeboden.

Neem nu het voorbeeld van brandweer- en ambulancekorpsen. De opvang van iemand die voor het eerst een slachtoffer - dat bijvoorbeeld onder trein sprong - moet bijeenrapen, of de opvang van een ploeg collega's in dewelke een collega zich verhangen heeft, of nog, van een ambulanceteam dat zopas is terugkomen van een interventie met een wiegendood. Of anders, de begeleiding van een korps dat tijdens een brand twee collega's verloren heeft. Dat zijn toch allemaal fundamenteel verschillende ervaringen, zowel qua aard als qua intensiteit van de beleving en betrokkenheid van de redders in het gebeuren.

Indien je nadenkt over de bovenstaande voorbeelden, kan je verschillende belastende factoren opmerken: in sommige ervaringen is er vooral sprake van rouwreacties (na verlies), waarbij hulpverleners zich eerst en vooral - vaak door een identificatieproces met de slachtoffers - neerslachtig en droevig voelen, en in andere gevallen zijn het hoofdzakelijk de reacties van angst en hyperagitatie die je bij mensen vindt na confrontatie met een levensbedreigende gebeurtenis, het soort reacties dat je terugvindt bij dieren die rennen voor hun leven, achternagezeten door een belager. In bepaalde interventies zal je zowel een depressogene als een traumatogene impact hebben, wat de opvang en begeleiding achteraf alleen maar moeilijker maakt.

Indien mensen emotioneel geschokt - maar niet getraumatiseerd - zijn, kan je hen zonder veel risico opvangen en ga je bijzonder goed werk kunnen doen via een niet-professionele benadering met een collegiaal opvang team. Indien mensen zich gedeprimeerd voelen, omdat ze net een kindje in hun handen voelden en zagen sterven, zullen ze hoofdzakelijk met zware neerslachtigheid, gevoelens van onmacht, schuld en verdriet reageren. In vele gevallen gaan ze zich zelfs identificeren met de getroffen ouders en/of familieleden. Maar, indien mensen op het nippertje, ontsnapten aan de dood, moesten lopen of vechten voor hun leven, er op hen werd geschoten, of ze met een mes op de keel werden verkracht, is het een heel andere zaak. Dan ga je natuurlijk een heel andere vorm van acute opvang moeten voorzien. Deze opvang zal veel meer moeten gebaseerd zijn op geruststellen, fysiek herstel en het hervinden van veiligheid en geborgenheid, dan op emotionele ventilatie. Een vraag - zoals je die in de meeste protocollen voor psychologische debriefing terugvindt - zoals "*wat was het ergste wat je meemaakte*" ga je in dat geval nooit stellen; je riskeert immers op een te vroegtijdig moment de getroffene(n) terug te confronteren met datgene waarvoor ze een doodse angst hebben. Zelfs met betrekking tot psychotherapie bestaat op dit ogenblik een vinnig debat tussen voor- en tegenstanders van *re-exposure* - d.i. het terug blootstellen van slachtoffers aan hun herinneringen door hen erover te laten praten of ze er in gedachten terug naar toe te brengen - na traumatogene gebeurtenissen.

Wat betekent in het debat rond psychologische debriefing na schokervaringen? In essentie gaat het erover dat: 1) je niet kan verwachten dat door één enkel groeps gesprek, getroffenen herstellen van de héél diepe impact van een levensbedreigend gebeuren; en, 2) emotionele triage - vergelijk het met de medische triage uit de rampen- en urgentiegeneeskunde - noodzakelijk is vooraleer getroffenen van schokervaringen te gaan opvangen.

In wat volgt schets ik op concrete wijze twee representatieve gebeurtenissen van beide categorieën gebeurtenissen - wetende dat interventies soms, zoals reeds gezegd, zowel traumatogeen als depressogeen zijn.

Psychologische Debriefing of Critical Incident Stress Debriefing is niet altijd geschikt als eerstelijns hulpverlening

In wat volgt, wil ik de kwalitatieve verschillen tussen verschillende soorten interventies illustreren teneinde aan te tonen dat psychologische debriefing en emotionele nabespreking niet geschikt is als eerstelijnszorg bij traumatogene interventies.

Voorbeeld 1: Twee brandweerlui komen in een brand gekneld te zitten onder een balk. Ze denken dat ze in de brand gaan sterven. Hun materiaal is reeds bezig te verbranden. Eén van beide is in schok en schreeuwt dat ze gaan sterven. De andere houdt het hoofd iets koeler en geeft niet op. Koortsachtig zoeken ze naar oplossingen. Uiteindelijk slagen ze er in extremis in zich uit hun benarde positie te bevrijden en met een piepende fles naar buiten te vluchten. Eenmaal buiten, storten ze beiden uitgeput in elkaar. Ze komen even later weer bij hun positieven in een ziekenwagen, schijnbaar ongedeerd maar psychisch ernstig geraakt.

Het is evident dat je deze mensen niet onmiddellijk na de interventie gaat plaatsen in een groeps gesprek of psychologische debriefing, samen met hun collega's die eveneens aanwezig waren. Je gaat ze eerst apart benaderen, ter plaatse opvangen via de technieken van de **Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsyHBO)**, afvoeren naar het ziekenhuis (waar ze in het beste geval professionele opvang krijgen), en pas veel later, eenmaal ze voldoende fysiek hersteld zijn, het gebeuren rustig helpen reconstrueren en luisteren naar hun beleving, eventueel samen met de anderen, in groep. De andere collega's, op hun beurt, zijn inmiddels zelf begeleid en opgevangen door het opgeroepen Fire Stress Team van de regio. Pas later, veel later zal je merken en/of horen dat er voor hen in het dagelijkse leven – bijvoorbeeld op het vlak van prioriteiten – én in het professionele leven ook heel wat dingen veranderd zijn.

Voorbeeld 2: Brandweerlui komen stil en gedeprimeerd terug in de kazerne omdat ze tijdens een bevrijdingsactie een vader en zijn kind konden redden, maar voor een moeder en een ander kind niets meer konden doen. Bij de terugkeer naar de brandweerkazerne heerste in de voertuigen een geladen stilte. Sommigen zitten met de tranen in hun ogen, anderen staren verweesd door het venster. Nog een andere stapt al vloekend uit de vrachtwagen bij aankomst in de kazerne en snauwt je toe dat het onvoorstelbaar is hoe sommigen tegenwoordig rijden als gekken.

Deze hulpverleners zijn emotioneel geschokt, verdrietig en aangedaan, maar lopen in principe weinig kans om aan het gebeuren een trauma over te houden. Niemand moest rennen voor zijn leven of verkeerde in een toestand van hyperactivatie, tunnelbeleving en immense angst. Deze mensen kan je natuurlijk wel ineens opvangen en laten praten over de gevoelens van onmacht, verdriet en ontreddeering waarmee ze reeds tijdens de interventie op het terrein zaten.

Het gaat in dit tweede voorbeeld voornamelijk om gevoelens van verdriet en onmacht; mensen die rouwreacties en neerslachtigheid vertonen, waarbij snelle troost erg zinvol kan zijn. Indien je nadenkt over de lange termijn problematiek die zich kan stellen bij beide voorvallen, misschien interventies die op amper één week tijd werden uitgevoerd door hetzelfde korps, dan lijkt het duidelijk dat zich in principe andere fenomenen zullen afspelen in functie van het gebeuren waarmee de betrokken hulpverleners werden geconfronteerd. In het eerste voorbeeld lijkt voor de rechtstreeks getroffen en, die door emotionele of psychologische triage werden gescheiden van de onrechtstreeks getroffen en, de kans op ontwikkeling van een psychologische trauma – met alle symptomen van herbeleving, vermijding/ontkenning en blijvende lichamelijke opwinding – reëel. Ze zullen deze

gebeurtenis misschien zelfs nooit volledig verwerken; in veel gevallen wordt het leven erdoor blijvend beïnvloed. De opvang en begeleiding zal een tijd moeten aangehouden worden. De hulpverleners uit het tweede voorbeeld zullen echter niet te lang willen blijven stilstaan bij het dramatisch ongeval; morgen, of zelfs straks, moeten ze misschien alweer naar een ander drama. Napraten kan, maar lang blijven stilstaan en doorpraten over dit gebeuren riskeert uiteindelijk hun psycho-emotionele verdediging tegen dit soort interventies te beschadigen. Dat wil niemand.

Alles komt er, in de opvang van getroffen hulpverleners, dus op neer dat je moet leren inschatten welk soort interventie zou moeten gevolgd worden door welk soort opvang, en wanneer die opvang dan wel moet worden aangeboden. Het heeft dus inderdaad geen zin om in al die verschillende gevallen zomaar ineens de **standaard steuninterventie** – de **psychologische debriefing** of **critical incident stress debriefing** – op éénmalige wijze te organiseren, maar je eerst af te vragen wie nu juist wat heeft meegemaakt. In sommige gevallen zal een hele hulpverlenende sequens van verschillende steunactiviteiten erg belangrijk zijn, in andere gevallen volstaat één nabespreking.

Het is trouwens maar zeer de vraag of er wel voldoende aandacht geschonken wordt aan de cumulatieve stress waarmee veel hulpverleners geconfronteerd worden. De opstapeling van kleine en minder kleine gebeurtenissen in een ziekenhuiscontext: hulp moeten blijven bieden terwijl je weet dat het zinloos is, agressieve mensen tegenkomen, chefs die geen interesse lijken te hebben in wat jij meemaakt, collega's die er cynisch bijlopen, etc.

Het zijn niet steeds de meest spectaculaire ervaringen die de grootste impact nalaten.

De vraag of psychologische debriefing gevaarlijk is, kan dus niet ondubbelzinnig beantwoord worden. Het antwoord zou moeten luiden: “**soms wel, en soms niet**”. En wat belangrijker is, dit soort van hulpverlening zal vaak geen zin hebben indien niet eerst vooraf – reeds op het terrein – werk werd gemaakt van **Eerste Psychologische Hulp** en de begeleidende sessie slechts éénmalig is, zodat je geen zicht hebt op de verdere verwerking.

De laatste tien jaar stelden we bij de Fire Stress Teams vaak vast dat we veelal te laat kwamen op die Eerste Psychologische Hulp mee te kunnen organiseren én de noodzaak van verdere begeleiding en opvang in te schatten (lees: de emotionele triage uit te voeren). Daarom werd er de laatste jaren, voornamelijk binnen brandweerkorpsen, erg hard gewerkt aan de uitbouw van een netwerk van FiST Antennes. De FiST Antennes moeten helpen het “zwarte gat” tussen de schokkende interventie enerzijds, en het krijgen van de eerste hulp, opvang en begeleiding anderzijds, helpen overbruggen. In principe staan ze binnen het eigen korps op voor het verschaffen van Eerste Psychologische Hulp (op het terrein en/of in de kazerne onmiddellijk na de interventie), het uitvoeren van een preliminaire emotionele triage en – indien nodig – het activeren van de tweede lijnhulp, nml. de Fire Stress Teams.

In volgende artikels zullen respectievelijk het FiST Antenne Project de de mogelijkheden voor stapsgewijze uitbouw van interne opvangstructuren voor de ziekenhuisdiensten uitvoerig toegelicht worden.

Besluit

Dit artikel moest aantonen dat "psychologische debriefing" werd ontwikkeld voor de opvang van hulpverleners en niet voor de opvang van de directe slachtoffers van een traumatogene

ervaring; zeker niet indien die slachtoffers even tevoren de dood recht in de ogen zagen en er achteraf angstig en geschokt bijzitten. Van Emmerik et al (2002) hebben dus groot gelijk indien ze stellen dat SINGLE SESSION DEBRIEFING met trauma slachtoffers 1) niet werkt; of 2) het psychisch leed alleen maar groter riskeert te maken, of in het beste geval geen effect heeft. Bovendien werd hier een lans gebroken voor de kwalitatieve analyse van elke traumatogene en/of depressogene interventie, vooraleer beroep te doen op gelijk welke vorm van hulp. Indien beroep wordt gedaan op hulp, opvang en begeleiding, dient deze op maat uitgewerkt te worden en niet gewoon het gevolg te zijn van een gepreformatteerde, standaardinterventie, zonder supervisie uitgevoerd door leken of onvoorbereide "helpers".

Strikt genomen bevestigt het artikel in **The Lancet** wat elke traumaspecialist, die met verschillende categorieën slachtoffers werkt, al lang weet. De auteurs van dit artikel hebben dus overschot van gelijk, maar lijken binnen hun team blijkbaar iemand te missen die dergelijke dingen kan belichten vanuit de eigen ervaring op het terrein. Spijtig is alleen dat dit en andere artikels de beleidsverantwoordelijken op nogal ongenueanceerde wijze informeren en aanleiding geven tot stukjes in de krant met als titel "*Trauma opvang na rampen is gevaarlijk*" ...