

# Het CRASH<sup>1</sup>-model voor psychosociale interventie bij calamiteiten en rampen

*Preventie van psychosociale trauma's bij calamiteiten en rampen:  
een terugblik op de beleving van slachtoffers van de Switelbrand*

**Erik L.J.L. DE SOIR**  
Koninklijke Militaire School  
**Department Gedragwetenschappen**  
STUDIECENTRUM VOOR STRESS & TRAUMA  
Renaissancelaan 30 - B-1000 Brussel

*What makes you, breaks you and ... what breaks you, makes you!*

## 1. Inleidende beschouwingen

Het laatste decennium is de aandacht voor de psychotraumatische gevolgen van calamiteiten en rampen in België in exponentiële mate toegenomen. In nagenoeg elke opleiding tot (urgentie)arts, psycholoog, verpleegkundige, maatschappelijk werker, brandweerman en ambulancier komt het thema “aanpak van rampen” aan bod. Tevens worden op dit ogenblik tal van bijscholingen en gespecialiseerde cursussen georganiseerd om de hulpverlener beter voor te bereiden op interventies in rampenomstandigheden. Toch is het slechts sedert het begin van de jaren negentig dat in België écht werk werd gemaakt van de gecoördineerde aanpak van rampen, zowel op operationeel als op psychosociaal vlak. Een belangrijke stap in het hele bewustwordingsproces was de organisatie van een postgraduate lessencyclus in rampengeneeskunde en rampenmanagement (voor het eerst georganiseerd gedurende het academiejaar 1990-1991) – door samenwerking van verschillende universiteiten en de krijgsmacht – waarbij de actoren van de verschillende rampendisiplines voor het eerst een gemeenschappelijk raamwerk voor interventie bij rampen kregen aangeboden. Het vervolg zou de ontwikkeling van provinciale rampenplannen en noodplannen voor ziekenhuizen en risico-organisaties worden. De belangrijkste pijnpunten in de verschillende rampenplannen én de concrete uitvoering ervan op het terrein, kunnen echter samengevat worden in de woorden **coördinatie**, **coöperatie**, **communicatie** en **competentie**. De grootste leemte blijft tot op de dag van vandaag bestaan op het vlak van de wetenschappelijk onderbouwde psychosociale begeleiding en vooral dan op de volgende terreinen: 1) het correct begrijpen van de reacties van de verschillende categorieën rampenslachtoffers door het personeel van de regionale hulpverleningscentra; 2) de rol van de huisarts in de psychosociale hulpverlening bij rampen; 3) de inhoud van het aan te bieden en in de tijd gestructureerde pakket aan hulpmaatregelen; 3) het systematisch wetenschappelijk onderzoek van de effectiviteit van de aangeboden rampenopvang<sup>2</sup>, in de onderscheiden stadia; 4) de opleiding waarover (psychosociale) trauma-intervenanten zouden moeten beschikken vooraleer te interveniëren naar de slachtoffers toe; 5) de juiste rol van de actoren van de verschillende rampendisiplines<sup>3</sup> in de verschillende

---

<sup>1</sup> CRASH : Calamiteiten en Rampen Aanpak bij Slachtoffers en Hulpverleners

<sup>2</sup> Op dit ogenblik wordt in internationale werkgroepen van trauma-specialisten en naar aanleiding van trauma-symposia nog steeds vinnig gediscussieerd over de inhoud van de hulp die trauma-slachtoffers (lees: rampenslachtoffers) zouden moeten krijgen en het tijdstip, de vorm en de wijze waarop deze hulp dan moet worden aangeboden. In België werd tot op de dag van vandaag nagenoeg geen wetenschappelijk onderzoek verricht met betrekking tot de lange termijn gevolgen van rampen.

<sup>3</sup> De rampendisiplines worden op dit ogenblik onderverdeeld als volgt: *1<sup>ste</sup> discipline* - de redding en de berging van de slachtoffers (brandweer- en reddingsdiensten) ; *2<sup>de</sup> discipline* - de dringende medische hulpverlening (medische urgentie- en hulpdiensten) ; *3<sup>de</sup> discipline* - de veiligheid (politiediensten); *4<sup>de</sup> discipline* - de logistieke

fasen van de hulpverlening; 6) de psychosociale hulpverlening op lange termijn; en, misschien last but not least 7) het beschikken over een verstaanbaar en werkbaar model voor de preventie van psychologische trauma's bij de verschillende categorieën slachtoffers. Niettegenstaande de bovenvermelde lacunes in de psychosociale hulpverlening aan de slachtoffers van rampen, kan niet worden voorbijgegaan aan het baanbrekende werk dat in België verricht werd door de medewerkers van het *Centrum Geestelijke Gezondheid en Crisispsychologie* (het vroegere *Centrum voor Crisis Psychologie*) van het *Militair Hospitaal Koningin Astrid* waar tot op de dag van vandaag een gespecialiseerde cel onophoudelijk werkt aan de verdere uitbouw van de psychosociale hulpverlening van slachtoffers van rampen. Een aantal van de hieronder uiteengezette inzichten werden trouwens verworven gedurende de periode dat de auteur van onderhavige tekst nog als stafmedewerker – medeverantwoordelijk voor rampeninterventie - verbonden was aan het *Centrum voor Crisis Psychologie* en meewerkte aan de blauwdruk voor het plan dat inmiddels bekend staat als het *Nationaal Psychosociaal Rampenplan* (waarvan de details beschreven worden in hoofdstuk ...).

In dit hoofdstuk wordt eerst stilgestaan bij de reacties van slachtoffers van emotioneel-schokkende gebeurtenissen vooraleer een werkbaar model te schetsen voor de psychosociale aanpak van calamiteiten en rampen. Het **CRASH-model** is gebaseerd op de psychosociale matrix voor rampen- en calamiteiteninterventie (zie infra) en schetst een conceptueel model voor primaire, secundaire en tertiaire preventie van psychosociale trauma's na rampen. Bij elk soort preventie worden een aantal principes geformuleerd die kunnen dienen als richtlijn voor het uitwerken van concrete maatregelen voor hulp, steun, opvang en begeleiding. Aangezien de Switelbrand in België kan doorgaan als de eerste ramp waarbij dit model – zij het nog vooral gebaseerd op intuïtieve klinische interventie en terreinervaring met slachtoffers – werd toegepast, zal deze ramp doorheen de hele tekst gebruikt worden om de theoretische inzichten te illustreren. De getuigenissen en illustraties in onderstaande tekst berusten op waargebeurde feiten maar ze werden echter opnieuw gecompileerd met de bedoeling elke vorm van identificatie met slachtoffers te vermijden. Elke naam is louter willekeurig gekozen zodat de (vermeende) herkenning van slachtoffers of personen slechts op toeval en speculatie kunnen berusten.

Eén van de nevendoelestellingen van dit hoofdstuk is tenslotte het relativeren, destigmatiseren en demystificeren van 'psychologische begeleiding' als – bovenal – een hulp van mensen voor mensen in de hoop slachtoffers van rampen via een **gemeenschapsinzet** te helpen bij het hervinden van een leefbaar psychosociaal evenwicht.

## **2. De reacties van slachtoffers op emotioneel-schokkende gebeurtenissen**

### **2.1. De effecten van emotioneel-schokkende gebeurtenissen: directe slachtoffers en hun betekenisvolle anderen op zoek naar een geschikte taal**

In de volgende paragrafen zal getracht worden enige klaarheid te scheppen in de verscheidenheid van effecten van *emotioneel-schokkende gebeurtenissen met traumatisch potentieel*. We stappen in dit hoofdstuk af van de gangbare terminologie met betrekking tot *traumatische ervaringen* en *traumatische stress* in de poging de taalzuiverheid van de gehanteerde concepten te bewaken. Het traumatiserend karakter van emotioneel-schokkende

---

steun (civiele bescherming); 5<sup>de</sup> discipline - de informatie van de bevolking (de autoriteiten op gemeentelijk, provinciaal of nationaal niveau).

gebeurtenissen ligt meestal in de inschatting en interpretatie van de gebeurtenis in kwestie, door het getroffen individu, dan wel in de objectieve kenmerken van de situatie. In de literatuur wordt hier teveel tegen gezondigd en lijkt op de duur alles “trauma” te heten. Soms wordt het zelfs onduidelijk wat de oorzaak en wat het gevolg is. Het lijkt dan soms alsof iemand een trauma meemaakt en er een trauma aan overhoudt ... De taal- en conceptzuiverheid beïnvloedt zelfs de praktijk van de psychosociale interventie. Als voorbeeld kunnen we hier het hele debat over *psychologische debriefing* – en het al of niet effectief zijn van deze gesprekstechniek – aanhalen. Terwijl de psychologische debriefing oorspronkelijk uitgewerkt werd voor psychosociale hulpverlening aan hulpverleners is er intussen een hele wildgroei en business ontstaan rond deze interventie. Allerhande vormen van hulp aan slachtoffers worden inmiddels, bij gebrek aan conceptzuiverheid, geduid als *psychologische debriefing*; een containerconcept voor acute psychosociale interventie (voor verdere discussie omtrent psychologische debriefing verwijzen we naar de De Soir & Vermeiren, *Les Débriefings Psychologiques en Question ?!*, 2002).

Met een emotioneel-schokkende gebeurtenis wordt bedoeld: een gebeurtenis, in de ruime zin van het woord, die hevig doet schrikken, ontroert en door haar plots of onverwacht optreden het emotioneel, lichaemlijk en cognitief evenwicht van een betrokken individu ernstig kan verstoren. Voorbeelden zijn o.a. het vernemen van een pijnlijk of onverwacht overlijden van een familielid of een bekende, het zien van ernstig gewonden of doden en het zien of het meemaken van een verkeersongeval.

*Voor de buurtbewoners, voorbijgangers, hulpverleners, politiemensen en taxichauffeurs die gedurende de Nieuwjaarsnacht 1994-1995 met de rechtstreekse slachtoffers van de Switelbrand geconfronteerd werden, was de aanblik van (zwaar)verbrande mensen een emotioneel-schokkende gebeurtenis die voldoet aan de hierboven beschreven kenmerken. Zowel voor de rechtstreekse slachtoffers als voor hen zal deze gebeurtenis op hun netvlies gebrand blijven.*

Indien de secundair of tertiair getroffen en uit bovenstaande voorbeeld (zie infra: psychosociale matrix voor calamiteiten- en rampeninterventie) gedurende de confrontatie met rechtstreekse slachtoffers niet persoonlijk betrokken geraken, geconfronteerd worden met (zwaar)verbrande kinderen of bekenden, of nog, zich niet kunnen identificeren met de slachtoffers, dan is zo'n ervaring voor deze categorie getroffen en geen traumatische gebeurtenis in de strikte zin van het woord. We gaan er in voorkomend geval dan wel van uit dat de hotelbrand bij de besproken categorie mensen geen vroegere trauma's *triggert*<sup>4</sup> en dat er bij de betrokken voorbijgangers, buurtbewoners en hulpverleners geen sprake is van reeds aanwezige psychosociale problemen.

Een emotioneel-schokkende gebeurtenis die ook traumatisch is – een *traumatiserende gebeurtenis* - is een gebeurtenis die voldoet aan de volgende vier criteria: (1) de gebeurtenis is zeer plots en onverwacht; (2) wekt een gevoel van overweldigende machteloosheid,

---

<sup>4</sup> Het principe van *triggering* is één van de centrale problemen bij slachtoffers van traumatiserende ervaringen. Een psychotrauma kan dan ook in essentie gekenmerkt worden door volgende elementen: a) er is sprake van een duidelijke uitlokkende gebeurtenis (het meemaken of zien van een situatie waarin mensen ernstig gewond of gedood worden); b) het herbeleven van stukken van de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis; c) het vermijden en/of ontkennen van stukken van de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis; d) het doormaken van momenten van verhoogde neuro-vegetatieve en/of lichamelijke opwindings zoals hyperaltheid, buitensporige waakzaamheid, schrikachtigheid, etc; e) een toenemende sociale dysfunctie. Indien de getroffene nadien geconfronteerd wordt een prikkels die herinneren aan de oorspronkelijke schokervaring, dan lokken deze prikkels opnieuw gelijkaardige reacties op als deze die de getroffen en meemaakten gedurende de schokervaring (de zogenoemde peritraumatische reacties): in dit geval spreekt men van “*triggering*”.

ontredding en/of boosheid op; (3) gaat gepaard met zeer hevige emoties en/of intense angstgevoelens (zie infra: verschrikking) en, (4) confronteert de getroffene op directe wijze met de dood of ernstige aantasting van de fysieke integriteit van zichzelf of een ander. Wat centraal is in deze definitie is de rechtstreekse confrontatie met de (verschrikkingen van) de dood: de traumatiserende gebeurtenis confronteert de getroffenen met een wereld die ze niet kennen, een wereld van verschrikkingen en afgrijzen, waarin de dood zegeviert en de moeilijk verworven zekerheden plots niet meer (lijken te) bestaan. Het is de wereld van de doden, van *het niets (le monde du néant)*, het zinloze geweld en de gruwel. In deze verschrikkelijke wereld is geen plaats meer voor normen en waarden of respect voor wat leeft. Er is een verpletterend, overheersend geweld: van technologie op mensen (ramp door technologisch falen, bijvoorbeeld uitmondend in een treinramp, een ongeval met toxische stoffen, een grote brand of een kernongeval), van de natuur op mensen (aardbevingen, overstromingen, cyclonen, e.d.), of nog, van mensen op mensen (oorlog, verkrachting, overvallen, e.d.). In al deze rampensituaties maakt het respect voor en het behoud van de psychische en fysieke integriteit van de mens plaats voor de meest verschrikkelijke vormen van beschadiging, verwonding, vernedering en vernietiging. Het is juist in deze verschrikking dat een combinatie van overweldigende angst en afgrijzen - in het Frans goed gevat door begrippen als *l'effroi* - diepe emotionele verwondingen ontstaan die moeilijk en slechts na lange tijd zullen helen.

Een SWITEL-slachtoffer – zwaarverbrand tijdens het optreden gedurende het eindejaarsfeest - verwoordde het als volgt:

*“Ik stond op het podium te spelen toen er plots achteraan in de zaal een vuurbal ontstond die in luttele seconden tijd door de zaal liep. Ik hoorde hevige knallen en het licht knipte uit. Daarna niets meer, alleen nog de indringende geur van rook, verbrand vlees en gegil overal. Het eindejaarsfeest was eensklaps veranderd in een donkere hel waaruit geen ontsnappen mogelijk bleek. Ik hoorde hoe een horde mensen zich, elkaar vertrappend en gillend, een weg naar buiten probeerde te banen. Een afschuwelijke eerste indruk die op dat ogenblik niet tot me doordrong maar later nog jaren mijn nachtmerries zou voeden. Zelf ben ik een heel andere richting opgelopen. Ik heb nooit geweten waarom. Het was onnoemelijk heet in de zaal, maar dat zou ik me slechts later herinneren. Nu telde alleen “overleven”. Ik liep intuïtief en louter op de tast het podium af, naar de zijkant van de zaal, sleurde een deur open en kwam terecht in een opbergruimte (of keuken?) naast de feestzaal. Op de tast trachtte ik een uitweg te zoeken. Koortsachtig. Hopeloos. Tot ik me ontmoedigd op de grond liet zakken. Ik had me er inmiddels mee verzoend dat ik zou sterven en zag mijn leven aan me voorbijgaan. Ik was overmand door angst, verstijfd, alsof er pap in mijn benen zat, tot ik plots een laatste scheut energie door mijn lijf voelde gaan. Ik veerde recht en stormde vooruit. Geluk bij een ongeluk. Ik voelde plots een deur en een ogenblik later stond ik veilig een wel buiten op straat. Na enkele ogenblikken verweesd te hebben staan rondkijken naar de paniekerige reacties van anderen en de gewonden die her en der rondliepen begon het tot me door te dringen wat er gebeurd was. Ik was op het nippertje ontsnapt aan de dood. Door het oog van de naald gekropen. Teruggekomen uit de hel. Nadat dit besef er gekomen was, begon ik ook de pijn te voelen. Het vel hing in flarden van mijn hoofd en mijn handen. Ik was zwaar verbrand en voelde stilaan de eerste tintelingen die later zouden omslaan in helse pijnen. Dit zou het begin zijn van een jarenlange herstelperiode (...).”*

Een ander slachtoffer blikte op een gelijkaardige manier op de brandramp terug, maar trok initieel heel andere conclusies:

*“We zaten aan een echt gezellige tafel en hadden al de hele avond gedanst toen plots iemand aan onze tafel riep. God, kijk eens wat een steekvlam. Diezelfde steekvlam zou snel een ware vuurbol worden waaraan geen ontsnappen mogelijk bleek. Het vuur kwam recht op ons af. Ik zag het in een fractie van een seconde gebeuren en dacht eerst dat het allemaal een illusie was. Zoiets kon toch gewoon niet. Toch niet op zo een avond. Toch niet nu. Alles liep net zo lekker. Toch werd het plots allemaal bittere ernst. Iemand aan onze tafel sleurde me mee. We liepen als een groep opgehitste dieren naar buiten. Onder mijn voeten voelde ik het wanhopig woelen van andere mensen die op de grond lagen. Er werd niet meer nagedacht. Het leek wel ieder voor zich. Rennen voor je leven. Anderen vertrappen om zelf te ontsnappen. Temidden van het gegil en het geroep zijn we buiten geraakt. Onmiddellijk daarna heb ik het bewustzijn verloren. Ik droeg die avond een nylonjurk met open*

*schouders en was heel zwaar verbrand. Die eerste ogenblikken voelde ik geen pijn en besepte ik zelfs niet dat ik gewond was. Ik herinner me nog wel de overweldigende indruk van het afgevoerd worden met militaire helikopters nadat ik terug was bijgekomen. Ik dacht dat het oorlog was en dat er een bom op het hotel gevallen was. Een bom. Brand. Afgevoerd worden met militaire helikopters. Naar een militair ziekenhuis. Het maakte allemaal zin in een context van oorlog en aanslagen. Eenmaal in het ziekenhuis aangekomen zou ik me nog hevig verzetten tegen de verplegers die me zegden dat ze mijn haar volledig moesten verwijderen. Mijn kapsel had veel geld gekost en nu werd het gewoon afgeschoren. Dit zou echter mijn laatste wapenfeit zijn want vanaf dan zou ik gedurende enkele weken onder narcose gehouden worden, met een tube in de keel, die er ook na mijn ontwaken nog een tijdje zou blijven inzitten. Onmogelijk om uit te drukken wat je allemaal voelt in die ogenblikken. Zeker als een psycholoog je dan komt vertellen dat een dierbare van je overleden is. Ik was als een mooie en trotse jonge vrouw in het Switelhotel de jaarovergang gaan vieren, maar zou later wakker worden als een compleet ander mens, verminkt voor het leven, een monster (...)*”.

Traumatiserende gebeurtenissen doen een mens trillen op zijn grondvesten: ze wijken af van de gebruikelijke belevingen waarmee een mens in zijn leven geconfronteerd wordt en veroorzaken bij elke normale persoon een duidelijk zichtbaar leed. Traumatiserende gebeurtenissen zijn dus, zoals hierboven reeds bleek, van die aard dat in feite niemand ze echt aankan. Herstellen van erg traumatiserende gebeurtenissen is dus een bijzonder 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. Naarmate er sprake is van blijvend, onherstelbaar verlies en/of van lichamelijke verminking zal het herstelproces langer duren. Soms is alleen al het opnieuw bereiken van een leefbaar evenwicht een schier onmogelijke opgave voor de trauma-overlevenden.

Traumatiserende gebeurtenissen zetten de getroffen en ertoe aan de basisassumpties over de eigenwaarde en over de ordelijkheid van de wereld in vraag te stellen. De emotionele ontredde doet getroffen van traumatiserende gebeurtenissen smachtend verlangen naar stabiliteit en zingeving omtrent de wereld rondom hen en de eigen rol erin.

Eenmaal de traumatiserende gebeurtenis achter de rug is, begint het maar pas goed voor de verschillende categorieën getroffen en.

Zonder in detail te willen ingaan op de verschillende tijdsgebonden aspecten van de schokverwerking, willen we niettemin even stilstaan bij de opeenvolgende grote fasen zoals ze op een tijdsbalk kunnen gesitueerd worden.

Gedurende de traumatiserende gebeurtenis – in het *peritraumatische* stadium - zijn de getroffen onderworpen aan een betekenisvolle opeenvolging van gedragsmatige fenomenen zoals we die terugvinden bij dieren gedurende momenten die rechtstreeks levensbedreigend zijn. Deze peritraumatische reacties zijn te vergelijken met de reacties van een prooi ten aanzien van zijn belager. Achtereenvolgens vinden we reacties van: 1) *immobiliteit* – zich stilhouden staat in de natuur soms gelijk met overleven - en *inhibitie*, schijnbaar verstijven of bevriezen vanaf het moment dat het gevaar ingeschat werd (men spreekt in dit stadium van *apprehension of danger* en *freezing*); 2) *vluchten* (*flight*, als er tenminste vluchtwegen zijn); 3) *vechten* tegen het gevaar (*fight*), voor zover het gevecht zinvol is met het oog op overleven; 4) *totale overgave* (*total submission*) – het ogenblik waarop getroffen de overweldigende onmacht ondervinden; en, tenslotte, indien er sprake is van overleving en het gehaald hebben, 5) *herstel* en *recuperatie*, het stadium waarin ook de gevoelens van pijn en besef van verwonding terugkomen (*recuperation* en *return of pain sensitivity*). Voor een vernieuwend

en begrijpelijk overzicht met betrekking tot dit soort reacties en traumatisering verwijzen we naar Nijenhuis, Van der Hart en Steele (2001).

In nagenoeg alle getuigenissen van Switel-overlevenden vinden we de hierboven beschreven fasen stuk voor stuk terug. Gedurende de traumatische herbeleving en -doorwerking in de post-impact fase zullen onder andere flarden van deze peritraumatische beleving stukje bij beetje terugkomen en de getroffen en opnieuw confronteren met de traumatiserende gebeurtenis; hierdoor moeten getroffen telkens opnieuw het hels labirint van het trauma in, op zoek naar woorden om het onuitdrukbaar onder woorden te brengen, de ervaring af te ronden, terug tot één geheel te brengen, in de hoop op uiteindelijke heling en herstel.

Een eerste fase, onmiddellijk volgend op de vernietigende impact, noemen we de *acute trauma-fase*, gedurende dewelke vaak een snel wisselende mix terugvinden van gevoelens van *ongeloof*, *ontkenning* en *ontreddering*. In deze vlagen van ongelof en ontkenning smachten de getroffen naar zielerust en naar wat was vooraleer de ramp plaatsvond. Ze zoeken koortsachtig naar juiste informatie, verward, gedesoriënteerd en zwaar onder de indruk van het rechtstreekse contact met de dood. Gedurende deze fase vinden we bij de slachtoffers voornamelijk deze behoefte aan informatie en een aantal louter materiële, concrete problemen terug voor dewelke snel een oplossing dient gevonden. Deze fasen duurt in principe van enkele uren tot enkele dagen en wordt gevolgd door een fase van *trauma-doorwerking*. Gedurende de tweede fase, moeten de trauma-slachtoffers op zoek naar herstel: ze dienen opnieuw een leefbaar evenwicht te bereiken en de terugkeer naar het normale leven – werken, wonen en sociaal leven - zo snel mogelijk terug aan te vatten. Gedurende deze tweede fase, de *doorwerkingsfase*, moeten de trauma-slachtoffers een wijze vinden om de doorwerking van de traumatiserende gebeurtenis aan te vatten. De meeste intense doorwerkingsmomenten vinden in principe plaats gedurende de drie à vier eerste maanden. De *trauma-doorwerking* gebeurt best op collectieve wijze, in gemeenschap of onder lotgenoten, en omvat een permanent actief en adequaat beheer van crisiscommunicatie waarin ook plaats is voor professioneel begeleidde bijeenkomsten en praatgroepen onder slachtoffers, familieleden en/of hulpverleners. Gedurende deze hele periode kunnen de **ONVEE-principes** en de **BIG FIVE-principes** (zie infra) gelden als een mogelijke leidraad. De meeste slachtoffers zullen veel hebben aan een correct begrip van wat er precies gebeurd is – o.a. via een geleide en gedetailleerde reconstructie – en zoeken vooral naar verklaring en erkenning. Ze blijven herhaalde en ongewenste herbelevingen en herinneringen aan het gebeuren in kwestie krijgen. De herinneringen worden afwisselend voorgesteld als enerzijds ongewenste gedachten, die aanzetten tot piekeren of rumineren, en anderzijds als dwangmatige gedachten, intrusief van aard. De spontaan oprijzende gedachten vormen in feite, naast reacties van vermijding en verhoogde lichamelijke (fysiologische) opwindings, de signatuur van de post-traumatische stress stoornis (*post-traumatic stress disorder*) zoals die voor het eerst geformuleerd werd in de *DSM-III* of de *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-III* (*American Psychiatric Association*, 1980). Inmiddels werden zowel de *Acute Stress Stoornis (ASS of ASD – Acute Stress Disorder)* als de *Post-Traumatische Stress Stoornis (PTSS of PTSD – Post Traumatic Stress Disorder)* – beide uitvoerig omschreven in de *DSM-IV* - bekend als trauma-gerelateerde psychiatrische aandoeningen die kunnen voorkomen bij de overlevenden van rampen. In deze bijdrage besteden we liever aandacht aan de fenomenologische kant van trauma-reacties, die we in eerste aanleg beschouwen als normale reacties op de abnormale situaties inherent aan rampensituaties. De weinig voldoeninggevend – en louter Westers-Amerikaanse - trauma-interpretatie die we in de *DSM-IV* terugvinden, met de vaak onrealistische tijdsdimensie die aan de trauma-gerelateerde stoornissen werd toegeschreven en

waarrond kilo's beschrijvend statistisch onderzoek gebeurde, zullen we verder dan ook buiten beschouwing laten. We verwijzen ook hier opnieuw naar de studies van Van der Hart et. al. (2000, 2001) waarin getracht wordt aan de hand van een allesomvattend en integratief begrijpelijk kader tot een vernieuwde interpretatie van zowel traumatische als dissociatieve stoornissen te komen.

Tenslotte wensen we nog de *derde traumafase* op de bovenvermelde tijdsbalk te vermelden (zonder ook hier verder in detail te willen op ingaan): de *fase van trauma-chronificatie* waarin de rampenslachtoffers muurvast zijn komen te zitten in de trauma-gebonden problematiek. Levendige (levensechte), intrusieve herbelevingen – *de terugkeer naar de hel* - en sociale dysfunctionele vermijdingsgedragingen beheersen inmiddels de leefwereld van de trauma-slachtoffers. De gezondmakende lichamelijke, emotionele en cognitieve doorwerking van het trauma is inmiddels – omwille van uiteenlopende redenen – volledig vastgelopen en diepgaande professionele begeleiding wordt een noodzaak.

## **2.2. De effecten van emotioneel-schokkende gebeurtenissen: hulpverleners in het labrynt van operationele stress en trauma**

Calamiteiten en rampen zijn niet alleen voor de directe slachtoffers of hun betekenisvolle anderen traumatiserend. Ook hulpverleners worden in dit soort situaties, zeker gedurende de eerste ogenblikken, geconfronteerd met een overvloed aan potentieel traumatiserende indrukken. Er zijn trouwens aanvankelijk teveel slachtoffers die dringende hulp nodig hebben. Terwijl ze in hun opleiding leerden de maximale hulp te bieden aan één slachtoffer, zullen ze in rampenomstandigheden de minimale – levensnoodzakelijke – hulp moeten bieden aan een grote groep slachtoffers. Er zullen vaak verscheurende keuzes moeten gemaakt worden tussen leven of dood. In een dergelijke potentieel traumatische context, gekenmerkt door een totale disproportie tussen (onmiddellijk) beschikbare middelen, en (onmiddellijke) behoeften, zullen hulpverleners ontegensprekelijk de zin van hun rol als “redder” in vraag stellen en erg beginnen twifelen over de eigen capaciteiten.

Het personeel van hulpverlenende diensten gaat er vaak van uit dat ze geen recht emoties hebben. Er wordt van hen verwacht dat ze dit soort situaties aankunnen. “*Anders kies je toch niet voor dit beroep*”, horen ze wel vaker, zowel vanuit de eigen familiale omgeving als vanwege (oudere) collega's en chefs. Het personeel van brandweerkorpsen, bijvoorbeeld, bestaat hoofdzakelijk uit mannen die tijdens hun opvoeding veelal geleerd hebben dat wenen teken van zwakte en/of voor meisjes is. Ze werden inmiddels expert in het verbijten van pijn en het verbergen van gevoelens met zwarte humor en cynisme als enige uitlaatkleppen. 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. Zowel brandweperlui als ambulanciers bewaren op het werkveld vaak de nodige afstand naar hun slachtoffers toe door o.a. zwarte humor aan te wenden. Zo slagen ze erin *on-the-spot* een minimale, meestal functionele, sensorielle integratie te behouden opdat ze de hulpverlenende werkzaamheden zouden kunnen verderzetten. Het lijkt erop dat vele hulpverleners in de extreme omstandigheden inherent aan een rampensituatie overgeleverd zijn aan een – voor de reddings- en bergingswerken – *adaptief dissociatief gedrag* dat ze zelf niet écht bewust kunnen sturen; het is als werken op automatische piloot.

De moderne brandweerman, bijvoorbeeld, wordt gedurende een interventie nauwelijks 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 *alleen-werken-in-groep* lijkt dissociatief gedrag te bevorderen. 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*) erg groot. Het zal in grote mate deze opwinding zijn die ervoor zal zorgen dat zowel de individuele brandweerman, ambulancier, verpleegkundige, urgentie arts, politieman, e.a. de dingen in de directe omgeving anders zal gaan waarnemen. In de praktijk merken we dat vele hulpverleners zich achteraf slechts een fractie van de realiteit herinneren. Deze *peritraumatische* fenomenen – waarbij verhoogde opwinding één van de meest centrale kenmerken is - 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. Brandweerlui weigeren nochtans dit gegeven te aanvaarden: het is tegen hun erencode! Het lijkt nog veel meer tegen hun beroepscode dit gegeven achteraf toe te geven indien er op de schokkende interventie wordt teruggeblikt, bijvoorbeeld tijdens opvanggesprekken of door middel van vragenlijsten.

Dit fenomeen van *tunnelervaring*, *aandachtsvernauwing* of *werken op automatische piloot* staat in de wetenschappelijke literatuur bekend als de *Easterbrook-claim* (Easterbrook, 1959). Volgens de *Easterbrook-claim* leidt de fysiologische *arousal* van emotioneel beladen gebeurtenissen tot aandachtvernauwing (*narrowing of attention*). Deze aandachtvernauwing leidt uiteindelijk tot een vermindering van de capaciteit tot het opnemen van cues of informatie-elementen uit de omgeving waarin een gebeurtenis plaats vindt (Bruner, Matter, & Papaner, 1955; Easterbrook, 1959; Eysenck, 1982; Mandler, 1975). 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 - informatie uit emotioneel-schokkende gebeurtenissen wordt in vele gevallen slecht geëncodeerd - koppelen aan de individuele beweringen a posteriori zitten we dicht bij de kern van het probleem: de fantasie rond traumatische ervaringen is vaak erger dan de realiteit.

Het probleem is echter dat enerzijds wetenschappers opperen dat de hoge emotionele geladenheid van gebeurtenissen de herinneringen ervan a priori ondermijnen (Kassin, Ellisworth, & Smith, 1989; Yarmey & Jones, 1983), en dat anderzijds sommige onderzoekers



het tegengestelde vaststellen: de hoge emotionele geladenheid van gebeurtenissen zou ertoe leiden dat de herinnering ervan accurater en meer gedetailleerder geschiedt (Christianson & Loftus, 1990a). Bijvoorbeeld de studies over **weapon focusing** (o.a. Cutler, Penrod, & Martens, 1987; Kramer, Buckhout, & Eugenio, 1990; Loftus, Loftus, & Messo, 1987 en Maas & Kohnken, 1989) tonen aan dat bepaalde stress inducerende objecten, zoals vuurwapens of messen gebruikt tijdens misdrijven, de volle aandacht van mensen kunnen opeisen en aldus de graad van detail en accuraatheid van herinneringen eraan kunnen verbeteren, dit ten nadele van andere details uit de gegeven situatie.

Het onderhavige prototypische gedrag bij hulpverleners doet dan weer denken aan de dissociatieve gedragingen zoals ze reeds door bepaalde auteurs gedetailleerd beschreven werden.

Laten we de hierboven beschreven fenomenen even illustreren via enkele concrete voorbeelden. De gelijkenis tussen enerzijds de getuigenissen van slachtoffers (van de Switelbrand) en anderzijds de beleving van hulpverleners (hoofdzakelijk brandweelrui en ambulanciers) is in onderstaande voorbeelden treffend.

Het gebeurt tijdens nabesprekingen van (potentieel) traumatiserende interventies erg vaak dat de betrokken hulpverleners het traumatiserend 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 door de brandweelrui en ambulanciers 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 dit psychische shockmechanisme – reeds eerder geduid als een tunnelbeleving, een aandachtsvernauwing, werken op automatische piloot, e.d. - dat ervoor zorgt dat de betrokken hulpverlener tijdens het traumatisch werk meestal niet onderuit zal gaan. Het lijkt erop dat het psyche van de hulpverlener in actie het zo maar niet tot een 'total loss' laat komen en de hulpverlener in het peritraumatisch stadium beschermt. De kloep komt echter later..*

*Net zoals het Switel-slachtoffer de vuurbal en de eerste momenten erna als in een film meemaakte, verwoordt de betrokken hulpverlener het achteraf als: "ik werkte gewoon verder, op automatische piloot, als in een onwerkelijke wereld, ik voelde niets, mijn gedachten stonden gewoon stil, maar eenmaal de actie voorbij was, werd alles ondraaglijk". Aldus gebeuren gedurende de eerste ogenblikken van een traumatische interventie de meeste handelingen zonder bewuste cognitieve actie, instinctmatig, ingeoeffend, met weinig praten, doelgericht en ... onwerkelijk. Kinderen zijn dan vaak poppen. Bekenden zijn op dat ogenblik "even 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 kloep 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 kinderopje, of andere prikkels die ogenblikkelijk het 'harnas' of 'pantser' van de hulpverlener doorboren. Deze begint van dan af aan voornamelijk als "kwetsbare mens" – als slachtoffer - te functioneren. Dit houdt hij natuurlijk niet lang vol. Dit is nochtans het ogenblik waarin hulpverleners en slachtoffers gedurende een ramp ware lotgenoten worden. De hulpverlener herkent aldus in een slachtoffer zijn dochter en zal vanaf dan in een andere wereld werken. Samen met het slachtoffer kan hij tegelijkertijd verder (zowel praktische als emotionele) hulp blijven bieden terwijl de verschrikkingen met het slachtoffer gedeeld worden. Eenmaal de intense beleving achter de rug en het (levens)gevaar afgewenteld, krijgt de betrokken hulpverlener - althans gedeeltelijk - zicht op wat er écht gebeurd is en wat hij gedaan heeft. Hij zal op zoek gaan naar de slachtoffers die hij binnen zijn tunnel tegengekomen is en wil hen verderhelpen en tevens zal hij door dit contact ook zélf geholpen worden. Vanaf dan start het 'trauma-video-carroussel': 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 bevragingproces duurt en hoe langer de geest bezig blijft met gedachten over 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.*

Toch kan zowel het hierboven beschreven *John Wayne*-gedrag - cfr. het zgn. *John Wayne syndroom* (Mitchell, 1983; Becker, 1989) – als de *werking op automatische piloot* achteraf voor heel wat problemen zorgen. Eenmaal de opwinding van de interventie voorbij is en het spreekwoordelijke pantser wegvalt, *ontwaken* hulpverleners uit die functionele tunnelbeleving. De *synthese* (de *rampenervaring* kunnen samenvatten in een semantische vorm), de *integratie* (het kunnen verwerken van de opgedane indrukken en informatie alsook het integreren van de nieuwe ervaringen in de bestaande kennisschema's) en de *personificatie* (het zich eigen maken van de ervaring als een persoonlijke ervaring) riskeert in de post-impact periode ook bij hulpverleners een zeer ernstig probleem te worden. Velen zullen er echter nooit aan beginnen. Hulpverleners vervallen kort na emotioneel-schokkende met traumatisch potentieel wel gemakkelijk in prototypisch (masculien) en extravert gedrag zoals o.a. roken, drinken, grappen, discussiëren en de spot drijven met elkaar maar in feite kunnen we dat geen integratief gedrag – cf. het integreren van de trauma-ervaring in de persoonlijke levensgeschiedenis en de bestaande kennisschema's – noemen. Het lijkt alsof ze de (emotionele) kostprijs hiervoor later zullen betalen, bijvoorbeeld op het ogenblik dat ze in hun persoonlijk leven geconfronteerd worden met een ernstige verlieservaring. In onderstaand voorbeeld wordt dit duidelijk:

*Karel had als brandweerman de Switelbrand vanaf de eerste ogenblikken meegemaakt. Hij had talloze slachtoffers geholpen in de onmiddellijke nasleep van de brand; onder meer door hen met water te besprenkelen en hen trachten gerust te stellen in afwachting van hun transport naar het ziekenhuis. Karel was een ervaren brandweerman van ongeveer vijftig jaar en was ervan overtuigd goed werk geleverd te hebben. Hij voelde niet de onmiddellijke behoefte veel over de rampervaringen te vertellen en wilde alles liever laten rusten. Enkele jaren later werd hij in zijn familiekring geconfronteerd met verscheidene ingrijpende ervaringen die elkaar snel opvolgden: op een tijdsperiode van drie maand verloor zijn moeder, kreeg zijn echtgenote de diagnose van borstkanker en pleegde één van zijn jonge dochters een zelfmoordpoging. Karel kwam in de problemen en vroeg om hulp. Sedert de verschillende persoonlijke verlieservaringen begon hij nachtmerries te krijgen over zijn optreden in de Switelbrand. Telkens zag hij in zijn dagelijkse nachtmerries zijn eigen familieleden zwaarverbrand op de grond liggen of geraakte hij verdoemd met perslucht in de dichte rook. Steeds meer kwamen ook de herbelevingen van andere zware interventies met slachtoffers op de voorgrond.*

Hulpverleners, zeker reddingswerkers en brandweerman zijn meestal erg actie- en doelgericht, toegewijd, sterk gemotiveerd, ambitieus en bereid tot het nemen van berekende risico's. Falen behoort niet tot hun 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 hulpverleners geschikte kandidaten voor het *burnout*-syndroom<sup>5</sup>. Vroeg of laat bereiken hulpverleners hun persoonlijke grens inzake

<sup>5</sup> Burnout werd door Freudenberg (1987) aanvankelijk omschreven als een bijzondere vorm van depressie bij de leden van teams uit de sociale geneeskunde. Bij heel wat oudere hulpverleners kunnen de symptomen van burnout één voor één teruggevonden worden. Niet kunnen of willen praten en de opgedane indrukken en emoties één na één opstapelen leidt dus onvermijdelijk tot problemen op lange termijn. Sommigen stappen na enkele jaren inderdaad opnieuw uit de hulpverlening; geschrokken en getekend door wat ze meemaakten op het werkterrein; fysiek, emotioneel en mentaal uitgeput.

gecumuleerde stress – en trauma ervaringen en lijkt het alsof ze op dat moment voor een hele berg door te werken ervaringen staan.

Eén van de eerste belangrijke te nemen hindernissen voor hulpverleners is het leren omgaan met de gevoelens van schuld en onmacht. Een hulpverlener 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! Anderen verlaten na een jarenlange en slopende uit de hand gelopen passie voor geweld en verlies - want eigenlijk zijn heel wat brandweer- en ambulance hulpverleners zelf ook *'trauma-junkies'* die periodes van inactiviteit maar niets vinden - hun *'hulpverlenersloopbaan'* met een bitter gevoel van mislukking. De uitlaatklep blijkt - wekt dit nu nog verwondering? - opnieuw zwarte humor, ironie en cynisme te zijn. Bij deze hulpverleners kunnen we ons de fysieke, mentale en emotionele uitputting voorstellen als een proces waarin sprake is van een steeds groter wordende emotionele wanorde. De betrokken hulpverlener moet dan steeds meer energie investeren in *"het niet geconfronteerd willen worden"* met de eigen belevingen verbonden aan traumatische interventies uit het verleden. Alcohol en hyperactiviteit (vaak in bezigheden die sociale geïsoleerdheid bevorderen) zijn veelgebruikte manieren om de *"ontsnapping uit ..."* te blijven verwezenlijken.

Nochtans dulden hulpverleners geen pottekijkers in hun midden. Ze willen zich a priori geen *"slachtoffer van ..."* voelen. In dit milieu is het alsof je als stressbegeleider of opvangster een *"beetje kanker moet hebben om met kanker te kunnen omgaan"*. Hulpverlening van een psychiater, psycholoog, therapeut of maatschappelijk werker naar "slachtoffers" toe, dus hulpverlening vanuit de macht en kennis door diploma en "ervaring met ..." werkt niet met hulpverleners, zeker niet met de eerder macho hulp- en ordediensten (brandweertoe, federale politie, reddingshonden teams, enz.). Het zal belangrijk zijn de groep ingezette hulpverleners als gelijke te benaderen om zo, na het verkrijgen van een werkbaar mandaat (geduld worden in de groep hulpverleners die samen afdaalden in de hel), gedurende één (of meerdere) opvangsgesprek(ken) de indrukken verbonden aan de traumatiserende te verwoorden.

Elke hulpverlener, met ervaring op het vlak van dringende redding en/of urgente medische hulpverlening, beseft dat de marge tussen falen en lukken, tussen redden en niet (meer) kunnen redden en dus tussen *"held zijn"* of *"zich mislukt voelen"*, zéér klein is. Per definitie zal de eerstelijns hulpverlening er dus op gericht moeten zijn dat er in een sfeer van vertrouwelijkheid en onderling begrip en respect over eenieders gevoelens nagepraat kan worden over de interventie; gedurende dit gesprek ligt de nadruk duidelijk op reconstructie van het gebeurde, gevolgd door het legitimeren en normaliseren van de optredende reacties. De gevleugelde zin dat het hier gaat om *"normale reacties op een abnormale gebeurtenis"* doet hen goed. In de groep treden voornamelijk de volgende gevoelens op de voorgrond: de vaak overweldigende onmacht, het erg gehate gevoel van hulpeloosheid, het verlamme verdriet om het menselijke (vaak herkenbare) leed van slachtoffers, het intense schuldgevoel van niet meer te hebben kunnen doen of te hebben gedaan en de woede die dit alles opwekt. Want hiervoor is men geen hulpverlener geworden; wat de man van de straat er ook moge van denken!

Net zoals de getroffen slachtoffers, kunnen de getroffen hulpverleners dus in vele gevallen hun zelf- en wereldbeeld ook niet meer handhaven. De basisassumpties- en verwachtingen omtrent het leven en het eigen kunnen en kunnen, gaan niet meer op; alles - ook in de brandweerpraktijk - wordt oneerlijk, onrechtvaardig, onvoorspelbaar en gevaarlijk. Achter elk

hoekje loert gevaar. Training is geen synoniem meer voor controleerbaarheid. Elke interventie betekent “gevaar”. De levensgezellen worden bang bij elke oproep. Etc.

### **3. Calamiteiten en rampen als een *duizend-stukken-puzzel*: helen en herstellen in gemeenschapsverband**

#### **3.1. Inleidend begrippenkader**

De acute psychologische beleving van een calamiteit of een ramp is er één van extreme machteloosheid en verlies aan controle waarin de getroffen en een alles overweldigend controleverlies lijden. Spreekwoordelijk gezien verliezen getroffen hun mond en wordt hun wil geschrapt. De potentieel traumatische impact zal in vele gevallen voor een plotse en onverwachte ontwijking van de werk- en/of levenssituatie van een hele gemeenschap zorgen. Niets zal er in de getroffen zone nog hetzelfde uitzien. In vele gevallen werd een levendige gemeenschap of een gelukkige gebeurtenis eensklaps getransformeerd in een hel waarin dood en verwonding de bovenhand haalden.

Bij velen werd de illusie van onkwetsbaarheid, evenals talrijke andere zekerheden uit het leven, genadeloos de kop ingedrukt en blijft alleen een mengeling van onmacht, ongelof, ontreding, ruptuur, schuld, schaamte, angst, woede en onzekerheid over.

Sociale steun en het sociaal delen van emoties is in dit soort omstandigheden erg belangrijk voor de getroffen. Dit sociaal delen en het in groep aanpakken van de ramp of calamiteit zal de enige manier zijn om het rampengebeuren door te werken.

Het beheer van de posttraumatische reacties en psychosociale crisissen binnen een getroffen gemeenschap moet echter behoedzaam en stapsgewijze gebeuren. De ondersteunende maatregelen moeten deel uitmaken van een holistisch model voor primaire, secundaire en tertiaire preventie van psychosociale trauma's. Het is eveneens nodig om te beschikken over een vast afgelijnd draaiboek voor het initiëren, implementeren en opvolgen van crisispsychologische interventie bij de getroffen (hiervoor verwijzen we naar het bestaande Nationaal Psychosociaal Rampenplan).

Een volledige sequens van psychosociale crisisopvang na rampen zou – op basis van een psychosociale matrix voor calamiteiten en rampenaanpak (zie infra) - minstens moeten uit: 1) *on-scene support of* de onmiddellijke eerste psychologische hulp op de plaats van het gebeuren (**primaire preventie** van psychosociale trauma's); 2) uitgestelde hulpverlening, gericht op het bespreekbaar maken van trauma-gerelateerde problemen, en waarbij de verschillende aspecten van de psychotrauma doorwerking aan bod komen (**secundaire preventie** van psychosociale trauma's); en, de curatieve hulpverlening, waarbij adequate hulpverlening naar gespecialiseerde professionele hulp essentieel is (**tertiaire preventie** van psychosociale trauma's). Deze volledige hulpverlenende sequens moet uiteindelijk gewaarborgd kunnen worden voor de verschillende eerder genoemde categorieën van slachtoffers: de primaire, de secundaire en de tertiaire slachtoffers. Deze werkmethode is echter gedurende lange tijd zeer arbeidsintensief en veronderstelt goed geoliede werkstructuren. Onmiddellijk na, of misschien al tijdens de ramp moeten de psychosociale intervenanten correct geactiveerd worden en terzelfdertijd dient er een volledige registratie van alle categorieën getroffen te gebeuren. Op de plaats van het gebeuren dient het vervolgens duidelijk te zijn wie voor welke cliënt werkt, waar dit dient te geschieden, met

welke middelen en op basis van welke technieken. Alleen al deze enkele aspecten vereisen ontzettend veel overleg en coördinatie.

*Voor wat de Switelbrand betreft, kunnen we vrij bondig zijn: in de praktijk is er slechts een fractie van wat aan psychosociale hulpverlening kon en moest gebeuren uitgevoerd. Vele getroffen en anderen – in een volgend deel gedefinieerd als respectievelijk primaire en secundaire slachtoffers - zullen we het in een aparte paragraaf hebben. De opvang en begeleiding van ordehandhavers, hulpverleners, omstaanders en omwonenden is echter een heel ander verhaal. Vele leidinggevenden waren niet geïnteresseerd in trauma opvang van hun personeel. Het personeel van het Switelhotel werd apart opgevangen. Over de juiste inhoud van deze opvang hebben we geen verdere gegevens. Taxichauffeurs die verbrande trauma-slachtoffers vervoerd hadden in hun wagen, en tot dagen later stukjes verbrande huid in hun taxi terugvonden, of meenden dat er een bepaalde geur was blijven hangen in hun zetels, kregen geen enkele vorm van ondersteuning. Zowel een mondelinge als schriftelijke contactname met de betrokken directies leidde tot niets. De meeste hulpverleners – brandweerman, politiepersoneel, ambulanciers, e.a. – bleven nagenoeg volledig in de kou staan, niettegenstaande een aanbod vanwege de Fire-Fighter & Emergency Medical Stressteams<sup>6</sup> om deel te nemen aan een geheel van begeleidende en ondersteunende maatregelen; waaronder gesprekken voor initiële emotionele ontlading, traumatische stress debriefing, slachtoffercontact, enz.*

In de onderstaande paragrafen zullen we echter meer gestructureerd terugkomen op de principes die binnen de steunactiviteiten voor *psychological first aid* en *traumatische stress debriefing* van belang zijn, na invoering van het begrip **psychosociale matrix** (zie infra). Het zal snel duidelijk worden dat psychotrauma opvang zo veel meer is dan het louter organiseren van enkele opvangsgesprekken.

De noodzakelijke principiële aanpak gedurende de verschillende fasen van traumadoorwerking zal in een later deel geschetst worden aan de hand van de **ONVEE-principes** en de *big five van de psychotraumatologie*: twee reeksen van vijf factoren die de context creëren waarbinnen crisispsychologische hulpverlening na rampen en calamiteiten succesvol kan geschieden.

### **3.2. Het CRASH model: preventie van psychosociale trauma's op basis van de psychosociale matrix voor hulpverlening bij calamiteiten en rampen**

Het uitgangspunt van het CRASH-model is de psychosociale matrix voor hulpverlening bij calamiteiten en rampen, waarbij als volgt gekomen wordt tot een 3x3 matrix: 1) in de rijen vinden we respectievelijk de *primaire, secundaire* en *tertiaire slachtoffers*, ingedeeld volgens de mate waarin ze getraumatiseerd werden; en, 2) in de kolommen vinden we de *primaire, secundaire* en *tertiaire preventie*, ingedeeld volgens het ogenblik en de wijze waarop de hulpverlening plaatsvindt. Het concreet vormgeven van de volledige psychosociale hulpverlening komt op niet anders neer dan het indelen van slachtoffers in bepaalde groepen van getroffen en het inhoudelijk opvullen van elke cel van de psychosociale matrix.

---

<sup>6</sup> De Fire-Fighter & Emergency Medical Stress Teams werden in 1993 vanuit Leopoldsburg opgebouwd vanuit de Brandweer Leopoldsburg als een netwerk voor collegiale ondersteuning in brandweer- en medische urgentiediensten. Inmiddels zijn deze teams, samengesteld uit door hun collega's verkozen gemandateerde vertrouwenspersonen, goed ingeburgerd in brandweermiddelen en maken ze ook steeds meer in ziekenhuizen hun opwachting. Deze crisis respons teams werken provinciaal georganiseerd op een proactieve wijze rond emotioneel-schokkende interventies en trachten op systematische wijze te zorgen voor een gestructureerde nabespreking van deze interventies. Op regelmatige basis bewerkstelligen ze eveneens de contacten tussen hulpverleners en slachtoffers ten einde elkaar te ondersteunen in de doorwerking van emotioneel-schokkende interventies.

We verstaan onder *primaire slachtoffers* de directe slachtoffers van de calamiteit of ramp waartoe de getroffen behoren die onmiddellijke of uitgestelde levensreddende handelingen nodig hebben en op rechtstreekse wijze in contact stonden met de potentieel traumatische stimuli. De aanwezigen op het eindejaarsfeest in het Switelhotel die we als de rechtstreekse slachtoffers van de brand in de feestzaal kunnen beschouwen, rekenen we tot de categorie primaire slachtoffers. Als *secundaire slachtoffers* zien we de betekenisvolle anderen – het sociaal netwerk van verwanten, de familieleden, de vrienden, e.a. betekenisvolle anderen uit het directe sociale weefsel - rond elk slachtoffer, als het ware aanleiding gevend tot slachtofferdendrieten. Een snelle berekening leert dat elk direct of primair slachtoffer aanleiding geeft tot 10 à 15 secundaire slachtoffers. De *tertiaire slachtoffers* zijn dan alle hulpverleners – reddingsdiensten, brandweer, politie, urgentiediensten, ambulanciers, rode kruis, psychosociale intervenanten, toevallige hulpverleners, e.a. – die rechtstreeks contact hebben gehad met de primaire en/of secundaire slachtoffers.

Op het vlak van preventie maken we eveneens een driedelige opdeling. De *primaire preventie* zien we als alle activiteiten van voorbereiding, opleiding, uitbouw van structuren, training, tot zelfs de onmiddellijke (peritraumatische) opvang van trauma getroffen. Alle voorbereiding, opvang en begeleiding die tot doel heeft de uitgestelde posttraumatische problematiek te vermijden zien we als primaire preventie van psychosociale trauma's. Alhoewel elke tijdsafbakening erg moeilijk is, en de onderhavige opdeling met enige flexibiliteit moet gezien worden als een poging tot modelisatie van trauma getroffen, kan de Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsyHBO) gezien worden als primaire preventie. De primaire preventie eindigt op het ogenblik dat: 1) de hulp- en reddingsdiensten *gedemobiliseerd* worden; en, 2) de primaire en secundaire slachtoffers, na de initiële praktische, psychologische en emotionele opvang, terug worden “gelost” voor heropname in het eigen sociale weefsel. De onmiddellijke opvang, zowel op de plaats van het gebeuren als in voorafbepaalde tijdelijke opvangcentra, door brandweer- en ambulancepersoneel, artsen, verpleegkundigen en psychosociale intervenanten (bijvoorbeeld behorend tot de Dienst Dringende Sociale Interventie van het Rode Kruis Vlaanderen) zien we als primaire preventie van psychosociale trauma's voor primaire en secundaire slachtoffers. De buddy aid of peer support – hulp van collega's voor collega's – en de *initiële emotionele ontloadingsgesprekken* (soms beter gekend onder de benaming defusing) zien we als primaire preventie van psychosociale trauma's bij tertiaire slachtoffers.

De *secundaire preventie* komt dan in essentie neer op het volgende: 1) het vroegtijdig detecteren van posttraumatische psychosociale problemen; 2) het snel en adequaat ingrijpen, met gepaste interventies, uitgevoerd door de juiste mensen op het juiste tijdstip. De secundaire preventie is dus gericht op een vroegtijdig signaleren van posttraumatische problemen en een correct ingrijpen om te verhinderen dat deze problemen zich verder ontwikkelen.

In een volgend praktijkgericht en illustratief deel zal een concreet model voor secundaire preventie bij primaire en secundaire slachtoffers, zoals destijds uitgevoerd in de nasleep van de Switelbrand, geschetst worden.

Zonder er verder in detail te willen op ingaan, vermelden we terloops dat we ervan overtuigd zijn dat psychologische debriefing (beter gekend onder de benaming Critical Incident Stress Debriefing) geconcipieerd werd – uitgedrukt in termen van het CRASH-model - als *secundaire preventie voor tertiaire slachtoffers*. De negatieve publiciteit – o.a. in verscheidene wetenschappelijke onderzoeken – stamt o.i. vooral uit een onoordeelkundige

gebruik van psychologische debriefing<sup>7</sup>. Deze *secundaire preventie* door *multidisciplinaire traumatische stress debriefing* is de *core business* van de *Fire-Fighter & Medical Emergency Stress Teams*.

De *tertiaire preventie*, tenslotte, komt neer op de curatieve traumazorg voor de verschillende categorieën getroffen en, die om de één of andere reden, niettegenstaande de ontplooiende activiteiten voor primaire en secundaire preventie, dan toch met een chronificatie van hun problematiek geconfronteerd worden en vast komen te zitten in een psychotrauma (cf. de posttraumatische stress stoornis of de dissociatieve stoornissen zoals ze beschreven staan in de DSM-IV, APA, 1994). Tertiaire preventie betekent dus psychotherapeutisch ingrijpen vanuit de verschillende methodieken die op dit ogenblik bestaan, zoals onder andere: 1) de cognitieve traumatherapie; 2) de gedragstherapeutische traumatherapie; 3) de *Eye Movement & Desensitisation Therapy*; 4) *Sensori-Motor Trauma Therapy*; 5) psychoanalytisch geïnspireerde trauma therapie; 6) creatieve- en kunstzinnige traumatherapie; en, 7) integratieve trauma therapie. Op dit ogenblik bestaat er in België een ontzettende leemte op het vlak van vormingen in deze toch zeer specifieke domeinen. Nochtans lijken overall (commerciële) traumacentra voor vorming, acute interventie en therapie uit de grond te schieten als paddestoelen, terwijl er (nog) geen echte kwaliteitscontrole of minimumvereisten bestaan waaraan “trauma-therapeuten en hun vaardigheden” moeten voldoen. Het is schrijnend om vast te stellen dat er slechts een héél beperkte interesse bestaat voor psychotraumata vanuit de universitaire wereld; trauma wordt in België nog steeds gezien als één van de vele toepassingen van de meer klassieke scholen en het fundamenteel onderzoek in de psychologie (psychiatrie).

Terwijl goede psychosociale nazorg op lange termijn een snelle, goede en correcte doorverwijzing vereist, stellen we vast dat ons land in dit bedje zeer ziek is.

Enkele lichtpunten in de hele problematiek zijn misschien de recente oprichting van een *Belgische Vereniging voor Psychotraumatologie* (2000) en de organisatie van een specifieke opleiding voor psychologen – *Preventie en aanpak van psychologische trauma's* - van de *Belgische Federatie voor Psychologen*. Op termijn kunnen hulpverlenende diensten, ziekenhuizen en huisartsen dan misschien beschikken over een lijst van erkende traumapsychologen waarnaar patiënten kunnen worden doorverwezen voor grondige behandeling en therapie.

### **3.3. Primaire preventie van psychosociale trauma's bij primaire en secundaire getroffen en van rampen en calamiteiten**

#### *3.3.1. Ontwaken uit de traumatische roes*

Zoals reeds eerder gezegd is de acute (peritraumatische) fase van de ramp meestal maar enkele seconden tot maximaal enkele uren. Dit was, zoals uit de hierboven beschreven getuigenissen van slachtoffers, zeker het geval voor de Switelbrand. In sommige gevallen zullen de getroffen zelfs 24 tot 48 uur nodig hebben vooraleer te uit hun tunnel te komen (cf. de reeds beschreven begrippen functionele tunnel en aandachtsvernauwing). Stilaan beginnen de traumagetroffen de realiteit, met zijn onontkoombare en onomkeerbare gevolgen, te toetsen; herhaaldelijk worden ze terug in die “tunnel” gezogen, indien de gruwelijkheid en extremit

---

<sup>7</sup> Voor een degelijke bespreking van deze problematiek willen we de lezer graag verwijzen naar de recente bijdragen van R.J. Kleber (2002), S.D. Solomon (1999), en M. Deahl (2000).

van de realiteit nog te overweldigend is. Aanvankelijk is de drang om aan de realiteit opnieuw te ontsnappen zeer groot. We vinden hier in feite de stapsgewijze en doseringsgerichte strategie terug die de primaire getroffenen onbewust aanwenden om geleidelijk aan terug opgenomen te worden in de werkelijkheid van de catastrofe. Reddingswerkers, hulpverleners en psychosociale intervenanten kunnen de primaire slachtoffers begeleiden bij de terugkeer naar de werkelijkheid en het “*ontwaken uit traumatische roes*”. Vooral bij de getroffenen in extreme mate gereageerd hebben en/of blijk geven van dissociatief gedrag is de dosisgerichte en stapsgewijze eerste psychologische hulp van groot belang. Het komt er immers bij deze getroffenen op neer ervoor te zorgen dat ze niet opnieuw overspoeld geraken door de gevoelens en gedachten die hen tijdens het traumatiserend gebeuren in een al dan niet diepe *traumatische roes* (over angst en paniek naar afsplitsing uit de werkelijkheid) van deden terechtkomen. Voor de hulpverleners van het eerste uur is het dus erg belangrijk de zich openende ‘toegangspoort’ bij het slachtoffer op behoedzame wijze volledig open te houden, zonder de *overspoeling* door traumatische indrukken opnieuw te laten plaatsvinden. De getroffene dient stilaan opnieuw - liefst zo snel mogelijk - aan een normale sociale interactie te kunnen deelnemen. De wetenschap lijkt het er inmiddels over eens te worden dat alles wat de *hyperopwinding* (*hyperarousal*) bij directe traumagetroffenen kan verlagen of zelfs vermijden traumapreventief werkt.

De eerste tekenen van herstel treden op vanaf het ogenblik dat de getroffene zijn omgeving opnieuw begint af te zoeken naar informatie. Deze *zucht naar informatie* maakt primaire trauma-slachtoffers heel kwetsbaar in de eerste momenten onmiddellijk post-impact. Kort na de traumatische gebeurtenis zijn de primaire slachtoffers o.a. erg vatbaar voor geruchten die vanuit de hen omringende chaos op hen afkomen. Suggestieve informatie, in eerste instantie vaak weinig correcte, onjuiste of onvolledige informatie, kan soms erg snel geïntegreerd worden in het mentaal schema omtrent de traumatiserende gebeurtenis. Dit schema kan aanvankelijk enorme lacunes vertonen o.a. omwille van het ‘dichtklappen’ van het waarnemingsveld waardoor via selectie van zintuiglijke *inputs* belangrijke fragmenten informatie niet bewust geregistreerd werden. Hoe en waarom deze selectie precies gebeurt en welke elementen van het traumatiserend gebeuren achteraf wel goed kunnen herinnerd worden, is nog niet steeds heel duidelijk, en de vraag of deze fenomenen nu eerder beschermend dan wel pathogeen op langere termijn werken, blijft nog grotendeels onbeantwoord. A posteriori, binnen een juiste context via bijvoorbeeld een rustig gesprek met alle betrokkenen, kunnen een aantal van deze ‘verloren gewaande’ elementen echter wel terug voor de geest gehaald worden, op voorwaarde dat er eerst opnieuw voor voldoende veiligheid en vertrouwen werd gezorgd.

### 3.3.2. *Basisbehoeften bij de primaire slachtoffers van een traumatiserende gebeurtenis*

In het bovenstaande is het reeds duidelijk geworden dat de getroffenen van een traumatische gebeurtenis in het beginstadium onmiddellijk na het gebeuren in min of meerdere mate in shocktoestand verkeren. Gedurende deze fase zijn ze dus erg kwetsbaar voor verdere psychische schade. Tegelijkertijd staan ze gedurende diezelfde fase toch ook erg open voor hulp. De mens valt gedurende een dergelijke gebeurtenis in feite terug op een quasi-instinctieve manier van functioneren die soms zelfs enigszins overeenstemt met de reacties van zeer angstige kinderlijk die wanhopig naar hun mama zoeken. De basisverzorgende handelingen - vastnemen, fysiek contact, warmte, geborgenheid, veiligheid, rust, kalmte, voedsel, geruststellende objecten zoals een tas koffie, een sigaret, een beer (!), e.d. - worden over het algemeen goed onthaald door de getroffene. Nochtans ‘droogt’ deze bijzondere



toegankelijkheid bij het slachtoffer van een schokervaring ook weer erg snel terug 'op'. Indien je er via deze basishandelingen echter in slaagt de 'tunnel' van de getroffene terug te laten opengaan, zal je merken dat ze op een bepaald ogenblik ook terug hun volledige psychische en fysieke ruimte zullen innemen. Als hulpverlener word je op dat ogenblik licht maar kordaat terug op afstand geduwd.

*Dirk beschreef zijn SWITEL ervaring als een zeer intense "close encounter" met de dood. Hij weet niet hoe hij de zaal ontkomen is. Niet lang welke weg en niet lang welke kant. Het enige was zintuiglijk nog werkte, volgens zijn beschrijving, was zijn reuk en zijn gehoor. Hij zag niets en kreeg alleen later, eenmaal terug in veiligheid, stilaan beseffend wat er gebeurd was terug het gevoel en de sensaties van het vertrappelen van mensen tijdens het vluchten. Toen hij terug bij zichzelf kwam, merkte hij dat een Jood hem vasthield en tegen hem aan het praten was. Hij besepte plots dat hij daar alleen stond met die man, temidden van een chaos van roepende mensen en sirenes, en ineens drong het tot hem door dat zijn vrouw nog wel eens binnen kon zijn. Dat ogenblik beschreef hij als het "slechtste moment van zijn leven". Toen hij de man die hem ondersteunde plots van zich wegduwde en de naam van zijn vrouw uitschreeuwde hoorde hij plots "ik ben hier" vlak achter hem. Hij keerde zich om en stond ook in oog met zijn vrouw. Dat ogenblik beschrijft hij als "het beste moment van zijn leven". De Switelbrand is voor hem zowel het beste als het slechtste wat hem overkomen is. Man en vrouw vielen in elkaar armen en weenden minuten lang. Later voelden beiden een brandende pijn aan armen, aangezicht en bovenrug. Vanaf dat ogenblik zou het pas doordringen dat ze erg verbrand waren en naar het ziekenhuis moesten. De pijn op zich was intens en leek hen herhaaldelijk terug in de brand te zuigen. Samen, emotioneel verdoofd werden ze vervoerd naar het ziekenhuis. Bij de eerste opvanggesprekken die zouden volgen na de medische verzorging zou blijken dat de hele beleving er één met talrijke moeilijk of niet op te vullen lacunes zou zijn.*

Het bovenstaande voorbeeld illustreert hoe op een tijdspanne van enkele ogenblikken getroffenen van traumatische gebeurtenissen terug contact kunnen krijgen met een gruwelijke realiteit die hen omringt en hoe uiteindelijk belangrijke stukken informatie volledig verloren kunnen gaan.

Zo zal eveneens bij hulpverleners de *on-scene* opvang van een 'getraumatiseerde collega' op basis van dezelfde principes kunnen gebeuren. Indien tijdens de werkzaamheden de druk plots te groot riskeert te worden, is het vaak voldoende om de betrokkene even terug naar de *tweede lijn* te brengen en even op adem te laten komen. In principe kan de betrokkene dan - misschien na een eerste ontlading via roepen, wenen of vloeken - terug aan de slag. Het zou heel erg verkeerd zijn een zwaar getroffen collega onmiddellijk te evacueren van de plaats van de interventie. De principes van Salmon (1919) toonden vroeger reeds aan dat dit de beste wijze is om 'patiënten' te maken van trauma-getroffenen.

In de acute fase na een traumatiserende gebeurtenis heeft een primair slachtoffer in essentie twee soorten behoeften aan dewelke zo snel mogelijk terug moet voldaan worden; het zijn respectievelijk de materiële behoeften en de behoeften aan informatie.

### (1) Materiële behoeften en psycho-emotionele ondersteuning

Tijdens en kort na de traumatische gebeurtenis zijn de materiële behoeften de eerste aan dewelke voldaan moet worden om rond de primaire getroffenen terug een context van veiligheid, geborgenheid en menswaardigheid te creëren. Getroffenen staan er, zeker bij ontploffingen en/of brandrampen, soms niet alleen bij zonder kleren maar vaak ook 'zonder vel' bij! Zowel de directe slachtoffers als hun hulpverleners kunnen erg gehavend 'uit de strijd' komen. De rechtstreeks slachtoffers zijn soms zowel familieleden of vrienden en hun

bezittingen kwijt. De hulpverleners slagen er soms maar op het nippertje in om de slachtoffers te redden, maar schoten er wel een deel van hun kledij, uitrusting en materiaal in.

Een algemene norm die moet gehaald worden in deze vorm van eerste psychische hulpverlening zal in essentie bestaan uit het heropbouwen van een *minimum aan comfort* en *menselijke waardigheid*: propere kleren, geborgenheid, (menselijke) warmte, bescherming, e.d.

Indien het gaat om geweldplegingen zoals o.a. overvallen, terroristische aanslagen of gijzelingen, dan is er binnen de onmiddellijk posttraumatische situatie vaak ook nog sprake geweest van vernedering, mishandeling en/of zeer intense angst. De getroffen personen moeten bijgevolg heel behoedzaam opgevangen worden. De angst voor herhaling van de feiten zal in voorkomend geval vaak overweldigend zijn en verlammend werken met betrekking tot het heropnemen van normale professionele en/of sociale activiteiten.

### (2) Behoeftte aan informatie & psycho-emotionele ondersteuning

Buiten het fenomeen van tunnelervaring, dat hierboven reeds uitvoerig beschreven werd, zijn er ook de minder spectaculaire vormen van nood aan informatie waaraan zo snel mogelijk tegemoet gekomen moet worden. Bijvoorbeeld vragen als “*wat is er gebeurd?*”, “*wie heeft het gedaan?*”, “*hoe is het met de anderen?*”, “*wat moet er nu gebeuren?*”, “*wie gaat dat allemaal vergoeden?*”, “*heb ik iets verkeerd gedaan?*” en “*ga ik nu ontslagen worden?*” liggen op de lippen van de getroffen personen. Al te vaak worden ze op dat moment weggewimpeld door anderen als ‘*dingen die nu niet belangrijk zijn*’. Tevens is dit ook het ogenblik waarop aan het adres van de getroffen personen heel wat loze beloftes gedaan worden, zoals ‘*maak je nou maar geen zorgen*’ of ‘*ik zal er persoonlijk voor zorgen dat ...*’ of ‘*maak je nu maar geen zorgen want ik beloof je dat*’.

Het is, met het oog op de latere doorwerking, primordiaal dat nu zo snel en zo eerlijk mogelijk eenvoudige, gestructureerde, juiste en duidelijke informatie waarop de getroffen personen recht hebben, wordt aangereikt. Toch moet de verspreide informatie een optimale graad van zekerheid en éénvoudigheid bevatten en vanuit één bron aangebracht worden.

We pleiten ervoor via de volgende boutade: “*Zeg zo snel en eerlijk mogelijk, de volledige waarheid en niets dan de waarheid*”. Deze waarheid vervormen, verbloemen of slechts gedeeltelijk brengen creëert problemen op lange termijn.

De primaire slachtoffers hebben dus zo snel mogelijk een minimum van empathische ondersteuning vanuit een aanvaardende en niet-veroordelende houding nodig.

### *3.3.3. Eerste psychologische hulpverlening van primaire en secundaire rampenslachtoffers: de ONVEE-principes voor opvang in de acute fase*

#### (1) Onmiddellijkheid van reactie in de psychosociale crisisopvang

De bedoeling van de EPsyHBO is om zo snel mogelijk, zonet onmiddellijk, in te grijpen en de kansen op een spoedig herstel bij de getroffene(n) gaaf te houden of kracht bij te zetten. Bovenstaande paragrafen toonden al aan dat er in de eerste ogenblikken na een traumatiserende gebeurtenis ook heel wat verkeerd kan lopen. We kunnen echt wel van

gemiste kansen spreken indien de initiële ontvankelijkheid voor hulp bij de direct getroffene onbenut blijft en deze zich steeds meer mentaal afzondert van zijn omgeving. Het blijkt ook uit de praktijk dat naarmate er meer tijd verstrijkt zonder enige vorm van hulp, na een traumatiserende gebeurtenis, de kans op fixatie van de posttraumatische klachten toeneemt. Er kan op dit ogenblik - misschien in samenspel met nog andere factoren - een vasthechting aan de initiële problemen, gedachten en gevoelens ontstaan waaruit de getroffene nog slechts moeilijk zal uitgeraken. Het principe van onmiddellijk staat dus voor de primaire preventie in de zin van het woord. Het is niet omdat het grootste deel van de primaire slachtoffers een calamiteit of ramp zonder noemenswaardige problemen te boven komt, dat we moeten wachten tot posttraumatische problemen zich ontwikkelen vooraleer hulp te bieden.

## (2) Nabijheid in de psychosociale crisisopvang

Het begrip nabijheid van de psychosociale hulp vertoont twee componenten; respectievelijk de geografische nabijheid en de sociale nabijheid. De ondersteuning begint best reeds op de plaats van de ramp, terwijl de getroffenen nog koortsachtig op zoek zijn naar oriëntatie, veiligheid en geborgenheid, en de traumatiserende beleving nog vers in het geheugen gegrift is. De band tussen alle betrokkenen is nog sterk – ze komen pas allemaal al dezelfde situatie en sidderen nog na - zodat ze elkaar als lotgenoten aanvoelen. Op deze regel bestaan natuurlijk ook uitzonderingen. Voornamelijk bij traumatische gebeurtenissen die op individuele wijze en in een bepaalde context plaatsvinden. In de praktijk merken we dat van de plaats van het gebeuren vaak een soort mythische aantrekking uitgaat, die op zich ook erg dubbel is. Enerzijds wil men er terug heen - al was het maar omdat dit kan helpen enkele bijkomende puzzelstukjes terug te vinden - maar anderzijds is het een plaats die vaak als de pest gemeden wordt, zeker kort na het gebeuren. In sommige gevallen zal de ‘psychische ontsmetting’ van deze plek zelfs een therapeutisch doel in het hele doorwerkingsproces zijn. Het bezoek van de plaats van het gebeuren is soms de aanleiding voor een bijkomende emotionele ontlading die de trauma-doorwerking positief beïnvloedt.

De tweede component van het begrip nabijheid doelt op sociale nabijheid onder lotgenoten: het zijn alleen deze lotgenoten diegenen het échte recht tot meespreken hebben. Zo weten bijvoorbeeld alleen mensen die ooit zélf verbrand zijn geweest hoe het is om brandwondenpatiënt te zijn en welke impact zo’n ervaring op de persoonlijkheid van iemand kan hebben. Buitenstaanders fungeren hoogstens als klankbord. Zelfs de hulpverlening aan hulpverleners – o.a. door *peer debriefing* - is op dit inzicht gestoeld: als collega of *peer-debriefer*, met eigen vergelijkbare ervaringen van emotioneel-schokkende of traumatiserende interventies, verkrijgt je gemakkelijker het statuut van ‘gelijke’ en word je ‘geduld’ in de groep van betrokken én getroffen lotgenoten. Als professional van buitenaf, pratend vanuit alleen een technische opleiding als psycholoog, psychiater of therapeut, zal het veel moeilijker zijn om vanwege de betrokken brandweperlui en reddingswerkers een werkbaar mandaat te verkrijgen. Binnen de **FiST** spreken we hierom van de ‘*street credibility*’ van de *debriefer* als één van de factoren om met groepsopvang bij brandweperlui succes te boeken.

In werkelijkheid betekent de ‘nabijheid’ in sociale verwoordingen het optimum tussen de plaats van de ramp en de natuurlijke hulp waarop de getroffene beroep kan doen: bij psychotrauma-counseling van trauma-getroffenen mogen we zeker geen abstractie maken van het sociale netwerk van familie, collega’s en vrienden.

### (3) De verwachtingen met betrekking tot herstel en terugkeer naar het normale leven in de psychosociale crisisopvang

Het is cruciaal er van in het begin van uit te gaan dat de acute reacties van trauma-getroffenen in eerste instanties *normale reacties op een abnormale gebeurtenis* zijn. Deze normale reacties, die aanvankelijk vaak erg hevig en intens zijn, kunnen tot ruim drie à vier maanden na de traumatische gebeurtenis aanhouden. In principe verminderen ze in de loop van de tijd in aantal en in intensiteit, maar volledig verdwijnen doen ze nooit. Het is alsof elke trauma-getroffene een aantal trauma-diapositieven met betrekking tot de ramp in het hoofd heeft zitten. De scherpte van deze diapositieven vermindert nauwelijks gedurende de eerste maanden. Het is dus essentieel dat de diverse categorieën trauma-getroffenen de gelegenheid krijgen hun ervaringen met elkaar te delen en op gemeenschappelijke wijze trachten tot doorwerking van het trauma te komen.

Het is vanuit de invalshoek van de verwachtingen dus belangrijk aan de trauma-getroffenen uit te leggen waaraan ze zich kunnen verwachten. Dit kan enerzijds door hen een mogelijk tijdsperspectief (respectievelijk de acute, de doorwerkings- en de fixatiefase kunnen optreden na een traumatiserende ervaring) met betrekking tot de doorwerking van potentieel traumatiserende gebeurtenissen uit te leggen en anderzijds door het overhandigen van informatiebrochures of *trauma-leaflets* waarin de normale posttraumatische reacties netjes staan opgesomd. Uitgaande hiervan dient eveneens de verwachting uitgesproken te worden dat ze als trauma-getroffenen niet ziek zijn, zich niet als patiënt dienen te gedragen en aldus ook terug zo snel mogelijk aan het werk moeten. Het is voor het posttraumatisch herstel essentieel dat er een snelle *return to (normal) life* plaatsvindt en dat de trauma-getroffenen zich niet nestelen in de rol van slachtoffer. Een a priori strict biomedische behandeling is aldus dan ook volledig verkeerd. Terzelfdertijd dienen we wel verder een gunstig klimaat te creëren waarbinnen de trauma-doorwerking kan geschieden aan de hand van slachtofferbijeenkomsten, informatiesessies en opvanggesprekken voor emotionele loskoppeling onder lotgenoten. In sommige gevallen is het mogelijk kort na de ramp een bijeenkomst te organiseren met alle getroffen en de betrokken hulpverleners en vertegenwoordigers van de verschillende betrokken overheden (zie infra: *de slachtofferbijeenkomst voor getroffen van de Switelbrand*), zodat naast de broodnodige emotionele en psychologische begeleiding er ook onmiddellijk gedacht wordt aan de administratieve-, juridische- en verzekeringsaspecten van de ramp in kwestie. Het is trouwens in deze context dat ook de hieronder besproken **big five principes** van groot belang zijn.

### (4) Eenvoud in de psychosociale crisisopvang

Dit principe betekent geenzins dat de aanpak gemakkelijk is, doch wel eenvoudig. In het algemeen geldt met betrekking tot de psychosociale nazorg bij calamiteiten en rampen het KISS-principe: *Keep It Stupid & Simple!* Hoe simpeler en pretentielozer de aanpak ten aanzien van de trauma-getroffenen en het *sociaal weefsel* waardoor ze omgeven zijn, hoe efficiënter de hulpverlening wordt. Het is erg belangrijk zowel de primaire als de secundaire slachtoffers te betrekken in de vormgeving van psychosociale nazorg. Hen gewoon het recht te geven te zélf te bestaan in de vormgeving, de planning en de implementatie van de psychosociale nazorg in plaats van de getroffen in eens te bestoken met zogenaamde beproefde (*wetenschappelijk verantwoorde*) methodes.

Het probleem is dat in de huidige samenleving het stellen van eenvoudige, ondersteunende gebaren zoals ze hierboven beschreven worden soms al een hele opdracht is. Vooral in de

eerste 24 uur na de traumatische gebeurtenis wil eenvoudig zeggen: mensen durven aanraken, omarmen, omhelzen, een sigaret (of bij kinderen wat snoep of een beertje) aanbieden, er gewoon zijn...

De getroffen en vergeten de eerste persoon die in hun tunnel kwam nooit meer! Spijtig genoeg vinden ze deze *hulpverleners van het eerste uur* vaak nooit meer terug! Het is dan ook belangrijk dat psychosociale rampenplannen na afloop van de ramp een gelegenheid organiseren waarbij de rampenslachtoffers en hun betekenisvolle anderen de hulpverleners van het eerste uur terugzien (zie infra: de *slachtofferbijeenkomst voor getroffen en van de Switelbrand*). Deze laatste kunnen wel eens de belangrijkste *therapeutische* waarde zijn in het hele schokverwerkingsproces.

#### (5) Eenheid van visie en éénvoudigheid in de psychosociale crisisopvang

In de eerste ogenblikken na een calamiteit of een ramp is er vaak een overaanbod van hulp en bijstand. Rampen trekken de aandacht van iedereen. Spijtig genoeg zijn rampen voor velen een unieke gelegenheid om zich te profileren op de rug van de rampenslachtoffers. Vele beloften worden gedaan maar zeldzaam zijn de langdurige initiatieven. Indien er geen voorafgesproken coördinatie is, willen velen zich velen zich in de beginfase met de getroffen en bezighouden vanuit de eigen invalshoek, de eigen opinie over hulpverlening aan slachtoffers, de eigen rol, functie of opleiding. Dit maakt het risico op initiële chaos en verwarring er voor de getroffen en alleen maar groter op. Het is bijgevolg belangrijk dat slechts één persoon, organisatie, comité of ploeg – bijvoorbeeld een *psychosociaal coördinatie comité* - zich van begin af aan met de aanpak en organisatie van de nazorg bezighoudt en een duurzame benadering op touw zet.

Een ramp werkt op zich reeds ontwrichtend, schokkend, traumatiserend, desoriënterend en verwarrend in op de getroffen en, en moet bijgevolg op gestructureerde en éénvoudige manier aangepakt worden, liefst volgens een daartoe voorziene standaardprocedure of vooraf bepaald draaiboek (opgesteld volgens de sequens wie doet wat wanneer waar hoe en waarom?). Dit is de enige manier om tot een lange termijn aanpak te komen. Psychologische opvang na rampensituaties onder vorm van een *one-shot interventie* creëert waarschijnlijk meer symptomen en problemen dan erdoor opgelost worden. In eerste instantie willen velen veel doen; na verloop van tijd kan je het aantal hulpverlenenden vaak nog op één hand tellen. *Would-be trauma-specialisten* zouden er dus beter aan doen eerst na te denken of ze die lange termijn beschikbaarheid écht wel kunnen waarborgen ten aanzien van de trauma-getroffen en. Anders doen ze beter niets. Het risico van korte termijn hulpverlening wordt echter veel kleiner indien zo snel mogelijk de natuurlijke (sociale netwerk) steun voor de getroffen en gemobiliseerd wordt, werkend vanuit één gemeenschappelijke benadering.

#### *3.3.4. De opvang van primaire, secundaire en tertiaire rampenslachtoffers in de post-acute fase (van doorwerking): anekdotische illustratie van de **Big Five van de Victimologie***

In het schokverwerkingsproces van de slachtoffers van een calamiteit of ramp is het belangrijk dat slachtoffers juist omringd worden en dat voldaan wordt aan een aantal voorwaarden. Het is waar dat het merendeel van de rampenslachtoffers de ramp op eigen krachten, en met steun vanuit het eigen sociale netwerk, zal verwerken. Toch lijkt een groot deel van de getroffen en zware doorwerkingsproblemen te ondervinden; in de praktijk houden we er rekening mee dat

bij een ramp als de Switelbrand ruim 20 à 30% van de getroffen en een chronificatie van hun problemen riskeren. De praktijk leerde ons ook dat het erg vaak verkeerd loopt indien aan de volgende vijf randvoorwaarden niet voldaan wordt. We noemen deze randvoorwaarden dan ook **de big five van de victimologie** en zullen in de concrete vormgeving van de psychosociale nazorg aan deze voorwaarden trachten tegemoet te komen.

### (1) Informatie

*Diane was één van de oudere Switel slachtoffers. Het is begrijpelijk dat er onder de slachtoffers van de Switelbrand relatief gezien meer oudere slachtoffers vielen aangezien de uitgangswegen (of vluchtwegen) beperkt waren en de oudere slachtoffers minder goed te been waren. Diane wist helemaal niet meer wat er gebeurd is; ze wist niets over de aard, het verloop, de oorzaak en de uiteindelijke afloop van de brandramp. Ze wist zelfs niet dat er doden waren. Diane was niet zo zwaar verbrand maar ze was nog wel hees van de ingeademde rook en haar longen waren aangetast door de hitte. Ook haar man was onder de gewonden; ernstig verbrand opgenomen op een andere afdeling van het ziekenhuis, ingepakt als een mummie. De wijze waarop Diane werd ingelicht over de omvang van de ramp waarvan ze slachtoffer was zou een centrale plaats vervullen in haar doorwerking. Diane werd op correcte wijze ingelicht door een psycholoog, die eerst naar haar eigen angsten en gevoelens luisterde, op behoedzame wijze de ontbrekende stukken hielp opvullen en dan snel voorstelde om te gaan kijken hoe het met haar echtgenoot was, teneinde de geruststellende informatie – “hij is niet in levensgevaar en ik moest je zeggen dat hij je doodgraag ziet” – te komen overbrengen. Het geduldig luisteren naar de angsten, bekommernissen en belevingen van Diane, en het snel helpen beantwoorden van de talrijke vragen die bij haar leefden zouden Diane de moed geven het gevecht van de verwerking van de schok aan te vatten.*

In bovenstaand geval is het overduidelijk de informatie die de brandwondenpatiënte in het ziekenhuis kreeg van de psycholoog zorgde ervoor dat ze zich opnieuw enigszins kon oriënteren en antwoorden kon vinden op de eerste vragen die haar beleving stuurden.

### (2) Sociale Mantelzorg

*Mia had na de Switelbrand zware brandwonden aan handen en aangezicht. Ook haar longen waren zwaar geraakt. Snel na aankomst in het ziekenhuis moest ze geïntubeerd en geventileerd worden. Gedurende het eerste bezoek in het ziekenhuis, de dag volgend op de brand, werden eerst de twee broers van Mia in het ziekenhuis opgevangen door een psychosociaal team. Beide werden in het verleden zelf verbrand en vertelden ons dat ook hun vader ooit zwaarverbrand was geweest. De ouders van Mia durfden niet naar het ziekenhuis komen uit schrik voor de confrontatie met hun “zwaar verbrande dochter”, voortgaand op wat ze vanuit de eigen fantasie voorstelden met betrekking tot de verwondingen van Mia. Hun enige dochter was nu ook zwaar verbrand. “Ze is verminkt voor haar leven”, dachten ze. Het is duidelijk dat in dit voorbeeld ook het aspect informatie duidelijk aan bod komt: het is inderdaad zo dat de gruwelijkheid van de fantasie van Mia’s ouders erger was dan de realiteit. Het was echter door de degelijke opvang en informatie van de twee broers van Mia, dat de volgende dag ook de ouders van Mia op bezoek zouden komen, vergezeld door de twee broers en hun echtgenotes. Voordat ze bij hun dochter werden toegelaten, werden de familieleden eerst in groep opgevangen door een psycholoog. De onderlinge hulp die aanwezig was binnen de groep familieleden liet de psychosociale intervenanten duidelijk zien dat niets dit soort natuurlijke hulp kan vervangen. De cohesie binnen die groep familieleden, waarbinnen ze elkaar beurtelings ondersteunden en opvingen, zou er ook later voor zorgen dat – eenmaal Mia terug wakker was – het hele familiale systeem samen zou investeren in de doorwerking van deze traumatische hotelbrand. Gecoacht door professionele hulpverleners werden de familieleden Mia’s beste therapeuten.*

Het is evident dat in bovenstaand geval de natuurlijke hulp, hier onder vorm van een gewone onvoorwaardelijke familiale aanwezigheid en ondersteuning, zoveel beter is dan welke professionele hulp dan ook. Het is echter wel belangrijk in voorkomend geval de psycholoog een mediërende rol te laten spelen tussen de directe slachtoffers enerzijds, en de secundaire slachtoffers anderzijds. In bovenstaand geval, bijvoorbeeld, was Mia heel erg bang dat haar partner haar niet meer aantrekkelijk zou vinden door haar brandwonden. De partner zelf, was

erg bevreesd van het eerste contact; zijn fantasie was ook erger dan de realiteit en hij vreesde geconfronteerd te worden met een verminkte vrouw. Het was inderdaad belangrijk hem voor te bereiden op het eerste contact, zeggend dat Mia's hoofd erg gezwollen was door de verbranding, maar dat de uiteindelijke littekens uiteindelijk nog wel heel erg zouden meevallen. Het moduleren van de contacten tussen directe (verbrande) slachtoffers en hun familieleden, en de opvang van beiden telkens voor en na elk contact, zou de kern van een succesvolle psychosociale begeleiding worden die enkele weken nagenoeg 24 op 24 uur zou volgehouden worden. Mits een goede professionele ondersteuning kunnen betekenisvolle anderen de beste therapeuten voor de getraumatiseerde en/of gewonde verwanten. De psycholoog, psychiater of therapeut moet begrijpen dat hij in de hulpverlening aan trauma-getroffenen niet noodzakelijk in de eerste lijn komt!

### *(3) Secundaire Victimisatie*

Slachtoffers van rampen worden soms voor een tweede maal slachtoffer. De reacties van onbegrip vanwege familieleden, vrienden, kennissen, werkgever, collega's, autoriteiten, hulpverleners, of anderen brengen een slachtoffer dikwijls een tweede slag toe. Heel wat omstandigheden in de nasleep van een ramp komen dus neer op wat we secundaire victimisatie zullen noemen.

*De moeder van een gestorven slachtoffer, reeds jarenlang aan de slag in een grote vrijwilligersorganisatie, vertelde ons dat ze tot tweemaal toe een aanmaning gekregen had opdat haar dochter haar bijdrage zou betalen om het tijdschrift van de vrijwilligersorganisatie te blijven ontvangen. Zelf was ze inmiddels verzeild geraakt in een erg moeilijk rouwproces rond het verlies van haar enige dochter. Gelovig als ze was, leek ze dat verlies stilaan te aanvaarden als "de Wil van God" maar die aanmaningen waren echt teveel en maakten haar woedend. Ze voelde zich vooral slachtoffer van de onkunde, het onbegrip en de onwil van mensen, zoveel meer nog dan slachtoffer van een droevig noodlot.*

*Heel wat brandweertoelegers kregen te horen dat ze toch wel geen hulp nodig hadden zeker?! Ze hadden er toch voor gekozen om brandweerman te zijn en moesten er toch tegenkunnen, anders moesten ze met hun beroep stoppen. Het feit geen hulp aangeboden te krijgen werd door velen ervaren als een secundaire victimisatie.*

*De taxichauffeurs werden als groep getroffen ook volledig in de steek gelaten door een leidinggevende die een aanbod voor psychologische hulp afsloeg onder het voorwendsel dat zijn chauffeurs wel meer dan dat gewend waren in een grote stad.*

Elke ramp wordt dus gekenmerkt door een groot aantal situaties van secundaire victimisatie waardoor zowel het doorwerkings- en zingevingsproces van zowel primaire, secundaire als tertiaire slachtoffers ernstig bemoeilijkt wordt. Zowel slachtoffers als hun hulpverleners worden soms een tweede maal slachtoffer. Daar waar ze de eerste maal het slachtoffer zijn van een traumatiserende gebeurtenis of - interventie, worden achteraf opnieuw slachtoffer, ditmaal van de reacties die volgen vanuit hun werk- of leefomgeving. De secundaire traumatisatie is in vele gevallen ook afkomstig uit de hoek van de media. Journalisten lopen de ziekenhuizen plat, vaak zonder zich veel te bekommeren om de gangbare principes van ethiek en deontologie. De families van de doden en gewonden zijn een tweede groep die vaak belaagd wordt door de media. De hulpverleners, tenslotte, worden tijdens en kort na de ramp vaak gezien als helden, maar de dagen daarna wordt uitvoerig stilgestaan bij de omstandigheden waarin het hele gebeuren zich afspeelde en komt zelfs soms een soort heksenjacht op gang. Onder invloed van de media beginnen zowel publieke opinie als beleidsverantwoordelijken de zoektocht naar fouten in de hulpverlening. Mensen zijn het immers gewoon om schuldigen aan te duiden voor allerhande onheil dat op hen afkomt. Dit wordt overduidelijk in de nasleep van rampen.

#### (4) Erkenning

Erkenning krijgen is voor getroffen en van calamiteiten en rampen primordiaal. Verdere hulpverlening heeft vaak weinig zin indien aanvankelijk geen erkenning geboden werd voor wat de getroffen doormaakten. Ook erkenning voor het werk van hulpverleners en de dramatische omstandigheden waarin dit werk plaatsgevonden heeft, is essentieel in hun verdere trauma-doorwerking. Erkenning is mogelijk van de slachtoffers naar hun hulpverleners toe, of van dienstcheffs naar hun medewerkers toe, of nog van de overheid naar de getroffen toe. Het uitroepen van een gebied tot rampenzone, het bezoek van de Koning en de Koningin aan de plaats van het gebeuren en/of het ziekenhuis of de correcte vergoeding van rampenslachtoffers zijn allen vormen van erkenning.

*De voorbeelden zijn legio: zo brengen bijvoorbeeld de Belgische Koning en Koningin na calamiteiten systematisch een bezoek aan de getroffen gebieden; hierdoor worden deze 'erkend als ramp'. Zonder het misschien te beseffen, hebben de handdrukken van onze Vorsten zoveel meer betekend voor de hulpverleners die in de massale kettingsbotsing te Nazareth (1996) op de E-17 plaatsvond, dan gelijk welke therapie dan ook.*

*Na elke ramp volgen lange juridische en administratieve procedures die de oorzaken en de aansprakelijkheid onderzoeken. De slachtoffers hebben meestal weinig boodschap aan de details van deze procedures en vragen gewoon gerechtigheid. Ze vragen dat de schuldigen – als die er dan al zijn – snel berecht worden en dat er snel een vergoeding komt voor het leed, het verdriet en de pijn die geleden werd. Hier rijpt echter vaak het schoentje. Vele Switelslachtoffers wachten nog steeds op erkenning. Ze betaalden een massa geld om verzorgd te worden. Liepen vaak verscheidene jaren met speciale drukkleiding rond. Moesten nog herhaaldelijk verzorgd en geopereerd worden en hebben de indruk dat er geen erkenning was voor hen als slachtoffer.*

*Dit gebrek aan erkenning maakt trauma slachtoffers boos en bitter. Erkenning is eveneens een gegeven waaraan een tijdsdimensie verbonden zit. Het is niet omdat een poging ondernomen werd om de slachtoffers op te vangen (althans in sommige ziekenhuizen), ze bijeen te roepen gedurende een algemene bijeenkomst en ze uit te nodigen voor regionaal georganiseerde gesprekken, dat voldoende erkenning geboden werd.*

*Nooit was er een gemeenschappelijk herdenking voor alle getroffen één of twee jaar na de brand. Er was geen sprake van lange termijn follow up omdat er in ons land op dat ogenblik gewoon een gebrek was aan trauma specialisten, politieke wil en geëigende structuren.*

#### (5) Rituelen in psychosociale crisisopvang

Het is geweten dat rituelen vorm geven aan menselijk leed. Het is ontzettend belangrijk zowel kort na als langere tijd na een traumatische gebeurtenis te blijven denken aan het organiseren van betekenisvolle momenten, rituelen, die de getroffen de kans bieden deze gebeurtenis een plaats te geven en tot integratie te komen in de verwerking ervan.

Het uitblijven van gepaste rituelen kan een 'gezonde' doorwerking in de weg staan en aanleiding geven tot heel wat geschillen en conflicten. Zoals met voorgaande factoren, is het zinloos veel begeleiding te voorzien indien ook met deze factor geen rekening gehouden wordt.

In het voorgaande punt was reeds sprake van herdenkingsmomenten na een ramp. Dergelijke momenten hebben de kracht van een ritueel. Rituelen zijn *cornerstones* in de doorwerking van traumatiserende gebeurtenissen.

*Na de SWITEL-brand was er een algemene slachtofferbijeenkomst (in zaal De Kern in Wilrijk) voor alle getroffen. Het werd echter voor vele getroffen een moeilijk maar belangrijk moment toen de namen van de overleden slachtoffers één voor één afgeroepen werden. Deze handelswijze getuigde echter wel van respect voor de overleden slachtoffers. De namen van deze slachtoffers hadden echter eveneens op een bronzen gedenkplaat*



*kunnen gegript worden en opgehangen op een duidelijk zichtbare plaats waarnaar getroffen en steeds kunnen terugkeren.*

## **4. De expressie van emoties binnen het CRASH-model voor gemeenschapsinterventie na rampen**

### **4.1. Praten over de ramp**

Slachtoffers van traumatische gebeurtenissen worden geconfronteerd met twee verschillende dilemma's in hun poging om steeds terugkerende gevoelens en gedachten rond een ontwrichtende, traumatiserende ervaring de baas te worden. Het ene, intrapersonlijk, dilemma heeft betrekking op een intrapsychisch conflict tussen basisovertuigingen en de traumatiserende werkelijkheid waarmee deze in conflict staan (zie o.a. Horowitz, 1986). Het andere, interpersoonlijk, dilemma omvat de natuurlijke drang van de slachtoffers om te praten over de traumatiserende gebeurtenis tegenover de terughoudendheid van de luisteraar om de ervaringen van het slachtoffer te aanhoren. Deze beide dilemma's plaatsen de getroffen(e)n tussen tegenstrijdige neigingen om enerzijds persoonlijke gedachten en gevoelens bloot te geven doch anderzijds elke emotionele expressie te onderdrukken, vermits ze kan leiden tot persoonlijk ontwrichtende en sociaal nadelige onthullingen.

Zonder uitgebreid te willen terugkomen om de wijze waarop de psychologische debriefing in zijn meest verschillende varianten gevoerd wordt, kunnen we toch stellen dat telkens de reconstructie van het traumatiserend gebeuren erg belangrijk blijkt te zijn. Zoals reeds eerder aangehaald willen *primaire* en *secundaire* getroffen en – de slachtoffers en hun betekenisvolle anderen – in vele gevallen graag terug contact met de hulpverleners die hen gedurende en kort na het traumatisch gebeuren gered, geholpen en/of ondersteund hebben.

Om de trauma-getroffenen toe te laten het rampgebeuren te integreren in hun persoonlijk levensverhaal is het voor hen van belang te begrijpen van welk groter geheel ze deel uitgemaakt hebben. Hiertoe werd naar aanleiding van de Switelbrand een algemene bijeenkomst georganiseerd voor de getroffen en en alle hulpverleners die een rol vervuld hadden in de redding en hulpverlening. Deze bijeenkomst bestond uit een formeel gedeelte en een minder gestructureerd, eerder informeel, stuk waarbij de verschillende categorieën getroffen en met elkaar in interactie konden treden. De hoofddoelstellingen hierbij waren vooral de eerlijke en degelijke informatieverstrekking aan de getroffen en en het geven van een aanzet van psycho-educatie met betrekking tot de doorwerking van de ramp. Andere doelstellingen van een dergelijke bijeenkomst zijn het ventileren van de opgehoopte emoties en spanningen, de normalisatie en legitimatie van de optredende reacties en gevoelens, het bewerkstelligen van cognitieve herstructurering (negatieve cognities kunnen door het contact tussen getroffen en en hulpverleners vervangen worden door positievere cognities), het creëren van een - haast mythische - band onder 'lotgenoten' en de identificatie van getroffen en én hulpverleners met een verhoogd risico op verstoord doorwerking.

De algemene slachtofferbijeenkomst bevat aldus vooral de volgende componenten: 1) erkenning vanwege de autoriteiten; 2) ritueel ter herdenking; 3) informatie over psychologische doorwerking en psycho-educatie door legitimering en normalisering van de optredende reacties en symptomen; 4) informatie over de juridische-, administratieve- en

verzekeringsaspecten van de ramp; en, last but not least, 5) lotgenotencontact en ontmoeting tussen de verschillende categorieën getroffen (primaire, secundaire en tertiaire getroffen).

#### **4.2. De algemene slachtofferbijeenkomst voor SWITEL-getroffenen**

Ongeveer een maand na de Switelbrand werd er vanuit de Stad Antwerpen een algemene slachtofferbijeenkomst georganiseerd voor alle Switel-getroffenen. De aanzet hiertoe werd gegeven op een initiële coördinatievergadering in de gebouwen van de Politie Antwerpen. Deze slachtofferbijeenkomst zou de eerste in zijn soort zijn in België en kwam tot stand door de onderlinge coördinatie tussen de *Stad Antwerpen*, het *Centrum voor Crisis Psychologie*, de dienst *Slachtofferzorg* van de *Politie Antwerpen*, de *Dienst Dringende Sociale Interventie* van het *Rode Kruis Vlaanderen* en de *Centra van Hulp aan Slachtoffers*. België beschikte op dat ogenblik nog niet over een *psychosociaal rampenplan* zodat de betrokken dienst hoofdzakelijk op basis van de bestaande goodwill en vriendschap in onderling vertrouwen samenwerkten.

Alle Switel-getroffenen werden uitgenodigd in de zaal De Kern te Wilrijk op een algemene bijeenkomst met verschillende doelstellingen.

In een eerste deel kwamen verschillende sprekers aan bod. Vooreerst werd aan de aanwezigen, waarvan er velen in de Switel-feestzaal hadden gezeten, gezegd waar de nooduitgangen van de zaal waren met daarbij de vermelding dat alle nooddeuren openstonden én bemand waren. Het was immers voor vele aanwezigen niet evident om opnieuw met een paar honderd mensen samen te zitten – *opgesloten* – in een grote zaal met beperkte ontsnappingsruimte. Vervolgens werd er een ritueel moment gehouden ter herdenking van de overleden slachtoffers. De namen van de overledenen werden op ingetogen wijze voorgelezen vooraleer de vergadering echt startte. Dan kwam de – pas verkozen – Burgemeester van de Stad Antwerpen aan het woord aangezien dit de bron was van waaruit erkenning kon geboden worden in de richting van de slachtoffers. Andere sprekers hadden het in een twintigtal minuten respectievelijk over de verzekeringsaspecten (gebracht vanuit de *Unie van Beroepsverzekeraars*), de onmiddellijke emotionele doorwerking van zo'n traumatiserende ervaring (gebracht door de auteur van onderhavige tekst, toen als los stafmedewerker verbonden aan het *Centrum voor Crisis Psychologie*) voor de verschillende categorieën slachtoffers (hulpverleners werden op dat moment echter spijtig genoeg niet gezien als trauma-getroffenen) en de nazorg voor de getroffen in gedurende de maanden volgend op de ramp (gebracht vanuit de *Centra voor Hulp aan Slachtoffers*).

In een tweede – minder gestructureerd en informeel – deel kregen de getroffen slachtoffers en hun verwanten of betekenisvolle anderen de kans zich rechtstreeks tot de vertegenwoordigers van de autoriteiten, de hulpdiensten, het verzekeringswezen of de psychosociale hulpverlening te wenden. Heel wat slachtoffers vonden elkaar voor de eerste keer sedert de brand terug en herkenden zelfs politiemensen, brandweerlui of andere hulpverleners van hun eerste uur wat natuurlijk aanleiding gaf tot zeer emotionele taferelen. Velen waren immers op zoek naar hun hulpverleners van het eerste uur. De mensen die elkaar tijdens de ramp geholpen hadden, vielen in elkaars armen. Op zich was dit misschien de beste therapie die ze ooit zouden krijgen ...

*Ten eerste* gaf deze bijeenkomst de Switel-getroffenen de gelegenheid om opnieuw met andere getroffen tot een nauwkeurige reconstructie van wat er juist gebeurd was, alle stukjes van de puzzel van elke betrokkene bij elkaar leggen om zodoende tot een afgerond geheel te komen.

*Ten tweede* kregen de getroffen ook nogmaals de gelegenheid, in aanwezigheid van talrijke psychosociale intervenanten, hun emotionele reacties met betrekking tot de gebeurtenissen te ventileren en legitimering en normalisering voor de intensiteit van deze reacties te krijgen, onder andere na de verdeling van de eerste *trauma-leaflets*<sup>8</sup> die in België ooit verdeeld werden.

*Ten derde* kregen de Switel-getroffenen gedurende de algemene slachtofferbijeenkomst erkenning, steun, informatie en geruststelling.

*Ten vierde* was een belangrijke doelstelling van de algemene slachtofferbijeenkomst eveneens het initiëren van de eigen gezonde doorwerkingscapaciteiten bij de Switel-getroffenen; en het stimuleren of katalyseren van de zoektocht naar een nieuwe veiligheid en betrouwbaarheid (inclusief hun gevoel van voorspelbaarheid en controleerbaarheid) in de omgeving waarin ze leven en werken.

*Tenslotte* diende de algemene slachtofferbijeenkomst het gevoel van ‘onthechting’ bij de getroffen wegnemen door de onderlinge samenhang te onderstrepen en de contacten tussen de getroffen te bevorderen. Hierdoor werd ook de verbondenheid en gemeenschappelijkheid tussen de lotgenoten gestimuleerd én ook de sociale mantel van de getroffen zelf ondersteund.

Ons inziens liggen de gemiste kansen in de psychosociale nazorg vooral op het vlak van de langdurige ondersteuning. Terwijl de Centra voor Hulp aan Slachtoffers hun uiterste best hebben gedaan om nabesprekingen te organiseren voor de primaire en secundaire slachtoffers, kunnen we alleen maar vaststellen dat deze lange termijn nazorg nooit écht een succes geweest is. Zoals reeds gezegd bleven de tertiaire slachtoffers (de ordehandhavers en de hulpverleners) volledig in de kou staan. In het beste geval werden enkele lessen over schokervaringen georganiseerd.

Nooit is de initieel uitstekend gestarte psychosociale crisisopvang grondig verder gezet. Mogelijkheden de uitbouw van een *nazorgcentrum*, *psychosociaal trefpunt* of *city link house*, waar de Switel-getroffenen ook langere tijd na de ramp nog met hun vragen terecht konden, werden nooit verder geëxploreerd. In enkele ziekenhuizen werd veel energie geïnvesteerd in de psychosociale nazorg van de primaire en secundaire slachtoffers, maar nooit werd echt via een gemeenschapsinzet gewerkt naar posttraumatische reparatie en herstel van de diep geslagen emotionele wonden. Een belangrijke groep in elk rampengebeuren, de huisartsen, werden volledig buiten beschouwing gelaten. Voorts waren in die periode de ervaren crisis- of traumapsychologen in ons land op één hand te tellen zodat ook op het vlak van psychotherapeutische trauma-begeleiding heel wat verkeerd liep.

---

<sup>8</sup> Later door de auteur ervan herwerkt als *Handleiding voor de emotionele doorwerking van schokervaringen. Het hervinden van een levensevenwicht na een traumatisch keerpunt* (DE SOIR, 1996, MAKLU Uitgevers).

Wat een getroffen gemeenschap kan doen? Zowel de primaire, de secundaire als de tertiaire slachtoffers doen inzien dat het psychisch lijden na een ramp door een gemeenschap tevens kan gebruikt worden als motor achter de traumadoorwerking.

In een gemeenschap, waarin na de impact van een ramp diepe wonden geslagen zijn, kunnen mits een goede psychosociale begeleiding verdriet, pijn, angst, woede en intense gevoelens zinvolle katalysatoren zijn om tot een leefbare trauma-doorwerking te komen. Indien trauma-slachtoffers voortdurend het gevoel hebben er niet alleen voor te staan en ze hun gevoelens kunnen delen met min of meer gelijkgestemden, verdwijnen uiteindelijk ook de initiële gevoelens van abnormaliteit en komt er plaats voor solidariteit, aanvaarding en – op langere tijd – integratie. De identificatie van getroffenen die curatieve hulp (tertiaire preventie) nodig hebben, wordt gemakkelijker alsook de broodnodige wetenschappelijke follow-up van zowel de psychosociale impact van de ramp als de doeltreffendheid van hulpprogramma's (door de regelmatige activiteiten worden slachtoffers meer bereikbaar voor de onderzoekers van gespecialiseerde instituten). Psychosociale hulpverleners worden naar de getroffenen toe bekenden en de drempel naar de professionele hulpverlening wordt veel kleiner.

De psychosociale aanpak van de Switelbrand was echter de eerste echte gecoördineerde actie in die aard in België. Vele lessen werden uit deze ramp getrokken en inmiddels gebruikt, evenals de lessen uit andere rampen van het voorbije decennium, voor de verdere uitbouw van de (psychosociale) rampenplanning in België.

In elk rampgebeuren zijn echter velen geroepen, maar weinigen uitverkoren om op langere termijn écht hulp te blijven bieden. Heel wat *specialisten* zullen hun begeleidende activiteiten echter wel nog lange tijd *claimen* ... op wetenschappelijke studiedagen en congressen!

## 5. Besluit

We hebben getracht in bovenstaande tekst een beeld te creëren van een mogelijk raamwerk voor de psychosociale aanpak van calamiteiten en rampen, en dit op basis van de psychosociale matrix voor crisisopvang van verschillende soorten slachtoffers. De Switelbrand die plaatsvond gedurende het eindejaarsfeest in de aanloop naar de jaarovergang 1994-1995 werd als casusramp genomen voor de illustratie van de geboden theoretische inzichten en de waarheidsgetrouwe getuigenissen van getroffenen.

In een eerste deel hebben we uitvoerig stilgestaan bij de reacties van slachtoffers op emotioneel-schokkende gebeurtenissen met traumatisch potentieel. Het waarom van het traumatiserend vermogen van emotioneel-schokkende gebeurtenissen werd uitvoerig geïllustreerd aan de hand van trauma-belevingen van Switel-slachtoffers. In de tekst werd veel aandacht besteed aan de verschillende fasen in de beleving van deze slachtoffers aangezien dit het uitgangspunt zou moeten zijn voor de uitbouw van een breed opgezet psychosociaal rampenplan.

Uit dit gedeelte van de tekst blijkt duidelijk de verscheidenheid aan reacties en de moeilijkheid hierop in te spelen voor de verschillende categorieën getroffenen. De grootste valkuil lijkt inderdaad het ingrijpen op het juiste ogenblik, met de juiste interventietechniek en gedurende een voldoende lange periode teneinde chronificatie van de posttraumatische problemen en hiermee psychosociale trauma's te voorkomen. Er dient bovendien een duidelijk

onderscheid gemaakt te worden tussen enerzijds de directe getroffen en hun verwanten, en anderzijds de betrokken hulpverleners, ordehandhavers en andere getroffen actoren in het rampengebeuren.

De psychosociale hulpverlening bij rampen wordt gezien als een multidimensioneel probleem, waarbij een aantal principes (cf. de ONVEE-principes en de big five van de victimologie) moeten gerespecteerd worden teneinde de *duizend-stukken-puzzel* met succes aaneen te leggen, de ramp te kunnen doorwerken en tot integratie te kunnen komen. Met integratie bedoelden we het, op termijn, kunnen plaatsen en integreren van de ramp in de persoonlijke levensgeschiedenis. Hulp en opvang moeten op proactieve wijze aangeboden worden. Zowel de slachtoffers zélf als hun verwanten, en zelfs de betrokken hulpverleners, moeten in de vormgeving en uitvoering van de psychosociale hulp betrokken worden.

Als leidraad bij de planning en implementatie van de psychosociale hulpverlening werd gebruik gemaakt van de *psychosociale matrix* die primaire, secundaire en tertiaire slachtoffers koppelt aan primaire, secundaire en tertiaire preventie van psychosociale trauma's. Het geheel, namelijk het werken aan de hand van deze matrix met inachtneming van de **ONVEE-** en de **Big Five** principes, werd als aanpak inmiddels bekend onder de benaming **CRASH-model**.

Het opvullen van de verschillende cellen binnen het CRASH-model kan echter alleen gebeuren indien er tussen de verschillende terreinactoren voldoende coördinatie en coöperatie is, de partners optimaal met elkaar kunnen communiceren en er voldoende competentie is om de diverse categorieën getroffen in de verschillende rampenfasen – respectievelijk de acute fase, de fase van traumadoorwerking en de chronificatiefase – op te vangen en te begeleiden.

De teerlingen werden in ons land zo'n tien jaar geleden geworpen, het spel is echter nog steeds bezig...

## Geraadpleegde literatuur

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders III. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders III-R. Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

Bergman LH, Queen T. Critical Incident stress. Part 1. Fire Command, 1986: 52-6.

Christianson SA, Loftus EF. Some characteristics of people's traumatic memories. Bull Psychonom Society, 1990, 28: 195-8.

Cutler B, Penrod S, Martens T. The reliability of eyewitness identification. Law Hum Behav, 1987, II-233-58.

De Soir E, Niet gepubliceerde onderzoeksrapporten over schokervaringen bij de brandweer, Leopoldsburg, 1995, 1996; 1997.

- De Soir E, *Traumatische Stress en Politie*, Antwerpen/Apeldoorn, Maklu Uitgevers, 1997.
- De Soir E, *Handleiding voor de Emotionele Doorwerking van Schokervaringen*, Antwerpen/Apeldoorn, Maklu Uitgevers, 1997.
- De Soir E, *Op het netvlies gebrand ...! Traumatische stress bij hulpverleners*, Antwerpen/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000.
- Dunning C, Silva M. Disaster-induced trauma in rescue workers, *Victimology*, 1980, 5:287-97
- Easterbrook JA, The effect of emotion on cue utilization and the organisation of behavior, *Psychol Rev*, 1959; 66: 99-113
- Eysenck MW, *Attention and Arousal: Cognition and Performance*, Berlin: Springer-Verlag, 1982
- Figley CR, *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress in those who treat the traumatized*, New York, Brunner/Mazel Inc, 1995
- Griffin CA, Community disasters and posttraumatic stress disorder: a debriefing model for response. In: Williams T. (Ed). *Post-traumatic stress disorders: a handbook for clinicians*. Cincinnati: American Disabled Veterans Publication, 1987, 293-8
- Kassin SM, Ellsworth PC, Smith VL. The “general acceptance” of psychological research on eyewitness testimony: a survey of experts. *Am Psychol*, 1989, 44: 1089-98
- Kramer TH, Buckhout R, Fox P, Widman E, Tushe B. Effects of emotional arousal on free recall: anterograde amnesia. Paper presented at the Eastern Psychological Association Convention. Boston: MA, 1985
- Loftus EF, Loftus OR, Messo J. Some facts about “weapon focus”. *Lam Hum Behav*, 1987, II: 55-62.
- Maass A, Kohnken O. Eyewitness identification: Stimulating the “weapon effect”. *Law Hum Behav*, 1989, 13: 397-408
- Mitchell JT, *Emergency response to crisis: a crisis intervention guidebook of emergency service personnel*. Bowie, MD: RIBrady Co, 1981
- Mitchell JT, Everly GE. *Critical Incident Stress Debriefing: an Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation, 1993
- Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Forgetting and Reexperiencing Trauma: From Anesthesia to Pain. In Goodwin J, Attias R, *Splintered Reflections. Images of the Body in Trauma*, New York: Basic Books, 1999
- Raphaël B, *When disaster strikes*, New York: Basic Books, 1986
- Van der Hart O, Brown P, Graafland M, Trauma-induced dissociative amnesia in World War I combat soldiers, *Austral NZ Journal of Psychiatry*, 1999, 33: 37-46
- Wagner M, *Airline Disaster: a stress debriefing program for police*, *Police Stress*, 1979, 2: 16-20
- Yarmey M, Jones DR. Secondary disaster victims: the emotional impact of recovering and identifying human remains, *Am J Psychiatry*, 1985, 142: 303-7