TRAUMA OP DE WERKVLOER (DEEL 2)

Dit artikel wil stilstaan bij de basisbehoeften van de getroffenen van ingrijpende, potentieel traumatische gebeurtenissen op de werkvloer. De Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsyHBO) is gebaseerd op een correcte inschatting van de situatie en de 'ONVEE' principes die hieronder worden besproken.

Erik de Soir
Traumapsycholoog
Psychotherapeut

Psychosociale hulp aan de getroffenen

De hulp en opvang aan de verschillende categorieën getroffenen van een individuele of collectieve ingrijpende en potentieel traumatische gebeurtenis moet het resultaat zijn van een welafgewogen en kwalitatief proces aan de hand van hetwelk wordt ingeschat wie er op welke wijze getroffene is. De hulp en begeleiding kan bijgevolg worden uitgewerkt op maat van de getroffenen en hun betekenisvolle anderen (zoals familieleden). Spijtig genoeg bestaan hiervoor niet steeds de middelen en wordt soms aan de getroffenen slechts een éénmalige nabespreking aangeboden.

Indien mensen zich neerslachtig en droevig voelen, omdat ze als hulpverlener bijvoorbeeld net een kindje in hun handen voelden en zagen sterven, zullen hoofdzakelijk emotioneel geschokt, gedeprimeerd en met gevoelens van onmacht, schuld en verdriet reageren. In vele gevallen gaan ze zich zelfs identificeren met de getroffen ouders en/of familieleden. Maar, indien daarentegen mensen op het nippertje ontsnapten aan de dood, moesten lopen of vechten voor hun leven, er op hen werd geschoten, of ze met een mes op de keel werden verkracht, is het een heel andere zaak. Dan moet er natuurlijk een heel andere vorm van acute opvang voorzien worden.

In voorkomend geval moeten ze eerst apart benaderd worden of ter plaatse worden opvangen via de technieken van de **Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsyHBO)**. Pas veel later, eenmaal ze voldoende fysiek hersteld zijn, kunnen ze gaandeweg geholpen worden in het reconstrueren van het gebeuren en indien gewenst luisteren naar elkaars beleving om de volle impact van het gebeuren te begrijpen. Het bovenstaande illustreert de complexiteit van het uitwerken van psychosociale begeleiding op maat. Dit vergt opleiding en ervaring.

> *"Een direct (primair) getroffene gaat na een traumatische schok stilaan terug uit zijn tunnel komen en contact zoeken met de realiteit die hem omringt"*

Een volledige psychosociale crisisopvang na ingrijpende gebeurtenissen zou minstens moeten bestaan uit:

- onmiddellijke eerste psychologische hulp op de plaats van het gebeuren (**primaire preventie** van psychosociale restletsels);
- uitgestelde hulpverlening, gericht op het bespreekbaar maken van traumagerelateerde problemen, en waarbij de verschillende aspecten van de doorwerking aan bod komen (**secundaire preventie** van psychosociale restletsels);
- de curatieve hulpverlening, waarbij adequate hulpverlening naar gespecialiseerde professionele hulp essentieel is (**tertiaire preventie** van psychosociale restletsels).

Deze volledige aaneenschakeling van hulpverlenende activiteiten moet uiteindelijk gewaarborgd kunnen worden voor

de verschillende eerder genoemde categorieën van getroffenen: de primaire, de secundaire en de tertiaire getroffenen. Deze werkmethode is echter op lange termijn zeer arbeidsintensief, vereist een goede coördinatie en veronderstelt goed geoliede werkstructuren.

Contact met de getroffenen op de plaats van de gebeurtenis

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 traumagetroffenen heel kwetsbaar in de eerste momenten onmiddellijk na een schokkende gebeurtenis. Kort na de traumatische gebeurtenis zijn de primaire getroffenen ook erg vatbaar voor geruchten die 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. Na verloop van tijd en als de rust inmiddels wat teruggekeerd is, kunnen bepaalde 'verloren gewaande' elementen (die belangrijk zijn voor de correctheid en de volledigheid van het verhaal over het gebeuren) echter wel terug voor de geest gehaald worden in een veilige en geborgen context.

Een direct (primair) getroffene gaat na een traumatische schok stilaan terug uit zijn tunnel komen en contact zoeken met de realiteit die hem omringt. Hij gaat steeds dezelfde vragen stellen: Wat is me overkomen? Zit ik in een boze droom? Waar zijn de anderen? Hoe is het met hen? Hoe ga ik dit ooit te boven komen? Wie gaat al die schade betalen? Wat gaan ze thuis zeggen? ...

Basisbehoeften bij de getroffenen

Getroffenen van een ingrijpende gebeurtenis zullen onmiddellijk na het gebeuren in min of meerdere mate in shocktoestand verkeren (zie vorig artikel over de impact van schokkende gebeurtenissen in VN226). Tijdens 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 kinderen 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… - worden over het algemeen goed onthaald door de getroffene. Nochtans 'droogt' deze bijzondere toegankelijkheid bij de getroffene van een schokervaring ook weer erg snel terug 'op'.

Indien een hulpverlener er echter in slaagt de 'tunnel' van de getroffene weer open te laten gaan, zal hij of zij merken dat de getroffene op een bepaald ogenblik ook weer zijn of haar volledige psychische en fysieke ruimte zal innemen.

Materiële behoeften en psycho-emotionele ondersteuning

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, eten en drinken, geborgenheid, (menselijke) warmte, bescherming…

Behalve het fenomeen van tunnelervaring zijn er ook de minder spectaculaire vormen van nood aan informatie waaraan snel mogelijk aan tegemoet moet worden gekomen. 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?'*. Al te vaak worden die vragen op dat moment weggewimpeld door anderen als 'dingen die nu niet belangrijk zijn'. Dit is tegelijk ook het ogenblik waarop aan de getroffene 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 voor een hulpverlener van belang om met de traumagetroffene(n) opnieuw zo snel mogelijk in interactie te komen waardoor deze getroffenen terug een minimum van controle op de situatie gaan ervaren"*

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 getroffenen recht hebben, wordt aangereikt. Toch moet de verspreide informatie een optimale graad van zekerheid en éénduidigheid bevatten en vanuit één bron aangebracht worden.

Over gevoelens praten: het dubbele dilemma

Een getroffene, familielid of hulpverlener, geraakt door een traumatische schokervaring, staat voor twee dilemma's in zijn pogingen om de steeds terugkerende gevoelens en gedachten de baas te worden.

Het ene dilemma is persoonlijk van aard: het is alsof je door de traumatische ervaring abrupt uit een soort roes ontwaakt. Je leven, dat reeds enige tijd een routine leek te

worden, is plots niet meer zo vanzelfsprekend. Je zit plots opgescheept met een intern conflict tussen enerzijds je basisovertuigingen, die je nodig hebt om te kunnen leven, en anderzijds de traumatische werkelijkheid waarin je bruusk ondergedompeld werd. Je gelooft niet dat dit ook jou overkomen is. Je herstelt slechts langzaam, maar sommige illusies ben je voorgoed kwijt.

Het andere dilemma speelt zich af tussen jou en de anderen; je collega's, je chefs, je familie, je vrienden... Aan de ene kant voel je een natuurlijke drang om te praten, en te blijven praten, over de traumatische gebeurtenis in kwestie, en dit is ook gezond. Aan de andere kant word je, zeker naarmate de tijd voortschrijdt, steeds meer geconfronteerd met de terughoudendheid van anderen - voornamelijk niet-betrokkenen 'kandidaat-luisteraars' - om je verhaal te aanhoren.

Door beide dilemma's zit je als getroffene uiteindelijk met een groot vraagteken: praat je over je persoonlijke gedachten en gevoelens, en deel je je ervaringen met anderen, hierbij het risico lopend je enigszins bloot te geven, of onderdruk je de expressie van je beleving, om de nadelige en persoonlijk ontwrichtende gevolgen te vermijden.

> *"De opvang van getroffenen van een ingrijpende, potentieel traumatiserende gebeurtenis volgens de principes van EPsyHBO kan fixatie van restletsels op langere termijn voorkomen"*

Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsyHBO)

Contactname met de getroffenen op de plaats van het gebeuren

De acute fase van een traumatische gebeurtenis duurt meestal maar enkele seconden tot maximaal enkele uren. In sommige gevallen zal een getroffene echter tussen de 24 en de 48 uur nodig hebben vooraleer volledig te 'ontwaken' uit zijn 'tunnel', de vernauwde beleving waardoor het organisme hem wilde beschermde tegen de (té) vernietigende indrukken die hij anders waarschijnlijk niet zou aankunnen.

Langzaamaan zal hij echter uit die tunnel ontwaken en terug de realiteit beginnen toetsen aan de hand van de hierboven beschreven vragen. In feite betekent dit een stapsgewijze en gedoseerde strategie van verwerking. Eenmaal het shockmechanisme geactiveerd werd, komt de getroffene slechts zeer geleidelijk uit zijn 'traumatische roes', de tunnel waarin hij vastzat, en waar bijna geen info meer in of uit kon. Stukje bij beetje dringt de gruwel van de realiteit door. Vooral indien het om een psychische shock ging waardoor de getroffenen ofwel extreem geagiteerd en hevig reageerde, ofwel volledig dichtklapte, is deze dosisgerichte en stapsgewijze benadering van groot belang. Het komt er immers op neer om niet opnieuw overspoeld te raken door juist die gewaarwordingen die in een 'traumatische roes' deden terechtkomen.

Als hulpverlener komt het er dus op aan een 'toegangspoort' te vinden. Het is voor een hulpverlener van belang om met de traumagetroffene(n) opnieuw zo snel mogelijk in interactie te komen waardoor deze getroffenen terug een minimum van controle op de situatie gaan ervaren. Wat een hulpverlener op dat ogenblik zegt is heel belangrijk.

#wistjedatje

› Deel 1 van dit artikel verscheen in de vorige editie van Veiligheidsnieuws (VN226).

De ONVEE-principes als leidraad

De ONVEE principes zijn vijf principes die aan bod komen in de EPsyHBO.

Onmiddellijkheid

De bedoeling van de Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsyHBO) is dat de hulpverlener zo snel mogelijk, zoniet onmiddellijk, ingrijpt om de kansen op een spoedig herstel bij de getroffene(n) gaaf te houden of kracht bij te zetten. Via een onmiddellijke ondersteuning tracht hij de gezonde copingmechanismen van de getroffene te ondersteunen of te helpen op gang brengen en te vermijden dat de getroffene zich vastwerkt in negatieve of rampzalige interpretaties. Indien mensen door de aard van de gebeurtenis of het gevaar dat ze hebben meegemaakt nog in een spiraal van lichamelijke activatie zitten, moet er onmiddellijk worden ingezet op kalmte, rust en geborgenheid. Het brein is in alarm en moet terug tot rust worden gebracht. De prefrontale cortex of het mensenbrein moet terug de bovenhand krijgen op het reptielen- en het zoogdieren brein zodat er ruimte komt voor interactie en rationaliteit.

Nabijheid

Het begrip nabijheid vertoont twee componenten; respectievelijk de geografische nabijheid en de sociale nabijheid. De ondersteuning begint best reeds op de plaats van de interventie, terwijl de beleving nog vers in het geheugen gegrift is en de band tussen alle betrokkenen nog sterk is zodat ze elkaar als lotgenoten aanvoelen.

Uit de praktijk blijkt dat er van de plaats waarop de traumatische gebeurtenis plaatsgevonden heeft vaak een soort mythische aantrekking uitgaat, die op zich ook erg dubbel is. Enerzijds willen de getroffenen er terug heen - al was het maar omdat getroffenen voelen dat dit hen kan helpen om enkele bijkomende puzzelstukjes terug te vinden en ze willen bewijzen dat ze het kùnnen

- maar anderzijds is het een plaats die ze als de pest mijden, zeker kort na de potentieel traumatiserende of traumatogene gebeurtenis. In sommige gevallen zal de 'psychische ontsmetting' van deze plek zelfs een therapeutisch doel in het hele verwerkingsproces zijn. Het bezoek van de plaats van het gebeuren is soms de aanleiding voor een bijkomende emotionele ontlading die je traumadoorwerking positief kan beïnvloeden op voorwaarde dat er zich toch al een proces van emotionele ontlading voorgedaan heeft.

Met de tweede component van het begrip nabijheid wordt de sociale nabijheid onder lotgenoten bedoeld (indien het gaat om een collectief beleefde traumatische ervaring). Het zijn deze lotgenoten, namelijk diegenen die het traumatogeen gebeuren samen meemaakten, die het échte recht tot meespreken hebben. Ze verkrijgen door hun status als lotgenoot de geprivilegieerde rol van gesprekspartner. Deze lotgenoten fungeren onder elkaar, gedurende de besprekingen van onderlinge ervaringen, als 'model'. Buitenstaanders fungeren in dit soort groepen hoogstens als klankbord. Een 'professional' van buitenaf, pratend vanuit alleen een technische opleiding als psychiater, psycholoog of psychotherapeut, zal het veel moeilijker hebben om vanwege de getroffenen een werkbaar mandaat te verkrijgen. Een mandaat, als toelating om te doen, dat de krijtlijnen uitstippelt waarbinnen de opvang kan en mag gebeuren.

In werkelijkheid betekent de 'nabijheid' in sociale verwoordingen het optimum tussen de plaats van het ongeval en de natuurlijke hulp waarop de getroffene beroep kan doen.

Verwachtingen

Het is cruciaal om in de opvang van de traumagetroffene, onmiddellijk te kunnen inschatten of de betrokkene normaal reageert op een abnormale gebeurtenis. 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 vanuit de invalshoek van de verwachtingen, en het bovenstaande indachtig, belangrijk om aan de betrokkenen uit te leggen waaraan ze zich kunnen verwachten in de doorwerking van een traumatische ervaring.

Uitgaande hiervan moet het eveneens duidelijk zijn dat de traumagetroffene niet ziek is, noch pillen nodig heeft. In de eerste fase na een traumatogene ervaring moet de betrokkene zich dan ook niet als een patiënt gedragen. Het is veel beter dat de traumagetroffene dan ook de raad krijgt om snel terug de normale gang van het leven op te nemen, hoe moeilijk dit ook is; het is belangrijk te blijven werken, onder de mensen te blijven komen en over je ervaring te blijven praten. Belangrijk in dit alles is om tegenover de getroffene de houding aan te nemen van: 'Jij zàl terug herstellen en het gebeurde verwerken'.

Eenvoud

In deze context wordt vaak het KISS-principe genoemd: Keep It Simple & Stupid! Hoe simpeler en pretentielozer de aanpak, hoe efficiënter de hulpverlening.

Het probleem is dat alleen het vaak heel wat moeite kost om gewone, eenvoudige gebaren van ondersteuning te stellen. Gewoon een hele tijd naar iemand luisteren is soms al een hele opdracht. Vooral in de eerste 24 uur na de traumatische gebeurtenis wil eenvoud zeggen: mensen durven aanraken, omarmen, omhelzen, een sigaret (of bij kinderen wat snoep of een beertje) aanbieden, er gewoon zijn, tijd maken…

Eenheid en eenduidigheid

In de eerste ogenblikken na een traumatische gebeurtenis is er vaak een overaanbod van hulp en bijstand. Eenieder wil zich met de getroffenen bezighouden vanuit de eigen invalshoek, de eigen opinie over hulpverlening aan getroffenen, de eigen rol, functie of opleiding. Dit maakt de initiële chaos en verwarring er voor de getroffenen alleen maar groter op. Het is bijgevolg belangrijk dat om er mee over te waken dat slechts één persoon, organisatie of ploeg zich van begin af aan met de aanpak en organisatie van de nazorg bezighoudt.

Een traumatogene gebeurtenis werkt op zich reeds ontwrichtend en verwarrend bij de getroffenen en moet bijgevolg op een gestructureerde en eenduidige manier worden aangepakt, liefst volgens een daartoe voorziene standaardprocedure of vooraf bepaald draaiboek.

In de eerste dagen na een ingrijpende gebeurtenis wil iedereen van alles doen, en soms liefst zoveel mogelijk in beeld komen. Een paar dagen later kan het aantal 'traumaspecialisten' vaak nog op de vingers van één hand worden geteld; ze zijn dan intussen weer overgegaan 'tot de orde van de dag', zoals dat heet. Voor vele traumagetroffenen begint het dan nog maar echt goed.

> *"You never get a second chance to provide a first psychological aid"*

Conclusie

De opvang van getroffenen van een ingrijpende, potentieel traumatiserende gebeurtenis volgens de principes van EPsyHBO kan fixatie van restletsels op langere termijn voorkomen. Bedrijven of organisaties die hiermee worden geconfronteerd kunnen er dus best voor opteren op hun personeel een gepaste training EPsyHBO te geven en/of een eigen intern opvang team uit te bouwen.

Het is overigens in de eerste ogenblikken na een ingrijpende gebeurtenis dat vaak de grootste fouten worden gemaakt. 'You never get a second chance to provide a first psychological aid' is in die context een grote waarheid. ◆