

Zorgzaam omgaan met de getroffen en van brandrampen.

Erik de Soir, PhD, PhD.

Traumapsycholoog, Brandweerpsycholoog

Deze tekst is bedoeld voor hulpverleners en beleidsmakers die werken met overlevenden van brandrampen en hun familieleden. Elk onderdeel mag vrij gebruikt worden mits duidelijke en juiste bronvermelding.

Brandrampen vormen een van de meest ingrijpende calamiteiten waarmee mensen en samenlevingen geconfronteerd kunnen worden. Ze veroorzaken niet alleen acute lichamelijke letsels, maar leiden ook tot diepgaande psychologische, relationele en existentiële ontwrichting bij zowel de rechtstreeks getroffen als hun familieleden.

Sedert de Switelbrand van 1994-1995 begeleidde ik als traumapsycholoog een aantal overlevenden van brandrampen. In wat volgt, laat ik drie bondige getuigenissen aan bod komen van respectievelijk: L.H. die de Switelbrand (jaarovergang 1994-1995) overleefde, C.L. die de cafébrand in Volendam (jaarovergang 2000-2001) overleefde en S.D. die zijn overleving tijdens de technologische ramp van Ghislengien (2004) beschrijft.

Deze getuigenissen tonen op een indringende en complementaire wijze hoe deze gevolgen zich ontwikkelen in de tijd en welke implicaties dit heeft voor hulpverlening, beleid en opleiding .

In de **acute fase**, onmiddellijk na de brand of explosie, functioneren getroffen vrijwel uitsluitend in een overlevingsmodus. Het handelen is automatisch, reflexmatig en nauwelijks gestuurd door bewuste reflectie. Zowel bij L.H. (Switelbrand) als bij S.D. (Ghislengien) zien we duidelijke tekenen van peritraumatische dissociatie: fragmentatie van het bewustzijn, vervormde tijdsbeleving, een vernauwd aandachtsveld en handelen op basis van primitieve actiepatronen zoals vluchten, kruipen of zoeken naar verkoeling. Cognitieve verwerking van wat zich afspeelt, is in deze fase nauwelijks mogelijk. Dit verklaart waarom slachtoffers soms ogenschijnlijk onaangepast reageren op hun situatie, bijvoorbeeld door euforie, emotionele afvlakking of het minimaliseren van hun letsels, terwijl ze in werkelijkheid in shock verkeren.

L.H. - Overlevende van de Switelbrand (1994–1995)

“Ik was muziek aan het maken. Dat is misschien het vreemdste: ik stond op een podium, met licht, klank en mensen die lachten. Het nieuwe jaar was nog maar net begonnen. Alles voelde veilig. Te veilig, achteraf bekeken.

Plots was er licht, maar niet het soort licht dat je kent. Het was geen vuur in het begin, eerder een beweging. Een steekvlam die door de zaal leek te lopen. Ik hoorde knallen. Daarna viel het licht uit. Wat bleef was geur: rook, iets zoets en iets metaalachtigs. Later zou ik weten dat het de geur van verbrand vlees was.

Vanaf dat moment was er geen denken meer. Alleen bewegen. Mijn benen namen het over. Ik weet niet waarom ik niet met de massa naar de uitgang ging. Ik liep een andere kant op. Ik heb me dat jarenlang afgevraagd, maar er was geen keuze. Het gebeurde gewoon.

Ik kwam in een kleine ruimte terecht. Donker. Warm. Ik tastte langs muren, voelde kasten, potten, iets dat omviel. Ik ben op de grond gaan zitten. Dat herinner ik me nog heel scherp. Ik dacht: dit is het. Ik ga hier sterven. En terwijl ik dat dacht, zag ik mijn leven voorbijgaan. Niet als een film, eerder als losse beelden. Mijn ouders. Een zomerdag. Muziek.

En dan was er plots nog energie. Eén laatste golf. Ik stond recht, stormde vooruit en voelde een deur. Buiten. Koude lucht. Sirenes. Mensen die riepen. Ik stond daar, alsof ik uit een andere wereld was teruggekeerd.

Pas toen begon de pijn. Eerst tintelingen, dan branden, dan iets dat ik niet meer kan beschrijven. Mijn huid hing los. Mensen zeiden dat ik moest gaan zitten. Iemand legde een jas rond mij. Ik vroeg waar mijn vrienden waren, maar niemand gaf antwoord.

In het ziekenhuis zei ik dat het wel ging. Ik lachte zelfs. De artsen keken me vreemd aan. Pas later begreep ik dat ik in shock was. Ik dacht dat het voorbij was, maar eigenlijk begon het toen pas.

De maanden daarna waren een waas van operaties, verbandwissels en nachten zonder slaap. Maar het moeilijkste kwam later. Toen iedereen weer verderging. Toen de pers weg was. Toen de gesprekken stopten.

Wat me overeind hield, was mijn huisarts. Hij kende mij van vroeger. Hij vroeg niet alleen hoe het met mijn wonden ging, maar ook hoe het met mij ging. Soms zei hij niets. Soms zei hij: “Dit is normaal na wat jij hebt meegemaakt.” Dat ene zinnetje heeft mij vaker gered dan eender welke medicatie.

Ik ben nooit meer dezelfde geworden. Maar ik ben er nog. En dat is geen evidentie. Dat heb ik geleerd.”

C.L. - Overlevende van de cafébrand in Volendam (2000–2001)

“Het was net na middernacht. Iedereen was vrolijk, dicht op elkaar; damp in de lucht. Ik weet nog dat ik dacht: straks ga ik even naar buiten, frisse lucht. Dat moment is er nooit gekomen.

Toen het vuur uitbrak, snapte ik eerst niet wat ik zag. Het plafond leek ineens te bewegen. Mensen begonnen te duwen. Ik voelde hitte, alsof mijn huid niet meer van mij was. Ik herinner me vooral geluid: geschreeuw, glas dat breekt, iemand die mijn naam roept. Daarna is alles een waas.

In het ziekenhuis zei ik tegen mijn ouders dat het wel meeviel. Ik lachte zelfs. Mijn handen lagen in verband, mijn gezicht voelde strak, maar ik dacht: ik leef, dus zwijgen we hierover. Pas weken later, toen ik thuiskwam, begon het echte gevecht.

Ik durfde geen cafés meer binnen. Zelfs verjaardagen waren te druk. Mijn vrienden gingen door met hun leven. Ik bleef achter. Iedereen zei dat ik “sterk” was. Maar 's nachts zag ik weer het plafond branden.

Wat me gered heeft, was niet één therapie of één gesprek. Het was mijn huisarts, die me al kende van vroeger. Die wist wanneer hij moest zwijgen en wanneer hij moest doorvragen. Die bleef, ook toen de aandacht weg was.

Ik ben nooit meer dezelfde geworden. Maar ik leef. En langzaam heb ik geleerd dat dat genoeg mag zijn.”

S.D. - Overlevende van de ramp van Ghislenghien (30 juli 2004)

(geschreven als een afdaling in de hel in tien stappen)

“Ik noem het geen herinnering. Het is een tocht. Een tocht die ik telkens opnieuw moet afleggen. Op momenten dat de herbeleving van wat er zich die dag afspeelde weer even de bovenhand haalt”.

Stap 1 – De schok

Er was een geluid. Niet luid, maar allesoverheersend. Ik wist meteen: dit klopt niet. Mijn lichaam was sneller dan mijn hoofd. Ik rende.

Stap 2 – De hitte

De warmte was geen warmte. Het was een aanval. Alsof mijn hele lichaam tegelijk werd geslagen. Ik schreeuwde, maar hoorde mezelf niet.

Stap 3 – De onmacht

Ik wist niet wat ons aanviel. Het had geen vorm. Geen gezicht. Alleen pijn. Ik begreep: hier ga ik niet tegen winnen.

Stap 4 – De verstijving

Ik lag op de grond. De aarde was koeler. Ik rolde. Dat ging vanzelf. Ik dacht niet: dit helpt. Mijn lichaam deed het.

Stap 5 – De hel

Ik zag mensen branden. Ik hoorde geluiden die niet menselijk meer waren. Ik wist: dit is wat de dood is.

Stap 6 – De keuze

Ik probeerde iemand te helpen. Ik voelde zijn huid loskomen in mijn handen. Ik moest kiezen. Ik heb gekozen voor mezelf. Die keuze draag ik nog elke dag mee.

Stap 7 – De redding

Ik geraakte weg. Niet gered, eerder losgelaten door de hel. Mijn lichaam trilde. Ik wist dat ik leefde, maar begreep niet hoe.

Stap 8 – Het lijden

In het ziekenhuis begon de pijn echt. De geur. De geluiden. De andere lichamen. Ik dacht dat ik in de onderwereld was beland.

Stap 9 – De rouw

Ik rouwde om wie ik was geweest. Om mijn lichaam. Om de man die ik had moeten achterlaten. Om het leven dat voorbij was.

Stap 10 – De terugkeer

Ik ben teruggekeerd, maar niet als dezelfde. Ik heb geleerd dat overleven geen overwinning is. Het is een opdracht.

Wat mij geholpen heeft, waren mensen die niet probeerden te verklaren of te genezen. Mensen die bleven. Mijn huisarts. Enkele collega's. Lotgenoten.

Ik ben teruggekeerd uit het rijk van Hades, God van de onderwereld en de doden. Maar een deel van mij is daar gebleven.”

Parallel hiermee bevinden **familieleden** zich in een eigen acute crisis. Zij worden geconfronteerd met onzekerheid, gebrekkige of tegenstrijdige informatie, angst voor verlies en een gevoel van totale machteloosheid. De praktijkanalyse van de Switelbrand toont hoe deze ongecontroleerde toestroom van emoties en vragen aanvankelijk zelfs de medische zorg dreigde

te ondermijnen, wat het belang onderstreept van een gestructureerde psychosociale opvang die niet alleen gericht is op slachtoffers, maar expliciet ook op hun naasten.

In de **dagen en weken na de ramp** verschuift de problematiek naar een fase van vroege verwerking en stabilisatie. Een terugkerend en cruciaal element in alle bronnen is de noodzaak voor slachtoffers om hun ontsnappings- en overlevingsverhaal herhaaldelijk te kunnen vertellen. Voor L.H. en C.L. betekende het uren- en dagenlang kunnen reconstrueren van hun ervaring een wezenlijk onderdeel van hun herstel. Ook bij S.D. wordt dit proces beschreven als een noodzakelijke stap om de “afdaling in de hel” mentaal te kunnen beëindigen en opnieuw aansluiting te vinden bij het leven. Dit vertellen is geen vrijblijvende ventilatie, maar een essentieel mechanisme om gefragmenteerde herinneringen te ordenen, betekenis te geven aan het gebeurde en opnieuw een gevoel van controle en identiteit te verwerven. Het is zelfs zo dat overlevenden van andere rampen, die hiervan ook vaak jarenlang werden weggehouden door hulpverleners die hen in het hier en nu trachten te houden om hen niet te ‘hertraumatiseren’, dat onder mijn begeleiding soms nog meer dan tien jaar na de ramp vormgeven. Soms zelfs met behulp van hun hulpverleners van het eerste uur die ik hiervoor terug inschakel.

Tegelijkertijd komen in deze fase diepere emotionele thema’s naar boven, zoals overlevingsschuld, schaamte over gedrag tijdens de vlucht en morele verwonding door keuzes die in extreme omstandigheden moesten worden gemaakt, bijvoorbeeld het achterlaten van anderen. Deze ervaringen overstijgen de klassieke symptoomomschrijving van posttraumatische stress en raken aan existentiële vragen over leven, dood en verantwoordelijkheid. Familieleden doorlopen intussen een eigen verwerkingsproces, waarin zij niet alleen angst en rouw dragen, maar ook moeten leren omgaan met een slachtoffer dat fysiek en psychisch veranderd is. De Switelervaring toont aan dat het negeren van deze familiale dimensie het herstelproces ernstig kan bemoeilijken. Ook slachtoffers kampen met de angst dat ze door de opgelopen verwondingen niet meer aantrekkelijk genoeg zullen zijn om van te houden of geen menswaardig leven meer zullen kunnen leiden.

Op **lange termijn**, maanden tot jaren na de ramp, worden de blijvende gevolgen zichtbaar. Brandrampen gaan vaak gepaard met chronische restletsels: littekens, functieverlies, blijvende pijn en beroepsbeperkingen. Bij L.H. leidde dit onder meer tot het verlies van zijn professionele muzikale carrière, langdurige werkonbekwaamheid en blijvende invaliditeit. Deze lichamelijke beperkingen versterken vaak de psychologische impact, met klachten zoals vermijdingsgedrag, hyperwaakzaamheid, angst voor drukke of afgesloten ruimtes en herhaalde herbelevingen. Bij S.D. wordt dit proces treffend beschreven als een progressief trauma: het psychisch lijden verdiept zich naarmate het besef groeit dat de schade onomkeerbaar is en het vroegere leven definitief voorbij.

Toch tonen de getuigenissen ook dat **posttraumatische groei** mogelijk is. Sommige getroffen personen ontwikkelen, vaak na een langdurig en pijnlijk proces, een hernieuwde waardering voor het leven, een sterker gevoel van zingeving en een engagement voor lotgenoten. L.H. beschrijft zichzelf uiteindelijk als een “gelukkig man”, ondanks zware verliezen, waarbij hij expliciet het belang benadrukt van langdurige, coherente en deskundige psychosociale ondersteuning.

Deze inzichten leiden tot belangrijke **implicaties voor hulpverleners, beleid en opleiding**. Ten eerste maken ze duidelijk dat psychosociale zorg bij brandrampen geen optionele aanvulling is op medische zorg, maar een integraal en noodzakelijk onderdeel ervan. Er is nood aan een duidelijke, gedeelde **visie op good practice**, die in alle ziekenhuizen en zorginstellingen op een vergelijkbare wijze wordt toegepast. Deze visie moet aandacht hebben voor de acute fase, de langdurige opvolging, de rol van familieleden en de noodzaak van continuïteit in de zorg.

Daarnaast is **wetenschappelijke opvolging en evaluatie** van alle hulpverlenende initiatieven essentieel. Zonder systematische monitoring blijft onduidelijk welke – als helpende bedoelde - interventies daadwerkelijk bijdragen aan herstel en welke mogelijk onbedoelde schade veroorzaken. De ervaring leert immers dat goedbedoelde maar kortstondige, te weinig of ongecoördineerde initiatieven slachtoffers opnieuw in de kou kunnen zetten wanneer ze verdwijnen, wat het gevoel van verlatenheid en onveiligheid versterkt.

Hierbij sluit ook de noodzaak aan om alle **spontane hulpinitiatieven vanuit de bevolking** te bundelen en verplicht te laten aansturen door de overheid. Rampen roepen vaak een golf van solidariteit op, maar zonder centrale coördinatie ontstaat al snel een wildgroei van initiatieven die elkaar overlappen, elkaar tegenwerken of na korte tijd wegvallen. Dit kan leiden tot inefficiëntie en zelfs tot bijkomende schade voor getroffenenen. Overheidssturing is daarom geen beperking van solidariteit, maar een voorwaarde om die solidariteit duurzaam en effectief te maken.

Tot slot toont de Ghislenghienramp (De Soir, 2015) overtuigend aan dat getroffenenen vaak het meest tevreden zijn over hulp die **dicht bij hun leefwereld staat**. Hulpverleners uit de eigen kring, zoals de huisarts, blijken een cruciale en stabiele rol te spelen. Zij bieden continuïteit, vertrouwen en herkenbaarheid, en vormen vaak het ankerpunt wanneer andere structuren tijdelijk of projectmatig zijn. Een toekomstgericht beleid zou deze eerstelijnsactoren dan ook expliciet moeten integreren in rampenplannen en psychosociale zorgmodellen. Professionele hulp en supervisie kan zich dan best richten op het ondersteunen van deze natuurlijke hulp.

Samenvattend leren deze ervaringen dat omgaan met de gevolgen van brandrampen vraagt om een langetermijnvisie, gedragen door wetenschap, beleid en praktijk, waarin coördinatie, continuïteit en menselijkheid centraal staan. Alleen zo kan worden vermeden dat getroffenenen, na de initiële golf van aandacht en hulp, opnieuw alleen achterblijven met hun letsels en hun verhaal.

Referenties

De Soir, E. (2015). *Trauma in the Wake of Technological Disaster: The Ghislenghien Disaster*. Maklu: Antwerpen-Apeldoorn.

De Soir, E. (2023). *Opvang van mensen in nood. Crisisopvang bij trauma*. XOD: Balen.

FICHE 1 – Aanbevelingen voor BELEID

1. Ontwikkel een nationale visie op *good practice*

- Ontwikkel één **uniform, evidence-based psychosociaal zorgmodel** voor rampen en brandincidenten.
- Zorg ervoor dat deze visie **verplicht** wordt toegepast in ziekenhuizen, eerstelijnszorg, brandwondencentra en psychosociale noodstructuren.
- Vermijd projectmatige en tijdelijke aanpakken zonder opvolging.

2. Veranker psychosociale zorg structureel

- Psychosociale opvang is **geen bijkomstigheid**, maar een **essentiële zorgcomponent**, net als chirurgie en intensieve zorg.
- Voorzie **langdurige financiering**, minstens over meerdere jaren.
- Vermijd abrupte stopzetting van initiatieven: discontinuïteit veroorzaakt secundaire traumatisering.

3. Centrale regie over alle hulpinitiatieven

- Bundel alle spontane hulpinitiatieven (burgerinitiatieven, vrijwilligers, verenigingen).
- Maak **overheidscoördinatie verplicht**: registratie, afstemming, kwaliteitsbewaking.
- Voorkom wildgroei en concurrentie tussen initiatieven.

4. Investeer in wetenschappelijke opvolging

- Verplicht: systematische monitoring, longitudinaal onderzoek en effectevaluatie van interventies
- Gebruik deze data om beleid en praktijk continu bij te sturen.

5. Veranker de rol van eerstelijnszorg

- Integreer huisartsen structureel in rampenplannen.
- Voorzie hen van: specifieke opleiding in psychotrauma, duidelijke communicatiekanalen en toegang tot gespecialiseerde netwerken
- Erken dat hulpverleners uit de “eigen kring” vaak als meest betrouwbaar worden ervaren en voorzie extra ondersteuning voor dit netwerk.

FICHE 2 – Aanbevelingen voor HULPVERLENERS

1. Begrijp trauma als een proces in de tijd

- Trauma stopt niet na ontslag uit het ziekenhuis. Trauma begint vaak pas goed als eenmaal de euforie van het overleven overstegen wordt door secundair leed.
- Wees alert voor: progressieve traumatisering, late klachten en terugvalmomenten (herdenkingen, media-aandacht of bij het wegvallen hiervan).

2. Respecteer peritraumatische reacties

- Schijnbaar onaangepast gedrag (euforie, ontkenning) is vaak **neurobiologisch verklaarbaar**.
- Vermijd pathologisering in de acute fase en zorg dat overlevingsgedrag voldoende juist begrepen en ook uitgelegd wordt (aan slachtoffers en nabestaanden).
- Focus op: veiligheid, stabilisatie en eenvoudige, heldere communicatie.

3. Faciliteer het vertellen van het verhaal

- Geef ruimte aan herhaling van het ontsnappingsverhaal.
- Onderbreek niet te snel. Laat het verhaal gebaard worden met de nodige emoties.
- Besef: vertellen = ordenen = herstel.

4. Betrek familie systematisch

- Familieleden zijn **mede-getroffen**.
- Voorzie: aparte opvangmomenten, duidelijke informatie en voordurende ondersteuning bij langdurige zorglast.

5. Werk interdisciplinair en gecoördineerd

- Vermijd versnippering van zorg.
- Stem af tussen: medische-, psychologische-, sociale- en eerstelijnsactoren

6. Zorg ook voor jezelf

- Confrontatie met zware brandletsels en existentiële wanhoop vraagt: supervisie, intervisie en psychologische ondersteuning van hulpverleners.
- Zorg voor momenten van zelfzorg en decompressie.

FICHE 3 – Aanbevelingen voor FAMILIELEDEN

1. Begrijp dat gedrag kan veranderen

- Prikkelbaarheid, terugtrekking of angst zijn vaak **normale reacties op abnormale gebeurtenissen**.
- Neem dit niet persoonlijk. Het terug onder controle krijgen van de emotionele huishouding is een langdurig en gefragmenteerd proces.

2. Wees aanwezig, niet oplossingsgericht

- Je hoeft niets “te fixen”. Blijf geduldig aanwezig.
- Luisteren is vaak belangrijker dan advies geven.

3. Respecteer het tempo van herstel

- Verwacht geen lineaire vooruitgang.
- Terugval betekent geen mislukking.

4. Zorg ook voor jezelf

- Schuldgevoelens (“ik mag niet klagen”) zijn contraproductief.
- Vraag tijdig ondersteuning.

5. Hou vast aan vertrouwde hulpverleners

- De huisarts kan een belangrijke brugfiguur zijn.
- Continuïteit en vertrouwen zijn cruciaal.