

1

EMDR en vroege interventieprotocollen

Sjef Berendsen en Ad de Jongh

Inleiding

Een supermarktafzetter wordt onder bedreiging van een vuurwapen gedwongen om geld aan een overvaller af te geven. Een agressieve reiziger in het openbaar vervoer mishandelt een conducteur en bedreigt hem met de dood. Een bouwvakker wordt geconfronteerd met het overlijden van een collega na het ineenstorten van een steiger.

Door een schokkende gebeurtenis wordt in één keer de vanzelfsprekendheid van het bestaan, en daarmee ook de vermeende voorspelbaarheid ervan, tenietgedaan. Normale overtuigingen ('ik ben veilig', 'mensen zijn betrouwbaar', 'dit wordt een gewone werkdag'), vanzelfsprekende gedragspatronen (mensen open tegemoet treden) en gebruikelijke emotionele reacties (lekker aan het werk zijn) zijn plotseling niet meer van toepassing. Weliswaar weten we dat allerlei schokkende gebeurtenissen ons kunnen treffen, maar we houden daar in ons dagelijks doen en denken nauwelijks rekening mee: ons zal zo iets immers niet overkomen. Een schokkende gebeurtenis ontwricht – op zijn minst tijdelijk – dit impliciete idee van onkwetsbaarheid. Plotseling voelen we ons kwetsbaar en hebben we het gevoel dat elk moment het gevaar opnieuw kan toeslaan.

Schokkende gebeurtenissen, zoals hiervoor beschreven, confronteren ons met onze machteloosheid. De illusie dat we ons leven onder controle hebben, wordt even volkomen onderuitgehaald. Hierdoor kan in het uiterste geval ons zelfbeeld beschadigd raken ('ik kon niets, ik kan nog steeds niets en ik ben niets'). Bij daden van anderen (gewelddelicten, overvallen) reduceert dit type gebeurtenissen het individu bovendien tot een object. Op dat moment wordt van een persoon met een eigen identiteit, voorkeuren, hobby's enzovoort, een willoos voorwerp gemaakt. Des te schrijnender omdat de 'keuze' voor hem of haar als slachtoffer meestal geheel toevallig is.

Het besef dat een persoon na een schokkende gebeurtenis met ernstige problemen zou kunnen kampen, drong pas in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw door tot de publieke opinie en de wetenschappelijke wereld. Om de moeilijkheden en klachten van slachtoffers van schokkende gebeurtenissen op te lossen, ontwikkelden hulpverleners methoden variërend van psychologische eerste hulp en *psychological debriefing* tot gerichte en specialistische vormen van psychotherapie.

Er kwam ook een debat op gang. Vooral in de afgelopen tien jaar werd er als gevolg van soms tegenstrijdige onderzoeksresultaten veel kritiek geleverd op *psychological debriefing* en daarmee impliciet of expliciet ook op andere vormen van vroege psychosociale hulp na schokkende gebeurtenissen. Ook al was er vaak sprake van begripsverwarring, in dit hoofdstuk wordt beschreven tot welke inzichten deze kritiek geleid heeft, wat de mogelijkheden en onmogelijkheden van opvang zijn, en hoe en wanneer vroege therapeutische interventies, zoals EMDR en cognitieve gedragstherapie, ingezet kunnen worden.

Een praktijkboek zou echter geen praktijkboek zijn als daarnaast niet een aantal protocollen wordt gepresenteerd die hulpverleners kunnen gebruiken om vroege psychosociale hulp te verlenen en waarvoor reeds enige wetenschappelijke evidentie bestaat.

Het natuurlijk beloop van psychische reacties na schokkende gebeurtenissen

De consequenties van schokkende gebeurtenissen voor iemands welzijn kunnen immens groot zijn. Slachtoffers, met name van geweldsdelicten, kunnen hun vanzelfsprekende vertrouwen in andere mensen en de wereld om hen heen, plotseling tijdelijk kwijt zijn. Wanneer het gaat om een bedreiging, een geweldsmisdrijf of een zedendelict, worden nadien soms ook betrouwbare mensen in de omgeving ineens als gevaarlijk ervaren. Soms krijgen specifieke daderkenmerken een nieuwe betekenis en worden ze een voorspeller voor vermeend gevaar. Zo kunnen mensen van hetzelfde geslacht, dezelfde leeftijdsgroep, of met dezelfde etnische kenmerken als de dader, angst oproepen ('alle donkere jongens willen me beroven'). Het slachtoffer durft het huis niet meer uit, omdat zij bang is opnieuw het slachtoffer van een schokkende gebeurtenis te worden ('het gevaar schuilt om iedere hoek'), waardoor specifieke plaatsen of activiteiten die te maken hebben met de schokkende gebeurtenis worden vermeden. De caissière van de supermarkt verzoekt bijvoorbeeld om overgeplaatst te worden naar een ander filiaal, de conducteur solliciteert naar een andere functie waarbij hij of zij niet meer in contact komt met reizigers, en de bouw-

vakker vermijdt om nog de steiger op te gaan. Ten slotte kan ook het zelfvertrouwen geschaad zijn: 'Ik kan mezelf niet beschermen.' Mensen kunnen hierdoor depressieve klachten ontwikkelen, in passiviteit vervallen en uiteindelijk hun werk en hun sociale contacten verliezen.

Op basis van verschillende onderzoeken wordt geschat dat ongeveer tien procent van de mensen die een levensbedreigende situatie meemaken, te kampen krijgt met een verwerkingsstoornis zoals PTSS, waarvoor veelal professionele hulp moet worden gezocht (Kleber, 2008; De Vries & Olff, 2009). Dit betekent ook dat de meerderheid van degenen die een schokkende gebeurtenis meemaken deze op eigen kracht en met hulp van de omgeving verwerkt. Bij een geslaagde verwerking nemen de posttraumatische stressreacties (waaronder herbeleven, hyperalertheid en vermijding), die vaak in de eerste dagen tot weken na een schokkende gebeurtenis in sterke mate aanwezig zijn, op natuurlijke wijze geleidelijk af (zie verderop). Nationaal en internationaal bestaat er een brede consensus dat de factor 'sociale steun' als een cruciaal element voor het herstelproces moet worden beschouwd (Impact, 2014).

In deze paragraaf zal eerst worden ingegaan op het natuurlijke beloop van stressreacties na een schokkende gebeurtenis en vervolgens op de verschillende manieren waarop is geprobeerd het verloop van deze posttraumatische stressreacties te classificeren.

Type gebeurtenis en het beloop van posttraumatische stressreacties

De aard van de schokkende gebeurtenis is sterk van invloed op de kans dat zich als gevolg daarvan PTSS ontwikkelt. Zo blijkt dat na seksueel trauma de kans vrij groot is om een PTSS te krijgen (40%), maar dat na bijvoorbeeld een ongeluk dit risico veel lager is (ongeveer 10%; Breslau et al., 1991). Het type schokkende gebeurtenis blijkt ook van invloed op het tempo waarop de klachten naderhand weer afnemen. In de eerste dagen tot weken na de schokkende gebeurtenis zijn posttraumatische stressreacties vaak in sterke mate aanwezig, maar daarna nemen ze meestal geleidelijk af zonder dat therapeutische behandeling noodzakelijk is. Zo vonden Rothbaum en Foa (1993) dat 94% van een groep verkrachtingsslachtoffers na een week nog ernstige posttraumatische stressreacties rapporteerde. Na drie maanden was dit 47% en uiteindelijk had 15 tot 25% na zes jaar nog ernstige klachten. Er zijn aanwijzingen dat de afname van posttraumatische stressreacties bij slachtoffers van een gewapende overval sneller gaat. Zo vond Richards (1997) dat een week na een gewapende overval 51% van de slachtoffers posttraumatische stressklachten had, maar na dertien maanden gaf nog 8% aan deze klachten te hebben. Een onderzoek onder zwaarwonde slachtoffers van ongelukken die op een intensive care-afdeling waren opgenomen, liet nog lagere percentages zien: na één tot vier weken bleek onge-

veer 20% last van posttraumatische stressklachten te hebben (Schnyder et al., 2001). Na zes maanden was dit geslonken tot 14%, maar na twaalf maanden was dit niet verder gezakt (15%).

Normale reacties versus posttraumatische stress en andere klachten

Volgens de International Classification of Diseases (ICD 10; World Health Organization, 2015), moeten de normale acute posttraumatische stressreacties worden beschouwd als voorbijgaande, kortdurende symptomen die doorgaans in uren of dagen verdwijnen. Individuele kwetsbaarheid en weerstand spelen een rol bij het optreden en de ernst van deze acute stressreacties. De symptomen vertonen een karakteristiek gemengd en wisselend beeld en kennen een beginstadium van 'verdooving' met verenging van aandacht, onvermogen prikkels te begrijpen en desoriëntatie. Deze toestand kan gevolgd worden door verdere terugtrekking uit de situatie (tot dissociatieve stupor aan toe) of door agitatie en hyperactiviteit (vluchtreactie of zelfs fugue). Autonome tekenen van panische angst (tachycardie, zweten, blozen) zijn gewoonlijk aanwezig. De symptomen van acute stress verschijnen doorgaans binnen enkele minuten na de stressveroorzakende gebeurtenis en verdwijnen in twee tot drie dagen (dikwijls in uren). Er kan gedeeltelijke of volledige amnesie voor de gebeurtenis zijn.

De DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) hanteert een andere definitie voor de menselijke reacties op een schokkende gebeurtenis en heeft om deze te beschrijven de diagnose Acute Stress Stoornis (ASS) in het leven geroepen. Deze aandoening begint op zijn vroegst twee dagen na de gebeurtenis en kent een duur van maximaal vier weken. ASS omvat van de in de DSM-5 gedefinieerde PTSS-symptomen minimaal één herbelevingssymptoom, één hyperaltheidssymptoom en één vermijdingssymptoom. Daarnaast moet, om de diagnose te kunnen stellen, aan het criterium van minimaal drie dissociatieve symptomen zijn voldaan. Dit laatste betreft een subjectief gevoel van verdooving, onthechting of afwezigheid van emotionele reacties en/of een vermindering van het zich bewust zijn van de omgeving, dan wel 'in een waas verkeren' en/of derealisatie, depersonalisatie en dissociatieve amnesie.

Kortom, waar de ICD 10 meer de nadruk legt op het normale karakter van voorbijgaande symptomen legt de DSM-5 meer de nadruk op pathologie. Dat laatste heeft een reden; ASS, voor het eerst opgenomen in de DSM-IV als diagnostische categorie, was vooral bedoeld om mensen te identificeren die waarschijnlijk 'een hoog risico' hebben om uiteindelijk een PTSS te ontwikkelen (Bryant et al., 2010). ASS heeft dan ook betrekking op symptomen die aanwezig zijn tijdens een periode van twee dagen tot vier weken na de schokkende gebeurtenis, terwijl PTSS pas gediagnosticeerd kan worden vanaf vier weken na de schokkende gebeurtenis.

De grootste verschillen tussen de diagnostische categorieën ASS en PTSS hebben betrekking op de duur van de symptomen en de nadruk die bij ASS ligt op de dissociatieve symptomen. Om te voldoen aan de diagnose ASS hoeft slechts één symptoom van respectievelijk herbeleven, vermijding en hyperalertheid aanwezig te zijn, terwijl bij PTSS in de DSM-5 zowel één symptoom van herbeleven, één symptoom van vermijding, twee symptomen van hyperalertheid, als twee symptomen van negatieve verandering in cognities en stemming (nieuw criterium) aanwezig moeten zijn. Een nadeel van het verschil in criteria is dat dit leidt tot de inconsistentie dat wanneer de symptomen onveranderd blijven, iemand in de eerste vier weken na een schokkende gebeurtenis wel kan voldoen aan de criteria voor een psychiatrische diagnose en daarna niet meer, zonder dat er verbetering is opgetreden.

Om de mate waarin het bestaan van ASS het optreden van PTSS voorspelt te onderzoeken, beoordeelde Bryant en zijn collega's 22 studies waarin deze relatie werd onderzocht (negentien bij volwassenen en drie bij kinderen; Bryant et al., 2010). De mate waarin ASS voorkwam varieerde van 7-28%, met een gemiddelde van 13%. De positieve predictieve waarde van ASS in deze onderzoeken voor PTSS was redelijk sterk. In de meeste onderzoeken met volwassenen bleek dat ten minste de helft van de mensen met ASS later voldeed aan de criteria voor PTSS. Deze onderzoeken suggereren dat mensen die voldoen aan de criteria voor ASS een hoger risico lopen op het uiteindelijk ontwikkelen van PTSS. Toch is de gevoeligheid waarmee de diagnose ASS de diagnose PTSS voorspelt (ofwel de 'sensitiviteit' van de diagnose ASS) niet sterk. Zo bleek de meerderheid van de mensen die uiteindelijk een PTSS hadden ontwikkelden (52%) in de eerste vier weken na de gebeurtenis niet te voldoen aan de criteria voor een ASS (Bryant et al., 2010). Overigens kwam uit deze gegevens ook naar voren dat als *geen* rekening werd gehouden met de dissociatieve criteria, de predictieve waarde van ASS behoorlijk toenam. Dus: als er alleen gekeken wordt naar de mate van herbeleven, vermijding en hyperalertheid, dan kunnen meer 'hoog risico'-mensen (diegenen die een grote kans hebben om PTSS te ontwikkelen) worden geïdentificeerd.

Conclusie

Veruit de meerderheid van de mensen (90%) die een levensbedreigende situatie meemaken, herstelt op eigen kracht en met hulp van de omgeving. De post-traumatische stressreacties (herbeleven, hyperalertheid en vermijding), die vaak in de eerste dagen tot weken na een schokkende gebeurtenis in hoge mate aanwezig zijn, nemen bij hen op natuurlijke wijze af. Bij een deel van de mensen echter kan dit herstel lang duren of treedt het niet vanzelf op. Het type schokkende gebeurtenis lijkt hierbij medebepalend te zijn. Dit geldt zowel voor

het tempo waarin de posttraumatische stressreacties met het verlopen van de tijd afnemen, als voor de kans dat iemand een PTSS zal ontwikkelen. Met name na een seksueel trauma is er sprake van een relatief traag herstel en bestaat er een relatief grote kans op het ontwikkelen van een PTSS.

Door posttraumatische stressreacties te zien als een ASS of zelfs een PTSS (DSM-5), kunnen op zichzelf normale reacties onnodig worden gepathologiseerd. Omdat de sensitiviteit en predictiviteit van de ASS te wensen overlaat, en omdat zowel het aantal PTSS-symptomen als de ernst ervan, vanaf ongeveer één tot twee weken na de schokkende gebeurtenis, goede voorspellers zijn gebleken voor het al dan niet ontwikkelen van PTSS (Harvey & Bryant, 1998; Koren, Arnon & Klein, 1999; Murray, Ehlers & Mayou, 2002), geven wij er de voorkeur aan na een schokkende gebeurtenis individuen met een ‘verhoogd risico’ te identificeren op basis van de ernst van de kernsymptomen van PTSS (herbeleven, vermijding en hyperalertheid). Deze dienen daarna zorgvuldig te worden gemonitord, bij voorkeur met gevalideerde screeningsinstrumenten, zoals de Schokverwerkingslijst (SVL 15, score ≥ 35) en de Trauma Screening Questionnaire (TSQ, score ≥ 6 ; Brewin, 2001). Op basis van het risicoprofiel zou je ervan uit kunnen gaan dat de hoogscoorders de schokkende ervaring waarschijnlijk niet alleen op eigen kracht of met behulp van naasten zullen kunnen verwerken. Het is dan ook deze groep mensen die zouden kunnen profiteren van een zogenoemde ‘therapeutische vroeginterventie’.

Psychosociale opvang na schokkende gebeurtenissen

In de jaren tachtig van de vorige eeuw ging men ervan uit dat als men een schokkende gebeurtenis had meegemaakt zogenoemde Critical Incident Stress Debriefing (CISD), ontwikkeld door de Amerikaan Jeffrey Mitchell (Mitchell, 1983), hierbij kon helpen. Echter, in de afgelopen twintig jaar is het aanvankelijke enthousiasme over het voeren van dit type van opvanggesprekken na schokkende gebeurtenissen behoorlijk getemperd. Door onderzoeksresultaten kwam de effectiviteit ervan steeds meer ter discussie te staan. In de kritiek op deze interventie – en de effecten ervan – werden alle vormen van vroege hulpverlening vaak over één kam geschoren en vereenzelvigd met *debriefing*.

Om onderscheid te kunnen maken tussen de verschillende vormen van vroege hulpverlening geven we hier eerst de opvattingen van enkele invloedrijke pioniers op het gebied van schokverwerking en opvang na calamiteiten in Nederland (Kleber & Brom, 1986) weer. Daarna gaan we uitgebreider in op CISD en enkele wetenschappelijke bevindingen.

Schokverwerking, opvang en nazorg volgens Kleber en Brom

Het meemaken van schokkende gebeurtenissen is volgens de benadering van Kleber en Brom altijd verbonden met een verwerking van een dergelijke ervaring. Verwerken behelst in hun visie een natuurlijk proces waarin mensen de gebeurtenis in al haar consequenties op een gedoseerde wijze tot zich laten doordringen. Eerder is al gesteld dat de meerderheid van degenen die een schokkende gebeurtenis meemaken deze op eigen kracht en met hulp van de omgeving verwerkt en dat slechts bij een klein deel van de mensen dit verwerkingsproces verstoord raakt. De duur van een verwerkingsproces en de hevigheid van de daarbij optredende gevoelens en symptomen, hangen af van de ernst van de gebeurtenis en de ernst van de reacties hierop, maar uiteraard ook van de persoonlijke levensgeschiedenis, de persoonlijkheid van het slachtoffer en van de kwaliteit van de opvang door de mensen in de omgeving.

In de directe opvang en nazorg na schokkende gebeurtenissen zijn drie doelstellingen te onderscheiden: 1) het bevorderen van een gezonde verwerking van hetgeen is voorgevallen; 2) het vroegtijdig onderkennen van stoornissen; 3) het behandelen van stoornissen in de verwerking (Kleber & Brom, 1986). De eerste doelstelling – het bevorderen van een gezonde verwerking – kan bestaan uit twee vormen van hulpverlening: praktische hulp in combinatie met psycho-educatie en het verlenen van psychologische ondersteuning en begeleiding. De tweede doelstelling – het vroegtijdig signaleren van eventuele stoornissen – past binnen de begeleiding van de slachtoffers. De derde doelstelling – het behandelen van stoornissen in de verwerking – wordt in de paragrafen over ‘vroeginterventies’ belicht, waarbij blijkt dat steeds sneller stoornissen in de verwerking worden gesignaleerd en therapeutische interventies kunnen worden ingezet.

Praktische hulp en psycho-educatie

Het verlies van vertrouwen in de mensen en de wereld om je heen leidt tot ontredning en machteloosheid. Door het geven van praktische hulp, zeker in de eerste tijd direct na een schokkende gebeurtenis, worden slachtoffers geholpen om het leven te structureren en weer op te bouwen. Dit maakt duidelijk dat er nog steeds mensen zijn die betrouwbaar zijn, geeft hen het gevoel van controle weer enigszins terug en haalt hen uit de ontredning. Om dit gevoel van herstel van controle te versterken, is het belangrijk om informatie te verschaffen over wat er is gebeurd en over wat betrokkenen nog te wachten staat. Want wat ná een schokkende gebeurtenis gebeurt, kan soms nog kwetsender voor de persoon zijn dan de gebeurtenis zelf. Wanneer na een overval bijvoorbeeld een politieverhoor plaatsvindt waarbij het slachtoffer zich een verdachte voelt, kan dit de bestaande machteloosheid verder versterken. Informatie over procedu-

res en over rechten en plichten kan slachtoffers het gevoel geven dat zij weer grip op hun leven krijgen, hetgeen de persoonlijke weerbaarheid vergroot. Ook informatie over zakelijke aspecten, zoals schadevergoeding en arbeidsrechtelijke aangelegenheden, hebben doorgaans dit effect.

Het is eveneens nuttig om psycho-educatie, tegenwoordig ook wel psycho-informatie genoemd (Impact, 2014), te geven over de reacties die mensen bij zichzelf kunnen verwachten. Het noemen van veelvoorkomende klachten en symptomen ('normaliseren') neemt de klachten niet weg, maar vermindert wel het onvoorspelbare en bedreigende karakter ervan. Mensen hebben zo minder het gevoel 'gek te worden' doordat ze de beelden, gevoelens en gedachten die zich aan hen opdringen, beter begrijpen. Als mensen verteld wordt dat de reacties te maken hebben met de schokkende gebeurtenis en dat deze ook weer voorbijgaan, kan dit opluchting en houvast (herstel van controle) geven. Praktische hulp en zeker ook psycho-educatie hebben niettemin alleen effect als de persoon ervoor openstaat. Het selecteren en doseren van informatie, zodat deze aansluit bij de behoeftes en de belevingswereld van de persoon, is dan ook van groot belang.

Psychische ondersteuning en begeleiding

Herstel van controle vormt ook de belangrijkste leidraad bij de psychische ondersteuning van mensen die iets akeligs en ingrijpends hebben meegemaakt. Daarom is een essentieel aspect in het begeleiden van slachtoffers van schokkende gebeurtenissen, het aanbrengen van structuur in het leven van de persoon, bijvoorbeeld door het concreet plannen van activiteiten voor de komende uren en dagen. Verder zal de sociale omgeving van de persoon moeten worden gemobiliseerd. Na de chaos, de stress en het gevaar die zo kenmerkend zijn voor ingrijpende gebeurtenissen, is het doel van de begeleiding in de eerste (acute) fase voornamelijk het scheppen van een gestructureerde, rustige en veilige omgeving waarin het slachtoffer zich gesteund weet door familie, vrienden, collega's en leidinggevenden.

De psychologische kant van gestructureerde (groeps)opvang en nazorg kan bestaan uit de volgende elementen (Instituut voor Psychotrauma, 2013):

- Op gezette tijden en in een veilige omgeving aan de betrokkenen vragen hoe het met hen gaat en hen de gelegenheid bieden om hun hart te luchten. Wanneer betrokkenen de behoefte hebben om over de schokkende gebeurtenis te vertellen, dan vindt dit op een rustige en gedoseerde wijze plaats om overbelasting te voorkomen.
- Bespreken van angsten en andere gevoelens. Hierdoor wordt duidelijk waar mensen mee worstelen en kunnen dilemma's, zoals vragen over verantwoordelijkheid en schuld, in een ander (realistisch) perspectief worden geplaatst.

- Sociale ondersteuning in de vorm van aandacht en emotionele steun.
- Psycho-educatie, waarbij aan de hand van de stressreacties die betrokkenen vertonen gedoseerd uitleg wordt gegeven over de verwerking van schokkende gebeurtenissen en wordt aangegeven hoe de eigen stressreacties in het verwerkingsproces passen (zie ook eerder). De uitleg wordt dus afgestemd op de reacties van de betrokkenen en is niet een algemeen verhaal.
- Stilstaan bij de reacties vanuit de omgeving (werk en privé) op het gebeurde en de betrokkenen. Uit onmacht, onwetendheid of onkunde maakt de omgeving namelijk soms kwetsende grappen ('ben je toch nog op tv geweest') of worden ongevraagde en moeilijk uitvoerbare adviezen ('je moet er gewoon niet aan denken') gegeven die tot irritatie kunnen leiden en waardoor mensen zich niet begrepen voelen. Door negatieve reacties uit de omgeving te bespreken en alert te zijn op deze bronnen van 'secundaire victimisatie' (nogmaals slachtoffer worden), vindt emotionele ventilatie plaats wat betrokkenen kan helpen deze reacties te hanteren, zodat ze er minder hinder van ondervinden.
- *Watchful waiting* (National Institute for Clinical Excellence, 2005), ofwel het verloop van de reacties in de gaten houden. Hierdoor kunnen ernstige moeilijkheden en psychische problemen of stoornissen vroegtijdig worden onderkend. Als er sprake is van veel gezondheidsklachten, van verwerkingsstoornissen zoals PTSS of van ernstig verminderd functioneren, is het belangrijk te verwijzen naar een professionele hulpverlener die gespecialiseerd is in de behandeling van deze problemen en die EMDR of cognitieve gedragstherapie als 'vroeginterventie' kan inzetten.

Critical Incident Stress Debriefing (CISD)

Critical Incident Stress Debriefing is een werkwijze die aan het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw is ontwikkeld en bekend werd onder de term *debriefing*. De aanpak was met name gericht op het opvangen van professionals (politiemensen, brandweerlieden, ambulancepersoneel en medewerkers van het Rode Kruis), die na een ramp of calamiteit hulp hadden verleend aan directe slachtoffers. In de praktijk is de *debriefing*-methode ook steeds vaker voor andere manieren van opvang na schokkende gebeurtenissen ingezet, bijvoorbeeld voor de directe slachtoffers zelf, ooggetuigen, familieleden, collega's enzovoort. CISD betreft in principe een eenmalige groepsbijeenkomst, die – indien mogelijk – binnen 24 tot 72 uur na een schokkende gebeurtenis plaatsvindt. Volgens een 7-stappenprotocol bespreekt een groep betrokkenen onder leiding van een deskundige de feiten van de gebeurtenis, de daarbij optredende gedachten, gevoelens en persoonlijke wijze van stresshantering. Bovendien krijgen zij voorlichting over de reacties die zij in de nabije weken of maanden kunnen verwachten.

Op basis van effectonderzoeken en diverse meta-analyses (Van Emmerik et al., 2002; Rose, Bisson & Wessely, 2003) wordt in de internationale wetenschappelijke wereld redelijk negatief geoordeeld over de werkzaamheid van CISD. Zo suggereren de resultaten van de meta-analyse van Van Emmerik et al. (2002) dat *debriefing* het psychisch herstel na een schokkende gebeurtenis niet bevordert en chronische negatieve psychische gevolgen niet kan voorkomen. Met name is er kritiek op het feit dat de interventie bestaat uit een eenmalig gesprek. Bovendien zijn er aanwijzingen dat het stimuleren van slachtoffers om snel na de gebeurtenis over hun ervaringen en gevoelens te praten het risico vergroot dat zij door de emoties ontregeld en overweldigd raken, hetgeen de kans op het ontwikkelen van een PTSS juist vergroot (McNally, Bryant & Ehlers, 2003). Kleber en Mittendorf (2000) hebben naar aanleiding van de discussie omtrent CISD de volgende kritische vragen geformuleerd:

- Moeten betrokkenen zo snel na een gebeurtenis wel gestimuleerd (c.q. gedwongen) worden om te praten over de gebeurtenis en ligt de nadruk daarbij niet te veel op het uiten van emoties?
- Moeten de doelgerichte, vroege interventies na schokkende gebeurtenissen worden aangeboden aan *alle* personen en moet *iedereen* worden verplicht aan dergelijke bijeenkomsten deel te nemen?
- Zorgt het eenmalige karakter er bijna per definitie niet voor dat (een soms noodzakelijk) vervolg ontbreekt?

Bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur en onderzoek

Volgens Kleber en Mittendorf (2000) is wellicht de opmerkelijkste bevinding van alle empirische studies omtrent *debriefing* en opvang van slachtoffers na een schokkende gebeurtenis, dat de deelnemers bijna altijd uiterst tevreden zijn. Deze tevredenheid contrasteert opvallend met de geringe wetenschappelijke ondersteuning voor de claim dat psychologische *debriefing* effectief is bij het voorkómen van PTSS (Rose, Bisson & Wessely, 2003). Overigens geldt hierbij de kritiek dat het onderzoek zich tot nu toe vooral richtte op de effecten van deze vorm van opvang op de ontwikkeling van PTSS-symptomen. Er zijn namelijk ook andere doelen: het voorkomen van ziekte en verzuim, het vroegtijdig onderkennen van (andere) verwerkingsstoornissen, adequate verwijzing voor behandeling, de ontregeling op organisatieniveau beperken, het kanaliseren van heftige emoties en het voorkomen van onnodige conflicten of misverstanden. Los van de potentieel schadelijke effecten van *debriefing* kan het bieden van psychologische en sociale ondersteuning na een schokkende gebeurtenis een zinvolle en menselijke manier zijn om voor de betrokkenen te zorgen (Rose, Bisson & Wessely, 2003). Adequate sociale steun vermindert immers de effecten van stress (Pennebaker, 1999), en bij schokkende gebeurtenissen gaat het