

Crisispsychologie en psychotraumatologie in Vlaanderen: een uitdaging voor psychologen

Erik De Soir

SAMENVATTING

Dit artikel schetst een beeld van de vele uitdagingen die de crisispsychologie en de psychotraumatologie voor psychiaters, psychologen en psychotherapeuten inhouden op basis van de historische achtergrond en de ontwikkelingsgang van dit vrij jonge vakgebied. In een eerste deel wordt stilgestaan bij de achtergrond waartegen de traumapsychologie of de psychotraumatologie op amper twee decennia uitgroeide tot een van de meest bestudeerde vakgebieden binnen de psychologie en de psychiatrie. Een tweede deel bespreekt de context waarbinnen diensten en instellingen in België werden uitgebouwd in de nasleep van enkele grootschalige collectieve urgenties of in functie van de evoluerende maatschappelijke context. In het derde en laatste deel worden de uitdagingen voor de toekomst, de kansen en de bedreigingen van de psychotraumatologie in Vlaanderen besproken.

Ideologie en controverse in een rijzende traumacultuur: van overlevende naar slachtoffer

In de huidige maatschappelijke context is het algemeen aanvaard dat het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis kan leiden tot chronische psychologische problemen. Na een schokervaring heeft gemiddeld 10% van de slachtoffers last van aanhoudende symptomen van posttraumatische stress: symptomen van herbeleving, vermijding en/of ontkenning en aanhoudende activatie. De afbakening van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) volgens de DSM-IV-TR (2000) leidde echter tot het probleem van comorbiditeit, waardoor deze posttraumatische symptomen ook vaak gepaard gaan met symptomen van depressie, angst, dissociatie, verslaving en onverklaarde lichamelijke klachten. In de DSM-IV-TR wordt ook beschreven welke mate van verstoring (in de tijd en qua aard) nodig is om van PTSS te kunnen spreken. Ingrijpende gebeurtenissen verschillen qua aard, duur en impact op de slachtoffers: natuurrampen, technologische of industriële ongevallen, humanitaire catastrofes, verkeersongevallen, kindermishandeling, incest, geweldsmisdrijven, oorlogservaringen, beroepsgerelateerd geweld (onder andere bij de beoefenaars van een beroep in uniform) en agressiedelicten (in het onderwijs, het openbaar vervoer of de zorgsector).

Er is dus momenteel voor traumapsychologen in spe sprake van een breed en divers werkveld met uiteenlopende groepen slachtoffers, waarbij veel organisaties en instellingen betrokken zijn. Psychotrauma is een bekend begrip geworden dat zowel in wetenschappelijk onderzoek als in de media uitgebreid aan bod komt.

Het is echter ooit anders geweest...

De aanleiding tot de vormgeving van PTSS vindt haar oorsprong in de dramatische nasleep van de Vietnamoorlog. Een hele generatie jonge Amerikanen was in de oorlog getraumatiseerd geraakt terwijl hun klachten, op zich tijdloos en erg gelijkaardig aan deze van de veteranen van WO I en WO II, amper (h)erkend werden. Of zoals Ben Shephard het in *A War of Nerves* (2003, p. xxii) stelt: “Problems are always first denied, then investigated, then understood and then forgotten...”

De erkenning van PTSS als ziektebeeld leek het pathologisch reageren op menselijke tragedies en verlieservaringen echter als norm op te leggen en de niet-pathologische reactie op potentieel traumatiserende gebeurtenissen ging verloren samen met het nieuw uitgevonden concept.

Belangrijke vragen met betrekking tot het ‘salutogeen’ (gezondmakend) reageren op potentieel traumatiserende gebeurtenissen werden over het hoofd gezien. Deze vragen vanuit de salutogenese van Antonovsky (1979) kwamen pas het laatste decennium weer op de voorgrond als reactie tegen de inflatie van het begrip ‘trauma’. Wat maakt dat mensen weerbaar blijven in hun contact met levensbedreigende ervaringen? Ligt het ‘trauma’ in de gebeurtenis of eerder in de premorbide kenmerken van slachtoffers? Hoe komt het dat mensen ongeschonden uit de meest vreselijke ervaringen komen? Deze en andere vragen kwamen niet meer op tafel. Toch beschikten we al langere tijd over de inzichten van Viktor Frankl (2006), de grondlegger van de logotherapie, die in zijn klassieker *Man’s Search for Meaning* stelde dat we niet kunnen vermijden dat we door leed getroffen worden, maar dat we wel kunnen kiezen hoe we ermee omgaan en er zin aan geven.

De uitgebreide (en nog steeds toenemende) media-aandacht die het fenomeen ‘psychotrauma’ kreeg, zorgde lange tijd voor een puur medische aanpak die op de duur pathogeen zou inwerken op de slachtoffers die bleven wachten op herstel en reparatie. Ook vandaag nog lijkt het dat mensen wel een ernstig trauma moeten oplopen als ze ingrijpende gebeurtenissen meemaken. Dat verhaal verkoopt beter in de media dan te stellen dat mensen doorgaans robuust en weerbaar zijn of dat ze, mits ze beschikken over de juiste sociale steun, wel zullen herstellen. De spindoctors van het PTSS-concept hebben aanvankelijk geen lessen getrokken uit de fenomenen van ‘shell shock’ waarmee de soldaten van de loopgravenoorlog in WO I terug naar huis keerden. Shephard (2003, pp. 390-391) stelt het als volgt:

“Not only have methods of treating trauma begun to revert to the past; over the last decade, much of the theoretical underpinning of Post-Traumatic Stress Disorder has also been unravelling. PTSD was originally seen, in 1980, as something that happened after extreme life-threatening events; by implication, if the stressor was severe enough, to everyone. But, for all their

erudition, the makers of PTSD drew more on the pathological literature than on the overall record. They overlooked the central fact that not everyone *does* suffer in the wake of trauma. It has taken psychiatry two decades painstakingly to rediscover this basic truth; in 1995, two highly-regarded PTSD researchers announced, with great earnestness, that ‘PTSD is not an inevitable consequence of trauma’. Any front-line medical officer on the Western Front, never mind William Brown in 1919 or T.A. Ross in 1941, could have told them that.”

De acute opvang van oorlogsgetroffenen uit WO I kan nochtans tot op de dag van vandaag wedijveren met de *best practice* inzake traumaopvang (Te Brake, 2013).

Shephard beschrijft verder ook hoe in de decennia na WO II psychiaters een militante rol hebben gespeeld in het tot stand komen van een beweging die pleitte voor het recht op herstel en reparatie, bijvoorbeeld na het meemaken van de Holocaust (denk aan een diagnose zoals het ‘Holocaust camp survivor syndrome’). Psychiaters uit New York, Boston, Chicago en Detroit waren actief betrokken in de campagnes om Duitsland compensatie te laten betalen aan Holocaustoverlevenden.

Terwijl in de loop van de geschiedenis in de Bijbelse mythen en onder andere in de verhalen van Gilgamesh, Homerus en Achilles (in de Trojaanse oorlog), in Samuel Pepys’ diary (over de Amerikaanse burgeroorlog) of in de stukken van Shakespeare (Henry IV – Part 1 waarin Lady Percy de verstoorde slaap van haar man Hotspur beschrijft) uitgebreide beschrijvingen van posttraumatische symptomen aan bod komen, is de diagnose PTSS pas tegen het einde van de 20ste eeuw aan haar veroveringstocht begonnen. De nadruk, in het licht van de roep om herstel en reparatie, is komen te liggen op slachtofferschap en herstel of compensatie in plaats van op overleving, uithouding en weerbaarheid. PTSS werd tevens de normstoornis en maakte zowel het werk van de overbevraagde clinici in Amerikaanse veteranencentra als van de wetenschappers makkelijker en oppervlakkiger.

Opnieuw Shephard (2003, p. 385):

“The rapid growth of ‘traumatology’ within medicine was helped by the authority which Post-Traumatic Stress Disorder quickly acquired by being included in the American Psychiatric’s Association Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III) in 1980. Not only was there now a ‘Chinese menu’ of its symptoms, easy for both doctor and patient to read, there were also standardized packages of diagnostic questionnaires and psychometric devices. No longer need the doctor struggle to understand his patient’s life history and personality, assess his ability to cope, make a ‘subjective’ judgement on his state. Now, the checklist of symptoms told him at a glance whether the patient’s condition was PTSD or not; it was all ‘objective’, taken out of the clinician’s hands.”

De klassieke Franse psychiatrie had evenwel sedert het einde van de 19de eeuw een klinisch zeer bruikbare en fenomenologische interpretatie van wat een psychotrauma is. Volgens de Franse hoogleraar en traumadeskundige François Lebigot (2001, 2002) is het voor het subject de confrontatie met het (lacaniaanse) ‘reële van de dood’, die een traumatische impact nalaat. Door een plotse confrontatie met de dood komt het subject terecht in een plotse,

maar tijdelijke siddering en ‘verstening door angst’ – zoals in de mythe van Medusa uit de oudheid, waarbij hele legers ‘versteenden’ als ze de Medusa recht in de ogen keken. Deze siddering, ‘verstening’, blokkering, waardoor het subject (al is het heel even maar) in contact komt met de totale leegte, het niets, een toestand van absolute verlatenheid, vinden we terug in het erg moeilijk te vertalen Franse woord ‘effroi’ (‘effroi de la mort’). Het trauma ontstaat volgens Lebigot door deze plotse confrontatie met de dood waardoor het subject geconfronteerd wordt met een als direct ervaren levensbedreiging, die leidt tot die specifieke toestand van ‘effroi’ en ontreding die zo typisch is voor mensen die door een trauma getroffen zijn. Die ‘effroi’ – bij benadering ook beschreven door de Duitse psychiater Kraepelin (1899) als het concept ‘Schreck’ – is dus een combinatie van buitensporige angst, gruwel en extreme verlatenheid, en is voorspellend voor de ontwikkeling van een posttraumatisch syndroom. Op lange termijn kan deze toestand aanleiding geven tot een blijvende verandering binnen in de persoon.

De nasleep van de Vietnamoorlog heeft gezorgd voor een verschuiving van de onderzoekspadigmata: van een psychoanalytisch denkkader naar een wetenschappelijk en biologisch denkkader. Of zoals Shephard (2003, pp. 388-389) het verwoordt:

“Younger doctors have drawn on the work of neuroscientists like Joseph LeDoux to produce bold hypotheses about the way, in terrifying situations, the brain interacts with the nervous and endocrine systems to create memories that will not go away or will be re-triggered if the body is exposed again to the same environmental pressures. LeDoux updated the work of Pavlov and Cannon by showing that part of the brain known as the amygdala acts as what Daniel Goleman has called an ‘emotional sentinel, able to hijack the brain system’. (...) These bold and exciting hypotheses remain hypotheses. There is no proof that they are true, nor have the findings of biological abnormality derived from very chronic patients in VA hospitals been much replicated elsewhere.”

Vandaag weten we echter, dankzij neurobiologisch onderzoek, dat de subcorticale structuren, dus de primitieve delen van de hersenen die niet onderworpen zijn aan de bewuste controle en die geen verbale representatie kennen, andere vormen van herinnering (onder andere de somatoforme herinnering) kennen dan de meer ontwikkelde structuren van de prefrontale cortex. In normale omstandigheden werken deze verschillende geheugensystemen in harmonie samen, maar bij overmatige activatie – bijvoorbeeld als gevolg van een levensbedreiging – kunnen het limbisch systeem en de hersenstam emoties en sensaties voortbrengen die in contradictie zijn met de normale overtuigingen van een persoon. Hierdoor zien we in bedreigende crisissituaties vaak schijnbaar irrationeel en onbegrijpelijk gedrag, vergelijkbaar met reacties die dieren onder levensbedreiging vertonen (Nijenhuis, 1999). Achteraf vertellen over deze momenten is dan ook bijna onmogelijk en de enige toegangspoort naar de beleving wordt het sensori-motorische en/of emotionele niveau. Hedendaags onderzoek toont ook aan dat hoge niveaus van activatie interfereren met de normale werking van de functies van de frontale kwab (onder andere de zone van Broca), die nodig is voor het verwoorden van ervaringen. Tijdens de herbelevingen van het repetitiesyndroom, waarbij de oorspronkelijke ervaring weer als levensecht wordt ervaren, functioneren de hersenen dus opnieuw als gedurende het proces van traumatisering, op het sensori-motorische niveau.

Alsof de hardware van het systeem door het meemaken van deze ervaring kortgesloten is. De enige toegangspoort om de kortgesloten reflexen opnieuw aan te scherpen, lijkt opnieuw het impliciete, sensori-motorische niveau. De werken van Jaak Panksepp (1998), Daniel Siegel (1999) en Pat Ogden et al. (2006) zijn, in het licht van wat hierboven beschreven staat, mees-terwerken die elke psychotherapeut die met trauma werkt, een inzicht kunnen geven in het functioneren van het brein.

Het is echter belangrijk om de klinische en fenomenologische verbanden nog beter te onderzoeken aangezien een beter begrip moet aantonen waarom bepaalde bejubelde therapiemethoden – zoals bijvoorbeeld EMDR – doeltreffender zijn dan andere.

PTSS wordt inmiddels – zoals achtereenvolgens beschreven in de DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV en DSM-IV-TR – een standaard van reageren na diverse ingrijpende en traumatiserende ervaringen die worden omschreven als extreem stresserend. De link tussen de concepten stress en trauma wordt hiermee in de Angelsaksische literatuur vastgelegd, maar gecontesteerd in de Franse theorieën over psychotraumatische syndromen.

Het ontwaken van de psychotraumacultuur gaf in 1987 aanleiding tot het oprichten van de eerste internationale vereniging die zich exclusief richtte op de studie van wat inmiddels ‘traumatische stress’ genoemd wordt: de International Society for Traumatic Stress Studies, opgericht door Charles Figley (zelf een Vietnamveteraan).

De opkomst van de psychotraumatologie in België onder invloed van rampen en oorlogen

Diensten voor training en interventies op het werkteerrein

Pas in het begin van de jaren negentig begint in België de term ‘PTSS’ te verschijnen in de vakterminologie van psychiaters en psychologen. Een eerste licentiaatsverhandeling over de aanpak en behandeling van ‘combat stress/shock’ en PTSS, op basis van de ervaringen van de Israëlische Defence Force tijdens de Yom Kippur- en de Libanonoorlog, ziet het licht (De Soir, 1988).

Enkele grootschalige rampen, waaronder het Heizeldrama in 1985 (tijdens de finale van de Europa Cup tussen Liverpool en Juventus) en de scheepsramp met de Herald of Free Enterprise voor de kust van Zeebrugge (1987) waarbij 193 doden vielen, geven onrechtstreeks aanleiding tot de oprichting van de eerste diensten die zich op psychosociale hulpverlening bij collectieve urgenties richten.

Centrum voor Crisis Psychologie

In 1992 wordt in de schoot van het Militair Hospitaal Koningin Astrid in Brussel het Centrum voor Crisis Psychologie (CCP) opgericht. Op dat ogenblik was er in Europa geen evenknie voor een dergelijk centrum, althans niet op het vlak van de aanpak van mensen die door een acuut trauma zijn getroffen.

Het CCP groeide snel en kreeg ruime belangstelling in binnen- en buitenland. Absoluut vooruitstrevend was de uitbouw van de Psychological Rapid Intervention Teams (PRIT) als mobiele teams voor collegiale ondersteuning bij schokervaringen in de schoot van de krijgsmacht. Deze voerden de acute opvang uit bij getroffen en door schokervaringen binnen en buiten de krijgsmacht.

De ervaringen met rampen en militaire crisissituaties stapelden zich in die periode vrij snel op: de repatriëring van landgenoten uit Congo en Rwanda (1991), het militaire fiasco in Somalië (1993), de moord op tien Belgische paracommando's in Kigali (Rwanda, 1994), de Switelbrand in Antwerpen (nieuwjaarsnacht 1994/1995), de kettingbotsing op de E17 te Nazareth (1996), de crash van een vliegtuig van Tarom in Boekarest (1996), de crash van een C-130 te Eindhoven, de kettingbotsing op de E17 te Rekkem (1997), de treinramp in Roeselare (1998), de vliegtuigcrash tijdens een vliegmeeting te Oostende (1998), de treinramp te Pérot (2001), enzovoort.

Inmiddels was binnen het CCP een cel ontstaan die zich specifiek was gaan bezighouden met de studie van de behoeften aan psychosociale begeleiding van getroffen en door rampen (de cel Nationaal Psycho-Sociaal Rampenplan). In de beginjaren (1994-1996) was door het CCP immers de blauwdruk uitgetekend voor een plan dat moest voorzien in de psychosociale begeleiding van deze groep; in die jaren werd dat plan concreet gestalte gegeven door samenwerking tussen de dienst Dringende Sociale Interventie van het Rode Kruis Vlaanderen (voor Wallonië: Service d'Intervention Sociale Urgente), de Centra voor Hulp aan Slachtoffers en het CCP. Tussen 1996 en 1998 ging de minister van Volksgezondheid akkoord met de ondertekening van een conventie tussen het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid, het Rode Kruis en het Ministerie van Defensie. In een later stadium zou een Psycho-Sociaal Interventie Plan (PSIP) worden uitgetekend dat tot op vandaag is opgenomen in de Medische Interventie Plannen en de Bijzondere Nood- en Interventieplannen van elke provincie. De functie van psychosociale manager werd in het leven geroepen om de psychosociale hulp aan de getroffen en door rampen te coördineren. Het Koninklijk Besluit van 16 februari 2006 brengt de psychosociale hulp trouwens formeel onder bij de tweede rampendiscipline (dringende medische en sanitaire hulpverlening).

Tegelijkertijd met de ontwikkelingen op het vlak van de rampenpsychologie en onder invloed van de Balkanoorlog, waar grote contingenten Belgische militairen maandenlang naar werden uitgezonden, ontstond aan het CCP ook een militair deel voor de preventie, aanpak en nazorg bij psychosociale problemen naar aanleiding van een langdurige operationele inzet (zowel voor de militairen als voor hun families).

Deze aangehouden inspanningen zorgden ervoor dat, naast een regelmatige inzet in crisisgebieden naar aanleiding van ingrijpende gebeurtenissen of bijzondere momenten tijdens langdurige operaties, teksten en cursussen werden uitgewerkt die stilaan geïncorporeerd werden in de officiële teksten en handboeken: voor militair sleutelpersoneel dat op operatie vertrok, voor militair personeel van de achterwacht van een eenheid waarvan personeel werd uitgezonden, voor hogere officieren op leidinggevende functies, UNO-waarnemers en 'family support groups' (partners van militairen op zending die worden ingeschakeld in de psychosociale hulpverlening).

In de beginjaren van het Centrum voor Crisis Psychologie (1992-1996) werden ook op regelmatige tijdstippen residentieële opleidingen gegeven voor moreel consulenten, bedrijfsge-neeskundig personeel uit de industrie, (psychiatrisch) verpleegkundigen, personeel van het gevangeniswezen, de brandweer en de politie. Dé interventietechniek bij uitstek, die in deze opleidingen uitgebreid aan bod kwam en werd ingeoefend voor de aanpak van traumatische ervaringen maar later door tendentiek wetenschappelijk onderzoek volledig zou worden afgekraakt, was de *critical incident stress debriefing* (Mitchell, 1983). Een recent artikel van Hawker, Durkin en Hawker (2010) plaatst het geheel echter weer in de juiste context.

Het Centrum voor Crisis Psychologie was aldus het eerste centrum dat zich exclusief toelagde op de studie naar psychologisch trauma, de interventie bij potentieel traumatiserende gebeurtenissen en rampen, de opleiding van hulpverleners en de omkadering van langdurige risicovolle operaties (waarvoor ook een uitzendbare Battle Shock Recovery Unit in het leven geroepen werd).

Studiecentrum voor Stress en Trauma

In 1997 werd aan het Departement Gedragwetenschappen van de Koninklijke Militaire School het Studiecentrum voor Stress en Trauma (SCST) in het leven geroepen met als doel een kenniscentrum uit te bouwen dat zich zou bezighouden met de studie van acute traumatisering bij enerzijds het personeel van risicoberoepen en geüniformeerde diensten en anderzijds de getroffen en door rampen. Na de uitbouw van een vooruitstrevend Centrum voor Crisis Psychologie was het de bedoeling om ook een academische verankering te verzekeren voor de inmiddels opgebouwde praktijkervaring. Het SCST richtte zich in eerste instantie dan ook op de studie van de preventie van psychologische trauma's bij beoefenaars van risicoberoepen (militairen, brandweer- en ambulancehulpverleners, reddingswerkers, politiepersoneel, verpleegkundigen, (urgentie)artsen, enzovoort) en de fenomenologie van peri- en posttraumatische reacties.

Het SCST riep een Crisis Intervisie Groep Politie (CIGP) in het leven voor een trimestriële intervisie en voortgezette opleiding voor psychologen en maatschappelijk assistenten van de politie. De CIGP stelde ook een consensusprotocol op voor psychosociale hulpverlening na ingrijpende gebeurtenissen bij politiepersoneel, maar de aanbevelingen bleven dode letter bij drie opeenvolgende ministers van Binnenlandse Zaken.

Op wetenschappelijk vlak verrichtte het SCST in nauwe samenwerking met de Université Catholique de Louvain, het Stressteam van de Federale Politie en interne zorgteams van enkele lokale politiezones onderzoek naar effectieve ondersteuningsmethoden na ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer. Na de treinramp van Pérot (2001) en de gasramp van Ghislenghien (2004) bundelden het SCST, de Unité Emotion, Cognition, Santé (ECSA) van de Université Catholique de Louvain en het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid de krachten in het eerste longitudinaal onderzoek naar de gevolgen van collectieve urgenties op de (mentale) gezondheid. Door een gebrek aan institutionele erkenning viel het werk van de CIGP echter stil na een drietal jaren hard werken.

Ten slotte organiseerde het SCST gedurende een tiental jaren veelvuldige stages voor laatstejaarsstudenten in de psychologie, die hierdoor de kans kregen om in politie- of brandweerkorpsen en op spoedgevallendiensten de nodige terreinervaring op te doen.

Het werk ten behoeve van uitgezonden militairen was intussen grotendeels overgenomen door de in 1998 opgerichte Raadgevers Mentale Operationaliteit: psychologen die de militaire eenheden vergezelden op hun langdurige zending in risicovolle conflictgebieden.

Sedert 2009 bestaat het SCST niet meer en momenteel beschikt geen enkele Belgische universiteit over een leerstoel die of een onderzoekscentrum dat zich exclusief richt op de wetenschappelijke studie en het onderwijs met betrekking tot acute en/of chronische traumatisering.

Stressteam Federale Politie

Een andere dienst die al vele jaren beschikt over bijzondere expertise op het vlak van de toegepaste psychotraumatologie, is het Stressteam Federale Politie. Dat team werd in 1993 opgericht in de schoot van de toenmalige Rijkswacht, als een multidisciplinair team van psychologen, maatschappelijk werkers en aalmoezeniers die moeten instaan voor de psychosociale opvang en begeleiding van politiepersoneel. Het team doet tevens aan primaire, secundaire en tertiaire preventie van werkgerelateerde problemen (stress, burn-out, mobbing, ...). Een belangrijke stap in de ontwikkeling van het stressteam was de hervorming en integratie van het hele politieapparaat onder invloed van de affaire-Dutroux. De activiteiten van het stressteam groeiden in de loop van de tijd en houden verband met de specifieke kenmerken van het politieberoep en alle aanverwante problemen. Belangrijk was onder andere de nazorg voor de leden van het Disaster Victim Identification-team in de nasleep van zendingen in Kosovo voor de opsporing van massagraven, de ondersteuning bij de werkzaamheden naar aanleiding van de tsunami in Thailand (2006) en de permanente psychologische begeleiding van politiepersoneel dat deelneemt aan langdurige internationale operaties. De uitbouw van het stressteam was richtinggevend voor de talrijke interne zorgteams die binnen de lokale politiezones zouden worden uitgebouwd. Ambtshalve wordt dat team ingeschakeld voor de nazorg bij schietincidenten, gijzelings-situaties, collectieve urgenties of indien er vanuit de politie een vraag is voor psychosociale ondersteuning.

De dynamiek die ontstond rond ingrijpende gebeurtenissen bij de politie, zorgde ook voor de uitbouw van tal van andere teams voor interne zorg of collegiale opvang, zoals onder andere het Collegiaal Opvangteam Politie (COP) te Hasselt, het ECHO-team (Eerste Collegiale Hulp bij Ongevallen) te Geel en het ASPIC-team (Assistance et Soutien Pompiers/Police lors d'Incidents Critiques) te Namen. Deze teams bestaan tot op vandaag en ze worden verder ondersteund door een diversiteit van actoren en trainers, waarvan de academische kwaliteit niet steeds kan worden gewaarborgd.

POBOS (Instituut voor Psychotrauma)

POBOS werd opgericht in 1990 als adviescentrum voor welzijnszorg in organisaties. Medio de jaren 1990 ging POBOS samen met het Instituut voor Psychotrauma (IvP), enkele jaren eerder ontstaan in Nederland en later opgenomen in de groep van Schouten en Nelissen. POBOS-IvP profileerde zich als de marktleider op het vlak van acute opvang

en begeleiding bij traumatische gebeurtenissen op de werkvloer en hanteerde een businessmodel in samenwerking met het verzekeringswezen. Typerend aan de werking van POBOS is het principe van aansluiting bij het netwerk en het gebruik van een oproepnummer dat alle aanvragen voor steun de klok rond, elke dag van de week registreert en behandelt. Na de registratie van een noodoproep stelt het coördinatiecentrum van POBOS een lokale urgentiepsycholoog aan, die een afspraak maakt met de betrokken organisatie voor een eerste opvanggesprek, dat binnen de drie uur plaatsvindt. Inmiddels staat POBOS weer op zichzelf en is deze organisatie de grootste privétraumazorgorganisatie in België met een nationaal netwerk van 110 psychologen en een bereik van twee miljoen Belgen. De uitdaging van POBOS bestaat enerzijds in deze marktleiderspositie te versterken door onder meer samen te werken met huisartsenverenigingen en anderzijds de kwaliteit van de dienstverlening te bestendigen door nauwlettend toe te zien op de toetredingscriteria en de voortgezette opleiding van de psychologen die tot het netwerk toetreden.

Naast de bovenvermelde actoren op het vlak van acute interventie en nazorg bij ingrijpende – potentieel traumatiserende – gebeurtenissen zijn er ook tal van kleinere individuele initiatieven ontstaan en werd ook gestadig verder gebouwd aan traumazorg in de gevangenissen, de vertrouwenscentra voor kindermishandeling en de instellingen binnen de justitiële sector (justitiehuisen, diensten justitieel welzijnswerk, parketten, enzovoort). De exhaustieve opsomming van al deze initiatieven is een schier onmogelijke opdracht.

Opleiding in de psychotraumatologie voor psychologen/psychiaters (psychotherapeuten)

Belgisch Instituut voor Psychotraumatologie en Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Het Belgisch Instituut voor Psychotraumatologie en EMDR (BIPE) werd in 2001 opgericht als vereniging zonder winstoogmerk, toen nog onder de naam ‘EMDR-België’. Ludwig Cornil, die in Duitsland als psychotraumatoloog was opgeleid en supervisor EMDR was, nam hier toe het initiatief op het ogenblik dat de toenmalige organisator van de EMDR-opleidingen in België zijn activiteiten stopzette.

Omdat de uiteindelijke bedoeling van de initiatiefnemers verder ging dan enkel het aanbieden van opleidingen in EMDR, veranderde een jaar later de naam van de vereniging in het huidige Belgisch Instituut voor Psychotraumatologie en EMDR. Het aanbieden van een opleiding in traumaconfrontatie en traumaverwerking is niet nuttig als de hulpverleners geen ruimere kennis hebben van trauma.

De initiële doelstellingen van het BIPE waren veelbelovend:

- instaan voor een kwaliteitsvolle vorming van diagnostische en therapeutische vaardigheden bij de behandeling van traumaslachtoffers en hun familie;
- een internationaal erkend opleidingscentrum worden voor de vorming in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en toezien op de kwalitatieve toepassing van EMDR in België;

- voorzien in de diagnostiek en gespecialiseerde psychotherapeutische behandeling van mensen die getraumatiseerd zijn en hun omgeving;
- een nationaal netwerk van hooggespecialiseerde hulpverlening aan traumaslachtoffers en hun familie creëren en coördineren;
- de maatschappij sensibiliseren ten aanzien van de prevalentie, gevolgen en behandeling van psychotrauma's;
- onderzoek voeren en ondersteunen dat kan bijdragen tot een grotere kennis van het domein van de psychotraumatologie;
- een documentatiecentrum creëren om kennisoverdracht te bevorderen;
- contacten creëren en onderhouden met nationale en internationale verenigingen die zich bezighouden met psychotrauma.

Pas in het voorjaar 2006 werd een eerste tweejarige opleiding in de psychotraumatologie voor (Franstalige) psychologen georganiseerd. In 2007 volgde een opleiding voor Nederlandstalige psychologen. Historisch heeft het BIPE nauwe contacten met de Duitstalige vereniging voor psychotrauma, die deel uitmaakt van de European Society for Traumatic Stress Studies.

Het curriculum voor de opleiding werd afgestemd op de criteria voor erkenning tot 'psychotraumatoloog' door het Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT).

Een aantal doelstellingen is inmiddels overgenomen door EMDR België en Integrativa (zie verder) maar de realisatie van de ambitieuze doelstellingen leek moeilijker dan verwacht. Het thema van seksueel misbruik komt bijna niet aan bod in de werking van de eerder genoemde instellingen. Op dit ogenblik is er, op de opleidingsactiviteiten van EMDR België na, geen internationale erkenning van de EMDR-trainingen noch voortdurende kwaliteitsborging (door een systeem van accreditering) van de opgeleide psychotraumatologen (die evenwel na de opleiding en supervisie een certificaat van psychotraumatoloog in handen krijgen en dat ook vermelden op hun visitekaartjes of website). Patiënten kunnen momenteel bij BIPE noch bij EMDR België terecht voor gespecialiseerde traumadiagnostiek. Die is nog steeds in handen van de centra voor psychiatrische expertise. Er is geen actie op het vlak van wetenschappelijk onderzoek of systematische sensibilisatie noch een uitgewerkt documentatiecentrum.

Integrativa biedt inmiddels de opleidingen in EMDR en 'heart assisted therapy' aan en werkt opnieuw aan de uitbouw van een academisch vormingstraject voor psychotraumatologen, dat op termijn een Europese erkenning moet verzekeren.

Deze inhoud van de opleiding tot psychotraumatoloog (zie tabel 1) zou zich moeten richten op wat in andere Europese landen wordt aangeboden in een academisch curriculum dat gespreid is over twee jaar:

- een theoretische basis;
- technieken voor stabilisatie- en affectregulering;
- methoden voor cognitieve therapie en EMDR;
- interventies bij acuut trauma en crisis;
- behandeling van complexe trauma's;

- zelfbeheer en psychohygiëne als psychotherapeut;
- supervisie.

Voor dit soort opleidingen wordt echter nog veelvuldig een beroep gedaan op buitenlandse trainers omdat een academisch erkende opleiding in de psychotraumatologie in België nog onbestaand is.

[T a b e l 1] Criteria psychotraumatologie DeGPT.

1/Theoretische basis (20 uur): geschiedenis van de psychotraumatologie, neurobiologie, traumaherinneringen, overzicht van traumamethoden, behandeling met psychofarmaca, state of the art omtrent het onderzoek naar psychotherapie bij traumatisering, profylaxis bij nieuwe victimisatie, diagnosestelling van psychotrauma (instrumenten), epidemiologie, specifieke vormen van trauma (marteling, seksueel geweld, enzovoort), juridische aspecten en 'trauma treatment guidelines'.

2/Technieken voor stabilisatie en affectregulering (20 uur): cognitieve methoden, imaginaire exposure en hypnotherapie, dialectische gedragstherapie, specifieke methoden voor het omgaan met zelfverminking en affectregulering. Experimentele protocollen.

3/Trauma-exposure – Non-Complex PTSD (30 uur): evidence-based behandelmethoden, trauma-exposuretechnieken, cognitieve gedragstherapie en EMDR.

4/Overzicht van de behandelingen voor acuut trauma en crisisinterventie (10 uur): fasen en symptomen bij acute traumatisering, traumaspecifieke interventie, specifieke crisisinterventie, kritische evaluatie van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van acute interventies, effectieve communicatie bij acute traumatisering, omgaan met dissociatie en diagnose/behandeling van de acute stressstoornis.

5/Behandeling van Complex PTSD – DESNOS (30 uur): evidence-based behandelingen, beheer van disfunctionele affecten, traumaconfrontatie en integratie, interpersoonlijk trauma (vroegkinderlijk seksueel misbruik: neurobiologie, hechtingsproblematiek en therapeutische relatie). Methoden: hypnotherapie, cognitieve gedragstherapie, psychodynamische therapie.

6/Zelfbeheer en psychohygiëne (10 uur): zelfverving en uitdieping van eigen thematiek onder supervisie van DeGPT-erkende supervisorsoren of instellingen.

7/Supervisie (20 uur): supervisie (diagnose en therapieplanning inbegrepen) van cliëntbehandeling, individueel en collectief.

8/Eindwerk en collegiaal discussieforum

TOTAAL: 140 uur.

Hoewel het beroep van psychotherapeut nog steeds geen erkend en gereguleerd beroep is in België, moeten strenge selectiecriteria voor deelname aan de opleiding voor psychotraumatotherapeuten gehanteerd worden. Enkel psychiaters en psychologen zouden mogen deelnemen aan dit soort opleidingen. Psychotherapeuten mogen enkel worden toegelaten op voorwaarde dat zij een langdurige erkende therapieopleiding hebben genoten en in hun praktijk daadwerkelijk met traumaslachtoffers werken. Dat betekent dat de insteek erg veel-eisend is.

Kansen en bedreigingen

Diversiteit van het werkveld

Op basis van wat voorafging, zou besloten kunnen worden dat er in België, en meer bepaald in Vlaanderen, heel wat bestaat op het vlak van de psychotraumatologie. Het werkveld is echter zeer divers en op het vlak van psychotherapie bestaan er weinig mogelijkheden voor kwaliteitscontrole. Wat het toegepast wetenschappelijk onderzoek betreft, vertoont het Vlaamse academische landschap belangrijke lacunes: op dit ogenblik beschikt Vlaanderen over geen enkele hoogleraar in de acute of chronische traumatisering en worden internationale congressen, die aan psychotrauma zijn gewijd, door weinig Belgen bezocht.

De opleiding van specialisten in de psychotraumatologie gebeurt alleen in de privésector en geen enkel certificaat is officieel erkend.

Nochtans rijzen, mede onder invloed van de populariteit van thema's als 'psychotrauma' en 'posttraumatische opvang' en door de traumacultuur, de initiatieven als paddenstoelen uit de grond. Het is moeilijk om door de bomen het bos nog te zien.

Onder invloed van de maatschappelijke aandacht voor seksueel misbruik en voor slachtoffers van rampen besteden Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en Centra voor Hulp aan Slachtoffers veel aandacht aan 'traumatische gebeurtenissen': veel hulpverleners die met slachtoffers werken, worden geschoold in het omgaan met mensen die door een trauma getroffen zijn, maar het blijft bij kortdurende opleidingen zonder systematische supervisie. Tevens bestaat er momenteel geen enkel gespecialiseerd centrum voor de begeleiding van slachtoffers van seksueel misbruik, zoals de Centra voor Late Effecten van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (CELEVT) in Nederland. Er is ook geen richtlijn voor de behandeling van traumagerelateerde (angst)stoornissen.

De laatste decennia groeiden de mogelijkheden om slachtofferhulp te bieden aan getroffen door gewelddelicten, intrafamiliaal trauma en collectieve urgenties gestaag, evenals de aandacht en inzet van slachtofferonthaal bij de parketten en slachtofferbejegening (bij de politie) voor de getroffen door ongevallen en overlijden. Maar ook hierbij valt op dat de opleiding erg divers en niet eenduidig is. Dat geldt tevens voor maatschappelijk werkers verbonden aan Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn of het personeel van de gesloten centra die werken met vluchtelingen en/of asielzoekers: er is meer aandacht gekomen voor de zorg van traumaslachtoffers, maar het aanbod is erg divers en vaak gestoeld op het werk van lucratieve netwerken voor opleiding en training.

De diagnostiek en psychotherapeutische behandeling van dissociatieve stoornissen vereisen een diepgaande, langdurige opleiding met bijkomende supervisie. De diagnose PTSS gaat vaak gepaard met comorbide stoornissen als depressie of verslaving, die de differentiaaldiagnose bemoeilijken.

Psychotherapeuten zijn geschoold in gedragstherapie, systeemtherapie, psychoanalyse of client-centered therapie, maar plaatsen in het lijstje van hun specialisaties veelal 'traumaopvang' en 'traumabegeleiding' op basis van een korte opleiding in EMDR, vaak zonder ken-

nis van de toonaangevende behandelmethoden zoals de fasegerichte traumabehandeling die uitvoerig beschreven wordt in het referentiewerk *Het belaagde zelf* (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2010). Het ligt nu eenmaal commercieel goed in de markt om met traumabehandeling bezig te zijn, terwijl met ‘trauma’ dan vaak een diversiteit van levenservaringen gedekt wordt. Verlieservaringen en levensbedreigende ervaringen worden vaak in dezelfde adem genoemd. Therapeuten die solo en zonder veel supervisie werken, beseffen echter amper de gevaren die met deze bijzonder belastende vorm van psychotherapie gepaard gaan.

Ook in psychiatrische klinieken is er toegenomen aandacht voor psychotrauma. Maar tot nu toe is er geen enkel residentieel psychiatrisch programma dat zich voltijds en exclusief richt op de behandeling van vroegkinderlijk of recent trauma; men biedt structuur en deelname aan het algemene zorgprogramma.

In het algemeen is er de laatste decennia in ons land veel knowhow over psychotrauma bijgekomen, maar de academische wereld zou zich dringend moeten bezinnen over de toekomst van de psychotraumatologie in België. Een meerjarige (inter)universitaire postgraduaatopleiding in de psychotraumatologie zou misschien de versnippering van het aantal opleidingen tegengaan en het pad kunnen openen voor meer wetenschappelijk onderzoek. Duidelijke toelatingscriteria tot deze opleiding zouden verhinderen dat mensen met diverse kortduurende hogeschoolopleidingen of een academisch curriculum buiten de hulpverleningssector zich op hun websites en visitekaartjes psychotraumatoloog zouden blijven noemen.

Door de wetenschappelijke omwenteling – waardoor stilaan ook de neurobiologische correlaten van psychotrauma zich ontvouwen – en de grote maatschappelijke aandacht voor het vakgebied van de psychotraumatologie, lijkt de tijd rijp voor een diepgaande reflectie over het verschil tussen acute crisisopvang en langdurige psychotraumatotherapie. Indien de gemeenschap van psychiaters, psychologen en psychotherapeuten de kloof met wat in de buurlanden gebeurt, beperkt wil houden, moet op korte termijn nagedacht worden over de vormgeving van een certificering en accreditering in de psychotraumatologie, naar analogie van wat er gebeurt in Nederland en Duitsland. Deze trein mag niet gemist worden.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders – 4th (revised) edition*. Washington DC: Author.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- De Soir, E. (1988). *Les conséquences du stress au combat sur l'état de santé physique et mentale des combattant*. Niet-gepubliceerde licentiaatsthesis, Koninklijke Militaire School, Brussel.
- Frankl, V.E. (2006). *Man's search for meaning*. Massachusetts: Beacon Press.
- Hawker, D.M., Durkin, J., & Hawker, D.S. (2010). To debrief or not to debrief our heroes: That is the question. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Wiley Online Library. Doi: 10/1002/cpp.730.
- Kraepelin, E. (1899). *Ein Lehrbuch für Studierende und Aertse* (Vol. 2). Leipzig: Johan Ambrosius Barth.

- Lebigot, F. (2001). Prises en charge psychothérapeutiques psychodynamiques. In M. De Clercq, & F. Lebigot (Eds.), *Les traumatismes psychiques* (pp. 245-251). Paris: Masson.
- Lebigot, F. (2002). L'effroi du traumatisme psychique. Le regarder en face ou s'en protéger. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2(3), 139-146.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, January, 36-39.
- Nijenhuis, E. (1999). *Somatiform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen: Van Gorcum. (Reprint New York: Norton, 2004).
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Shephard, B. (2003). *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Boston: Harvard University Press.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape us who we are?* New York/London: The Guilford Press.
- Te Brake, H., & Dückers, M. (2013). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events: Is there a gap between norms and practice in Europe. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. Doi: 10.3402/ejpt.v4i0.19093.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2010). *Het belaagde zelf. Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom Cure & Care.

Summary

This article illustrates the many challenges of crisis psychology and psychotraumatology for psychiatrists, psychologists and psychotherapists in the light of the historical background and development of this rather new discipline. A first part shows how traumapsychology and psychotraumatology became one of the most studied fields of psychology and psychiatry. A second part comments the context in which facilities and institutions developed in Belgium, in the light of several collective emergencies and as a function of societal evolution. In a third and last part of this article, some challenges, chances and threats for the future are discussed.

Personalia

Erik De Soir, psycholoog-psychotherapeut, domeinmanager Human Factors & Medicine, Koninklijk Hoger Instituut voor Defensie – Departement Wetenschappelijk en Technologisch Onderzoek.
E-mail: erik.desoir@mil.be.