

Opvang na schokkende gebeurtenissen

Stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek

Om de moeilijkheden van mensen na traumatische ervaringen op te lossen hebben hulpverleners uiteenlopende methoden ontwikkeld, variërend van slachtofferhulp en psycho-educatie tot gerichte vormen van psychotherapie. Geweldsmisdrijven, rampen, ongevallen, oorlogsstress en andere aangrijpende gebeurtenissen confronteren de betrokkenen met een grote machteloosheid en een intense ontwrichting van het individuele en sociale bestaan. De gevolgen op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein kunnen daarom aanzienlijk en soms langdurig zijn.

De laatste tijd wordt steeds meer kritiek geleverd op de methode van 'psychological debriefing' en daarmee impliciet of expliciet ook op andere vormen van vroegtijdige psychosociale hulp na schokkende gebeurtenissen. De basis voor de dikwijls zeer scherpe kritiek zijn vooral bevindingen van effectonderzoeken. Hieruit zou blijken dat significant positieve resultaten van de verrichte interventies ontbreken.

De maatschappelijke aandacht voor dit gebrek aan bevindingen is groot. Ook in de internationale wetenschappelijke wereld wordt steeds meer getwijfeld aan de werkzaamheid van 'debriefing'. In deze bijdrage gaan wij in op de bevindingen van bovengenoemde effectstudies en op de verschillende onduidelijkheden over deze hulp. Het artikel wil op basis van wetenschappelijke inzichten een kritische beschouwing bieden van de verschillende argumenten pro en contra vroege hulpverlening.

Effectstudies

Onlangs werden twee overzichten van effectstudies gepubliceerd. De eerste studie betrof een overzicht van de Britse onderzoekers Rose en Bisson (1998). Zij vonden in de wetenschappelijke literatuur zes gecontroleerde onderzoeken van kortdurende psychologische interventies waarbij de eerste meting binnen een maand na de traumatische ervaring plaatsvond. De interventie betrof een eenmalige bijeenkomst volgens de methode van 'Critical Stress Incident Debriefing' (CSID), een werkwijze die in het begin van de jaren tachtig werd ontwikkeld door de Amerikaan Jeffrey Mitchell (Mitchell, 1983; Mitchell & Everly, 1995). Ofschoon definities erg variëren, is 'debriefing' te omschrijven als een snelle interventie die, indien mogelijk, binnen 24 tot 72 uur na een incident plaatsvindt. Het doel is betrokkenen bij een ramp of calamiteit, en dan vooral degenen (politiemensen, brandweerlieden en medewerkers van het Rode Kruis) die hulp hebben verleend aan de directe slachtoffers, de mogelijkheid te geven om te praten over wat er is gebeurd. Dit zou bijdragen aan een gezonde verwerking. Onder leiding van een speciaal hiervoor opgeleide deskundige bespreken de groepsleden achtereenvolgens de feiten van de gebeurtenis, de daarbij opgetreden gedachten, hun gevoelens daarbij en de persoonlijke wijzen van stresshantering. Tenslotte krijgen zij voorlichting over de reacties die zij in de nabije weken of maanden kunnen verwachten.

Rose en Bisson bestudeerden onderzoeken naar deze methode bij verkeersongevallen, verbrandingen en miskramen. De vervolgmeting vond meestal drie tot vier maanden na het ongeval plaats. Met behulp van doorgaans gestandaardiseerde vragenlijsten werden de verschillen tussen behandelingsgroep en controlegroep geanalyseerd. Rose en Bisson concludeerden dat twee studies geen veranderingen lieten zien, dat twee studies positieve bevindingen aantoonde en dat twee onderzoeken wezen op negatieve resultaten. Daarbij moet worden opgemerkt dat de veranderingen ten opzichte van de controlegroep (positief of negatief) niet erg groot waren.

Van Gageldonk en Rigter (1998) kwamen in hun overzichtsstudie tot een schets van negen studies van gecontroleerde onderzoeken van zogeheten preventieve interventies. De selectie van de interventies en onderzoeken werd niet expliciet vermeld. De deelnemers waren onder meer slachtoffers van verkeersongevallen, reddingswerkers en politieagenten. In zeven studies bleek de interventie geen effect te hebben. In één studie was het resultaat positief, in een andere studie negatief. Dit overzicht bevat echter een onderzoek dat dubbel werd geteld (Brom, Kleber & Hofman, 1993; Hofman, Kleber & Brom, 1990), zodat het in feite om acht studies gaat. Op basis van hun studie concluderen de auteurs (Trimbos-instituut, 1999, p. 28) dat het Nederlandse en het internationale onderzoek naar (secundaire) preventie van

posttraumatische stress-stoornissen (PTSS) leidt 'tot geen andere conclusie dan dat preventie in de tot nu toe toegepaste vorm ineffectief is'. Deze studie kwam vervolgens in voorjaar 1999 in de media met koppen als 'Psychische opvang na rampen faalt'.

In het overzicht van Van Gageldonk en Rigter zijn slechts twee van de door Rose en Bisson genoemde studies terug te vinden. Wanneer men beide overzichten samen neemt, komt men dus op een totaal van twaalf onderzoeken. Overigens zijn tenminste twee empirische onderzoeken met positieve resultaten niet opgenomen in het overzicht van Van Gageldonk en Rigter (Chemtob, Tomas, Law & Cremniter, 1997; Raphael, 1977). Nadien verschenen tenminste nog twee Britse publicaties over een gecontroleerd onderzoek (Conlon, Fahy & Conroy, 1999; Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000), beide met een negatief resultaat.

De conclusie van deze beide overzichtsstudies lijkt onbetwistbaar. De werkelijkheid is echter gecompliceerder. Er zijn tenminste twee centrale kwesties die de conclusie, althans ten dele, ondergraven.

Om welke interventie gaat het eigenlijk?

Zowel wetenschappelijke publicaties als populaire media vereenzelvigen alle vroege hulpverlening met Mitchells vorm van 'debriefing'. Allerlei andere vormen van directe hulp worden over dezelfde kam geschoren. Dit is duidelijk te zien in de Nederlandse overzichtsstudie (Van Gageldonk & Rigter, 1998; Trimbos-instituut, 1999), waar de definiëring van de termen tamelijk inadequaat en ondoorzichtig is.

De termen 'opvang', 'counseling', 'debriefing' en 'snelle interventie' worden helaas veelvuldig en gemakkelijk door en naast elkaar gebruikt. Er zijn echter verscheidene vormen van vroege interventie na schokkende gebeurtenissen (zie Van der Velden, Eland & Kleber, 1997), maar deze vormen komen minder of niet aan de orde in voornoemde overzichtsstudies. Weliswaar stellen Carlier e.a. (Carlier & Gersons, 1997) dat wereldwijd één model wordt gehanteerd, maar de onderdelen daarvan (de aanwezigheid van een veilige omgeving, de expressie van traumagerelateerde emoties, het verschaffen van voorlichting en het verkrijgen van cognitieve controle) zijn zo globaal geformuleerd dat ze van toepassing zijn op alle traumahulpverlening, met inbegrip van psychotherapie. Bovendien variëren de verschillende technieken aanzienlijk naar de nadruk die op elk onderdeel wordt gelegd. Tot slot ontbreken in dit 'universele' model diverse elementen van vroegtijdige hulpverlening, zoals het mobiliseren van sociale steun, het signaleren van risicovolle omstandigheden en het gericht veranderen van de omgeving van de getroffen.

De methoden van directe hulp na schokkende gebeurtenissen zijn de volgende: a) informatievervalsing (waaronder psycho-educatie) en adviezen;

b) bijeenkomsten van lotgenoten; c) 'psychological debriefing', te onderscheiden in onder meer 'Critical Incident Stress Debriefing' (CISD) van Mitchell (1983) en het 'Multiple Stressor Debriefing Model' (Armstrong, O'Callahan & Marmar, 1991); d) crisisinterventie; e) gestructureerde (bedrijfs)opvang, te onderscheiden in onder meer het zogenaamde Utrechtse of IvP-model (Van der Velden e.a., 1997) en het werk van Manton en Talbot (1990); f) zeer kortdurende therapie van acute stress-stoornis.

De in de overzichten opgenomen studies betreffen vooral 'debriefing'. Een enkele studie had betrekking op crisisinterventie of op gestructureerde bedrijfsopvang, een methode die bestaat uit meerdere gesprekken in de tijd, waarbij de nadruk ligt op praktische zorg, sociale ondersteuning, geleidelijke confrontatie met de gebeurtenis en inbedding van de hulp in het bedrijf. Al deze methoden zijn gericht op de gevolgen van schokkende gebeurtenissen, dat wil zeggen gebeurtenissen die worden gedefinieerd in termen van grote machteloosheid en een acute ontwrichting van fundamentele veronderstellingen (zie Kleber & Brom, 1992). Tot slot moet nog worden vermeld dat het bij deze interventies niet gaat om gespecialiseerde psychotherapie.

Methodologische tekortkomingen

Evenzeer als evaluatie-onderzoek van psychotherapie (Sherman, 1998) dient gecontroleerd onderzoek naar vroegtijdige psychologische interventies te voldoen aan diverse methodologische eisen, zoals voor- en nametingen, duidelijke uitkomstcriteria en willekeurige toewijzing van mensen (ongeacht meegemaakte gebeurtenissen of hun klachten) aan een interventie of controleconditie. Nu lukt het om praktische en ethische redenen zelden om te voldoen aan alle methodologische criteria. Een zekere coulantie moet dus betracht worden. Helaas lijden onderzoeken naar de effecten van 'debriefing' vooral aan twee aanzienlijke methodologische tekortkomingen.

Een belangrijke zwakte betreft de onderzoeksgroepen. Zijn de met elkaar vergeleken groepen wel echt met elkaar te vergelijken? Helaas is dit dikwijls niet het geval. Groepen verschillen bijvoorbeeld veelvuldig in het klachtenniveau bij aanvang van het onderzoek. Een illustratie hiervan is de studie van verkeersslachtoffers verricht door Brom e.a. (1993). Sommige mensen werd gevraagd deel te nemen aan een onderzoek, anderen werden uitgenodigd om hulpverlening te ontvangen. De toewijzing geschiedde willekeurig, maar toch ontstonden er uiteindelijk verschillende groepen doordat de respons per conditie verschilde en doordat de onderzoeksgroep bij aanvang minder klachten had dan de behandelingsgroep. Zo'n discrepantie in gezondheidstoestand voorafgaande aan de interventie komt helaas vaker voor: bijna altijd heeft de niet-behandelde groep door een verschil in non-respons een lager klachtenniveau dan de behandelde (zie Carlier, Voerman & Gersons,

1998). Een andere veel gehanteerde maatstaf voor het onderscheid tussen interventiegroep en controlegroep is een motivationeel verschil: mensen die wel de 'debriefing' willen volgen en mensen die afzien van deelname. Ook hier treedt zelf-selectie op. Aangezien motivatie een cruciale factor is bij het welslagen van een interventie, is dit een twijfelachtig criterium. Vaak zijn de vergelijkingsgroepen dan ook geen goede controlegroepen.

De tweede zwakte betreft de aard van de interventie. Het is lang niet altijd duidelijk om welke vorm van hulpverlening het nu eigenlijk ging. Wanneer vond de interventie plaats? Werd zij individueel of in een groep geboden? Op welke wijze werd zij precies verricht? De interventie is in bijna alle publicaties gebrekkig beschreven (soms zelfs in een half zinnetje: Conlon e.a., 1999) en kan, zoals vermeld, inhoudelijk zeer variëren. Soms ook lijkt de kwaliteit van de hulp ondermaats, te oordelen naar de zeer schetsmatige aanduiding ervan.

Argumenten pro en contra

De twee bovengenoemde algemene punten nuanceren de resultaten van effectonderzoeken. Ofschoon de roep om gecontroleerde onderzoeken naar vroege hulpverlening van recente datum is (Raphael, Meldrum & McFarlane, 1995), blijft de conclusie van deze effectstudies aanwezig: vroege interventies lijken weinig bij te dragen tot vermindering van de kans op posttraumatische psychopathologie.

Dit tekortschieten van 'debriefing' (en wellicht ook andere vormen van vroege psychosociale hulp) heeft mogelijk inhoudelijke redenen. Acht vragen terzake komen hieronder aan de orde.

Moet de interventie wel zo snel na de gebeurtenis?

Oorspronkelijk ging men ervan uit dat hulp het effectiefst is wanneer zij zo snel mogelijk wordt verleend, daar de reacties dan in goede banen kunnen worden geleid en de vroegtijdige ontwikkeling van posttraumatische stressstoornissen zo direct mogelijk kan worden voorkomen. De suggestie is dat de getroffen personen op een dergelijk vroeg moment nog openstaan voor adviezen en begeleiding (Saari e.a., 1996).

Moet de hulp echter wel zo snel worden gegeven? Chemtob en anderen (1997) onderzochten het effect van een kortdurende interventie (die alles bij elkaar vijf uur duurde en bestond uit psycho-educatie en het in de groep bespreken van de ervaringen), zes maanden na een orkaan in Hawaii. Het onderzoek toonde significante verschillen aan tussen de interventiegroep en de vergelijkingsgroep. De auteurs suggereren dat 'debriefing' wellicht beter wat

later na de schok gegeven kan worden en citeren daarbij opmerkelijk genoeg de instemming van Mitchell (zie Mitchell & Everly, 1995). Laatstgenoemde benadrukte het belang van de psychologische 'readiness' bij het vaststellen van het tijdstip van de interventie.

Het uitgangspunt van 'debriefing' is aantrekkelijk, maar het zou kunnen zijn dat sommige reddingswerkers juist door het gezamenlijk bespreken van de verschrikkelijke ervaringen vlak na een calamiteit worden overweldigend door emoties. De toch al broze weerbaarheid van deze uitgeputte mensen wordt dan teniet gedaan. Pennebaker (1997) ontdekte in zijn vele experimentele studies van 'disclosure' dat de krachtigste resultaten van het gericht praten over een traumatische ervaring werden geconstateerd ongeveer vier tot vijf weken na de gebeurtenis.

Voor al de Britse critici van 'debriefing' (Avery, King, Bretherton & Ørner, 1999) richten hun kritiek op de vroege interventies en stellen dat niet is aangetoond dat deze werkt. Integendeel zelfs. Moeten de deelnemers wel zo snel na de gebeurtenis gestimuleerd worden om te praten en om emoties te ventileren? Daarmee komen wij op de volgende vraag.

De nadruk op het uiten van emoties

Richt vroegtijdige hulp zich niet te zeer op 'exposure' en het uiten van gevoelens? Zouden niet concrete (materiële) steun en cognitieve informatie-verschaffing centraal moeten staan? Veel vroege interventies lijken te draaien om de vraag die Mart Smeets zo vaak stelt aan een volstrekt uitgeputte wielrenner die zojuist als eerste de finishlijn is gepasseerd: 'Wat ging er door je heen?'

De vermelde effectstudies betreffen vooral interventies waarbij deze emotie-expressie centraal staat. Andere hulpvormen dan 'debriefing' leggen meer nadruk op praktische en concrete ondersteuning in de eerste fase na een schok. Voorbeelden zijn de bedrijfsgerichte opvang (Kleber & Van der Velden, 1996) en de humanitaire noodhulp van Artsen zonder Grenzen (De Jong, Ford & Kleber, 1999).

Nu stelt ook Mitchell dat men dient te beginnen met een praktische fase in de hulp en pas daarna aandacht moet besteden aan de emoties. Maar volgens hem moet dit alles in één bijeenkomst plaatsvinden. Bovendien is zijn methode nogal gecorrumpereerd (ten dele als gevolg van gebrekkige theoretische en empirische onderbouwing en de zeer fragmentarische publicaties erover), zodat ze vaak ontaardt in een ongestructureerd praten over gevoelens.

Een wrang voorbeeld van negatieve effecten van 'debriefing' is te vinden in de methodologisch verantwoorde studie van Bisson, Jenkins, Alexander en Bannister (1997). Gemiddeld negentien dagen na het ongeval verleenden zij een professionele interventie (eenmalig, zowel individueel als

groepsgewijs, op basis van het werk van Mitchell) aan brandwondpatiënten in een ziekenhuis. De diverse posttraumatische reacties waren drie en elf maanden later bij de behandelingsgroep significant sterker dan bij de controlegroep. Het effect was dus averechts. Beide groepen waren vergelijkbaar, ofschoon ook in dit geval het klachtenniveau van de behandelingsgroep hoger was dan dat in de controlegroep. De negatieve effecten van de 'debriefing' zijn echter begrijpelijk tegen de achtergrond van de eerste reacties van brandwondpatiënten (zie Taal, 1999). De nasleep van een verbranding is heftig en voor het overleven is een zekere ontkenning of vermindering noodzakelijk. Aan het psychisch 'doorwerken' van de brand, bijvoorbeeld door het bespreken van de gevoelens erover, komen de slachtoffers feitelijk nog niet toe. Hun pijn is immers nog lang niet over.

Het bovenstaande voorbeeld is niet zozeer een bewijs van het onvermogen van de methode van 'debriefing' als wel van het onvermogen van de onderzoekers om na te denken over de psychologische implicaties van hun interventies. Het is de vraag of het uiten van emoties en emotionele verwerking centraal moeten staan in vroege, kortdurende hulp na schokkende gebeurtenissen. Voorlopig is de conclusie dat deze elementen alleen een plaats in hulpverlening hebben als aan andere voorwaarden (zie hieronder) is voldaan.

Selectie en screening

Moet doelgerichte, vroegtijdige interventies na schokkende gebeurtenissen worden aangeboden aan alle personen? Het is aardig om dit vraagstuk allereerst vanuit een historisch perspectief te bezien. In de jaren tachtig werd gepropageerd (Kleber & Brom, 1986; Van der Ploeg & Kleijn, 1989) dat een op iedereen gerichte aanpak wenselijk was. Daarmee voorkwam men immers het stigmatiseren van de getroffen personen. Het etiket van probleemgeval verdwijnt bij een standaard aanpak. Bovendien bleek in de praktijk dat geweldsgetroffenen zichzelf dikwijls niet beschouwen als behoeftige mensen en dat zij dus zelf niet zo snel hulp zoeken. Empirisch onderzoek (Weisaeth, 1989) wees er bovendien op dat vooral degenen met meer problemen na een dergelijke ervaring zich minder spontaan tot een hulpverlener wenden.

In de jaren negentig rees het vermoeden dat deze algemene aanpak ook een keerzijde heeft. Beschadig je niet juist bepaalde mensen? Het is immers mogelijk dat sommigen kwetsbaar zijn, dat zij zichzelf wapenen tegen het stilstaan bij de schok en dat zij overweldigd worden door het bespreken daarvan. Moet daarom niet tevoren geselecteerd worden?

Een van de risicofactoren voor latere problematiek is peritraumatische dissociatie (Kleber & Van der Hart, 1998): uitingen van derealisatie, tijdsvervalsing, depersonalisatie en verbijstering tijdens of direct na een

schokkende gebeurtenis. Deze reacties blijken nauw samen te hangen met later optredende posttraumatische stress-stoornissen (Shalev, Peri, Canetti & Schreiber, 1996). Zij die verschijnselen van peritraumatische dissociatie vertonen hebben wellicht de minste baat bij 'debriefing' (mogelijk ook bij andere vergelijkbare vormen van directe hulpverlening). Aan hen zouden dan voorzichtiger en langduriger vormen van hulp verschaft moeten worden.

Zijn gegevens over dergelijke acute reacties te gebruiken om mensen te 'screenen' en op die manier degenen te selecteren die later problemen dreigen te krijgen? De Nederlandse onderzoekers Van der Velden, Van der Burg, Steinmetz en Van den Bout (1992) stelden een risico-index voor slachtoffers van bankovervallen samen. Naast problemen op het werk en eerder meegemaakte overvallen bleken vooral de direct na de schok opgetreden heftige emoties een belangrijke risicofactor. Een ander voorbeeld is een Duitse studie naar slachtoffers van geweld (Fischer, Becker-Fischer & Düchting, 1998). Evenals Van der Velden en anderen destilleerden zij uit een grote verzameling biografische en psychologische gegevens die variabelen die latere psychische problematiek het beste voorspelden. In hun index nam peritraumatische dissociatie een centrale plaats in. Dergelijke screenings-instrumenten worden zo snel mogelijk na de schokkende gebeurtenis ingevuld, zodat de gegevens gebruikt kunnen worden bij de nazorg.

In dit verband is het zinvol te wijzen op een recente studie van Bryant en anderen (1998) onder mensen met de diagnose 'acute stress-stoornis', dat wil zeggen mensen die in de eerste dagen na de gebeurtenis reageerden met heftige dissociatieve reacties, herbelevingen, vermijdingen en andere klachten (zie ook Solomon, 1999). Ook hier gaat het dus om een gerichte selectie van getroffenen. De onderzoekers voerden een interventie uit bij deze mensen vrij snel na de ervaring (meestal een verkeersongeval). Deze cognitief-gedrags-therapeutische interventie bestond uit drie tot vijf bijeenkomsten met een therapeut. De behandeling in deze gecontroleerde studie bleek succesvol te zijn. Eerder waren Amerikaanse onderzoekers (Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995) tot soortgelijke positieve bevindingen gekomen in een eveneens gecontroleerde studie van een gestructureerde interventie na ongeveer vier weken.

Overheerst het groeps karakter niet te zeer?

Hulp na een schokkende gebeurtenis kan zowel individueel als in een groep plaatsvinden. De diverse benaderingen hebben op dit terrein een verschillende voorkeur. 'Debriefing' is oorspronkelijk bedoeld voor vrij grote groepen, van twintig tot veertig mensen. In een meestal eenmalige en langdurige bijeenkomst wordt hun verzocht te praten over wat zij hebben meegemaakt. In recente publicaties is de groeps grootte verminderd (Mitchell & Everly, 1995).

De eerder genoemde bedrijfsgerichte opvang was individueel van opzet, maar al snel bleek dat mensen na bankovervallen en soortgelijke incidenten meestal niet als eenling worden getroffen maar als lid van een bestaande (kleine) groep. Tegenwoordig wordt deze opvang dan ook vooral toegepast in dergelijke groepen (niet meer dan acht mensen). Het voordeel daarvan is dat de deelnemers, net als in lotgenotengroepen bij rouwbegeleiding (De Keijser, Van den Bout, Kleber, Boelen & Hopmans, 1998), hun reacties met elkaar vergelijken en bespreken. De onderlinge ondersteuning is groot. Nadelen van een groep zijn dat sommige leden zich in de groep verschuilen, dat sommigen de groeps sfeer kunnen overheersen of zelfs verzieken en dat er soms een soort van gezamenlijke slachtofferidentiteit wordt gecreëerd. In de praktijk van de hulpverlening blijkt voorts dat de benodigde professionele vaardigheden van een groepsopvang nogal eens onderschat worden.

Een systematische analyse van de merites van individuele opvang en groepsopvang is eigenlijk nog nooit ondernomen. Dat is te betreuren, want het gaat om een wezenlijk onderdeel dat vermoedelijk zeer bepalend is voor het uiteindelijke resultaat.

Ontbreekt een vervolg?

Bijna alle studies die zijn opgenomen in de overzichten van Van Gageldonk en Rigter (1998) en bovenal Rose en Bisson (1998) betreffen eenmalige interventies (vaak ook nog van korte duur). De gevolgen van een schokkende gebeurtenis strekken zich echter over een lange tijd uit. Vroege hulp na schokkende gebeurtenissen lijkt dan ook zinloos zonder vervolgcontacten over een fatsoenlijke tijdsperiode.

De eerder genoemde methode van bedrijfsgerichte opvang strekt zich uit over de eerste twee tot vier maanden na de gebeurtenis. Door meerdere bijeenkomsten (meestal twee tot vier) te beleggen, houdt de hulpverlener het verloop van de reacties van de getroffene in de gaten, mede ook om ernstige moeilijkheden en psychische stoornissen vroegtijdig te onderkennen. Deze onderkenning is belangrijk omdat slechts een deel van de getroffenen psychische stoornissen blijkt te ontwikkelen en omdat het enige tijd duurt voordat het duidelijk is dat de reacties geen uiting zijn van normale maar van gestoorde verwerking. Volgens veel auteurs kan een traumatherapie pas beginnen als enkele maanden sinds de gebeurtenis zijn verstreken (zie Marmar, Foy, Kagan & Pynoos, 1993).

In de gecontroleerde studie van Carlier, Voerman en Gersons (1998) gaf de bedrijfsopvang die bestond uit meerdere gesprekken (in dit geval drie) over een periode van ongeveer drie maanden geen positieve effecten te zien. Het tweede en derde gesprek stelde in dit geval echter weinig voor: ze duurden gemiddeld zeventien en zestien minuten.

Verwaarlozing van de context?

Het verwerken van een schokkende gebeurtenis vindt plaats in een bepaalde context: de eigen sociale omgeving in de privé-sfeer en de werkomgeving. Geen van beide mag veronachtzaamd worden. Deelname aan een interventie kan echter ten koste gaan van bijvoorbeeld de steun van de directe omgeving.

Misschien werken 'debriefing' en opvang niet omdat hulp alleen effectief kan zijn als zij wordt verleend in een vaste, reguliere en veilige context (bijvoorbeeld een bedrijf of een militaire eenheid). Dit vermoeden wordt bevestigd door een onderzoek uit Nieuw-Zeeland (Stephens, 1997). Twee groepen van politiemensen werden retrospectief met elkaar vergeleken: de ene groep had in de afgelopen periode wel een 'debriefing'-bijeenkomst bijgewoond, de andere groep niet. De interventie bleek geen effect te hebben op symptomen van posttraumatische stress-stoornis. Wel bleek dat er minder symptomen optraden als in de organisatie sociale steun werd geboden en collega's de mogelijkheid hadden over de traumatische ervaring en de emotionele gevolgen ervan te praten.

Het belang van de context geldt ook bij schokkende gebeurtenissen in de werksituatie. De opvang moet ingebed zijn in een organisatorische context (zie Van der Velden, Hazen & Kleber, 1999). Dat houdt in dat aandacht wordt geschonken aan: voorlichting aan management en personeel, mobilisering van steun vanuit de organisatie, ontwikkeling van brochures en folders, ontwikkeling van standaardprocedures in een bedrijf, het aanwijzen van specifieke personen in de organisatie, het verzorgen van training en adequate monitoring en evaluatie.

Erkenning is het sleutelbegrip. Getroffenen zijn op zoek naar ondersteuning en aandacht van hun naaste omgeving. Zij worstelen met vragen als: was dit ergens goed voor, wat was de zin ervan, waarom werd juist ik getroffen? Wanneer zij de gelegenheid krijgen te vertellen wat hun is overkomen en wanneer anderen serieus naar hen luisteren, krijgt het persoonlijke leed betekenis. De zwaar op de proef gestelde ideeën over de wereld en de rechtvaardigheid van het bestaan worden op die wijze geheel of gedeeltelijk hersteld. Er kan weer vertrouwen ontstaan.

Het is opvallend dat in bijna alle gememoreerde effectstudies de hulp altijd van buitenaf kwam. De enige uitzondering is de Nederlandse studie van Carlier e.a. (1998) van een reguliere bedrijfsgerichte opvang bij de politie.

Het verkeerde criterium?

Wellicht de opmerkelijkste bevinding van alle empirische studies omtrent 'debriefing' en opvang is dat de deelnemers bijna altijd uiterst tevreden zijn. Die grote tevredenheid contrasteert opvallend met de geringe resultaten van gecontroleerde onderzoeken. Nu is satisfactie op zichzelf een gevaarlijke maat,

zo blijkt uit evaluatieonderzoek van psychotherapie (Bergin & Lambert, 1978). Toch is dit een cruciaal argument. Zou het niet mogelijk zijn dat de onderzoekers kijken naar de verkeerde uitkomstvariabelen? Wellicht kijken zij te zeer als psychologen en psychiaters. Inderdaad noemen bijna alle publicaties over opvang steeds weer het voorkómen van posttraumatische stress-stoornis en verwante symptomatologie als het voornaamste doel.

Het begrip posttraumatische stress-stoornis is zo snel ingeburgerd in de wetenschappelijke wereld (en daarbuiten) dat schokkende gebeurtenis en posttraumatische stress-stoornis meestal in een adem worden genoemd. Het is de vraag of dit terecht is. Niet alle psychische stoornissen nemen de vorm aan van een posttraumatische stress-stoornis; een groot deel van de getroffen en lijdt zelfs niet aan enige stoornis (zie verder Kleber, 1999). Is het perspectief van psychologen en psychiaters niet verengd tot de posttraumatische stress-stoornis?

Er zijn aanwijzingen dat het effect van opvang juist buiten dit strikt psychopathologische kader moet worden gezocht. Onderzoek naar 'disclosure' kan verheldering brengen. De talrijke experimentele onderzoeken in de lijn van Pennebaker (1995, 1997) hebben zeer overtuigend laten zien dat het vertellen van het verhaal (zowel in woord als geschrift) en het uiten van emoties dat daarmee gepaard gaat, duidelijk effect heeft op zowel de somatische als de geestelijke gezondheid van patiënten en vrijwilligers. Pennebaker postuleerde dat onderdrukking van traumagerelateerde gedachten, gedragingen en gevoelens op de korte termijn leidt tot lichamelijke activering (onder meer: verhoging van de hartslag, de bloeddruk en de huidoppervlakte-spanning). Op de lange duur werkt deze activering als een stressor, waardoor de kwetsbaarheid voor lichamelijke ziekten toeneemt. Het verwoorden van de traumatische ervaring is daarom weldadig voor de individuele gezondheid. Inderdaad blijkt het uitdrukken van traumagerelateerde gevoelens en gedachten te leiden tot minder bezoek aan gezondheidscentra, vermindering van fysieke klachten en toename van de effectiviteit van het immuunsysteem (Pennebaker, 1995). Daarentegen blijkt het geheimhouden van een trauma, een sterke vorm van onderdrukking, aanzienlijke lichamelijke problemen met zich mee te brengen en het subjectieve welbevinden te verminderen (Finkenauer & Rimé, 1998).

Het uiten van de gedachten en gevoelens is gericht op het ordenen en analyseren van de gebeurtenis en de reacties daarop. Men verwerft zo inzicht in de situatie en deze krijgt daardoor betekenis. Het gaat om een vorm van articulatie: het beklemtonen van gedachten en gevoelens. Het in woorden omzetten impliceert het externaliseren van de ervaring.

Pennebaker volgend, heeft de Belgische sociaal-psycholoog Bernard Rimé (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech & Philippot, 1998) diverse studies verricht.

Uit zijn experimenten bleek dat negatieve emoties bijna altijd worden gevolgd door het bespreken daarvan met anderen. Dit delen van negatieve emoties riep de negatieve ervaring weer op en leidde tot intense herbelevingen en piekeren. Toch waardeerden mensen dit proces en zochten zij het zelfs bewust op.

Tot hun verrassing ontdekten Rimé en zijn collega's dat zulke 'social sharing' geen invloed had op de emotionele verwerking en de intensiteit van de emoties nadien. Het delen van de emoties leidde niet tot een vermindering van hun lading. De conclusie van Rimé is dan ook dat de effecten van 'social sharing' zich niet voordoen als emotionele verlichting. De herinnering blijft gelijk: 'sharing an emotion cannot change the emotional memory' (Rimé, 1999, p. 177). De ervaring was en is een emotionele klap en daar valt niet veel aan te doen. Het gericht erover praten heeft volgens de bovengenoemde onderzoeken echter wel significante effecten: de satisfactie van de deelnemers met de interventies, hun besef van erkenning door de buitenwereld, sociale steun en sociale integratie, het weer oppakken van het patroon in het dagelijkse bestaan en het ondernemen van nieuwe activiteiten en tenslotte ook cognitieve veranderingen (betekenisverwerving; zie Janoff-Bulman, 1992) en hun lichamelijke gezondheid (Pennebaker, 1997).

Op een soortgelijk effect wijst de studie van de (kwalitatief nogal beperkte) 'debriefing' na de Bijlmermeerramp. Zij die daaraan deelnamen bleken na afloop minder angstig en minder agressief. Ofschoon de interventie geen effect had op het optreden van posttraumatische stress-stoornis, concludeerden de onderzoekers (Carlier, Lamberts, Gersons & Van Uchelen, 1995) dat de deelnemers minder snel uit het lood werden geslagen door de (eventuele) onafhankelijk ontwikkelde symptomen en veranderingen. Zij wisten dat wat zij ondergingen normale reacties waren op een abnormale gebeurtenis.

Overschatting van het belang van interventie?

Rampen, geweld en oorlog zijn dramatische ervaringen. Fundamentele zaken worden weggevaagd. De vanzelfsprekendheid van het bestaan is verdwenen en het vertrouwen in anderen is geschaad. Het is dan ook een illusie te denken dat mensen door enkele bijeenkomsten, laat staan een eenmalig contact, met een hulpverlener emotioneel veel beter gaan functioneren. Deze illusie wordt wel geschapen door de recente Britse effectstudies naar vroegtijdige interventies (Bisson e.a., 1997; Mayou e.a., 2000), waarin meestal een interventie van ongeveer een half tot een heel uur wordt uitgevoerd en waarin men vervolgens concludeert dat er geen effect is opgetreden. Het is nogal kortzichtig om een eenmalige sessie van gevoelsuitdrukking aan te bieden aan slachtoffers van ernstige verkeersongevallen of brandwondpatiënten die nog in het ziekenhuis verblijven. Het is geen wonder dat positieve resultaten dan uitblijven. Het is wellicht zelfs immoreel om zoiets te proberen.

De huidige discussie over het effect van opvang en 'debriefing' wijst in zekere zin op de teleurstelling van de gemiddelde therapeut en onderzoeker: het valt tegen wat men met interventies kan bereiken. Of beter nog: lijkt te kunnen bereiken, want wij hebben hierboven gesteld dat velen naar de verkeerde uitkomstvariabelen kijken. De indruk wordt gevestigd dat de verwachtingen irreëel zijn. Een soortgelijke discussie doet zich voor op het terrein van de psychosociale noodhulp in door oorlog geteisterde gebieden (Bracken, Giller & Summerfield, 1997). Op zichzelf is dergelijke hulp waardevol en ook effectief, maar ze dient goed en vakkundig geformuleerd te zijn en dient niet enkel gericht te zijn op het voorkomen van posttraumatische stress-stoornis (Mooren & Kleber, 1999).

Epiloog

De kern van ons betoog was het formuleren van kritische nuanceringen. Er wordt te gemakkelijk gedacht over zowel het effectonderzoek op het terrein van vroegtijdige interventie als over de aard van de interventies zelf. Wij beseffen dat wij vooral vraagtekens hebben geplaatst. Uitroepetekens zijn op dit gebied nog nauwelijks te zetten.

De indruk wordt nogal eens gewekt dat tegenwoordig na elke ramp of misdrijf opvang of 'counseling' wordt verleend. Dat beeld is overtrokken: exacte cijfers ontbreken, maar zeker is dat lang niet altijd dergelijke interventies worden toegepast. Veel slachtoffers klagen nog steeds - terecht of niet - over het gebrek aan erkenning en ondersteuning. Dat is ook een belangrijke bevinding uit de wetenschappelijke literatuur. Mensen hebben een grote behoefte aan steun en erkenning door hun naaste omgeving. Als aan die behoefte op een realistische wijze tegemoet wordt gekomen, is opvang als positief te beschouwen.

Het woord realistisch is hierbij cruciaal. Steeds meer is duidelijk dat de *kwaliteit* van de hulp wezenlijk is. De recente kritiek op snelle hulp vanwege de geringe effecten van vooral de methode van 'psychological debriefing' heeft dit duidelijk gemaakt. Door het verengde stoornis-perspectief beseffen hulpverleners de tekortkomingen van de methode niet en zien zij de andere effecten van de interventies over het hoofd. Pas wanneer de methodologische tekortkomingen van empirische onderzoeken zijn opgelost (in het bijzonder: een goede vergelijkingsgroep en een gelijk aanvangniveau in klachten) en wanneer praktijkgerichte studies van de geboden vormen van zorg hebben plaatsgevonden, kunnen meer inzichtelijke uitspraken over de effectiviteit van opvang geformuleerd worden.

Noot

Dit artikel is mede gebaseerd op lezingen te Soesterberg ('State of the art' conferentie, Werkgroep Debriefing, 26 mei 1999) en Louvain-en-Woluwe (Université Catholique de Louvain, 12 februari 2000). De auteurs danken J.M.P. Weerts (voorzitter Werkgroep Debriefing) voor zijn aanmoedigingen en waardevolle suggesties.

Literatuur

- Armstrong, K., W. O'Callahan & C.R. Marmar (1991). Debriefing Red Cross disaster personnel: The multiple stressor debriefing model. *Journal of Traumatic Stress, 4*, 581-593.
- Avery, A., S. King, R. Bretherton & R. Orner (1999). Deconstructing psychological debriefing and the emergence of calls for evidence-based practice. *StressPoints, 13*, (2), 6-8.
- Bergin, A.E., & M.J. Lambert (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bisson, J.I., P.L. Jenkins, J. Alexander & C. Bannister (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry, 171*, 78-81.
- Bracken, P.J., J.E. Giller & D. Summerfield (1997). Rethinking Mental Health Work with Survivors of Wartime Violence and Refugees. *Journal of Refugee Studies, 10* (4), 431-442.
- Brom, D., R.J. Kleber & M.C. Hofman (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 49*, (2), 131-140.
- Bryant, R.A., A.G. Harvey, S.T. Dang, T. Sackville & C. Basten (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 862-866.
- Carlier, I.V.E., & B.P.R. Gersons (1997). 'Debriefing' van psychisch getraumatiseerden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 141*, 1180-1181.
- Carlier, I.V.E., R.D. Lamberts, B.P.R. Gersons & A.J. van Uchelen (1995). *Het lange-termijn effect van debriefing: een vervolgonderzoek bij de Amsterdamse politie naar aanleiding van de Bijlmerramp*. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Vakgroep Psychiatrie.
- Carlier, I.V.E., B.E. Voerman & B.P.R. Gersons (1998). *Effect van individuele bedrijfsopvang bij getraumatiseerde politiemensen*. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Vakgroep Psychiatrie.
- Chemtob, C.M., S. Tomas, W. Law & D. Cremniter (1997). Postdisaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry, 154*, 415-417.
- Conlon, L, T.J. Fahy & R. Conroy (1999). PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research, 46*, 37-44.
- Finkenauer, C., & B. Rimé (1998). Socially shared emotional experiences versus emotional experiences kept secret: Differential characteristics and consequences. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*, 295-318.
- Fischer, G., M. Becker-Fischer & C. Düchting (1998). *Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer: Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell*. Köln: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Foa, E.B., D. Hearst-Ikeda & K.J. Perry (1995). Evaluation of a brief cognitive behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 948-955.
- Gageldonk, A. van & H. Rigter (1998). *Preventie van psychische en gedragsproblemen: een beknopt overzicht van de stand van wetenschap*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Hofman, M.C., R.J. Kleber & D. Brom (1990). *Psychische schade door verkeersongevallen: een signaleringsstudie en een experimenteel preventieproject*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Jong, K. de, N. Ford & R.J. Kleber (1999). Mental health care for refugees from Kosovo: The experience of Médecins sans Frontières. *The Lancet, 353*, 1616-1617.
- Keijsers, J. de, J. van den Bout, R.J. Kleber, P.A. Boelen & R. Hopmans (1998). Lotgenotencontact en begeleiding bij verliesverwerking. In: J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijsers (Red.), *Behandelingstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 59-69). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kleber, R.J. (1999). *Het trauma voorbij: over de grenzen van de psychotraumatologie*. Tilburg: Tilburg University Press, inaugurele rede.

- Kleber, R.J., & D. Brom (1986). Opvang en nazorg van geweldsslachtoffers in de organisatie. *Gedrag & Gezondheid*, 14, 97-104.
- Kleber, R.J., & Brom, D. in collaboration with Defares, P.B. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam/Berwyn, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger International.
- Kleber, R.J., & O. van der Hart (1998). Peritraumatische dissociatie: acute reacties op schokkende gebeurtenissen en hun gevolgen. *Dth*, 18, (4), 340-355.
- Kleber, R.J. & P.G. van der Velden (1996). Acute stress at work. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. New York: Wiley, 295-310.
- Manton, M., & A. Talbot (1990). Crisis intervention after an armed hold-up: Guidelines for counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 507-522.
- Marmar, C.R., D. Foy, B. Kagan & R.S. Pynoos (1993). An integrated approach for treating post-traumatic stress. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 239-272.
- Mayou, R.A., A. Ehlers & M. Hobbs (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Mitchell, J.T., & G.S. Everly (1995). Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In: G.S. Everly & J.M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 267-280). New York: Plenum Press.
- Mooren, G.T.M., & R.J. Kleber (1999). War, trauma, and society: Consequences of the disintegration of former Yugoslavia. In: K. Nader, N. Dubrow & B. Hudnall Stamm (Eds.), *Honoring differences: Cultural issues in the treatment of trauma and loss* (pp. 178-210). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Pennebaker, J.W. (Ed.) (1995). *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pennebaker, J.W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. New York: The Guilford Press.
- Ploeg, H.M. van der & W.C. Kleijn (1989). Being held hostage in The Netherlands: A study of long-term aftereffects. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 153-171.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Raphael, B., L. Meldrum & A.C. McFarlane (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479-1480.
- Rimé, B. (1999). Expressing emotion, physical health, and emotional relief: A cognitive-social perspective. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 175-179.
- Rimé, B., C. Finkenauer, O. Luminet, E. Zech & P. Philippot (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. In: W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology*, Volume 9 (pp. 225-258). Chichester: Wiley.
- Rose, S., & J. Bisson (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697-710.
- Saari, S. e.a. (1996). The Estonia disaster: A description of the crisis intervention in Finland. *European Psychologist*, 1 (2), 135-139.
- Shalev, A.Y., T. Peri, L. Canetti & S. Schreiber (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.
- Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatment for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-436.
- Solomon, S. (1999). Interventions for acute trauma response. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 175-180.
- Stephens, C. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand police: Testing a multidimensional model of organizational traumatic stress. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, www.massey.ac.nz/~trauma/issues/1997-1/cvs1.htm.
- Taal, L. (1999). *The psychological aspects of burn injuries*. Utrecht: Department of Clinical Psychology (Academisch proefschrift), Utrecht University.
- Trimbos-instituut (1999). *Gids voor de GGZ-preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut / GGZ Nederland.

- Kleber, R.J., & D. Brom (1986). Opvang en nazorg van geweldsslachtoffers in de organisatie. *Gedrag & Gezondheid*, 14, 97-104.
- Kleber, R.J., & Brom, D. in collaboration with Defares, P.B. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam/Berwyn, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger International.
- Kleber, R.J., & O. van der Hart (1998). Peritraumatische dissociatie: acute reacties op schokkende gebeurtenissen en hun gevolgen. *Dth*, 18, (4), 340-355.
- Kleber, R.J. & P.G. van der Velden (1996). Acute stress at work. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. New York: Wiley, 295-310.
- Manton, M., & A. Talbot (1990). Crisis intervention after an armed hold-up: Guidelines for counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 507-522.
- Marmar, C.R., D. Foy, B. Kagan & R.S. Pynoos (1993). An integrated approach for treating post-traumatic stress. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 239-272.
- Mayou, R.A., A. Ehlers & M. Hobbs (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes ...: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Mitchell, J.T., & G.S. Everly (1995). Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In: G.S. Everly & J.M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 267-280). New York: Plenum Press.
- Mooren, G.T.M., & R.J. Kleber (1999). War, trauma, and society: Consequences of the disintegration of former Yugoslavia. In: K. Nader, N. Dubrow & B. Hudnall Stamm (Eds.), *Honoring differences: Cultural issues in the treatment of trauma and loss* (pp. 178-210). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Pennebaker, J.W. (Ed.) (1995). *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pennebaker, J.W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. New York: The Guilford Press.
- Ploeg, H.M. van der & W.C. Kleijn (1989). Being held hostage in The Netherlands: A study of long-term aftereffects. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 153-171.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Raphael, B., L. Meldrum & A.C. McFarlane (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479-1480.
- Rimé, B. (1999). Expressing emotion, physical health, and emotional relief: A cognitive-social perspective. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 175-179.
- Rimé, B., C. Finkenauer, O. Luminet, E. Zech & P. Philippot (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. In: W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology, Volume 9* (pp. 225-258). Chichester: Wiley.
- Rose, S., & J. Bisson (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697-710.
- Saari, S. e.a. (1996). The Estonia disaster: A description of the crisis intervention in Finland. *European Psychologist*, 1 (2), 135-139.
- Shalev, A.Y., T. Peri, L. Canetti & S. Schreiber (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.
- Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatment for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-436.
- Solomon, S. (1999). Interventions for acute trauma response. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 175-180.
- Stephens, C. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand police: Testing a multidimensional model of organizational traumatic stress. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, www.massey.ac.nz/~trauma/issues/1997-1/cvs1.htm.
- Taal, L. (1999). *The psychological aspects of burn injuries*. Utrecht: Department of Clinical Psychology (Academisch proefschrift), Utrecht University.
- Trimbos-instituut (1999). *Gids voor de GGZ-preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut / GGZ Nederland.

- Velden, P.G. van der, S. van der Burg, C.H.D.
Steinmetz & J. van den Bout (1992).
Slachtoffers van bankovervallen. Houten: Bohn
Stafleu Van Loghum.
- Velden, P.G. van der, J. Eland & R.J. Kleber (1997).
Handboek voor opvang na rampen en calamiteiten.
Zaltbommel: Thema.
- Velden, P.G. van der, K. Hazen & R.J. Kleber (1999).
Traumazorg in organisaties. *Gedrag &
Organisatie*, 12, 397-412.
- Weisaeth, L. (1989). Importance of high response
rates in traumatic stress research. *Acta
Psychiatrica Scandinavica*, 80 Supplementum 355,
131-137.

Summary

Kleber, R.J., & C. Mittendorff
Assistance in the wake of dramatic and disturbing
events.
The current state of affairs in scientific study.
There has recently been an increasing degree of
criticism levelled against the 'psychological
debriefing' method, and coupled to it is implicit
and explicit criticism of all kinds of early-stage
psychosocial help to which people have access in
the wake of dramatic and disturbing events. The
criticism draws on the findings of empirical studies
on the effects of such interventions. The present
contribution looks at these findings and the
methodological shortcomings of effect studies. The
authors also question the various arguments for
and against help provision, on the basis of
scientific insights. The themes covered in this
respect are: the speed of the intervention, and one-
off meeting or subsequent contacts, emphasis on
expressing, or not expressing, emotion. The
authors point to the disorder-perspective whereby,
on the one hand, relief workers are not fully aware
of the shortcomings of the 'debriefing' method,
and on the other hand, fail to see the other less
emotion- or post-traumatic stress-disorder-related
results of interventions.

Personalia

Prof. dr R.J. Kleber (1950), psycholoog, is
verbonden aan de capaciteitsgroep Klinische
Psychologie van de Universiteit Utrecht en aan het
Instituut voor Psychotrauma. Hij is bijzonder
hoogleraar Psychotraumatologie aan de Katholieke
Universiteit Brabant.