



Achtergrond

Secundaire traumatisering bij hulpverleners

De problematiek van secundaire traumatisering bij hulpverleners steekt het laatste decennium steeds vaker de kop op en wordt soms verward met het fenomeen van reactivatie van primaire traumatisering bij mensen die zonder voldoende introspectie naar hun eigen levensverhaal in de hulpverlening aan traumagetroffenen stappen.

Aan de hand van het bekende boek 'Compassion Fatigue' van Charles Figley (2005) wordt inzicht verschaft in secundaire traumatisering.

Erik de Soir

Figley was zelf Vietnamveteraan toen hij met getraumatiseerde veteranen begon te werken. Wat ze hem gedurende de talrijke sessies vertelden, kwam ook bij hem als ervaringsdeskundige hard binnen. Hij kende immers het vreselijke gezicht van de oorlog.

Stress door medeleven

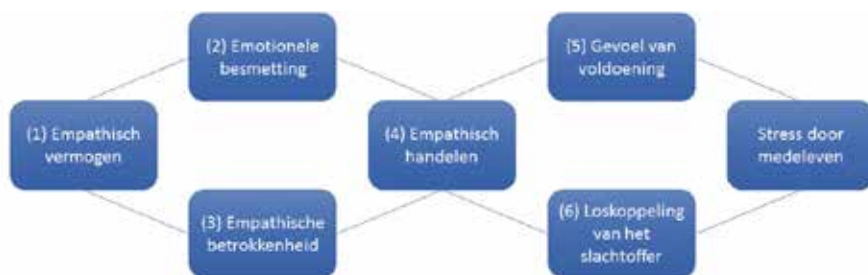
Figley omschrijft '*compassion fatigue*' – vrij vertaald 'uitputting door medeleven' – als een syndroom van emotionele uitputting, waarbij traumatische stress van de slachtoffers wordt overgedragen op de hulpverleners.

Hij zocht een adequate conceptualisatie om te begrijpen hoe traumatisch materiaal van een getroffene kan worden overgedragen op redders en/of hulpverleners en hoe deze hulpverleners bijgevolg de juiste begeleiding kunnen krijgen. Hiertoe ontwikkelde hij een verklarend model, het *Trauma Transmission Model* (1995), als vertrekbasis. Het uitgangspunt is dat elke hulpverlener die een slachtoffer benadert, ook de behoefte voelt om de eigen indrukken en geschoktheid te kunnen uiten.

Een traumatiserende gebeurtenis brengt meestal zware schade toe aan de basiszekerheden en de cognitieve schema's van de betrokken hulpverlener ten aanzien van

de wereld waarin hij leeft. De beleving van een hulpverlener kan op bepaalde momenten zelfs gelijkaardig zijn aan de beleving van de directe getroffenen, omdat hij zich vaak deels hiermee identificeert. Na potentieel traumatiserende ervaringen, kunnen de beelden terugkomen in de vorm van intrusieve herbelevingen, alsof de gebeurtenis zich opnieuw afspeelt, flashbacks vanuit een vernauwd bewustzijn, enzovoort. Daarnaast is er nog de problematiek van vermijdingsgedrag, hyperactivatie en neerslachtigheid. Hulpverleners worden doorgaans vooral kwetsbaar als ze hun eigen verwanten herkennen in de slachtoffers waarmee ze werken.

Volgens het trauma-transmissiemodel (figuur 1) is de emotionele uitputting door traumatische stress te wijten aan de empathische inzet van de hulpverlener voor zijn slachtoffers, en aan het onvermogen zich emotioneel los te koppelen van 'zijn' slachtoffers en zijn inzet te beëindigen. Stress door medeleven (*compassion stress*) komt voort uit zes verschillende factoren die elkaar wederzijds beïnvloeden. Het kan gezien worden als de stress die verbonden is aan de blootstelling aan slachtoffers. Bijvoorbeeld meteen na het aankomen in een gebied dat getroffen werd door een natuurramp, getuige zijn van de vernielingen en de radeloze getroffenen die vaak letterlijk alles kwijt zijn.



Figuur 1. Trauma Transmission Model (Figley, 1995)

1. Empathisch vermogen Het empathisch vermogen (*empathic ability*) kan gedefinieerd worden als het vermogen van de hulpverlener om het lijden van de andere gewaar te worden, te voelen en zich in de belevingswereld van een getroffene te kunnen inleven. Het is waarschijnlijk ook dit (vaak onbewust) vermogen dat mensen ertoe aanzet om te kiezen voor het beroep van professioneel begeleider (counsellor), hulpverlener of reddingswerker. Al lijkt ook de behoefte aan erkenning en waardering, het willen bestaan doorheen werk dat anderen als belangrijk beschouwen, een belangrijk motief voor velen.

2. Emotionele besmetting

Het empathisch vermogen is enerzijds verbonden aan de gevoeligheid van de hulpverlener en de mate waarin deze emotioneel besmet kan geraken door het leed van anderen. Figley spreekt dan ook van emotionele besmetting (*emotional contagion*) en definieert deze vorm van besmetting als het (mee)beleven van de emoties van het slachtoffer in functie van de mate van blootstelling aan het slachtoffer.

De relatie die een hulpverlener heeft met de getroffene en de bijzonderheden van het werken in de redding, de berging of de dringende geneeskundige hulpverlening, maar zelfs in de psychosociale begeleiding, zorgen ervoor dat een hulpverlener in vele gevallen letterlijk het leed van de slachtoffers kan voelen.

3. Empathische betrokkenheid Het empathisch vermogen is anderzijds verbonden aan de empathische betrokkenheid, in het model van Figley beschreven als de motivatie om te handelen en hulp of redding te verschaffen. Zonder deze motivatie om slachtoffers te willen helpen,

zou de hulpverlener niets (willen) doen, maar dit zou niet overeenstemmen met zijn empathisch vermogen dat stuwend is in de richting van slachtoffers. Dus, hoe groter het empathisch vermogen en de empathische betrokkenheid, hoe groter de blootstelling. Dus ook, hoe groter de emotionele besmetting.

Samenvattend resulteren het empathisch vermogen, de emotionele besmetting en de empathische betrokkenheid in de inspanning die een hulpverlener zal leveren om het leed van een slachtoffer te verzachten. De eerste helft van het model van Figley toont aan, dat hulpverleners emotioneel ook snel kunnen ontsporen op basis van de interactie met het slachtoffer.

4. Empathisch handelen

Het empathisch handelen bestaat (theoretisch) uit de juiste actie, op het juiste moment, met de juiste inspanning en het juiste temperament. Het is dus het juiste professionele handelen waarbij de hulpverlener erin slaagt om het leed van het slachtoffer maximaal te milderen. De geleverde inspanningen om het leed van de getroffene te verzachten worden zowel door de hulpverlener als door het slachtoffer permanent beoordeeld met betrekking tot de doeltreffendheid. Voor een reddingswerker, hulpverlener van de brandweer of een medische interventiedienst, bestaat die eerste hulp vaak gewoon al uit een vorm van directe verbale opvang, gericht op het verlagen van de angst, de pijn en de dissociatieve fenomenen.

Stressreductie

Volgens Figley valt of staat de reductie van stress door medeleven met (figuur 1):

5. het gevoel van voldoening (*sense of achievement*) ofwel de mate waarin de hulpver-

lener voldoening heeft van zijn geleverde inspanningen in de hulpverlening en de bijstand aan slachtoffers,

6. met de mate waarin de hulpverlener zich kan loskoppelen van zijn slachtoffer(s), wat Figley *dis-association* noemt.

Hiervoor is het nodig dat de hulpverlener zichzelf kan overtuigen dat hij alles gedaan heeft wat hij kon en moest, in het beste belang van de slachtoffers. Ergens wil dit ook zeggen dat je als hulpverlener 'moet kunnen laten zijn'. Een hulpverlener moet dus afstand kunnen nemen van het leed en de diepe emoties die hij, door zijn empathisch vermogen, zelf ook goed aangevoeld heeft.

Op onvermijdelijke wijze is de mate van stress door medeleven verbonden aan de mate waarin de hulpverlener zich (mentaal) kan loskoppelen van de getroffen en de mate waarin de hulpverlener zich voldaan kan voelen over zijn eigen actie in de hulpverlening en bijstand aan getroffen.

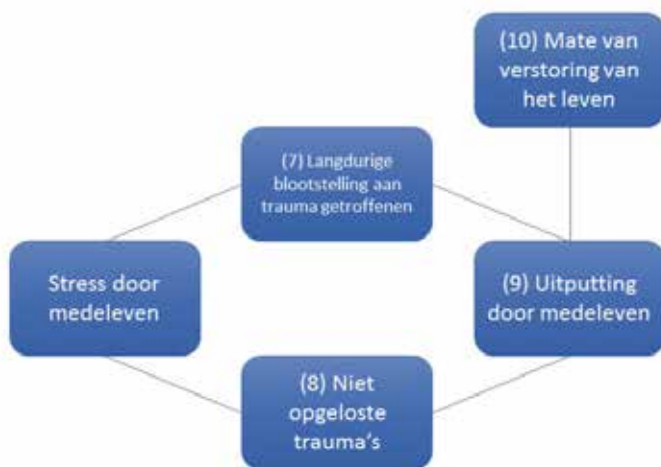
Nochtans zullen hulpverleners hun eigen stress vaak proberen te verminderen door hun eigen impact op het gebeuren te overschatten (bijvoorbeeld door zich ten onrechte voldaan te voelen) en/of door hun psychologische afstand

naar slachtoffers te groot te maken.

Daarentegen zijn zij die weinig stress door medeleven voelen, ondanks dat zij aan een grote emotionele besmetting blootstaan, vaak diegenen die door hun empathisch vermogen en hun empathische betrokkenheid zeker zijn van de juistheid van hun daden ten aanzien van getroffenen. Mede door deze opstelling bereiken ze ook meer voldoening en trappen ze niet in de valkuil om zich overmatig te identificeren met de problemen van hun slachtoffers; ze slagen erin de juiste psychologische afstand te vinden tegenover hun slachtoffers en zullen bijgevolg minder snel in een toestand van uitputting door medeleven terechtkomen. De voldoening komt bij de hulpverlener tot stand door waar te nemen dat door zijn actie(s) het leed van de getroffen zichtbaar afgenomen is terwijl de loskoppeling van de getroffen – die gemakkelijk kan volgen als er een sterker gevoel van voldoening is – voortkomt uit het vermogen om zich emotioneel en/of persoonlijk te kunnen desinvesteren.

Uitputting door medeleven

De tweede component van het trauma-transmissiemodel (figuur 2) illustreert hoe uitputting door medeleven (*compassion fatigue*) een



Figuur 2. Model van uitputting door medeleven

gevolg is van vier variabelen die interageren. Uitputting door medeleven uit zich door een toestand van uitputting en dysfunctie – op biologisch, psychologisch en sociaal vlak – als gevolg van een langdurige blootstelling aan stress door medeleven en alles wat daarmee gepaard gaat.

De langdurige blootstelling (figuur 2.7) veroorzaakt een verlengd gevoel van verantwoordelijkheid tegenover getraumatiseerden. Het is eveneens verbonden met een gebrek aan fysiek en psychisch herstel. Getroffenen laten de hulpverlener dan niet meer los. Er ontstaat een onvermogen om de stress door medeleven te verminderen.

Volgens Figley worden traumatische herinneringen (figuur 2.8) bij hulpverleners veroorzaakt door stress door medeleven en langdurige blootstelling aan getroffenen. De herhaalde blootstelling aan getroffenen en de traumatische herinnering aan de verschrikkingen en de gruwel waarmee ze af te rekenen krijgen, stimuleren het ontstaan van symptomen van psychotrauma, angst en depressie. De blootstelling aan een nieuwe situatie kan bij elke hulpverlener ook de herinneringen oproepen aan vroegere onopgeloste traumatiserende ervaringen waarmee eerder nog niet echt aan de slag werd gegaan.

De uitputting door medeleven (figuur 2.9) wordt onvermijdelijk wanneer, bovenop de al besproken elementen, het leven van de hulpverlener danig verstoord raakt – bijvoorbeeld door lichamelijke symptomen, verstoring van de levensstijl, verlies van status of als ze hun professionele of privéverplichtingen (in hun gezin) niet meer kunnen nakomen (figuur 2.10).

Gaandeweg riskeren hulpverleners via dit mechanisme te evolueren naar een toestand van burn-out en/of secundaire posttraumatische stress (posttraumatische stress door de blootstelling aan het leed van slachtoffers).

Secundaire traumatisering?

Hulpverleners die met door trauma getroffen werken, kunnen na verloop van tijd zelf symptomen van posttraumatische stress vertonen. Het lijkt dan alsof ze zelf hinder ondervinden van de traumatische beelden, emoties en

herinneringen verbonden aan de ervaringen van hun slachtoffers. Als hulpverleners bij zichzelf deze

Hulpverleners kunnen getraumatiseerd worden door hun werk

signalen niet herkennen en/of aanpakken, bijvoorbeeld door zelf de stap naar een professionaal te zetten, kan een dergelijke problematiek snel leiden tot een emotionele uitdoving. Sommige hulpverleners zullen, als gevolg van dit soort emotionele uitdoving, zelfs afstand nemen van de getroffenen met wie ze werken en verliezen hun empathische houding.

Het trauma-transmissiemodel van Figley ondersteunt deze visie en breidt ze zelfs uit naar de familieleden of kennissen van door trauma getroffenen. Allen kunnen ze, volgens Figleys theorie, uiteindelijk gebukt gaan onder het secundaire posttraumatische stresssyndroom; *secondary traumatic stress syndrom*.

De visie dat hulpverleners getraumatiseerd kunnen worden door hun werk, leidt echter ook tot verwarring. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen werkoverlast, reactivatie van eigen problematiek en dus primaire traumatisering.

Het kan voorkomen dat een hulpverlener tijdens het werken met getraumatiseerden

opnieuw in contact komt met zijn eigen levensverhaal, waarin een persoonlijk trauma gereactiveerd wordt. In andere gevallen loopt de hulpverlener zelf gevaar of wordt zijn psychische of fysieke integriteit geschonden. Een andere vorm van mogelijke traumatisering kan optreden als een hulpverlener zelf getuige is van wat slachtoffers overkomt of bijvoorbeeld niet is voorbereid op het bekijken van beelden en het aanhoren van getuigenissen van trauma.

Cognitieve schema's, basiszekerheden en –overtuigingen bij hulpverleners

In de context van potentieel traumatiserende ervaringen kan er bij hulpverleners een proces van 'plaatsvervangende traumatisering' plaatsvinden.

Het begrip cognitief schema gaat eigenlijk een hele tijd terug in de tijd naar het basiswerk van Piaget dat zegt dat elke mens leeft aan de hand van basisovertuigingen. Met deze overtuigingen – gedachten als 'ik denk dat...' of 'ik geloof dat...' of 'ik verwacht dat...' – geven mensen zin en betekenis aan hun leefwereld en ervaren ze enige vorm van veiligheid, voorspelbaarheid, vertrouwen, eerlijkheid en samenhang.

Elke mens heeft gedurende zijn leven een min of meer vaste set van basisovertuigingen opgebouwd: de wereld is geordend en eerlijk, de wereld en het leven zijn vol van zin en be-

tekenis, ik ben iemand met een eigenwaarde, de mensen moeten vertrouwen hebben in de wereld, anderen en het leven in het algemeen.

Door plotse, ingrijpende en potentieel traumatiserende gebeurtenissen vallen deze basiszekerheden of -overtuigingen als een kaartenhuis in elkaar. De wereld davert op zijn grondvesten en plots is niets nog zeker, voorspelbaar, veilig of eerlijk. Overal loert gevaar, alsof deze zekerheden vervangen werden door twijfels en levensgrote vraagtekens. Hulpverleners kunnen dan al het vaste vertrouwen in de wereld, de leefomgeving of de medemens verliezen, vooral als kinderen iets ernstig overkomt, maar tevens brengt het hen met beide voeten op de grond.

Voor mensen is dit een ondraaglijke verandering. Het terug in evenwicht brengen – herkalibreren – van deze basisovertuigingen vergt veel tijd en geduld. Niets wordt ooit nog zoals het was. De leefwereld verandert, maar tegelijkertijd komt er ook ruimte voor groei en transformatie.

Hulpverleners die met getraumatiseerden werken, worden dus best goed begeleid en zouden voldoende supervisie moeten krijgen, zodat ze begrijpen dat het leven een langgerekte les is, ze hun eigen kwetsbaarheden leren doorgronden en genieten van wat ze zelf nog wel hebben.



Erik de Soir (1965) is psycholoog, psychotherapeut, hypnotherapeut en als majoor verbonden aan het Koninklijk Hoger Instituut voor Defensie te Brussel. Hij is operationeel brandweerpsycholoog, verricht onderzoek naar de effecten van acute en chronische traumatisering en doceert aan binnenlandse en buitenlandse universiteiten. De Soir treedt op als expert in de media, geeft opleiding in boeddhistische meditatie en publiceert diverse boeken voor professionele hulpverleners, waaronder het onlangs verschenen 'Leven aan de zijlijn'. www.erikdesoir.be