



**UvA-DARE (Digital Academic Repository)**

**"Debriefing" van psychisch getraumatiseerden**

Carlier, I.V.E.; Gersons, B.P.R.

*Published in:*  
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Carlier, I. V. E., & Gersons, B. P. R. (1997). "Debriefing" van psychisch getraumatiseerden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(24), 1180-1182.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

## ABSTRACT

*Beyond maternal death?* – Three women, aged 33, 27, and 31 years, had serious gestational problems (pre-eclampsia with cerebral haemorrhage, toxic shock syndrome with multiple organ failure, and hypertension complicated by prolonged circulatory arrest, respectively), but eventually survived, albeit with serious handicap (cognitive and motor disturbances, blindness, and persistent vegetative state, respectively). When the maternal mortality ratio is as low as it currently is in the Netherlands (10 women in 100.000 live births), it is worthwhile to assess cases of severe maternal morbidity. The cases presented lead to the pertinent question whether obstetric interventions to prevent death may not sometimes be worse than accepting death itself.

## LITERATUUR

- 1 Schuitemaker NWE, Roosmalen J van, Dekker GA, Dongen PWJ van, Geijn HP van, Bennebroek Gravenhorst J. Under-reporting of maternal mortality in the Netherlands. *Obstet Gynecol* 1997 [ter perse].
- 2 World Health Organization. Maternal mortality. A global factbook. Geneva: WHO, 1991.
- 3 Walraven GEL, Mkanje RJB, Roosmalen J van, Dongen PWJ van, Dolmans WMV. Assessment of maternal mortality in Tanzania. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:414-7.
- 4 Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1489-94.
- 5 MacGillivray I, Spitz B, Wel M de, Assche A van. Maternal mortality and morbidity in Belgium. *Biol Neonate* 1989;55:30-3.

- 6 Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstet Gynecol* 1995;86:700-5.
- 7 Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *Int J Epidemiol* 1991;20:717-21.
- 8 Kaunitz AM, Hughes JM, Grimes DA, Smith JC, Rochat RW, Kafritsen ME. Causes of maternal mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 1985;65:605-12.
- 9 Martin jr JN, Perry jr KG, Miles jr JF, Blake PG, Magann EF, Roberts WE, et al. The interrelationship of eclampsia, HELLP syndrome, and prematurity: cofactors for significant maternal and perinatal risk. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:1095-100.
- 10 Lim BH, Barry CL, Brown GH. HELLP syndrome: an often unrecognized complication of preeclampsia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1991;31:20-1.
- 11 Schuitemaker NWE, Roosmalen J van, Dekker GA, Dongen PWJ van, Geijn HP van, Bennebroek Gravenhorst J. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. *Acta Scand Obstet Gynecol* 1997 [ter perse].
- 12 Nathan L, Peters MT, Ahmed AM, Leveno KJ. The return of life-threatening puerperal sepsis caused by group A streptococci. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:571-2.
- 13 Stevens DL, Tanner MH, Winship J, Swarts R, Ries KM, Schlievert PM, et al. Severe group A streptococcal infections associated with a toxic shock-like syndrome and scarlet fever toxin A. *N Engl J Med* 1989;321:1-7.
- 14 Groot ANJA de, Dongen PWJ van, Roosmalen J van, Eskes TKAB. Ergotamine-induced fetal stress: review of side effects of ergot alkaloids during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;51:73-7.

Aanvaard op 18 februari 1997

## Commentaren

### 'Debriefing' van psychisch getraumatiseerden

I.V.E.CARLIER EN B.P.R.GERSONS

Vanuit de crisistheorie is bekend dat mensen na het meemaken van traumatische ervaringen, zoals rampen, van nature de behoefte hebben om na afloop hun ervaringen en emoties met elkaar te delen. Deze natuurlijke sociale behoefte aan steun en opvang wordt ook wel aangeduid als de terugslagfase.<sup>1</sup> Het vermoeden is dat dit natuurlijke opvangproces vaak niet op gang komt. Zo wordt er verondersteld dat traumagevoelige beroepen zoals die bij de politie, de brandweer, het leger et cetera onvoldoende gelegenheid bieden tot natuurlijke opvang, bijvoorbeeld ten gevolge van een 'machocultuur'. Hierdoor ontstond de wens om geprofessionaliseerde opvang – hier 'debriefing' genaamd – te ontwikkelen ter preventie van posttraumatische stressstoornis (PTSS). Deze wens had mede te maken met het feit dat PTSS, een stoornis die vroeger werd aangeduid als traumati-

sche neurose, nogal berucht is geworden ten gevolge van de vele financiële claims van getroffenen na traumatische ervaringen. Overheden en legers, diensten als de politie en de brandweer, maar ook andere bedrijven waar werknemers het risico lopen van psychisch trauma hebben daarom veel belangstelling getoond voor de gedachte dat een geprofessionaliseerde opvang latere psychische schade zou kunnen tegengaan.

#### WAT IS DEBRIEFING?

Debriefing is een meestal eenmalige groepsbijeenkomst die wordt geleid door 2 deskundigen, zogenaamde debriefers; de bijeenkomst wordt bij voorkeur georganiseerd binnen 48 à 72 uur na een calamiteit en heeft een gemiddelde duur van 2 à 3 uur. Alhoewel debriefing oorspronkelijk werd ontwikkeld voor de eerste psychosociale opvang van groepen, wordt deze techniek ook gebruikt voor individuen, koppels en gezinnen. Debriefing is bepaald geen nieuwe techniek,<sup>2</sup> maar de populariteit ervan is groeiende sinds de jaren tachtig. Het debriefingsmodel van Mitchell wordt wereldwijd het meest toegepast,<sup>3</sup> en vele anderen hebben een min of meer

Academisch Medisch Centrum, vakgroep Psychiatrie, Psychotrauma-groep, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam.  
Mw.dr.I.V.E.Carlier, klinisch en sociaal psycholoog; prof.dr.B.P.R.Gersons, psychiater.  
Correspondentie-adres: mw.dr.I.V.E.Carlier.

aangepaste versie hiervan ontwikkeld.<sup>4</sup> In principe zijn de verschillen tussen debriefingsmodellen relatief gering en gaat het telkens om dezelfde kernaspecten: binnen een vertrouwelijk-steunende omgeving krijgen deelnemers aan een debriefing de gelegenheid om alle opgehoorde innerlijke spanning die het gevolg is van de traumatische gebeurtenis kwijt te raken en emotioneel stoom af te blazen. Debriefing zou er verder toe bijdragen dat participanten de cognitieve controle over zichzelf bewaren, bijvoorbeeld doordat zij zich een realistisch beeld van de gebeurtenissen vormen en doordat zij, ter geruststelling, worden voorgelicht over posttraumatische stressverschijnselen.

In het algemeen worden bij debriefing 7 fasen doorlopen: (1) de introductiefase, waarin de debriefers de spelregels uiteenzetten; (2) de feitenfase, ten behoeve van een antwoord op de vraag: 'Wat is er precies gebeurd?'; (3) de gedachtenfase, waarin deelnemers naar hun eerste reactie wordt gevraagd betreffende het ingrijpendste aspect van de gebeurtenis; (4) de emotiefase, waarin de deelnemers kunnen discussiëren over hun emotionele reacties op de gebeurtenis; (5) de symptomenfase, waarin de debriefers de lichamelijke en psychologische stresssymptomen sinds de gebeurtenis bij de deelnemers inventariseren; (6) de educatiefase, waarin de deelnemers voorlichting krijgen over nuttige 'coping'-strategieën, en over mogelijke posttraumatische stressreacties, die door de debriefers tot normale, hanteerbare proporties worden teruggebracht; en (7) de afsluitfase, waarin de laatste vragen worden beantwoord en waarin de debriefers informatie geven over verdere nazorgmogelijkheden bij aanhoudende stressklachten.<sup>5</sup>

*Twijfel aan effectiviteit.* De genoemde fasen lijken goed aan te sluiten bij de natuurlijke steunbehoefte van mensen na rampen. De gedachte dat debriefing zou leiden tot de preventie van PTSS was derhalve aanvaardbaar, ook voor ons, aannemelijk. Vanuit de wetenschappelijke hoek is echter onmiskenbare twijfel gerezen over de psychologische effectiviteit van debriefing.<sup>6</sup> Hierna volgt een samenvattend overzicht van onderzoeken naar debriefing, waarbij wij ons hebben beperkt tot gepubliceerde, controleerbare bronnen.

#### ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN DEBRIEFING

Om te beginnen heeft men de tevredenheid (satisfactie) bij deelnemers aan debriefing onderzocht. Dit werd gewoonlijk nagegaan met vragen zoals: 'Hoe tevreden bent u over deze opvang?' en (of): 'Hoe effectief vond u de debriefing?' Op grond van deze satisfactieonderzoeken kan worden geconcludeerd dat het merendeel van de deelnemers min of meer tevreden was over debriefing: de satisfactiepercentages varieerden van ongeveer 68%,<sup>7,8</sup> tot 81%,<sup>9</sup> met een enkele uitschieter naar onder,<sup>10</sup> of naar boven.<sup>11</sup>

De resultaten aangaande de psychologische effectiviteit van debriefing met betrekking tot posttraumatische stresssymptomen zijn minder eenduidig. In ongecontroleerde onderzoeken werd bij personen die uitsluitend aan debriefing hadden deelgenomen, ondanks deze opvang een min of meer aanzienlijke hoeveelheid post-

traumatische symptomen gevonden.<sup>8,12,13</sup> Dit staat in contrast met de resultaten van 2 andere onderzoeken,<sup>14,15</sup> waarin getraumatiseerden voor en na debriefing werden onderzocht. In beide onderzoeken werd bij de nameting een daling in posttraumatische stress geconstateerd. De interpretatie hiervan wordt bemoeilijkt door het gebrek aan een controlegroep en door het zeer late tijdstip van de debriefing (4 tot 6 maanden na het incident); deze opvang was overigens niet eenmalig, maar omvatte telkens meerdere sessies.

De resultaten van onderzoeken waarin wél een controlegroep gebruikt werd, zijn als volgt. In enkele onderzoeken vond men geen significante verschillen ten aanzien van posttraumatische stress tussen personen die wel en personen die niet aan debriefing hadden deelgenomen.<sup>16-18</sup> Bohl constateerde dat deelnemers minder boosheid en depressieve gevoelens rapporteerden dan niet-deelnemers.<sup>19</sup> In andere gecontroleerde onderzoeken werd bij deelnemers aan debriefing echter significant meer posttraumatische stress gevonden.<sup>18,20-23</sup>

#### ENKELE VOORLOPIGE CONCLUSIES

De relatief grote tevredenheid van deelnemers aan debriefing staat in contrast met de teleurstellende resultaten van gecontroleerde onderzoeken naar de psychologische effectiviteit van debriefing ten aanzien van posttraumatische stress. Bij het informeren naar tevredenheid bij respondenten dient er rekening mee te worden gehouden dat sommigen sociaal wenselijke antwoorden geven. Tevredenheid van deelnemers kan ook impliceren dat debriefing voldoet aan de natuurlijke steunbehoefte van mensen vlak na een traumatisch incident. In 5 gecontroleerde onderzoeken vond men bij deelnemers aan debriefing significant meer posttraumatische stress dan bij niet-deelnemers. Dit impliceert dat schadelijke effecten van debriefing zoals die thans wordt toegepast niet kunnen worden uitgesloten. Dit noopt, mede gezien de wereldwijde toepassing van debriefing, tot verder onderzoek met gecontroleerde, gerandomiseerde opzet bij diverse traumapopulaties.

Interessant is dat er enigszins betere resultaten worden bereikt wanneer debriefing op een later tijdstip (een paar weken tot een paar maanden na het incident) plaatsvindt en tevens meer dan één sessie omvat.<sup>14,15,24,25</sup> Maar hebben wij dan nog wel te maken met crisisinterventie of is hier eerder sprake van behandeling? In het laatste geval kunnen wij ons afvragen of alle getroffen personen van calamiteiten aan debriefing dienen deel te nemen of uitsluitend de personen die extra risico lopen. In dit verband veronderstellen Bisson en Deahl dat gezonde getraumatiseerden met een adequaat sociaal netwerk doorgaans geen geprofessionaliseerde opvang zullen behoeven.<sup>26</sup> Ook deze veronderstelling vraagt om verder wetenschappelijk onderzoek.

Het onderzoek in het Academisch Medisch Centrum naar het effect van debriefing werd mogelijk gemaakt door de financiering van het Praeventiefonds, het ministerie van Binnenlandse Zaken, het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid, de hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, alsmede

de gemeente Amsterdam. Het volledige rapport is op te vragen bij de eerste auteur.

#### ABSTRACT

*Debriefing of psychologically traumatized persons.* – Debriefing involves the expert psychological care of victims directly following a calamity. It includes seven items: introduction, facts, thoughts, emotions, symptoms, education, and conclusion. It was thought that early debriefing after a calamity would reduce posttraumatic stress disorder later on, but controlled trials have yielded equivocal results; in some the stress disorder was even more severe in debriefed persons. People with an adequate social network may not need debriefing.

#### LITERATUUR

- 1 Gersons BPR. Acute psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986.
- 2 Salmon TW. The war neuroses and their lesson. N Y State J Med 1919;51:993-4.
- 3 Mitchell JT. When disaster strikes. J Emerg Med Services 1983;8:36-9.
- 4 Armstrong K, O'Callahan W, Marmar C. Debriefing Red Cross disaster personnel: the Multiple Stressor Debriefing Model. J Trauma Stress 1991;4:581-94.
- 5 Mitchell JT, Bray GP. Emergency service stress. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1990.
- 6 Raphael B, Meldrum L. Does debriefing after psychological trauma work? BMJ 1995;310:1479-80.
- 7 Shapiro D, Kunkler J. Summary of a report on psychological support for hospital staff initiated by clinical psychologists in the aftermath of the Hillsborough disaster. Sheffield, England: Sheffield Authority Mental Health Services Unit, 1990.
- 8 Flannery jr RB, Fulton P, Tausch J, DeLoffi AY. A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. Hosp Community Psychiatry 1991;42:935-8.
- 9 Turner SW, Thompson J, Rosser RM. The King's Cross fire: early psychological reactions and implications for organizing a 'phase-two' response. In: Wilson JP, Raphael B, editors. International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press, 1993:451-9.
- 10 Jenkins SR. Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. J Soc Beh Pers 1996;11:477-92.
- 11 Robinson RC, Mitchell JT. Evaluation of psychological debriefings. J Trauma Stress 1993;6:367-82.
- 12 Sloan P. Post-traumatic stress in survivors of an airplane crash-landing: a clinical and exploratory research intervention. J Trauma Stress 1988;1:211-29.
- 13 Sutker PB, Uddo M, Brailey K, Vasterling JJ, Errera P. Psychopathology in war-zone deployed and nondeployed Operation Desert Storm troops assigned graves registration duties. J Abnorm Psychol 1994;103:383-90.
- 14 Stallard P, Law F. Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life-threatening events. Br J Psychiatry 1993;163:660-5.
- 15 Chemtob CM, Thomas S, Law W. Post disaster psychological intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. Am J Psychiatry 1997;154:415-7.
- 16 Hytten K, Hasle A. Fire fighters: a study of stress and coping. Acta Psychiatr Scand 1989;355 Suppl:50-5.
- 17 Deahl MP, Gillham AB, Thomas J, Searle MM, Srinivasan M. Psychological sequelae following the Gulf War. Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. Br J Psychiatry 1994;165:60-5.
- 18 Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL. Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. J Trauma Stress 1996;9:37-49.
- 19 Bohl N. The effectiveness of brief psychological interventions in police officers after critical incidents. In: Reese TT, Horn JM, Dunning C, editors. Critical incidents in policing. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, 1991:31-7.

- 20 McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. Br J Psychiatry 1988;152:116-21.
- 21 Griffith J, Watts R. The Kensey and Grafton bus crashes: the aftermath. East Lismore: Instructional Design Solutions, 1994.
- 22 Doctor RS, Curtis D, Isaacs G. Psychiatric morbidity in policemen and the effect of brief psychotherapeutic intervention: a pilot study. Stress Med 1994;10:151-7.
- 23 Carlier IVE, Lamberts RD, Uchelen JJ van, Gersons BPR. Het lange-termijn effect van debriefen. Een vervolgonderzoek bij de Amsterdamse politie naar aanleiding van de Bijlmercrash. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, 1995.
- 24 Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. J Consult Clin Psychol 1995;63:948-55.
- 25 Yule W. Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: the sinking of the 'Jupiter'. Psychother Psychosom 1992;57:200-5.
- 26 Bisson JJ, Deahl MP. Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress. More research is needed. Br J Psychiatry 1994;165:717-20.

Aanvaard op 22 april 1997

## Bladvulling

*Aanhalingen goed, als ze kort en duidelijk zijn*

Hoe groter de bibliografie hoe belezener en geleerder de schrijver!

Deze gevolgtrekking is even vals als de gewoonte zelf schadelijk is. Zij is vals, want hoe dikwijls worden deze lijsten van titels door assistenten of betaalde helpers vervaardigd! Maar al had de schrijver ook al de aangehaalde werken gelezen, wat is het nut van deze lijsten? De oude gewoonte, om onder den tekst te citeren met opgave der bladzij, is in ieder opzicht beter. Zij maakt het eeuwige bladeren door het boek overbodig. Zij heeft het voordeel, dat hetgeen zakelijk bij elkaar behoort, ook te zamen wordt aangehaald; zij kost den schrijver minder tijd en biedt, in de aangehaalde bladzij, voor den lezer een waarborg, dat de schrijver het werk gelezen heeft. Citaten dienen om den lezer de gelegenheid te geven, tot de bronnen terug te gaan. Welnu maak hem dat zoo gemakkelijk mogelijk; vermeld de bron ter plaatse en precies!

(Ned Tijdschr Geneesk 1897;41:330.)

*Gaf ons de zindelijkheid*

Het is mijn doel geweest te doen uitkomen hoe weinig de moderne staat zich van den plicht kwijt om infectie-ziekten te voorkomen en hoe lichtvaardig hij daarbij te werk gaat. We leven nu al een kleine 20 jaar met de leer, dat infectie-ziekten parasitaire ziekten zijn; die leer is van de daken verkondigd en die er niet aan wil gelooven lege artis verketterd. Vraagt men naar het resultaat dan geldt nog heden wat PETER voor eenige jaren verklaard heeft: 'La crainte du microbe a été le commencement de la propreté, grâce à elle nombre de gens ont appris qu'il est décidément bon d'être propre, de boire de l'eau pure et de manger des choses saines?'

Maar dan luidt de tweede vraag: Is dat nu alles? Kan de leer dat bacteriën parasieten zijn tot geen groter uitkomst leiden dan tot zindelijkheid?

(Ned Tijdschr Geneesk 1897;41:102.)