

Klachten met een verleden

Oorlogsgetroffenen in de huisartspraktijk

F.A. Begemann

Oorlogsgetroffenen gaan met hun klachten vaak in de eerste plaats naar de huisarts, die hen doorgaans jarenlang begeleidt. Welke praktische richtlijnen kan men nu een (huis)arts geven die in zijn praktijk met oorlogsgetroffenen te maken krijgt?

Nog te vaak denken huisartsen dat oorlogsslachtoffers alleen door specialisten kunnen worden geholpen. Toch heeft in een recente publikatie een erkend deskundige als Bastiaans de rol van de huisarts bij de zorg voor oorlogsgetroffenen onderstreept(1). Dit is begrijpelijk, wanneer men bedenkt dat de meerderheid van de oorlogsslachtoffers nog steeds wordt opgevangen door de algemene hulpverlening. Ook de minderheid die wel bij de gespecialiseerde hulpverlening terechtkomt zal vóór, tijdens en na de daar ontvangen behandeling een beroep op de huisarts blijven doen. Het gaat daarbij én om aan de oorlog verwante klachten (angsten, depressies, slaapstoornissen) én om klachten zonder een duidelijke oorlogsachtergrond. Ook in het laatste geval is het nuttig dat de arts enige kennis heeft van de late oorlogsgevolgen, omdat de praktijk uitwijst dat de wijze waarop de patiënt zijn klachten beleeft en presenteert voor een deel door zijn oorlogservaringen wordt bepaald.

Men kan de belevingswereld van de oorlogsgetroffenen verduidelijken door een beschrijving te geven van de historische omstandigheden waaronder de traumatisering plaatsvond. Hoe belangrijk dit ook is, toch zullen wij in dit artikel deze weg niet bewandelen. Allereerst omdat de geïnteresseerde lezer veel bruikbare literatuur ter beschikking staat(2). In de tweede plaats omdat wij menen dat kennis van de oorlogsgebeurtenissen voor de omgang met oorlogsgetroffenen weliswaar noodzakelijk, maar niet voldoende is. In dit artikel willen wij een aantal aan de praktijk ontleende suggesties en richtlijnen presenteren, die hopelijk voor het handelen van de huisarts bruikbaar zijn: het geheel zullen we met enige voorbeelden illustreren.

Drie problemen

Naar onze mening zijn er drie problemen die het contact tussen arts en oorlogsgetroffene kunnen bemoeilijken:

- *het probleem van de herkenning*. Een kleine minderheid van de slachtoffers praat vaak en makkelijk over haar ervaringen. De meerderheid echter moet een drempel overwinnen om het oorlogsverleden aan te snijden en nog steeds zijn er oorlogsgetroffenen die zelf de relatie niet zien tussen hun klachten

in het heden en hun ervaringen in het verleden. Dat betekent dat het in veel gevallen de arts is die de schakel tussen klacht en oorlogsverleden zal moeten leggen.

– *het probleem van de hantering*. Het is een mythe dat oorlogsslachtoffers voortdurend door emoties worden overmand en dat alleen zij die psychotherapeutisch zijn geschoold met hen kunnen omgaan. De meeste slachtoffers weten, door een jarenlange ervaring, waar hun emotionele grenzen liggen en zullen met de nodige distantie over hun verleden spreken. Toch dient de arts te beseffen dat voor alle slachtoffers hun oorlogservaringen sterk emotioneel geladen zijn. In voorkomende gevallen kan hij dus met sterke emoties worden geconfronteerd, maar dat 'risico' loopt hij uiteraard met elke patiënt. Het werkelijke probleem in de omgang met de oorlogsslachtoffers ligt dan ook elders: het gaat erom dat de arts in zijn relatie met de patiënt het oorlogsverleden een zodanige plaats weet te geven dat er een goede basis ontstaat voor de normale huisartsenzorg.

– *het probleem van de wetsuitvoering*. De Nederlandse samenleving heeft de oorlogsgetroffenen erkenning willen geven via een aantal voor hen bestemde wetten die bepaalde financiële rechten geven. Wanneer iemand in het kader van deze wetgeving een aanvraag voor een uitkering of voorziening indient, zal de wetsuitvoerende instantie de huisarts om medische inlichtingen vragen. De praktijk wijst uit dat relatief veel artsen moeite hebben met dit verzoek om inlichtingen, mede omdat de gang van zaken tijdens de wetsuitvoering hun niet duidelijk is. Wij menen dat het verstrekken van inlichtingen gemakkelijker gaat wanneer de arts dit doet in samenwerking met zijn patiënt.

Op de drie hier genoemde problemen zullen we nader ingaan.

Herkenning

Veel reacties van ernstig getraumatiseerden worden begrijpelijk als men zich realiseert dat er, tegelijk of wisselend, twee tendenties werkzaam zijn⁽³⁾: aan de ene kant is er toenaderingsgedrag; tegelijkertijd of afwisselend daarmee ziet men vermijdingsreacties.

Het toenaderingsgedrag - gericht op de psychische integratie van de ervaringen - toont zich bijvoorbeeld in een bewust bezig zijn met wat men heeft doorstaan of in een sterke preoccupatie met het verleden. Soms krijgt deze toenadering een onwillekeurig karakter: men wordt opeens overstroomd met herinneringen, of onderdelen van de traumatische situatie worden met een hallucinatoire helderheid opnieuw beleefd:

Een man liep met zijn vrouw op de markt en rook de geur van kool. Door deze geur zag hij opeens de koolsoep voor zich die hij in het kamp had moeten eten. Deze herinnering dompelde hem in een diepe depressie.

De met dit herbeleven verbonden emoties kunnen in bepaalde gevallen zo

sterk zijn dat ze tot decompensatie leiden. Dit verklaart waarom men bij veel slachtoffers eveneens vermijdingsreacties aantreft. Soms strekt dit vermijdingsgedrag zich uit tot personen of situaties in het heden:

Een ex-concentratiekamp-gevangene verbrak de omgang met een kameraad omdat dit hem te zeer aan de gezamenlijke internering herinnerde.

Soms is vermijding meer een intern verlopend proces: men sluit zich af voor bepaalde herinneringen, omdat de daaraan verbonden emoties te hevig zijn. Het is belangrijk dat de arts beseft dat de toenaderings- en vermijdingsreacties op zich niet pathologisch zijn, maar een natuurlijke en begrijpelijke poging om na een overweldigende ervaring (of een reeks traumatische gebeurtenissen) een zo goed mogelijk evenwicht te vinden. De voornaamste taak van de arts is dit labiele evenwicht te helpen handhaven. Dit betekent dat hij in bepaalde gevallen naar het verhaal over de oorlogservaringen zal moeten luisteren. De aan de oorlogsherinneringen verbonden emoties zullen immers voor een deel hun bedreigend karakter verliezen als de patiënt ze in een sfeer van respect en solidariteit aan zijn arts kan vertellen. Maar vaker zal het oorlogsslachtoffer de arts met klachten konfronteren waarvan de band met de oorlog allerminst duidelijk is.

Hoewel in de derde editie van het "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" van de American Psychiatric Association (DSM-III) de posttraumatische stress-stoornissen worden erkend (4), zijn de klachten waarmee deze stoornissen gepaard gaan op zich weinig specifiek. Dat betekent in de eerste plaats dat oorlogsgetroffenen zich met heel verschillende klachten tot hun arts kunnen wenden en in de tweede plaats dat deze klachten niet verschillen van die waarmee andere patiënten op het spreekuur verschijnen. Onder deze omstandigheden wordt het de taak van de arts de band tussen de klacht en het oorlogsverleden te rekonstrueren. Wat dit betreft zijn er alleen globale richtlijnen te geven. Het is van belang dat de arts op de hoogte is van de literatuur over de post-traumatische stress-stoornissen en de late oorlogsgevolgen (5).

Verder zal de arts bij alle patiënten met een Joodse of Indische achtergrond rekening moeten houden met het vóórkomen van oorlogsproblematiek en steeds wanneer patiënten van 45 jaar of ouder zich met vage klachten tot de arts wenden, zou deze de mogelijkheid moeten overwegen van late oorlogsgevolgen. Wanneer de arts en de patiënt beiden weten van het oorlogsverleden, zal dit de vertrouwensband tussen hen versterken. Toch is er in het contact met het oorlogsslachtoffer meer nodig. De arts zal er steeds op bedacht moeten zijn dat, op de meest onverwachte momenten en onder invloed van volstrekt neutraal lijkende stimuli, de oorlogsherinneringen zich kunnen aandienen. Dit kan gebeuren tijdens het spreekuur: men kan zich voorstellen welke bedreigende associaties medische ingrepen en onderzoeken kunnen oproepen.

Maar ook buiten het spreekuur kan de patiënt door zulke beladen herinneringen overvallen worden dat het labiele evenwicht verloren gaat en hij zich met klachten tot de arts wendt die moeilijk te begrijpen zijn als men de rol van de late oorlogs-

gevolgen over het hoofd ziet. Te weinig rekening houden met de rol van de oorlog kan de relatie tussen arts en patiënt in gevaar brengen:

Een 60-jarige man verzette zich heftig tegen een medisch gezien noodzakelijke afkeuring. Pas toen de aan de oorlogservaringen verbonden angst en onmacht werden besproken, herstelde zich de samenwerking tussen arts en patiënt.

Hantering

Bij bepaalde patiënten en onder bepaalde condities zal de arts zelf naar de oorlogservaringen moeten vragen. Het belangrijkste daarbij is dat de arts zijn patiënt niet dwingt of forceert, maar volgt. Het is bijvoorbeeld onverstandig rechtstreeks te vragen in welk kamp de patiënt geïnterneerd is geweest; nog tactlozer is het te informeren naar wat hij daar heeft meegemaakt. Veel beter is het als de arts via zijn vragen impliciet laat merken dat hij, indien de patiënt dat wenst, bereid is zich in diens verleden te verdiepen. De arts kan het verleden introduceren door te vragen waar de patiënt is geboren; vooral voor oorlogsgetroffenen afkomstig uit het voormalig Nederlands-Indië lijkt dit een goede opening. Ook de vraag "Waar was u tijdens de oorlog?" is weinig dwingend, en blijkt toch velen over de drempel te helpen.

Ook wanneer het verhaal eenmaal op gang is gekomen, moet de arts zich bij zijn reacties zoveel mogelijk door zijn patiënt laten leiden. Zolang de arts het gevoel heeft dat het vertellen voor de patiënt positief is, kan hij volstaan met op een respectvolle wijze te luisteren. Respekt moet de arts ook tonen wanneer de patiënt het verhaal onderbreekt: het is meestal niet verstandig op deze momenten door te vragen; beter is het dat de arts dan terugkeert tot de klacht waarmee de patiënt op het spreekuur is verschenen en misschien kan hij even laten blijken dat hij nu iets meer van de achtergrond van deze klacht kan begrijpen.

Dezelfde principes gelden wanneer de patiënt tijdens het vertellen emotioneel wordt. Zolang de arts merkt dat het uiten van de emoties voor de patiënt opluchtend werkt, zijn respekt en sympathie voldoende. Alleen wanneer de emoties voor de patiënt bedreigend zijn of wanneer ze dreigen te escaleren, moet de arts ingrijpen. Dit kan het best gebeuren door het vertelde kort samen te vatten en vervolgens vast te stellen dat de patiënt kennelijk nog steeds last heeft van deze ervaringen. Wanneer de arts op deze wijze terugkeert tot een exploratie van de klacht, helpt hij zijn patiënt op een niet-geforceerde manier de benodigde afstand tot het verleden te herwinnen.

Het belang van respekt en erkenning kan moeilijk worden overschat. Allereerst omdat veel slachtoffers, vooral zij die werden afgekeurd, door schaamtegevoelens worden geplaagd: men beleeft het niet volhouden van de aanpassing als een persoonlijk falen.

Een man beschrijft zijn reactie wanneer hij van zijn arts hoort dat hij niet de enige is die nog last heeft van late oorlogsgevolgen. Hij zegt: "Ik heb een hele poos gedacht dat ik de enige was. Ik vond mezelf een zwakkeling, omdat ik het niet kon verwerken, vooral ook omdat ik dacht dat anderen er geen last van hadden. Toen ik hoorde dat ik niet de enige was, was dat een geweldige opluchting."

Er is nog een tweede reden waarom respekt en erkenning zo belangrijk zijn. Al eerder is opgemerkt dat de verschijnselen bij oorlogsgetroffenen in wezen niet pathologisch zijn, maar dat het gaat om reacties, die begrijpelijk worden wanneer men zich realiseert wat deze mensen hebben moeten doorstaan. Toch is dit nog niet de kern van de zaak. Eigenlijk doet men de oorlogsgetroffenen alleen recht wanneer men ze, behalve als slachtoffer, ook ziet als getuigen uit een van de meest belangrijke perioden uit onze geschiedenis. Wat voor de meerderheid van de bevolking historie is geworden, hebben deze mensen persoonlijk beleefd en de lichamelijke en psychische gevolgen van deze belevenissen dragen zij nog steeds met zich mee.

Het is goed als de arts met deze ogen naar de klachten probeert te kijken. Angsten en depressies kan men bijvoorbeeld opvatten als onvermijdelijke littekens na het doorstaan van een groot gevaar en in de gevoelens van rouw speelt ook een na jaren nog ongebroken solidariteit met de omgekomen familieleden of kameraden mee. Ook de gevoelens van schuld die kunnen optreden wanneer men de balans van het eigen leven gaat opmaken, weerspiegelen de morele dilemma's waarvoor velen tijdens de oorlogsjaren werden geplaatst.

Erkenning houdt in dat de arts op enigerlei wijze tracht te verwoorden dat hij iets van dit alles heeft begrepen en dat hij zich in ieder geval realiseert dat het vertellen van zijn patiënt meer is dan het verstrekken van een toelichting op de lichamelijke klachten. Wanneer de patiënt deze houding bij zijn arts bemerkt, zal het vertrouwen groeien en krijgt het oorlogsverleden in hun relatie een passende plaats: het wordt een gedeeld geheim, waarover men meestal niet uitvoerig hoeft te spreken, maar waarnaar in voorkomende gevallen kan worden verwezen. Het op dit gedeelde geheim gebaseerde vertrouwen vormt een uitstekend uitgangspunt voor de normale huisartsenzorg.

Op één aspekt van erkenning moet nog worden gewezen. Vooral artsen met een groot verantwoordelijkheidsgevoel vertonen soms de neiging ook bij oorlogsproblematiek naar herstel te streven. In bepaalde gevallen kan een verwijzing op zijn plaats zijn, maar veel patiënten zullen hiervan geen gebruik willen maken. De arts dient zich te realiseren dat in veel gevallen herstel ook niet meer mogelijk is en dat alleen de symptomen kunnen worden verlicht. Meer verwachten veel oorlogsslachtoffers niet van hun arts; zij weten - opnieuw: uit een jarenlange ervaring - dat hun leven blijvend door de oorlog is getekend. Het kan positief werken als de arts dit feit tegenover zijn patiënt erkent en daarmee impliciet zijn onmacht toegeeft; juist dit blijkt in de praktijk ondersteunend te werken.

In bepaalde gevallen kan het nodig zijn buiten het spreekuur wat meer tijd vrij

te maken. Bij oorlogsgetroffenen met een dreigende decompensatie kan een structurerend gesprek ondersteuning bieden. Na een afkeuring betekent een evaluerend gesprek met de huisarts erkenning; dit zal tot een vermindering van de schaamtegevoelens leiden. Voor de patiënten die zelf de relatie tussen hun klachten en het oorlogsverleden niet kunnen leggen, is voorlichting over de late oorlogsgevolgen van belang; ook hierdoor kunnen de gevoelens van schaamte worden gereduceerd. In al deze gevallen moet men niet denken aan urenlange gesprekken; meestal zal een minuut of twintig voldoende zijn.

Er is een categorie oorlogsslachtoffers die zo door angsten dreigt te worden overweldigd dat ze veelvuldig een dwingend beroep doen op de omgeving. Ook op de huisarts kan een dergelijk beroep worden gedaan. Het spreekt vanzelf dat de arts, al was het maar uit zelfbehoud, grenzen zal moeten stellen. Het is de kunst dit zó te doen dat men de patiënt niet van zich vervreemdt. Belangrijk is dat de arts niet reageert vanuit een - begrijpelijk - gevoel van irritatie, maar dat hij tracht achter het agerend gedrag de angsten te blijven zien. De arts moet zijn grenzen zo stellen dat de patiënt op dit niveau wordt gerustgesteld. Hij kan dit doen door te benadrukken dat hij, in samenwerking met de patiënt, de problemen aankan. In veel gevallen zal dit echter onvoldoende zijn en zal de arts konkretere hulp moeten aanbieden, bijvoorbeeld door de patiënt op korte termijn te ontvangen of eventueel thuis te bezoeken. Juist omdat deze patiënten door hun gedrag veel weerstanden oproepen, kan de patiënt deze konkrete hulp ervaren als een uitgestoken hand, hetgeen in de verdere kontakten tussen arts en patiënt een doorbraak kan betekenen; maar de praktijk wijst uit dat de omgang met deze patiënten een lastige opgave blijft.

Wetsuitvoering

Wanneer een oorlogsgetroffene een aanvraag indient in het kader van de voor deze categorie geldende wetten en regelingen zal de wetsuitvoerende instantie aan de huisarts om medische gegevens vragen (6).

In de praktijk blijken veel artsen tegen het verstrekken van deze gegevens op te zien. Voor een deel komt dit doordat dit de arts relatief veel tijd kost, voor een deel ligt de weerstand op een fundamenteeler niveau. Het is immers, veertig jaar na dato, heel moeilijk vast te stellen welke klachten op de oorlogservaringen teruggaan. Strikt genomen wordt een dergelijk oordeel van de arts ook niet gevraagd: hem wordt alleen verzocht de medische gegevens waarover hij beschikt op te sturen. Toch merkt men dat veel artsen moeite hebben met dit verzoek om inlichtingen en een antwoord soms lang uitstellen. Het is daarom goed te vermelden dat er een aantal instellingen is dat de aanvrager tijdens de aanvraagperiode begeleidt. Hier is men gaarne bereid de arts te informeren en te adviseren.

Ook voor de patiënt brengt het indienen van een aanvraag de nodige problemen mee. De formulieren die moeten worden ingevuld dwingen hem stil te staan bij wat hij lang heeft trachten te vergeten; soms treedt door de formulieren alleen al een herbeleving van de traumatische situatie op. Daarbij komt dat oorlogsge-

troffenen veel weerstanden moeten overwinnen voor zij een aanvraag indienen; veelvuldig wordt men geplaagd door schaamtegevoelens: vooral voor oudere aanvragers is het vragen van financiële hulp nog allerm minst een vanzelfsprekendheid. Het is derhalve goed dat de arts weet wat een honorering van de aanvraag voor zijn patiënt betekent: het is een publieke erkenning dat er geen sprake is van een persoonlijk falen, maar van moeilijkheden die onder invloed van de oorlog zijn ontstaan.

Vanuit medisch oogpunt gaat het bij de wetsuitvoering om de vraag in hoeverre wat de patiënt subjektief beleeft op te objektiveren processen en omstandigheden is terug te voeren. Het is belangrijk dat de arts die met deze vraag wordt geconfronteerd zijn verantwoordelijkheden goed weet te scheiden: aan de ene kant moet hij feitelijkheden rapporteren, aan de andere kant moet hij rekening houden met de betekenis die deze feiten hebben binnen de unieke belevingswereld van zijn patiënt. In de praktijk blijkt dat men bij de wetsuitvoerende instanties veel waarde hecht aan het oordeel van de behandelende sektor, juist omdat men daar de patiënten het best kent.

Onder deze omstandigheden ligt het voor de hand dat de arts zijn patiënt raadpleegt. Deze heeft immers veel denkwerk verricht voor hij zijn aanvraag indiende en hij kan de achtergronden ervan aan zijn arts verduidelijken. De arts kan de patiënt vragen welke gegevens volgens hem voor de rapportage relevant zijn. Dat zal allereerst deze rapportage vollediger maken: bij beroepszaken blijkt steeds opnieuw dat in de dossiers essentiële gegevens ontbreken. Daarnaast biedt dit de arts ook de kans om zich te verdiepen in de wijze waarop de patiënt zelf het verband legt tussen zijn klachten en het oorlogsverleden. Als de patiënt merkt dat de arts zich voor zijn beleving tracht open te stellen, zal hij die gaan zien als bondgenoot: dat is niet alleen belangrijk in de onzekere aanvraagperiode, maar zal ook op langere termijn de relatie tussen arts en patiënt verbeteren.

Naar onze mening doet de arts er goed aan om de gevraagde inlichtingen alleen te verstrekken als hij eerst contact heeft gehad met zijn patiënt. Verder verdient het aanbeveling de rapportage (liefst van tevoren) aan de patiënt te laten lezen. Het zal bovendien duidelijk zijn dat een onnodig uitstel bij het verstrekken van de gevraagde informatie de aanvraagperiode zal verlengen: mede vanwege het emotionele karakter van deze periode lijkt dit niet in het belang van het oorlogsslachtoffer.

Met dank aan de artsen dr P.G. Bekkering, A.A. Fortuin, R.J. van der Hell en E. Sarlui voor hun waardevolle adviezen.*

* Dit artikel is eerder verschenen in: Medisch Contact, 1986; 18: 567-570.

Noten:

1. Bastiaans J., De behandeling van oorlogsslachtoffers. Arts en Wereld 1984; 17: 9-17.
2. Zie literatuursuggesties achterin deze brochure onder het kopje 'Aanbevolen literatuur'.
3. Horowitz M.J., Stress response syndromes. New York: Jason Aronson. 1976.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3rd edition. Washington. 1980.
5. Horowitz M.J., Stress response syndromes New York: Jason Aronson. 1976.
Kleber R.J, Brom D. Defares P.B., Schokkende gebeurtenissen: gevolgen en verwerking. Wageningen: Landbouwhogeschool/SOPS. 1985.
Velde W. op den, Posttraumatische stress-stoornis als laat gevolg van verzetsdeelnahme. Ned.Tijdschrift voor Geneeskunde 1985; 129: 834-8
6. Begemann F.A., Procedure of ritueel - over de wetsuitvoering voor oorlogsgetroffenen. In: Dane J. (samenst.). Keerzijde van de bevrijding. Deventer: Van Loghum Slaterus. 1984.