

De afwezigheid van de jonge veteraan binnen de algemene hulpverlening

*Dr. W.J. de Waal**

Inleiding

Jonge veteranen** die als gevolg van hun uitzending op de hulpverlening zijn aangewezen, kunnen zowel een beroep doen op de militaire als de civiele hulpverlening. Een duidelijke minderheid kiest voor de civiele hulpverlening. Een aantal vragen zijn in dit kader interessant:

- Is de groep die bij de civiele hulpverlening meldt een andere dan die de militaire hulpverlening consulteert?
- Waarom kiezen sommige jonge veteranen voor de civiele hulpverlening?
- Welke klachten en problemen hebben deze patiënten?
- Om welke aantallen gaat het?

De beantwoording van bovengenoemde vragen vroeg enige research. Temeer daar er binnen de instelling waar ik zelf werkzaam ben (GGZ 's-Hertogenbosch) nauwelijks jonge veteranen worden aangemeld. Tot mijn verbazing bleek dat de jonge veteranen zich ook bij andere GGZ-instellingen niet of nauwelijks melden, hooguit één à twee per jaar per instelling. Men herinnerde zich wel dat er tijdens de acties in Libanon een aantal jonge veteranen was verwezen. Dat is ook verklaarbaar, omdat de militair psychiatrische hulpverlening toentertijd nog in haar kinderschoenen stond. De afgelopen tien jaar heeft die sector een aanzienlijke groei doorgemaakt, met name de Afdeling Individuele Hulpverlening van de Landmacht.

Ook bij de crisisdiensten van de GGZ-instellingen zijn jonge veteranen nauwelijks bekend. Dat geldt eveneens voor de grote psychotherapeutische praktijken in de regio die ik benaderd heb. GGZ-Nederland (de

* Dr. W.J. de Waal is klinisch psycholoog/psychotherapeut en als manager Zorgontwikkeling en Preventie verbonden aan de GGZ 's-Hertogenbosch.

** Onder jonge veteranen verstaan we in Nederland: militairen die ingezet zijn voor VN- en NAVO-taken in onder meer Libanon, Bosnië, Kosovo, Cambodja en Macedonië.

koepel van de GGZ-instellingen) kon evenmin informatie verschaffen over aanmelding en behandeling van jonge veteranen in de GGZ. Daarna heb ik mij gericht tot de verslavingszorg, onder meer tot Novadic, een hulpverleningsorganisatie die zich in Brabant met hulpverlening aan verslaafden bezighoudt en een bedieningsgebied heeft van anderhalf miljoen inwoners. Ook binnen deze sector bleek er nauwelijks ervaring te bestaan met jonge veteranen.

Samenvattend luidt de conclusie dat jonge veteranen zich, althans de laatste tien jaar, nauwelijks aanmelden bij GGZ-instellingen, de verslavingszorg of bij praktijken van vrijgevestigde psychotherapeuten. Omdat ik in mijn eigen psychotherapiepraktijk soms jonge veteranen gericht verwezen krijg en in mijn functie bij de 11e Geneeskundige Compagnie van de Luchtmobiele Brigade regelmatig in contact kom met militairen die bij één van de vredesmissies zijn uitgezonden, acht ik het zinvol in te gaan op de beperkingen van de civiele hulpverlening voor jonge veteranen, omdat dit misschien een oorzaak zou kunnen zijn van het geringe aantal aanmeldingen. Maar het is ook mogelijk dat de militaire hulpverlening zo goed functioneert, dat er bij militairen met problemen geen behoefte is het civiele hulpverleningstracé te raadplegen.

Alvorens daarop in te gaan, wil ik eerst stilstaan bij een aantal aspecten van psychiatrische en psychosociale klachten bij militairen.

Historie

Psychische gevechtsreacties zijn er in oorlogssituaties waarschijnlijk altijd al geweest. Men komt deze klachten in de literatuur tegen onder de volgende benamingen:

- gevechtssuïtputting;
- oorlogsneurose;
- shellshock;
- irritable heart of soldiers;
- effort syndrome;
- neurocirculatory asthenia;
- hysterische reacties in gevechtssituaties;
- conversie.

Kenmerkend is dat bij een beschrijving van de klachten het vrijwel altijd gaat om angst of depressie of een combinatie van beiden. De angstklachten gaan veelal gepaard met functionele, lichamelijke klachten, zoals pijn in het hartgebied, vermoeidheid, hyperventilatie, slapeloosheid, weergalmen of bonken in de oren, gevoel van zwakheid, duizeligheid, nervositeit en geïrriteerdheid. Het gaat daarbij om aanzienlijke aantallen. Pouchard stelt dat tijdens de Tweede Wereldoorlog alleen al in het Amerikaanse leger 960.000 militairen met psychiatrische klachten werden behandeld (Pouchard, 1983). Dat komt neer op circa 9% van alle in die periode ingezette Amerikaanse militairen. Hij stelt zelfs dat bij alle conflicten na de Tweede Wereldoorlog de verliezen als gevolg van psychiatrische klachten op circa 10 tot 30% moeten worden geschat.

In verslagen van de Amerikaanse Burgeroorlog wordt al melding gemaakt van bovengenoemde klachten. In de Eerste Wereldoorlog sprak men van shellshock. Men ging er toen vanuit dat de luchtdruk die ontstond bij de ontploffing van granaten, invloed had op de hersenen en dat dit de zogenaamde shellshock verklaarde. Overigens was het in die oorlog opvallend dat het met name officieren waren die psychiatrisch decompenseerden, terwijl soldaten vooral lichamelijke klachten lieten zien.

Eén van de oudste gedocumenteerde werkwijzen van de psychiatrie te velde, bedoeld om hospitalisatie en chronische dienstongeschiktheid van militairen te voorkomen, vond plaats gedurende de Russisch-Japanse oorlog van 1904-1905 (Somers, 1981). Het Russische leger besloot namelijk om 'geesteszieken' door psychiaters te laten behandelen in de voorste gevechtsslijn aan het front. Overigens werden de Russen daartoe min of meer gedwongen, omdat de psychiatrische problematiek van de militairen zulke grote vormen aannam, dat zijzelf niet meer in staat waren adequate zorg te verlenen.

Ondanks het feit dat er dus al ruim een eeuw systematisch aandacht wordt geschonken aan psychiatrische decompensatie in gevechtssituaties, kan men niet stellen dat psychiatrische klachten bij militairen in gevechtssituaties al die tijd een geaccepteerde zaak was. Als men de graven uit de Eerste Wereldoorlog bezoekt, ziet men nogal eens de afkorting SAD (shot at dawn) gegraveerd. Het gaat hierbij om soldaten die geëxecuteerd zijn wegens desertie. Het is aannemelijk, dat zich daaronder een groot aantal psychiatrisch gedecompenseerde militairen bevinden, die zich aan gevechtssituaties hebben onttrokken. In die tijd werd

dat als desertie beschouwd waarop de doodstraf stond. Ook in de Tweede Wereldoorlog was er nog geen sprake van brede acceptatie van psychische decompensatie. Zo citeert Van Meurs in zijn proefschrift de Canadese brigadearts Ponseau: 'Na een Duitse luchtaanval, waarbij zijn bataljon een veertigtal doden en gewonden had te betreuren, was men druk bezig de gewonden te verzorgen door plasma en dergelijke toe te dienen, toen een Engelse officier Ponseau kwam vragen onmiddellijk met hem mee te gaan om te kijken naar "two very serious cases" in zijn jeep. Pas na herhaaldelijk aandringen verliet hij zijn gewonden even om aan het verzoek gevolg te geven. De zeer ernstige gevallen bleken te bestaan uit niet gewonde Engelse soldaten met een angsthysterisch insult. Ponseau, die de indruk maakte een plezierig en vriendelijk mens te zijn, vertelde dat hij zelden in zijn leven zo boos was geworden'. Over soldaten met psychische klachten merkt Van Meurs zelf op: 'De kwaliteit van de soldaten die dit soort reactie vertonen, is van de grootte orde van bijvoorbeeld de soldaat die door zijn pelotonscommandant beschreven wordt als lui, bang, stiekem en achterbaks. In het peloton lusten ze hem niet. Een drukker, waardeloos.

Waarschijnlijk is een grotere mate van acceptatie ontstaan, nadat vele duizenden oorlogsveteranen met een reeks aan psychische klachten terugkwamen uit Vietnam. In de pers, maar vooral door de organisaties van Vietnamveteranen zelf, werd veel aandacht besteed aan deze psychische klachten. Dit drukte de Amerikaanse bevolking met de neus op het feit, dat militairen die naar gevechtssituaties worden uitgezonden als gevolg daarvan beschadigd kunnen raken. Des te schrijnender was het dat er van de kant van de legerleiding en de media weinig aandacht was voor de problematiek van teruggekeerde Vietnamveteranen. In Nederland begon die aandacht pas gestalte te krijgen nadat Nederland begin jaren negentig aan vredesmissies ging deelnemen. Overigens was het percentage militairen dat emotionele klachten ontwikkelde halverwege de jaren negentig hoger dan op dit moment. Waarschijnlijk hangt dit onder meer samen met de aard van de uitzending. Posttraumatische stress-stoornissen (PTSS) komen de laatste jaren onder de uitgezonden militairen sowieso minder vaak voor.

Stressfactoren en klachten

Maar nu terug naar de Nederlandse militairen die uitgezonden worden voor vredesoperaties. Tijdens hun missie doen zich regelmatig situaties

voor die met veel stress gepaard gaan. Uiteraard geldt dat voor gevechtssituaties, die sowieso bij een bepaald percentage militairen tot psychische klachten of tot een psychotrauma leidt. We spreken over een psychotrauma als er sprake is van een eenmalige, zeer heftige stresstoestand (een zeer schokkende gebeurtenis) of een langdurige, continue stresstoestand (of een reeks van schokkende gebeurtenissen). De volgende kenmerken zijn daarbij typerend:

- De oorzaak komt van buitenaf.
- De gebeurtenissen roepen een sterke angstbeleving op.
- De gebeurtenissen brengen een grote ontwrichting van het bestaan en een bedreiging van het leven met zich mee.
- De gebeurtenissen geven de betrokkene een sterk gevoel van machteloosheid (geen invloed hebben op het gebeuren).

Het zal duidelijk zijn, dat een gevechtssituatie veel traumatische elementen in zich kan herbergen. Concreet kunnen de volgende stressfactoren bij uitgezonden militairen optreden:

- Bedreiging van het eigen leven of de kans verminkt te raken.
- Het waarnemen van kwaad dat de burgerbevolking wordt aangedaan.
- Het zien van grote groepen uitgemergelde en angstige vluchtelingen.
- Het aanschouwen van concentratiekampen.
- Het zien van verminkte lijken en massagraven.
- Langdurige afwezigheid van thuis en de angst dat zich daar veranderingen voltrekken (overspel, scheiding, problemen met de kinderen).

In een gevechtssituatie of uitzendsituatie is er vaak sprake van meerdere trauma's; het ene trauma wordt als het ware op het andere gestapeld. En dat verslechtert de prognose van psychiatrische beelden, die als gevolg daarvan ontstaan. Het feit dat militairen vaak zien dat de burgerbevolking ernstig leed wordt aangedaan, is extra belastend omdat er veelal vanuit het mandaat een verbod bestaat hierin te interveniëren. Uit Deens onderzoek blijkt, dat met name de verplichte passiviteit als zeer traumatisch wordt ervaren. Overigens is dat een algemeen gegeven uit de psychologie. Als er geen coping-gedrag kan worden ontwikkeld en men passief moet blijven, zal het angstniveau toenemen. Zo bleek in de Tweede Wereldoorlog dat de angst van Duitse soldaten die luchtafweer bedienden, afnam als zij konden schieten op vijandige vliegtuigen, ook al werd er geen één geraakt.

De klachten, die ikzelf bij uitgezonden militairen veelal waarnam, zijn de volgende:

- Vermijdingsgedrag van alles wat met het oorspronkelijke trauma te maken had.
- Hyperalert zijn.
- Slaapstoornissen.
- Herbelevingen die vaak van zeer levendige aard zijn en waarbij zintuiglijke ervaringen van de traumatische situatie weer worden beleefd.
- Nachtmerries gerelateerd aan de opgedane trauma's.
- Relatieproblemen.
- Aantasting van de 'core beliefs' (vaste, impliciete ideeën die wij hebben).
- Toegenomen agressie.
- Middelengebruik.
- Zich niet meer druk kunnen maken over kleine dingen.
- Depressieve gevoelens, gevoelens van vervreemding en onthechting.

Ontstaan van klachten

Het zal duidelijk zijn dat veel van deze problemen, met name ook de genoemde gevoelens van vervreemding en onthechting, problemen in de gezinssituatie en in de werksituatie met zich meebrengen. De militair heeft vaak het gevoel geen aansluiting meer bij zijn partner en gezin te kunnen vinden. Hij voelt zich alleen, onbegrepen, heeft het gevoel dat anderen zich druk maken over 'futiliteiten'. Hij is prikkelbaar, opvliegend en soms zelfs agressief. Ook de partner en kinderen vinden het vaak erg lastig om met deze 'veranderde' echtgenoot en vader om te gaan. Met name als de klachten gekenmerkt worden door herbelevingen, nachtmerries, schrikachtigheid en hyperalert zijn, kan het psychiatrisch beeld voldoen aan de criteria van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) (Beknopte handleiding DSM IV, 1995). Maar vaak is het beeld niet zo uitgesproken.

Men kan zich afvragen of hier sprake is van een ziektebegrip, in de zin dat men wél of geen psychiatrische klachten heeft. Deze manier van kijken is niet de meest voor de hand liggende. Beter is het te stellen, dat (vrijwel) alle uitgezonden militairen één of meer van de bovenvermelde klachten hebben, maar dat de intensiteit en het invaliderend karakter ervan per militair kunnen verschillen. In die zin zou gezegd kunnen worden, dat het hier gaat om een normaalverdeling en dat bij de gehele

uitgezonden populatie dus sprake is van meer of minder ernstige pathologie.

Verreweg de meeste uitgezonden militairen ondervinden regelmatig klachten, die echter in aard kunnen verschillen. Bij de één zal de nadruk meer liggen op relatieproblemen en agressie, bij een ander op het hyper-alert zijn en bij weer een ander zullen depressieve gevoelens wat meer op de voorgrond treden. Volgens deze opvatting van de normaalverdeling is er een kleine groep militairen (uiterst links) die geen of nauwelijks klachten heeft en een kleine groep (uiterst rechts) die ernstige klachten heeft waarop een psychiatrische diagnose van toepassing is (waarschijnlijk vooral PTSS). Deze opvatting brengt met zich mee, dat vrijwel alle militairen die uitgezonden zijn en die tijdens de uitzending traumatische situaties meemaken, in meerdere of mindere mate 'beschadigd' zijn. De meesten zullen (eventueel met behulp van hun naasten) hun weg weer weten te vinden; een minderheid heeft professionele hulp nodig.

Er is bij het ontstaan van deze klachten ook geen sprake van een eenvoudige oorzaak-gevolgrelatie, zoals dat trouwens bij geen enkel psychiatrisch beeld het geval is. De klachten ontstaan door een samenspel van tenminste de volgende factoren: externe prikkels, copingstijl, persoonlijkheidsstructuur, biologie, leergeschiedenis, cohesie en conflicten van de groep waarin men leeft en relatie met het thuisfront.

Men zou in dit verband kunnen spreken van een multicausale interactie. Bij deze interactie worden ook de klachten weer betrokken. Door de interactie van een aantal factoren ontstaat bijvoorbeeld een depressief beeld. Dit depressieve beeld kan op zijn beurt weer invloed hebben op een aantal van de genoemde interacterende factoren. Bijvoorbeeld op de copingstijl of op de biologie, waardoor tijdens, maar vooral ook na de uitzending, een complex krachtenspel van multicausale interactie het toestandsbeeld bepaalt. Daarom is behandeling ervan ook vaak uiterst complex. Als er sprake is van duidelijke psychopathologie, zal het thuisfront hierbij altijd dienen te worden betrokken. Men hoort ook vaak van uitgezonden militairen, dat de relatie tot hun naasten veranderd is. Ik sprak in dat verband al eerder over vervreemding: dingen van vroeger lijken opeens niet belangrijk meer. De reactie van de partner wordt vaak niet begrepen, of roept allerlei irritaties op.

Ook zien wij regelmatig dat al bestaande problemen tijdens de uitzending worden gereactiveerd. Zo behandelde ik ooit een militair, die leed onder de desinteresse van zijn vader, die inmiddels het gezin had verlaten. Deze problematiek werd weer geactiveerd tijdens de uitzending (en daarna), doordat de militaire organisatie (de vaderfiguur) evenmin voldeed aan zijn wensen.

Voorts blijkt dat militairen die na hun uitzending de militaire dienst verlaten, zich vaak geïsoleerd voelen. Het blijkt nu dat het belangrijk is om met name met de uitzendmaten de gezamenlijk opgedane ervaringen te delen. En dan niet eenmalig, maar bij herhaling. Doet men dat buiten de militaire situatie, bijvoorbeeld op het werk of thuis, dan blijkt dat het vooral de herhaling is die op den duur tot allerlei irritaties aanleiding geeft. Het is dan ook niet voor niets dat Israëlische militairen na gevechtsacties, voordat zij het leger verlaten, met hun maten maanden in een militair kamp verblijven. en dat men daar door veelvuldig praten probeert het oude evenwicht weer terug te vinden.

Behandeling

In Nederland is het aanbod, dat de Bond voor Nederlandse Militaire Oorlogs- en dienstslachtoffers (BNMO) biedt van wezenlijk belang. Deze organisatie organiseert weekenden voor militairen die uitgezonden zijn geweest en soms ook voor hun gezinsleden. De bedoeling van deze bijeenkomsten is om het contact met de collega's in stand te houden, nog eens stil te staan bij de ervaringen in het uitzendgebied en om de familieleden meer begrip bij te brengen voor wat de militairen hebben meegemaakt in het uitzendgebied. Dergelijke bijeenkomsten acht ik van groot belang en ze zouden wellicht op grotere schaal moeten worden aangeboden. Immers, erkenning is voor het verwerken van trauma's een belangrijke voorwaarde. Met name als de maatschappelijke erkenning voor militaire inzet ontbreekt, blijkt dat de verwerking van traumatische ervaringen voor militairen ernstig te bemoeilijken. De politionele acties in Nederlands-Indië en de oorlog in Vietnam zijn daar bekende voorbeelden van. Behalve de erkenning door de burgerbevolking is ook die van de autoriteiten essentieel. Deze kan bijvoorbeeld in financiële zin uitgedrukt worden of in de vorm van een onderscheiding. Een vijandige houding ten aanzien van teruggekeerde militairen, zo blijkt uit het verleden, laat bij deze beroepsgroep diepe sporen na.

Civiele hulpverlening

Uit mijn gesprekken met militairen, die uitgezonden zijn geweest, werden in enkele gevallen de volgende redenen opgegeven om niet bij de militaire organisatie in behandeling te gaan:

- Diffuse boosheid op de militaire organisatie.
- Onvoldoende erkenning.
- Slechte ervaringen tijdens de uitzending, onvoldoende zorg tijdens de uitzending of na terugkomst (ook voor de achterblijvers). Ik hoorde soms: 'Moet die club mij helpen, daar heb ik niets meer van te verwachten'.
- Angst dat informatie uit de militaire hulpverlening in de organisatie terecht komt en dat het de carrière zal schaden.
- Angst dat meerderen en collega's weten dat men in de militaire organisatie in behandeling is en de vraag wat voor reacties er worden gegeven.

Ondanks het feit, dat dit minder is dan een aantal jaren geleden, bestaat er bij sommige onderdelen nog een machocultuur. 'Voor dat soort klachten ga je niet in behandeling, dat is slap, daar moet je tegen kunnen.' Zo'n instelling zal er overigens toe leiden dat er ook geen beroep op de civiele hulpverlening zal worden gedaan. De weinige militairen die zich tot de civiele hulpverlening wenden, missen daar vooral de zogenaamde contextkennis. De civiele hulpverlening (die naar mijn mening vaak bevooroordeeld is ten opzichte van de militaire organisatie) heeft weinig kennis van het reilen en zeilen van de militaire organisatie. Dit betreft zowel de militaire organisatie in vredetijd als de militaire organisatie tijdens de uitzending. Een militair heeft vaak het gevoel, dat de civiele hulpverlener weinig kan meedenken en zich moeilijk kan voorstellen hoe de dingen in het leger toegaan. Ook het uitleggen van (basis)informatie, bijvoorbeeld hoe het rangenstelsel in elkaar zit, ervaart men dikwijls als vervelend.

Nu is het zo dat een hulpverlener geen volledige contextkennis kan hebben over de achtergronden van al zijn patiënten. Een hulpverlener zou dan homoseksueel en heteroseksueel moeten zijn, gehuwd, gescheiden, weduwe of weduwnaar en zo kan ik nog wel een poosje doorgaan. Maar mocht men militaire patiënten willen behandelen, dan is het zich verdiepen in deze contextkennis toch een voorwaarde. Helaas bestaat hiervoor

naar mijn overtuiging bij hulpverleners uit de civiele hulpverlening in het algemeen weinig belangstelling. Zo organiseerde de afdeling Individuele Hulpverlening in Eindhoven enkele jaren geleden een bijeenkomst voor hulpverleners uit de algemene GGZ in het zuiden van het land om genoemde contextkennis te vergroten. Ondanks het feit dat daaraan ruim bekendheid werd gegeven, verscheen slechts een handjevol mensen. Toch zullen GGZ-instellingen hier iets aan moeten doen. Immers, het valt te verwachten dat de komende jaren steeds meer Nederlandse militairen naar brandhaarden zullen worden uitgezonden, zodat over enige tijd tienduizenden landgenoten deze ervaring met zich meedragen. En een aantal van hen zal vroeg of laat een beroep doen op onze algemene hulpverleningsinstellingen. Het lijkt mij daarom niet meer dan redelijk en ook verstandig dat, als het om zulke grote aantallen gaat, de algemene GGZ de lacunes die nu voor de behandeling van deze doelgroep bestaan, opheft.

Literatuur

Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1995.

Meurs, A.J. van, *Over de gevechtsuitputting*. Rotterdam: Van Waesberge, Hoogewerff en Richards/W.L. en J. Brusse, 1955.

Pouchard, J.P., 'Kriegsgenügen wehrpsychologisch betrachtet', in: *Alg. Schweitzer. Militärzeitschrift* (1983) pp. 92-95.

Somers, C.J.A., 'Snelle hulpverlening voor disfunctionerende militairen', in: *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* vol. 34 (1981) pp. 269-285.

Waal, W.J. de, 'Preventie en behandeling van posttraumatische stressstoornissen', in: *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* vol. 50 (1997) juli, pp. 176-183.