

Blok 3: Opvang

8. 'Geen tijd om te begrijpen.'

De behandeling van ptss bij Nederlandse VN-militairen

Drs. F.A.W. Unck

Inleiding

'Ik had geen tijd om te begrijpen', zei een veteraan mij kortgeleden en hij voegde eraan toe dat, toen hij terug kwam uit Libanon hij het zo snel mogelijk wilde vergeten. Hij doelde op een gijzeling die hij had doorgemaakt. Hij had de dood in de vorm van een doorgeladen Kalashnikov in de ogen gezien. De klik, de loop, maar ook de ijskoude ogen van een man die niks meer te verliezen had. Die ogen kwamen een paar jaar later in nachtmerries onontkoombaar terug. Daarmee ook zijn angst, zijn hyperalertheid, zijn woede en machteloze gevoel. Waarom? Waarom hij, verworden tot ding, tot voorwerp in een strijd waar hij niks mee te maken had?

Grootschalig uitzenden van militairen naar brandhaarden in de wereld kent, naast internationaal en nationaal politiek prestige en soms gezichtsverlies, een individuele prijs. De meeste militairen komen met belangrijke ervaring en een voldaan gevoel terug, veranderd, wijzer geworden en een beetje ouder. Een klein percentage blijkt niet opgewassen te zijn tegen het spanningsveld dat een uitzending vol oorlogsgeweld in een zo andere sociaal-culturele omgeving oproept. Zij krijgen achteraf problemen. Soms zijn individuele traumatische ervaringen zo ingrijpend, zoals gegijzeld worden of een maat verliezen, dat ieder van ons er onder te lijden zou hebben en de meesten levenslang. Daarbij speelt de factor 'ver van huis' in de breedste zin ook een rol.

Van 1978 tot heden werden er zo'n 35.000 militairen uitgezonden, onder andere naar Libanon, Sinaï, Angola, Haïti, de Golf, Irak, Cam-

bodja en voormalig Joegoslavië. De meesten gingen vrijwillig of waren beroepsmilitairen, en zijn inmiddels ex-militair (Unck, 1997a).

Sinds 1989 voert het ministerie van Defensie een gericht veteranenbeleid, met vallen en opstaan, omdat er geen echte veteranentraditie vanuit Defensie in Nederland bestond. Nieuwe inzichten in psychologische en psychiatrische stoornissen, politieke druk en niet in de laatste plaats de vraag om erkenning door de veteranen zelf hebben dit beleid gestimuleerd.

De militair

De militair wordt geselecteerd, opgeleid en voorbereid op een missie. Hij of zij werkt in het algemeen in een groep met een eigen cultuur en een duidelijke hiërarchie. Hij of zij is bewapend voor eigen verdediging. In vredesoperaties kan de bewapening dienen als afschrikmiddel, in oorlogssituaties als dwangmiddel. De militair gaat op missie als vertegenwoordiger van zijn land, in principe voor een goede zaak. De tegenwoordige militair is een professional.

Toch ontstaan er na uitzending bij circa vijftien procent van de uitgezonden klachten (Bramsen, 1997). Meestal zijn dit voorbijgaande klachten van velerlei aard, lichamelijk, als moeheid, en psychisch als prikkelbaarheid, vermijdingsgedrag, nachtmerries en slaapstoornissen. Soms blijven de klachten langdurig, of ontstaan zij later, soms veel later.

Beschouwen we de specifieke positie en belevingsaspecten van de militair eens nader. De meeste militairen zijn jong, zelfbewust, hebben het gevoel, en hebben daar ook voor gekozen, een goede zaak te dienen, welke respect zal opleveren. Het is een uitdaging, een avontuur. Zoals ieder individu heeft de jonge militair een psychologisch schema in zijn hoofd, waarin het gevoel overheerst van een zekere onkwetsbaarheid, een 'mij-zal-niks-gebeuren'-idee. 'Ik heb controle over de situatie en wat ik doe is zinvol.'

Vorbereiding en training ten spijt, de werkelijkheid is veelal anders.

De missie

Controle is het kernwoord in een missie. Beheersing, controle over het gebied, over het conflict, en over de partijen. Maar ook controle over dreigend geweld met beperkte middelen, het zogenaamde mandaat. De Verenigde Naties schrijven voor hoeveel en wanneer geweld in conflict-beheersing gebruikt mag worden. Deze leefregels vormen het mandaat voor de ingezette militaire eenheden. Deze regels gelden op macro-niveau. Op micro-niveau, dat wil zeggen op individueel niveau dient het mandaat vertaald te worden. Wanneer het mandaat tekortschiet is dit op alle niveaus voelbaar. Als voorbeeld kan Srebrenica dienen. De reacties zijn navenant. De samenleving identificeert zich in een eerder stadium gemakkelijk met 'onze jongens', maar als het niet goed gaat wendt zij zich vrij gemakkelijk af. Het kost dan moeite dit schijnbaar falen publiek verteerbaar te maken. De zwartepieten worden uit de kast gehaald om de schuldvraag in te lossen. Ik beschrijf hier slechts het psychologisch proces. Op individueel niveau laat dit zijn sporen na in de verwerking van de ervaringen door de militair. Woede, angst en schuldgevoel zijn de polen in dit op zich normale verwerkingsproces.

Op het niveau van de individuele militair kunnen zich allerlei situaties voordoen die als psychotraumatisch kunnen worden beschouwd. Gebeurtenissen, waarbij de militair passief betrokken is geraakt, als lijdend voorwerp of als getuige, en ervaringen, waarbij de militair actief een rol heeft gespeeld.

Voorbeelden van passief ervaren zijn: gegijzeld worden, ernstig bedreigd worden, gewond raken, machteloos moeten toezien bij extreem geweld. Een bij ons opgenomen militair wordt 's nachts nog steeds huilend wakker met een dood kind in zijn armen. Veilig, voorspelbaar, zinvol en rechtvaardig? Het gevoel van controle verdwijnt, de militair wordt soms tot 'ding' gereduceerd en zijn integriteit aangetast. Machteloosheid dringt zich op en wordt meestal gevolgd door woede. Wanneer deze agressieve impulsen niet worden gekanaliseerd kan dit leiden tot actief ageergedrag, bijvoorbeeld richting de lokale bevolking of potentiële tegenstanders in de vorm van schietincidenten, represaillemaatregelen en kloppartijen. Aangezien dit niet wordt getolereerd, niet door de directe militaire leiding en niet door de VN, kunnen geheimen ontstaan, die vrijwel altijd leiden tot klachten achteraf, zelfs tot extreem agressief en crimineel gedrag in Nederland. Strafbehoefte lijkt een rol te spelen.

Vanuit de literatuur (Danieli, 1996) en de praktijk is bekend dat hoe actiever de militair zich heeft ingelaten met of is betrokken bij gewelddadigheden, des te ernstiger de psychische gevolgen achteraf kunnen zijn. Als de verbondenheid met de eenheid wordt verbroken na de missie komt de militair weer alleen te staan, soms met dat zo moeilijk te dragen geheim. Daar komt bij dat berichtgeving van gebeurtenissen in de media vanuit een ander perspectief plaats vindt dan van waaruit de individuele militair het op zijn niveau heeft waargenomen en gevoeld. Dit geeft verschil in beleving, waardoor de militair zich tekort gedaan en onbegrepen kan voelen. Hij of zij wordt in de verdediging gedrongen en voelt zich niet erkend.

De psychologische en psychiatrische reacties

Elke militair voelt zich na een langdurige missie onwennig na thuiskomst. In de brieven naar huis wordt vaak niet alles verteld, om de zorgen van ouders en familie niet te groot te laten zijn. Dit heeft als nadeel dat de militair het ook zo maar laat en de familie niet beter kan weten. De militair moet zijn plek in het gezin, relatie, werk en sociaal netwerk weer 'veroveren'. Sommige taken zijn door anderen overgenomen. De positie is aanvankelijk onduidelijk. De militair realiseert zich dat, wat hij ook heeft meegemaakt, het leven thuis gewoon is doorgegaan. De euforie van de thuiskomst verdwijnt snel en er wordt weer overgegaan tot de orde van de dag. Er is gemis van de eenheid, de vrienden, de verbondenheid en nogal eens verlangt de militair terug naar het uitzendgebied, onbegrijpelijk voor de omgeving. Ook kunnen prikkelbaarheid, somberheid en vermijdingsgedrag in de eerste periode optreden.

Dit zijn tijdelijke aanpassingsproblemen. Erover praten, openleggen, begrip van de directe en de werkomgeving is van groot belang. Ook de partner, familie en vrienden reageren na een uitzending van een militair. Deze komt toch een beetje anders terug. Hij of zij moet bijgepraat worden, want thuis is ook veel gebeurd. Het kost tijd om weer aan elkaar te wennen en als het minder goed gaat is het niet gemakkelijk daarover iets te zeggen.

Bij tussen de vier en vijf procent van alle uitgezonden militairen worden verlate of langdurige reacties op ernstige ervaringen aangetroffen (Bramsen, 1997). De klachten blijven langer dan drie maanden be-

staan en het functioneren wordt in allerlei opzichten verstoord, in werk, gezin en sociaal netwerk. Het aanpassingsvermogen schiet tekort, de verwerking komt niet op gang en de militair of veteraan blijft hangen in de psychische en lichamelijke toestand ten tijde van de uitzending. Opvallend is dat nogal eens de omgeving de klachten het eerst opmerkt. Bij 0.5 tot 1 % van allen is er sprake van een zodanige persoonlijkheidsverandering met vermijding en soms agressieve impulsdoorbraken, dat van een ernstige en chronische handicap gesproken kan worden.

De behandeling

Lichte posttraumatische stress-verschijnselen (DSM-IV, 1994; Kapan, 1997) zijn met een aantal begripvolle gesprekken goed te behandelen, waarbij de erkenning en het onder woorden laten brengen van de heftige ervaringen en gevoelens, die deze achteraf opriepen, al grote verlichting brengen. Hoe sneller dit bij klachten van abnormale reacties gebeurt, hoe minder chroniciteit van klachten mag worden verwacht. Individuele debriefings, zoals deze bij de Koninklijke Landmacht sinds een aantal jaren plaatsvinden, kunnen signaleren of er iets mis gaat in de normale verwerking.

Ernstige vormen van ptss, zeker de chronische en verlate vorm hebben meer aandacht nodig dan de gestructureerde poliklinische behandeling die algemeen wordt toegepast. Vaak spelen bij deze vormen van ptss andere psychische en psychiatrische stoornissen een rol, die het zuivere beeld vertroebelen. Depressie, chronische lichamelijke klachten, moeheid, alcoholmisbruik of crimineel gedrag zijn hier voorbeelden van.

Ook het feit dat veteranen soms jaren in een proces rondom erkenning van hun klachten in relatie met de uitoefening van hun functie binnen de Krijgsmacht zitten speelt een negatieve rol in de behandeling.

Binnen de afdeling militaire psychiatrie in het Centraal Militair Hospitaal te Utrecht hebben wij nu vijf jaar ervaring met de behandeling van de laatst genoemde groep (Meyer, 1998). Veelal wordt in groepen gewerkt, waar vele thema's worden doorgewerkt in verschillende vormen van behandeling. De opzet van het behandelplan na een uitge-

breide intake is altijd op de individuele militair of veteraan en zijn partner gericht.

Conclusie

Defensie heeft geleerd van het verleden en heeft een misschien nog in kinderschoenen staand veteranenbeleid waar naast service ook hulpverlening wordt geboden. Wetenschappers in de hele wereld zoeken pas sinds vijftien jaar intensief naar goede mogelijkheden van behandeling van ptss. Behandeling is zinvol maar moeizaam, dus dienen voorwaarden te worden geschapen waardoor preventie ontstaat (Unck, 1997b).

Een belangrijke voorwaarde voor het uitzenden van militairen naar welke oorlogssituatie dan ook in het kader van preventie van ernstige posttraumatische klachten bij militairen en veteranen is, dat men breed maatschappelijk achter de uitzending staat. Erkenning is ook hier van belang. Belangrijke rollen daarin zijn weggelegd voor de politieke leiding, afdeling Voorlichting van het ministerie van Defensie en de media. Daarnaast speelt het Mandaat, dat door de VN is verstrekt een grote rol in het gevoel van controle en macht over de situatie. Goed militair leiderschap op alle niveaus is van eminent belang voor de eenheden en de individuele militair. Deze individuele militair heeft uiteraard een grote verantwoordelijkheid in hoeverre hij een actieve rol speelt in foute acties. Juist deze kunnen grote persoonlijke consequenties hebben voor psychische problemen achteraf. De militaire opleiding en training dient hier nadrukkelijk oog voor te hebben. De preventieve hulpverlening speelt mijns inziens een veel kleinere rol dan het voornoemde, maar kan in ieder geval de drempel lager maken voor erkenning en mogelijkheden voor hulpverlening achteraf.

Wanneer de militair thuis is, zal de directe omgeving mogelijkheden voor verwerking moeten geven, met name erover kunnen en mogen praten. Als er dan problemen optreden kan men ook dienen als signaleerder en de militair of veteraan stimuleren zo nodig hulp te zoeken buiten of binnen Defensie. De Stichting Dienstverlening Veteranen in Utrecht is zonder drempel te bellen en in te schakelen bij een hulpvraag.

Binnen de Krijgsmacht zijn mogelijkheden om militairen en veteranen met lichte en zwaardere stoornissen in relatie met uitzending te behandelen. Maar ook buiten Defensiekringen heeft men nadrukkelijk inte-

resse aangegeven voor behandeling, ik denk dan aan Centrum '45 in Oegstgeest en het Sinai Centrum te Amersfoort. Ook bepaalde RIAGG's zijn gemotiveerd. Met deze instituten is op behandelniveau regulier overleg.

Elke militair moet gemakkelijk de weg kunnen vinden, maar in de toekomst, waarschijnlijk al in 1999 wanneer een Veteraneninstituut in Doorn wordt gevestigd zal er een eenloketsfunctie zijn. De plannen zijn in een vergevorderd stadium. Organisaties als de SDV en BNMO zijn goede richtinggevers.

Er is nu tijd om te begrijpen, maar is nog veel meer tijd nodig om te doorgronden, wetenschappelijk en publiek.

Literatuur

(DSM-IV), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

Bramsen, I., J.E. Dirkzwager en H.M. van der Ploeg, *Deelname aan Vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Een onderzoek onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen*. Amsterdam: EMGO, Vrije Universiteit Amsterdam, 1997.

Danieli, Y., N.S. Rodley en L. Weisaeth (eds.), *International responses to traumatic stress. Humanitarian, human rights, justice, peace, and development contributive actions, and future initiatives*. Amityville, New York: Baywood Publishers, 1996.

Kaplan, H.J. en B.J. Sadock, *Synopsis of Psychiatry. 8th edition*, Washington D.C., 1997.

Meyer, M., F.A.W. Unck en N. Snoek, *Poster: The Multimodular Method of Treatment of Complex Posttraumatic Stress-Disorder in Dutch UN-soldiers*. Utrecht/Dubrovnik, 1998.

Unck, F.A.W., 'Grenzen aan zorg van een Krijgsmacht in beweging?' In: J.N. Schreuder (red.), *Veteranenzorg in Beweging. Centrum '45*, Oegstgeest: Centrum '45, 1997a, 28-38.

Unck, F.A.W., 'Nazorg, ook een militair psychiatrische zorg'. In: *Kernvraag 1997b/4* nr 114.

