



JE KUNT VERDRIET INSLIKKEN, MAAR HET
VERLAAT NOOIT JE LICHAAM



Onderzoeksscriptie naar de Posttraumatische Stressstoornis bij jonge veteranen
Carmen Janssen | Juni 2008
Christelijke Hogeschool Windesheim | MWD

Scriptieonderzoek
naar de invloed van een PTSS
op het dagelijkse leven
van een jonge veteraan

Naam: Carmen Janssen

Studentnummer: 294534

Opleiding: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Begeleider: Wil Ozinga

Beoordelaar: Arda van Beusekom

Datum: Juni 2008

Tekst voorpagina: E. Fraterman, zaterdags bijvoegsel
Foto voorpagina rechts bovenin: <http://leiden.sp.nl>
Foto voorpagina midden: <http://tweedekamer.biog.nl>

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie. Ik heb er het afgelopen schooljaar met heel veel plezier aan gewerkt. Ik ben ook erg trots op het eindresultaat. Het was een jaar van informatie zoeken en verwerken, waarbij ik veel gelezen en vooral veel geleerd heb. Het meest: bijzondere aan mijn scriptie waren voor mij de interviews die ik gehouden heb met de jonge veteranen. De interviews waren zeer intensief, maar uitermate boeiend. Ik vind dat zij een zeer belangrijke bijdrage geleverd hebben aan mijn scriptie. Mannen, bedankt!

Ik wil een aantal mensen bedanken voor hun steun en hulp. Ten eerste dank ik Wil Ozimga, mijn begeleider, voor haar enthousiaste begeleiding. Wil hielp mij om een duidelijk plan te maken en de richtlijnen te volgen. Ten tweede dank ik Melisande Gerrits en Nicolette Janssen voor het nalezen van mijn scriptie. Ik vind het erg prettig dat zij mij geholpen hebben. Willem Veldkamp, maatschappelijk werker bij 'de Basis', dank ik voor alle steun die hij mij heeft gegeven en voor de informatie die hij mij regelmatig gaf over interessante onderwerpen die ik in mijn scriptie heb verwerkt. Thijs Weststrate dank ik voor zijn adviezen over de taalverzorging van mijn scriptie.

Als laatste dank ik vooral mijn man Erik. Erik is mijn steun en toeverlaat geweest tijdens mijn opleiding. Ik vond het vier jaar geleden een pittig besluit om opnieuw te gaan studeren en Erik heeft me hier te allen tijde in gesteund. Hij is diegene geweest die mij de moed gegeven heeft om die dingen te doen die soms onmogelijk leken. Erik, dank je wel!

Carmen Janssen
Juni, 2008

Inhoudsopgave

blz.

Inleiding	6
Hoofdstuk 1 - Militaire uitzendingen: van een trauma naar een PTSS	9
1.1 Wanneer ben je een jonge veteraan	10
1.2 Wat is een trauma?	10
1.3 Aanpassingsproblematiek	12
1.4 Geschiedenis van het begrip PTSS	13
1.5 Vatbaarheid voor een PTSS	14
Hoofdstuk 2 - De primaire symptomen van een PTSS	15
2.1 Het DSM-IV TR classificatiesysteem	16
2.1.1 Herbeleving	17
2.1.2 Vermijding en vervlakking	18
2.1.3 Prikkelbaarheid en hyperactivering	19
2.2 De hersenen en een posttraumatische stressstoornis	20
2.3 Moeilijk herkenbaar	20
2.3.1 Latentie	21
Hoofdstuk 3 - De gevolgen en de secundaire symptomen van een PTSS	22
3.1 Het gedrag tijdens en na de uitzending	23
3.2 Het sociale netwerk van een jonge veteraan	24
3.3 De samenleving	24
3.4 Affectdisregulatie	25
3.2.1 Impulsiviteit en risicozoekend gedrag	25
3.2.2 Agressieregulatie	25
3.2.3 Suïcidaliteit	25
3.5 Coping	26
3.6 Alexithymie	26
3.7 Alcohol en drugs	27
3.8 Slaapproblemen	27
Hoofdstuk 4 - Hulpverlening rondom jonge veteranen in Nederland	28
4.1 Maatschappelijk werk	29
4.1.1 BNMO, de Basis	29
4.1.2 Het Veteraneninstituut	29
4.1.3 Aanmelden voor zorg	30
4.2 Gespecialiseerde zorg	30
4.2.1 Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ)	30
4.2.2 Stichting Centrum '45	30
4.2.3 Het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC)	31
4.2.4 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	31
4.3 Therapieën	31
4.3.1 Cognitieve therapie	31
4.3.2 Psycho-educatie	32
4.3.3 Imaginaire exposure	32
4.3.4 EMDR	33
4.4 Medicijnen	34

Hoofdstuk 5 - Onderzoek	35
5.1 Type onderzoek	36
5.2 Dataverzamelmethode	37
5.3 Interviews: samenvatting	38
5.3.1 Paul	38
5.3.2 René	40
5.3.3 Patrick	42
5.3.4 Sljors	44
 Hoofdstuk 6 - Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	 47
6.1 Samenvatting	48
6.2 Conclusies	52
6.3 Aanbevelingen	54
 Literatuurlijst	 55
 Bijlagen	 58
Bijlage 1 - Lijst van uitzendingen vanaf 1977	59
Bijlage 2 - Het DSMI-IV TR Classificatiesysteem en het PTSS	60
Bijlage 3 - Interviewvragen	61
Bijlage 4 - Uitwerkingen interviewvragen	63

inleiding

Vele Dutchbat III veteranen hebben angst voor het 'Srebrenica-spook', het plotseling opduiken van afschuwelijke herinneringen aan hun uitzending in voormalig Joegoslavië en de gevolgen daarvan. Ze zijn uitgezonden met weinig en slechte bewapening en met onduidelijke opdrachten en achteraf zijn zij door het slijk gehaald vanwege de verdwijning van duizenden moslims. Na terugkomst in Nederland zijn ze moe en ziek zonder nazorg en hebben ze het gevoel door Defensie te zijn genegeerd. Voor veel van deze militairen was het een droom om militair te worden. Ze wilden een bijdrage leveren aan de vrede in de wereld en mensen in gebieden vol spanningen helpen met wederopbouw. Na aankomst in het uitzendgebied voelden ze echter een grote spanning tussen de bevolking, zij werden regelmatig bedreigd en dat gevoel van dreiging verdwijnt niet meer. Militairen die deelnemen aan uitzendingen, werken soms onder zware omstandigheden, met het risico bedreigd te worden, of nog erger: gewond te raken of te overlijden. Op lange termijn kan dit leiden tot psychische of lichamelijke klachten.

Probleemstelling

Eind april 2007 heeft het Ministerie van Defensie naar aanleiding van vele klachten een brief gestuurd aan 34.000 jonge veteranen met daarin mogelijkheden om hulp te krijgen bij psychische of materiële problemen. Het betrof hier alle veteranen die vanaf de missie naar Libanon, aanvang in 1979, zijn uitgezonden. Eén ding is zeker: er zijn heel wat veteranen met problemen. De hoofddirecteur personeelszaken van Defensie, Hans Leijh, geeft aan dat van de 70.000 militairen die sinds Libanon zijn uitgezonden, ongeveer 20% 'iets' heeft en 5% daarvan heeft ernstige problemen. 1% hiervan heeft langdurige zorg nodig voor zijn of haar problematiek. Deze aantallen zijn dus niet gering en hier is dan ook beslist extra aandacht voor nodig. De problemen die ontstaan na een uitzending, zijn vaak ontstaan dooreen traumatische gebeurtenis in de uitzendperiode. Die problemen zijn heel verschillend, het kunnen bijvoorbeeld verslavingen zijn, maar ook relationele of financiële problemen. Heel vaak zijn die genoemde problemen de symptomen van een posttraumatisch stressstoornis (PTSS). In de volgende hoofdstukken ga ik daar nader op in.

Uit een onderzoek van Motivaction, uitgevoerd door 'de Basis', een instelling voor hulpverlening aan veteranen, bleek dat veertig procent van de Nederlandse veteranen niet weten waar ze terecht kunnen voor hulp op psychisch of materieel gebied. Tegelijk bleek uit hetzelfde onderzoek dat één op de vijf veteranen wel behoefte heeft aan hulpverlening. Dit geeft aan, dat er nog onvoldoende kennis is bij de veteranen over de hulpverlening. Bovendien is er in de beroepsgroep van het maatschappelijk werk, zoals bij de verslavingszorg of de jeugdhulpverlening, nog weinig bekend over de PTSS. Ook op school merkte ik dat er weinig bekend is over de PTSS, niet bij docenten en ook niet bij studenten. Dit vind ik zorgelijk. Een PTSS is een ziekte die niet alleen bij veteranen voorkomt, maar ook bij veel vluchtelingen en mensen die ernstige lichamelijke of geestelijke mishandeling hebben meegemaakt. Het is dan ook belangrijk dat de hulpverlening veel meer gaat weten over de PTSS. In mijn scriptie spits ik me vooral toe op een PTSS bij jonge veteranen. Hiervoor heb ik gekozen vanwege mijn jaarstage bij Stichting 'de Basis'. Dit is een instelling die samenwerkt met het Veteraneninstituut, georganiseerd door Defensie, en dat eerstelijns veteranenzorg biedt.

'De Basis' is na de Tweede Wereldoorlog door veteranen opgericht, omdat ze vonden dat er niet genoeg zorg was voor hen als (getraumatiseerde) veteraan. Ik heb bij 'de Basis' veel ervaring opgedaan met veteranen met een PTSS. De groep jonge veteranen die vanuit uitzendinggebieden terugkomt, wordt alsmaar groter en ook worden de missies, zoals in Afghanistan, zwaarder, met als gevolg dat er meer hulpverlening nodig zal zijn in de komende jaren.

In de opleiding tot militair word je getraind om gevoelens naar de achtergrond te schuiven omi zo de juiste beslissingen te kunnen nemen in acute situaties. Door rationeel met de situatie om te gaan leert iemand om snel en adequaat te reageren op een situatie zonder in de war te raken. Maar door niet te praten over wat iemand meemaakt en om er geen gevoelens aan te koppelen, kan een militair of veteraan verstrikt raken in zijn privéleven, aangezien daar wordt verwacht, dat hij praat over zijn ervaringen en zijn gevoelens. Zo kan er een situatie ontstaan, dat de militair na terugkomst in Nederland niet meer weet, hoe hij over zijn gevoelens kan praten.

Vraag- en Doelstelling

Met mijn scriptie wil ik een beeld geven van wat een PTSS bij jonge veteranen inhoudt, wat de ziekte met iemand kan doen en welke behandelingen er toegepast worden. In mijn vraagstelling gaat het om de invloed van een PTSS op jonge veteranen:

'Welke gevolgen van een PTSS beïnvloeden het dagelijkse leven van een Jonge veteraan en welk aspecten zijn belangrijk in de hulpverlening hierbij?'

Door het vergroten van de kennis over een PTSS kan niet alleen de veteraan profijt hebben van een goede diagnose, maar ook zijn sociale omgeving. Op basis hiervan heb ik de volgende deelvragen opgesteld:

- **Wat heeft een uitzending voor gevolgen voor de veteraan?**
- **Wat zijn de voornaamste symptomen bij een PTSS?**
- > **Hoe ervaren veteranen PTSS?**
- **Wat zijn de gevolgen voor henzelf en voor hun omgeving?**
- **Welke hulpverlening hebben ze gehad en hebben ze nu?**
- i» **Wat is belangrijk voor hen in de hulpverlening?**

Mijn doelstelling ligt bij het volgende: ik wil dat de symptomen van een PTSS beter herkend worden door de hulpverlener die in aanraking komt met veteranen met een PTSS. Daarnaast wil ik dat er een snellere diagnose gesteld kan worden voor de veteraan, maar ook voor zijn omgeving. Hierdoor kunnen de veteranen zo spoedig mogelijk geholpen worden en is de kans op herstel mogelijk groter.

Onderzoek

Uitgaande van het theoretische kader van mijn scriptie interview ik vier veteranen met een chronische PTSS. Dit zal ik doen via een 'gedeeltelijk gestructureerd' interview met experts (Baarda, 2001). Met 'experts' bedoel ik hier ervaringsdeskundigen. Voor het interview heb ik vaste open vragen opgesteld, die verder uitgediept kunnen worden door bij de geïnterviewden door te vragen. Met dit interview wil ik een aantal elementen van een PTSS uitdiepen om zo mijn theorie te onderbouwen.

Opbouw van de scriptie

In het eerste hoofdstuk geef ik uitleg over wat een jonge veteraan is en wat aanpassingsproblematiek is. Daarnaast zal ik de geschiedenis van het begrip PTSS bespreken en beschrijf ik wat een trauma is,. In hoofdstuk twee leg ik de primaire symptomen uit van een PTSS. Hoofdstuk drie zal gaan over de secundaire symptomen van een PTSS. In het daarop volgende hoofdstuk beschrijf ik de hulpverlening op het niveau van eerste-, tweede- en derdelijn en de hierbij komende facetten. Hoofdstuk vijf zal uitleg geven over mijn onderzoek en mijn dataverzamelmethode en ook komen de uitkomsten naar voren. In het laatste hoofdstuk geef ik een samenvatting van mijn scriptie, bespreek ik mijn conclusie en geef ik mijn aanbevelingen.

*Hoofdstuk 1 - Militaire uitzendingen: van een trauma
naar een PTSS* *hlz.*

1.1	Wanneer ben je een jonge veteraan?	10
1.2	Wat is een trauma?	10
1.3	Aanpassingsproblematiek	12
1.4	Geschiedenis van het begrip PTSS	13
1.5	Vatbaarheid voor een PTSS	14

Hoofdstuk 1» Militaire uitzendingen: wfi een trauma naar een PTSS

In hoofdstuk 1 leg ik uit wat er bedoeld wordt met jonge veteranen. Daarna licht ik toe wat een trauma inhoudt. Vervolgens beschrijf ik de aanpassingsproblematiek, de geschiedenis van het begrip PTSS en de vatbaarheid voor deze stoornis.

J I J Wanneer ben je een jonge veteraan?

Uit cijfers blijkt dat er ongeveer 135.000 veteranen zijn in Nederland, waaronder ongeveer 45.000 jonge veteranen. Ongeveer vijf procent van de veteranen heeft na zijn uitzending lichamelijk en psychisch letsel opgelopen. De grootste problematiek die voorkomt, is de Posttraumatische Stresstoornis. Het boek 'Herinneringen aan Srebrenica' vermeldt dat sommige voormalige Dutchbatters lijden aan de 'Joego-tik'. De in het boek geïnterviewde oud-Srebrenicagangers geven aan, dat ze lijden aan relatieproblematiek, overmatig gebruik van drank en drugs en het hebben van een zeer kort lontje. Dat is heel in het kort een omschrijving van een PTSS.

Maar eerst is er de vraag: wanneer ben je een veteraan? Veteranen zijn militairen die buiten dienst zijn (of gemilitariseerde burgers) die de Nederlandse nationaliteit hebben en gediend hebben in oorlogsomstandigheden of tijdens vredesmissies binnen of buiten het verband van de Verenigde Naties. Tevens behoren tot de groep van veteranen het Koninklijke Nederlands-Indisch Leger, het vaarplichtig koopvaardijpersoneel uit de Tweede Wereldoorlog en het personeel van de gouvernementmarine (www.veteraneninstituut.nl). In mijn scriptie zal ik me richten op de jonge veteranen. Jonge veteranen zijn de militairen die minimaal drie maanden gediend hebben in vredesmissies vanaf 1977 tot heden. In bijlage 1 staan de uitzendingen vanaf 1977 beknopt weergegeven.

1,2 Wat is een trauma?

Inleiding

Het woord 'trauma' komt uit het Grieks en betekent 'wond'. Het had oorspronkelijk betrekking op een lichamelijke verwonding. Naast 'lichamelijke verwonding' betekent het woord trauma een 'kwetsing van de psyche door een hevige gemoedservaring die een blijvende stoornis teweegbrengt (Van Dale, 2008). Een psychotrauma ontstaat door een belevenis die psychisch als pijnlijk wordt ervaren. Een psychotrauma wordt getypeerd door het tegelijkertijd ervaren van een onvermijdelijke psychotraumatische gebeurtenis, een hevig gevoel van angst en een gevoel van machteloosheid.

Ingrijpende of schokkende gebeurtenis

Een (emotioneel) schokkende gebeurtenis is een voorval dat door het onvoorziene karakter van de situatie iemand zo intens kan laten schrikken dat het iemands emotionele, lichamelijke en cognitieve stabiliteit kan verstoren (Meijer, 2002).

Een ervaring kan traumatisch zijn voor een persoon, als hij te maken heeft met de volgende drie aspecten. Het eerste aspect heeft te maken met machteloosheid. De gebeurtenis kan een veteraan een zo heftig en compleet hulpeloos gevoel geven, dat hij geen controle meer heeft over de situatie. Dit kan tot gevolg hebben dat de veteraan zich ontredderd en zeer boos voelt. Een tweede aspect is acute ontwrichting. De gebeurtenis zorgt voor een onvoorziene en ingrijpende aanpassing in het alledaagse leven. De vanzelfsprekendheid die de veteraan had in zijn leven, is in een klap weggevaagd. De voorstellingen die de veteraan had van de wereld, van zichzelf en zijn omgeving zien er anders uit en zijn niet meer hanteerbaar in de nieuwe situatie. Het derde aspect is dat de ervaring verschrikkelijk is voor de veteraan die de ingrijpende situatie heeft meegemaakt. Hierin wordt hij geconfronteerd met de dood of met een grote aantasting van de fysieke integriteit van zichzelf of van een ander slachtoffer (Ellis, 1999; De Soir, 2006).

Twee typen trauma's

Herman (2005) verdeelt het concept 'trauma' in twee delen, het type I-trauma en het type II-trauma. Het type I-trauma typeert zich doordat de schokkende gebeurtenis onlangs is voorgevallen. Het is een eenmalige traumatische gebeurtenis die relatief kort heeft geduurd. Voorbeelden hiervan kunnen zijn verkrachtingen en geweldsmisdrijven. Het type II-trauma is ingrijpender. Hierbij gaat het om aanhoudende en herhaaldelijke traumatische gebeurtenissen met een invloedrijk karakter. Voorbeelden zijn gijzeling, incest en militaire uitzendingen.

Reacties bij een trauma

De reacties die na traumatische ervaringen voorkomen zijn respectievelijk immobiliteit, vluchten (*offlight*), vechten (*offight*), totale overgave, herstel en verbetering. Immobiliteit is het verstijven in een situatie, ook wel *freezing* genoemd. Dit zorgt ervoor dat de veteraan ineenskrimpt en niet verder kan, omdat hij geen uitweg ziet. Bij *flight* vlucht de veteraan uit de situatie, als er een mogelijkheid is. Bij *fight* probeert de veteraan tegen het gevaar op te boksen, als dit verstandig lijkt. Op het moment dat de veteraan geteisterd wordt door overdonderende machteloosheid en niets kan doen, verkeert hij in totale overgave. Dit wordt ook wel *Total Submission* genoemd. In het laatste stadium waarin de veteraan het overleefd heeft, komen de gevoelens van pijn, angst en het besef van de situatie naar voren en dat kan leiden tot herstel en verbetering (De Soir, 2006).

Omgevingsfactoren

Het verwerkingsproces hangt voor een groot deel af van de manier waarop de omgeving met het slachtoffer omgaat (Herman, 2005). Gevoelens zoals angst, argwaan en eenzaamheid kunnen verslechteren als de omgeving met onbegrip of desinteresse reageert. Zo kan er een situatie ontstaan waardoor slachtoffers zich voor een tweede keer slachtoffer voelen. Men noemt dit verschijnsel 'secundaire victimisatie'. De persoon wordt voor de tweede keer slachtoffer, niet doordat hij het trauma opnieuw beleeft, maar door het gebrek aan betrokkenheid van de omgeving of van de autoriteiten (Ellis, 1999). In omstandigheden waarin mensen te maken krijgen met doodsangsten zoeken ze vaak naar steun en bescherming. Ze vragen bijvoorbeeld hulp van hun moeder of van God. Als er op deze vraag geen antwoord komt, wordt hun fundamentele zekerheid gebroken. Ze voelen zich verraden en verlaten door het menselijke en het goddelijke systeem (Herman, 2005). Het gevolg is dat elke betrekking met familie, vrienden, God, of andere sociale banden, tot een innerlijk vertrouwensconflict leidt. De traumatische gebeurtenis zorgt voor een verwoestend gevoel in het geloof in zichzelf en in anderen.

13 *Aanpassingsproblematiek*

Inleiding

Na hun terugkeer van een uitzending kunnen militairen moeite hebben om zich aan te passen aan het gewone leven in Nederland. In de uitzendgebieden hebben ze vaak lange tijd onder stress gewerkt en na terugkomst kan het zo zijn dat ze niet met alledaagse zaken uit de voeten kunnen. Tijdens mijn stage vorig jaar heb ik regelmatig gehoord, dat veteranen direct na terugkomst in Nederland moeite hadden om boodschappen te doen, omdat ze dan geen overzicht hebben van wie waar loopt en dus niet weten wie of wat ze kunnen vertrouwen. Dat blijkt, uit veel gehoorde verhalen, gebaseerd te zijn op ervaringen tijdens de uitzendingen, waarbij ze nooit zeker wisten wie er onder de inheemse bevolking wel of niet te vertrouwen was. Na terugkomst in Nederland was het gevoel van vertrouwen nog niet terug, wat het innerlijke stressgevoel verhoogde en waardoor het gevoel van veiligheid afnam.

Na terugkomst

Veteranen hebben na terugkomst het gevoel dat niemand in hun directe omgeving begrijpt, wat ze hebben meegemaakt. Een veel gehoorde opmerking is, dat ze thuis niet praten over de uitzending, omdat ze geen behoefte hebben om alles uit te leggen. Ze willen de uitzending achter zich laten en doorgaan in het hier en nu. Door niet te praten met de partner en met de directe omgeving kunnen er echter relationele problemen ontstaan. Overigens kunnen er na terugkomst ook andere aanpassingsmoeilijkheden ontstaan. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat veteranen die tijdens hun uitzending bijna geen spullen bezaten, bij terugkeer de behoefte krijgen om heel veel materiële zaken te kopen.

Moeilijk meetbaar

Het is moeilijk vast te stellen of een teruggekeerde veteraan last heeft van aanpassingsproblemen, of dat zijn gedrag een begin toont van een PTSS. Er is nog geen onderzoek geweest naar aanpassingsproblematiek, omdat het moeilijk te meten is. Ieder mens is anders: de een kan binnen een dag weer gewend zijn aan het dagelijkse leven, terwijl de ander hier maanden over doet. Bovendien is aanpassingsproblematiek niet alleen gerelateerd aan een PTSS. Aanpassing komt overal voor, bijvoorbeeld als iemand na een lange vakantie, terug is op zijn werk, heeft hij tijd nodig om weer op gang te komen op zijn werk.

IA Geschiedenis van het begrip PTSS

Inleiding

De geschiedenis van het begrip 'posttraumatisch stresssyndroom' is aan de ene kant verbonden met de vele oorlogen in de tweede helft van de negentiende eeuw en de eerste helft van de twintigste eeuw en aan de andere kant met de opkomst van de psychologie en de psychiatrie als wetenschap. De vele oorlogen brachten niet alleen doden en gewonden met zich mee, maar voor velen ook hevige angsten (Da Costa, 2005). De beschrijving die Da Costa hiervan geeft, wordt gezien als een van de eerste bronnen over trauma's.

Eerste Wereldoorlog

De psychiatrische symptomen werden pas echt goed opgemerkt tijdens de Eerste Wereldoorlog. Ongeveer zeven tot tien procent van de Engelse soldaten werd van het loopgravenfront weggehaald vanwege zenuwaandoeningen (Shephard, 2000). Volgens de neuroloog Mott (2005), die zich bezighield met trauma's, waren de emotionele elementen en de verbeelding van belang bij het ontstaan van trauma's bij deze soldaten. Mott noemde deze trauma's een *shell shock* (Van der Ploeg e.a., 2002). Die term is één van de eerste benamingen van een PTSS. De discussie rond *shell shock* werd vooral gedomineerd door de vraag naar het moraal van de patiënten. Hadden soldaten wel het recht om patiënt te zijn? Waren dit geen lafaards, die al een aanleg hadden om zwak te zijn? Bepaalde militaire gezagsdragers vonden dat soldaten met een psychisch trauma voor de krijgsraad moesten verschijnen of een oneervol ontslag behoorden te krijgen.

Vietnam veteranen

Tijdens de Tweede Wereldoorlog werd langzaam aan erkend dat militairen psychische problemen konden oplopen als gevolg van gevechtshandelingen. Twee Amerikaanse psychiaters, Appel en Beebe, merkten een jaar na de oorlog dat ook de meest veerkrachtigste militair na 200 a 240 dagen op het slagveld een inzinking kreeg (Herman, 2005). Zo'n 20 jaar later, tijdens en na de Vietnamoorlog, werd het onderwerp in grotere omvang bestudeerd, niet door professionals, maar door soldaten en veteranen die zich tegen de oorlog hadden gekeerd (Herman, 2005). De veteranen hadden 'rap-groepen' in het leven geroepen, waarbij lotgenoten bij elkaar kwamen om samen te praten over wat hen bezighield. In deze lotgenotencontactgroepen vertelden ze hun verhalen en werden veel trauma's benoemd. Daarnaast gaven ze veel lezingen en persconferenties, omdat ze simpelweg wilden dat het Amerikaanse volk zich de veteranen bleef herinneren en hun waardering zou geven (Herman, 2005).

Het DSM-IV TR Classificatiesysteem en de Posttraumatische Stressstoornis

Naast de officiële onderzoeken door de Vietnam-veteranen stelde ook de Veterans Administration een uitgebreid psychisch onderzoek in om de gevolgen van de oorlogservaringen te bestuderen. In dit onderzoek analyseerde men de klachten van de veteranen en kwam men tot een weergave van de posttraumatische stressstoornis. In die weergave werd een directe relatie gelegd tussen de stoornis en het oorlogsgeweld dat de veteranen hadden doorstaan (Herman, 2005). In 1980 werd de term 'posttraumatische stressstoornis' officieel. De American Psychiatric Association nam in dat jaar de stoornis op in zijn officiële handboek.

IS Vatbaarheid vooreen PTSS

Inleiding

Niet iedere persoon die een traumatiserende gebeurtenis meemaakt, zoals een verkrachting of een vliegtuigongeluk, houdt hier een trauma aan over. Dat roept de vraag op of er bepaalde factoren zijn die iemand gevoeliger maken om getraumatiseerd te raken. Die vraag is niet eenduidig te beantwoorden. De risicofactoren die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van een PTSS zijn vrij divers: leeftijd, omgevingsfactoren, persoonlijke kwetsbaarheid en levenservaringen kunnen er op wisselende manieren een rol in spelen. De persoonlijke 'bagage' kan cruciaal zijn voor de manier waarop iemand omgaat met een traumatische gebeurtenis.

De PTSS: verschillen in sekse en leeftijd

De risico's voor een PTSS verschillen duidelijk naar sekse. Het Trimbos Zakboek voor Psychische Stoornissen (Schoemaker, 2005) geeft aan dat vrouwen een tweemaal grotere kans hebben op een PTSS dan mannen. In slechts een aantal onderzoeken is dit grotere risico niet naar voren gekomen. Ook leeftijd speelt een belangrijke rol. Jongere mensen en kinderen blijken sneller vatbaar te zijn voor de ontwikkeling van een PTSS (Schoemaker, 2005). Dit heeft te maken met de ontwikkeling van de persoonlijkheid in de jonge jaren. Door een trauma kan hier een verstoring ontstaan, waardoor er sneller psychische schade opgelopen kan worden. Dit geldt overigens niet zonder meer, want uit een recent onderzoek van Engelhard (2008) blijkt dat jonge militairen op zich niet vatbaarder zijn voor de ontwikkeling van een PTSS dan hun oudere collega's. Jonge veteranen zijn iets vatbaarder voor een PTSS, maar dit heeft meer te maken met hun lagere rang die er toe leidde dat ze meer op het gevechtsveld werkten dan de oudere veteranen (Engelhard, 2008).

Erfelijke factoren

Volgens Schoemaker (2005) kunnen ook erfelijke factoren van invloed zijn op de ontwikkeling van een PTSS. Als er in de familie van de getraumatiseerde een psychische stoornis of verslavingsproblematiek voorkomt, is de kans groter dat zich een PTSS ontwikkelt. Als een persoon zelf al een andere psychische stoornis heeft, zal ook dit de kans op een PTSS bevorderen. Uit onderzoek blijkt dat veel mensen met een PTSS in het verleden andere psychische stoornissen hebben gehad. Het onderzoek, dat verricht is in Amerika, liet zien dat 79% van de mannen en 88% van de vrouwen die een PTSS hebben of gehad hebben, in het verleden een andere psychische stoornis hadden (Schoemaker, 2005).

Risicogroepen

Een risicovol beroep zoals brandweerman, politieagent of militair geeft een grotere kans op de ontwikkeling van een PTSS. In deze beroepen komt men immers veel in aanraking met ernstige en hevige gebeurtenissen. Daarnaast zijn ook vluchtelingen een grote risicogroep voor een PTSS. Velen zijn gevlucht uit traumatiserende omstandigheden en komen in een onzekere situatie terecht waarin ze geen sociaal netwerk hebben om hun ervaringen te delen en te verwerken. Bij het ontbreken van zo'n netwerk is er een grotere kans dat iemand een PTSS ontwikkelt. Daarnaast is een laag opleidingsniveau één van de risicofactoren bij een ontwikkeling van een PTSS (Schoemaker, 2005).

*Hoofdstuk 2- De primaire symptomen **van** een PTSS* *hiz**

2.1	Het DSM IV TR Classificatiesysteem	16
	2.1.1 Herbeleving	17
	2.1.2 Vermijding en vervlakking	18
	2.1.3 Prikkelbaarheid en hyperactivering	19
2.2	De hersenen en een posttraumatische stressstoornis	20
2.3	Moeilijk herkenbaar	20
	2.3.1 Latentie	21

Hoofdstuk 2 - De primaire symptomen van een PTSS

In dit hoofdstuk zal ik de primaire symptomen, 'herinneren en herbeleven', 'ontkennen en vermijden' en 'waakzaam en prikkelbaar' toelichten. Daarna zal ik de verandering in de hersenen beschrijven en de moeilijkheden rond de herkenbaarheid van een PTSS.

2.1 Het DSM-IV TR Classificatiesysteem

Inleiding

Een Posttraumatisch Stresssyndroom kan het gevolg zijn van trauma's die ontstaan zijn door heel uiteenlopende oorzaken, van seksueel misbruik tot ernstige verkeersongelukken, van natuurrampen tot ervaringen bij militaire uitzendingen. Het is duidelijk, dat heel veel mensen zulke situaties hebben meegemaakt. Voor Nederland zijn daarover geen cijfers bekend, maar uit Australisch onderzoek blijkt dat het daar om maar liefst 57% van de bevolking gaat. Het is ook duidelijk dat lang niet iedereen die deze ervaringen heeft doorgemaakt, ook echt een PTSS ontwikkelt. Hoeveel mensen in Nederland door zulke oorzaken lijden aan een PTSS is onbekend (Taams en Kwee, z.j.). Om een goed beeld van de problematiek te krijgen, moeten we eerst weten wat een PTSS precies inhoudt.

Verwerkingsstoornis

Er kan gesproken worden van een PTSS als er een verwerkingsstoring heeft plaatsgevonden na het ondergaan van een traumatische gebeurtenis (Meijer, 2002). Het is echter niet zo, dat elke verwerkingsstoornis een PTSS wordt. Om dat verschil aan te kunnen geven, moeten we de karakteristieken van een PTSS kennen. Als er gekeken wordt naar de karakteristieken van een PTSS, kan er een tweedeling gemaakt worden in primaire en secundaire symptomen (Meijer, 2002). De primaire symptomen zijn de uitgangspunten voor de diagnostische criteria volgens de DSM-IV TR classificatiesysteem en zullen in dit hoofdstuk worden beschreven. De secundaire symptomen zijn samengaannde kenmerken die aansluiten bij de primaire symptomen (Meijer, 2002). Deze secundaire symptomen worden besproken in hoofdstuk 3.

Clusters van een PTSS

In het diagnostische en statistische handboek van de American Psychiatric Association, de DSM-IV TR (2007), staat Posttraumatische Stressstoornis genoemd onder de angststoornissen. Een PTSS is volgens het handboek een gezamenlijke naam voor symptomen die een persoon opdoet als gevolg van het meemaken van een traumatische of stressvolle gebeurtenis. Als bij de diagnose de symptomen overeenstemmen met de criteria van het DSM-IV TR classificatiesysteem, kunnen de primaire symptomen worden ondergebracht in een drietal clusters, namelijk 'herinneren en herbeleven', 'ontkennen en vermijden' en 'waakzaam en prikkelbaar' (Meijer, 2002). De uiteindelijke diagnose van een PTSS stelt men via het 1-3-2 model, dat wil zeggen dat er minimaal één symptoom uit het cluster 'herinneren en herbeleven' aanwezig is, drie symptomen uit het cluster 'ontkennen en vermijden' en twee symptomen uit het cluster 'waakzaam en prikkelbaar' (Instituut voor Psychotrauma, 1995). Het schema uit het DSM-IV TR classificatiesysteem van de diagnose PTSS staat in bijlage 2.

2.1.1 Herbeleving

Onder 'herbeleving' verstaan we het volgende: ook als het oorspronkelijke gevaar een lange tijd voorbij is, ervaren getraumatiseerde personen het trauma telkens weer van vooraf aan, alsof het trauma zich opnieuw voordoet. Het is dan lastig om de dagelijkse dingen weer op te pakken, omdat het trauma zich constant opdringt in iemands gedachten en leven. De tijd lijkt dan stil te staan vanaf het moment dat het trauma plaats heeft gevonden. Het traumatische moment komt hierbij ook vaak in uitzonderlijke herinneringsvormen terug. Tijdens het slapen bijvoorbeeld komen ze terug in nachtmerries, overdag in herbelevingen. Kleine details kunnen een oorzaak zijn van het tweegbrengen van herinneringen, die soms zo levendig zijn dat ze een gevoel van gevaar kunnen geven. Hierdoor kan een veilige omgeving toch onveilig gaan aanvoelen (Herman, 2005). Horowitz (2002) veronderstelt dat de nieuwe informatie geïntegreerd wil worden in de oude cognitieve modellen. Dit leidt tot het ontstaan van herbelevingen. Dit vanzelfsprekende proces zal blijven voortduren tot de nieuwe informatie verwerkt is in het cognitieve systeem. Het proces van verwerking van nieuwe informatie in de reeds ontwikkelde cognitieve systemen lijkt zich bij een PTSS niet te voltooien (Meijer, 2002).

Nachtmerries

De herinneringen aan trauma's blijven zich opdringen als het trauma niet verwerkt is. Woede over de aanleiding van het trauma, verdriet over het verlies, pijn om de eigen kwetsbaarheid en bang zijn voor het controleverlies over de eigen geweldsuitbarstingen, zijn onderwerpen die blijven terugkomen. In nachtmerries komen deze onderwerpen ook met regelmaat terug. Zo worden de traumatische gebeurtenissen geheel of gedeeltelijk opnieuw beleefd en dat kan leiden tot meer angst voor het trauma (Meijer, 2002). Traumatische dromen, ofwel nachtmerries, bevatten vaak fragmenten van het trauma in een vorm die identiek is aan de traumatische gebeurtenis. Ook zijn er regelmatig terugkerende dromen waarin angstwekkende stukken voorkomen die zo reëel lijken, dat ze het gevoel geven zich op dat moment voor te doen. Opvallend genoeg kunnen deze traumatische nachtmerries voorkomen in slaapfasen waarin iemand normaal gezien niet droomt. Dit laat zien, dat traumatische gebeurtenissen kunnen leiden tot veranderingen in het neurofysiologische systeem in slapende of in wakende toestand (Herman, 2005).

Verandering in gedrag

Getraumatiseerde personen ervaren de traumatische gebeurtenis niet alleen in hun gedachten en dromen opnieuw, maar ook in hun gedrag. Zo merken ze vaak dat zij de aandrang hebben om het angstmoment nogmaals op te roepen, letterlijk of in een gecamoufleerde versie. Op die manier kan dan door iemands verbeeldingskracht de afloop van het trauma anders verlopen. Dit herscheppen van traumatische ervaringen noemt Freud 'herhalingsdrang' (Herman, 2005). Freud heeft onderzoek gedaan naar de vraag waarom mensen dit willen herhalen. In het begin dacht hij dat dit een poging was om macht te krijgen over de traumatische gebeurtenis. Later vond hij deze interpretatie niet toereikend genoeg. Hij begreep niet, waarom deze herhalingsdrang zo sterk was en bracht de term 'doodsdrift' naar voren. De meeste theoretici vonden dit echter een te zware term en volgden zijn eerste interpretatie. Men denkt, dat het telkens opnieuw herbeleven van een traumatische ervaringen een ongeremde en mislukte inspanning is tot herstel (Herman, 2005).

2.1.2 Vermijding en vervlakking.

Vermijding kan ontstaan als de doorleving, doorwerking en verwerking van de traumatische gebeurtenissen bij de getraumatiseerde stil komt te staan. De getraumatiseerde gaat zoveel mogelijk proberen om de omstandigheden en de prikkels te vermijden, die herinneren aan het trauma of er overeenkomsten mee hebben (Meijer, 2002). Er kan vermijding ontstaan op diverse vlakken, zoals verminderde binding in het leven en hoop op een goede toekomst, of gevoelloosheid voor wat er om iemand heen gebeurt. Daarnaast kunnen er andere symptomen zijn, zoals niet in staat zijn om zich details van het trauma te herinneren, je zelfvertrouwen kwijtraken of het vertrouwen in je omgeving, vervreemden van je omgeving, moeite hebben met persoonlijke banden en het verliezen van intimiteit en affectiviteit (Meijer, 2002). Ook zijn er aanhoudende symptomen van gegroeide stress en agitatie, zoals buitensporige waakzaamheid, schrikreacties, moeilijkheden met concentratie en met slapen, boosheid en prikkelbaarheid. Deze symptomen zorgen voor ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren (Taams & Kwee, z.j.).

Wisseling van reacties

Vervlakking en dwangmatige herbelevingen wisselen elkaar na een traumatische ervaring steeds af. Deze wisseling tussen beide contrasterende psychische reacties is een van de meest opmerkelijke en karakteristieke symptomen van een PTSS. Deze psychische reacties zorgen ieder voor zich niet voor een verwerking van de traumatische gebeurtenis in de cognitieve systemen. Hierdoor kan de wisseling opgevat worden als een inspanning om een adequaat evenwicht te krijgen in het cognitieve vermogen van de getraumatiseerde (Herman, 2005). Het probleem is echter, dat getraumatiseerden nu juist dat evenwicht missen. Doordat ze vast zitten in de tegenpolen, krijgen ze te maken met tegenovergestelde gevoelens, zoals enerzijds overweldigd worden door gevoelens en anderzijds totaal apathisch zijn, tussen onberekenbaar handelen en incompetent zijn (Herman, 2005). Langdurige doorwerking van een PTSS veroorzaakt een verandering in de identiteit van de getraumatiseerde. Dit kan leiden tot een vervlakking van de persoonlijkheid. De woorden van iemand die de Holocaust overleefde: "We hebben geleerd, dat de mens die we zijn breekbaar is en in veel groter gevaar verkeert dan ons leven" (Herman, 2005). Of wel: het sterven van de geest is erger dan het sterven van het lichaam (Ellis, 1999).

Wac/lite/oos/ie/d

Bij vervlakking treedt een gesteldheid van totale machteloosheid op, die leidt tot het opgeven van verzet. Hierdoor ziet de persoon geen uitweg meer om zichzelf te verdedigen en raakt verdoofd. Deze situatie kan naast angst en woede ook rust en afstandelijkheid oproepen. De veranderingen in de waarneming worden gecombineerd met emotionele terughoudendheid en passiviteit, waardoor de getraumatiseerde weinig onderneemt en zijn gevecht opgeeft. Men raakt in een soort trance, waarin men afstand neemt van zijn eigen ik (Herman, 2005). Als deze dissociatie zich niet automatisch voordoet, proberen getraumatiseerden vaak hetzelfde gevoel te creëren door alcohol en/of drugs te gebruiken en zo afstand te nemen. Bij de symptomen van vervlakking past daarnaast ook, dat men moeite doet om zich te beschermen tegen overdonderende emoties. Tegelijk zorgen deze symptomen er echter ook voor, dat de getraumatiseerde een achteruitgang in de kwaliteit van het leven krijgt. Hierdoor biedt hij zichzelf geen mogelijkheid voor een geslaagd coping-gedrag om het gevolg van het trauma te kunnen verminderen (Herman, 2005).

2.1.3 Prikkelbaarheid en hyperactivering

Hyperactivering zorgt ervoor dat na een traumatische gebeurtenis iemands inwendige alarmstatus in een permanente verhoogde staat is afgesteld. Men is daardoor in blijvende hoedanigheid van alertheid, bang dat het gevaar weer terugkeert. Hyperactivering is een essentieel symptoom van een PTSS. In deze toestand schrikt de getraumatiseerde snel, hij wordt snel geprikkeld door kleine provocaties en hij slaapt nauwelijks. Kardiner (geciteerd door Herman, 2005) nam aan, dat 'de kern van de (traumatische) neurose een orgaanneurose is'. In zijn onderzoek onder frontsoldaten uit de Eerste Wereldoorlog waren er soldaten met symptomen zoals schrikreacties, nachtmerries, psychosomatische klachten en het continu bedacht zijn op nieuw gevaar. Volgens Kardiner had dit te maken met het gevolg van een 'chronische activering van het autonome zenuwstelsel' (Herman, 2005). Daarnaast zorgde onvoorspelbaar agressief gedrag voor een verstoring van vlucht- of vechtreacties op het overdonderende gevaar. Ook wanneer de getraumatiseerde uit de gebeurtenis weg is, blijven de fysiologische prikkels bestaan, waardoor het gevoel van onveiligheid niet verdwijnt (Herman, 2005).

Irritatie en woede

Symptomen die bij prikkelbaarheid horen zijn: snel geïrriteerd en agressief zijn, snel de aanval zoeken en vijandig zijn. Ook is er vaak grote afkeer tegen autoriteiten. De veteraan voelt zich snel verraden, niet gesteund en gedupeerd door de regering, Defensie en andere overheidsinstellingen. Hierdoor kan de woede nog sterker worden (Meijer, 2002). Daarnaast hebben getraumatiseerde veteranen vaak geheugen- en concentratieproblemen. Het kan voor hun daardoor moeilijk zijn om zich ergens op te concentreren en dat dan te voltooien. Horowitz (2005) geeft aan dat 75% van zijn onderzochte patiënten die leden aan een PTSS moeilijkheden had met concentratie, besluiteloos was, en er problemen mee had om zich dingen te herinneren. Het symptoom 'woede' is bij getraumatiseerden met een PTSS moeilijk te beheersen. Deze woede wordt afgewisseld met gevoelens van een hekel hebben aan de getoonde agressie. Deze tweestrijd tussen het niet willen dat iemand iets overkomt en de prikkelbaarheid die hij in zichzelf draagt, zorgt voor zeer wisselvallig gedrag en dat is vervolgens één van de oorzaken van de psychische radeloosheid en verwarring (Herman, 2005).

Slaapstoornissen bij een PTSS

Slaapstoornissen zoals insomnie of ongecontroleerde spierbewegingen tijdens de slaap horen bij het hyperactief en prikkelbaar zijn. De slaapstoornissen zorgen voor moeilijkheden met inslapen en onrustig slapen (Lavie e.a., 2002). Herman (2005) schrijft dat chronische getraumatiseerde personen geen basale lichamelijke rust hebben, doordat herbelevingen alle hyperactiveringsverschijnselen van een PTSS versterken. Dit heeft allerlei somatische klachten tot gevolg, zoals spanningshoofdpijn, maag-darmklachten, hartkloppingen, rugpijn of buikpijn of het gevoel geen lucht te krijgen. Door deze klachten gaat de getraumatiseerde zijn eigen lichaam als een vijand zien en zo verdwijnt het verband tussen de lichamelijke klachten en het trauma (Ellis, 1999). Dit heeft als gevolg dat de lichamelijke klachten en de traumatische ervaring niet meer gekoppeld worden aan elkaar. Hierdoor kan het zeer moeilijk worden om een juiste diagnose te stellen.

*2,2 De hersenen en een **posttraumatische** stressstoornis*

In de afgelopen jaren is er veel onderzoek geweest naar de samenhang tussen een PTSS en de opbouw en werking van de hersenen. Uitgangspunt daarbij is, dat er in iemands psychobiologisch evenwicht soms zwaarwegende interrupties veroorzaakt worden. Zo'n interruptie kan bijvoorbeeld leiden tot een gevoel van blijvende angst voor gevaar en dat kan onbehaaglijk zijn en de dagelijkse activiteiten in de weg staan. Overmatige alertheid, chronische stress en diverse fysieke klachten kunnen daarvan het resultaat zijn (Trimbos, 2005). De gevolgen van de hevig verstoorde stabiliteit van het psychobiologische evenwicht zijn aanzienlijk, ook voor de hersenen zelf. De hippocampus bijvoorbeeld kan tussen de acht en twaalf procent kleiner worden, waardoor het korte termijn geheugen wordt aangetast (Taams en Kwee, z.j.). In zijn promotie-onderzoek naar hersenen van veteranen (Universiteit Utrecht) ontdekte neuropsycholoog Elbert Geuze dat de hersenen van veteranen met een PTSS er anders uitzien dan die van veteranen zonder een PTSS. Gevolg van die verschillen is onder andere dat de veteranen met een PTSS een slechter geheugen hebben en minder pijn voelen. Daarnaast gaan ze anders om met pijnprikkels. Dit onderzoek toonde aan dat de veteranen met een PTSS een dunnere hersenschors hebben en dat de schors vooral dun is bij het gedeelte, waar de herinneringen worden opgeslagen en waar de oriëntatie en navigatie wordt geregeld. Ook bij dit onderzoek bleek dat bij veteranen met een PTSS de hippocampus kleiner is, juist het deel van de hersenen waar de impulsregulatie en het werkgeheugen wordt geregeld (Meijer, 2002). Dit zorgt onder andere voor een slechter geheugen, voor een verstoorde pijnregulatie en voor een verhoogde schrikreactie.

23 Moeilijk herkenbaar

In de literatuur over PTSS komt geregeld naar voren dat een PTSS soms heel moeilijk herkenbaar kan zijn. Daar zijn verschillende oorzaken voor. Eén van de meest genoemde oorzaken is het feit, dat de herinnering aan het trauma vaak ver weg is gestopt (Ellis, 1999). Bij getraumatiseerde personen die als kind zijn blootgesteld aan trauma's, bijvoorbeeld door ernstige mishandeling of seksueel misbruik, zijn de ervaringen nog vaker diep weggestopt. Daardoor is bij die groep het stellen van een goede diagnose vaak nog gecompliceerder. Daarnaast kunnen oorzaken zoals vroege persoonlijke verwaarlozing en mishandeling er voor zorgen dat mensen in een later stadium van hun leven angstig en kwetsbaar zijn. Het probleem wordt dan, dat de trauma's zo ver naar de achtergrond geplaatst worden, dat het heel moeilijk wordt om de symptomen in samenhang te brengen met het vroegere trauma. Als getraumatiseerden daarnaast ook nog een grote afweer hebben, kan ook het herkennen van de symptomen moeilijk zijn (Ellis, 1999). Een tweede oorzaak van de moeilijke herkenbaarheid van een PTSS komt naar voren uit een onderzoek van Van der Kolk e.a. (2006). In dit onderzoek constateert men dat alleen de diagnose van een PTSS niet altijd voldoende is om alle symptomen van mensen met een PTSS te beschrijven. Vaak ontwikkelen zich naast de een PTSS een reeks van andere problemen, zoals somatische klachten, of dissociatie en andere psychische stoornissen. Volgens dit onderzoek komt een 'pure' PTSS maar zelden voor bij getraumatiseerden en zijn er bijna altijd ook andere zaken aan de hand.

2.3.1 Latentie

Een opvallend verschijnsel bij een PTSS is tenslotte, dat het jaren kan duren, voordat de symptomen merkbaar worden, dit verschijnsel wordt ook wel 'latentie' genoemd. De klachten komen vaak naar voren als de jarenlange *coping* die men gebruikt, niet meer werkt. Een vorm van *coping* kan bijvoorbeeld zijn, dat iemand zich met veel overgave stort op zijn werk. Als dat werk hem teveel wordt, of wanneer hij werkloos wordt, is zijn *coping* weg en dan komen vaak de PTSS-symptomen naar voren. Over 'latentie' bestaan verschillende denkbeelden. Zo beschouwt Krystal (2005) het als een 'symptoomvrij interval' en hij schrijft dit toe aan het ontkennen van de symptomen door de getraumatiseerde. Op die manier kan er een zo lang mogelijke periode gewerkt worden aan een normale situatie, omdat de emotionele reacties te overweldigend zouden zijn.

Janiet (2005) ziet vooral enkele uiteenlopende redenen voor de duur van de latentieperiode. Een eerste reden is, dat de latentieperiode net zolang duurt, als de periode die de getraumatiseerde nodig heeft om de realiteit aan te kunnen. Een tweede reden voor de latentie kan zijn dat de getraumatiseerde die periode nodig heeft om zich zo ver uit te putten dat hij de strijd op moet geven, of totdat overige ingrijpende gebeurtenissen de persoon uitputten. Bij een chronische traumatische stressstoornis kan er een geleidelijke progressieve vorm van een PTSS ontstaan, die de persoonlijkheid van de getraumatiseerde uitholt. Dat leidt tot een duidelijk verschil tussen deze groep getraumatiseerden en de mensen met een acuut trauma: "terwijl de slachtoffers van een acuut trauma na afloop het gevoel kunnen hebben, dat ze 'zichzelf niet zijn', hebben de slachtoffers van een chronisch trauma dikwijls het gevoel dat ze onherroepelijk zijn veranderd, of ze raken hun zelfgevoel geheel kwijt." (Herman, 2005, p. 116).

*Hoofdstuk 3 - De gevolgen en **de** secundaire symptomen
van een PTSS*

blz.

3.1	Het gedrag tijdens en na de uitzending	23
3.2	Het sociale netwerk van een jonge veteraan	24
3.3	De samenleving	24
3.4	Affectdisregulatie	25
	3.4.1 Impulsiviteit en risicozoekend gedrag	25
	3.4.2 Aggressieregulatie	25
	3.4.3 Suïcidaliteit	25
3.5	Coping	26
3.6	Alexithymie	26
3.7	Alcohol en drugs	27
3.8	Slaapproblemen	27

Hoofdstuk 3 - De gevolgen en de secundaire symptomen

TSS

Inleiding

De posttraumatische stressstoornis heeft naast de primaire symptomen genoemd in hoofdstuk 2 ook een aantal secundaire symptomen die toelichting nodig hebben. Het uitgangspunt voor de bespreking van die symptomen is een beschrijving van het gedrag van de veteraan tijdens en na zijn terugkomst van zijn missie. In samenhang hiermee volgt er een beschrijving van de invloed die de sociale omgeving en de maatschappij hebben op de herstelperiode van een veteraan. Hierna beschrijf ik twee belangrijke secundaire symptomen, namelijk de affectdisregulatie en alexithymie. Het hoofdstuk sluit ik af met een toelichting over de invloed van alcohol en drugs op een PTSS en over de slaapproblemen die bij een PTSS voorkomen.

3.1« Hef gedrag tijdens en na de uitzending

In een lezing van het Veteraneninstituut op 31 mei 2007, gaf Majoor Drs. J. M. Ambaum aan de hand van een uitgewerkt schema (schema 1.1) een beeld van de gedragingen van militairen en veteranen met een PTSS tijdens en na hun uitzending. Ambaum stelde in die lezing dat het gedrag van de veteraan tijdens de uitzending gerelateerd is aan het gedrag na de uitzending. Er zijn daarbij twee mogelijkheden: het bestaande gedrag werd versterkt na terugkomst of het sloeg door naar tegenovergesteld gedrag. Een voorbeeld van dat eerste is te zien in de uitoefening van verantwoordelijkheid. Tijdens de uitzending ligt er veel verantwoordelijkheid op de schouders van een militair. Na terugkomst kan die verantwoordelijkheid omslaan naar totale beheerszucht over het dagelijkse leven van bijvoorbeeld het gezin, in feite een poging van de veteraan tot een *coping* om met zijn gevoelens om te gaan. Een ander voorbeeld is te vinden bij zaken als saamhorigheid. In het uitzendgebied heerst er dikwijls een grote saamhorigheid en kameraadschap onder het peloton. Die saamhorigheid geeft in het uitzendgebied een veilig gevoel, waardoor de militair optimaal zijn werk kan doen. Na terugkomst in Nederland is de situatie compleet anders: de saamhorigheid van het peloton is weg en in de persoonlijke omgeving van de veteraan, in zijn familie of zijn vriendenkring weet niemand hoe het in het uitzendgebied was. De onmogelijkheid om die ervaringen te delen, kan er toe leiden dat iemand zich terugtrekt uit zijn contacten, omdat die niet het gevoel van veiligheid geven, dat hij wel had in het uitzendgebied. Op die manier kan het gedrag na terugkeer verklaard worden uit gedrag tijdens de uitzending. Het onderstaande schema geeft meer voorbeelden van gedragingen die gerelateerd zijn aan de uitzending.

Schema 1.1 gedragingen militairen en veteranen na terugkomst.

Kameraadschap (saamhorigheid)		Terugtrekking
Verantwoordelijkheid		Beheerszucht
Doelgerichte agressie		Onnodige agressie
Tactisch bewustzijn		Hyperwaakzaamheid
Emotionele zelfbeheersing	<->	Woede/afstandelijkheid
Operationele veiligheid bij missies	<->	Geslotenheid
Persoonlijke verantwoordelijkheid		Schuldgevoel
Niet-defensieve (militaire) rijstijl		Agressieve rijstijl
Discipline en bevelen		Conflict

*3.2 Hei sociale netwerk van een jonge **veteraan***

Na terugkeer uit het uitzendgebied heeft een militair of een veteraan tijd nodig om alle gebeurtenissen en de daarbij horende gevoelens te verwerken. Voor een goede verwerking is een sociaal netwerk belangrijk, maar juist na een uitzending heeft men vaak moeite om de gevoelens met de omgeving uit te wisselen. De Soir (2006) merkt op, dat iemand uit een plek van angst, lijden en dood komt en dat het daardoor moeilijk is om de dagelijkse zaken te zien die de partner bezig houden. Hierdoor ontstaat er een afstand tussen de partner en de problemen die een militair of veteraan ervaart. Bij terugkeer na uitzending moet de militair of veteraan inspanning leveren om zijn autonomie en macht in het gewone leven van alledag terug te krijgen. Die inspanning zal met wisselende gedragingen en gevoelens gepaard gaan en dat is voor hemzelf en voor zijn sociale netwerk lang niet altijd gemakkelijk. Dit wil niet zeggen dat de omgeving alles moet goedkeuren, bijvoorbeeld allerlei agressief gedrag, want dat maakt juist bij de veteraan de schaamte- en schuldgevoelens sterker (Herman, 2005). Uit onderzoek blijkt, dat veteranen die geen steun krijgen uit hun sociale omgeving sneller een PTSS ontwikkelen, dan anderen die een sociaal netwerk hebben waar zij wel op terug kunnen vallen. Tegelijk is het een kenmerk van een PTSS, dat mensen zich terugtrekken en liever niet op anderen steunen. Deze vicieuze cirkel zorgt voor een terugkerend dilemma bij de verwerking van de traumatische ervaringen (Herman, 2005).

33 De samenleving

Naast de sociale omgeving heeft ook de samenleving in bredere zin invloed op de militair of veteraan. Over het algemeen is er weinig maatschappelijke belangstelling voor de veteranen. Dat zorgt er bij veteranen voor dat ze zich niet begrepen en niet gerespecteerd voelen. Door herdenkingen, veteranendagen en meer informatie over hun inzet hopen veteranen in Nederland meer bekendheid en erkenning te krijgen, om zo ook vrij te kunnen spreken over wat ze meegemaakt hebben en wat de uitzending met hun gedaan heeft. De nadruk op medailles, monumenten, feestdagen, herdenkingen en financiële compensatie kan overigens vaak niet voldoen aan de innerlijke behoefte aan waardering van de veteranen. Ze vragen van de maatschappij antwoord op de vraag, of ze juist gehandeld hebben in de situatie waarin ze toen zaten. Tegelijk is het zo dat de samenleving dat antwoord niet echt kan geven, want net als de sociale omgeving kan de maatschappij zich niet voorstellen wat er zich bij uitzending allemaal voordoet. De erkenning komt er dus niet, met als gevolg dat een veteraan steeds op zoek blijft naar de erkenning waar hij volgens hem recht op heeft. Een gevolg hiervan kan zijn, dat veteranen ageergedrag gaan vertonen. Ze schoppen dan tegen autoriteiten en de samenleving aan, omdat ze zich niet gesteund voelen en zich gedupeerd voelen (Meijer, 2002).

3A Affectdisregulatie

Inleiding

Bij een ernstige chronische PTSS kunnen er andere stoornissen ontstaan. Of deze stoornissen door de PTSS ontstaan of naast de PTSS bestaan, is lastig te bepalen. Van der Kolk e.a. (2005) heeft beschreven dat mensen met een PTSS vatbaarder zijn voor moeilijkheden op het gebied van affectregulatie. Dit zorgt ervoor dat woede en agressie, suïcidaal gedrag, impulsiviteit niet op de juiste manier worden verwerkt.

3.4.1 Impulsiviteit en risicozoekend gedrag

Een kenmerk van een PTSS is het zoeken naar prikkelende en gewaagde handelingen. Het zoeken hiernaar zorgt er niet alleen voor dat men zich levendig en capabel voelt, maar het roept ook het stressgevoel op dat men tijdens de eerdere traumatische ervaring had. Het stressgevoel zorgt voor een verhoogde waakzaamheid waardoor men informatie sneller verwerkt en men doelgericht kan werken met een doeltreffende coping. Daarnaast zorgt het risico- en sensatiezoekend gedrag ervoor dat de productie van endorfinen in het lichaam verhoogd wordt (Meijer, 2002). De endorfinen functioneren in het lichaam als een lichaamseigen antidepressivum en ze zorgen ervoor dat men zich prettiger voelt.

3.4.2 Agressieregulatie

Boosheid, agressie, vijandigheid en impulsdoorbraken zijn symptomen die veel voorkomen bij veteranen met een PTSS. Deze boosheid en agressie kunnen variëren van het niet onder woorden kunnen brengen van de gevoelens en hierbij vastlopen, tot uitbarstingen van razernij over zaken die minder ernstig zijn, dan ze op dat moment lijken. Die uitbarstingen kunnen leiden tot chronische boosheid (Meijer, 2002). Een onderzoek van Schrijner (2000) laat zien, dat deze agressieproblematiek een element is van een oorlogsgelateerde PTSS. Ander onderzoek wijst overigens uit, dat niet het oorlogstrauma de oorsprong is van de agressieproblematiek, maar dat de oorsprong ligt in de ontwikkeling van de PTSS zelf (Meijer, 2002). Het gevoel van woede en agressie na een uitzending; kan een ongezonde aanpassing worden aan de situatie van terugkeer. Agressie en woede zijn tijdens een uitzending nodig om alert te zijn en te blijven, maar na terugkomst in Nederland kunnen ze er toe leiden dat de veteraan ongepast reageert op veilige situaties.

3.4.3 Suïcidaliteit

De kwetsbaarheid van mensen met een PTSS kan leiden tot een verhoogd risico op suïcidaal gedrag. Continue traumatische stress zorgt ervoor dat stressoren zich bij iemand blijven ophopen en dat is een belangrijke risicofactor. Een van de belangrijkste factoren ter voorkoming van suïcidaal gedrag is een stabiele sociale omgeving. In mijn onderzoek komt naar voren dat een partner of de ouders vaak een veilig baken zijn om hoop te houden op een betere toekomst. Een van de ondervraagden zei; 'Als ik mijn partner niet had gehad, dan had ik hier niet meer gezeten. Mijn partner trekt me erdoorheen, zodra ik het niet meer red'.

3.5 Coping

Volgens Kleber e.a. (1999) zijn er twee soorten copingsreacties: de actiegerichte coping en de emotiegerichte coping. Bij de actiegerichte coping gaat het om het omgaan met het trauma zelf, en bij emotiegerichte coping gaat het om het op orde houden van de emoties, met ondersteuning van afweermechanismen en van cognitieve en overlevingsstrategieën. Volgens Kleber en Brain (2002) draagt de cognitieve controle het meeste bij aan het genezingsproces na een trauma. Daarbij zijn twee elementen van groot belang. Het eerste is 'het zoeken naar de zin of betekenis van de gebeurtenis', de vraag naar het 'waarom'. Deze vraag moet voor de getroffen een bevredigend antwoord opleveren. Het tweede element is het 'herwinnen van de controle'. Zodra iemand weer controle heeft over zijn eigen leven, worden de symptomen minder en kan de persoon grip krijgen op de situatie. Merkwaardig genoeg kan 'zichzelf de schuld geven' positief uitwerken, omdat men daardoor toch zelf de controle houdt (Ellis, 1999).

3.6 Alexithymie

Het begrip 'alexithymie' betekent 'het niet onder woorden kunnen brengen van gevoelens'. Alexithymie bij mensen met een PTSS leidt er vaak toe dat men hen als stoïcijns of ongeïnteresseerd gaat zien. Dat is een misverstand: het gaat er juist om, dat deze gevoelens niet meer aanwezig zijn, of dat de getraumatiseerde niet weet, dat het gevoel aanwezig is. Uit een onderzoek van Kusters e.a. (2002) komt naar voren, dat mensen met alexithymie ook vaak een sterke neiging hebben om hun gevoelens te vermijden. Dat bereiken ze door zich af te zonderen van anderen, niet aan het trauma te willen denken en te proberen gevoelloos te zijn. Uit een onderzoek van Krystal (2002) komen twee soorten patiënten met alexithymie naar voren. De ene soort is de cliënt met somatoforme klachten, en de andere is de patiënt met verslavingsproblemen. De patiënt met somatoforme klachten leert zichzelf om gevoelens en emoties te negeren en de signalen die het lichaam geeft, te verwaarlozen. De persoon wordt stoïcijns en kan aan zijn gedrag geen gevoel meer toevoegen. Dit kan als gevolg hebben dat een jonge veteraan vastloopt in zijn relatie doordat hij niet meer kan aangeven wat er in hem omgaat en hoe hij in zijn relatie met zijn partner staat.

Bij de patiënten met (beginnende) verslavingsproblematiek ontstaat er een angst voor de lichamelijke reacties die horen bij alexithymie en men gaat deze zoveel mogelijk vermijden. Dit gebeurt onder andere door het gebruik van verslavende middelen (Meijer, 2002). Door de herbelevingen en de constante alertheid, kan drank of drugs een uitweg zijn voor een veteraan om zijn gevoelens uit te schakelen en men weer even kan ontspannen. Deze roes zorgt ervoor dat de veteraan zich weer een beetje dezelfde mens voelt, zoals hij was voor zijn uitzending. Wat heel sterk opvalt bij mensen met alexithymie is, dat ze niet meer het vermogen hebben om verbanden te leggen tussen gebeurtenissen en gevoelens. Dit zorgt voor een feitelijke beschrijving van gebeurtenissen, waarbij geen gevoelens of gedachten naar voren komen.

3.7 Alcohol en drugs

Een van de manieren om de negatieve gevoelens die herbelevingen en nachtmerries met zich meebrengen onder controle te houden is het gebruik van verdovende middelen zoals alcohol en drugs. Die middelen zorgen voor een ontspanning die de angsten en nare gevoelens naar achter kunnen plaatsen. In feite is dit een zelfmedicatie, die vaak wordt toegepast als iemand geen andere manier ziet om aan zijn aanwezige klachten te werken.

Alcohol is een veel gebruikte verdoving om de stress in het lichaam te verminderen. Alcohol zorgt ervoor dat het lichaam zich ontspant en dat de geest bedwelmd raakt. Dit zorgt ervoor dat de persoon met een PTSS een moment van rust kan ervaren. Naast alcohol zijn er ook vele soorten drugs die gebruikt worden om de gevoelens onder controle te houden. De belangrijkste daarvan zijn heroïne, cocaïne en wiet. Heroïne zorgt voor een kortdurende euforische stemming, waarop vermoeidheid en lusteloosheid volgen. De gevoelens van angst en pijn verdwijnen waardoor iemand totaal van de wereld kan zijn en niet meer hoeft te denken aan zijn problematiek. Heroïne is een snel verslavende drug, waarbij de behoefte bij elk gebruik toeneemt. Het lichaam raakt namelijk snel gewend aan de heroïne. Cocaïne is een drug die zelfvertrouwen, energie en een euforische stemming opwekt. Op de lange termijn kan cocaïne paranoïde gevoelens veroorzaken en angst- en paniekaanvallen oproepen en ook kan het eet- en slaappatroon geheel ontregeld worden. Dit kan leiden tot lichamelijke uitputting en groot gewichtsverlies. Ook kan agressiviteit toenemen en kunnen er waandenkbeelden ontstaan, wat het gevoel van paranoia kan vergroten (www.tactus.nl). Wiet, ofwel cannabis, wordt vaak gebruikt om een ontspannen gevoel te krijgen en om de stress in het lichaam te verminderen. Wiet wordt ook gebruikt als slaapmedicatie.

3.8 Slaapproblemen

Heel veel mensen met een PTSS hebben ernstige slaapproblemen. Moeilijk in slaap komen, vaak wakker worden, nachtmerries en kort slapen, komen voor bij 70% van lijdende aan een PTSS. Deze klachten zijn vaak moeilijk te behandelen, terwijl ze de zwaarte van de ziekte erg groot maken (Van Liempt en Vermetten, 2007). De diverse slaapproblemen kunnen deels in verband staan met elkaar. De vele nachtmerries bijvoorbeeld kunnen ertoe leiden dat men benauwd wordt om te gaan slapen, waardoor het weer moeilijker wordt om rustig te slapen. Een mogelijk gevolg daarvan is dat iemand het naar bed toe gaan voor zich uit schuift, waardoor het slaapritme nog verder wordt verstoord (Van Liempt en Vermetten, 2007). Belangrijk bij de slaapproblemen is ook de rol van de nachtmerries. In nachten waarin er nachtmerries voorkomen, blijkt de slaap onrustiger te zijn dan in nachten zonder nachtmerries. Dat roept de vraag op wat de betekenis en het belang van die nachtmerries eigenlijk is. In nachtmerries worden de traumatische gebeurtenissen, of gedeelten hiervan, opnieuw beleefd. De onderwerpen tijdens de nachtmerries kunnen onder andere zijn: machteloosheid tijdens de uitzending, beschietingen die meegemaakt zijn of de herinnering aan een gijzeling. Het kan echter zijn dat in de nachtmerries de trauma's worden vervormd, waardoor er een vertekend beeld van het trauma kan ontstaan. Hierdoor kan de veteraan moeite krijgen met het verwerken van het trauma, aangezien de vervormingen niet meer onderscheiden kunnen worden van het oorspronkelijke trauma.

*Hoofdstuk 4 - **Hulpverlening** rondom jonge weieranen in
Nederland* blz.

4.1	Maatschappelijk werk	29
	4.1.1 BNMO, De Basis	29
	4.1.2 Het Veteraneninstituut	29
	4.1.3 Aanmelden voor zorg	30
4.2	Gespecialiseerde zorg	30
	4.2.1 Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ)	30
	4.2.2 Stichting Centrum '45	30
	4.2.3 Het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC)	31
	4.4.4 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	31
4.3	Therapieën	31
	4.3.1 Cognitieve therapie	31
	4.3.2 Psycho-educatie	32
	4.3.3 Imaginaire exposure	32
	4.3.4 EMDR	33
4.4	Medicijnen	34

Hoofdstuk 4 - Hulpverlening rondom jonge veteranen in Nederland

Om hulp te kunnen bieden aan de veteranen die lijden aan een PTSS is er langzamerhand in Nederland een netwerk aan maatschappelijke hulpverlening gegroeid. In dit hoofdstuk beschrijf ik eerst hoe het maatschappelijk werk aan jonge veteranen in Nederland is geregeld. In paragraaf 4.2 ga ik dieper in op gespecialiseerde zorg in Noord-Oost Nederland, in paragraaf 4.3 bespreek ik de enkele therapieën die vaak gebruikt worden en in paragraaf 4.4 geef ik een overzicht van de medicijnen die gebruikt kunnen worden bij een PTSS. Dit hoofdstuk bevat naast algemene informatie ook informatie die ik heb opgedaan tijdens mijn stageperiode bij de hulpverleningsorganisatie De Basis.

4.1 Maatschappelijk werk

Inleiding

Het kost veel tijd en inspanning om een trauma te verwerken. Door steun in de sociale omgeving kunnen veel veteranen uiteindelijk wel omgaan met het trauma, maar dat heeft tijd nodig. Als de klachten na een aantal maanden nog niet zijn afgenomen, kan het verstandig zijn om professionele hulp in te schakelen. Dan is het maatschappelijk werk meestal de eerstelijnszorg die kan doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg.

4.1.1 BNMO, de Basis

Al sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog bestaan er vormen van hulpverlening voor veteranen. Belangrijk hierbij is de BNMO, de Bond van Nederlandse Militaire Oorlogs- en Dienstslachtoffers, die sinds 1945 nazorg biedt aan militairen en hun gezin, als daar behoefte aan is. In al die jaren er na heeft de BNMO zich ingezet voor de veteranen en zich sterk gemaakt om meer voorzieningen te krijgen. Zo heeft de BNMO in 1984 een centrum geopend in Doorn, waar veteranen nazorg kunnen krijgen. In 2007 is de zorgafdeling van de BNMO verdergegaan onder de naam 'de Basis'. 'De Basis' verzorgt het maatschappelijk werk en het lotgenotencontact voor de veteraan en zijn gezin. Dit lotgenotencontact kan in Doorn in het centrum plaatsvinden, in de vorm van ondersteuningsprogramma's, zoals het programma rond de capitulatie van Nederlands-Indië, of door de gezinsdag voor jonge veteranen. Behalve in Doorn zijn er ook in de regio op diverse plekken lotgenotencontactgroepen. Tijdens mijn stage ben ik veelvuldig aanwezig geweest bij de lotgenotencontactgroep voor jonge veteranen in Assen. Tijdens deze contacten worden de dagelijkse problemen en vragen samen besproken.

4.1.2 Het Veteraneninstituut

De BNMO was vanaf het begin een particuliere organisatie, maar ondertussen is er ook van de kant van de overheid een en ander geregeld. In 2000 werd Het Veteraneninstituut (VI) opgericht door het Ministerie van Defensie. Het doel van het VI is om de samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij de zorg en het beleid voor veteranen te stimuleren. Dit geldt vooral voor het ministerie van Defensie en voor 'de Basis', want het ministerie stelt het beleid vast en 'de Basis' verzorgt de uitvoering van dat beleid, door het maatschappelijk werk en het lotgenotencontact voor veteranen.

4.1.3 Aanmelden voor zorg

Veteranen en dienstslachtoffers kunnen zich aanmelden bij het Centraal Aanmeldingspunt (CAP) van het VI. Hier kunnen ze terecht voor psychische, juridische, financiële of andere vragen waar ze mee te maken hebben. De maatschappelijk werkers van het CAP beantwoorden deze vragen of eventueel verwijzen ze door naar een maatschappelijk werker in de regio. De maatschappelijk werkers in de regio bieden de veteraan of het dienstslachtoffer en diens familie ondersteuning en waar nodig verwijzen zij ook door naar specialistische hulpverlening. Als maatschappelijk werker in opleiding ben ik bij deze regionale zorg betrokken geweest. Dat hield in dat ik bij cliënten langs ging om te kijken hoe het met ze ging en wat ze nodig hadden in hun situatie. Dit leidde bij een aantal cliënten tot een doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg voor hulp bij hun psychische klachten. Afgezien van deze doorverwijzingen bleef ik als maatschappelijk werker de cliënt volgen om te zien wat hij nodig had om de dagelijkse problematiek aan te kunnen. Dat kan heel verschillend zijn: een brief schrijven naar het Ministerie van Defensie bijvoorbeeld, maar ook informatie geven over voorzieningen waar men recht op zou kunnen hebben, zoals een hobbyvoorziening. Het meest bijzondere wat ik in mijn stage gedaan heb, is het uitreiken van een onderscheiding aan een cliënt. Voor hem was het bijzonder, omdat het erkenning gaf. Maar voor mij was het bijzonder, omdat het een mooie afsluiting was van mijn stage.

4,2 Gespecialiseerde zorg

Inleiding

Een feitelijke schatting van het aantal zorgbehoevende veteranen is moeilijk te maken, maar gezien de cijfers in hoofdstuk 1 en gezien verder onderzoek is het wel duidelijk geworden, dat er veel behoefte is aan zorg (Mouthaan, 2001). Vanuit het Ministerie van Defensie en de burgerhulpverlening zijn er diverse instanties die zich bezighouden met de nazorg voor veteranen. Hieronder beschrijf ik de instellingen of personen, waar mijn stage-instelling, 'de Basis', in Noord/Oost Nederland naar doorwees. Sommige daarvan werken over het hele land, andere alleen regionaal.

4.2.1 Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ)

De MGGZ is in eerste instantie gericht op de hulpverlening aan militairen. Daarnaast verzorgt ze ook geestelijke gezondheidszorg aan veteranen. Bij de hulpverlening aan veteranen richten ze zich vooral op het goed leren functioneren als mens in de maatschappij. Binnen haar zorgsysteem wordt er met civiele hulpverleningsinstanties, zoals het Veteraneninstituut, samengewerkt om optimale zorg te kunnen bieden. Zo kan er op ambulante, deeltijdklinische en klinische manier zorg geboden worden aan veteranen.

4.2.2 Stichting Centrum '45

Stichting Centrum '45 is een landelijk centrum dat zich gespecialiseerd heeft in psychische behandeling aan oorlogsgetroffenen, veteranen en slachtoffers van georganiseerd geweld. Veteranen kunnen in Centrum '45 hulp krijgen in de vorm van groepsbehandeling, individuele behandelingen en gezins- en partnersgesprekken.

Daarnaast zijn er speciale groepsgerichte programma's voor jonge veteranen. Een groepsgericht dagprogramma voor jonge veteranen bestaat uit groepspsychotherapie, lichaams- en bewegingstherapie, creatieve therapie (beeldend), sociale vaardigheidstraining, aandacht voor sociale activiteiten, huisvesting en financiën (www.centrum45.nl). Een bijzondere hulpmogelijkheid bij Centrum '45 is de crisisopvang. Mocht een veteraan ernstige problemen hebben en acute opvang nodig hebben, dan kan hij tijdelijk in Centrum '45 worden opgenomen.

4.23 Het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC)

Het PDC is een initiatief van de stichting Centrum '45; het is een behandelcentrum waar verschillende expertise over psychotrauma's is verzameld. Het PDC is opgezet om in een korte tijd een diagnose te stellen en een eventuele behandeling te benoemen. Binnen het PDC wordt op één onderzoeksdag psychiatrisch, psychologisch en psycho-diagnostisch onderzoek gedaan met als doel de schokkende ervaringen van de veteraan helder te krijgen. Na de onderzoeksdag volgt er een adviesgesprek, waarin de diagnose aan de orde komt. In dit gesprek bekijkt men ook een eventuele behandeling. Dit alles wordt teruggekoppeld naar de verwijzen

4.2.4 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

In mijn stageperiode bij 'de Basis' heb ik veel te maken gehad met GGZ Drenthe. Deze regionale instelling voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg heeft in Assen een veteranenafdeling geopend, waar op donderdag een dagbehandeling wordt gegeven en waar ook diverse lotgenotencontactgroepen zijn. Daarnaast kent de GGZ ook partnergroepen in Assen. Bij de GGZ in Winschoten zijn er voor veteranen ook lotgenotencontactgroepen en partnergroepen. De dagbehandeling in Assen is gericht op psycho-educatie, agressieregulatie, verslavingen, slaapproblematiek en sociale vaardigheden (GGZ Drenthe, 2007).

43 Therapieën

Inleiding

Het is jarenlang een probleem geweest om een duidelijke diagnose te stellen bij veteranen met ernstige traumatische ervaringen. Voordat het DSM-IV TR classificatiesysteem PTSS had opgenomen als diagnose?, kregen deze veteranen de diagnose 'chronische schizofrenie', of een diagnose die meer betrekking had op somatische klachten (Ellis, 1999). Oorlogsstress en traumatische ervaringen zijn met de invoering van de PTSS in het DSM-IV TR classificatiesysteem wel erkend en herkend, maar er is tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar de psychologische behandeling van een PTSS. Hieronder bespreek ik de meest gebruikte therapieën.

4.3.1 Cognitieve therapie

Cognitieve therapie richt zich op angstige cognities, de gedachten achter de problemen, en op denkbeelden. Een angstige cognitie zoals 'Ik voel me nergens meer veilig' kan er voor zorgen dat het trauma niet goed verwerkt wordt, omdat de gedachten van de veteraan zich niet bezighouden met het trauma, maar met de gevoelens van zijn vermijdingsgedrag.

Deze cognities zorgen ervoor dat het trauma niet verwerkt wordt en dat de veteraan zijn gevoelens en gedachten vermijdt. De bewustwording van cognities geeft een perspectief van herwaardering en loslaten van de gedachten (Meijer, 2002). De kern van de behandeling is het voorzichtig oproepen van de herinnering aan het trauma. Het doel is het laten afnemen en verdwijnen van angst en van vermijding, zodat het trauma meer in het verleden komt te liggen, want bij een PTSS is het trauma nog in het hier en nu. Door de cognities van het trauma op een gestructureerde manier op te roepen, kan er weer grip op deze gedachten komen en kan men het ook een plek geven. De denkfouten die ontstaan door het trauma, kunnen op deze manier hersteld worden en zo kan het gevoel van controle over de nieuwe situatie terugkomen. Een onderdeel van cognitieve therapie kan agressieregulatie zijn. Het gaat er bij agressieregulatie om dat men leert omgaan met macht, met wederzijdse beïnvloeding, het geven en ontvangen van feedback en het zich bewust worden van het eigen gedrag in conflictsituaties.

4.3.2 Psycho-educatie

Psycho-educatie is informatieoverdracht: naar de cliënt en/of zijn omgeving toe om hen inzicht te geven in de problematiek. Psycho-educatie heeft meerdere doelen. Het geeft een veteraan en zijn sociale omgeving inzicht over zijn PTSS, waardoor acceptatie bevordert kan worden. Door zo geïnformeerd te zijn over PTSS, kunnen signalen ook sneller opgemerkt worden en daardoor kan men een eventuele terugval voorkomen,. Op die manier kan een veteraan meer invloed krijgen op zijn eigen leven met een PTSS.

4.3.3 Imaginaire exposure

'Imaginaire exposure' betekent 'het zich blootstellen aan gedachten'; het is een vorm van gedragstherapie. De veteraan wordt in de therapie aangemoedigd om zich aan zijn herinneringen bloot te stellen bij zijn een therapeut, waarin de veteraan zich veilig moet voelen om zijn verhaal te bespreken. Als *het* gaat om groepstherapie, zijn er ook lotgenoten aanwezig. In deze omgeving wordt samen met de therapeut de gebeurtenissen van het trauma in stukken opgeroepen. Bij het uitspelen van het trauma vertelt de veteraan wat hij voelt, ruikt, ziet en hoort. In de groepstherapie worden de mede lotgenoten ingezet om de gebeurtenis na te spelen. Zo wordt de situatie naar het hier en nu gehaald (Meijer, 2002). Door het trauma uit te werken, wordt de vermijdingsangst voor het herbeleven aangepakt en kan er gewerkt worden aan genezing. In het geval van meerdere traumatische gebeurtenissen, zullen de gebeurtenissen één voor één behandeld worden. Het doel is onder gecontroleerde begeleiding te komen tot het doorbreken van de vermijding van herbelevingen, zodat de emoties bij de herinneringen minder worden. De gecontroleerde begeleiding van de therapeut zorgt ervoor dat de veteraan kan aangeven wat hij voelt en hoe hij de situatie beleeft. Als het te heftig wordt, kan de therapeut ingrijpen en ervoor zorgen dat de veteraan zich weer veilig voelt om verder te gaan. Een nadeel van 'imaginaire exposure' is dat het veel van een veteraan eist, waardoor uitval voor kan komen (Nanninga, 2004).

4.3.4 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

De EMDR therapie is ontwikkeld door de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro in 1989 als een nieuwe methode om een PTSS te behandelen. Bij EMDR moeten cliënten zich een duidelijk beeld vormen van het trauma. Tijdens de sessies wordt aan de cliënt gevraagd om zich te concentreren op het trauma en hierbij zijn gedachten en lichamelijke reacties te ervaren. Als de cliënt zich hierop concentreert, moet hij de vingerbewegingen volgen van de therapeut, die op dertig centimeter afstand bewegen. Na deze oog oefening moet de cliënt het beeld uit zijn gedachten zetten en zuchten. Hierna moet de cliënt de herinnering weer oproepen en aangeven, hoeveel angst er weg is gevallen. De oogbewegingen gaan door tot het angstgevoel weg is.

Hoewel het nog niet precies bekend is, hoe de oogbewegingen of de geluiden werken, veronderstelt men dat de oefeningen het verwerkingsproces in de hersenen stimuleren. De oogbewegingen zouden dat deel van de hersenen activeren waar ook herinneringen zijn opgeslagen (Meijer, 2002). EMDR probeert door de sessies het angstgevoel dat bij de trauma's aanwezig is, te verminderen. Een veteraan kan hierdoor leren zijn trauma's gecontroleerd naar voren te halen in zijn gedachten, zonder hier hevige herbelevingen bij te krijgen. Door de vermindering van het angstgevoel en de herstructurering van de gedachten, kan EMDR een verbeterde situatie voortbrengen voor een getraumatiseerde veteraan.

EMDR is snel een heel populaire behandelmethode geworden. Zo bracht het Nederlandse Trimbos-instituut in 2003 een rapport uit met richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen, waarin EMDR als één van de meest belangrijke therapieën werd gezien om een PTSS te behandelen (Van der Velde, 2003). Een andere voorstander van EMDR is Frans Willem Winkel, hoogleraar Psychologische Victimologie (Universiteit Tilburg). In een interview in het GGZ tijdschrift PSY (nummer 9, 2007) vertelt hij, dat hij er de afgelopen jaren steeds meer van overtuigd is geraakt, dat een chronische PTSS door EMDR effectief behandeld kan worden. Hij geeft wel aan, dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar de werking van EMDR. Een belangrijk aspect van EMDR is volgens Winkel het feit dat die woede, die bij PTSS aanwezig is (genoemd in 3.1.1), ruimte kan krijgen binnen EMDR, en prettig is voor de veteraan. Woede wordt bij 'exposure therapie' vaak gezien als een manier om angst uit de weg te gaan, maar bij EMDR kan men op woede ingaan om te kijken waar die woede vandaan komt. Overigens is niet iedereen enthousiast over de EMDR methode. Tegenstanders hebben vooral kritiek op de marketingstrategieën van EMDR. Zo stelt Herbert e.a., (2000) dat de enorme populariteit van EMDR vragen oproept naar de agressieve promotie van EMDR.

Veel veteranen worden in Noord Nederland verwezen naar een therapeute die de bovenstaande therapieën samenvoegt bij de behandeling van jonge veteranen. Het werken met veteranen dwingt haar er toe om sommige therapieën op eigen manieren toe te passen. Zo verzorgt zij de EMDR niet op de traditionele manier via handbewegingen, maar ze gebruikt opzettelijk geluiden via een koptelefoon. Dit heeft haar voorkeur omdat ze dicht bij de veteraan moet zitten (knieën tegen knieën) en onverwachte handbewegingen kunnen bij een veteraan onverwachte herbelevingen bewerkstelligen en daardoor wordt de behandeling verstoord.

4 A Medicijnen

Inleiding

Naast de beschreven psychologische behandelmethoden bestaat er ook een medische benadering. Daarbij gaat men er van uit, dat er in onze hersenen diverse stoffen actief zijn om ervoor te zorgen dat de verschillende delen in de hersenen informatie overbrengen naar elkaar. Deze stoffen worden neurotransmitters genoemd. Serotonine en noradrenaline zijn belangrijk neurotransmitters bij het ordenen van gevoelens van angst en somberheid. Er zijn indicaties dat er bij een PTSS een onbalans is in deze stoffen (www.nvvp.net). Er zijn verschillende medicijnen die deze onbalans recht kunnen trekken.

Selectieve serotonine heropname remmers en Tricyclische antidepressiva

Selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) behoren als medicijnen eigenlijk tot de groep van de antidepressiva, maar deze medicijnen werken ook bij angstklachten. Uit onderzoek is gebleken, dat ongeveer veertig tot zestig procent van de mensen met een PTSS positieve ervaringen hebben met SSRI's (www.nvvp.net). De SSRI's corrigeren de onbalans van de serotonine in de hersenen. Paroxetine, citalopram, en fluvoxamine zijn voorbeelden van SSRI's. Een andere groep geneesmiddelen, de klassieke antidepressiva TCA, hebben dezelfde stabiliserende werking op de neurotransmitters serotonine en noradrenaline als SSRI's, maar hebben meer bijwerkingen dan de SSRI's.

Benzodiazepinen

Benzodiazepinen zijn een groep van medicijnen die angst en agitatie verminderen en lichamelijke klachten als gevolg van die angst. Het zijn kalmerende medicijnen zoals oxazepam, diazepam en alprazolam. Anders dan de TCA's en de SSRI's werken de Benzodiazepinen via de neurotransmitter GABA (gamma-aminoboterzuur) (www.nvvp.net). Dit GABA heeft een angstdempende werking op de hersenen. Hoewel deze medicijnen bij veel angststoornissen goed blijken te werken, zijn er bij PTSS minder duidelijke resultaten (www.nvvp.net). Een bijkomend probleem is dat benzodiazepinen sneller verslavend zijn dan TCA's of SSRI's. Oxazepam wordt wel gegeven als noodvoorraad voor situaties wanneer iemand plotseling in paniek raakt, of ineens heel veel stress ervaart. Door de snelle werking van oxazepam kan dit de grootste stress verminderen.

In de voorafgaande vier hoofdstukken heb ik de theorie rond PTSS bij jonge veteranen toegelicht. In het volgende hoofdstuk maak ik een stap naar de praktijk. In hoofdstuk 5 heb ik het onderzoek uitgewerkt waarin ik jonge veteranen geïnterviewd heb.

	<i>Hoofdstuk 5 - Onderzoek</i>	<i>Blz.</i>
5.1	Type onderzoek	36
5.2	Dataverzamelingsmethode	37
5.3	Interviews: samenvatting	38
	5.3.1 Paul	38
	5.3.2 René	40
	5.3.3 Patrick	42
	5.3.4 Sjors	44

Hoofdstuk 5 - Onderzoek

In hoofdstuk 5 beschrijf ik de uitkomsten van mijn onderzoek. Het hoofdstuk begint met mijn onderzoeksvraag en met de uitleg van mijn onderzoekopzet. Daarna beschrijf ik mijn dataverzamelingsmethode via interviews en de onderwerpen die daarin aan de orde komen. In paragraaf 5.3 geef ik een samenvatting van de vier interviews.

5.1 Type onderzoek

Inleiding

Tijdens mijn stagejaar ben ik in aanraking gekomen met jonge veteranen met een PTSS en bij die ontmoetingen kwam steeds de vraag bij mij op: wat is een PTSS en wat doet het met iemand? In de voorafgaande hoofdstukken heb ik gegevens bijeengebracht die een theoretisch antwoord geven op die vraag en zo een basis geven voor mijn eigen onderzoek naar de beste benadering van een PTSS door hulpverleners. Mijn uiteindelijke onderzoeksvraag, die ik hierna bespreek, probeer ik te beantwoorden door interviews met getraumatiseerden te leggen naast die theoretische gegevens en zo tot conclusies te komen. Als onderzoekseenheid heb ik gekozen voor jonge militairen met een PTSS.

Onderzoeksvraag

Uitgangspunt voor mijn onderzoek was de vraag:

'Welke gevolgen van een PTSS beïnvloeden het dagelijkse leven van een jonge veteraan en welke aspecten zijn belangrijk in de hulpverlening hierbij?'

Dat leidt tot een hele serie verdere vragen. In de theorie komt bijvoorbeeld naar voren, dat een PTSS veel invloed heeft op het leven van een getraumatiseerde, maar is dat ook zo? Hoe beïnvloedt een PTSS het dagelijkse leven van een jonge veteraan en hoe kan de hulpverlening een PTSS erkennen en herkennen? Wat zorgt er voor, dat het een zware ziekte is? Zijn er zaken die een PTSS dragelijker kunnen maken, zoals medicijnen of therapieën? In hoeverre heeft een PTSS invloed op het sociale leven? En hoe belangrijk is het sociale leven voor een getraumatiseerde veteraan? De zoektocht naar antwoorden op al deze vragen maken mijn onderzoek explorerend. Een explorerend onderzoek biedt ruimte om de beschreven theorie te toetsen in de praktijk. Het vergroten van de kennis over een PTSS kan leiden tot een betere diagnose en behandeling, waarvan niet alleen de veteraan profijt heeft, maar ook zijn sociale omgeving. Op basis hiervan moesten in de interviews vragen aan de orde als: wat heeft een uitzending voor gevolgen voor de veteraan? Wat zijn hun voornaamste symptomen bij een PTSS? Hoe ervaren veteranen een PTSS? Wat zijn de gevolgen voor henzelf en voor hun omgeving? Welke hulpverlening hebben ze gehad en hebben ze nu?

Onderzoeksmethode

In mijn onderzoek ben ik op zoek gegaan naar verbanden tussen kenmerken binnen de groep jonge veteranen. Ik wilde deze kenmerken bekijken en vergelijken met de theoretische begrippen die ik in eerdere hoofdstukken beschreven heb. Met mijn onderzoeksvraag als uitgangspunt ben ik me gaan richten op relevante deelvragen. De antwoorden daarop wil ik vinden via interviews om van daaruit mijn conclusies te trekken en aanbevelingen te geven. Deze conclusies en aanbevelingen worden besproken in het volgende hoofdstuk.

5«2 Dataverzamelingmethode

Om antwoorden te vinden op de vragen die ik in vorige paragraaf heb genoemd, heb ik vier veteranen met een chronische PTSS geïnterviewd. Dit is gebeurd via een 'gedeeltelijk gestructureerd' interview met experts (Baarda, 2001). Met experts bedoel ik hier ervaringsdeskundigen. Een gedeeltelijk gestructureerd interview bestaat uit vaste open vragen waarbij ruimte is voor doorvragen. Tijdens de interviews heb ik het onderwerp samen met de veteraan uitgediept om tot de kern van zijn problematiek te komen. De inhoud van de interviewvragen is voortgekomen uit de theoretische informatiebronnen die ik in mijn scriptie gebruikt heb. Voor de gehele vragenlijst van het interview en de uitgewerkte antwoorden verwijs ik naar bijlage 2 en 3.

De geïnterviewden zijn niet van tevoren door anderen geselecteerd, maar ze zijn door mij en door een maatschappelijk werker van 'de Basis' gevraagd om op vrijwillige basis aan het onderzoek mee te werken. Dat verzoek gebeurde via een email, waarin ik de veteranen ook uitleg heb gegeven over het onderzoek. Daarnaast heb ik, voordat het interview plaatsvond, de interviewvragen via de mail naar de veteranen gestuurd, zodat ze zich konden voorbereiden op de onderwerpen. De interviews zelf heb ik zoveel mogelijk gevoerd in een alledaagse situatie, bij de veteranen thuis, of bij iemand anders thuis. Ik heb de veteranen zelf laten beslissen, waar ze het interview wilden houden. Zelf kozen ze voor thuis, omdat dat de plek is waar ze zich het prettigst voelen. Twee veteranen hadden afgesproken de interviews samen te geven bij een van de twee veteranen thuis. Dit gaf hun de mogelijkheid om de interviews af te wisselen, mochten ze even een pauze willen. Tijdens de interviews liet ik een nriindisc-speler meelopen, zodat ik rustig kon zitten en het gesprek niet werd afgeleid doordat ik zou moeten meeschrijven. Bovendien denk ik, dat de antwoorden uitgebreider zijn tijdens een bandopname.

De interviewvragen waren ingedeeld in 5 onderwerpen.

1. **Uitzending:** Ik ben elk interview begonnen met een kleine inleiding over zaken waarmee de geïnterviewde zich voorstelt, zoals gegevens over hun rang en functie tijdens hun uitzending. Daarnaast hebben we globaal besproken, welke gebeurtenissen of ervaringen de meeste indruk hebben gemaakt tijdens de uitzending.
2. **PTSS in je dagelijkse leven:** In dit deel werden de primaire en secundaire symptomen besproken met de veteranen. Ik heb gekeken naar welke symptomen ze herkennen bij zichzelf en welke invloed deze symptomen op hun dagelijkse leven hebben
3. **PTSS en je sociale omgeving:** Bij dit onderwerp is gekeken, hoe de omgeving reageert op de veteraan, nu hij een PTSS heeft. Daarnaast is besproken hoe belangrijk de sociale omgeving is voor de veteraan.
4. **Hulpverlening:** In dit deel van het interview zijn de positieve en negatieve ervaringen riet hulpverlening besproken. Daarnaast gaven de veteranen tips over gewenste veranderingen en verbeteringen in de hulpverlening.
5. **Toekomstvisie:** Het afsluitende deel van de interviews gaat er vooral over hoe de veteraan zijn toekomst ziet en wat hij graag in die toekomst zou willen zien gebeuren. Uiteraard is er daarbij wel gekeken naar de haalbaarheid van die toekomstvisie.

53 interviews: samenvattingen

5.3.1 Paul

Achtergrond

Paul was van januari 1983 tot en met juli 1983 uitgezonden naar Libanon. Zijn rang was korporaal en tot zijn werkzaamheden hoorden het leiding geven bij een roadblock en als chauffeur werken voor de tolk. Hij heeft in Libanon veel meegemaakt onder andere een gijzeling en diverse keren werd hij bedreigd met een doorgeladen geweer. Bovendien heeft Paul een ongeluk gehad met zijn pantservoertuig, toen hij na een 48 uur durende werkshift zo moe was, dat hij per vergissing een berg afreed. Wat heel veel indruk op Paul gemaakt heeft, zijn de herinneringen aan de vrouwen die aan hun haren uit huizen werden gesleurd door de Israëliërs bij huiszuiveringen. De machteloosheid die hij voelde bij deze situaties, waar hij niets aan kon doen, is nog steeds iets waar hij heel moeilijk mee om kan gaan.

Voornaamste klachten

De voornaamste klachten die Paul noemt, zijn slaapproblemen, nachtmerries, hoofdpijn, spierpijn, hartritmestoornissen bij stress, pijn in de gewrichten, black-outs, en een continu gevoel van een lege maag. Zodra hij veel stress ervaart, kan zijn hartritmestoornis zo heftig zijn, dat hij niet kan slapen en bovendien kan hij bij teveel stress flauwvallen. Tijdens het interview blijkt sterk dat bij Paul de gevoelens zijn uitgeschakeld: hij voelt geen angst, geen verdriet of grote blijdschap. Volgens zijn vrouw zijn Pauls gevoelens gedood in Libanon en wat dood is, komt niet meer tot leven. Naast de genoemde klachten heeft Paul ook woedeaanvallen, die voor hemzelf niet zo sterk, maar voor zijn omgeving wel heel belastend zijn. Ook is Paul altijd zeer alert. Daarom ontwijkt hij ook drukke momenten, want die zorgen alleen maar voor meer stress en een nog hogere alertheid. Doordat hij allerlei situaties ontwijkt en zich afzondert, voelt hij zich soms ook eenzaam. Hij voelt zich naar de rand van de maatschappij geschoven door zijn PTSS. Hij vindt het erg moeilijk dat hij niet meer kan werken. Door zijn geheugenverlies, het slecht slapen, nachtmerries werd dit onmogelijk. Paul zegt, dat hij vooral rust en structuur nodig heeft om met zijn klachten om te gaan, want op die manier zakt zijn stressniveau en dan worden zijn klachten dragelijker.

Sociale omgeving

De vrouw van Paul is zeer relativerend tegenover de PTSS van haar man. Ze kan Paul en zijn PTSS goed uit elkaar houden. Zodra bij haar de maat vol is, zegt ze ook dat: zijn gedrag teveel voor haar is. Daardoor kan Paul weer zien dat hij teveel eist van zijn vrouw en zijn kinderen. Wat het moeilijk maakt, is dat hij erg vergeetachtig is. Dit zorgt ervoor dat zijn vrouw veel taken moet overnemen. Zijn jongste dochter gaf in het gesprek aan dat ze haar vader tot dusver accepteerde, zoals hij was. Nu zijn gedrag de naam PTSS heeft gekregen, vindt ze het moeilijker om hier mee om te gaan. Zijn oudere dochter had tot aan de diagnose geen begrip voor Pauls gedrag, maar door de diagnose PTSS kan ze hem veel beter begrijpen en kunnen ze ook beter met elkaar praten. In het gezin wordt er nu ook meer over gepraat en dat: brengt ook een gevoel van veiligheid en openheid met zich mee. De moeder van Paul is verpleegster geweest op een psychiatrische afdeling. Daar kwamen ook mensen vanuit Nederlands Indië 'met de kolder in de kop'. Hierdoor kan ze de PTSS beter plaatsen en begrijpt ze het gedrag van Paul.

Zijn vader vindt het moeilijk om te begrijpen dat Paul door zijn PTSS nu niet meer kan werken. Paul heeft in de laatste jaren veel vrienden verloren, maar de vrienden die hij nu heeft, aanvaarden hem zoals hij is. Wat hij wel mist in zijn contacten is de mogelijkheid om zo maar even ergens heen gaan. Vroeger had hij diverse handeltjes, bijvoorbeeld een handeltje in konijnen, en daardoor sprak hij veel mensen. Die sociale gesprekken mist hij.

Hulpverlening

Het volgende schema laat zien welke contacten Paul heeft gehad met hulpverlening.

Waar	Wanneer	Waarvoor
Psychiatrisch hospitaal Utrecht	1983	Door zenuwinkinking
Onderzoek vanuit Defensie	1991	Onderzoek naar de psychische problemen. Hier is niets uitgekomen
GGZ	1994/ 1995	Agressieregulatie
Veteraneninstituut (Maatschappelijk werk)	2001	Vastlopen in dagelijks leven. Contact liep niet goed.
Pals-groep ¹	2006	Erkenning eisen van Defensie
Veteraneninstituut	2006	Hulp bij eventuele problemen die omhoog komen door het aanklagen van defensie.
GGZ Winschoten	2006	Daar zou hij EMDR krijgen, maar ze vonden zijn problemen daarvoor te zwaar. En voor andere therapieën wilde hij geen proefkonijn zijn.
ABP arts ²	2007	Officiële diagnose PTSS gekregen
GGZ Winschoten	2007	Lotgenotencontactgroep.

Hulpverlening: beoordeling en adviezen

Het contact van Paul en zijn gezin met hun maatschappelijk werker gaat erg goed. Als ze hem nodig hebben, komt hij direct. Daarnaast is de lotgenotencontactgroep erg prettig. De groep van Paul wordt geleid door een maatschappelijk werker, die veel uit de groep haalt. Pauls vrouw zit in een partnergroep, waar zij ook haar verhaal kan vertellen. Dit loopt prima. In andere opzichten heeft Paul nog wel wensen. Zo zou hij graag zien, dat defensie meer verantwoordelijkheid neemt ten opzichte van de psychische problemen die ontstaan zijn door de uitzending. Over de GGZ Winschoten vindt Paul, dat er te weinig erkenning is voor de veteranen met een PTSS en dat er meer hulpverlening zou moeten zijn voor veteranen met een chronische PTSS. Men richt zich nu vooral op jonge veteranen die zich weer in de maatschappij kunnen redden. Aan de andere kant geeft hij ook aan, dat hij het wel goed vindt om met rust gelaten te worden. Hij is voor 70% afgekeurd en hij wil vooral rust. Een andere wens van Paul, samen met zijn gezin, is dat er ook een maatschappelijk werker zou zijn voor de vrouwen van de veteranen en voor de kinderen. Dan hoeft de veteraan niet meer continu op te letten en voor zijn gezin te zorgen. Veteranen hebben er vaak moeite mee, dat zij hun gezin met zoveel problemen opzadelen. Als er een aparte maatschappelijk werker zou zijn, kunnen de veteranen dat deel loslaten.

Medicijnen

Paul gebruikt geen medicijnen.

¹ Pais groep is het grootste letselschadebureau in Nederland die zich voor inmiddels 180 veteranen in militairen met een PTSS zich inzet voor een gezamenlijke schadeclaim tegen defensie om op die manier smartengeld en een financiële vergoeding te krijgen voor misgelopen inkomsten door het verlies van werk.

² De ABP arts verzorgt de onderzoeken bij de veteranen om te zien of ze recht hebben op de uitkering van defensie. Daarnaast houdt de ABP arts controles bij de veteranen die al een uitkering hebben om te kijken of ze hier nog recht op hebben.

Toekomstbeeld

Paul ziet zichzelf niet meer aan het werk gaan. Dit vindt hij niet negatief, maar realistisch. Vooral door zijn vergeetachtigheid gaat dit hem niet meer lukken. Hij heeft er voor zichzelf vrede mee en hij kan nu rustig aan doen. Zodra de kinderen uit huis zijn, willen Paul en zijn vrouw verhuizen naar Hongarije. Daar hebben ze een huis. Hij wil daar tot rust komen, en paarden gaan menen. Hij weet alleen niet, of zijn gezondheid het toe gaat laten. Als dat plan niet lukt, zal hij er wel moeite mee hebben.

'Op missie gaan' opnieuw beoordeeld

Paul heeft zijn missie altijd als positief gezien en ook met zijn kennis achteraf zou hij direct weer op missie gaan. Daarom begrijpt hij ook niet, dat hij er zo'n klap aan overgehouden heeft. Hij kan nu achteraf wel zien, hoe goed hij het heeft, of in zijn eigen woorden: 'Wij zijn zo verwend dat we niet meer zien, hoe goed we het hebben'.

5.3.2 René

Achtergrond

René is tien jaar beroepsmilitair geweest, waarvan 3/4 jaar bij de marine en 6 1/2 jaar bij de landmacht. In die tijd is hij twee keer uitgezonden. Bij zijn eerste uitzending naar Kosovo van juni 1999 tot december 1999 was hij bij de infanterie, met als taken het bewaken van checkpoints, patrouilles lopen en wachtlopen bij de massagraven. Zijn tweede uitzending was naar Bosnië van april 2001 tot juni 2001. Zijn functies daar waren chauffeur van een rupsvoertuig en ME-er. Zijn taak was erop toe te zien dat de verkiezingen rustig verliepen, en zo nodig in te grijpen bij rellen. Wat René vooral is bijgebleven, is het complete disrespect voor het leven, van de Kosovaren. De primitiviteit, die ervoor zorgde, dat mensen zo snel geweld gebruikten, vindt hij moeilijk te begrijpen. Een herinnering waar hij het vooral heel moeilijk mee heeft, betreft die tijd in Kosovo. Daar kreeg hij bij het wachtlopen bij de massagraven een vader tegenover zich had die naar zijn kind wilde, maar dat kon niet vanwege de vele boobytraps die er tussen de graven lagen. Zulk soort herinneringen werkt nog steeds door. Zo gaat hij in de zomer niet richting Friesland, want in die richting staat een kadaverbedrijf en de lucht van dat bedrijf lijkt veel op die van de massagraven in Kosovo.

Voornaamste klachten

De voornaamste klachten van René betreffen zijn slaapproblemen en zijn nachtmerries. Het slechte slapen leidt tot concentratieproblemen en wantrouwen. Het wantrouwen wordt verder versterkt door het vele malen en nadenken over zijn problemen. Zijn concentratieproblemen zorgen ervoor dat hij veel vergeet en dat vindt hij erg storend. Zijn slaapproblemen zijn erg groot, hij slaapt heel licht en is zeer waakzaam. Doordat hij slecht slaapt, moet René zich echt uit bed trekken. Hij werkt twee ochtenden in de week in het asiel, en voor de dieren komt hij zijn bed uit. Omdat het werk vrijblijvend is, lukt het hem ook om dit te blijven doen. René heeft verder ook veel herbelevingen. Als zijn onderbuurvrouw een vuurkorf aan heeft gestoken, ruikt hij de brandende huizen uit Kosovo. Hij woont nu in een wijk waar veel ruzie is en veel geluidsoverlast en dat maakt hem erg prikkelbaar. Daarom gaat hij binnenkort ook verhuizen naar een rustigere buurt. Verder kampt René met een schuldgevoel, dat ook naar hemzelf gericht is. Hij vindt het erg moeilijk om te accepteren, dat hij niet meer kan werken en niet kan meedraaien in de maatschappij. Buiten deze psychische klachten heeft René ook veel last van zijn maag. Hij heeft altijd het gevoel honger te hebben en eten staat hem ook tegen.

Wat René vooral nodig heeft om te leren leven met zijn PTSS is rust. Ook zou het erg prettig zijn, als hij meer financiële zekerheid had, want nu moet hij nog om het jaar gekeurd worden en dat levert extra spanningen op.

Sociale omgeving

De ouders van René weten, dat ze de situatie niet kunnen veranderen. Ze accepteren nu hoe hij is en ze helpen hem als dat nodig is. Zijn vader helpt hem met brieven en de post. Als hij dat zelf moet doen, raakt hij totaal gestrest. Zijn ouders zijn ook de reden, dat hij nog probeert mee te doen in de maatschappij; anders was hij waarschijnlijk met zijn rugzak op weggegaan en ergens in een bos gaan wonen waar het rustig is. René heeft een broer, maar die ziet hij eigenlijk nooit, ze hebben eigenlijk niets meer met elkaar. René geeft aan, dat hij zijn broer ook niet mist. Dat heeft te maken met gevoel en gevoelens heeft René niet meer. René heeft niet veel vrienden. Hij zit al sinds zijn 18^e in het leger en ook daardoor had hij buiten dienst weinig vrienden meer. Hij heeft op dit moment drie vrienden, alle drie veteranen met een PTSS. Daar heeft hij ook genoeg aan. Hij wil alleen maar vrienden die hij kan vertrouwen en dat heeft hij niet snel bij mensen. Soms mist René wel een partner, maar hij is nu al zolang alleen, dat het waarschijnlijk ook moeilijk is om een partner te vinden die met zijn ziekte om kan gaan. René zou dan het liefst een Latrelatie hebben, omdat hij dan toch een stuk voor zichzelf heeft.

Hulpverlening

Het volgende schema laat zien welke contacten René heeft gehad met hulpverlening.

Waar	Wanneer	Waarvoor
GGZ Groningen	2003 (van juli tot december)	Vaststelling diagnose PTSS en gesprekken over PTSS.
Veteraneninstituut (maatschappelijk werk)	2004	René heeft een boze brief naar het Veteraneninstituut gestuurd naar aanleiding van het tv-programma '4 in het Land' over het veteranenbeleid in Nederland. De volgende dag was er een maatschappelijk werker.
GGZ Winschoten	2006 - 2007	Lotgenotencontactgroep., waar hij nu mee gestopt is, omdat het door de dagbehandeling te zwaar werd
Individuele therapie	2006 - heden	EMDR therapie
GGZ Assen	2007 - heden	Dagbehandeling speciaal voor jonge veteranen

Medicijnen

René gebruikt Flufoxamine, wat zorgt voor wat rust. Het vlakt de negatieve, maar ook de positieve pieken wat af. Door het gebruik van de medicijnen is zijn geheugenverlies groter geworden. Daarnaast blowt René 's avonds om rustig te worden voor het slapen. Dat kan hij redelijk goed in slaap komen en het zorgt ervoor dat zijn stressniveau wat lager is.

Hulpverlening: beoordeling en adviezen

Voor René is het belangrijk, dat zijn maatschappelijk werker hem vertelt, waar hij recht op heeft. Hierdoor houdt René overzicht en het geeft hem een bepaalde rust, dat hij iemand heeft die op hem let. Daarnaast vindt René zijn therapeute heel prettig, aangezien hij daar zijn verhaal kan doen. Hij gaat nog steeds naar de dagbehandeling van de GGZ, omdat hij hoopt dat hij daar nog wat aan kan hebben. Voor René is de lotgenotencontactgroep vooral prettig, omdat het een groep is met dezelfde problemen; hij weet nu dat hij niet alleen is. Wat René vooral gemist heeft, is belangstelling van de kant van Defensie. Er is vanuit Defensie nooit gevraagd, hoe het met hem gaat en of hij wat nodig heeft. Daarnaast heeft hij het gevoel, dat het ABP er vooral mee bezig is om te kijken of men zijn uitkering kan verlagen.

Hij raakt van de keuringen erg gespannen, wat een wrang gevoel geeft. Tenslotte vindt René het jammer, dat er weinig leeftijdsgenoten in de lotgenotencontactgroep zitten. Hij ziet veel verschillen in de uitzendingen die er in zijn tijd waren en die er nu zijn. Tips die René heeft zijn: weet als maatschappelijk werker waar je het over hebt en verdiep je daarom in de Defensie-materie. Dat geeft ook vertrouwen naar de veteraan toe. Daarnaast zou René meer van Defensie willen zien. Hij vindt, dat het ministerie verantwoordelijkheid moet nemen voor de veteranen. Bij de lotgenotencontactgroepen zou René graag een scheiding zien tussen de Libanon-gangers en de jongere veteranen.

Toekomstbeeld

René denkt niet teveel na over zijn toekomst, want daar wordt hij alleen maar depressief van. Hij weet, dat werken niet meer gaat lukken door zijn concentratieproblemen. Zolang hij genoeg heeft om rond te komen, kan hij zijn leven daar wel op aanpassen. René wil vooral weer plezier krijgen in het leven en meedoen met de maatschappij.

'Op missie gaan' opnieuw beoordeeld

René is heel duidelijk in zijn uitspraken hierover: ja, hij zou direct weer gaan. Ondanks dat hij 50% slechte dingen meemaakt, heeft hij voor zijn karakter dingen meegemaakt die 'goed zijn'. Hij waardeert nu kleine dingen veel meer dan voor zijn uitzending.

5.33 Patrick

Achtergrond

Patrick is beroepsmilitair geweest van oktober 1991 tot februari 2000. Tijdens zijn uitzending naar voormalig Joegoslavië, van 26 december 1994 tot 30 mei 1995, was hij korporaal en zijn taak bestond uit konvooibegleiding. Wat er voor Patrick vooral uitspringt als hij naar zijn uitzending kijkt, is de complete machteloosheid. Hij was er om mensen te helpen, maar er waren drie partijen die alle drie de Nederlandse militairen niet in het gebied wilden helpen. Als bijvoorbeeld de Serven die dag het konvooi er niet langs wilden laten, konden de Nederlanders er ook echt niet langs. Dit zorgde voor een hoop frustraties en voor weinig hoop op succes van de missie.

Voornaamste klachten

De voornaamste klachten van Patrick betreffen zijn geheugen en zijn concentratieproblemen. Patrick vergeet alles: hij doet er bijvoorbeeld al drie weken over om zijn tandarts te bellen. Hij kan zich ook niet meer goed concentreren op dingen zoals lezen, want zodra er ook maar iets gebeurt, dan is zijn concentratie weg. Patrick heeft ook slaapproblemen, maar die heeft hij ondertussen geaccepteerd, die veranderen niet meer. Er zijn ook gevoelsproblemen. Zo zegt Patrick dat hij geen angst meer heeft. Hij is zo alert, dat er nu weinig tot geen dingen gebeuren die hij niet in de gaten heeft. Dit is ook een automatisme. Patrick vindt het moeilijk om mensen te vertrouwen. Hij vertrouwt niemand, totdat die ander heeft bewezen, dat hij vertrouwd kan worden, maar die acceptatie kan wel een halfjaar tot een jaar duren. Patrick is ook snel geïrriteerd. Als hij tegen zijn vrouw zegt, dat ze iets moet doen, dan moet dat ook meteen gebeuren, anders is hij al geïrriteerd. Door alle irritatie bouwt hij zijn woede op en het lukt hem niet om tot tien te tellen en zo zijn woede te beheersen. Patrick heeft moeite met uit bed komen. Dat heeft vooral te maken met het feit, dat hij niet uitgeslapen is. Hij komt uit bed, omdat zijn dochter hem nodig heeft. Zijn PTSS heeft een grote verandering in het leven van Patrick gebracht. Hij is zijn baan verloren en ook vindt hij, dat hij sociaal compleet is ingestort.

Hij kan niet meer gelukkig zijn, zoals hij was voor zijn uitzending,. Naast psychische klachten heeft Patrick ook lichamelijke klachten. Hij heeft vaak spierpijn, doordat hij gespannen is. Daar krijgt Patrick ook vaak hoofdpijn van. Zijn spierpijn zit vooral in zijn rug en dat heeft geleid tot een hernia. Ook heeft hij last van ontstekingen in zijn lichaam, die erger worden als hij veel stress ervaart. Om om te gaan met zijn PTSS heeft Patrick vooral rust en regelmaat nodig.

Sociale omgeving

De vrouw van Patrick kon in het begin erg moeilijk omgaan met zijn situatie, ook al omdat zij het vaak op zichzelf betrok. Zijn vrouw heeft ook een burn-out gehad omdat het allemaal te zwaar voor haar werd. Nadat ze therapie gehad heeft, kan ze er beter mee omgaan en gaat het tussen hen tweeën ook een stuk beter. Patrick heeft heel veel steun aan haar en zou niet weten, of het zonder haar steun gelukt was om de ziekte te accepteren. Zijn ouders hebben het er vrij moeilijk mee gehad. Zijn vader kon het pas na een lange tijd van ontkenning accepteren, dat zijn zoon veranderd was. Zijn zus, die in de verpleging werkt en wel zag, dat er iets niet in orde was, heeft het lang niet willen zien. De zwager van Patrick zei, toen Patrick in de ziektewet zat, dat zijn zwager lui op de bank zat. Toen bij Patrick de diagnose PTSS gesteld was, hebben Patrick, zijn vrouw, zijn ouders en zijn zwager en zus een gesprek gehad met de maatschappelijk werker van Patrick. In dat gesprek is er uitgelegd, wat een PTSS is en de aanwezigen konden ook vragen stellen. De contacten met zijn vrienden zijn heel erg veranderd. Voor zijn uitzending was hij vaak in het uitgaansleven te vinden, na zijn uitzending niet meer. Hij heeft nu nog één goede vriend, ook een veteraan met een PTSS. Verder heeft hij wat contacten via msn. Patrick vindt het ook wel prima zo. Thuis voelt hij zich het veiligst, wel voor 90%. Als hij tien vrienden heeft, moet hij ook naar tien verjaardagen en dat is te stressvol voor hem.

Hulpverlening

Het volgende schema laat zien welke contacten Patrick heeft gehad met de hulpverlening.

Waar	Wanneer	Waarvoor
Veteraneninstituut (maatschappelijk werk)	2004	Doordat Patrick op het werk vast liep, is hij privé ook ingestort. Toen heeft hij het Veteraneninstituut gebeld voor hulp. Diagnose PTSS november 2004.
Individuele therapie	2005/2007	EMDR therapie
GGZ Assen	2007, na 3 maanden gestopt	Dagbehandeling voor jonge veteranen. Patrick is gestopt omdat hij niet het idee had dat hij er veel aan had.
GGZ Assen	2004/2007	Lotgenotencontactgroep.

Medicijnen

Patrick gebruikt citalopram (een antidepressivum) om de grote pieken en dalen te verminderen. Ook heeft Patrick oxazepam liggen voor eventuele noodgevallen, maar dit gebruikt hij niet zoveel. Daarnaast gebruikt hij visolie voor zijn cholesterol en hij neemt extra vitaminen om zijn weerbaarheid te vergroten. Om in slaap te kunnen komen gebruikt Patrick wiet, op voorstel van zijn psychiater. Voor hem werkt dit het beste.

Hulpverlening: beoordeling en adviezen

Patrick vindt het maatschappelijk werk erg goed gaan. Zijn maatschappelijk werker stuurt hem via de korte weg naar de juiste weg. Door het maatschappelijk werk is Patrick doorgestuurd naar individuele therapie voor EMDR therapie. De EMDR is Patrick goed bevallen. De herbelevingen en de nachtmerries zijn er een stuk minder van geworden.

Ook het lotgenotencontact vindt hij waardevol: het heeft hem vooral het inzicht gegeven, dat hij niet alleen is in zijn problematiek. Het heeft voor Patrick de eenzaamheid weggehaald. Wat Patrick gemist heeft bij de dagbehandeling van de GGZ Assen is de kennis over een PTSS. Hij vindt, dat ze teveel bleven plakken aan hun methodisch werken en dat ze niet in de gaten hadden dat ze veteranen met een chronische PTSS behandelden. Tenslotte vindt hij het verloop in de lotgenotencontactgroep erg moeilijk, zo moeilijk zelfs dat dit zorgde voor een terugval bij Patrick. De belangrijkste tip van Patrick is vooral, dat een nieuwe maatschappelijk werker moeten weten, waar ze over praten. Ze moeten weten wat een PTSS inhoudt en weten hoe de militaire wereld in elkaar zit. Voor de GGZ heeft Patrick de tip, dat ze meer moeten kijken naar de individuele personen in de dagbehandeling. Ze moeten daarbij niet continu op hun methodiek willen blijven zitten en ze moeten luisteren naar de veteranen. Voor de lotgenotencontactgroep zou hij graag zien, dat de groep blijft zoals hij is, zonder verloop erin. Zijn laatste tip is voor de keuring van Defensie. Het ABP zit namelijk in Hoog Catharijne, waar het heel erg druk is. Een bezoek aan dat kantoor is voor een veteraan bijna niet te doen, vanwege diens hyperalertheid. Patrick zou liever zien, dat de ABP-arts bij de veteraan thuis zou komen om te zien hoe het met de veteraan is.

Toekomstbeeld

Op dit moment leeft Patrick per dag en kijkt hij ook per dag naar de problemen. Dan hoeft hij zich daar ook geen zorgen over te maken. Hij zou graag in de toekomst een rustige plek vinden. Hij wil erg graag verhuizen, maar daar heeft hij geen geld voor. Hij wil graag een woonsituatie waarin hij in zijn tuin kan werken zonder dat de buurman meteen komt kletsen. Hij wil rust aan zijn hoofd.

'Op missie gaan' opnieuw beoordeeld

Patrick zou zeker weer op missie gaan, maar dan niet voor zichzelf. Hij zou gaan, zodat andere mensen niet hoefden te gaan. Maar als hij alleen naar zijn eigen situatie zou kijken, zou hij niet gaan. Als hij nadenkt, dan zou hij ook geen beroepsmilitair meer worden.

5.3.4 Sjors

Achtergrond

Sjors is als beroepsmilitair tweemaal uitgezonden, de eerste keer van oktober 1993 tot maart 1994 als gewondenverzorger naar Joegoslavië, daarna in augustus 1994 vier weken naar Rwanda. Zijn taken in Joegoslavië waren: het verzorgen van gewonden, het contact houden met alle militairen in de sector van de UN Protected Area, huisartsenvisites draaien en de arts waarnemen, aangezien deze er nooit was. In Joegoslavië was Sjors verantwoordelijk voor gewonde militairen. Wat er voor Sjors heel erg uitspringt in zijn uitzending naar Joegoslavië is, dat hij daar altijd inzetbaar moest zijn. In Joegoslavië heeft Sjors veel bedreigingen meegemaakt, wat hem een continu gevoel van onveiligheid gaf. In Rwanda vond Sjors vooral de extreem vele doden een heftig iets. Door de massaliteit deed hij dingen, die hij nog nooit eerder had gedaan of had meegemaakt. Hij moest bijvoorbeeld beslissen wie er wel of niet in aanmerking kwam voor een behandeling. Hij moest als het ware God spelen.

Voornaamste klachten

De voornaamste klachten van Sjors zijn moeheid, herbelevingen, concentratieproblemen, verhoogde alertheid, onveiligheid, angst en een aantal lichamelijke klachten.

Sjors slaapt drie uur per nacht, met een slaappil vier uur. 's Ochtends gaat het wel met hem, maar 's avonds is hij erg moe en dan kan Sjors lichamelijk en geestelijk ook weinig hebben. Sjors heeft veel herbelevingen, vooral door geuren. De geur van houtvuur associeert hij met de houtvuurtjes in de kampen van Rwanda. Ook geluiden spelen een rol. Zo merkt Sjors, dat het horen van bepaalde muziekstukken hem herinnert aan Joegoslavië. Sjors heeft een continu verhoogde alertheid. Hij kijkt altijd om zich heen en hij let op, waar geluiden vandaag komen. Doordat hij zo alert is, heeft hij veel concentratieproblemen. Hij kijkt naar kortdurende humoristische series op tv, want die concentratie kan hij wel opbrengen.

Tenslotte heeft Sjors angst om zijn uitkering te verliezen. Dit brengt veel financiële onrust met zich mee. Als Sjors heel gespannen geslapen heeft, heeft hij veel last van spierpijn. Andere lichamelijke klachten zijn lage rugpijn, vooral als Sjors veel stress heeft. Hij heeft een verhoogde bloeddruk en veel maag- en darmklachten. Sjors ziet zijn PTSS als een handicap. Hij kan door zijn PTSS niet meer werken en heeft niet meer die hechte relatie met zijn partner zoals hij die eerst had. Sjors heeft er ook positieve dingen uitgehaald. Zo heeft hij nu een goede vriendschap opgebouwd met een andere veteraan met een PTSS. Een heel positieve ervaring was voor Sjors het meewerken aan een toneelvoorstelling over veteranen met een PTSS. Sjors geeft aan dat hij behandeling, rust en regelmaat nodig heeft om te leren leven met zijn PTSS en dat hij zich erg veel hecht aan zijn partner. Daarnaast vindt hij het prettig dat hij terug kan vallen op zijn maatschappelijk werker. Ook vrienden zijn belangrijk, vooral medeveteranen. Zij weten wat een PTSS is en hoe je ermee om kunt gaan.

Sociale omgeving

De partner van Sjors is erg beschermend naar hem toe. Zijn partner vangt hem op, als het niet goed met Sjors gaat. Sjors geeft aan: 'Mijn partner is de reden dat ik er nog ben.' De ouders en de zus van Sjors hebben het er heel moeilijk mee. Ze herkennen hem niet meer. Het contact is twee tot drie jaar verbroken geweest, maar het is op een duur weer verbeterd, doordat zijn partner zijn ouders heeft uitgelegd wat een PTSS inhoudt. Hierdoor is er ook weer begrip voor elkaar ontstaan. Zijn ouders en zus houden nu rekening met hem, bijvoorbeeld op verjaardagen. Dan komt Sjors wat eerder op de dag, als er nog geen bezoek is. Sjors geeft aan dat hij heel veel vrienden verloren heeft. Deze contacten kostten hem op den duur meer energie dan dat ze opleverden voor hem. De buurjongen van Sjors is ook veteraan, zonder een PTSS, en daar kan hij heel goed mee praten. In principe mist hij niet veel in zijn sociale contacten. Hij heeft liever contacten waar hij zich veilig bij voelt. Sjors vindt, dat ze hem als Sjors moeten behandelen en niet als Sjors met een PTSS.

Hulpverlening

Het volgende schema laat zien welke contacten Sjors heeft gehad met hulpverlening.

Waar	Wanneer	Waarvoor
Veteraneninstituut (maatschappelijk werk)	2003	Doordat er bij een reünie van Rwanda een presentatie gegeven werd over PTSS, heeft hij hulp gezocht bij het VI.
GGZ Assen	2007	Dagbehandeling voor Jonge veteranen. Sjors is er een tijd mee gestopt, maar start binnenkort weer hiermee.
Individuele therapie	2005 tot heden	Eerst therapie gehad, sinds kort heeft hij EMDR Therapie
MGGZ	2003/2005	Psychomotorische training, creatieve therapie en <i>exposure therapie</i> . <i>Exposure therapie</i> vond hij geestelijk zwaar uitputtend. Voor hem heeft het niet gewerkt.
GGZ Assen	2004 tot heden	Lotgenotencontactgroep

Medicijnen

Sjors neemt sinds kort paroxetine (een antidepressivum). Het bevalt hem goed, de pieken en dalen zijn minder heftig geworden. Daarnaast heeft hij bloeddrukmedicatie en zoplicon als slaapmedicatie. Dit bevalt Sjors goed, al mag hij ze maar drie keer in de week nemen, vanwege de zeer verslavende werking. Dit levert hem wel vier goede slaapuren op.

Hulpverlening: beoordeling en adviezen

Sjors geeft aan zijn maatschappelijk werker goed te vinden. Hij is zijn 'back up', als dat nodig is. De dagbehandeling bij de GGZ is vooral prettig vanwege het lotgenotencontact en vanwege de aanwezigheid van zijn maatschappelijk werker. De hulpverlening via de MGGZ was goed geregeld. Er zat structuur in en er was een duidelijk traject. Sjors wist, wat hij kon verwachten en dat werkte erg prettig. Zijn individuele therapeute geeft Sjors een veilig gevoel. Hij durft met haar zaken te delen, die hij nog nooit tegen een ander heeft verteld. Sjors geeft aan het lotgenotencontact erg prettig te vinden, omdat hij nu weet dat hij niet alleen is.

Sjors heeft wel informatie gemist, op het moment dat hij daar behoefte aan had. Hij had graag een map gezien van het maatschappelijk werk met informatie over de voorzieningen waarvan gebruik gemaakt kan worden. Wat hij jammer vond bij het MGGZ was, dat het erg ver weg was. Daarnaast vond hij dat hij tijdens de behandeling te weinig handvatten had gekregen om de opgedane kennis toe te passen in het dagelijkse leven. Bij de dagbehandeling van de GGZ mist Sjors vooral structuur. Sjors heeft als tip voor het maatschappelijk werk, dat men zich beter moet profileren. Hij zou graag zien, dat er veteranen gekoppeld werden aan de maatschappelijk werker. Als veteraan begrijp je de problemen en kun je taken wegnemen bij het maatschappelijk werk, als dat nodig mocht zijn. Voor de GGZ heeft Sjors de tip, dat men zich meer moet richten op de individuele cliënt, ook al is het een groepstherapie. Men moet structuur aanbrengen en kijken wat iedere cliënt nodig heeft. Sjors vindt, dat Defensie meer verantwoordelijkheid en betrokkenheid moet laten zien voor de ontstane problemen.

De laatste tip van Sjors is, dat de lotgenotencontactgroepen moeten blijven, zoals ze zijn. Nu is er verloop in de groepen en dat zorgt voor een terugval bij de veteranen die al langer in de groep zitten. Verder zou hij graag zien, dat er meer groepen kwamen op verschillende locaties. Deze zouden georganiseerd kunnen worden in buurthuizen.

Toekomstbeeld

Volgens Sjors is zijn toekomst 'morgen'. Hij hoopt, dat de EMDR aanslaat en dat alles daardoor een betere plek krijgt, maar verder dan morgen kan hij nu niet kijken. Hij wil ook weer plezier in het leven hebben en hij wil rust, niet alleen in zijn doen en laten, maar vooral in zijn hoofd.

'Op missie gaan' opnieuw beoordeeld

Ook achteraf bekeken, zou Sjors zeker weer op missie gaan. Hij houdt van de hang naar sensatie en adrenaline.

*Í€*c>ázvċ> V - «CiYznvvlUng, conclusies en **aanbevelingen**
Biz.*

6.1	Samenvatting	48
6.2	Conclusies	52
6.3	Aanbevelingen	54

Hoofdstuk 8 - Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

In hoofdstuk zes geef ik als eerste een samenvatting van de voorafgaande hoofdstukken. Daarna beschrijf ik mijn conclusies en aanbevelingen.

6.1 Samenvatting

Hoofdstuk 1

Er zijn in Nederland ongeveer 45.000 jonge veteranen, dat wil zeggen militairen die vanaf 1977 tot heden minimaal drie maanden gediend hebben in vredesmissies. Veel van deze militairen hebben tijdens hun uitzending schokkende zaken beleefd. Als iemand een emotionele schokkende gebeurtenis meemaakt, kan dit hem zo hevig laten schrikken, dat daarmee zijn emotionele, lichamelijke en cognitieve stabiliteit verstoord raakt. Deze verstoring gaat gepaard met gevoelens van machteloosheid, met acute ontwrichting en met de verschrikking van het meemaken van de traumatische ervaring. Na een uitzending kunnen daardoor lichamelijke en psychische klachten ontstaan. De grootste problematiek die hierbij voorkomt, is de posttraumatische stressstoornis, de PTSS. In het uitzendgebied ervaren de meeste militairen een continue stress, die na terugkomst niet direct weggaat. Het is daardoor moeilijk vast te stellen of een militair na zijn uitzending last heeft van aanpassingsproblemen, of dat zijn gedrag een begin toont van een PTSS. De PTSS werd vanaf de Vietnamoorlog in grote omvang bestudeerd, in het begin vooral door de Vietnam-veteranen zelf, later ook door de Veterans Administration, een Amerikaanse overheidsinstelling. Uit het onderzoek van de Veterans Administration kwam naar voren, dat er een directe relatie was tussen de klachten van de veteranen en het oorlogsgeweld waaraan ze blootgesteld waren. Dit alles leidde er toe dat in 1980 de term PTSS officieel werd opgenomen in het DSM classificatiesysteem. De vatbaarheid voor een PTSS is verschillend per bevolkingsgroep. Zo hebben vrouwen een tweemaal grotere kans op een PTSS dan mannen. Jongere mensen en kinderen blijken ook vatbaarder te zijn voor de ontwikkeling van een PTSS. Uit een recent onderzoek is echter gebleken dat jonge militairen niet vatbaarder zijn voor de ontwikkeling van een PTSS dan hun oudere collega's. Daarnaast kunnen erfelijke factoren, zoals een psychisch stoornis in de familie of bij de getraumatiseerde zelf, van invloed zijn op de ontwikkeling van een PTSS. Ook een risicovol beroep en een laag opleidingsniveau geven een grotere kans op een PTSS.

Hoofdstuk 2

Wij spreken van een PTSS, als er een verwerkingsstoring heeft plaatsgevonden na het ondergaan van een traumatische gebeurtenis. Als wij kijken naar de karakteristieken van een PTSS, kan er een tweedeling gemaakt worden in primaire en secundaire symptomen. De primaire symptomen zijn de uitgangspunten voor de diagnostische criteria volgens het DSM-IV classificatiesysteem, de secundaire symptomen zijn kenmerken die aansluiten bij de primaire symptomen. Bij de primaire symptomen van een PTSS vinden we drie clusters, namelijk: 'herinneren en herbeleven', 'ontkennen en vermijden' en 'waakzaam en prikkelbaar'. Bij het cluster 'herbeleving' ervaart de getraumatiseerde het oorspronkelijke gevaar van het trauma continu, ondanks het feit dat dit gevaar weg is. Het trauma zou verwerkt moeten worden in de al bestaande cognitieve modellen, maar dat lijkt zich bij een PTSS niet te voltooien. Zodra het doorleven, het doorwerken en de verwerking van een traumatische gebeurtenis stil komt te staan, kan het cluster 'vermijden' ontstaan.

Door het vermijden van bedreigende omstandigheden en de bijbehorende prikkels ontstaat er op diverse gebieden vervlakking: men voelt bijvoorbeeld een verminderde binding in het leven en allerlei emoties worden sterk vervlakt. Bij vervlakking treedt een gesteldheid van totale machteloosheid op, die leidt tot het opgeven van verzet. Deze situatie kan naast angst en woede ook rust en afstandelijkheid oproepen. De veranderingen in de waarneming worden gecombineerd met passiviteit en emotionele terughoudendheid. Het derde cluster, 'hyperactivering', zorgt ervoor dat na een trauma iemands inwendige alarmstatus permanent hoog staat afgesteld. Symptomen die bij hyperactivering en prikkelbaarheid horen, zijn: snel geïrriteerd en agressief zijn, snel de aanval zoeken en vijandig zijn. Daarnaast leidt hyperactivering vaak tot woedeaanvallen en tot concentratieproblemen. Door de hyperactivering hebben chronisch getraumatiseerden geen basale lichamelijke rust, want de herbelevingen versterken alle hyperactiveringsverschijnselen van een PTSS. Het gebrek aan rust heeft allerlei somatische klachten tot gevolg, zoals hoofdpijn, maag- en darmklachten of rugpijn.

Bij een PTSS is de stabiliteit van het psychobiologische evenwicht hevig verstoord en dat heeft gevolgen voor de hersenen. Zo is ontdekt, dat de hippocampus bij een PTSS tussen de acht en twaalf procent kleiner kan worden en dat leidt tot een aangetast korte termijngeheugen en tot een verstoorde pijnregulatie. Veteranen met een PTSS blijken ook een dunnere hersenschors te hebben, in het gedeelte waar de herinneringen worden opgeslagen en waar de oriëntatie wordt geregeld. Een PTSS is vaak moeilijk herkenbaar, doordat er verschillende oorzaken een rol bij spelen. Eén van die moeilijkheden is, dat het trauma vaak ver weg is gestopt, waardoor het lastig is om de aanwezige symptomen in samenhang te brengen met het trauma. Een opvallend verschijnsel bij een PTSS is, dat het jaren kan duren voordat de symptomen zichtbaar worden. Dit verschijnsel, ook wel 'latentie' genoemd, is een extra moeilijkheid bij de herkenning van een PTSS.

In het volgende gedeelte probeer ik mijn vraagstelling te beantwoorden.

Hoofdstuk 3

Na een uitzending heeft een militair of een veteraan tijd nodig om de beleefde gebeurtenissen en de daarbij horende emoties te verwerken. Om deze gedachten en gevoelens goed te kunnen verwerken, is een stabiel sociaal netwerk erg belangrijk. Niettemin ontstaat er juist na een uitzending moeite om de gevoelens met de omgeving uit te wisselen. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat veteranen zonder steun uit hun sociale omgeving, sneller een PTSS ontwikkelen. De kwetsbaarheid die iemand met een PTSS ervaart, kan leiden tot een verhoogd risico op suïcidaliteit. Een van de belangrijkste factoren om suïcidaal gedrag te kunnen voorkomen, is een stabiele sociale omgeving. Naast de sociale omgeving heeft ook de samenleving zelf invloed op de militair of veteraan. In Nederland is er soms weinig maatschappelijk steun voor veteranen, wat er voor zorgt dat veteranen zich niet begrepen en niet erkend voelen. De erkenning die ze zoeken bij de maatschappij vinden ze niet, omdat de maatschappij zich niet kan inleven in de handelingen die in een uitzendgebied plaatsvinden. Dit heeft als gevolg dat een veteraan altijd op zoek blijft naar zijn erkenning. Door de zoektocht naar erkenning kan er bij een ernstige chronische PTSS affectdisregulatie ontstaan en daardoor worden woede en agressie, suïcidaal gedrag en impulsiviteit niet op de juiste manier verwerkt.

Een manier om met deze affectdisregulatie om te gaan, is het op zoek gaan naar spanning. Spanning zoeken zorgt er niet alleen voor, dat men zich levendig en capabel voelt, maar het roept ook het stressgevoel op dat men tijdens de traumatische ervaring had. Daarnaast zorgt het risico- en sensatiezoekend gedrag voor een verhoogde hoeveelheid endorfinen in het lichaam.

Er zijn heel veel verschillende manieren om met de gevoelens na een trauma om te gaan. Een van die vormen van 'coping' is het zich storten op het werk, een compleet andere is om verdovende middelen te gaan gebruiken. Toch is de basis hetzelfde: de coping zorgt ervoor dat de getraumatiseerde zijn gevoelens af kan zwakken. Dit kan gepaard gaan met alexithymie, wat betekent dat de getraumatiseerde zijn gevoelens niet meer onder woorden kan brengen. Door de alexithymie kunnen getraumatiseerden vaak geen verbanden meer leggen tussen de gebeurtenissen en de daarbij horende gevoelens. Het gebruik van verdovende middelen, zoals alcohol en drugs, is feitelijk eenzelfde soort coping. De middelen worden gebruikt om herbelevingen en nachtmerries onder controle te houden en zo zorgen zij voor een ontspannen gevoel, waarbij angsten worden afgevlakt. Tenslotte zijn ook slaapproblemen een groot onderdeel van een PTSS. Hierbij kan gedacht worden aan het moeilijk inslapen, het onregelmatig slapen en het hebben van nachtmerries. Deze klachten zijn moeilijk te behandelen, terwijl ze de ziekte zwaar maken.

Hoofdstuk 4

Het maatschappelijk werk aan veteranen in Nederland wordt verzorgd door 'de Basis' en het Veteraneninstituut. Via het centraal aanmeldingpunt kunnen veteranen zich aanmelden voor zorg. Mocht het nodig zijn, dan komt er een maatschappelijk werker langs bij de hulpvrager. Naast individuele hulpverlening biedt de Basis ook lotgenotencontact. Deze lotgenotengroepen zorgen ervoor, dat veteranen zich niet alleen voelen in hun problematiek. In Nederland zijn er diverse zorginstellingen die gespecialiseerde zorg bieden aan jonge veteranen. In mijn scriptie heb ik me beperkt tot de hulpverlening in Noord-Oost Nederland. Men verwijst daar door naar landelijke organisaties zoals de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, waar klinische hulpverlening geboden wordt, de Stichting Centrum '45 waar acute opvang mogelijk is, en het Psychotrauma Diagnose Centrum, dat zorgt voor een snelle diagnosestelling. Op regionaal niveau verwijst men door naar de GGZ die lotgenotencontactgroepen verzorgt en waar dagbehandeling mogelijk is, en naar een individuele therapeute die onder andere EMDR therapie verzorgt.

In mijn scriptie heb ik de vier meest voorkomende therapieën bij een PTSS besproken. Als eerste is dat cognitieve therapie, die zich richt op de angstige cognities en denkbbeelden. De kern van de behandeling is het beheersbaar oproepen van de herinnering van het trauma en het laten afnemen en verdwijnen van angst en vermijding. Agressieregulatie kan een onderdeel zijn van deze cognitieve therapie. Het gaat er daar bij om te leren omgaan met macht, beïnvloeding, het geven en ontvangen van feedback en het zich bewust worden van het eigen gedrag. Een tweede therapie is de psycho-educatie. Dit is een informatieoverdracht naar de cliënt en/of zijn omgeving toe om duidelijkheid over en acceptatie te geven van de ziekte PTSS. Als derde is er 'imaginaire exposure', waarbij men zich blootstelt aan gedachten die gecontroleerd worden opgeroepen. Het doel hiervan is het doorbreken van de vermijding van herbelevingen, waardoor de emoties bij de herinneringen minder worden. Als laatste is de EMDR therapie beschreven, voluit de Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapie.

Tijdens de sessies wordt aan de cliënt gevraagd om zich te concentreren op het trauma en tegelijk vingerbewegingen of geluiden te volgen. Na deze oefening moet de cliënt het beeld uit zijn gedachten zetten. Hierna moet de cliënt de herinnering weer oproepen en aangeven hoeveel angst er weg is. Deze oefeningen gaan door tot het angstgevoel weg is.

Ook medicijnen kunnen een rol spelen bij de behandeling van een PTSS. In onze hersenen zijn diverse stoffen actief, de zogenoemde neurotransmitters, om ervoor te zorgen dat de delen in de hersenen informatie naar elkaar overbrengen. Bij een PTSS is er een onbalans in deze stoffen. Antidepressiva blijken deze onbalans recht te kunnen zetten. Benzodiazepinen geven minder goede resultaten bij een PTSS en zijn sneller verslavend.

Hoofdstuk 5

In de vier interviews die in hoofdstuk 5 zijn weergegeven, komen vaak dezelfde zaken naar voren. Zo blijkt bijvoorbeeld, dat de veteranen veel machteloosheid voelden tijdens hun uitzending. Ze zagen veel gebeuren en zij konden niets doen. Die machteloosheid is iets waar ze erg moeilijk mee om kunnen gaan. In de interviews komen de volgende klachten als de voornaamste naar voren: slaapproblemen, nachtmerries, hoofdpijn, spierpijn, verhoogde alertheid, concentratieproblemen en een hoog wantrouwen naar mensen toe. Daarnaast komt woede vaak voor bij de veteranen. Een van de veteranen slikte zijn woede in en kan daardoor een hele tijd stil blijven, totdat hij explodeert. Een andere veteraan geeft aan zelf weinig last van te hebben van zijn agressie, maar dat vooral zijn gezin er onder lijdt.

Voor alle vier geldt, dat ze vooral rust en structuur nodig hebben om om te gaan met hun PTSS. Een andere overeenkomst is, dat ze het allemaal erg moeilijk vinden dat ze niet meer werken en daardoor buiten de maatschappij staan. Ook hebben ze allemaal veel vrienden verloren hebben, al geeft dit soms ook rust. Een veteraan gaf aan: 'Met tien vrienden heb ik ook tien verjaardagen, en dat zijn tien dagen met stress'. Wat voor de veteranen belangrijk is, is de steun van hun partner of van hun ouders. Ze weten, dat ze veel eisen van hun partner en dat de partner een zware taak heeft, maar door hun partner en door hun kinderen houden ze hoop. Een van de vier veteranen is vrijgezel en voor hem zijn zijn ouders de enige reden dat hij probeert mee te draaien in de maatschappij. De sociale omgeving is belangrijk voor de veteraan, al is die omgeving niet groot. Maar ze hebben liever één persoon waar ze 100% op kunnen vertrouwen, dan tien mensen die zij maar voor 90% vertrouwen.

Ook in hun antwoorden op de vragen naar de hulpverlening zitten veel overeenkomsten. Zo hechten ze veel waarde aan het contact met lotgenoten, want daardoor voelen ze zich niet meer alleen. Daarnaast vinden ze het erg belangrijk, dat hun maatschappelijk werker er voor hen is en dat hij ook weet, waar zij het over hebben. Vooral de kennis over het defensieleven, vinden ze een pre voor de hulpverlening. In de diverse behandelingen vinden ze het vooral belangrijk dat er structuur en veiligheid is en dat er gerichte hulpverlening plaatsvindt. Een veteraan geeft aan, dat hij graag een maatschappelijk werker had gezien alleen voor zijn vrouw. Dat zou veel stress bij hem vandaan halen. Daarnaast willen ze een duidelijker overzicht van datgene waar ze recht op hebben, zoals het recht op een hobbyvoorziening of op activiteiten bij de Basis. Wat vooral bijzonder is, is dat ze alle vier weer op missie zouden gaan. De redenen zijn divers, maar alle vier zouden het wel doen.

6.2 Conclusies

In deze scriptie heb ik geprobeerd antwoorden te vinden op mijn onderzoeksvraag:

Welke gevolgen van een PTSS beïnvloeden het dagelijkse leven van een jonge veteraan en welke aspecten zijn belangrijk in de hulpverlening hierbij?

Op basis van de beschreven theoretische begrippen en van mijn onderzoek beschrijf ik hieronder welke conclusies wij kunnen trekken.

Hulpverlening

De hulpverlening aan jonge veteranen is divers, maar beperkt. De hulpverlening biedt vele soorten hulp, maar zonder duidelijke richtlijnen, structuur en handvatten, is deze hulpverlening niet toereikend voor jonge veteranen met een PTSS. De complexe problematiek bij jonge veteranen met een PTSS leidt tot de vraag naar zorg op maat. Bovendien is er bij veel zorgaanbieders, bijvoorbeeld bij de schuldhulpverlening, bij huisartsen en jeugdhulpverlening, weinig bekend over PTSS. Dit zorgt ervoor dat de veteranen langer blijven doorlopen met hun klachten. De hulpverlening is dus zeker niet perfect, als dat al zou kunnen.

Op dit moment zorgt vooral lotgenotencontact voor veel erkenning bij de veteranen. Door dit contact voelen ze zich gesteund en begrepen en zijn ze niet alleen. Daarbij kan psycho-educatie veel inzicht geven over PTSS aan de veteraan en zijn sociale omgeving. EMDR blijkt voor de een goed te helpen, maar een andere veteraan zag weinig vooruitgang na zijn behandeling. Ook hier blijkt uit dat zorg op maat zeer belangrijk is.

Heel belangrijk voor de veteranen is het contact met de maatschappelijk werker. Zij steunen veel op hem, omdat hij weet waar hij over praat en niet oordeelt. Ze geven allen aan, dat ze het belangrijk vinden dat de hulpverlening het defensieleven begrijpt. Dat begrip geeft de veteraan veiligheid in een gesprek.

Het is een illusie te denken dat therapie en medicijnen de problemen laten verdwijnen, maar ze kunnen het leven wel dragelijker maken. Antidepressiva blijken bij drie van de vier ondervraagde veteranen goed te werken om de scherpe randen er af te halen. Daarnaast geven ze alle vier aan dat ze rust en structuur nodig om te leven met een PTSS.

Klachten bij een PTSS

Vele primaire en secundaire symptomen zijn universeel aanwezig bij alle ondervraagde veteranen. Ze geven allen aan hyperwaakzaam te zijn, zeer wantrouwend te zijn naar mensen toe, prikkelbaar en opvliegend te zijn, hoofdpijn en spierpijn ten gevolge van stress te ervaren, veel concentratieproblemen te ondervinden, slaapproblemen en nachtmerries te hebben. Door de slaapproblemen, zijn ze moe en daardoor prikkelbaar. Aggressie is geen eerste symptoom, maar een gevolg van deze moeheid en prikkelbaarheid.

Een veel voorkomende factor is het wantrouwen naar mensen toe. Dit zorgt voor een verlies van sociale contacten. Dat is soms moeilijk, maar het geeft ook veel rust. Nu kunnen ze zich richten op de contacten die belangrijk zijn en daar energie in steken. Daarbij is een partner of ouder een zeer sterke steun.

De veteranen geven allen aan het erg moeilijk te vinden, dat zij hun baan verloren hebben en daardoor ook een bepaalde maatschappelijke status kwijt zijn. Ze voelen zich hierdoor naar de rand van de samenleving gedrukt.

Er kan geen conclusie getrokken worden of jonge veteranen nu wel of niet uitgezonden moeten worden. Uit onderzoek is gebleken dat ze niet per definitie vatbaarder zijn voor de ontwikkeling van een PTSS. Het probleem is vooral dat het PTSS wel meer in het nieuws is, maar dat de kennis van symptomen en klachten bij veel veteranen ontbreekt. Door dat gebrek aan kennis blijven veel veteranen lang doorlopen met hun klachten.

63 Aanbevelingen

basis van mijn conclusies beschrijf ik hieronder **puntsgewijs** mijn aanbevelingen.

- S** Concluderend heb ik gemerkt, dat de jonge veteranen na het afzwaaien bij Defensie, weinig weten over een PTSS. In het afzwaaitraject van Defensie zou hierover meer informatie gegeven moeten worden. De veteranen krijgen wel te horen dat ze voor eventuele klachten terecht kunnen bij het Veteraneninstituut, maar er wordt hun niets verteld over de symptomen en klachten bij een PTSS. Mijn aanbeveling is om ook de primaire en secundaire symptomen van een PTSS in het afzwaaitraject te bespreken, of om informatie hierover op papier mee te geven aan de afgezwaaide veteraan.
- S** Kijkend vanuit mijn stage-ervaring naar de bekendheid van 'de Basis' en het Veteraneninstituut bij huisartsen, schuldhelpverlening of jeugdhulpverlening, constateer ik dat beide instellingen te weinig bekendheid hebben bij andere zorgaanbieders. Doordat bijvoorbeeld veel huisartsen niet op de hoogte zijn van het bestaan van beide zorginstellingen, blijven veteranen langer doorlopen met hun klachten, want ze worden niet naar de juiste instelling doorverwezen. Mijn aanbeveling hierover is, dat 'de Basis' en het Veteraneninstituut zich meer moeten profileren naar andere zorgaanbieders door een duidelijke taak- en functieomschrijving op te stellen. Dit kan via seminars, informatieavonden, speciale folders voor hulpverleners en zorginstellingen waarin de primaire en secundaire symptomen van een PTSS benoemd zijn. Hierbij kunnen ze de aandacht op de instelling vaststellen en zorgen voor meer naamsbekendheid.
- S** In de interviews met de jonge veteranen komt naar voren, dat zij allerlei informatie missen. Zo hebben zij geen duidelijk beeld van de voorzieningen of regelingen vanuit Defensie waar zij recht op hebben, of van de voorzieningen die er bij 'de Basis' in Doorn geregeld zijn (bijvoorbeeld het activiteitscentrum). Ook weten zij te weinig over wat het maatschappelijk werk de veteranen kan bieden en missen ze een uitleg over de symptomen van een PTSS. Door een map met alle informatie en telefoonnummers, kan een veteraan ook zelf zaken ondernemen en zo een deel van zijn zelfstandigheid terug krijgen.
- S** Tijdens de interviews bleek ook, dat de veteranen vinden, dat er erg weinig maatschappelijk werkers zijn die zich gespecialiseerd hebben in de veteranenproblematiek. Als hun maatschappelijk werker op vakantie is, kunnen zij wel contact opnemen met het Veteraneninstituut, maar dan krijgen ze een onbekende maatschappelijk werker op de stoep. Aangezien deze veteranen nieuwe mensen niet snel vertrouwen, is deze regeling een hoge drempel om contact te zoeken. Om het maatschappelijk werk te verlichten en eventueel uit te breiden, kan er gedacht worden om veteranen te koppelen aan een maatschappelijk werker. Deze veteranen kunnen dan eenvoudige taken overnemen van het maatschappelijk werk en kunnen zodoende een terugvalbasis zijn voor veteranen, als hun eigen maatschappelijk werker niet aanwezig is. Het lotgenotencontact zorgt voor een veilig gevoel en kan op deze manier werken als een back-up systeem voor het maatschappelijk werk.

literatuurlijst

Boeken

American Psychiatric Association (2007). **Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR** (Derde druk). Amsterdam: Harcourt Assessment B.V

Baarda, B.d & Goede, M.P M. (2006) **Basisboek Kwalitatief Onderzoek** (Tweede herziene druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Herman Lewis J. (2005). **Trauma en herstel. De gevolgen van geweld-van mishandeling thuis tot politiek geweld.** Amsterdam: Wereldbibliotheek

Meijer M.E. (2002). **Posttraumatische Stresstoornis bij Nederlandse militairen en veteranen.** Utrecht: de Tijdstroom

Schoenmaker e.a. (2005). **Trimbos zakboek psychische stoornissen.** Utrecht: De Tijdstroom

Soir de E. (2006). **Een heel klein beetje oorlog, Omgaan met traumatische ervaringen.** Arnhem: Terra Lannoo

Steehouder, M. e.a. (1999). **Leren communiceren: Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie.** (4^e, geheel herziene druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Tijdschrift artikelen

Binnen 24 uur advies over aanpak trauma. **PSYMagazine, 2006, jaargang 10nr.14,** pp.24

Een antibioticum tegen angst. Interview Agnes van Minnen. **PSY Magazine, 2007jaargang 11 nr. 1/2** pp.32-36

Emmerik A. & Bettetty E. (2007). Leven met een trauma. **Psychopraxis, 2007jaargang 9 nr 4,** pp. 160-164

Lamboo J. Geweld is van alle tijden. Maatschappelijk werk en de gevolgen van oorlog. **Maatwerk 2006, nr.07,** pp 17-19

Liempt van E. & Vermetten J.M.H & Groen de J.H.I.M & Westenberg H.G.M. (2007). Overzichtsartikel Slaapafwijkingen bij posttraumatische stressstoornis. **Tijdschrift voor psychiatrie, 2007 nr. 49,** pp. 629-638

Slachtoffers zijn vooral boos. Interview Frans Willem Winkel. **PSY Magazine, 2007 nr. 9** pp.4-8

Tomasoa A.T & Appelo M.T. Een pilot onderzoek Rationele Rehabilitatie bij de posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2007, nr.49, pp. 529-536

Krantenartikelen

Hulshof M. & Niemantsverdriet T., (25 juni 2006). Tikkende tijdbommen. *Vrij Nederland*.

Hersenen veteranen veranderen door stress (23 oktober 2006). *Spits*.

Marlet G.(01-08-2007). Missie leidt zelden tot syndroom 'Veel militairen komen er juist sterker uit'. *Trouw*

Marlet G. (2 augustus 2007). Onderzoek verwerpt cliché dat veteraan tijdbom is. *Trouw*

Mat, J. (2 december 2007). Thuis gaat de oorlog door. *NRC*

Online bestanden

Ellis LM. (april 1999). *Lichamelijke klachten en uitputting door trauma en verwaarlozing, in hoeverre doet zich dit voor bij het chronische vermoeidheidssyndroom?*

<http://www.me-cvs.nl/index.php?pageid=6433&printlink=true&highlight=Jongeren%3CSEP%3Een%3CSEP%3E CVS>.

Geraadpleegd op 24-01-2008.

Hovens J.E & Ploeg van der G J. (2002). *Hoe het trauma het gewone leven binnendrong- De geschiedenis van de PTSS sinds de negentiende eeuw.*

www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/download.php?id=167.

Geraadpleegd op 25-01-2008

Ploeg, van der H. (april 2003). *Shell shock - een schotwond in de ziel. Lezing voor het Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.*

www.wereldoorlog1418.nl/oorlogsnieuws/schotwond.htm.

Geraadpleegd op 12-03-2008.

Taams M.K & M.G.T Kwee M.G.T. (zj). *Angstboekje.*

home.wanadoo.nl/ronwil/fobievrienden/Bestanden/FVR%20Angstboekje.pdf.

Geraadpleegd op 04-02-2008.

Renssen. M. (z.j.). *Proefschrift Dissertatie: Traumatherapie na verkeersongevallen.*

www.emdr-nederland.nl/proefschrift.html.

Geraadpleegd op 06-03-2008.

Internet

Informatie over maatschappelijk werk en voorzieningen voor veteranen.

www.veteraneninstituut.nl

Geraadpleegd op 11-12-2007 (en diverse andere malen)

Maatschappelijk werk voor veteranen in Nederland.

www.de-basis.eu

Geraadpleegd op 10-11-2007 (en diverse andere malen).

EMDR bij meervoudige en langdurige traumatisering

<http://www.emdr.nl/emdrbiimeervoudige.htm>

Geraadpleegd op 01-03-2008

Leidsuniversitair Medisch Centrum. Trauma, stress en depressie gaan vaak samen.

<http://www.lumc.nl/1080/archief/2001/20010420.html#Trauma.%20stress%20en%20depressie%20gaan%20vaak%20samen>

Geraadpleegd op 13-02-2008

Posttraumatische stress-stoornis. De klap die pijn blijft doen

<http://www.psvchowiizer.nl/posttraumatische-stress-stoornis.pl9.html>

Geraadpleegd op 28-03-2008

Centrum '45.

www.centrum45.nl

Geraadpleegd op 14-02-2008

Eén loket voor trauma gerelateerde klachten.

http://www.pdcentrum.nl/nieuws/nieuws_en_media.php?npnieuws_april07

Geraadpleegd op 30-03-2008

Informatie van GGZ Assen

Terwelde Y. **Machocultuur nekt militairen**. Maart 2007, Gzicht voor professionals jaargang 4

GGZ Assen (2008). **Traumacursus GGZDrenthe-Noord, hand-out voor de cursisten**

Onderzoek

Engelhard, LM. 15 februari 2008 **Leeftijd als risicofactor van posttraumatische stress-stoornis** *Klinische en Gezondheidspsychologie*, Universiteit Utrecht

Praktijkbron

Janssen C.M.N.C. **Jaarstage bij de Basis** schooljaar 2006 - 2007 als maatschappelijk werker

Ambaum Majoor Drs. J. M. 2007, **Lunchlezing bij het Veteraneninstituut**

Bijlagen

blz.

Bijlage 1: Lijst van uitzendingen vanaf 1977	59
Bijlage 2: Het DSM-IV TR Classificatiesysteem en het PTSS	60
Bijlage 3: Interviewvragen	61
Bijlage 4: Uitwerkingen interviewvragen	63

Bijlage i - Lijst van uitzendingen vanaf 1977

Een overzicht van uitzendingen vanaf 1977.

Land	Uitzending	Afkorting	Van	Tot	Aantal militairen
Libanon	UN Interim Force in Lebanon	UNIFIL	1979	1985	9.084
Sinaï	Multinational Force and Observers	MFO	1982	1995	2.622
Perzische Golf	Oorlog tussen Iran en Irak		1987	1989	343
Zuid-Afrika	UN Transition Assistance Groep	UNTAG	1989	1990	89
Golfregio	Golfoorlog		1991	1998	2.986
Angola	UN Angola Verification Mission	UNAVEM	1991	1997	265
Cambodja	UN Advance Mission in Cambodia	UNAMIC	1992	1993	2.634
Joegoslavië	UN Protection Force e.a.	UNPROFOR	1991	heden	+/-15.000
Moldavië	Moldavië		1993	2004	11
Zuid-Afrika	UN Observer Mission in South Afrika	UNOMSA	1993	1993	2
Mozambique	UN Operation in Mozambique	UNOMOZ	1993	1995	24
Rwanda	UN Observer Mission in Uganda-Rwanda	UNOMUR	1993	1994	39
Haïti	Vredesmissie in Haïti		1993	1996	998
Georgië	CVSE/OVSE in Georgië		1994	1996	4
Bosnië	Implementation Force en Stabilization	IFOR/SFOR	1994	1996	+/-28.000
Albanië	Albanië		1997	2001	60
Cyprus	UN Peacekeeping Force in Cyprus	UNFICYP	1998	2001	606
Kosovo	Kosovo		1998	heden	+/- 5.700
Ethiopië	UN Mission in Ethiopia and Eritrea	UNMEE	2000	2003	1.630
Macedonië	Inzet in Macedonië		2001	heden	643
Afghanistan	Enduring Freedom		2001	heden	+/- 5.000
Afghanistan	International Security Assistance Force	ISAF	2002	heden	+/- 5.000
Turkije	Display Deterrence		2003	2003	371
Irak	Inzet Irak		2003	heden	+/- 8.000
Liberia	United Nations Mission in Liberia	UNMIL	2003	2004	270
Burundi	United Nations Operation in Burundi	ONUB	2004	heden	1
Congo	United Nations Organization Mission in the Democratic Republic of the Congo	MONUC	2005	heden	1

Bijlage 2 - DSM-IV TR classificatiesysteem en het PTSS

A. De DSM-IV geeft aan dat de volgende criteria voor een PTSS gelden:

- iemand is of was betrokken bij een aangrijpende situatie waarin een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding de situatie omvat en die dreigend is geweest voorde persoon zelf of voor anderen;
- de persoon reageert op de situatie met intense angst, afschuw en hulpeloosheid.

B. Aanhoudende herbeleving is er bij één of meerdere van de volgende manieren:

- het blijvend terugkeren van onaangename herinneringen met de daarbij horende voorstellingen, gedachten of waarnemingen;
- terugkerende nachtmerries of beangstigende dromen over de gebeurtenis;
- het handelen of voelen, waarbij ook het gevoel van illusies, het opnieuw beleven, het hebben van hallucinaties en dissociatieve episodes met flashbacks plaatsvinden, alsof de gebeurtenis nu is;
- hevig psychisch lijden bij blootstelling aan externe of interne prikkels die met de traumatische gebeurtenis overeenkomen of hierop lijken;
- fysiologische reacties bij blootstelling aan externe of interne prikkels die een deel van de traumatische gebeurtenis voorstellen of hierop lijken.

C. Voortdurende vermijding van stimuli die bij het trauma horen, of afgestompte gangbare reactiviteit, blijkend uit minstens drie van de volgende zeven symptomen:

- het streven om gevoelens, gedachten of gesprekken die bij het trauma horen te ontwijken;
- het streven om activiteiten, plaatsen of personen die aan het trauma doen denken te ontwijken;
- het onvermogen om zich beduidende kanten van het trauma te herinneren;
- zichtbare beperkte belangstelling voor activiteiten die van belang zijn;
- gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen;
- beperkte uiting van gevoelens;
- het gevoel een beperkte toekomst te hebben.

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid die bij de persoon voorafgaande aan de traumatische gebeurtenis niet aanwezig waren en waarvan minstens twee van de vijf symptomen zich na de gebeurtenis wel voordoen:

- moeilijkheden met inslapen of doorslapen;
- woede-uitbarstingen of prikkelbaarheid;
- concentratieproblemen;
- excessieve waakzaamheid;
- buitensporige schrikreacties.

E. De duur van de stoornis is langer dan een maand.

F. De stoornis heeft een veelbetekenende mate van lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke vlakken voor de persoon in kwestie.

Bijlage 3 - Interviewvragen

1. Uitzending
 - a. Wat was je rang/functie tijdens je uitzending?
 - b. Wat waren je taken tijdens je uitzending?
 - c. Is er een gebeurtenis geweest tijdens je uitzending die er uitspringt?
2. PTSS in je dagelijkse leven
 - a. Welke symptomen herken je bij jezelf?
 - ☐ Slaapproblemen/ moeheid
 - ☐ Nachtmerries
 - ☐ Schrik
 - ☐ Herbelevingen door beelden, geluiden, geuren
 - ☐ Concentratieproblemen
 - ☐ Verhoogde alertheid
 - ☐ Wantrouwen
 - ☐ Onveiligheid
 - ☐ Irritaties
 - ☐ Woede
 - ☐ Schuldgevoelens
 - ☐ Kwetsbaarheid
 - ☐ Hoofdpijn
 - ☐ Spierpijn of andere lichamelijke klachten
 - ☐ Eetproblemen
 - ☐ Eenzaam gevoel
 - ☐ Verdriet
 - ☐ Angst
 - ☐ Lusteloosheid
 - ☐ Amnesie
 - ☐ Middelengebruik
 - b. Wat zijn je voornaamste klachten?
 - c. Welke veranderingen heb je bij jezelf het meest ervaren?
 - d. Toen je de diagnose PTSS nog niet had, waar zat je het meeste mee?
 - e. Toen de diagnose PTSS gesteld werd, wat heeft dat veranderd voor jou en je omgeving?
 - f. Wat zijn de gevolgen van een PTSS voor jou?
 - g. Hoe beleef je jouw PTSS?
 - h. Wat heb je nodig om te leren leven met een PTSS?
 - i. Het onderstaande schema laat zien dat gedragingen en gevoelens uit de uitzending en de gevoelens en gedragingen thuis gerelateerd zijn. Welke herken je bij jezelf?

Schema 1.1 gedragingen militairen en veteranen na terugkomst.

Kameraadschap (saamhorigheid)	<->	Terugtrekking
Verantwoordelijkheid	<->	Beheerszucht
Doelgerichte agressie	<->	Onnodige agressie
Tactisch bewustzijn	<->	Hyperwaakzaamheid
Emotionele zelfbeheersing	<->	Woede/afstandelijkheid
Operationele veiligheid bij missies	<->	Geslotenheid
Persoonlijke verantwoordelijkheid	<->	Schuldgevoel
Niet-defensieve (militaire) rijstijl	<->	Agressieve rijstijl
Discipline en bevelen	<->	Conflict

Omgeving en jouw PTSS

- a. Hoe gaat je omgeving om met jou en jouw PTSS?
- b. Zijn je sociale contacten veranderd na je uitzending?
 - i. Hoe zijn de contacten veranderd?
 - ii. Zijn de hoeveelheid contacten veranderd?
- c. Wat heb je nodig van je sociale contacten?
- d. Wat mis je in je sociale contacten?

Hulpverlening

- a. Welke hulpverlening heb je gehad?
 - i. Maatschappelijk werk
 - ii. Psychiatrische hulpverlening
 - iii. Hulp- en Dienstverlening vanuit Defensie
 - iv. Lotgenotencontactgroep
 - v. Overige
- b. Gebruik je medicijnen?
 - i. Welke medicijnen gebruik je?
 - ii. Hoe bevallen de medicijnen?
 - iii. Waarin zie je verandering in jezelf door het gebruik van de medicijnen?
- c. Wat gaat er goed in de hulpverlening?
 - i. Maatschappelijk werk
 - ii. Psychiatrische hulpverlening
 - iii. Hulp- en Dienstverlening vanuit Defensie
 - iv. Lotgenotencontactgroep
 - v. Overige
- d. Wat heb je gemist in je hulpverlening?
 - i. Maatschappelijk werk
 - ii. Psychiatrische hulpverlening
 - iii. Hulp- en Dienstverlening vanuit Defensie
 - iv. Lotgenotencontactgroep
 - v., Overige
- e. Heb je tips voor de hulpverlening?
 - L** Maatschappelijk werk
 - ii. Psychiatrische hulpverlening
 - iii. Hulp- en Dienstverlening vanuit Defensie
 - iv. Lotgenotencontactgroep
 - v. Overige

Toekomst?

- a. Hoe zie je je toekomst?
- b. Wat wil je nog bereiken
- c. Wat wil je graag zien in je toekomst
- d. Zou je met de kennis die je nu hebt opnieuw op missie gaan?

Wil je nog iets kwijt wat volgens jou belangrijk is en wat nog niet ter sprake is gekomen in dit interview?

Bijlage € - Uitwerkingen van de interviews

Primaire en secundaire klachten van de geïnterviewden

Klachten	Patrick	Sjors	Paul	René	Opmerkingen
Slaapproblemen	V	V	V		Slecht slapen, moeite met in slaap vallen
Nachtmerries	V	V	V	V	Ze geven aan onrustig te slapen, maar weinig van de nachtmerries te herinneren
Schrik	-	V	-	-	Ze zijn zo waakzaam dat er weinig onverwachts kan gebeuren
Herbelevingen	-	V	V	y	Patrick heeft ze na de EMDR niet meer
Concentratieproblemen	V	V	V	y	René vertelt dat hij geen boek kan lezen vanwege concentratieproblemen
Wantrouwen	v	V	V	y	Ze vertrouwen bijna niemand
Onveiligheid	T' v •	V	V	l. . v y	Ze voelen zich alleen thuis echt veilig
Irritaties	v	V	V	y	Ze irriteren zich vooral aan oneerlijkheid
Woede	V	V			
Schuldgevoelens/ machteloosheid	V	V	V	V	Patrick e.a. geven aan, dat ze door de verhoogde waakzaamheid, er voor zorgen dat ze niet kwetsbaar zijn.
Kwetsbaarheid	V	V	V	V	
Spierpijn	V	V	V	V	
Hoofdpijn	V	V	V		René geeft aan vooral mentaal moe te zijn
Andere lichamelijke klachten	V	V	V	V	Ze hebben heel veel lichamelijke klachten, zoals van hun maag.
Eetproblemen	-	V	-	V	Paul geeft aan dat hij altijd het gevoel heeft een lege maag te hebben.
Eenzaam gevoel	V	V	-/v	V	Paul geeft aan dat als hij erover na gaat denkt, zich erg eenzaam voelt.
Verdriet		V			Verdriet is een gevoel, en het gevoel staat uit.
Angst	v	V		V	De angst is wel aanwezig, maar door de hoge waakzaamheid houden ze dit onder controle.
Lusteloosheid	y	-		V	Patrick komt zijn bed uit vanwege zijn dochter.
Amnesie	y	V	V	V	Geheugenverlies is een groot probleem bij alle ondervraagde veteranen.
Alexithymie	y	V	V	V	Ze geven aan dat hun gevoel uitstaat.
Middelengebruik	y	-	-	V	Twee van de ondervraagden gebruiken joints om in te slapen.
Verhoogde alertheid	y	V	V	V	De verhoogde alertheid is altijd aanwezig. Er gebeurt weinig wat ze niet in de gaten hebben.

Gedragingen van de geïnterviewde veteranen na terugkomst van een missie

Gedragingen na terugkomst		Patrick	Sjors	Paul	René
Kameraadschap	<=> Terugtrekking	V	V	V	V
Verantwoordelijkheidsgevoel	<=> Beheerszucht	V	V	V	V
Doelgerichte agressie	<=> Onnodige agressie	V		V	v
Tactisch bewustzijn	<=> Hyperwaakzaamheid	V	V	V	V
Emotionele zelfbeheersing	<=> Afstandelijkheid	V	V	V	
Persoonlijke verantwoordelijkheid	<=> Schuldgevoel	V	V	V	V
Militaire rijstijl	<=> Agressieve rijstijl	V			V
Discipline en bevelen	<=> Conflict	V	V	V	V

De gebruikte hulpverlening voor de problematiek rond hun PTSS

Hulpverlening	Patrick	Sjors	Paul	René
Maatschappelijk werk	V	V	V	V
GGZ	V	V		V
Individuele therapie, o.a. EMDR	V	V		V
Hulp- en dienstverlening door defensie (MGGZ)		V		
Lotgenotencontact groep	V	V	V	V