

VETERANENZORG

Gedeelde missie
IMPACT OP HET GEZIN

In traumatherapie
PSYCHEDELICA EEN DOORBRAAK?

VETERANEN AAN HET WOORD

PARADOXEN IN PSYCHOTHERAPIE



Inhoud



 INTERNATIONAL CONFERENCE
DUTCH VETERANS HEALTHCARE
LEAVE NO ONE BEHIND

4

Landelijk zorgsysteem voor veteranen



10 De gevolgen van uitzending, een gedeelde missie



23 De bescheiden veteraan: terugblik op de strijd in de meidagen 1940



28 Drie paradoxen in de psychotherapie



32 MDMA tegen PTSS terug van weg geweest



40 Wat is de beste traumabehandeling?



19 Zaïre: Herinneringen van een Provide-Care veteraan

EN VERDER

- 7 **impact** COLUMN
De ramp na de ramp
- 8 **impact** HERDENKEN
- 14 **impact** MONUMENT
Sunset March Nijmegen
- 16 **impact** INTERVIEW
Berend Berendse over het Landelijk Zorgsysteem Veteranen
- 26 **impact** INTERVIEW
Kort interview met drie veteranen
- 35 **impact** HISTORIE
Voormalige SS-ers vochten met ons mee
- 38 **impact** NtVP
- 42 Opleidingsagenda Arq Academy
- 43 **impact** BOEKEN

Jeroen Knipscheer

Hoofdredacteur Impact Magazine



Het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) is een zorgketen waarin militaire en civiele instellingen nauw samenwerken om veteranen met psychische en psychosociale klachten die aan een militaire missie zijn gerelateerd, een laagdrempelig pakket aan voorzieningen te bieden. In april 2018 bestaat het LZV tien jaar, een mooie aanleiding om in deze *Impact Magazine* aandacht te besteden aan belangrijke ontwikkelingen in de veteranenzorg.

Een van de boeiende ontwikkelingen betreft de vergrote aandacht voor verstoorde gezinsrelaties ten gevolge van uitzending. We belichten de uitdagingen waarvoor gezinsleden worden gesteld, en mogelijkheden voor interventies om aanpassing te bevorderen, met name de gezinsgroeps-therapie staat hierbij centraal. Ook zijn er spectaculaire innovaties in de behandeling, zoals recent het gebruik van psychedelica in de zogenaamde psycholytische psychotherapie met MDMA voor veteranen met ernstige PTSS, door de *Food and Drug Administration* in de VS betiteld als een *breakthrough therapy*. Daarnaast is aandacht voor doelmatigheid toegenomen, en dan blijkt dat *evidence based* behandelvormen niet altijd maximaal renderen. We schetsen de intrigerende paradoxen in de zorg voor veteranen. Zo blijken verschillen in behandelresultaat tussen *evidence based* psychotherapieën onderling eigenlijk maar klein, en zijn het juist vaak de gemeenschappelijke elementen van therapie die kans op herstel verhogen. Vanzelfsprekend komen veteranen zelf ook aan het woord. Zoals een veteraan die mee deed aan Provide Care (in Zaïre in 1994), een zogenaamde vergeten humanitaire interventie; het leed van Rwandese vluchtelingen kan hij echter nooit meer vergeten. Hoe hij daarmee omgaat als ook ervaringen van andere veteranen na hun missie, staat centraal in diverse bijdragen.

Kortom, dit nummer biedt een rijke variëteit aan aspecten op het gebied van ondersteuning en behandeling, geïllustreerd vanuit de veteranenzorg, maar relevant en inspirerend voor de zorg aan alle getroffen van ingrijpende levensgebeurtenissen.

Jeroen Knipscheer, hoofdredacteur *Impact Magazine*

impact over de psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen

Impact informeert, agendeert en discuteert over de psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen op zowel mensen, organisaties als samenleving. Het magazine is gericht op mensen die zich beroepsmatig bezighouden met de psychosociale gevolgen van rampen, crisis, oorlog en geweld, zoals hulpverleners, onderzoekers en beleidsmakers. Daarnaast focust Impact zich op een brede groep professionals en anderen met interesse in terugkerende actuele thema's als psychotrauma, psychosociale hulp na rampen en crisis als ook oorlog, vervolging en geweld.

Impact is een uitgave van het Arq Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld en wordt mede mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP).

Abonnement Impact komt vier keer per jaar uit, een jaarabonnement kost € 27,50. Abonneren kan door een mail te sturen naar impactredactie@arq.org

Redactie Jeroen Knipscheer (hoofdredacteur), Ingrid van Assouw, Menno van Duin, Joanne Mouthaan, Ilse Raaijmakers, Onno Sinke en Maarten-Jan Vos

Redactie coördinatie Marleen van de Ven
Redactieadres Nienoord 5, 1112 XE Diemen

Telefoon 088-3305190

Mail impactredactie@arq.org

Oplage 1.350 exemplaren

Vorm en productie Bruksvoort Design & Content
ISSN 2543-2591



Congresprogrammалеider Eric Vermetten

Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen

Het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) bestaat iets meer dan tien jaar, blijkt een succes en organiseert in april voor het eerst een groot internationaal congres: Veterans Health Care, Leaving No One Behind. Alle reden voor een vraaggesprek met psychiater, hoogleraar en kolonel-arts Eric Vermetten, hoofd van het onderzoekscentrum van de militaire GGZ en als voorzitter betrokken bij het wetenschappelijke congresprogramma.

‘We willen graag tonen en delen wat we hebben bereikt, daar zijn we ook trots op, maar belangrijker nog: we willen onze goede internationale contacten verder aanhalen, netwerken, ontwikkelingen en innovaties bespreken en van elkaar leren’, zo omschrijft hij zijn ambities met het congres dat als karakteristieke plaats van handeling de fraai gelegen Amsterdamse marinebasis heeft, aangepast aan het Scheepvaartmuseum.

‘We doen het samen, we zorgen voor elkaar.’

‘Achter dat “Leaving No One Behind”, de kerngedachte van onze veteranenzorg en van het congres, zit een essentiële sociale code’, aldus Eric Vermetten, ‘we doen het samen, we zorgen voor elkaar.’ Waar het gaat om erkenning en waardering van veteranen en om adequate veteranenzorg had Nederland lange tijd een achterstand. Pas toen in de jaren tachtig van de vorige eeuw de zich miskend en aan hun lot overgelaten voelende veteranen van de dekolonisatieoorlog in Nederlands-Indië/Indonesië zich roerden, kwam daarin verandering. Bovendien bleek dat Nederlandse militairen die in de periode 1979-1985 aan de UNIFIL-missie in Libanon hadden meegedaan eveneens behoefte hadden aan nazorg. Vermetten: ‘In de jaren negentig en begin 2000 - toen onder meer het Veteraneninstituut er kwam - is vervolgens een enorme inhaalslag gemaakt.’ De totstandkoming van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen, in 2007, paste in deze trend. Eric Vermetten is er vanaf het begin bij betrokken. Het LZV vormt een

landelijk dekkende zorgketen waarin militaire en civiele instellingen nauw samenwerken. Het biedt veteranen met psychische en psychosociale klachten die aan een militaire missie zijn gerelateerd een laagdrempelig, gemakkelijk te vinden pakket aan voorzieningen, die mede dankzij het Veteranenloket dat 24/7 bereikbaar is.



Fotografos Klif

De “Dutch Approach” is een van de succesfactoren

Internationale samenwerking

‘De totstandkoming van het LZV was een enorme stap vooruit’, constateert Eric Vermetten, ‘en de unieke civiel-militaire samenwerking waarop het zorgsysteem is gebaseerd - je zou het de “Dutch Approach” kunnen noemen - is een van de succesfactoren.’ Het LZV kon en kan daarbij profiteren van het in Nederland goed gereguleerde zorgstelsel. Verder spelen het ‘sociaal geëngageerd zijn’ en de ‘pioniers-gedrevenheid’ van degenen die het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen hebben opgezet en in het afgelopen decennium verder hebben ontwikkeld ook een rol. ‘Wij willen onze resultaten graag delen met onze buitenlandse partners’, aldus een trotse en enthousiaste Eric Vermetten.

Want er mag dan met de geslaagde samenwerking tussen het ministerie van Defensie en de civiele GGZ-sector een specifieke ‘Dutch Approach’ zijn, er is op het vlak van onderzoek en kennis bij het LZV ook nadrukkelijk aandacht voor de internationale context, op het niveau van NAVO-landen maar ook daarbuiten. Vermetten, die eerder in zijn wetenschappelijke carrière aan verschillende universiteiten in de Verenigde Staten werkte met onder meer veteranen uit de Vietnamoorlog en Irak, laat over het belang van de internationale dimensie geen misverstand bestaan. ‘Neem prevalentie-onderzoek - hoe vaak komen uitzendingsgerelateerde klachten voor - wel, dan kunnen we dat tot Nederland beperken, maar interessant is juist ook te kijken naar Groot-Brittannië, Duitsland, Australië of de VS; we zijn allemaal bij dezelfde missies betrokken en er zijn inmiddels hele goede contacten ontstaan met hele korte lijntjes.’

Militair en maatschappij

En het buitenland biedt tevens inspirerende voorbeelden, onder meer als het gaat om betrokkenheid vanuit de maatschappij. ‘Kijk naar Canada, een land waarmee we militair veel gemeen hebben, daar is vanuit de samenleving het prachtige initiatief *True Patriot Love* ontstaan dat is gericht op zorg voor veteranen en hun gezinnen; iets dergelijks hebben wij hier nog niet. En zou het niet mooi zijn’, vervolgt Eric Vermetten hardop denkend, ‘als in Nederland een groot telecombedrijf of een beeldbepalende supermarktketen zich zou ver-

Rein Bijkerk

Militair historicus, onder meer gespecialiseerd in de actuele verhouding tussen maatschappij en krijgsmacht



binden aan zo'n charity voor veteranen?' Op die wijze zouden er meer contactmomenten komen tussen de maatschappij en veteranen en kan de zo belangrijke erkenning en waardering verder gestalte worden gegeven. Een dergelijk initiatief zou, naast wat de overheid doet of initieert, bijvoorbeeld ook kansen bieden als het gaat om de nieuwe groep van Afghanistan-veteranen: ‘Dat zijn nu vaak vroege dertigers, ze hebben een gezin en kleine kinderen, hoe kunnen we op deze groep inspeelen, wat hebben deze mensen nodig? Daar kan ook zo'n particulier initiatief een rol in spelen.’

‘We moeten de veteraan zien als een loyale, sterke en competente burger, dat is heel erg belangrijk’, aldus Vermetten. Hij verzet zich sterk tegen het onterechte beeld van ‘wandelande tijdbommen’ dat in de media nog wel eens is gehanteerd: ‘Met tachtig procent van de veteranen gaat het zondermeer goed, velen hebben hun missie of missies als een verrijkende persoonlijke ervaring beleefd, en voor degenen voor wie dat in meerdere of mindere mate in psychische of psychosociale zin niet geldt, hebben we zorg van het LZV.’

‘We moeten de veteraan zien als een loyale, sterke en competente burger’

Knelpunten en nieuwe ontwikkelingen

Veel gaat inmiddels naar wens in de veteranenzorg, maar er blijven eveneens lastige punten. Dat maakt ook het internationale congres des te relevanter. Vermetten: ‘Net als elders in Europa nemen we waar dat onze evidence-based behandelvormen niet altijd maximaal renderen, dat moeten we verder onderzoeken: misschien is een veteraan een persoon die je op een andere manier moet engageren en ook op een andere manier moet betrekken in het zorgconcept.’ En dan zijn er de zorgmijders: ‘Kennen we het ecosysteem van de zorgmijdende veteranen voldoende, inclusief de Facebook-pagina's die je ziet of waarover je hoort?’

Naast de lastige punten en uitdagingen zijn er de snelle ontwikkelingen: ‘Er verandert erg veel en in een hoog tempo.’ Zoals waar het gaat om de effecten van nieuwe



technologie. Eric Vermetten: 'De autonomie van het individu en de patiënt wordt de laatste jaren veel meer benadrukt; vroeger ging je naar een hulpverlener en die wist alles, nu weet je smartphone alles en dat verandert de positie van de zorgconsument - dus ook van de zorgvragende veteraan - en verandert de inrichting van de zorg.' Hij geeft een voorbeeld van wat de nieuwe communicatiemogelijkheden in de praktijk betekenen. 'Ik was net op de parkeerplaats toen een patiënt van mij appte dat hij op de luchthaven Schiphol bij de security in de rij stond. Voor hem door zijn problematiek een heel moeilijk moment. Ik kan via de app met mijn telefoon een berichtje terugsturen. Deze vorm van communicatie, die heus niet specifiek is voor de veteranenzorg, moeten we zeker niet uit de weg gaan.' In de toekomst zal het 'face to face'-contact vanzelfsprekend belangrijk blijven, zo stipuleert Vermetten. Maar als het gaat om (snelle) communicatie of allerlei nieuwe 'E-health'-mogelijkheden met smartmonitoring of digitale coaching voor veteranen, maar ook meting van slaap en het bijhouden van relevante gezondheidsgegevens, zal er veel gaan verschuiven in de relatie tussen de veteraan en de zorg.

Schuld en schaamte

Tijdens het driedaagse internationale congres van het LZV over veteranenzorg is er aandacht voor de rol van de familie en geven experts hun visie op thema's die bij hen spelen, zoals de grote problematiek van suïcide, en de populariteit en ook chroniciteit van PTSS. Tevens komen veteranen en hun partners zelf aan het woord. Ook is er veel aandacht voor innovatie, met name in een carrousel met vier-minuten-pitches over zorg en onderzoek op de derde congresdag. In een van de keynote-bijdragen staat de betrekkelijk nieuwe en zeker actuele

term 'moral injuries' op de agenda. 'Chroniciteit van psychische klachten bij veteranen kan ook worden veroorzaakt door sterke gevoelens van schuld en schaamte', zo licht Eric Vermetten het begrip morele verwonding toe. 'Hoe "verontschuldigt" iemand zich die met een existentiële problematiek worstelt omdat hij tijdens zijn missie een kind heeft gedood of denkt een onschuldige burger te hebben neergeschoten, of die heeft nagelaten onverkwikkelijke dingen te rapporteren uit angst of nalatigheid, of die worstelt met de morele vraag of de missie in Afghanistan de dood of ernstige verwonding van zijn buddy waard was? Is dat vooral een denominatie-gerelateerde problematiek, iets voor de geestelijk verzorger en moet de betrokkene een pelgrimstocht maken? Of moeten juist wij als psychotherapeuten dit oppakken? We weten het nog niet precies. Ik ben dan ook zeer benieuwd naar de gedachtewisseling hierover tijdens het congres.'

Wanneer is het congres *Veterans Health Care, Leaving No One Behind* geslaagd? 'Als er een goede kennisuitwisseling is en mensen met elkaar in dialoog gaan', aldus Vermetten vanuit zijn rol als hoofd van het wetenschappelijk onderzoeksprogramma van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen. 'Ik denk ook dat het internationale samenzijn geslaagd is als we kunnen zien dat het leidt tot initiatieven om het zorgproces voor veteranen nóg wat beter te organiseren en de gesignaleerde lastige therapeutische punten aan te pakken. En als ik kijk naar de wat langere termijn hoop ik dat na het congres het gesprek volop verdergaat en ons initiatief wordt opgevolgd door een initiatief voor een volgend congres in een ander land.'



Minister Wiebes brengt kort na de aardbeving op 8 januari 2018 een bezoek aan Zeerijp in Groningen, het epicentrum van de beving.

Aard(gas)bevingen in Groningen

De ramp na de ramp...

Op 16 augustus 2012 werd Groningen, maar misschien nog wel meer de rest van Nederland, wakker geschud. Die dag was er een hevige aard(gas)beving bij Huizinge (gemeente Loppersum) met een kracht van 3.6. Natuurlijk waren er in het gebied al jarenlang aardschokken, maar deze beving 'kwam binnen'. Lange tijd was het Groningse leed genegeerd, maar deze 'wake-up call' zou alles veranderen. Er verschenen vele rapporten waaronder een gezaghebbend rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV). Tot 2013, zo concludeerde de OvV, was niet zorgvuldig omgegaan met de veiligheid van de Groningers. Het gesloten bolwerk van overheid, NAM, GasTerra, Shell en al die anderen had eigenlijk alleen oog voor de gaswinning.

Op 8 januari 2018 werd Groningen opnieuw opgeschrikt door een stevige beving (3.4). Het gaat te ver om te zeggen dat er sedert 2012 helemaal niets is gedaan. Wel hebben de Rijksoverheid, de NAM en anderen zich te vaak laten zien als echte bureaucraten. Veel meer zocht men naar problemen dan naar oplossingen. Terecht groeiden in Groningen de frustraties. Velen verloren elk vertrouwen in de overheid en de politiek. Groeiende aantallen Groningers voelen zich onveilig in hun eigen woning. Ook de fysieke en geestelijke gezondheid van forse groepen worden - zo blijkt uit onderzoek - door deze onzekerheid en alle frustraties geschaad.

Aandacht voor bepaalde problemen gaat vaak in golven. Na een piekgebeurtenis als zo'n beving bij Huizinge is er enorm veel aandacht, maar na verloop van tijd kalft deze ook weer af. Na de beving van 2012 was er korte tijd een 'policy window': het beleidsraam, ofwel de kans op verandering, stond tijdelijk maximaal open, maar na enige tijd ging dat ook weer op een kier. 'Je moet het ijzer smeden als het heet is.' Al die eerder genoemde partijen weten dat natuurlijk ook en hebben er vooral werk van gemaakt het vuurtje weer te doven. Ook na de beving in januari 2018 zullen wij vast weer zo'n proces waarnemen. Stevige woorden van de minister kort na de beving, maar straks zijn er ook weer zoveel andere belangrijke dossiers. Wat niet binnen een paar weken of een enkele maand gerealiseerd wordt, komt in de maastroom van alledag terecht.

Daarbij komt: Groningen ligt ver weg van de Randstad. Hoewel niemand de Groningers een goede compensatie misgunt, loopt er in het westen van ons land vrijwel niemand echt warm voor. De bureaucratische belemmeringen zullen iedere maand groter gaan worden en het proces zal juridiseren. 'Geen cent te veel' zal ook wel de leidraad worden bij het uitkeren van de aardbevingsschades. Vele honderden mensen zullen als (her)taxateur, inspecteur, advocaat of accountant een dikke boterham verdienen. Ik hoop dat alsnog door Wiebes wordt ingezet op een ruimhartige compensatie met minimale bureaucratische regeltjes. Ongetwijfeld wordt dan soms te veel uitgekeerd, maar daarmee kan wel heel veel gedoe en frustratie worden voorkomen. Ik vrees anders dat 'de ramp na de ramp' heftiger wordt dan de aardschokken zelf. Mensen zullen juist 'ziek worden' van al dat gesoebat, vertragen, hertaxeren en dergelijke.



Menno van Duin

Lector Crisisbeheersing
(Instituut Fysieke Veiligheid) en
redacteur van Impact Magazine



Ereveld Vol Leven

Tijdens Ereveld Vol Leven symboliseert De Oorlogsgravenstichting op een unieke wijze de slachtoffers die begraven liggen op Nationaal Ereveld Loenen. Bij een deel van de graven komt een representant te staan van ongeveer dezelfde leeftijd als het oorlogsslachtoffer. Om daarmee met name voor jongeren zichtbaar te maken dat er werkelijk bij iedere grafsteen levens horen van mensen zoals zij.

In 2018 is het thema Jaar van Verzet.
Op vrijdag 4 mei 2018 worden honderden verzetsmensen die liggen begraven op het Nationaal Ereveld Loenen weer even zichtbaar gemaakt.



Fotografie: Photoline - Carolien Slikkenk



De gevolgen van de uitzending voor veteranen en hun gezinsleden

Gedeelde missie

Gevolgen van een uitzending treffen niet alleen de militairen zelf. Ook de gezinsleden maken daar deel van uit; allereerst als achterblijvers met extra taken en zorgen, en vervolgens ook als partners om na thuiskomst een nieuwe balans te bereiken.

‘Ze schoof de bloemen opzij en legde haar handen op het tafelblad. Het was niet te doen, dacht ze ineens met een vreemde helderheid. Hij had de hele wereld in zijn hoofd, hij had dingen meegemaakt waar zij zich geen voorstelling van kon maken, hij had moeten zorgen voor honderd mannen in omstandigheden die haar totaal vreemd waren. Hoe kon hij zich nu tot deze keuken beperken, hoe kon hij van het ene uur op het andere weer een vader worden, een echtgenoot? Het was onmogelijk om hier, in de korte tijd tussen schemering en duisternis, drie hele jaren in te halen. Ze zouden over die kloof heen moeten springen in het vertrouwen dat ze de leemte in de komende weken en maanden wel op zouden vullen. Zo moest dat. Zo was het altijd gegaan.’ (Uit: *De thuiskomst* van Anna Enquist, 2005, pp. 75)

Er wordt een lans gebroken voor gezinsondersteuning na de missie

Nederland kent ongeveer 114.000 veteranen (militairen die betrokken geweest zijn bij vredesmissies en oorlogen) die naar schatting 160.000 kinderen hebben¹. Anno 2018 is dat zo'n 4,2% van alle jeugd jonger dan 20 jaar in Nederland. Er zijn dus veel kinderen in Nederland die een ouder hebben die één of meerdere malen uitgezonden is geweest. Nu zijn de communicatiemogelijkheden sterk verbeterd sinds het tijdperk van maritieme ontdekkingsreiziger James Cook waarover Anna Enquist schreef. Tijdens de uitzending kan met het thuisfront contact worden gehouden via onder meer Skype, Whatsapp, en email.

Toch wordt ook in deze tijd wel door veteranen ervaren dat de twee werelden, de militaire en de civiele nauwelijks zijn te verenigen. Het is voor hen soms moeilijk onder woorden te brengen wat is gebeurd, hoe het in Bosnië of Afghanistan

was, en wat de uitdaging, spanning maar ook dreiging, uitputting en onderlinge solidariteit heeft betekend. Tegelijkertijd is het ook voor de achtergebleven partner lastig te zeggen hoe het was als alleenstaande ouder, hoe zwaar de zorgen over veiligheid en angst dat het mis zou gaan hebben gedrukt. Het lijkt misschien futiel, vergeleken met de grootse ervaringen die tijdens de missie in oorlogsgebied zijn opgedaan. Deze bijdrage beschrijft de dynamiek van gezinsaanpassing na de missie(s) van veteranen. Er wordt een lans gebroken voor gezinsondersteuning na de missie. Interventies zijn nodig die laagdrempelig en effectief zijn. Welke dat zijn is voornamelijk grotendeels onbekend. In deze tekst wordt achtereenvolgens ingegaan op de problematiek die ontstaat in de aanpassing na terugkeer van een missie, de uitdagingen waarvoor gezinsleden worden gesteld, en mogelijkheden voor interventies om aanpassing te bevorderen. Met name de gezinsgroep-therapie wordt belicht, niet alleen omdat daar in Nederland relatief veel ervaring mee is opgedaan, maar ook omdat een multicenter onderzoek binnen het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV) wordt geïmplementeerd dat de effectiviteit nagaat².

Na de missie(s)

Uit onderzoek is gebleken dat zo'n 5% van uitgezonden militairen dermate ernstige reacties vertoont dat sprake is van een Posttraumatische Stresstoornis (PTSS). Nog eens 15% heeft één of meerdere symptomen van PTSS. Daarnaast komen ook vaak depressie, middelen- en/of drankmisbruik, persoonlijkheidsproblematiek en relatie- en gezinsproble-

Foto: Merlin Dakeman/HH





Trudy Mooren

Klinisch psycholoog bij Stichting Centrum '45 en senior onderzoeker bij de Universiteit Utrecht.



Terugkeer uit Afghanistan, 2014.

men voor. Behalve de traumatische ervaringen die zijn opgedaan tijdens de uitzending(en), bijvoorbeeld een ongeval met een mijn, beschoten worden, verlies van een collega, of het getuige zijn van geweld (en niet mogen ingrijpen), kan ook de transitie van militaire naar civiele maatschappij ingrijpend zijn.

De loyaliteit onder eenheden was in de militaire wereld 'vanzelfsprekend' (niet door iedereen zo ervaren), regels, structuur en dag- en nachtritme waren duidelijk, en er was een avontuurlijke spanning. De burgermaatschappij heeft vergeleken met de militaire samenleving, te veel aandacht voor pietluttige administratieve procedures en wordt nogal eens als saai ervaren. Het kan zijn dat het niet de eigen keus was om niet aan een volgende missie deel te nemen en mogelijk voelt men zich door het ministerie van Defensie opzij gezet. Nogal eens heeft men verwacht bij uitzending iets bij te dragen aan wereldvrede en veiligheid, of verbetering van omstandigheden in de regio. Soms keert men gedesillusioneerd terug: een oorlog laait op, geweld neemt toe of heel

heroïsch is het niet geweest. Anderen zijn trots op wat zij hebben kunnen bijdragen. Dergelijke overwegingen bepalen mede of iemand klachten ontwikkelt of niet.

Gezinsaanpassing

Wanneer één gezinslid psychische klachten heeft, heeft dat effect op andere gezinsleden. Wanneer sprake is van PTSS, is dat niet anders. Posttraumatische stressklachten hebben invloed op partner- en ouderschap^{3,4}. Zo zijn overmatige waakzaamheid, schrikachtigheid, irritatie en woede-uitbarstingen het meest belastend voor de gezinsleden⁵. Daarnaast speelt vaak vermijding een rol. Het vermijden van gedachten en gevoelens of gesprekken die geassocieerd kunnen worden met het trauma. Vermijding kan zich beperken tot het uit de weg gaan van sommige situaties, maar kan zich uitbreiden tot vrijwel alle sociale situaties, waaronder het vieren van verjaardagen, het doen van boodschappen en ondernemen van gezamenlijke activiteiten. Een ander veel voorkomend fenomeen bij mensen met een PTSS is het gevoel van onthecht te zijn, zich vervreemd voelen en los te staan van anderen.

Het voelen van weinig affectie en afname van vertrouwen in anderen gaat soms zo ver, dat ook de partner en kinderen niet 'echt' meer vertrouwd worden.

Iemand met PTSS is dan onvoldoende sensitief en beschikbaar voor de partner en kinderen. De partner raakt vervolgens overbelast. Er ontstaan veel spanningen in de partnerrelatie en de kinderen worden in hun ontwikkeling bedreigd. Verbaal en/of fysiek geweld komt nogal eens voor. In een omgeving waar de spanning voortdurend op een hoog niveau is, doen partner en kinderen hun best om de veteraan zoveel mogelijk te ontzien om te voorkomen dat escalaties optreden. Kinderen doen hun best de ouder niet boos, verdrietig of angstig te maken, er dreigt sociaal isolement omdat het op bezoek gaan of het ontvangen van bezoek steeds meer wordt vermeden. Immers, weinig mensen in de omgeving snappen of weten hoe moeilijk het soms is. Er doet zich onvoorspelbaar gedrag voor. De veteraan kan over-beschermend naar partner en kinderen zijn of tegenovergesteld: de veteraan is vaak niet beschikbaar voor activiteiten, taken, en wordt dan ook regelmatig gemist. Aan de andere kant zijn de gezinsleden soms ook blij dat de veteraan er niet is, dan is een belangrijke spanningsbron even afwezig. Men gaat omzichtig met elkaar om, de veteraan wil zijn gezin, partner en kinderen niet belasten met akelige verhalen en de kinderen willen wel meer weten maar durven niet te vragen.

Vaak is het de partner, of zijn het gezinsleden die de veteraan manen tot het zoeken van professionele hulp

Hulp vragen

Onder de groep psychotrauma-patiënten, hebben veteranen sinds jaar en dag vrijwel de meest hardnekkige klachten. Het duurt doorgaans geruime tijd voor zij hulp zoeken en tegen die tijd zijn de klachten flink verergerd. Er zijn verschillende redenen voor het dralend trekken aan de professionele bel. Allereerst is men zich niet bewust van de samenhang tussen de signalen, als snel geïrriteerd zijn of boos en de ervaringen tijdens de misdeed. Daarnaast denken en hopen velen lange tijd dat de klachten vanzelf overgaan. Tijd heelt de wonden wellicht. Verder ontbreekt soms het vertrouwen dat de hulpverlener de (ex) militair zal begrijpen – en het melden dat er psychische klachten zijn binnen de militaire gezondheidszorg of maatschappelijk werk, roept mogelijk een gevoel van schaamte op. Dit gevoel van schaamte hangt samen met het idee 'zwak' te zijn.



Militairen nemen afscheid van familie bij hun vertrek naar Mali, 2014.

Het water staat de partner aan de lippen, het is al lang niet gezellig in huis, er heerst veel spanning en vrienden en familieleden hebben zich al langer geleden teruggetrokken. Niet zelden wordt een keuze geforceerd: nu dan hulp gezocht, ofwel er volgt een breuk in de relatie. Het valt te betreuren dat zo vaak (te) lang wordt gewacht met het aanpakken van de gevolgen van de ontwrichtende gebeurtenissen op de belangrijke relaties van een (ex) militair. Er is weliswaar goede hulp voorhanden, maar onderzoek naar de effectiviteit en werkzame bestanddelen van interventies blijft vooralsnog achter bij onderzoek naar op het individu gerichte behandeling.

Behandelprogramma's

Er zijn inmiddels diverse behandelprogramma's op de markt voor veteranen en hun partner- en/of gezinsrelaties. Emotion Focused Therapy (EFT⁶) wordt voor veteranenkoppels veelvuldig toegepast, en specifiek op veteranen gerichte interventies zijn ontwikkeld (zie o.a. ADAPT⁷ en FOCUS⁸). Onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies is nog zeer beperkt gedaan. Bevindingen wijzen erop dat de ervaren sociale steun vermindering van PTSS-symptomen teweeg brengt.

In Nederland, en in de keten van zorg voor veteranen gecoördineerd door het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV), heeft Multifamily Therapy (MFT^{2,9}) een voorname plek. In tenminste drie centra voor behandeling van getraumatiseerde veteranen, te weten, GGZ Drenthe, Psychotraumacentrum Zuid-Nederland/Reinier van Arkel en Centrum '45 wordt MFT geboden. Het doel is stagnatie in de ontwikkeling bij de kinderen te verminderen of



te voorkomen en de feedback van andere gezinnen die zich in dezelfde 'boot' bevinden, daarbij te gebruiken.

Gedeelde ervaringen

Bij meergezinsbehandeling wordt behandeling geboden aan meerdere gezinssystemen tegelijk in een groep. Het betreft een combinatie van gezinsbehandeling en groepsbehandeling. De doelen van deze behandeling kunnen variëren van psycho-educatie tot systeemtherapie, waarbij het veranderen van disfunctionele gezinspatronen centraal staat.

Een meergezinsgroep kan functioneren als een lerende omgeving^{5,9,10}. Gezinnen hebben een scherp oog voor problemen in andere gezinnen en zijn goed afgestemd op de problematische interacties van die andere gezinnen. De methode maakt

gebruik van de kennis en ervaringen van de gezinnen om disfunctionele patronen bij anderen en bij zichzelf te herkennen.

Het heeft enerzijds effect op het systeem. Anderzijds kan het katalyserend en motiverend werken om meer uit de individuele trauma behandeling te halen en om eigen reactiepatronen die samenhangen met traumagerelateerde klachten aan te pakken.

Meergezinsbehandeling is gebaseerd op systeemtheoretische en systeemtherapeutische principes. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van werkzame methoden uit de groepstherapie, zoals wederzijdse steun, constructieve kritiek, modelleren, rollenspel en feedback⁹. Veel interventies zijn gericht op vergroten van het mentaliserend vermogen. Wanneer verhoogde prikkelbaarheid, immers een kernsymptoom van PTSS, toeneemt, neemt het mentaliserend vermogen af¹¹. Dit is een van de verklaringen waarom mensen met PTSS vaak zo slecht in staat zijn zich voor te stellen welk effect hun gedrag op de ander heeft. Meergezinsbehandeling kan worden geboden in open en gesloten groepen, gedurende anderhalf uur per maand of gedurende enkele dagen per week. In een behandelingsgroep bestaat de mogelijkheid om naast groepsgesprekken ook individueel te werken met gezinnen en partner- of individuele gesprekken te voeren.

Forumdiscussie als voorbeeld

Om kinderen en hun ouders met elkaar te laten uitwisselen over de gevolgen van de missie in huis, is een forumdiscussie bedacht. Ouders zitten aan de ene kant van de ruimte, de partners achter de veteranen, en de kinderen

De confrontatie met deze disfunctionele patronen werkt als een spiegel

aan de andere kant van de ruimte. Als voorbereiding hebben de kinderen allerlei vragen bedacht die ze zouden willen stellen – maar misschien niet eerder hebben gedurfd. Iedere vraag wordt op een apart briefje geschreven en in een hoed gestopt. Het zijn vragen als: 'Als je weer zou kunnen kiezen, zou je weer (op missie) gaan?'; 'Heb je iemand doodgeschoten?'; 'Heb je gezien dat iemand werd geraakt?'; 'Zou je terug willen?'. Wanneer het forum begint trekt één van de kinderen een vraag uit de hoed en de kinderen besluiten samen aan wie de vraag gesteld wordt. Ook beoordelen de kinderen of het antwoord voldoende is of dat willen ze meer weten en dan krijgt een van de andere veteranen dezelfde vraag. De veteranen op hun beurt kunnen onderling bepalen wie de vraag zal beantwoorden, en ook is het voor hen mogelijk van een antwoord af te zien. Daarnaast kunnen zij de hulp inschakelen van hun partners. Deze oefening helpt om kinderen moeilijke vragen aan hun vader of moeder te laten stellen; kinderen maken van deze gelegenheid gebruik.

REFERENTIES

1. Veteraneninstituut (2018), www.veteraneninstituut.nl
2. Van Ee, E. & I. Komproe (2015), *Families in the Frontline*, een onderzoeksvoorstel.
3. Hein, I., P. Dashorst & T. Mooren, (2014), *Child in the shade of parental trauma*. Poster gepresenteerd op Congres 'Great Wars and Beyond', Leiden.
4. Price, J.L. (2004), *Children of veterans and adults with PTSD*. American Academy of Experts in Traumatic Stress Website Factsheet. www.aaets.org/article188.htm
5. Hilliger, E. (2013), 'Meergezinsbehandeling voor veteranengezinnen', in: *Systeemtherapie*, 25, 2, 57-71.
6. Johnson, S.M. (2002), *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors. Strengthening attachment bonds*. New York: The Guilford Press.
7. Gewirtz, A.H., K.L.M. Pinna, S.K. Hanson & D. Brockberg (2014), 'Promoting parenting to support reintegrating military families: After deployment, adaptive parenting tools', in: *Psychological Services*, 11, 1, 31-40. doi: 10.1037/a0034134
8. FOCUS, <https://focusproject.org>
9. Asen, E. & M. Scholz (2010), *Multi-family Therapy. Concepts and Techniques*. London: Routledge.
10. McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press
11. Stuyling de Lange, J., P. Dashorst & T. Mooren (2009), 'Trauma en persoonlijkheidsproblematiek. De toepassing van een integratief model', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 396-412.



Herdenkingsmonumenten helpen om ingrijpende gebeurtenissen een plaats te geven in het hedendaagse leven. Impact brengt herdenkingsmonumenten in beeld en vertelt hun verhaal.

Sunset March

De Sunset March is sinds 19 oktober 2014 een dagelijks erbetoon aan de geallieerde militairen, die gevochten hebben voor de vrijheid van Nederland. In Nijmegen is een paar jaar geleden een nieuwe stadsbrug gebouwd, de Oversteek. De brug staat vlakbij het deel van de Waal waar op 20 september 1944 Amerikaanse militairen tijdens operatie Market Garden de Waal zijn overgestoken. Tijdens deze zogenaamde 'Waalcrossing' zijn 48 geallieerde militairen omgekomen.

Een bijzonder kunstwerk op de brug vormen de lichtmasten. Er staan 48 paar lichtmasten op de brug. Rond het tijdstip van zonsondergang worden deze, paar voor paar, na elkaar ontstoken in het tempo van een trage mars. Iedere avond, als het eerste paar lichtmasten wordt ontstoken, loopt een veteraan de Sunset March mee in het tempo waarin de lichten aangaan.

www.sunsetmarch.nl

Locatie Sunset March Monument



Oosterhoutsedijk 90, 6663 KV Nijmegen

Foto: Flip Franssen/HH



Berend Berendsen over het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen

‘Leave No One Behind’

Kolonel-arts Berend Berendsen is voorzitter van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). Hij is daarnaast twee dagen per week praktiserend psychiater in de veteranenzorg. Berendsen werkt met het LZV-programmabureau vanuit Doorn. Hij doet dat in hetzelfde gebouw waarin ook het Veteraneninstituut en Stichting de Basis, die beide deel uitmaken van het veteranenzorgsysteem, zijn gevestigd. Vanuit zijn specifieke positie en omdat hij er vanaf het begin bij is betrokken, is Berend Berendsen bij uitstek iemand die een beeld kan schetsen van de totstandkoming, de werkwijze en de resultaten van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen.

‘We zijn begonnen omdat we ons zorgen maakten over een mogelijke toevloed van veteranen met een oorlogstrauma. Dat als gevolg van het feit dat Nederland veel actiever militair ging participeren in Afghanistan’, aldus Berendsen, ‘in 2007 gingen we van start met drieëntwintig instellingen, we wilden in iedere grotere provinciestad aanwezig zijn.’ De verwachte toevloed van getraumatiseerde veteranen bleef echter uit en het bleek bovendien lastig op het thema veteranenzorg maar liefst drieëntwintig autonome organisaties aan te sturen. Berendsen: ‘In 2010 hebben we het LZV versmald tot

de twaalf instellingen van nu, daarmee hebben we een ideale mix gecreëerd van landelijke aanwezigheid, coördinatie van zorg op regionaal niveau en geborgde kwaliteit. Want dat is wat willen: dat veteranen, waar ze ook aankloppen, te maken krijgen met de beste professionals. Professionals die bovendien een uitstekende context-kennis hebben over wat het betekent militair te worden, te zijn en te zijn geweest. We zorgen ervoor dat ieder soort aanbod in iedere regio aanwezig is. Dus overal in Nederland is militair-geestelijke verzorging, specialistisch maatschappelijk werk en een adequaat GGZ-aanbod beschikbaar. Verder werken we als LZV samen met andere organisaties, bijvoorbeeld als het gaat om verslavingszorg. En dat alles is, dankzij het bewust gekozen samen optrekken van militaire en civiele instellingen, ingebed in het grotere geheel van de Nederlandse gezondheidszorg.’

Waarom, ondanks dat in Afghanistan onder oorlogsomstandigheden militair werd opgetreden, een grote toestroom van getraumatiseerde veteranen na 2007 – gelukkig – uitbleef, is overigens niet definitief vastgesteld. ‘Je mag aannemen dat de professionalisering van de krijgsmacht - Nederland stapte in de jaren negentig immers over op een beroepsleger - en de combinatie van selectie, opleiding, training en terugkeerbegeleiding hun vruchten hebben afgeworpen’, veronderstelt Berendsen. Daarnaast is er het gegeven dat Nederland eerder vooral aan peacekeeping-missies deelnam waarbij militairen een beperkt mandaat hadden en geregeld gedwongen waren machteloos toe te kijken bij misstanden. ‘Het is bekend dat juist machteloosheid een grote veroorzaker is van traumaproblemen’, aldus Berendsen.



Foto: Jos Klifin

‘De veteranenpopulatie is uniek in het feit dat zij zichzelf zo goed heeft georganiseerd’

Een kleine groep met traumaklachten

Over het bereik van het LZV onder veteranen toont Berend Berendsen zich overwegend tevreden. ‘Er zijn in Nederland op dit moment een kleine negentigduizend post-actieve veteranen, militairen die niet meer in dienst zijn maar die in het verleden te maken kregen met oorlogsomstandigheden of daarmee vergelijkbare situaties. Want dat is onze doelgroep, voor militairen die nog in actieve dienst zijn – en die vanwege hun oorlogservaringen ook de veteranenstatus kunnen hebben – is het ministerie van Defensie als werkgever zelf verantwoordelijk. Van de post-actieve veteranen heeft de overgrote meerderheid, zo’n tachtig procent, geen problemen’, zo vervolgt Berendsen, ‘zij kijken vaak vooral positief terug op hun uitzending of meerdere uitzendingen. Voor twintig procent ligt dat anders, maar dan gaat het voor het grootste deel van hen om lichte en kortdurende klachten: moeite hebben met weer invoegen thuis, tijdelijke relatieproblemen of tijdelijke slaapproblemen. Van alle post-actieve veteranen heeft zo’n vijf procent een missie-gerelateerd traumaprobleem en daarbinnen is weer een groep, één à twee procent van het totaal aantal post-actieve veteranen, die de beruchte PTSS-klachten hebben waarbij het hele leven langdurig ontregeld raakt.’ Als Berendsen dat laatste percentage naast de LZV-instroom en -behandelcijfers van de afgelopen jaren legt, komt hij tot de conclusie dat men met het zorgsysteem deze groep veteranen in het algemeen goed weet te bereiken. Al blijven er natuurlijk zorgmijders en zijn er ook veteranen die anderszins geen aansluiting vinden. Berendsen: ‘Daarom hebben we, bijvoorbeeld als het gaat om dak- of thuisloos geworden veteranen, ook contact met een organisatie als het Leger des Heils.’

Bij het werk van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen is het een belangrijk positief gegeven dat de doelgroep zelf actief is. ‘De veteranenpopulatie is uniek in het feit dat zij zichzelf zo goed heeft georganiseerd’, constateert Berend Berendsen. ‘Al die verenigingen, die onderlinge dwarsverbanden en al die hulpverleningsmodellen die ze vrijwillig voor elkaar hebben ontwikkeld. Denk ook aan de nuldelijnszorg die via het Veteranen Platform door de samenwerkende veteranenorganisaties is opgepakt. Dat is voor het LZV heel waardevol. En via het

Rein Bijkerk

Militair historicus, onder meer gespecialiseerd in de actuele verhouding tussen maatschappij en krijgsmacht



voor hulpzoekenden en hun directe omgeving permanent bereikbare Veteranenloket is er een communicatieplatform gecreëerd waardoor we als professionele instellingen goed kunnen samenwerken met die nuldelijn, terwijl elke organisatie de zelfstandige inbreng behoudt.’

Meer maatwerk

Wat zijn nu de feitelijke resultaten van het LZV? Berend Berendsen: ‘De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat er weliswaar veel ontwikkelingen zijn op het gebied van traumabehandeling, maar dat er geen fundamentele doorbraken zijn geweest in de afgelopen tien jaar. We kunnen niet zeggen: toen we begonnen was het moeilijk maar bijna iedereen die nu met PTSS bij ons komt, hebben we in drie maanden weer beter.’ Toch is er veel verbeterd. ‘Allereerst kunnen we snel actie ondernemen, als enige in Nederland haalt het LZV de scherpe GGZ-norm van de voorgeschreven maximale wachttijd van één maand. Daarnaast zijn de zorginterventies effectiever geworden. Dit omdat we veteranen aanzienlijk vroeger weten te

‘Van alle post-actieve veteranen heeft zo’n vijf procent een missie-gerelateerd traumaprobleem’

bereiken, maar bijvoorbeeld ook omdat er veel meer aandacht is voor de context: voor eventueel verstoorde gezinsrelaties, voor behoud of het opnieuw vinden van werk, voor een eventuele alcohol- of drugsproblematiek.’ Daarnaast is de doelmatigheid toegenomen. Berendsen: ‘Toen ik begon als psychiater was vrijwel iedere veteraan die werd begeleid tevens in behandeling bij een psychiater, nu geldt dat nog maar voor vijfenvijftig procent. Dat komt doordat we hen veel beter dan vroeger ook op andere wijzen kunnen helpen en begeleiden en daarmee kunnen we voorkomen dat mensen blijven vastzitten in behandelingen en niet verder komen. Uit tevredenheidsmetingen onder veteranen blijkt bovendien dat we het goed doen, al zijn er natuurlijk altijd opmerkingen over dingen die beter kunnen en moeten.’

Tevredenheidsmetingen zijn mooi, maar het LZV wil een volgende stap zetten. ‘We werken als zorgsysteem met

instellingen die ook zelf wetenschappelijk onderzoek doen en op die manier aantonen dat ze over het algemeen effectief zijn in wat ze leveren. Daarom komen we nu op het punt dat we de effectiviteitsgegevens tussen organisaties zodanig met elkaar vergelijken dat er steeds betere keuzes kunnen worden gemaakt: in welk stadium verkeert het probleem, wat is het profiel van de betreffende veteranen, welke behandeling kun je er het beste aan koppelen, en wat zijn de prognoses? Het is een aanpak die inmiddels gangbaar is in de algemene gezondheidszorg, maar methodologisch ingewikkelder ligt bij de GGZ met haar lastiger meetbare en vergelijkbare resultaten. Berendsen: 'Toch denken we een flinke stap te kunnen zetten, onder meer omdat we binnen de ketenorganisatie zo hecht samenwerken en een goed identificeerbare doelgroep hebben. We zouden misschien zelfs een rolmodel voor andere organisaties kunnen worden.'

'We zouden misschien zelfs een rolmodel voor andere organisaties kunnen worden.'

De veteraan centraal

Echter, voor de naaste LZV-toekomst zijn de thema's 'de invloedrijke veteraan' en 'duurzaam gezond zijn' minstens zo belangrijk. Thema's die eveneens aansluiten bij de bredere trend in de gezondheidszorg en voor de veteranzorg zeer relevant zijn. 'De grootste ambitie is dat de komende jaren de eigen invloed van de veteraan op de zorg die hij of zij krijgt echt gestalte wordt gegeven. We zijn er voor de doelgroep en het belangrijkste is dat die doelgroep ook werkelijk die ervaring heeft. Dus zorg meer organiseren vanuit de vraag en de behoefte en niet zoals zo vaak gebruikelijk vanuit het aanbod', aldus Berendsen. Daarbij komt nog een tweede, evenzeer wezenlijke ambitie: 'We zijn er om mensen te behandelen die ziek zijn, maar we zijn ons daarnaast ook echt aan het ontwikkelen tot een organisatie die veteranen helpt gezond te blijven, liefst duurzaam gezond.'

Berend Berendsen licht dit laatste toe aan de hand van een concreet voorbeeld. 'Ik moet denken aan mijn oud-patiënt Ruben die, ofschoon hij een heel behan-



deltraject heeft doorlopen, niet klachtenvrij raakt. Zijn gezondheid moet groeien, terwijl herstellen van de aandoening niet goed haalbaar blijkt. Met het LZV willen wij onze inspanningen focussen op die domeinen van gezondheid die voor hem het belangrijkste zijn, juist ook wanneer PTSS niet definitief over blijkt te gaan. Het herstellen van het gevoel van regie over het dagelijks leven, werk, fysiek fit zijn, meedoen en ertoe doen, dat alles is dan van wezenlijk belang. Wij streven ernaar dat een veteraan als Ruben die doelen steeds beter bereikt met tools die wij bieden om dergelijke keuzes samen met de LZV-professionals te kunnen maken. Als we daarin slagen, tillen we onze missie 'Leave No One Behind' opnieuw naar een hoger niveau.'

KETENPARTNERS

Het LZV is een civiel-militaire samenwerking, in de vorm van een ketenorganisatie voor veteranzorg, die is gefundeerd op een convenant tussen de minister van Defensie en de deelnemende instellingen.

Binnen het LZV werken twaalf zorginstellingen samen:

- Diensten Geestelijke Verzorging Defensie
- Stichting het Veteraneninstituut
- Stichting De Basis
- Bedrijfs-MW Defensie
- Psychotraumacentrum Zuid-Nederland
- GGZ Drenthe
- Militaire Geestelijke Gezondheidszorg
- Stichting Centrum '45
- Sinai Centrum
- Jellinek
- Forensisch Instituut De Waag
- Veteranen Intensieve Behandeling Unit

Bart Nauta

Historicus en junior-onderzoeker bij Arq Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld



Zaïre-veteraan Hans van Leest

‘Er zijn weinig dagen dat ik niet aan Rwanda denk’

Vluchtelingenkamp in Goma, 1994

Provide Care, een humanitaire interventie van de Nederlandse krijgsmacht, is bij het publiek zo goed als vergeten. Het leed van Rwandese vluchtelingen in Zaïre in 1994, vergeet Provide Care-veteraan Hans van Leest echter nooit. Impact sprak met hem over zijn ervaringen en de nasleep van de missie voor hem persoonlijk.

Amper een half jaar na zijn uitzending naar Midden-Afrika kregen zijn onderdrukte gedachten de vrije loop, alsof ze het overnamen van zijn lichaam. Weemoedig

met zijn collega's een biertje drinkend, barstte Hans van Leest in een vreselijke huilbui uit. ‘Je hebt het idee dat heel Rwanda over je heen kruipt’. Hij verleende in 1994 als transportleider bij de luchtmacht vijf weken noodhulp in de misère van de vluchtelingenkampen in Zaïre, vlak over de grens bij Rwanda.

Deze vergeten humanitaire interventie van de Nederlandse krijgsmacht heette Provide Care. De psychologische gevolgen van de missie waren volgens de oud-detachementscommandant Ton de Graaf ‘zwaarder dan bijvoorbeeld Srebrenica of Kosovo’. Toch ging Van Leest twee dagen na zijn korte instorting gewoon weer aan het werk: ‘Je wilt het niet toegeven, je wilt niet ziek zijn. Ik was weer de ouwe, dacht ik’.

Vulkanisch niemandsland

Operatie Provide Care lag in het verlengde van de Rwandese Genocide. In een burgeroorlog tussen aan de Rwandese regering gelieerde extremistische Hutu's en het Rwandees Patriottisch Front (RPF), een rebellenleger dat voornamelijk uit Tutsi's bestond, werd Rwanda meegezogen in extreem geweld. Van april tot juli 1994 zijn 800.000 Tutsi's en gematigde Hutu's door extremistische Hutu's vermoord. Geschat wordt dat zo'n 200.000 Hutu's, dikwijls bewapend met kapmessen, direct participeerden in de massamoord op hun burens en zelfs familieleden. Een dun bemand en slecht uitgeruste VN-vredesmissie, onder leiding van Romeo Dallaire, was gereduceerd tot een toeschouwer van genocide. Hoewel zijn troepen erin slaagden duizenden mensen te redden, rekende Dallaire zich de genocide zwaar aan. Eenmaal terug in Canada ging hij gebukt onder gevoelens van schuld en een posttraumatische stressstoornis die hem vastgreep en hem niet meer los liet. Hij overleefde meerdere zelfmoordpogingen.

Een 25 kilometer lange menselijke rivier van 850.000 vluchtende Hutu's

Roadblocks

Met de snelle opmars van het RPF vluchtten duizenden Hutu-burgers in paniek naar onder meer Zaïre, huidige Congo-Kinshasa. Een 25 kilometer lange menselijke rivier van 850.000 vluchtende Hutu's stroomde tussen 14 en 18 juli de Zaïrese stad Goma binnen. De Hutu's streken met hun geiten, hun huisraad en geplunderde metalendaken van hun Tutsiburen neer in een niemandsland van vulkanisch gesteente, zonder sanitair en drinkwater.

Zo'n 50.000 stierven er door uitputting en ziekte in de eerste maand van de humanitaire crisis. Internationale media stonden er bovenop om het te filmen. Beelden van stervende kinderen kwamen de huiskamers van het westen binnen. De wereld moest iets doen, Nederland dus ook en snel een beetje, aldus een luide roep uit de Tweede Kamer. Er werd besloten tot kleine humanitaire militaire interventie. Militairen mochten zich vrijwillig aanmelden, Van Leest werd 'vrijwillig verplicht' door zijn commandant aangemeld.

De voorbereiding van de Nederlandse militairen liep gehaast. Over Rwanda en Zaïre was maar weinig bekend. Tijdens een briefing kregen de militairen les over roadblocks. 'Wat moet men doen bij een roadblock? Antwoord: als je doorrijdt kunnen ze je doodschieten, als je stopt ook,' noteerde Van Leest in zijn dagboek enkele



dagen voordat de Nederlanders op 6 augustus in Goma zouden aankomen.

Hel op aarde

Niets had de 106 mannen en vrouwen van het Nederlandse detachement kunnen voorbereiden op wat zij in Zaïre aantroffen. Onder een dikke laag van rook van de talloze houtvuurtjes woonden in het vluchtelingenkamp Katale meer dan 200.000 mensen onder blauwe zeildoeken. Langs de verharde wegen lagen eindeloze rijen lijken opgerold in matjes. Van Leest: 'Je kunt niet begrijpen dat een kind naast het lichaam van zijn moeder zit terwijl hij zingt en huilt tegelijkertijd'



Vluchtelingenstroom op weg naar Goma, 1994.

Het Nederlandse werk richtte zich onder andere op het verlenen van medische hulp en het transport van water en hulpgoederen. Als chauffeur bracht hij met vrachtwagens water naar de kampen, waar vluchtelingen al uren in de hete zon met hun jerrycans stonden te wachten. ‘We hebben in een kleine zes weken de hel op aarde meegemaakt’, zegt Van Leest. Hij schreef in zijn memoires over de veldhospitaal waar Nederlandse militaire artsen en verplegers werkten in de ondragelijk stank van de dood: ‘Er staan veldbedjes waar wel vijf of zes kinderen op liggen die allemaal stervende zijn. Ze liggen in hun eigen ontlasting die zo dun is als water en vaak nog is vermengd met bloed’.

Kapmessen

Niet alleen vrouwen en kinderen woonden in de vluchtelingenkampen, ook de Hutu-extremisten - de verantwoordelijken voor de genocide - waren er aanwezig. Van Leest zag hoe de Hutu-extremisten met intimidatie, terreur en lynchpartijen de Hutu-burgers dwongen om in Zaïre te blijven. Dit om eventueel later de genocide te kunnen voltooien. Nederlandse chauffeurs werden zelf ook regelmatig geïntimideerd door agressieve Rwandezen die dreigden met kapmessen of ik-snij-je-keel-door-handgebaren.

Naast militairen uit het verslagen Rwandese regeringsleger en Rwandese militieleden vormden Zaïrese

soldaten, dronken vanaf het middaguur, eveneens een gevaar. Dit ondervond Van Leest tijdens een rit met een konvooi Nederlandse vrachtwagens driehonderd kilometer zuidelijk van het Nederlandse basiskamp. Beschonken Zairese soldaten, met een flinke joint en bier in hun handen, hielden de Nederlanders aan.

Van Leest in zijn dagboek: 'In een flits ging het door mij heen! Stoppen of doorrijden bij een roadblock?' Een Zairese militair duwde een Kalasjnikov onder zijn kin en sommeerde Van Leest om uit te stappen. De Nederlanders moesten hun wapens afstaan en konden geen kant meer op. Na een paar uur mocht de hulpgoederenkonvooi haar reis onder begeleiding van de Zairezen vervolgen, om pas twee dagen later dankzij enig geschuif met geld van ze af te zijn.

'Je wilt geen watje zijn die het niet kan verdragen, je wilt een stoere vent zijn.'

Dit soort incidenten en het geweld in de kampen zorgden ervoor dat sommige Nederlanders zich onveilig voelden. Ook door de gruwelijkheden in de kampen en het gevoel van machteloosheid om te werken in een uitzichtloze crisis was de mentale druk voor de Nederlanders hoog, voor sommigen misschien wel te hoog. Op 4 september 1994 schreef Van Leest in het vliegtuig op weg naar Nederland: 'We zullen wel als andere mensen terugkeren.'

'Je wilt geen watje zijn'

Eenmaal thuis was Van Leest inderdaad een ander mens. Hij was veel meer ingetogen en meer teruggetrokken uit het leven. Nazorg van Defensie was er amper. 'Na een missie werd al het overtollige materiaal op de planken in een magazijn gezet. Ik had weleens het idee dat wij als veteranen ook op die planken lagen.'

Een kringgesprek met een psycholoog van Defensie een week na thuiskomst zal hij nooit vergeten. De psycholoog vroeg nonchalant: 'Zo, heeft er iemand nog iets te melden? Waarop de militairen opstonden en vertrokken. 'Ik heb mijn jas aangetrokken, zo boos was ik'. Van Defensie hoorde hij niks meer. 'Defensie heeft geen actie ondernomen om ons naar de arts te sturen. Ook mijn fout geweest natuurlijk, ik had zo een afspraak kunnen maken.'

Van Leest dacht hij gewoon kon blijven werken. Hij was gericht op promotie, daarvoor was ziek worden geen optie, anders zou iemand zijn plaats hebben ingenomen. 'Je wilt geen watje zijn die het niet kan verdragen, je wilt een stoere vent zijn.'

Ik ben even weg voor Provide Care

Op een bijeenkomst in 2001 voor militairen die bijna uit dienst gaan, vertelde hij zijn verhaal in een introductierondje. Over de Hutu's en de Tutsi's, alle ellende die hij in Zaïre zag. 'Die machine, mijn mond, begon te ratelen. Struikelend over mijn eigen woorden gaf ik een stortvloed van overhaaste berichtgeving.' In de pauze sprak een kolonel hem aan: 'Dat gaat niet goed met jou he? Heb je jezelf horen praten over de uitzending? Zo snel wil je alles vertellen, je zit er helemaal vol mee. Ben je weleens bij de dokter geweest?'

Een reeks sessies bij een militair-psycholoog volgde. De psycholoog raadde hem aan een boek te schrijven over zijn ervaringen. 'Het was natuurlijk de opdracht dat mijn hersenen zoveel voeding zouden krijgen opdat die zouden beseffen van: ik heb nu alles door, het gaat goed met mij. Dat heeft veel betekend voor de verwerking.' Het resulteerde in zijn boek *Ik ben even weg voor Provide Care*.

Een reünie in 2004 voor Provide Care-veteranen droeg ook bij aan verwerking. Romeo Dallaire deelde zijn ervaringen en de nasleep van Rwanda. Van Leest sprak met hem: 'Eigenlijk zaten we in hetzelfde bootje. Dat besef heeft me heel veel goeds gebracht.'

Koreaveteraan

Het leven van Van Leest is na de uitzending drastisch veranderd. 'Er zijn maar heel weinig dagen dat ik niet aan Rwanda denk. De uitzending vergeet je niet, die sleep je met je mee. Als je de bergen kapmessen ziet liggen in de kampen denk je: waarom doen mensen elkaar zoveel leed aan? Ik heb zoveel ellende gezien

'Zo stond er een keer een Korea-veteraan van 92 te huilen op m'n schouder. Hij vond het fijn om met me gesproken te hebben.'

dat ik wel een beter mens moest worden, en ik denk ook dat ik een beter mens ben. Voorheen was ik veel met mezelf bezig zonder het goede in de wereld zien. Na de missie werd ik liever, behulpzamer, en stond eerder voor iemand klaar.'

Sinds tien jaar zit Van Leest in het bestuur van de veteranenorganisatie in Bergen op Zoom. Hij praat daar met veteranen die nooit over hun ervaringen hebben gesproken. 'Als ik met veteranen in gesprek ga dan komen ze los en vertellen ze verhalen waar je kippenvel van krijgt. Zo stond er een keer een Koreaveteraan van 92 te huilen op m'n schouder. Hij vond het fijn om met me gesproken te hebben - dat vind ik grandioos.'

Gielt Algra

Medewerker bij het Kennis- en Onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut



Meidagen veteranen en hun terugblik op de strijd

De bescheiden veteraan

Demobilisatie 1940. Nederlandse soldaten met plunjebaal op de rug weer op weg naar huis, mei 1940.

‘Hoeveel zijn er daar eigenlijk gesneuveld? Is dat eigenlijk na te gaan?’ Toen ik Frans van Breukelen in 2014 interviewde, zat hij nog met die vraag. Hij was toen al ver in de negentig en het bleek iets te zijn wat hem tot aan zijn dood bezighield.

Frans van Breukelen was in 1940 schutter zware mitrailleur geweest in een kazemat aan de rivier bij Katwijk aan de Maas. In de vroege uren van de 10e mei, de dag van de Duitse inval, zou hij met zijn wapen rij na rij de Duitse aanvallende infanterie neermaaien die met bootjes trachten de Maas over te steken. Dit hielden ze uren vol totdat de getalsmatige overmacht van de Duitsers hen uit de kazemat dwong en krijgsgevangen nam. Van Breukelen was bij de verdediging aan zijn hoofd gewond geraakt en zou later na de oorlog met het Bronzen Kruis voor zijn moed gedecoreerd worden. Toch zou hij niet direct terugdenken aan zijn inzet als een ‘heldendaad’. Bij zijn beschrijvingen van wat er die ochtend allemaal gebeurde schroomde hij niet het woord ‘moordenaar’ voor zijn eigen rol te gebruiken.

Vanaf 2008 zijn in het kader van de Interview Collectie Nederlandse Veteranen 1200 Nederlandse veteranen

geïnterviewd. Hieronder ook tientallen van de oudste groep; de veteranen van mei 1940. Ikzelf was hier ook bij betrokken en al na mijn eerste ontmoeting met één van hen, de heer Jan de Lint, drong het tot me door dat dit een bijzondere groep was, die toen nog op een hoge leeftijd geïnterviewd kon worden. Ik ging me juist steeds meer op deze groep richten wat uiteindelijk in

Hij schroomde niet het woord ‘moordenaar’ voor zijn eigen rol te gebruiken

2015 heeft geleid tot de publicatie van het boek *Militaire ooggetuigen, de strijd in mei 1940*. Een publicatie volledig gebaseerd op de interviews uit de Interview Collectie Nederlandse Veteranen (ICNV) van het Veteraneninstituut. Op de vraag op welke manier zij als veteraan terugdacht



foto: Beeldbank WO2-NIOO

Tijdens de meiddagen in Nederland neergeschoten Duits vliegtuig.

ten aan de gebeurtenissen in die vijf dagen in mei en hoe ze dat verwerkten, kwamen er echter vaak verrassende antwoorden. Geregeld werd er met een andere manier teruggekeken dan men in eerste instantie zou vermoeden. Net zoals de gedecoreerde veteraan Van Breukelen zichzelf zeker niet als held zag, hadden ook andere veteranen vaak een onvermoede kijk op hun eigen rol.

Vrijwel allen vonden hun inzet in Indië veel belangrijker dan hun rol bij de strijd in mei 1940

Veteranen, die zijn in Indië geweest

Op de standaard afsluitende vraag van de interviews, of de betrokkene zich ook veteraan voelt, antwoorde de heer De Lint met; 'Nee, ik ben toch niet in Indië geweest'. Dit was in 2010, zeventig jaar na de gebeurtenissen van mei 1940. De heer de Lint had daarbij, dienende als schutter zware mitrailleur bij het vliegveld Ypenburg, verschrikkelijk huisgehouden onder de Duitse luchtladingstroepen die het vliegveld trachten te veroveren. Het op de voorkant van de publicatie afgedrukte citaat; 'Ik schoot die Duitsers te barsten', was een uitspraak van hem bij dit interview. Hij zou later op die 10e mei zelf zwaargewond raken. Dit alles was blijkbaar niet genoeg om zich 'veteraan te voelen'.

In het naoorlogse tijdperk had de dominantie van de Indië-veteranen op het beeld dat Nederland van zijn veteranen had, ook zijn stempel gedrukt op het zelfperspectief dat andere veteranen hadden. Van de jongere generaties veteranen was dit bekend, maar van deze oudere generatie, kwam dit bij de interviews vaak pijnlijk naar voren. Dat bleek ook bij de veteranen die zowel in Indië als in mei 1940 hadden gediend; vrijwel allen vonden hun inzet in Indië veel belangrijker dan hun rol bij de strijd in mei 1940. Dat gold niet voor de minsten onder hen. Ook de veteraan Meerman bijvoorbeeld, die als marinier bij de maasbruggen in Rotterdam had gevochten, één van de zwaarste strijdtonelen van mei 1940, was die mening toegedaan.

'De' veteranenervaring

Zelf kwamen ze met verklaringen die vooral te maken hadden met de 'korte duur' van de strijd vergeleken met de uitzendperiode naar Nederlands-Indië, die vaak meerdere jaren duurde. Anderen gaven aan dat het gedeelte van de strijd in mei 1940 vaak slechts een gedeelte van hun oorlogsbeleving was. Voor velen kwam daar het verzet, onderduiken en krijgsgevangenschap nog bij, waarbij opvallend genoeg vrijwel geen één het onderduiken en de krijgsgevangenschap relateerde aan 'veteraan' zijn. Dit terwijl zij het onderduiken of de krijgsgevangenschap moesten ondergaan omdat zij toch echt 'Nederlands wapenrok' hadden gedragen en het

daarmee onmiskenbaar 'een veteranenervaring' was. Ook was soms hun beoordeling van dat wat ze meegemaakt hadden door de 'Hollywood achtige' taferelen van de strijd die anderen hadden meegemaakt in de Tweede Wereldoorlog. In films die in de jaren na de oorlog over de strijd gingen, zien we mannen die heel Europa doortrokken om Nazi-Duitsland te verslaan. Dat dit populaire beeld van wat militairen in de Tweede Wereldoorlog meemaakten, niet echt een afspiegeling was van de werkelijke gevechtservaring van een gemiddelde veteraan, ontging hen veelal. Eén van de geïnterviewde Nederlandse veteranen antwoorde dan ook met een wegwerpachtig gebaar met 'ik heb maar vijf dagen in de loopgraven gezeten'. Het was hem moeilijk duidelijk te maken dat dit wel degelijk heel wat was en meer dan menig andere veteraan had meegemaakt.

Niemand vindt zichzelf een held

Bij dit terugkijken en beoordelen van hun eigen rol zien we een aantal duidelijke patronen zich aftekenen. Er is het verdriet over de verschrikkingen van de strijd, maar ook - en dat is bij alle meidagenveteranen terug te vinden - de woede en verontwaardiging over de Duitse inval. Niemand vindt zichzelf een held, terwijl er een aantal bij zit dat hoog gedecoreerd is en een aantal van wie je je kunt afvragen, dat als zij geen held zijn geweest, wie dan wel. Een aantal echter durft gewoon toe te geven dat ze, terwijl velen nu nog boos zijn vanwege de vroegtijdige capitulatie, blij waren dat het voorbij was. Ze hadden het overleefd. Er is een grote groep die ondanks wat ze in die dagen in mei 1940 hebben meegemaakt, dit allemaal bagatelliseren. Dit zijn vooral de geïnterviewde veteranen die na die meidagen langdurig een rol hebben gespeeld in het verzet of naar Indië zijn uitgezonden.

Er is ook een groep die nooit goed begrepen heeft in wat voor groter geheel zij een rol speelden. Vaak een hele kleine bescheiden rol, maar soms ook een hele grote. Deze rol kwam bij de interviews naar voren en het kon dan vaak ook nog eens recht worden gezet. Dat was dan op de valreep, want vaak hadden ze al hun hele leven met die vragen geworsteld. Een goed voorbeeld van zo'n bescheiden rol was de heer Rijsbergen. Hij diende in het Derde Legerkorps, een legerkorps dat achter de Peel-Raamstelling in Brabant stond opgesteld. De heer Rijsbergen werkte voor hij werd opgeroepen met zijn vader in de Biesbosch. Zij werkten in de houtkap en verbleven de hele week in de Biesbosch om in de weekenden naar huis in Lage Zwaluwe terug te keren. Ze hadden geen radio en geen krant. Van Rijsbergen had ook niet meer dan de lagere school als opleiding. Na de

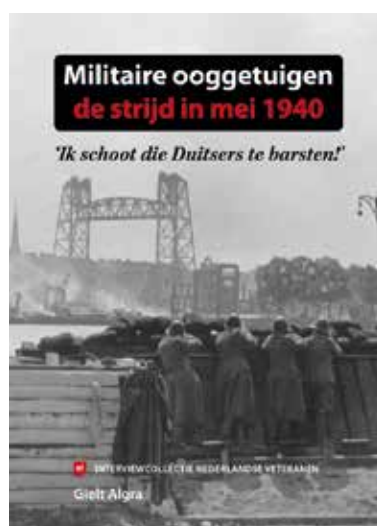
capitulatie zou hij terugkeren naar dit eenvoudige bestaan en hij zou dit vak tot zijn pensionering voortzetten.

Nooit geweten

Bij het interview dacht hij dat hij er misschien niet over mocht praten, maar er was iets met verraad in het spel geweest bij de Duitse inval. Ze hadden immers maanden aan stellingen en loopgraven gewerkt in Brabant en toen de Duitsers eenmaal binnenvielen, moesten ze met het hele legerkorps die stellingen achterlaten en zich over de rivieren terugtrekken. 'Toen konden de Duitsers zo doorlopen naar Rotterdam' volgens van Rijsbergen. Uiteindelijk zouden ze capituleren zonder dat zijn eenheid een schot had gelost. Dat moest wel verraad zijn geweest. Dat dit een vooraf ingecalculerde troepenbeweging was, die paste in het algehele strategische beleid om binnen de vesting Holland stand te houden, wist

Een aantal durft gewoon toe te geven dat ze blij waren dat het voorbij was

van Rijsbergen niet. Vooraf moest het natuurlijk niet zo lijken alsof Nederland het zuiden van het land niet langdurig zou verdedigen, dus werden er wel stellingen aangelegd en troepen geplaatst. Dat deze troepenbeweging geheim moest blijven was vanzelfsprekend en daarom ook werden de manschappen hiervan niet op de hoogte gesteld. Later is dit natuurlijk in diverse publicaties en televisiedocumentaires bekend geworden. Alleen van Rijsbergen zat toen weer in de Biesbosch. Het was voor hem nooit duidelijk geworden dat dit een vooropgesteld plan was. Hij was 97 jaar toen het hem eindelijk werd uitgelegd. Zelfs voor een veteraan is het nooit te laat om iets over de oorlog te leren.



Militaire
ooggetuigen, de
strijd in mei 1940
Gielt Algra

QV UITGEVERIJ,
226 PAGINA'S

ISBN 9789082080056



Ingrid van Assouw

Ervaringsdeskundige en redactielid Impact Magazine



3 Veteranen



Monique, 43, tandartsassistente
Missie: Srebrenica Dutchbat II, 1994
Functie: geneeskundige dienst
Leeftijd destijds: 20
In het leger gegaan: door stiefbroer die beroepsmilitair was

Mijn stiefbroer - in 1982 uitgezonden naar Libanon - is nu onder behandeling bij het Sinäï Centrum. Vorig jaar vroeg hij mij mee naar een familiedag; hij praat alleen met mij over zijn situatie. Toen er verteld werd wat voor verschijnselen men kon vertonen door PTSS realiseerde ik me pas dat dit op mij van toepassing was. Mijn af en toe totaal ongenueanceerde, heftige reacties op normale dingen waren opeens meer verklaarbaar. Voor mij was mijn abnormale gedrag 'normaal'. Ik heb er nooit bij stilgestaan. Voor mijn stiefbroer en mij was dat onze realiteit. Wij waren zo jong toen we op uitzending gingen dat we op die manier gevormd zijn.



Bart Jan Baten, 42, ambulance chauffeur - instructeur
Missie: Bosnië en Afghanistan, 2006
Functie: diverse gevechts- en medische functies
Leeftijd destijds: 21 en 30
In het leger gegaan: als vervanging voor zijn thuissituatie na het overlijden van zijn ouders

Je kunt met psychologische hulp aanleren welk soort voorvallen je kunt herdefiniëren en hanteerbaar kunt maken. Een situatie waarbij een kind met een speelgoedwapen de hoek om komt rennen waardoor je in paniek raakt kun je leren hanteren. De erkenning van je letsel is hierin erg belangrijk; weten wat je wel en niet aankunt. Een aantal effecten verdwijnt nooit helemaal, je kunt er wél mee leren omgaan en/of het leren te gebruiken. Sommige effecten gebruik ik in mijn werk als ambulancechauffeur regelmatig op een positieve manier in acute situaties. Ik was zeer waakzaam, dit is nu een kwaliteit geworden: ik kan in acute situaties goed overzicht houden, waardoor ik op die momenten zeer adequaat kan handelen.



Dennis Elfferich, 46, consultant facilitaire dienstverlening
Missie: Sisava IFOR
Functie: Sergeant verkennerspeloton met als neventaak de medical opleiding medische verzorging
Leeftijd destijds: 21
In het leger gegaan: vanwege de sport en de kameraadschap

Ik weet dat je als ervaringsdeskundige iets kunt betekenen voor een ander in de bewustwording van PTSS en het formuleren van een hulpvraag. Je kunt met iemand naar zijn situatie kijken en herkenning en bewustwording creëren zodat de klachten werk- en leefbaar worden. Je kunt helpen bij het accepteren van de situatie en het er mee leren omgaan door geen medelijden te geven maar praktische informatie, waardoor iemand zelfredzaam wordt. Ik heb totaal geen angst meer om mijn kop boven het maaiveld uit te steken. Ik weet waarvoor ik dingen doe; altijd voor een groter doel, om anderen te kunnen helpen.

Drie paradoxen in de psychotherapie

Op 29 september 2017 promoveerde Joris Haagen op het verklaren van de effectiviteit van psychotherapie via voorspellend onderzoek. Aan de hand van de uitkomsten van zijn onderzoek schetst hij drie hedendaagse paradoxen in de zorg voor veteranen met uitzendgerelateerde problematiek.

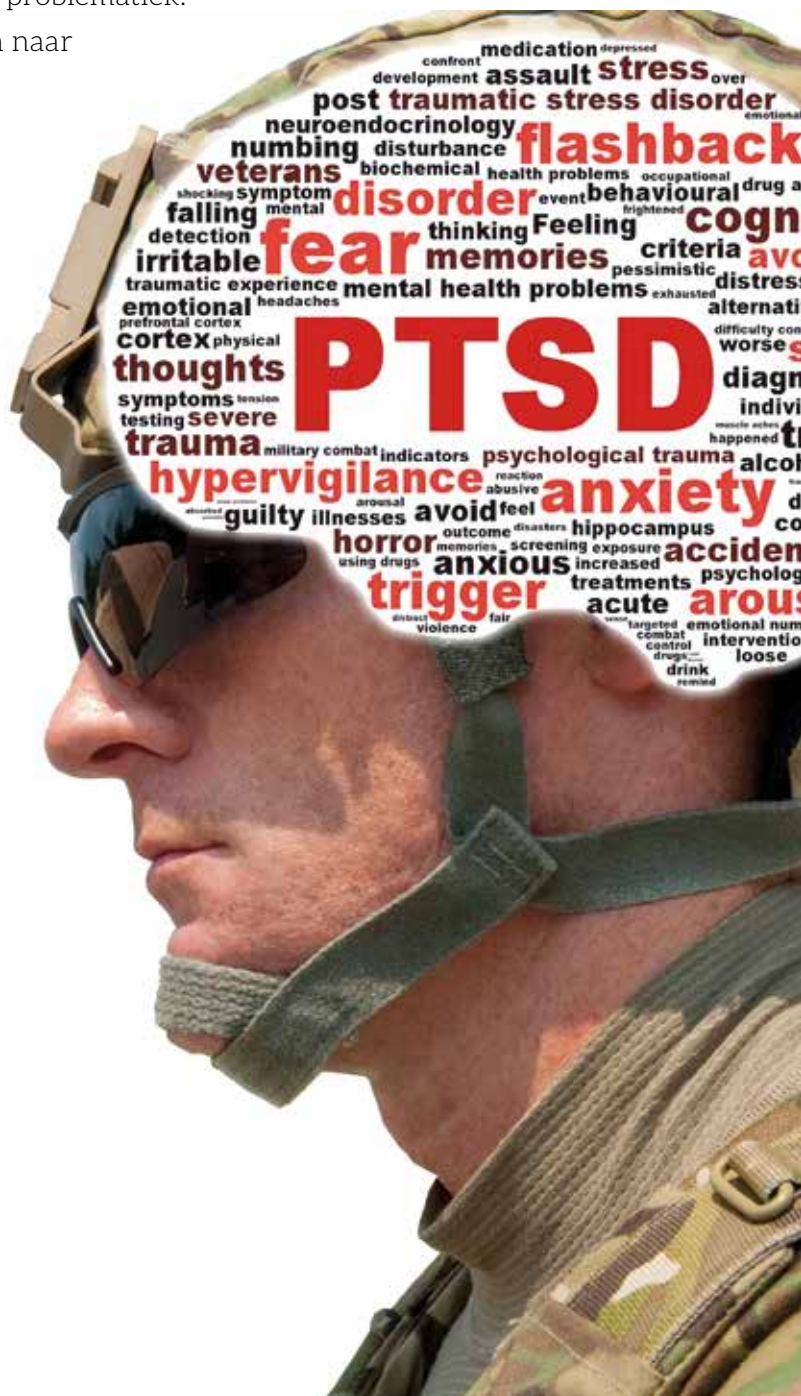
Paradoxen die breder kunnen worden getrokken naar psychotherapie in zijn algemeenheid.

Een paradox is een schijnbare tegenstrijdigheid die lijkt in te gaan tegen ons gevoel voor logica, onze verwachting of onze intuïtie. Paradoxen kunnen ontstaan wanneer op basis van de beschikbare kennis (de puzzelstukjes), schijnbare tegenstrijdigheden ontstaan over het grotere geheel (de puzzel). Paradoxen zijn verweven met onze redeneringen en aannames over de werkelijkheid. Ook (psycho)trauma psychotherapie ontkomt niet aan paradoxen. Ik stip er enkele aan vanwege hun implicaties voor de wijze waarop we de zorg inrichten in het veld.

Zorgprofessionals streven in de eerste plaats naar het wegnemen van stoornisgerelateerde klachten

Paradox 1 Klachtenvrij is geen genezing

In de GGZ is *klachtgericht* werken de gangbare aanpak op het gebied van psychische stoornissen. Zorgprofessionals streven in de eerste plaats naar het wegnemen van stoornisgerelateerde klachten. Met dit uitgangspunt is niks mis, maar de realiteit leert ons dat klachtenvrij en zelfs stoornisvrij een utopie is onder mensen met ernstige chronische psychische aandoeningen. Ter illustratie, bij veteranen met uitzendgerelateerde posttraumatische stressstoornis herstelt een derde tot de helft niet na richtlijngericht behandelen^{1,2}.





Onderzoek onder getroffenen van ernstige psychiatrische aandoeningen (voornamelijk psychose, maar ook angst en depressie) laat zelfs zien dat bij volledig herstel (klachtenvrij), bijna 9 op de 10 maatschappelijk niet mee komen³. Ze blijven worstelen met o.a. werk, zelfstandig wonen en sociale contacten. Kortom, klachtenvrij is geen genezing.

Implicatie

Er is behoefte aan een omvattender perspectief op gezondheid wanneer traditionele aanpakken onvoldoende opleveren. Dat kan door gezondheid te herdefiniëren, door gezondheid niet langer gelijk te stellen aan de afwezigheid van klachten en symptomen. De positieve psychologie, bijvoorbeeld, is gericht op het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen⁴.

De herstelondersteunende zorg richt zich op het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten door uit te gaan van hun krachten. Gezondheid grijpt, naast mentaal functioneren, in op diverse levensgebieden die ook onderdeel van behandeling zouden moeten worden.

Er valt mogelijk winst te behalen door samenwerkingen aan te gaan met specialisten op andere levensdomeinen (waaronder sociaal-maatschappelijke participatie) om herstel te promoten.

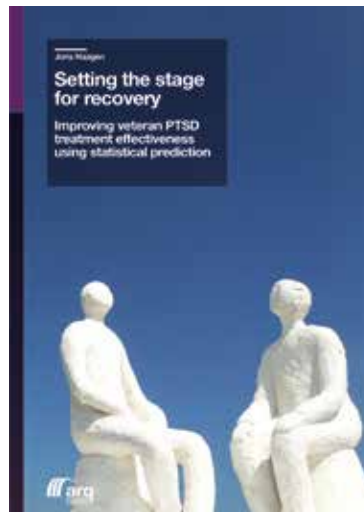
Paradox 2 Superieure interventies leveren geen superieure behandeluitkomsten

Een toename aan meta-analyses en studies zet druk op de huidige behandelrichtlijnen voor PTSS⁵. De richtlijnen luiden dat een handvol traumagerichte psychotherapieën (zoals exposure therapie, cognitieve gedragstherapie, EMDR) effectievere (superieure) behandelresultaten levert ten opzichte van conceptueel andere vormen van psychotherapie (niet-traumagericht, *present centered*, psychodynamisch, stabiliserend, etc.). De verschillen tussen conceptueel

uiteenlopende *bona fide* (therapeutisch-bedoelde) interventies lijken echter klein tot miniem, en ook het weglaten of toevoegen van

Joris Haagen

Psycholoog, onderzoeker en beleidsadviseur bij Arq Psychotrauma Expert Groep



Setting the stage for recovery. Improving veteran PTSD treatment
J.F.G. Haagen

een schijnbaar essentieel therapeutisch onderdeel lijkt nauwelijks van invloed op het behandelresultaat².

Implicaties

De discussie zou niet langer uitsluitend moeten draaien om welk type interventie superieur is en de drang om uitsluitend deze aanpakken aan cliënten te bieden. De keuze voor wel of geen richtlijnaangeraden interventie dient ondergeschikt te zijn aan algemene, interventie-overstijgende factoren die herstel promoten. Zoals, welke bewezen interventie het beste aansluit bij het verklaringsmodel van de cliënt (is de interventie geloofwaardig), zijn of haar zorgvraag, doelen, behoeften en verwachtingen. De cliënt staat hierbij centraal, evenals samenspraak (shared decision making) om tot een behandeltraject te komen.

De discussie zou niet langer uitsluitend moeten draaien om welk type interventie superieur is

Van zorgprofessionals en instellingen vergt dit dat zij vertrouwd zijn met een pallet van conceptueel uiteenlopende interventies om aan te sluiten bij de cliënt. Het betekent een stap weg van een monocultuur voor PTSS-psychotherapie bestaande uit enkele traumagerichte interventies. Traumagericht-werken is overigens een prima effectief uitgangspunt, maar wees niet rigide

uit angst af te wijken van de richtlijnen met de inzet van andere bewezen effectieve aanpakken. Geef je cliënt een veel prominentere rol in het uitzetten van zijn of haar eigen route naar herstel.

Er bestaan namelijk grote verschillen tussen welke cliënt wel en niet profiteert van psychotherapie. Deze verschillen worden gemaskeerd als we uitsluitend uitgaan van groepsgegevens om de effectiviteit van superieure of inferieure behandelingen vast te stellen. Groepsgegevens geven de indruk dat iedereen profiteert wanneer dat niet zo is. Zo bleek de timing van PTSS behandelen bijvoorbeeld van groot belang voor getraumatiseerde vluchtelingen met een comorbide depressie⁶. Vluchtelingen met een ernstige depressie profiteerden nauwelijks van PTSS-behandeling in vergelijking met vluchtelingen met weinig of geen comorbide depressie. Eerst de depressie aanpakken zou het effect van PTSS behandeling aanzienlijk kunnen vergroten.

Voorspellend onderzoek helpt hierbij om te komen tot simpele of complexe algoritmen die bepalen welke behandeling het beste geïndiceerd kan worden onder welke omstandigheden. Door de indicatie-keuze af te stemmen op de kenmerken van de cliënten, zouden zelfs de zogenaamde inferieure interventies superieure resultaten op kunnen leveren. Bovendien, zonder ook maar enig afbreuk te willen doen aan de klinische expertise, vakkundigheid en inzet van zorgprofessionals aan getraumatiseerden om goede zorg te leveren en herstel te promoten, is - onomstotelijk - vastgesteld dat een algoritme in complexe situaties zoals psychotherapie, het in bijna alle gevallen 'met twee handen achter de rug en ogen dicht' wint van het menselijk klinisch oordeelsvermogen. Geïnteresseerden in dit fenomeen kunnen hun hart ophalen met het werk van Kahneman⁷ en Meehl⁸.

Paradox 3 Het 'meest succesvolle' model voor psychotherapie belemmert succes in psychotherapie

In de 2e paradox stelden we ons de vraag of de effectiviteit van psychotherapie afhankelijk is van specifieke procedures (therapeutische ingrediënten) van een gegeven interventie of van algemene factoren die voorkomen in de meeste psychotherapieën.

De moderne psychotherapie heeft specifieke procedures van een gegeven interventie omarmd als de motor zijn van herstel.

Deze denkwijze wordt belichaamd in het *Medisch Model* voor de psychotherapie. Dit model draait in de kern om het zeer nauwgezet aantonen van de unieke (toege-

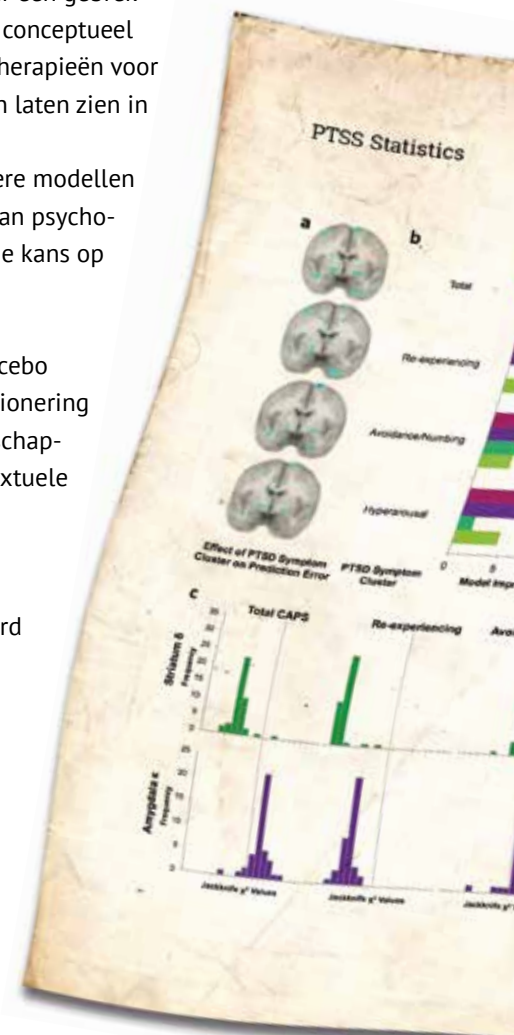
voegde) werkzaamheid van een bepaalde interventie boven andere interventies. Het model gaat er vanuit dat stoornissen ontstaan en in stand blijven via mechanismen die veranderbaar zijn door speciaal hiervoor ontworpen therapeutische procedures. Deze procedures zijn de bouwblokken waaruit een interventie bestaat. Door de inzet van de juiste procedures ontstaan interventies die effectiever zouden zijn voor bepaalde stoornissen ten opzichte van andere interventies².

Eerst de depressie aanpakken zou het effect van PTSS behandeling aanzienlijk kunnen vergroten

Historisch gezien was dit een bijzonder verstandige zet. De introductie van strenge medisch-wetenschappelijke werkwijzen heeft de psychotherapie een grote mate van geloofwaardigheid gebracht in een tijd waarin het te boek stond als wollig, onbewezen en ineffectief. Het medisch model blijft belangrijk voor effectonderzoek vanwege het vermogen om het 'kaf van het koren te scheiden' bij het aantonen van de werkzaamheid van nieuwe interventies. Het voorkomt charlatan-praktijken die schadelijk kunnen zijn voor cliënten. Op zichzelf is het echter een gebrekkig model nu blijkt dat conceptueel uiteenlopende psychotherapieën voor PTSS weinig verschillen laten zien in effect.

Er is behoefte aan andere modellen die de werkzaamheid van psychotherapie verklaren en de kans op herstel verhogen.

Modellen zoals het 'placebo verwachtingen / conditionering model' en het 'gemeenschappelijke factoren / contextuele model' komen hiervoor in aanmerking². Beide modellen belichamen herstelpaden gerelateerd aan behandelverwachtingen, eerdere behandel(leer)ervaringen, de therapeutische relatie, duurzame placebo effecten en de overtuiging onder



cliënten en zorgprofessionals dat een therapie (geloofwaardig) heilzaam is.

Implicaties

Vooralsnog is het psychotherapie veld een gesloten systeem waarin zorgprofessionals, richtlijnontwikkelaars, opleidingsinstanties, subsidiefondsen en zorginstellingen de zoektocht naar het toegevoegde en unieke van een interventie blijven prioriteren. Placebo en gemeenschappelijke factoren leveren waarschijnlijk een vergelijkbaar – of groter – duurzaam effect op voor therapeutisch herstel². Een grondig besef van therapeutisch herstel kan niet bereikt worden zonder deze alternatieve kaders mede in acht te nemen in onderzoek en behandeling.

Conclusie: Paradoxen ontrafelen

De werkelijkheid is fluïde, niks karakteriseert dit beter dan paradoxen. Paradoxen berusten op denkfouten die kunnen misleiden. Te vaak zijn we geneigd te denken in tegenstellingen en tegenstrijdigheden. Als dit leidt tot een vergelijking en een eenduidige voorkeur voor een bepaalde aanpak, dan is dat toe te juichen. Maar zonder duidelijke uitkomst het kan ook uitmonden in belangenworstelingen en eilandenpolitiek. Dan krijg je een situatie waarbij iedere therapeutische factie het unieke promoot dat verlossing biedt van psychisch lijden, en slechts enkelen het stempel van verhevenheid krijgen. De gemeenschappelijke elementen van psychotherapieën, met kansen om herstel aan te jagen,

worden gemakshalve vergeten.

Het psychotraumaveld zit vol met deze eilanden. Prof. dr. Marcel van der Assen stelt dat de sleutel van het omgaan met paradoxen ligt in het 'nauwkeurig onderzoeken van beide uitersten en door "anders denken" te komen tot nieuwe inzichten en oplossingen'. Vanuit mijn eigen beperkte en ongetwijfeld gebrekkige perspectief probeer ik op basis van de puzzelstukken een lans te breken voor algemene factoren om herstel aan te jagen, tegen de voortdurende behoefte om de uniekheid van een gegeven interventie te benadrukken. Voortschrijdend inzicht zal het zeggen.

REFERENTIES

1. Haagen, J.F.G., G.E. Smid, J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (2015), 'The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis, in: *Clinical Psychology Review* 40, 184–194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.008>
2. Haagen, J.F.G., J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (2017), 'Using alternative frameworks to examine veteran PTSD psychotherapy effectiveness', in: *Setting the stage for recovery Improving veteran PTSD treatment effectiveness using statistical prediction* (169-192). Proefschrift.
3. Bartels-Velthuis, A.A. et al. (2018), 'Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS)', in: *Schizophr Res.* 2018 Jan 26. doi: 10.1016/j.schres.2018.01.016.
4. Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout et al. (2011), 'How should we define health?', in: *BMJ*, 343 :d4163.
5. American Psychological Association [APA], 2017; Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH], 2013; Institute of Medicine [IOM], 2008; International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS], 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009; The management of post-traumatic stress Working Group [VA-DOD], 2010.
6. Haagen, J.F.G., F.J.J. ter Heide, T.M. Mooren, J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (2016), 'Predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis', in: *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 69–83. doi:10.1111/bjc.12121
7. Kahneman, D. (2013), *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
8. Meehl, P.E. (1954), *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Begin 2017 bezochten vier therapeuten verbonden aan Arq twee trainingen van een week om zich te bekwamen in de therapeutische toepassing van MDMA bij de behandeling van ernstige PTSS. Nu geven deze therapeuten de leiding aan de Europese arm van het MDMA onderzoek. Het bericht hierover werd in de Volkskrant vermeld en werd opgepikt door andere kranten.

Eric Vermetten en Tijmen Bostoen leggen uit hoe het zit met het gebruik van MDMA als nieuwe vorm van psychotherapie bij PTSS. Wat blijkt?

MDMA is terug van weggeweest als medicijn.



MDMA voor veteranen met ernstige PTSS

Psycholytische psychotherapie

Een psychotrauma kan iemand 'op slot' zetten, waarna het leven versmalt en er geen normaal verloop meer is. Bij een aantal patiënten kan dit toch erg moeilijk behandeld worden met de bekende evidence-based therapieën. Vorig jaar labelde de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) *MDMA assisted psychotherapy for PTSD* als een breakthrough therapy. De Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies ijvert al jaren voor toepassing van psychedelica in wetenschappelijk onderzoek en geneeskunde en zette in samenwerking met de FDA een fase 3 onderzoek op. Doel is om MDMA geregistreerd te krijgen als medicijn voor de behandeling van PTSS. Een dergelijk onderzoek is immers noodzakelijk om een middel of een therapie officieel geregistreerd te krijgen. Dat onderzoek staat nu in de startblokken en Arq draagt bij namens de EMA (de Europese Medicines Agency).

Op dit moment zijn er slechts twee geregistreerde geneesmiddelen die worden gebruikt in de behandeling van PTSS: Zoloft (sertraline) en Paxil (paroxetine). Beiden zijn niet heel effectief gebleken bij de behandeling van PTSS, onder andere omdat medicatie als monotherapie maar in een op de drie gevallen echt aanslaat. Het was 2001 toen deze middelen op de markt verschenen. Sindsdien (en dat is dus in 16 jaar tijd!) is er geen enkel nieuw middel geregistreerd voor de behandeling van PTSS. Daarom sprak het wetenschappelijk tijdschrift

Biological Psychiatry van een 'crisis' in de farmacotherapie voor PTSS (Krystal et al, 2017).

Breakthrough therapy

Het FDA label *breakthrough therapy* was gebaseerd op enkele recente goed uitgevoerde studies met MDMA die verbluffende resultaten lieten zien. Een studie van Mithoefer et al uit 2013 bij therapieresistente PTSS patiënten toonde aan dat 83% van de behandelde patiënten met PTSS (ten opzichte van 25% in de controlegroep die een placebo kreeg) niet meer voldeden aan de criteria voor PTSS. En dit na slechts drie sessies psychotherapie die ondersteund werden door 80-120mg MDMA, over een periode van twaalf weken. Het effect bleef bestaan na drie maanden en een half jaar follow



De 4 MDMA therapeuten, v.l.n.r. Eric Vermetten, Riëtte Mellink, Annie Mithoefer, Michael Mithoefer. Annette van Schagen en Tijmen Bostoen tijdens de training in Stonepoint New York, maart 2017.



Eric Vermetten

Psychiater, hoogleraar LUMC, Hoofd Onderzoekscentrum MGGZ Defensie en hoogleraar Arq Psychotrauma Expert Groep. Daarnaast adjunct hoogleraar Psychiatrie, New York UMC



Tijmen Bostoen

Psychiater bij Stichting Centrum '45 en promovendus op het gebied van MDMA assisted psychotherapie bij Arq/LUMC



Na gebruik van MDMA was de PTSS verdwenen, de kwaliteit van sociale interacties hoger, de interpersoonlijke relatie verbeterd en was er meer empathie

up. Na gebruik van MDMA was de PTSS verdwenen, was de kwaliteit van sociale interacties hoger, verbeterde de interpersoonlijke relatie, was er meer empathie en van sociale exclusie was juist minder vaak sprake. Veel van de patiënten in deze studie waren veteranen, een groep waarvan ook in Nederland bekend is dat die matig reageert op trauma-focused psychotherapie zoals EMDR en cognitieve gedragstherapie (Haagen et al., 2016).

Wat is psycholytische psychotherapie met MDMA?

Psycholytische middelen behoren tot de geest 'verruimende' middelen, waar MDMA er een van is. MDMA is een empathie verhogend middel dat ook in de 'straatdrug' XTC voorkomt. In tegenstelling tot veel van deze middelen geeft MDMA geen mystieke ervaringen en veroorzaakt geen hallucinaties of andere psychotische belevingen. Na inname van MDMA ontspant het lichaam, wordt iemand juist 'stil' gezet en uitgenodigd om 'naar binnen' te kijken. MDMA heeft het vermogen om een *corrective experience* te creëren; dat wil zeggen dat mensen op een andere manier naar zichzelf en de werkelijkheid gaan kijken. Deze *corrective experience* kan verderop in de therapie worden geëxploreerd en doorleefd. De angst voor een herbeleving is bij conventionele psychotherapie soms zo groot dat veel veteranen niet in therapie gaan. Maar met MDMA blijft de patiënt rustig, ontspant en wordt therapie esthetisch, op een manier die het een stuk 'draaglijker' maakt om te vertellen en te herbeleven wat er gebeurd is. Daardoor krijgt het verwerkingsproces een nieuwe kans. Er ontstaat meer ruimte om compassie naar zichzelf en anderen te voelen, wat voor sommigen alleen al een doorbraak betekent. De processen

die toegankelijk worden door het gebruik van MDMA krijgen een diepte die niet eenvoudig te bereiken is met bijvoorbeeld langdurige psychodynamische therapie. De therapie is non-directief, en een MDMA sessie duurt vijf tot acht uur lang.

Begin jaren tachtig werd MDMA al gezien als effectief middel bij de behandeling van PTSS (Adamson & Metzner, 1988). Toen het middel onder de Opiumwet viel en ook in Nederland verboden werd was het niet langer mogelijk om met dit middel in de klinische praktijk te werken. Nu lijkt het juist weer de behandeling van ernstige PTSS waarvoor het middel mogelijk in 2021 geregistreerd zou kunnen worden.

Risico's

Het verslavingsrisico van psycholytische middelen is goed onderzocht en lijkt afwezig te zijn. Zoals gezegd geeft MDMA in tegenstelling tot een middel als LSD geen mystieke ervaringen en veroorzaakt geen psychoses. Na vijf tot acht uur is het middel weer uit het lichaam. De risico's zijn van cardiovasculaire aard, dat wil zeggen dat de bloeddruk moeten worden gecontroleerd tijdens therapie omdat het middel een bloeddrukstijging kan geven. De lichaamstemperatuur kan een graad stijgen. Ook is het belangrijk om goed te drinken omdat het honger en dorstgevoel afneemt. Het is overigens niet zo dat er geen moeilijke momenten in de therapie zijn. Vanwege de diepgang kunnen de MDMA sessies emotioneel belastend zijn en nadien kunnen angst en somberheid tijdelijk toenemen, dit kan soms enkele dagen duren na de sessies. Daarom is het belangrijk dat er tussen de sessies enkele keren contact is met de therapeuten.

Inner healing intelligence

Aan de laatste fase van de studie zullen ruim tweehonderd Amerikanen en dertig à veertig Europeanen meedoen. De medicijndata van Amerika en Europa, de FDA en de EMA, kijken over de schouders van de onderzoekers mee. Er zijn overigens geen grote farmaceutische industrieën die hier rijk van worden. Het onderzoek wordt mogelijk gemaakt door private donoren die vaak uit eigen ervaring, mededogen of het bevorderen van de renaissance van dit middel dit onderzoek financieren.

Als de positieve resultaten zich zouden herhalen, kan MDMA in combinatie met psychotherapie over twee jaar wederom een erkend medicijn zijn dat ingezet kan worden in de behandeling van niet alleen veteranen maar ook anderen met ernstige PTSS. Dan zijn ook therapeuten nodig. Zij moeten een goede training krijgen in een methode die een beetje is afgeleerd: om juist weer de patiënt te laten luisteren naar zijn eigen *inner*

CASE



In een video uit de studies van Mithoefer was te zien hoe een veteraan het moment herbeleefde waarop zijn buddy in zijn rupsvoertuig naast hem getroffen werd door een inslag. Tegelijk werd hij zelf onder vuur genomen. Hij moest het voertuig uit, zichzelf in veiligheid brengen, terugvuren en moest van een afstand toezien hoe zijn buddy levend verbrandde in het voertuig. Dit was een verschrikkelijke nare herinnering. Opvallend was dat waar je normaal tijdens een behandeling in een dergelijke situatie een hoge SUD score ziet (subjective units of distress) dit bij de MDMA afwezig was. De veteraan bleef opmerkelijk kalm en ging rustig, als in slow-motion, stap-voor-stap door de verwerking van dit trauma heen. Hij beschreef uitvergroot ieder detail dat zich had voorgedaan en wat hij toen had gevoeld en hoe het nu voelde, zonder uit het contact met de therapeuten te stappen. De veteraan kon na jaren van therapie nu eindelijk zijn schuldgevoelens volledig doorleven en verbanden zien tussen moeilijkheden uit zijn jeugd en zijn wens om als 'warrior' naar Irak uitgezonden te worden. Zijn PTSS genas volledig na 3 MDMA sessies.

Vanwege de diepgang kunnen de MDMA sessies emotioneel belastend zijn

healing intelligence. Jazeker, het confronteert ons ook met een oud begrippenkader waar Stan Grof al in 1975 over sprak het boek *Realms of the Human Unconscious*. En laten we niet vergeten dat Jan Bastiaans, weliswaar met een ander middel en in een ander tijdsgewricht, pionierde met middelen waar de ban op is gezet en die wij sindsdien zijn kwijt geraakt uit ons therapeutisch arsenaal. Dat noopt tot grote oplettendheid, tot het temperen van de - soms overspannen - verwachtingen, en tot een toetsende geest. In het belang van de patiënten die er mee kunnen worden geholpen, in de handen van gekwalificeerde en ervaren therapeuten, is het bij afwezigheid van grote doorbraken in de psychotraumatologie, goed om zo de eerder genoemde crisis te lijf te gaan. Tenslotte zei psychiater Milton Erickson al: 'your unconscious mind is a hell of a lot smarter than you are'.

REFERENTIES

Krystal, J.H., Davis, L.L., Neylan, T.C., Raskind, M.A., Schnurr, P.P., Stein, M.B., ... & Huang, G.D. (2017). 'It is time to address the crisis in the pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: A consensus statement of the PTSD Psychopharmacology Working Group', in: *Biological psychiatry*, 82(7), e51-e59.

Mithoefer, M.C., Wagner, M.T., Mithoefer, A.T., Jerome, L., Martin, S.F., Yazar-Klosinski, B., ... & Doblin, R. (2013), 'Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3, 4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy: a prospective long-term follow-up study', in: *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 28-39.

Haagen, J.F., Smid, G.E., Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2015), 'The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis', in: *Clinical Psychology Review*, 40, 184-194.

Adamson, S., & Metzner, R. (1988), 'The nature of the MDMA experience and its role in healing, psychotherapy and spiritual practice', in: *ReVision*, 10(4), 59-72.

Grof, S. (1975), *Realms of the human unconscious: Observations from LSD psychotherapy*. New York: Viking.

Gilligan, S.G. (2013), *Therapeutic trances: The co-operation principle in Ericksonian hypnotherapy*. Routledge.

Gerrit Valk

Historicus en voorzitter van het Veteranen-instituut. Van 1990 tot 2002 lid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal



Een (on)bedoelde nasleep van de Tweede Wereldoorlog

Voormalige SS'ers in Nederlands-Indië en Korea

bron: Nationaal Archief

Nederlandse mariniers trekken het Indonesische binnenland in op 30 december 1948.

De SS is hét symbool geworden van alles wat fout was aan het nationaalsocialisme. Hoewel weinigen weten waar deze afkorting voor staat (Schutzstaffel) zijn de letters SS bij nagenoeg iedere Nederlander bekend. Minder bekend is dat na de Tweede Wereldoorlog honderden voormalige Nederlandse SS'ers en anderen die in Duitse krijgsdienst voor de nazi's hebben gevochten de Nederlandse zaak hebben gediend in de dekolonisatieoorlog in Nederlands-Indië (1945-1949) en in Korea (1950-1953).

Interessant is de vraag hoe hun medesoldaten reageerden als zij erachter kwamen wat het oorlogsverleden was van hun strijdmakers. En hoe reageerde de maatschappij toen bekend werd dat soldaten die voor de voormalige vijand hadden gevochten nu voor de Nederlandse zaak streden? Het trauma van de oorlogsjaren was immers nog zo vers dat nauwelijks valt voor te stellen dat daar schouderophalend aan werd voorbijgegaan.

Waardering voor SS'ers

Voormalige SS'ers konden worden opgeroepen voor dienst in Nederlands-Indië als het om mannen ging

die nog in de dienstplichtige leeftijd waren en om die reden werden opgeroepen. Naar Korea werden geen dienstplichtigen, maar alleen vrijwilligers gestuurd. Toen het Nederland niet lukte om een bataljon gevuld te krijgen, werden de rijen ook opengesteld voor voormalige SS'ers.¹ Naar schatting zijn tussen de 600 en 1000 mannen met een Duitse militaire achtergrond naar Indië gegaan, terwijl in Korea minimaal veertig en mogelijk tientallen meer met die achtergrond daar vochten. Meestal liepen soldaten die eerder de Duitse bezetter hadden gediend daar niet mee te koop, maar toch kwam het met regelmaat voor dat zij door de mand vielen. Dat kon bijvoorbeeld gebeuren na een bekentenis

onder invloed van drankgebruik of omdat zij wel erg vaardig waren in de omgang met wapens, dan wel heel soldatesk in hun gedragingen waren, zoals pink aan de naad van de broek en klappen met de hakken tijdens het salueren. Daar werd lang niet altijd met begrip op

‘Zonder de hulp van deze “dieven” en “oorlogsmisdadigers” had ik het nooit overleefd.’

gereageerd. Zo werd op de Korea-ganger Jan Folmer, die een lange loopbaan bij de Waffen-SS achter de rug had, om die reden meer dan eens een aanslag gepleegd. Een keer werd hij met een mes aangevallen, terwijl een andere keer geprobeerd werd om hem van de boot naar Korea in het water te duwen. Een van de aanslagplegers was Harry Cohen, een soldaat van joodse afkomst. Later zou Cohen zich met Jan Folmer verzoenen en lieten zij zich zelfs samen op verlof in Japan fotograferen.

Over het algemeen werd er met scepsis op gereageerd als het foute oorlogsverleden bij andere soldaten bekend raakte. Toch sloeg later die houding wel om als bleek dat deze soldaten met hun grote militaire ervaring een aanwinst waren in de strijd.

Zo diende de oud-SS'er Jan Niessen in Nederlands-Indië en kreeg hij het voor elkaar dat zijn collega's vooral met hem op patrouille wilden, want dan was de kans om het te overleven het grootst. Er werden zelfs levenslange

vriendschappen gesloten met voormalige SS'ers door soldaten die zich dat voorheen niet hadden kunnen voorstellen. Typerend was de opmerking van Jaap Vlaming die in Korea diende en die over de criminelen en voormalige SS'ers die hij daar tegenkwam opmerkte: 'Zonder de hulp van deze “dieven” en “oorlogsmisdadigers” had ik het nooit overleefd.'

Het lijkt erop dat de militaire samenleving vergevingsgezinder was dan de burgersamenleving. Op zich is dat begrijpelijk. Of je elkaar nu aardig vindt of niet, in een oorlogssituatie heb je elkaar hard nodig om te kunnen overleven en in zo'n situatie werd je niet zozeer beoordeeld op wat je vroeger had uitgespookt, maar wat je nu bracht als militair. En doorgaans was dat veel, zoals uit tal van getuigenissen bleek. Door hun zware Duitse militaire opleiding en hun oorlogservaring hadden deze soldaten een meerwaarde die het Nederlandse leger goed kon gebruiken. Zo noemde de karatekampioen Jon Bluming de voormalige SS'ers met wie hij in Korea diende 'krankzinnig goede soldaten'. En hij was niet de enige. Ook officieren blikten later met bewondering terug op de inzet en de ervaring van deze mannen die in de civiele samenleving nog steeds paria's waren.

De burgersamenleving

Veel belangstelling bestond er overigens in de civiele samenleving niet voor het fenomeen dat voormalige Waffen-SS'ers opgenomen waren in de gelederen van de Koninklijke Landmacht. Ten tijde van de dekolonisatieoorlog in Nederlands-Indië drong dat nauwelijks door in het vaderland. Dat lag anders tijdens de Koreaanse oorlog. Toen maakte vooral de Communistische Partij van Nederland (CPN) veel misbaar toen zij erachter kwam dat voormalige SS'ers in Korea dienden. Maar de CPN stond tijdens de Koude Oorlog geïsoleerd, steunde de verkeerde kant (Noord-Korea), terwijl de nieuwe grote vijand nu het communisme was. En hadden de voormalige Waffen-SS'ers vroeger niet dezelfde vijand bestreden? De bekende kunstenaar Jan Montijn die in Korea diende zou daarover tevreden opmerken: 'Het kan verkeren, nu gold het bijna als een positieve aantekening in mijn staat van dienst. Ik had dan toch maar mooi tegen de communisten gevochten. Twee keer zelfs. Ja, maar de eerste keer aan Duitse zijde. Het tijdperk van de Koude Oorlog was aangebroken.' Overigens speelde ook mee dat dat Korea een vergeten oorlog was, waar in



Tijdens de Noord-Koreaanse aanval op Nederlandse soldaten die gelegerd waren bij Inje in de nacht van 30 op 31 mei 1951 kwamen veertien Nederlandse VN-militairen om het leven. Journalist Wim Dussel maakte deze foto van de gesneuvelden.

de Nederlandse samenleving nauwelijks belangstelling voor bestond en dat ondanks het feit dat ongeveer 125 Nederlandse mannen daar waren omgekomen.

Pas vanaf het eind van de jaren zestig bloeide de belangstelling voor de Tweede Wereldoorlog op. De televisieserie *De bezetting* droeg daaraan bij, maar ook geruchtmakende affaires zoals rondom Aantjes, de Drie van Breda, Luns en Menten wakkerden de belangstelling voor de Tweede Wereldoorlog aan. Vooral een geradicaliseerde generatie babyboomers greep de Tweede Wereldoorlog met graagte aan om ouderen langs de lat te leggen van 'goed en fout'. Toen de NRC-journalist Chris van Esterik medio jaren tachtig in zijn krant met onthullingen kwam dat voormalige SS'ers hadden gediend in Nederlands-Indië was de grote aandacht voor goed en fout in relatie tot de oorlogsjaren alweer op haar retour.² Tien jaar eerder zouden zijn artikelen tot een storm van verontwaardiging hebben geleid en mogelijk zelfs tot een parlementair onderzoek, maar vanaf medio jaren tachtig was die hitte er wel vanaf.

Waffen-SS'ers en PTSS

Natuurlijk konden voormalige SS'ers na hun diensttijd in Nederlands-Indië en/of in Korea last krijgen van dezelfde verschijnselen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) als de andere veteranen die niet in Duitse krijgsdienst waren geweest. Toch was er een belangrijk verschil en dat was dat de Duitsland-gangers het gevoel hadden er weer bij te horen na hun dienstneming in Indië en in Korea. Zij zagen zich daardoor gerehabiliteerd van wat zij eerder hadden misdaan. Daaraan

Tien jaar eerder zouden zijn artikelen tot een storm van verontwaardiging hebben geleid

droeg zeker bij dat Korea-vrijwilligers die hun Nederlanderschap na de Tweede Wereldoorlog hadden verloren, daarin werden hersteld. Ook kregen zij de kans om na terugkeer uit Azië zich als onderofficier te verbinden aan de Nederlandse krijgsmacht. Kortom, zowel Nederlands-Indië als in meerdere mate Korea boden aan deze mannen de gelegenheid om zich weer opgenomen en geïntegreerd te voelen binnen de Nederlandse samenleving. Mogelijk zal dat ertoe hebben geleid dat zij minder last kregen van PTSS-verschijnselen dan anderen die in Korea en Indië dienden. De voormalige Waffen-SS'er Jan Niessen keek op zijn tijd in Nederlands-Indië terug als de mooiste jaren van zijn leven. De voormalige SS'er Jan

Enninga dacht ook met warmte aan zijn tijd in Korea: 'Als je hoort dat de jeugd van tegenwoordig zoveel problemen heeft en er hulpverleners nodig zijn. Laat ze maar weer eens een vorm van dienstplicht invoeren. Dat is veel beter.'

BETROKKENHEID BIJ MISDADEN IN NEDERLANDS-INDIË?



In 2016 publiceerde de historicus Rémy Limpach een omvangrijke studie naar Nederlandse misdaden tijdens de dekolonisatieoorlog in Nederlands-Indië die veel aandacht trok.³ In 870 bladzijden trekken *De brandende kampongs van generaal Spoor* langs zoals de titel van zijn boek luidt. Waffen-SS'ers dienden een misdadig regime en maakten zich aan het oostfront schuldig aan misdaden. Is het dan zo raar om te veronderstellen dat zij zich ook in Nederlands-Indië hebben misdragen? Vanzelfsprekend heb ik mij daar tijdens mijn onderzoek over gebogen, maar van betrokkenheid van voormalige Duitse wapendragers bij oorlogsmisdrijven in de archipel is mij vooralsnog niets gebleken. De verantwoordelijkheid voor dit geweld lag vooral bij de commandanten te velde en de militaire leiding, maar daarover zal het onderzoek dat nu verder wordt uitgevoerd door de instituten NIOD, NIMH en KITLV nader uitsluitsel moeten geven.

REFERENTIES

1. Dit artikel is gebaseerd op mijn recent verschenen boek *Vechten voor vijand en vaderland. SS'ers in Nederlands-Indië en Korea* (Amsterdam 2016).
2. Chris van Esterik, 'Het litteken van een scheermes. SS'ers in Nederlands-Indië tijdens de politieke acties', *NRC Handelsblad* 24 november 1984. Daarna verscheen van zijn hand 'De vinger op de oude wonde. Politieke delinquenten onder de wapenen in "Ons Indië"', *NRC Handelsblad* 30 november 1985.
3. Rémy Limpach, *De brandende kampongs van generaal Spoor* (Amsterdam 2016).



IN DIT KATERN...

Nieuw jaar, nieuwe plannen

Met dit voorjaarsnummer viert *Impact Magazine* haar eerste verjaardag! Naast dit NtVP-katern zijn de rubrieken een herkenbaar deel van het tijdschrift geworden, met de rubriek Supervisie als één van de best gelezen en (digitaal) gedeelde. Deze rubriek, gemaakt door en dankzij ons uitgebreide netwerk, is vanaf dit nummer ook herkenbaar van de NtVP.

Professionals in de psychotraumazorg: hebt u een vraag over indicatiestelling, behandeling of meer theoretische achtergrond op het gebied van de psychotrauma, stel die via info@NtVP.nl en wij koppelen u aan experts uit ons netwerk. Deze keer gaat het om hoe PTSS het beste behandeld kan worden als er tevens sprake is van hersenletsel. Iets wat ook geregeld in de veteranenzorg voorkomt, het thema van deze *Impact Magazine*.

Onze plannen voor 2018 presenteerde voorzitter Mariel Meewisse tijdens de Algemene Ledenvergadering (ALV) op 31 januari. Een kleine greep hieruit: de criteria voor certificering als psychotraumatherapeut worden herzien en we starten met het accrediteren van opleidingen op het gebied van vroege opvang. Delen van psychotraumaken-

nis uit binnen- en buitenland wordt een nog belangrijkere activiteit. We treffen de laatste voorbereidingen voor het jaarcongres op 31 mei, en werken hard aan het programma van het ESTSS congres 2019 dat zal plaatsvinden in Rotterdam. Nieuwe initiatieven zijn o.a. nieuwe Special Interest Groups en online video's met recent gepromoveerden over hun proefschrift. De volledige agenda is terug te lezen op NtVP.nl.

Tijdens de ALV hebben we afscheid genomen van bestuursleden Anja Lok en Rafaele Huntjes, wie we zeer dankbaar zijn voor hun inzet de afgelopen jaren. Met trots kan ik hier mededelen dat ik me vanaf dit jaar lid van het bestuur mag noemen. Ik verheug me op de activiteiten waar ik me als bestuurslid voor kan inzetten en op het verspreiden van nieuws en kennis daarover onder meer op deze plek! Een voorzetje daarvan is het verslag van Lonneke Lenferink over twee recente lezingen uit de lezingencyclus. Veel leesplezier!

Joanne Mouthaan

Bestuurslid NtVP, redactielid *Impact Magazine*

Over NtVP

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) is een onafhankelijke vereniging, die streeft naar continue kwaliteitsverbetering op het gebied van psychotraumatologie voor diegenen die zich professioneel of binnen een professionele organisatie met psychotrauma bezighouden.

Dit doet de NtVP door zich in te zetten voor:

- het ontwikkelen en verbeteren van kennis, opleiding, wetenschappelijk onderzoek en standaarden ten aanzien van de preventie, het ontstaan, diagnostiek en de behandeling van aan psychotrauma gerelateerde klachten;
- het bieden van een multidisciplinair netwerk met psychotrauma expertise, waarin kennis wordt gedeeld en leden discussie voeren ter bevordering van hun professionele ontwikkeling;
- het behartigen van de belangen van het vakgebied van psychotraumatologie.

De NtVP is in mei 2006 opgericht en vormt in Nederland en België een netwerk van professionals die werkzaam zijn op het gebied van psychotrauma. Het is een verbindende schakel tussen de ontwikkelingen in ons taalgebied en de internationale ontwikkelingen.

De NtVP maakt deel uit van de Europese vereniging voor Psychotrauma (ESTSS). De ESTSS heeft verbindingen met een groot aantal nationale verenigingen, waardoor een Europees breed netwerk van Psychotrauma verenigingen ontstaat.

Colofon

Dit katern wordt verzorgd door de werkgroep
Communicatie van de
Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma.

Redactie: Joanne Mouthaan en Ellen Klaassens

Contact: info@NtVP.nl

© NtVP 2018





Bestaat de Dissociatieve Identiteit Stoornis? en Stabiliseren versus Intensiveren

NtVP Lezingencyclus

Aansluitend aan de Algemene Ledenvergadering op 31 januari vonden twee lezingen plaats in de NtVP Lezingencyclus. De eerste lezing 'Dissociatieve Identiteit Stoornis: Een stoornis met meerdere gezichten' werd gehouden door Dr. Miriam Lommen (Rijksuniversiteit Groningen) die deze lezing overnam van Dr. Rafaële Huntjens (Rijksuniversiteit Groningen). Tijdens de tweede lezing werd de opzet gepresenteerd van de Improving PTSD treatment for Adults with Childhood Trauma (IMPACT)-studie door MSc. Chris Hoeboer en Dr. Maartje Schoorl (beiden Universiteit Leiden).

Bewijs voor een dissociatieve identiteit

Heb je dat ook wel eens: hardop tegen jezelf praten wanneer je alleen bent of wanneer je naar iemand aan het luisteren bent, je opeens realiseren dat je het gedeeltelijk of helemaal niet hebt gehoord wat er zojuist is gezegd. Allebei zijn het voorbeelden van dissociatie in het dagelijks leven. Wanneer deze symptomen significant lijden veroorzaken zou het kunnen wijzen op een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). DIS wordt gekenmerkt door vijf symptoomclusters: 1) depersonalisatie, 2) derealisatie, 3) identiteitsverwarring, 4) amnesie en 5) identiteitswijziging. De laatste twee symptoomclusters zijn het meest van belang voor differentiaal diagnostiek.

Huntjens richt zich in haar onderzoek o.a. op het zoeken naar bewijs voor het bestaan van DIS, zoals staat omschreven in de DSM. In één van haar studies onderzoekt ze o.a. het fenomeen inter-identiteit amnesie, waarbij wordt verondersteld dat mensen met DIS herinneringen in één identiteit niet kunnen ophalen vanuit een andere identiteit. In een gecontroleerde studie werden DIS patiënten gevraagd om een lijst met trauma-gerelateerde, positieve en neutrale woorden te leren (Lijst A). Vervolgens werden de deelnemers gevraagd om te wisselen van identiteit en een nieuwe lijst met woorden te leren (Lijst B). In tegenstelling tot de hypothese van inter-identiteit amnesie, werden in beide identiteiten zowel woorden uit Lijst A en Lijst B onthouden. Deze bevinding is meerdere malen gerepliceerd door verschillende onderzoekers op zowel impliciete als

expliciete geheugentaken. Huntjens pleit dan ook voor het herzien van de DSM-criteria van DIS.

Naast dit geheugenonderzoek presenteerde ze ook behandelonderzoek waarin gekeken wordt naar de effectiviteit van schematherapie bij deze groep patiënten.

Stabiliseren of intensiveren bij complex trauma?

Tijdens de tweede lezing werd uitleg gegeven over de IMPACT-studie dat momenteel van start is gegaan. Deze studie richt zich op mensen met posttraumatische stress stoornis (PTSS) ten gevolge van vroegkindelijk, interpersoonlijk herhaald trauma. De centrale vraagstelling van dit onderzoek is: 'Is stabiliseren of intensiveren een verbetering ten opzichte van richtlijn behandeling van PTSS?'

Richtlijn behandeling bestaat uit traumagerichte CGT of EMDR. Echter heeft circa de helft van de cliënten hier nauwelijks tot geen baat bij en is het uitvalpercentage hoog. In de IMPACT-studie worden alternatieve behandelmethoden onderzocht. In een drie-potige studie worden de effecten van richtlijnbehandeling vergeleken met stabiliseren en intensiveren. In de richtlijnbehandeling-conditie ontvangen mensen 16 wekelijkse sessies waarbij exposure centraal staat. In de stabiliseren-conditie ontvangen de mensen eerst 8 wekelijkse sessies waarbij het aanleren van emotieregulatie-vaardigheden en veranderen van interpersoonlijke patronen centraal staan. Vervolgens ontvangen ze 8 wekelijkse exposure-sessies. Dit twee-fasen model is gebaseerd op het idee dat mensen met PTSS eerst vaardigheden nodig hebben om blootstelling aan trauma aan te kunnen. In de derde conditie, intensiveren, ontvangen mensen 12 exposure-sessies in 4 weken. Vervolgens vinden er nog 2 boostersessies plaats. Eerdere studies naar de effecten van intensiveren toonden aan dat deze behandelvorm leidde tot snellere verbetering en minder uitval t.o.v. standaardbehandeling. *De verwachting is dat de IMPACT-studie informatie zal verschaffen over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de twee innovatieve behandelvormen t.o.v. de standaardbehandeling.*

Ook zal onderzocht worden voor wie wat het beste werkt. De eerste resultaten van een pilot-studie zijn bemoedigend. Wij zien dan ook uit naar de resultaten van deze studie!



Hersenletsel en PTSS

Wat is de beste traumabehandeling?

Ik heb meerdere patiënten in behandeling met NAH. Regelmatig hebben zij naast PTSS-klachten ook last van cognitieve klachten en prikkelgevoeligheid. Wat is voor deze doelgroep de meest geschikte traumabehandeling?

Mevr. A. Meeuwisse, GZ-psycholoog in revalidatiecentrum

Expert Ellen Janssen

Goed dat je PTSS herkent bij mensen met hersenletsel: deze wordt nogal eens over het hoofd gezien door de overlap met klachten van het hersenletsel. Ongeveer 14-25% van de mensen die een niet-aangeboren hersenletsel oplopen, heeft in het jaar na het letsel een post traumatische stress stoornis [zie o.a. 1]. PTSS komt dus relatief veel voor na hersenletsel.

In de internationale peer-reviewed literatuur zijn nog weinig studies te vinden naar de effectiviteit van en eventuele aanpassingen in de behandeling van PTSS in deze doelgroep. De richtlijn *Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel* [2] adviseert de reguliere richtlijn voor de behandeling van PTSS [3] te volgen, bij gebrek aan wetenschappelijke evidentie in de literatuur tot 2004 met betrekking tot behandeling van PTSS in deze doelgroep.

Recent zijn er enkele studies verschenen naar het effect van Prolonged Exposure (PE) op PTSS bij militaire veteranen met traumatisch hersenletsel. In deze studies werd een significante daling in PTSS-klachten gezien na behandeling met PE [4,5]. Degenen met matig tot ernstig

hersenletsel lieten een snellere afname in klachten zien dan degenen met mild traumatisch hersenletsel [4]. Een recente RCT bij patiënten met mild tot ernstig traumatisch hersenletsel en depressieve en/of angstklachten, waaronder PTSS, liet een positief effect zien van (aan traumatisch hersenletsel aangepaste) cognitieve gedragstherapie op angst- en depressieve klachten [6]. In een recente review over PTSS na CVA, werden geen gecontroleerde studies naar de psychotherapeutische behandeling van PTSS in deze groep gevonden [7]. Er zijn, voor zover mij bekend, geen studies verschenen over het effect van EMDR op PTSS bij mensen met NAH. Kortom: de wetenschappelijke literatuur biedt (nog) geen afdoende antwoord op je vraag naar de meest geschikte traumabehandeling voor deze groep.

Klinische ervaring leert dat EMDR over het algemeen goed toepasbaar is bij mensen met NAH. De relatief eenvoudige rationale, het weinig verbale karakter, de betrekkelijk korte behandelduur en de sterk gestructureerde en voor-spelbare aanpak zijn elementen die goed aansluiten bij patiënten met cognitieve beperkingen. Voorwaarden voor behandeling met EMDR zijn dat de patiënt op eenvoudig



Vraag & antwoord

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) biedt in de rubriek Supervisie ruimte aan traumaprofessionals om casuïstiekvragen te stellen over diagnostiek, indicatiestelling of behandeling, en te laten beantwoorden door experts uit het brede veld van de psychotrauma.

Hebt u een vraag over psychotraumacasuïstiek? Stuur die dan naar info@NtVP.nl. Diverse experts in de psychotraumazorg beantwoorden uw vraag binnen deze rubriek of op NtVP.nl.

niveau kan communiceren, korte tijd de aandacht kan richten op het targetbeeld en de associaties, enig onderscheid kan maken tussen vroeger en nu en de sensaties kan verdragen die tijdens de behandeling kunnen optreden. Ik verwijs je naar Vink, Janssen en Zaal [8], van Oort en van Zandvoort [9] en Janssen [10] voor praktische tips en eventuele aanpassingen in de behandeling met EMDR bij deze doelgroep. Veel succes!

Expert Jeanette Dijkstra

Het samengaan van PTSS en hersenletsel is ook niet zo vreemd als je bedenkt dat NAH en PTSS vaak ontstaan na een verkeersongeval, geweldsdelict, mishandeling, of levensbedreigende aandoening, waaronder een CVA of hartstilstand. Goed dat je dit dus is opgevallen, het wordt namelijk ook vaak gemist. Dit komt omdat er grote overlap kan bestaan tussen de symptomen die na NAH gezien worden en na PTSS, zoals verhoogde prikkelbaarheid, passiviteit, somberheid, angst, vermoeidheid en slaapproblemen [8,9]. Als mensen naar je verwezen worden voor de behandeling van PTSS, dan zie je dit uiteraard niet zo snel over het hoofd, maar als iemand naar je verwezen wordt met cognitieve klachten na NAH, dan is die kans een stuk groter omdat de symptomen dan vaak als passend bij NAH worden gezien. Bij een enkelvoudig trauma is EMDR de aangewezen behandeling naast traumagerichte cognitieve therapie [3]. Aangezien het bij NAH vaak over een enkelvoudig trauma gaat, ligt het voor de hand dat deze richtlijn ook van toepassing is bij mensen met NAH. Bij mijn weten is er (nog) geen specifieke literatuur over het effect van EMDR op PTSS bij NAH. EMDR lijkt echter wel de voorkeur te hebben omdat het kortdurend is en dus minder (emotioneel) belastend, geen praattherapie is en dus weinig taalvaardigheden en geheugen nodig heeft en er geen feitelijke

AUTEURS

Ellen Janssen GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch neuropsycholoog, GGZ Oost Brabant, NAH Huize Padua



Dr. Jeanette Dijkstra Klinisch neuropsycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie en Psychologie



herinnering aan de gebeurtenis hoeft te zijn, omdat het bij EMDR gaat om de interpretatie achteraf, en niet om de feitelijk doorgemaakte situatie. EMDR lijkt op basis van bovenstaande dan ook de meest geschikte behandelmethode van PTSS bij NAH.

LITERATUUR

1. Scholten, A.C., et al., Prevalence of and Risk Factors for Anxiety and Depressive Disorders after Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *J Neurotrauma*, 2016. 33(22): p. 1969-1994.
2. Revalidatieartsen, N.V.v., *Richtlijn: Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel*. 2007, CBO/Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen: Utrecht.
3. Balkom van, A.L.J.M., et al., *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. 2013, Trimbos-instituut: Utrecht.
4. Wolf, G.K., et al., Prolonged Exposure Therapy With Veterans and Active Duty Personnel Diagnosed With PTSD and Traumatic Brain Injury. *J Trauma Stress*, 2015. 28(4): p. 339-47.
5. Sripada, R.K., et al., Mild traumatic brain injury and treatment response in prolonged exposure for PTSD. *J Trauma Stress*, 2013. 26(3): p. 369-75.
6. Ponsford, J., et al., Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychol Med*, 2016. 46(5): p. 1079-90.
7. Garton, A.L., et al., Poststroke Post-Traumatic Stress Disorder: A Review. *Stroke*, 2017. 48(2): p. 507-512.
8. Vink, M., E. Janssen, Zaal, A., Eye Movement Desensitization and Reprocessing, in *Handboek Neuropsychotherapie*, P. Smits, Ponds, R., Farenhorst, N., Klaver, M., Verbeek, R., Editor. 2016, Boom: Amsterdam. p. 189-211.
9. Van Oort, R., van Zandvoort, M., Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 2016. 11(2).
10. Janssen, E., EMDR bij NAH. *Nieuwsbrief sectie Revalidatie NIP*, 2017.

Opleidingsagenda 2018 Arq Academy

27, 28, 29 juni en 19 december 2018

29, 30, 31 oktober 2018 en 11 april 2019

BEKNOPTE ECLECTISCHE PSYCHOTHERAPIE VOOR PTSS (BEPP) - 4 daagse opleiding

In deze 4 daagse BEPP zijn de werkzame elementen uit verschillende therapierichtingen op een logische manier samengebracht, zoals psycho-educatie, imaginaire exposure, gebruikmaking van brieven schrijven en memoabilia, psychodynamische inzichten in de betekenisfase en een afscheidsritueel. Deze cursus omvat daarom meer dan traumagerichte cognitieve gedragstherapie.

26 oktober, 9 en 23 november, 14 december 2018

en 18 januari 2019

BASISOPLEIDING PSYCHOTRAUMA VOOR BIG (I.O.) - 5 daagse opleiding

Deze Basisopleiding Psychotrauma biedt de grondbeginselen voor het werk van een Psychotraumatherapeut in opleiding. De basisopleiding maakt onderdeel uit van de opleiding tot psychotraumatherapeut (NtVP) en betreft module 1, 2 en 5.

Het opvangen, begeleiden en behandelen van mensen die schokkende ervaringen hebben meegemaakt, vraagt specifieke competenties van de dienstverlener. De Basisopleiding Psychotrauma voor BIG (i.o.) biedt de hulpverlener een raamwerk om complexe posttraumatische psychopathologie in kaart te brengen en op grond daarvan een behandelplan op te stellen. Ook wordt er geoefend in het opbouwen van een goede behandelrelatie tussen cliënt en therapeut. Elke module heeft eigen leerdoelen en werkwijzen.

5 en 12 juni, 30 oktober 2018 en 29 januari 2019

28 september, 5 oktober 2018, 11 januari

en 5 april 2019

NARRATIEVE EXPOSURE THERAPIE (NET)

- 4 daagse opleiding

Narratieve Exposure Therapie (NET) is een kortdurende, evidence-based behandelvorm, specifiek ontworpen voor de behandeling van de (complexe) posttraumatische stress stoornis (PTSS) ten gevolge van meervoudige traumatiserende gebeurtenissen (bijvoorbeeld bij vluchtelingen, militairen of getroffenen van vroegkinderlijk seksueel misbruik). Deze 4 daagse NET- opleiding leidt mits gevolgd door supervisie, op tot module 4 van de opleiding tot psychotraumatherapeut.

6 april | 5 juni | 9 november

CAPS 5 VOOR BIG

De Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) is de gouden standaard voor het stellen van de diagnose

posttraumatische stressstoornis (PTSS). Met het uitkomen van de DSM-5 is ook de CAPS-5 inhoudelijk aangepast. In deze training worden de inhoud en psychometrische kwaliteiten van de CAPS-5 besproken en leert de deelnemer de CAPS-5 betrouwbaar af te nemen. De training is bestemd voor diegenen die in de klinische praktijk of in onderzoek een betrouwbare DSM-5 diagnose voor PTSS moeten kunnen stellen.

20 april | 5 oktober

TRAUMATISCHE ROUW

Tijdens deze eendaagse cursus maken deelnemers kennis met diagnostiek en behandeling van traumatische rouw en worden diverse behandelinterventies praktisch geoefend. Afhankelijk van het aanvangsniveau kunnen deelnemers na de training de diagnostische- en behandelvaardigheden inzetten in de praktijk.

18 mei en 6 juni

TRAUMA EN CULTUUR - 2 daagse opleiding

In deze cursus leert u over de interactie tussen traumatisering, cultuur en migratie. Getraumatiseerden met een andere culturele achtergrond dan de autochtoon Nederlandse confronteren de hulpverlener met verschillende opvattingen over psychologische klachten. Zij gaan er vaak anders mee om. Kennis van deze verschillen is essentieel voor het effect van de hulpverlening.

Aanmeldingen en informatie

info@academy.arq.org of 020-6601970

KENNIS VERGROTEN?

Arq Academy verzorgt de kennisoverdracht voor de Arq Psychotrauma Expert Groep in de vorm van opleidingen, workshops, symposia, referaten en supervisie. Doelgroepen zijn BIG-geregistreerden, medewerkers van Arq Psychotrauma Expert groep, en andere groepen die te maken hebben met (de gevolgen van) schokkende gebeurtenissen. Naast het vaste opleidingsaanbod organiseert de Arq Academy ook opleidingen op maat.

Het volledige trainingsaanbod met alle overige data is te vinden op de website van de Arq Academy:

academy.arq.org



Vechten voor vijand en vaderland

SS'ers in Nederlands-Indië en Korea

Gerrit Valk

BOOM UITGEVERS AMSTERDAM 2017, 160 PAGINA'S, ISBN 9789089535719

De meeste Nederlandse Waffen-SS'ers en andere mannen die in Duitse krijgsdienst verkeerden, werden na de oorlog voor kortere of langere tijd gevangengezet. Nauwelijks bekend is dat een aantal van hen na hun vrijlating in het Nederlandse leger heeft gediend.

Zowel in Nederlands-Indië (1945-1950) als in de Koreaanse oorlog (1950-1953) was de behoefte aan soldaten groot en liepen aanbod en vraag ver uiteen. Vanwege dit tekort maakte Nederland voor de oorlog in Indië gebruik van de diensten van nog dienstplichtige jongens die hun Nederlanderschap nog niet hadden verloren. In de loop van de Koreaoorlog werd de deur opengezet voor krijgsmanen met een Duits militair oorlogsverleden om het bataljon op te vullen.

In dit boek onderzoekt Valk wat de motieven van deze voormalige Duitse oorlogsvrijwilligers waren om opnieuw de oorlog op te zoeken, of hun militaire ervaring meerwaarde had en hoe men aankeek tegen hun oorlogsverleden.



De oorlog van nu

Een rationele kijk op militair geweld in de 21e eeuw

Rein Bijkerk en Christ Klep

HOLLANDS DIEP 2018, 256 PAGINA'S, ISBN 978904883688

Oorlogsvoering lijkt een instrument om brandhaarden te doven of om 'goed' te doen. In de praktijk voeren westerse militairen ongeregelde oorlogen waarbij ze risicomijdend (moeten) opereren en er geen duidelijke overwinning kan worden behaald. Daarnaast wordt het militaire werkterrein steeds complexer door cyberwar, desinformatie via sociale media en hightechdrones. De auteurs gaan in dit boek in op die complexe rol van oorlogsvoering in de moderne tijd. Dit doen zij onder meer door twee militaire tegenpolen – Israël en Nederland – tegen het licht te houden.



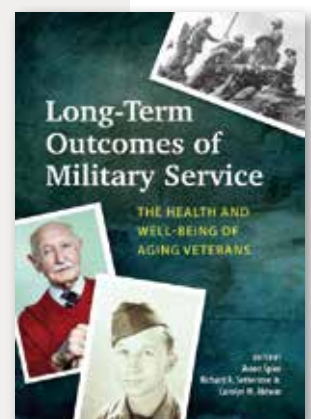
Long-Term Outcomes of Military Service?

The Health and Well-Being of Aging Veterans

Avron Spiro, Richard Settersten, Carolyn M. Aldwin (eds.)

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION 2017, 288 PAGINA'S, ISBN 978143382041

Gebruik makend van gegevens uit langlopend onderzoek over veteranen uit de Tweede Wereldoorlog, de Korea- en de Vietnamoorlog onderzoeken de auteurs in dit boek de verschillende (psychosociale) effecten van militaire dienst op de gezondheid en het (geestelijk) welzijn van veteranen gedurende de levensloop. Meerdere aspecten binnen het verouderingsproces worden meegenomen zoals de invloed van stress op de levensduur en op de cognitie, de huwelijks levensloop, discriminatie en werkgelegenheid en het wel/niet ontwikkelen van PTSS. Ook de manier waarop opvattingen over patriottisme en nationalisme tussen veteranen en hun gezinnen in de loop van de tijd kunnen veranderen, wordt belicht.



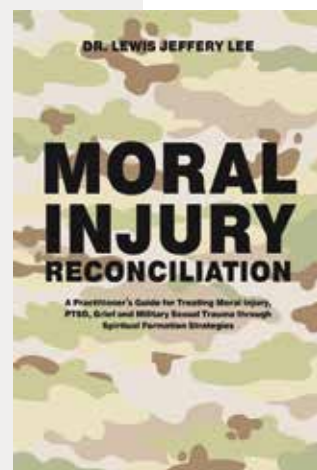
Moral Injury Reconciliation

A Practitioner's Guide for Treating Moral Injury, PTSD, Grief, and Military Sexual Trauma through Spiritual Formation Strategies

Lewis Jeff Lee

JESSICA KINGSLEY PUBLISHERS 2018, 224 PAGINA'S, ISBN 9781785927577

De Moral Injury Reconciliation (MIR) - methode is een 9-weekse, 3-fasige spirituele behandeling voor veteranen en hun familie. Dit boek presenteert deze methode als een trans-diagnostische benadering voor behandelaars die werken met cliënten met MI, PTSS, verdriet en militair seksueel trauma. De methode is gericht op verzoening, focust op het 'hier-en-nu' en anticipeert op een hoopvolle toekomst door middel van een spiritueel bewustzijn



Eén Indische skyline

Indische organisaties in Nederland tussen 1980 en 2010

Fridus Steijlen

AMSTERDAM UNIVERSITY PRESS 2018, 260 PAGINA'S, ISBN 9789462987005

In zijn boek onderzoekt Steijlen belangenbehartigers, cultuurondernemers, Indische media en veel andere Indische organisaties die tussen 1980 en 2010 actief waren in Nederland en van invloed waren op het beeld dat in die periode van Indisch Nederland bestond. Hoe zag het samenspel eruit tussen de verschillende organisaties, wat wilden ze zelf uitstralen en wat zag de buitenwereld? Wie deed mee in de organisaties en wat waren de spelregels? Wat was de invloed van overheidssubsidies? Welke conflicten deden zich voor bij het verstrekken van deze subsidies?



Angst en vrijheid

Hoe de Tweede Wereldoorlog ons voorgoed veranderde

Keith Lowe

BALANS 2018, 551 PAGINA'S, ISBN 9789460036248

In dit boek staat Keith Lowe stil bij de gevolgen die de Tweede Wereldoorlog heeft gehad op de geschiedenis van de mensheid. Behalve een analyse van de belangrijkste naoorlogse veranderingen en de mythen die destijds ontstonden, bevat het boek een onderzoek naar de filosofische en de psychologische impact van de oorlog. Een boek over de nog altijd voortdurende impact van de Tweede Wereldoorlog - op landen, steden, families en mensen over de hele wereld.



Eerste Nederlandse getuigenissen van de Holocaust 1945-1946

Bettine Siertsema

VERBUM 2018, 540 PAGINA'S, ISBN 9789074274890

Direct na de Tweede Wereldoorlog verschenen er talloze boekjes, pamfletten, essays en andere getuigenissen van Nederlanders die de Holocaust aan den lijve hadden meegemaakt. Het waren vaak primaire reacties, die nog steeds een bron vormen van wat er echt gebeurd is. Maar deze eerste getuigenissen werden, door gebrek aan interesse, niet meer herdrukt en werden na verloop van tijd antiquarische curiositeiten.

Siertsema vond dat deze belangrijke getuigenissen niet verloren mochten gaan. In dit boek heeft zij ze gebundeld en voorzien van een inleiding.

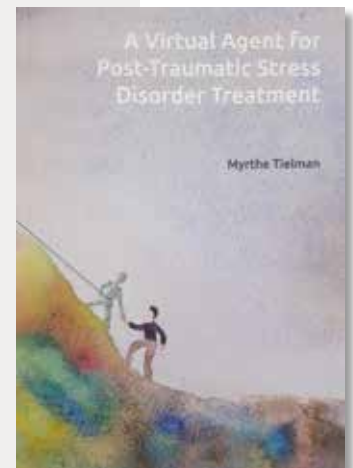


A Virtual Agent for Post-Traumatic Stress Disorder Treatment

Myrthe Tielman

TU DELFT 2017, PROEFSCHRIFT, 169 PAGINA'S, ISBN 9789462958296

Myrthe Tielman (promovenda TU Delft) ontwikkelde een virtuele coach die positief bij kan dragen aan therapie van mensen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Zo'n coach kan patiënten motiveren om hun therapie vol te houden en hen helpen met het ophalen van traumatische herinneringen als onderdeel van een exposuretherapie. De virtuele coach richt zich op twee specifieke groepen: oorlogsveteranen en volwassen slachtoffers van seksueel misbruik in de kindertijd – groepen die beiden vaak te maken hebben gehad met meerdere traumatische ervaringen. Tielman heeft de klinische praktijk van deze exposuretherapie in een computerprogramma gegoten. Nu kan een virtuele coach dus helpen bij het terughalen van traumatische gebeurtenissen.

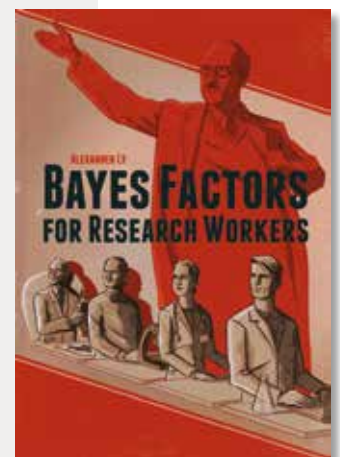


Bayes Factors for Research Workers

Alexander Ly

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM 2018, 310 PAGINA'S, ISBN 9789402808971

Alexander Ly onderzocht en bepleit in zijn proefschrift het gebruik van Bayesiaanse statistiek in empirisch onderzoek in plaats van of in aanvulling op de nulhypothese. In plaats van een dichotome uitspraak – het accepteren of verwerpen van de nulhypothese – kwantificeren Bayesiaanse factoren het bewijs voor een effect. Hiermee ontstaat ruimte voor onzekerheid en het continu bijwerken van bewijs wanneer meer data beschikbaar komt.



Trauma en geheugen

Hoe brein en lichaam traumatische ervaringen levend houden

Peter A. Levine

UITGEVERIJ MENS!, 220 PAGINA'S, ISBN 9789463160384

Kunnen wij ons geheugen vertrouwen? Levine erkent dat het geheugen kan worden vertrouwd, maar stelt dat de enige werkelijk nuttige herinneringen de herinneringen zijn die in het lichaam zijn opgeslagen en niet persé toegankelijk zijn voor onze bewuste geest. In dit boek besteedt Levine aandacht aan de manier waarop het lichaam 'impliciete' (traumatische) herinneringen opslaat en het feit dat veel van wat wij als 'herinneringen' beschouwen tot ons komt via ons interoceptief lichamelijk gewaarzijn. Hij gaat ervan uit dat als we greep krijgen op dit complexe samenspel tussen verleden en heden, hersenen en lichaam, we onze relatie tot trauma uit het verleden kunnen bijstellen om ons een evenwichtiger en completer mens te voelen.



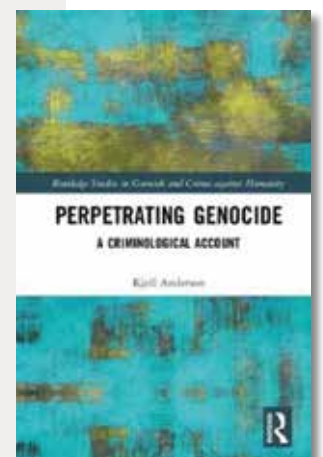
Perpetrating Genocide

A Criminological Account

Kjell Anderson

ROUTLEDGE 2018, 276 PAGINA'S, ISBN 9781138648814

In dit boek focust Anderson op daders van internationale misdaden, de criminologie van genocide en transitional justice. Met behulp van wetenschappelijke methoden probeert de auteur inzicht te krijgen in de oorzaken van grootschalig geweld en het plegen van genocide, gericht op vernietiging van de mensheid. Hij probeert een te abstract beeld van genocide te vermijden en baseert zijn analyse mede op interviews met slachtoffers en daders van de genocide in Rwanda, Burundi, Uganda, Bosnië, Cambodja, Bangladesh en Irak.



Kleihuid

Herien Wensink

DE ARBEIDERSPERS 2018, 288 PAGINA'S, ISBN 9789029510400

Debutroman over de verschrikkingen in de loopgraven van de Eerste Wereldoorlog en de gevolgen daarvan op lichaam en geest. Twee Britten, de officier Rupert Atkins en de soldaat Harvey Cole, raken gewond en treffen elkaar in een revalidatieoord. Rupert heeft een geestelijke beschadiging. Harvey een al te duidelijk fysiek probleem: zijn gezicht is gruwelijk verminkt. In eerste instantie wordt het contact tussen deze tegenpolen met ieder een trauma getekend door afkeer, maar gaandeweg ontstaat een wederzijdse fascinatie.



Arq Psychotrauma Expert Groep en Uitgeverij Boom geven samen een reeks wetenschappelijke boeken en e-books uit op het gebied van psychotrauma. De boeken zijn te bestellen via de website van Uitgeverij Boom (www.boompsychologie.nl) en zijn ook te leen in de bibliotheek van Cogis.

Arq-boekenreeks



Setting the stage for recovery

Improving veteran PTSD treatment effectiveness using statistical prediction

Joris Haagen, proefschrift 2017

ISBN 9789462336766



A new generation

How refugee trauma affects parenting and child development

Elisa van Ee, proefschrift 2013

ISBN 9789089532671

Crossing borders

Trauma and resilience in young refugees. A multi-method study

Marieke Sleijpen, proefschrift 2017

ISBN 978902409402



Linking post-disaster mental health to the erosion of social fabric

Tim Wind, proefschrift 2013

ISBN 9789089531957



Over grenzen

Liminaliteit en de ervaring van het verzet.

Ismee Tames, oratie 2016

e-book, ISBN 9789024406791



Mental health in war-affected populations

Pim Scholte, proefschrift 2013

ISBN 9789461057631

Complexe rouw begrijpen en behandelen

- en andere vraagstukken voor de psychotraumatologie

Paul Boelen, oratie 2016

e-book, ISBN 9789058758590



Long term psychosocial consequences

for disaster affected persons belonging to ethnic minorities

Annelieke Drogendijk, proefschrift 2012

ISBN 9789461056382



Psychotrauma wel beschouwd

Liber amicorum voor prof. dr. Rolf Kleber

Peter van der Velden, Trudy Mooren en Jeroen Knipscheer (red.), 2015

ISBN 978905875467



Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit

Een geïntegreerd behandelprogramma met bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten

Mia Scheffers en Ria Helleman, 2013

e-book, ISBN 789461052643

An eye for complexity

EMDR versus stabilisation in traumatised refugees

Jackie June ter Heide, proefschrift 2015

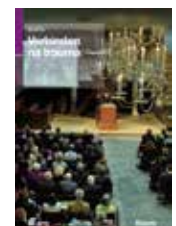
ISBN 9789089539175



Verbinden na trauma

Miranda Olf, oratie 2012

e-book, 9789461273833



Levensverhalen en psychotrauma

Narratieve exposure therapie in theorie en praktijk

Ruud Jongedijk, 2014

ISBN 9789461056375



Deconstructing delayed posttraumatic stress

Geert Smid, proefschrift 2011

ISBN 9789461057884

”Hier vinden mijn familie en ik alle antwoorden op de vragen die we hebben.”

Het Veteranenloket is dé toegang tot zorg voor en dienstverlening aan Nederlandse veteranen, diensslachtoffers en hun gezinsleden.

24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar.

