

Veteranen, verslaving en trauma

*Drs. H.P.J. Vos en W. Regter**

Inleiding

Recent verschenen twee dissertaties (Dirkzwager, 2002; de Vries, 2002) met 'veteranen' als onderwerp. Dat is verheugend, want er is over Nederlandse veteranen niet veel geschreven. Zeker niet als in aanmerking wordt genomen dat Nederland toch een redelijke historie heeft met het uitzenden van militairen naar andere landen.

Dit geldt nog meer met betrekking tot veteranen die kampen met 'verslavingsproblemen' in relatie tot het doorgemaakt hebben van traumatische ervaringen. Daarover bestaat geen Nederlands onderzoek, wat verwonderlijk is gezien het feit dat posttraumatische verschijnselen bij veteranen en het frequent voorkomen van verslavingsproblemen bij posttraumatische symptomatologie in de internationale literatuur bekende verschijnselen zijn.

In dit artikel zal ingegaan worden op de relatie tussen posttraumatische symptomatologie en het voorkomen van verslavingsgedrag. Over het behandelen van de gecombineerde problematiek zullen opmerkingen gemaakt worden. De situatie in Nederland zal bezien worden, zowel zoals deze zich in de verslavingszorg manifesteert, als in de specifiek op veteranen gerichte zorg.

De Nederlandse situatie

Nederland kent een aantal organisaties die zich bezighouden met de zorg voor veteranen: de Stichting Dienstverlening Veteranen, de Bond van Nederlandse Militaire Oorlogs- en diensslachtoffers (BNMO) en het Veteraneninstituut (Vi). Hulpverlening bij psychiatrische klachten vindt plaats in het Centraal Militair Hospitaal (CMH), met als onderdeel de afdeling Psychiatrie. Ook de Afdeling Individuele Hulpverlening (AIH)

* Drs. H.P.J. Vos is kinder- en jeugdpsychiater en W. Regter is maatschappelijk werker bij de Bond Nederlandse Militaire Oorlogs- en diensslachtoffers.

van de Koninklijke Landmacht, de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ) van de Koninklijke Luchtmacht en de Sociaal Medische Dienst van de Koninklijke Marine doen aan hulpverlening. Buiten het militaire apparaat zijn vooral van belang het Centrum '45 en het Sinai Centrum, waar ook veteranen met posttraumatische symptomatologie behandeld kunnen worden. Uiteraard kunnen veteranen ook terecht bij de RIAGG's en poliklieken psychiatrie, maar van deze mogelijkheden wordt waarschijnlijk zelden gebruik gemaakt (zie artikel De Waal). Cijfers zijn niet voorhanden.

Als er sprake is van verslavingsproblematiek wordt het problematisch. Zo wordt deze problematiek op de polikliniek van het CMH niet behandeld, maar vindt civiel plaats. Verslavingsproblematiek is in de GGZ vrijwel altijd een contra-indicatie, zeker voor de meer intensieve vormen van behandeling; dit geldt ook voor Centrum '45. Binnen de verslavingszorg zijn veteranen met verslavingsproblematiek zeker welkom, maar daar verschijnen zij niet.

In de laatste decennia zijn een aantal onderzoeksresultaten verschenen over de situatie waarin Nederlandse veteranen verkeren (zie oa. Willigenburg en Alkemade, 1995; van der Ploeg en Weerts, 1995; Bramsen et al. 1997). Specifieke aandacht voor het onderwerp van dit hoofdstuk is er echter merkwaardig genoeg niet geweest.

Bij de BNMO en het Veteraneninstituut, organisaties die specifiek voor veteranen werkzaam zijn, komt verslavingsproblematiek zelden voor als hoofdprobleem. Als er daar sprake is van problemen met het gebruik van middelen, dan gaat het voornamelijk om alcoholproblematiek. Daarnaast komen cannabis ge- en misbruik en gokken voor. Als de scheiding 'voor en na Libanon' wordt aangehouden, dan speelt alcohol speciaal voor Libanon-veteranen een rol, terwijl daarna meer sprake is van poligebruik. Over psychofarmacamisbruik is zowel bij de BNMO als het Veteraneninstituut niets bekend.

Verslavingsproblematiek komt voornamelijk voor bij soldaten en onderofficieren. Of hier daadwerkelijk sprake is van minder problematiek bij officieren, of dat zij bij problemen andere hulpkanalen zoeken, is niet duidelijk.

Bij de 'oudere' veteranen (Tweede Wereldoorlog, politionele acties in voormalig Nederlands-Indië, Korea, Nieuw-Guinea en Libanon) komt vrijwel geen verloedering voor, bij 'jongere' veteranen (vredesmissies na

Libanon) wel. Gedacht wordt dat dit samenhangt met het feit dat de 'oudere' veteraan stevig in een sociaal circuit opgenomen was en is. Opvallend wordt genoemd dat 'jongere' veteranen relatief vaak een wat zwervend bestaan leiden. In min of meer gesublimeerde vorm als (internationaal) vrachtwagenchauffeur, maar ook daadwerkelijk. Overigens wordt dit verschijnsel van isolatie ook regelmatig beschreven met betrekking tot Amerikaanse Vietnamveteranen (zie o.a. Goodwin, 1987). De indruk bestaat dat 'jongere' veteranen tijdens hun uitzending al tamelijk veel cannabis en alcohol gebruiken. Het is onbekend of zij dit voor uitzending ook al deden, en zo ja of het gebruik tijdens uitzending is toe- dan wel afgenomen.

Het is tevens onbekend of er verschillen bestaan tussen het soort middelen dat gebruikt is gedurende uitzending van de verschillende missies.

Verslaving

In dit artikel zal gesproken worden over 'verslaving' en 'verslavingsproblematiek' als overkoepelende begrippen, waar het in de praktijk van alle dag gaat over ofwel misbruik, ofwel afhankelijkheid van middelen. Onder middelen worden verstaan alle bewustzijnsbeïnvloedende middelen en gedragingen (alcohol, soft en harddrugs, psychofarmaca, gokken). Voor de omschrijving van 'misbruik van middelen' ('substance abuse') en 'afhankelijkheid van een middel' ('substance dependence') zoals die gebruikt wordt in de DSM IV (1994), wordt verwezen naar de bijlagen. Praktisch gezien zijn de volgende zaken nog van belang. Verslaving kan optreden aan één enkel middel, maar men kan ook aan twee of meer middelen tegelijk verslaafd zijn. Hierbij is het soms zo dat één middel het hoofdmiddel is en de andere middelen een minder belangrijke rol spelen, maar ook komt het voor dat er niet duidelijk sprake is van één favoriet middel. Verder is het van belang te weten in welke context gebruikt wordt: gebruikt men alleen, geïsoleerd van andere gebruikers, of speelt het gebruik zich af in een (meer of minder grote) groep van medegebruikers? De kans op hertraumatisering is groter wanneer men deel uitmaakt van een groep, ondermeer vanwege de 'omgangsvormen' in een dergelijke groep en vanwege het getuige kunnen zijn van agressieve of zelfdestructieve daden. De kans op isolatie is in een groep mogelijk iets kleiner.

Een belangrijk verschil tussen degenen die louter alcohol misbruiken en degenen die illegale middelen misbruiken is de criminalisering die vaak

samengaat met het gebruik van illegale middelen. Voor het verkrijgen hiervan is het onvermijdelijk om zich met dealers in te laten. Belangrijker nog is dat door de illegaliteit de prijzen van de middelen dusdanig zijn dat het heel moeilijk is dit te bekostigen via loon of uitkering: men zal dus moeten gaan inbreken en dergelijke om het geld bij elkaar te krijgen. Met name harddrugsmisbruik criminaliseert gemakkelijk, en daarmee wordt een bijdrage geleverd aan het progressief verergeren van het probleem. Verloedering in meerdere of mindere mate wordt daar mede door veroorzaakt, zoals Van Epen (2002) reeds aangaf; hij gebruikt voor dit beeld de term 'junkiesyndroom'. Voor cannabis bestaat een iets andere situatie, gezien het gedoogbeleid ten aanzien van het gebruik van dit middel.

Trauma

Het begrip 'trauma' heeft de afgelopen decennia een steeds bredere betekenis gekregen. In navolging van Kleber et al. (1995) lijkt het mij goed een onderscheid te maken tussen 'schokkende gebeurtenissen' en 'traumatische ervaringen'.

Een schokkende gebeurtenis is een ingrijpende gebeurtenis die bij de persoon in kwestie: 1. een intens gevoel van machteloosheid oproept gepaard gaand met het gevoel geen invloed te hebben op die gebeurtenis; 2. een acute ontwrichting teweegbrengt die de continuïteit van het bestaan doorbreekt.

Had de persoon tot aan die gebeurtenis het vooruitzicht op een leven dat zich in een bepaalde lijn zou ontwikkelen, na de gebeurtenis ervaart hij het leven als compleet gewijzigd. Daardoor moet het toekomstperspectief noodgedwongen aangepast worden. Niet alle ingrijpende gebeurtenissen zijn schokkend. En ook niet alle schokkende gebeurtenissen zijn traumatische ervaringen.

Van een traumatische ervaring is volgens Kleber et al. sprake wanneer iemand een voor hem of haar schokkende gebeurtenis direct heeft meegemaakt, daarvan getuige is geweest of erover gehoord heeft en *daarop met intense angst en persoonlijke machteloosheid heeft gereageerd*. De intense angst is het essentiële toegevoegde element. Machteloosheid, het gevoel geen enkele controle te hebben over wat er gebeurt, is van cruciaal belang voor de ernst van de gevolgen. Naarmate er heftiger angst wordt ervaren en naarmate de situatie waarin men zich machteloos en angstig voelt langer duurt, is er sprake van sterkere traumatisering. Kleber et al.

benadrukken dat er sprake is van een continuüm bij traumatische ervaringen, er is dus geen sprake van een alles of niets fenomeen. Dat laatste is van belang in verband met het klachtenpatroon dat kan optreden naar aanleiding van dergelijke ervaringen. Bekend is de 'posttraumatische stress-stoornis' (PTSS). (Zie noot 1 en zie voor de DSM-IV omschrijving de bijlagen.)

Er wordt bij de PTSS onderscheid gemaakt in 'acuut' indien de duur van de symptomen korter is dan drie maanden, en 'chronisch' indien deze langer aanhouden. Ook kan worden aangegeven of er sprake is van een 'verlaat begin', indien het begin van de symptomen ten minste zes maanden na het trauma ligt.

Naast de PTSS kent de DSM-IV de 'acute stressstoornis'.

In de literatuur wordt, op basis van wat in de klinische praktijk wordt waargenomen, onderscheid gemaakt tussen type-I en type-II-trauma's (Terr, 1991).

Van type-I is sprake bij een éénmalig trauma, zoals een ernstig ongeval, een bankoverval of een verkrachting. Dit type kan gevolgd worden door een acute stressstoornis en een PTSS.

Van type-II-trauma spreekt men bij langdurige of herhaalde blootstelling aan extreme, van buiten komende gebeurtenissen. Bij trauma's die reeds zijn opgedaan in de vroege jeugd zijn er gevolgen op het gebied van de persoonlijkheidsvorming, en ziet men in de meer uitgesproken situaties de door Herman beschreven complexe posttraumatische stress-syndromen.

Met name de invloed van traumatisering in de vroege ontwikkelingsstadia op hechtingsprocessen is van groot belang voor de gevolgen (zie voor een overzicht Vos, 2001; zie ook Nicolai, 2000).

De ernst van posttraumatische symptomatologie wordt door een aantal factoren bepaald: de aard van de gebeurtenis, een éénmalig of een herhaald trauma, de relatie met de dader, het aantal daders, de mate van ervaren angst en machteloosheid, de mate waarin met name de lichamelijke integriteit bedreigd wordt, de leeftijd waarop de traumatisering plaatsvindt, de opvang na het trauma, de mate van verwaarlozing en deprivatie die men als kind ervaren heeft. Daarnaast is de kwaliteit van de opvang van belang, zowel tijdens als direct na het trauma en op langere termijn. Met name de wijze waarop huidige relaties zelf met het hebben van een partner of kind met een traumatische ervaring omgaan

is daarbij dan van belang. Dus ook in hoeverre ouders of partners daardoor zelf worden getraumatiseerd.

Indien eerdere traumatisering heeft plaatsgevonden met als gevolg posttraumatische symptomen, is de kans groot dat het opnieuw doormaken van een traumatische ervaring weer leidt tot het optreden van posttraumatische klachten of verergering van nog bestaande klachten. In het bijzonder geldt dit wanneer sprake is van traumatisering in de vroege kinderjaren. Door de invloed die hiervan uitgaat op de ontwikkeling van de hersenen (zie oa. Perry, 1999 en Perry & Pollard, 1998) ontstaat een beduidend grotere kwetsbaarheid voor het ontstaan van PTSS dan wanneer de traumatisering op latere leeftijd optreedt.

Verslaving en trauma

Veel mensen met verslavingsproblematiek blijken getraumatiseerd. Ook valt op bij mensen die in enigerlei vorm kampen met posttraumatische problematiek dat zij frequent problemen hebben met misbruik van middelen. Over deze comorbiditeit is veel geschreven.

In een overzichtsartikel van Jacobsen et al. (2001) concluderen de auteurs dat de hoge mate van comorbiditeit suggereert dat er een functionele relatie bestaat tussen beide. Zij wijzen op stoornissen in de HPA-as (het systeem van hypothalamus, hypofyse en bijnier; een systeem dat een centrale rol vervult bij het omgaan met stress) en het noradrenerge systeem. Volgens Jacobsen et al. gaat de PTSS meestal vooraf aan het ontstaan van de verslavingsproblematiek. Zij wijzen ook op het feit dat de onthoudingsverschijnselen die voortdurend optreden bij de verslaving, ook al is het slechts in lichte mate, leiden tot een verergering van de PTSS-symptomen. Het gaat dan met name om de arousal die onderdeel is van de onttrekkingsverschijnselen. Ook Van der Kolk (1989b) wees op dit fenomeen.

Ondanks veel onderzoek is nog steeds niet helemaal helder waardoor sommigen met posttraumatische symptomatologie wel en anderen geen verslavingsproblematiek ontwikkelen. In toenemende mate heeft men de indruk dat dit te maken zou kunnen hebben met genetische verschillen. Gedacht moet daarbij worden aan verschillen in gevoeligheid voor bepaalde effecten van de verschillende stoffen op basis van verschillende gevoeligheden in neurotransmittersystemen. Daarnaast speelt waarschijnlijk vroege traumatisering een rol, terwijl verwaarlozing in de vroe-

ge jeugd ook een vergrote kwetsbaarheid tot gevolg heeft (zie o.a. Perry, 1999).

De Bellis (2002) wijst op de belangrijke samenhang tussen vroege traumatisering en de ontwikkeling van verslavingsproblemen in de adolescentie en daarna. De kans daarop is namelijk groter. Hij brengt dit in verband met de disregulatie van diverse neurobiologische stresssystemen. Niet ontdekte en/of slecht behandelde posttraumatische symptomatologie spelen daarbij volgens hem een cruciale rol.

In diverse onderzoeken wordt steeds meer de aandacht gevestigd op de functie van dissociatie, zowel als onderdeel van PTSS als van verslaving.

Dunn et al. (1993) onderzochten mannelijke veteranen in klinische behandeling waren vanwege verslavingsproblemen. Zij vonden bij 41.5% van de patiënten dissociatieve verschijnselen.

Bernstein et al. (1996) wijzen op de hoge correlatie tussen het voorkomen van dissociatieve verschijnselen, met name bij alcoholverslaafden.

Langeland et al. (2002) onderzochten patiënten met alcoholverslaving en komen tot andere bevindingen. Zij vinden lage dissociatiescores en veronderstellen dat patiënten alcohol gebruiken om dissociatie-achtige verschijnselen op te roepen.

Hyer et al. (1993) beschrijven dat bij Vietnamveteranen met chronische PTSS de hoogste symptoomscores worden aangetroffen bij de subgroep met de hoogste dissociatiescores.

Bremner et al. (1992) onderzochten Vietnamveteranen met en zonder PTSS, en vonden significant hogere dissociatiescores in de PTSS-groep, ook na controle op de ernst van ervaren oorlogshandelingen. In een ander onderzoek vinden Bremner et al. (1997a) dat Vietnamveteranen met PTSS hogere dissociatieve scores hebben dan degenen zonder PTSS. Bovendien blijkt dat de eerste groep, wanneer zij na terugkomst opnieuw met traumatische situaties worden geconfronteerd, daar in sterkere mate met dissociatie op reageert. Dissociatieve reacties tijdens gevechtshandelingen bleken gevolgd te worden door meer algemene dissociatieve pathologie nadien, waaronder het optreden van meer flashbacks. Zij beschouwen dit als een aanwijzing dat peritraumatische dissociatie een 'marker' is voor psychopathologie op de langere termijn.

Kaufman et al. (2002) vonden bij Vietnamveteranen met chronische PTSS significant hogere dissociatiescores in vergelijking met de veteranen zonder PTSS, of slechts een lifetime prevalentie van PTSS.

Verheul (2000) stelt een psychobiologisch etiologisch model voor ter verklaring van het bijna onbedwingbare verlangen om te drinken (craving) bij alcoholverslaafden. Het is goed mogelijk dat dit model ook bruikbaar is bij andere verslavingen. Hij onderscheidt drie vormen van craving: reward craving, relief craving en obsessive craving. Reward craving hangt samen met disregulatie in de dopaminerge en opioïde neurotransmittersystemen. Relief craving wordt in verband gebracht met disregulatie in de GABA en glutamaat systemen. Obsessive craving zou kunnen berusten op disregulatie van het serotonerge systeem.

Zoals eerder opgemerkt zijn in ieder geval het opioïde, GABA en serotonerge systeem in hun werking verstoord bij PTSS. Dat er op neurofysiologisch niveau een interactie plaatsvindt tussen PTSS en verslaving wordt ook op deze wijze aannemelijk.

Van belang is dat een leven lijden als verslaafde de kans vergroot op het doormaken van traumatische ervaringen. Denk aan het veroorzaken van ongevallen onder invloed, criminele activiteiten (zowel in de hoedanigheid van dader als slachtoffer), het meemaken van overlijden ten gevolge van overdoseringen. Elk nieuw trauma is een hertraumatisering, en het bevestigt steeds weer het negatieve wereld- en zelfbeeld. Van der Kolk (1989a) spreekt in dit verband van 'verslaving aan het trauma'.

Een goed voorbeeld van de wijze waarop posttraumatische symptomatologie en verslavingsproblematiek elkaar beïnvloeden is het volgende. Bij mensen met PTSS ziet men vaak de neiging om situaties op te zoeken of te creëren die doen denken aan het trauma. Hierdoor treden herbelevingen op, die gepaard gaan met hyperarousal. Dit leidt tot een verhoogde productie van endogene opiaten, waardoor de herbelevingsymptomen verminderen. Als dit gebeurt is, en dus genoemde productie vermindert, treden (lichte) onthoudingsverschijnselen op, iets waar een verslaafde zeer gevoelig voor is, en waar hij op reageert met het gebruik van bijvoorbeeld heroïne (een extern opiaat) (zie ook Van der Kolk et al., 1985; Van der Kolk, 1989b). Hetzelfde mechanisme kan ook bij ex-verslaafden spelen, en dan de oorzaak van een terugval in gebruik vormen. De optredende onthoudingsverschijnselen triggeren dan de nog steeds bestaande behoefte aan het middel, en dit middel kan de onthoudingsverschijnselen weer doen verdwijnen.

Dieronderzoek heeft deze betrokkenheid van onder andere het endogene opiaatsysteem aangetoond (Gerrits, 2000) bij terugval in alcoholconsumptie na een periode van abstinentie.

Neurofysiologische processen (neurotransmitters, stresshormonen) worden ontregeld door hevige stress; PTSS kan worden beschouwd als een disregulatie van deze processen. Diverse neurotransmittersystemen spelen een rol bij verslaving. Zo is tot op heden bij alcohol bekend dat de volgende receptorsystemen van belang zijn: het GABA-systeem, het glutamaatsysteem, het opioïdsysteem, het dopaminesysteem en het serotinesysteem. Het is zeer waarschijnlijk dat deze systemen ook van belang zijn bij de wijze waarop andere middelen dan alcohol hun werking uitoefenen. (Voor een uitvoerig overzicht zie het themanummer van *Neuropraxis*, 6, 2000; zie ook Vos, 1996c en 2001). Een hypothese is dat de disregulatie die bijvoorbeeld in de adrenerge en opioïde systemen ontstaan is ten gevolge van het trauma, de persoon vatbaarder maakt voor het ontstaan van middelenmisbruik (zie bijv. Kofoed, et al., 1993; Vos, 2001).

Concluderend zijn er voldoende aanwijzingen dat er zowel bij posttraumatische symptomatologie als bij verslaving sprake is van een disregulatie van diverse neurofysiologische systemen, waarbij het opvalt dat bij beide stoornissen vaak dezelfde systemen zijn aangedaan. Op dit moment is de overheersende mening dat het ontstaan van posttraumatische symptomatologie veelal voorafgaat aan het ontstaan van de verslaving. Dat zou kunnen wijzen op een kwetsbaar worden voor het ontstaan van verslaving door de aanwezigheid van neurofysiologische disregulatie. Het is echter ook niet onmogelijk, gezien het vóórkomen van verslaving zonder posttraumatische co-morbiditeit, dat bij beide beelden dezelfde systemen aangedaan zijn en dat dit de reden is van het vaak samen voorkomen van beide.

Over het algemeen wordt het gebruik van bewustzijnsbeïnvloedende middelen gezien als een vorm van zelfmedicatie, dan wel als een overlevingsstrategie. Intense gevoelens van angst en pijn worden verdoofd, spanning wordt gereduceerd, slaapstoornissen verminderen. Gebruik van diverse middelen veroorzaakt als het ware een chemische dissociatie. Daarmee wordt een vroeg aangeleerde copingstijl, zoals die bij veel getraumatiseerde mensen wordt aangetroffen, gecontinueerd en versterkt. Met name stimulerende middelen (amfetaminen, cocaïne, en ook XTC) worden gebruikt om gevoelens van apathie te doorbreken. Ook hebben deze middelen soms een voor de gebruiker positief effect op dissociatieve verschijnselen, die er door verminderen. Opiaten kunnen

uiteraard ook als pijnbestrijders worden gebruikt. Dit geldt zowel voor lichamelijke pijn met een somatische oorzaak, alsook voor pijn in de vorm van een herbelevingservaring. Ook psychische pijn en bijvoorbeeld heftig verdriet worden ermee verzacht. Met vrijwel alle middelen kan men een gevoel van controle over 'stemmen' en herbelevingen verkrijgen. Vooral benzodiazepinen spelen daarbij een belangrijke rol. Soms ziet men dat de neiging tot zelfdestructie door middel van heftig gebruiken wordt uitgeageerd. Tenslotte is het mogelijk dat het gebruiken een gevoel van controle, van macht geeft, ter compensatie van sterke gevoelens van machteloosheid.

Veteranen, trauma en verslaving

Wat thans PTSS wordt genoemd heeft in de twintigste eeuw reeds diverse andere benamingen gekend (zie o.a. Herman, 1993 en Van der Ploeg et al., 1995). Voor de Eerste Wereldoorlog werden de verschijnselen die men thans onder PTSS rangschikt vooral gezien als lafheid of als het gevolg van falende discipline. Tijdens de Eerste Wereldoorlog dacht men dat de drukgolven van exploderende granaten lichamelijke schade toebrechten; men sprak van 'shell shock'. Aan het eind van deze oorlog kwam de term 'oorlogsneurose' in zwang. Het is met name de Amerikaanse psychoanalyticus Kardiner (1941) geweest die de grondslag heeft gelegd voor de huidige inzichten. Ook de Britse medicus Rivers moet genoemd worden. Samen met Spiegel (Kardiner en Spiegel, 1947) ontdekte Kardiner dat de beste bescherming tegen overweldigende angst in oorlogssituaties bestaat uit een sterke band tussen de soldaat en zijn directe kameraden, en zijn leider. Goodwin (1987) noemt het ontbreken daarvan, als een gevolg van het in Vietnam gebruikte DEROS systeem ('date of expected return from overseas') een belangrijke oorzaak voor het hoge aantal PTSS bij Vietnamveteranen. Door dit op het individu gerichte systeem was er nauwelijks sprake van groepsvorming onder de militairen.

Overigens verdwenen de in en direct na de Tweede Wereldoorlog ontstane inzichten weer uit beeld, zoals dat ook na de Eerste Wereldoorlog gebeurde. Pas na de Vietnamoorlog kwamen de traumatische gevolgen van de ondergane oorlogshandelingen weer in beeld. Aanvankelijk vooral door veteranen zelf, die zich teleurgesteld van de gevestigde opvangmogelijkheden afkeerden (zie voor een uitvoerige beschrijving Herman, 1993).

In West-Europa waren het vooral de gevolgen van concentratiekampen, holocaust en verzetservaringen die bijgedragen hebben aan de bewustwording van de traumatische gevolgen van gewelddadige oorlogsgebonden ervaringen. In Nederland moeten als pioniers Bastiaans (1974) en Musaph (1985) worden genoemd.

Na Vietnam is een dermate uitvoerige onderzoekscultuur ontstaan, de laatste jaren ook op neurobiologisch/neurofysiologisch terrein, inclusief het gebruik maken van beeldvormende technieken (zie o.a. Yehuda et al., 1992 en Rauch et al., 1996), dat voor een opnieuw in de vergetelheid raken niet gevreesd hoeft te worden.

Het groeiende inzicht in de traumatiserende invloed van oorlogservaringen heeft tevens geresulteerd in een toenemende interesse van (militaire) beleidsmakers voor het probleem, met name ook in preventieve zin. Dat dit niet altijd gemakkelijk is laten de gevolgen van het reeds gememooreerde DEROS-systeem zien.

Het vóórkomen van verslavingsproblemen bij veteranen is al lang bekend. Na de Eerste en Tweede Wereldoorlog ging het voornamelijk om alcohol, later kwamen ook andere middelen (illegale drugs; denk aan heroïne na Vietnam) in beeld.

Er zijn nauwelijks betrouwbare gegevens bekend over verbanden tussen eventueel reeds voor de oorlogs- of missie-ervaringen bestaand problematisch middelengebruik, ge- of misbruik van middelen tijdens die ervaringen en verslavingsproblemen na terugkomst. Het ligt in de lijn te vermoeden dat preëxistente verslavingsproblematiek door de oorlogservaringen negatief wordt beïnvloedt, zeker als er zich posttraumatische symptomen hebben ontwikkeld. Dit is namelijk wel het geval als een bestaande verslaving wordt gecompliceerd door het ontstaan van posttraumatische klachten die niet aan oorlogservaringen gerelateerd zijn. Ook lijkt het waarschijnlijk dat misbruik van middelen tijdens uitzending in ieder geval bij een deel van de veteranen gecontinueerd wordt na terugkeer. Ervaringen na Vietnam wijzen in die richting.

Er is veel onderzoek gedaan onder met name Vietnamveteranen. Opvallend is dat review-artikelen laten zien dat onderzoeksresultaten elkaar nog wel eens tegenspreken, en dat interpretatie en onderlinge vergelijking van gegevens vaak niet gemakkelijk is omdat onderzoeksgroepen niet vergelijkbaar zijn. Óf dat uit de verstrekte gegevens onvoldoende duidelijkheid te verkrijgen is ten aanzien van bijvoorbeeld de mate

waarin men aan daadwerkelijke gevechtshandelingen heeft deelgenomen (combat en non-combat veterans). Een aantal trends zijn echter wel duidelijk. Kosten en Krystal (1988) vermelden dat tijdens hun verblijf in Vietnam 50% van de manschappen heroïne gebruikte. Bij terugkomst daalde het percentage tot 10%, om een jaar na terugkomst nog verder te zijn gedaald naar 1%. Vier tot tien jaar later echter steeg het aantal echter weer fors: 50% van de veteranen met een PTSS misbruikte weer middelen. Zij melden ook dat hoe meer gruwelijkheden men meemaakte, des te forsier het heroïnegebruik ter plaatse was.

Keane et al. (1988) vermelden dat veel onderzoek aantoonde dat er een positieve relatie is tussen de ernst van de gevechtservaringen en daaropvolgend alcoholmisbruik. Niet alle studies geven echter dit verband aan. In een studie uitgevoerd door Helzer (1984) wordt een versterkende invloed van betrokkenheid bij gevechtshandelingen op alcoholgebruik gevonden. Echter, dit effect blijkt voornamelijk toegeschreven te moeten worden aan degenen die reeds voor uitzending alcoholproblemen hadden. Opmerkelijk is daarbij dat bij deze personen het preëxistente alcoholgebruik vooral gerelateerd is aan individuele persoonlijke kenmerken, en dat er geen sprake is van familiale predispositie, zoals vaak gedacht wordt. Bovendien merkt Helzer op dat de invloed van betrokkenheid bij gevechtshandelingen slechts van geringe invloed is. Een manco van de Helzer-studie is dat er niet nagegaan is of er een relatie bestaat tussen de alcoholproblematiek en PTSS.

Nace et al. (1978) vinden dat 39% van hun groep Vietnamveteranen twee jaar na terugkomst een alcoholprobleem hadden. 21% van hun onderzoeksgroep heeft een heroïneprobleem. In tegenstelling tot Helzer vinden zij dat in de alcoholgroep significant meer ouder(s) alcoholproblemen hebben dan het geval is bij de veteranen zonder alcoholproblemen. In dit onderzoek zijn echter niet meegenomen de ernst van gevechtservaringen en het wel of niet aanwezig zijn van PTSS.

McFall et al. (1991) vonden bij Vietnamveteranen 10,7% PTSS-symptomen die aan gevechtservaringen konden worden gerelateerd. Een subgroep van veteranen met 'substance abuse problems' had echter 46% PTSS-symptomen. McFall et al. (1992) vergeleken Vietnamveteranen met gevechtservaringen met veteranen zonder gevechtservaringen voor wat betreft alcohol- en drugsproblematiek. Dit kwam voor in beide groepen, echter de veteranen met gevechtservaringen hadden ernstiger problemen, en hadden vaker beide vormen van verslaving. Zij komen tot de conclusie dat PTSS en niet zozeer het wel of niet betrokken zijn bij

gevechtshandelingen gerelateerd is aan de ernst van de verslavingsproblematiek.

Penk et al. (1988) onderzochten drie hypothesen bij Vietnamveteranen met verslavingsproblemen: a. verslaafden hebben meer vermijdende copingstijlen dan niet verslaafden; b. veteranen met zowel PTSS als verslavingsproblemen hebben dat nog sterker; c. van de veteranen met zowel PTSS als verslavingsproblemen gebruiken zwarte veteranen meer vermijdende copingstijlen dan blanke. Alle hypothesen worden in het onderzoek bevestigd.

Bremner et al. (1996) stellen vast dat het begin van problemen met middelengebruik bij door hen onderzochte Vietnamveteranen ongeveer samenvalt met het begin van de ontwikkeling van posttraumatische klachten, wat een bevestiging lijkt van Penk et al. Zij vinden dat de eerste posttraumatische klachten hyperarousal-symptomen zijn, gevolgd door symptomen samenhangend met vermijding, en tenslotte de intrusieve klachten (herbelevingen, nachtmerries). De veteranen geven aan dat alcohol, marihuana, heroïne en benzodiazepinen de klachten verminderen, terwijl cocaïne vooral de hyperarousalklachten verergert.

Slechts in een minderheid van de literatuur worden vergelijkingen gemaakt tussen blanke en niet-blanke Vietnamveteranen. Reeds gememoreerd werden Penk et al. (1988). In een volgend artikel vergelijken Penk et al. (1989) zwarte, blanke en veteranen van 'hispanische' afkomst. Het betrof veteranen die hulp zochten in verband met verslavingsproblemen. 'Blacks' bleken hogere PTSS scores te hebben dan beide andere groepen. De hypothese van de schrijvers is dat het behoren tot een minderheidsgroep niet de enige factor is die bepalend is voor de gevonden verschillen.

In een recente studie van Beals et al. (2002) worden blanke veteranen vergeleken met veteranen van Amerikaans indiaanse afkomst. Ook hier blijkt bij de indiaanse veteranen meer PTSS voor te komen, zowel recent als in algemene zin. De verschillen blijken echter samen te hangen met de oorlogssituaties waarin men heeft verkeerd: de indiaanse soldaten bleken significant meer blootgesteld te zijn geweest aan zeer gewelddadige en afschuwelijke belevissen.

Over de invloed van de aard van de gewelddadigheden waaraan men werd blootgesteld deden ook Yehuda et al. (1992) onderzoek. Zij zijn van mening dat de ernst van PTSS-symptomen vooral beïnvloed wordt

door het getuige zijn van extreme gewelddadigheden gericht tegen derden, en niet zo zeer door de doodsdreiging als gevolg van gevechtshandelingen waar men persoonlijk bij betrokken is.

Het meeste onderzoek is, zoals reeds opgemerkt, verricht bij Vietnamveteranen, en dan vrijwel altijd Amerikaanse Vietnamveteranen. Maar er bestaan ook een aantal studies verricht naar Australische Vietnamveteranen.

Grayson et al. (1998) zijn van mening dat veel ziekteverschijnselen bij veteranen zonder PTSS, volgens DSM-criteria, 'combat-related' zijn. O'Toole et al. (1999) onderzochten de samenhang van gevechtservaringen, gewond zijn en peritraumatische dissociatie (dat is dissociëren tijdens de traumatische ervaring; de beste predictor voor de latere ontwikkeling van PTSS). Zij vonden dat peritraumatische dissociatie gerelateerd is aan alle diagnostische componenten van PTSS (hyperarousal, vermijding/verdoving, intrusie). Gewond zijn geraakt was noch gerelateerd aan huidig, noch aan lifetime PTSS.

Een aantal studies bij veteranen afkomstig van andere oorlogssituaties dan Vietnam (de Golfoorlog) geven interessante uitkomsten. Over het algemeen wordt bij de Golfoorlog een lagere PTSS incidentie gevonden, met uitzondering van diegenen die aan extreme situaties waren blootgesteld (zoals militairen die deel uitmaakten van identificatie-eenheden)

Sutker et al. (1994) onderzochten veteranen van Operatie Desert Storm, en wel een speciale groep van soldaten die tot taak hadden lijken te identificeren. De helft van de door hen onderzochte groep voldeed aan de criteria voor PTSS. Bij hen was tevens vaak sprake van depressie en verslavingsproblematiek.

Wolfe en Procter (1996) vergeleken diverse onderzoeken bij Golfoorlogveteranen met elkaar. Zij noemen als opvallende bevindingen dat vrouwen in sterkere mate PTSS symptomen aangeven en dat het aantal veteranen dat voldoet aan de criteria voor PTSS in de loop der tijd toeneemt. Ook melden zij dat misbruikervaringen voorafgaand aan de oorlogservaring leidt tot hogere aantallen PTSS symptomatologie; dit gold het sterkst voor vrouwelijke veteranen. Tenslotte wijzen zij er op dat wanneer eenmaal posttraumatische symptomen zijn ontstaan, deze slechts moeizaam verdwijnen. Dit geldt in nog sterkere mate als de traumatische ervaringen ernstiger zijn. Dit pleit voor een snelle diagnostiek en behandeling!

Jongedijk et al. (1996) onderzochten een kleine groep Nederlandse oor-

logsveteranen met gevechtservaringen. 67% van hen voldeed aan de criteria voor PTSS en 38% voldeed aan de criteria voor de diagnose DES-NOS. De onderzoekers hadden de indruk dat beide beelden verwantschap vertonen. Sommige DESNOS subcategorieën blijken belangrijk voor het onderscheid tussen eenvoudige vormen van PTSS en meer complexe vormen.

Ook bij veteranen komen geleidelijk aan onderzoeksresultaten ter beschikking waarbij gebruik wordt gemaakt van neurofysiologisch onderzoek of beeldvormende technieken. De resultaten zijn vergelijkbaar met die van niet-veteranen.

Bremner et al. (2000) vonden in een vergelijkend onderzoek bij Vietnamveteranen met 'combat-related' PTSS vermindering van het aantal 'benzodiazepine-receptoren' in de prefrontale cortex.

Bremner et al. (1995) vonden bij Vietnamveteranen met PTSS, in vergelijking met een controlegroep, een vermindering in volume van de rechter hippocampus met 8%. Deze zou verantwoordelijk kunnen zijn voor de (verbale) korte termijn geheugenproblemen die frequent worden aangetroffen bij posttraumatische symptomatologie.

Rauch et al. (1996) onderzochten Vietnamveteranen met PTSS met behulp van de PET-scanteknik. Hierbij werden de veteranen blootgesteld aan oorlogsgeluiden, waardoor herbelevingen optraden. Er bleek in die situaties relatief te weinig activiteit in met name die hersendelen die betrokken zijn bij taal. Daarnaast was er verhoogde activiteit in het rechter limbische systeem. Tezamen worden de veranderingen in verband gebracht met het verminderde vermogen tot analyseren en plannen; de inactiviteit in de taalgebieden hangt waarschijnlijk samen met de onmogelijkheid de traumatische ervaring in een samenhangend 'verhaal' op te nemen, waardoor de ervaring als intrusieve herbeleving naar boven komt.

Concluderend kan gesteld worden dat verslavingsproblematiek bij veteranen die getraumatiseerd zijn en lijden aan een PTSS of andere posttraumatische symptomatologie een belangrijk bijkomend verschijnsel is. De klinische praktijk laat zien dat de bijkomende verslaving de toch al ingewikkelde en vaak zware problematiek van de getraumatiseerde veel complexer maakt. Iets dat vooral ook uit behandeloogpunt van groot belang is.

Het is daarom verbazingwekkend en raadselachtig te zien dat in groot-

schalig Nederlands onderzoek bij veteranen nauwelijks aandacht aan deze co-morbiditeit wordt geschonken.

Nederlandse onderzoeksgegevens

In de studie van Weerts (2000) wordt het in Nederland verrichte onderzoek naar de behoefte aan nazorg bij veteranen geïnventariseerd. Het proefschrift van Van Meurs (1955) over 'gevechtsuitputting' bij het Korea-detachement is het eerste onderzoek in Nederland geweest. In 1995 publiceerde Bramsen haar proefschrift over de langetermijn-gevolgen van oorlogservaringen onder de Nederlandse bevolking. Ongeveer de helft van de door haar onderzochte mensen had klachten van lichamelijke, psychische, financiële of praktische aard, ofwel een combinatie daarvan. Onderzoek van Bramsen et al. (1995) bij veteranen die lid waren van de BNMO toonde aan dat velen moeite hadden na terugkomst de draad van het normale leven weer op te pakken. Duidelijkheid over de mate van PTSS bij deze onderzoeksgroepen bevatten deze onderzoeken echter helaas niet.

Willigenburg en Alkemade (1995) vinden in hun onderzoek bij na 1990 uitgezonden militairen dat 30% nog negen maanden na terugkomst lichamelijke klachten, emotionele afvlakking, agressiviteit en spanningen ervaart. Daarnaast word in 3% van de gevallen ernstige en in 7% minder ernstige verwerkingsproblemen gevonden. Bij de mensen met verwerkingsproblemen is vaker sprake van lichamelijke klachten en van een toename van het alcoholgebruik.

Bramsen et al. (1997) vinden bij 21% van de veteranen, afkomstig uit alle legeronderdelen en uitgezonden na 1975 met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar, aanpassing- of verwerkingsproblemen. Afhankelijk van de wijze van berekenen komt men tot een percentage van 4 à 5% dat voldoet aan alle criteria voor de diagnose PTSS. Partiële PTSS (één of twee criteria) wordt gevonden bij 15%. Dat wil zeggen dat ongeveer 20% van alle onderzochte veteranen aantoonbare posttraumatische symptomen had! De PTSS-symptomen bleken aan de uitzending gerelateerd te zijn, en dus niet toe te schrijven aan voor of na de uitzending doorgemaakte traumatiserende omstandigheden. Opvallend is dat het ervaren van afwijzing door de plaatselijke bevolking een significante samenhang vertoont met de symptomen van PTSS. Veteranen met een lager opleidingsniveau en alleenstaande veteranen blijken een groter risico te lopen op het ontwikkelen van posttraumatische symptomen. Er

werd geen significant verband aangetroffen tussen enerzijds PTSS-symptomen en anderzijds rang, leeftijd, sekse, en het soort dienstverband. Vergelijking met veteranen die waren uitgezonden in eerdere jaren met die uit latere jaren gaf geen verschillen te zien in het vóórkomen van posttraumatische symptomatologie; dit terwijl de begeleiding en nazorg in de latere jaren vergroot is. Veteranen met PTSS-symptomen vonden de voorbereiding vaker onvoldoende. Tevens waren zij minder tevreden over de hulp die zij tijdens of na de uitzending kregen; hulp die zij overigens vaker vroegen en kregen. Bijna 70% kijkt overigens met een tevreden gevoel terug op de uitzending. Helaas is in dit uitvoerige onderzoek niet gevraagd, noch aan de veteranen, noch aan de gezinsleden, naar eventuele problemen met middelengebruik.

In het onderzoek dat Bramsen et al. (1995) deden bij BNMO-leden bleek dat 6% van de partners van veteranen met posttraumatische klachten alcoholgebruik als een probleem ervaart.

Op den Velde (2001) onderzocht een groep mannelijke verzetsstrijders uit de Tweede Wereldoorlog. Hij vond dat deze veteranen, volgens hun eigen rapportage, beduidend minder alcohol te gebruiken dan gevonden wordt bij de gemiddelde bevolking. Er waren geen significante verschillen tussen de veteranen met en die zonder PTSS op het moment van het onderzoek. Op den Velde wijst erop dat dit gegeven eerder is waargenomen in onderzoeken bij Amerikaanse krijgsgevangenen in de Tweede Wereldoorlog en de Koreaanse oorlog. Interessant is dat het sigarettengebruik bij de veteranen met PTSS wél hoger is dan bij de groep zonder PTSS. Dit verschil wordt verklaard door het hogere percentage rokers in de PTSS-groep, vergeleken met de niet-PTSS-groep. De auteur veronderstelt dat gebruik van een stressverlagend middel (zoals nicotine) tijdens het trauma samen zou kunnen hangen met gebruik van dat middel later, bij het ervaren van posttraumatische symptomen. Het lijkt waarschijnlijk dat deze gedachte ook opgaat voor andere middelen dan sigaretten.

In diverse onderzoeken wordt aandacht besteed aan het grote aantal vage lichamelijke klachten. Een duidelijke verklaring wordt niet gevonden, hoewel bij de groep Cambodja-veteranen met de ernstigste klachten wel een trend aanwezig lijkt te zijn dat deze groep meer vaccinaties had ontvangen en meer infecties gehad zou hebben dan militairen die uitgezonden zijn bij andere vredesmissies. In haar proefschrift stelt De Vries (2002) voor het gehele patroon van klachten dat gevonden werd bij Cambodja-veteranen samen te vatten onder de noemer 'Post Cam-

bodja Klachten' (PCK). Overigens is dit klachtenpatroon niet specifiek voor Cambodja-veteranen, en is er wel iets af te dingen op de omschrijving van de syndromen die gehanteerd wordt.

Een korte enquête door mij uitgevoerd bij de verschillende verslavingsklinieken in het land leverde op dat zij vrijwel nooit in aanraking komen met veteranen die kampen met verslavingsproblematiek.

De polikliniek psychiatrie van het CMH (Unck, 2002) ziet per jaar circa vijftig veteranen, waarvan ongeveer 40% Libanonveteranen; de rest heeft voornamelijk deelgenomen aan uitzendingen naar voormalig Joegoslavië. Er worden nauwelijks veteranen van uitzendingen vóór 1979 gezien. Men schat dat bij de helft van de aangemelde veteranen misbruik van middelen voorkomt. Hierbij valt op dat slechts een enkeling uit onderofficiers en officierskringen afkomstig is. Als er sprake is van de chronische en complexe vorm van PTSS, dan is vrijwel altijd tevens sprake van verslavingsproblematiek. Onbekend is of er, en zo ja welke, verbanden er zijn tussen aard en plaats van de uitzending en middelenproblematiek.

De Kloet et al. (2002) beschrijven de populatie van de polikliniek van het CMH in de periode tussen juni 1998 en juni 2001. Op een totaal aantal nieuwe aanmeldingen van zevenhonderd in deze periode werden 101 patiënten aangemeld voor de PTSS-specifieke intake. Hiervan waren 99 man, en slechts 2 van het vrouwelijk geslacht. 51 patiënten waren uitgezonden geweest naar voormalig Joegoslavië, 40 naar Libanon en 10 naar Cambodja. 12 patiënten hadden meerdere uitzendingen meegemaakt. De polikliniek stelde bij in totaal 83 patiënten (82,2%) de diagnose PTSS. Bij 32 (31,7%) patiënten werd alleen de diagnose PTSS gesteld. Bij 16 patiënten (15,8%) werd naast de diagnose PTSS ook de diagnose depressie gesteld, en bij 15 patiënten (14,8%) was er naast PTSS sprake van middelenafhankelijkheid of middelenmisbruik. Tenslotte werd bij 27 patiënten (26,7%) naast PTSS een persoonlijkheidsstoornis gevonden. In totaal vier patiënten kregen als hoofddiagnose middelenafhankelijkheid of -misbruik. Opvallend is verder dat van alle patiënten met PTSS 32,7% op jonge leeftijd getraumatiseerd of ernstig verwaarloosd is geweest.

Een nadeel van dit onderzoek, in het licht van het onderwerp van dit hoofdstuk, is dat de populatie van de polikliniek CMH niet uit slechts veteranen bestaat en dat het in dit onderzoek gaat om patiënten die werden aangemeld voor de specifiek op PTSS gerichte intake. Het is ondui-

delijk welk percentage van het totaal aantal patiënten veteraan is, en of er posttraumatische symptomatologie en/of verslavingsproblemen gezien worden bij de andere patiënten van de polikliniek.

Concluderend kan wel aangenomen worden dat ook bij Nederlandse veteranen posttraumatische problematiek in combinatie met verslavingsproblematiek wordt aangetroffen. In welke mate, en hoe ernstig, dat is onbekend.

Behandeling

In Nederland is al vele jaren uitgebreide ervaring opgedaan met de behandeling van getraumatiseerde mensen. Geleidelijk aan heeft zich, ook internationaal, een standaardbehandelmethode uitgekristalliseerd, die stoelt op de gedachten van Janet, en die met name door Van der Hart en Nijenhuis is uitgewerkt (zie oa. Van der Hart, 1991; Van der Hart et al., 1998; Herman, 1993; Nijenhuis en Van der Hart, 1999). Deze behandeling gaat uit van een drie fasenmodel; fasen die overigens vrijwel altijd en zeker bij de meer gecompliceerde vormen van trauma in elkaar overlopen. In de eerste fase gaat het om symptoomreductie en stabilisatie. De tweede fase omvat het werken aan de specifieke trauma's middels identificatie, exploratie en modificatie van de traumatische herinneringen. In de derde fase tenslotte gaat het om het vinden van een nieuw evenwicht, herintegratie van de persoonlijkheid en rehabilitatie.

Over de behandeling van trauma in combinatie met verslavingsproblematiek is in Nederland veel minder bekend (Vos, 1994, 1996d). Verslavingsproblematiek is voor vrijwel alle gevestigde instellingen in de psychiatrie en GGZ een contra-indicatie. In veel verslavingszorginstellingen weet men nog niet goed raad met meer complexe psychiatrische problematiek, hoewel die situatie wel in positieve zin verandert.

Vaak wordt voor een tweesporenbeleid gekozen, de behandeling van de verslavingsproblematiek bij een verslavingszorginstelling en de posttraumatische problematiek bij de GGZ. Ook ten aanzien van veteranen is dit veelal het geval: de polikliniek van het CMH behandelt alcohol- en middelemisbruik niet, en als de problemen groot zijn wordt afhankelijk van de motivatie van de patiënt gekozen voor een geleidelijk tweesporenbeleid. De behandeling van misbruik of verslaving vindt buiten de afdeling plaats, civiel. Soms wordt de voorwaarde gesteld dat eerst de

behandeling in de verslavingszorg enigermate wordt afgerond, soms gebeurt het gelijktijdig (Unck, 2002). Ook Centrum '45 volgt een vergelijkbare strategie.

Naar mijn mening is dit niet de meest gewenste situatie. De posttraumatische symptomen en het middelenmisbruik zijn zo nauw met elkaar verweven, zowel psychologisch als neurofysiologisch, dat een scheiding kunstmatig is. De behandeling zal daardoor minder efficiënt verlopen.

Vaak wordt gedacht dat staken van het gebruik van middelen tot een verergering van de posttraumatische klachten zal leiden, en wordt op basis daarvan aanbevolen eerst de PTSS te behandelen. Dit gebeurt nogal eens in de hoop dat dan het middelenmisbruik vanzelf zal verminderen of stoppen. Daarbij wordt over het hoofd gezien dat middelenafhankelijkheid ook een eigen dynamiek heeft (zowel psychologisch als neurofysiologisch). Ook de omgekeerde weg, eerst de verslaving aanpakken en daarna het trauma, levert veelal problemen op. Vooral omdat de noodzaak om middelen te gebruiken blijft bestaan zo lang er posttraumatische verschijnselen zijn.

Ook het tweesporenbeleid kent nadelen. Het behandelen van zowel posttraumatische symptomatologie als verslavingsproblematiek zijn complexe zaken, waarbij duidelijkheid, consequentheid en consistentie in de aanpak van grote betekenis zijn. Het verdelen van de behandeling over meerdere instellingen draagt het grote gevaar in zich dat hier te weinig van terecht komt. Een tweede bezwaar heeft te maken met de persoonlijkheidsveranderingen die zowel bij posttraumatische symptomatologie als bij verslaving optreden, en die een belangrijke invloed hebben op de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Daarbij moet gedacht worden aan hechtingsproblemen en problemen met het zich veilig durven voelen in de relatie met een ander; overdrachtsfenomenen dus. Ook moet het gevaar van splitsen tussen de diverse hulpverleners worden genoemd. Het heeft grote voordelen om de diverse facetten van de behandeling in één hand te houden; in ieder geval dient één hulpverlener duidelijk de centrale figuur te zijn, zeker in de relatie tot de patiënt, waar het gaat om de essentiële zaken van de behandeling. En dan gaat het zowel om de posttraumatische klachten als de middelenproblematiek.

Bij veteranen speelt nog een ander belangrijk bezwaar. Voor veel veteranen is het belangrijk dat zij zich (h)erkend voelen als veteraan; zij voelen zich in de regel niet goed thuis te midden van niet-veteranen. Dat speelt zeker in een behandelingssituatie. Verwijzing door een militaire instantie

naar een civiele verslavingsinstantie wordt gemakkelijk ervaren als afwijzing.

In dit artikel zal niet worden ingegaan op de standaardaspecten van de behandeling van posttraumatische symptomatologie. Daarvoor wordt verwezen naar de bekende, ook hier reeds geciteerde, bronnen (zie ook Veldman, 1997; GGz Groningen, 1999). We beperken ons tot zaken die relevant zijn in verband met het specifieke onderwerp van dit hoofdstuk.

In fase I van de traumabehandeling hoort ook het onder controle brengen van het middelenmisbruik thuis. Het gaat daarbij dus niet noodzakelijkerwijs direct om abstinentie. Het eerste doel is controle over het gebruik, te vergelijken met het controle krijgen over de andere posttraumatische symptomen. Psycho-educatie neemt een centrale plaats in. Het gaat dan om het bewust en daarmee begrijpelijk maken van de samenhang tussen de posttraumatische symptomen en de effecten van het gebruik van middelen daarop, en omgekeerd. Controle van middelengebruik betekent altijd vermindering van het gebruik, en het meer bewust plannen van het gebruik op momenten dat andere manieren van omgang met de posttraumatische klachten onvoldoende effect opleveren. Men zou kunnen stellen dat het doel in dit stadium is dat het verslavende gebruik een 'medicamenteus' gebruik wordt.

Naast een breed scala aan methoden die aangewend kunnen worden om symptoomreductie en daarmee stabilisatie te verkrijgen, is ook het gebruik van psychofarmaca in dit stadium van belang. Dit geldt voor zowel de posttraumatische klachten als het middelenmisbruik. Ook hier blijkt het weer een voordeel de behandeling in één hand te hebben. In de eerste plaats omdat de niet geringe kans op misbruik van voorgeschreven medicijnen (met name slaapmiddelen en benzodiazepinen) daarmee verminderd kan worden. In de tweede plaats vanwege het goed kunnen beoordelen van mogelijke interacties tussen medicamenten die bij beide typen problemen gebruikt kunnen worden.

Zeer effectieve psychofarmaca ter bestrijding van de diverse posttraumatische symptomen zijn nog niet voorhanden. SSRI's hebben een duidelijk positieve invloed, maar lang niet in alle gevallen. Er zijn aanwijzingen dat deze middelen ook een gunstige invloed hebben bij het verminderen van terugval bij alcoholisten. Interessant is dat naltrexon, een opiaat-antagonist, zowel gebruikt kan worden bij verslaving aan opiaten en alcohol (waar het de behoefte aan het middel vermindert en zo terugval

helpt voorkómen, en tevens de werkzaamheid van deze stoffen vermindert), als ook bij de behandeling van nachtmerries en van de neiging tot automutieren.

Er zijn een aantal meldingen dat propranolol en clonidine werkzaam zijn bij het verminderen van diverse posttraumatische symptomen (Braun, 1990; Kolb et al., 1987).

Gewaarschuwd moet worden tegen het gebruik van benzodiazepinen, vanwege het sterk verslavende karakter ervan. Problematisch is dat deze middelen bij veel verslaafden zeer in trek zijn, en zeker op korte termijn ook effectief zijn tegen de veelheid van angsten en slaapproblemen waar patiënten met posttraumatische klachten onder lijden. Er zijn geen optimale alternatieven in medicamenteuze zin. Bruikbaar zijn Buspar als anxiolyticum en zopiclon en Stilnoct als slaapmiddel. Van belang is daarom vooral dat patiënten andere, niet medicamenteuze, hulpmiddelen aangereikt krijgen om meer controle over angsten, herbelevingen, hyperarousal, slaapproblemen en andere klachten te krijgen.

Vanaf het moment dat men meer controle over alle symptomen krijgt, en er meer stabiliteit in het alledaagse leven komt, wordt het mogelijk het middelenmisbruik verder af te bouwen en tot abstinentie te komen. Voor een goed kunnen doorwerken van de tweede en derde fase van de traumabehandeling is dat meestal een voorwaarde. Men dient er op bedacht te zijn, en daar de patiënten ook goed en tijdig op voor te bereiden, dat vooral tijdens de tweede fase terugval in middelengebruik eerder regel dan uitzondering is. Dit betekent niet dat men weer geheel van voren afaan kan beginnen. Terugval is onderdeel van de verslaving, en hoort dus bij het behandelproces van verslaving. Het kan zelfs dienen om meer zicht te krijgen op de mechanismen die spelen, zowel in het onderhouden van verslavings- en posttraumatische symptomen als bij de interactie tussen beide.

Er zijn momenteel een tweetal goed bruikbare middelen die abstinentie (dus controle over gebruik) ondersteunen: de opiaat-antagonist naltrexon (voor behandeling van heroïneverslaving verkrijgbaar onder de naam Nalorex en voor de behandeling van alcohol onder de naam Revia) en acamprosaat (merknaam Campral), een middel dat inwerkt op de glutamaatstofwisseling. Beide middelen kunnen worden gecombineerd; overigens zijn er nog geen onderzoeksgegevens over de extra werkzaamheid die ervan verwacht wordt. Bij heroïneverslaving kan ook gebruik gemaakt worden van methadon, een opiaat-agonist. Dit kan enerzijds

dienen als middel om de detoxificatie te verlichten, en anderzijds als onderhoudsmiddel ter voorkoming van terugval. Er zijn weinig gegevens over het effect bij gebruik op langere termijn in het kader van de tweede fase van de traumabehandeling. Bij goed gemotiveerde alcoholisten kan overwogen worden, als de eerder genoemde middelen falen, het aversieve middel disulfiram (Antabus) te gebruiken. Op dit ogenblik zijn nog geen specifieke middelen beschikbaar die gebruikt kunnen worden bij misbruik van andere stoffen als cannabis, amfetaminen, cocaïne en dergelijke. Hier is men dus aangewezen op de middelen die bruikbaar zijn bij het verminderen van posttraumatische symptomen.

Behandeling van posttraumatische symptomatologie en van verslavingsproblematiek met behulp van psychofarmaca, zowel als geïsoleerde als gecombineerde verschijnselen, is op zich nooit voldoende. Altijd zijn daarnaast niet-medicamenteuze behandelingen noodzakelijk. Van groot belang is dat beide goed op elkaar worden afgestemd; de werkzaamheid van beide wordt daarmee versterkt.

Een belangrijke vraag is of de behandeling van de gecombineerde problematiek ambulantly dan wel klinisch dient plaats te vinden. Daarover bestaat geen eenstemmigheid. Maar belangrijker is dat hier ook geen algemeen geldende regel bestaat. In ieder individueel geval zal steeds opnieuw bezien moeten worden wat wijs en wat haalbaar is. Een eenmaal genomen besluit zal altijd herzien moeten kunnen worden, als de praktijk daar aanleiding toe geeft.

Een aantal richtlijnen zijn wel te geven. Zo is klinische detoxificatie vaak aan te bevelen als eerste stap in de richting van controle over middelengebruik. De kans op snelle terugval, en daarmee demotivatie, is kleiner. Tijdens de opname, waarvan de duur ongeveer vier weken dient te zijn, kan dan tevens uitvoerige diagnostiek worden verricht. Deze kan als basis dienen voor niet alleen een behandelplan op de langere termijn, maar ook voor de eerder genoemde psycho-educatie. Het voordeel van klinische detoxificatie daarbij is dat ook gebruikt gemaakt kan worden van observatiegegevens van het gedrag van de patiënt in de groep.

Of wat betreft de verdere behandeling gekozen zal worden voor ambulantly dan wel klinisch hangt vervolgens mede af van de draagkracht, de relationele mogelijkheden en motivatie van de patiënt. Met relationele mogelijkheden wordt het volgende bedoeld. Een kenmerkend aspect van het posttraumatisch beeld is een verstoring van het basale vertrouwen in de ander. De mate waarin dat verstoort is varieert. Als er weinig

tot geen vertrouwen bestaat, en zeker als dat gecompliceerd wordt door een tekort aan fundamenteel vertrouwen op basis van vroegaffektieve tekortkomingen en/of traumatisering, dient een klinische behandeling overwogen te worden in een setting waar expliciet aan opbouw van vertrouwen wordt gewerkt. In dit verband moet de hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap, zoals die bestaat in de verslavingszorg, genoemd worden (Schaap, 1987; Kooyman, 1992; Vos, 1989 en 1996b).

Deeltijdbehandeling is een tussenvorm die in aanmerking komt, gesteld dat er programma's voorhanden zijn die voldoen aan de criteria die voor behandeling van posttraumatische en verslavingsproblematiek aanwezig zijn. Gezien de over het algemeen beperkte duur van deeltijdbehandeling, en de omschreven (en daardoor vaak beperkte) doelstellingen, zal deeltijdbehandeling als het wordt gebruikt vaak onderdeel zijn van een groter behandeltraject. Zoals eerder opgemerkt is dan belangrijk de coördinatie goed te regelen en er zorg voor te dragen dat de rode draad in de algehele behandeling bewaard blijft.

Welke keus ook gemaakt wordt, belangrijk is dat bij gebleken onvoldoende effect naar een andere vorm uitgeweken moet kunnen worden. De huidige trend in de hulpverlening om te beginnen met de kortste en minst ingrijpende vorm van behandeling druist mijns inziens in tegen de ervaring met de behandeling van complexe problematiek. Daar gaat het om het volgen van een behandeltraject dat gebaseerd is op een totaalaanpak. Het feit dat zowel posttraumatische pathologie als verslaving dreigen te recidiveren en chronisch te worden bij onvoldoende behandeling is daarvoor voldoende reden.

Naast de op het individu gerichte behandeling moet ruim aandacht gegeven worden aan de systemen die voor de patiënt van belang zijn. Welke aandacht dat is zal afhangen van de verwevenheid van individuele en eventueel aanwezig systeemproblematiek. In ieder geval zal het systeem altijd voldoende uitleg moeten krijgen over zowel de aard van de problematiek van de geïdentificeerde patiënt als over de wel en niet te verwachten effecten van de behandeling. Wat het laatste betreft moeten vooral de effecten op de relaties uitvoerig aan de orde komen, inclusief 'tegenoverdrachtsreacties' van de kant van het systeem. Soms zal systeemtherapie aangewezen zijn, wellicht ook individuele hulp voor

ouders of partner en kinderen. (Zie voor een uitvoerige beschrijving van de door familieleden ervaren problemen bij veteranen Bramsen et al., 1997 en Dirkzwager, 2002.)

Iedere behandeling start met uitvoerige diagnostiek, ook als er een ambulante traject wordt gevolgd. Deze diagnostiek dient naast een goed inzicht in de traumatisering en in het ontstaan daarvan en de stand van zaken met betrekking tot de verslaving, tevens inzicht te bieden in de vroege ontwikkeling. Alleen dan is namelijk de posttraumatische symptomatologie en de verslaving goed te begrijpen, en is een goed behandelplan op te stellen. Naast individuele diagnostiek is een goed inzicht in het systeem waarin de patiënt verkeert onontbeerlijk. Het gaat daarbij om zowel het gezin van herkomst, de vroegere én de huidige plaats daarin, alsook om de eventueel bestaande huidige relatie. Daarnaast dient er speciale aandacht te zijn voor de ontwikkeling van eventueel aanwezige kinderen (zie o.a. Lamberts et al., 1996). Ook is inzicht in het sociale netwerk en werk- of studieomgeving van belang.

Een behandelplan bij complexe problematiek, waarover dit artikel gaat, kan nooit simpel en voor de gehele behandeling vaststaand zijn. Behandelingen van deze problematiek volgen een weg van vallen en opstaan. Het behandelplan dient daar rekening mee te houden. Dat wil vooral zeggen dat er in wordt opgenomen wat de consequenties dienen te zijn als een bepaald onderdeel van het behandelplan niet blijkt te werken.

Van belang is verder het volgende. Gezien het feit dat een centraal kenmerk, ook dit keer, van zowel de posttraumatische als de verslavingsproblematiek is het verlies van controle, moet in de behandeling van beide het herkrijgen van controle eveneens een centrale plaats innemen. Vrijwel alle methodieken bij de behandeling van posttraumatische klachten en veel maatregelen bij de behandeling van verslaafden zijn daar dan ook op gericht. Dat betekent dat hetgeen de patiënt wil, waaraan hij of zij bereid is zich te verbinden, van grote betekenis is. Dit is de wijze waarop de 'motivatie van de patiënt' en de 'vraaggerichte behandeling' naar mijn mening dient te worden ingevuld. Concreet wil dat zeggen dat indien het expertoordeel van de hulpverlener en de wil van de patiënt niet met elkaar stroken, in behandelplannen moet worden opgenomen dat indien hetgeen de patiënt wil niet slaagt, alsnog het plan van de hulpverlener in werking treedt. In eerste instantie wordt dus de controle aan de patiënt gegeven, en reeds bij de start wordt afgesproken wat

de volgende stap zal zijn indien het resultaat niet is wat men beoogt. Behalve directe controle voor de patiënt betekent dit dat er ook inspraak in de relatie is.

Preventie en aanbevelingen

Uitgaande van de realiteit van uitzending van militairen op vredesmissies of naar oorlogsgebieden zal preventie van posttraumatische verschijnselen zich moeten richten op maatregelen die de ontwikkeling van die verschijnselen kunnen voorkómen. Immers in genoemde uitzendingssituaties zijn ervaringen die als trauma kunnen werken onvermijdelijk. De te treffen maatregelen zijn in een aantal categorieën onder te verdelen: voor, tijdens en na uitzending.

Voorafgaand aan uitzending valt niet alleen te denken aan een goede voorbereiding (waartoe ook behoort het wijzen op de mogelijkheid van het ervaren van trauma, en hoe dan het beste te handelen), maar ook aan selectie. Gezien de grotere kwetsbaarheid van reeds getraumatiseerde mensen voor het ontwikkelen van posttraumatische klachten na hernieuwd trauma, zouden militairen met posttraumatische verschijnselen in de anamnese niet uitgezonden dienen te worden. Hetzelfde geldt voor militairen met persoonlijkheidsstoornissen, met name als deze een relatie met vroege traumatisering en/of verwaarlozing hebben. Het gaat dan vooral om jongemannen met een grote mate van onzekerheid die gecompenseerd wordt door isolatie of agressiviteit, die snel gevoelens van hulpeloosheid ervaren en daar slecht mee om kunnen gaan, die aanpassingsproblemen hebben plus een negatieve en/of achterdochtige instelling ten opzichte van de buitenwereld. Diegenen die gemakkelijk op stress reageren met dissociatieve verschijnselen zouden niet in aanmerking dienen te komen voor uitzending. Militairen met een vroegere of recente historie van overmatig en problematisch gebruik van alcohol en andere bewustzijn beïnvloedende middelen vormen eveneens een risicogroep. Het is van belang zich te realiseren dat het risico van het gebruik van cannabis in de vorm van nederwiet vaak onderschat wordt. Te weinig wordt rekening gehouden met het hoge gehalte aan werkzame stoffen in nederwiet. Leeftijd blijkt in het algemeen een risicofactor; het is zeker niet verstandig jongeren beneden de leeftijd van 21 jaar uit te zenden. Het is de vraag of de bevinding van bijvoorbeeld Bramsen et al. (1997) en Dirkzwager (2002), namelijk dat militairen met een lager onderwijsniveau en alleenstaande militairen meer PTSS rapporteren, zou

moeten leiden tot uitsluiting voor uitzending. Zeker is dat deze groepen nog nauwkeuriger voorbereid en gevolgd dienen te worden. Met het oog op opvang na terugkeer zal reeds voorafgaand aan uitzending aandacht besteed dienen te worden aan naaste familieleden (Dirkzwager, 2002). Het verdient mijns inziens aanbeveling te stimuleren dat de uitgezonden militairen ook tijdens hun missie contact onderhouden met de familieleden, en deze een hulpaanbod te doen als er tekenen zijn die wijzen op problemen die samenhangen met de uitzending van het familielid.

Het is een reeds lang bekend feit dat kameraadschap en het zich deel voelen van een steungroep bescherming biedt tegen de ontwikkeling van posttraumatische klachten. Daarom is het van belang dat de militair voorafgaand aan, tijdens en na uitzending in dezelfde groep verkeert. De voorbereiding dient ook in deze groep te geschieden. Ook bij de opvang tijdens en na uitzending dient hiermee rekening te worden gehouden. Uiteraard is de steungroep niet de enige eenheid waarvan men deel uitmaakt, ook het thuisfront behoort daartoe. Tijdens de uitzending dient het leggen van contact met familieleden zeer laagdrempelig te zijn. Hierbij is het van belang dat dit contact niet slechts schriftelijk verloopt, maar zodanig dat de familie gehoord en gezien kan worden. Het thuisfront omvat naast de familie ook de legertop, de regering en het parlement, in feite de bevolking in het algemeen. Degenen dus 'voor wie men het doet'. Des te overtuigender overgebracht kan worden dat 'men' achter de militair staat, des te beter. De ervaringen van Amerikaanse Vietnamveteranen spreken wat dat betreft voor zich.

Als er tijdens de uitzending sprake is van een traumatische ervaring, dan moet er binnen de eenheid een klimaat heersen waarin dat gemakkelijk bespreekbaar te maken is. Uiteraard wordt de basis van dat klimaat al tijdens de voorbereiding gelegd. Het heeft voordelen als de geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt van het onderdeel. Vroegtijdige diagnostiek, en regelmatige evaluatie daarvan, zijn essentieel. Dat geldt ook voor snelle maatregelen als er inderdaad sprake lijkt te zijn van verwerkingsproblematiek. De aanwezigheid van dissociatie tijdens het trauma is hierbij één van de graadmeters, evenals (de neiging tot het gaan) gebruiken van slaapmiddelen, tranquillizers, alcohol of andere middelen. Zoals reeds opgemerkt is het van belang de opvang zowel individueel als binnen de groep te verrichten.

Na terugkomst zijn in de eerste plaats maatregelen op zijn plaats voor directe opvang, en in de tweede plaats dient er voldoende follow-up op langere termijn te zijn. Diagnostische screening op regelmatige tijden is

eveneens aan te bevelen. De familie moet hierbij betrokken worden. De bevinding van ondermeer Kosten en Krystal (1988) dat vier tot tien jaar na terugkeer uit Vietnam het heroïnegebruik van de veteranen weer toenam (na aanvankelijk tot vrijwel niets te zijn gereduceerd), tekent het feit dat zowel posttraumatische symptomatologie als verslaving een sterke tendens tot chroniciteit hebben. Dit is zeker het geval als de behandeling onvoldoende is en niet snel genoeg wordt ingezet. Veteranen met traumatische ervaringen dienen in principe dus vele jaren gevolgd te (kunnen) worden.

Voor een overzicht wordt ook verwezen naar Weerts et al. (2002).

Preventie van verslavingsproblematiek is deels gerelateerd aan de preventie van posttraumatische problemen, maar staat daar ook deels los van.

Voorwaarde voor alle verslavingspreventie is het bestaan van een klimaat waarin de bespreekbaarheid van ge- en misbruik van bewustzijnsbeïnvloedende middelen geaccepteerd is als een bij onze cultuur behorend verschijnsel. Het feit dat binnen de krijgsmacht gebruik van 'illegale drugs' verboden is, dient niet te betekenen dat gedaan wordt alsof dat gebruik niet voorkomt. Zeker voor militairen die worden uitgezonden, en speciaal in relatie tot traumatische ervaringen, is het gebruik van alcohol en 'illegale drugs' een risicofactor.

In de psycho-educatie die gericht op de preventie van posttraumatische symptomatologie dient de relatie met verslavingsproblematiek gelegd en uitgelegd te worden. In alle situaties waarin sprake is van mogelijke traumatische ervaringen dient eventueel middelengebruik besproken te worden. Als daar sprake van is, zijn maatregelen op zijn plaats om het gebruik zo snel mogelijk te kunnen stoppen vanwege het risico van misbruik. Louter verbieden is geen oplossing, inschakelen van een arts en de geestelijke gezondheidszorg wel. Dit betekent wel dat de betrokken hulpverleners goed op de hoogte moeten zijn van alle facetten van middelengebruik in relatie tot posttraumatische symptomatologie.

Preventie van verslaving op zich vraagt bewustwording van de functies die het gebruik van middelen kan hebben, zowel los van als in relatie tot de militaire dienst. Beïnvloeding van de sfeer binnen het militaire apparaat en de betrokken eenheid speelt een grote rol. Denk aan de relatie tussen 'mannelijk gedrag' en het gebruik van alcohol of pepmiddelen.

Gezien de voorkeur die veel veteranen en hun families hebben voor hulp en opvang door instanties die aan de krijgsmacht gelieerd zijn, ligt het voor de hand dat binnen deze organisaties programma's worden opgezet waar de gecombineerde problematiek behandeld kan worden. Overigens stellen Bramsen et al. (1997) dat de hulpverlening aan veteranen en hun gezinsleden zowel binnen als buiten de defensieorganisatie kan plaatsvinden. In hun onderzoek wordt geen aandacht besteed aan de gecombineerde problematiek waarvan in dit artikel sprake is.

Al eerder is opgemerkt dat het merkwaardig is dat er vrijwel geen Nederlands onderzoek bij veteranen is gedaan, waarin de relatie tussen posttraumatische symptomatologie en verslavingsproblematiek wordt nagegaan. Dit dient snel te veranderen. Wellicht vereist dat een doorbreken van het taboe op het bestaan van het gebruik van bewustzijn beïnvloedende middelen in de krijgsmacht. Het betekent dat ook de registratie zodanig dient te zijn dat inzicht ontstaat in de aard en ernst van het middelengebruik, zowel voor als tijdens het dienstverband met defensie. Een goed inzicht in de co-morbiditeit zal leiden tot betere hulpverlening en efficiëntere preventieve maatregelen.

Noot 1

Opvallend is dat in de DSM-IV geen mogelijkheid bestaat om situaties te beschrijven waarbij de symptomatologie niet dusdanig compleet is dat van PTSS gesproken mag worden. Het gevaar is dan aanwezig dat losse symptomen worden geclassificeerd (bijvoorbeeld 'depressie') en dat er geen verband met een traumatische ervaring wordt gelegd. Als men zich bewust is van de opmerking van Kleber et al. (1995) over het continuüm van traumatische ervaringen, en altijd (dus bij alle psychiatrische beelden) denkt aan een mogelijk traumatische origine van symptomen, kan men dit voorkómen. Dat is vooral van belang om een effectieve behandeling te kunnen geven. Comorbide posttraumatische verschijnselen kunnen er de oorzaak van zijn dat een behandeling die slechts gericht is op de andere psychiatrische symptomen, onvoldoende resultaat heeft.

Verschillende auteurs hebben getracht hier toch een goed te omschrijven beeld bij te vinden. In dit verband dient de 'Disorder of extreme stress not otherwise specified' (DESNOS) genoemd te worden (o.a. Van der Kolk, 1992). Er worden een aantal symptoomgebieden onderscheiden;

zie hiervoor de bijlagen. Deze omschrijvingen doen veelal meer recht aan het klinische beeld dat mensen met traumatische ervaringen laten zien.

Herman (1993) heeft zich met hetzelfde probleem beziggehouden en beschrijft een continuüm in de gevolgen van (chronische) traumatisering op de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Zij is van mening dat in de PTSS-classificatie van de DSM-IV te weinig rekening wordt gehouden met de consequenties van het moeten hebben overleven van extreme situaties. Vooral de vele veranderlijke symptomen en de ingrijpende vervorming van de persoonlijkheid worden in de omschrijving van de PTSS onvoldoende recht gedaan. Zij stelt voor om de borderline persoonlijkheidsstoornis, de dissociatieve identiteitsstoornis en de somatisatiestoornis te zien als varianten van een complex posttraumatisch stresssyndroom.

In Nederland hebben Jongedijk et al. (1995) zich met dit facet van het posttraumatische klinische beeld beziggehouden, en komen tot de conclusie dat beide begrippen goed bruikbaar zijn.

Van der Hart en Op den Velde (1995) noemen meer psychiatrische beelden die kunnen ontstaan ten gevolge van traumatisering. Zij noemen de verschillende dissociatieve stoornissen: dissociatieve amnesie, dissociatieve fugue, dissociatieve identiteitsstoornis, dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven DSNAO, en de depersonalisatiestoornis.

Daarnaast vestigen zij, mijns inziens zeer terecht, de aandacht op de (ruime) mate waarin bij depressieve stoornissen en psychosen sprake is van trauma en dat dit wellicht (mede) bepalend is voor het aanwezige klinische beeld. Ook noemen zij verslaving. Zij beschrijven daarbij met name verslavingsproblemen bij veteranen. Over het algemeen, aldus Van der Hart en Op den Velde, heeft het verslavingsgedrag de functie van zelfmedicatie, ter onderdrukking van de diverse symptomen.

Tenslotte wijzen de auteurs op de psychosomatische gevolgen van traumatisering.

Aparte aandacht vragen zij voor 'vicarious traumatization'; het getraumatiseerd raken van hulpverleners in de contacten met getraumatiseerde cliënten.

Nijenhuis et al. (2002) hebben een interessante en belangrijke toevoeging uitgewerkt, die het inzicht in PTSS vergroot. Zij gebruiken twee uitgangspunten voor hun theorie: dierlijke reactievormen (defensiemecha-

nismen) op gevaar en dreiging, en structurele dissociatie. Dissociatie wordt door hen omschreven als 'het gebrek aan integratie tussen zelfbewuste systemen van ideeën en functies'. Dit houdt in dat dissociatie ook PTSS karakteriseert. Er worden twee dissociatieve delen van de persoonlijkheid onderscheiden die de controle over bewustzijn en gedrag kunnen overnemen. In de eerste plaats een 'numb', een ten opzichte van traumatische herinneringen vermijdend deel, dat min of meer functioneel is in het dagelijkse leven. Het andere deel is verstrikt in traumatische herinneringen. Het laatste systeem kan op onverwachte momenten, getriggered meestal door aan het trauma gerelateerde prikkels (extern of intern) naar voren komen en het vermijdende deel opzij, uit het bewustzijn, drukken. Deze splitsing betekent een structurele dissociatie van de persoonlijkheid. In navolging van Myers (1940) noemen Nijenhuis et al. deze dissociatieve delen de 'apparently normal personality' (ANP) en de 'emotional personality' (EP). Beide kunnen door opnieuw optredende traumatische ervaringen opnieuw splitsen. Bij eenvoudige PTSS kunnen op deze wijze één ANP en één EP worden onderscheiden, bij meer complexe vormen van PTSS zijn meerdere EP's te onderscheiden en één ANP. Bij de meest complexe vorm van traumatisering, zoals deze tot uiting komt in de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) zijn meerdere ANP's en meerdere EP's te onderscheiden.

Bij PTSS ziet men dus een afwisselend functioneren tussen de ANP en de EP; anders gezegd een afwisselend 'onthecht' zijn van de traumatische herinnering en daarop gefixeerd zijn. De ANP heeft meestal een bepaalde mate van amnesie voor het traumatische gebeuren en is voor enige of veel aspecten van die ervaring gedepersonaliseerd. De ANP is gericht op het volbrengen van de alledaagse levenstaken. De EP heeft het trauma opgeslagen in het geheugen en is er op gericht nieuwe traumatische ervaringen te voorkomen, door het vermijden van triggers waardoor herinneringen aan het oorspronkelijke trauma opgeroepen worden (herbelevingen).

Sinds een aantal jaren verschijnen studies met behulp van beeldvormende technieken (MRI, PET, SPECT) bij mensen met PTSS. De bevindingen zijn niet volstrekt eenduidig, maar wijzen wel alle op belangrijke stoornissen in diverse neurale centra en functionele circuits, en onderbouwen daarmee de idee dat PTSS gezien dient te worden als een disregulatiestoornis in het functioneren van neurale systemen betrokken bij de verwerking van stress. Bremner et al. (1997) vinden in een MRI-stu-

die bij volwassen slachtoffers van traumatisering in de vroege jeugd, die zijn vergeleken met gezonde proefpersonen, een vermindering van het volume van de linker hippocampus met 12%. Bremner et al. (1999) vinden in een PET-studie bij vrouwen met een historie van seksueel misbruik in de vroege jeugd verminderde doorbloeding (dat wil zeggen verminderde activiteit) in diverse hersengebieden, waaronder de prefrontale cortex, de hippocampus en delen van de visuele cortex. Lanius et al. (2001) vinden in een MRI-studie bij een groep PTSS-patiënten vergeleken met een groep zonder PTSS (beide groepen waren getraumatiseerd) eveneens stoornissen in diverse regionen bij de PTSS groep. Bremner (2002) ten slotte vond bij kinderen met PTSS een afname van het totale volume van de hersenen en een verkleining van het corpus callosum, de hersenstructuur die de verbinding vormt tussen beide hersenhelften.

Literatuur

- Bastiaans, J., 'The KZ-syndroom: a thirty year study of the effects on victims of Nazi concentration camps', in: *Revista Medico-Chirurgical* vol. 78 (1974) pp. 573-578.
- Beals, J., S.M. Manson, J.H. Shore, M. Friedman, M. Ashcraft, J.A. Fairbank & W.E. Schlenger, 'The prevalence of posttraumatic stress disorder among American Indian Vietnam veterans: disparities and context', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 15 (2002) 2, pp. 89-97.
- Bramsen, I., M.T.A. Klaarenbeek & H.M. van der Ploeg, 'Leven met militaire oorlogsgetroffenen. De partners van BNMO-leden in beeld gebracht', in: H.M. van der Ploeg & J.M.P. Weerts (red.), *Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen: Tweede Wereldoorlog, Politionele acties, Korea*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.
- Bramsen, I., *The long term psychological adjustment of World War II survivors in the Netherlands*. Delft: Eburon Press, 1995.
- Bramsen, I., J.E. Dirkzwager & H.M. van der Ploeg, *Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Een onderzoek onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen*. Amsterdam: EMGO, Vrije Universiteit Amsterdam, 1997.
- Braun, B.G., 'Unusual medication regimens in the treatment of dissociative disorder patients: Part 1: Noradrenergic Agents', in: *Dissociation* vol. 3 (1990) 3, pp. 144-150.
- Bremner, J.D., S.M. Southwick, E. Brett, A. Fontana, R. Rosenheck & D.S. Charney, 'Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 149 (1992) 3, pp. 328-332.
- Bremner, J.D., P. Randall, T.M. Scott, R.A. Bronen, J.P. Seibyl, S.M. Southwick, R.C. Delaney, G. McCarthy, D.S. Charney & R.B. Innis, 'MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 152 (1995) 7, pp. 973-981.

- Bremner, J.D., S.M. Southwick, A. Darnell & D.S. Charney, 'Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 153 (1996) 3, pp. 369-375.
- Bremner, J.D., P. Randall, E. Vermetten, L. Staib, R.A. Bronen, C. Mazure, S. Capelli, G. McCarthy, R.B. Innis & D.S. Charney, 'Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse - a preliminary report', in: *Biological Psychiatry* vol. 41 (1997a) 1, pp. 23-32.
- Bremner, J.D. & E. Brett, 'Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 10 (1997b) 1, pp. 37-49.
- Bremner, J.D., M. Narayan & L.H. Staib, 'Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 156 (1999) 11, pp. 1787-1795.
- Bremner, J.D., R.B. Innis, S.M. Southwick, L. Staib, S. Zoghbi & D.S. Charney, 'Decreased benzodiazepine receptor bindings in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 157 (2000) pp. 1120-1126.
- Bremner, J.D., 'Neuroimaging of childhood trauma', in: *Seminars of Clinical Neuropsychiatry* vol. 7 (2002) 2, pp. 104-112.
- De Bellis, M.D., 'Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders', in: *Psychoneuroendocrinology* vol. 27 (2002) 1-2, pp. 155-170.
- Dirkzwager, J.E., *Posttraumatic stress among Dutch military veterans: a longitudinal study*. Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam, 2002.
- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- Dunn, G.E., A.M. Paolo, J.J. Ryan & J. van Fleet, 'Dissociative Symptoms in a Substance Abuse Population', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 150 (1993) 7, pp. 1043-1047.
- Epen, J.H. van, *Drugsverslaving en Alcoholisme; kennis en achtergronden voor hulpverleners*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 2002.
- Gerrits, M., 'Endorfinen en verslaving', in: *Neuropraxis* vol. 6 (2000) pp. 179-183.
- GGz Groningen, *Traumacursus*. Groningen: GGz Groningen, divisie BZ, afdeling Preventie, 1999.
- Goodwin, J., 'The etiology of combat-related Posttraumatic stress disorders', in: T. Williams (Ed.), *Post-traumatic Stress Disorders: a handbook for clinicians*. Cincinnati: Disabled American Veterans, 1987.

Grayson, D., M. Dobson & R. Marshall, 'Current combat-related disorders in the absence of PTSD among Australian Vietnam veterans', in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* vol. 33 (1998) 4, pp. 186-192.

Hart, O. van der, 'Hypnotherapie voor posttraumatische stress: een fasenmodel', in: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

Hart, O. van der & W. Op den Velde, 'Posttraumatische stoornissen', in: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

Hart, O. van der, B.A. van der Kolk & S. Boon, 'Treatment of dissociative disorders', in: J.D. Bremner & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1998.

Helzer, J.E., 'The impact of combat on later alcohol use by Vietnam veterans', in: *Journal of Psychoactive Drugs* vol. 16 (1984) pp. 183-191.

Herman, J.L., *Trauma en Herstel. De gevolgen van geweld - van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1993.

Hull, A.M., 'Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systemic review', in: *British Journal of Psychiatry* vol. 181 (2002) pp. 102-110.

Hyer, L.A., J.W. Albrecht, P.A. Boudewyns, M.G. Woods & J. Brandsma, 'Dissociative experiences of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder', in: *Psychological Reports* vol. 73 (1993) 2, pp. 519-530.

Jacobsen, L.K., S.M. Southwick & Th.R. Kosten, 'Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 158 (2001) 8, pp. 1184-1190.

Jongedijk, R.A., I.V.E. Carlier, J.N. Schreuder & B.P.R. Gersons, 'Is er plaats voor de Complexe Posttraumatische Stress Stoornis? PTSS en DESNOS nader beschouwd', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 37 (1995) 1, pp. 43-55.

Jongedijk, R.A., I.V. Carlier, B.J. Schreuder & B.P. Gersons, 'Complex posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 9 (1996) 3, pp. 577-586.

Kardiner, A., *The Traumatic Neuroses of War*. New York: Paul Hoeber, 1941.

Kardiner, A. & H. Spiegel, *War Stress and Neurotic Illness*. New York: Paul Hoeber, 1947.

Kaufman, M.L., M.O. Kimble, D.G. Kaloupek, L.M. McTeague, P. Bachrach, A.M. Forti & T.M. Keane, 'Peritraumatic dissociation and physiological response to trauma-related stimuli in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder', in: *Journal of Nervous and Mental Diseases* vol. 190 (2002) 3, pp. 167-174.

Keane, Terence M., Robert J. Gerardi, Judith A. Lyons & Jessica Wolfe, 'The interrelationship of substance abuse and posttraumatic stress disorder. Epidemiological and clinical considerations', in: *Recent Developments in Alcoholism* vol. 6 (1988) pp. 27-48.

Kleber, Rolf, Nel Draijer & Onno van der Hart, 'Schokkende gebeurtenissen en traumatische ervaringen', in: O. van der Hart (red.) *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

Kloet, C.S. de, E. Vermetten & F.A.W. Unck, 'Posttraumatische stress-stoornis: een alledaagse aandoening op de militaire psychiatrie', in: *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* vol. 55 (2002) 2, pp. 37-43.

Kofoed, Lial, Mathew J. Friedman & Robert Peck, 'Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD', in: *Psychiatric Quarterly* vol. 64 (1993) 2, pp. 151-171.

Kolb, L., B.C. Burris & S. Griffiths, 'Propranolol and clonidine in the treatment of chronic post-traumatic stress disorders of war', in: B.A. van der Kolk (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biologic Sequelae*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1987.

Kolk, B.A. van der, M.S. Greenberg & H. Boyd, 'Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: towards a psychobiology of post traumatic stress', in: *Biological Psychiatry* vol. 20 (1985) pp. 314-325.

Kolk, B.A. van der, 'The compulsion to repeat the trauma', in: *Psychiatric Clinics of North America* vol. 12 (1989a) pp. 389-411.

Kolk, B.A. van der, 'Endogenous opioids, stress-induced analgesia and post-traumatic stress disorders', in: *Psychopharmacological Bulletin* vol. 25 (1989b) pp. 417-421.

Kolk, B.A. van der, D. Pelcovits, J.L. Herman, S. Roth, S. Kaplan & R. Spitzer, *Structured interview for disorders of extreme stress*. Unpublished manuscript, 1992.

Kooyman, M., *The Therapeutic Community for Addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Rotterdam: Universiteitsdrukkerij Erasmus Universiteit, 1992.

Kosten, Thomas R. & John Krystal, 'Biological mechanisms in posttraumatic stress disorder; relevance for substance abuse', in: *Recent Developments in Alcoholism* vol. 6 (1988) pp. 49-68.

Kreek, M.J. & G.F. Koob, 'Drug dependence: Stress and dysregulation of brain reward pathways', in: *Drug and Alcohol Dependence* vol. 51 (1998) pp. 23-47.

Lamberts, L., E.L. Bos & C. Trügg-Pierie, 'Trauma, een ongevraagde erfenis', in: Herry Vos en Liesbeth Bos (red.), *Geboren, gebroken en gedicht; primaire relaties, trauma en verslaving*. Haarlem: De Toorts, 1996.

Langeland, W., N. Draijer & W. van den Brink, 'Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: Towards a resolution of inconsistent findings', in: *Comprehensive Psychiatry* vol. 43 (2002) 3 pp. 195-203.

Lanius, R.A., P.C. Williamson, M. Densmore, K. Boksman, M. Arts, M.A. Gupta, R.W. Neufeld, J.S. Gati & R.S. Menon, 'Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 158 (2001) pp. 1920-1922.

McFall, M.E., P.W. Mackay & D.M. Donovan, 'Combat-related PTSD and psychosocial adjustment problems among substance abusing veterans', in: *Journal of Mental and Nervous Diseases* vol. 179 (1991) 1, pp. 33-38.

McFall, Miles E., Priscilla W. Mackay & Dennis M. Donovan, 'Combat-related posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans', in: *Journal of Studies on Alcohol* vol. 53 (1992) 4, pp. 357-363.

Meurs, A.J. van, *Over de Gevechtsuitputting*. Rotterdam: Van Waesberge, Hoogewerff en Richards & Brusse, 1955.

Musaph, H., 'Het wonder van de herrijzenis', in: D. Barnouw, M. de Keizer & G. van der Stroom (red.), *1940-1945: onverwerkt verleden?* Utrecht: HES, 1985.

Myers, C.S., *Shell Shock in France*. Cambridge: Cambridge University Press, 1940.

Nace, E.P., C.P. O'Brien, J. Mintz et al., 'Adjustment among Vietnam veteran drug users two years post-service', in: C.R. Figley (Ed.), *Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Research, and Treatment*. New York: Brunner/Mazel, 1978.

Nicolai, N.J., 'Elke eeuw zijn eigen wiel. Over trauma en ontwikkelingsmodellen', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie* vol. 26 (2000) 3, pp. 172-178.

Nicolai, N., 'Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 43 (2001) 5, pp. 333-342.

Nijenhuis, E.R.S. & O. van der Hart, 'Een theoretisch perspectief op fasengerichte behandeling', in: P.G.H. Aarts & W. Visser (red.), *Trauma, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu & Van Loghum, 1999.

Nijenhuis, E.R.S., O. van der Hart & K. Steele, 'The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders', in: H. D'Haenen, J.A. den Boer, H. Westenberg & P. Willner (Eds.), *Textbook of Biological Psychiatry*. London: Wiley, 2002 (in press).

Op den Velde, W., 'Alcohol consumption, smoking, peritraumatic substance use and chronic posttraumatic stress disorder', in: W. Op den Velde, *Posttraumatic Stress Disorder in Life-span Perspective: the Dutch Resistance Veterans Adjustment Study*. Aalsmeer: Megaset Design, 2001.

O'Toole, B.I., R.P. Marshall, R.J. Schureck & M. Dobson, 'Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 12 (1999) 4, pp. 625-640.

Penk, W.E., R.F. Peck, R. Robinowitz, W. Bell & D. Little, 'Coping and defending styles among Vietnam combat veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder and substance abuse disorder', in: *Recent Developments in Alcoholism* vol. 6 (1988) pp. 69-88.

Penk, W.E., R. Robinowitz, J. Black, M. Dolan, W. Bell, D. Dorsett, M. Ames & L. Noriega, 'Ethnicity: post-traumatic stress disorder (PTSD) differences among black, white and Hispanic veterans who differ in degrees of exposure to combat in Vietnam', in: *Journal of Clinical Psychology* vol. 45 (1989) 5, pp. 729-735.

Perry, B.D. & R. Pollard, 'Homeostasis, stress, trauma and adaptation: a neurodevelopmental view of childhood trauma', in: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* vol. 7 (1998) 1, pp. 33-51.

Perry, B.D., 'Memories of fear: how the brain stores and retrieves physiologic states, feelings, behaviors and thoughts from traumatic events', in: J.M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered Reflections: Images of the Body in Trauma*. New York: Basic Books, 1999.

Ploeg, H.M. van der & J.M.P. Weerts (red.), *Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen: Twee Wereldoorlog, Politionele acties, Korea*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

Portier, C.B. & A. Bakker, 'Farmacologische behandeling van PTSS', in: *Patient Care* vol. 1 (2002) 2, pp. 5-12.

Rauch, S.L., B.A. van der Kolk, R.E. Fisler, N.M. Alpert, S.P. Orr, C.R. Savage, A.J. Fischman, M.A. Jenike & R.K. Pitman, 'A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery', in: *Archives of General Psychiatry* vol. 53 (1996) 5, pp. 380-387.

Schaap, G.E., *De Therapeutische Gemeenschap voor Alcoholisten*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1987.

Schluger, J.H. et al., 'Abnormal metyrapone tests during cocaine abstinence', in: L.S. Harris (Ed.), *Problems of Drug Dependence. Proceedings of the 59th Annual Scientific Meeting, College on problems of Drug dependence, Inc. NIDA Research Monograph Series, Number 178*. NIH Publication No. 98-4305. Pittsburg, PA, 1997.

Sutker, P.B., M. Uddo, K. Brailey, A.N. Allain & P. Errera, 'Psychological symptoms and psychiatric diagnoses in Operation Desert Storm troops serving Graves registration duty', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 7 (1994) 2, pp. 159-171.

Terr, L.C., 'Childhood Traumas: An Outline and Overview', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 148 (1991) 1, pp.10-20.

Unck, F.A.W., Persoonlijke mededeling, 2002.

Veldman, W., 'Oorlogstrauma bij vluchtelingen uit de frontlinies', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie* vol. 23 (1997) 4, pp. 248-271.

Verheul, R., 'Craving: tussen de biologie en psychologie van alcoholafhankelijkheid', in: *Neuropraxis* vol. 4 (2000) 6, pp. 171-178.

Vos, H.P.J., 'Denial of the inner reality: observations on drug-abuse and addiction based on psychotherapies after treatment in a therapeutic community in the Netherlands', in: *Journal of Substance Abuse Treatment* vol. 6. (1989) pp. 193-199.

Vos, H.P.J., *Trauma, retraumatization and addiction*. Proceedings ICAA Congress, Prague, 1994.

Vos, H.P.J., 'Met het oog op gisteren', in: Herry Vos & Liesbeth Bos (red.) *Geboren, gebroken en gedicht; primaire relaties, trauma en verslaving*. Haarlem: De Toorts, 1996a.

Vos, H.P.J., 'Gevangen in herhaling', in: Herry Vos & Liesbeth Bos (red.) *Geboren, gebroken en gedicht; primaire relaties, trauma en verslaving*. Haarlem: De Toorts, 1996b.

Vos, H.P.J., 'Verslaving en trauma', in: *Handboek verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996c.

Vos, H.P.J., *Trauma and addiction; addicted to trauma*. Proceedings ICAA Congress, Amsterdam, 1996d.

Vos, H.P.J., "Over vensters en tralies." Hoe hechten hechtenis kan worden', in: Herry Vos, Liesbeth Bos & Frank Brook (red.), *Dubbelspoor; over hechting en verslaving*. Eelde: Dr. Kuno van Dijkstichting, 2001.

Vries, Maaïke de, *Post-deployment syndrome in Cambodia Veterans*. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen, 2002.

Weerts, J.M.P., *De behoefte aan nazorg bij vredesmissieveteranen*. Doorn: Veteraneninstituut, Kennis- en Onderzoekscentrum, 2000.

Weerts, J., W. White, A. Alder, C. Castro, G. Algra, I. Bramsen, M. de Vries, A. Zijlmans, A. Dirkzwager & H. van der Ploeg, *Studies on military peacekeepers*. Ongepubliceerd manuscript, 2002.

Wenzel, K., D.P. Bernstein, L. Handelsman, P. Rinaldi, J. Ruugiero & B. Higgins, 'Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol and drug use', in: *Journal of Nervous and Mental Disease* vol. 184 (1996) 4, 220-227.

Willigenburg, T. & N.D. Alkemade, *Pilot Nazorg Koninklijke Landmacht*, Doc.nr. 95-14. Den Haag: Afdeling Individuele Hulpverlening en Afdeling Gedragwetenschappen KL, 1995.

Wolfe, J. & S.P. Proctor, 'The Persian gulf war. New findings on traumatic exposure and stress', in: *PTSD Research Quarterly* vol. 7 (1996) 1, pp. 1-7.

Yehuda, R., S.M. Southwick & E.L. Giller, 'Exposure to atrocities and severity of chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 149 (1992) pp. 333-336.

Bijlagen

Misbruik van een middel

Criteria volgens DSM-IV:

Een patroon van het onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit tenminste een (of meer) van de volgende criteria:

1. Herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis (bijvoorbeeld herhaaldelijk absent of slecht werk afleveren in samenhang met het gebruik van het middel; met het middel samenhangende absentie, schorsing of verwijdering van school; verwaarlozing van kinderen of het huishouden).
2. Herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden of bedienen van een machine als men onder invloed van het middel is).
3. Herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie.
4. Voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergerd door de effecten van het middel (bijvoorbeeld ruzie met de echtgenoot over de gevolgen van de intoxicatie, vechtpartijen).

De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van de afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen.

Afhankelijkheid van een middel (substance dependence)

Criteria volgens DSM-IV:

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende criteria die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

1. Tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende criteria: a. een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken; b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.

2. Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende: a. het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom; b. hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was.
4. Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken of grote afstanden afleggen), het gebruik van het middel (bijvoorbeeld kettingroken), of aan het herstel van de effecten ervan.
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
7. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bijvoorbeeld actueel cocaïnegebruik ondanks het besef dat een depressie door cocaïne veroorzaakt wordt of doorgaan met drinken van alcohol ondanks het besef dat een maagzweer verergerde door het alcoholgebruik). Bij afhankelijkheid dient steeds nader te worden gespecificeerd of er al dan niet sprake is van fysiologische afhankelijkheid (wel of geen aanwijzingen voor tolerantie of onthouding; zie criteria 1 en 2).

Posttraumatische stressstoornis

Criteria volgens DSM-IV; onderdeel van het cluster angststoornissen:

- a. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende criteria van toepassing zijn: 1. betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen; 2. tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

- b. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren: 1. recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen; 2. recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis; 3. handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van flashbacks die voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie); 4. intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken; 5. fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
- c. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende criteria: 1. pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden; 2. pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden; 3. onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren; 4. duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten; 5. gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen; 6. beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat zijn gevoelens van liefde te hebben); 7. het gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting).
- d. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende: 1. moeite met inslapen of doorslapen; 2. prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen; 3. moeite met concentreren; 4. overmatige waakzaamheid; 5. overdreven schrikreacties.
- e. Duur van de stoornis langer dan een maand.
- f. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Acute stressstoornis

Criteria volgens DSM-IV:

- a. Is het zelfde als bij de PTSS.
- b. Ofwel tijdens het doormaken of onmiddellijk na het doormaken van de leed veroorzakende gebeurtenis heeft betrokkene drie (of meer) van de volgende dissociatieve symptomen: 1. subjectief gevoel van verdooving, onthechting of afwezigheid van emotionele reacties; 2. vermindering van het zich bewust zijn van zijn of haar omgeving ('in een waas verkeren'); 3. derealisatie; 4. depersonalisatie; 5. dissociatieve amnesie (dat wil zeggen niet in staat zijn zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren).
- c. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op ten minste één van de volgende manieren: terugkerende voorstellingen, gedachten, dromen, illusies, episodes met flashback of een gevoel de ervaring opnieuw te beleven; of lijden bij blootstelling aan zaken die de traumatische gebeurtenis in het geheugen terugbrengen.
- d. Duidelijke vermijding van de prikkels die herinneringen aan het trauma oproepen (bijvoorbeeld gedachten, gevoelens, gesprekken, activiteiten, plaatsen, mensen).
- e. Duidelijke symptomen van angst of verhoogde prikkelbaarheid (bijvoorbeeld slaapstoornissen, prikkelbaarheid, slechte concentratie, overmatige waakzaamheid, overdreven schrikreacties en motorische onrust).
- f. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, of iemand wordt gehinderd in het voortzetten van noodzakelijke activiteiten, zoals het verkrijgen van medische of juridische bijstand of het mobiliseren van persoonlijke hulp door familieleden over de traumatische gebeurtenis te vertellen.
- g. De stoornis duurt minimaal twee dagen en maximaal vier weken en treedt binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis op.
- h. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening, en is niet eerder toe te schrijven aan een kortdurende psychotische stoornis en is niet slechts een verergering van een reeds aanwezige as-I of as-II stoornis.

DESNOS

Criteria:

- a. Veranderingen in de affect- of impulsregulatie: 1. chronische en door-dringende depressieve stemming of gevoel van leegte of doodsheid; 2. lichamelijke zelfdestructieve handelingen (automutilatie); 3. chronische suicidale preoccupatie; 4. te sterk onderdrukte woede of overmatig uiten van woede; 5. te sterk onderdrukte of overmatige expressie van seksuele behoeften (bijvoorbeeld ontbreken van seksuele behoefte na een verkrachting, promiscuïteit na seksueel misbruik); 6. overmatig risico nemen dat samengaat met een voortdurend gevoel van onkwetsbaarheid.
- b. Veranderingen in aandacht of bewustzijn: 1. voorbijgaande dissociatieve episoden; 2. depersonalisatie of derealisatie; 3. amnesie voor traumatische gebeurtenissen; 4. voortdurende preoccupatie met de victimisatie ervaring.
- c. Veranderingen in zelfperceptie: 1. algeheel gevoel ineffectief te zijn in de omgang met de omgeving, dat niet beperkt is tot de traumatische ervaring en dat varieert van een gebrek aan zelfvertrouwen tot volledige verstarring; 2. geloof dat men blijvend beschadigd is door de stressor (bijvoorbeeld seksueel misbruikt kind dat gelooft dat hij of zij nooit meer door anderen aantrekkelijk gevonden zal of kan worden; 3. overdreven gevoel van schuld of verantwoordelijkheid voor het trauma (bijvoorbeeld het geloof dat men het had kunnen voorkomen ondanks bewijs van het tegendeel); 4. voortdurende schaamte, verlegenheid of vernedering omdat anderen weten van de traumatische ervaring; 5. het gevoel dat niemand anders de traumatische ervaring kan begrijpen; 6. onjuiste inschatting van de ernst van verwondingen die door toedoen van de stressor zijn ontstaan.
- d. Veranderingen in de waarneming van de dader: 1. het overnemen van de verwrongen opvattingen van de dader met betrekking tot interpersoonlijk gedrag (bijvoorbeeld geloven dat het in orde is voor ouders om seks met hun kinderen te hebben, of dat het in orde is voor een echtgenoot om zijn vrouw te slaan om haar tot gehoorzaamheid te dwingen); 2. onjuiste idealisering van de dader of paradoxale dankbaarheid (bijvoorbeeld de gegijzeld die zich dankbaar voelt omdat hij of zij niet gedood is); 3. voortdurende preoccupatie met het pijn doen of vernederen van de dader.

- e. Veranderingen in de relaties met anderen: 1. onvermogen om anderen te vertrouwen of intiem contact met hen aan te gaan; 2. toegenomen kwetsbaarheid om opnieuw het slachtoffer te worden van een andere dader of traumatische gebeurtenis; 3. anderen slachtoffer maken op dezelfde manier als men zelf geslachtofferd is (bijvoorbeeld een volwassen slachtoffer van kindermishandeling mishandelt het eigen kind).
- f. Somatisering: 1. spijsverteringsstoornissen; 2. chronische pijnen; 3. hart/long klachten; 4. conversieverschijnselen; 5. seksuele stoornissen.
- g. Veranderingen in betekenisystemen: 1. wanhoop en hopeloosheid met betrekking tot de toekomst; 2. verlies van eerder aangehangen overtuigingen zonder vervanging daarvoor (bijvoorbeeld het verlies in een rechtvaardige wereld).