Stress preventie maatregelen bij uitzendingen

Inventarisatie naar maatregelen, bij de vier krijgsmachtsonderdelen van Defensie, ter reductie van verwerkingsproblemen en aanpassingsproblemen bij uit te zenden militairen.

Universiteit van Amsterdam
Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen
Vakgroep Klinische Psychologie
Supervisor UvA: Mark Spiering
Supervisor Afdeling Individuele Hulpverlening: Ad Zijlmans
Auteur: Willemein Huisman
Collegekaartnummer: 0009660
Datum: 06-08-2004

Voorwoord

Daar is ie dan, met genoegen presenteer ik u mijn afstudeerscriptie over de stresspreventiemaatregelen die Defensie treft om aanpassings- en verwerkingsproblematiek rondom een uitzending te voorkomen. In het kader van het afronden van mijn studie Klinische Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam, heb ik van januari 2005 tot augustus 2005 onder begeleiding van Drs. A. Zijlmans van de afdeling Individuele Hulpverlening, een inventarisatie en een literatuur onderzoek gedaan. Ik heb met veel plezier aan deze scriptie gewerkt en heb met name genoten van alle gesprekken die ik heb gevoerd met Defensie medewerkers van de verschillende krijgsmachtsonderdelen.

Mijn grootste dank gaat uit naar mijn, reeds hier boven genoemde, begeleider Drs. A. Zijlmans (AIH-KL). Hij heeft voor mij de nodige deuren binnen Defensie geopend, hetgeen ervoor heeft gezorgd dat ik een zeer duidelijk beeld heb kunnen krijgen van de getroffen maatregelen. Daarnaast wil ik hem bedanken voor zijn begeleiding tijdens het uiteindelijke schrijfproces. Voor de medewerking aan het inventarisatie proces, wil ik de volgende mensen bedanken: Maj. Drs. M. Boot van GW/CDC (KLU), Adj. I. Franken (KLU), Adj. G. van der Kolk (KLU), LKol. Drs. E. Geerligs van GW/CDC (KMAR), Kol. Arts W.N.M. Frankenmolen (KMAR), Mevr. W.H. Jurrien (coördinatrice opleidingen buitenlandmissies (KMAR)), Drs. N.C. Riep GW/GDC. (KM), KTZ. Drs. P.J. van Meel (opleiding (KM)), LTZ 1 P.J. Blom (hoofdinstroom opleidingen (KM), LTZ 1 E. Hulleman (KM), LTZ 1 E. van Dijk (KM), LKol G.C.T. de Bruijn (IKS), Drs. S.C. Hartman (IKS), LKol. W. Passchier (AIH-KL), Maj. Drs. van Lieshout (AIH-KL) en Kol. Drs. W. Martens (H-AIH-KL). Voor de begeleiding vanuit de Universiteit van Amsterdam wil ik bedanken mijn begeleider Dr. M. Spiering. Daarnaast gaat mijn speciale dank uit naar mijn vrienden, familie en kennissen, voor hun interesse, behulpzame aanvullingen en bemoedigende woorden.

Samenvatting

In dit literatuuronderzoek werd nagegaan welke theoretische basis er te vinden is en wat er bekend is in de bestaande literatuur over de effectiviteit van de door Defensie getroffen maatregelen ter voorkoming van aanpassings- en verwerkingsproblematiek na een uitzending. Alvorens deze vragen te kunnen beantwoorden was het noodzakelijk eerst een inventarisatie te maken van de aangeboden stresspreventiemaatregelen.

Uit de inventarisatie van deze maatregelen kwam naar voren dat er een gevarieerd aanbod van stresspreventiemaatregelen aanwezig is binnen Defensie. Deze stresspreventiemaatregelen zijn onder te verdelen in maatregelen bij aanname, tijdens de opleiding, vlak voor de uitzending, tijdens de uitzending en na de uitzending. Uit de inventarisatie kwam tevens naar voren dat de genomen maatregelen binnen de vier krijgsmachtsonderdelen van Defensie in grote delen overeen komen, maar dat er op een meer gedetailleerd niveau verschillen te vinden zijn.

Voor het grootste deel van deze maatregelen geldt vervolgens dat er in de literatuur aanwijzingen te vinden zijn voor de effectiviteit. Zo komt naar voren betreffende de maatregelen bij aanname dat deze zinvol zijn, maar dat verdere verfijning aan te raden valt. Voor de maatregelen tijdens de opleiding komt naar voren dat de meeste effectief lijken te zijn maar dat meer gecontroleerd onderzoek gewenst is. Van de maatregelen voor de uitzending kan volgens de gevonden literatuur worden gesteld dat deze effectief zijn maar dat meer tijd voor deze maatregelen in het opwerkprogramma gewenst is. Over de maatregelen tijdens de uitzending is veelal het meeste onderzoek te vinden. Een probleem is echter dat veelal goed gecontroleerd onderzoek ontbreekt, hetgeen ervoor zorgt dat de gevonden onderzoeken moeilijk te vergelijken zijn. Het gros van de gevonden literatuur ondersteunt echter wel de genomen maatregelen, zij het met kleine detailverschillen. Deze verschillen tussen de onderzoeken komen tevens deels overeen met de verschillen in preventieve maatregelen binnen de vier krijgsmachtonderdelen. Aangezien het wenselijk is dat vooral in geval van gezamenlijke missies een lijn wordt getrokken, is meer gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van de maatregelen gewenst. Over de getroffen maatregelen na de uitzending is in de literatuur het minst te vinden qua effectiviteit. Meer onderzoek is daarom ook hier gewenst. De uiteindelijke conclusie van deze scriptie luidt dan ook dat ondanks dat meer onderzoek gewenst is, toch met behulp van de in dit onderzoek beschreven literatuur kan worden gesteld dat Defensie op een goede weg zit met de genomen maatregelen ter preventie van aanpassingsproblematiek en verwerkingsproblematiek na een uitzending.

Note: Doordat een deel van de bijlage een zeer groot bestand betreft is het onmogelijk deze digitaal te versturen. Om deze reden is de hier bijgevoegde bijlage niet compleet.

Inhoudsopgave

1 Inleiding p.1

2 Preventieve maatregelen getroffen binnen de vier krijgsmachtsonderdelen van Defensie. p.3

2.1 Selectie bij aanname p.3
2.2 Militaire basis opleiding en training p.4
2.2.1 Opleiding en training binnen de Koninklijke Landmacht (KL). p.4
2.2.2 Opleiding en training binnen de Koninklijke Luchtmacht (KLu). p.5
2.2.3 Opleiding en training binnen de Koninklijke Marine (KM). p.5
2.2.4 Opleiding en training binnen de Koninklijke Marechaussee (KMar). p.6
2.3 Zorg voor de uitzending p.7
2.4 Zorg tijdens de uitzending. p.9
2.4.1 Zorg voor de mensen van de KL tijdens de uitzending. p.9
2.4.2 Zorg voor de mensen van de KLu tijdens de uitzending. p.11
2.4.3 Zorg voor de mensen van de KM tijdens de uitzending. p.12
2.4.4 Zorg voor de mensen van de KMar tijdens de uitzending. p.14
2.5 Zorg na de uitzending. p.14
2.5.1 Zorg na de uitzending voor de KL. p.14
2.5.2 Zorg na de uitzending voor de KLu. p.15
2.5.3 Zorg na de uitzending voor de KM. p.15
2.5.4 Zorg na de uitzending voor de KMar. p.15
2.6 Zorg voor het thuisfront, voor, tijdens en na de uitzending (KL, KLu, KM en de KMar). p.16
2.7 Samenvattend de overeenkomsten en de verschillen in preventiemaatregelen tussen de vier krijgsmachtsonderdelen. p.17

3 De effectiviteit van de door Defensie getroffen preventiemaatregelen. (literatuurstudie) p.18

3.1 Het belang van de screening p.18
3.2 De noodzaak van training p.19
3.2.1 Lichamelijke conditie in relatie tot stress. p.20
3.2.2 De mentale vorming en de relatie tot stress. p.20
3.3 Het nut van de specifieke voorbereiding op de uitzending. p.22
3.4 Maatregelen tijdens de uitzending. p.26
3.5 Maatregelen na de uitzending. p.31
3.6 Het nut van de zorg voor het thuisfront. p.32

4 Conclusie/Discussie p34

5 Literatuur p.40

6 Bijlagen p.44

1. Inleiding

Sinds 1990 worden er in Nederland structureel militairen uitgezonden in het kader van een vredesoperatie of humanitaire operatie. Deze inzet betekent een grote ingreep in het persoonlijke leven van de militair en dat van zijn of haar directe omgeving. Het is dan ook sinds lange tijd bekend dat uitzendingen psychologische effecten kunnen hebben op militairen en hun relaties, variërend van aanpassingsproblemen tot meer ernstige psychische aandoeningen (zie verscheidene nazorg rapporten van Defensie en externe publicaties).

In het verleden zijn er allerlei benamingen gebruikt om dergelijke stress geïnduceerde ziekten tijdens een uitzending te benoemen bijvoorbeeld: gevechtsuitputting, oorlogsneurose, “irritable heart of soldiers”, “effort syndrome” etc. Kenmerken van al deze omschrijvingen zijn dat het vrijwel altijd gaat om angst of depressie of beide. Naast deze stress geïnduceerde ziekten op korte termijn (tijdens de uitzending) lopen uitgezonden militairen ook kans om op langer termijn ernstige gezondheidsklachten te ontwikkelen. Gemiddeld heeft één op de vijf militairen na een uitzending te maken met psychosociale problematiek (De Waal, 1996). Bij gemiddeld twee procent tot vijf procent van de militairen is er sprake van een post traumatische stress stoornis (zie voor een overzichtsartikel: Schok, Mouthaan & Weerts, 2003).

Een post traumatische stress stoornis (PTSS) ontstaat indien een zogenaamde acute stress stoornis een meer chronisch beloop krijgt. Een acute stress stoornis kan op twee manieren ontstaan: doordat een persoon in een eenmalige, zeer heftige stresstoestand heeft verkeerd (een schokkende gebeurtenis) of doordat een persoon in een langdurige continue stresstoestand heeft verkeerd (een reeks opeenvolgende schokkende gebeurtenissen).

Deze gebeurtenis(sen) dient/dienen tevens de volgende kenmerken te bezitten (zie bijlage 1 DSM IV):
- de oorzaak komt van buitenaf
- het roept een sterke angst beleving op
- het brengt een grote ontwrichting van het bestaan en een bedreiging van het leven met zich mee
- het geeft de betrokkenen een sterk gevoel van machteloosheid (geen invloed op het gebeuren)

Indien de symptomen als gevolg van deze gebeurtenis(en) langer aanhouden dan één maand dan kunnen we spreken van een PTSS (zie bijlage 2 DSM IV)

De laatste jaren is er ook in de maatschappij steeds meer belangstelling voor de kort en langer durende psychische problematiek na uitzendingen bij militairen. De belangstelling voor deze problematiek werd onder andere aangewakkerd door in de media gerapporteerde agressie incidenten van Defensie personeel. Te denken valt hierbij aan een militair die zijn zwangere vrouw en kind heeft omgebracht of aan een ex-marinier die in een waas zijn ex-vriendin, schoonouders en zwager heeft omgebracht. Deze, maar ook andere incidenten zorgden ervoor dat er ook meer belangstelling kwam voor de mogelijke oorzaken van dergelijke incidenten. Er verschenen dan ook verschillende informatieve programma’s en artikelen over onder andere de gevolgen van PTSS in de media. De noodzaak van een goede behandeling voor dergelijke problematiek, zowel preventief, interveniërend als curatief, werd hierin keer op keer onderstreept.

Bij Defensie is de noodzaak voor deze goede behandeling als bij geen ander bekend. In begin jaren negentig, de periode waarin het ijzeren gordijn wegviel en vredesmissies structureel werden, is door de Afdeling Individuele Hulpverlening van de KL reeds een blauwdruk ontwikkeld voor psychologische ondersteuning bij uitzendingen. De psychologische zorg voor, tijdens en na de uitzendingen is sindsdien steeds opnieuw aangepast en verbeterd. Op het 23ste Psychiatrische Universiteits Kliniek (PUK) symposium over post traumatische Stress Stoornis (30-11-2001) werd door de toenmalige staatssecretaris van Defensie Henk van Hoof, betreffende de zorg voor uitgezonden militairen het volgende gezegd: "De toegenomen deelname van militairen aan gecompliceerde vredesmissies verplicht ons dan ook tot een bewustere aandacht voor en krachtige aanpak van deze problemen. Zowel wat betreft preventie en behandeling, als wat betreft onderzoek kennis en kunde. Natuurlijk is dat geen nieuws. En natuurlijk is het been de afgelopen tijd flink bijgetrokken. Defensie draagt ten slotte de verantwoordelijkheid voor uitgezonden militairen, en Defensie neemt die verantwoordelijkheid. Dat wil niet zeggen dat daarmee de kous af is. Het kan nog altijd beter en het moet beter." In deze scriptie zal vanuit dit oogpunt een inventarisatie gemaakt worden van de maatregelen die Defensie treft om het percentage langdurige, stress geïnduceerde ziekten bij militairen na een uitzending te beperken tot een minimum. Onder deze stress geïnduceerde ziekten verstaan we alle psychische stoornissen die langer dan vier weken aanhouden en zijn ontstaan na een uitzending. Te denken valt hierbij aan: post traumatische stress stoornis, burn-out, verslavingsproblematiek, slaap/waak stoornissen, depressie etc., kortom aanpassings- en verwerkingsproblematiek. Na deze inventarisatie zal er aan de hand van literatuur worden onderzocht op welke theorieën de genomen maatregelen gestoeld zijn en zal gekeken worden naar wat er bekend is over de effectiviteit van de genomen maatregelen. De vragen die daarbij gesteld worden zijn de volgende:

1. Welke maatregelen bieden de vier verschillende krijgsmachten (Koninklijke Landmacht (KL), Koninklijke Luchtmacht (KLu), Koninklijke Marine (KM) en de Koninklijke Marechaussee (KMar)) aan ter reductie van stress geïnduceerde ziekte?
2. Is er voor deze genomen maatregelen een theoretische basis te vinden?
3. Wat kan gezegd worden over de effectiviteit van de maatregelen indien er gekeken wordt naar studies over dergelijke maatregelen?

In de volgende hoofdstukken worden bovengenoemde vraagstellingen beantwoord. De eerste vraagstelling zal worden beantwoord aan de hand van informatie verkregen uit interviews en door middel van de rapporten betreffende het zorgbeleid van de vier verschillende krijgsmachtsonderdelen. De overige twee vraagstellingen zullen worden beantwoord aan de hand van de bestaande wetenschappelijke literatuur. Deze literatuur is verkregen middels het raadplegen van: de collectie van de Pierson Révész Bibliotheek, de zoekmachine Google op het internet, de literatuurcollectie van de AIH en de op het internet gepubliceerde literatuurcollectie van de Veteranen Stichting.

Alvorens het mogelijk is de twee laatste vragen te beantwoorden, is het noodzakelijk dat er eerst een duidelijk antwoord gegeven is op de eerste vraagstelling. In het tweede hoofdstuk wordt zodoende op chronologische wijze beschreven welke maatregelen Defensie treft, te beginnen bij de screening bij aanname, en eindigend bij de standaard nazorg na de uitzending. In Hoofdstuk 3 zal vervolgens aan de hand van de bestaande literatuur gekeken worden of er een theoretische basis te vinden is voor de genomen maatregelen en wat er bekend is over de effectiviteit van deze maatregelen. In Hoofdstuk 4 worden vervolgens de conclusies van dit literatuur onderzoek in een discussie uiteengezet.

2. Preventieve maatregelen getroffen binnen de vier krijgsmachtsonderdelen van Defensie.

Beschrijving van de maatregelen binnen de vier krijgsmachtsonderdelen ter reductie van aanpassings- en verwerkingsproblematiek bij militairen na een uitzending.

In de inleiding valt te lezen dat de psychische zorg voor uit te zenden militairen een (steeds) belangrijke(re) plaats inneemt binnen Defensie. Defensie hanteert omtrent de personeelszorg een zogenaamd drie sporen beleid. Dit drie sporen beleid houdt in dat men zich richt op, de zorg vóór de uitzending, de zorg tijdens de uitzending en vervolgens de zorg na de uitzending. Naast de zorg voor het eigen personeel besteedt Defensie tevens aandacht aan de zorg voor het "thuisfront". Hieronder zal in chronologische volgorde op al deze vormen van zorg worden in gegaan.

2.1 Selectie bij aanname

Bij de aanname worden alle mensen, die bij één van de vier krijgsmachtsonderdelen van Defensie willen gaan werken, gekeurd door het Instituut voor Keuring en Selectie (IKS). Deze keuring bestaat uit een lichamelijke en een psychologische keuring. De lichamelijke keuring heeft als doel de fysieke geschiktheid voor deze lijn van werk te bepalen. De psychologische keuring heeft als doel de mentale geschiktheid te bepalen. Dimensies waar naar gekeken wordt bij de psychologische keuring zijn, of de persoon:

- goed kan samenwerken
- zich aan de regels weet te houden
- beschikt over doorzettingsvermogen
- voldoende psychische belastbaar is
- goede copingstijlen hanteert
- geen onverwerkte trauma's heeft
- geen angsten heeft

Door deze dimensies uit te vragen wordt onder andere nagegaan of iemand uitzendinggeschikt is. Zo wordt getracht mensen met extra risico op bijvoorbeeld PTSS hier al uit te sluiten.

Bij de selectie wordt er gebruik gemaakt van een persoonlijkheidsvragenlijst en een semi-gestructureerd interview.

- De persoonlijkheidsvragenlijst die wordt gebruikt is de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV, Luteijn, Starren & van Dijk, 1985). Deze vragenlijst bestaat uit zeven schalen: inadequatie, sociale inadequatie, rigiditeit, verongelijktheid, zelfgenoegzaamheid, dominantie en zelfwaardering. De uitslagen van deze test dienen ter ondersteuning van de uitslag van het interview. Indien mensen op deze test extreem scoren, dat wil zeggen zeer laag of zeer hoog, is dat een indicatie om mensen uit te sluiten.

- Voor het eindoordeel of iemand psychologisch gezien geschikt is, weegt de uitslag van het semi-gestructureerde interview het zwaarst. Semi-gestructureerd houdt in dat er tijdens het interview volgens een protocol gewerkt wordt. De door de persoon gegeven antwoorden op de vragen worden vervolgens beoordeeld met behulp van een handboek, waarin staat aangegeven

of een antwoord matig, goed of slecht is. De uitslag van dit interview, wordt voor de betrouwbaarheid, nogmaals bekeken door een andere psycholoog (interbeoordelaars-check).

De strengheid van de selectie criteria wordt aangegeven door de verschillende krijgsmachtsonderdelen zelf. Over het algemeen kan gezegd worden dat de psychologische inclusie- en exclusiecriteria voor de verschillende opleidingen overeenkomen. Er zijn echter wel enkele uitzonderingen te noemen, voorbeelden hiervan zijn:

- dat de mensen van de KMar over het geheel genomen een strengere selectie ondergaan dan de mensen van de andere drie krijgsmachtsonderdelen omdat zij de meeste aanmeldingen krijgen en het zich om die reden kunnen permitteren om strenger te selecteren. Voornamelijk de eisen qua leiderschapskwaliteiten zijn bij deze opleiding hoger.
- dat de keuring voor de officiersopleiding strenger is en er bij deze keuring net als bij de keuring voor de mensen van de KMar meer eisen worden gesteld aan de leiderschapskwaliteiten.
- dat de keuring voor het zogenaamde oriëntatiejaar van Defensie milder is qua eisen, dan de keuringen voor de overige opleidingen.

De hierboven genoemde opsomming is niet uitputtend er zijn nog enkele andere uitzonderingen te noemen. Te denken valt aan de strengere selectie -eisen voor: het Korps Mariniers, het Korps Commando Troepen, de Lucht Mobiele Brigade en het Vlootpersoneel.

Nadat iemand psychologisch is goedgekeurd volgt de lichamelijke keuring. Deze lichamelijke keuring omvat verschillende onderdelen bijvoorbeeld, een conditie test, een keuring van de ogen, een keuring van het gehoor, een keuring van het gebit en een keuring van de gewrichten. Ook een onderdeel van deze lichamelijke keuring is een mini psychiatrisch onderzoek. Mocht ondanks de psychologische keuring de arts toch twijfelen over de geschiktheid, door uitkomsten uit dit psychiatrische onderzoek, dan wordt de persoon doorverwezen naar de Forensische Sociale Psychiatrie (FSP). Hier wordt de persoon dan opnieuw onderzocht en eventueel als nog aangenomen dan wel afgewezen.

2.2 Militaire basis opleiding en training

In de nu volgende paragrafen zullen de in de basisopleiding verwerkte stresspreventiemaatregelen worden besproken voor de vier verschillende krijgsmachtsonderdelen. Achtereenvolgens zal dit worden besproken voor de KL, de KLu, de KM en als laatste komt de KMar aanbod.

2.2.1 Opleiding en training binnen de Koninklijke Landmacht (KL)

Iedere militaire opleiding binnen de KL begint met de algemene militaire opleiding (AMO). In dit basispakket maakt de militair kennis met de militaire basisvaardigheden. De AMO beoogt naast het aanleren van de militaire vaardigheden, enerzijds het verbeteren van de lichamelijke conditie en anderzijds de mentale vorming. Aangezien uitzendingen tegenwoordig van toenemend belang en frequent aan de orde zijn, wordt in elke militaire opleiding aandacht besteed aan de personele aspecten van een mogelijke uitzending. In de basisopleiding zijn om deze reden dan ook lessen opgenomen over stress en stresshantering, over algemeen geldende gedragscodes en over ethische dilemma’s.

Daarnaast wordt in de basisopleiding veel aandacht besteed aan de volgende aspecten:

- velddiensten (Leren omgaan met minder luxe omgevingen).
- omgaan met onvoorspelbaarheden.
- Slaapmanagement (Leren omgaan met verschil in aantal uren slaap en tijd van slapen).
- grens verleggende activiteiten (Het leren omgaan met stressvolle situaties).
- buddy relaties en groepscohesie (Het verstevigen van de onderlinge banden).
- bijbrengen van waarden en normen binnen dit groepsproces.

2.2.2 Opleiding en training binnen de Koninklijke Luchtmacht (KLu)

Het begin van iedere militaire opleiding bij de KLu begint met de Initiële Militaire Opleidingen (IMO). Tijdens deze algemene opleiding wordt nieuw aangesteld personeel opgeleid tot militair. Het accent van deze opleidingen ligt op het stimuleren van mentale vaardigheden, zoals incasserings-, aanpassings- en doorzettingsvermogen en op discipline. Ook hier zijn naast het aanleren van de militaire basisvaardigheden, de mentale vorming en de verbetering van de conditie dus belangrijke onderdelen. Bij de mentale vorming is één van de doelstellingen dat de militair leert omgaan met stressvolle situaties. Onderdelen die daar bij aansluiten binnen de IMO zijn:

- velddiensten (leren omgaan met minder of geen luxe)
- omgaan met onvoorspelbaarheden
- slaapmanagement (zeer onregelmatige werk- en rusttijden)
- grensverleggende activiteiten (Het leren omgaan met stressvolle situaties.)

Tevens wordt tijdens de IMO net als tijdens de AMO veel belang gehecht aan het ontwikkelen van een sterke groepsband, omdat deze hechte samenhang onder andere een stresspreventieve invloed heeft. Onderdelen die hierbij aansluiten zijn:

- buddy relaties en groepsprocessen (deze lopen als een rode draad door de gehele opleiding)
- bijbrengen van waarden en normen binnen dit groepsproces.

2.2.3 Opleiding en training binnen de Koninklijke Marine (KM)

Bij de KM valt er een onderscheid te maken tussen twee verschillende soorten basisopleidingen en wel die voor de mensen van de Vloot en die voor Korps Mariniers. Er bestaat dan ook een duidelijk verschil tussen beide. Het Vloot personeel verricht zijn werkzaamheden voornamelijk in en rondom de vaartuigen. Voor Korps Mariniers zijn de vaartuigen hun thuisbasis van waar ze hun opdrachten op zee of op het land uitvoeren. Ook uitzendingen verschillen voor beide om deze reden van elkaar. Waar de mensen van de Vloot niet in direct contact komen met mensen van het gebied waar ze naar toegestuurd worden, komen Korps Mariniers dat wel. Aangezien de uitzendingen waarnaar gerefereerd wordt in deze scriptie overeenkomen met de uitzendingen zoals Korps Mariniers deze kennen, zal in deze scriptie de focus vooral gericht zijn op de zorg voor Korps Mariniers voor tijdens en na de uitzending.

De basisopleiding voor Korps Mariniers is net als bij de KL en de KLu in eerste instantie er op gericht het nieuw aangestelde personeel op te leiden tot militair. Daarnaast is de opleiding voor Korps Mariniers er op gericht het individuele aanpassingsvermogen en de psychische weerbaarheid te versterken. Dit gebeurt door middel van:

- het aanleren van innerlijke discipline.
- het leren omgaan met "commanders intent" (dit is een training in een bepaalde een beveltechniek).
- het leren zelfstandig functioneren zowel op individueel niveau als op eenheidsniveau.
- het aanscherpen van leiderschapskwaliteiten, doorzettings- en incasseringsvermogen, flexibiliteit en improvisatievermogen.

Net als bij de KL en de KLu worden bij het Korps Mariniers deze doelstellingen aan de hand van de volgende specifieke onderdelen bewerkstelligd.

- leren omgaan met minder luxe omgevingen.
- omgaan met onvoorspelbaarheden.
- slaapmanagement (Leren omgaan met verschil in aantal uren slaap en tijd van slapen.)
- grens verleggende activiteiten (Het leren omgaan met stressvolle situaties.)
- buddy relaties en groepscohesie (Het verstevigen van de onderlinge banden.)
- bijbrengen van waarden en normen binnen dit groepsproces (vooral rekening houden met elkaar binnen alle situaties)

De basisopleiding voor de Vloot ook wel de Eerste Maritieme Militaire Vorming (EMMV) genoemd lijkt in opzet veel op die van het Korps Mariniers, maar voor deze opleiding geldt dat er over het geheel genomen minder strenge eisen worden gesteld aan de fysieke en mentale gesteldheid.

2.2.4 Opleiding en training binnen de Koninklijke Marechaussee (KMar)

Tijdens de opleiding van de KMar staat tevens in eerste instantie de opleiding tot militair centraal, kortom het aanleren van de militaire basisvaardigheden. Net als bij de Landmacht wordt deze opleiding de AMO genoemd. Ook hier wordt veel belang gehecht aan de mentale vorming en het verbeteren van de conditie.

Net als bij de hiervoor beschreven basisopleidingen van de andere krijgsmachtsonderdelen worden deze twee pijlers bewerkstelligd door:

- velddiensten (Leren omgaan met minder luxe omgevingen.
- omgaan met onvoorspelbaarheden.
- slaapmanagement (Leren omgaan met verschil in aantal uren slaap en tijd van slapen).
- grens verleggende activiteiten (Het leren omgaan met stressvolle situaties).
- buddy relaties en groepscohesie (Het verstevigen van de onderlinge banden).
- bijbrengen van waarden en normen binnen dit groepsproces.

2.3 Zorg voor de uitzending

Na de afronding van een opleiding binnen Defensie begint de normale loopbaan als militair en daarmee ook de kans op een mogelijke uitzending. Idealiter wordt een militair zes maanden voor een op handen zijnde uitzending hiervan op de hoogte gebracht. Daarmee is er voldoende reactietijd voor een goed opleidings- en trainingsprogramma en een goede voorbereiding voor het thuisfront. Zowel de militairen van de KL, de KLu, de KM en de KMar volgen enkele weken voor de uitzending de zogenaamde Missie Gerichte Opleiding (MGO), een speciale meerdaagse training die wordt gegeven ter voorbereiding op de uitzending.

Deze training omvat naast het op peil brengen van de militaire vaardigheden, onder andere de volgende onderdelen:

- rechtspositie van de militair in het uitzendgebied.
- hygiëne en preventie gezondheid (HPG).
- informatie over het crisis gebied.
- eerste contact (waarmee dient men rekening te houden bij een eerste contact met de strijdende partijen).
- stress en trauma. (zie hier onder voor uitgebreide beschrijving).

De stress en trauma training, zoals deze ontwikkeld is door de AIH, wordt gegeven aan de soldaten en de korporaals maar ook aan de kaderleden. De stress en trauma training van de kaderleden is uitgebreider dan die van de soldaten en korporaals en bestaat naast een algemeen gedeelte nog uit een extra gedeelte waarin op de principes van een opvanggesprek na een kritiek incident wordt ingegaan. Aansluitend volgt een training waarin wordt geoefend met de zojuist aangeleerde opvangtechnieken. Het algemene gedeelte waaraan dus zowel de soldaten als de korporaals en de kaderleden deelnemen wordt ook wel de stress en traumales genoemd. Dit algemene gedeelte bestaat uit een educatie gedeelte over stress en een educatie gedeelte over stresshanteringstechnieken. Het educatie gedeelte over stress behandeld in de eerste plaats de aard van stress. Zo wordt onder andere uitgelegd dat er twee soorten stress bestaan, zowel positieve al negatieve. Vervolgens wordt er uitgebreid ingegaan op de mogelijke oorzaken van stress. Daarna volgt een verhandeling over de verschillende soorten stressreacties waarmee de militair te maken kan krijgen, variërend van milde stressreacties tot zeer ernstige stressreacties. Tot slot wordt ook de mogelijke trauma reactie besproken.

Na dit psychoeducatie gedeelte over stress volgt zoals genoemd een psychoeducatie gedeelte over stresshanteringstechnieken. In dit gedeelte wordt ingegaan op de theorie van stresshantering en worden er drie manieren aangegeven waarop stress kan worden aangepakt. Deze zijn:

1 Iets doen met de stressoorzaak
2 Iets doen met de stressreacties
3 Iets doen met de stressoorzaak en met de stressreacties

Aangegeven wordt dat “iets doen met de stressoorzaak” op de volgende manieren kan: actief aanpakken of vermijden. Vervolgens worden bij deze twee manieren tevens de voordelen, de nadelen en de voorwaarden gegeven. Voor het “iets doen met de stressreacties” worden ook twee mogelijke manieren aangegeven, namelijk afleiding zoeken en ontspanning zoeken. Ook hierbij worden de voordelen, de nadelen en de voorwaarden benoemd. Als laatste worden

voor de derde mogelijkheid twee wijzen van aanpak gegeven: sociale steun zoeken en de opvatting over de eigen toestand veranderen. Bij deze laatste mogelijkheid wordt tevens het belang van de eigen gedachten behandeld. Tenslotte volgen er nog enkele duidelijke voorbeelden van mogelijke stressfactoren en hierbij gevoegd aanwijzingen over hoe hier mee omgegaan kan worden.

Na dit algemene gedeelte volgt voor de kaderleden de zogenoemde stress en trauma training. Deze training die ingaat op de principes van een opvanggesprek na een kritiek incident bestaat uit een educatie gedeelte over de doelen van het opvanggesprek, het gespreksmodel en de grondregels van het opvanggesprek. Daarnaast wordt er tevens aan de hand van rollenspellen geoefend met deze opvangtechniek.

Het gehanteerde gespreksmodel voor de opvanggesprekken ziet er als volgt uit:

1 Introductiefase
In de introductiefase wordt uitgelegd wat het doel van het gesprek is: het verwerken van nare ervaringen is noodzakelijk en door over deze ervaringen te spreken kunnen emoties die worden opgeroepen worden geuit. Het gesprek vindt primair plaats uit het oogpunt van personeelszorg; vertrouwelijkheid staat voorop.

2 Feitenfase
In de feitenfase wordt de betrokkene gevraagd om zo concreet mogelijk een aantal feiten van de schokkende gebeurtenis(sen) te geven, zodat er een helder beeld ontstaat van zijn ervaring(en).

3 Belevingsfase
In de belevingsfase worden aan de betrokkene vragen gesteld die gericht zijn op de persoonlijke beleving.

4 Symptoomfase
In de symptoomfase wordt de betrokkene gevraagd of hij tijdens of na de schokkende gebeurtenis(sen) veranderingen bij zichzelf heeft opgemerkt. Te denken valt aan stresssymptomen op korte en langere termijn (nachtmerries, opwellen van emotie etc.)

5 Onderwijsfase
In de onderwijsfase wordt een uiteenzetting gegeven over het normale en natuurlijke karakter van een reeks gevoelens en symptomen die kunnen optreden na een schokkende ervaring en hoe je ze de baas kunt worden. Er wordt benadrukt dat het weliswaar heel vervelend is wat de betrokkenen ervaart aan symptomen, maar dat het erbij hoort en met de juiste aanpak uiteindelijk zal afnemen. Dat wil zeggen niet alleen erover praten, maar ook ontspanning zoeken.

6 Herbeginfase
In de herbeginfase wordt de aandacht gericht op: hoe gaat iemand verder en hoe kan hij op een adequate wijze weer actief worden? Vervolgens wordt het gesprek afgerond en worden er eventueel mogelijkheden aangeboden tot vervolg gesprekken.

Aan het eind van de training worden aan de militairen hand-outs uitgedeeld waarin de belangrijkste informatie nog een keer kort is samengevat (zie bijlagen 3, 4 en 5). Ook hier bestaat er verschil tussen de folder voor de soldaten/korporaals en die voor kaderleden.

2.4 Zorg tijdens de uitzending

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de verschillende aspecten van zorg tijdens de uitzending. In de eerste plaats zal de aanwezigheid van de psychologische hulpverleners, bedrijfsmaatschappelijk werkers en de medische hulpverleners worden besproken. Daarnaast zal er aandacht worden besteed aan de aanwezigheid van andere personeelsvoorzieningen. Te denken valt aan ontspanningsvoorzieningen.

2.4.1 Zorg voor de mensen van de KL tijdens de uitzending

Hulpverlening tijdens de uitzending
Tijdens uitzendingen zijn de medische, de bedrijfsmaatschappelijk en de psychologische zorg gegarandeerd. Veel belang wordt echter gehecht aan de zelfredzaamheid van een peloton, dit geldt ook voor het bieden van hulp bij mogelijke reacties op traumatiserende gebeurtenissen. Op deze manier kunnen psychologische gevolgen van een uitzending tijdig worden herkend en opgevangen. De inzet van psychologen in het uitzendgebied is afhankelijk van de grootte van de eenheid en de ernst van de situatie in het crisisgebied. Bij een grote eenheid die moet optreden in een situatie waarin met psychische problematiek rekening moet worden gehouden, wordt in beginsel een psycholoog in de organisatie -eenheid opgenomen. De psycholoog heeft de volgende functies: het verhogen van de “awareness” van de consequenties van stressvolle situaties door middel van voorlichting en training, het adviseren van de commandant, het fungeren als vraagbaak voor het personeel en het uitvoeren van psychologische einddebriefings. De ondersteuning die de psycholoog biedt, heeft een alles omvattend en individueel gericht karakter. In de voorbereiding op de uitzending volgt de psycholoog het opwerkprogramma samen met het detachement, dit draagt bij tot de bekendheid van de psycholoog bij het personeel en vice versa. De psycholoog kan op deze manier ondervinden hoe bijvoorbeeld de motivatie, het moreel en de groepscohesie onder de uit te zenden militairen is. Hetgeen van belang is om een inschatting te kunnen maken over de inzetbaarheid en de belastbaarheid van het personeel. Daarnaast zorgt de bekendheid tevens voor vertrouwen en daarmee tot laagdrempeligheid met betrekking tot begeleiding en opvang.

Indien er tijdens de missie sprake is van een schokkende gebeurtenis wordt gelijk na de terugkeer in de basis een opvanggesprek verzorgd door het directe kaderlid. In enkele gevallen kan ook de psycholoog hierbij een rol vervullen.

De afstemming tussen de medische, bedrijfsmaatschappelijke en de psychologische disciplines vindt, bij grotere eenheden, plaats in een Sociaal Medisch Team (SMT). Dit team bestaat uit

- Een personeelsfunctionaris
- Een psycholoog
- Een maatschappelijk werker
- Geestelijk verzorgers
- Artsen

Medische aspecten
Het geneeskundig zorgsysteem is afhankelijk van een aantal factoren, waaronder de omgevingsfactoren. Het geneeskundig zorgsysteem omvat in ieder geval de normale eerstelijns geneeskundige zorg, preventie zorg, bijzondere bedrijfsgeneeskundige zorg en de eerste opvang bij calamiteiten. Een speciaal onderdeel van het zorgsysteem is de afvoer van

gewonden naar de chirurgische capaciteit gericht op levensreddende handelingen. In sommige gevallen wordt een hospitaal met meerdere specialistische faciliteiten gepland. Ook repatriëring is in de planning van een operatie opgenomen. Tevens wordt bij kleinere uitzendingen veelal teruggevallen op de geneeskundige faciliteiten van andere landen die aan de desbetreffende operatie deelnemen.

Welzijn / Bedrijfsmaatschappelijke aspecten
Tijdens uitzendingen zijn er over het algemeen verschillende voorzieningen aanwezig voor sport, ontspanning en ontwikkeling. Bij grotere missies wordt er een sportinstructeur in de organisatie van de uit te zenden eenheid opgenomen, die in het missiegebied diverse activiteiten op sportgebied voor het personeel organiseert. Verder wordt er gezorgd voor voldoende mogelijkheden tot het kijken van films. Waar mogelijk worden tevens voorzieningen aangebracht om Nederlandse televisie te ontvangen.

Ook wordt er voor de mensen die in de avonduren een studie volgen, getracht zoveel mogelijk faciliteiten ter plekke aan te bieden. Zo vindt eventueel via post, telefoon en indien aanwezig internet, op afstand ondersteuning plaats. Indien mogelijk wordt er tevens een studiebegeleider met de eenheid meegezonden. Waar mogelijk worden ook bij sommige missies studiefaciliteiten ter beschikking gesteld door het inrichten van ruimtes met computers.

Een belangrijke factor voor het welbevinden van het personeel is de mogelijkheid om contact te kunnen hebben met het thuisfront. Bij sommige missies is het mogelijk om vanuit het uitzendgebied naar huis te bellen, hetgeen erg belangrijk is omdat de postvoorziening soms grote vertraging kent. Tevens kan de militair bij sommige missies met zijn of haar eigen mobiele telefoon naar huis bellen, daarvoor geldt wel dat de operationele taakuitvoering niet in gevaar mag komen. Om deze reden dienen de telefoons tijdens dienst te zijn uitgeschakeld.

Structuur personeelszorg tijdens de afwikkelfase / het einde van de uitzending
Bij de afwikkeling van de personele aspecten van vredesoperaties, die begint aan het einde van de uitzending, zijn drie afwikkelingsfasen te onderscheiden:

- de primaire afwikkelingsfase: de periode voorafgaande aan het einde van de uitzending tot en met enige dagen na terugkomst op de thuisbasis.
- de secundaire afwikkelingsfase: de eerste maanden na terugkomst van de uitzending.
- de tertiaire afwikkelingsfase: de gehele periode na de secundaire fase.

Primaire afwikkelfase
Aan het eind van de uitzending vindt de psychologische einddebriefing plaats. Alle militairen die zijn uitgezonden krijgen een psychologisch einddebriefingsgesprek. De einddebriefing wordt verzorgd door psychologen en vindt bij voorkeur plaats in het operatie gebied. Gezien de grote aantallen van te debriefen militairen worden er dan voor enkele weken extra psychologen ingezet, die de uitgezonden psycholoog bijstaan in het debriefen. In de einddebriefing wordt, door systematisch op de periode van uitzending terug te zien en vooruit te kijken naar de periode van terugkeer, de verwerking van opgedane ervaringen gestimuleerd en de aanpassing aan het leven na thuiskomst voorbereid. Het einddebriefingsgesprek heeft meerdere doelen en wel:

- diagnostiek.
- psychoeducatie.

- voorbereiding op de terugkeer thuis.
- informatie vergaren over de groepscohesie.

De secundaire en tertiaire afwikkelfase zullen worden besproken in paragraaf 2.5.

2.4.2 Zorg voor de mensen van de KLu tijdens de uitzending

Hulpverlening tijdens de uitzending.
Tijdens de uitzending zijn aan de organisatietabel een arts en een personeelsfunctionaris toegevoegd. Een vliegerpsycholoog van de afdeling Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML) wordt veelal ook opgenomen in de organisatietabel. De ondersteuning die deze psycholoog biedt, heeft een allesomvattend en individueel gericht karakter. Dit is mogelijk omdat de vliegerpsycholoog, ongeacht de uitzending, ondersteuning geeft aan de eenheid. Om die reden is de vliegerpsycholoog dan ook voor en na de uitzending regelmatig in de buurt van de eenheid te vinden. Dit draagt bij tot de bekendheid van de psycholoog bij de militairen en vice versa. Deze bekendheid dient twee doelen. Ten eerste leidt het tot bekendheid met het personeel en de heersende cultuur op de werkvloer. Hetgeen van belang is om een inschatting te kunnen maken over de inzetbaarheid en de belastbaarheid van het personeel. Ten tweede zorgt de bekendheid voor vertrouwen en daarmee tot laagdrempeligheid met betrekking tot begeleiding en opvang (zie ook KL).

In de voorbereiding op de uitzending volgt de vliegerpsycholoog het opwerkprogramma samen met het detachement waardoor hij/zij kan ondervinden hoe bijvoorbeeld de motivatie, het moreel en de groepscohesie onder de uit te zenden militairen is. Daarnaast is hij/zij aan het begin van de uitzending aanwezig in het uitzendgebied, om in deze beginperiode de detachementcommandant (Detco), diensthoofden en leden van het detachement bij te staan en te voorzien van adviezen. Aan de Detco wordt een rapport aangeboden met de relevante psychologische “lessons learned” van eerdere uitzendingen. Ook heeft de vliegerpsycholoog een rol in het formuleren van een calamiteitenplan voor het detachement tijdens de uitzending.

Na enkele weken keert de vliegerpsycholoog terug naar Nederland en is in overleg met de Detco op afroep beschikbaar. Indien de vliegerpsycholoog een tussentijds bezoek brengt aan het uitzendgebied heeft dit vooral een preventief doel. De vliegerpsycholoog vormt zich dan een beeld van de leef- en werkomstandigheden en geeft advies aan de Detco en de diensthoofden op het gebied van, moreel, groepscohesie, stress, conflictmanagement en veiligheidsaspecten.

Net als bij de KL wordt ook bij de KLu in geval van een kritiek incident, indien de operationele situatie dat toelaat, door het kader een opvanggesprek verzorgd. Tijdens het opvanggesprek wordt er informatie verstrekt en een inschatting gemaakt van de eventueel aanwezige problematiek. Naar aanleiding van deze inschatting kan besloten worden aanvullende zorg te bieden, met als doel de inzetbaarheid van de militair, en daardoor die van het team, te bevorderen.

Medische aspecten
Bij iedere uitzending wordt, zoals reeds aangegeven, een arts meegezonden. Deze arts is verantwoordelijk voor de eerstelijns geneeskundige zorg, preventie zorg, bijzondere bedrijfskundige zorg en de eerste opvang bij calamiteiten, alsmede voor de afvoer van gewonden naar de capaciteit gericht op levensreddende handelingen. De medische zorg voor

de KLu is hetzelfde geregeld als in het hiervoor beschreven gedeelte van de KL, zie voor een meer uitgebreide beschrijving aldaar.

Welzijn / Bedrijfsmaatschappelijke aspecten
De welzijnsaspecten en de bedrijfsmaatschappelijke aspecten zijn voor de vier krijgsmachtsdelen vergelijkbaar geregeld. Voor een uitgebreide beschrijving hiervan zie onder het gelijke kopje bij de KL.

Primaire afwikkelfase
Aan het eind van de uitzending vindt ook bij de KLu een psychologische einddebriefing plaats, deze wordt verzorgd door de vliegerpsycholoog die verbonden was aan het detachement. Het doel van het einddebriefingsgesprek is ook hier:

- diagnostiek.
- psychoeducatie geven over stress.
- voorbereiden op de terugkeer.
- informatie verkrijgen aangaande de groepscohesie.

2.4.3 Zorg voor de mensen van de KM tijdens de uitzending.

Al eerder is besproken dat er binnen de KM een onderscheid is in opleiding tussen de mensen van de Vloot en het Korps Mariniers. Ook bij een uitzending van de Vloot en van het Korps Mariniers, zijn er enkele duidelijke verschillen te benoemen, hetgeen vraagt om eenandere benadering qua hulpverlening. Eén van de grootste verschillen (zoals al eerder is genoemd) is dat de militairen van het Korps Mariniers direct contact hebben met de bevolking van het land van uitzending, terwijl de militairen van de Vloot zich gedurende een uitzending bevinden op of in een vaartuig en er dus geen sprake is van direct contact. De aard van de kritieke incidenten verschilt om deze reden dan ook. Bij het Korps Mariniers valt bij een kritiek incident te denken aan, het oog in oog komen staan met slachtoffers. Bij militairen van de Vloot bestaat een kritiek incident bijvoorbeeld uit een brand aan boord.

Hulpverlening tijdens de uitzending
De hulpverlening van het Korps Mariniers lijkt in opzet veel op de hulpverlening van de KL tijdens een uitzending. Zo is er bij een missie standaard een geestelijk verzorger en een maatschappelijk werker aanwezig en wordt er per missie nagegaan of er een psycholoog aanwezig dient te zijn. Indien er wordt besloten een psycholoog mee uit te zenden dan wordt deze zo spoedig mogelijk aan de eenheid toegevoegd. Dit wordt gedaan om de psycholoog in staat te stellen zich grondig voor te bereiden op de uitzending en om vervolgens direct kennis te maken met de eenheid in de voorbereidingsfase. Ook bij het Korps Mariniers heeft de psycholoog vergelijkbare werkzaamheden als bij de KL en de KLu, namelijk:

- het verhogen van de “awareness” voor de consequenties van stressvolle situaties bij de eenheid door middel van voorlichting en training.
- het adviseren en trainen van de commandant, staf en sleutelfunctionarissen (officieren en onderofficieren met aanvullende opleiding op het gebied van debriefing).
- het fungeren als vraagbaak voor het personeel.
- het uitvoeren van psychologische einddebriefings.

Na ernstige calamiteiten wordt, indien de operationele situatie dat toelaat, door het kader een opvanggesprek verzorgd. Tijdens het opvanggesprek wordt er informatie verstrekt en een inschatting gemaakt van de eventueel aanwezige problematiek. Naar aanleiding van deze

inschatting kan eventueel besloten worden aanvullende zorg te bieden, met als doel de inzetbaarheid van de militair en daardoor die van het team te bevorderen. Soms kan ook een psycholoog hierbij een rol vervullen. Indien de psycholoog dan niet standaard aan de missie is toegevoegd, kan er in een dergelijke situatie voor gekozen worden een psycholoog te laten invliegen.

Tijdens een uitzending van de Vloot is er net als bij het Korps Mariniers, bij elke missie standaard een geestelijk verzorger en een maatschappelijk werker aanwezig. Zij verzorgen de eerste opvang in geval van calamiteiten. In enkele gevallen wordt indien de commandant dit nodig acht een psycholoog erbij gehaald. Anders dan bij het Korps Mariniers, is de kans dat er tijdens een uitzending van de Vloot een psycholoog wordt toegevoegd aan de eenheid miniem. Na een kritiek incident wordt het personeel in gelegenheid gesteld om hun ervaringen te delen, dit vindt plaats binnen de groep waarmee zij zich met betrekking tot hun ervaringen kunnen identificeren.

Medische aspecten
De medische zorg voor Korps Mariniers wordt organiek gezien verzorgd door de geneeskundige compagnie (GNKCIE) van het Logistiek Bataljon KM. De GNKCIE beschikt over:

- een basis medische eenheid, bestaande uit een dokter, twee ziekenverplegers en drie mariniers ter ondersteuning (eerste echelons medische zorg).
- een “Field Dressing Station” (FDS) dat kan worden geactiveerd vanuit de GNKCIE met personele ondersteuning van buitenaf. Het FDS is in staat tot eerstelijnszorg, aangevuld met beperkte specialistische capaciteit.

De medische zorg voor de militairen van de Vloot tijdens een uitzending, bestaat uit de standaard aanwezigheid van een arts en twee ziekenverzorgers. Indien er sprake is van vraag naar meer specialistische hulp, bestaat daar de mogelijkheid om met behulp van het Sprint team naar elders te worden vervoerd.

Welzijn / Bedrijfsmaatschappelijke aspecten
Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze aspecten onder het gelijknamige kopje bij de KL.

Primaire Afwikkelfase
Aan het eind van een missie vindt op een andere locatie dan het missiegebied, de zogenaamde adaptatie periode plaats. Deze adaptatie periode bestaat uit twee dagen. De eerste dag is vooral gericht op ontspanning; zo wordt er op deze dag onder andere een grote barbecue georganiseerd. Op de tweede dag worden er per eenheid in groepsverband psychologische debriefingsgesprekken gehouden. Deze debriefingsgesprekken hebben de volgende doelen:

- evalueren van wat er is gebeurt (lessons learned)
- psychoeducatie over stress
- delen van ervaringen
- voorbereiden op terugkeer

Deze psychologische einddebriefingsgesprekken worden verzorgd door één persoon van de Maatschappelijk Dienst Defensie (MDD) en één persoon van de Marine. Indien daar vraag naar is kan er tevens voor of na deze groepsgesprekken een individueel gesprek plaatsvinden door een gekwalificeerde en ervaren debriefer, in principe de aan de eenheid toegevoegde

psycholoog. Is er aan de eenheid geen psycholoog toegevoegd, dan kan deze worden ingevlogen. Is ook, gelet op de aantallen te debriefen militairen, dit niet wenselijk, en/of gezien de operationele situatie niet mogelijk, en/of niet zinvol gezien de aard van de missie, dan dient de debriefing zo spoedig mogelijk na terugkeer te worden gehouden. In een dergelijke individuele debriefing wordt systematisch op de periode van de uitzending terug gezien en vooruit gekeken naar de periode van de terugkeer.

2.4.4 Zorg voor de mensen van de KMar tijdens de uitzending.

Hulpverlening tijdens de uitzending
De KMar maakt tijdens uitzendingen vooral gebruik van de faciliteiten van het "leading" krijgsmachtdeel. Dit is zo geregeld aangezien de mensen van de KMar met betrekking tot vredesmissies toegevoegd worden aan een uit te zenden onderdeel. Om deze reden maken zij dan ook gebruik van de hulpverleningsfaciliteiten van de andere krijgsmachtsonderdelen.

Medische aspecten
Ook voor de medische aspecten gaat het hiervoor beschreven verhaal op. Wel is het zo dat vlak voor de uitzending het personeel van de KMar gezien wordt door een bedrijfsarts en deze een medische keuring verricht, en dat deze arts tijdens de gehele uitzending op de hoogte dient te blijven van de medische toestand van de uitgezonden militairen.

Welzijn / Bedrijfsmaatschappelijke aspecten
Zie voor deze informatie tevens onder het gelijknamige kopje bij de KL.

Primaire Afwikkelfase
Ook bij de KMar vindt aan het eind van de uitzending de psychologische einddebriefing plaats. Deze wordt tevens verzorgd door het "leading" krijgsmachtdeel. Voor een uitgebreide beschrijving van deze debriefing zie onder gelijknamige kopje KL. Indien de KL niet de leiding heeft over de missie dan vindt de debriefing als nog plaats door psychologen van de Afdeling Individuele Hulpverlening van de KL echter dan pas na terugkeer in Nederland.

2.5 Zorg na de uitzending

2.5.1 Zorg na de uitzending voor de KL.

Secundaire afwikkelingsfase.
Na terugkeer van de uitzending volgt na enkele maanden verplicht het terugkeergesprek met een maatschappelijk werker/geestelijk verzorger (zie bijlage 6). In dit gesprek wordt stilgestaan bij de ervaringen met het thuisfront en op het werk na de terugkomst. Tevens wordt er opnieuw psychoeducatie gegeven over schokkende gebeurtenissen en de mogelijke reacties daarop. Ook wordt er opnieuw verteld welke stappen er ondernomen kunnen worden om hier mee om te gaan. Aan het eind van het terugkeergesprek worden tevens opnieuw de adressen gegeven van de instanties die eventueel verdere hulp kunnen verlenen indien nodig (zie bijlage 7). Daarnaast worden soms door de geestelijke verzorging, in het kader van het vormingswerk, zogenaamde terugkeerbijeenkomsten gehouden. Tijdens deze bijeenkomsten wordt aan militairen de kans gegeven, om buiten de militaire omgeving, te praten over de ervaringen van de uitzending. Anders dan het terugkeergesprek betreft dit niet een verplicht onderdeel. Een ander informeel onderdeel zijn de verscheidene reünies die worden

georganiseerd. Tijdens deze reünies bestaat er ook de mogelijkheid om nog eens met lotgenoten te praten over de ervaringen van de missie.

Tertiaire afwikkelfase.
Gemiddeld zes maanden na terugkeer van de uitzending wordt aan de militair nog een nazorg vragenlijst toegestuurd waarin de militair in gelegenheid worden gesteld om aan te geven hoe het met hem/haar op dat moment gaat. Er wordt dus niet afgewacht of militairen of veteranen met problemen zich zelf melden. Deze maatregel is ingezet omdat sommige militairen met problemen zich niet gemakkelijk zelf aanmelden. Indien de psycholoog die de antwoorden op de vragenlijsten beoordeelt, concludeert dat de persoon in kwestie problemen ondervindt wordt deze uitgenodigd voor een gesprek. Tijdens dit gesprek wordt indien daar reden toe is een hulpaanbod gedaan. Naast het hulpverleningsaspect aan de uitgezonden militairen dient de vragenlijst tevens als middel om beleidsinformatie te verzamelen. Met de verkregen informatie wordt de leiding van de krijgsmachtsdelen en de departementsleiding geïnformeerd over de effecten van uitzendingen, zodat waar nodig onder andere het beleid betreffende de stresspreventie kan worden bijgesteld.

2.5.2 Zorg na de uitzending voor de KLu.

Secundaire Afwikkelfase
Bij de KLu vindt geen terugkeergesprek plaats. Wel is de psycholoog die ook aan de missie verbonden was te bereiken, indien personen behoefte hebben aan een dergelijk gesprek.

Tertiaire Afwikkelfase
Gemiddeld zes maanden na de thuiskomst wordt net als bij de KL een nazorg vragenlijst toegestuurd. Ook bij de KLu heeft deze vragenlijst dezelfde doelen en wel het hulpverleningsaspect en het beleidsinformatie aspect.

2.5.3 Zorg na de uitzending voor de KM.

Secundair Afwikkelfase
Bij de KM vindt het terugkeergesprek ook niet standaard plaats. Eventueel kan wel op verzoek van de militair drie tot vier maanden na de uitzending een terugkeergesprek plaats vinden.

Tertiaire Afwikkelfase
Na zes maanden wordt ook bij de KM een zelfde nazorg vragenlijst als bij de KL naar het personeel toegestuurd. Zie voor beschrijving van het doel van deze vragenlijst onder het gelijknamige kopje bij de KL.

2.5.4 Zorg na de uitzending voor de KMar.

Secundaire Afwikkelfase
Bij de Marechaussee vindt na de uitzending ook een terugkeergesprek plaats, deze wordt verzorgd door de MDD/GV en is in opzet gelijk aan het terugkeergesprek zoals eerder beschreven bij de KL.

Tertiaire Afwikkelfase
Ook door de Marechaussee wordt er gebruik gemaakt van een nazorg vragenlijst. Zie voor beschrijving van het doel van deze vragenlijst onder het gelijknamige kopje bij de KL.

Hiernaast biedt de Marechaussee aan hun personeel ook nog speciale zorg aan in de vorm van lotgenoten contact, indien daar behoefte aan is. Voor deze vorm van hulp heeft de Marechaussee een speciale groep mensen paraat, genaamd de Collegiale Ondersteunings Groep (COG). Het COG is opgericht met als doel steun te bieden aan collega's na calamiteiten in Nederland. Hoewel het COG dus niet speciaal bedoeld is om steun te bieden na uitzendingen, kan daar wel van gebruik worden gemaakt. Deze groep bestaat uit een team van speciaal opgeleide personeelsleden van de marechaussee die in staat zijn om ondersteunende gesprekken te voeren.

2.6 Zorg voor het thuisfront, voor, tijdens en na de uitzending

Tijdens de uitzending bevinden de (familie) relaties van een uitgezonden militair zich in een andere, maar toch eveneens moeilijke situatie. Zij moeten het immers enkele maanden stellen zonder hun relatie, en maken zich daarnaast vaak ook nog eens zorgen over de veiligheid van hun relatie. De hier beschreven situatie kan tevens zorgen voor spanningen bij de militairen. Tijdens een uitzending blijkt het functioneren van de thuisblijvers dan ook in hoge mate bepalend te zijn voor het functioneren van de uitgezonden militair. Defensie hecht daarom ook veel waarde aan goede zorg voor het thuisfront. De zorg voor het thuisfront komt voor de vier krijgsmachtsonderdelen grotendeels overeen en zal om deze reden gezamenlijk worden beschreven.

Om voor, tijdens en na de uitzending de thuisblijvers actief te steunen, zijn er bij de verschillende krijgsmachtsdelen overkoepelende thuisfront organisaties opgezet. Deze organisaties bestaan voor het grootste deel uit de relaties van de uitgezonden militairen. De taken van deze organisatie hebben vaak een informatief, ondersteunend en recreatief karakter. Voorafgaande aan de uitzendingen worden er door deze organisatie, de zogenaamde thuisfrontinformatiedagen georganiseerd, voor zowel de militairen als hun achterban. Tijdens deze dagen wordt er zoveel mogelijk informatie verstrekt over de uitzending en over de situatie waarin de militair zich zal bevinden.

Tijdens de uitzending bestaat de taak van het thuisfront comité vooral uit het zorgen voor de instandhouding/optimalisering van de uitwisseling van informatie tussen het missie gebied en het thuisfront. Zo wordt er onder andere rond het midden van een missie door het thuisfrontcomité een zogenoemde midtermbijeenkomst georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst wordt informatie gegeven over de situatie in het missie gebied. Zo worden er vaak video's van het missie gebied getoond. Daarnaast worden er gedurende de dag opnames gemaakt om deze dan weer te kunnen vertonen in het missiegebied. Verder bestaat er tijdens deze dag de mogelijkheid voor de mensen van het thuisfront om hun vragen door deskundigen te laten beantwoorden.

Na de uitzending worden er, naast de al eerder genoemde nazorg vragenlijsten naar de militair, ook vragenlijsten opgestuurd naar het thuisfront. Deze vragenlijsten dienen net als bij de nazorgvragenlijsten bij de militairen twee doeleinden en wel:

- het hulpverleningsaspect: nagaan of er eventueel behoefte is aan zorg.
- als middel voor het verzamelen van beleidsinformatie.

2.7 Samenvattend, de overeenkomsten en verschillen in preventieve maatregelen tussen de vier krijgsmachtsonderdelen.

In het nu volgende gedeelte worden in een korte opsomming de overeenkomsten en de verschillen in preventieve maatregelen tussen de vier krijgsmachtsonderdelen weergegeven.

Zoals valt te lezen zijn er veel overeenkomsten in preventieve maatregelen bij de verschillende krijgsmachtsonderdelen. Anders gezegd: er is sprake van een gemeenschappelijke zorg visie. Meer specifiek houdt dat in dat er bij de vier krijgsmachtonderdelen sprake is van een gelijksoortige:

- screeningsprocedure bij aanname.
- opleiding/training. (gericht op het aanleren van militaire basisvaardigheden, met als pijlers geestelijke groei en lichamelijke fitheid verbeteren)
- opwerkprogramma voor een uitzending, bestaande uit onder andere stress en trauma training.
- interventie na een kritiek incident tijdens een uitzending (opvanggesprek).
- medisch begeleiding tijdens een uitzending.
- welzijnsbegeleiding en maatschappelijke begeleiding tijdens een uitzending.
- visie betreffende de afwikkelfase. (debriefing met daarin de volgende aspecten: diagnostiek, psychoeducatie over stress, voorbereiden op terugkeer en informatie verkrijgen aangaande de groepscohesie)
- vragenlijst nazorg na de uitzending.
- zorg betreffende het thuisfront.

De verschillen tussen de vier krijgsmachtsonderdelen in preventieve maatregelen zijn vooral te vinden in de detailsfeer. De meeste variatie in preventieve maatregelen concentreert zich vooral rondom de zorg tijdens en na de uitzending. De te benoemen verschillen zijn:

- andere visie betreffende het aanwezig zijn van een psycholoog in het missie gebied (KL psycholoog aanwezig in missiegebied, KLu en KM psycholoog op oproep basis en bij de KMar hangt het af van welk krijgsmachtdeel “leading” is.)
- locatie en manier van einddebriefing (KL, KLu individueel en in missie gebied, KM groepsgesprekken op een andere locatie en bij de KMar hangt he t af van de “leading” krijgsmacht)
- aan/afwezigheid van terugkeergesprek. (Bij de KL en de KMar vindt wel standaard een terugkeergesprek plaats, bij de KLu en de KM niet)

In het nu volgende hoofdstuk zal worden nagegaan wat de theoretische achtergrond is van deze genomen maatregelen en tevens wordt er getracht een theoretische onderbouwing van de effectiviteit van deze maatregelen te geven.

3. Effectiviteit van de door Defensie getroffen stresspreventiemaatregelen bij uitzending.

Beschrijving van de theoretische onderbouwing van de door Defensie genomen preventieve maatregelen.

3.1 Het belang van de screening bij aanname

De eerste maatregel die Defensie treft is de screening bij aanname. Het idee achter deze aanpak is dat het uitselecteren van de zogenoemde kwetsbare personen, door middel van de psychologische keuring, er toe leidt dat er minder aanpassings- en verwerkingsproblematiek zal voorkomen na een uitzending. De vraag is of deze aanname, hoe logisch deze ook lijkt te zijn, ook daadwerkelijk klopt. Armfield (1994) zegt hierover in zijn artikel het volgende: "Het doel is om de traumatische reactie te voorkomen. Defensie doet zijn best om kwetsbare personen tijdens de screening bij aanname er tussen uit te vissen. Er wordt getracht om personen, met een strafblad, lage intelligentie en een geschiedenis van psychische hulpverlening uit te sluiten. Maar psychiatrische inzinkingen tijdens dienst zijn niet voorspelbaar bij aanvang. Inzinkingen tijdens een uitzending, zo lijkt, worden evenzeer veroorzaakt door het trauma zelf als door predispositionerende factoren."

Volgens het hiervoor gestelde kan de screening dus niet geheel zorgen voor het voorkomen van aanpassings- en verwerkingsproblematiek na een uitzending. Er komt echter ook in naar voren dat problematiek tijdens een uitzending voor een deel wel veroorzaakt wordt door predispositionerende factoren. Gesteld kan dus worden dat hoewel screening niet geheel kan zorgen voor het voorkomen van aanpassings- en verwerkingsproblematiek na een uitzending, de screening wel een bijdrage kan leveren aan in ieder geval een deel van de preventie. Creamer en Forbes schrijven hierover in hoofdstuk 12 van *Military Stress and Performance: The Australian Defence Force Experience* het volgende: "Recent onderzoek is in toenemende mate geïnteresseerd in de samenstelling van *hardiness*. Uit verschillende onderzoeken onder militaire populaties is naar voren gekomen dat deze factor een belangrijke voorspeller is van aanpassingsvermogen na een trauma (Bartone, Ursano, Wright & Ingraham, 1989; King et al., 1999) Deze bevindingen, in combinatie met onderzoek over de rol van persoonlijkheid (Schnurr & Vielhauer,1999), doen de mogelijkheid toenemen dat effectieve screening bij aanname er voor zou kunnen zorgen dat de prevalentie van aanpassings- en verwerkingsproblematiek na een uitzending wordt gereduceerd."

In een ander onderzoek van Schnurr, Luna en Sengupta (2004) werd gekeken naar de voorspellende waarde van risico factoren betreffende de ontwikkeling en de instandhouding van partiële dan wel volledige PTSS. Dit onderzoek werd gehouden onder 482 Vietnam veteranen, waarvan 68 vrouwen en 414 mannen. Uit de resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat de ontwikkeling van een PTSS samenhing met zowel pre-militaire, militaire als ook post-militaire factoren. De instandhouding van de PTSS hing echter meer samen met de militaire en de postmilitaire factoren. De onderzoekers concludeerden naar aanleiding van deze resultaten dat de ontwikkeling van een PTSS samenhangt met factoren voor, tijdens en na de gebeurtenis en dat de instandhouding van de PTSS vooral samenhangt met factoren van tijdens en na de gebeurtenis. Uit dit onderzoek komt dus naar voren dat een deel van de ontwikkeling van een PTSS samenhangt met factoren van voor de gebeurtenis. Enkele van de in dit onderzoek onderzochte pre-militaire factoren waren: economische status, opleidingsniveau, depressie, familiefunctionering, etniciteit. Het screenen bij aanname op onder andere deze risicofactoren is dus aan te raden.

Wessely (2004) denkt hier echter anders over, om zijn standpunt betreffende het falen van de screening te onderbouwen, gebruikt hij het volgende voorbeeld: “In de Tweede Wereldoorlog geloofden de Amerikanen, toen net zo optimistisch als nu, dat ze in staat waren om te identificeren wie slechte militairen zouden zijn en toekomstige psychiatrische gevallen. Zij riepen de enthousiaste hulp in van de beste psychiaters van het land, die geleid werden door Harry Stack Sullivan, één van de beroemdste psychiaters van de twintigste eeuw. De psychiaters zetten hun beste beentje voor en keurde op basis van persoonlijkheidstesten personen af die een verhoogd risico hadden om een inzinking krijgen tijdens de oorlog (in totaal meer dan twee miljoen personen). Doordat de Amerikanen bijna de oorlog verloren riep George C Marshall tegen het begin van 1944, de screeningsprocedure een halt toe aangezien er sprake was van een tekort aan mensen. Hierdoor werden veel van de mensen die verworpen waren op psychiatrische gronden toch aangenomen, hetgeen natuurlijk een enorm experiment vormde. Tot ieders verrassing toonden de studies aan dat veel van deze personen goede tot zeer goede militairen bleken te zijn. Enkele kregen eerder een inzinking dan de degene die niet waren uitgescreend, de psychiaters hadden het niet geheel verkeerd echter 85 % van hen waren volkomen geschikte militairen.”

Naast dit voorbeeld geeft Wessely (2004) ook nog enkele ander argumenten tegen screening, zo beweert hij dat er een beschadigende werking uitgaat van het labelen van mensen als zijnde ongeschikt nog voordat er iets is gebeurd. Zo zou de persoon zich hierdoor minder waard kunnen gaan voelen. Tevens noemt Wessely als argument tegen screening dat een groot deel van de personen die zich aanmelden voor het leger, afkomstig zijn uit milieus met een sociale achterstand, hetgeen een serieuze inkrimping van de wervingspoule tot gevolg heeft, indien wordt gescreend op bijvoorbeeld risico factoren als slechte schoolresultaten en een geschiedenis van psychiatrie in de familie. Een vraag die gesteld kan worden naar aanleiding van deze argumenten is: weegt het beschermen van langdurige psychiatrische problematiek op tegen de hier bovengenoemde nadelen? Terugkoppelend naar de screening van de Nederlandse Defensie, kan aangaande de hierboven genoemde nadelen en voordelen het volgende worden gezegd: de huidige screening van Defensie heeft tot gevolg dat er zo nu en dan geschikte mensen zullen worden afgewezen. Als gevolg van de steeds duidelijkere inzichten in de risico factoren heeft de screening echter ook tot gevolg dat de mate van preventie van aanpassings- en verwerkingsproblematiek na een uitzending toe neemt.

3.2 De noodzaak van training

Zoals hiervoor al beschreven wordt heeft de militaire basisopleiding naast het aanleren van de militaire basisvaardigheden nog twee andere doeleinden. Enerzijds het verbeteren van de lichamelijke conditie en anderzijds de mentale vorming. In dit hoofdstuk zal in gegaan worden op de vraag of er vanuit deze twee onderdelen ook een beschermende invloed uitgaat ten aanzien van aanpassings- en verwerkingsproblematiek. In de eerste plaats zal ingegaan worden op de mogelijke invloed van een goede lichamelijke conditie op het reduceren van aanpassings - en verwerkingsproblematiek. Daarna zal dit ook onderzocht worden voor de mentale vorming.

3.2.1 Lichamelijke conditie en de relatie tot stress

Uit verschillende onderzoeken komt een duidelijke positieve relatie naar voren tussen het hebben van een goede lichamelijke conditie en een verminderde kans op stress gerelateerde ziektes (Dubbert, 2002). Zo werd in het onderzoek van Hassmen, Koivula & Uutela, (2000) gevonden dat mensen met een goede lichamelijke conditie beter met stress konden omgaan dan mensen met een mindere conditie. Gebleken is tevens dat sport, in plaats van een corrigerende rol, vooral een preventieve rol heeft ten aanzien van stresssymptomen.
Ook binnen het department van de Navy van de UN States Marine Corps van de USA wordt het hebben van een goede lichamelijke conditie gezien als een preventieve factor ter bescherming van combat stress:

"Goede fysieke conditie stelt moeheid uit, bouwt zelfvertrouwen, en versnelt de herstelperiode van ziekte en verwondingen. Het zorgt er tevens voor dat de persoon beter voorbereid is om met psychologische eisen van stress om te gaan. Defensie personeel in top fysieke conditie is beter in staat om hun interne psychologische functies te controleren, hetgeen er voor zorgt dat hun gehele functioneren verbeterd. Fysieke fitheid hetgeen bestaat uit, conditie training, spier sterkte, en uithoudingsvermogen, dient te worden ontwikkeld bij al het Defensie personeel om hun vermogen te verstevigen tot het herstellen van totale uitputting. Conditie training verhoogt de werk capaciteit en de mogelijkheid om stress te weerstaan. Terwijl depressieve gevoelens en humeurigheid moeheid vergezellen, hebben mensen in goede conditie daar minder last van dan mensen die niet fit zijn. De mogelijkheid om snel te herstellen van uitputtend fysiek werk wordt gehandhaafd door slimme fysieke training die met regelmaat en routine wordt uitgevoerd."

Volgens deze visie komt naar voren dat van het hebben van een goede lichamelijke conditie veel beschermende invloeden uitgaan ten aanzien van stress. Van de lichamelijke trainingen die de militairen ontvangen kan dus gezegd worden dat zij de uitgezonden militair voorzien van een zekere mate van bescherming tegen stress geïnduceerde ziektes.

3.2.2 De mentale vorming en de relatie tot stress.

De andere pijler binnen de militaire opleiding is de mentale vorming. Zoals reeds eerder vermeld bevat deze mentale vorming verschillende onderdelen. In het nu volgende gedeelte zal ingegaan worden op de verschillende mentale vormingsonderdelen en hun mogelijke beschermende aspecten ten aanzien van aanpassings- en verwerkingsproblematiek.

Psychoeducatie over stress en stresshantering
Om de militairen voor te bereiden op de personele aspecten van een uitzending, worden in alle militaire basisopleidingen lessen gegeven over stress en stresshantering. De vraag is of deze lessen inderdaad dit beoogde doel halen en of er tevens een beschermende invloed uitgaat van deze lessen. Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat educatie over gezond gedrag als ook over stressreductietechnieken zeer belangrijk is in het reduceren van stress geïnduceerde ziektes en burnout. (Lewis, G.W., 1994, McCugan, 1989 en Meichenbaum,1990). Psychoeducatie is voornamelijk zo belangrijk omdat het mensen kan helpen om betere grip/controle op een situatie te krijgen omdat ze meer zicht hebben op wat er met hen gebeurt en wat zij hier eventueel aan kunnen doen. Daarbij moet echter tevens vermeld worden dat hoewel psychoeducatie dus een positieve invloed heeft op stress, er ook

uit studies naar voren komt dat psychoeducatie na een traumatische ervaring niet voldoet als alleenstaande behandeling. Eén van deze onderzoeken waarin dit naar voren komt is het onderzoek van Neuner et al. (2004). In dit onderzoek werd aan een groep van 43 Sudanese vluchtelingen drie verschillende therapie vormen aangeboden. Deze vluchtelingen leden allen aan PTSS. De therapie vormen waren: de "Narrative Exposure Therapie" (NET), hetgeen gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie en "testimony" therapie (4 sessies), ondersteunende gesprekken (OG, 4 sessies) en psychoeducatie (PE, 1 sessie). Uit de resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat een jaar na de behandeling nog 29% van de deelnemers uit de NET groep een PTSS hadden, in de OG en in de PE groep, waren dit respectievelijk 79% en 80% van de deelnemers. Uit deze resultaten blijkt dus dat PE alleen niet genoeg is in de behandeling van PTSS.

Leren omgaan met onzekerheden en minder luxe omgevingen
Tijdens de basis opleiding leert elke militair ook omgaan met onzekerheden en minder luxe omgevingen, hetgeen in missiegebieden te verwachten omstandigheden zijn. Bekend is dat mensen die zich in een vreemde onbekende omgeving begeven meer stressreacties vertonen. Door de training raakt de militair echter bekend met onzekerheden en omgevingen met minder luxe en zou er om deze reden gesteld kunnen worden dat de militair hierdoor indien hij/zij zich in een missie gebied met minder luxe en grotere onzekerheden bevindt, hij/zij minder stressreacties zal vertonen. Zo geven Baker en Armfield (1996) in hun artikel aan dat blootstelling aan realistische scenario's militairen kunnen voorbereiden in het omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Armfield (1994) geeft daarbij in zijn artikel aan dat een goede training en realistische verwachtingen ten aanzien van gevechtssituaties de persoonlijke copingsmechanismen om met trauma's om te gaan versterken.

Slaap management
Een ander onderdeel van de mentale vorming bestaat uit slaapmanagement. Dit wil zeggen dat er gebruik wordt gemaakt van wisselende slaap/waak schema's en van slaapdeprivatie om zo de militair om te leren gaan met functioneren onder minder alledaagse omstandigheden. Net als in het hiervoor besproken onderdeel kan hiervan gezegd worden dat het de militair helpt om beter te kunnen omgaan met stressvolle situaties.

Van mensen met verstoorde slaap/waak ritmes is bekend dat zij een verhoogd stressniveau hebben (Partinen, 1994). De slaapmanagement training zorgt er dan ook voor dat de militair gewend raakt om onder een verhoogd stressniveau te functioneren. De vraag is echter of hiervan ook een beschermende factor uitgaat ten aanzien van verwerkings- en aanpassingsproblematiek.

Grens verleggende activiteiten (GVA)
Eén van de onderdelen die speciaal gericht is op het leren omgaan met stressvolle situaties is het onderdeel grensverleggende activiteiten. In dit onderdeel worden de militairen in stressvolle situaties gebracht, te denken valt aan: afdalingen van grote hoogte, raften, diepzeeduiken, parachutespringen, etc. De bedoeling van dit onderdeel is dat de militair zijn/haar grenzen opzoekt en deze leert verleggen door met de stress die dit veroorzaakt om te gaan. Deze training is gebaseerd op de zogenaamde "development training", hetgeen refereert naar een variëteit aan trainingen die uitgaan van het experimentele leerprincipe. De effectiviteit van deze trainingen ten aanzien van stresstolerantie kunnen waarschijnlijk worden verklaard door de basis van het "learned resourcefulness" principe, hetgeen refereert naar een verzameling overtuigingen, cognitieve en gedragsmatige vaardigheden en de

zelfregulatietechnieken die er voor zorgen dat er op een succesvolle manier kan worden omgegaan met zowel interne als externe stress.

De effectiviteit van de GVA is in 1996 onderzocht door Wientjes (1996). In dit onderzoek kwam naar voren dat GVA veel overeenkomsten vertoond met de hierboven genoemde "development training", maar dat er meer nadruk zou moeten komen te liggen op de formatie van de cognitieve en gedragsmatige copingtechnieken. Tevens bleek uit dit onderzoek dat de bestaande mogelijkheden voor groepssamenwerking en leiderschapstraining niet optimaal waren. Samenvattend kan dus worden gesteld dat er een beschermende invloed uit gaat van de GVA, maar dat de nadruk dient te liggen op de formatie van de cognitieve en gedragsmatige copingtechnieken.

Groepscohesie
Het laatste punt van de mentale vorming bestaat uit het onderdeel groepscohesie. Door de gehele militaire opleiding heen wordt er veel aandacht besteed aan dit onderdeel. Horen bij Defensie betekent automatisch horen bij een groep. Om deze groepssamenhang te realiseren maakt Defensie gebruik van training, een stramien dat individuen aanmoedigt om samen te werken, om elkaar te helpen en elkaar te vertrouwen. Uiteindelijk leidt dit tot emotionele binding door het hebben van gemeenschappelijke ervaringen. De promotie van de groepscohesie, en daarmee het gevoel van "horen bij", dient tevens tot het vergoten van de morele en sociale steun.

Verondersteld kan worden dat deze morele en sociale steun een beschermende invloed heeft ten aanzien van stressreacties. In verschillende studies wordt deze stelling dan ook bevestigd. Zo vermelden Gersons en Carlier (1992) het volgende "Groepseenheid is een beschermende factor en lijkt er toe te leiden dat er beter met stress kan worden omgegaan". Ook Baker en Armfield (1996) schrijven in hun artikel dat de beste manier om voor te bereiden op stress is door deel te nemen aan activiteiten die groepscohesie en interne sociale steun bevorderen. Ook tegenovergesteld blijkt stress met groepscohesie samen te hangen, zo geeft Hoiberg (1980) namelijk aan dat, het ontbreken van groepseenheid er voor zorgt dat er meer stressreacties zijn.

3.3 Het nut van de specifieke voorbereiding op een uitzending

Zoals beschreven bestaat de specifieke voorbereiding, voor alle vier de krijgsmachten uit een training van twee weken waarin naast het opfrissen van de militaire vaardigheden, onder andere informatie wordt gegeven over het missie gebied. Ook vindt in deze week de zogenaamde stress en trauma training plaats. Deze training bestaat uit psychoeducatie over stress en voor de kaderleden een apart gedeelte waarin de basisprincipes worden uitgelegd voor het houden van een opvanggesprek en geoefend wordt met het voeren van een dergelijk opvanggesprek na een kritiek incident (voorheen ook wel debriefing genoemd). Over de effectiviteit van psychoeducatie, waaruit het eerste deel van de training bestaat, werd in paragraaf 3.2.2 al het een en ander gezegd. In de nu volgende paragraaf zal hier in combinatie met de bespreking van de debriefingsaspecten nog wat aan worden toegevoegd. Het tweede gedeelte van de training is zoals vermeld gericht op het aanleren van basis debriefingstechnieken aan de kaderleden. In het nu volgende gedeelte wordt om een duidelijk beeld te krijgen van deze techniek de herkomst van de zogenaamde debriefingsgesprekken besproken. Hierop volgt een bespreking over de effectiviteit van het aanleren van onder

andere debriefingstechnieken. De bespreking van de effectiviteit van de debriefing zelf volgt in het volgende hoofdstuk, “Maatregelen tijdens de uitzending”.

Debriefing is van oorsprong een militair begrip en had betrekking op de zogenaamde operationele debriefing, het bij elkaar komen na een missie om ervaringen uit te wisselen over de bereikte doelen, de geleerde lessen en de verbeterpunten. Later is hieruit ook de psychologische debriefing gegroeid. Verschillende legers begonnen gelijktijdig met het invoeren van debriefings om soldaten te ondersteunen in het controleren van acute oorlogsreacties. Het doel hiervan was om de soldaten zo snel mogelijk weer gevechtsklaar te krijgen. Uit deze periode komt tevens het concept dat de interventie snel en ter plaatste dient te gebeuren. Een andere voorwaarde van de interventie is verder dat deze positief en actief georiënteerd dient te zijn (Salmon, 1917). Marshall, een Amerikaanse historicus en generaal tijdens de Tweede Wereld Oorlog, heeft met zijn “historical group debriefing” (een systematische en gedetailleerde beschrijving van oorlogservaringen van overlevende soldaten), het proces van debriefing geformaliseerd. Marshall beschrijft hoe dit proces voor de soldaten een “moreel opbouwende” en “spirituele reiniging” betekende (Marshall, 1944). Vooral sinds PTSS als een psychische ziekte erkent wordt, heeft het concept van “psychologische debriefing”, als zijnde een vroegtijdige interventie met een preventieve en een verduidelijkende functie, zijn weg gemaakt. Over de hele wereld gingen, de legers, de politiekorpsen, de brandweerkorpsen, maar daarnaast ook humanitaire organisaties, debriefings gebruiken. In de Verenigde Staten was James Dunning één van de eersten die zich bezig ging houden met het debriefingsproces. Eén van de eerste onderzoekers die echter echt door brak met zijn debriefingsprotocol was Mitchell (1983)

Het door Micthell (1983) gehanteerde debriefingsprotocol (CISD) bestaat uit de volgende fasen:

1 Introductie fase: introductie van de doelen en de werkwijze van de CISD.
2 Feiten fase: deelnemers introduceren zichzelf en vertellen wat hun rol was in de gebeurtenis. De nadruk ligt op enkel de beschrijving. Er wordt geen kritiek geuit op de prestaties. Verschillende deelnemers kunnen verschillende taken hebben uitgevoerd en op eventueel op verschillende locaties, hierdoor kunnen herinneringen en beschrijvingen van de gebeurtenis variëren. Dit proces kan het individu inzicht geven in het totale plaatje van de gebeurtenis.
3 Gevoelensfase: De deelnemers spreken over hun gevoelens aangaande de gebeurtenis, en identificeren emoties die ze hebben ervaren of nog steeds ervaren.
4 Symptoomfase: Benoemen van de stresreacties, zoals hartkloppingen, trillen en zweten.
5 Onderwijsfase: Uitleg over deze en andere stressreacties en het benadrukken dat stress een normale reactie is op een abnormale situatie.
6 Afrondingsfase: Er wordt een beslissing genomen betreffende het vervolg, weer aan het werk of verwijzing naar hulpverlening.

Een belangrijk onderdeel van de CISD training bij het kader van risico beroepen (ambulance, politie, brandweer, etc) bestaat uit educatie: over de lange termijn effecten van stress, de herkenning van stresssymptomen en het aanleren van stressreductie technieken en interventies. Ook in de stress en trauma training van de Nederlandse Defensie zijn dit belangrijke onderdelen. Uit onderzoek komt dan ook naar voren dat educatie over gezond gedrag als ook over stressreductie technieken zeer belangrijk is voor het reduceren van stress geïnduceerde ziekte en burnout (Lewis,1994 en McCugan, 1990).

Het hierboven beschreven CISD model heeft veel overeenkomsten met het in paragraaf 2.3 beschreven model voor opvanggesprekken na een kritiek incident. In de loop van de tijd zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van het CISD model van Mitchell. De meeste van deze onderzoeken zijn gericht op de effectiviteit van de debriefing zelf en niet op de effecten van de psychoeducatie over stress en ook niet op de effecten van de debriefingstraining. Deze onderzoeken zullen om deze reden voornamelijk worden besproken in paragraaf 3.4, waarin dieper wordt ingegaan op de effectiviteit van de maatregelen die tijdens de uitzending worden getroffen. Hieronder volgt een bespreking van onderzoeken en studies waarin de effecten van psychoeducatie en de effecten van het aanleren van onder andere debriefingstechnieken worden beschreven.

Volgens Baker en Armfield (1996) kunnen blootstelling aan realistische scenario's, groepsgesprekken met veteranen en trainingen door geestelijke gezondheidsmedewerkers individuen helpen om te gaan met stressvolle gebeurtenissen. Ook onderzoek van Deahl et al. (2000) onderstreept het specifieke nut van een stresstraining voor een uitzending. In het onderzoek van Deahl, werd een groep van 106 Britse soldaten willekeurig in twee groepen verdeeld. Beide groepen kregen vooraf aan de uitzending een "operational stress training package" hetgeen bestond uit: psychoeducatie over de lichamelijke, psychologische en gedragsmatige aspecten van stress en educatie in simpele angstverminderingstechnieken en ontspanningstechnieken. Tevens werd er aandacht besteed aan persoonlijke, huiselijke en werkgerelateerde gebeurtenissen waarvan bekend was dat deze voor stress zorgden bij militairen op vorige uitzendingen. Ook werden er maatregelen aangeboden om van deze gebeurtenissen de impact te kunnen minimaliseren. Daarnaast werd er aandacht besteed aan de aard van de stressvolle gebeurtenissen waarmee de militairen in aanraking zouden kunnen komen, welke symptomen ze zouden kunnen ervaren, hoe ze hiermee om konden gaan en waar ze eventueel hulp konden zoeken. Bij terugkeer ontving de ene groep debriefing volgens het model van Mitchel en de ander groep niet. De debriefing werd uitgevoerd door ervaren debriefers in groepen van 8 tot 10 deelnemers.

Uit deze studie kwam naar voren dat slechts bij weinig militairen PTSS of andere psychopathologie kon worden vastgesteld. Een mogelijke verklaring die de onderzoekers hiervoor aandragen, is de effectiviteit van de primaire preventie die in dit onderzoek werd aangeboden. Wel werd er een klein effect voor debriefing gevonden. De gedebriefde groep bleek namelijk in vergelijking tot de niet gedebriefde groep significante reductie op de Hospital Anxiety & Depression scale (HADS, Zigmond en Snaith, 1983) en de Symptom Checklist 90 (SCL-90, Derrogatis, Lopman en Covi, 1973) scores en andere onderzoekspunten te vertonen. Tevens werd er een sterke daling gevonden in de CAGE (CAGE Questionnaire, Erwin 1984) scores, hetgeen suggereert dat debriefing een positief effect heeft op een brede verscheidenheid aan symptomen van stress.

Een ander onderzoek waarin de effectiviteit van een preventieve stresstraining werd ondersteund is het onderzoek van Timmerman, Emmelkamp en Sanderman (1997). Zij deden onderzoek naar de effectiviteit van de stress management training bij mensen die het risico liepen op de ontwikkeling van stress geïnduceerde ziektes, maar waarbij daar nog geen sprake van was. Om de mensen met een verhoogde kans te kunnen selecteren werd er gebruik gemaakt van een zogenaamd risicoprofiel. Personen die aan het onderzoek wensten te participeren dienden daarom over enkele van de hier onderstaande kenmerken te beschikken:

- onplezierige levenservaringen.

- de aanwezigheid van neurotische persoonlijkheidstrekken.
- het hebben van een vermijdende copingsstijl.
- een afstandelijke houding ten aanzien van sociale steun.
- gebrek aan assertiviteit.

Aan het onderzoek van Timmerman et al. namen 117 mensen deel waarvan 78 personen de controle groep vormden en 39 de experimentele groep. De training bestond uit: het verminderen van stress door het veranderen van een ongezonde levensstijl, het aanleren van ontspanningstechnieken, het ontwikkelen van probleemoplossingstechnieken en het aanmoedigen van sociale vaardigheden. Uit het onderzoek kwam naar voren dat personen die het gevaar lopen om gezondheidsklachten te ontwikkelen als gevolg van stress, zich significant minder gestresst voelen (GHQ) en significant minder psychosomatische klachten rapporteren, nadat zij hebben deelgenomen aan het stressmanagement programma dan de controlegroep. Deze resultaten blijven tevens gehandhaafd tot een half jaar na de training.

Een ander soortgelijk onderzoek is het onderzoek van Bruning en Frew (1987). In deze studie werden drie verschillende behandelstrategieën om stress te verminderen met elkaar vergeleken en wel:

- management vaardigheden: richt zich bijvoorbeeld op, doelen stellen, positieve imaginatie, tijdsmanagement, communicatie vaardigheden, conflict hantering en probleem oplossingstechnieken.
- ontspanning/meditatie/biofeedback methodes: betreft aan te leren ontspanningsmanieren.
- lichamelijke training: conditie training en aerobic activiteiten.

De proefpersonen in deze studie zijn afkomstig uit het personeel van de “hospital equipment facilty”, uit het noord westen van Pennsylvania in Amerika. Vooraf is aan het management van het bedrijf de toestemming daartoe gevraagd. Er was bij het bedrijf geen sprake van een geïdentificeerd probleem of werkstress en tevens was er geen sprake van een hulpvraag vanuit het bedrijf. De proefpersonen zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek tijdens een voorlichting van stress op het werk. In totaal namen 62 proefpersonen deel aan het onderzoek, zij werden willekeurig verdeeld over vier groepen: Controlegroep, Meditatiegroep, Management Skills Trininggroep en de Exercisegroep.

Bij de proefpersonen werden zowel voor als na de training metingen gedaan naar de volgende fysiologische stressmaten: polsslag, diastolische bloeddruk, systolische bloeddruk en “galvanic skin respons”. Uit dit onderzoek bleek dat alle technieken werkzaam waren voor de vermindering van lichamelijke stresssymptomen. Tevens bleek dat geen van de aangeboden therapieën beter was dan een van de andere en ook in combinatie was er geen uitspringende methode.

Uit de hiervoor beschreven onderzoeken komt de effectiviteit naar voren van verschillende preventieve stresstrainingen. Hoewel het hier niet geheel gelijke preventieve stresstrainingen betreft als de preventieve stresstrainingen in de Missie Gerichte Opleiding (MGO) zijn de hiervoor beschreven onderdelen wel terug te vinden in de militaire training:

- het benadrukken van het belang van een gezonde levensstijl (tijdens alle militaire trainingen).
- het aanleren en benadrukken van het nut van ontspanningstechnieken (tijdens de basis opleiding en ook in de psychoeducatie voor de uitzending).

- het aanleren van management technieken: probleem oplossingstechnieken, conflicthantering en communicatie vaardigheden (tijdens de basis opleiding en ook in de psychoeducatie voor de uitzending).
- aanmoedigen van sociale vaardigheden (tijdens alle militaire trainingen).
- lichamelijke training (tijdens alle militaire trainingen).

Zoals reeds eerder aangegeven is een ander belangrijk punt van de MGO het aanleren van de basis stress debriefingstechnieken. Op de effectiviteit daarvan, maar ook op de effectiviteit van de andere stresspreventiemaatregelen tijdens de missie, wordt verder in gegaan in het volgende hoofdstuk.

3.4 Maatregelen tijdens de uitzending

Zoals vermeld kennen de vier krijgsmachtsonderdelen van Defensie verschillende stresspreventiemaatregelen tijdens de uitzending. Voor het overzicht zullen ze hieronder nog even kort worden aangeduid.

Tabel 1. Maatregelen tijdens de uitzending voor de vier krijgsmachtsonderdelen.

		KL	KM	KLu	KMar
Geestelijke verzorgers	Ondersteuning m.b.t. levensbeschouwelijke problemen.	X	X	X	1
Maatschappelijk werkers	Ondersteuning m.b.t. maatschappelijke problemen.	X	X	X	1
Artsen	-Eerste lijnszorg -Preventiezorg -Bijzondere bedrijfsgerichte zorg -Eerste opvang calamiteiten -Vervoer gewonden	X	X	X	1
	Specialistische hulp	2	2	2	1
	Repatriëring	X	X	X	1
Psycholoog	-Verhogen van stress “awareness” -Advisering commandant -Vraagbaak personeel	x	3	3	1
	Eind debriefing in missie gebied (individueel)	X		X	1
	Uitvoeren van einddebriefing tijdens adaptatiedagen (groep)		X		1
Stress preventieve taken commandant	Uitvoeren van debriefing na kritiek incident (CISD)	X	X	X	1
	Monitoren geestelijke en lichamelijke gezondheid van personeel.	X	X	X	1
	Aanwezig zijn tijdens debriefing adaptatie dagen.		X		1
Ontspanning	Sport faciliteiten	X	X	X	1
	Films en Nederlandse televisie	X	X	X	1
	Studie mogelijkheden	X	X	X	1
	Contact met thuis (post, telefoon, internet)	X	X	X	1

x = is aanwezig in missie gebied
1 = maakt gebruik van de faciliteiten van de “leading” krijgsmacht
2 = aanwezigheid hangt af van de grootte van de missie
3 = psycholoog op oproepbasis aanwezig in missie gebied

Bij elke missie is een geestelijk verzorger, een maatschappelijk werker en een arts aanwezig. Tevens is er bij iedere missie de mogelijkheid tot contact met een psycholoog. Deze hulpverleners werken samen in een zogenaamd sociaal medisch team (SMT) en hebben een signalerende en adviserende functie als het gaat om het welzijn/welbevinden van de

militairen. Dit draagt daarom bij aan een snelle signalering van psychische problematiek. Psychische hulp kan dus door de aanwezigheid van deze personen ook snel geboden worden.

Deze manier van werken gaat uit van het belang van de nabijheid (proximity) en onmiddellijkheid (immediacy) van de hulpverlening. Deze begrippen komen voort uit het werk en onderzoek van Salmon (1917). Thomas W. Salmon was een Amerikaanse psychiater die naar Europa werd gestuurd, voordat de Amerikanen deel ging nemen aan de Eerste Wereld Oorlog om de manier te bestuderen waarop de "bondgenoten" voor hun soldaten zorgden. Hij ondervond dat er problemen waren bij het terugkeerproces van soldaten die een "inzinking" hadden gehad aan het front. De primaire winst die de soldaten hiermee behaalden was dat hun levens gered waren. Secondair was dat zij zichzelf konden zien als zijnde ziek, hetgeen onderstreept werd door op zijn minst enkele van hun collega's. Deze soldaten zagen zichzelf vaak als mislukkelingen en daarbij werden zij vaak gescheiden van hun groep en op die manier ook van de steun die daar uit voortkwam. Zodoende introduceerde Salmon manieren om met deze problemen om te gaan. De principes die Salmon gebruikte waren: de nabijheid (proximity) en onmiddellijkheid (immediacy) en verwachting (expectancy). Soldaten moeten dicht aan het front worden behandeld, onmiddellijk na hun inzinking en met de verwachting dat ze hun sterkte terugvinden en naar het front kunnen terugkeren.

Deze manier van behandelen is later opnieuw geformuleerd door Artiss (1963). De behandeling die volgens deze principes aan de soldaten wordt aangeboden bestaat uit aanvulling van uitgeputte lichamelijke behoeften door te voldoen aan de behoefte tot slaap, eten en drinken tijdens een aantal dagen in relatieve veiligheid. Tevens worden gedurende deze periode minimale psychiatrische interventie uitgevoerd, die de soldaat in de gelegenheid stellen om recente traumatische gebeurtenissen te ventileren. Na deze korte interventies wordt er van de soldaat verwacht om opnieuw in staat te zijn om zijn/haar militaire werkzaamheden te hervatten.

In onderzoek van Solomon en Benbenishty (1986) werd de effectiviteit van deze behandeling onderzocht. Hiertoe werd achteraf aan de hand van medische dossiers na gegaan of soldaten in de nabijheid van hun gevechtszone waren behandeld of juist niet, hetgeen betekende dat zij naar elders waren gebracht. Op deze manier ontstonden er twee groepen, om na te gaan of er in de baseline tussen de twee groepen geen verschillen waren werden de medische dossiers geraadpleegd. Er bleken geen verschillen aanwezig te zijn tussen beide groepen op de baseline. Om de effectiviteit van de behandeling na te gaan werd er gekeken naar twee factoren: de aanwezigheid van PTSS en de terugkeer naar de eenheid na behandeling.

Uit deze studie kwam naar voren dat therapie aan het front, aan de hand van de drie hiervoor genoemde principes effectief is. Zo bleek er een significante samenhang te zijn tussen nabijheid, directheid, verwachting en de terugkeer bij de eenheid. En tevens bleek het percentage soldaten, die behandeld waren aan het front en een PTSS ontwikkelden, lager dan het percentage soldaten dat een PTSS ontwikkelde en behandeld waren aan de grens. Ook werd er een significante samenhang gevonden tussen directheid (behandeling gelijk, tot twee dagen na het incident), verwachting terug te keren naar de unit en een lager percentage van soldaten die PTSS ontwikkelde.

Gezien de uitkomsten van deze studie kan beargumenteerd worden dat de aanwezigheid van hulpverleners die geestelijke ondersteuning bieden er voor zorgt dat er in mindere mate sprake is van PTSS symptomen. Deze conclusie volgend, kan tevens gesteld worden dat de aanwezigheid van een psycholoog in het missiegebied dus gewenst is. Het nut van

hulpverleners aan het front wordt namelijk in dit onderzoek onderstreept. Er zijn echter in de literatuur ook ander geluiden te horen over de aanwezigheid van hulpverleners die psychische ondersteuning bieden aan het front. Zo ook in het artikel van Deahl, Earnshaw en Jones (1994). In dit artikel wordt het volgende beschreven: *"De psychiatrische hulp bij de Britse troepen wordt primair verzorgd door "army community psychiatric nurses" (CPN) en secundair door het bezoek van een psychiater. De rol van CPN's en geestelijke gezondheidsmedewerkers binnen de United Nations (UN) troepen bestaat uit het diagnosticeren van personen en de psychologische debriefing van militairen na een traumatiserende gebeurtenis. Tevens hebben CPN's een belangrijke rol bij het aanleren van de debriefingstechnieken aan de militairen en de commandanten. Daarnaast ontvangen alle soldaten voorafgaande aan de uitzending trainingen, die hen voorbereiden op hoe zij om dienen te gaan met de emotionele respons op stress. Toch voelen velen zich niet voldoende psychologisch voorbereid op de ervaringen. Geestelijke gezondheidsmedewerkers worden in verschillende militaire settingen gehinderd door een gebrek aan status en erkenning, en krijgen vaak te maken met antipathie en een begrijpelijke weerstand van militaire commandanten bij het erkennen van psychologische problemen in hun pelotons. De primaire rol van geestelijke gezondheidsmedewerkers dient er daarom vooral een te zijn van: training, consult, educatie en het uitleggen van de noodzaak van psychologische debriefing. Psychologische debriefing dient echter een pelotons gebeuren te zijn."*

In dit artikel wordt dus onderstreept dat hoewel de aanwezigheid van hulpverleners erg nuttig kan zijn, deze ook vaak nog te maken krijgen met obstakels bij hun werk. Tevens geven Deahl et al. (1994) daarbij aan dat het om deze reden beter is als de psychologische debriefing na een traumatische gebeurtenis een pelotonsgebeuren is. Volgens deze studie zou dus beargumenteerd kunnen worden dat een psycholoog op oproepbasis effectiever is.

Een andere studie die zo zijn vraagtekens zet bij de effectiviteit van de principes van nabijheid, onmiddellijkheid en verwachting is dat van Wilson et al. (2000). In hun artikel zeggen zij hierover het volgende: "De management van acute gevechtsstressreacties in de militaire psychiatrie, waarbij de principes van nabijheid, onmiddellijkheid en verwachting worden gebruikt, onderstrepen de verwarring of dat zo'n interventie nu een behandeling is van de eerste fases van een stoornis of een primaire preventie strategie. Studies hebben aangetoond dat hoewel deze interventie er voor zorgt dat onmiddellijk stressreacties worden verlaagd en het er toe bijdraagt dat soldaten weer eerder paraat zijn, PTSS niet wordt voorkomen."

De principes van nabijheid, onmiddellijkheid en verwachting zijn inmiddels overgegaan in een ander model namelijk het CISD model van Mitchel. Het debriefingsprincipe van Mitchel is reeds eerder uitgebreid besproken, hierbij is tevens aangegeven dat gedeelten uit dit model door Defensie worden gehanteerd in het opvanggesprek na een kritiek incident. Mitchell en Bray claimden in 1990 aan de hand van anekdotisch bewijs dat CISD de problemen die reddingswerkers ervaren significant verminderde. In 1993 hebben Robinson en Mitchell de eerste poging ondernomen om een systematische schatting te maken van de effecten van CISD. In een Australische onderzoeksgroep bestaande uit, reddingswerkers, gezondheidsmedewerkers en ziekenhuispersoneel gaf de meerderheid van de respondenten aan debriefing als waardevol te ervaren. Zestig procent van de deelnemers die stresssymptomen ervaarden, rapporteerden vermindering in de stresssymptomen na de CISD. Zij schreven deze vermindering toe aan de debriefing. De debriefing werd daarnaast door nog eens een ander deel van de respondenten (34%) als behulpzaam ervaren. De redenen die zij hiervoor aandroegen waren: het praten met anderen over het incident werd vergemakkelijkt,

het zorgde voor een aanmoediging om over het incident te praten, het zelfinzicht werd vergroot en het vergrote de groepscohesie. Ander onderzoek dat de effectiviteit van deze debriefingsmethode bij kritieke incidenten ondersteunt is het onderzoek van Dyregrov (1997). In dit onderzoek werd aangetoond dat CISD ten eerste de herstel periode van acute stress verkort, ten tweede het aantal associërende gezondheidsstoornissen (waaronder PTSS) doet afnemen en ten derde ook de werktevredenheid en de kwaliteit van het geleverde werk doet toenemen. Ook Wolfe (1993) toonde aan dat CISD op korte termijn geestelijke en lichamelijke stresssymptomen kan verminderen. Deze positieve effecten van de CISD tonen aan dat het uitingselement zeer behulpzaam is, hetgeen wordt bevestigd doordat hierop ook de nadruk ligt in de meeste gespreks- en crisistherapiemodellen.

Er zijn echter ook studies bekend waarin de mogelijkheid tot het vertellen over de traumatiserende gebeurtenis niet leidde tot een aantoonbaar positief effect. Zo vond Weisaeth (1989) dat het "gedetailleerd interviewen van slachtoffers van een fabrieksexplosie, twee dagen na de ramp waarin alle aspecten van de explosie en de bijbehorende reactie werden besproken, niet leidde tot de preventie van PTSS". In een ander onderzoek van Weisaeth et al. (1989), na de "North Sea Oil rig disaster" kwam naar voren dat "bij een groep van medewerkers aan wie de mogelijkheid werd geboden tot debriefing maar daar geen gebruik van maakte geen enkele van hen langer durende problematiek ontwikkelden. Bij een andere groep medewerkers echter aan wie de ze mogelijkheid niet werd aangeboden ontwikkelden zich juist significant meer problemen".

Hytten en Hasle (1989) rapporteren in hun onderzoek over de effecten van debriefing bij brandweermannen die actief waren geweest in de bestrijding van een hotelbrand. Van de 39 personen die aan de debriefing sessies hadden deelgenomen, gaven 38 van hen aan dat zij dit als behulpzaam hadden ervaren. Tweederde daarvan gaven daarnaast aan dat zij het als nuttig hadden ervaren ten aanzien van hun werk aangezien het hun zelfvertrouwen had vergroot. Op de Impact of Event Scale (IES), was echter geen significant verschil te zien tussen de groep die formele debriefing had ontvangen en de groep die alleen in niet formele setting met collega's had gepraat.

Een zeer gedetailleerde follow-up studie naar de effectiviteit van debriefing is het onderzoek van Kenardy et. al. (1996). In hun onderzoek volgden zij gedurende een tweejarige follow-up studie mensen die gedebriefd waren na de aardbeving van Newcastle in Groot Britannië in 1989. De onderzoekers beoordeelden de personen die alle vier de fases van impact studie hadden voltooid (6 maanden na de aardbeving en dan op intervallen 6-8 maanden) en die rapporteerden dat ze hulpverleners waren geweest gedurende de ramp. Degene die een debriefing hadden gehad (volgens de traditionele CISD methode, n =56) werden vergeleken met degene die dat niet hadden gehad (n=117). De twee groepen verschilden niet van elkaar wat betreft, leeftijd, sekse en sociaal/economische status of wat betreft rampvariabelen. De gedebriefde groep had echter wel gemiddeld een hoger opleidingsniveau. Ook was deze groep minder hulpverlenend geweest in bedreigende situaties en waren eerder coördinatoren of raadslieden geweest van de hulpverleningsdiensten. De resultaten werden gemeten aan de hand van de General Health Questionnaire (GHQ: Goldberg & Hiller, 1979) en door de IES (Horrowitch, Wilner & Alvarez, 1979). De symptoomscores en ervaren werkzaamheid werden ook nagegaan. Kenardy et. al. ondervonden dat er een significante reductie op de IES scores is gedurende het verstrijken van de tijd, met weinig verandering tussen fase één en fase twee, een afname tussen de fases twee en drie en weinig verandering tussen de fases drie en vier. Echter degenen die niet gedebriefd waren vertoonden een snellere daling op de GHQ scores. De conclusie die de onderzoekers aan de hand van dit onderzoek trokken was dat er

geen extra verbetering te zien was bij de gedebriefde mensen in relatie tot de niet gedebriefde mensen.

De hiervoor beschreven onderzoeken lijken elkaar tegen te spreken. De gedebriefde personen geven enerzijds aan dat zij zich beter voelen door het debriefingsgesprek en ook lijken acute stresssymptomen te verdwijnen. Anderzijds blijkt uit ander onderzoek dat CISD geen preventieve werking heeft wat betreft het tegengaan van PTSS. Ook leidt het niet tot een significante afname op GHQ en IES scores in vergelijking tot een groep die niet wordt gedebriefd. In het artikel van Meyer (2003) wordt hiervoor een mogelijke verklaring aangedragen. In de hiervoor beschreven studies wordt aangenomen dat PTSS symptomen afnemen naarmate de tijd verstrekt Meyer schrijft in zijn artikel dat "deze aanname op zijn minst vreemd te noemen is omdat onderzoek onder Amerikaanse Golfoorlog veteranen liet zien dat anderhalf jaar na de terugkeer meer militairen PTSS-klachten rapporteren dan vijf dagen naar terug keer van het slagveld". Tevens stelt hij dat "door de psychoeducatie die wordt aangereikt tijdens de CISD, de PTSS klachten zelfs kunnen toenemen, doordat wordt uitgelegd dat deze klachten een normale reactie zijn op een abnormale situatie". Dit zou ervoor kunnen zorgen dat deelnemers zich juist minder geremd voelen om dergelijke klachten te rapporteren. Deze verklaring volgend, zou over critical incident stress debriefing kunnen worden gesteld dat het niet zorgt voor een vermindering van de PTSS-klachten bij de personen die worden gedebriefd maar wel voor een goed gevoel.

Naast het opvanggesprek wordt er bij Defensie ook gebruik gemaakt van een zogenaamde psychologische einddebriefing. Deze einddebriefing verschilt van het opvanggesprek omdat deze debriefing niet wordt afgenomen vlak na een kritieke gebeurtenis maar aan het eind van de uitzending. Het doel van deze einddebriefing is het voorbereiden op de terugkeer en het nagaan hoe de persoon in kwestie er bij zit (diagnostiek).

Ook naar deze vorm van debriefing zijn enkele onderzoeken gedaan. Eén van deze onderzoeken is het onderzoek van Deahl et al., in (1994) De onderzoeksgroep betrof hier een groep van 74 Britse soldaten die in de Golfoorlog dienden. Vooraf aan de uitzending kregen zij een training waarin de emotionele en psychologische consequenties van hun werk werden uitgelegd. Bij terugkeer ontving een deel van deze groep groepsgewijze debriefing (n=42). Bij het andere deel van de groep was dit om operationele redenen echter niet mogelijk (n=32). De debriefing werd verzorgd door onder andere psychologen, psychiaters, sociologen. De debriefing bestond uit psychoeducatie waarin de symptomen van post traumatische stress werden uitgelegd als zijnde normale menselijke reacties op abnormale gebeurtenissen. De nadruk in de debriefing lag vooral op de normaliteit van de symptomen om op die manier stigmatisatie te voorkomen en hulp zoeken te vergemakkelijken.

Negen maanden na terugkeer ontvingen de soldaten via de post, een drietal vragenlijsten. Eén van deze vragenlijsten betrof psychologische problematiek in het verleden. De tweede betrof de GHQ en tot slot werd tevens aan de soldaten gevraagd om de IES in te vullen. 40 van de soldaten uit de gedebriefde groep beantwoorden de vragenlijsten, van deze 40 gaf de helft aan de debriefing als zinvol te hebben ervaren. Uit de scores op zowel de GHQ als de IES kwamen echter geen positieve effecten naar voren ten aanzien van de debriefing. Opvallend in deze studie was dat, hoewel een deel van de soldaten op de GHQ en de IES aangaven problemen te ondervinden, er slechts weinig hulp zochten voor deze problematiek.

Een ander onderzoek naar de effectiviteit van debriefing is het reeds eerder beschreven onderzoek van Deahl et al., (2000) (zie voor uitgebreide beschrijving p.24). Uit deze studie

kwam in tegenstelling tot het hiervoor beschreven onderzoek wel een positief effect naar voren wat betreft debriefing. Er kwam naar voren dat slechts weinig militairen leden aan PTSS of andere psychopathologie. De gedebriefde groep bleek daarnaast in vergelijking tot de niet gedebriefde groep significante reductie op de HADS en de SCL-90 scores en andere onderzoekspunten te vertonen. Tevens werd er een sterke daling gevonden in de CAGE scores, hetgeen suggereert dat debriefing een positief effect heeft op een brede verscheidenheid aan symptomen.

Uit de hierboven beschreven onderzoeken komt een tegenstrijdig beeld naar voren omtrent debriefing, het ene onderzoek laat positieve effecten zien terwijl andere deze effecten juist tegenspreken. Aangezien het beide groepsgewijze debriefingen betreft geeft dit vooral aan dat de effecten van groepsgewijze debriefing niet duidelijk zijn.

Een ander onderdeel van preventieve zorg die door Defensie wordt getroffen is het verzorgen van de mogelijkheid tot ontspanning tijdens de uitzending. Een onderzoek dat de effectiviteit van ontspanning ten aanzien van stresssymptomen behandelt is het onderzoek van Kamiyama et al. (2004). In dit onderzoek werd een groep van 28 maritieme reddingswerkers verdeeld in twee groepen. De eerste groep (groep A) ontving psychoeducatie over stress, groepsgesprekken over stressgerelateerde onderwerpen, ontspanningstraining, een geleide spier ontspanningssessie van tien minuten en BGM. BGM is een brain-wave biofeedback systeem dat in staat is om een ervaring uit te lokken genaamd de “Relaxation Response”, hetgeen geassocieerd is met diepe ontspanning. Aan de andere groep werd alleen psychoeducatie gegeven over stress (groep B).
Om na te gaan welke aanpak meer effect had werden de volgende meetinstrumenten gebruikt: HADS, Profile off Mood Scale (POMS, McNear, Lorr en Droppleman 1971) en de GHQ. Naast deze meetinstrumenten werd er tevens gebruik gemaakt van een fysiologische maat om het stressniveau te kunnen meten, er werd analyse van bloedcellen uitgevoerd op de aanwezigheid en activiteit van zogenaamde “natural killer cells” (NK cells). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in groep A in tegenstelling tot groep B de depressie schaal van de HADS meer verbeterde. Tevens nam over alle drie de instrumenten gemeten in groep A ook de activiteit van de NK cells het meeste toe. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ontspanning een actieve rol speelt in de vermindering van stresssymptomen.

Ook ontspanning doormiddel van sport blijkt een goede manier om stresssymptomen en andere bijkomstige gevoelens als angst en depressieve gevoelens te verminderen. Zo is uit onderzoek gebleken dat mensen met een goede fysieke gesteldheid beter in staat zijn om met stress om te gaan dan degene die zich minder fit voelen (Hassmen, Koivula en Uutela, 2000). De data uit dit onderzoek suggereert tevens dat hoe beter de fysieke gesteldheid is hoe lager het stressniveau. Ook is uit onderzoek gebleken dat training goed is voor het tegengaan van depressieve gevoelens. Zo komt naar voren dat zowel aerobische als anarobische training effectief is in het produceren van antidepressieve effecten (Brosse, Sheets, Lett en Blumenthal, 2002).

3.5 Maatregelen na de uitzending

Het terugkeergesprek, zoals reeds besproken, volgt enkele maanden na de uitzending. Dit gesprek beoogt de volgende doelen:

- er wordt stil gestaan bij de ervaringen op het thuisfront en op het werk na de terugkomst.

- er wordt opnieuw psychoeducatie gegeven over schokkende gebeurtenissen en de mogelijke reacties daarop.
- er wordt opnieuw verteld welke stappen er ondernomen kunnen worden om met schokkende gebeurtenissen om te gaan.
- opnieuw worden de adressen gegeven van de instanties die verdere hulp kunnen verlenen indien nodig.

Al eerder zijn in deze scriptie artikelen aangehaald waarin de effectiviteit van psychoeducatie wordt onderbouwd, voor uitgebreide beschrijving hiervan zie pagina 20.

Een ander deel van de zorg na een uitzending bestaat uit het uitdelen van een vragenlijst nazorg. Zoals beschreven dient deze vragenlijst twee doelen: het out-reachende hulpverleningsaspect en een beleidsaspect. Deze manier van hulpverlening is gericht op het tijdig kunnen signaleren van stagnatie in de verwerking, om zo tijdig en op actieve wijze zorg te kunnen aanbieden. Om die reden is het niet zozeer een directe preventieve maatregel maar eerder een indirecte preventieve maatregel. Voor te stellen valt namelijk dat indien de vragenlijsten niet zouden worden gestuurd, sommige militairen, met name gezien de cultuur binnen Defensie, geneigd zouden zijn om eerder niet dan wel hun problemen bespreekbaar te maken, met als gevolg dat de kans op de ontwikkeling van bijvoorbeeld een PTSS wordt vergroot. De nazorg vragenlijst ondervangt dit probleem nu echter en zorgt voor een laagdrempelige manier om klachten te kunnen rapporteren en daarmee verkleint de vragenlijst de kans op de ontwikkeling van een PTSS of andere aanpassings- en verwerkingsproblemen. Het voorgaande is echter niet met zekerheid te stellen aangezien onderzoek naar deze maatregel vooralsnog ontbreekt.

3.6 Het nut van de zorg voor het thuisfront

Voor, tijdens en na de uitzending wordt er door Defensie ook werk gemaakt van de zorg voor het thuisfront. De vraag is of dit een preventief nut heeft ter reductie van aanpassings- en verwerkingsproblematiek bij militairen na een uitzending. Wilson et al., (2000) geven in hun artikel aan dat de mate waarin de omgeving kennis heeft van de traumatische gebeurtenis en de mate van steun vanuit de omgeving een significante positieve factor zijn bij de preventie van stressproblematiek na een uitzending.

Een ander onderzoek dat speciaal gekeken heeft naar de rol van de familie bij traumatische gebeurtenissen is het onderzoek van Kaspersen, Mathiesen en Götestam (2003). Onderzocht werd in deze studie of een sociaal netwerk als bemiddelaar op kan treden tussen de blootstelling aan een trauma en symptomen na het trauma. Twee groepen hulpverleners en UN soldaten werden onderzocht op blootstelling aan trauma, sociaal netwerk en drie afhankelijk metingen gerelateerd aan post trauma reacties. Er werd in deze studie gevonden dat contact met buren, vrienden, collega's en familie een beschermende en bemiddelende rol hadden in het optreden van post trauma reacties bij hulpverleners. Bij soldaten echter, bleek alleen het contact met vrienden en collega's een beschermende en of bemiddelende rol te spelen. Soldaten bleken tevens meer bloot te zijn gesteld aan trauma's dan de hulpverleners. Hulpverleners gaven echter aan meer PTSS symptomen te ervaren dan soldaten. Daarentegen scoorden soldaten echter significant hoger op vermijding.

Een ander onderzoek waarin de relatie tussen familie functioneren, sociale steun en gevechtsgerelateerde psychopathologie werd onderzocht is het onderzoek van Solomon, Waysmen en Mikulincer (1990). In dit onderzoek werd een groep van 284 soldaten benaderd

twee jaar nadat ze hadden deelgenomen aan een uitzending. Hen werd gevraagd enkele vragenlijsten in te vullen: de “PTSD Inventory”, de “Symptom Checklist 90”, de “Problems in Social functioning”, de “Social Reintegration Scale”, de “Family Environment Scale” en de “UCLA loneliness Scale”. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat waargenomen familierelaties en waargenomen steun van de maatschappij significant correleerde met eenzaamheid. Waargenomen familierelaties bleek echter meer samen te hangen met eenzaamheid dan waargenomen steun uit de maatschappij hetgeen impliceert dat familie een belangrijke bron van steun is. Tevens bleken alle drie de maten voor familierelaties en gevoelens van eenzaamheid samen te hangen met psychopathologie en sociaal functioneren. Ervaren steun uit de maatschappij bleek hier niet mee samen te hangen. Het hierboven beschreven onderzoek is dus in strijd met de literatuur, waarin voorheen vaak de nadruk lag op het belang van maatschappelijke steun en de samenhang met psychopathologie.

Uit deze twee onderzoeken komt naar voren dat sociale steun vanuit de familie en de werkomgeving erg belangrijk is voor de verwerking van de schokkende gebeurtenissen bij de militairen.

4. Conclusie/Discussie

Zoals in het voorgaande valt te lezen biedt Defensie een grote verscheidenheid aan maatregelen ter reductie van aanpassings- en verwerkingsproblematiek en zoals ook te lezen valt zijn er ten aanzien van de effectiviteit verschillende resultaten bekend. In de nu volgende alinea's zal per specifieke besproken maatregel getracht worden tot een conclusie te komen aangaande de effectiviteit van deze maatregelen. Bij de bespreking van deze maatregelen zal dezelfde volgorde gehandhaafd worden als in de voorgaande hoofdstukken.

De eerste maatregel die Defensie treft om aanpassings- en verwerkingsproblematiek te reduceren is de selectie bij de aanname. In het voorgaande zijn verschillende onderzoeken gepresenteerd die de positieve bijdrage van deze manier van preventie onderstrepen. Hetgeen ook logischerwijs te verklaren valt, aangezien het aannemen van enkel die mensen die niet een verhoogde kans hebben op stress gerelateerde problematiek lijdt tot een vermindering van de aanpassings- en verwerkingsproblematiek na uitzendingen. Om deze reden kan gezegd worden dat de selectie bij aanname een goede maatregel is in de preventie van aanpassings- en verwerkingsproblematiek.

Hoewel de selectie dus een positieve bijdrage levert aan de preventie is deze niet feilloos. Zo werd aangegeven dat er soms bij de selectie personen worden uitgesloten die geschikt zijn. De nadelen hiervan zijn natuurlijk de verkleining van de selectiepoule en tevens het mogelijk stigmatiseren van de persoon in kwestie. Een oplossing voor dit probleem is het nog verder optimaliseren van de screeningsprocedure, hetgeen ook voorkomt dat mensen die niet geschikt zijn toch worden aangenomen. Naast dat de selectie geschikte mensen uitsluit, blijkt namelijk uit de praktijk ook dat er nog veel mensen worden aangenomen met aanzienlijke problematiek die tijdens de selectie niet naar voren is gekomen. Hiervoor zijn enkele verklaringen aan te dragen. Eén van de verklaringen is dat de personen tijdens de selectie niet het achterste van hun tong laten zien wat ook te verwachten is en zodoende door de psychologische keuring heen komen. Een mogelijke oplossing hiervoor is het aandeel van de psychologische vragenlijsten laten toenemen. Momenteel is het namelijk zoals te lezen valt vooral het gestructureerde interview dat de doorslag geeft, qua het wel of niet aannemen, terwijl juist van persoonlijkheidsvragenlijsten bekend is dat zij de achterliggende persoonlijkheidsproblematiek aan het licht kunnen brengen. Defensie is zich hier van bewust en de nieuwste ontwikkeling bij het IKS is dan ook dat zij het aantal vragenlijsten tijdens de screening hebben verhoogd om zodoende te komen tot een effectievere selectie.

Een andere verklaring voor het tekortschieten van de selectie in sommige gevallen is het gebrek aan terugkoppeling. Na de aanname en de verwijzing naar het krijgsmachtsonderdeel van keuze vindt slechts in enkele gevallen een terugkoppeling plaats vanuit het krijgsmachtsonderdeel naar de IKS. De terugkoppeling vanuit de krijgsmachtsonderdelen tijdens de opleidingen en tijdens de werkperiode ontbreekt. Zo vindt er bijvoorbeeld in zijn geheel geen terugkoppeling naar de IKS plaats vanuit de hulpverlening na een uitzending. Dit zorgt ervoor dat de IKS geen duidelijk beeld krijgt aangaande de effectiviteit van de door hun uitgevoerde screening bij aanname. Een andere oorzaak die ervoor zorgt dat ook minder stabiele personen door de keuring kunnen komen is de afweging die Defensie moet maken over de strengheid van de keuring. Zo kan de keuring niet te streng zijn omdat er bij verschillende krijgsmachtsonderdelen een gebrek is aan voldoende nieuwe instroom en omdat er tevens het risico bestaat anders geschikte mensen uit te sluiten. Tot slot is er voortkomend uit het hiervoor genoemde een manier om bij Defensie binnen te komen zonder het doorlopen

van de volledige psychologische keuring. Defensie biedt namelijk het zogenaamde oriëntatie jaar aan. Voorafgaande aan dit oriëntatie jaar volgt een zeer soepele selectie, waarna de persoon in kwestie begint aan het oriëntatie jaar. Aan het eind van dit jaar kan de persoon doorstromen naar een opleiding binnen de Defensie. Alvorens de persoon hiervoor wordt aangenomen wordt enkel de lichamelijke keuring uitgevoerd. Het achterliggende idee is dat indien er bij de persoon sprake is van psychische problematiek, dit tijdens het oriëntatiejaar al naar boven komt en de persoon in kwestie reeds dan wordt afgewezen.

Concluderend kan dus over de selectie worden gezegd dat het een goede manier is om aanpassings- en verwerkingsproblematiek bij militairen te reduceren na een uitzending, maar dat er ten aanzien van de selectie nog wel verbeteringen denkbaar zijn. Vooral de terugkoppeling vanuit de krijgsmachtsonderdelen tijdens de opleidingen, maar ook na bijvoorbeeld uitzendingen zouden voor verbeteringen kunnen zorgen in de selectie procedure.

Na de selectie volgen de basisopleidingen. Zoals beschreven worden hierin de militaire basisvaardigheden aangeleerd en is de aandacht gericht op de geestelijke en lichamelijke vorming. De lichamelijke vorming heeft zoals besproken een positieve invloed op het omgaan met stress en is om deze reden dan ook preventief ten aanzien van verwerkings- en aanpassingsproblematiek. Dat een goede lichamelijke gesteldheid een positieve uitwerking heeft op de geestelijke gezondheid is al sinds lange tijd bekend. De lichamelijke training binnen de opleiding dient in eerste instantie echter niet als stresspreventief middel. Zodoende is naar alle waarschijnlijkheid niet bij elke militair deze functie van de lichamelijke fitheid bewust bekend. Een mooie aanvulling op de fysieke trainingen, die op dit moment worden aangeboden, zou om deze reden dan ook zijn om ook uitleg te geven over de stress preventieve werking van sport/lichamelijk fitheid.

De andere pijler binnen de militaire basisopleiding is de mentale vorming, deze wordt bewerkstelligd door verschillende onderdelen. Achtereenvolgens zijn deze: psychoeducatie over stress en stresshantering, leren omgaan met minder luxe omgevingen en onzekerheden, slaapmanagement, grens verleggende activiteiten en groepscohesie. In Hoofdstuk 3 wordt van elk van deze maatregelen de mogelijke stress preventieve werking beschreven. Voor het grootste gedeelte van de maatregelen geldt echter dat onderzoek naar de effectiviteit van deze onderdelen schaars is.

Van psychoeducatie over stress en stresshantering is uit onderzoek bekend dat het personen helpt, omdat het zorgt voor meer grip op de situatie. Om deze reden is het ook zeer nuttig dat deze stresslessen worden opgenomen in de basisopleiding. Dit geldt echter nog niet voor elk krijgsmachtsonderdeel. Een andere vraag die zich aandient is of de kwantiteit van de lessen over dit onderwerp, zoals deze momenteel worden verzorgd, voldoende zijn om effect te hebben als zijnde preventief. Gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van deze maatregel ontbreekt en lijkt een logische volgende stap. Een ander onderdeel waarvan iets over de effectiviteit kan worden gezegd zijn de grens verleggende activiteiten. Zoals te lezen valt komt uit onderzoek naar de effectiviteit van GVA naar voren dat er inderdaad een beschermende invloed uitgaat van GVA ten aanzien van verwerkings- en aanpassingsproblematiek, maar dat de koppeling naar de formatie van cognitieve en gedragsmatige copingstechnieken niet mag ontbreken. Tijdens de basisopleiding wordt ook veel aandacht besteed aan het vormen van hechte groepen (groepscohesie). Bekend is dat sociale steun vanuit de groep ten tijde van stressvolle gebeurtenissen erg belangrijk is om met stress te kunnen omgaan. Een gevaar is echter dat door het richten op het “wij zij principe”, belangrijke steun van buiten de militaire setting kan dreigen weg te vallen. Het is om deze

reden belangrijk dat zowel het nut en de noodzaak van de cohesie van de militairen onderling wordt benadrukt, maar dat ook het belang van steun buiten de setting wordt onderstreept.

Ten aanzien van het nut van leren omgaan met minder luxe omgevingen en onzekerheden is er over de effectiviteit ten aanzien van de preventieve werking niet veel bekend. Ondanks dat effectiviteitonderzoeken ontbreken, wordt wel door verschillende auteurs het nut van dergelijke maatregelen onderstreept. Om deze reden kan aangaande de effectiviteit van deze maatregel slechts gesteld worden dat er "waarschijnlijk" een preventieve werking vanuit gaat en dat nader onderzoek gewenst is. Ook ten aanzien van slaapmanagement ontbreekt het nodige onderzoek naar de effectiviteit van deze maatregel en lijkt ook hier verder onderzoek naar deze maatregel een logische stap.

Concluderend kan ten aanzien van de effectiviteit van de training gezegd worden dat de aangeboden onderdelen allen hun specifieke preventieve elementen lijken te hebben met betrekking tot aanpassings- en verwerkingsproblematiek, maar dat meer onderzoek gewenst is. Tevens zou het raadzaam zijn om bij de verschillende onderdelen meer koppelingen aan te bieden tussen de activiteiten en de rationale daarachter.

De volgende stresspreventiemaatregel die Defensie aanbiedt alvorens de militairen uit te zenden zijn de zogenaamde lessen "stress en trauma" tijdens de MGO. Zoals beschreven bestaan deze lessen voor iedere militair uit psychoeducatie over stress en stresshanteringstechnieken. Daarnaast is er tevens een extra gedeelte voor de kaderleden waarin wordt uitgelegd hoe zij zogenaamde opvanggesprekken kunnen voeren. Ten aanzien van de effectiviteit van de psychoeducatie over stress en stresshanteringstechnieken komen uit de onderzoeken met name positieve resultaten naar voren. Om die reden kan gezegd worden dat deze manier van aanpak een goede lijkt te zijn. Eén "maar" die hier aan vast zit is dat de training over stress en stresshanteringstechnieken slechts vier uur duurt en dat er zodoende niet genoeg tijd is om tijdens de les de stresshanteringstechnieken aan te leren. Met de meeste van deze stresshanteringstechnieken hebben de militairen echter reeds in de voorgaande opleiding kennis gemaakt. Te denken valt hier aan: belang van sociale vaardigheden, probleem oplossingstechnieken, conflicthantering etc. Hanteringstechnieken waarmee zij tijdens de militaire opleiding echter niet veel kennis hebben gemaakt zijn de zogenaamde ontspanningstechnieken. Een aanvulling op de reeds bestaande stress en trauma training zou dus het aanleren van deze technieken zijn. Dit houdt dus tevens in dat de les meer tijd in beslag zal gaan nemen, hetgeen gezien de effectiviteit van deze preventieve maatregel in zijn geheel geen verloren tijd lijkt te zijn.

Na de preventieve maatregelen voor de uitzending volgen de preventieve maatregelen tijdens de uitzending. Deze maatregelen zijn achtereenvolgens: het aanwezig/beschikbaar zijn van hulpverlenend personeel in het missie gebied, debriefingsgesprekken na een kritiek incident (het opvanggesprek), debriefingsgesprekken aan het eind van de missie (psychologische einddebriefing) en de mogelijkheid tot ontspanning door het aanbieden van ontspanningsfaciliteiten.

Over de aanwezigheid van hulpverleners in het missie gebied zijn er verschillende opvattingen betreffende de effectiviteit. Uit onderzoek kwam naar voren dat het bieden van steun in de nabijheid van het missiegebied er voor zorgt dat het aantal mensen dat een PTSS ontwikkelt lager is dan wanneer deze steun niet ter plaatse wordt aangeboden. Er zijn echter geluiden te horen in de literatuur die duidelijk hun vraagtekens zetten bij de effectiviteit van het nabijheidsprincipe en het onmiddellijkheidsprincipe. Zo wordt gesteld dat deze principes

de acute stressreactie wel verminderen, maar PTSS niet kunnen voorkomen. Ook wordt er in de literatuur gewezen op de vooroordelen en het gebrek aan status en erkenning waarmee hulpverleners te maken kunnen krijgen. Te lezen valt ook dat de vier krijgsmachtsonderdelen ten aanzien van het wel of niet aanwezig zijn van hulpverleners verschillende opvattingen hebben. Wanneer echter kritisch de verschillende opvattingen zoals gevonden in de literatuur naast elkaar worden gezet, kan het volgende geconcludeerd worden over de effectiviteit van de nabijheid van hulpverleners in het missie gebied: de aanwezigheid van hulpverleners in het missie gebied zorgt voor een vermindering van de acute stresssymptomen en zorgt er tevens voor dat een lager percentage mensen een PTSS ontwikkelt. Hulpverleners kunnen echter niet het ontstaan van een PTSS voorkomen. Aangezien af te vragen is of een PTSS werkelijk te voorkomen is, valt te zeggen dat de aanwezigheid van hulpverleners in het missie gebied inderdaad zinvol is. Daarbij kan dan wel gesteld worden dat de primaire rol die de geestelijke gezondheidsmedewerkers dienen te vervullen, er bij voorkeur één is van probleemsignalering, het aanbieden van psychoeducatie en psychologische ondersteuning.

Over debriefing kan tevens het nodige worden gezegd betreffende de effectiviteit. In het hiervoor beschrevenen is uitgelegd dat er twee soorten debriefing worden gehanteerd door Defensie: het opvanggesprek na een kritiek incident en de psychologische eindebriefing aan het eind van een missie. Nu zal eerst op het opvanggesprek na een kritiek incident worden ingegaan. Zoals aangegeven bevat het door Defensie gebruikte opvanggesprek onderdelen van CISD. Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat debriefing na een kritiek incident (CISD) door de deelnemende personen als behulpzaam en prettig wordt ervaren. Tevens is in enkele onderzoeken gevonden dat CISD de herstelperiode van acute stress verkort. In onderzoeken waarin werd gekeken naar de effectiviteit van CISD betreffende het preventieve aspect ten aan zien van PTSS en naar de daling van de scores op bijvoorbeeld de IES of GHQ werden er geen verschillen tussen de gedebriefde personen en de niet gedebriefde personen gevonden. Een verklaring hiervoor is zoals beschreven dat de PTSS symptomen niet een afnemend maar juist een toenemend karakter hebben over tijd. De vraag die nu overblijft is: wat is in dit geval de toegevoegde waarde van CISD? Het antwoord op deze vraag is misschien al gegeven: de gedebriefde mensen ervaren het als prettig en behulpzaam. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat mensen aan wie niet de mogelijkheid wordt geboden tot debriefing er significant meer PTSS-klachten optreden. Aangezien het opvanggesprek zoals Defensie deze kent veel overeenkomsten heeft met CISD kan aan de hand van de hier beschreven onderzoeken gesteld worden dat debriefen na een kritiek incident een goede maatregel is om te handhaven. Specifiek onderzoek naar de effectiviteit van het door Defensie gebruikte opvanggesprek is echter wel noodzakelijk.

Naar debriefing aan het eind van een missie is ook het nodige onderzoek gedaan. Ook in deze onderzoeken komt naar voren dat de gedebriefde personen de debriefing als zinvol ervaren. De resultaten uit de onderzoeken naar de effecten van eindebriefing zijn net als de onderzoeken naar de effecten van CISD niet eenduidig. In het ene beschreven onderzoek komen positieve resultaten naar voren ten aanzien van einddebriefing en in het andere onderzoek blijkt einddebriefing juist weer niet te zorgen voor significante verschillen tussen de gedebriefde en de niet gedebriefde groep. De vraag is hoe het nu mogelijk is dat de ene studie positieve effecten vind en de ander juist niet. Een mogelijk antwoord op deze vraag is dat niet alleen de effectiviteit van de debriefing wordt gemeten, maar ook de effectiviteit van de zorg voor en tijdens de uitzending. Een ander probleem met de huidige onderzoeken naar de effecten van einddebriefing is dat er niet een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende soorten debriefing waaronder: debriefing na een kritiek incident, de debriefing aan het eind van een missie en groepsdebriefing versus individuele debriefing. Dit

bemoeilijkt het formuleren van een conclusie over de effectiviteit van einddebriefing. Om deze reden is gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van einddebriefing wenselijk.

De laatste stresspreventiemaatregel die Defensie treft tijdens de uitzending is het bieden van de mogelijkheid tot ontspanning. Over de effectiviteit ten aanzien van stresspreventie van deze maatregel kunnen we kort zijn, het werkt en is zinvol. In alle onderzoeken over ontspanning door middel van sport, muziek, ontspanningsoefeningen etc. komt naar voren dat hier een stress remmende en preventieve invloed vanuit gaat. De voortzetting van het bieden van ontspanningsmogelijkheden tijdens een missie is daarom sterk aan te bevelen.

Na afloop van de uitzending biedt Defensie aan zijn personeel nog een terugkeer gesprek en een nazorg vragenlijst aan. Het terugkeergesprek bestaat voor een groot gedeelte uit psychoeducatie. De effectiviteit van het terugkeer gesprek hangt dan ook nauw samen met de effecten van psychoeducatie op stress. Zoals vermeld zorgt psychoeducatie voor een stukje inzicht en tevens ook voor het makkelijker rapporteren van klachten. Daarnaast zorgt psychoeducatie vaak voor een prettig en gesteund gevoel, wat dus aangenomen mag worden ook geldt voor het terugkeer gesprek. Onderzoek naar de effectiviteit van het terugkeer gesprek als zijnde stresspreventief is er echter nog niet en is daarom aan te bevelen. Betreffende de effectiviteit van de nazorgvragenlijst is ook geen onderzoek bekend, wel kan gesteld worden dat het ervoor zorgt dat mensen die zich normaliter terug zouden trekken met hun klachten nu actief benaderd worden, zodat zij eventueel eerder behandeld kunnen worden. Dit zorgt ervoor dat de klachten die zij ervaren niet overgaan in meer ernstige aanpassings - en verwerkingsproblematiek. Concluderend kan gezegd worden over deze maatregelen dat zij effectief lijken, maar dat gecontroleerd onderzoek naar de effecten gewenst is.

De laatste hier te bespreken stresspreventiemaatregel betreft de zorg die Defensie treft ten aanzien van het thuisfront. Uit de besproken onderzoeken komt betreffende deze maatregel een duidelijk beeld naar voren aangaande de effectiviteit. Gebleken is namelijk dat de steun vanuit het gezin een belangrijke factor is voor de militair om met stress om te kunnen gaan. Om deze reden kan gesteld worden dat indien het met de familie goed gaat, dit ten gunste komt van de militair. Zodoende is de steun die Defensie treft ten aanzien van het thuisfront een goede stresspreventiemaatregel.

In het hier bovenstaande is per specifieke maatregel besproken wat er over de effectiviteit kan worden gezegd. Te lezen valt dat de getroffen maatregelen ieder zo hun nut blijken te hebben ten aanzien van stresspreventie. Wel valt dit door gebrek aan onderzoek niet van elke maatregel met dezelfde zekerheid te zeggen. Concluderend kan dus worden gesteld dat Defensie met de door hen getroffen maatregelen ten aanzien van stresspreventie op de goede weg zit, maar dat meer onderzoek naar de effectiviteit gewenst is. Daarbij komt, dat hoewel de genomen maatregelen een positief effect lijken te hebben, dit niet wil zeggen dat er niet uit gekeken kan worden naar andere effectieve manieren om met stress om te gaan. Te denken valt bijvoorbeeld aan een andere kijk te creëren betreffende stress en de gevolgen daarvan. Momenteel wordt er vooral gehandeld vanuit het principe dat stress een emotie is die gereduceerd dient te worden. Een andere opvatting die men echter aan kan nemen is de opvatting die Paton (in press) hanteert. Paton beargumenteerd in zijn artikelen dat in plaats enkel naar de nadelen van traumatische ervaringen te kijken er in de hulpverlening ook meer aandacht zou moeten zijn voor het ondersteunen van de positieve gevolgen van het mee hebben gemaakt van een gebeurtenis, zoals onder andere groei in professionaliteit, een groter

gevoel van bekwaamheid, meer waardering voor familie etc. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat de ervaring niet in zijn geheel in het negatieve wordt getrokken hetgeen weer een positieve uitwerking kan geven op het reduceren van aanpassings- en verwerkingsproblematiek.

Kortom er is nog veel open en ononderzocht terrein op het gebied van stresspreventie, hetgeen dit gebied des te aanlokkelijker maakt, want wat kan er nog niet allemaal worden bereikt? Te stellen valt wel dat de Nederlandse Defensie een vooruitstrevende krijgsmacht is wat betreft de psychische hulpverlening voor zijn militairen, dit in tegenstelling tot onder andere de Amerikaanse Defensie waarbij de psychologische hulpverlening nog duidelijk te wensen overlaat. Zo geeft een Amerikaanse militair in het artikel van Langendonck (2005) het volgende aan: “Vergis U niet ik hou van mijn land en hou van het leger, maar ik ben tot de conclusie gekomen dat deze legerleiding zich meer zorgen maakt om de goede staat van zijn wapensystemen dan om die van zijn soldaten. Wanneer een F-16-gevechtsvliegtuig terugkeert uit de oorlog, laten ze het toestel niet in de garage staan tot de volgende oorlog. Er wordt voortdurend aan gesleuteld om ervoor te zorgen dat het in goede conditie blijft. Is het echt teveel gevraagd om hetzelfde te doen voor onze soldaten?”

5. Literatuur

Artiss, K. (1963). Human behavior under stress: From combat to social psychiatry. Military Medicine, 128, 1011-1015.

Armfield, F. (1994). Preventing post-traumatic stress disorder resulting from military operations. Military Medicine, 159, 739-746.

Baker M.S. & Armfield F. (1996). Preventing post-traumatic stress disorders in military medical personnel. Military Medicine, 161(5), 262-264.

Bartone, P.T., Ursano, R.I., Wright, K.M. & Ingraham, L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers. Journal of Nervous and Mental Disease, 177(6), 317-328.

Bruning, N.S. & Frew, D.R. (1987). Effects of exercise, relaxation, and management skills on physiological stress indicators: A field experiment. Journal of Applied Psychology, 72, 515-521.

Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S. & Blumenthal, J. A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults: Recent findings and future directions. Sports Medicine 32(12), 741-760.

Deahl, M.P., Earnshaw, N.M. & Jones, N. (1994). Psychiatry and war: learning lessons from the former Yugoslavia. British Journal of Psychiatry, 164, 441-442.

Deahl, M., Gillham, A. B., Thomas, J., Searle, M. M. & Srinivasan, M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf war: factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. British Journal of Psychiatry, 165, 60–65.

Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C. & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. British Journal of Medical Psychology, 73, 77–85.

Derogatis, L.R., Lopman, R.S. & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. Psychopharmacology, 9, 13–28.

Dubbert, P.M. (2002). Physical activity and exercise: recent advances and current challenges. Journal of Consulting Clinical Psychology, 70, 526-536.

Dyregrov, A. (1997). The process of psychological debriefing. Journal of Traumatic Stress, 10, 589-604.

Ersland, S., Weisaeth, L. & Sund, A. (1989). The Stress Upon Rescuers Involved in an Oil Rig Disaster. "Alexander L. Kielland" 1980. Acta Psychiatrica Scandinavia, 355, 38-49.

Ewing, J.A. (1984). Detecting Alcoholism: the CAGE Questionnaire. JAMA, 252, 1905-1907.

Gersons, B.P.R. & Carlier, I.V.E. (1992). Post-traumatic stress disorder: a history of a recent concept. British Journal of Psychiatry, 161, 742-748.

Goldberg, D. & Hiller V.S. (1979) A scaled function of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 9, 139-145.

Hassmen, P., Koivula, N. & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. Prev Med, 30(1), 17-25.

Hoiberg A. (1980). Military staying power. In combat effectiveness: Cohesion Stress and the volunteer military, 212-434. Edited by Sarkesian, S.C. Beverly Hills, C.A., Sage Publications.

Horowitz, M., Wilner, M. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209-218.

Hytten, K. & Hasle, A. (1989). Firefighters: A study of stress and coping. Acta Psychiatrica Scandinavica, 80(355), 50-55.

Kamiyama, K., Yamami, N., Sato, K., Aoyagi, M., Kyoya, M., Mizuno, E., Uemura, M., Kawamoto, Y., Okuda, M., Togawa, S., Shibayama, M., Hosaka, T. & Mano, Y. (2004) Effects of a structured stress management program on psychological and physiological indicators among marine hazard rescues. Journal of Occupational Health, 46(6), 497-499.

Kaspersen, M., Götestam, K.G. & Mathiesen, S.B. (2003). Social support, coping and life experience as mediators in the development of posttraumatic stress disorder. Scandinavian Journal of Psychology, 44, 415-423.

Kearney, G.E., Creamer, M., Marshall, R. & Goyne, A. (2003). Military Stress and Performance: The Australian Defence Force Experience. Carlton, V.I.C. Melbourne University Press, (294 pp).

Kenardy, J.A., Webster, R.A., Lewin, T.J., Carr, V.J., Hazell, P.L. & Carter G.L. (1996). Stress debriefings and patterns of recovery following a natural disaster. Journal of Traumatic Stress, 9, 37-49.

King, D.W., King, L.A., Foy, D.W., Keane, T.M. & Fairbank, J.A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. Journal of Abnormal Psychology, 108, 164–170.

Langendonck, G. (2005). Het Bagdadsyndroom van Jake en de anderen. M het maandblad van NRC Handelsblad, 4, 59-70.

Lewis G.W. (1994). Critical incident and trauma in the workplace. Bristol, P.A., Accelerated Development.

Luteijn, F., Starren, J. & Dijk, H. van. (1985). Handleiding Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Marine Corps Reference Publication (MCRP) 6-11C, Combat Stress; Navy Tactics, Techniques, and Procedures (NTTP) 1-15M, Commander's Handbook on Combat Stress; and Army Field Manual (FM) 90-44/6-22.5, Department of the Navy, Headquarters United States Marine Corps, Washington, D.C. 20380-1775, 23 June 2000

Marshall. S.L.A. (1944-1982 reprint). Island victory: The battle of Kwajalein. Washington, DC: Zenger.

McNair, D.M., Lorr, M. & Droppleman, L.F. (1971). Profile of Mood States: Manual. San Diego, Calif: Educational and Industrial Testing Service.

Meijer, M. (2003). Effectiviteit van debriefing nader beschouwd. Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift, 56(4), 113-121.

Meijer, M. (2003). Effectiviteit van debriefing: zin en onzin in een quasi-wetenschappelijke discussie. Marineblad, 113 (9), 297-306.

Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The Critical Incident Stress Debriefing. Journal of Emergency Medical Services, 8, 36–39.

Mitchell, J. T. & Bray, G. (1990). Emergency services stress: Guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

McCugan. P. (1989). Beating Burnout. London, Ontario, Potentials Press.

Meichenbaum, D. Stress Inoculation Training. New York, Pergamon Press 1990.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. J Consult Clin Psychol,72(4), 579-87.

Partinen, M. (1994). Sleep disorders and stress. Journal of Psychosomatic Research, 38, 89-91.

Paton, D. (in press) Posttraumatic growth in disaster and emergency work. In. L. Calhoun and R. Tedeschi (eds) Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.

Robinson, R.C. & Mitchell, J.T (1993) Evaluation of psychological debriefings. Journal of Traumatic Stress, 6(3), 367-382.

Salmon, T.W. (1917) The care and treatment of mental diseases and war neuroses ("shell shock") in the British Army. Mental Hygiene, 1, 509-547.

Schok, M.L., Mouthaan, J. & Weerts, J.M.P. (2003). Posttraumatische stressklachten en symptomen bij Nederlandse militairen en veteranen. Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift, 56 (6), 199-204.

Schnurr, P. P. & Vielhauer, M. (1999). Personality as a risk factor in the development of PTSD. In R. Yehuda (Ed.), Risk factors for PTSD (pp. 191–222). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Solomon, Z. & Benbenishty, R. (1986). The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. American Journal of Psychiatry, 143, 613-617.

Solomon, Z., Waysman, M. & Mikulincer, M. (1990). Family functioning, perceived societal support, and combat-related psychopathology: The moderating role of loneliness. Journal of Social and Clinical Psychology, 9(4), 456 - 472.

Timmerman, I.G., Emmelkamp, P.M. & Sanderman, R.(1998). The effects of a stress-management training program in individuals at risk in the community at large. Behaviour Research and Therapy, 36(9), 863-75.

Waal, W.J. de. (1996). Preventie en behandeling van PTSS. Polsslag, 3, 15-16.

Weisaeth, L. (1989). A study of behavioural responses to an industrial disaste. Acta Psychiatr. Scand. 355 (Suppl.),13–24.

Wessely, S., (2004). Risk, psychiatry and the military. Fifteenth Annual Liddell Hart Centre for Military Archives Lecture. King's College, London.

Wientjes, C.J.E. (1996). Stress resistance training: An evaluation interim report Grensverleggende activiteiten: Een evaluatie. Institute for Human Factors TNO, Netherlands; 26p; Report No.(s): TNO-TM-96-A033; RP-96-0170.

Wilson, J.P., Raphael, B., Meldrum, L., Bedosky, C. & Sigman, M. (2000). Preventing PTSD in trauma survivors. Bulletin of the Menninger Clinic, 64, 181-196.

Wolfe, J. (1993). Critical Incident stress debriefing and crises groups: a review of the literature. Group, 17(2): 70-83.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale. Acta Psychiatr Scand, 67, 361-70.

Bijlage 1

DSM-IV-TR criteria Acute Stress-Stoornis.

A. Betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide volgende aanwezig zijn geweest:
   (1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van 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. 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 verdoving, onthechting of afwezigheid van emotionele reacties
   (2) vermindering van het zich beweust zijn van zijn of haar omgeving ("in een waas verkeren")
   (3) derealisatie
   (4) depersonalisatie
   (5) dissociatieve amnesie (dat wil zeggen niet in staat 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.
   recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis,

D. Duidelijke vermijding van 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 rusteloosheid).

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 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.

Bijlage 2

DSM-IV-TR criteria PTSS.

A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

(1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van 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. NB: bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag

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. NB: bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt

(2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis. NB: bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen

(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 die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). NB: bij jonge kinderen kunnen trauma-specifieke heropvoeringen voorkomen

(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:

(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 spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)

(7) 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 woede-uitbarstingen

(3) moeite met concentreren

(4) overmatige waakzaamheid

(5) overdreven schrikreacties

E. Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand

F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

Trauma

Als niet voldaan wordt aan de criteria wil dat niet zeggen dat er geen (psychisch) leed is. Veel mensen houden aan een ingrijpende ervaring (trauma) klachten over, maar voldoen niet aan bovenstaande criteria. Dit wordt ook wel een partiële PTSS ("sub-treshold PTSD") genoemd.