

Lichamelijke en psychische klachten bij militairen na oorlogshandelingen en vredesmissies

M.DE VRIES, P.M.M.B.SOETEKOUW, L.F.J.M.VAN BERGEN, J.W.M.VAN DER MEER EN G.BLEIJENBERG

Sinds de terugkeer van de vredesmissie met de naam United Nations Transitional Authority in Cambodia (UNTAC) spreken Nederlandse VN-militairen hun zorg uit over negatieve gevolgen die deze uitzending heeft gehad voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheid. Zij rapporteren klachten die bekend staan als 'jungleziekte' of 'post-Cambodja-klachten' en sinds 1996 onderwerp zijn van wetenschappelijk onderzoek.^{1,2} De klachten van de Cambodja-gangers vertonen overeenkomsten met het Golfoorlogsyndroom waaraan militairen lijdten die aan de Golfoorlog (1991-1992) deelnamen. In beide gevallen betreft het klachten van ernstige vermoeidheid, concentratieproblemen, vergeetachtigheid, spierpijn en hoofdpijn. De oorzaak voor beide is allereerst in chemische factoren gezocht: het Golfoorlogsyndroom werd toegeschreven aan preventieve medicatie met betrekking tot chemische oorlogsvoering (pyridostigminetabletten), vaccinaties en blootstelling aan zenuwgas, verarmd uranium en brandende oliehaarden; post-Cambodja-klachten zouden te herleiden zijn op multipole vaccinaties en het antimalariamiddel mefloquine.^{1,3-5} De laatste jaren wordt ook gewezen op het belang van psychische factoren, zoals ervaren dreiging en blootstelling aan traumatische gebeurtenissen.^{6,7} In de vele onderzoeken naar het Golfoorlogsyndroom zijn, enkele uitzonderingen daargelaten, geen somatische oorzaken aangetoond.^{5,6,8,9} Eveneens is posttraumatische stressstoornis (PTSS) geen eensluidende verklaring voor deze klachten gebleken.⁶ Schattingen van de prevalentie van PTSS bij Golfoorlogsveteranen lopen sterk uiteen: van 3 tot 50%, waarbij de meeste onderzoeken lage percentages noemen.¹⁰

De eerste fase van het Nederlandse onderzoek naar post-Cambodja-klachten bestond uit een dwarsdoorsnedeonderzoek met vragenlijsten bij Cambodja-gangers en bij 4 controlegroepen.^{1,2} Daarnaast hebben wij bij een belangengroep van Cambodja-gangers met klachten en 2 controlegroepen individueel somatisch en psychologisch onderzoek verricht.¹ In het vragenlijstenonderzoek

SAMENVATTING

– Na hun terugkeer van de vredesoperatie United Nations Transitional Authority in Cambodia (UNTAC) maken Nederlandse VN-militairen zich zorgen over hun gezondheid. Zij rapporteren lichamelijke en psychische klachten die veel overeenkomsten vertonen met het Golfoorlogsyndroom.

– Het is de vraag of het bij post-Cambodja-klachten, het Golfoorlogsyndroom en andere klachten na oorlogshandelingen en vredesmissies om unieke syndromen of om vergelijkbare klachten gaat.

– Uit een historisch overzicht van oorlogssyndromen blijkt dat het niet plausibel lijkt dat zich met iedere oorlog of vredesmissie nieuwe en unieke syndromen openbaren.

– Het lijkt evenzeer onwaarschijnlijk dat oorlogssyndromen tot één diagnostische categorie kunnen worden herleid.

– Voor de post-Cambodja-klachten kunnen 4 hypothetische modellen ter verklaring worden opgesteld: het somatische-startmodel, het psychotraumastartmodel, het premorbiditeitsmodel en het niet-aan-Cambodja-gerelateerde-klachtenmodel.

– Deze modellen zijn waarschijnlijk, na nadere toetsing, generaliseerbaar voor andere klachten na oorlogshandelingen en vredesmissies. Verder zouden ze aangrijpingspunten kunnen bieden voor het voorkómen en behandelen van klachten na toekomstige oorlogshandelingen en vredesmissies.

rapporteerde 17% van de Cambodja-gangers, 5 jaar na de uitzending, ernstige vermoeidheidsklachten. Hiervoor is geen somatische verklaring gevonden. Afhankelijk van de gekozen criteria bedroeg de geschatte prevalentie van PTSS 1-2%; 4-16% van de personen voldeed aan tenminste 1 van de 3 criteria voor PTSS.^{1,2} Ter vergelijking: in ander onderzoek onder militairen die sinds 1975 aan vredes- en crisisbeheersingsoperaties hebben deelgenomen voldeed circa 5% van de respondenten aan alle criteria voor PTSS en 16% aan tenminste één criterium voor PTSS.¹¹

De klachten van de Cambodja-gangers bleken niet specifiek voor deze groep te zijn: in een kleine groep militairen die in de periode 1993-1996 aan de United Nations Assistance Mission for Rwanda (UNAMIR) in Rwanda, Zaïre en Burundi had deelgenomen, voldeed zelfs 29% aan de gestelde criteria voor post-Cambodja-klachten. Post-Cambodja-klachten zijn geoperationaliseerd als een score groter of gelijk aan 37 op de subschaal 'fatigue severity' van de 'Checklist individual strength'.^{12,13} Deze operationalisatie is beschreven door De Vries et al.¹ Verder zijn in ander onderzoek vergelijkbare klachten beschreven bij Nederlandse militairen van de United Nations Protection Force (UNPROFOR), die in voormalig Joegoslavië waren gestationeerd.¹⁴

Academisch Ziekenhuis St. Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Afd. Medische Psychologie: mw.dr.s.M.de Vries, gezondheidswetenschapper; dr.G.Bleijenberg, klinisch psycholoog.

Afd. Algemene Interne Geneeskunde: P.M.M.B.Soetekouw, arts; prof.dr.J.W.M.van der Meer, internist.

Katholieke Universiteit, Studiecentrum voor Vredesvraagstukken/Stichting Onderzoek Terugkeer en Opvang, Nijmegen: dr.L.F.J.M.van Bergen, historicus.

Correspondentieadres: prof.dr.J.W.M.van der Meer.

Lichamelijke en psychische klachten na gevechtshandelingen worden sinds de Amerikaanse Burgeroorlog beschreven. Elke oorlog lijkt zijn eigen symptomen en nieuwe syndromen te hebben, voorzien van unieke benamingen. Weerts en Weisaeth verwachten dat nieuwe medische syndromen zich ook zullen voordoen bij toekomstige gewapende conflicten en oorlogen.¹⁵

In dit verband rijst de vraag of het Golfoorlogsyndroom, post-Cambodja-klachten en klachten na oorlogshandelingen of vredesmissies unieke syndromen of vergelijkbare klachten zijn. In dit artikel trachten wij deze vraag te beantwoorden aan de hand van een historisch overzicht van lichamelijke en psychische klachten na oorlogshandelingen en vredesmissies. Doel is een vergelijking te maken tussen verschillende oorlogssyndromen, zonder overigens hierbij geschiedkundige volledigheid na te streven. Tot slot presenteren wij op basis van klinische ervaring 4 hypothetische modellen ter verklaring van post-Cambodja-klachten.

ORLOGEN EN VREDESMISSIES

In het navolgende historische overzicht spreken wij over lichamelijke en psychische klachten na oorlogshandelingen en vredesmissies. Hierbij veronderstellen wij dat het voor het krijgen van klachten geen cruciaal verschil uitmaakt of militairen aan een oorlog of een vredesmissie hebben deelgenomen. In beide gevallen komen zij met oorlog in aanraking,¹⁶ en worden zij geconfronteerd met situaties die emoties als angst, woede, verdriet, machteloosheid en afgrijzen kunnen oproepen. In overeenstemming hiermee veronderstelt O'Brien dat militairen en burgers in oorlogssituaties vergelijkbare psychische stressoren en reacties ervaren, ondanks verschillen in positie.¹⁷ Hiermee bedoelen wij niet te zeggen dat er geen verschillen zijn tussen oorlogs- en vredesmissiemilitairen. Zij hebben verschillende taken en zijn op verschillende wijze betrokken bij geweld. Vredesmissiemilitairen zijn vaak gebonden aan regels voor gevechtshandelingen ('rules of engagement'), wat betekent dat zij hun wapen alleen mogen gebruiken als zij zelf direct gevaar lopen en dit gevaar niet op andere wijze kunnen afdwenden.¹⁸ Hierdoor kunnen en mogen zij in veel gevallen niet interveniëren. Daarnaast worden zij bij niet-militaire taken ingezet, zoals het bergen van lijken van burgers of het openleggen van massagraven.¹⁷ Binneveld vat dit samen door vredesmissiemilitairen als toeschouwers van geweld en ellende te beschrijven die, vergeleken met oorlogsmilitairen, over het algemeen minder gevaar lopen en minder ontberingen hoeven te doorstaan.¹⁶

BEKNOPT HISTORISCH OVERZICHT VAN OORLOGSSYNDROMEN

Amerikaanse Burgeroorlog. Een van de eerste uitgebreid gedocumenteerde oorlogssyndromen is het door Da Costa beschreven zogenaamde 'irritable heart'.¹⁹ Tijdens de Amerikaanse Burgeroorlog (1861-1865) onderzocht hij 300 militairen met klachten als pijn op de borst, palpitations, ademnood, vermoeidheid, hoofdpijn en duizeligheid. Hij zag duidelijke overeenkomsten tussen deze en eerder bij Britse troepen in India en de

Krimoorlog beschreven klachten, en veronderstelde een somatische oorzaak: het excessief marcheren.¹⁹ ²⁰ Het 'irritable heart' werd later ook bij burgers gezien, vooral bij jonge vrouwen die zich inspanden, sterk geëmotioneerd waren of in een grote mensenmassa stonden.²¹ Volgens Da Costa waren de klachten bij deze groep doorgaans het gevolg van recentelijk doorgemaakte infectieziekten. Hoeveel militairen en burgers aan het 'irritable heart' leden, is onduidelijk, maar uit Engelse gegevens blijkt bij 8-14% van alle voor dienst ongeschikt verklaarde militairen een aandoening van het hart de directe aanleiding voor het uitdiensttreden te zijn.²⁰

Een ander ziektebeeld dat tijdens de Amerikaanse Burgeroorlog voornamelijk bij jonge soldaten werd beschreven is nostalgia. Voor de hierbij voorkomende klachten als anorexie, apathie, diarree en koorts werd een ernstige vorm van heimwee als oorzaak verondersteld.²²

Eerste Wereldoorlog. Tijdens de Eerste Wereldoorlog (1914-1918) werden 'effort syndrome' en 'shell shock' als de belangrijkste oorlogsziekten beschreven. De klachten, die bij inspanning verergerden, waren kortademigheid, zuchten, palpitations, pijn op de borst, vermoeidheid, hoofdpijn, duizeligheid, verwarring, concentratieproblemen en vergeetachtigheid.

Het effort syndrome werd vooral somatisch verklaard door banden van zware rugzakken en strakke uniformen die ademhaling en circulatie bemoeilijkten. Deze verklaring was in de 19e eeuw ook al gangbaar in het Britse leger en werd na verloop van tijd vervangen door andere somatische verklaringen, zoals fysieke zwakte en uitputting door infectieziekten, gebrek aan slaap en beweging in de loopgraven en de effecten van giftige gassen en vaccinaties.²⁰ ²² ²³ Tijdens de Eerste Wereldoorlog was het effort syndrome de derde meest voorkomende reden voor ontslag uit het leger.²⁴ Na de oorlog ontvingen alleen al in Groot-Brittannië 44.000 veteranen hiervoor een invaliditeitspensioen.²²

In de loop van de Eerste Wereldoorlog raakte de term 'neurocirculatoire asthenie' in gebruik. 'Neurasthenie' was een door Beard in 1869 geïntroduceerde term voor algemene zenuwzwakte. Voor neurocirculatoire asthenie veronderstelde men mede een erfelijke aanleg. Militairen met deze aanleg waren vaak vóór de oorlog al bekend wegens nerveuze klachten.²¹ Belastende factoren zoals uitputting, ondervoeding of spanningen die met het vechten in de loopgraven samenhangen, vergrootten de kans op klachten.

Behalve voor het effort syndrome bestond er ook veel aandacht voor een ander klachtenbeeld: shell shock, met verlamningsverschijnselen, oververmoeidheid, geheugenverlies, irritatie, angst, blindheid, gehoor- en spraakstoornissen.¹⁶ ²² Voor shell shock werd allereerst een somatische verklaring gegeven: hersenbeschadigingen ten gevolge van ontploffende granaten. Shell shock trad echter ook op bij militairen die niet aan granaten waren blootgesteld en werd in verband gebracht met vechten in de loopgraven, bedreiging en ontbering.²⁵ Synoniemen voor shell shock waren 'loopgraafneurose', 'burial alive neurosis', 'gasneurose', en 'traumatische neurose'

of 'oorlogsneurose'. Voor shell shock zouden vooral soldaten met een erfelijke predispositie, een psychiatrisch belaste familiegeschiedenis, een zwakke constitutie of een nerveuze persoonlijkheidsstructuur ontvanke-lijk zijn.

Een aantal psychiatrisch geschoolde medici legde verband tussen shell shock en hysterie. Deze laatste ziekte kwam overwegend voor in lagere sociale klassen en bij vrouwen uit de hoge sociale klasse, terwijl mannen uit de hogere sociale klassen meer aan neurasthenie leden.^{16 23} In het leger was dit ook te zien: soldaten kregen de diagnose 'hysterie', hoge officieren hadden 'neurasthenie'.¹⁶

Tweede Wereldoorlog. Direct na het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog (1940-1945) werden vermoeidheid, palpitations, diarree, hoofdpijn, verminderde concentratie, vergeetachtigheid, slaapproblemen, angst en nachtmerries bij Britse en Amerikaanse militairen geconstateerd: 37% van de uit het Amerikaanse leger ontslagen soldaten leed aan klachten die 'effort syndrome', 'oorlogs'-, 'psycho'-, 'gevechts'- of 'angstneurose', 'battle fatigue', 'combat fatigue' of 'operational fatigue' en 'battle exhaustion' of 'combat exhaustion' werden genoemd.^{26 27} Bij Duitse militairen kwamen deze klachten pas na 1943 voor. Binneveld verklaart dit door de aandacht die er in het Duitse leger werd besteed aan opleiding, selectie en preventie van soldatenziekten.¹⁶

Zoals de naamgeving voor de klachten doet vermoeden, werden deze hoofdzakelijk psychologisch geattribueerd. Bij 94% van de soldaten die tijdens de Tweede Wereldoorlog een in oorlogsziekten gespecialiseerd centrum bezochten, werd een psychiatrische aandoening aangetoond.²⁸ Verondersteld werd dat klachten na oorlogshandelingen veroorzaakt werden door interactie tussen stress, persoon en omgeving. Of een soldaat klachten kreeg, was afhankelijk van de aard, de intensiteit en de duur van de stress waaraan hij was blootgesteld, zijn premorbide mentale gezondheidstoestand, zijn karakter en 'coping'-stijlen, en tot slot het moreel van en de ontvangen steun in de gevechtseenheid.²⁵ Aan de rol van familiale psychiatrische belasting en aangeboren persoonlijkheidsstructuur werd minder waarde toegekend dan in de Eerste Wereldoorlog. In termen als 'old sergeant syndrome' en 'lone survivor syndrome' werd uitdrukking gegeven aan de idee dat iedere militair vroeg of laat wel enige vorm van klachten zou krijgen.¹⁶ Uitgangspunt was dat de klachten na verloop van tijd vanzelf zouden verdwijnen. Wanneer dit niet het geval was, werd dit gezien als gevolg van al langer bestaande karakterproblemen.²⁹

Vietnam-oorlog. Aan het begin van de Vietnam-oorlog veronderstelde men gevechtssuitputting en stress te kunnen voorkomen door veel aandacht aan psychische voorbereiding en mentale veerkracht van groepen militairen te besteden en data van vertrek, verlof en terugkeer vooraf vast te stellen. Tijdens de Vietnam-oorlog was het aantal acute psychiatrische gevallen, met uitzondering van die gekoppeld aan verslavingsproblematiek, inderdaad gering.^{16 25 30} De klachten die optraden, werden 'acute gevechtssstressreactie' of 'gevechtssstress' genoemd. Echter, na terugkeer uit Vietnam vormden

depressiviteit, nachtmerries en alcohol- en drugsverslaving een groot probleem.³¹ Deze klachten werden bekend als het 'post-Vietnam-syndroom'.

Een ander probleem dat zich voordeed na de oorlog in Vietnam was de discussie over mogelijke vergiftiging door 'Agent orange', een chemisch ontbladeringsmiddel. Agent orange zou klachten als gevoelloosheid, tintelingen in de extremiteiten, huiduitslag, vermoeidheid, verlies van seksuele interesse, stemmingswisselingen en algemene zwakte hebben veroorzaakt, en verantwoordelijk zijn voor kanker en aangeboren aandoeningen bij kinderen van Vietnam-veteranen.^{22 32} Over de juistheid van deze attributie zijn de meningen tot op heden verdeeld.²²

Mede in reactie op de klachten van de Vietnam-veteranen werd in 1980 de posttraumatische stressstoornis (PTSS) als diagnose in de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III) opgenomen. Hiermee werd vastgelegd dat zeer aangrijpende gebeurtenissen op de lange termijn psychische effecten kunnen hebben.³³ Door PTSS in langetermijnperspectief te plaatsen en los te koppelen van reeds bestaande karakterproblemen, kwam er meer erkenning voor de klachten van de Vietnam-veteranen.³⁴ Volgens de recente DSM-IV-editie kan de diagnose 'PTSS' worden gesteld als klachten van herbeleving, vermijding, afstomping en verhoogde prikkelbaarheid optreden na het meemaken van een traumatische gebeurtenis die subjectieve reacties van intense angst, hulpeloosheid of afgrijzen oproep. De klachten moeten minimaal 1 maand aanhouden en ernstig lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren veroorzaken. Wanneer de klachten langer dan 3 maanden duren, wordt van 'chronische PTSS' gesproken, bij een duur korter dan 3 maanden van 'acute PTSS'.^{35 36}

Kulka et al. onderzochten de prevalentie van PTSS bij 1600 Vietnam-veteranen.³¹ Zij constateerden dat 15% van de mannen en 9% van de vrouwen jaren na de Vietnam-oorlog aan de criteria voor PTSS voldeden. Bij Vietnam-veteranen die aan een hoge mate van stress waren blootgesteld of blijvende invaliditeit aan de oorlog hadden overgehouden waren PTSS en andere psychiatrische aandoeningen zelfs nog prevalenter. Dat symptomen van PTSS jaren later nog kunnen voorkomen, blijkt eveneens uit Nederlands onderzoek onder leden van de Bond van Nederlandse Militaire Oorlogsen Dienstslachtoffers (BNMO) die tussen 1920 en 1929 zijn geboren. De huidige prevalentie van PTSS wordt in deze groep op 23% geschat.³⁷

UNIEKE SYNDROMEN OF VERGELIJKBARE KLACHTEN?

Weerts en Weisaeth noemen het opvallend dat bij elke nieuwe oorlog psychische symptomen en syndromen opnieuw ontdekt lijken te worden, of in elk geval van nieuwe benamingen worden voorzien.¹⁵ Deze vaststelling komt overeen met het hiervoor geschetste historische overzicht: elke oorlog lijkt zijn specifieke somatische en psychische ziekten te hebben. Echter, en dan zijn we terug bij de vraag waarmee dit artikel begon, is er sprake van unieke syndromen of gaan onder die verschillende naamgevingen vergelijkbare symptomen schuil?

Een eerste constatering op grond van het historisch overzicht is dat de klachtenbeelden van de verschillende oorlogsziekten oppervlakkig bezien overeenkomsten vertonen. Vrijwel zonder uitzondering betreft het specifieke klachten zoals vermoeidheid, hoofdpijn, palpitations en angst.^{5 22} In een commentaar benoemt Straus de opmerkelijke gelijkenis tussen het Golfoorlogsyndroom en klachten die tijdens de Eerste Wereldoorlog voorkwamen.³⁸ De vraag of er sprake is van een uniek syndroom is ook terug te vinden in de literatuur over het Golfoorlogsyndroom. Onlangs is een aantal publicaties verschenen waarin de algemene conclusie luidt dat Golfoorlogsveteranen weliswaar meer klachten en een slechter psychisch welbevinden rapporteren dan militaire controlegroepen, maar dat er voor het bestaan van een uniek Golfoorlogsyndroom geen aanwijzingen zijn.^{6 8 38-40} Er wordt in dit verband gesuggereerd dat de, nog onbekende, onderliggende oorzaak voor de klachten van Golfoorlogsveteranen ook zou kunnen gelden voor naar elders geplaatste militairen.⁴⁰

Gegevens uit ons eigen onderzoek spreken het bestaan van unieke syndromen eveneens tegen. Post-Cambodja-klachten bleken niet specifiek voor Cambodja-gangers te zijn. In een controlegroep van UNAMIR-veteranen voldeed zelfs een hoger percentage van de respondenten aan de gestelde criteria dan in de groep Cambodja-gangers.¹

Uitgaande van de gedachte dat oorlogssyndromen met verschillende benamingen vergelijkbare symptomen inhouden, stelt een aantal auteurs dat deze klachten tegenwoordig 'PTSS', 'paniekstoornis' of 'chronische-vermoeidheidsyndroom' worden genoemd.^{20 21 23 27 29 41} Een vraag die daarop volgt, is of klachten na oorlogshandelingen en vredesmissies inderdaad tot een homogeen ziektebeeld, en dan met name tot PTSS, teruggevoerd kunnen worden.

In onderzoek waaraan 1000 Golfoorlogsveteranen deelnamen, werd individueel somatisch en psychisch onderzoek verricht.⁹ Bij 12% werd PTSS gediagnosticeerd en 39% rapporteerde één of meerdere klachten die niet tot een diagnose konden worden herleid. In totaal werd bij 59% van de onderzochte veteranen meer dan één somatische of psychiatrische diagnose gesteld. In onderzoek onder Vietnam-veteranen bleek het eveneens onmogelijk de klachten tot één diagnostische categorie te herleiden: behalve de diagnose 'PTSS' werden diverse andere psychiatrische diagnoses gesteld.³¹ Volgens O'Brien zou dat ook een te simpele voorstelling van zaken zijn; naar zijn mening worden oorlog en PTSS vaak ten onrechte als synoniemen beschouwd.¹⁷

Samenvattend: op basis van de door verschillende auteurs geconstateerde overeenkomsten tussen oorlogssyndromen en gegevens uit onderzoeken naar het Golfoorlogsyndroom en post-Cambodja-klachten lijkt het weinig plausibel te veronderstellen dat zich met iedere oorlog of vredesmissie nieuwe en unieke syndromen openbaren. Eerder lijken deze klachten gekenmerkt door overeenkomsten. Verder spreken verschillende onderzoekers wel de bewering tegen dat klachten na oorlogshandelingen en vredesmissies tot een homo-

geen ziektebeeld, bijvoorbeeld PTSS, kunnen worden teruggevoerd.

VIER MODELLEN VOOR POST-CAMBODJA-KLACHTEN

Tot slot van dit artikel presenteren wij vier hypothetische modellen ter verklaring van post-Cambodja-klachten, die gezien de gegeven uiteenzetting mogelijk ook toepasbaar zouden zijn op andere oorlogssyndromen. De modellen zijn totstandgekomen op basis van klinische ervaring binnen het post-Cambodja-klachtenonderzoek.¹ In de eerste fase van dit onderzoek hebben wij 21 Cambodja-gangers met klachten, die lid waren van een belangengroep (de zogenaamde Groep van 27) en 2 controlegroepen (21 Cambodja-gangers zonder klachten en 15 gezonde, niet-militaire buurtcontrolepersonen) individueel somatisch en psychologisch onderzocht. Dit onderzoek bestond uit: lichamelijk en neurologisch onderzoek; perfusie-'single photon'-emissiecomputertomografie (perfusie-SPECT) van de hersenen; microbiologisch, immunologisch en endocrinologisch onderzoek; fietsergometrietest; interview over de uitzending naar Cambodja en de huidige gezondheidstoestand; screening voor psychiatrische aandoeningen; neuropsychologisch onderzoek en meting van het activiteitsniveau met behulp van een actometer;⁴² dat is een apparaat met de grootte van een lucifersdoosje dat aan de enkel wordt bevestigd en dat het aantal bewegingen binnen elke periode van 5 min meet. Gezien de beperkte omvang van de onderzochte groepen en de mogelijk beperkte generaliseerbaarheid van de gegevens van de Groep van 27, zijn de modellen vooralsnog hypothetisch van aard. Op dit moment voeren wij vervolgonderzoek uit, waarin de bewijsvoering nader wordt getoetst. Wij verwachten dat de modellen aangrijpingspunten kunnen bieden voor behandeling van de Cambodja-gangers met klachten en voor preventie van lichamelijke en psychische klachten na toekomstige oorlogshandelingen en vredesmissies. In de eerste twee modellen wordt een onderscheid gemaakt tussen initiërende en instandhoudende factoren van de klachten.

Somatische-startmodel. In het somatische-startmodel zijn de klachten tijdens of kort na de uitzending naar Cambodja begonnen. Voor het ontstaan van de klachten is een duidelijke somatische gebeurtenis aan te geven, zoals een infectie (bijvoorbeeld dengue, malaria of amoebendysenterie). Deze initiërende factor kan het voortduren van de klachten echter niet verklaren. Wij veronderstellen dat de klachten in stand worden gehouden door cognitieve en gedragsmatige factoren, zoals sterke causale attributies, de mate van ervaren controle over de klachten ('self-efficacy'), somatisatie en inactiviteit. In ander onderzoek bleken dit bestendige factoren voor het chronische-vermoeidheidsyndroom te zijn.⁴³

Psychotraumastartmodel. In het psychotraumastartmodel zijn de klachten ontstaan na het meemaken van een schokkende gebeurtenis tijdens de uitzending. Tijdens of na de uitzending werd de diagnose 'PTSS' met zekerheid of met grote waarschijnlijkheid gesteld. Op moment van onderzoek wordt niet meer aan de criteria voor PTSS voldaan, meestal ten gevolge van adequate

behandeling ervan. Desondanks zijn er klachten blijven bestaan. Analooq aan de situatie in het eerste model veronderstellen wij dat vergelijkbare cognitieve en gedragsmatige factoren bijdragen aan het voortduren van de klachten.

Premorbiditeitsmodel. In het premorbiditeitsmodel passen de actuele klachten in de context van lichamelijke of psychische stoornissen die zich reeds in de jaren vóór de uitzending naar Cambodja hebben voorgedaan. Ondersteuning voor dit model wordt in de literatuur gevonden: een psychiatrische voorgeschiedenis blijkt een belangrijke voorspellende variabele te zijn voor het krijgen van klachten na ingrijpende gebeurtenissen.^{17 34}

Niet aan Cambodja gerelateerde klachtenmodel. In het niet aan Cambodja gerelateerde klachtenmodel zijn de klachten lang na de uitzending naar Cambodja ontstaan, bijvoorbeeld na een andere oorlog of uitzending. Logischerwijs kan er geen verband met de uitzending naar Cambodja worden gelegd.

Van de 21 Cambodja-gangers met klachten die wij hebben onderzocht pasten 6 personen hoofdzakelijk binnen het somatische-startmodel, 4 binnen het psychotraumastartmodel, 4 binnen het premorbiditeitsmodel en 7 binnen het niet aan Cambodja gerelateerde klachtenmodel.

CONCLUSIE

Lichamelijke en psychische klachten komen na vrijwel iedere oorlogshandeling of vredesmissie voor. In de regel zal de medicus practicus hier weinig mee te maken krijgen, aangezien dienende militairen doorgaans gebruikmaken van de door het ministerie van Defensie geboden geneeskundige faciliteiten. Artsen en specialisten in de burgermaatschappij worden echter wel geconsulteerd door vaak nog jonge veteranen die de dienst hebben verlaten. Volgens Murphy zouden artsen klachten van militairen, die aan een oorlog of vredesmissie hebben deelgenomen, serieus moeten nemen en deze niet direct, dat wil zeggen zonder aanvullend somatisch of laboratoriumonderzoek, aan stress toe moeten schrijven.¹⁰

Zoals wij betoogden, lijkt het niet plausibel dat zich met iedere oorlog of vredesmissie nieuwe en unieke syndromen openbaren. Daarnaast lijkt het evenzeer onwaarschijnlijk dat oorlogssyndromen als geheel tot één diagnostische categorie kunnen worden herleid. Echter, in een aantal gevallen is het op individueel niveau uiteraard mogelijk klachten tot één specifieke diagnose te herleiden, bijvoorbeeld PTSS. Wij hebben 4 hypothetische modellen ter verklaring van post-Cambodja-klachten gepresenteerd. Deze modellen behoeven nadere toetsing, waarna ze aangrijpingspunten zouden kunnen bieden voor het voorkómen en behandelen van klachten na toekomstige oorlogshandelingen en vredesmissies.

Het post-Cambodja-klachtenonderzoek werd ondersteund met een subsidie van het ministerie van Defensie.

ABSTRACT

Somatic and psychological symptoms in soldiers after acts of war and peace keeping operations

– Dutch soldiers who have participated in the peace keeping operation United Nations Transitional Authority in Cambodia (UNTAC) have reported various somatic and psychological symptoms since their return. Their symptoms show similarities to the Gulf War Syndrome.

– The question arises whether Gulf War Syndrome, symptoms in UNTAC soldiers and other symptoms after acts of war and peace operations are unique syndromes or comparable complaints?

– From an historical overview it is not plausible that new and unique syndromes will occur with each war or peace operation.

– On the other hand it also seems unlikely that war syndromes can be reduced to one diagnostic category.

– The post-Cambodia complaints may be described in four hypothetical models: the somatic start model, the psychotrauma start model, the premorbiditeitsmodel and the complaints-not-related-to-Cambodia model.

– These models are expected to be applicable, after further validation, to other symptoms after acts of war and peace operations. Also they will provide points of application for prevention and treatment of symptoms after future wars and peace operations.

LITERATUUR

- 1 Vries M de, Soetekouw PMMB, Bleijenberg G, Meer JWM van der. Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek Fase 1. Een inventariserend onderzoek naar aard, omvang en ontstaanswijze. Nijmegen: Academisch Ziekenhuis Nijmegen; 1998.
- 2 Esch SCM van, Bramsen I, Sonnenberg GP, Merlijn VPBM, Ploeg HM van der. Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek. Het welbevinden van Cambodja-gangers en hun behoefte aan hulp en nazorg. Amsterdam: EMGO-instituut; 1998.
- 3 Institute of Medicine. Health consequences of service during the Persian Gulf War: initial findings and recommendations for immediate action. Washington, D.C.: National Academy Press; 1995.
- 4 Persian Gulf Veterans Coordinating Board. Unexplained illnesses among Desert Storm veterans. A search for causes, treatment, and cooperation. Arch Intern Med 1995;155:262-8.
- 5 Soetekouw PMMB, Vries M de, Bergen LFJM van, Bleijenberg G, Meer JWM van der. Somatic hypotheses of war syndromes. European Journal of Clinical Investigation [ter perse].
- 6 Unwin C, Blatchley N, Coker W, Ferry S, Hotopf M, Hull L, et al. Health of UK servicemen who served in Persian Gulf War. Lancet 1999;353:169-78.
- 7 Holmes DT, Tariot PN, Cox C. Preliminary evidence of psychological distress among reservists in the Persian Gulf War. J Nerv Ment Dis 1998;186:166-73.
- 8 Fukuda K, Nisenbaum R, Stewart G, Thompson WW, Robin L, Washko RM, et al. Chronic multisymptom illness affecting Air Force veterans of the Gulf War. JAMA 1998;280:981-8.
- 9 Coker WJ, Bhatt BM, Blatchley NF, Graham JT. Clinical findings for the first 1000 Gulf war veterans in the Ministry of Defence's medical assessment programme. BMJ 1999;318:290-4.
- 10 Murphy FM. Gulf war syndrome. BMJ 1999;318:274-5.
- 11 Bramsen I, Dirkszager JE, Ploeg HM van der. Deelname aan Vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Amsterdam: EMGO-instituut; 1997.
- 12 Vercoulen JH, Swaninck CM, Fennis JF, Galama JM, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res 1994;38:383-92.
- 13 Vercoulen JH, Alberts M, Bleijenberg G. De Checklist Individual Strength. Gedragstherapie 1999;32:131-6.
- 14 Mulder YM, Rijnveld SA. Gezondheidsonderzoek UNPROFOR. Een onderzoek onder militairen die uitgezonden zijn geweest naar Lukavac, Santici en Busovaca (Bosnië-Herzegovina) in de periode 1994-1995. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid; 1999.
- 15 Weerts JMP, Weisaeth L. Epiloog. Stress-factoren, vredeslegers en toekomstscenario's. In: Ploeg HM van der, Weerts JMP, redacteurs. Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen – Tweede Wereldoorlog – Politieacties – Korea. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1995. p. 197-207.

- 16 Binneveld H. Om de geest van Jan Soldaat. Rotterdam: Erasmus Publishing; 1995.
- 17 O'Brien LS. What will be the psychiatric consequences of the war in Bosnia? A bad war from the psychiatric point of view, leading to hidden pathology. *Br J Psychiatry* 1994;164:443-7.
- 18 Ward W. Psychiatric morbidity in Australian veterans of the United Nations peacekeeping force in Somalia. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:184-93.
- 19 Da Costa JM. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci* 1871; 61:17-52.
- 20 Wooley CF. From irritable heart to mitral valve prolapse: British army medical reports, 1860 to 1870. *Am J Cardiol* 1985;55:1107-9.
- 21 Dunning AJ. Het soldatenhart. De zwakte van de bloedsomloop op het slagveld bij wie geen held wil zijn. In: Dunning AJ. Uitersten: beschouwingen over menselijk gedrag. Amsterdam: Meulenhoff; 1997. p. 46-58.
- 22 Hyams KC, Wignall FS, Roswell R. War syndromes and their evaluation: from the US Civil War to the Persian Gulf War. *Ann Intern Med* 1996;125:398-405.
- 23 Wessely S, Hotopf M, Sharpe M. Chronic fatigue and its syndromes. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- 24 Howell JD. 'Soldier's heart': the redefinition of heart disease and specialty formation in early twentieth-century Great Britain. *Med Hist Suppl* 1985;5:34-52.
- 25 Arthur RJ. Reflections on military psychiatry. *Am J Psychiatry* 1978;135 Suppl:2-7.
- 26 Menninger WC. Psychiatric experience in the war, 1941-1946. *Am J Psychiatry* 1947;103:577-586.
- 27 Kentsmith DK. Principles of battlefield psychiatry. *Mil Med* 1986;151:89-96.
- 28 Wood P. Cardiovascular disturbances associated with psychiatric states. In: Wood P. Diseases of the heart and circulation. Londen: Eyre & Spottiswoode; 1957. p. 937-47.
- 29 Gersons B. Posttraumatische stress-stoornis: de geschiedenis van een recent begrip. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1990; 45:893-909.
- 30 Kleber RJ, Brom D. Coping with trauma: theory, prevention and treatment. Amsterdam: Swets & Zeitlinger; 1992.
- 31 Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. Trauma and the Vietnam War Generation. New York: Brunner/Mazel; 1990.
- 32 Holden C. Agent orange furor continues to build. *Science* 1979; 205:770-2.
- 33 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, D.C.: APA; 1980.
- 34 McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry* 1989; 154:221-8.
- 35 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, D.C.: APA; 1994.
- 36 Ploeg HM van der. Posttraumatische stress. In: Molen H van der, Perreijn S, Hout M van den, redacteurs. Theorieën en psychopathologie. Groningen: Wolters Noordhoff; 1997.
- 37 Bramsen I, Klaarenbeek MTA, Ploeg HM van der. Psychische aanpassing van oorlogsveteranen op de lange termijn. Het vervolgonderzoek onder leden van de BNMO. In: Ploeg HM van der, Weerts JMP, redacteurs. Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen - Tweede Wereldoorlog - Politieacties - Korea. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1995. p. 113-45.
- 38 Straus SE. Bridging the gulf in war syndromes. *Lancet* 1999;353: 162-3.
- 39 Ismail K, Everitt B, Blatchley N, Hull L, Unwin C, David A, et al. Is there a Gulf War syndrome? *Lancet* 1999;353:179-82.
- 40 Mayor S. UK study reveals double the risk of ill health in Gulf war veterans. *BMJ* 1999;318:213.
- 41 Jansen A, Merckelbach H, Hout M van den. Experimentele psychopathologie: een inleiding. Assen: Van Gorcum; 1992.
- 42 Vercoulen JH, Bazelmans E, Swanink CM, Fennis JF, Galama JM, Jongen PJ, et al. Physical activity in chronic fatigue syndrome: assessment and its role in fatigue. *J Psychiatr Res* 1997;31:661-73.
- 43 Vercoulen JH, Swanink CM, Galama JM, Fennis JF, Jongen PJ, Hommes OR, et al. The persistence of fatigue in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis: development of a model. *J Psychosom Res* 1998;45:507-17.

Aanvaard op 13 september 1999

Oorspronkelijke stukken

Geen vrijdagmiddagpiek in de patiëntenstroom naar de afdeling Spoedeisende Hulp van Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle, mei/juni 1997

B.MEYBOOM-DE JONG, W.J.VAN DER KAM, E.G.J.M.PIERIK EN H.P.E.BOSVELD

Om de dienstverlening op een afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) goed te plannen is inzicht nodig in het tijdstip waarop en in de aard en omvang van de problemen waarmee patiënten naar de SEH komen. In het algemeen is de SEH vrij toegankelijk voor patiënten die op eigen initiatief komen; daarnaast worden er patiënten binnengebracht door de ambulancedienst van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD) en worden patiënten voor wie spoed vereist is door huisartsen naar de SEH verwezen. In het Nederlands gezondheids-

Rijksuniversiteit, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

Mw.prof.dr.B.Meyboom-de Jong, huisarts; H.P.E.Bosveld, psycholoog. Isala Klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle.

W.J.van der Kam, arts; dr.E.G.J.M.Pierik, chirurg.

Correspondentieadres: mw.prof.dr.B.Meyboom-de Jong.

Samenvatting: zie volgende bladzijde.

zorgsysteem vervult de huisarts de rol van poortwachter.¹ In de regel wordt de huisarts door een bij hem of haar op naam ingeschreven patiënt als eerste bij gezondheidsproblemen geraadpleegd. De huisarts beslist dan of het probleem zelfstandig is af te handelen of dat verwijzing noodzakelijk is. Op de SEH van menig ziekenhuis bestaat het idee dat huisartsen vooral op vrijdagmiddag patiënten met wie zij het weekend niet indurven of met wie zij hun waarnemer niet willen belasten naar het ziekenhuis verwijzen zonder dat daarvoor een duidelijke indicatie bestaat: een vrijdagmiddagsyndroom, gedefinieerd als een piek in verwijzingen van