

***Verwerking van traumatische gebeurtenissen als gevolg van
betrokkenheid bij een oorlogssituatie.
De relatie tussen Post Traumatische Stress Stoornis en sociale
steun uit verschillende bronnen***

S. van Asbeck

Begeleider

Dr. J. W. Knipscheer

Masterthesis Klinische Psychologie

28-06-2008



The relationship between social support from different sources and symptoms of Post Traumatic Stress Disorder, as a consequence of involvement in war

Summary

In the present study, the relationship between social support from different sources and symptoms of Post Traumatic Stress Disorder, as a consequence of involvement in war, was examined. The hypothesis was, that the level of PTSD symptoms is dependent on the amount of social support experienced. As the level of social support rises, PTSD symptoms will decrease. In addition, the relationship between marital status and PTSD symptoms was examined. The expectation was that veterans living with their partner would exhibit less PTSD symptoms in comparison to veterans who are currently single. Further, it was hypothesized that the strength of the association between PTSD and social support would be stronger when the source of social support is the overall social network, compared to when marital status is the source of support. A sample of 106 veterans, who are currently receiving treatment for their psychological problems as a consequence of involvement in war at Stichting Centrum '45, completed the questionnaires used in this study as a part of the intake procedure at Stichting Centrum '45. Analyses revealed that there is no relationship between PTSD symptoms and social support. No significant correlations were found, neither when the overall social network nor when marital status was the source of support. These results were not influenced by possibly confounding factors like age, sex, education and depression. The results of the present study are not consistent with the consensus in the scientific literature concerning the subject.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	
1.1 Kenmerken van de Post Traumatische Stress Stoornis	3
1.2 Post Traumatische Stress Stoornis als gevolg van betrokkenheid bij een oorlogsituatie	5
1.3 Sociale steun: theoretische achtergrond	7
1.4 Relatie tussen sociale steun en PTSS klachten bij veteranen: een literatuuroverzicht	10
1.5 Vraagstelling en hypothesen van het huidige onderzoek	12
1.6 Co-variabelen	13
2. Methoden	
2.1 Deelnemers	16
2.2 Onderzoeksinstrumentarium	17
2.3 Analyse en statistische verwerking	18
3. Resultaten	20
4. Discussie	23
5. Conclusie	30
6. Referenties	31

1 Inleiding

1.1 Kenmerken van de Post Traumatische Stress Stoornis

Wat gebeurt er als iemand een traumatische gebeurtenis meemaakt? Kenmerkende karakteristieken van traumatische gebeurtenissen zijn extreme machteloosheid, abrupte onderbreking van het dagelijks leven, en extreem ongemak. Traumatische gebeurtenissen worden in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001, p.266) omschreven als ervaringen waarbij 1) de betrokkene geconfronteerd wordt met een 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, en 2) tot de reacties van de betrokkene behoren intense angst, hulpeloosheid of afschuw. Wat uit deze definitie niet blijkt is dat een traumatische gebeurtenis zo heftig kan zijn dat bepaalde zekerheden over het leven wegvallen. Het gevoel van veiligheid valt weg, het leven is niet voorspelbaar meer, en toekomstplannen zijn niet meer zeker. Een traumatische gebeurtenis veroorzaakt een abrupte onderbreking van het dagelijks leven, en het is voor veel mensen niet gemakkelijk om na een dergelijke gebeurtenissen het leven weer op te pakken. Voor sommigen is het omgaan met trauma zo moeilijk dat ze een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS, APA, 2001) ontwikkelen (Kleber & Brom, 2003).

PTSS is een stoornis die kan ontstaan na het meemaken van een traumatische gebeurtenis zoals oorlog, marteling, natuurrampen, verkrachting of verkeersongevallen. Mensen met PTSS herbeleven de traumatische gebeurtenis in hun dromen en in hun gedachten, ze doen er alles aan om niet aan het trauma te hoeven denken, vermijden alles wat met het trauma te maken heeft, ondergaan afstomping van de algemene reactiviteit en verkeren in een staat van 'hyperarousal' (Kaplan & Saddock, 2003). Een staat van hyperarousal wordt gekenmerkt door verhoogde prikkelbaarheid, moeite met in- en doorslapen, concentratiemoeilijkheden en schrikachtigheid, waakzaamheid en het last hebben van woede uitbarstingen (Hovens, 1994; Resick, 2001). Naast herbeleving, vermijding en een staat van verhoogde arousal zijn andere mogelijke symptomen depressie, angst, en cognitieve moeilijkheden (Kaplan & Saddock, 2003).

Een beeld van de prevalentie van PTSS in de algemene bevolking wordt als volgt geschetst, gebaseerd op een meta analyse naar predictoren van PTSS klachten van Ozer, Best, Lipsey en Weiss (2003). PTSS prevalentie bij volwassenen werkzaam in de stedelijke gezondheidszorg is 9.2% (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991). Kessler, Sonnega,

Bromet, Hughes en Nelson (1995) concluderen uit de National Comorbidity Survey (NCS) dat in een representatieve steekproef onder 5877 Amerikanen in de leeftijd van 15 tot 45 jaar, 5% van de 2812 mannen en 10.4% van de 3065 vrouwen op een bepaald moment in hun leven PTSS ontwikkelden. Uit de National Women's Study (NWS) van Resnick, Kilpatrick, Dansy, Saunders en Best (1993) blijkt een PTSS prevalentie van 12.3% in een representatieve steekproef onder Amerikaanse vrouwen.

De relevantie van onderzoek naar PTSS is groot. Immers, ieder mens loopt het risico PTSS klachten te ontwikkelen naar aanleiding van eerder meegemaakte traumatische gebeurtenissen. Volgens Ozer et al. (2003) is de lifetime prevalentie voor het meemaken van een traumatische gebeurtenis gebaseerd op de NCS (Kessler et al, 1995) 60.7% voor mannen en 51.2% voor vrouwen. De prevalentiecijfers voor het meemaken van een traumatische gebeurtenis en het daadwerkelijk ontwikkelen van PTSS verschillen dus nogal. Waarom ontwikkelt lang niet iedereen die een traumatische gebeurtenis meemaakt PTSS klachten? Indien meer informatie beschikbaar is met betrekking tot het ontwikkelen van klachten, kan aandacht besteed worden aan de behandeling en wellicht de voorkoming hiervan. De mate van sociale steun die iemand ervaart is van invloed op het ontwikkelen van posttraumatische psychopathologie (Boscarino, 1995; Flannery, 1990; Ozer et al., 2003).

In dit onderzoek wordt er naar gestreefd meer duidelijkheid te verkrijgen over de invloed van sociale steun op het ontwikkelen van posttraumatische stress klachten als gevolg van betrokkenheid bij een oorlogssituatie. Oorlog veroorzaakt traumatische gebeurtenissen op nationaal en internationaal niveau. Betrokkenen van een oorlogssituatie lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van PTSS klachten. Door onderzoek te doen naar factoren die de gevolgen van betrokkenheid bij een oorlogssituatie beïnvloeden kan het leed dat door oorlog veroorzaakt wordt mogelijkwijs verzacht worden. In het huidige onderzoek is ervoor gekozen om uit de bovengenoemde factoren de nadruk te leggen op sociale steun. Sociale steun is een onderdeel van het dagelijks leven. Iedereen heeft in meer of mindere mate beschikking over een netwerk waar sociale steun uit voort kan komen. Wanneer meer duidelijkheid wordt verkregen over de invloed van sociale steun op het ontwikkelen van posttraumatische stressklachten als gevolg van betrokkenheid bij een oorlogssituatie kunnen handvatten voor voorkoming en behandeling van deze klachten gegeven worden.

1.2 Post Traumatische Stress Stoornis als gevolg van betrokkenheid bij een oorlogsituatie

Oorlog wordt gezien als een lange reeks extreme situaties en traumatische gebeurtenissen die het gevoel van veiligheid aantasten. Soldaten krijgen ondermeer te maken met slaapgebrek, lawaai, lichamelijk ongemak, angst voor de dood, het ver weg zijn van de vertrouwde omgeving, gebrek aan normale leefomstandigheden, en het overlijden van collega's. De machteloosheid die deze omstandigheden met zich meebrengt en het getuige zijn van wreedheden kunnen tot ernstige psychische problemen leiden (Kleber & Brom, 2003).

Veteranen zijn mannen en vrouwen die ooit in hun leven als militair betrokken zijn geweest bij georganiseerd geweld en in die situatie hebben deelgenomen aan oorlogshandelingen of aan vredesmissies in een oorlogsgebied. Het betreft klassieke oorlogen, guerrilla-oorlogen, vredeafdwingende operaties en vredehandhavende operaties (Oostveen, van der Jagt, Helleman & Haans, 2005).

In 1980 werd in de DSM-III de diagnose Post Traumatische Stress Stoornis geïntroduceerd. De ontwikkeling van dit diagnostische concept werd versneld door de gevolgen van de oorlog in Vietnam. De terugkeer van de vele duizenden Vietnam-veteranen leverde een zeer groot maatschappelijk probleem op, maar ook een groot gezondheidszorgprobleem. Veel veteranen kregen psychische klachten gerelateerd aan hun ervaringen, zoals flashbacks en nachtmerries. Andere problemen waar veteranen mee kampen zijn stoornissen als gevolg van alcohol en drugsgebruik, suïcide, en maatschappelijke ontwrichting. PTSS betekende voor hen, maar ook voor slachtoffers van andere traumatische gebeurtenissen een erkenning: psychische trauma's kunnen ernstige (psychische) gevolgen veroorzaken, ook bij psychisch 'gezonde' personen (Jongedijk, 2002).

Prevalentiecijfers worden door Schlenger, Kulka, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar en Weiss (1992) beschreven aan de hand van de bevindingen uit the National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS). De NVVRS is een uitgebreid onderzoek waarin 1632 Vietnam-veteranen vergeleken worden met 730 veteranen die ten tijde van de Vietnam-oorlog wel in het Amerikaanse leger zaten, maar niet zijn uitgezonden naar Vietnam, en met een controlegroep. De controlegroep bestaat uit 668 mensen die ten tijde van de Vietnam-oorlog helemaal niet in het leger gediend hebben, gematcht naar leeftijd, sekse en etniciteit. Uit dit onderzoek is gebleken dat 15% van de mannelijke en 9% van de vrouwelijke Vietnam-veteranen die daadwerkelijk zijn uitgezonden naar Vietnam, ten tijde

van het onderzoek aan PTSS leden. Daarbij bleek dat van deze veteranengroep 31% van de mannen en 27% van de vrouwen op een bepaald moment in hun leven een volledige PTSS diagnose krijgen.

Aangezien de Amerikaanse soldaten zich in 1973 uit Vietnam terug moesten trekken en een groot deel van de Vietnam-veteranen ten tijde van het onderzoek in 1992 aan PTSS leden, kan worden gesteld dat de traumatische gebeurtenissen die deze veteranen hebben meegemaakt jaren na beëindiging van de militaire dienst dus nog steeds voor ernstige psychische klachten zorgen.

Naast PTSS klachten ervaren Vietnam-veteranen veel problemen op andere gebieden in het leven, zoals werk- en huwelijksproblemen. Het ontwikkelen van PTSS- en andere klachten hangt samen met blootstelling aan gevechtsituaties en andere ‘war-zone stressors’; veteranen die hier vaker mee in aanraking kwamen lopen meer risico op het krijgen van PTSS. De samenhang tussen blootstelling aan gevechtssituaties en het ontwikkelen van PTSS klachten is door meer onderzoekers gevonden, zie bijvoorbeeld Boscarino (1995), Figley (1986), Kleber en Brom (2003), en Resick (2001).

Uit recent onderzoek van Seal, Bertenthal, Miner, Sen en Marmar (2007) naar psychische klachten van 103788 Amerikaanse soldaten die zijn uitgezonden naar Irak of Afghanistan blijkt dat 25% van de teruggekeerde soldaten aan één of meerdere psychische stoornissen lijdt. De meest voorkomende stoornis is PTSS, gediagnosticeerd bij 54% van de groep veteranen met psychische stoornissen, over de hele populatie veteranen komt dit neer op 13%. De gemiddelde tijd die tussen het beëindigen van de militaire dienst en de diagnosestelling bedroeg 2,9 maanden. Mehlum en Weisæth (2002) vinden in hun onderzoek naar 1624 veteranen uit Noorwegen die hebben deelgenomen aan de United Nations Interim Force in Libanon een PTSS prevalentie van 5%, gemeten met de Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10) gemiddeld 6.6 jaar na beëindigen van de militaire dienst.

Uit de verschillen in bovenstaande prevalentiecijfers blijkt dat het problematisch is bij het onderzoeken van PTSS-prevalentie bij veteranen dat vragenlijsten uiteenlopen in gevoeligheid voor het aantonen van PTSS. Grote gevoeligheid hiervoor brengt het risico op overdiagnostisering met zich mee terwijl bij te lichte gevoeligheid hiervoor de kans bestaat dat PTSS klachten niet onderkend worden. Scores op de 17-item PTSS Symptom Scale (PSS) overschatten bijvoorbeeld de PTSS prevalentie vergeleken met uitkomsten van de Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). De PTSS prevalentie gemeten met de SCID (12%) is 41% lager vergeleken met PTSS prevalentie gemeten met de PSS (21%) in

een onderzoek onder 479 Nederlandse soldaten uitgezonden naar Irak (Engelhard, van den Hout, Weerts, Arntz, Hox & McNally, 2007). Hiernaast is, om tot een volledige DSM-IV diagnose van PTSS te komen, een van de criteria dat men een significante beperking in het dagelijks leven ondervindt als gevolg van PTSS. Uit de SCID interviews bleek dat in 36.8% van de gevallen waarbij wel een volledig patroon van PTSS klachten werd gevonden, aan dit criterium niet werd voldaan. De ervaren PTSS klachten gaven in die gevallen nauwelijks tot geen beperkingen in het dagelijks leven. Ook wordt niet altijd gecontroleerd of PTSS klachten ontstaan door traumatische gebeurtenissen gerelateerd aan uitzending naar een oorlogsgebied, of door gebeurtenissen die hier los van staan. Na aanpassing van scores op de SCID aan het samenhangen van PTSS klachten met uitzending naar het oorlogsgebied was de PTSS prevalentie van 12% teruggebracht tot 9%, en nadat ook werd gecontroleerd of er daadwerkelijk sprake is van beperking in het dagelijks leven, bleek de prevalentie van PTSS bij Nederlandse Irak veteranen, opgelopen door het meemaken van traumatische gebeurtenissen in Irak 4%. Dit is een aanzienlijk kleiner percentage vergeleken met de oorspronkelijke 12%, en al helemaal vergeleken met de prevalentie van 21% gemeten met de SSL (Engelhard, Hout, Weerts, Arntz, Hox & McNally, 2007). Deze resultaten geven aan dat het belangrijk is op te letten welke criteria en meetinstrumenten worden gebruikt bij het vaststellen van PTSS bij veteranen.

1.3 Sociale steun: theoretische achtergrond

De manieren waarop mensen omgaan met acute en chronische stressoren zijn eindeloos en worden beïnvloed door de sociale omgeving waar iemand zich in bevindt. De invloed van de sociale omgeving kan positief of negatief zijn, en het omgaan met stressvolle gebeurtenissen faciliteren of in de weg staan (Eckenrode, 1991). Sociale steun gaat om het geven en ontvangen van hulp in sociale relaties om beter om te kunnen gaan met stressvolle levensgebeurtenissen en dagelijkse problemen (Hewstone & Stroebe, 2001).

In een review over sociale steun en psychotrauma beschrijft Flannery (1990) sociale steun als een multidimensioneel construct dat kan worden gedefinieerd als de troost, hulp en informatie die iemand ontvangt door contact met individuen of groepen. Dit contact kan verbaal of non-verbaal zijn, formeel en informeel, en moet worden geïnterpreteerd als behulpzaam. De behoefte aan sociale steun is biologisch bepaald en al bij de geboorte aanwezig.

Er worden vier soorten sociale steun onderscheiden die de schadelijke effecten van stressvolle gebeurtenissen op gezondheid beperken; emotionele steun, informatie/advies,

sociaal gezelschap, en instrumentele steun (Figley, 1986; Flannery, 1990; Resick, 2001; Taylor, 2003). Met emotionele steun wordt het delen van gevoelens en gedachten met anderen en de mogelijkheid om op anderen te vertrouwen bedoeld. Met informatie/advies wordt het krijgen van informatie om oplossingen of betere manieren om met problemen om te gaan bedoeld. Sociaal gezelschap is niet zozeer gefocust op de stressor maar op de aanwezigheid van anderen om gevoelens van eenzaamheid, hulpeloosheid en kwetsbaarheid te verminderen. Als laatste wordt instrumentele steun genoemd, hier wordt actieve hulp geboden of hulp in de vorm van materiele zaken en geld.

In de literatuur worden twee manieren onderscheiden waarop het ervaren van sociale steun invloed uitoefent op de gevolgen van stressvolle gebeurtenissen. De eerste manier wordt de netwerk hypothese of direct effect hypothese genoemd, de tweede manier wordt de buffer hypothese genoemd (Dirkzwager, Bramsen & van der Ploeg, 2003; Flannery, 1990; Resick, 2001; Taylor, 2003). Netwerken refereren aan de sociale structuren van het dagelijks leven waar iemand zich in bevindt. Hieronder kunnen partner, familie, schoonfamilie, gezin, vrienden, collega's en contacten via verenigingen en hobby's vallen. In deze netwerken geven de dagelijkse contacten met anderen stabiliteit, algemene probleemoplossingstrategieën en verhoogde zelfwaardering door groepsacceptatie. Netwerken ontwikkelen zich door de tijd en zijn altijd aanwezig. De netwerk hypothese benadrukt dat het ontvangen van sociale steun altijd stress vermindert, mensen tegen het meemaken van stressvolle gebeurtenissen beschermt, en gezondheidsproblemen voorkomt. Sociale steun heeft een positief effect, ongeacht of iemand zich in een stressvolle situatie bevindt of niet.

Volgens de buffer hypothese is sociale steun alleen relevant in stressvolle situaties. Het ontvangen van weinig sociale steun zorgt dus niet op zichzelf staand voor meer of minder stress, alleen in situaties die als zeer stressvol worden ervaren functioneren degenen die veel sociale steun ontvangen beter. Volgens Stroebe, Abakoumkin en Schut (1996) kunnen 2 manieren worden onderscheiden waarmee sociale steun een buffer kan zijn om tegen de impact van stress op gezondheid te beschermen. Door het ontvangen van sociale steun vanuit de omgeving kan een stressvolle gebeurtenis als minder stressvol worden ervaren. Ook kan sociale steun de reactie op stressvolle gebeurtenissen beïnvloeden door te helpen bij het verwerken van deze gebeurtenissen. Taylor (2003) beschrijft in haar boek over gezondheidspsychologie hiernaast ook een direct positief effect van sociale steun op fysiologische en neuroendocrine responsen op stress; sociale steun heeft een gunstig effect op bloeddruk, het immuunsysteem, niveaus van norepinefrine, epinefrine en cortisol. Er zit

overlap in de concepten netwerk en buffer, in het sociale netwerk kunnen wel of geen buffers zitten. Als het netwerk onvoldoende sociale steun biedt, ontbreekt dus een buffer in situaties van grote stress.

De tegenhanger van sociale steun, en veroorzaakt door een gebrek aan sociale steun is eenzaamheid. Eenzaamheid is in verband gebracht met verschillende psychische problemen als depressie, angststoornissen, neuroticisme, laag zelfbeeld, en risico op suïcide, psychosomatische klachten en lichamelijke klachten (DiTomasso & Spinner, 1997).

In zijn theorie over eenzaamheid onderscheidt Weiss (1973) verschillende typen eenzaamheid die het gevolg zijn van de afwezigheid van een bepaald type relatie. Hij beschrijft sociale eenzaamheid, veroorzaakt door de afwezigheid van een sociaal netwerk, en emotionele eenzaamheid, veroorzaakt door de afwezigheid van een persoon waar men een sterke emotionele band mee heeft; een hechtingsfiguur. Hiermee wordt doorgaans een partner bedoeld. Het gevoel van emotionele eenzaamheid kan beschreven worden als het idee helemaal alleen te zijn, onafhankelijk van de aanwezigheid van anderen. Het gevoel dat sociale eenzaamheid geeft wordt beschreven als het gevoel geen vrienden te hebben, het gevoel overbodig te zijn, en het gevoel dat er niemand is waarop men kan terug vallen bij problemen. Volgens Weiss kan sociale eenzaamheid niet voor emotionele eenzaamheid compenseren, en zal vooral het ervaren van emotionele eenzaamheid tot psychische problemen leiden. Ook van Tilburg en Gierveld (2006) beschrijven eenzaamheid als indicator van sociaal welbevinden waarbij emotionele eenzaamheid wordt veroorzaakt door het ontbreken van een intieme relatie, en sociale eenzaamheid wordt veroorzaakt door het missen van een breed sociaal netwerk. Uit hun onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid van de '6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness' als meetinstrument voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid blijkt dat deze verschillende vormen van eenzaamheid inderdaad als losse constructen kunnen worden gezien.

In onderzoek naar de rol van sociale en emotionele eenzaamheid in het omgaan met verlies, vinden Stroebe et al. (1996) dat het verlies van een partner kan leiden tot emotionele eenzaamheid, en dat emotionele eenzaamheid kan leiden tot depressieve en somatische klachten. Sociale steun van vrienden en familie heeft wel invloed op het verminderen van sociale eenzaamheid, maar niet op het verminderen van emotionele eenzaamheid. Sociale steun van vrienden en familie en sociale eenzaamheid hebben nauwelijks invloed op het ontwikkelen van depressieve en somatische klachten na het

verlies van een partner. Ook Weiss geeft aan dat emotionele eenzaamheid meer invloed heeft op het ontwikkelen van psychische klachten vergeleken met sociale eenzaamheid. Dit impliceert dat verschillende bronnen van sociale steun verschillen in hun effecten op psychische klachten. Steun van een partner of ander hechttingsfiguur zal een sterker effect hebben op klachten dan steun vanuit het netwerk van vrienden, kennissen en familie.

1.4 Relatie tussen sociale steun en PTSS klachten bij veteranen: een literatuuroverzicht

Sociale factoren spelen een rol in het omgaan met traumatische gebeurtenissen. Onderzoek naar traumatische gebeurtenissen is echter vooral gericht op psychiatrische en psychologische aspecten bij het omgaan met trauma. De invloed van de sociale omgeving wordt vaak als relatief onbelangrijk gezien. Er zijn verschillende manieren om naar de invloed van de sociale omgeving bij traumatische gebeurtenissen te kijken. De invloed van anderen tijdens en na de gebeurtenis is van belang. Daarnaast is cultuur van invloed op het omgaan met traumatische gebeurtenissen. Cultuur bepaalt immers welke reacties op traumatische gebeurtenissen ‘normaal’ zijn (Kleber & Brom, 2003). Ook bepaalt cultuur voor een deel de reacties vanuit de maatschappij op slachtoffers van traumatische gebeurtenissen. Een verkrachte vrouw die vanuit haar omgeving veel steun en troost ervaart zal zich beter voelen dan een vrouw die te horen krijgt dat ze voorzichtiger had moeten zijn, of het zelf uitgelokt zou hebben. Vergelijk de reacties vanuit de maatschappij op Amerikaanse soldaten die thuiskomen na de Tweede Wereldoorlog met soldaten die terugkeren na gevochten te hebben in Vietnam. De eerste groep werd toegejuicht, de andere groep werd verwelkomd door anti-oorlog protesterende studenten (Resick, 2001).

In de eerder genoemde meta analyse van Ozer et al. (2003) wordt een significant verband gevonden tussen sociale steun en het ontwikkelen van PTSS klachten ($r = -.28$). Wanneer minder sociale steun wordt ervaren na een traumatische gebeurtenis worden meer PTSS klachten ontwikkeld. De sterkte van dit verband wordt niet beïnvloed door verschillen in de onderzochte populatie, zowel in burgerpopulaties als in veteranenpopulaties werd het verband gevonden. Ook de methode waarmee PTSS klachten gemeten werden was niet van invloed. Wel blijkt dat het verband tussen sociale steun en PTSS klachten sterker is naarmate meer tijd verstrijkt tussen de traumatische gebeurtenis en de het meten van klachten, hoe langer de verstreken tijd, hoe meer klachten gerapporteerd werden. Dit gold vooral voor veteranen.

Ook Boscarino (1995) concludeert in een onderzoek naar 2490 veteranen die in Vietnam gediend hebben vergeleken met 1972 veteranen die in dezelfde periode gediend hebben, maar niet uitgezonden zijn naar Vietnam, dat sociale steun een belangrijke voorspeller is van geestelijke gezondheid. Vietnam-veteranen die het gevoel hebben dat ze weinig bronnen van sociale steun tot hun beschikking hebben en dat de steun die ze wel ontvangen van lage kwaliteit is, hebben significant vaker diagnoses van PTSS, gegeneraliseerde angststoornis, depressie, en alcoholverslaving. Daarbij bleek dat het risico op PTSS bij veteranen met weinig sociale steun 80% hoger is vergeleken met veteranen met een gemiddelde hoeveelheid sociale steun en 180% hoger is vergeleken met veteranen die het gevoel hebben veel en kwalitatief goede sociale steun te ontvangen. In een zowel cross-sectioneel als longitudinaal onderzoek van Dirkzwager, Bramsen en van der Ploeg (2003) naar 1476 Nederlandse veteranen uitgezonden naar Libanon om deel te nemen aan vredesmissies wordt ook een verband gevonden tussen sociale steun en het ontwikkelen van PTSS. Meer negatieve sociale contacten en minder positieve sociale contacten worden geassocieerd met ernstigere PTSS klachten. Wel waarschuwen Dirkzwager et al. dat het hebben van PTSS klachten de tevredenheid met de ontvangen sociale steun negatief kan beïnvloeden. Taft, Stern, King en King (1999) concluderen op basis van de data van de eerder genoemde National Vietnam Veterans Readjustment Study dat sociale steun een mediator variabele in het verband tussen blootstelling aan gevechtssituaties en PTSS is, bij zowel mannen als vrouwen. Er bestaat een direct verband tussen blootstelling aan gevechtssituaties en het ontwikkelen van PTSS, dit verband wordt beïnvloed door het ontvangen van veel of weinig sociale steun na afloop van de traumatische gebeurtenis. In een onderzoek naar het lange termijn verloop van PTSS klachten van 177 oudere ex-oorlogsgevangenen uit WO II en de Korea oorlog vinden Lindman-Port, Engdahl, Frazier en Eberly (2002) dat wanneer het sociale netwerk kleiner en minder intensief is er meer PTSS klachten worden gerapporteerd en dat de klachten in de loop van vier jaar sterker verergeren vergeleken met ex-oorlogsgevangenen die over een groot en intensief netwerk beschikken. Hofmann, Litz en Weathers (2001) komen tot de conclusie dat er samenhang bestaat tussen sociale problemen, depressie en PTSS. Vietnam veteranen met PTSS (n=27) scoren significant hoger op depressie, sociale angst en vermijding vergeleken met veteranen met andere klinische diagnoses (n=20) en veteranen zonder psychische stoornissen (n=35). Wanneer gecontroleerd wordt voor depressie scoren veteranen met PTSS niet meer significant hoger op sociale angst en vermijding. Gesuggereerd wordt dat depressie de relatie tussen PTSS en sociale angst modereert. De sociale problemen van veteranen met

PTSS lijken vooral veroorzaakt te worden door depressieve klachten naast PTSS klachten. Belangrijk bij onderzoek naar PTSS en sociale problemen is dus dat depressie als controlevariabele wordt meegenomen.

In onderzoek naar de relatie tussen sociale steun en PTSS kan sociale steun op verschillende manieren geoperationaliseerd worden. Sociale steun kan gemeten worden als daadwerkelijk ontvangen steun, maar ook als de mate waarin iemand het idee heeft te beschikken over bronnen van sociale steun. De kwantiteit van sociale steun gemeten in de grootte van het netwerk waarin iemand zich bevindt kan van ondergeschikt belang zijn aan de kwaliteit van de ontvangen sociale steun. Belangrijk bij sociale steun is de waardering (appraisal) die eraan gegeven wordt. Daadwerkelijk ontvangen sociale steun is minder belangrijk dan dat iemand het idee heeft dat hij/zij beschikt over een sociaal netwerk waarin hij/zij geliefd is, wordt gewaardeerd en beschikt over hulpbronnen die aangesproken kunnen worden op het moment dat daar behoefte aan is (Hyman, Gold & Cott, 2003; Taylor, 2003).

Aangezien veel onderzoek naar het verband tussen sociale steun en het ontwikkelen van PTSS correlatieel van aard is, is het niet mogelijk om met zekerheid de richting van dit verband te bepalen. Worden PTSS klachten beïnvloed door het wel of niet ontvangen van sociale steun, of wordt het wel of niet ontvangen van sociale steun beïnvloed door het hebben van PTSS klachten? Verder is de meerderheid van het onderzoek naar sociale steun bij veteranen uitgevoerd met Vietnam-veteranen. Het is niet duidelijk of deze resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar andere veteranengroepen, aangezien de Vietnam oorlog op een aantal punten verschilt met andere oorlogen. De terugkeer in Amerika viel veel veteranen zwaar en de manier van oorlogvoering in Vietnam was anders vergeleken met oorlogvoering bijvoorbeeld in de Tweede Wereldoorlog, maar ook vergeleken met een modernere vorm van oorlogsvoering waarin vredesmissies uitgevoerd worden.

1.5 Vraagstelling en hypothesen van het huidige onderzoek

In dit onderzoek zal het verband tussen sociale steun en PTSS klachten als gevolg van betrokkenheid bij een oorlogssituatie onderzocht worden. De volgende vragen staan hierbij centraal: (1) Heeft het ontvangen van sociale steun een relatie met de rapportage van PTSS klachten? (2) Hebben verschillende bronnen van sociale steun verschillende relaties met de rapportage van PTSS klachten?

Op basis van zowel de netwerkhypothese als de bufferhypothese en het bovenstaande literatuuroverzicht zijn de volgende hypothesen geformuleerd: (1) Naarmate de gerapporteerde hoeveelheid ervaren sociale steun hoger is, melden de veteranen minder PTSS klachten. (2) Veteranen met partner rapporteren minder PTSS klachten vergeleken met veteranen die geen partner hebben. Uit deze twee hypothesen blijkt dat zowel sociale steun als het hebben van een partner zullen bijdragen aan het minder rapporteren van PTSS klachten. De verwachting is echter dat verschillende bronnen van sociale steun, in dit onderzoek de omgeving en het hebben van een partner, verschillende relaties met de rapportage van PTSS klachten hebben. Verwacht wordt dat het hebben van een partner belangrijker zal zijn voor de klachtenreductie dan het ontvangen van sociale steun uit de omgeving. (3) De derde hypothese luidt daarom dat het hebben van een partner meer variantie verklaart in het rapporteren van PTSS klachten vergeleken met sociale steun uit de omgeving.

In dit onderzoek wordt sociale steun geoperationaliseerd als ontvangen steun, het idee steun te kunnen krijgen uit de sociale omgeving, en tevredenheid met de ervaren sociale steun. Zowel kwantiteit als kwaliteit zijn belangrijk. Naast beschrijvende karakteristieken als omvang van het sociale netwerk en de frequentie van sociaal contact is ook de kwaliteit van het contact van belang. Met kwaliteit wordt de intensiteit van en affectiviteit met het contact bedoeld (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 1999). De sociale omgeving omvat verschillende soorten contacten, variërend van partner, vrienden, en familie tot kennissen en contacten uit bijvoorbeeld verenigingen. Geprobeerd zal worden inzicht te krijgen in de mate waarin verschillende bronnen van sociale steun invloed hebben op het ontwikkelen van PTSS klachten.

1.6 Co-variabelen

Er zijn naast sociale steun uit verschillende bronnen meer factoren van invloed op PTSS klachten. Om de invloed van andere factoren op de relatie tussen sociale steun en PTSS uit te sluiten zullen deze eventueel storende variabelen in dit onderzoek worden meegenomen als controlevariabelen. De relatie tussen van sociale steun en de rapportage van PTSS klachten moet nog steeds significant zijn als statistisch wordt gecontroleerd op deze variabelen.

De belangrijkste factoren die mogelijk invloed hebben de invloed op de relatie tussen sociale steun en de rapportage van PTSS klachten zijn leeftijd en depressie.

Opleidingsniveau en sekse worden in de literatuur ook als co-variabelen genoemd. De invloed van sekse op PTSS klachten is volgens Kleber en Brom (2003) onduidelijk. In dit onderzoek zal daarom gecontroleerd worden op mogelijk storende invloed van sekse op de resultaten. Effecten van opleidingsniveau op PTSS klachten zijn volgens Resick (2001) te verwaarlozen. In een literatuuroverzicht wordt beschreven dat een verband tussen deze variabelen als het al gevonden wordt klein, en vaak indirect is. Het verband verdwijnt wanneer ook armoede / Sociaal Economische Status (SES) als variabele wordt meegenomen. Gegevens over armoede / SES zijn vanuit Centrum '45 niet beschikbaar. Opleidingsniveau zal in dit onderzoek als co-variabele worden meegenomen. De verwachting is dat er geen invloed van opleidingsniveau op PTSS klachten of sociale steun is.

Leeftijd en depressie zijn co-variabelen waarvan het verband met PTSS klachten wel herhaaldelijk is vastgesteld. Zo bleek uit onderzoek van Seal et al. (2007) naar psychische klachten van 103788 Amerikaanse soldaten die zijn uitgezonden naar Irak of Afghanistan dat de jongste groep veteranen (leeftijd 18-24 jaar) het grootste risico lopen op het ontwikkelen van PTSS klachten, vergeleken met veteranen van 40 jaar en ouder. Ook Resick (2001, p.96) stelt op basis van eerder onderzoek dat er sprake is van een leeftijdseffect. Jonge veteranen ontwikkelen meer PTSS klachten vergeleken met oudere veteranen, volgens Davidson et al. (1991; in Resick, 2001) is 77% van de mensen met PTSS onder de 45 en minder dan 7% ouder dan 65. Volgens Ozer et al. (2003) kan dit leeftijdseffect verklaard worden doordat de sterkte van het verband tussen sociale steun en PTSS wordt beïnvloed door de hoeveelheid verstreken tijd tussen beëindiging dienstverband en het invullen van de vragenlijsten, voor jonge veteranen is deze periode korter en zijn de klachten dus heviger. Op grond van het bovenstaande wordt verwacht dat leeftijd van invloed is op het verband tussen sociale steun en PTSS klachten. Jonge mensen zullen meer klachten ervaren vergeleken met oudere mensen. Er zal worden gecontroleerd of de resultaten van dit onderzoek vertekend worden door dit effect.

Na PTSS is depressie meest voorkomende stoornis die wordt ontwikkeld na een traumatische gebeurtenis. Symptomen van deze stoornissen overlappen en de co-morbiditeit is hoog, tot 40% (Meewisse et al., 2005). Het hebben van een depressieve stoornis lijkt van invloed te zijn op de intensiteit van PTSS klachten. Uit de bevindingen van Hofmann et al. (2003) blijkt dat veteranen met PTSS hoger scoren op de Beck Depression Inventory vergeleken met veteranen zonder PTSS. Hieruit kan geen causaliteit worden afgeleid, het hebben van depressieve klachten kan invloed hebben op PTSS

klachten, en het hebben van PTSS klachten kan invloed hebben op depressieve klachten. Ook kan het hebben van depressieve klachten van invloed zijn op de sociale steun die iemand ervaart. Een depressieve stemming kan de perceptie beïnvloeden en daardoor leiden tot een negatief beeld over de aanwezige steun in de omgeving (Taft, Stern, King & King, 1999). In dit onderzoek zal depressie daarom worden meegenomen als controlevariabele. Verwacht wordt dat veteranen die hoog scoren op depressie meer PTSS klachten zullen rapporteren.

2 Methoden

2.1 Deelnemers

Stichting Centrum '45 is het landelijk behandel- en expertisecentrum voor de medisch-psychologische behandeling van verzetsdeelnemers, oorlogsgetroffenen en slachtoffers van georganiseerd geweld. Hier worden sinds 1973 verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen van de Tweede Wereldoorlog en hun gezinsleden behandeld. Sinds een aantal jaren staat de behandeling ook open voor veteranen die in Nederlandse krijgsdienst tijdens oorlogshandelingen of daarmee overeenkomende situaties, zoals internationale vredesmissies binnen of buiten het verband van de Verenigde Naties, traumatische ervaringen ondergingen. Onder Nederlandse veteranen wordt tevens verstaan het personeel van het voormalig Koninklijk Nederlands Indisch Leger.

Voor dit onderzoek zijn gegevens van 106 veteranen die worden behandeld door stichting Centrum '45 geïnccludeerd, 68 mannen en 38 vrouwen. Zij hebben gediend in verschillende oorlogen (WOII, Nederlands-Indië, Korea, Nieuw-Guinea) en vredesmissies (Libanon, Cambodja, Voormalig Joegoslavië, Bosnië). Uit de gegevens is helaas niet te achterhalen hoe groot het aantal veteranen per oorlog/vredesmissie is. De leeftijd van de veteranen loopt uiteen van 26 jaar tot 83 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 48.15 jaar en een standaarddeviatie van 17.12. Zie tabel 1 voor een overzicht van de overige sociodemografische karakteristieken van de steekproef.

Tabel 1: Sociodemografische gegevens van de steekproef veteranen binnen Centrum '45 (N = 106)

		N	%
Totaal		106	100
Man		59	55.66
Vrouw		18	16.98
Onbekend		29	27.35
Opleidingsniveau	Geen	5	4.71
	BUO/LO/LV(B)O	26	24.53
	MVO/MBO	32	30.19
	HAVO/VWO	9	8.49
	HBO/WO	18	6.98
	Onbekend	16	15.09
Burgerlijke staat	Alleenstaand	34	32.08
	Met partner	58	54.72
	Onbekend	14	13.21
Nationaliteit	Nederlands	87	82.08
	Anders	5	4.72
	Onbekend	14	13.21

2.2 Onderzoeksinstrumentarium

Onderdeel van de intakeprocedure bij Centrum '45 is het invullen van vragenlijsten. Een aantal van deze lijsten is opgenomen in de huidige analyse, namelijk de Zelf Inventarisatie Lijst (ZIL-22), de Sociale Situatie Lijst (SSL), en de Symptom Checklist (SCL-90).

De ZIL-22 (22 items; Hovens, Bramsen, & van der Ploeg, 2001) inventariseert actuele symptomen en meet de eventuele aanwezigheid en intensiteit van posttraumatische stresssymptomen zoals gedefinieerd volgens de DSM-IV criteria. De periode die wordt nagevraagd beslaat de afgelopen 4 weken. De symptomen zijn gerangschikt naar de drie symptomencusters die behoren tot het PTSS cluster, namelijk: herbelevingen (6 items), vermijding van prikkels of afstomping (9 items), en verhoogde prikkelbaarheid (7 items). Voorbeelditems zijn 'Ik had opdringerige onaangename herinneringen' en 'Ik had er moeite mee mij te concentreren'. Ieder item wordt gescoord op een 4-puntsschaal waarmee de mate waarin iemand last heeft gehad van de klacht kan worden aangegeven lopend van 'geheel niet' tot 'zeer veel'. De interne betrouwbaarheid van de ZIL-22 is goed. Algemeen wordt aangenomen dat een coëfficiënt α groter dan .70 als voldoende wordt beschouwd, groter dan .80 als goed en groter dan .90 als uitstekend. Voor elke subschaal van de ZIL-22 was Chronbach's α groter dan .75. Uit de handleiding blijkt dat voor het merendeel van de subschalen geldt dat α groter is dan .80 en voor de ZIL-totaal groter dan .90. De gemiddelde item-test correlatie voor de ZIL-22 was $r = .61$, en ook de test-hertest betrouwbaarheid is goed met $r = .92$ gemeten over klinische populaties.

De SSL (12 items; van Tilburg, 1988; de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999; bewerking door Kleijn, Kamstra & Mook, 1999) inventariseert de omvang en de kwaliteit van het sociale netwerk. Het is een vragenlijst met 12 uitspraken met betrekking tot de mensen in de omgeving van de persoon. Voorbeelduitspraken zijn: "Ik mis een echt goede vriend(in)." "Vaak voel ik me in de steek gelaten." "Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen." De uitspraken worden gescoord op een 5-puntsschaal die loopt van 1 (helemaal niet op mij van toepassing) tot 5 (precies op mij van toepassing). Een lage score impliceert eenzaamheid en sociale isolatie, althans wordt als zodanig ervaren. Het kan immers zijn dat iemand weinig contact heeft, maar zelf ook niets mist. Het is ook mogelijk de SSL te splitsen in 2 subschalen. Items 1,4,7,8,11 en 12 vormen de dimensie sociale eenzaamheid, items 2,3,5,6,9 en 10 vormen de dimensie emotionele eenzaamheid. Deze splitsing is gebaseerd op de theorie over sociale en emotionele eenzaamheid van Weiss (1973) en kan worden toegepast om de homogeniteit van de schaal te vergroten. De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN, 2000) van het

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) heeft de kwaliteit van de SSL als volgt beoordeeld: basisassumpties van testconstructie en betrouwbaarheid zijn goed; kwaliteit van het testmateriaal, kwaliteit van de handleiding, normen en content validiteit zijn voldoende; criterium validiteit is beoordeeld als onvoldoende door het ontbreken van onderzoek.

De SCL-90 (90 items; Arrindell & Ettema, 1975) inventariseert een breed scala van actuele symptomen. Het is een vragenlijst waarop een persoon zijn of haar klachten van de afgelopen week weergeeft. Ieder item wordt gescoord op een vijfpunts schaal die loopt van 'helemaal niet' tot 'heel erg'. Met dit instrument kan een maat voor het algehele psychisch functioneren worden bepaald, ook de berekening van een aantal specifieke scores over klinische deelgebieden zoals subschalen over angst, depressie, slaapproblemen, etc. behoort tot de mogelijkheden. In dit onderzoek wordt alleen de subschaal depressie (DEP, 16 items) gebruikt. Deze subschaal meet neerslachtige stemming met gedachten van schuld, gevoel van hopeloosheid, suicidaliteit, verlies van eetlust, gebrek aan energie en een verlaagde zelfwaardering. De interne consistentie van de DEP is binnen diverse groepen zoals poliklinische psychiatrische patiënten, poliklinische cardiologische patiënten, en de normgroepen bepaald. De α waarden zijn goed, en lopen van .82 tot .93. Ook de test-hertest betrouwbaarheid is goed, r periode 1-2 = .76, r periode 2-3 = .86 en r periode 1-3 = .72.

2.3 Analyse en statistische verwerking

Rapporteren veteranen die veel sociale steun uit de omgeving ontvangen minder PTSS klachten vergeleken met veteranen die minder sociale steun ontvangen? De eerste hypothese over de relatie tussen sociale steun en PTSS klachten heeft als afhankelijke variabele PTSS klachten gemeten met de ZIL-22 en als onafhankelijke variabele sociale steun; geoperationaliseerd als de score op de SSL. Om inzicht te krijgen in deze relatie wordt Pearson's r berekend over de scores van de ZIL-22 en de SSL. Om effecten van leeftijd en depressie op PTSS klachten uit te sluiten zal door middel van het uitvoeren van Pearson's r worden gecontroleerd of er significante verbanden bestaan tussen PTSS klachten en leeftijd en PTSS klachten en depressie, geoperationaliseerd als de score op de subschaal depressie van de SCL-90. Om effecten van sekse op PTSS klachten uit te sluiten zal door het uitvoeren van een t-toets worden gecontroleerd of tussen deze variabelen een verband bestaat. Door een Kruskal-Wallis toets uit te voeren zal worden gecontroleerd voor de invloed van opleidingsniveau op PTSS klachten.

Als er een verband tussen leeftijd, sekse, opleidingsniveau of depressie op PTSS klachten wordt gevonden zullen deze variabelen in de analyse worden meegenomen als co-variabelen. In plaats van Pearson's r over de scores van de ZIL-22 en de SSL te berekenen zal met een partiële correlatie het verband tussen scores op de ZIL-22 en de SSL berekend worden terwijl er wordt gecorrigeerd voor leeftijd, sekse, opleidingsniveau en depressie.

Heeft het hebben van een partner een relatie met de rapportage van PTSS klachten? De tweede hypothese over verschillen in effecten van sociale steun afkomstig uit verschillende bronnen heeft als onafhankelijke variabele het wel of niet hebben van een partner, af te leiden uit de variabele burgerlijke staat en als afhankelijke variabele PTSS klachten gemeten met de ZIL-22. Het klachtniveau van veteranen met partner wordt verwacht significant lager te zijn vergeleken met het klachtniveau van veteranen zonder partner. Dit wordt onderzocht door een t-toets voor onafhankelijke groepen uit te voeren. Om effecten van leeftijd en depressie op PTSS klachten uit te sluiten zal met t-toetsen worden gecontroleerd of de groepen verschillen in leeftijd, en depressie. Als dit zo blijkt te zijn zal in plaats van de t-toets voor onafhankelijke groepen een regressieanalyse uitgevoerd worden, met als afhankelijke variabele PTSS klachten gemeten met de ZIL-22, en als onafhankelijke variabelen leeftijd, depressie en burgerlijke staat.

Welke bron van sociale steun heeft een grotere relatie met gerapporteerde PTSS klachten? Er wordt verwacht dat steun van de partner tot een grotere vermindering van PTSS klachten leidt vergeleken met vermindering van PTSS klachten door sociale steun vanuit de omgeving. Om deze derde hypothese te toetsen zal een multiële-regressieanalyse worden uitgevoerd. De afhankelijke variabele is wederom PTSS klachten gemeten met de ZIL-22 en de onafhankelijke variabelen zijn nu burgerlijke staat en sociale steun vanuit de omgeving gemeten met de SSL. Als er een verband tussen leeftijd, sekse, opleidingsniveau of depressie op PTSS klachten wordt gevonden zullen deze variabelen ook in de analyse worden meegenomen als co-variabelen. Gekeken wordt welke variabele de meeste variantie verklaart.

3 Resultaten

Allereerst is de kwaliteit van de gebruikte variabelen gecontroleerd. De spreiding van de scores op de ZIL-22 is normaal, de scheefheid en kurtosis vallen binnen de ranges van normaliteit ($\mu = 58.85$, $\sigma = 14.28$, Chronbach's $\alpha = 0.929$), evenals de spreiding, scheefheid en kurtosis van de scores op de SSL ($\mu = 30.11$, $\sigma = 6.74$ Chronbach's $\alpha = 0.822$) en de depressieschaal van de SCL-90 ($\mu = 45.54$, $\sigma = 13.59$ Chronbach's $\alpha = 0.907$).

Hypothese 1. Leeftijd hangt niet samen met de rapportage van PTSS klachten, de correlatie tussen totaalscores op de ZIL-22 en leeftijd is niet significant ($r = -.123$, $p = .293$). De rapportage van PTSS klachten is eveneens onafhankelijk van sekse en opleidingsniveau. Uit een t-toets voor onafhankelijke groepen blijkt dat mannen en vrouwen niet significant verschillen in rapportage van PTSS klachten ($t = -.142$, $df = 23.37$, $p = .888$). Uit een Kruskal-Wallis toets blijkt dat de rapportage van PTSS klachten niet wordt beïnvloed door opleidingsniveau ($\text{Chi}^2 = 2.81$, $df = 4$, $p = .590$). Wel blijkt een sterke, positieve samenhang te bestaan tussen de mate van depressie en PTSS klachten ($r = 0.74$; $p < 0,001$). Met een partiële correlatie is vervolgens het verband tussen scores op de ZIL-22 en de SSL berekend terwijl er werd gecorrigeerd voor depressie. De correlatie tussen totaalscores op de ZIL-22 en de SSL is niet significant, ook niet als wordt gecorrigeerd voor depressie ($r = -.057$, $df = 69$, $p = .320$). Op grond van deze resultaten kan hypothese 1 niet worden bevestigd. Ook wanneer correlaties tussen scores op de ZIL-22 en SSL per symptoomcluster (herbelevingen, vermijding van prikkels en afstomping, en verhoogde prikkelbaarheid) in plaats van over de totaalscore worden berekend worden geen significante verbanden gevonden, zoals blijkt uit tabel 2.

Tabel 2: Partiële correlatie tussen PTSS klachten per symptoomcluster (totaalscore, herbeleving, vermijding, verhoogde prikkelbaarheid) en sociale steun, gecorrigeerd voor depressie

	Sociale steun		
	r	df	p
PTSS klachten	-.57	69	.320
Herbeleving	.093	69	.221
Vermijding	-.014	69	.543
Verhoogde prikkelbaarheid	-.178	69	.069

In de handleiding van de SSL (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999) wordt een mogelijke verdeling van items in 2 subschalen besproken, sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid. Ook na splitsing in deze subschalen worden geen significante correlaties tussen de SSL en de ZIL gevonden. Zoals blijkt uit tabel 3 worden wanneer correlaties tussen scores op de ZIL-22 per subschaal en SSL per symptoomcluster (herbelevingen, vermijding van prikkels en afstomping, en verhoogde prikkelbaarheid) in plaats van over de totaalscores worden berekend nog steeds geen significante verbanden gevonden. Ook niet wanneer wordt gecontroleerd voor depressie.

Tabel 3: Partiële correlatie tussen PTSS klachten per symptoomcluster (totaalscore, herbeleving, vermijding, verhoogde prikkelbaarheid) en sociale steun per subschaal (emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid), gecorrigeerd voor depressie

	Sociale steun					
	Emotionele eenzaamheid			Sociale eenzaamheid		
	r	df	p	r	df	p
PTSS klachten	-.105	68	.387	-.088	68	.470
Herbeleving	-.106	68	.385	-.058	68	.636
Vermijding	-.088	68	.471	-.153	68	.205
Verhoogde prikkelbaarheid	-.059	68	.629	-.063	68	.607

Hypothese 2. Uit een t-toets voor onafhankelijke groepen blijkt dat veteranen met of zonder partner niet significant verschillen in en depressie ($t = -.26$; $df = 66$; $p = .796$). Uit de analyses om hypothese 1 te toetsen is gebleken dat PTSS klachten niet worden beïnvloed door sekse en opleidingsniveau. Er hoeven dus geen co-variabelen worden meegenomen in de statistische analyse van hypothese 2.

Uit de t-toets voor onafhankelijke groepen blijkt dat veteranen met partner niet verschillen in PTSS klachtniveau vergeleken met veteranen zonder partner ($t = -.270$; $df = 63.35$; $p = .788$). Ook wanneer t-toetsen uitgevoerd worden waarbij de PTSS klachten worden gesplitst per symptoomcluster worden geen significante verschillen gevonden (herbelevingen: $t = 1.33$; $df = 65$; $p = .188$, vermijding: $t = -.652$; $df = 57.07$; $p = .517$, verhoogde prikkelbaarheid: $t = -.795$; $df = 61.97$; $p = .430$). Op grond van deze resultaten moet ook hypothese 2 verworpen worden.

Hypothese 3 Aangezien de verwachtingen dat zowel het ervaren van voldoende sociale steun uit de omgeving als het hebben van een partner bijdragen aan het minder rapporteren

van PTSS klachten niet worden ondersteund door de bevindingen, is het niet meer relevant te onderzoeken welke bron van sociale steun (de omgeving of de partner) in deze populatie meer variantie in het rapporteren van PTSS klachten verklaart.

4 Discussie

Het doel van dit onderzoek was het krijgen van meer inzicht in de relatie tussen sociale steun afkomstig uit verschillende bronnen en de rapportage van PTSS klachten. De bevindingen laten zien dat er geen samenhang bestaat tussen de mate van ervaren sociale steun en de door veteranen gerapporteerde PTSS klachten. Ook het hebben van een partner hangt niet samen met de mate waarin PTSS klachten worden gerapporteerd. Aangezien de verwachtingen dat zowel het ervaren van voldoende sociale steun uit de omgeving als het hebben van een partner bijdragen aan het minder rapporteren van PTSS klachten niet ondersteund worden door de bevindingen, bleek het niet meer relevant te onderzoeken welke bron van sociale steun (de omgeving of de partner) in deze populatie meer variantie in het rapporteren van PTSS klachten zou verklaren.

Deze resultaten zijn interessant en opvallend aangezien de bevindingen niet overeen komen met de verwachtingen die op basis van de literatuur waren geformuleerd (vergelijk Boscarino (1995); Dirkzwager et al. (2003); Lindman-Port et al. (2002); Ozer et al., (2003;) en Taft et al. (1999)). Ook de discrepantie tussen gevolgen van sociale en emotionele eenzaamheid, beschreven door Weiss (1973), wordt niet gevonden. Hiervoor is een aantal mogelijke oorzaken aan te wijzen.

Onderzoek naar de invloed van sociale steun op psychische gezondheid is over het algemeen gericht op positieve effecten van sociale steun. Hierdoor wordt over het hoofd gezien dat er naast positieve effecten van sociale steun op de psychische gezondheid ook negatieve effecten van sociale steun op psychische gezondheid aan te wijzen zijn. Leden van het sociale netwerk kunnen gevoelens van schaamte, verdriet, spijt, en afgunst oproepen. Negatieve sociale interacties als het ontvangen van kritiek, het ontmoedigd worden emoties uit te spreken, het niet-ontvangen van beloofde hulp en het ervaren van een inbreuk op de privacy kunnen negatieve gevolgen hebben. Steeds meer onderzoekers richten zich ook op de schaduwzijde van sociale contacten. Lincoln (2000) heeft in een review over 28 onderzoeken de relatie tussen sociale steun en negatieve sociale interacties en het samengenoemen effect daarvan op psychische gesteldheid onderzocht. Geconcludeerd wordt dat de resultaten inconsistent zijn. Naast positieve effecten worden ook negatieve effecten van sociale steun op gezondheid gevonden. Positieve en negatieve sociale interacties kunnen in hetzelfde netwerk of binnen dezelfde relatie simultaan plaatsvinden. In sommige gevallen overheersen de negatieve effecten de positieve effecten, en in

sommige gevallen verdwijnen gevonden verbanden wanneer positieve en negatieve interacties samengevoegd worden tot een schaal van sociale steun. Sociale steun heeft niet altijd een positief effect op psychische gezondheid. Ook Finch, Okin, Pool en Ruehlman (1999) hebben de relatieve invloed van zowel positieve als negatieve sociale interacties op emotionele gezondheid onderzocht. Er is een aantal meta-analyses uitgevoerd. De eerste onderzoekt de relatie tussen sociale steun en psychische klachten op basis van 52 effect sizes. De tweede meta-analyse is uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen sociale negativiteit en psychische klachten, op basis van 56 effect sizes. Sociale negativiteit wordt evenals sociale steun verschillend gedefinieerd in verschillende onderzoeken. Voorbeelden van sociale negativiteit zijn bijvoorbeeld sociale beperking, negatieve sociale banden, sociale stress, sociale conflicten, sociale ondermijning, uitingen van negatief affect, uitingen van kritiek, het in de weg staan van het behalen van doelen. Geconcludeerd wordt dat zowel sociale steun als sociale negativiteit van invloed zijn op psychische klachten. Vervolgens is de relatieve invloed van zowel sociale steun als sociale negativiteit op psychische klachten bepaald. Op basis van een meta-analyse over 32 studies wordt door Finch et al. gesteld dat de schadelijke effecten van sociale negativiteit zo groot kunnen zijn dat deze de positieve effecten van sociale steun overschaduwden. Wanneer zowel positieve als negatieve effecten van sociaal gedrag ervaren worden, blijkt dat de invloed van ervaren sociale negativiteit sterker is dan de invloed van ervaren sociale steun. Ook door Rose (2002) wordt beschreven dat sociale steun een negatieve invloed kan hebben op psychische klachten. Co-rumineren is het op een overmatige manier discussiëren of praten over problemen, speculeren over de problemen en het focussen op negatieve gevoelens (Rose, 2002). Uit onderzoek van Rose, Carlson en Waller (2007) blijkt dat co-rumineren een risicofactor is voor het ervaren van angst en depressie en wordt bekrachtigd door een vriend of vriendin die steun biedt. Dit zou kunnen verklaren waarom in het huidige onderzoek de PTSS klachten niet afnemen wanneer er meer sociale steun ervaren wordt. Verder kan het ervaren van een hoge mate van *expressed emotion* vanuit de omgeving kan een negatief effect op PTSS klachten hebben. Met een hoge mate van *expressed emotion* wordt een houding die zich karakteriseert als overmatig betrokken, kritisch en vijandig bedoeld. Gevoelens van schuld en schaamte kunnen hierdoor versterkt worden, ook kan een hoge mate van *expressed emotion* vanuit de omgeving interfereren met de behandeling van PTSS (Taylor, 2006).

Het is dus van belang erop toe te zien dat het sociale netwerk vooral vrienden, familie en kennissen bevat waar een goede band mee is opgebouwd. Het sociale netwerk

kan immers beschermen tegen psychische klachten (Boscarino (1995); Dirkzwager et al. (2003); Lindman-Port et al. (2002); Ozer et al., (2003;) en Taft et al. (1999). Wanneer er echter contacten in het netwerk zijn die meer stress en conflictsituaties dan steun opleveren, kan dit het risico op psychische klachten versterken (Finch et al. 1999; Lincoln, 2000; Taylor, 2006). Wel wordt hier een kanttekening bijgeplaatst. De sterkte van de verbanden tussen sociale steun, sociale negativiteit en psychische klachten wordt mede bepaald door gebruikte definities en meetinstrumenten. Hierdoor zijn gevonden resultaten niet altijd consistent. Hiernaast is het interessant om in vervolgonderzoek na te gaan of er een verband tussen co-rumineren en het rapporteren van PTSS klachten bestaat.

In het huidige onderzoek is één maat voor sociale steun gebruikt. Alleen positieve effecten van sociale steun zijn bekeken, mogelijk schadelijke effecten van negatieve interactie zijn buiten beschouwing gelaten. In vervolgonderzoek zou het interessant zijn te onderzoeken of er wel verbanden tussen PTSS klachten en sociale steun worden gevonden wanneer negatieve gevolgen van sociale interacties ook als variabele wordt onderzocht.

Verder is het zoals vermeld in de inleiding op grond van correlatieel onderzoek niet mogelijk om causaliteit van verbanden vast te stellen. Sociale steun beïnvloedt niet alleen de manier van omgaan met traumatische stress, maar is wellicht ook een uitkomstvariabele. Traumatische gebeurtenissen kunnen tot veranderingen in sociale contacten en ervaren sociale steun leiden. De heftige emoties die iemand na een traumatische gebeurtenis ervaart kunnen anderen afstoten waardoor het sociale netwerk kleiner wordt en gevoelens van eenzaamheid versterkt worden (Kleber & Brom, 2003). De symptomen van PTSS kunnen leiden tot vermijding van anderen en het afstompen van emoties (Irving, Telfer & Blake, 1997). Frueh, Turner, Beidel en Cahill (2001) zijn van mening dat naast de in de DSM IV genoemde symptoomclusters rond herbeleving, vermijding en een staat van verhoogde prikkelbaarheid ook een uiteenlopend scala van interpersoonlijke problemen als symptomen van PTSS gezien kunnen worden. Onder interpersoonlijke problemen vallen sociale angst, woede, schuldgevoelens, seksueel disfunctioneren, werkloosheid, impulsief en agressief gedrag en familieproblemen. Onderzoek van MacDonald, Chamberlain, Long en Flett (1999) naar het interpersoonlijk functioneren van Vietnam-veteranen heeft aangetoond dat veteranen meer moeilijkheden hebben met intimiteit, vaker in sociale conflicten komen, vijandiger zijn, vaker sociaal geïsoleerd zijn en meer huwelijksproblemen ondervinden vergeleken met controlegroepen. Bij het vergelijken van veteranen met PTSS en zonder PTSS bleek dat veteranen met PTSS significant meer problemen hebben met sociale relaties in het algemeen, zichzelf

openstellen, expressiviteit, lichamelijke agressie tegenover de partner en meer problemen hebben met intimiteit vergeleken met veteranen zonder PTSS. Hofmann, Litz en Weathers (2001) geven als oorzaak van verslechterd sociaal functioneren, sociale angst en sociale vermijding bij Vietnam-veteranen met PTSS aan dat sociaal gedrag beperkt wordt door PTSS symptomen als afstandelijkheid, die zijn veroorzaakt door een geschiedenis van blootstelling aan oorlogstrauma. Ook kan sociale vermijding bij veteranen met PTSS veroorzaakt worden door verwachtingen van onbegrip door anderen en angst voor agressie. Op grond van dit literatuuroverzicht kan gehypothetiseerd worden dat het ervaren van veel of weinig sociale steun en sociale negativiteit veroorzaakt wordt door het hebben van psychische klachten. In vervolgonderzoek zou het probleem rondom causaliteit van de verbanden tussen variabelen voorkomen worden door de militairen voordat ze worden uitgezonden te screenen op psychische klachten, sociale steun en negatieve gevolgen van sociale interactie. Op die manier kan worden vastgesteld of het klachten en sociale problemen daadwerkelijk worden veroorzaakt door betrokkenheid bij een oorlogssituatie.

De populatie van het huidige onderzoek is een klinische populatie. De gegevens zijn verkregen uit de intake procedure van Stichting Centrum '45. Cliënten kunnen door huisartsen of andere hulpverleners naar Stichting Centrum '45 worden verwezen. Cliënten kunnen zich ook op eigen initiatief aanmelden. Het gebruiken van een onderzoekspopulatie die bestaat uit cliënten die in behandeling zijn ofwel in de polikliniek, dagkliniek of kliniek waarin cliënten voor behandeling worden opgenomen heeft als gevolg dat het gerapporteerde klachtniveau vermoedelijk erg hoog is. Bij een laag klachtniveau is verdere behandeling aan Stichting Centrum '45 immers niet aan de orde. De veteranen in dit onderzoek scoren hoog op de ZIL-22, rapporteren dus veel PTSS klachten. Van de veteranen in dit onderzoek voldoet 65.8% aan de criteria voor DSM-IV diagnose van PTSS op basis van hun scores op de ZIL-22. Naast PTSS klachten zijn er meer psychische problemen die deze groep als gevolg van oorlogsomstandigheden ervaart. Denk bijvoorbeeld aan andere angststoornissen, depressie, middelenmisbruik. Wellicht zouden de in dit onderzoek gestelde verwachtingen wel uitkomen wanneer er gebruik wordt gemaakt van een meer heterogene onderzoekspopulatie. Het hebben van veel psychische klachten zou immers de manier waarop sociale steun wordt ontvangen en ervaren op een negatieve manier kunnen beïnvloeden. Ook is, als er geen veteranen met laag klachtniveau zijn, niet te controleren of deze veteranen inderdaad meer sociale steun ontvangen of inderdaad vaker een partner hebben. Verschillen in PTSS klachten veroorzaakt door beschermende factoren of juist risicofactoren worden niet gevonden als iedereen hetzelfde scoort. Als nauwelijks

tot geen variantie in PTSS klachten gevonden wordt kan niet worden nagegaan door welke factoren deze variantie verklaard wordt. Door in niet alleen gegevens van veteranen die hulp zoeken te gebruiken, maar ook van veteranen die in hun dagelijks functioneren niet gehinderd worden door klachten wordt een meer uiteenlopend patroon van klachten geschetst van veteranen met veel en veteranen met weinig PTSS klachten. Het zou interessant zijn in vervolgonderzoek na te gaan of het verwachte gunstige effect van sociale steun op PTSS klachten wel gevonden wordt als een bredere groep veteranen onderzocht zou worden. Door naast veteranen die in behandeling zijn ook ‘gezonde’ veteranen in het onderzoek te betrekken kan worden onderzocht of het verwachte effect wel gevonden wordt wanneer het ontvangen en ervaren van sociale steun niet beïnvloed wordt door het hebben van psychische klachten.

Er is een aantal methodologische beperkingen van dit onderzoek aan te wijzen. Ten eerste brengt het gebruiken van gegevens van veteranen in behandeling aan Stichting Centrum '45 brengt een risico met zich mee. De vragenlijsten zijn afgenomen als onderdeel van de intake procedure. Veteranen die dit traject doorlopen hebben een grote hulpvraag; ze ervaren klachten, hebben hier last van en hebben hier hulp voor gezocht. De gebruikte vragenlijsten zijn ‘self-report measures’; zelfrapportagevragenlijsten. Het is mogelijk dat er overdrijving van klachten en minimalisering van ontvangen steun gerapporteerd wordt om op die manier de kans op beantwoording van de hulpvraag te vergroten. Zo beschrijven Port, Engdahl, Frazier en Eberly (2002) in hun onderzoek naar het verloop van PTSS bij 177 oudere ex- oorlogsgevangenen uit WO II en de Koreaanse oorlog dat een gebrek aan sociale steun ten onrechte gerapporteerd of overdreven kan worden, om het hoge klachtniveau dat gerapporteerd wordt te verantwoorden. Uit schaamte voor het ervaren van veel klachten zouden mensen weinig steun uit hun omgeving rapporteren, om op deze manier de oorzaak van het hebben van problemen buiten zichzelf te leggen.

De SSL is ontwikkeld voor gebruik in wetenschappelijk onderbouwd vragenlijstonderzoek. Het gebruik van de scores in dit soort onderzoek is bijvoorbeeld gericht op het berekenen van een gemiddelde score over honderden of duizenden ondervraagden. Hoewel de instrumenten zorgvuldig zijn ontworpen en veel onderzoek is verricht naar hun bruikbaarheid is niet bekend of ze ook toepasbaar zijn voor het bepalen van het al dan niet eenzaam zijn van afzonderlijke personen. De schaal is niet ontwikkeld om als (psycho)diagnostisch instrument te worden gebruikt. Daarom is het niet toegestaan deze instrumenten voor een dergelijke toepassing te gebruiken (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999). De SSL wordt door Centrum '45 in de intakeprocedure wel als diagnostisch

instrument gebruikt. Het is niet duidelijk of het gebruik van de SSL op deze manier geoorloofd is. In vervolgonderzoek zou een ander instrument om ervaren sociale steun te meten gebruikt kunnen worden.

In het huidige onderzoek was het niet mogelijk de tijd tussen het beëindigen van het dienstverband en de vragenlijst afname constant te houden, gegevens over verstreken tijd zijn vanuit Centrum '45 niet beschikbaar. Deze tijd zal kan sterk variëren, aangezien het verloop van de psychische klachten ervaren door veteranen ook variërend is. Tussen het meemaken van een traumatische gebeurtenis en het ontwikkelen van klachten kan een aantal maanden, maar ook een aantal jaar zitten (Lindman-Port, Engdahl, Frazier, & Eberly, 2002). Worden verbanden tussen PTSS klachten en sociale steun uit verschillende bronnen hierdoor beïnvloed? In vervolgonderzoek is het raadzaam om de factor tijd constant te houden of als controlevariabele in de analyses mee te nemen.

Kleber en Brom (2001) beschrijven dat mobilisatie van het sociale netwerk een effectieve bijdrage aan de behandeling van PTSS is. Op grond van de resultaten van dit onderzoek is het raadzaam erbij stil te staan wat het nut van het betrekken van het sociale netwerk of de partner bij behandeling van PTSS is. Het mobiliseren van het sociale netwerk heeft op grond van de resultaten van dit onderzoek niet zonder meer een positief effect op PTSS klachten. Als sociale steun geen meerwaarde heeft in het verwerken van traumatische gebeurtenissen als gevolg van betrokkenheid bij een oorlogssituatie, zal mobilisatie van het sociale netwerk weinig effectief zijn. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of het inschakelen van het sociale netwerk onnodige risico met zich meebrengt. Wanneer blijkt dat negatieve sociale interactie sociale steun overschaduwde, is het van belang het sociale netwerk te inventariseren alvorens het bij de behandeling te betrekken. Dit kan bijvoorbeeld door tijdens de intakeprocedure naast een vragenlijst naar ervaren sociale steun ook een vragenlijst naar ervaren negatieve gevolgen van sociale interactie in te laten vullen.

Een andere visie op het betrekken van sociale steun in de behandeling van PTSS is het verbeteren van communicatie tussen mensen met PTSS en hun sociale netwerk. Interpersoonlijke problemen en PTSS klachten houden elkaar in stand. PTSS klachten kunnen een negatieve invloed hebben op interpersoonlijke relaties. Symptomen als vermijding, afstomping en zichzelf terugtrekken kunnen leiden tot vervreemding van familie en vrienden. Familieleden weten zich geen houding te geven tegenover iemand met PTSS (Taylor, 2006). Wederzijds onbegrip kan een oorzaak van sociale conflicten zijn en op die manier een negatieve invloed op het psychisch welbevinden hebben. Door psycho-educatie aan partner, familie en vrienden te verlenen kan meer begrip voor de problemen

van iemand met PTSS verkregen worden. Ook kunnen vaardigheden om een ondersteunende omgeving aan iemand met PTSS te bieden worden aangeleerd. Het geven van communicatietrainingen aan het sociale netwerk kan vaardigheden om beter met PTSS klachten om te gaan bijbrengen. Een deel van de therapie kan zich richten op het verbeteren van de band met het netwerk, om de kans op negatieve gevolgen van sociale interactie met de omgeving te verkleinen (Figley, 1986). Voorbeelden van interventies voor partner of familie in communicatie- en vaardigheidstrainingen zijn het aanleren van een constructieve manier van het uiten van emoties; leren empathisch te luisteren; training in het hanteren van conflictsituaties; training in woederegulatie en onderhandelingstraining. Doel van deze interventies is onder andere het verminderen van het uiten van beschuldigen naar elkaar, en in plaats daarvan het bevorderen van een oplossingsgerichte benadering voor interpersoonlijke problemen (Taylor, 2006).

In de klinische praktijk van Centrum '45 wordt bij de behandeling van PTSS onder andere gewerkt met sociale vaardigheidstraining en communicatietraining om de communicatie van veteranen met partner en kinderen te verbeteren. Gezien de literatuur en de resultaten en aanbevelingen van het huidige onderzoek is dit iets wat gestimuleerd moet worden. Veel genoemde klachten van cliënten in behandeling aan Centrum '45 zijn onder andere zich onbegrepen voelen, gevoelens van schuld en schaamte, en relatieproblemen. Als deze klachten verminderd kunnen worden door het geven van psycho-educatie, communicatietrainingen, en sociale vaardigheidstrainingen worden de juiste condities, benodigd voor het verminderen van overige PTSS klachten, gecreëerd.

5 Conclusie

De bevindingen in dit onderzoek laten zien dat er geen samenhang bestaat tussen de mate van ervaren sociale steun en de door veteranen gerapporteerde PTSS klachten. Ook het hebben van een partner hangt niet samen met de mate waarin PTSS klachten worden gerapporteerd. Deze resultaten zijn interessant en opvallend aangezien de bevindingen niet overeen komen met de verwachtingen die op basis van de literatuur waren geformuleerd. Voor vervolgonderzoek is het van belang met de volgende zaken rekening te houden. Allereerst is het aan te raden om in vervolgonderzoek een grotere, meer heterogene steekproef te gebruiken. Hiernaast lijkt het noodzakelijk om naast de positieve invloed van sociale steun ook de invloed van negatieve sociale interactie en co-ruminatie op PTSS klachten te onderzoeken.

Referenties

- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*, p. 266. Swets & Zeitlinger BV: Lisse.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J.H.M. (1975). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Baarda, D. B., de Goede, M. P. M. & van Dijkum, C. J. (2003). *Basisboek Statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Boscarino, J. A. (1995). Posttraumatic stress and associated disorders among vietnam veterans: the significance of combat exposure and social support. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 8, No. 2*, 317-336.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, Vol. 48*, 216-222. In Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta- analysis. *Psychological Bulletin, Vol. 129, No. 1*, 52-73.
- COTAN, (2000). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland-2000 Deel I Testbeschrijvingen. Deel II Testresearch*. Amsterdam: NDC. Assen: Van Gorcum.
- Dirkzwager. A. J. E., Bramsen, I. & van der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 34*, 1545-1559.
- DiTomasso, E. & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: a re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences, Vol. 22, No 3*, 417-427.
- Eckenrode, J. (1991). *The social context of coping*. New York: Plenum Press.

- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Weerts, J., Arntz, A., Hox, J.J. & McNally, R.J., 2007. Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 191, 140-145.
- Figley, C. R. (1986). *Trauma and its wake. Volume II: traumatic stress theory, research and intervention*. New York: Brunner/ Mazel Publishers.
- Finch, J. F., Okun, M. A., Pool, G. J., Ruehlman, L. S. (1999). A Comparison of the Influence of Conflictual and Supportive Social Interactions on Psychological Distress. *Journal of Personality*, 67:4, 581-621.
- Flannery, R. B. (1990). Social support and psychological trauma: a methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 3, No. 4, 593-611.
- Frueh, B. C., Turner, S. M., Beidel, D. C. & Cahill, S. P. (2001). Assesment of social functioning in combat veterans with PTSD. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 79-90.
- Hewstone, M. & Stroebe, W. (2001). *Introduction to social psychology*, 3th ed., Blackwell Publishing Ltd.
- Hofmann, S. G., Litz, B. T. & Weathers, F. W. (2001). Social anxiety, depression, and PTSD in Vietnam veterans *Anxiety Disorders*, 17, 573–582.
- Hovens, J.E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H.M. (2001). *Handleiding bij de Zelfinventarisatievragenlijst Posttraumatische Stressstoornis (ZIL)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Hyman, S. M., Gold, S. N. & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence, 18*, 295-300.
- Jongedijk, R. A. (2002). De gevolgen van psychotraumatische gebeurtenissen. *Bijblijven, Huisartsen Nascholingsreeks, 18, 2*, 56-66.
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Social Research Methodology.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060. In Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, Vol. 129, No. 1*, 52-73.
- Kleber, R. J. & Brom, D. (2003). *Coping with trauma. Theory, prevention and treatment*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Lincoln, K. D., (2000). Social support, negative social interactions and psychological well-being. *Social Service Review, june*, 231- 252.
- Lindman-Port, C., Engdahl, B., Frazier, P. & Eberly, R. (2002). Factors related to the long-term course of PTSD in older ex-prisoners of war. *Journal of Clinical Geropsychology, Vol. 8, No. 3*, 203-214.
- MacDonald, C., Chamberlain, K., Long, N. & Flett, R. (1999). Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in Vietnam war veterans: a mediational model. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 12, No. 4*, 701-707.
- Meewisse, M. L., Nijdam, M. J., de Vries, G. J., Gersons, B. P. R., Kleber, R. J., van der Velden, P. G., Roskam, A. J., Christiaanse, B., Drogendijk, A. N. & Olf, M., 2005. Disaster-related posttraumatic stress symptoms and sustained attention: evaluation of depressive symptomatology and sleep disturbances as mediators. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 4*, 299-302.

- Mehlum, L. & Weisæth, L. (2002). Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 15, No.1*, 17-26.
- Miles, J. & Shevlin, M. (2005). *Applying Regression & Correlation*. London: SAGE Publications Ltd.
- Oostveen, A., van der Jagt, J., Helleman, R. & Haans, T. (2005). Veteranengroepen in ontwikkeling. In Berk, T. et. al.(2005), *'Handboek Groepspsychotherapie'*, Bohn, Stafleu en Van Loghum.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta- analysis. *Psychological Bulletin, Vol. 129, No. 1*, 52-73.
- Resick, P. A. (2001). *Stress and trauma*. Hove, East Sussex: Psychology Press LTD.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984-991. In Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta- analysis. *Psychological Bulletin, Vol. 129, No. 1*, 52-73.
- Rose, A.J. (2002). Co-Rumination in the Friendships of Girls and Boys. *Child Development, Vol. 73*, 1830–1843.
- Rose, A.J., Carlson, W., & Waller, E.M. (2007). Prospective Associations of Co-Rumination With Friendship and Emotional Adjustment: Considering the Socioemotional Trade- Offs of Co-Rumination. *Developmental Psychology, 43*, 1019–1031.
- Saddock B.J, Saddock V.A (2003). *Kaplan & Saddock's Synopsis of Psychiatry*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.

- Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, K., Marmar, C. R. & Weiss, D. S. (1992) The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in the Vietnam Generation: A Multimethod, Multisource Assessment of Psychiatric Disorder. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 5, No. 3.*
- Seal, K., H., Bertenthal, D., Miner, C., R., Sen, S. & Marmar, C. R. (2007). Bringing the War Back Home. Mental Health Disorders Among 103 788 US Veterans Returning From Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities. *Arch Intern Med.*,167, 476-482.
- Stanger, E. & Boudewyns, P. (1999). The interaction of posttraumatic stress disorder and depression among older combat veterans. *Journal of Clinical Psychology, 55 (9),* 1073-1083.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: a test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 70, No. 6,* 1241-1249.
- Taft, C. T., Stern, A. S., King, L. A. & King, D. W. (1999). Modeling physical health and functional health status: the role of combat exposure, posttraumatic stress disorder, and personal resource attributes. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 12, No 1,* 3-23.
- Taylor, S. E. (2003). *Health Psychology.* 5th ed. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD.* New York: The Guilford Press.
- van Tilburg, T. (1988). Verkregen en gewenste ondersteuning in het licht van eenzaamheidservaringen. Utrecht. Bewerking door Kleijn, W. C., Kamstra, C. & Mook, J.(1999).

- Tilburg, T. & Gierveld, J. (2006) A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging, Vol. 28, No. 5*, 582-598.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. The Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, England.