

# De militaire psychiatrie in de Krijgsmacht: innovatie en discontinuïteit.

*Julia Loth*

*3838242*

*18-01-2017*

## Inhoudsopgave

Summary .....	2
Inleiding.....	3
Hoofdstuk 1: Het ontstaan en de beginselen van Forward Psychiatry en de militaire psychiatrie in Nederland.....	8
1.1 Inleiding.....	8
1.2 Ontstaan van de Forward Psychiatry .....	8
1.3 Het ontstaan van de militaire psychiatrie in de Nederlandse Krijgsmacht .....	10
1.4 Conclusie .....	14
Hoofdstuk 2: Militaire geestelijke gezondheidszorg tijdens de dekolonisatie van Nederlands-Indië ..	16
2.1 Inleiding.....	16
2.2 organisatie van de militaire psychiatrie en forward psychiatry .....	16
2.3 Snelheid, nabijheid en positieve verwachting in het conflict.....	18
2.4 Conclusie .....	23
Hoofdstuk 3: Forward psychiatry in de Koude Oorlog en tijdens de operationele inzet in Korea .....	25
3.1 Inleiding.....	25
3.2 Forward Psychiatry in voorbereiding van een groot conflict .....	25
3.3 Forward Psychiatry in Korea.....	27
3.4 Conclusie .....	29
Hoofdstuk 4: Forward Psychiatry in Libanon .....	31
4.1 Inleiding.....	31
4.2 Nurture en de multidisciplinaire aanpak.....	31
4.3 Forward Psychiatry in Libanon .....	34
4.4 Conclusie .....	36
Conclusie .....	38
Bibliografie .....	42
Literatuurlijst.....	42
Overzicht van geraadpleegde archieven, dozen en dossiers .....	44
Bronnenlijst .....	50

## Summary

The principles of the as an innovation that despite its proven effectiveness never took off in the Dutch military practice. How come? Researched by considering three distinct episodes in the Dutch military history. Many veterans experience mental health issues after deployment. A large corpus of historical research describes the Dutch military psychological healthcare post combat, but there is almost no research that includes psychological healthcare during warfare. This paper contributes to this hiatus by researching the Dutch military psychological healthcare during warfare, using the implementation of the principles of *forward psychiatry* as the main subject. These principles are: speed, proximity and positive expectation throughout three conflicts: the decolonization of the Dutch East Indies, the Korean War and the civil war in Lebanon. The history of military psychology is described by many historians as a history of discontinuity. These historians claim that whereas innovations were adapted during war, some innovations, such as the effective method of forward psychiatry, are often forgotten or badly understood in the next conflict. These three missions considered, it becomes clear that the lessons of forward psychiatry are not forgotten after the researched conflicts, but only partly implemented. The main factor behind the lack of implementation of forward psychiatry were the prevailing ideas about mental illnesses.

During the decolonization of the Dutch East Indies and the deployment in Korea, policy makers were familiar with the principles of forward psychiatry through the British and American experiences during both world wars. Although English field guides stressed the importance of forward psychiatry, the emphasis in Dutch policy was on preventive psychiatry. The deterministic view of mental illness resulted in the selection of troops as the primary means to prevent military psychic collapse. These ideas about illness and selection as a potent panacea for reducing psychological illness resulted in the allocation of attention and budget towards the preventive psychiatry of selection, whereas the more ambulatory care and education that is associated with forward psychiatry was neglected. During the deployment in the Dutch East Indies and Korea high dropout rates due to psychological strain were assigned to the quality of selection and reselection procedures.

At the time of operational deployment in Lebanon there was a serious break with the deterministic philosophy that prevailed during the campaigns in the Dutch East Indies and Korea. Doctors and therapists believed that environmental factors were the underlying causes for mental illnesses. This led to a different approach in the field of mental health. It was believed that a soldier with psychological problems should not be discharged through medical channels, but preferably aided through a soft sector approach that was adopted from the civil society at more peaceful times. This meant that no specialized psychological care in the form of psychiatrists or psychologists was present during operational deployment in Lebanon. Soldiers were treated by a multidisciplinary team consisting of a social worker, a medical doctor and a chaplain. The principles of forward psychiatry are only visible in the emphasis on comradeship help by fellow soldiers and the regular visits by the social worker. Various medical field guides adverted to the principles of forward psychiatry. Over the years, through a vision of both nature and nurture, the views on mental illness caused that the military mental health policy was hardly focused on implementation of forward psychiatry. The cases show that the thinking and culture in the military organization are important factors in adopting and implementing innovations, even more than bare facts and experiences.

## Inleiding

Na dertig jaar leidt de UNIFIL-missie in Libanon (1979-1985) nog steeds tot discussie. Tijdens de operationele inzet in Libanon kwamen negen Nederlandse militairen om. Tot op de dag van vandaag kampt een aanzienlijk aantal veteranen met een posttraumatische stressstoornis. Enkele honderden Libanon-gangers hebben het ministerie van Defensie aansprakelijk gesteld voor opgelopen psychische schade.<sup>1</sup> Zij stellen dat Defensie destijds niet aan zijn zorgplicht heeft voldaan.<sup>2</sup> De Nederlandse overheid heeft deze claim gehonoreerd en zal miljoenen uitbetalen aan Libanon-veteranen met posttraumatische stressstoornis. Dergelijke claims laten zien dat een gedegen historisch onderzoek naar de organisatie van militaire psychiatrie en psychologie voor, tijdens en na conflicten maatschappelijk van belang is.

Invloedrijke historici in Groot-Brittannië zoals Ben Shephard en in Nederland Hans Binneveld omschrijven de geschiedenis van de militaire psychiatrie als een geschiedenis van discontinuïteit. Hans Binneveld stelde in 1994 ten tijde van de Nederlandse operatie in Bosnië zelfs: 'Het Nederlandse leger heeft nauwelijks een verleden in de psychiatrische zorg. We zullen het dus allemaal opnieuw moeten leren daar in Bosnië.'<sup>3</sup> Het lijkt erop dat Binneveld gelijk heeft. Voorliggend onderzoek laat zien dat de bij elke operationele inzet geleerde lessen door de militaire organisatie vergeten en worden innovaties in de militaire psychiatrie niet toegepast in het volgende conflict. De tijdens operationele inzet opgedane ervaring met effectieve behandelmethodes en diagnoses raakt na het conflict in veel gevallen in vergetelheid.

Deze paper beoogt een bijdrage te leveren aan het debat over deze discontinuïteit in de geschiedenis van de militaire psychiatrie door te onderzoeken waarom gekende innovaties niet werden toegepast tijdens operationele inzet, dan wel na het conflict vergeten werden. Het lerend vermogen van de Nederlandse krijgsmacht wordt geanalyseerd door te kijken naar psychiatrische innovaties en hun adoptie.<sup>4</sup> De militaire psychiatrie heeft een drietal componenten: preventie, gevechtspsychiatrie en nazorg. Bij preventie kan worden gedacht aan selectie en training om psychiatrische problemen tijdens het gevecht te voorkomen.<sup>5</sup> Deze paper beperkt zich tot gevechtspsychiatrie. Deze tak van de psychiatrie houdt zich bezig met de behandeling en het weer inzetbaar maken van militairen tijdens operationele inzet.

---

<sup>1</sup> Het einde van de wereld, *de Volkskrant* 16 juni 2016.

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> M. Traa, 'Oorlog Tussen de Oren', *Trouw* 20 april 1992.

<sup>4</sup> J.M.W. Binneveld, 'Herstel op bevel. Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie.', in H.M. van der Ploeg en J.M.P. Weerts (red), *veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen Tweede Wereldoorlog, Politioele Acties, Korea* (Lisse 1995) 63-76, 74.

<sup>5</sup> Binneveld, 'Militaire psychiatrie in de Tweede Wereldoorlog', *Tijdschrift voor de geschiedenis van de geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 14 (1991) 4, 193-209, <https://gewina-tggntw.library.uu.nl/index.php/gewina-tggntw/article/viewFile/379/382>

De uitkomsten uit het onderzoek naar innovaties in de militaire psychiatrie zijn van belang voor de beleidsvorming in de krijgsmacht. Hoewel het overgrote deel van overheidsbeleid vaak stapsgewijs wordt gevormd, kan elke overheidsbeleidsmaatregel worden teruggevoerd tot een specifieke innovatie.<sup>6</sup> Innovaties en de adoptie ervan zijn daarom belangrijk voor het begrijpen van beleidskeuzes. Onderzoek naar beleidsvorming en innovatie is het werkgebied van verschillende wetenschappelijke disciplines. Een element in het debat over innovaties is het *rational choice model*: wordt de keuze om een innovatie aan te nemen op rationele gronden gemaakt of zijn er andere beweegredenen die het keuzeproses beïnvloeden? De aanhangers van het neorealisme zien de verspreiding van innovaties in bijvoorbeeld de krijgsmacht als niet-probleematisch.<sup>7</sup> Zij stellen dat de verspreiding van innovaties een rationeel proces is en dat innovaties worden geadopteerd op basis van kosten/batenanalyses. Het constructivisme daarentegen, met de politicoloog David Brian Robertson als uitgesproken voorvechter, stelt dat de neorealisten te weinig aandacht hebben voor de culturele context waarin innovaties worden geïmplementeerd.<sup>8</sup> Aanhangers van het constructivisme stellen dat de mate van acceptatie en implementatie van een innovatie afhankelijk is van de verenigbaarheid van de innovatie met de bestaande waarden, normen, gebruiken en historische context, evenals van de bestaande behoeften van de betreffende staat, samenleving of organisatie.<sup>9</sup>

In het corpus over innovaties en beleid blijkt dat de meeste onderzoekstradities een pro-innovatie bias vertonen.<sup>10</sup> Dit houdt in dat academisch onderzoek vaak gericht is op dezelfde innovaties, waardoor andere buiten beschouwing blijven. Dit vertekent het beeld dat de wetenschap heeft van innovaties en hun verspreiding. Over het algemeen zijn wetenschappers meer geneigd om succesvolle en snel verspreide innovaties te onderzoeken dan mislukte of traag geadopteerde tegenhangers. Deze paper wil deze pro-innovatie bias vermijden door een innovatie als uitgangspunt te nemen die bij de Nederlandse krijgsmacht maar matig aansloeg, uiteindelijk wel werd geadopteerd, maar later niet werd toegepast: *forward psychiatry*. Deze psychiatrische methode voor de behandeling van shellshock werd ontwikkeld in de Eerste Wereldoorlog en is vandaag de dag de standaard voor interventie bij gevechtstressreacties.<sup>11</sup> De methode beroept zich op drie principes: nabijheid, snelheid, en verwachting van herstel. In de Tweede Wereldoorlog maakten zowel de

---

<sup>6</sup> P. Sabatier en C. Weible, *Theories of the Policy Process* (Boulder 2014) 307.

<sup>7</sup> E. Goldman en L.C. Eliason, *The Diffusion of Military Technology and Ideas* (Stanford 2003) 6.

<sup>8</sup> *Ibidem*, 13.

<sup>9</sup> Goldman en Eliason, *The Diffusion of Military Technology and Ideas*, 9.

<sup>10</sup> T. Greenhalgh, G. Robert, P. Bate, O. Kyriakidou, F. Macfarlane en R. Peacock, *How to Spread Good Ideas: A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*, [http://www.nets.nihr.ac.uk/data/assets/pdf\\_file/0017/64340/FR-08-1201-038.pdf](http://www.nets.nihr.ac.uk/data/assets/pdf_file/0017/64340/FR-08-1201-038.pdf) (Londen 2004) 85.

<sup>11</sup> Edgar Jones en Simon Wessely, 'Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness', *Journal of Traumatic Stress* 16 (2003) 4, 411-419, 411.

Amerikanen als de Britten gebruik van de forward psychiatry. De methode werd als zeer effectief beschouwd; de Britten claimden dat 50% van de manschappen die waren uitgevallen door geestelijke problemen binnen een korte periode weer terug konden keren naar het front.<sup>12</sup> Forward psychiatry zorgde ook tijdens de oorlogen in Korea en Vietnam ervoor dat het aantal psychische slachtoffers minimaal bleef.<sup>13</sup> Volgens de analyse van kosten en baten zou forward psychiatry altijd moeten worden ingezet. Het feit dat de methode toch elke keer weer werd vergeten of beperkt werd toegepast in een volgend conflict, laat zien dat de neorealistische verklaring niet bevredigend is. Deze paper wil dan ook met een constructivistische blik kijken naar de adoptie van innovatie en aantonen dat ideeën en opvattingen in een bepaalde tijd invloed hebben op het beslissingsproces in het adopteren en implementeren van innovaties.

Het is lastig dat er weinig is geschreven over medische innovaties in de Krijgsmacht en nog minder over de verspreiding van innovaties in de militaire psychiatrie. De militaire medische zorg en daarbinnen de militaire psychiatrie, hebben een ander uitgangspunt dan de civiele geneeskunde. De militaire psychiater staat onder bevel van militaire autoriteiten, waardoor in het medisch handelen niet alleen de geneeskundige, maar ook de militaire noodzaak in acht moet worden genomen. Enerzijds heeft de psychiater de Eed van Hippocrates afgelegd, anderzijds is hij of zij in dienst van de krijgsmacht onder het militair recht. De militaire psychiater staat dus voor het dilemma tussen de universele humanitaire doelstellingen van de medische praktijk en de bijzondere nationale eisen van de staat.<sup>14</sup> De zorg voor de kwantitatieve instandhouding van het menselijk potentieel is de militaire verantwoordelijkheid van de legerarts in de oorlogssituatie.<sup>15</sup> De legerarts moet ervoor zorgen dat een gewonde soldaat snel zijn taken weer kan vervullen. Het feit dat de patiënt ziek wordt door de algehele realiteit van het conflict en niet zozeer door de incidentele verwonding, maakt de taak van de militaire psychiater extra complex.

Volgens Hans Binneveld bestaat er een aanzienlijk verschil in organisatie en aard tussen het leger in vreedstijd en in een oorlogssituatie.<sup>16</sup> In vreedstijd raakt de centrale doelstelling van het leger, de productie van geweld, op de achtergrond, waardoor zaken zoals het nut en de noodzaak van militaire gevechtspsychiatrie minder aandacht krijgen. Dit kan een belangrijke reden zijn waarom de innovatie van forward psychiatry tijdens elk nieuw conflict nauwelijks werd toegepast of zelfs vergeten.

---

<sup>12</sup> Jones en Wessely, 'Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness', 411.

<sup>13</sup> Ibidem.

<sup>14</sup> Nederlands Instituut voor Militaire Historie (later NIMH), Den Haag, 057, Losse Stukken inv.nr. 4336, TLS, 9 maart 2001

<sup>15</sup> J.A. Verdoorn, *Arts en Oorlog*. (Rotterdam 1995) 315.

<sup>16</sup> Binneveld, 'Herstel op bevel. Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie.', 73.

Om de adoptie en de verspreiding van de forward psychiatry te onderzoeken, worden in deze paper drie casussen als uitgangspunt genomen, namelijk: de dekolonisatie van Nederlands-Indië (1945-1949), de Korea-oorlog (1950-1955) en de UNIFIL-missie in Libanon (1979-1985). Voor deze casussen is gekozen omdat bij deze conflicten Nederlandse militairen grootschalig werden ingezet, met grotere kans op het optreden van psychische klachten. Naar Nederlands-Indië werden meerdere divisies uitgezonden. Naar Korea en Libanon werd een Nederlands bataljon uitgezonden. Er is gekozen voor opvolgende casestudies omdat de verspreiding van innovaties een langdurig proces is; een termijn van veertig jaar is een goede periode om te onderzoeken hoe een innovatie zich verspreid. In deze paper is de keuze gemaakt om enkel de inzet van de forward psychiatry door de Koninklijke Landmacht (KL) te onderzoeken. Het eerste hoofdstuk gaat dieper in op het ontstaan en de beginselen van de forward psychiatry, en op de ontstaansgeschiedenis van de militaire geestelijke gezondheidszorg in de Nederlandse krijgsmacht. Door de drie casestudies met elkaar te vergelijken wordt de hoofdvraag beantwoord: welke opvattingen en ideeën over ziekte en gezondheid leidden ertoe dat forward psychiatry beperkt, of niet werd toegepast tijdens de operationele inzet in Nederlands-Indië, Korea en Libanon? Deze hoofdvraag is opgedeeld in drie deelvragen, waarbij de eerste deelvraag luidt: in hoeverre werd forward psychiatry toegepast? Dit wordt onderzocht door te kijken in welke mate en op welke manier de beginselen van nabijheid, snelheid en positieve verwachting uit de forward psychiatry tot hun recht kwamen. Deze beginselen zullen in hoofdstuk één verder worden uitgelegd. De tweede deelvraag luidt: hoe dachten artsen en de krijgsmacht over de oorzaken van psychische ziektes? En de derde deelvraag is: op welke manier vormden deze opvattingen het beleid omtrent forward psychiatry?

Het paper is geschreven vanuit de invalshoek van de legerorganisatie en haar artsen en niet vanuit de patiënt. De legerorganisatie ontwikkelt beleid en de arts past het toe. In Nederland is veel geschreven over de nazorg aan veteranen, maar is nauwelijks aandacht besteed aan de militaire psychiatrie tijdens operationele inzet. In landen als Frankrijk, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten is wel veel gepubliceerd over de militaire psychiatrie te velde.

Is dit gebrek aan bronnen een teken dat het Nederlandse leger tijdens uitzendingen zoals de politionele acties en de Korea-oorlog nauwelijks aandacht had voor de militaire geestelijke gezondheidszorg? Dat blijkt niet het geval. De leemte in de militair-psychiatrische literatuur wordt door historici zoals Stef Scagolia verklaard uit het feit dat Nederland in vergelijking met andere landen in de recente geschiedenis relatief weinig oorlogssituaties heeft gekend en daardoor een beperkte militaire traditie heeft. In de Eerste Wereldoorlog was ons land immers neutraal en in de Tweede Wereldoorlog heeft de Nederlandse landmacht maar enkele dagen gevochten.<sup>17</sup> Volgens

---

<sup>17</sup> S. Scagolia, *Last van de Oorlog. De Nederlandse oorlogsmisdaden in Indonesië en hun verwerking* (2002 Amsterdam) 257.

deze redenering is de Nederlandse militaire psychiatrie minder ontwikkeld ten opzichte van landen zoals Frankrijk, Duitsland, Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten.

Voor de casestudies worden voornamelijk primaire bronnen gebruikt omdat er zoals gezegd nauwelijks secundaire literatuur over de militaire psychiatrie in de Nederlandse Krijgsmacht voorhanden is. Gebruik is gemaakt van de collectie van het Nationaal Archief, de verzameling van de Geneeskundige Troepen Koninklijke Landmacht en de collectie van het Nederlands Militair Historisch Instituut. Er is voor deze archieven gekozen omdat zij het meest relevant waren voor het onderwerp en een systematisch onderzoek mogelijk maakten.



# Hoofdstuk 1: Het ontstaan en de beginselen van Forward Psychiatry en de militaire psychiatrie in Nederland

## 1.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de beginselen van de forward psychiatry en de manier waarop deze tot stand zijn gekomen. Daarnaast komt het ontstaan van de militaire psychiatrie aan bod, evenals de deelvragen: hoe dachten artsen en de krijgsmacht over de oorzaken van psychische ziektes? En: op welke manier vormden deze opvattingen het beleid omtrent forward psychiatry? Deze deelvragen worden beantwoord door het ontstaan van de militaire psychiatrie in de Nederlandse krijgsmacht te onderzoeken. Er wordt gekeken naar de opbouw van de organisatie, en naar hoe de ideeën over geestelijke gezondheid de structuur van de organisatie hebben beïnvloed.

## 1.2 Ontstaan van de Forward Psychiatry

Forward psychiatry als behandelingsmethode werd ontwikkeld in de Eerste Wereldoorlog en past in de opkomst van de militaire psychiatrie naar aanleiding van de massale uitval van militairen door geestesziekten. In het begin van 1916 was het aantal met shellshock gediagnosticeerde Britse soldaten uitgegroeid tot bijna epidemische proporties.<sup>18</sup> Alle aan deze aandoening leidende militairen werden teruggestuurd naar het moederland en daar opgenomen in militaire hospitalen. Uiteindelijk stroomden de ziekenhuizen vol, omdat het grootste deel van de afgevoerde militairen niet werd teruggestuurd naar de gevechtseenheden. In de loop van 1917 werd het beleid ten aanzien van geestelijk zieke militairen aangepast omdat de toen begonnen onbeperkte duikbotenoorlog het overzeese transport van zieken en gewonden erg lastig maakte.<sup>19</sup> Hierdoor moesten de meeste psychiatrische patiënten noodgedwongen in Frankrijk verblijven. Een andere factor die het veranderende beleid beïnvloedde, was onderzoek van Franse psychiaters naar shellshock. Uit de bevindingen van Georges Guillain bleek dat shellshock-patiënten opnieuw inzetbaar waren indien zij dicht bij het front werden behandeld in plaats van ver in het achterland.<sup>20</sup>

In 1917 kreeg dr Thomas Salmon van de Amerikaanse krijgsmacht de opdracht om een militair-psychiatrische dienst op te zetten voor het expeditieleger dat in Frankrijk zou worden ingezet.<sup>21</sup> Salmon wordt gezien als de bedenker van de basisbeginselen van de moderne militaire

---

<sup>18</sup> Jones en Wessely, 'Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness', 411.

<sup>19</sup> Binneveld, *Om de Geest van Jan Soldaat* 178.

<sup>20</sup> Jones en Wessely, 'Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness', 411.

<sup>21</sup> Ben Shepard, *War of Nerves* (Cambridge 2000) 123.

psychiatrie voor de behandeling van geesteszieke militairen. Salmon gebruikte de ervaringen van de Franse psychiaters en verwerkte deze in drie basisprincipes: nabijheid, snelheid en positieve verwachting. Het was belangrijk dat de militair zo snel, zo kort en zo dichtbij de gevechtszone mogelijk werd behandeld. Deze principes zorgden ervoor dat een aanzienlijk groter percentage van de militairen dan voorheen weer inzetbaar werd voor het gevecht. Een belangrijke rol zag Salmon weggelegd voor de divisiepsychiater. Deze vervulde de coördinerende rol in de militaire geestelijke gezondheidszorg. Hij werd belast met een groot aantal adviserende taken en droeg de verantwoordelijkheid voor de ambulante zorg en de zorg in kleine mobiele hospitalen.<sup>22</sup>

Het basisprincipe snelheid werd in de praktijk gebracht door psychiatrische patiënten zo snel mogelijk naar bataljons- of regiments-verbandplaatsen te brengen en daar te scheiden van de lichamelijk gewonden. Het principe nabijheid kreeg gestalte door vlak achter het front *Exhaustion Centres* op te zetten, mobiele hospitalen speciaal bedoeld voor de verdere behandeling van geestelijke klachten. Als de militair niet herstelde, moest hij worden doorverwezen naar de psychiatrische afdelingen van militaire ziekenhuizen op een hoger echelon.<sup>23</sup>

Het basisprincipe positieve verwachting kwam tot uitdrukking in het streven om de militair het gevoel te geven dat zijn zogeheten zenuwzinking van tijdelijke aard was. Daarbij moest men zoveel mogelijk de sfeer van een hospitaal voor gewonden en zieken vermijden door militairen op veldbedden in tenten te leggen en hen geen hospitaalbedden, lakens of hospitaalkleding te geven. De patiënten dienden zowel zichzelf als hun slaapplek zelf te verzorgen. Ook kregen zij arbeidstherapie. De behandelaars namen een nieuwe rol aan, namelijk die van officier in plaats van arts. Door de kazernesfeer gingen de militair-psychische klachten sneller over. Daarnaast moest de aard van de behandeling de verwachting wekken dat de geesteszieke soldaat zou terugkeren naar het onderdeel.<sup>24</sup>

Het idee achter deze principes was dat hoe dichterbij de man bij het gevechtsgebied bleef, hoe sterker hij in contact zou blijven met de realiteit van het gevecht, waardoor het gevoel van verbondenheid met zijn onderdeel behouden bleef. Bovendien, hoe verder van het front en hoe dichterbij hij bij het veilige achterland, des te sterker de militair gefixeerd zou raken op zijn ziekteverschijnselen.<sup>25</sup> Daarnaast had de behandeling in het achterland een negatieve invloed op het moreel van de troepen. Wanneer zij zagen dat geestelijk ingestorte militairen ver van het front werden behandeld, kwam het vaak voor dat meer militairen psychische ziektes gingen simuleren om

---

<sup>22</sup> Binneveld, *Om de Geest van Jan Soldaat* 183.

<sup>23</sup> Binneveld, 'Herstel op bevel. Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie', 72.

<sup>24</sup> Ministerie van Oorlog, *Voorschrift nr 3308. De psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger te Velde. Handleiding voor de Officier van Gezondheid*, 21.

<sup>25</sup> Ministerie van Oorlog, *De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger. Handleiding voor de Officier van Gezondheid. Voorschrift nr 3308*. 22 juli 1952

niet langer te hoeven vechten.<sup>26</sup> Dit maakte dat gevechtsneuroses een onderdeel konden besmetten. De behandeling van gevechtsneuroses mocht niet te veel tijd in beslag nemen en wanneer het maar enigszins mogelijk was, moest de militair zo snel mogelijk weer naar zijn eenheid worden teruggestuurd.

Laat in de Tweede wereldoorlog werden deze basisprincipes opnieuw ontdekt. Pas in de zomer van 1943 begonnen de Engelsen en de Amerikanen met het opzetten van een behandelingssysteem volgens de principes van Salmon. De basisprincipes snelheid en nabijheid kregen in de Tweede Wereldoorlog wel een andere invulling. Bij het begrip snelheid lag de nadruk op het verdoven van de militair. Met het begrip nabijheid werd niet alleen de behandeling zo dicht mogelijk bij het front bedoeld maar werd ook de sociale kring van de militair van belang. Kameradenhulp werd aangemoedigd, waarbij de militair eerst werd opgevangen in eigen kring in gesprekken met kameraden.<sup>27</sup>

### 1.3 Het ontstaan van de militaire psychiatrie in de Nederlandse Krijgsmacht

Hoewel de Nederlandse Krijgsmacht niet had gevochten in de Eerste Wereldoorlog, had zij van de andere Europese landen wel geleerd dat psychologische hulpverlening een plaats moest krijgen in een modern leger. De mobilisatie van de Nederlandse krijgsmacht in augustus 1939 was de aanleiding voor de oprichting van het Centraal Orgaan voor de Militair Psychiatische Dienst. Dit instituut hield zich bezig met de opvang van gemobiliseerde militairen met geestelijke problemen. Het Centraal Orgaan bestond negen maanden, van september 1939 tot juni 1940.<sup>28</sup> In de psychiatrisch-neurologische kliniek van de Rijksuniversiteit Utrecht, het Leidse sanatorium Rhijngeest en de Inrichting Oud-Rosenburg te Loosduinen werden aparte militair-psychiatische afdelingen opgezet met in totaal bijna tweehonderd bedden. De afdeling Utrecht was bedoeld voor de opvang en behandeling van lichte klachten zoals overspannenheid en ongerustheid onder de dienstplichtigen. De afdelingen in Leiden en Loosduinen waren zogenaamde evacuatiestations en waren ingericht voor langer durende verpleging en behandeling van patiënten met zwaardere psychische aandoeningen. Uit de opzet van de verschillende psychiatrische afdelingen kan worden opgemaakt dat de manier van opvang van militairen met psychische klachten nog steunde op het klassieke model van evacuatie naar het achterland en dat er geen sprake was van het inzetten van psychische centra vlak achter het front. De Militair Psychiatische Dienst kreeg niet veel tijd om de

---

<sup>26</sup> Ministerie van Oorlog, *De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger. Handleiding voor de Officier van Gezondheid. Voorschrift nr 3308.*

<sup>27</sup> Binneveld, *Militaire Psychiatrie in de Tweede Wereldoorlog*, 199.

<sup>28</sup> H. Oosterhuis en M. Gijswijt-Hofstra, *Verward van Geest en Ander Ongerief* (Houten 2008) 626.

militaire geestelijke gezondheidszorg te verbeteren of nieuwe innovaties door te voeren omdat Nederland al na enkele dagen capituleerde.

Tijdens en vlak na de Tweede Wereldoorlog werd door het Ministerie van Oorlog nagedacht over de wederopbouw van het leger en de rol die de psychiatrie hierin kon vervullen. Zoals de gehele KL werd ook de militaire psychiatrie naar Engels voorbeeld ingericht.<sup>29</sup> Al ten tijde van de Duitse bezetting kreeg het gevluchte Ministerie van Oorlog in Londen naar Engels voorbeeld een Psychologische Dienst om de psychologische selectie van de manschappen tot ontwikkeling te brengen. Niet alleen de Britse organisatievorm vond navolging in Nederland, ook het Britse gedachtegoed over de militaire psychiatrie werd door Nederlandse zenuwartsen overgenomen. In 1943 werd de psychiater A.M. van Meerlo psychologisch adviseur op het departement en in het jaar daarop werd hij hoofd van de Psychologische Dienst. Tijdens de bezetting was Van Meerlo naar Engeland gevlucht. In Londen onderhield hij nauwe contacten met toonaangevende Britse militaire psychiaters en de psychoanalytische kring rond A. Freud. Tevens was hij lid van de Inter-Allied Psychological Study Group, die een sociaal-psychologische benadering van psychische problemen in het leger voorstond die later zal worden behandeld.<sup>30</sup>

Op 15 oktober 1945 werd de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg (SGG) van de Inspectie Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht opgericht, onder leiding van J.A.J. Barnhoorn.<sup>31</sup> Barnhoorn kreeg als taak om in samenwerking met de Psychologische Dienst van de Koninklijke Landmacht de legerpsychiatrie te organiseren. Het belangrijkste verschil tussen de werkzaamheden van de Psychologische Dienst en van de SGG was dat de Psychologische dienst zich enkel richtte op de personeelsselectie en het plaatsen van de juiste man in de juiste functie, ook wel psychotechniek genoemd.<sup>32</sup> De SGG was in doelstellingen breder opgezet en had als taak de geestelijke gezondheidszorg en de daarbij horende aspecten te ontwikkelen, die verderop in de tekst worden uitgewerkt. Barnhoorn maakte een studiereis naar Groot-Brittannië om zich aldaar op de militaire psychiatrie te oriënteren. Niet alleen door oriëntatierizen werd de militaire geestelijke gezondheidszorg naar Angelsaksisch voorbeeld gevormd- Ook in de stafopleiding van het officierenkorps en officieren van gezondheid werd gesteund op Brits en Amerikaans lesmateriaal. Voor de officieren van gezondheid was eens in de drie weken een cursusdag gereserveerd voor de geestelijke gezondheidszorg, waarbij de Amerikaanse cursusfilm *Combat Exhaustion* werd vertoond.

---

<sup>29</sup> J.A. van Donk, 'De Geneeskundige Troepen. Een dienstvak zonder toekomst?', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 24 (1971) 83-92, 86.

<sup>30</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van Geest en Ander Ongerief*, 627.

<sup>31</sup> Nationaal Archief, Den Haag (hierna: NL-HaNA), 2.13.158, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht inventarisnummer 107, Rapport No.2 betreffende werkzaamheden der Sectie van het Hoofd der Sectie. 1946.

<sup>32</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.107, Rapport no.1 van het Hoofd der Sectie betreffende de werkzaamheden zijner afdeling.

De Engelse films *Field Psychiatry for the Medical Officer* en *Exhaustion Centre* werden aan de Minister van Oorlog, officieren van de Generale staf en de stafvergadering van de Inspectie Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht (IGDKL) vertoond.<sup>33</sup>

Er werd dus door middel van studiereizen en films aandacht besteed aan de Britse en Amerikaanse ervaringen met ambulante militaire psychiatrie in de Tweede Wereldoorlog. Niettemin was de ambulante geestelijke gezondheidszorg niet de eerste prioriteit binnen de militaire psychiatrie in de Nederlandse Krijgsmacht. Dit kwam mede door de heersende deterministische visie op de oorzaken van oorlogsneuroses. Karaktereigenschappen van de militair zouden de voornaamste oorzaak zijn van psychologische klachten op het slagveld. Een militair die leed aan oorlogsneuroses was min of meer gepredisponeerd om deze te krijgen. Militairen met een gebrekkige intellectuele ontwikkeling en geestelijke rijping, met hysterische en psychopathische karaktertrekken en met neurotische reacties waren volgens de psychiatrische inzichten van die tijd minder goed in staat om zich aan te passen aan de militaire realiteit.<sup>34</sup> Het gebrek aan aanpassingsvermogen leidde op zijn beurt weer tot snelle geestelijke instorting oftewel oorlogsneurose. Naast deze aanleg speelden volgens de artsen ook omgevingsfactoren, zoals de militaire organisatie en de realiteit van het slagveld, een rol in het optreden van psychische klachten. Net als externe omstandigheden, zoals scheiding van het gezin en het leven in een gesloten groep. Een langdurige gevechtsactie zorgde ervoor dat wisselende graden van emotionele uitputting ontstonden.<sup>35</sup> F. van het Hooft vatte deze visie mooi samen: 'De meeste psychische stoornissen bij militairen in Indonesië kunnen we opvatten als psychopathologische reacties van niet geheel volwaardige persoonlijkheden op zeer moeilijke omstandigheden.'<sup>36</sup>

Deze denkwijze leidde ertoe dat binnen de militaire psychiatrie grote nadruk kwam te liggen op de psychotechniek. Men geloofde dat een grondige keuring neurotici, intelligentie- en karakterpsychopathen en postpsychotische defecte persoonlijkheden uit het leger kon weren waardoor geestelijke instortingen tijdens het conflict in hoge mate voorkomen zouden worden.<sup>37</sup> Door elk individu op basis van zijn persoonlijkheid en zijn positie in het burgerleven te kwalificeren voor een plaats in de krijgsmacht, zou de kersverse militair zich beter kunnen aanpassen aan zijn plaats in het militaire milieu wat weer ten goede kwam aan het moreel en de efficiëntie van de

---

<sup>33</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198, Jaarverslagen 1946 en 1947 van de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg IGDKL. Jaarverslag 1946 p. 14

<sup>34</sup> F. van 't Hooft, 'Over Psychische Stoornissen bij Nederlandse Militairen in Indonesië', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 2 (1949) 7, 193-, 195.

<sup>35</sup> NIMH, Den Haag, 057, Losse Stukken inv.nr. 4336, Stafkwartier C Div. 7 Dec, Acute Psychiatrie te Velde, Batavia 4 Juli 1947

<sup>36</sup> F. van 't Hooft, 'Over Psychische Stoornissen bij Nederlandse Militairen in Indonesië', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 2 (1949) 7, 193-, 195.

<sup>37</sup> Dr. D. Arn. van Krevelen, 'De plaats van de Psychopaath in het Leger I', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 1 (1948) 6, 172-184, 172.

krijgsmacht. Het organiseren van de keuringsprocedure zorgde voor grote werkdruk voor de militaire psychiaters. Deze werkdruk was zo groot dat Barnhoorn in een jaarverslag aan de SGG vermeldde dat de andere taken van de sectie werden verwaarloosd.<sup>38</sup>

Het uitgangspunt voorkomen is beter dan genezen kwam niet alleen terug in de nadruk op het keuren van militairen maar ook in wat men de sociaal-psychiatrische zorg noemde. Dit was een ander gedachtegoed met een minder deterministische visie op de oorzaken van oorlogsneuroses dan die van de aanhangers van predispositie. In de Eerste en in het begin van de Tweede Wereldoorlog lag de hoofdtaak van de militaire psychiater enkel op klinisch gebied en bestond zij uit de behandeling van tijdens de dienstperiode ontstane psychische ziektes en uit personeelskeuring.<sup>39</sup> Na de Tweede Wereldoorlog ontstond de opvatting dat de psychiatrische zorg in het leger een veel verderstreckende en meer omvattende rol moest spelen. Deze nieuwe opvatting werd beïnvloed door het gedachtegoed van de sociale psychiatrie, ook wel sociatrie genoemd. Sociatrie hield volgens het IGDKL in: 'De geestelijke sanering, d.w.z. het op een zo hoog mogelijk peil van individuele en interindividuele geestelijke harmonie, geestelijke weerstandskracht, van moreel en geestelijke stabiliteit brengen en houden van een mensengemeenschap.'<sup>40</sup> De nadruk ligt hier op de militaire samenleving en realiteit als oorzaak voor psychische ziekten. Een belangrijk onderdeel hiervan is de geestelijke hygiëne, een complex van maatregelen die erop gericht zijn om geestesziekten binnen de militaire samenleving te voorkomen.<sup>41</sup>

Voor de militaire psychiatrie betekende dit dat men zich richtte op de wisselwerking tussen de militair en de militaire gemeenschap. De nadruk lag op het verbeteren van het militaire milieu, omdat dit kon worden beïnvloed. Door de leefwereld van de militair te verbeteren, kon voorkomen worden dat de militair ziek werd en behandeling behoefde.<sup>42</sup> Het hoofd van de SGG J.A.J. Barnhoorn was een groot voorstander van de sociale psychiatrie. Uit het jaarverslag van 1947 van het IGDKL komt naar voren dat men dit denken in de Geestelijke Gezondheidszorg wilde implementeren met het zogeheten Sociatrisch Plan.

Een belangrijke component in het Sociatrisch Plan was de zogenoemde moreelzorg. Dit hield het positief beïnvloeden in van de verschillende factoren die bepalend zijn voor de ontwikkeling van

---

<sup>38</sup> NL-HaNA, Defensie/ Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198, Jaarverslag van het Hoofd der Sectie Geestelijke Gezondheidszorg 1946.

<sup>39</sup> J.A.J. Barnhoorn (red), *Geestelijke Gezondheidszorg in het Leger. Handleiding voor Officieren van Gezondheid*. Voorlopig Voorschrift nr 3304 (1950).

<sup>40</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198, Jaarverslag van het Hoofd der Sectie Geestelijke Gezondheidszorg 1946.

<sup>41</sup> Ibidem.

<sup>42</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.107, Rapport no.1 van het Hoofd der Sectie betreffende de werkzaamheden zijner afdeling.

het individu als lid van de groep en in relatie tot de doelstellingen van de groep.<sup>43</sup> Net als de militaire keuring was de moreelzorg gericht op voorkomen in plaats van genezen. Een goed moreel werd namelijk gezien als een belangrijke factor in het verminderen van uitval door oorlogsneuroses<sup>44</sup> Het moreel was afhankelijk van een aantal factoren: immateriële zaken zoals militaire training, leiderschap, discipline, en materiële zaken zoals lichamelijke verzorging, voeding, kleding en onderdak.

## 1.4 Conclusie

In de Eerste Wereldoorlog werden de basisprincipes van de forward psychiatry ontwikkeld. Steunend op ervaringen van Franse militaire psychiaters ontwikkelde Salmon in opdracht van de Amerikaanse krijgsmacht de principes: snelheid, nabijheid en positieve verwachting. Tevens moest een divisiepsychiater worden aangesteld die advies gaf op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en die de behandeling van patiënten coördineerde. Met het begrip snelheid werd een snelle opname via de medische kanalen bedoeld, waar de militair geselecteerd kon worden voor specialistische hulp. Het begrip nabijheid kreeg vorm in de bouw van Exhaustion Centres vlak achter het front, speciaal voor patiënten met psychische klachten. Het begrip positieve verwachting hield in dat de militair niet werd bestempeld als patiënt en dat zijn aandoening van tijdelijke aard was.

De mobilisatie van de Nederlandse krijgsmacht in 1940 was een katalysator voor de opbouw van de geestelijke gezondheidszorg naar toen moderne maatstaven, steunend op de ervaringen uit de Eerste en Tweede Wereldoorlog. Door oriëntatierizen naar Engeland en Angelsaksische voorlichtingsfilms probeerde men te leren van de ervaringen uit beide wereldoorlogen. De principes van forward psychiatry werden in de Eerste Wereldoorlog ontwikkeld en laat in de Tweede Wereldoorlog toegepast. De nadruk in de Nederlandse krijgsmacht lag meer op preventieve geestelijke gezondheidszorg zoals het selectieproces, de herkeuring en de moreelzorg, in plaats van op de ambulante geestelijke gezondheidszorg zoals elders. Dit was voornamelijk te wijten aan het achterliggende gedachtegoed voor dit beleid. Men meende dat militairen met bepaalde karaktereigenschappen gepredisponerd waren om eerder geveld te worden door psychische ziektes. Een goede keuring kon deze karaktertypen uit het leger weren, waardoor de uitval van geesteszieken kon worden voorkomen. Dit deterministische gedachtegoed werd aangevuld met een sociatrische visie, die aandacht besteedde aan de wisselwerking tussen militair en de militaire context. Net als bij het deterministische wereldbeeld werd de nadruk gelegd op preventie. Door met

---

<sup>43</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198. Jaarverslagen 1946 en 1947 van de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg IGDKL. Jaarverslag 1947.

<sup>44</sup> Defensie Archief van de legervoorlichtingsdienst, inv. nr.5, Reactie van Luitenant-Generaal Chef van de Generale staf Mr. H.J. Kruls op het rapport van de psychologische contactcommissie 23 december 1946.

behulp van moreelzorg de randvoorwaarden van het militair optreden te verbeteren, kon de kans op geestelijk instorten worden verkleind.



## Hoofdstuk 2: Militaire geestelijke gezondheidszorg tijdens de dekolonisatie van Nederlands-Indië

### 2.1 Inleiding

Toen in 1946 de eerste militairen werden gemobiliseerd naar Nederlands-Indië, ontstond de mogelijkheid om de militaire psychiatrie toe te passen tijdens een langdurig, grootschalig conflict. Uitzending naar Indonesië resulteerde in specifieke klachten. Hoewel de aard en het ontstaan van psychische ziekten volgens de Nederlandse divisiepsychiater Kramer niet anders waren dan in West-Europa, leidden het klimaat en de leefomstandigheden in de tropen tot het eerder optreden van psychische ziektes. Het tropische leefmilieu maakte dat het autonome zenuwstelsel op een ander niveau functioneerde waardoor er een verhoogde gevoeligheid ontstond. Volgens Kramer leidde dit tot een afname van de psychische spankracht. In dit hoofdstuk wordt gekeken hoe de Nederlandse krijgsmacht omging met de geestelijke gezondheidszorg tijdens de acties in Nederlands-Indië. Hierbij worden de deelvragen behandeld: in hoeverre werd de forward psychiatry toegepast tijdens het conflict? Hoe werd door artsen en de krijgsmacht gedacht over de oorzaken van psychische ziektes? En: op welke manier vormden deze opvattingen het beleid omtrent forward psychiatry? In de eerste paragraaf wordt gekeken naar de opbouw van de militaire psychiatrie in Nederlands-Indië en de mate waarin de beginselen van forward psychiatry zijn verwerkt in de opbouw en organisatie. In de tweede paragraaf komt de toepassing van de beginselen van de forward psychiatry tijdens het conflict aan bod. De operationele inzet in Nederlands-Indië wordt opgedeeld in vier fases.

### 2.2 organisatie van de militaire psychiatrie en forward psychiatry

Tijdens de operationele acties in Nederlands-Indië werd geheel volgens de Salmon-principes gebruik gemaakt van een divisiepsychiater. Op 19 December 1946 vertrok de reserveofficier van gezondheid 1<sup>e</sup> klasse W. Kramer naar Indië als divisiepsychiater voor de 1<sup>e</sup> Divisie. In de gehele 1<sup>e</sup> divisie van 20.000 manschappen, in Nederlands-Indië ook wel aangeduid met de C-divisie, beschikte men met hem over maar één psychiater.<sup>45</sup> Dit gold ook voor de 2<sup>e</sup> Divisie. Kramer en zijn collega-divisiepsychiater had twee taken: advisering over de geestelijke gezondheidszorg en het moreel van

---

<sup>45</sup> F. Doelenman, *De medische Geschiedenis van een Infanterie-Bataljon der Koninklijke Landmacht Gedurende Drie Jaar Actieve Dienst op Java 1946-1950* (Utrecht 1955) 166.

de troepen, alsmede het organiseren en leiden van de behandeling van psychologische stoornissen.<sup>46</sup> Kramer informeerde zich over het moreel van de eenheden via de maand- en kwartaalverslagen van de geneeskundige eenheden en in vergaderingen van de diensthoofden. Daarnaast werden er groepsvergaderingen georganiseerd met officieren, Officieren van Gezondheid en geestelijke verzorgers.<sup>47</sup> Op 29 mei 1947 vertrok de tweede divisiepsychiater naar Indië, voor de 2de Divisie. Uit het jaarverslag van de SGG over het jaar 1947 blijkt dat de komst van een divisiepsychiater in een grote behoefte voorzag.<sup>48</sup> De curatieve en preventieve bemoeienis van de divisiepsychiater werd volgens hetzelfde jaarverslag alom aanvaard en gewaardeerd. Het aanstellen van divisiepsychiaters stond aandacht op de lagere niveaus voor het psychisch leed van militairen te velde echter in het geheel niet in de weg. Uit een richtlijn voor acute psychiatrie voor de C-Divisie blijkt dat psychologische hulpverlening op lagere niveaus werd verleend door de officier van gezondheid.<sup>49</sup> In het opleidingsprogramma van de officieren van gezondheid was door het hoofd van de Sectie een psychiatrische dag opgenomen. Daarnaast werd binnen de opleiding sociatrie en psychiatrie gedoceerd.<sup>50</sup> De belangrijkste taak op het vlak van geestelijke gezondheidszorg van de officier van gezondheid was om psychische problemen van de manschappen te voorkomen.

Het hooghouden van het moreel van de troep was daartoe een belangrijke factor. Dit gebeurde in samenwerking met de officieren. De militairen moesten psychologisch voorbereid worden op het gevecht. Daarnaast was het de taak van de officier van gezondheid om op individueel niveau psychologische klachten te voorkomen en behandelen.<sup>51</sup> Door het vroegtijdig onderkennen van bepaalde symptomen, konden verdere geestelijke problemen worden voorkomen. Het verval van de soldaat werd opgedeeld in twee fasen: eerst trad de *exhaustion state* in; als deze gemoedstoestand te lang werd genegeerd, werden in de daaropvolgende, tweede fase psychosomatische functiestoornissen manifest. Hieronder werden angsttoestanden, geheugenverlies, doofheid, desertie, zelfverwonding en psychosen verstaan.

De officier van gezondheid moest op deze *exhaustion state* anticiperen door in gevechtssituatie voor voldoende nachtrust in een rustige omgeving te zorgen. Militairen die niettemin de *exhaustion state* hadden bereikt, moesten worden ingezet op brigade- of divisie-stafniveau en moesten niet (langer) aan gevechten worden blootgesteld. De lichtere gevallen werden

---

<sup>46</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198, Jaarverslag van het Hoofd der Sectie Geestelijke Gezondheidszorg 1947.

<sup>47</sup> W. Kramer, 'Divisiepsychiatrie. Ervaringen in de Tropen', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 3 (1950)11-12, 326-344, 342.

<sup>48</sup> Ibidem.

<sup>49</sup> NIMH, Den Haag, 057, Losse Stukken inventarisnummer, 4336, Stafkwartier C Div. 7 Dec, Acute Psychiatrie te Velde, Batavia 4 Juli 1947

<sup>50</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198, Jaarverslag van het Hoofd der Sectie Geestelijke Gezondheidszorg 1947.

<sup>51</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198, Jaarverslag van het Hoofd der Sectie Geestelijke Gezondheidszorg 1947.

ter plaatse behandeld. Waarbij volgens het principe snelheid de militair flink werd verdoofd met een cocktail van verschillende verdovende middelen.<sup>52</sup> Alle, meer ernstige psychiatrische gevallen moesten worden geëvacueerd. Deze werden door de Officieren van Gezondheid afgevoerd onder de diagnose psychoneurose.

### 2.3 Snelheid, nabijheid en positieve verwachting in het conflict

#### De periode tot aan de eerste politionele actie

Toen de troepenscheepen aanmeerden, konden de psychiaters gelijk aan de slag. In elk troepentransportschip werden gevallen met geestelijke stoornissen geconstateerd die zich tijdens de reis hadden ontwikkeld. Veelal hadden de militairen last van heimwee, met een depressie tot gevolg. Volgens Kramer had 70% van de polikliniek-bezoekers last van psychosomatische klachten als hoofdpijn. Uit het artikel van Kramer blijkt dat van enige psychiatrische behandeling op de poliklinieken weinig terecht kwam. Dit was voor een groot deel te wijten aan de nadruk op de preventieve psychiatrie, waardoor er minder aandacht werd besteed aan curatieve zorg. Kramer constateerde dat patiënten zelf niet beter wilden worden en daardoor weinig toegankelijk waren voor therapieën. Dit stond effectieve behandeling in de weg.

Uit het rapport van Kramer blijkt dat een belangrijk element van forward psychiatry, namelijk de Exhaustion Centres, de mobiele hospitalen aan het front, in Nederlands-Indië niet werden toegepast. Hierdoor kon de militaire psychiatrie niet optimaal functioneren. Volgens het voorschrift *Acute Psychiatrie te Velde* zorgde het gebrek aan Exhaustion Centres ervoor dat de psychiatrische gevallen werden geëvacueerd via de traditionele medische kanalen waardoor de evacuatie van lichamelijk gewonden in het gedrang kwam. Bovendien eiste de evacuatie van psychiatrische patiënten veel toezicht van getraind personeel. Doordat er veel later in het ziektebeeld met specialistische behandeling werd begonnen, trad fixatie op. Daardoor werden de 70 à 80 procent na drie dagen weer inzetbare militairen van de Exhaustion Centres bij lange na niet gehaald.<sup>53</sup>

Het gebrek aan behandelingsmogelijkheden dicht bij de oorlogshandelingen leidde ertoe dat de militaire psychiatrie te kampen kreeg met een geografisch probleem. De psychiatrische patiënten waren verspreid over een gebied dat groter was dan Nederland. Patiënten moesten lange en gevaarlijke tochten maken om op spreekuur te komen waardoor de psychiater zijn patiënten met

---

<sup>52</sup> NIMH, Den Haag, 057, Losse Stukken inventarisnummer, 4336, Stafkwartier C Div. 7 Dec, Acute Psychiatrie te Velde, Batavia 4 Juli 1947

<sup>53</sup> NIMH, Den Haag, 057, Losse Stukken inventarisnummer, 4336, Stafkwartier C Div. 7 Dec, Acute Psychiatrie te Velde, Batavia 4 Juli 1947

onvoldoende regelmaat kon laten terugkomen.<sup>54</sup> De poliklinieken waren hierdoor genoodzaakt om enkel adviezen te geven en kortdurende behandelmethoden te bieden. De inrichting en sfeer aldaar waren volgens Kramer totaal ongeschikt voor de behandeling van psychiatrische patiënten.<sup>55</sup>

### De eerste politionele actie

In de nacht van 20 op 21 juli ging operatie 'Product' van start. Bij deze operatie werden alle economische gebieden volgens plan bezet zonder dat de vijand veel weerstand bood. Er werden weinig krijgsgevangenen gemaakt doordat de vijand zich terugtrok in de bergen. Tijdens deze actie kwam volgens Kramer in de onder zijn hoede vallende 1 Divisie maar één geval voor van acute oorlogsneurose.<sup>56</sup> Wel was er sprake van lichte angstreacties van korte duur, die door hun aard geen specialistische behandeling nodig hadden. Uit de ervaringen van Kramer bleek dat de maanden juli, augustus en september tot de rustigste tijd van de divisiepsychiater behoorden.

In deze rust kwam al gauw verandering toen het Indonesische rebellenleger overging tot een guerrillastrijd in bezet gebied. Naarmate de strijd intensiverde werd er veel geëist van het geestelijke uithoudingsvermogen. De uiteengeslagen vijand had zich hergroepeerd en vocht hard terug. De druk op de kampementen nam toe waardoor de nachtrust van de militairen herhaaldelijk werd verstoord. Daarnaast werd de bevoorrading telkens onder vuur genomen zodat er op veel plaatsen met zwaarbewapende konvoeien moest worden gereden.<sup>57</sup> Dit alles leidde tot een toename van gevallen met geestelijke klachten.

Uit een rapport van 18 december 1947 van het Hoofd van de Militair Geneeskundige Dienst van het Koninklijk Nederlands Indisch Leger (KNIL) J.Th. Wilkens over de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de militairen van de KL en KNIL van de D-divisie, bleek dat de troepen werden geplaagd door een dalend moreel en toenemende vermoeidheid.<sup>58</sup> Door de groeiende uitval van militairen ontstond een groot personeelstekort waardoor bataljons niet op volledige sterkte konden functioneren. Dit zorgde ervoor dat aan de vraag om demobilisatie, recuperatie en verlof nauwelijks kon worden voldaan, leidend tot een neerwaartse spiraal in het moreel omdat de extra belasting en onvoldoende rust resulteerden in grotere geestelijke en lichamelijke vermoeidheid van de militairen. Daarnaast merkte Kramer op dat het nijpende tekort aan manschappen ertoe leidde dat de bataljonsartsen militairen met psychische klachten liever niet doorstuurden naar de psychiater.<sup>59</sup> Het

---

<sup>54</sup> W. Kramer, 'Divisiepsychiatrie. Ervaringen in de Tropen', 238.

<sup>55</sup> Ibidem.

<sup>56</sup> Ibidem.

<sup>57</sup> W. Kramer, 'Divisiepsychiatrie. Ervaringen in de Tropen', 329.

<sup>58</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.62.06, Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, inventarisnummer 218, Rapport lichamelijke en geestelijke gesteldheid v.d. troep, Afdeling II KNIL-KL Dienst II A, Mil. Gen. Dienst 18 december 1947.

<sup>59</sup> A. van de Kamp, 'Een Onverwerkte Ervaring', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 64 (2011), 5-13, 13.

andere uiterste waren militaire psychiaters die ongeacht het personeelsgebrek het basisprincipe positieve verwachting aan hun laars laptten en militairen veel te snel afschreven. Deze militairen kregen dan S5 onder hun naam en werden als ‘instabiel’ naar huis gestuurd. Over een van deze psychiaters was zelfs een lied gemaakt: “Ja ja ja Jansen, hij helpt U uit het leger van Jan - want wie de hoogste “S” op zijn kaart heeft staan, die mag met de Grote Beer naar huis toe gaan.”<sup>60</sup> De Grote Beer was het hospitaalschip dat gewonden terug naar Nederland vervoerde.

Uitbehandelde militairen keerden terug naar hun onderdeel zonder aanvullende training waardoor zij vaak op halve kracht meedraaiden. Het rapport van Wilkens beschrijft de noodzaak van het oprichten van een Neurose-Centrum en een reconvalescenten-depot. Het gebrek hieraan zorgde ervoor dat het herstel van militairen met psychische klachten ernstig werd belemmerd.<sup>61</sup>

### De periode van Februari 1948 tot de tweede politionele actie op 19 December 1948

Na de Renville-overeenkomst bleek dat het moreel van de soldaten achteruit was gegaan. De relatieve rustperiode bracht weer andere gevaren voor de psychische gezondheid van de militair met zich mee. Verveling en eentonigheid speelden een grote rol.<sup>62</sup> De periode van rust leidde tot bezinning bij de militairen, terwijl de banden met thuis steeds lossen werden. Daarnaast verslechterde de economische situatie in Nederland, waardoor de berichten die van thuis kwamen niet altijd positief waren.<sup>63</sup> In het rapport over het moreel van de KL-troepen kaartte J.A.J. Barnhoorn dit probleem aan. De vrijwilligers van de KL realiseerden zich al dat de aanpassing aan het normale leven moeilijk zou zijn. Barnhoorn waarschuwde voor de invloed op het moreel van repatriërende vrijwilligers: ‘Toch is dit stemmingsbeeld mijns inziens gevaarlijk. Het bergt explosief stof in zich. Slechts door een zeer intensieve zorg voor de demobilisatie in Nederland kan voorkomen worden dat de lont in deze explosief stof wordt gebracht.’<sup>64</sup>

De militaire geestelijke gezondheidszorg in Nederlands-Indië werd geplaagd door verschillende problemen. Onderbezetting in de militaire psychiatrie bleef een terugkerend thema dat niet alleen door het Hoofd SGG J.A.J. Barnhoorn werd benadrukt, maar ook door het Hoofd van de Militair Geneeskundige Dienst. Daarnaast waren er volgens de Inspecteur IGDKL andere belangrijke tekortkomingen, zoals onvoldoende samenwerking met de troepencommandanten alsmede het

---

<sup>60</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.56, Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea, invoernummer: 196, Algemeen Verslag van het Nederlands Detachement Verenigde naties in Korea November 1950- Oktober 1951.

<sup>61</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.62.06, Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, inventarisnummer: 218, Rapport lichamelijke en geestelijke gesteldheid v.d. troep, Afdeling II KNIL-KL Dienst II A, Mil. Gen. Dienst 18 december 1947.

<sup>62</sup> Kramer, ‘Divisiepsychiatrie. Ervaringen in de Tropen’, 331.

<sup>63</sup> Ibidem.

<sup>64</sup> NL-HaNA, Defensie/ Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 173, Overzicht van de Door de Res.Dir.OVG II K.L. J.A.J. Barnhoorn, Hoofd Sectie Geestelijke Gezondheidszorg I.G.D.K.L. verkregen indrukken betreffende het moreel van de K.L.-troepen in Ned.-Indië. Batavia, 10 Juli 1948.

ontbreken van een goed begrip van de Geneeskundige Gezondheidsdienst bij veel troepencommandanten.<sup>65</sup> Uit het rapport van J.A.J. Barnhoorn blijkt dat het probleem van onderbezetting in juli enkele maanden later nog steeds aanwezig was:

‘De psychiatrische voorziening van de troepen in Indië is beslist nog niet voldoende, al is er dan ook enige verbetering gekomen door de uitzending dit jaar van 4 militaire psychiaters (2 bij de B-Hospitalen en 2 voor het Neurose-Centrum). Er zullen op korte termijn nog minstens 3 militaire psychiaters dienen bij te komen. Wat echter nog belangrijker is, is de noodzakelijkheid reeds onder ogen te zien, hoe het moet gaan, wanneer de thans hier werkende militaire psychiaters moeten worden afgelost en die tijd nadert zeer snel. Wanneer dan niet tijdig nieuwe krachten worden uitgezonden, valt de psychiatrische zorg in Indië volkomen in elkaar.’<sup>66</sup>

In de wekelijkse vergadering van de verschillende hoofden van dienst en in de vergaderingen op het hoofdkwartier wordt stelselmatig het belang van de selectie onderstreept; als wordt geklaagd over uitval van manschappen wordt dit geweten aan de kwaliteit van de keuringsprocedure. Barnhoorn verwoordde deze gedachte in een vergadering letterlijk: ‘Aan de richtlijnen van de instructie voor de psychiaters bij de Indelingsraden ten aanzien van de waardering van de Stabiliteit dient zeer streng de hand te worden gehouden. Beter enige mensen te weinig naar Indië dan een groot aantal psychiatrische uitvallers in Indië.’<sup>67</sup>

In een poging om aan het principe van nabijheid te kunnen voldoen, werd in oktober 1948 in samenwerking met het Hoofd van de SGG en IGDKL in Bandoeng een Neurose-Centrum gebouwd. Voorafgaande aan de bouw werd door zowel hoofd SGG J.A.J. Barnhoorn als het Hoofd van de Militair Geneeskundige Dienst van het KNIL de Generaal-Majoor Dr. Wilkens gepleit voor een psychiatrisch centrum in Indië, dat zou fungeren als vooruitgeschoven post van het Neurose Hospitaal te Austerlitz.<sup>68</sup> In dit centrum, dat op legerniveau opereerde, konden aan neurotische stoornissen leidende manschappen van KNIL, KL en Koninklijke Marine worden verpleegd en behandeld. De bedoeling van het centrum was enkel die gevallen op te nemen waarvan men verwachtte dat zij na psychotherapeutische behandeling zouden herstellen en weer konden worden ingezet. In de algemene dienstaanwijzingen van de Militair Geneeskundige Dienst werd benadrukt

---

<sup>65</sup> NL-HaNA, Defensie/ Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 136. Stukken betreffende de ervaringen en problemen van het medische troepenwerk gerelateerd aan de taak van Officieren van Gezondheid. 1947-1948, Rapport Huz. Van Boreel Regt.arts: Ervaringen en problemen betreffende het medisch troepenwerk.

<sup>66</sup> NL-HaNA, Defensie/ Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 173. Verslagen van de wekelijkse vergaderingen van het Hoofdkwartier van de Militair Geneeskundige Dienst in Nederlands-Indië. 1949. Verslag 20 oktober.

<sup>67</sup> NL-HaNA, Defensie/ Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 173, Overzicht van de Door de Res.Dir.OVG II K.L. J.A.J. Barnhoorn, Hoofd Sectie Geestelijke Gezondheidszorg I.G.D.K.L. verkregen indrukken betreffende het moreel van de K.L.-troepen in Ned.-Indië. Batavia, 10 Juli 1948.

<sup>68</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.62.06, Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, inv.nr: 218, Rapport lichamelijke en geestelijke gesteldheid v.d. troep, Afdeling II KNIL-KL Dienst II A, Mil. Gen. Dienst 18 december 1947.

dat het niet een depot mocht worden voor militairen die in het jargon werden aangeduid als ‘psychopaten’, ‘debielen’ of militairen met psychotische afwijkingen. Dezen werden afgekeurd en teruggezonden.<sup>69</sup> Door deze gevallen te weren, moest worden vermeden dat het Neurose-Centrum een springplank zou worden voor ontslag uit militaire dienst of terugzending naar Nederland. Het centrum was dus enkel bedoeld voor behandeling van acute oorlogsneuroses. Het jaarverslag beschrijft dat na toezegging van IGDKL in Nederland een team van psychiaters en verplegend personeel werd opgeleid dat later de Staf van het Neurose-Centrum in Indië zou worden.<sup>70</sup>

Hoewel de bouw van het Neurose-Centrum op papier een goed idee leek, bleek de functie van dit instituut minder waardevol dan gedacht. Doordat patiënten alleen door middel van een ingewikkeld opnamesysteem via het Hoofdkwartier Militair Geneeskundige Dienst tot het centrum werden toegelaten, werden er weinig effectieve resultaten geboekt. De omslachtige opnameprocedure leidde ertoe dat psychiaters uit verder afgelegen streken hun patiënten niet naar het centrum zonden, maar hen op eigen wijze behandelden.<sup>71</sup> Hoewel al voor de opening van het Neurose-Centrum voor deze organisatorische tekortkoming was gewaarschuwd, werd deze waarschuwing genegeerd. Het gebrek aan effectiviteit was dan ook een belangrijke reden om het Neurose-Centrum na enige tijd op te doeken.

### [Tweede politionele actie en de inschepingsperiode](#)

Tijdens de actie “Slot” was er een korte opleving van het moreel zichtbaar. In zijn artikel geeft Kramer geen informatie over het optreden van acute psychiatrische stoornissen. De opleving van het moreel doofde al snel toen de ondertekening van de Van Royen-Roem overeenkomst het begin van het einde van de strijd inluidde. Toen het bericht van de demobilisatie van de 1 Divisie kwam, voelden de ontgoochelde en teleurgestelde soldaten er niets voor om nog offers te brengen en wachtten zij gelaten op hun inscheping.<sup>72</sup> In oktober 1949 werd die inscheping realiteit. Uit de cijfers van Kramer’s opvolger, de reserveofficier van gezondheid A.M.J. Leyten, blijkt dat het aantal psychiatrische uitvallers minder werd toen men in 1949 zekerheid kreeg over de datum van repatriëring. Hierdoor bleef het aantal polikliniek-bezoekers met psychische klachten laag in vergelijking met de twee voorgaande jaren.<sup>73</sup>

---

<sup>69</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 121, Algemene Dienstaanwijzingen MGD oktober 1948.

<sup>70</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198, Jaarverslagen 1946 en 1947 van de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg IGDKL. 1947-1948.

<sup>71</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr.198, Jaarverslagen 1946 en 1947 van de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg IGDKL. 1947-1948.

<sup>72</sup> Kramer, ‘Divisiepsychiatrie. Ervaringen in de Tropen’, 332.

<sup>73</sup> Ibidem.

Uit een overzicht van in Indonesië gesneuvelde, gewonde en zieke militairen, blijkt dat van de 5.065 zieke en gewonde KL-militairen die in de jaren 1947, 1948 en 1949 werden gerepatrieerd, 159 van hen (3,1 procent) psychische klachten hadden. 99 gevallen (2 procent van het totaal) werd in Nederland wegens geestesziekte opgenomen.<sup>74</sup> De overgebleven militairen met psychische klachten werden naar huis gestuurd. In de eerste twee jaren van de naoorlogse strubbelingen in Nederlands-Indië werden 829 militairen met psychische stoornissen van de 1 Divisie door Kramer onderzocht. Dit was ongeveer 5 procent van het totaal. In verhouding werden in de hogere rangen meer psychiatrische stoornissen waargenomen.<sup>75</sup> Van de 829 patiënten konden er 477 (57,5 procent) na een kortdurende behandeling behouden blijven voor de dienst in Indië.

## 2.4 Conclusie

Hoewel de Nederlandse krijgsmacht nauwelijks heeft gevochten in de twee wereldoorlogen, werd in 1945 wel het belang ingezien van de rol die de psychiatrie kon spelen in de krijgsmacht. Leunend op de ervaringen van de Britten in de Tweede Wereldoorlog werden de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg en de Psychologische Dienst opgericht. Toen Indonesië de onafhankelijkheid uitriep, zag de Nederlandse Krijgsmacht zich genoodzaakt om in te grijpen en werd voor het eerst in een conflict de militaire psychiatrie toegepast. De beginselen van de forward psychiatry werden niet in hun geheel toegepast en dit kwam door verschillende factoren. Het deterministische gedachtegoed dat personen met bepaalde karaktereigenschappen waren voorbestemd om psychische klachten te krijgen, leidde tot de overtuiging dat deze types door een strenge keuringsprocedure vooraf uit de dienst geweerd konden worden. Hoge percentages van uitval wegens psychische klachten werden gezien als een bevestiging dat de keuringsprocedure en herkeuring beter moesten. Deze visie van voorkomen is beter dan genezen kwam ook tot uiting in de sociaal-psychiatrie, een invloedrijke stroming binnen de SGG. Deze factoren zorgden er met elkaar voor dat de meeste nadruk kwam te liggen op de keuringsprocedure en de persoonlijke omstandigheden van de militair, waardoor een andere belangrijke taak van de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg werd verwaarloosd - te weten behandeling van geestelijke stoornissen.

Niet alleen het uitgangspunt dat voorkomen beter is dan genezen stond de toepassing van de beginselen van forward psychiatry in de weg, ook de realiteit van het conflict zorgde ervoor dat de militaire psychiatrie te kampen had met grote problemen. Mobiele hospitalen (Exhaustion Centres) werden in Nederlands-Indië niet ingezet, waardoor het basisprincipe nabijheid uit de forward

---

<sup>74</sup> NL-HaNA, Defensie/ Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 364. Overzicht van gesneuvelde, gewonde en zieke militairen in Indonesië en een overzicht van gerepatrieerde zieke militairen.

<sup>75</sup> Kramer, 'Divisiepsychiatrie. Ervaringen in de Tropen, 334.



psychiatrie niet werd nageleefd. Psychische patiënten waren verspreid over een gebied dat groter was dan Nederland; zij moesten lange en gevaarlijke tochten maken om op spreekuur te komen. Daarom werd gekozen voor kortdurende behandelmethoden of alleen advisering. Het tekort aan manschappen maakte dat bataljonsartsen hun mannen niet graag voor behandeling wegstuurden. Aan het basisprincipe positieve verwachting werd zelden voldaan. Het kwam vaak voor dat militaire psychiaters hun patiënten te snel het label instabiel opplakten waardoor deze militairen gelijk naar huis konden.

## Hoofdstuk 3: Forward psychiatry in de Koude Oorlog en tijdens de operationele inzet in Korea

### 3.1 Inleiding

Was de operationele inzet in Nederlands-Indië nog een strikt nationale zaak, de deelname aan het conflict in Korea was de eerste grootschalige Nederlandse deelname aan een VN-vredesmissie. Onder leiding van de VS mengde Nederland zich in deze oorlog, waarbij van 1950 tot 1954 5.300 Nederlandse militairen werden ingezet en 122 militairen sneuvelden. De operationele inzet was voor de Nederlandse krijgsmacht de mogelijkheid om de voorbereidingen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg voor een eventueel groot conflict in Korea door te voeren. In dit hoofdstuk komen drie deelvragen naar voren. In paragraaf 3.2 worden de volgende deelvragen behandeld: hoe werd door artsen en de krijgsmacht gedacht over de oorzaken achter psychische ziektes? En op welke manier vormde deze opvattingen het beleid omtrent forward psychiatry? In de paragraaf 3.2 wordt de deelvraag behandeld in hoeverre de forward psychiatry tijdens het conflict werd toegepast. Dit wordt gedaan door de beginselen van de forward psychiatry te toetsen aan het geestelijke gezondheidsbeleid tijdens de operationele inzet in Korea.

### 3.2 Forward Psychiatry in voorbereiding van een groot conflict

Nadat de Nederlandse rol in Nederlands-Indië was uitgespeeld, kon de Nederlandse krijgsmacht, rekening houdend met de Sovjet-dreiging, zich richten op de verdediging in Europa. In de jaren 1950-51 voltrok zich bij de KL een grote reorganisatie: de overgang van de Engelse naar de Amerikaanse organisatie. Ook de organisatie en de behandelmethoden van de militaire psychiatrie tijdens de operationele inzet werden ingevoerd naar Amerikaans voorbeeld. Ten tijde van de inzet in Korea werden door het Ministerie van Oorlog twee voorschriften uitgegeven, namelijk het voorlopig voorschrift nr. 3304: *De Geestelijke Gezondheidszorg in het Leger* en voorschrift 3308: *De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger*. Beide voorschriften waren geschreven ter voorbereiding van een grootschalige inzet in Europa tegen een eventuele Russische dreiging. Uit de voorschriften blijkt dat de lessen uit Nederlands-Indië niet werden toegepast. Zo waren de statistische gegevens over de aard en frequentie van psychiatrische stoornissen aan het front enkel gebaseerd op Amerikaanse cijfers en bronnen, zonder dat het meer recente rapport van de

divisiepsychiater Kramer werd verwerkt.<sup>76</sup> In de beschrijving van de verschijningsvormen van psychiatrische stoornissen werden de ervaringen uit Nederlands-Indië evenmin meegenomen.<sup>77</sup> Wel onderschreven de voorschriften de effectiviteit van de forward psychiatry; zelfs werd geclaimd dat de helft van de psychiatrische gevallen aan of dicht achter het front met gunstig resultaat kon worden behandeld.<sup>78</sup>

De voorschriften geven duidelijke handvatten voor de evacuatie volgens de Salmon-principes. Volgens het voorschrift zou een bataljon in een periode van rust, dus als het gevecht gestaakt was, een ziekenrapport hebben, dat voor 50 procent werd gevormd door militairen met psychosomatische klachten.<sup>79</sup> Dit percentage was ontleend aan de Amerikaanse ervaringen in de Tweede Wereldoorlog. Soldaten met psychische klachten zouden 24 uur op de Bataljons Hulppost (Bhp) moeten worden gehouden. De officier van gezondheid legde na onderzoek de patiënt de aard van zijn aandoening uit, stelde hem gerust en moedigde de militair aan om weer terug te gaan.

Als de gevechtssituatie toeliet dat de Bhp 24 uur of langer op zijn plaats bleef, kon de militair geholpen worden met verdoving, voedsel, droge kleren en een prettige slaapplek. Na ontwaken werd de militair dan vriendelijk toegesproken, waarbij de onderwerpen afvoer of herclassificatie strikt vermeden werden. Recidivisten en zware gevallen werden op de eerste dag al direct afgevoerd naar het Psychiatrisch Leger Centrum op het hogere legerniveau omdat van hen niet werd verwacht dat zij in het divisiegebied nog van nut konden zijn.<sup>80</sup> Onder de zware gevallen vielen militairen die na vierentwintig uur rust op de Bhp nog steeds sterk apathisch, teruggetrokken en ongeïnteresseerd waren. Daarnaast zouden gevallen met de zwaarste verschijnselen van angstneurose, (pseudo)psychose, depressie, hysterie of conversie worden doorverwezen. Deze patiënten dienden 5 tot 8 dagen te worden behandeld in het Psychiatrisch Leger Centrum (PsLc).

Tenslotte was er nog het herstellingshospitaal. Dit lag in het achterland en was voorzien van psychiatrisch geschoold personeel. Het hospitaal was ingesteld om militairen te verzorgen die in het PsLc nagenoeg hersteld waren maar nog nabehandeling nodig hadden. In 1958 werd het Militaire Neurose Hospitaal opgeheven en werd het HOC (Herstellings- en Oefencentrum) opgericht om het opnieuw inzetten van de militairen te bevorderen. In de behandelingen aldaar zien we een gedeelte van het Salmon-principe terug. De opgenomen militair werd niet als een zieke behandeld. Voorop stond dat de psychotherapeutische behandeling zich zou moeten afspelen tegen de achtergrond van de militaire realiteit. Dit zorgde ervoor dat de militair nog steeds het gevoel had dat hij in dienst was.

---

<sup>76</sup> A. van de Kamp, 'Een onverwerkte ervaring. Militaire psychiatrie ten tijde van de politionele acties', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 64 (2011) 5-13, 11

<sup>77</sup> Ibidem.

<sup>78</sup> Ministerie van Oorlog, *De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger. Handleiding voor de Officier van Gezondheid. Voorschrift nr 3308*. 22 juli 1952, 6.

<sup>79</sup> Ibidem, 22.

<sup>80</sup> Ibidem.

Daarnaast werden de vaardigheden van de militair getraind zodat deze niet verloren gingen, en zelfs konden worden uitgebreid of verdiept.<sup>81</sup> De opgenomen dienstplichtigen werden niet aangeduid als patiënten maar als cursisten. Zij werden groepsgewijs in een van de pelotons opgenomen. De bevelslijn liep via een pelotonscommandant, compagnies sergeant-majoor en compagniescommandant naar Commandant HOC. Binnen deze bevelslijn stond geen enkel lid van de medische afdeling. De pelotonsarts die over de psychotherapeutische zorg van het peloton ging, stond buiten de bevelslijn en kon geen invloed uitoefenen op militaire beslissingen.

Nieuw in de voorbereiding van de militaire psychiatrie voor de Koude Oorlog was aandacht voor de rol van angst. Waar angst eerst werd gezien als slechts een van de oorzaken van oorlogsneurosen, werd zij nu opgevat als hoofdoorzaak. Een doorlopende angstbeleving was de grootste oorzaak van gevechtssuitputting.<sup>82</sup> In het Amerikaanse leger heerste de opvatting dat de kans op oorlogsneuroses minder groot zou zijn als men iedere militair van tevoren vertelde dat hij angstig mocht zijn maar desalniettemin zijn plicht moest vervullen. Angst werd in het leger bespreekbaar gemaakt. Het Amerikaanse leger paste deze nieuwe denkwijze toe in trainingen door groepsdiscussies te houden over angst, waarbij de begeleidende verschijnselen werden genoemd en de manieren werden besproken waarop angst het gemakkelijkst overwonnen kon worden.<sup>83</sup>

Uit een voorschrift van IGDKL over de behandeling van angsten en het voorschrift *Psychiatrische verzorging van een strijdend leger te velde* blijkt dat men de Amerikaanse benadering had overgenomen.<sup>84</sup> Het rapport benadrukt dat angst bij militairen geen teken is van lafheid. Ook ging men in trainingen over op het creëren van een realistische situatie, waardoor de kloof tussen training en werkelijkheid in de beleving van de militairen een stuk kleiner werd gemaakt. Deze manier van trainen wordt ook wel *battle inoculation* genoemd. Dit werd ingevoerd in het Nederlandse leger.<sup>85</sup>

### 3.3 Forward Psychiatry in Korea

Hierboven is beschreven hoe volgens de voorschriften de militaire psychiatrie zou moeten functioneren ten tijde van een groot conflict in Europa. Maar hoe verhielden deze voorschriften zich met de militaire realiteit van de operationele inzet? Werd er vastgehouden aan de Salmon-principes

---

<sup>81</sup> A.P.Th. M. Kneepkens, 'De structuur van het herstellings- en oefencentrum.', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 13 (1960) 5, 117-125, 117.

<sup>82</sup> Ministerie van Oorlog, *De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger. Handleiding voor de Officier van Gezondheid. Voorschrift nr 3308*, 18.

<sup>83</sup> A.J. van Meurs, *Over de Gevechtssuitputting* (Rotterdam 1955) 61.

<sup>84</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 247. Voorschrift behandeling van het angstvraagstuk in de Kon. Landmacht 26 april 1952.

<sup>85</sup> Van Meurs, *Over de Gevechtssuitputting*, 61.

of werd er voortgebouwd op de ervaringen van de dekolonisatie van Nederlands-Indië? De status van de militaire psychiatrie tijdens de Nederlandse operationele inzet in Korea is beschreven in een *Algemeen verslag over de werkzaamheden van het NDVN bataljon in Korea* door legerarts A.J. Meurs. Meurs heeft hier later ook de dissertatie *Over gevechtssuïtputting* aan gewijd. Hij diende eerst in Nederlands-Indië en daarna als vrijwilliger in Korea.<sup>86</sup> Meurs heeft daarnaast ook bijgedragen aan de publicatie *Lessen van de Koreaanse Oorlog*.

Een belangrijke opmerking van Meurs in *Lessen van de Koreaanse Oorlog* is dat het Amerikaanse leger in het begin van de Korea-oorlog alles was vergeten wat het in de Tweede Wereldoorlog had geleerd.<sup>87</sup> Zo blijkt uit het verslag dat de Amerikaanse militaire psychiatrie het basisprincipe positieve verwachting was vergeten en de militairen aan het begin van het conflict te snel liet afvoeren: 'Helaas was het toen zo dat in Amerikaanse medische installaties iedereen, die zich meldde en wat raar deed, als "Combat Exhaustion" geval liefelijk werd opgenomen, later was dit heel wat anders.'<sup>88</sup> Niet alleen de Amerikaanse krijgsmacht leek de geleerde lessen vergeten te zijn. Ook de Nederlandse krijgsmacht paste ze maar beperkt toe, ongeacht het feit dat bovengenoemde voorschriften duidelijk vasthielden aan de Salmon-principes. Het feit dat het kopje psychiatrie in *Lessen van de Koreaanse Oorlog* begint met de zin: 'In verband met het feit, dat de ervaringen op dit gebied voor de toekomst van het grootste belang moeten worden geacht (...)'<sup>89</sup> en de auteur vervolgens uitgebreid uitweidt over behandeling volgens de Salmon-principes, laat zien dat deze niet altijd effectief werden toegepast. Anders was deze aansporing niet nodig geweest. In Korea werd net als in Nederlands-Indië preventie belangrijker geacht dan genezing. Als er te veel militairen uitvielen met psychische klachten, werd dit geweten aan een slechte keuring. In *Lessen van Korea* stelt Meurs dat te weinig werk is gemaakt van grondige keuring, herkeuring en indeling van gevechtssoldaten. Meurs staat hierin niet alleen, want in stukken over de medische verzorging van de militairen uit 24 juli 1951 blijkt werd opgeroepen tot betere selectie omdat de psychische gesteldheid niet voldoende was.<sup>90</sup> Dit kwam doordat men de voornaamste reden voor psychisch instorten zag in het karakter van de militair. Net als in Nederlands-Indië geloofde men dat militairen konden worden ingedeeld in persoonlijkheidstypen en dat men persoonlijk gepredisponeerd was voor oorlogsneuroses. Deze opvatting was tegenstrijdig met de opvattingen van instanties zoals de IGDKL. De geneeskundige

---

<sup>86</sup> W. de Bruijne, 'De Avonturen van een Oorlogsdokter', *Arts en Auto* (2015) 58-60, 58.

<sup>87</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.196, Generale Staf/ Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten, invoernummer 3541, Voorschriften nr 1300-1 en 2 betreffende lessen van de Koreaanse Oorlog, Deel 2 Lessen van de Koreaanse Oorlog.

<sup>88</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.56, 196, Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea, inventarisnummer 196, Algemeen Verslag van het Nederlands Detachement Verenigde naties in Korea November 1950- Oktober 1951.

<sup>89</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.196, Generale Staf/ Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten, invoernummer 3541, Voorschriften nr 1300-1 en 2 betreffende lessen van de Koreaanse Oorlog, Deel 2 Lessen van de Koreaanse Oorlog.

<sup>90</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.196, Generale Staf/ Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten (1945-1972), inv.nr 3596, Stukken betreffende medische verzorging.

organisatie van de krijgsmacht geloofde dat angst de grote veroorzaker van psychisch instorten was. Dus hoewel van bovenaf door instanties zoals de IGDKL de rol van angst werd benadrukt, bleek in de praktijk dat in het Nederlandse leger weinig begrip bestond voor angst. Meurs stelde dat, anders dan bij de Amerikanen, in het Engelse en het Nederlandse leger angst nog vaak werd gelijkgesteld aan lafheid.<sup>91</sup>

Bij verschillende voorbeelden uit het verslag van Meurs kunnen vraagtekens worden gezet bij de opvatting dat psychische ziektes bij de eenheden werden geaccepteerd. Als een militair niet wilde meevechten kreeg hij volgens het verslag een zwijgbehandeling: 'De zwakkere geesten werden meestal op sleeptouw genomen door de sterkeren en kwamen er op die manier doorheen. Iemand echter die onwillig was, werd door de anderen geschuwd en veelal doodgezwegen. [...] Verder was na de gevechten een algemene vergevingsgezindheid ontstaan behalve t.o.v. diegenen, die verzaakt hadden hun soldaten plicht te doen.'<sup>92</sup> Over een militair met een *anxiety reaction* met hysterische symptomen, werd in het verslag het volgende gezegd: 'Zijn pelotonscommandant zegt van hem: Lui, bang, stiekem, achterbaks, drukker, waardeloos. In het peloton lusten ze hem niet [...] Dit is de reactie, zoals die in het algemeen optreedt bij psychisch defectieve individuen [...] Deze mensen moeten flink worden aangepakt; slapen op de harde grond; alles zelf laten doen zonder hulp van verplegers. Voor de infanterie zijn ze niet geschikt. Het best is hen te zeggen, dat ze in elk geval niet afgevoerd zullen worden buiten het divisiegebied en zij bij de genie etc, fysiek hard te laten werken.'<sup>93</sup>

### 3.4 Conclusie

In de voorbereiding voor de Koude Oorlog werden ook op het gebied van de psychiatrie te velde voorzorgsmaatregelen genomen. In de voorschriften wordt afvoer volgens de principes van forward psychiatry uitgebreid beschreven en in Nederland werd het HOC geopend, dat het basisprincipe positieve verwachting in de praktijk bracht door de ziekenhuissfeer te vermijden. Tevens is er in het gedachtegoed over oorzaken achter psychische klachten een overgang zichtbaar. Uit het voorschrift over de behandeling van het angstvraagstuk komt naar voren dat de IGDKL angst als de belangrijkste oorzaak van geestelijk instorten zag en hierdoor een grotere rol toekende aan omgevingsfactoren in plaats van aan karaktereigenschappen. Tijdens de operationele inzet in Korea werden angstige militairen nog steeds gezien als lafaards, ongeacht het beleid van de IGDKL. Daarnaast komt uit het

---

<sup>91</sup> NL-HaNA, Defensie, 2.13.56, Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea, inv.nr. 196, Algemeen Verslag van het Nederlands Detachement Verenigde naties in Korea November 1950- Oktober 1951.

<sup>92</sup> Ibidem.

<sup>93</sup> Ibidem.

verslag van Meurs naar voren dat geestelijke ziektes niet altijd werden geaccepteerd. Tijdens de Korea-missie blijkt dat nog steeds werd vastgehouden aan de deterministische kijk op karaktereigenschappen als veroorzaker van oorlogsneuroses. Net als in Nederlands-Indië zorgde deze overtuiging ervoor dat het principe 'voorkomen is beter dan genezen' nog steeds een belangrijke pijler was onder het geestelijk gezondheidsbeleid van de Landmacht. In die visie werd uitval door psychische klachten gezien als een teken van een ontoereikende keuring. Tenslotte: dat het belang van forward psychiatry moest worden opgerakeld in een boekje met de titel: *Lessen van de Koreaanse Oorlog* doet de vraag rijzen hoe effectief de basisbeginselen werden toegepast.

## Hoofdstuk 4: Forward Psychiatry in Libanon

### 4.1 Inleiding

Tijdens de operationele inzet in Libanon van 1979 tot en met 1985 werden iets meer dan negenduizend militairen uitgezonden, waarvan er negen omkwamen. Door het predikaat vredesmissie werd de intensiteit van de operationele inzet in Libanon vaak onderschat. De media bestempelden de missie dikwijls als een spannende vakantie. Toch had deze missie voor veel veteranen grote gevolgen. Uit onderzoek blijkt dat bijna één op de vijf Libanon-veteranen psychosomatische of psychische klachten kreeg.<sup>94</sup> Daarnaast blijkt dat 5% aan een posttraumatische stress stoornis leed, een zware en langdurige vorm van psychische problematiek. Vanwege het vredeskarakter hebben beleidsmakers destijds niet geanticipeerd op de psychische gevolgen van de operationele inzet voor veel militairen.<sup>95</sup> Hoe was het beleid omtrent de geestelijke gezondheidszorg in Libanon? In paragraaf 4.2 wordt gekeken naar hoe de artsen en de krijgsmacht dachten over de oorzaken van geestesziekten en hoe dit denken het beleid vormde over forward psychiatry. In de paragraaf 4.3 wordt gekeken in hoeverre de beginselen van de forward psychiatry werden toegepast tijdens de operationele inzet in Libanon.

### 4.2 Nurture en de multidisciplinaire aanpak

De jaren zestig en zeventig lieten een vernieuwende aanpak in de gevechtspsychiatrie zien. In deze periode wordt duidelijk dat de gevechtspsychiatrie zich ontwikkelde volgens de stelling van Hans Binneveld dat de centrale doelstelling van het leger in vreedstijd, namelijk de productie van geweld, naar de achtergrond raakt waardoor de militaire psychiatrie een andere rol kreeg (zie ook de inleiding).

Het doorverwijzen van 20 sergeanten-majoor naar de afdeling Psychiatrie van het Militair Hospitaal A. Mathijssen in 1973 was de aanleiding van deze rolverandering. Deze massale uitval, gepaard met een reeks klachten over het niet goed functioneren van bepaalde categorieën beroepsmilitairen, bracht de afdeling Gedragwetenschappen er in 1974 toe onderzoek te verrichten naar het disfunctioneren van beroepsmilitairen.<sup>96</sup> Hieruit bleek dat er in de militaire GGZ structurele

---

<sup>94</sup> C. Klep en R. an Gils. *Van Korea tot Kabul* (Den Haag 2005) 150.

<sup>95</sup> R. Bijkerk, M. Elands en K. Kornaat, *Oorlogen en Vredesmissies. Ervaringen van Nederlandse veteranen 1940-2010* (Amsterdam 2010) 111.

<sup>96</sup> J.W. van Neden, *Tussen S5 en KZ-syndroom: Stressreacties van militairen en burgers op extreme situaties* (Den Haag 1986) 23.



problemen waren. De KL was volgens het onderzoek te weinig bereid om hulpverlening als noodzakelijke personeelszorg te aanvaarden. Er was te weinig coördinatie tussen de hulpverleners onderling en zij waren in veel gevallen ondeskundig en niet consistent in de manier van werken. Daarnaast kon men bij een aantal eenheden alleen hulp zoeken via de commandant. De S1-functie was vaak sluitpost, terwijl de functionarissen in het personeelswerk meestal niet geschoold waren. De commandanten en het personeel waren onvoldoende bekend met de mogelijkheden van moderne hulpverlening. De organisatie was niet toegerust voor het toepassen van eigentijdse mogelijkheden zoals counseling en psychotherapie. Volgens het onderzoek hadden onderdeelartsen en de Dienst Personeel te weinig kennis over de hulpverleningsmogelijkheden.<sup>97</sup> Dit onderzoek zorgde ervoor dat de Nederlandse krijgsmacht de rol van de militaire psychiatrie ging re-evalueren, waarna een verschuiving optrad van een medische naar een meer maatschappelijke invulling van de militaire psychiatrie.

Naar aanleiding van het actieonderzoek over de disfunctionerende militairen schreef Plv. Hoofd Sectie GGZ Mulder een rapport waarin hij stelde dat oneigenlijk gebruik werd gemaakt van de militaire GGZ, en dat de militaire psychiatrie eindstation was voor de niet functionerende militair. Mulder stelde dat de militair te snel werd afgeschreven en daardoor voor zijn disfunctioneren werd beloond. Als de communicatie tussen onderdeelarts en specialist niet goed verliep, kreeg de militair te snel een label opgeplakt. Bovendien konden verklaringen voor het disfunctioneren niet zozeer liggen in de militaire, als wel in de sociale sfeer, zoals problemen in de relatie met het thuisfront. Dit leidde ertoe dat dienstplichtigen ten onrechte in medische kanalen terecht kwamen. Eenmaal in de medische molen werd de militair in de rol van patiënt geplaatst en gefixeerd, waarbij problemen in bijvoorbeeld de sociale sfeer niet werden opgelost en de militair het label moeilijk geval kreeg opgeplakt. Als oplossing voor deze problematiek stelde Mulder de oprichting voor van een crisisinterventieteam. Een disfunctionerende militair diende niet meer direct in de medische kanalen te worden opgevangen, maar binnen personeelszorg te worden behandeld, door een sociaal team van een geestelijke verzorger, maatschappelijk werker, personeelsofficier en arts. Het crisisinterventieteam was naar voorbeeld van de Sociale Contact Commissies bij de Koninklijke Marine. Dit team bekleedde de functie van een soort voorportaal waarbij echt psychiatrische gevallen werden onderscheiden van disfunctionerende militairen; de psychiatrische gevallen werden dan behandeld binnen het medisch-psychiatrische kanaal. De overige disfunctionerende militairen werden doorbehandeld langs de personeelslijn.

---

<sup>97</sup>NL-HaNA, Defensie, 2.13.125, inv.nr. 51, Nota Directeur Personeel Koninklijke Landmacht T.J. de Geus, 9 februari 1978. Met als bijlage verslag van een actieonderzoek naar het disfunctioneren van militairen.

Mulder was niet de enige die voorstander was van een meer *soft sector* aanpak. 2<sup>e</sup> luitenant Geneeskundige Troepen B. Goes pleitte voor het aanstellen van officieren-maatschappelijk werkers die het werk van de Sociale Dienst zouden overnemen en zich bezighouden met hulpverlening aan individuele militairen.<sup>98</sup> De bevindingen in het Rapport van Mulder en het actieonderzoek *Dysfunctioneren onder militairen* zorgden ervoor dat in mei 1980 binnen de KL en in lijn met de Sociale Contact Commissies van de Marine een nieuw hulpverleningsorgaan in het leven werd geroepen, de Sociale Coördinatie Commissie (SCC). Alle eenheden op bataljonsniveau beschikten over een SCC. Deze bood eerste echelonshulp voor disfunctionerend beroeps- en dienstplichtig personeel. Als de beroeps- of dienstplichtige militair verdere hulp nodig had, kon hij worden doorverwezen naar een van de drie Bureaus Individuele Hulpverlening (BIH). Deze boden tweede echelonshulp in de vorm van (psycho-)therapeutische behandelingen en gesprekken. Deze bureaus waren ook multidisciplinair van aard en bestonden uit een klinisch psycholoog, een arts, een sociaal-psychiatrisch verpleegster, een bedrijfsmaatschappelijk werker en een medewerker sociale dienst.<sup>99</sup>

Deze nieuwe benadering binnen de militaire psychiatrie ging gepaard met een nieuwe gedachtegang over de oorzaken achter psychische klachten bij militairen. Psychiaters en artsen zoals Somers keken met een minder deterministische bril naar de oorzaken van psychologische ziektes. Waar de militaire psychiatrie ten tijde van de dekolonisatie van Nederlands-Indië en Korea erin geloofde dat men gepredisponeerd was om te bezwijken aan oorlogsneuroses, zien we in de latere wetenschappelijke verhandelingen dat een groep zich schaarde achter de *nurture* kant van het nature-nurture debat. Deze ontwikkeling was al gaande ten tijde van de Korea-oorlog, waar men angst zag als de oorzaak van oorlogsneuroses. Ditmaal werd de term predispositie ingeruild voor de term aanpassingsstoornissen, waarbij de militair met psychische klachten zich simpelweg niet kon aanpassen aan het militaire milieu. De invloedrijke psychiater Somers stelde dat de jonge dienstplichtige niet in staat was zich te conformeren aan het strenge militaire milieu, waardoor geestesziektes ontstonden. Somers en gelijkgestemden waren van mening dat de anti-autoritaire tijdgeest had geleid tot een *cultural gap* tussen het burgerbestaan en de militaire dienst. De Belgische militaire arts Busscher stelde dat de ontwikkelingen in de eerste helft van de 20<sup>ste</sup> eeuw ervoor hadden gezorgd dat de jeugd zodanig was beïnvloed dat zij niet meer van plichten, geweten, arbeidsvreugde en trouw wilde weten.<sup>100</sup> Militairen kregen hierdoor psychologische klachten oftewel

---

<sup>98</sup> B. Goes, 'Maatschappelijk werk in de Krijgsmacht II.', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 13 (1960) 11, 340-347, 347.

<sup>99</sup> *Defensiekrant*, Ministerie van Defensie 16 april 1980.

<sup>100</sup> 'Geestelijke gezondheidszorg bij de strijdkrachten. Verslag van de 10<sup>e</sup> Studieconferentie van het Comité Interallié des Officiers Médecins de Réserve', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 12 (1959) 3, 78-85,79.

aanpassingsstoornissen.<sup>101</sup> Een belangrijke reden voor de grote discrepantie tussen de militaire dienst en de maatschappij lag volgens de zenuwarts Somers ook in het feit dat de jeugd fysiek was veranderd. De jeugd kwam weliswaar eerder in de puberteit, maar bleef in geestelijke ontwikkeling achter waardoor geestesstoornissen die men vroeger in verband bracht met puberteit nog na het dertigste levensjaar konden optreden.<sup>102</sup> Deze aanpassingsstoornissen werden niet alleen beschreven als oorzaak van het disfunctioneren van de militair in vreedstijd maar ook in oorlogstijd.

### 4.3 Forward Psychiatry in Libanon

Bijzonder voor Libanon is dat de hierboven beschreven softe aanpak voor de psychologische problematiek van militairen tijdens vreedstijd werd toegepast op de operationele inzet in conflictgebied. Het nieuwe idee dat disfunctionerende militairen niet moesten worden afgevoerd via de medische kanalen vond ook zijn weerslag in de opbouw van de geestelijke gezondheidszorg in Libanon. Na inspectie aldaar door het hoofd Sectie Individuele Hulpverlening werd de uitzending van psychiaters niet noodzakelijk geacht en werd gekozen voor een bedrijfsmaatschappelijke aanpak.<sup>103</sup> De geestelijke gezondheidszorg werd ingericht volgens de hierboven genoemde multidisciplinaire aanpak die vorm kreeg in de SCC's. Het overleg in deze SCC Libanon - ook wel het Sociaal-Medisch Team genoemd - vond veelvuldiger en meer gestructureerd plaats dan in Nederland.<sup>104</sup> Het SCC was geplaatst op bataljonsniveau en bestond uit het hoofd van de sectie 1 (personeelszaken) van het bataljon, de artsen, twee geestelijk verzorgers en een Officier Bedrijfsmaatschappelijk Werk van de Militair Sociale Dienst. De commissie coördineerde de hulpverlening en adviseerde de bataljonscommandant bij structurele problemen. Het beleid van de SCC was erop gericht om militairen met problemen zodanig te begeleiden dat zij in Libanon konden blijven.<sup>105</sup> Doordat de uitzending van psychologen niet noodzakelijk werd geacht, kwam de acute behandeling van militairen met psychische klachten neer op de schouders van de eenheid (de zogenaamde kameradenhulp), de maatschappelijk werker en de geestelijk verzorgers. Dezen bezochten met grote regelmaat de verschillende buitenposten om met de militairen te praten. Als militairen dreigden af te knappen, werden zij naar de stad Haris gestuurd. Van de beginselen van forward psychiatry was weinig sprake. Misschien kon de aanwezigheid van de maatschappelijk werker en opvang door kameraden worden gezien als een manier van nabijheid en snelheid. Dit neemt niet weg dat in

---

<sup>101</sup> C.J.A., 'Over aanpassingsstoornissen in de Militaire Dienst', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 19 (1966) 5, 143- 157, 155.

<sup>102</sup> Ibidem.

<sup>103</sup> B. Schoenmaker en H. Roozenbeek, *Vredesmacht in Libanon. De Nederlandse deelname aan UNIFIL 1979-1985* (Amsterdam 2004) 453.

<sup>104</sup> Ibidem.

<sup>105</sup> Ibidem.

Libanon geen psychiater of psycholoog werd meegestuurd dus van psychologische behandeling was geen sprake. Men kon in gesprek gaan met de maatschappelijk werker maar het takenpakket van deze was meer gericht op arbeids- en gezinsproblematiek.

Opmerkelijk in de aanpak van de SCC's is dat het personeelsbeleid, dat was ontwikkeld voor de problematiek in vredetijd, werd toegepast op de situatie tijdens operationele inzet. De SCC was tot leven geroepen nadat duidelijk werd dat vele, wegens een arbeidsconflict of via S-5 thuiszittende militairen, uiteindelijk oneigenlijk de dienst verlieten. Dezelfde aanpak werd toegepast op manschappen in gijzelingssituaties of op militairen die binnen een beperkt geweldsmandaat moesten omgaan met vijandige acties van andere partijen. In het artikel *Gezondheid en Ziekte in UNIFIL* van de arts J.D. Westbroek wordt stress gezien als de hoofdoorzaak van psychische klachten bij militairen.<sup>106</sup> Bijna twee op de drie VN-militairen die als gevolg van psychische problemen werden gerepatriëerd, leden aan stressreacties. De helft van deze militairen had geen opvallende historie van psychische ziektes.<sup>107</sup> Deze stress werd veroorzaakt door de problemen waaraan men het hoofd moest bieden, zoals onvoorspelbare, zinloze vijandige acties van conflicterende partijen. Daarnaast moesten de militairen met regelmaat artillerievuur en mijnen trotseren terwijl ze binnen het mandaat voor hun verdediging maar beperkt geweld mochten toepassen. Andere omstandigheden zoals slechte hygiëne, uitdroging door het hete klimaat, maagproblemen en chronisch slaapttekort zorgden ervoor dat de mentale weerbaarheid van de militair sterk werd aangetast. Deze omstandigheden konden leiden tot verschillende psychische aandoeningen zoals slapeloosheid, nervositeit, angsttoestanden. Maar ook psychosomatische klachten zoals rug- en nekklachten, hoofdpijn en maagklachten.<sup>108</sup> Door de unieke omstandigheden die gepaard gingen met de aard en inhoud van vredesmissies werd voor deze psychische klachten een aparte diagnose gesteld, namelijk *het U.N. soldier's stress syndrome* of ook wel het *peacekeepers stress syndrome* genoemd. Dit syndroom was voor het eerst beschreven in 1979 tijdens de Noorweegse deelname aan UNIFIL en was qua symptomen te vergelijken met *combat exhaustion*.<sup>109</sup>

In het artikel *Psychiatric Problems in UNIFIL and The UN-Soldier's Stress Syndrome* door L. Weisaeth en A. Sund blijkt dat Noorwegen samen met Nederland het hoogste aantal medische rapportages had van militairen die aan psychische klachten leden. Dit blijkt uit de tijdelijke medische

---

<sup>106</sup> J.D. Westbroek, 'Gezondheid en Ziekte in UNIFIL', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 37 (1984) 6-14, 11.

<sup>107</sup> L. Weisaeth en A. Sund, 'Psychiatric problems in UNIFIL and the UN-Soldier's Stress Syndrome', *Revue Internationale des Services de Santé* 55 (1982) 109-116, 114.

<sup>108</sup> Ibidem, 114.

<sup>109</sup> J. Shigemura en S. Nomura, 'Mental Health Issues of Peacekeeping Workers', *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 56 (2002), 483-491, 484.

rapporten vanaf april 1978 tot augustus 1980. Volgens het artikel waren 18,5% procent van de gerapporteerde ziektes van Nederlandse militairen psychisch van aard.<sup>110</sup>

In het voortraject van de missie werd buiten de medische keuring bij opkomst geen specifieke aandacht besteed aan preventie en behandeling van psychische problemen. Westbroek benadrukte in zijn artikel dat toekomstige VN-militairen grondiger moesten worden gescreend en dat er meer maatregelen moesten worden genomen op het gebied van interventie en preventie, zoals nabesprekingen en voorlichting over het herkennen van stressreacties.

Hoewel de principes van de forward psychiatry nauwelijks werden toegepast in Libanon en er geen psychiater werd uitgezonden, betekende dit niet dat de beginselen van forward psychiatry onbekend waren bij de Nederlandse krijgsmacht. In de handleiding voor de militair geneeskundige opleiding, ook wel de artsenklapper genoemd, werden de principes van forward psychiatry duidelijk uitgelegd. Daarnaast waren passages overgenomen uit voorschrift 3308: *De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger*. De beginselen waren dus zeker bekend tijdens Libanon. Ook de eigen ervaringen in Korea waren niet vergeten. In een brochure over psychische gevechtsreacties werd er verwezen naar Van Meurs.<sup>111</sup>

Het voorbijgaan aan forward psychiatry in Libanon werd niet kritiekloos geaccepteerd. Toen de operationele inzet in Libanon in 1982 in volle gang was, kwam de kolonel-arts Besauw met kritiek op het beleid van de geestelijke gezondheidszorg in Libanon, zoals dat gestalte kreeg in de SCC's. Volgens Besauw diende de IGDKL-beleid te ontwikkelen voor de behandeling en begeleiding in de gevechtszone van patiënten met psychische stoornissen. Dit was volgens Besauw een verantwoordelijkheid van de geneeskundige dienst. Besauw stelde dat het de taak was van de onderdeelarts om een onderscheid te maken tussen normale gevechtsreacties en echte psychiatrische verschijnselen. Daarnaast moest de geneeskundige dienst een psychiater in dienst nemen die kon beslissen welke patiënten moesten worden geëvacueerd naar Nederland en welke patiënten konden blijven.<sup>112</sup>

## 4.4 Conclusie

De geestelijke zorg tijdens de operationele inzet in Libanon werd gekenmerkt door een bedrijfsmaatschappelijke aanpak. Er vond in de jaren 70 een omslag plaats van een deterministische

---

<sup>110</sup> Weisaeth en Sund, 'Psychiatric Problems in unific and the UN-Soldier's Stress Syndrome', 110.

<sup>111</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inventarisnummer 247, Stukken betreffende het verliezen van mankracht door gevechtsneurosen zoals uitputting, angst, flauwvallen en psychische gevechtsreacties., Brochure 'Psychische gevechtsreacties' opgesteld door staf IGDKL april 1983.

<sup>112</sup> NL-HaNA, Defensie / Inspecties, 2.13.158, inventarisnummer 168, Beleidsconcept van de Inspecteur inzake de afvoer en behandeling psychiatrische patiënten. IGDKL stafgroep/ sectie Plannen mei 1982, Beleidsconcept afvoer en behandeling psychiatrisch patiënten.

visie naar meer op nurture georiënteerde visie op het ontstaan van psychologische klachten. De samenleving was zodanig veranderd dat het verschil tussen burgermaatschappij en militaire dienst te groot was geworden waardoor militairen aanpassingsstoornissen konden ontwikkelen. Dit gedachtegoed leidde ertoe dat beleidsmakers vonden dat de militair met psychologische klachten niet via de medische kanalen moest worden afgevoerd, maar dat deze problemen via de bedrijfsmaatschappelijke manier konden worden opgelost. Het disfunctioneren van de militair lag namelijk niet alleen in de militaire, maar ook in de sociale sfeer, zoals problemen in de relatie met het thuisfront. Dit nieuwe gedachtegoed kreeg vorm in de Sociale Coördinatie Commissie.

In Libanon werd de eerstelijns psychologische zorg belegd bij kameradenhulp, de maatschappelijk werker en de geestelijke verzorgers. De in de forward psychiatry gepropageerde manier van evacuatie werd nauwelijks toegepast en er was in Libanon geen specialistische psychologische zorg aanwezig. Dit betekende echter niet dat de principes van forward psychiatry in de Nederlandse Krijgsmacht waren vergeten. In een handleiding voor de militair geneeskundige opleiding werden de principes duidelijk uitgelegd en werd verwezen naar de ervaringen van Meurs in Korea. Het voorbijgaan aan forward psychiatry werd niet kritiekloos geaccepteerd. In een rapport stelde de kolonel-arts Besauw dat de afvoer van militaire met psychische klachten juist wel een zaak was van de geneeskundige dienst en dat er een psychiater bij het conflict aanwezig moest zijn.

## Conclusie

De geschiedenis van de forward psychiatry is net als in onze buurlanden en de VS een geschiedenis van discontinuïteit geweest. De innovatieve beginselen van nabijheid, snelheid en positieve verwachting werden door de beleidsmakers in de geestelijke gezondheidszorg van de KL wel degelijk op waarde geschat. Het gedachtegoed werd door middel van voorschriften en onderwijs verspreid over de landmacht. De beginselen van de forward psychiatry werden naar voorbeeld van Groot-Brittannië – beperkt - ingezet tijdens de dekolonisatie in Nederlands-Indië en in Korea werd gekeken naar de VS. Hoewel de Koninklijke landmacht zich beriep op de ervaringen van de Angelsaksische legers, werden door de Britten en Amerikanen gemaakte fouten in de beide wereldoorlogen door de Koninklijke Landmacht soms dunnetjes overgedaan. Het onderzoek naar de drie casussen laat zien dat de principes van forward psychiatry elke keer in voorschriften en handboeken opnieuw worden beleeden, maar niet nageleefd. Waarom werd de forward psychiatry niet of gebrekkig toegepast?

De belangrijkste factor achter de gebrekkige implementatie van de forward psychiatry was het heersende gedachtegoed over psychische ziekten en oorzaken daarachter. Als de drie missies naast elkaar worden beschouwd is er een duidelijke verschuiving zichtbaar van een nature-opvatting met de nadruk op de predispositie van individuele militairen tijdens de dekolonisatie van Nederlands-Indië, via een overgangsfase tijdens de operationele inzet in Korea naar de meer sociaal-maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg tijdens de operationele inzet in Libanon met het accent op het nurture-gedachtegoed. Door de jaren heen hebben de vigerende visies op geestesziekten (nature én nurture) ertoe geleid dat het beleid niet of nauwelijks was gericht op de implementatie van de forward psychiatry in de militaire geestelijke gezondheidszorg.

In de opbouwjaren van de geestelijke gezondheidszorg werd zichtbaar dat de nadruk lag op preventieve psychiatrie hoewel de positieve ervaringen met ambulante psychiatrie uit de beide wereldoorlogen bekend waren bij de beleidsmakers. De deterministische opvatting van geestesziekten maakte dat keuring werd gezien als het belangrijkste middel om militairen met een verhoogde kans op uitval te weren. In de beginjaren gingen hier dan ook de meeste aandacht en middelen naar toe, waardoor de meer ambulante zorg en voorlichting over geestesziekten in het gedrang kwamen. Niet alleen het determinisme bracht een nadruk op preventie met zich mee. In de beginjaren kwam ook de sociaalpsychiatrische benadering op, waarin men geloofde dat de verbetering van de randvoorwaarden van de militaire inzet geestesziekten zou voorkomen.

In Nederlands-Indië werden elementen van de principes van forward psychiatry toegepast tijdens de operationele inzet. Geheel volgens de forward psychiatry werd de divisiepsychiater ingezet om de geestelijke gezondheidszorg van zijn divisie te coördineren. In de richtlijnen over geestelijke ziekten zien we het beginsel snelheid zeker toegepast in de zorg voor de militairen. Aan de

implementatie van de begrippen nabijheid en positieve verwachting werd niet altijd goed voldaan. Doordat in Nederlands-Indië geen Exhaustion Centres werden ingezet, was de hulp voor veel geesteszieke militairen ontoereikend. Zij waren verspreid over een gebied groter dan Nederland, waardoor de reis naar hulpverlening een langdurige en gevaarlijke onderneming was. Artsen zagen zich in veel gevallen beperkt tot het geven van korte behandelingen of enkel adviezen. Daarnaast leed de Nederlandse krijgsmacht aan een tekort aan manschappen waardoor artsen hun patiënten niet graag wegstuurden voor behandeling. Ook aan het basisprincipe 'positieve verwachting' werd niet altijd voldaan. Het kwam vaak voor dat militaire psychiaters hun patiënten te snel het label instabiel opplakten waardoor deze militairen gelijk naar huis werden gezonden.

De geestelijke gezondheidszorg tijdens de operationele inzet in Nederlands-Indië laat zien dat de realiteit van het conflict zeker niet heeft bijgedragen aan een goede implementatie van de forward psychiatry. Maar de belangrijkste factor was de overtuiging dat preventie de beste en voornaamste maatregel was: voorkomen is beter dan genezen. Dit idee zorgde ervoor dat keuring en herselectie werden gezien als de oplossing bij uitstek om uitval tegen te gaan. In verschillende verslagen en rapporten werd opgeroepen tot een betere keuring zodra de cijfers over geestelijke uitval tegenvielen. Door de preoccupatie met preventie kwam de ambulante geestelijke gezondheidszorg te velde in de knel.

In de voorbereidingen op een groot conflict tijdens de Koude Oorlog is er ten opzichte van Nederlands-Indië een veel nauwgezetere uitwerking van de principes forward psychiatry zichtbaar in de voorschriften over geestelijke gezondheidszorg te velde. Verder laten beleidsstukken zien dat men naar Amerikaans voorbeeld afstapte van het deterministische wereldbeeld en het fenomeen angst ging zien als de grootste veroorzaker van geestelijk instorten en aan omgevingsfactoren een grotere rol toekende. Toch zien we net als in Nederlands-Indië dat de toepassing van de principes van forward psychiatry in de realiteit van het conflict niet altijd even gemakkelijk zijn. Uit het verslag van Meurs wordt duidelijk dat angstige militairen nog steeds werden gezien als lafaards en dat de deterministische visie op psychische klachten wijdverspreid en hardnekkig was. Net als in Nederlands-Indië werd hoge uitval cijfers door geestelijke klachten in verband gebracht met de kwaliteit van keuring en herkeuring.

Tijdens de operationele inzet in Libanon is een overduidelijke breuk zichtbaar met het deterministische gedachtegoed dat heerste ten tijde van de conflicten in Nederlands-Indië en Korea. In Libanon werd de medische aanpak verguisd en geloofde men dat militairen met geestelijke klachten beter via de bedrijfsmaatschappelijke aanpak konden worden geholpen. In de jaren na Korea was de samenleving zodanig veranderd dat het verschil tussen burgermaatschappij en militaire dienst volgens artsen te groot was geworden waardoor aanpassingsstoornissen konden optreden. Dit



leidde ertoe dat men geloofde dat omgevingsfactoren de achterliggende oorzaak van geestesziektes waren, resulterend in een andere aanpak van de geestelijke gezondheidszorg.

Men had de overtuiging dat de militair met psychologische klachten niet via de medische kanalen moest worden afgevoerd, maar dat zijn problemen beter via de bedrijfsmaatschappelijke manier kon worden opgelost. Het disfunctioneren van de militair lag namelijk niet alleen in de militaire, maar ook in de sociale sfeer. Dit bracht met zich dat in Libanon geen psycholoog of psychiater actief hoefde te zijn. Militairen met psychische klachten werden opgevangen door een multidisciplinair team. De principes van forward psychiatry werden maar ten dele toegepast. Zo werden de militairen niet afgevoerd via medische kanalen. De principes snelheid en nabijheid kunnen daarentegen in een vernieuwde vorm worden teruggevonden in de kameradenhulp. De principes van de forward psychiatry waren in ieder geval niet vergeten. In verschillende voorschriften werd erop teruggegrepen en in het geval van de artsenklapper werden zelfs de ervaringen van Van Meurs in Korea aangehaald. Het gebrek aan forward psychiatry werd niet door iedereen geaccepteerd en sommigen, zoals kolonel-arts Besouw, waren van mening dat er wel degelijk een psychiater aanwezig moest zijn en dat militairen met psychische klachten wel binnen het werkveld van de geneeskundige dienst vielen.

De beantwoording van de drie deelvragen toont verschillende ontwikkelingen. Ten eerste dat in de veertig jaar die dit paper beslaat een duidelijke verschuiving zichtbaar is in hoe de artsen en de krijgsmacht over de oorzaken van psychische ziektes dachten. In Nederlands-Indië heerste het determinisme (nature). In Korea is een overgang zichtbaar, waarin beleidsmakers angst gaan zien als belangrijkste oorzaak van oorlogsneuroses, maar wordt toch vastgehouden aan de deterministische karaktertypologie. In Libanon zijn omgevingsfactoren de boosdoener voor het uitvallen van militairen met psychische klachten (nurture). Ten tweede dat deze verschillende opvattingen de beleidsvorming omtrent forward psychiatry beïnvloedden. In Nederlands-Indië en Korea zorgde het deterministische gedachtegoed voor een nadruk op psychotechniek. In Libanon leidde de nurture-visie ertoe dat militairen niet primair via de medische kanalen werden behandeld maar werd gekozen voor een bedrijfsmaatschappelijke aanpak.

Ten derde dat er duidelijke verschillen zijn in de mate van inzet van de beginselen van de forward psychiatry tijdens elk conflict. In Nederlands-Indië wordt volgens de forward psychiatry gewerkt met een divisiepsychiater en ook aan het principe snelheid werd aandacht besteed. Door het gebrek aan Exhaustion Centres werd aan het principe nabijheid niet voldaan. In Korea zien we dat de beginselen van de forward psychiatry uitgebreid waren beschreven in de voorschriften ter voorbereiding van een groot conflict. Toch blijft de vraag in hoeverre deze principes toen werden toegepast. In Libanon kregen de principes nabijheid en snelheid vorm in de kameradenhulp en de ambulante maatschappelijke werker en geestelijke verzorger. Geheel tegen de principes van forward

psychiatrie in geschiedde de afvoer van de militairen met geestelijke klachten niet via de medische kanalen en er was ook geen psychiater aanwezig.

De discontinuïteit van de forward psychiatry is goed zichtbaar. Deze discontinuïteit is geen verrassing aangezien historici deze al hebben beschreven. Toch is er een nuancering aan te brengen. Waar historici zoals Hans Binneveld de beginselen van de forward psychiatry beschrijven als lessen die na elk conflict werden vergeten, wordt uit de casussen duidelijk dat de beginselen nog duidelijk in het 'beleidsgeheugen' aanwezig zijn. Wat de casussen ook laten zien is dat de gebrekkige toepassing van de forward psychiatry aan het psychiatriebeleid van de krijgsmacht ligt. Dit beleid werd sterk beïnvloed door de ideeën over de oorzaken van psychische aandoeningen. De drie casussen zijn er een voorbeeld van dat de implementatie van innovaties niet altijd volgens een rationele kosten/baten-analyse gaat. In beleidsvoorschriften werd herhaaldelijk de effectiviteit van de forward psychiatry benadrukt. Niettemin stonden ideeën over ziekte-oorzaken de toepassing van forward psychiatry in de weg.

De casussen laten zien dat gedachtegoed en cultuur in een organisatie, in dit geval de krijgsmacht, belangrijke factoren zijn in het adopteren en implementeren van innovaties. De geschiedenis van de psychiatrie te velde in de Nederlandse krijgsmacht is nog een tamelijk onontgonnen gebied en meer onderzoek is nodig. Omdat deze paper zich uitsluitend richt op de geestelijke gezondheid binnen de Koninklijke Landmacht is verder onderzoek naar de andere staven van de krijgsmacht aan te bevelen. Zo is uit bronnenmateriaal gebleken dat de Koninklijke Marine en de Koninklijke Luchtmacht op het gebied van personeelszorg en geestelijke gezondheidszorg vooruitstrevender waren dan de KL. Een vergelijking tussen de drie staven op het gebied van gevechtspsychiatrie kan meer inzicht geven in hoe cultuur binnen een organisatie innovaties remt of juist versnelt. Zo'n vergelijking kan ook de verschillende ideeën over ziekte en gezondheid binnen de drie staven blootleggen. Naast uitgebreider onderzoek in de Krijgsmacht zelf is verder onderzoek naar de operationele inzet van belang. In deze paper is de keuze gemaakt om drie missies te behandelen. De operationele inzet in Bosnië verdient eveneens nader onderzoek. Uit een interview met een voormalig hoofd Bureau Individuele Hulpverlening kwam naar voren dat de operationele inzet in Bosnië het beginpunt is geweest van een meer consistent beleid in de gevechtspsychiatrie.<sup>113</sup>

---

<sup>113</sup> Interview met luitenant-kolonelbd A. Lobbezoo door Julia Loth, 9 september 2016.

## Bibliografie

### Literatuurlijst

- Binneveld, J.M.W., 'Herstel op bevel. Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie', in H.M. van der Ploeg en J.M.P. Weerts (red), *Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen Tweede Wereldoorlog, Politionele Acties, Korea* (Lisse 1995) 63-7.
- Binneveld, J.M.W., 'Militaire Psychiatrie in de Tweede Wereldoorlog', *Gewina* 14 (2012) 4, 193 – 209.
- Binneveld, J.M.W., *Om de Geest van Jan Soldaat. Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie* (Rotterdam 1995).
- Bijkerk, R., Elands en Kornaat, K., *Oorlogen en Vredesmissies. Ervaringen van Nederlandse veteranen 1940-2010* (Amsterdam 2010).
- Bruijne, W. de, 'De Avonturen van een Oorlogsdokter', *Arts en Auto* (2015) 58-60.
- Dean, E.T., 'War and Psychiatry: Examining the diffusion theory in the light of the insanity defence in post-World War I Britain', *History of Psychiatry* 4 (1993) 61-82.
- Doelenman, F., *De Medische Geschiedenis van een Infanterie-Bataljon der Koninklijke Landmacht Gedurende Drie Jaar Actieve Dienst op Java 1946-1950* (Utrecht 1955).
- Donk, J.A. van, 'De Geneeskundige Troepen. Een dienstvak zonder toekomst?', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 24 (1949) 7, 193-195.
- 'Geestelijke Gezondheidszorg bij de Strijdkrachten. Verslag van 10e Studieconferentie van het Comité Interallié des Officiers Médecins de Réserve', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 12 (1959) 3, 78-85.
- Goes, B., 'Maatschappelijk Werk in de Krijgsmacht II', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 13 (1960) 11, 340-347.
- Hooft, F. van 't, 'Over psychische stoornissen bij Nederlandse militairen in Indonesië', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* (1948-9) 193-208.
- Klep, C. en Gils, R. van, *Van Korea tot Kabul* (Den Haag 2005).
- Schoenmaker, B. en H. Roozenbeek, *Vredesmacht in Libanon. De Nederlandse deelname aan UNIFIL 1979-1985* (Amsterdam 2004).
- Stanton, J. (ed.), *Innovations in Health and Medicine. Diffusion and resistance in the twentieth century* (2002).

- Shepard, B., *War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century* (Cambridge 2000).
- Shigemura, J. en Soichiro Nomura, 'Mental health issues of peacekeeping workers', *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 56 (2002) 483-491.
- Jones, E. en Wessely, S., 'Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness', *Journal of Traumatic Stress* 16 (2003) 4, 411-419.
- Kamp, A. van de, 'Een Onverwerkte Ervaring. Militaire Psychiatrie Ten Tijde van de Politioenele Acties.', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 64 (2011) 5-13.
- Kneepkens, A.P.Th., 'De structuur van het herstellings- en oefencentrum', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 13 (1960) 5, 117- 125.
- Krevelen D.A. van, 'De plaats van de Psychopaath in het Leger I', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 1 (1948) 6, 172-184.
- Neden, J.W. van, *Tussen S5 en KZ-syndroom: stressreacties van militairen en burgers op extreme situaties* (Den Haag 1986).
- Oosterhuis, H. en Gijswijt-Hofstra, M., *Verward van Geest en Ander Ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)* (Houten 2008).
- Somers, C.J.A., 'Over aanpassingsstoornissen in de Militaire Dienst', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 19 (1966) 5, 143- 157.
- Verdoorn, J.A., *Arts en Oorlog* (Rotterdam 1995).
- Westbroek, J.D., 'Gezondheid en Ziekte in Unifil. Medisch rapport over de periode 1978-1980', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* 37 (1984).
- Weisaeth, L. en Sund, A., 'Psychiatric Problems in unifil and the UN-Soldier's Stress Syndrome', *Revue Internationale des Services de Santé* 55 (1982) 109-116.

## Overzicht van geraadpleegde archieven, dozen en dossiers

### Nederlands-Indië

#### **Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, 2.13.158,**

Inv.nr. 133, Inspectieverslagen van het Hoofd Militair Geneeskundige Dienst van onderdelen in Indonesië. 1946, 1949.

Inv.nr.134, Circulaires van de Militair Geneeskundige Dienst.

Inv.nr.136, Stukken betreffende de ervaringen en problemen van het medische troepenwerk gerelateerd aan de taak van Officieren van Gezondheid. 1947-1948.

Inv.nr.173, Verslagen van de wekelijkse vergaderingen van het Hoofdkwartier van de Militair Geneeskundige Dienst in Nederlands-Indië. 1949.

Inv.nr.174, Verslagen van de wekelijkse vergaderingen van het Hoofdkwartier van de Militair Geneeskundige Dienst in Nederlands-Indië. 1949.

Inv.nr.175, Verslagen van de wekelijkse vergaderingen van het Hoofdkwartier van de Militair Geneeskundige Dienst in Nederlands-Indië. 1950.

Inv.nr.177, Verslagen van de vergaderingen tussen Sectie(hoofden) en IGDKL. 1949-1950.

Inv.nr.145, Overzichten van de toestand van de Militair Geneeskundige Dienst in Indonesië. 1951.

Inv.nr.133, Inspectieverslagen van het Hoofd Militair Geneeskundige Dienst van onderdelen in Indonesië. 1946, 1949.

Inv.nr.364, Overzicht van gesneuvelde, gewonde en zieke militairen in Indonesië en een overzicht van gerepatrieerde zieke militairen. 1950.

#### **Nationaal Archief, Den Haag, Legervoorlichtingsdienst, 2.13.152**

Inv.nr.5, Stukken betreffende de taakuitvoering van de Psychologische Contact Commissie alsmede de mogelijke instelling van een afdeling sociaal-psychologische zorg. 1947-1948.

#### **Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Strijdkrachten in Nederlands-Indië, 2.13.132**

Inv.nr.4722, Rapporten betreffende de gezondheidstoestand bij diverse onderdelen in Nieuw-Guinea. 1947-1948.

Inv.nr.4603, Stukken betreffende geneeskundige verzorging, tropen- en molestverzekering. 1947 – 1950.

Inv.nr.4057, Verslag betreffende de werkzaamheden van de Territoriaal Officier Sociale Dienst.

**Nationaal Archief, Den Haag, Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, 2.13.62.06**

Inv.nr.218, Bijlagen bij een niet aangetroffen rapport of brief betreffende de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de Nederlandse troepen in Indië in het algemeen, en in het bijzonder van het 4e bataljon van het 4e regiment Infanterie. Doorslagen. 1947-1948.

Inv.nr.221, Verslagen van wekelijkse vergaderingen van het Hoofdkwartier van de Nederlandse Militair Geneeskundige Dienst in Indonesië.

Inv.nr.214, Rapport van gen.maj. F. Daubenton, als tweede ondervoorzitter van het Nederlandse Rode Kruis, aan het Hoofdbestuur van het NRK, van zijn bevindingen omtrent de toestand van Nederlanders in Indië, opgedaan tijdens een reis van 11 februari - 23 maart 1946. 1946.

Inv.nr.215, Rapport van de IGDKL gen.maj. F. Daubenton aan de ministers van Oorlog en Overzeese Gebiedsdelen van zijn onderzoek naar de werkwijze en organisatie van de geneeskundige dienst in Indië, verricht tijdens een dienstreis van 5 februari - 23 maart 1946. 1946.

Inv.nr.219, Algemene Dienstaanwijzingen voor de Militair Geneeskundige Dienst.

**Nationaal Archief, Den Haag, Generale Staf/ Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten, 2.13.196**

Inv.nr.2676, Nota van het hoofd van de sectie G5 aan de Chef van de Generale Staf inzake het moreel van de Nederlandse troepen in Indonesië, minuut, met bijlagen, 1949.

Inv.nr.2680, Stukken betreffende de taakuitvoering van de Legervoorlichtingsdienst, 1949.

## Korea en de Koude Oorlog

**Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, 2.13.158,**

Inv.nr. 129, Voorschriften, aanwijzingen en instructies uitgegeven door de IGDKL en de daaronder ressorterende diensten en instellingen, 1976-1977.

Inv.nr.247, Stukken betreffende het verliezen van mankracht door gevechtsneurosen zoals uitputting, angst, flauwvallen en psychische gevechtsreacties.

**Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Directie Plannen en Arbeidsvoorwaarden Militair Personeel, 2.13.164**

Inv.nr.209, Geestelijk-medisch sociale Contactcommissie. 1959-1964.

**Nationaal Archief, Den Haag, Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea, 2.13.56**

Inv.nr.167, Rapport van de commandant van het NDVN betreffende zijn bezoek op 8 december 1952 aan de troepen in de frontlijn.

Inv.nr.83, Rapport van de chef van de Militaire Geneeskundige Dienst betreffende een inspectiebezoek aan hospitalen in Tokio.

Inv.nr.91, Correspondentie met de chef van de Generale Staf betreffende vroegtijdige terugzending naar Nederland van militairen.

Inv.nr.196, Verslagen, gegevens, instructies, procedures, en dergelijke.

### **Nationaal Archief, Den Haag, Generale Staf/ Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten, 2.13.196**

Inv.nr.3541, Voorschriften nr 1300-1 en 2 betreffende lessen van de Koreaanse Oorlog,

Inv.nr.3596, Stuk betreffende de medische verzorging, 1953-1954.

Inv.nr.3542, Dagboek van de Koreaanse Oorlog over de periode juni 1950-27 juli 1953.

Inv.nr.3586, Stukken betreffende personeelsvoorziening.

Inv.nr.3590, Krantenknipsels met berichtgeving uit Korea.

Inv.nr.3593, Stukken betreffende terugkeer van Korea-vrijwilligers.

Inv.nr.3586, Stukken betreffende personeelsvoorziening.

Inv.nr.3595, Stukken betreffende moeilijkheden bij de demobilisatie van militairen afkomstig uit het NDVN.

### **Historische Collectie Geneeskundige Troepen**

Hogere Krijgsschool, De Geneeskundige Dienst 2<sup>e</sup> Gedeelte, 2<sup>e</sup> Druk 1955.

### **Collectie Nederlands Instituut Militaire Historie**

Ministerie van Oorlog, Voorschrift nr 8-1/2, Voorschrift Geneeskundige Dienst deel 2: De Geneeskundige Dienst in de Gevechtszone Buiten de Divisies (maart 1960).

Ministerie van Oorlog, Voorschrift nr 8-1/2, Voorschrift Geneeskundige Dienst deel 1: Algemeen en Divisie Geneeskundige Dienst (oktober 1958).

## **Libanon**

**Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, 2.13.158,**

Inv.nr.106, Stukken betreffende de taakscheiding, taak- en functieomschrijvingen van de IGDKL en de daaronder ressorterende diensten en instellingen. 1964, 1972, 1974, 1976, 1978-1980, 1982-1983.

Inv.nr.167, Rapport van de Inspecteur inzake een steekproefonderzoek naar het polikliniekenbezoek in het Militair Hospitaal Dr. A. Mathijssen. 1981.

Inv.nr.168, Beleidsconcept van de Inspecteur inzake de afvoer en behandeling psychiatrische patiënten. IGDKL stafgroep/ sectie Plannen mei 1982.

Inv.nr.247, Stukken betreffende het verliezen van mankracht door gevechtsneurosen zoals uitputting, angst, flauwvallen en psychische gevechtsreacties.

Inv.nr.281, Jaarresultaten van de medische keuring van de lichteningen 1972 en 1973. 1973.

Inv.nr.283, Rapport "Mulder" inzake de sociaal-psychiatrische aspecten van de personeelsmaatschappelijke zorg in de krijgsmacht. 1975.

**Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Algemene Secretarie, Beleidsterrein Militair Personeel, 2.13.5372**

Inv.nr.128, Gezamenlijke verpleging van operatiepatiënten van de afdeling mondheekunde van het MHAM met patiënten met psychische stoornissen 1973.

Inv.nr.182, Nationale Raad Welzijn Militairen (NRWM) 1952-1974.

Inv.nr.352, Interservice Comité van Psychologen, later het Interservice Sociologen Psychologen Comité 1965-1970.

Inv.nr.361, Commissie Geneeskundige Verzorging Krijgsmacht (CGVK).

Inv.nr.593, Personeelsverslagen van GI/S1 -vergaderingen. 1974-1977.

Inv.nr.782, Stukken betreffende rapporten van de Nationale raad welzijn militairen. 1973-1978.

**Nationaal Archief, Den Haag, Generale Staf/ Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten, 2.13.196**

Inv.nr.732, Maatschappelijk verzorging (code 55.3), 1961-1962.

Inv.nr.733, Maatschappelijke verzorging (code 55.3).

Inv.nr.738, Maatschappelijk verzorging (code 55.3), 1968.

Inv.nr.746, Zevende interim-rapport Commissie Mil.Gnk. Diensten, 7 december 1966.



**Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Generale Staf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, later Landmachtstaf; staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, 2.13.110,**

Inv.nr.821, Stukken betreffende de enquête over de geestelijke verzorging in de krijgsmacht. 1979.

Inv.nr.1970, Stukken betreffende geneeskundige maatregelen bij mobilisatie. 1977, 1978.

Inv.nr.785, Stukken betreffende de uitgifte door GI, afdeling Personeel, van bulletins houdende algemene informatie over regelingen en het bekend stellen van reeds gevonden oplossingen op het personele vlak. 1976-1978.

Inv.nr.1542, Stukken betreffende het houden van een sociologisch onderzoek van het moreel van het personeel. 1977.

**Nationaal Archief, Ministerie van Defensie: Militair Geneeskundige Raad, 2.13.173**

Inv.nr.21, Het adviseren van de staatssecretaris van Defensie inzake de sociaal-psychiatrische verzorging KL en KLu 1972.

Inv.nr.39, Het instellen van het Militair Sociaal Psychiatrisch Collegium 1969.

Inv.nr.44, Het instellen van de Werkgroep Beleidsnota Militair Geneeskundige Diensten 1975.

**Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, 2.13.158.**

Inv.nr.130, Voorschriften, aanwijzingen en instructies uitgegeven door de IGDKL en de daaronder ressorterende diensten en instellingen, 1978-1983.

**Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Dienst van de Opperofficier Personeel Koninklijke Landmacht (DOPKL), later Directie Personeel Koninklijke Landmacht (DPKL), 2.13.125**

Inv.nr.45, Stukken betreffende het onderzoek naar het leef- en werkklimaat in de Koninklijke Landmacht, 1970-1973.

Inv.nr.46, Stukken betreffende een sociaalpsychologisch onderzoek bij Van Heutsz-compagnieën, 1970.

Inv.nr.51, Stukken betreffende instelling van de Stuurgroep Begeleiding Hulpverlening Disfunctioneren van Militairen van de Koninklijke Landmacht en vergadersverslagen, 1978, 1979.

**Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Militair Geneeskundige Raad, 2.13.173**

Inv.nr.39, Het instellen van het Militair Sociaal Psychiatrisch Collegium 1969.

**Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie, Contactbureau Vredesmachten en voorganger (1968-1990), Nederlandse Detachement UNIFIL (1979-1984), Opleidingsdetachement Libanon (1984-1986), 2.13.213**

Inv.nr.20, Ingekomen en minuten van uitgaande gerubriceerde stukken, confidentieel. 1979.

Inv.nr.21, Ingekomen en minuten van uitgaande gerubriceerde stukken, confidentieel. 1980.

Inv.nr.106, Stukken betreffende voorschriften, reglementen en aanwijzingen. 1979-1981.

**Nationaal Archief, Den Haag, Bond van Nederlandse Militaire Oorlogs- en dienstslachtoffers 1945-2008,**

Inv.nr. 2198, 'Nazorg voor UNIFIL-veteranen' nota opgesteld voor het BNMO-Centrum. 1997.

**Historische Collectie Geneeskundige Troepen**

IGDKL Arstenklapper deel B 3<sup>e</sup> druk september 1986, Hoofdstuk 8 Psychiatrie te velde door Kol-arts C.J.A. Somers.

## Bronnenlijst

- Aantekeningen door Lkol Cornelissen van document: overzicht van maatregelen om de kwaliteit van het personeel van (NL) Det Unifil te verbeteren, NA,
- Acute Psychiatrie te velde, Stafkwartier C Div. 7 Dec,4 juli 1947, NIMH, Archief van de Losse stukken, inv.nr. 4336.
- Algemene Dienstaanwijzing Militair Geneeskundige Dienst, juni 1948, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 121.
- Algemene Dienstaanwijzing Militair Geneeskundige Dienst, oktober 1948, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 121.
- Algemeen Verslag van het Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea Koninklijke Landmacht November 1950- Oktober 1951, NA, Archief van Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea, inv.nr. 196.
- Artsenklapper deel B, september 1986, Historische Collectie Geneeskundige Troepen.
- Beleidsconcept van de Inspecteur inzake de afvoer en behandeling psychiatrische patiënten, mei 1982, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 168.
- Brief geneeskundige mededeling nr. 22 van IGDKL individuele hulpverlening, 5 februari 1980, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 130.
- Brochure 'Psychische Gevechtsreacties', april 1983, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr.247.
- *Defensiekrant*, Ministerie van Defensie,16 april 1980.
- Nota betreffende sociaal-psychiatrische aspecten van de personeels-maatschappelijke zorg in de Krijgsmacht (KL) door D. Mulder, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 283.
- Nota Directeur Personeel Koninklijke Landmacht T.J. Geus met als bijlage verslag van een actieonderzoek naar het disfunctioneren van militairen, d.d. 9 februari 1978, NA, Archief van Dienst van de Opperofficier Personeel Koninklijke Landmacht (DOPKL), later Directie Personeel Koninklijke Landmacht (DPKL), inv.nr. 51.
- Nota inzake de sociaalpsychiatrische verzorging in KL en KLu, 1972, NA, Archief van de Generale Staf/ Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten, inv.nr. 746.

- Jaarverslag van het Hoofd der SGG, 10 april 1946, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945-1989, inv.nr. 198.
- Lessen van de Koreaanse Oorlog Deel II, datum, NA, Archief van Generale Staf/ Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten inv.nr. 3541.
- Overzicht van gesneuvelde, gewonde en zieke militairen in Indonesië en een overzicht van gerepatrieerde zieke militairen, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 364.
- Rapport Huz. van Boreel Regt. arts: ervaringen en problemen betreffende het medisch troepenwerk, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr.136.
- Rapport lichamelijke en geestelijke gesteldheid v.d. troep, Afdeling II KNIL-KL Dienst IIA Mil.Gen. Dienst, 18 december 1947, NA, Archief van Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, inv.nr. 218.
- Rapport no. 1 van het Hoofd der Sectie betreffende de werkzaamheden zijner afdeling, november 1945, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 107.
- Rapport No.2 betreffende werkzaamheden der Sectie van het Hoofd der Sectie, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 107.
- Richtlijnen voor de samenwerking tussen de krijgswaarden en den Dienst der Geestelijke Gezondheidszorg der Koninklijke Landmacht, 24 december 1946, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 121.
- TLS 9 maart 2001, Losse Stukken, Nederlands Instituut voor Militaire Historie (, Den Haag, 057, Losse Stukken inv.nr. 4336.
- Verliezen van mankracht door gevechtsneurosen, 26 april 1952, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 247.
- Verslag van de wekelijkse vergadering van het hoofdkwartier van de militair geneeskundige dienst, Bezoek Conferenties te Bandoeng door Kolonel Simons, 12 juni 1948, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 173.

- Verslag van de wekelijkse vergadering van het hoofdkwartier van de militair geneeskundige dienst, 14 juni 1948, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 173.
- Verslag van de wekelijkse vergadering van het hoofdkwartier van de militair geneeskundige dienst, Overzicht van de door de Rs. Dir. OVG II K.L. J.A.J. Barnhoorn, Hoofd Sectie GGZ IGDKL verkregen indrukken betreffende het moreel van de K.L.- troepen in Ned.-Indië. Batavia, 10 juli 1948, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 173.
- Verslag van de wekelijkse vergadering van het hoofdkwartier van de militair geneeskundige dienst, 20 oktober 1949, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 173.
- Verslag van de wekelijkse vergadering van het Hoofdkwartier van de Militair geneeskundige dienst, de oriëntatiereis door directeur militair hygiënisch instituut, Ov. Kotter, 29 maart 1949, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr.174.
- Verslag van de wekelijkse vergadering van het Hoofdkwartier van de Militair geneeskundige dienst, Inspectiereis door Hoofd Afdeling B, Ov. Zeppenfeldt, 12 april 1949, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr.174.
- Verslag van de wekelijkse vergadering van het Hoofdkwartier van de Militair geneeskundige dienst, Persoonlijke zienswijze over de psychiatrische problemen in het leger, 8 oktober 1949, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 174.
- Verslag van de wekelijkse vergadering van het Hoofdkwartier van de Militair geneeskundige dienst, 10 december 1949, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 174.
- Voorschrift behandeling van het angst vraagstuk in de Koninklijke Landmacht, 26 april 1952, NA, Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke landmacht van het Ministerie van Defensie 1945- 1989, inv.nr. 247.
- Zevende interim-rapport Commissie Militair Geneeskundige Diensten, 7 december 1966, NA, Archief van de Generale Staf/ Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, inv.nr. 746.

