

De jonge eerste generatie, vijftig jaar later

M.P.E. Arnoldus*

Inleiding

De vraag hoe het de jonge eerste generatie is vergaan en hoe deze er nu voor staat, is een vraag naar het welzijn van de generatie die als kind de oorlog heeft meegemaakt en thans tussen de vijftig en zeventig jaar oud is. Het gebruik van de term 'jonge eerste generatie' is gerechtvaardigd vanuit het idee dat de relatie tussen de traumatisering en de levensfase waarin deze plaatsvond van belang is voor de aard en omvang van de gevolgen.

De generatie tussen de vijftig en zeventig heeft, ondanks een slechte start, inmiddels een heel leven achter de rug. Ze hebben carrière gemaakt, zijn relaties aangegaan, hebben kinderen opgevoed en zijn voor een groot deel in de levensfase gekomen waarin ze terugkijken op hun maatschappelijk actieve periode. Hun leven heeft vaak in het teken gestaan van inhalen en repareren. Ze werden gedreven door de gedachte een betere samenleving op te moeten bouwen, of door de wens de oude idealen en/of structuren te herstellen. Hun kinderen hebben deze inzet van hun ouders van nabij meegemaakt, maar niet altijd kunnen plaatsen.

Momenteel bevindt de jonge eerste generatie zich in een levensfase waarin hun kinderen zich hebben losgemaakt uit het gezin en vaak andere maatschappelijke prioriteiten zijn gaan koesteren dan hun ouders. In dit proces ligt teleurstelling en desillusie besloten. Wanneer deze jonge eerste generatie vijftig jaar na dato om hulp vraagt, dient mijns inziens de problematiek van de levensfase centraal te staan in de behandeling.

Tot de jonge eerste generatie worden degenen gerekend die de oorlog als kind aan den lijve hebben ervaren. De aard van de traumatiserende gebeurtenissen kan uiteraard sterk uiteenlopen.

* Hoofd behandelzaken C.G.G. Winschoten, Stichting G.G.Z. Groningen,
psychiater/psychoanalyticus.

Het gaat om zeer verschillende categorieën als:

- kampslachtoffers, zowel de overlevenden van de concentratiekampen in Europa als die van de interneringskampen in Indonesië;
- personen die te maken hebben gehad met onderduiksituaties, bijvoorbeeld oorlogspleegekinderen, buitenkampkinderen en kinderen van onderduikgevers;
- kinderen van ouders die actief betrokken waren bij het verzet;
- jonge burgerslachtoffers;
- kinderen van ouders die in de oorlog aan de kant van de bezetter stonden.

De gevolgen van traumatisatie op jonge leeftijd

Het klinische beeld van traumatisatie op jonge leeftijd is complex en gevarieerd door een samenspel van drie clusters van variabelen:

1. de aard van de traumatiserende gebeurtenissen;
2. de levensfase waarin de traumatisatie plaatsvond;
3. de kwaliteit van de latere opvang.

Bij 1.: de aard van de traumatiserende gebeurtenissen

Acuut traumatiserend is overweldiging en overstimulatie in een levensbedreigende situatie. Acute traumatisatie leidt tot een ontregeling van de neurobiologische regulatiemechanismen en tot verstoring van de opslag van de herinnering in het geheugen. De verstoorde geheugenfunctie, met name de fragmentatie ervan in geïsoleerde gevoels-, gedrags-, sensomotorische of cognitieve herinneringen is vaak blijvend.

Herinneringen kunnen worden opgeroepen door actuele prikkels die de 'pijn' van het trauma op de meest onverwachte momenten doen herleven en daardoor nieuwe stresserende ervaringen veroorzaken, die op hun beurt de biologische regulatiemechanismen ontregelen. Er is hier sprake van een vicieuze cirkel waar het slachtoffer alleen uit kan komen door het verhaal van de traumatiserende gebeurtenissen te vertellen en te integreren.

Traumatisering kan ook ontstaan in minder direct levensbedreigende situaties, door de lange duur of herhaling van gebeurtenissen die extreme stress oproepen. Deze gebeurtenissen hebben bijna altijd plaatsgevonden in het kader van terreur uitgeoefend door een totalitair regime.

Voor terreur zijn verschillende ingrediënten nodig en voor het installeren van een terreursituatie lijkt een universeel recept te bestaan (Herman 1992, p. 105 e.v.):

- het slachtoffer wordt allereerst geïsoleerd van zijn omgeving;
- de leefwereld van het slachtoffer wordt vervolgens bepaald door de machthebber die leefregels uitvaardigt en controleert;
- het slachtoffer wordt hierbij gekleineerd, vernederd en ontdaan van de menselijke waardigheid;
- ook het gewone sturingsmechanisme van het sociale menselijke gedrag, namelijk de wederzijdse beïnvloeding en dus het voorspelbaar zijn van interacties, wordt vernietigd door het volstrekt willekeurig uitdelen van straffen/beloningen;
- hierna volgt de fase waarin misbruik of geweldpleging plaatsvindt;
- er wordt bijna altijd gezorgd voor een context waarbij de omgeving medeplichtig wordt gemaakt doordat deze weet wat er gaande is maar niet kan ingrijpen.

Bij 2.: de levensfase waarin de traumatisatie plaatsvond

In de literatuur over de post traumatische stress-stoornis duikt de laatste tien jaar steeds vaker het begrip complexe post traumatische stress stoornis op (o.a. Herman 1992). Er wordt het klinische beeld mee bedoeld dat ontstaat waarin het slachtoffer een langere periode in een situatie heeft verkeerd waarin over hem of haar op een totalitaire manier controle en terreur is uitgeoefend. Met name voor jonge kinderen geldt dat de terreursituatie op zich en ook het meemaken van acute en overweldigende traumata binnen deze context interfereren met de normale ontwikkeling. Bij patiënten die als kind de oorlog hebben meegemaakt is er dan ook bijna altijd sprake van een complexe post traumatische stress-stoornis.

De leeftijd waarop de traumatiserende gebeurtenissen plaatsvonden is bepalend voor het karakter van de latere klachten. Voor het uiteindelijke beeld van de complexe post traumatische stress-stoornis moet rekening worden gehouden met:

- de fase van de ontwikkeling van de affectieve en cognitieve processen en de intrapsychische structuur;
- de mate waarin de omgeving nog aan de leeftijdsspecifieke behoefte van het kind heeft kunnen voldoen danwel in gebreke is gebleven.

In 1981 verscheen een rapport van het Psychoanalytisch Instituut over oorlogsgetroffenen onder de titel 'Psychoanalyse en psychotherapie op

psychoanalytische basis van oorlogsslachtoffers en hun kinderen'. Mij sterk baserend op Bijlage B van dit rapport, merk ik het volgende op over de samenhang tussen ontwikkelingsfase en traumatisering.

Voor de pasgeborene geldt dat gelijkvormigheid, herhaling van gewoontehandelingen en zintuiglijke waarnemingen van de verzorger een basaal gevoel van veiligheid en vertrouwen van het kind in de omgeving doen ontstaan. In een sfeer van onveiligheid is een kind niet in staat het basale vertrouwen op te bouwen dat nodig is om later de angst voor het onbekende te overwinnen. Wanneer later taal zijn intrede doet en bovendien de motorische ontwikkeling de wereld van het kind vergroot, ontstaat er de beleving van een groeiende autonomie. Het kind ontwikkelt zich tot een persoonlijkheid die 'ik' en 'mijn' beleeft. De absolute afhankelijkheid verandert in een beginnende relationele dialoog en er ontstaan de eerste conflicten met de omgeving. Binnen het gezin maakt het kind in de relaties spelenderwijs kennis met het belangrijkste sturingsmechanisme van het menselijk gedrag, de onderlinge beïnvloeding.

In een onveilige wereld en door wisselende verzorgers wordt de nog magische gedachtewereld van het kind niet gecorrigeerd door voorstelbaarheid die het kind in staat hoort te stellen zich langzaam in te voegen in een sociale context. Traumatisatie leidt in deze levensfase vaak tot het blijvend bestaan van magisch gefundeerde kinderangsten. Wanneer tussen de vier en zes jaar de stijl van denken verandert en het kind ontvankelijk wordt voor oorzaak-gevolg-redeneringen treedt er een steeds grotere differentiatie op in de relaties met de buitenwereld en kan het kind deze voorspelbaar maken. Ook het inlevingsvermogen ontwikkelt zich, evenals het vermogen tot zelfreflectie. De sociale relaties met leeftijdgenoten vormen in deze levensfase een essentieel oefenveld, waarin het kind zich langzaam lossert van de relaties met de directe verzorgers.

Traumatische ervaringen, bijvoorbeeld ten gevolge van afscheid, dood van belangrijke anderen of door verandering van omgeving, geven, doordat het geheugen zich inmiddels heeft ontwikkeld, aanleiding tot de eerste rouwreacties. Op grond hiervan kunnen echter ook irrationele schuldgevoelens ontstaan. In de latentietijd verschuift de plaats van het gezin van herkomst als veilige haven verder naar de achtergrond en leert het kind opereren in een grotere sociale omgeving. In de kameraadschappelijke relaties met leeftijdgenoten worden de sociale rollen en vaardigheden eigen gemaakt die men later in de volwas-

senheid kan toepassen. Het kind leert bovendien taken te aanvaarden zonder daarvan direct een beloning of bevrediging te verwachten.

Wanneer in deze levensfase het kind het rollenspel met de leeftijdgenoten en het 'leren te leren' wordt onthouden, bijvoorbeeld ten gevolge van onderduik of internering, kan dit blijvende gevolgen hebben voor de sociale contactvaardigheid en de latere sociaal maatschappelijke ontwikkeling.

In de prepuberteit en de puberteit is het kind vaak meer labiel omdat er nieuwe aanpassingen gevonden dienen te worden, niet alleen aan de buitenwereld, maar ook aan het eigen, veranderende lichaam en de veranderende driftimpulsen. Het maakt het kind in deze fase extra gevoelig voor traumatisering.

In de adolescentie kristalliseert de volwassen persoonlijkheid zich uit en begint het jonge individu zichzelf te beleven als iemand met een eigen identiteit, een eigen verleden, eigen idealen en normen en vooral met eigenwaarde. Het hoort nog wel tot het gezin, maar voelt zich er niet meer afhankelijk van.

Wat onder normale omstandigheden gewoon is, krijgt in een tijd van dreiging en terreur een totaal andere lading. Het normale onttrekken, zich afzetten tegen en het herijken van oude waarden kan te veel in het teken komen van vijandigheid ten opzichte van de ouders.

Traumatisatie in deze levensfase kan daardoor tot ernstige inperkingen leiden, initiatieven blokkeren; ook de psychoseksuele ontwikkeling met het bijbehorende rolgedrag wordt onder abnormale omstandigheden op zijn minst ernstig bemoeilijkt. Ook maken angst, onmacht en hulpeloosheid van de ouders het extra moeilijk zich zonder schuldgevoelens van hen los te maken. Soms wordt 'gekozen' voor een rolomdraaiing. Het kind komt dan in een geparentificeerde positie en gaat zorg dragen voor de ouders. Dit wordt gefaciliteerd als het kind 'oversterk' is en door jeudige overmoed zaken voor elkaar weet te krijgen die de ouders niet voor elkaar kunnen krijgen.

Bij 3.: de kwaliteit van de latere opvang

Er is van verschillende zijden op gewezen dat de kwaliteit van de opvang grote invloed heeft op het ontstaan van klachten na traumatisering. Keilson (1979) heeft dit aan de orde gesteld in zijn onderzoek naar oorlogspiegelkinderen en Van der Ploeg (1985) in zijn onderzoek naar de gevolgen van gijzeling. Het is niet voor niets dat de gebrekkige opvang van de repatrianten uit Nederlands-Indië door velen wordt

benadrukt als een te onderscheiden gebeurtenis in een keten van sequentiële traumatisering. De emotionaliteit rond de erkenning van personen en categorieën hangt mijns inziens dan ook meer samen met het aanspraak maken op begrip en opvang dan met de aanspraak op uitkeringsrechten.

Ook de hulpverlening aan kinderen die de oorlog meemaakten is hierdoor getekend. Veel te lang heeft hun lot in de schaduw gestaan van de oudere oorlogsgetroffenen, omdat er binnen de gezinscontext van uit werd gegaan dat zij meer toekomst dan verleden hadden en dus minder hoefden te verwerken en meer kans hadden op een normaal leven.

De jonge eerste generatie

Ondanks de wisselende mate en ernst van traumatisatie heeft de jonge eerste generatie gemeen dat de traumatisering heeft geïnterfereerd met hun normale biologische en psychologische ontwikkeling. Daarnaast is de oorlog een breuklijn in hun familiegeschiedenis en is hun identiteit vaak gefixeerd geraakt op het overlevende zijn, met de taak te herstellen wat mis is gegaan.

Complicerend is ook dat de jonge eerste generatie na de oorlog nog deels is opgegroeid in gezinnen met ouders die zelf in uiteenlopende mate zijn getraumatiseerd. Deze ouders hebben na de oorlog vaak een sterk accent gelegd op het belang van een hecht gezinsleven, maar dit zelfde gezinsleven vormde voor hen ook een bron van onzekerheid en angst, omdat het bestaan van het gezin niet meer als vanzelfsprekend kon worden ervaren.

Naast een eigen behoefte, verwoord door velen uit de jonge eerste generatie, om 'in te halen', hebben de verwachtingen van hun ouders vaak geleid tot een grote druk 'zich waar te maken' en een 'goed' mens te worden.

Ingewikkeld is het wanneer een van de ouders meer of anders getraumatiseerd is dan de ander en er binnen het gezin coalities zijn ontstaan gebaseerd op verschillen in verwerking en loyaliteit. Loyaliteit uit zich in een identificatie met de levenshouding, idealen en leefregels van de ouders of juist in de worsteling daarmee.

Als voorbeeld van deze problematiek wil ik de levensloop schetsen van de nu 53-jarige mevrouw D., geboren uit een Indische vader en een Hollandse moeder. Haar ouders hadden elkaar ontmoet toen vader in de jaren twintig in Nederland studeerde. Op eenjarige leeftijd werd ze

samen met moeder, die in verwachting was, haar oudere broers en zusters geïnterneerd in een Japans burgerkamp. Vader werd geïnterneerd in een mannenkamp. De kampervaringen van de ouders waren onderling verschillend. Moeder was nog enigszins in staat om met haar kinderen een gezinsleven in stand te houden en had daardoor nog een doel om voor te leven. Vader werd in het kamp naast ontberingen vooral geconfronteerd met vernedering en 'onttroning'.

Na de bevrijding werd op vader druk uitgeoefend zich te melden bij het KNIL om te helpen de oude orde te herstellen. Moeder kon zijn keuze hiervoor moeilijk accepteren. Toen het gezag weer enigszins was hersteld ging het gezin terug naar Nederland voor een recuperatieverlof. Vervolgens hervatte vader zijn werk in Indië, maar toen de situatie te gevaarlijk werd, werd na een verlof besloten de jongste kinderen in Nederland achter te laten. Toen moeder zich enkele jaren later met de oudere kinderen definitief in Nederland vestigde om hun scholing veilig te stellen, bleven de twee jongsten op kostschool. Pas toen vader het werken in Indonesië definitief onmogelijk werd gemaakt in verband met de vijandige stemming tegenover Nederland, werd het gezin herenigd. Mevrouw D. was toen inmiddels veertien jaar.

Binnen het gezin zijn de keuzes van vader om zich eerst in te zetten voor het herstel van de orde en later zijn werk in Indonesië voort te zetten nooit begrepen. Hij nam in Nederland genoegen met een baan onder zijn opleidingsniveau en vond berusting in relativerende politieke beschouwingen.

Zijn gedrag werd een bron van verwijten in het gezin. Moeder wist zich daarbij gesteund door de oudere kinderen en zette de 'onttroning' van vader voort.

Voor mevrouw D. was vader echter altijd belangrijk geweest als 'droompapa' in een ver land. Toen ze vanaf haar veertiende eindelijk een normaal gezinsleven meemaakte was haar verwarring groot toen ze merkte dat ze door moeder alleen geaccepteerd leek te worden als ze vader emotioneel afschreef. Er ontstond bij haar een innerlijk conflict waarbij ze enerzijds meeging in het bekritisieren van vader, maar anderzijds de 'droompapa' met zijn idealen en sociale bewogenheid niet kon afschrijven. Als enige in het gezin koos ze later voor een studie in de sociale wetenschappen en zette ze zich maatschappelijk in. Ze leed eronder dat ze door vader daarin niet werd begrepen - hij zag haar carrière als een doodlopend spoor - en dat ze ook de liefde van moeder niet kreeg,

die weliswaar inzag dat ze succesvol was maar haar ook voortdurend verweet haar gezin te kort te doen.

Haar streven om aan beide geïnternaliseerde ouders loyaal te zijn is voor haar lang een bron van spanning en teleurstelling geweest.

Tussen ouders en kinderen

Algemeen gesteld heeft de jonge eerste generatie het in minstens drie opzichten in hun leven moeilijk (gehad).

Op de eerste plaats moesten ze leven met de gevolgen van hun eigen directe en indirecte traumatisering, waardoor ze bij de opvoeding van hun eigen kinderen vaak onthand leken wanneer deze in de levensfase kwamen die ze zelf 'gemist' hadden. Vervolgens was vaak het proces van herdefiniëren van hun relatie met hun eigen ouders en die met hun eigen kinderen extra moeilijk. Voor de oudere eerste generatie zijn de gebeurtenissen in de oorlog een fixatiepunt geworden, terwijl de jonge eerste generatie meer de neiging had zich hiervan los te maken en zich te richten op de toekomst. Ouders verloren hierdoor hun normale richtinggevende positie en gaven vaak óf geen richting óf waren juist overmatig richtinggevend. Voor de jonge eerste generatie betekende dit in veel gevallen een versterkt generatieconflict en een worsteling met loyaliteiten, gezien hun grote emotionele verbondenheid met hun door de oorlog getekende ouders.

Het vervolgens zelf richting geven, als ouder, is voor de jonge eerste generatie moeilijk geweest.

De directieven van de oudere eerste generatie waren in de naoorlogse periode vaak nog enigszins terug te vinden in de diverse subculturen van politieke, religieuze, milieu- of mensenrechtenorganisaties. De jonge eerste generatie voelde zich daar vaak door aangesproken en kon zo loyaal blijven aan de waarden, normen en idealen van de ouders. Hun eigen kinderen hebben zich hier echter vaak tegen afgezet en kozen voor een meer verzakelijkte, op individuele ontplooiing gerichte levensstijl. Wanneer die op eigen benen gingen staan, hadden de ouders vaak het gevoel dat de les die zij uit de oorlog getrokken hadden verloren ging.

Een 'valkuil' in hun relatie met hun kinderen is geweest dat ze uit liefde te lang zijn doorgedaan hen te stimuleren en te ondersteunen bij hun ontplooiing maar hen ook voortdurend waarschuwden en moraliserend beleerden en dus klein hielden.

Tot slot wordt ook de periode na het uit huis gaan van de kinderen vaak als extra zwaar ervaren. Men ervaart versterkt de leegte wanneer de voornaamste taak in hun leven, het opvoeden van de kinderen, is volbracht. Het maken van nieuwe vrienden en het opnieuw invulling geven aan het dagelijkse leven verloopt daardoor moeizaam.

Ik heb de indruk dat veel van mijn patiënten met name in deze periode zijn vastgelopen en nu voor het eerst om hulp vragen. Wellicht is hier een analogie met het klachtenbeloop van de oudere generatie oorlogsgetroffenen.

Bastiaans' beschrijvingen van het KZ-syndroom als een gefaseerd proces bieden aanknopingspunten voor het onderscheiden van fasen in het klachtenbeloop van de jonge eerste generatie:

1. een shockfase, na enkele uren of dagen overgaand in een fase van aspecifieke alarmsyndromen, die na een latentieperiode - van enkele maanden tot jaren - gevolgd wordt door
2. een fase van specifieke aanpassingsyndromen die op haar beurt, wanneer de jarenlang geprefereerde aanpassingsstrategieën niet langer kunnen worden gehandhaafd, kan overgaan in
3. een fase waarin decompensaties voorkomen met terugkeer van symptomatologie met name vanuit de fase van de onspecifieke alarmsyndromen.

De eerste fase in het klachtenbeloop van de jonge eerste generatie hangt vooral samen met de directe verstoring van neurobiologische regulatiemechanismen, vergelijkbaar met de shockfase van de aspecifieke alarmsyndromen.

Een tweede fase lijkt vooral op te treden als de specifieke aanpassingsyndromen te kort gaan schieten en de destructieve invloed van de steeds terugkerende herinneringselementen hun tol gaan eisen. Het zijn veelal de ervaringen in de opvoeding van de eigen kinderen die hierbij als 'trigger' werken. De jonge eerste generatie voelt zich dan vaak in het ouderschap falen en de daardoor veroorzaakte gevoelens van schuld en onmacht activeren op hun beurt oude belevingen.

Een derde fase zien we nu de carrière ten einde loopt en het nest leeg raakt. Verdringing, ontkenning en 'turning passive into active' waren ooit succesvolle, individuele aanpassingsstrategieën. De jonge eerste generatie had hierbij het geluk een samenleving aan te treffen die veel inzet vroeg, waardoor deze aanpassingsstrategieën door de maatschappelijke ontwikkelingen werden ondersteund. Met het ouder worden

gaan deze afweervormen echter steeds meer te kort schieten en ontstaan er vaak voor het eerst manifeste klachten.

De behandeling nu

Het behandelaanbod zal vaak bestaan uit een combinatie van verbale en nonverbale therapieën met eventueel medicamenteuze ondersteuning.

De therapeut moet goed ingevoerd zijn in de oorlogsproblematiek en in de specifieke achtergronden van de patiënten, omdat het voor verwerking altijd nodig blijft dat het hele verhaal verteld wordt.

De eerste fase van een behandeling bestaat uit erkenning, ondersteuning en psycho-educatie rond het thema: trauma en gevolgen. In de belevingswereld en klachten van de slachtoffers vinden we de ingrediënten van het terreurrecept terug. Iedere behandeling hoort zich dan ook primair te richten op het doorbreken van het isolement, herstel van zelfrespect, herstel van autonomie en vertrouwen in de omgeving, en zal daardoor deels steunend en deels inzichtgevend zijn van karakter.

Gezien de levensfase en het belang van het verbeteren van de bestaande relaties tussen ouders en kinderen zal therapie nu vooral vaak een stabiliserend karakter hebben. Een belangrijke factor daarbij is de verwerving van het inzicht dat traumata niet alleen direct beschadigend zijn, maar ook hun invloed uitoefenen door de generaties heen.

Themata als identiteit en loyaliteit zullen vaak belangrijke gespreksonderwerpen blijken te zijn.

Gelet op de vaak prominent aanwezige transgenerationele problematiek dient de systeemtherapie een vaste plaats te krijgen binnen het therapieaanbod.

Als voorbeeld geef ik hier het verhaal van een 62-jarig buitenkampkind, de heer S.

Hij arriveerde in 1952 in Nederland. De heer S. wist een geslaagde carrière op te bouwen als leraar in het speciaal onderwijs, maar bleef lang bij zijn moeder wonen, met wie hij een hechte band had. Op latere leeftijd trouwde hij een Nederlandse vrouw. Het echtpaar kreeg drie kinderen die alle drie inmiddels een academische studie hebben voltooid. Binnen het gezin werd de Indische identiteit lange tijd ontkend en lag het accent op het Hollands zijn.

Buiten het gezin was de heer S. actief in het jeugdwerk en gaf hij op

scholen voorlichting over de oorlog. Zijn Indisch zijn bleef voor hem lang verbonden met het gevoel buitengesloten en anders te zijn. Door zijn grote inzet en stijl van werken bleef hij in zijn werk een buitenbeentje.

Hij kwam in behandeling naar aanleiding van angst voor agressiedoorbraken op school. In de behandeling werd aanvankelijk gefocust op de beleving van zijn Indisch zijn en zijn ervaringen als buitenkampkind. Conflicten binnen het gezin werden door hem lang onbesproken gehouden. Binnen het gezin had hij een ondergeschikte positie, die hij accepteerde omdat hij de carrières en de belangen van zijn kinderen op de eerste plaats stelde.

Zijn vrouw werd door hem gezien als de vertegenwoordigster van de Hollandse waarden en normen en hij tolereerde de coalitie die zij met haar kinderen sloot en waarbij het Indische werd ontkend. Na het overlijden van zijn vrouw raakten de kinderen tijdelijk van hem vreemd, waarop in de behandeling het accent verlegd werd naar het bespreken van de gezinsinteracties.

De therapie, die begonnen was met een accent op erkenning en op verwerking, kreeg via het bespreken van de loyaliteitsconflicten binnen het gezin steeds meer het karakter van ondersteunende gesprekken vanuit een systeemtheoretische invalshoek.

Nu pas is hij zo ver dat er gesprekken met zijn kinderen over zijn en hun 'Indisch' zijn mogelijk zijn geworden.

Conclusie

Net als bij de oudere eerste generatie lijkt het klachtenbeloop bij de jonge eerste generatie ook een derde fase te kennen die samenhangt met de problematiek van de dalende levenslijn.

Systeemtherapie verdient een vaste plaats in het behandelaanbod in verband met de talrijke intergenerationele problemen.

Samenvatting

Na een beschrijving van de invloed van traumatiserende gebeurtenissen op het nog jonge individu wordt beschreven hoe de oorlog nu nog doorwerkt, waarbij met name aandacht gegeven wordt aan de relatie tussen de jonge eerste generatie en hun kinderen.

In het klachtenbeloop worden drie fasen onderscheiden. Op grond

hiervan wordt met betrekking tot de behandeling gepleit voor een stabiliserend model waarbij gebruik wordt gemaakt van psycho-educatie en systeembenadering.

Literatuur

Bastiaans, J., *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Amsterdam: Noord-Hollandse Uitgevers Maatschappij, 1957.

Bastiaans, J., 'Vom Menschen im KZ und vom KZ im Menschen. Ein Beitrag zur Behandlung des KZ-Syndroms und dessen Spätfolgen'. In: *Essays über Naziverbrechen - Simon Wiesenthal gewidmet*. Amsterdam: Wiesenthal Fonds, 1973.

Herman, J.L., *Trauma and recovery*. New York: Basic Books, 1992.

Keilson, H., *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up-Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Stuttgart: Enke Verlag, 1979.

Ploeg, H.M. van der e.a., *Late gevolgen van gijzelingen. Een psychologisch onderzoek bij slachtoffers van gijzelingen in Nederland (1974-1977)*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1985.

Psychoanalyse en psychotherapie op psychoanalytische basis aan oorlogsslachtoffers en hun kinderen. Amsterdam: Psychoanalytisch Instituut, 1981.

Dit artikel is eerder verschenen in *ICODO-info* vol. 12 (1995) 3/4, 13-23.