

# De emancipatie van de oorlogsgetroffenen

*F.A. Begemann*

Jarenlang heeft men gemeend dat het verwerken van de Tweede Wereldoorlog vooral een probleem was voor de oorlogsgetroffenen. In de literatuur werden de gevolgen van het oorlogsgeweld beschreven als ziekteprocessen van individuele slachtoffers. Daarnaast werd veelvuldig de stelling verdedigd dat alleen specifiek deskundigen in staat waren de (psychotherapeutische) hulp aan deze bijzondere cliënten te geven.

De laatste jaren is echter het denken over de oorlogsproblematiek aan het veranderen. Meer dan vroeger ziet men dat de klachten bij oorlogsgetroffenen wijzen op een verstoorde relatie tussen de slachtoffers, de belangrijke figuren in hun omgeving, en de samenleving. Dit heeft gevolgen voor de visie op de hulpverlening.

In dit artikel zal ik nader ingaan op de veranderingen in het denken over de oorlogsproblematiek. Ook zal ik aangeven wat de implicaties van het een en ander zijn voor de hulpverlening. Daarbij zal ik eveneens aandacht geven aan de rol van de huisarts.

## Historisch overzicht

Als men zich verdiept in de geschiedenis van de hulpverlening aan oorlogsgetroffenen, dan blijkt dat deze categorie zich als groep binnen onze samenleving geëmancipeerd heeft. Ik zal dit in het kort toelichten.

Al in 1945 werd er door de regering in Londen een "Regeling Oorlogsslachtoffers" opgesteld. Als rechtsgrond voor de te verstrekken hulp werd genoemd een "algemene solidariteitsplicht" tegenover de slachtoffers. De daadwerkelijke hulp werd verstrekt door de District Bureaus Verzorging Oorlogsslachtoffers (DBVO). Deze bureaus hebben maar kort bestaan: al in 1947 besloot de Minister van Binnenlandse Zaken dat de hulp voor oorlogsgetroffenen een taak was voor de gemeentelijke sociale diensten.

Achteraf kan men zich afvragen of dit een verstandige beslissing is geweest. Vooral in de kleinere gemeenten bleken de meeste ambtenaren vaak niet in staat recht te doen aan de bijzondere achtergronden van de slachtoffers: te vaak werden deze als gewone sociale dienst-cliënten behandeld. Veel oorlogsgetroffenen bewaren aan deze periode bittere herinneringen. Maar binnen de mentaliteit van die dagen is het besluit van de Minister begrijpelijk: de oorlog leek voorbij, en alle energie moest worden gestoken in een zo snel mogelijk herstel van het vaderland.

Volgens de regering in Londen kon één groepering, de verzetsdeelnemers, een bijzonder recht op hulp doen gelden. Al in 1947 kwam de Wet Buitengewoon

Pensioen 1940-1945 (WBP) tot stand. De rechtsgrond van deze wet is interessant: vrijwillige deelname aan het verzet werd gezien als een dienst aan de publieke zaak; de verzetsdeelnemers waren met de overheid een "fiktief dienstverband" aangegaan, dat hen pensioenrechten gaf. Voor het verzet zelf was het tot stand komen van deze wet een uiting van solidariteit met de getroffen of omgekomen kameraden en hun verwanten.

Al in 1946 klonken de eerste stemmen die waarschuwden dat de oorlog ook op langere termijn psychische en psychosomatische gevolgen zou hebben. Liefeld (1985) - aan wiens bruikbare overzichtsartikel ik veel ontleen - noemt in dit verband de namen van de psychiaters Kaas (1946) en Tas (1946). In 1957 bracht Bastiaans met zijn proefschrift de psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet systematisch in kaart; door hem werd het begrip "KZ-syndroom" in Nederland geïntroduceerd (Bastiaans 1957). Het duurde nog tot 1969 voor hij erin slaagde om via de tv-vertoning van de film "Begrijp je nu waarom ik huil?" in bredere kring begrip voor de oorlogsgetroffenen te wekken. Het zegt iets over de veranderende tijdgeest, maar ook iets over de ontwikkelingen bij de oorlogsgetroffenen zelf: de symptomen en klachten bleken zich zo massaal aan te dienen dat ze onherroepelijk tot een politiek probleem werden.

De veranderde inzichten werden door Van Namen (1975) als volgt samengevat: "De tegen de persoon gerichte bedreiging werd door de medische wetenschap aangewezen als de algemene oorzaak van huidig lijden." De publieke erkenning leidde tot belangrijke wijzigingen in de wetgeving. In 1967 werd in de WBP de "omgekeerde bewijslast" opgenomen; dit komt neer op een versoepeling van de bewijsvoering, noodzakelijk omdat na de lange latentieperiode het verband tussen de psychische en psychosomatische verschijnselen en de oorlogservaringen, strikt medisch gezien, vaak moeilijk hard valt te maken. In 1972 werd voor de Joodse en Indische slachtoffers de Wet Uitkeringen Vervolgingslachtoffers 1940-1945 (WUV) aangenomen. (Ook zigeuners en homoseksuelen kunnen een beroep doen op deze wet). In 1984 kwam de Wet Uitkeringen Burger-Oorlogslogs-lachtoffers 1940-1945 tot stand (WUBO); en in 1986 de Wet Indisch Verzet (WIV).

Als men de historische ontwikkeling overziet, valt op hoe sterk de individuele en kollektieve verwerking zijn verweven.

Kort na de oorlog was het niet alleen de maatschappelijke noodzaak tot wederopbouw die de slachtoffers tot een (te) snelle aanpassing dwong; ook voor henzelf leek dit de beste manier om de onverdragelijke oorlogsherinneringen te "vergeten".

Sinds de zestiger jaren werd duidelijk dat dit "vergeten" voor een groeiend aantal oorlogsgetroffenen niet meer mogelijk was. Dit maakte het noodzakelijk dat de samenleving haar houding tegenover de slachtoffers herzag. Nadat kort na de oorlog eerst de speciaal voor oorlogsgetroffenen bestemde voorzieningen waren afgeschaft, schiep de overheid sinds het eind van de zestiger jaren nieuwe materiële en immateriële voorzieningen. Natuurlijk is dit niet vanzelf gegaan: de slachtoffers en hun vertegenwoordigers hebben jarenlang politieke druk moeten uitoefenen. Toch kan men verdedigen dat de slachtoffers, als groep, van de

samenleving materiële en immateriële erkenning verworven hebben, en dat hun maatschappelijke emancipatie voor een belangrijk deel voltooid is.

## De rol van de samenleving

De maatschappelijke emancipatie van de oorlogsgetroffenen heeft gevolgen gehad voor de visie op de verlate oorlogsgevolgen. In deze paragraaf zal ik met enige voorbeelden adstrueren, hoe men geleidelijk aan meer oog krijgt voor het belang van sociale factoren bij het verwerkingsproces.

Het is bekend dat Bastiaans (1974) vier fasen onderscheidt in de reacties na extreme stress: shock, alarm, aanpassing en uitputting. Hij volgt hiermee de indeling van Selye's (1956) General Adaption Syndrome (GAS). Leliefeld (1985) heeft gewezen op het problematische van het toepassen van termen voor een algemeen lichamelijke reactie op een zo'n complex geheel als de oorlogstraumatisering. Minstens even problematisch is echter dat Bastiaans zich met de door hem gekozen terminologie concentreert op de symptomen van het afzonderlijke slachtoffer: de wisselwerking tussen de oorlogsgetroffene en diens directe omgeving blijft hierdoor onderbelicht.

Hoe relevant deze wisselwerking is, blijkt uit het belangrijke werk van Keilson (1979). Deze auteur heeft een onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen op langere termijn van Joodse weeskinderen die terugkeerden uit het kamp of de onderduik. Rond de Joodse pleegkinderen speelde na de oorlog een schrijnend konflikt: moesten ze in de pleeggezinnen blijven, of moesten ze teruggegeven worden aan de Joodse gemeenschap, die ternauwernood aan de uitroeiing ontsnapt was?

Omdat veel van deze kinderen - onder andere door dit konflikt - ook ná de oorlog beschadigd werden, voert Keilson het begrip "traumatische sequentie" in. Bij de door hem onderzochte kinderen onderscheidt hij drie van deze sequenties:

- (1) De periode direkt na het begin van de bezetting waarin de integriteit van de Joodse gezinnen geschonden wordt;
- (2) De periode van de eigenlijke vervolging, en;
- (3) De periode na de oorlog waarin de problemen rond de voogdijwijziging centraal stonden.

De rol van de samenleving komt bij Keilsons onderzoek op intrigerende wijze naar voren. Het blijkt dat kinderen met een relatief "gunstige" tweede sequentie en een ongunstige derde sequentie op de lange termijn - zo'n vijftwintig jaar later - er slechter aan toe zijn dan kinderen met een ongunstige tweede sequentie en een gunstige derde sequentie. Een goede opvang ná de oorlog kan de traumatiserende effecten op de ontwikkeling van deze kinderen voor een belangrijk deel neutraliseren. Sociaal-maatschappelijke processen blijken individueel-psychologische verwerkingsprocessen dus beslissend te kunnen beïnvloeden.

Bekkering (1985) past de indeling van Keilson toe op de kinderen die in de Japanse interneringskampen moesten opgroeien. Dit lijkt plausibel als men zich realiseert dat ook voor deze kinderen de traumatisering na (augustus) 1945 nog niet voorbij was. Na deze datum ontbrandde immers het geweld van de Indone-

sische onafhankelijkheidsstrijd (de Bersiap-periode); en daarna kwam de gedwongen emigratie naar Nederland, met alle aanpassingsproblemen vandien. Ook Bekkering constateert het belang van de derde sequentie. Uit zijn artikel – onder meer gebaseerd op onderzoeksmateriaal van M. Bekkering-Merens – blijkt de invloed van maatschappelijke factoren op het verwerkingsproces.

Het meest uitgesproken over de rol van de samenleving is de socioloog en psychoanalyticus De Swaan (1982). Hij knoopt aan bij de klacht van zoveel oorlogsslachtoffers dat zij voor hun ervaringen bij hun directe omgeving geen gehoor vinden:

Die onuitgesproken ervaringen keren gemaskeerd weer als symptomen: onbegrepen gedragingen of lichamelijke stoornissen. Maar steeds gaat het om een verhaal dat niet kan worden uitgesproken. En toch, als een verhaal niet uit te spreken is, moet het tekort bij de spreker en zijn luisteraars liggen. Als de een niet spreken kan, kunnen de anderen blijkbaar niet luisteren. (De Swaan 1982, p.142).

Deze vaststelling is voor de zorg aan oorlogsgetroffenen essentieel. De Swaan wijst met betrekking tot het verwerkingsproces op het belang van het sociale milieu waarvan de slachtoffers deel uitmaken. Inderdaad blijkt – later onderzoek heeft dit bevestigd (Kleber e.a. 1986, p. 222 e.v.) – dat sleutelfiguren in de directe omgeving van de slachtoffers een belangrijke invloed uitoefenen op het verloop van het verwerkingsproces. Met dit inzicht zal men bij de hulpverlening rekening moeten houden.

### **Algemene of specifieke problematiek?**

De maatschappelijke emancipatie van de oorlogsgetroffenen heeft er eveneens toe geleid dat men meer dan vroeger bereid is om de overeenkomsten te zien tussen de gevolgen van de oorlog, en die van andere vormen van geweld.

In het begin van de zeventiger jaren, ongeveer in de tijd dat de WUV werd aangenomen, woedde de discussie over de vraag of men bij de late oorlogsgevolgen van een specifiek syndroom kan spreken. De specificiteit van de problematiek werd verdedigd door Bastiaans (1974) en Musaph (1973). In het andere kamp nuanceerde Rooijmans (1974) het specificiteitsbegrip in de psychosomatiek, en sprak Hustinx (1973, p. 197) liever van een “existentieel emotioneel stressyndroom” omdat vergelijkbare klachten volgens hem ook optreden na andere “langdurige levensbedreigende omstandigheden”. Interessant is de observatie van Leliefeld (1985, p. 76-77):

Deze schoolstrijd in de vakbladen is in menig opzicht een afspiegeling van meer of mindere manifeste verschillen in opvatting tussen groepen oorlogsgetroffenen onderling. (...) De meest algemene karakteristiek is, dat elke groepering de eigen identiteit sterk beleeft en relateert aan de eigen oorlogservaring. Velen claimen op grond daarvan een bijzondere behandeling te behoeven.

Deze auteur meent dat de strijd om de naamgeving gedateerd is, en bovendien nadelig heeft gewerkt op de bredere maatschappelijke erkenning van de oorlogsproblematiek.

Achteraf gezien lijkt deze discussie samen te vallen met een bijzondere fase in het emancipatieproces van de oorlogsgetroffenen: als men rechten wil verwerven, moet men aantonen dat er specifieke klachten zijn die een bijzondere behandeling rechtvaardigen. Nu de maatschappelijke emancipatie van de oorlogsgetroffenen voor een belangrijk deel voltooid is, komt er meer ruimte om de overeenkomsten te zien tussen de late oorlogsgevolgen en gevolgen van andere vormen van geweld. Ook Leliefeld komt tot deze konklusie: volgens hem zal dit de herkenbaarheid van de oorlogsproblematiek voor de niet-gespecialiseerde hulpverlener bevorderen.

In dit verband is het van belang dat in de derde editie van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III) de categorie "posttraumatische stress-stoornissen" is opgenomen. De criteria van deze diagnostische categorie bieden ook een goed uitgangspunt voor het begrijpen van de late oorlogsgevolgen.

Toch dient men te beseffen dat elk slachtoffer een unieke voorgeschiedenis heeft, en een individuele configuratie van symptomen vertoont. Met recht schrijft Smeulers (1985, p. 98) over DSM-III:

Men vindt hierin een goede samenvatting van de algemene verschijnselen. De specifieke gevolgen van een bepaald soort geweld zal elke onderzoeker en behandelaar zelf moeten invullen. Iedere behandelaar moet deze ook zelf diagnosticeren en benoemen, want anders is er geen goede hulpverlening mogelijk.

## **De diskrepantie tussen individuele en kollektieve verwerking**

Hoe kan men een uitgangspunt voor de hulp aan oorlogsgetroffenen formuleren, dat recht doet aan de rol die de omgeving speelt bij het verwerkingsproces? Essentieel is de konstatering dat steeds als de samenleving door een ramp of door geweld getroffen wordt, er een diskrepantie groeit tussen kollektieve en individuele verwerking.

Het is in het kollektieve belang om na een oorlog of een ramp zo snel mogelijk over te gaan tot de orde van de dag. Het geweld bedreigt namelijk de sociale orde: doordat de normale routines worden aangetast, komt de samenleving zelf in gevaar. Het maatschappelijk herstel is in de eerste plaats gericht op het herstel van de orde in de samenleving. De na-oorlogse wederopbouw had dus ook een sociaal-psychologische betekenis.

Heel anders verloopt het verwerkingsproces van het individuele slachtoffer. Het verwerken van geweld kost tijd. Dat blijkt onder meer uit het feit dat zeer veel oorlogsgetroffenen pas vele jaren na de bevrijding klachten rapporteren. Horowitz

(1976) geeft een verhelderende analyse die verduidelijkt waarom voor het verwerken van geweld vaak zo'n lange periode nodig is.

Centraal in het verwerkingsproces staat het konflikt tussen enerzijds het mentaal stilstaan bij wat er gebeurd is, en anderzijds het vermijden van de herinneringen aan het trauma. Horowitz verklaart het zich herhaaldelijk aandienen van de herinneringen uit een "completion tendency" (1976, p. 85): na de traumatische gebeurtenis moet het slachtoffer de visie op zichzelf en op de wereld herzien, en dit maakt het nodig uitvoerig stil te staan bij wat er gebeurd is. Het periodiek vermijden van de herinneringen verklaart Horowitz uit het feit dat de emoties die de herinneringen oproepen zo heftig kunnen zijn, dat ze het psychische evenwicht in gevaar brengen.

Uit de analyse van Horowitz blijkt dat de slachtoffers voor het verwerken van (oorlogs)geweld vaak veel tijd nodig hebben. Maar een samenleving zal, om te kunnen voortbestaan, de gevolgen van het geweld zo snel mogelijk ongedaan moeten maken. Op deze wijze ontstaat de diskrepantie tussen individuele en kollektieve verwerking.

Het is duidelijk waar deze diskrepantie toe leidt. Als voor de samenleving het geweld verleden tijd is geworden, valt het de slachtoffers steeds moeilijker hun ervaringen te delen. De herinneringen en de dromen die zich blijven aandienen, verwijzen naar gebeurtenissen die voor de niet-getraumatiseerde meerderheid van de bevolking geen levende werkelijkheid meer zijn. De slachtoffers komen in een geheel eigen werkelijkheid te leven, waarover zij steeds moeilijker kunnen spreken. Op deze manier wordt het maatschappelijk isolement van de slachtoffers een feit.

Dat het hier beschreven patroon met grote regelmaat voorkomt, blijkt onder meer uit het werk van Frederick (1983). Hij onderscheidt in het verwerken van rampen een aantal fasen. In het kader van dit artikel zijn vooral belangrijk de "honeymoon"-fase, die gevolgd wordt door een fase van desillusie. Aanvankelijk voelen de slachtoffers zich gesteund en opgevangen door de samenleving. Maar als de normale gang van zaken zich herstelt, en de hulp wordt afgebroken, ontstaat het isolement, dat tot veel bitterheid kan leiden.

## **Isolement**

De diskrepantie tussen individuele en kollektieve verwerking heeft gevolgen op verschillende niveaus:

1. De slachtoffers vervreemden van zichzelf. Elke patiënt wordt door het optreden van klachten en symptomen een raadsel voor zichzelf. Dat geldt in versterkte mate voor oorlogsgetroffenen. De herinneringen en dromen kunnen zij niet stoppen, en bovendien roepen deze allerlei emotionele reacties op waar zij geen greep op hebben. Dit herbeleven van het verleden is met name bedreigend omdat de traumatische ervaringen tientallen jaren geleden hebben plaatsgevonden. De slachtoffers begrijpen dikwijls zelf niet wat hen overkomt.
2. De slachtoffers vervreemden van hun gezinsleden. In de gezinnen van oorlogsgetroffenen ontstaat dikwijls een gezinsgeheim. Een gezinsgeheim kan men

het beste opvatten als een geheel van gezinsregels dat moet garanderen dat het oorlogsverleden voor het slachtoffer op een veilige afstand blijft. De gezinsleden en het slachtoffer zijn zich dikwijls maar heel gedeeltelijk bewust dat zij deze gezinsregels volgen. Aanvankelijk gelden de regels vooral bij het praten over de oorlogservaringen; maar binnen het gezin kan een steeds groter deel van de communicatie door het gezinsgeheim worden aangetast.

Niet alleen de slachtoffers vereenzamen door het gezinsgeheim; ook de gezinsleden raken geïsoleerd. Het gezinsgeheim kan ook de gezinsleden traumatiseren, en wel omdat het bedreigende fantasieën doet ontstaan. Juist omdat de gezinsleden niet durven vragen wat er tijdens de oorlog precies is gebeurd, ontwikkelen ze allerlei voorstellingen die heftige angsten veroorzaken. Met name de kinderen kunnen hierdoor in hun ontwikkeling geschaad worden. De partners van de slachtoffers zijn dikwijls overbelast door de extra zorg die zij jarenlang hebben moeten opbrengen. (Begemann 1988)

3. De slachtoffers kunnen ook in een maatschappelijk isolement verkeren. Weliswaar hebben de oorlogsgetroffenen als groep een emancipatieproces meegemaakt; maar dat wil nog niet zeggen dat alle slachtoffers ook persoonlijk geëmancipeerd zijn. Integendeel, het is voor hen nog steeds schaamtevol om in verband met hun klachten te worden afgekeurd. Men bedenke dat zij die als kinderen de oorlog beleefd hebben, nu in een levensfase zijn beland waarin de vitaliteit begint af te nemen. Velen uit deze leeftijdsgroep worden op dit moment afgekeurd.

## Mogelijkheden voor de huisarts

Ter afsluiting van dit artikel wil ik kort stilstaan bij de vraag hoe de huisarts het isolement rond de oorlogsgetroffenen kan helpen doorbreken.

1. De arts kan de persoonlijke vervreemding van de slachtoffers verlichten, door de patiënten voorlichting te geven over de aard van het verwerkingsproces. Als de arts uitdrukkelijk verklaart dat de herinneringen en klachten op zich niet pathologisch zijn, maar een noodzakelijk onderdeel vormen van het verwerkingsproces, zal de patiënt beter begrijpen wat hem overkomt. Het is ook belangrijk dat de patiënt te horen krijgt dat hij niet de enige is die - na jaren - met klachten en symptomen op zijn oorlogservaringen reageert. Het besef dat zeer veel andere oorlogsslachtoffers met klachten reageren, kan het idee wegnemen dat het optreden van de klachten op een persoonlijk falen zou wijzen.

2. De arts kan het isolement van de oorlogsgetroffenen binnen de gezinnen verminderen, door zich op te stellen als gezinsarts. Twee taken zijn daarbij essentieel. Aan de ene kant is het belangrijk dat het gesprek tussen het slachtoffer en de gezinsleden zich verdiept: de arts kan misschien de oorlogsgetroffene en diens partner samen op het spreekuur uitnodigen. Ook een verwijzing naar de specifieke hulpverlening kan helpen het gesprek over de oorlogsachtergronden op gang te brengen.

Aan de andere kant is het belangrijk dat de arts aan de gezinsleden de boodschap overbrengt dat ook zij - indirekt - slachtoffer kunnen zijn van het oorlogsgeweld. In de gezinnen van oorlogsgetroffenen is vaak een hiërarchie ontstaan. Dat

de slachtoffers recht hebben op klachten en symptomen is voor de gezinsleden evident; vaak menen zij echter ook dat zijzelf - daarom - niet verdrietig of ziek mogen zijn. Als de arts aangeeft dat ook de gezinsleden - indirect - de traumatische invloed van het oorlogsgeweld hebben ondergaan, kan hij deze hiërarchie helpen doorbreken. In de praktijk blijkt dat niet alleen de slachtoffers, maar ook de gezinsleden soms verwezen moeten worden.

3. De arts kan het maatschappelijk isolement van de oorlogsgetroffenen verminderen door deze in contact te brengen met de eigen organisaties. Er zijn allerlei belangengroepen die de materiële en immateriële belangen van de oorlogsgetroffenen behartigen. Daarnaast is er de specifieke hulpverlening, waar men beschikt over kennis van de bijzondere achtergronden van de diverse categorieën oorlogsgetroffenen. In de praktijk blijkt steeds weer dat het voor de oorlogsslachtoffers zeer opluchtend werkt als zij kunnen praten met hulpverleners, die kennis hebben van de bijzondere oorlogsachtergronden. Een dergelijk contact kan veel schaamtegevoelens wegnemen.

Ook een verwijzing naar de lotgenotenhulp is dikwijls op zijn plaats. Het deelnemen aan praatgroepen - die er ook zijn voor de partners en de kinderen van oorlogsgetroffenen - heeft allereerst het voordeel dat de patiënt buiten het medische en psychotherapeutische circuit blijft: daarnaast kan het versterkend werken als men niet alleen hulp krijgt, maar ook in staat blijkt om vanuit de eigen ervaringen lotgenoten hulp te geven.

Aan het eind van deze brochure zijn de belangrijkste verwijsadressen opgenomen.

### **Verwijzingen:**

Bastiaans, J., Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet. Amsterdam, Noord-Hol. Uitg. Mij, 1957.

Bastiaans, J., Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid. Ned. T. v. Geneesk. 118 (1974), p. 1173-1178.

Begemann, F.A., Een generatie verder. Kinderen van oorlogsgetroffenen over hun jeugd en hun ontwikkeling, Utrecht, Stichting ICODO, 1988.

Bekkering, P.G., "Indisch kampkind", een diagnose? In: Verslag van het Medisch Kongres Problematiek Oorlogsgetroffenen, gehouden op 29 en 30 maart 1985 in het Congres Center Leeuwenhorst te Noordwijkerhout. (Verkrijgbaar bij Stichting ICODO).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd ed., Washington D.C., American Psychiatric Association, 1980.

Frederick, C.J., Violence and disaster. Immediate and long-term consequences, in: Helping victims of violence, Den Haag, Ministerie van WVC, 1983, p. 32-46.

Horowitz, M.J., Stress response syndromes, 2nd ed., Northvale, New Jersey/London, (1978) 1986.



- Hustinx, A., Het existentieel emotioneel stressyndroom, sociale aspecten in de genese en bij de behandeling. Maandbl. Geestel. Volksgez. 28 (1973), p. 197-206.
- Kaas, A.J.W., De Duitse concentratiekampen, onderdrukking en verzet. Arnhem/Amsterdam, aflevering 10, 1946.
- Keilson,, H., Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1979.
- Kleber, R.J., D. Brom, en P.B. Defares, Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking, Lisse, Swets en Zeitlinger, 1986.
- Liefveld, H.J, Van KZ-syndroom tot post-traumatisch stress syndroom. In: J. Smeulers (red.), Martelingen, medische en psychosociale aspecten. Lochem-Gent, De Tijdstroom, 1985, p. 67-86.
- Musaph, H, Het post-concentratiekampsyndroom. Maandbl. Geestel. Volksgez. 28 (1973), p. 207-217.
- Namen, A.J. van, Harmonisatie/coördinatie van regelingen aangaande hulpverlening oorlogsslachtoffers. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1975.
- Rooijmans, H.G.M., Het begrip specificiteit in de psychosomatische geneeskunde. Ned. T. v. Geneesk. 118 (1974), p. 121-127.
- Selye, H., The stress of life, New York, McGraw-Hill, 1956.
- Smeulers, J., Lichamelijke en psychische gevolgen van martelingen. In: J. Smeulers (red.), Martelingen, medische en psychosociale aspecten. Lochem-Gent, De Tijdstroom, 1985, p. 87-101.
- Swaan, A. de, Het concentratiekampsyndroom als sociaal probleem. In: A. de Swaan, De mens is de mens een zorg. Amsterdam, Meulenhoff, 1982.
- Tas, J., Psychische stoornissen in concentratiekampen en bij teruggekeerden. Maandbl. Geest. Volksgez. I (1946), p. 143-150.