

Trauma en ontwikkelingsinterferentie

Han Groen-Prakken*

Een diagnostisch onderscheid bij de behandeling van getraumatiseerden en hun kinderen uit een psychoanalytisch referentiekader

1. Inleiding

De begrippen trauma en traumatisering worden dikwijls op een verwarrende en onjuiste wijze gebruikt binnen de psychoanalytische literatuur (en waarschijnlijk ook daarbuiten) doordat verschillende auteurs van verschillende definities uitgaan. Ik zal eerst proberen aan de hand van enige literatuur te preciseren in welke zin psychotrauma een bruikbaar begrip is, dan zal ik hetzelfde doen met het begrip ontwikkelingsinterferentie. In een uiterst eenvoudig schema zullen we de interactie zien van respectievelijk trauma, ontwikkelingsinterferentie en neurose als aetiologie van de klachten van cliënten die bij ons komen. Dan zal ik ingaan op de verschillende aetiologie van de klachten bij getraumatiseerden en van die bij hun kinderen. Tot slot wordt er nagegaan welke consequenties voor behandelingsdoel en -techniek er uit dit onderscheid getrokken mogen worden.

2. Theoretische overwegingen

2.1. Het begrip *psychotrauma* in de analyse is ouder dan de analyse zelf. Freud construeerde zijn eerste theorie - het affect-trauma-model - op grond van zijn observaties bij hysterische patiënten onder hypnose, waarbij hij aannam dat onbewuste verdrongen sexuele traumata aanleiding gaven tot latere symptomen zoals conversie of angst. De techniek die hij gebruikte om deze onbewuste verdrongen ervaringen weer bewust te maken werd de psychoanalytische behandeling. De zich steeds verder ontwikkelende theorie die voortkwam uit de observaties tijdens de behandelingen werd de psychologische theorie die psychoanalyse heet.

In Freud's latere theorieën is het trauma-concept een belangrijke rol blijven spelen. De formulering is veranderd naarmate zijn opvattingen over het psychisch functioneren zich wijzigden en het absolute belang werd gerelativeerd na zijn ontdekking dat niet alleen verdrongen ervaringen maar ook verdrongen fantasieën een belangrijke rol speelden in de pathogenese van neurosen. Een belangrijke aanvulling ontstaat wanneer Freud in 1920 niet slechts sexuele maar ook agressieve traumatiseringen gaat onderscheiden. In 'Jenseits des Lustprinzips' werkt hij het klinische beeld van de traumatische neurose uit. Bij soldaten in de

*Mw. J. Groen-Prakken, arts, is stafmedewerkster van het Psychoanalytisch Instituut in Amsterdam en opleidingsanalytica van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse.

Eerste Wereldoorlog die in shocktoestand van het front terugkwamen zag men een herhalingsdwang optreden: door de traumatische gebeurtenis steeds weer te herhalen, door dromen en vertellen konden de klachten tenslotte verminderen of zelfs verdwijnen. Daarna kwam Freud steeds meer tot de ontdekking dat een traumatische neurose meestal ontstond op basis van een reeds bestaande neurose en in 'Der Mann Moses und die monotheistische Religion'(1939) geeft hij aan dat er een 'Ergänzungsreihe' is met aan de ene kant de puur traumatische neurose -neurotische verschijnselen, uitsluitend als gevolg van externe invloeden- en aan de andere kant de constitutionele neurose, een neurose uitsluitend op basis van een inwendig conflict. Over het algemeen ligt de aetiologie van een neurose tussen de twee uiteinden van de schaal: zowel traumatische als constitutionele factoren spelen een rol.

Freud's trauma-concept wijzigt zich wat betreft formulering enigszins in de loop der jaren omdat zijn ideeën over de psychische structuur veranderen; zijn trauma-concept past zich aan aan zijn meta-psychologische opvattingen. Zijn uiteindelijke definitie kan als volgt samengevat worden: er is sprake van een trauma wanneer een plotselinge prikkeling of opwinding een breuk in de natuurlijke afweer of fysiologische prikkelbarrière veroorzaakt waarbij het ego in een staat van hulpeloosheid geraakt (een definitie die hij eigenlijk in 1916 al zo formuleerde). Deze prikkeling komt gewoonlijk van buiten maar overprikkeling kan ook van binnenuit komen, waarover straks meer. Traumatisering vindt plaats voor het zesde jaar schrijft Freud en daarmee reserveert hij het begrip trauma voor overprikkelingen die een neurose tot gevolg hebben bij mensen in een min of meer normale samenleving.

Na Freud is het vooral de Amerikaanse Phyllis Greenacre die zich bezighoudt met verschillende aspecten van het trauma. Ze verdiept zich in de invloed van de leeftijd waarop een trauma plaatsvindt en toont de relatieve grotere schadelijkheid van traumata in de preoedipale en preverbale ontwikkelingsfasen aan. Verder beschrijft ze de symptomen van een traumatische reactie: ongerichte motorische hyperactiviteit, vegetatieve reacties met shockverschijnselen of een versuft stil terugtrekken (dumb silent withdrawal) (1967). Deze reacties kunnen van enige minuten tot vele maanden duren (Furman, 1986). Deze reacties zijn een signaal dat de synthetische functie van het ego tijdelijk buiten werking gesteld is, dat het ego de controle over primitieve reactievormen tijdelijk verliest. Het ego van een individu herstelt zich na kortere of langere tijd - wanneer er tenminste niet te snel nieuwe traumatiseringen volgen - ; men kan zich echter voorstellen uit sobere krantenberichtjes hoe een vermenigvuldigde traumatische reactie in een menigte (bijvoorbeeld brand in een warenhuis, een aardbeving, kapseizen van een veerpont etc.) tot een massale paniek en rampzalige toestanden aanleiding geeft.

Aan Greenacre's observatie dat vooral het preoedipale trau-

ma veel schade aanricht valt in zijn algemeenheid iets toe te voegen. Uit de definitie: 'prikkels waarbij het ego overspoeld wordt' valt af te leiden dat een traumatische reactie het gevolg is van een evenwichtsverstoring: hoe sterker het ego, des te sterker moeten prikkels zijn om het te overspoelen; hoe zwakker het ego, des te eerder treden traumatische reacties op, ook bij zwakke prikkels. Zuigelingen met hun heel zwakke ego dat zich pas begint te ontwikkelen en met hun complete afhankelijkheid van de omgeving worden onvermijdelijk getraumatiseerd: ze kunnen reageren op honger, kou, kramp, als op een trauma. Als deze toestand niet te lang duurt is dat niet schadelijk, integendeel zelfs nuttig voor de ontwikkeling: men moet kleine hoeveelheden *traumatische angst* ervaren hebben om *signaalangst* te kunnen ontwikkelen. Signaalangst is een angst die als waarschuwing dient: pas op dat je niet getraumatiseerd wordt want dat is gevaarlijk. Het kunnen ervaren van deze angst is een noodzaak om te kunnen overleven. Te veel vroege traumatisering leidt òf tot primaire defecten in de persoonlijkheidsstructuur door te grote beschadiging van de structuur in aanleg òf tot een teveel aan signaalangst met inperking van bewegingsmogelijkheden, fantasie en creativiteit als gevolg. Met het sterker worden van het ego neemt de gevoeligheid voor traumatisering af met één uitzondering: in iedere levensfase zijn de meest recent verworven vaardigheden, gevoelens en hartstochten bijzonder kwetsbaar voor beschadigende invloeden. Het voorbeeld van het bijna zindelijke kind dat daar volledig in terugvalt bij de geboorte van een broertje of zusje is heel bekend omdat het zo vaak voorkomt; een kind dat zo aardig begint te praten kan deze functie tijdelijk kwijtraken na een adenotomie (pellen van de neusamandelen); een kind in de oedipale fase met de daarbijbehorende warme en vijandige gevoelens voor anderen kan terugvallen naar het ambivalente plagerige of claimend-afhankelijke gedrag van vroegere fasen wanneer de ouders uit elkaar gaan; een puber kan zijn strijd voor autonomie opgeven wanneer zijn vader sterft.

Tot nu toe hebben we gesproken over traumata die van buitenaf komen. Een trauma kan ook van binnenuit komen (Rangell, 1967), en vooral wanneer dit om herhaling van een vroeger trauma gaat. De meeste kinderen bijvoorbeeld die in de latentie voor een kortdurende opname naar het ziekenhuis moeten ervaren dit niet als trauma. Wanneer ze echter in de separatiefase om wat voor reden dan ook te lang van hun moeder gescheiden zijn geweest komt de gevoelsmatige herinnering aan het oude scheidingstrauma weer boven. De op zichzelf niet ingrijpende opname in de latentie - een externe prikkel - wordt traumatisch door toevoeging van een grote kwantiteit inwendige prikkels op grond van een herinnering die uit de preverbale periode stamt en niet onder woorden te brengen is maar wel grote hoeveelheden angst en onlust veroorzaakt. Vermoedelijk is op die wijze ook een indrukwekkend beeld te verklaren dat we tijdens de Golfoorlog op het journaal hebben kunnen zien. Bij het bezoek van de Duitse minister van buitenlandse zaken,

Genscher, aan Tel Aviv was er een man in de menigte die geheel buiten zichzelf raakte en luid schreeuwend en scheldend in het rond ging lopen. Op dat moment was er, geheel objectief bekeken, niet iets paniek-verwekkends aan de hand. Natuurlijk waren er de troosteloze puinhopen die getuigden van een recente Scud-aanval. Daartussen liepen wat hoogwaardigheidsbekleders, waaronder een onopvallende man in een bruin colbert. Hoewel ik niets weet van de man die daar op dat moment zo buiten zichzelf raakte, kan men een aantal feiten met vrij grote zekerheid aannemen. Iedereen in Tel Aviv in die tijd was gespannen tot het uiterste onder invloed van de angst wat de komende nacht zou kunnen brengen, onder invloed van de spanning van geregeld uren met een gasmasker op in een afgesloten ruimte machteloos te moeten afwachten wat er gebeurde en wat er gebeuren kon, onder invloed ook van het voortdurende gebrek aan slaap. Genoeg externe prikkels om het ego dusdanig te verzwakken en overspoelen dat er sprake zou kunnen zijn voor velen van een traumatiserende toestand. Voor deze speciale anonieme man was de aanblik van Genscher de druppel die de emmer deed overlopen en dat kan slechts als men aanneemt dat Genscher voor deze man veel meer vertegenwoordigde dan wat hij was. Natuurlijk stond hij niet alleen daar als vertegenwoordiger van een buitenlandse mogendheid die kwam kijken hoe hij hulp kon bieden. Hij was ook vertegenwoordiger van het land dat grondstoffen voor chemische wapens aan Irak had geleverd en dat riep de herinnering op aan het vergassen in de Tweede Wereldoorlog door de vorige generatie Duitsers. Deze uiterst emotionele herinneringen, inwendige prikkels, gesuperponeerd op de beproevingen van de Golfoorlog riepen samen de traumatiserende toestand in het leven.

Het valt op dat in de eerste decaden na de Tweede Wereldoorlog de literatuur over trauma zo schaars is. De theoretische psychoanalytische belangstelling gaat vooral naar andere zaken, zoals bijvoorbeeld het belang van de vroege moeder-kind-relatie en de schadelijkheid van vroege separaties naast die van het Oedipuscomplex voor de emotionele ontwikkeling. De massale traumatisering uit de oorlog wordt niet alleen individueel maar ook wetenschappelijk ontkend en verdrongen. Er worden andere dimensies aan het trauma-begrip toegevoegd. Zo schrijft E.Kris (1956) over shock trauma en strain trauma: shock trauma is het trauma zoals we er tot nu toe over gesproken hebben, een overspoeling van het ego; strain trauma is een continue schadelijke prikkel die het ego verzwakt maar niet overspoelt. Masud Khan (1963) beschrijft het cumulatieve trauma: een serie stoornissen in de vroege moeder-kind-relatie met een blijvend schadelijk effect op de ontwikkeling. Anna Freud (1967) schrijft in een commentaar op een serie artikelen verzameld in de bundel 'Psychic Trauma' (Furst, 1967) dat het gebruiken van de benaming 'trauma' voor allerlei externe invloeden 'leads to a blurring of meaning and finally to the abandonment and loss of valuable concepts (p.235). Zo'n verwaterd begrip maakt afgrenzing en

onderzoek naar specifieke samenhangen vrijwel onmogelijk. In mijn verdere beschouwingen versta ik onder 'trauma' *een hoeveelheid prikkels die de synthetische functie van het ego tijdelijk buiten werking stelt*. Dit kan moeilijk na te gaan zijn in sommige gevallen en dan blijft er twijfel bestaan of er een daadwerkelijk trauma heeft plaatsgevonden. Chronische ego-verzwakkende invloeden zou ik liever 'predisponerende invloeden' dan strain trauma willen noemen. Op Khan's cumulatieve trauma kom ik verderop terug.

2.2. *Ontwikkelingsinterferentie*. Het begrip trauma als aanduiding voor beschadigende uitwendige invloeden is niet voldoende. Er is een belangrijke categorie uitwendige schadelijke factoren die niet onder het concept, zoals wij dat nu gedefinieerd hebben, vallen, maar die beter omschreven worden door de term ontwikkelingsinterferentie (developmental interference). Dit begrip is door Nagera (1966) geïntroduceerd, werd door hem en door Greenacre veel gebruikt maar heeft verder jammer genoeg niet zoveel ingang gevonden. Nagera schrijft: 'A developmental interference can be defined as whatever disturbs the typical unfolding of development. The term may be reserved to describe those situations that involve gross external interference with certain needs and rights of the child or situations in which unjustified demands are made of the child' (p.28). Om een paar voorbeelden te noemen: langdurige ziekte van moeder of kind, tekort aan good-enough mothering, werkloosheid in het gezin, te hoge eisen aan de zelfstandigheid van het kind. Interferentie met de ontwikkeling kan in iedere leeftijdsfase voorkomen maar richt in de vroegste fasen de meeste blijvende schade aan. Vermoedelijk is er een grote overeenkomst tussen Khan's cumulatieve trauma en Nagera's ontwikkelingsinterferentie. Vanwege de begripsverwarring die kan ontstaan wanneer men spreekt over cumulatieve traumata geef ik de voorkeur aan de term ontwikkelingsinterferentie. Van origine gaat het om een extern conflict, een conflict tussen kind en omgeving. Wanneer de schadelijke invloed tijdelijk weggenomen of verminderd kan worden dan houdt de interferentie op en is het mogelijk dat er geen sporen achterblijven. Wanneer men deze gevallen tegenkomt dan heeft therapie geen zin omdat therapie gericht is op inwendige conflicten. Beïnvloeding van de uitwendige omstandigheden: oudercontact, verbetering van werkomstandigheden, revalidatie, reclassering enzovoort zijn alle pogingen in die richting.

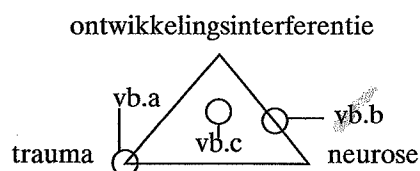
2.3. *Neurose*. Zonder diepgaand op de neurose-theorie in te willen gaan dient hier voor de duidelijkheid vermeld te worden dat zowel trauma als ontwikkelingsinterferentie de basis voor een neurotische ontwikkeling kunnen zijn. Een trauma kan zoveel defensie-maatregelen ter vermijding van herhaling oproepen, die dan deel van het karakter worden, dat een karakterneurose het gevolg is. Een trauma kan ook aanleiding geven tot een herhalingsdwang die het karakter van een neurotisch ageren krijgt. Wanneer het externe conflict van een ontwikkelingsinter-

ferentie te lang duurt, onoplosbaar blijkt te zijn, dan wordt dit conflict zo vanzelfsprekend dat het kind ook in situaties waar het niet nodig is blijkt te reageren op dezelfde wijze alsof het wél nodig is: het conflict is geïnternaliseerd en een neurose geworden, met alle bijbehorende fantasieën en heftige gevoelens die niet (meer) tot het bewustzijn toegelaten kunnen worden. We dienen ons dus te realiseren dat zowel traumatisering als ontwikkelingsinterferentie neurotisch verwerkt kan worden.

3. De aetiologische driehoek; basis voor een behandelingsplan

We hebben nu drie verschillende factoren beschreven die onafhankelijk van elkaar of in onderlinge samenhang een normale ontwikkeling in de weg kunnen staan: trauma, ontwikkelingsinterferentie en neurose. Freud beschreef in 1939 de 'Ergänzungsreihe', een rechte lijn met aan het ene uiteinde traumatische en aan de andere kant constitutionele neurose, en plaatste de aetiologie van de meeste neurosen daar tussenin.

Als variatie op deze gedachte zou ik in een gelijkzijdige driehoek willen uitbeelden hoe de aetiologie van klachten als gevolg van bijzondere levensomstandigheden is samengesteld. De hoekpunten van deze driehoek stellen respectievelijk voor: trauma, ontwikkelingsinterferentie en neurose. De symptomen van iemand in shock na een verkeersongeval, waar hij verder ongevend uit is gekomen, zijn typisch een traumatische reactie en zouden in deze driehoek op het hoekpunt 'trauma' gelocaliseerd kunnen worden (a). De symptomen van een adolescent die geen contact met meisjes kan maken nadat hij uitsluitend door zijn moeder is opgevoed op bezitterige wijze, nadat zijn vader was weggelopen toen hij twee jaar was, zijn het gevolg van een ontwikkelingsinterferentie maar hebben zich ontwikkeld tot een neurose: de aetiologie van zijn klachten kan gelocaliseerd worden op een punt op de zijde van de driehoek tussen neurose en ontwikkelingsinterferentie in (b). De symptomen van een volwassene die als kind totaal in de war is geweest na een plotselinge vlucht met zijn ouders uit een land waar zijn vader vervolgd werd, ertoe leidend dat het kind zijn grootouders, vriendjes, speelgoed en bekende omgeving kwijt was en het nu met zijn ouders, angstig en gedeprimeerd door de vlucht, een slechte relatie kreeg, kan men ergens midden in de driehoek localiseren (c). De vlucht was een trauma, de situatie daarna met zijn depressieve ouders een ontwikkelingsinterferentie en deze hebben gezamenlijk een neurose verwekt.



In eerdere artikelen heb ik de bruikbaarheid van de 'driehoek' trachten aan te tonen aan patiënten in psychoanalytische psychotherapie en psychoanalyse (Groen-Prakken, 1988, 1989).

De conclusies zijn gebaseerd op ervaringen bij patiënten die toevalligerwijze tijdens de behandeling een ernstig trauma meemaakten en daar met shock en verbijstering op reageerden; bij patiënten die in hun jeugd eenmalig of herhaaldelijk getraumatiseerd waren hetgeen aanleiding tot een neurose had gegeven; bij kinderpatiënten bij wie belangrijke interferenties met de ontwikkeling plaatsvonden; bij volwassen patiënten bij wie vroeger belangrijke ontwikkelingsinterferenties hadden plaatsgevonden; en het meest natuurlijk bij patiënten bij wie sprake was van alle drie de oorzaken.

De conclusies waren, kort samengevat:

1. Bij een traumatische gebeurtenis in de latere jeugd of in de volwassenheid heeft een therapeutische begeleiding soms zin om een neurotische verwerking van het trauma te voorkomen. Wanneer deze gebeurtenis toevallig tijdens een therapie plaatsvindt moet het basisprincipe niet gewijzigd worden maar zijn soms tijdelijk technische aanpassingen nodig. Ornstein (1986) is van mening dat traumata die na de kleutertijd, dat wil zeggen in latentie, adolescentie of volwassenheid plaatsvinden spontaan gereconstrueerd en herinnerd kunnen worden, soms ook zonder professionele hulp. Ook wanneer een trauma geen aanleiding geeft tot neurotische reacties die met vroegere ervaringen samenhangen, dan nog heb ik de indruk dat er altijd een 'litteken' achterblijft in de vorm van een signaalangst, een angst voor herhaling: 'Pas op dat dit je niet nog eens overkomt!' Dit kan soms een nuttige bescherming, soms een inperking van de persoonlijkheid betekenen. Wanneer het trauma 'vergeten' wordt om het ego tegen te pijnlijke herinneringen te beschermen, is er al sprake van een neurotische verwerking.
2. Mensen die in hun zeer vroege jeugd, dat wil zeggen preoedipaal, getraumatiseerd zijn door verlatingen, geheel of gedeeltelijk verlies van sleutelfiguren, pijnlijke ingrepen, bewegingsbeperkingen etcetera hebben een karakterontwikkeling doorgemaakt die daar in sterke mate door bepaald is. Mijn beperkte ervaring strookt met die van Greenacre dat dit maar ten dele omkeerbaar is, zelfs met langdurige analyse.
3. Wanneer bij kinderen langdurige interferenties met de ontwikkeling plaatsvinden dan is vaak aandacht voor de omgeving (ouderlijk gezin, school enzovoort) even belangrijk als de behandeling van het kind. Vermindering van de schadelijke omgevingsfactoren tezamen met gedragsveranderingen van het kind als gevolg van inzichten door de therapie kunnen een neerwaartse spiraal in een opwaartse veranderen.
4. Volwassenen die in hun jeugd belangrijke ontwikkelingsinterferenties hebben meegemaakt zijn als regel goed analyseerbaar. Het vroeger externe conflict met de omgeving is geïnternaliseerd geraakt en heeft geleid tot een neurose.

Onze vraag is nu in hoeverre deze aetiologische driehoek en de conclusies over therapie-indicatie bruikbaar zijn voor diagnostiek en indicatiestelling bij eerste en tweede generatie oorlogsslachtoffers.

4. Diagnostiek bij in de oorlog getraumatiseerden en hun kinderen

Patiënten komen niet met een diagnose maar met klachten en symptomen. We zullen ons hier beperken tot ambulante patiënten met zogenaamde neurotische klachten. Er bestaat verschil van mening tussen diverse therapeuten over de hoeveelheid voorafgaand onderzoek die nodig is om een behandelingsstrategie te kunnen ontwikkelen. Aan de ene zijde staan zij die willen nagaan of er voldoende contactmogelijkheden zijn en voldoende motivatie, aan de andere zijde degenen die een uitvoerig diagnostisch onderzoek willen met gegevens over levensloop, voorgeschiedenis van ouders en zelfs grootouders, seksualiteit, relatie tot sleutelfiguren, school- en werkloopbaan enzovoort. Zelf ben ik er voorstander van om als regel een uitgebreid vooronderzoek te doen als een zo degelijk mogelijke voorbereiding voor een gefundeerd behandelingsvoorstel, dat wil zeggen dat men een patiënt niet nodeloos belast met een te intensieve behandeling maar hem ook niet tekort doet door een therapie voor te stellen waarvan door aard of frequentie geen resultaat te verwachten valt. Bij zo'n uitgebreid vooronderzoek hoort naar mijn mening altijd een *oorlogsanamnese van ouders en grootouders, en eventueel natuurlijk ook van patiënt zelf*. In dit tijdperk van volkshuizingen hoort daar eventueel een *migratieanamnese* bij. Het is voldoende bekend dat oorlogs- en kampervaringen grote schade hebben aangericht in de eerste generatie en dat dat grote betekenis kan hebben voor volgende generaties; over het effect van migratie en ballingschap is weinig systematische studie verricht in psychoanalytische kringen. Grinberg en Grinberg (1989) wijzen erop dat zeker ballingschap maar in veel gevallen ook migratie aanleiding kan geven tot syndromen die in ernst en zwaarte vergelijkbaar zijn met kampsyndromen en eveneens een grote betekenis voor volgende generaties hebben.

De scala van neurotische klachten waarmee een patiënt kan komen is beperkt: depressie, angstaanvallen, slapeloosheid, nachtmerries, fobieën, seksuele problemen, relatieproblemen, werk- en concentratiestoornissen, problemen met de agressieregulatie in de zin van te geremd of te snel ontremd zijn. Hoewel de levensloop van ieder mens, ook oorlogsgetroffenen en hun kinderen, geheel uniek is en men in de therapie alleen maar kan zoeken naar verbanden voor deze specifieke persoon met deze specifieke karakterstructuur en een zeer specifiek verleden, kunnen er in grote lijnen diagnostische eenheden worden aangegeven.

De *eerste generatie oorlogsgetroffenen* hadden, afhankelijk van hun leeftijd bij het begin van de vervolging, respectievelijk uitbreken van de oorlog, een korter of langer 'gewoon' leven achter

de rug met gewone ouders in een gewone betrekkelijk veilige samenleving, met gewone vakanties, gewone opleiding en de gewone kleine pathogene invloeden, waar ieder mens aan blootgesteld is. Hieruit werden ze, na een kortere of langere tijd van angstige verwachting, plotseling weggehaald. Een serie van onbeschrijflijke traumatiseringen volgde. Niederland (1968) formuleerde het begrip 'survivor syndrome' aan de hand van een onderzoek bij bijna 1000 slachtoffers. Dit syndroom wordt gekenmerkt door angst, chronisch depressieve toestanden, stoornissen in kennis en herinnering, neiging zich terug te trekken en te isoleren, en een onmogelijkheid te rouwen om gestorven familieleden. Ornstein, zelf een kampoverlevende, schrijft over de Duitse kampen dat men òf kon toegeven aan de complete hopeloosheid en hulpeloosheid en dan een psychogene dood stierf, òf massief alle gevoelens en geestelijke activiteit blokkeerde en dan het kamp fysiek overleven kon ten koste van een psychologische dood: het overlevenden- of KZ-syndroom. Het 'survivor syndrome', het syndroom van apathie of hyperactiviteit, doelloosheid, uitzichtsloosheid en kwellende schaamte- en schuldgevoelens ziet men bij mensen die als volwassene een langdurig levensbedreigende kamp-, oorlogs-, of verzetssituatie hebben overleefd. Men ziet ook vaak dat na de directe vervolgings- of oorlogssituatie de repatriëring als nieuw trauma werd ervaren. Het ontdekken van verlies van bloedverwanten, het onbegrip van de mensen thuis, het ontdekken van de immense omvang van de ramp die had plaatsgevonden en - bij degenen die uit voormalig Nederlands-Indië/Indonesië kwamen - een repatriëring die eigenlijk een gedwongen emigratie was, maakten van de thuiskomst vaak een nieuw trauma. De levensgeschiedenissen die Durlacher (1991) op zijn zoektocht tegenkwam tonen dit overtuigender aan dan welke ziektegeschiedenis ook.

Het meemaken van de oorlogservaringen als klein kind, dat wil zeggen voor het zesde jaar, heeft volgens de gegevens van Keilson (1979), bij zijn onderzoek naar de verdere ontwikkeling van joodse oorlogsveteranen, vaak geleid tot een karakterneurose. Ook Keilson toont het belang aan van de naoorlogse opvang. Wanneer die periode ongunstig verliep was de blijvende schade aanmerkelijk groter dan wanneer deze periode gunstig verliep, zelfs bij extreem ernstige kampervaringen.

In zijn zelfde grote statistische onderzoek toont Keilson dat zij die adolescent waren tijdens de traumatisering daar meest op reageerden met een reactieve depressie. Dat is een beeld dat dichter bij het survivor syndrome ligt dan de karakterneurose die men bij jonge kinderen ziet.

Min of meer autobiografische boeken: Jeroen Brouwers' 'Bezonen rood', Durlachers 'De Zoektocht', Jona Oberski's 'Kinderjaren', maar ook van vele anderen zoals Jerzej Kozinski, Primo Levi, Marga Minco, Eli Wiesel enzovoort, laten nog beter dan klinische beschrijvingen zien hoe de ervaringen uit de oorlog het hele leven in alle facetten blijvend beïnvloeden. Er is lange tijd een neiging geweest om de pathogene invloeden

bij de *tweede generatie* geheel gelijk te stellen aan die van de eerste en er van uit te gaan dat de kinderen op dezelfde wijze getraumatiseerd zijn als hun ouders. In behandelingen ging men soms zover dat na de oorlog geboren kinderen de ervaringen van hun ouders moesten 'herbeleven', voorbijgaand aan het feit dat je eerst iets zelf beleefd moet hebben voordat het herbeleefd kan worden. Een gedeelte van de verwarring komt ook door onduidelijke definiëring: sommigen spreken van tweede generatie als zij het hebben over kinderen in kampen waarbij de ouders dan de eerste generatie zijn. Mijns inziens is de enige bruikbare definitie van tweede generatie: zij die na de oorlogservaringen geboren zijn.

Het leven van de tweede generatie oorlogsslachtoffers is principieel en fundamenteel anders verlopen dan dat van hun ouders.

'Tweede-generatiekinderen' groeien op, evenals hun ouders dat aanvankelijk vaak deden, in een maatschappij waar normen ter bescherming van de burgers en van geestelijke vrijheid redelijk in acht worden genomen. Er is zeker sprake van racisme op een individueel niveau, maar de officiële tendens is om dit tegen te gaan. Wat betreft bewegingsvrijheid, opleidingsmogelijkheden enzovoort wordt de tweede generatie niets in de weg gelegd. Ze worden echter opgevoed door ouders die op grond van oorlogservaringen vele angsten hebben die destijds - in de oorlog - reëel waren maar het nu - in vreedstijd - niet meer zijn. Zo durven joodse ouders die ondergedoken zijn geweest hun kind bijvoorbeeld niet buiten te laten spelen. Dit kan op verschillende manieren gerationaliseerd worden, maar het onderliggende gevoel is: 'Je moet je verbergen. Op straat spelen is gevaarlijk - je kunt opgepakt worden'. Op deze wijze krijgt het kind dat na de oorlog in een veilige samenleving geboren wordt, toch het gevoel: op straat dreigt heel groot gevaar omdat ik joods ben - een realiteit uit de oorlog wordt de fantasie van nu. De signaalangst van de ouders wordt ook de inperkende signaalangst van het kind, maar gebaseerd op een realiteit die voor het kind niet opgaat. Het opgroeien van kinderen temidden van talloze signaalangsten die bij de vroegere realiteit van de ouders horen maar niet bij de realiteit waar het kind nu in leeft hebben een sterk inperkende werking en verstoren het realiteitsbesef: zij vormen een ontwikkelingsinterferentie door alle kinderjaren heen van het tijdstip af waarop een kind zich autonoom gaat ontwikkelen.

Een tweede interferentie wordt gevormd door het feit dat ouders die als kind getraumatiseerd werden in de oorlog, niet in staat zijn de ontwikkeling van hun kinderen te begrijpen in de periode dat zij in het kamp of anderszins hun gewone ontwikkeling misten. Een vader die als vijfjarige gedeporteerd werd kan eenvoudig niet begrijpen dat zijn eigen vijfjarig zoontje bang is dat er een leeuw onder zijn bed zit - het vermogen om de kinderangsten te begrijpen die bij een normale ontwikkeling horen is verloren gegaan. Het is heel opvallend dat ouders met langdurig traumatische ervaringen in hun jeugd hun eigen kind dikwijls

melden voor behandeling als het de leeftijd bereikt waarop voor hun destijds het gewone leven ophield. Tweede-generatiekinderen worden dus in bepaalde perioden van hun leven niet begrepen en slecht gesteund door hun ouders. Met name agressieve uitingen worden vaak met kracht onderdrukt. Wanneer bij de ouders een sterke 'identificatie met de agressor', in hun gevoel met de vervolger heeft plaatsgevonden als afweermechanisme om de angst de baas te kunnen, dan kunnen ze hun kinderen met afschuwelijke straffen dreigen. Jucovy (1986) bericht over een tweede-generatiepatiënt die zich tijdens een analyse herinnerde dat zijn moeder zijn hoofd in de oven duwde als hij stout was en zei: 'Dat deden de nazi's met joden in de kampen'.

Tenslotte groeien de kinderen vaak op in een gezin met geheimen. De ouders kunnen of willen niet over hun ervaringen praten. Dit geeft aanleiding tot een 'weetverbod' bij de kinderen terwijl ze vaak min of meer wel beseffen waarom het gaat.

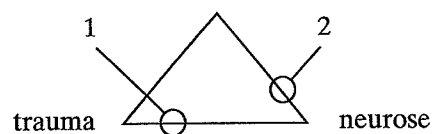
Gampel (1991) vertelde dat in Israël tijdens de Scud-aanvallen patiënten van de derde generatie invallen hadden die verwezen naar tot dan toe ongeweten kampervaringen van de grootouders!

Daarbovenop komt een aantal veel voorkomende neurotische reacties, waar de ontwikkelingsinterferenties de basis voor gelegd hebben.

Veel voorkomend is een groot schuldgevoel met vele wortels: schuldgevoel om het zoveel beter te hebben dan de ouders, schuldgevoel over de uiterst bedreigende en beladen agressieve fantasieën (iedere vorm van agressie maakt je een nazi), schuldgevoel over de nieuwsgierigheid (hoe kun je nieuwsgierig zijn met een seksuele kleur naar zoiets gruwelijks), schuldgevoel over de jaloezie (zij hebben iets meegemaakt, ik niet).

Uit deze overwegingen moge duidelijk zijn geworden dat er een heel groot verschil is in aetiologie van klachten bij de eerste en de tweede generatie - zelfs al kunnen de klachten erg op elkaar lijken doordat kinderen zich met hun ouders identificeren. In de driehoek kan men dit als volgt aangeven:

ontwikkelingsinterferentie



1. eerste generatie
2. tweede generatie

Welke consequenties heeft dit voor de behandeling?

5. Behandeling op psychoanalytische basis bij eerste en tweede generatie oorlogsslachtoffers; klinische voorbeelden

Meer dan 45 jaar later komen er niet veel eerste-generatieslachtoffers uit de Tweede Wereldoorlog voor het eerst om hulp vragen; de meesten van hen hebben dit al eerder gedaan.

Hiermee is echter de eerste generatie getraumatiseerden niet uit het beeld verdwenen: de deelnemers aan de politioele acties in Indonesië, sommige vluchtelingen en spijtoptanten voor het Indonesisch bewind, vluchtelingen uit Oosteuropese landen in de jaren 50 en 60, de Koreaanse en Vietnamese vluchtelingen en wezen, de vluchtelingen uit diverse Zuidamerikaanse staten de laatste decennia vormen een minder massale maar continue stroom van nieuwe vervolgte, zwaar getraumatiseerde en beschadigde mensen, vaak ook nog in ballingschap.

Bij onderstaande gevalsbeschrijvingen over oorlogsslachtoffers en hun kinderen gaat het dus niet slechts om een soort psychoanalytische geschiedschrijving. Mutatis mutandis komen er aanhoudend nieuwe vergelijkbare patiënten bij voor wie vergelijkbare criteria gelden.

Ter wille van de discretie kan ik geen eigen patiëntenmateriaal gebruiken.

Eerste generatie

Anna Ornstein benadrukt een aspect van de behandeling van massief getraumatiseerden dat erg belangrijk is: het herstel van een psychische continuïteit, in de zin van een historische realiteit. Ze wijst erop dat veel overlevenden de neiging hebben het vooroorlogse verleden te idealiseren en dat idealisering van vooroorlogse normen en waarden de herinnering sterk vervormen. Dit kan leiden tot een overidealisering van oude joodse waarden, maar bij veel Duitsers bijvoorbeeld tot een ontkenning van de geschiedenis tijdens de oorlog - een stuk verleden dat teveel schaamte oproept.

Ornstein beschrijft het genezende effect van dit continuïteitsherstel bij een patiënte. Mevrouw H. wordt naar haar verwezen door een internist wegens een recidiverend duodenum ulcus (een steeds terugkomende zweer aan de twaalfvingerige darm). Mevrouw H. heeft diverse concentratiekampen overleefd maar haar hele familie verloren. Na de oorlog is ze getrouwd met een man met een soortgelijke geschiedenis en heeft twee zoons. In 1948 is ze naar de Verenigde Staten gekomen. Een cruciaal punt tijdens haar analyse is de herinnering aan de laatste dag dat haar familie bij elkaar was en een dringende behoefte te weten wat de kleur van de jurk was die haar moeder toen droeg. Het is zo belangrijk voor haar om deze herinnering compleet te krijgen, omdat er geen foto's of iets anders bewaard zijn gebleven. Ze vertelt dan dat haar omgekomen familie belangrijker werd toen haar zoontjes geboren werden, ze lette er erg op of ze iets van gelijkenis met haar overleden broertjes kon vinden.

Wanneer Ornstein dan opmerkt dat de broertjes dan niet

helemaal dood zijn maar gedeeltelijk hadden overleefd, beleeft mevrouw H. tegelijkertijd een geweldige opluchting en een overweldigend verdriet - maar zei dat ze zich nu goed voelde. Toen ze zich kon herinneren hoe ze waren toen ze leefden, kon ze het verdriet om hun dood pas ervaren en de innerlijke leegte verdween.

Ze herinnert zich dan een vraag van een maatschappelijk werker of ze zich schuldig voelde de enige overlevende te zijn - een vraag die haar toen niets deed. Nu voelt ze een snijdende pijn om haar hart heen en een grote droefenis gemengd met een verlangen te zien hoe de broers opgegroeid zouden zijn. Dan zegt ze: 'Ik kan me voorstellen hoe leuk mijn vader het gevonden zou hebben om met mijn jongens te spelen - ik herinner me hoe hij met mijn broertjes speelde'.

Tot zover Ornstein's vignette waarin ze toont hoe mevrouw H. genezen kon toen voor haar in emotionele zin de realiteit van de continuïteit van haar eigen leven en van de generaties was hersteld. Ze citeert verschillende auteurs die vermelden hoe belangrijk het voor de overlevenden is om iets van een voorwerp van herinnering te vinden, een oude foto, een huishoudelijk voorwerp of om het huis te zien waar men vroeger heeft gewoond.

Chaja Polak (1991) schrijft een heel korte novelle 'Alleen', waar de ik-figuur regelmatig een joodse man ziet maar niet spreekt tussen de ouders die hun kinderen van school komen halen.

Een keer raken ze in gesprek en hij neemt haar mee naar het huis waar hij voor de oorlog woonde. Hij had in de hele buurt gevraagd of er mensen waren die zijn ouders nog gekend hadden, maar niemand weet er nog iets van. Zijn laatste commentaar tegen de 'ik' uit het verhaal is: 'Jij hebt nog een moeder'. Daarna spreken ze niet meer tegen elkaar. Dit is een literaire illustratie van hetzelfde: het lukte deze man niet de herinneringen te vinden die de continuïteit herstellen.

Jeroen Brouwers schrijft naar aanleiding van de dood van zijn moeder een autobiografisch verhaal waarin herinneringen uit de kamptijd in Batavia en allerlei gebeurtenissen en gewoonten uit zijn latere leven door elkaar tuimelen. Liefdes en onverklaarbare gewoontes en reacties in zijn volwassen leven komen in verband met de belevenissen in het kamp: de continuïteit wordt hersteld. Hij zegt: 'Nu ik het geschreven heb hoef ik het niet meer te onthouden'. Het verdriet om het dramatisch verlies van de moeder uit de kleutertijd wordt toegelaten.

Tweede generatie

Hoe is dit in de tweede generatie?

Ornstein is van mening dat ook daar het belang van het herstel van continuïteit groot is. Het gaat dan niet om de continuïteit in eigen leven maar om die van de generaties. Die continuïteit is vaak wel aanwezig maar verdrongen.

Faimberg (1947) probeert te verklaren hoe sterke identificeringen met een vorige generatie plaatsvinden aan de hand van een patiënt die ernstige karakter- en gedragsstoornissen vertoonde.

Haar patiënt, Mario, is een zeer geïsoleerd levende, contactgestoorde mathematicus. Hij is de zoon van Poolse joden die in de jaren 30 naar Argentinië emigreerden en zelf is hij in Argentinië geboren.

De eerste periode van de analyse lukt het niet om contact te maken - hij vertelt wel iets maar maakt de indruk afwezig te zijn. In de tegenoverdracht ervaart de analytica een zekere angst dat ze niets van hem begrijpt. Dan vertelt Mario op een dag dat hij vreest de analyse te moeten afbreken, omdat hij het niet meer zal kunnen betalen door de enorme inflatie. Hij verdient wel, maar heeft niet de voorzorg genomen zoals andere Argentijnen om dollars te kopen en daarmee zijn geld veilig te stellen. Een kennis had hem gezegd dat hij dit nu snel moest doen en hem gevraagd of hij wist hoeveel pesos hij voor een dollar moest betalen. Hij dacht twee maar het bleek 5000 te zijn. Daarbij strijkt hij met een tevreden uitdrukking over zijn portefeuille, alsof hij daarin die dollars van twee pesos bewaart. De analytica zegt tegen hem dat er zich kennelijk iets bijzonders in zijn portefeuille bevindt, iets waar zij geen weet van heeft, en dat mogelijk te maken heeft met de tijd dat een dollar twee pesos waard was, in de jaren 40 (dat is ruimschoots vóór patiënts geboorte). Er komt voor het eerst iets van contact in de analyse als de patiënt vertelt dat zijn vader dollars kocht en ze geregeld naar zijn familie in Polen stuurde - die in zijn geheel omgekomen was. Zijn moeder had dat verteld en ook dat vader in Argentinië zo veranderd was - hij zei nooit iets. Faimberg spreekt hier van een in elkaar schuiven van de generaties - het gaat niet alleen om een identificatie van Mario met zijn vader, maar ook om een identificatie met zijn vader in de omstandigheden waaronder deze leefde.

Grübrich-Simitis (1984) beschrijft dat bij overlevenden uit de kampen vaak het vermogen verloren is gegaan de tijd te structureren in verleden, heden en toekomst - een andere wijze om het fenomeen te benoemen dat Ornstein beschreef: het continuïteitsverlies door een onvermogen om te rouwen en dat Faimberg beschrijft als een in elkaar schuiven van de generaties. Grübrich-Simitis wijst erop dat het verloren gaan van deze functie een ernstige invloed op de na de oorlog geboren kinderen kan hebben. Haar voorbeeld gaat over een man die na de oorlog werd geboren. Zijn ouders overleefden Auschwitz, een paar broers en zusjes niet. Toen hij opgroeide en wel eens stout was zei zijn moeder iets tegen hem in haar Oosteuropese geboortetaal dat hij, die alleen Duits sprak, verstond als: 'Ik wou dat je brandde als dennehout'. In de latentie, als hij vaak 'smiddags alleen thuis was, speelde hij graag met vuur en veroorzaakte daarbij een keer een brand die hem bijna noodlottig werd. Hij ageerde daarmee een gezinsgeheim uit: moeder dacht dat de oudere kinderen verbrand waren en voelde zich vreselijk schuldig dat ze dat niet had voorkomen.

Uit dergelijke beschrijvingen, die velen van ons met zeer veel soortgelijke voorbeelden kunnen aanvullen, blijkt dat de tweede generatie heel ernstige symptomatologie kan laten zien.

Wanneer we ons er van bewust zijn dat hun symptomen niet het gevolg zijn van extreme traumatisering, maar van interferentie met de normale ontwikkeling wat betreft angst en realiteitsbesef doordat de ouders gewoon niet in staat waren hun kinderen daarin pedagogisch te begeleiden, dan komt daar een ander therapeutisch beleid uit voort. Gaat het bij de ouders erom een emotionele continuïteit met de mogelijkheid tot rouw tot stand te brengen - bij de kinderen gaat het er om hun realiteit te differentiëren van die van de ouders.

6. De therapeut

Over welke eigenschappen moet een therapeut beschikken om deze extreme problemen te kunnen begrijpen; is het beter om juist wel of juist niet zelf extreme oorlogservaringen meegemaakt te hebben?

Een algemeen antwoord is niet te geven. Bij de eerste generatie is het belangrijkste dat men kan luisteren, ook naar de meest gruwelijke bijzonderheden en dat echte empathie alleen opgebracht kan worden door degenen die het zelf ook meemaakten. Degenen die het niet meemaakten zullen zich moeten realiseren dat empathie voor extreme beproevingen niet mogelijk is, wel empathie voor het feit dat bijna niemand in deze samenleving echt kan begrijpen hoe het was. Daar staat tegenover dat degenen die het niet meemaakten misschien beter in staat zijn de overdracht van heftige angst en haat, die men kan verwachten, te verdragen omdat het in de tegenoverdracht niet *die* mate van eigen angst en haat activeert die het bij de zelf-getroffenen wel doet.

Bij de tweede generatie is ook het luisteren belangrijk, maar is ook de realiteitszin nodig, om te ontwarren wat wel en wat niet bij het eigen leven van de patiënt hoort, omdat ze zo vaak een fantasieleven leiden dat het leven van ouders, broers of zusters representeert. Uiteraard is waakzaamheid over de grenzen van wat empathie kan ook hier geboden en bovendien het benoemen van de werkelijkheidsvervalsingen, wanneer dit tenminste mogelijk is.

Mijns inziens dreigt het risico van tegenoverdrachtsvertekeningen wanneer therapeuten van de eerste generatie patiënten van de tweede generatie gaan behandelen en therapeuten van de tweede generatie patiënten van de eerste generatie. Deze indruk heb ik indirect uit discussies met analytici, dat wil zeggen een beperkte kring. De meeste indruk maakte op mij in dit verband het relaas van een bijzonder begaafde niet-joodse Duitse analytica. Zij behandelde een patiënt uit de tweede generatie die geheel opging in het leven van zijn ouders die een kamp overleefd hadden. Vermoedelijk door haar eigen schuldgevoel zette ze zich ertoe de oorlogservaringen van de ouders van deze patiënt met de - na de oorlog geboren - patiënt *te herbeleven*, hetgeen voorbijging aan het feit dat noch zij noch de patiënt iets konden herbeleven wat ze niet eerder beleefd hadden. Deze discussie van vijftien jaar geleden zette mij er uiteindelijk toe aan na te

denken over het verschil tussen trauma en ontwikkelingsinterferentie.

Een joodse analyticus die ondergedoken en in het verzet geweest was, vertelde dat hij bij de behandeling van een jongen die een kamp had overleefd, in de overdracht de rol van kampbeul toebedeeld kreeg, een zware opgave waar misschien de meeste therapeuten emotioneel niet tegen opgewassen zullen zijn, zoals ook in dit geval. Toen deze therapeut zei dat zijn eigen ouders in een kamp omgekomen waren werd menselijk contact hersteld maar de therapie werd afgebroken. Het is overigens niet uitgesloten dat dit contactherstel op dat moment voor de patiënt belangrijker was dan een perfecte therapie.

Ornstein, zelf een overlevende, beschrijft in haar artikel over de Holocaust zeer treffende behandelingen van overlevenden. Het lukt haar echter niet een duidelijke distantie te nemen van de tweede generatie en hun anders-zijn duidelijk naar voren te brengen.

Voor een therapeut, die zelf een overlevende is, is het een haast onmogelijke opgave om zich te verplaatsen in een patiënt die het zelf *niet* heeft meegemaakt maar wiens hele leven er wel door gekleurd en bepaald is. Identificatie met de ouders van de patiënt in plaats van met de patiënt zelf is een voor de hand liggende tegenoverdrachtsreactie en het is belangrijk voor de therapie dat men zich van dit risico bewust is. Herkenning voorkomt uitageren!

Iets dergelijks geldt voor de therapeut uit de tweede generatie die overlevenden behandelt. Hij wordt als het ware teruggeduwd in een positie die hij net met behulp van leertherapie of anderszins heeft kunnen verlaten - de positie van kind van getraumatiseerde ouders. Het niet geheel kunnen meevoelen wat de patiënt meegemaakt heeft, evenals het niet kunnen begrijpen van de ouders, vroeger, de kluwen van ontoegankelijke en onbegrijpbare geheimen die vroeger thuis zo kwellend waren, kunnen een dergelijke therapeutische relatie voor de therapeut bijzonder moeilijk te verdragen maken. Ook hier geldt dat herkennen van het probleem het uitageren binnen de perken kan houden.

Samenvatting

Verwatering van het psychoanalytische trauma-begrip heeft het maken van onderscheid tussen eerste en tweede generatie oorlogsslachtoffers in de weg gestaan. Het verdient aanbeveling om het begrip trauma uitsluitend te gebruiken voor korter- of langerdurende prikkels die de synthetische functie van het ego buiten werking stellen en aanleiding geven tot een allesoverspoelende angst, de traumatische angst. Overlevenden van kampen en andere oorlogs- of onderdrukkingssituaties zijn als regel getraumatiseerd en dragen daar blijvende sporen van. Kinderen van ernstig getraumatiseerden zijn zelf niet getraumatiseerd maar opgevoed door ouders die het wel zijn en dit kan een 'normale' ontwikkeling in de hedendaagse samenleving belemmeren. Het verdient de voorkeur hier te spreken van een interferentie met de ontwikkeling. Zowel trauma als interferentie kunnen de basis voor een neurose vormen. Er worden verschillende eisen

aan de behandelingsmethode gesteld bij de verschillende categorieën.

Literatuur

Brouwers, J. *Bezonken rood*. Amsterdam: Arbeiderspers, 1981

Durlacher, G.L. *De zoektocht*. Amsterdam: Meulenhoff, 1991

Faimberg, H. *Die Ineinanderdrückung der Generationen*. In: Jahrbuch der Psychoanalyse 20, (1987), p. 114-142

Freud, A. *Comments on trauma*. In: *Psychic Trauma*, ed. Sidney S. Furst. New York: Basic Books, 1967, p. 235-246

Freud, S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. (1916). In: *Gesammelte Werke* 11

Freud, S. *Jenseits des Lustprinzips*. (1920). In: *Gesammelte Werke* 13

Freud, S. *Der Mann Moses und die monotheistische Religion*. (1939). In: *Gesammelte Werke* 16

Furman, E. *On trauma: when is the death of a parent traumatic?* In: *Psychoanal. St. Ch.* 41 (1986), P.191-208

Gampel, Y. *Mondelinge mededeling*. 1991

Greenacre, P. *The influence of infantile trauma on genetic patterns*. In: *Psychic Trauma*, ed. Sidney S. Furst. New York: Basic Books, p. 108-153

Grinberg, L. en R. Grinberg. *Psychoanalytic perspectives on migration and exile*. New Haven: Yale Univ. Press, 1989

Groen-Prakken, J. *Trauma, neurose en ontwikkelingsinterferentie* in: *Inzicht* 22, 1988

Groen-Prakken, J. *Trauma, Neurose und Entwicklungsstörung*. In: *Zeitschrift für psychoanal. Theorie und Praxis* 4 (1989), p. 334-347

Grübrich-Simitis, I. *From concretism to metaphor: thoughts on some theoretical and technical aspects of the psychoanalytical work with children of holocaust survivors*. In: *Psychoanal. St. Ch.* 39 (1984) p. 301-320

Jucovy, M. *The holocaust*. In: *The reconstruction of Trauma*, ed. A. Rothstein. Madison: Intern. Univ. Press, 1986, p. 153-170

Keilson, H. *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke, 1979

Khan, M.R.M. *The concept of cumulative trauma*. In: *Psychoanal. St. Ch.* 18 (1963), p. 286-306

Kris, E. *The recovery of childhood memories in psychoanalysis*. In: *Psychoanal. St. Ch.* 11 (1956), p. 54-58

Nagera, H. *Early childhood disturbances. the infantile neuroses and the adulthood disturbances*. New York: Intern. Univ. Press, 1966

Niederland, W.G. *The problems of the survivor*. In: *Massive psychic trauma*, ed. H. Krystal. New York; Intern. Univ. Press, 1968, p. 8-22

Oberski, J. *Kinderjaren*. 's-Gravenhage: Bzztôh. 1978

Ornstein, A. *The holocaust: reconstruction and the establishment of psychic continuity*. In: *The reconstruction of trauma*, ed. A. Rothstein. Madison: Intern. Univ. Press, 1986, p. 171-194

Rangell, L. *The metapsychology of psychic trauma*. In: *Physic trauma*, ed. Sidney S. Furst. New York: Basic Book, 1967, p. 51-84