

Het Sinai-Centrum en de Indische oorlogsgetroffenen

J.P. Cels*

Het Sinai-Centrum in Amersfoort is een psychiatrisch ziekenhuis van joodse signatuur. Behalve klinische opnamefaciliteiten heeft het ook een poliklinische en een deeltijdfunctie. Daarnaast is er nog de zorgfunctie van het Centrum ten behoeve van zwakzinnige en geriatrische patiënten.

Het Sinai-Centrum is een onderdeel van de Joodse Geestelijke Gezondheidszorg (JGG). Het complementaire deel van het Sinai-Centrum is de Joodse Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (JAGGZ), die in Amsterdam is gevestigd. Beide instellingen samen vormen een geïntegreerde totaalvoorziening voor de geestelijke gezondheidszorg.

Ter voorkoming van een soms bestaand hardnekkig misverstand wil ik hierbij verduidelijken dat de joodse signatuur niet betekent dat er uitsluitend joodse patiënten worden behandeld of dat enkel joodse medewerkers de hulpverlening zouden verzorgen. Wél wordt ermee bedoeld dat de officiële erkenning van het Centrum door de overheid berust op zijn opdracht ten behoeve van de joodse doelgroep. Ook geldt dat traditionele joodse religieuze en levensbeschouwelijke waarden binnen de sfeer van het Centrum tot expressie moeten kunnen komen. Van medewerkers en patiënten wordt een positieve attitude ten opzichte van deze waarden verwacht. Zo worden er de joodse spijswetten nageleefd en joodse feestdagen gevierd en is er een Dienst Geestelijke Verzorging werkzaam onder rabbinaal toezicht.

Wanneer de Sinai-keuken Indisch kookt, is de maaltijd dus tevens koosjer!

Hoewel hulpverlening aan de Indische doelgroep ook bij de JAGGZ in Amsterdam plaatsvindt, zal mijn presentatie zich hoofdzakelijk beperken tot de beschrijving van de ambulante behandeling in het Sinai-Centrum.

De samenwerking tussen het Sinai-Centrum en de Stichting Pelita

Een maatschappelijk vooroordeel, soms overgenomen door de Indische oorlogsgetroffenen zelf, bestaat erin dat leed te hiërarchiseren valt en dat het leed van Indische getroffenen in vergelijking met dat van de joodse bevolkingsgroep een lagere rangorde moet worden toegeschreven. Alsof aan psychotraumatisering door oorlog en geweld en daaruit voortvloeiende gevolgen op deze wijze recht wordt gedaan!

In het behandelaanbod vanuit het Sinai-Centrum ten behoeve van de Indische oorlogsgetroffenen en in de samenwerkingsrelatie tussen Pelita en het Sinai-Centrum ligt dan ook een symboli-

* Drs. J.P. Cels is klinisch psycholoog/psychotherapeut en werkt in het Sinai-Centrum.

sche erkenning van de morele gelijkwaardigheid van de tragiek van joodse en Indische existentiële achtergronden besloten.

Al vanouds behandelde de JGG incidenteel getraumatiseerden afkomstig uit de Indische groep. In het begin van de jaren tachtig ontstond een groeiend besef dat de expertise die reeds zo vele jaren was toegesneden op de behandeling van de oorlogstraumatisering van de joodse populatie, zeer goed dienstbaar zou kunnen worden gemaakt ten behoeve van andere categorieën oorlogs- en geweldsgetroffenen.

Van haar kant zocht de Stichting Pelita naar voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg die een passend antwoord konden geven op de wassende, steeds meer zichtbaar wordende vraag naar hulp aan getraumatiseerden met een Indische achtergrond.

In 1986 hebben beide instellingen gesproken over een zekere wederzijdse afstemming van werkzaamheden. Daaruit zijn activiteiten voortgevloeid die voor een deel in het onderstaande worden beschreven.

De poliklinische groep

Sinds een aantal jaren komt op maandag een achttal personen samen voor een ambulante groepspsychotherapeutische behandeling onder begeleiding van een psychotherapeut van de JGG en een maatschappelijk werker van de Stichting Pelita. Het is een open groep. Wanneer leden vertrekken wordt de vrijgekomen plaats ingenomen door een nieuw groepslid.

De methodische oriëntatie die de behandelaars innemen kan worden gekwalificeerd als psychagogische groepspsychotherapie. Deze therapievorm is ontwikkeld ten behoeve van de ouder wordende patiënt (mid-life en ouder) en legt de nadruk op supportief-existentiële en psycho-educatieve momenten. De psychotherapeut hanteert daarbij een stijl die meer directief, meer structuur biedend is dan bij een groep die vanuit een analytisch standpunt wordt benaderd.

De doelgroep wordt omschreven als 'Indische oorlogsgetroffenen die als kind binnen en/of buiten het kamp ernstig geleden hebben onder de oorlogsomstandigheden en hiervan in de actualiteit van hun leven ingrijpende nadelige psychische en sociaal-emotionele consequenties ondergaan'.

Het betreft hier psychopathologie die kan worden gekarakteriseerd als late gevolgen van kinderlijke of vroeg-kinderlijke langdurige psychotraumatisering, met vaak hertraumatisering achteraf (Bersiaptijd, onthaal in Nederland, enzovoorts).

Deze 'late gevolgen' manifesteren zich meestal op specifieke, soms traumaverhullende wijze via een zeer breed spectrum aan klachten. Concreet bedoel ik hiermee depressieve toestandsbeelden, moeilijkheden met de agressiehuishouding en impulscontrole, autoriteitsproblemen, persoonlijkheidsonmacht als gevolg van jarenlange emotioneel uitputtende en eenzijdig beperkende coping-strategieën, werk-, gezins- en relatieproblematiek, onverwerkte rouw, chronische beleving van falen en/of verdriet, psy-

chomatische problemen, slaapstoornissen, nachtmerries, amnesieën, emotionele labiliteit, enzovoorts.

Bovenstaand lijstje overschrijdt ruim de begrenzings van het klassieke begrip posttraumatisch stress-syndroom en vindt eerder zijn beschrijvingsruimte in het nieuwe, ten behoeve van DSM IV ontwikkelde, DESNOS-concept (Disorders of extreme stress not otherwise specified).

Alvorens naar deze poliklinische groep wordt doorverwezen, vindt via een aantal beoordelingsgesprekken met een intaker een zorgvuldige inschatting plaats van klachten en achtergronden. De intaker stelt een voorlopige diagnose en formuleert een werkhypothese omtrent de veroorzaking en instandhouding van de klachten. De visie van de intaker wordt vervolgens in een poli-teamvergadering ingebracht. Bij dit overleg is de potentiële groepspsychotherapeut aanwezig.

Daarna legt de intaker een beargumenteerd behandeladvies aan de cliënt voor en wordt in de regel een consensus gecreëerd over de gewenste behandelroute. Cliënt en groepspsychotherapeut maken hierna uitgebreid kennis met elkaar, waarbij onder andere de aangedragen problematiek en de bewerkingsmogelijkheden ervan binnen het toekomstige therapeutische milieu meer toegespitst aan de orde komen. Een startdatum wordt vastgesteld en de consequenties van een eventuele wachttijd worden verkend en waar nodig opgevangen.

Alle verwijzingen naar groepsformaties binnen het kader van de ambulante functie in het Sinai-Centrum (polikliniek en deeltijd) verlopen volgens deze procedure.

Groepspsychotherapie komt vaak in aanmerking, maar is niet steeds en automatisch de aangewezen behandelcontext. Zo is het bijvoorbeeld zeer wel mogelijk dat in eerste instantie gekozen dient te worden voor supportieve individuele contacten met een belangrijk accent op psychofarmacologische behandeling, met het oog op het 'groepsrijp' maken van de cliënt in een min of meer nabije toekomst.

De groep bestaat uit lotgenoten. Zij delen een gemeenschappelijke sociaal-historische achtergrond, die een sociale pathologie en daaraan inherente destructiviteit heeft voortgebracht.

De leeftijden waarop deze sociale destructiviteit zich bij elk persoonlijk heeft aangediend ontlopen elkaar niet zoveel. Allen bevinden zich nu in een midlife-fase, die een specifieke existentiële kleuring geeft aan hun problematiek. Zeker in de beginfase van de behandeling is er sprake van lijdensdruk en de beleving zich in een impasse te bevinden.

De causale attributie van actuele problematiek aan de traumatiserende oorlogs- en geweldsomstandigheden in Indië en de eventuele hertraumatisering daarna, is in de regel als een essentiële thematiek in het persoonlijk levensverhaal aanwezig. Voor een aantal echter, die ten gevolge van amnesieën en verdringingsactiviteit geen of nauwelijks herinneringsbeelden kunnen

construeren van traumatiserende gebeurtenissen en er enkel over hebben vernomen via gezinsverhalen, vertoont deze attributie meer problematische kanten.

De traumatiseringsachtergrond van de groepsleden kent substantiële verschillen in duur, intensiteit, in kansen van herstel, in mate van hertraumatisering achteraf, enzovoorts. Dit neemt echter niet weg dat vrijheidsberoving, machtsmisbruik met zeer gereduceerde mogelijkheden van verweer en verlies van elementaire veiligheid op diverse niveaus een vaak voorkomend thema vertegenwoordigen in de meeste levensverhalen.

Voor een meer uitgebreide presentatie van deze psychologische groep moge ik u verwijzen naar Lansens & Cels (1).

De deeltijdgroepen

In het Sinai-Centrum functioneren momenteel twee deeltijdgroepen, beide met een maximum van negen leden exclusief de behandelaar. De doelgroep is dezelfde als hierboven beschreven voor de poliklinische voorziening; ook de intakeprocedure is identiek.

Voor beide voorzieningen werd een evenredigheid in het aantal vrouwen en mannen beoogd; in de praktijk echter blijkt het aantal vrouwelijke groepsleden systematisch beduidend hoger te liggen dan het aantal mannelijke.

Er is geen programmatisch onderscheid tussen de formules van beide deeltijdgroepen. De groepsleden komen op woensdag, dus één dag per week, samen. Creatieve therapie beeldend, creatieve therapie drama en existentiële groepspsychotherapie worden als wekelijks terugkerend onderdeel aangeboden. Als cesuur tussen de onderdelen is er ruimte voor koffie-, lunch- en theepauze. Vaak kookt de Sinai-keuken Indisch op deze dag.

Creatieve therapie beeldend

Een trauma laat vaak indringende visuele beelden achter; beelden met een intens pijnlijke affectieve lading. Deze negatieve lading wordt als bedreigend ervaren, omdat de intensiteit ervan het emotionele draagvermogen van de cliënt overschrijdt. Deze vreest de catastrofe van controleverlies c.q. decompensatie. Rigide afweervormen dienen zich aan om deze catastrofe te vermijden.

Beelddenken leidt tot een ruimtelijke representatie die simultaan een geheel van betekenissen actualiseert. Een condensatie van verschillende betekenisaspecten tegelijkertijd wordt aangedragen; zie dromen, nachtmerries, dagdromen, fantasieën, enzovoorts.

De creatieve therapeut is erop gericht een proces tot stand te brengen waarbij én hertraumatisering uitblijft én traumatogene beelden binnen een empathische groepscontext voorzien kunnen worden van nieuwe betekenissen. Dit impliceert dat deze beelden kunnen worden verdragen (aanwezigheid van controle) en vertaald van het picturale (beeldniveau) naar het lexicale (woordniveau) of van het imaginaire (beeld) naar het symbolische (taal, verhaal). Beelden moeten worden verwoord.

Vaak schieten woorden te kort (alexithymie) en dient er via het hierboven aangeduide proces naar woorden te worden gedol-

ven ('Geef woorden aan uw leed; verzwegen smart breekt met z'n fluisteren het bezwaarde hart'; Macbeth).

Verwerking van traumabeladen beelden en de zelfvervingstoestanden die ermee samenhangen kan pas dan plaatsvinden wanneer de intensiteit aan affect, aan angst, dusdanig wordt gedoseerd en gemoduleerd dat een nieuwe overweldigingservaring uit kan blijven.

De grafische expressieverlening binnen het creatief-therapeutisch proces dient de zelfcontrole mogelijkheden van de cliënt te bevorderen. Er treedt een versterking van de Ik-functies op. De affect- en angsttolerantie neemt toe.

Voor een verdere bestudering van het bovenstaande moge ik verwijzen naar Horowitz (2) en Wertheim-Cahen (3). Ook de beschrijving van het belang van een empathische groepscontext bij dit creatief-therapeutische proces laat ik hier achterwege.

Creatieve therapie drama

Van de Indische oorlogsgetroffenen die gebruik maken van de deeltijdformule, valt een groot aantal binnen de rubriek kampkinderen. Velen van hen delen als levenshistorisch thema de beperking in hun kindertijd van de ervaringsruimte voor onbevangingen spel. Voor kinderen valt de permissie tot spelen zowat samen met een permissie tot het beleven van een min of meer vervullend kinderbestaan.

Voor een kind vervult de spelactiviteit een ontwikkelingsfunctie die van een andere orde is dan voor volwassenen. De uitbouw van de persoonlijkheid van het kind vindt plaats middels spelactiviteit; het kind gaat daarmee een toekomst tegemoet van groeiende persoonlijkheidsintegratie.

De kinderlijke en jeugdige ontwikkelingsfasen heeft de volwassene achter zich gelaten; zijn persoonlijkheidsstructuur is gevormd. Hij treedt de spelactiviteit tegemoet door middel van een herdefiniëring van de complexe dagelijkse realiteit; hij treedt terug en 'herschep't (re-creëert) een nieuwe realiteit, die nauwer is betrokken op emoties en relationele behoeften. Voor de functies die het spelen voor volwassenen kan vervullen moge ik overigens verwijzen naar 'Homo ludens' van Huizinga.

De creatieve vorm drama doet een appel op de mogelijkheden tot speels gedrag van deze volwassenen in de midlife-fase. Diverse vormen van rollenspel, creatief spel, fantasiespel, enzovoorts worden aangeboden.

Een essentieel therapeutisch voordeel van het hier beschreven appel kan worden gevonden in zijn vermogen relevant emotioneel materiaal op te roepen zonder direct de tragische inhoud te mobiliseren die de levensverhalen van betrokkenen bezwaren. Een behandelprogramma werkt uiteraard contraproductief indien het te zeer op traumatiserende of intens emotionerende belevingsinhouden zou zijn gericht.

Men mag derhalve gewagen van een beroep op een belangrijk coping-mechanisme, dat als 'regressie in de dienst van het ego'

bekend staat. Op de achtergrond kan er sprake zijn van een zekere herstellervaring voor een gemist of geschaad stuk bestaans-expansie.

De groep als sociaal-emotioneel kader waarbinnen deze spel-situaties tot leven komen, manifesteert zich als een vruchtbare context voor tal van interpersoonlijke transacties, therapeutisch bruikbaar in het hier en nu.

Aan Op den Velde (4) en Blijham (5) ontleen ik overwegingen over het onderscheid tussen een emotioneel en een existentieel psychotrauma. Het door hen beschreven verschil heeft rechtstreekse implicaties voor een psychotherapeutisch behandelontwerp.

Bij een existentiële traumatisering valt volgens Blijham de mogelijkheid tot herstel uit; er is sprake van onomkeerbaarheid in de opgelopen schade. Het gaat daarbij, anders dan bij een emotioneel psychotrauma, om 'life-events' die niet inherent zijn aan het mens-zijn, dat wil zeggen niet behoren tot de natuurlijke orde van het mens-zijn. De betreffende gebeurtenissen zijn hierdoor in wezen niet echt na te voelen. Wij hebben er geen woorden voor en onze mogelijkheden tot echt begrijpen schieten te kort. Ook onze wetenschappelijke modellen en denkkaders blijken ontoereikend voor een adequate voorstelling.

Voor Op den Velde is een existentieel psychotrauma altijd een emotioneel psychotrauma, maar wordt het bovendien gekenmerkt door de combinatie van:

- een schokkende omstandigheid die van buiten af inwerkt en de normale draagkracht van een mens overschrijdt,
- een zeer sterk angstbeleving,
- een ontwrichting van het bestaan en/of een directe bedreiging van het leven,
- en extreme machteloosheid.

Deze auteur benadrukt ook dat de gevolgen op langere termijn van een existentieel psychotrauma van een andere orde zijn dan de gevolgen van een emotioneel psychotrauma. Tevens geeft hij aan dat pogingen de ervaringsessentie die eigen is aan een existentieel psychotrauma met anderen te delen, stuiten tegen een muur van 'niet-te-begrijpen'.

Hoewel ik de mening ben toegedaan dat de door deze auteurs beschreven dichotomie een nogal absolute strekking krijgt en ik deze categorisering in de praktijk niet zo goed werkbaar vind, levert hun opvatting een vruchtbare basis om de discussie te voeren over wat zinvolle behandeling van existentiële psychotraumatisering dient in te houden.

Duidelijk is dat overlevenden van existentiële psychotraumatisering over coping-kwaliteiten beschikken; zij hebben hoe dan ook manieren ontwikkeld om de soms extreme omstandigheden die zij hebben moeten ondergaan en de daaraan verbonden consequenties te doorstaan. 'Coping-capacity' is derhalve aanwezig en kan als een eerste uitgangspunt voor behandeling worden opge-

voerd. De psychotherapeutische investering wordt dan gericht op het verminderen van de defensieve en inadequate aspecten van een gekozen coping-stijl. Hier is geen sprake van prementies in termen van 'reconstructie van de persoonlijkheid' en dergelijke. Wel van een veranderingsproces in de zin van vermeerdering van flexibiliteit van coping-mogelijkheden. *Flecte quod rigidum est.*

Indien de ervaringsessentie van existentiële psychotraumatisering zo moeilijk intersubjectief mededeelbaar is, dan dient de weg te worden gevolgd die getraumatiseerden vaak op eigen kompas bewandelen om het communicatieve proces een kans te geven. Zij zoeken vaak - niet altijd overigens - naar lotgenoten! Bij de Indische oorlogsgetroffenen vervullen zelfhulpgroepen vaak een dergelijke functie. Dit zoekproces kwalificeer ik als defensief, omdat het meestal berust op een irrationele idealisering van de 'in'-groep gecombineerd met een even irrationele devaluatie van de 'out'-groep. Een nogal absolute splijting van vijandige buitenwereld en goede, begrijpende groep is echter een onvermijdelijke startpositie vanwaaruit een therapiegroep zich heeft te emanciperen.

Ten slotte zij gesteld dat de ervaren tragiek geïntegreerd dient te worden in het persoonlijke levensverhaal dat het 'Zelf' van de persoon fundeert.

Frankl (6), psychiater en zelf kampslachtoffer, heeft vanuit zijn ervaring en kennis gekozen voor een nieuw behandel paradigma. Zijn analyse gaat uit van de premisse dat de behoefte tot zingeving een basismotivatie is voor menselijk bestaan die andere basismotivaties (biologische, psychologische en sociale) qua overlevingsbelang overschrijden kan. Verder schrijft hij over een 'existentieel onbewuste'; onbewuste, verdrongen zinvolle inhoud gaan schuil achter psychopathologische verschijnselen die optreden in een existentieel vacuüm.

De psychotherapeutische opdracht bestaat nu uit het gerichte zoeken naar de achter de symptomatologie verborgen mogelijkheden tot zinverlening. Deze mogelijkheden kunnen worden geactualiseerd binnen het kader van een behandelrelatie die toestaat dat de patiënt niet in zijn pijn (symptomatologie) gevangen blijft, doch deze transcendeert (overschrijdt) door middel van de ontdekking van tot dan toe onvermoede zin-aspecten daarvan, bijvoorbeeld: 'Ik heb het overleefd om te kunnen getuigen van hetgeen mijn dierbaren hebben meegemaakt.'

De benadrukking van het zingevingproces voor de integratie van het tragische kan worden teruggevonden bij vele auteurs, bijvoorbeeld Erikson (7), Lifton (8), Yalom (9), enzovoorts. Voor Erikson bestaat de existentiële opdracht van mensen in de midlife-fase in de ontwikkeling van een basis voor 'Ego-integriteit'. Tegenover deze ego-integriteit plaatst hij polair de existentiële wanhoop. Ego-integriteit is de toegenomen verzekerdheid van het ego van zijn zin voor orde en betekenis.

Kortom: aansluiten bij de coping, aansluiten bij het appel van lotgenoten en aansluiten bij de behoefte tot zinverlening en ontwikkeling van ego-integriteit zijn de drie hoekstenen voor de existentiële groepspsychotherapie ten behoeve van de Indische oorlogsgetroffenen.

Welke behandelvorm?

Wie naar de poliklinische en wie naar de deeltijdgroepen wordt doorverwezen is afhankelijk van een beoordelingsactiviteit van een intaker. Er zijn gradaties aan te leggen in de opgelopen schade, in de intensiteit en uitgebreidheid ervan. Daarom vind ik de dichotomie van een emotioneel en een existentieel psycho-trauma moeilijk werkbaar. Ik verkies een dimensionele of graduele beschrijving. Tevens zijn er gradaties in de 'resources' die iemand heeft om gebruik te maken van een bepaalde therapeutische context. Welke instrumenten heeft iemand in huis en zijn deze geschikt om in deze behandelcontext ingezet te worden?

De beantwoording van deze twee vragen oriënteert grotendeels de keuze.

De naoorlogse Indische generatie

Het functioneren van door de oorlog existentieel getroffen ouders kan tot een gezinsdynamische constellatie leiden waarbij de kinderen, hoewel na de oorlog geboren, psychische schade ondergaan. Deze schade vindt zijn oorsprong in een tijdelijk of een meer permanent onvermogen van de betrokken ouder(s) tot adequaat ouderend gedrag en een daaraan complementair onvermogen bij de kinderen om de emotionele hiaten, disfunctionele communicatieve patronen enzovoorts, dusdanig te verwerken dat de ontstane stoornis in evenwichtige zin zou kunnen worden gecompenseerd.

Het Sinai-Centrum heeft voor de behandeling van de psychopathologische problematiek van volwassenen die behoren tot de naoorlogse generatie, een poliklinische en een deeltijdfaciliteit ontwikkeld. In tegenstelling tot de groepsformaties voor de eerste generatie hebben deze een gemengde samenstelling.

De ouders van de betrokken groepsleden hebben een oorlogsachtergrond die aan te duiden valt als Indisch of verzet of joods of zij zijn burger-oorlogsgetroffenen. Uitdrukkelijk zij hier tevens melding gemaakt van de militairen.

Door de gemeenschappelijke achtergrond 'naoorlogse generatie' wordt tegemoet gekomen aan de behoefte van de groepsleden aan onderlinge herkenbaarheid en op elkaar lijken, doch tegelijkertijd wordt de ruimte opgehouden om gevoeligheid te ontwikkelen voor de beleving van verschillen en van het eigene. Bovendien wordt er minder meegegaan in de defensieve mythe dat alleen lotgenoten met een identieke achtergrond te vertrouwen zouden zijn, in tegenstelling tot al die anderen die buiten deze categorie vallen. Ook de regressieve fictie dat lotgenoten zozeer samenvallen dat ze elkaar zonder woorden begrijpen, zodat het frustrerende proces van het onderlinge communiceren niet zou behoeven te worden aangegaan, krijgt hierbij minder kansen.

Het bovenstaande dient te worden gelezen in het licht van de parentificatie, loyaliteits- en agressieproblematiek die in verschillende gedaanten terugkomt bij de naoorlogse generatie. Nadruk wil ik hierbij leggen op aspecten van competitieve symbiose binnen het gezin, die inherent is aan de vaak voorkomende individuatie- en separatiemoeilijkheden.

Binnen de behandelcontext met 'peers' is het kunnen ervaren van gelijkheid en verschil, het ontwikkelen van een gevoel voor het eigene, een belangrijke ontwikkelingsopdracht.

Voor de poliklinische groep geldt dat de huidige behandelaar de problematiek van de groepsleden conceptualiseert en bewerkt vanuit een uitgesproken systeemgeoriënteerde opvatting. Daarentegen wordt de groepspsychotherapie binnen het programma van de deeltijdformule bedreven vanuit inzichten aangereikt door de Zelf-psychologie.

Elders zullen deze behandeloriëntaties nader worden geëxpliciteerd en van concrete illustraties voorzien.

Literatuur

1. J. Lanssen en J.P. Cels, Psycho-educative group psychotherapy for Jewish child-survivors of the Holocaust and non-Jewish child-survivors of Japanese concentration camps. In: *Isr J Psychiatry Rel Sci* vol. 29 (1992), 1, p. 22-32
2. M. Horowitz, *Image formation and cognition*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1978
3. T. Wertheim-Cahen, *Getekend bestaan; beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen*. Utrecht: ICODO, 1991
4. W. Op den Velde, *De posttraumatische stress-stoornissen*. In: *ICODO-Info* vol. 2 (1985), 3, p. 5-13
5. H. Blijham, *Het specifieke bij het existentieel emotioneel stress-syndroom*. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* (1984)
6. J. Lantz, *Using Frankl's concepts with PTSD clients*. *Journal of traumatic stress* vol. 5 (1992), 3, p. 485-490
7. E.H. Erikson, *Enfance et société*. Delachaux et Niestlé, 1959
8. R.J. Lifton, *The broken connection; on death and the continuity of life*. New York: Basic Books, 1983
9. I.D. Yalom, *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980