

# Partners in behandeling

J.N. Schreuder en G.W. van Tiel-Kadiks\*

In dit artikel gaat het over mannelijke en vrouwelijke partners van oorlogsgetraumatiseerden, gemakshalve verder aangeduid als 'partners'. Volgens de dikke Van Dale is een partner degene met wie men samenleeft. In deze zin zullen we het begrip partner opvatten. Andere betekenissen zijn deelgenoot, medespeler, maat en gespreksgenoot. In het navolgende zal blijken hoezeer deze betekenissen eveneens van toepassing zijn.

In de verwerking van traumatische oorlogservaringen speelt de partner een bijzondere, maar veelal onopvallende rol. Veel moeilijkheden die de getraumatiseerde kan ondervinden, worden overwonnen door de bijzondere manier waarop partners met elkaar omgaan. Maar ook als de noodzaak ontstaat de oorlogsgetroffene in behandeling te nemen, kent de relatie veelal wel gezonde kanten. Het verdient de voorkeur om in de behandeling van die gezonde kanten van de relatie tussen partners uit te gaan.

Figley (1986) wijst terecht op de mogelijke gezondheidbevorderende rol van het gezin als een systeem van sociale steun. Sociale steun, aldus Figley, is de mate waarin het individu het idee heeft dat hij voor materiële of emotionele hulp kan vertrouwen op andere mensen op momenten dat hij hulp nodig heeft. Figley onderscheidt vijf functies van sociale steun: emotionele steun, aanmoediging, advies, kameraadschap en tastbare, in de zin van materiële hulp.

Het verwerken van schokkende oorlogservaringen vormt een zware belasting voor elke partnerrelatie en elk gezin. Dit heeft te maken met het feit dat het voor de oorlogsgetroffene zeer moeilijk is zijn traumatische ervaringen een betekenis te geven. Die ervaringen zijn opgedaan in een context die dermate losstond van de ervaringswereld die hij tot dan toe als zinvol had leren beleven, dat moet worden gesproken van een onherstelbare breuk in het bestaan. Belangrijke anderen verdwenen en keerden niet meer terug. Huis en haard werden vernietigd. Het sociale milieu verdween. Deportatie en het 'leven' in de kampen waren depersonaliserend en elke zingeving van buiten af ontbrak.

Als het niet lukt de traumatische ervaringen een betekenis te geven, kan dat leiden tot vermijding. Als vermijding optreedt, stagneert de verwerking en worden de traumatische ervaringen geïsoleerd van de andere levenservaringen. (Zie hierover ook Schreuder, 1994.)

Tegelijkertijd kunnen neurofysiologische reactiemechanismen op extreme stress persisteren. In oorsprong adequate aanpassingsmechanismen van lichaam en geest in levensbedreigende situaties worden op de lange duur inadequaat. De angst die aanvankelijk de prikkel vormde voor overlevingsgedrag, wordt

\* Drs. J.N. Schreuder is psychiater en psychoanalyticus en directeur van Centrum '45. Drs. G.W. van Tiel-Kadiks is psychiater en hoofd van de polikliniek van Centrum '45.

later, wanneer de bedreiging niet meer bestaat, een pathologische en verlamme angste. Het lichaam raakt in een toestand waarbij een kleine aanleiding een heftige reactie teweegbrengt. Hierdoor kan elke gedachte aan of associatie met de oorlog herinneringen en herbelevingen teweegbrengen. De angst die dan optreedt, is er onder meer verantwoordelijk voor dat de herinneringen en herbelevingen zeer indringend zijn.

Vermijding en herbeleving zijn de kernsymptomen van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Deze twee mechanismen maken dat er enerzijds maar moeilijk over de traumatische ervaringen kan worden gepraat en anderzijds dat de herinneringen aan de schokkende ervaringen zich manifesteren als overvallen, die een angstaanjagende indruk op de omgeving maken.

Vermijden en herbeleven bepalen ook in hoofdzaak de relaties van oorlogsgetroffenen. Zo is het bijvoorbeeld voor de partner, evenals voor alle anderen die het niet zelf hebben meegemaakt, onmogelijk iets van de traumatische ervaringen van de oorlogsgetroffene te begrijpen, als die er zelf niet in is geslaagd zijn ervaringen te integreren in een betekeniscontext.

Maar partners blijken in het herbeleven en vermijden zelf ook een actieve rol te spelen.

Dit artikel gaat onder andere over psychiatrische en psychotherapeutische behandeling van partners. Daarmee is gezegd dat partners van oorlogsgetraumatiseerden ernstige problemen en klachten kunnen hebben. Maar natuurlijk hoeft dat niet zo te zijn.

Ook willen wij benadrukken dat er ook voor partners manieren zijn om hulp te vragen zonder dat er een psychiater of psychotherapeut aan te pas komt. Het belang van allerlei vormen van sociale steun buiten het gezin kan niet genoeg benadrukt worden. Te denken valt aan burenhulp, vrienden hulp, zelfhulpgroepen en organisaties van oorlogsgetroffenen. Ook het maatschappelijk werk kan veel doen.

Verskillende auteurs (Rosenheck en Thompson, 1986; Hunter, 1982; Schneiders, 1989) benadrukken het belang van gespreksgroepen waarin ervaringen, emoties, frustraties en desillusies met andere partners, die eveneens indirect de gevolgen van de oorlog ondervinden, kunnen worden gedeeld.

Het is opvallend hoe weinig gesystematiseerd onderzoek er naar partners van oorlogsgetroffenen is gedaan. Ook in de klinische beschrijvingen wordt aan deze groep heel weinig aandacht besteed. Dat geldt trouwens voor partners in het algemeen: eigenlijk pas sinds de zestiger jaren is er in de psychiatrie en psychotherapie meer aandacht gekomen voor de partner.

Als onderdeel van The National Vietnam Veterans Readjustment Study (Kulka e.a., 1990) werden partners van Vietnamveteranen met en zonder PTSS vergeleken. De partners van de veteranen met PTSS rapporteerden meer problemen, meer ziekte, meer huwelijksproblemen en meer geweld in het

gezin dan de partners van veteranen zonder PTSS.

In een overzicht van klinische en gecontroleerde studies bij partners en gezinnen van Vietnamveteranen en verkrachtings-slachtoffers met PTSS, vatten Carroll e.a. (1991) tentatief de meest frequent gevonden problemen als volgt samen:

- beperking van intimiteit en beperkt uiten van gevoelens; vermijding van emotionele onderwerpen;
- openlijke vijandigheid in de vorm van onvoorspelbare uitbarstingen van verbale en lichamelijke agressie; en
- slechte aanpassing gekarakteriseerd door algehele ontevredenheid en herhaalde crises.

In een gecontroleerde studie in Israël vergeleken Solomon e.a. (1992) vrouwen van veteranen met en zonder PTSS. De partners van veteranen met PTSS-symptomen vertoonden ernstiger psychiatrische symptomen, meer somatisering, depressies, obsessief-compulsieve stoornissen, angst, paranoïde reacties, vijandigheid en lichamelijke klachten. Ook kwam bij hen vaker sociaal disfunctioneren voor, van gevoelens van eenzaamheid door verstoorde huwelijks- en gezinsrelaties tot gebrek aan tevredenheid met het bredere sociale netwerk.

Tot nog toe werden gecontroleerde studies bij partners vooral verricht bij partners van militaire oorlogsveteranen, waarbij het al of niet aanwezig zijn van een posttraumatische stress-stoornis het onderscheid tussen de twee vergeleken groepen bepaalde. Nog afgezien van het feit dat deze gegevens niet zonder meer kunnen worden toegepast op de situatie in Nederland, is ook terughoudendheid geboden met de vergelijking van door de Tweede Wereldoorlog getraumatiseerde vervolgd en Nederlandse militaire oorlogsveteranen.

Daarnaast willen wij opmerken dat het onze indruk is dat de diagnose PTSS maar zeer ten dele dekt wat wij bij de vervolgd aan psychiatrische symptomen en psychische moeilijkheden tegenkomen.

Wij zullen nu twee vormen van relatiepatronen beschrijven die nauw aansluiten op het verwerkingsproces van traumatische oorlogservaringen. Het zijn relatiepatronen die wij in de praktijk regelmatig tegenkomen.

In de eerste plaats zijn dit relatiepatronen waarin de herbeleving van traumatische oorlogservaringen en verschillende vormen van herhalingsgedrag blijvend een dominerende rol zijn gaan spelen.

In de tweede plaats beschrijven wij relatiepatronen waarin de vermijding van traumatische oorlogservaringen overheerst.

Volledigheidshalve zij opgemerkt dat er vele tussenvormen mogelijk zijn.

De oorlog is nog steeds aanwezig

Bekend zijn de indringende herbelevingen die oorlogsslachtoffers van hun traumatische oorlogservaringen kunnen hebben. Ze kunnen overdag in de vorm van flash-backs optreden en 's nachts in de vorm van angstdromen en nachtmerries. Voor de

partner kan het meemaken van herbelevingen angstaanjagend zijn. Niet alleen kunnen herbelevingen gepaard gaan met motorische onrust, zoals schreeuwen, slaan, schoppen en zichtbare angst. Ook zijn er lichamelijke verschijnselen zoals heftig transpireren, een versnelde hartslag, hoge bloeddruk en benauwdheid. De herbelevingen treden veelal plotseling op, ogenschijnlijk zonder zichtbare aanleiding. Beangstigend is ook het feit dat de persoon tijdens de herbeleving niet goed aanspreekbaar is. Het duurt vaak enige tijd voordat hij of zij weer reageert. Veel partners hebben in de loop van de tijd geleerd hoe te reageren. Op de vraag 'Heeft u regelmatig nachtmerries?' antwoorden veel oorlogsslachtoffers: 'Dat kunt u beter aan mijn man (of aan mijn vrouw) vragen.' En inderdaad geeft een heteroanamnese van deze verschijnselen een vaak zeer volledig beeld, waarbij de partner van de oorlogsgetroffene niet zelden aangeeft ooit heel bang te zijn geweest.

Maar de oorlog kan ook zeer aanwezig zijn zonder deze evidente verschijnselen.

Veel partners begrijpen er maar weinig van als hun echtgenoot, ondanks de afkeer die hij heeft van de oorlog, gepreoccupeerd is met alles wat met de oorlog te maken heeft. 'Mijn man leeft nog in de oorlog.' 'Ik ben met de oorlog getrouwd.' Dit wordt trouwens niet altijd in negatieve zin gezegd.

Het is opvallend hoeveel partners impliciet enig begrip hebben van het feit dat agressie en driftbuien kunnen samenhangen met de gevolgen van de traumatisering. In die zin is de oorlog aanwezig zonder dat hij met name wordt genoemd. De partner begrijpt en rechtvaardigt het gedrag, en beschermt zo zichzelf.

Partners kunnen zich zo met hun echtgenoot identificeren dat zij een onderdeel gaan vormen van de preoccupatie die er met de oorlog bestaat. Nogmaals, het kan niet genoeg worden benadrukt, dit hoeft niet negatief te worden opgevat.

De oorlog kan ten slotte ook zo'n dominante rol in de partnerrelatie gaan spelen, dat het heden erdoor naar de achtergrond wordt verdrongen. Zo kan de oorlog dan de verklaring worden van actuele tegenslag of worden gebruikt om problemen tussen de partners te verklaren.

Een voorbeeld\* betreft een man die gehuwd is met een joodse vrouw, een onderduikkind. De vrouw krijgt paniekaanvallen als ze geconfronteerd wordt met agressie, bijvoorbeeld als haar kinderen ruzie maken of als er oorlogsbeelden op de tv zijn. Agressie roept onmiddellijk oorlogsbeelden bij haar op. Het hele gezin heeft zich in de loop der tijd ingesteld op het vermijden van situaties die de herbelevingen bij mevrouw kunnen doen ontstaan. De echtgenoot heeft de boosheid die deze aanpassing bij hem opriep, jarenlang verdrongen. Hij is gaan geloven dat agressieve gevoelens niet bij hem horen. De huisarts verwijst het echtpaar als patiënt steeds vaker vage lichamelijke klachten gaat vertonen waarvoor geen lichamelijke oorzaak is te vinden.

\* De voorbeelden in dit artikel zijn ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van cliënten onherkenbaar gemaakt.

De oorlog als de grote afwezige

Vermijding van herinneringen en onderdrukking van emoties die zijn verbonden met de traumatische ervaringen, kunnen het de partner, zoals gezegd, moeilijk maken te begrijpen wat er is gebeurd. Er is soms zelfs een volledig gebrek aan communicatie over de traumatische oorlogservaringen; we spreken dan van een gezinsgeheim.

De getraumatiseerde is voor zijn of haar gevoelsleven vaak volledig afhankelijk van de empathische vermogens van zijn of haar partner. Veel beangstigende gevoelens blijven veelal weliswaar onuitgesproken, maar worden toch gedeeld. Herzog (1982) spreekt van een gedeelde veilige ruimte: een gebied, dat groter of kleiner kan zijn, waarbinnen beide partners elkaar ook zonder woorden begrijpen.

Maar het niet uitspreken heeft ook een afweerfunctie. Spreken over het traumatische verleden is taboe en de gevoelens die erdoor kunnen worden opgeroepen, worden vermeden. Wat gedeeld wordt is meer de angst en de machteloosheid, maar bijvoorbeeld de agressie en de krenking blijven vergrendeld. Het bestaan is gericht op vergeten en op vooruitzien.

Voor deze vermijding kunnen bij de partner van de getraumatiseerde eveneens sterke motieven aanwezig zijn. Zo kan de partner op deze manier ook de bedreigende gevoelens die samenhangen met zijn of haar eigen vroegere (mogelijk traumatische) ervaringen, vermijden. Het evenwicht dat zo ontstaat is kwetsbaar. Ogenschijnlijk kleine aanleidingen kunnen voldoende zijn om het te verstoren. Wanneer beide partners een sterke drijfveer hebben om vroegere ervaringen onuitgesproken te laten, zullen zij bij verstoring van het kwetsbare evenwicht beiden klachten of symptomen krijgen.

Een voorbeeld hiervan is een intelligente vrouw die als kind in een Japans kamp werd geïnterneerd. Zij heeft een academische opleiding genoten en heeft nu een goede baan. Zij heeft al jaren slaapproblemen. Dit weet zij echter te maskeren door 's nachts veel te werken. Na een zakenreis naar Japan krijgt ze veel klachten en lukt het haar niet meer haar slaapproblemen in toom te houden. Ze raakt oververmoeid, mede door de herbelevingen waar ze nu toenemend last van krijgt. Ze meldt zich aan voor behandeling. Bij de intake in Centrum '45 wordt ze ook samen met haar partner gezien. Deze ontwikkelt vervolgens zelf slaapproblemen, onder meer doordat hij last krijgt van nachtmerries. Voor het eerst komen nu bij hem herinneringen aan traumatische ervaringen terug. Hij 'herinnert' zich dat hij als jongen enkele keren door mannen is verkracht.

In dit voorbeeld is er een keten van gebeurtenissen, die uitmond in herbelevingen van door de partner doorgemaakte traumatische ervaringen.

Diagnostiek en behandeling

Partners komen als partner in medebehandeling of melden zich aan vanuit een eigen hulpvraag. Ook kan een aanvankelijke behandeling van het paar leiden tot een afzonderlijke behandeling van beiden.

Bij het zien van partners van wie er een oorlogsslachtoffer is, is het van belang de kwaliteit van de relatie in te schatten. Hiervoor zijn drie redenen.

In de eerste plaats kan daarmee de betekenis van de relatie voor de klachten en de hulpvraag worden geanalyseerd. In de tweede plaats kan een voorspelling worden gedaan over de mogelijkheden om van de partnerrelatie als middel in de therapie gebruik te maken. In de derde plaats betekent behandeling vrijwel altijd dat er een nieuw evenwicht zal moeten worden gevonden in de relatie tussen beide partners. De draagkracht van de partnerrelatie als geheel wordt dus op de proef gesteld.

Als traumatische oorlogservaringen een prominente plaats in de hulpvraag en in de klachten innemen, dient tevens de betekenis van deze ervaringen in de huidige relatie te worden onderzocht. In dit verband wordt wel eens vergeten dat de partner zelf ook oorlogservaringen kan hebben, ook als die niet van dien aard zijn dat daarvoor hulp gevraagd wordt. Partners hebben natuurlijk vaak zelf ook de oorlog meegemaakt. Soms zullen ze hun eigen ervaringen als ondergeschikt beschouwen, bijvoorbeeld als ze niet zulke ernstige klachten hebben, of als ze onzeker zijn over wat ze zelf in de oorlog hebben gedaan.

Vrijwel altijd is het geven van informatie over de behandeling aan beide partners zinvol. Het beste is het wanneer dit voorafgaand aan de behandeling gebeurt. Deze informatie dient uitleg te omvatten over de manier waarop psychotraumatische ervaringen kunnen worden verwerkt; over de wijze waarop de behandeling plaatsvindt; over effecten van de behandeling waarbij de hulp van de partner nodig is; en over wat het bij beide partners kan oproepen.

Een individuele behandeling kan bij de getraumatiseerde aanvankelijk een toename van herbelevingen teweegbrengen. Daarvoor dient de partner te worden gewaarschuwd.

Ook de hierboven genoemde mogelijke gevolgen voor de relatie dienen te worden besproken.

In relatiepatronen waarin de herbeleving op de voorgrond staat, kan de aanwezigheid van de oorlog zo'n grote rol zijn gaan spelen dat deze het bindend element tussen de partners is geworden, waarop dan steeds meer wordt teruggerepen ten nadele van het heden en de actuele relatie. Hoe meer door de behandeling de rol van de oorlog op de achtergrond komt, des te sterker zal de betekenis van de actuele relatie worden. Dit kan als een positieve wending in de relatie worden ervaren, maar het heeft natuurlijk ook bedreigende kanten. Soms is de invloed van de oorlog zo sterk geweest, dat als deze invloed afneemt, de relatie nieuwe inhoud zal moeten worden gegeven.

Ook kan de behandeling, zeker als binnen de relatie de vermijding overheerst, beide partners confronteren met de eigen angsten, krenkingen en boosheid. Vaak is het empathisch patroon van dien aard dat de relatie op zich niet al te zeer onder druk komt te staan, maar is het veel meer de individuele verwerking

die om behandeling vraagt. Soms kan dan voor beiden een individuele behandeling noodzakelijk zijn, eventueel aangevuld met zittingen voor beide partners samen.

Enkele opmerkingen over de rol van het rouwen in de partnerrelatie van de oorlogsgetraumatiseerde.

Oorlogstraumatisering betekent in zeer veel gevallen ook dat er sprake is van verlies. Dit kan verlies van belangrijke naasten betekenen, zoals echtgenoten, kinderen, familieleden en vrienden. Maar evenzeer kan dit het verlies van betekenis en zingeving zijn. De joden die de concentratiekampen overleefden keerden terug in een bestaan waarin de joodse wereld met zoveel specifieke elementen was vernietigd. De Nederlanders die van jongs af aan in het voormalig Nederlands-Indië waren opgegroeid en na de oorlog naar Nederland kwamen, verloren de omgeving van hun jeugd en het groter verband van school, familieleden en woonwijk. Maar bovenal was bij velen het basisvertrouwen zo ernstig geschokt dat het geloof in oude normen en waarden maar met moeite kon worden behouden of hervonden.

Verlies betekent rouw. In en direct na de oorlog kon nauwelijks worden gerouwd. Daardoor vertonen veel mensen nog verschijnselen die ten nauwste samenhangen met een verstoord rouwproces.

Kort samengevat komt een gezond rouwproces neer op het doorlopen van fasen van ontkenning, vermijding, herhaling, en geleidelijke loslating van het verlorene, waardoor de ruimte ontstaat om zich te richten op nieuwe relaties. Ook in een gezond rouwproces komen herbelevingen voor, al hebben die vaak meer het karakter van hallucinaties waarin de overledene wordt gezien en beleefd als levensecht. In hoeverre er overeenkomsten bestaan tussen het rouwproces en de posttraumatische stressreactie valt buiten het bestek van dit artikel. Wij willen er hier bij stilstaan omdat rouwverwerking in de behandeling van oorlogsgetraumatiseerden zo'n grote rol speelt. Juist de vermijding van traumatische oorlogservaringen kan een verstoord rouwproces tot gevolg hebben.

De gevolgen van een verstoord rouwproces voor de partner zijn groot. Het is dan voor degene die rouwt heel moeilijk zich emotioneel te richten op anderen, vooral omdat er grote angst is voor een herhaling van het traumatische verlies van intimiteit. Intimiteit wordt dan vermeden uit angst voor een hernieuwd verlies.

Resumerend kunnen we zeggen dat de partner van de oorlogsgetraumatiseerde op verschillende manieren deelt in de gevolgen van de oorlog. De manier waarop dit gebeurt is vooral afhankelijk van de verwerkingsmechanismen die bij de getraumatiseerde domineren. Enerzijds kunnen herbeleving en herhalingsgedrag overheersen, anderzijds kan vermijding op de voorgrond staan.

Ook zijn de eigen ervaringen van de partner voor de relatie en voor de relatiepatronen van belang. Tot op heden is aan dit laatste maar weinig aandacht besteed.

Veel paren zijn in staat om de zware belasting van oorlogstraumatisering samen op te vangen. Vaak is sociale steun, bijvoorbeeld in de vorm van gespreksgroepen, onontbeerlijk. Wanneer klachten en verschijnselen van een verstoord psychisch evenwicht ontstaan, kan het tot een hulpvraag komen. Tijdens het diagnostisch onderzoek zal ook een inschatting moeten worden gemaakt van de betekenis van de partnerrelatie.

Het geven van voorlichting over de verwerking van psycho-traumatische gebeurtenissen en over de behandeling ervan is noodzakelijk, maar wordt nog te vaak veronachtzaamd. Als de oorlogsgetraumatiseerde individueel wordt behandeld kan het effect van de behandeling worden vergroot door de partner goede uitleg te geven en hem of haar op de hoogte te houden van het behandelproces. Dit kan tevens een preventieve werking hebben voor het nieuwe evenwicht waarin de partnerrelatie zal komen te verkeren.

Als de betekenis van de oorlogstraumatisering sterk is verweven met de relatiepatronen van de partners, is partnerrelatietherapie aangewezen.

Soms kan de hulpvraag in de relatie verschuivingen teweegbrengen die individuele behandeling van beide partners noodzakelijk maken. Ook dan is het houden van enkele gezamenlijke sessies aanbevolen.

#### Gebruikte literatuur

**Carroll, E.M., D.W. Foy, B.J. Cannon, B.J. Zwier**, Assessment Issues Involving the Families of Trauma Victims. In: *Journal of traumatic Stress* vol. 4 (1991) 1, 25-40.

**Figley, C.R.**, Traumatic Stress: The Role of the Family and Social Support System. In: Figley, C.R. (ed.), *Trauma and Its Wake*. Volume II: Traumatic Stress Theory, Research and Intervention. New York: Brunner/Mazel, 1986.

**Herzog, J.**, World beyond metaphor: thoughts on the transmission of trauma. In: Bergmann, M.S., M.E. Jucovy (ed.), *Generations of the Holocaust*. New York: Basic Books, 1982.

**Hunter, E.J.**, *Families under the flag, a review of Military Family Literature*. New York: Praeger Special Studies, 1982.

**Kulka, R.A., W.E. Schlenger, J.A. Fairbank, R.L. Hough, B.K. Jordan, C.R. Marmar, D.S. Weiss**, *Trauma and the Vietnam War Generation. Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel, 1990.

**Rosenheck, M.D., J. Thompson**, 'Detoxification' of Vietnam War trauma: A Combined Family-Individual Approach. In: *Family Process* vol. 25 (1986) 559-570.

**Schneiders, L.**, *Partners van Oorlogsgetroffenen: over hun situatie en de steun die zij ervaren in een zelfhulpgroep*. Doctoraalscriptie Universiteit van Amsterdam, 1989.

**Schreuder, J.N.**, Vergeten of weten wat wij niet weten? In: *Weergave van lezingen tijdens het Symposium 'Vier wijzen van omzien'*. Centrum '45. (Nog te verschijnen)



**Solomon, Z. M. Waysman, G. Levy, B. Fried, M. Milkulincer, R. Benbenishty, V. Florian, A. Bleich**, From Front Line to Home Front: A Study of Secondary Traumatization. In: *Family Process* vol. 31 (1992) 289-302.

#### **Overige aanbevolen literatuur**

**Figley, C.R.**, Post-traumatic family therapy. In: Ochberg, F.M., *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/Mazel, 1987.

**Schneiders, L.**, Kampkinderen over hun partners en kinderen. In: *ICODO-Info* vol. 5 (1988) 4, 20-29.

**Solomon, Z., M. Waysman, E. Avitzur, D. Enoch**, Psychiatric symptomatology among wives of soldiers following combat stress reaction: the role of the social network and marital relations. In: *Anxiety research* vol. 4 (1991) 213-223.