

Partnerrelaties bij jong-getraumatiseerde oorlogsgetroffenen

H. Siegelaar*

Over partnerrelaties, over jong-getraumatiseerden en over oorlogsgetroffenen is al veel geschreven, maar nog weinig over de combinatie van die drie onderwerpen. Ik ben geen theoretisch deskundige op dit gebied, maar ik heb wel praktische ervaring. Daarop is het onderstaande gebaseerd.

Ten behoeve van dit artikel ben ik al mijn afgesloten en nog lopende behandelingen nagegaan waarbij ik de partner van de jong-getraumatiseerde oorlogsgetroffene een of meer keren heb gezien. Het betreft in totaal 45 personen: 28 joodse, 14 Indische en 3 burger-oorlogsgetroffenen. Van hun partners (35 vrouwen en 10 mannen) zijn er zes zelf ook jong-getraumatiseerd; zij behoren tot het bestand van 45. Anders gezegd: het gaat om 39 paren met één en drie paren met twee getraumatiseerden.

De partnerkeuze

Mensen vinden niet bij toeval een partner. Men kiest. Allerlei bewuste en onbewuste motieven spelen daarbij een rol. Vaak met een zeer bevredigende uitkomst. Een trekje van vader, een stukje uiterlijk van moeder, dat zelfbewuste optreden omdat je zelf wat schuchter bent, en in ieder geval iemand die langer is dan jij. *De ongecompliceerde partnerkeus.*

Iets gecompliceerder: de partners zijn lotgenoten in hun gehavende levensgeschiedenis. Bij elkaar wordt beschutting gezocht tegen een beschadigende buitenwereld, nu of in het verleden. Twee psychiatrische patiënten die met elkaar huwen. Maar ook twee getraumatiseerden die elkaar in hun lotsverbondenheid herkennen en binden. Niet zo zeldzaam. En soms met verschillende traumageschiedenissen: de Indische met de joodse of de joodse met het NSB-kind. *De lotgenotenkeus.*

* H. Siegelaar is als psychiater werkzaam bij Sinai-Ambulant te Amsterdam.

Nog gecompliceerder wordt het als nadrukkelijk en meestal meer onbewust een herhaling gezocht wordt van de relatie met een van de ouders, of juist een afzetten daartegen (met als uitkomst dan toch weer een duplicering). De gekozen partner vertoont bijvoorbeeld opmerkelijke karakterologische overeenkomsten met de geliefde of de gehate ouder van hetzelfde of tegenovergestelde geslacht. De dochter van de alcoholist blijkt na een aantal jaren gehuwd met een alcoholist. *De neurotische partnerkeus.*

Het wordt echt gecompliceerd als beider keuze wordt gestuurd door onbewuste motieven en behoeften voortkomend uit onopgeloste emotionele conflicten uit de vroege jeugd of in de ontwikkeling opgelopen tekorten, waarbij elk van beide partners de ander nodig heeft om dat conflict leefbaar te houden of dat tekort aan te vullen. Degene die emotioneel geblokkeerd raakte met als consequentie nogal eens een dreigend sociaal isolement, blijkt een partner gevonden te hebben die sociaal voelend en naar buiten tredend is. Deze partner blijkt bij nadere beschouwing haar of zijn gevoel van eigenwaarde te ontlenen aan de afhankelijkheid in dat opzicht van de eerste.

In meer uitgesproken vormen vindt er een 'verhaking' plaats: geen van beide partners kan voor de aanvulling van eigen tekorten of de behoeftebevrediging nog zonder de ander. Een sleutel-slot-relatie, een *partnercollusie* (Willi, 1975).

Waar een traumatische resttoestand bij een van beide partners bestaat is de dynamiek nogal eens van het meer gecompliceerde type. Tas (1993) heeft daar een artikel aan gewijd. Halberstadt-Freud (1993) beschrijft enkele voorbeelden uit haar praktijk betreffende onderduik-kinderen. De vrouw die op grond van verschillende gebeurtenissen in haar leven waarover zij zich schuldig voelt, met de getraumatiseerde huwt 'om iets goed te maken'. Of de reddersfantasie: 'Ik heb het huwelijk van mijn ouders gered en mijn moeder door moeilijke tijden geholpen. Ik kan mijn beschadigde man ook uit de sores halen.'

Waarom beschrijf ik deze uitkomsten van de partnerkeuze? Om begrijpelijk te maken hoe het komt dat ogenschijnlijk zo weinig bevredigende relaties toch in stand blijven en duurzaam blijken. In relaties waarin een van beide partners ogenschijnlijk alleen maar geeft, is vaak op te

sporen dat deze ook ontvangt. Dan wordt de relatie er toch weer een van geven én nemen.

Hoe vaak komt de meer gecompliceerde partnerkeuze voor? In mijn bestand van 42 paren is een kwart van de relaties ongecompliceerd te noemen. De overige driekwart betreft een neurotische relatievorm. Een derde daar weer van is een collusie.

Deze gegevens zijn uiteraard geenszins representatief voor de groep jong-getraumatiseerden als geheel, maar ik kan me toch niet aan de indruk onttrekken dat deze groep in zijn relatievorming zeer kwetsbaar is.

Ik geef uit mijn patiëntengroep twee voorbeelden van het type neurotische partnerkeus, waarbij eenzelfde uitgangssituatie tot een heel verschillende dynamiek leidt.

Een onzekere, afhankelijke vrouw kiest een man die evenals haar vader autoritair en nogal narcistisch is. Hij is een kampkind. Zij schikt zich naar zijn wensen. Als hij op rijpe leeftijd decompenseert en in behandeling gaat, begint zij zich te emanciperen. Er ontstaan aanzienlijke spanningen in de relatie.

Een onzekere, afhankelijke Indische vrouw kiest een even onzekere Indische man, opgegroeid in kindertehuizen nadat zijn ouders tijdens de bezetting door de Jappen zijn omgebracht. Hij heeft dus nooit een mannelijk rolmodel voor ogen gehad. Zij wordt kennelijk gerustgesteld door het ontbreken van agressie in de relatie, terwijl hij naast deze onzekere vrouw nog een bescheiden mogelijkheid heeft om de mannenrol in de relatie uit te oefenen. Het loopt fout als de kinderen in de puberteit komen.

Een voorbeeld van een partnercollusie:

Een joodse man, onderduikkind, huwt een vrouw die een generatie met hem verschilt. Hij verloor vroeg in de oorlog zijn ouders en had een liefdeloze jeugd. Haar jeugd is bepaald door een afwijzende moeder die dit kind nooit wenste en dat voortdurend liet blijken. Haar vader overleed toen ze zes jaar oud was. Hij zoekt hulp wegens impulsieve woedeuitbarstingen in depressieve context. Zij

is begonnen onlust te uiten over het leeftijdsverschil en dreigt impliciet met scheiding. Tijdens de partnerrelatietherapie blijkt zij voor hem de betekenis te hebben van de geïdealiseerde goede moeder die het eeuwige leven heeft. En hij betekent voor haar de verloren en enige affectieve bron uit haar jeugd: haar vader. Als ze een scheiding lijkt door te zetten en hij zich daar boos en sterk in opstelt, raakt zij ten prooi aan heftige angstgevoelens en herstelt ze de relatie.

Mechanismen in de relatie

Schreuder en Van Tiel-Kadiks (1993) onderscheiden twee relatiepatronen die ze regelmatig in de praktijk tegenkomen. Zij zien enerzijds relaties waarin de herbeleving en verschillende vormen van herhalingsdwang een dominerende rol zijn gaan spelen, en anderzijds relaties waarin de vermijding van het trauma overheerst. Herbeleving en vermijding zijn twee kernsymptomen van de posttraumatische stress-stoornis. Zij merken daarbij wel op dat er vele tussenvormen mogelijk zijn. In mijn patiëntenbestand kan ik deze tweedeling echter nagenoeg niet herkennen. Ik kan er überhaupt nauwelijks patronen in herkennen.

Hoe kan dat? Met de natte vinger zeg ik: doordat de vroege traumatisering, in tegenstelling tot traumatisering op latere leeftijd, meer door hechtingsproblematiek en verliesangsten wordt beheerst dan door herbeleving en/of vermijding. En doordat er een eindeloze reeks variabelen in het spel is, die ieders situatie weer uniek maakt.

Om een indruk te geven van die variabelen: in mijn groep van achtentwintig joodse jong-getraumatiseerden zie ik:

- drie kampoverlevenden en verder allen onderduikkinderen;
- een leeftijd bij traumatisering van 13 maanden tot 16 jaar;
- van één tot tien onderduikadressen;
- ondergedoken samen met de ouders, maar ook als eenjarige alleen, of als vijfjarige op de trein gezet;
- alle familieleden vermoord, maar ook: weer enig herstel van een familieverband.

Bij de veertien Indische oorlogsgetroffenen:

- een leeftijd bij traumatisering van 0 tot 15 jaar;
- acht kampkinderen, van wie vijf ook de Bersiapperiode hebben doorgemaakt;

- een kind dat door 'de Jap' verweesd is en bij nonnen ondergebracht;
- vier buitenkampkinderen, die veel geweld hebben gezien.

Dergelijke factoren hebben uiteenlopende storende gevolgen voor de ontwikkeling. Een en ander komt tot uiting in verschillende vormen van hechtingsproblematiek, klampgedrag, verliesangsten, afhankelijkheidsproblematiek en vormen van afweer daarvan, soms in de vorm van een volslagen gevoelsafweer.

De verlies- en verlatingsangst uit zich ten opzichte van de partner nog wel eens in inadequate vorm, bijvoorbeeld:

- hevige jaloezie bij contacten van de partner met anderen;
- de roep 'je wilt zeker scheiden' bij conflicten;
- de aankondiging 'dan gaan we nu scheiden', waar dan nooit actie op volgt;
- regressieve ontreddering als de partner een ernstige ziekte blijkt te hebben;
- paniek en versterkt klampgedrag als de partner een afstandmakende manoeuvre uitvoert.

Als vermijding en herbeleving in de relaties een rol spelen, gaat het steeds om de wat ouderen in deze groep, die rond de zestien waren bij aanvang van de traumatisering. Hoe lager de leeftijd bij traumatisering, des te meer de relatie beheerst lijkt te worden door verlies- en verlatingsangsten. Maar veelvormig blijft het. Ik geef nog een paar illustraties.

Een man, op zeer jonge leeftijd ondergedoken geweest, met een volledige gevoelsafweer, heeft een veel jongere partner die voor hem behalve de rol van partner ook die van moeder, maatschappelijk werkster, verpleegkundige en nog een paar meer vervult.

De vroegkinderlijke tekorten blijven gefixeerd en appellerend aanwezig in de volwassen relatie; de partner probeert in alle opzichten te compenseren.

Een ander onderduikkind, van dezelfde leeftijd, met eenzelfde soort gevoelsafweer en met een gedeeltelijke amnesie ook voor de feiten betreffende de onderduikperiode, heeft een nuchtere, kameradschappelijke partner die hem sociaal meetrekt. Op latere leef-

tijd ontstaan onbestemde angstklachten, concentratiestoornissen en vergeetachtigheid, waar de partner met zorg, steunend, zonder overmaat of dwang op reageert. Beiden vrezen een beginnende dementie.

De onderduik als emotionele beschadiging is voor geen van beide partners voelbaar; zij leven een ogenschijnlijk onopvallend huwelijksleven. Emotionele problematiek wordt medisch vertaald en in dat kanaal opgelost, althans geprobeerd op te lossen.

Een in Nederlands-Indië geboren Europese vrouw die op jonge leeftijd verschillende jappenkampen doormaakte en daaraan een identiteitsprobleem met veel onzekerheid en neurotische mechanismen overhield, treft een partner die vanuit zijn culturele (Indische) achtergrond zeer veel structuur en dus veiligheid biedt, maar daarin ook dwingend is. Dit wordt haar allengs tot last en de hulpverlening wordt gezocht.

Hier is niet het trauma zelf als probleem gedefinieerd, maar de gevolgen daarvan zoals die in de partnerkeus allengs zijn gaan kwellen.

Twee onderduikkinderen, toen in de puberleeftijd, vinden elkaar in een gezamenlijk, chronisch en tamelijk verongelijkt slachtofferzijn.

De wereld die door de puber normaal gesproken 'bemeesterd' moet gaan worden, heeft zijn dreigend en achtervolgend karakter behouden.

Ten slotte: bij de Indische jong-getroffenen in mijn bestand, en dan bij de wat oudere, komt het nogal eens voor dat de partners soms uitermate slecht op de hoogte waren van de ernst van de problematiek? Is dit toeval? Men weet wel dat de partner in het kamp gezeten heeft en merkt daar ook de gevolgen van, maar de ernst van de symptomen wordt door de getraumatiseerde verdoezeld of gebagatelliseerd.

Hij heeft zijn huis 's avonds en 's nachts aan alle kanten verlicht. Zij denkt wegens de nieuwe tuinaanleg. Hij probeert zijn angsten voor het donker en de herbelevingen de baas te blijven. In het donker kwamen de pemoeda's.

De schaamtecultuur van de Indische groep speelt zeker een rol. Met je emoties loop je niet te koop. Maar ook de gezinscultuur. Als man ben je verantwoordelijk voor het welzijn van je gezin. Daar past eigen problematiek niet in. En de vrouw vraagt niet. Beiden handhaven een gezinsgeheim.

Zo kan ik doorgaan. De dynamiek in de partnerrelaties is steeds weer anders te omschrijven.

De positie van de partner

Mede op grond van wat anderen over partnerproblematiek hebben geschreven (Ritter-Reilingh, 1986; Schneiders, 1988, 1989), zie ik dat de partners (meestal vrouwen) zijn:

- de dragende en steunende in de relatie;
- de hulpverlener;
- degene die een emotioneel klimaat tracht te handhaven;
- een projectiescherm voor de onmacht van de getroffene;
- een spanningsregulator;
- de bemiddelaar tussen de oorlogsgetroffene en de kinderen;
- een brug naar de buitenwereld;
- een wachter tegen sociaal isolement;
- en soms de schuldig geworden, die uitgeput is - want er wordt gegeven zonder te ontvangen - en die heeft gefaald: bedolven onder verwijten van de kinderen, agressie van de partner en onbegrip van de omgeving, en gevangen in de eigen depressie.

Dit alles geldt overigens voor partners van getraumatiseerden in het algemeen, niet speciaal voor jong-getraumatiseerden.

Het zijn geen vaststaande patronen, maar elementen van bovengenoemde opsomming komen in nagenoeg elke partnerrelatie binnen mijn bestand voor. Bij de relaties waarin beiden getraumatiseerd zijn, is er daarnaast nogal eens een strijd om de aandacht van elkaar of van de buitenwereld voor de eigen problemen.

De partner, zeker de vrouwelijke, is dus in de regel de tolk ten opzichte van de kinderen, de bemiddelaar, de spanningsregulator. En dit vanwege de emotionele afgeslotenheid van de getraumatiseerde oorlogsgetroffene, zijn depressiviteit, zijn prikkelbaarheid, agressie of dwangmatigheid.

Voor emotionele steun wendt de vrouw zich nogal eens tot de kinderen. Al snel is dan een coalitie geboren, waardoor de man nog meer geïsoleerd raakt.

En waar de getraumatiseerde zijn contacten met de buitenwereld beperkt, wordt de partner dan ook nog het bruggenhoofd voor de contacten van het gezin met die buitenwereld. Een bruggenhoofd dat voortdurend verdedigd moet worden.

Het is tragisch te merken hoe alle inspanningen van de partner niet kunnen voorkomen dat de kinderen gevolgen ondergaan. In mijn patiëntengroep vertoont het merendeel van de kinderen stoornissen of heeft een gestoorde relatie met de ouders. Ik zie: contactbreuk met de getraumatiseerde ouder na scheiding van de ouders, tweede-generatieproblematiek, psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen.

Een vrouw belt me op voor een afspraak. Ze is uitgeput. Haar man, die als jong kind in een jappenkamp heeft gezeten, zet haar voor de zoveelste keer met een van zijn grillen klem. Ze heeft hem tegenover de kinderen altijd verdedigd. De kinderen komen successievelijk in de puberteit en het gaat eigenlijk met geen van allen goed. De oudste zoon verwijt haar dat ze het gedrag van haar man altijd heeft vergoelijkt. Hij heeft daarom geen respect meer voor haar.

Maar ook succesvolle partnerrollen komen voor.

Een man heeft zijn oorlogservaringen (puber in de Bersiaptijd, met ernstige geweldservaringen) voor zijn partner nagenoeg en voor zijn twee nog thuis wonende adolescente dochters geheel verborgen gehouden. Ik nodig hem met zijn gezin uit. Mijn verwachting dat de conspiracy of silence wel tot tweede-generatieproblematiek geleid zal hebben, wordt op geen enkele manier bevestigd. Zijn veel jongere vrouw heeft een gezond ogende loyaliteit met haar levenslustige en geenszins bezwaarde dochters, die overigens duidelijk gesteld zijn op hun vader.

Betrekken van de partner bij de hulpverlening

Ik ben als gewoonte gaan hanteren om bij iedere nieuw te behandelen patiënt de partner in een van de eerste gesprekken mee uit te nodigen.

Dit biedt verschillende voordelen: er is een inschatting te maken in hoeverre de partner belast wordt door de traumatisering, hoe in de relatie wordt omgegaan met de symptomen, welke hulpbronnen bij de partner eventueel aanwezig of te mobiliseren zijn. Tevens is een indruk te krijgen van de mate waarin de hulpverlening wordt toegestaan. Hoe groot is de draagkracht als de symptomen onder invloed van de behandeling tijdelijk toenemen?

En de partner krijgt een belangrijk signaal van de hulpverlener: die heeft ook voor zijn (of meestal haar) situatie oog. Dat is een weldadige ervaring, waar niet zelden de partnerrelatie beheerst wordt door de getraumatiseerde en zijn lijden.

De getraumatiseerde maakt in mijn ervaring zelden bezwaar tegen het mede uitnodigen van de partner. Overigens blijkt nog wel eens dat de oorlog de kapstok is voor partnerproblematiek die niet zo direct door de oorlog in het leven is geroepen. Dan is paartherapie meer aangewezen dan traumabehandeling.

Door een van de basisinstellingen werd een man verwezen die in de partnerrelatie zijn vrouw machteloos maakte met zijn passief-agressieve opstelling, die werd toegeschreven aan zijn ervaringen als burger-oorlogsgetroffene. Ik nodigde beiden uit in de intake. Aan het einde daarvan legde ik hun voor dat naar mijn indruk de onderlinge omgang momenteel het grootste probleem vormde. Beiden waren het ermee eens dat eerst aandacht zou worden besteed aan de relatie en dat daarna zou worden beoordeeld in hoeverre onverwerkte zaken uit de oorlog aan bod moesten komen.

Na een vijftal gesprekken met het echtpaar is een opvallend gunstig resultaat bereikt. Noch zij, noch ik hebben het gevoel dat het trauma nog aandacht behoeft. Ook omdat de symptomatologie (angstdromen) sterk was gereduceerd door de rust die in de relatie was gekomen.

Waar het trauma deel is gaan uitmaken van pathologische echtpaarinteracties ligt relatietherapie eveneens voor de hand.

Een man, onderduikkind, heeft op tweejarige leeftijd zijn ouders verloren, waarna hij verder opgroeide in het onderduikgezin. Hij is altijd een contactschuw kind geweest en emotioneel onderont-

wikkeld gebleven. In zijn huwelijk met een dochter van een NSB'er is hij 'kind onder de kinderen'. Met zijn postzegelverzameling brengt hij uren door op zijn hobbykamer in het souterrain: letterlijk nog in onderduik. Zij probeert aan hem haar besmette afkomst goed te maken. Allengs raakt zij steeds gefrustreerder over de ongelijkwaardigheid in de relatie. Hoe meer zij een appèl doet op zijn partnerschap, des te meer trekt hij zich geslagen en zwijgend terug. Ten slotte zoekt ze echtpaartherapie.

Ten slotte: wanneer in een individuele traumabehandeling de partnerrelatie of het gezin in crisis raakt, door welke oorzaak dan ook, voer ik een flexibel beleid en stap tijdelijk over op paar- dan wel gezinsbehandeling.

Een Indisch kampkind legt uit angst en bezorgdheid ('mijn kinderen moeten een probleemloze jeugd hebben') een nogal beperkende claim op zijn in de puberteit rakende dochter, die natuurlijk de verkeerde vriend kiest. Als bij haar de maat vol is loopt ze van huis weg, wat een uitermate schokkende gebeurtenis is voor deze goedbedoelende vader. Er volgen enkele crisisgezinsgesprekken, waarna weer voldoende stabiliteit is bereikt.

Concluderend: het betrekken van de partner bij de behandeling is aan te bevelen, tenminste voor taxatie, vaak ter ondersteuning, soms in een relatietherapie.

Belangrijk voordeel is de erkenning van de bijzondere positie die het partnerschap met een getraumatiseerde met zich meebrengt.

Zelfhulpgroepen

Mede op basis van Schneiders (1989) en Schneiders en Haans (1994) geef ik hier weer wat getraumatiseerden aan een zelfhulpgroep kunnen ontlennen:

- herkenning en erkenning, en daarmee een gevoel van bevrijding, een doorbreken van isolement;
- informatie;
- het kunnen verwoorden van problemen en het mogen uiten van gevoelens;
- het van elkaar leren, vooral het leren omgaan met de gevolgen van traumatische ervaringen;

- de groep als referentiekader voor het inbrengen van eigen problemen;
- inzicht in de gemeenschappelijke problematiek en daarmee meer greep op het eigen leven;
- solidariteit, waardoor men zich minder alleen voelt staan;
- toenemend zelfvertrouwen door het helpen van een ander.

Ik meen dat de zelfhulpgroepen de problematiek van die partners die de stap naar de professionele hulpverlening niet nodig hebben, kunnen verminderen. En voor zover professionele hulpverlening wel nodig is, is deelname aan een zelfhulpgroep een goede opstap.

Om te besluiten

Voor hulpverleners die oorlogsgetroffenen behandelen en de partnerrelatie niet willen verwaarlozen, noem ik hier de oriëntatiepunten waar ik me zelf op richt.

Ik zie tenminste eenmaal het paar, bij voorkeur direct na de individuele intake, en als de aangemelde patiënt daarmee instemt al bij het eerste gesprek. Aan de orde kan dan komen:

- Hoe beleeft de partner het trauma van de ander?
- Hoe is de eigen oorlogsgeschiedenis?
- Hoe denkt elk van beide partners dat de oorlog invloed gehad heeft, persoonlijk en op de relatie? (De gezinsproblematiek komt bijna vanzelf aan de orde.)
- Behoeft de partner hulp voor zichzelf?

Indien het antwoord ja is, denk dan aan:

- versterken van de sociale steun buiten het gezin;
- een zelfhulpgroep voor partners;
- een steunend gesprekscontact;
- sociaal-psychiatrische begeleiding;
- waar nodig, mee uitnodigen in de lopende behandeling;
- partnerrelatietherapie;
- een partnerrelatietherapiegroep.

* Dit artikel is eerder verschenen in: Tom de Ridder en Sytse van der Veen (red.), *Oorlogskinderen toen en nu; aspecten van problematiek en behandeling*. Utrecht: Stichting ICODO, 1997.

Literatuur

- Halberstadt-Freud, H.C., 'Ben ik mijn broeders hoeder? Over partners van onderduikers.' In: *ICODO-info* vol. 10 (1993) 4, 26-36.
- Ritter-Reilingh, H., 'Praatgroepen voor vrouwen en weduwen van oorlogsgetroffenen.' In: *ICODO-info* vol. 3 (1986) 4, 37-42.
- Schneiders, L., 'Kampkinderen over hun partners en kinderen.' In: *ICODO-info* vol. 5 (1988) 4, 20-29.
- Schneiders, L., *Partners van oorlogsgetroffenen. Over hun situatie en de steun die zij ervaren in een zelfhulpgroep*. Doctoraalscriptie Universiteit van Amsterdam, 1989.
- Schneiders, L. en T. Haans, 'Zelfhulpgroepen voor oorlogsgetroffenen, partners en kinderen.' In: *Handboek Groepstherapie*, 1994, 4.1-4.20.
- Schreuder, J.N. en G.W. van Tiel-Kadiks, 'Partners in behandeling.' In: *ICODO-info* vol. 10 (1993) 4, 8-16.
- Tas, L.M., 'Partnerkeuze bij oorlogsgetroffenen.' In: *ICODO-info* vol. 10 (1993) 4, 43-51.
- Willi, J., *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowolt Verlag, 1975.