

# Traumatisering en ontwikkelingsinterferentie bij kinderen in en na de Tweede Wereldoorlog

Han Groen-Prakken

## Inleiding

De laatste jaren is er een discussie ontbrand over de vraag in hoeverre ervaringen die zijn opgedaan in de zeer vroege jeugd als gevolg van de oorlog (kampen, onderduik, foute ouders enzovoort) bepalend kunnen zijn voor psychopathologie en/of psychosomatiek nu, vijftig jaar later. Schudel en Peppinkhuizen (1987), die meenden dat er nu wel eens een streep onder de oorlogsgevolgen gezet kon worden, hebben het moeten afleggen tegen de velen die overtuigend de samenhang konden aantonen tussen oorlogservaringen en ernstige psychische en psychosomatische symptomen die pas na het vijftigste levensjaar met de verminderende vitaliteit manifest worden.

Voor een aantal praktische doeleinden, zoals het recht op uitkering of de vorm van toe te passen psychotherapie, is een theoretisch onderbouwde verklaring van de aard van de psychopathologie van nut. Vanuit mijn discipline, de psychoanalyse, zal ik eerst iets uitleggen over het verschil tussen trauma en ontwikkelingsinterferentie. Dan zullen we nagaan hoe deze een rol spelen bij de onderscheiden groepen oorlogsslachtoffers. Ten slotte zal ik uitgebreider stilstaan bij de groep patiënten die als jonge kinderen op enigerlei wijze tijdens de oorlog bijzondere schade hebben geleden.

Ik versta hierbij onder de eerste generatie oorlogsslachtoffers iedereen die, op wat voor leeftijd dan ook, de oorlog aan den lijve heeft onderhouden, en onder de tweede generatie iedereen die na de oorlog is geboren en ten minste één ouder heeft die als eerste-generatie-slachtoffer te karakteriseren is.



## Trauma

Wat wordt verstaan onder een psychisch trauma? Het is een heel oud psychiatrisch begrip dat veel door Freud is gebruikt maar niet door hem is bedacht. Freud (1917, 1926) verstond eronder een plotselinge heftige prikkel die het ego even geheel buiten werking stelt. We komen van de ene definitie op de andere: het ego is dat gedeelte van de psyche, van de persoonlijkheid, dat ervaart, waarneemt; dat emoties, heftige gevoelens, reguleert; dat bemiddelt tussen de eisen van het driftleven, de uitwendige realiteit en geweten en idealen. Wanneer de regulerende, synthetiserende en integratieve functies van het ego worden uitgeschakeld gaat de beoordeling van situaties falen en worden heftige emoties niet langer beheerst. Er dreigt paniek en impulsief handelen. U kent de krantenberichten: in een aanval van razernij steekt iemand een ander na een provocatie neer; als er paniek uitbreekt in de massa bij het instorten van een voetbaltribune worden mensen onder de voet gelopen. Greenacre (1967) beschreef de traumatische shock: na een trauma ontstaat een shockreactie met hyperactiviteit of juist een soort verlamming, die zich geheel aan de wil van de desbetreffende persoon onttrekt. Men herstelt wel van deze shocktoestand maar dat kan vele maanden duren. Vermoedelijk komt het beeld dat Greenacre in 1967 beschreef overeen met wat wij tegenwoordig PTSD, Post Traumatic Stress Disorder, noemen.

Onder analytici is er een sterke tendens het begrip te verruimen en steeds meer pijnlijke, onnatuurlijke of onaangename ervaringen trauma te noemen. Anna Freud (1967) waarschuwde mijns inziens terecht dat zo'n verwaterd begrip zijn nut verliest. Een trauma is zo schadelijk omdat het als het ware als een onverteerd brok in de psyche blijft liggen. De meeste mensen trachten iedere herinnering eraan te ontlopen. Ze richten een heel bouwwerk op van afweer- en vermijdingsmechanismen, die niet alleen het trauma zelf betreffen maar ook allerlei situaties die daaraan doen denken. Het terrein van als gevaarlijk beleefde psychische ervaringen breidt zich als een olievlek uit - het trauma wordt neurotisch verwerkt. Hoewel een trauma predisponeert tot neurose is er geen onverbreekelijk verband; posttraumatische begeleiding en therapieën werken preventief. Ik zal in mijn verhaal vasthouden aan de definitie dat trauma een prikkel is die het ego overspoelt, zodat het tijdelijk niet functioneren kan.

Wat uit deze definitie volgt en van groot belang is, is dat men als regel



niet stellen kan dat een bepaalde gebeurtenis objectief, dat wil zeggen voor iedereen, traumatiserend is. De sterkte van de uitwendige prikkel én de ik-sterkte van de getroffene bepalen samen of een gebeurtenis een traumatisch effect heeft. Sommige prikkels zijn zo sterk dat zelfs het sterkste ego er niet tegen opgewassen is, zoals marteling of hersenspoeling. Andere, zwakkere, zijn voor mensen met een sterk ego een bijzonder onaangename ervaring die ze niet gauw vergeten zullen en die ze nooit weer mee hopen te maken, maar het ego blijft intact, ze kunnen het misschien zelfs ten dele gaan verwerken. Deze zelfde ervaring is voor een minder sterke persoon een trauma. Men kan een lijn trekken die de etiologie van traumatisering voorstelt. Aan het ene eind is het trauma dat uitsluitend veroorzaakt wordt door de intensiteit van de prikkel. Aan het andere eind bevindt zich het ego dat door iedere prikkel overspoeld raakt. Daartussen zijn alle combinaties van traumasterkte en ego-sterkte mogelijk.

Aan het begrip ego-sterkte zijn drie dimensies te onderscheiden die voor ons vandaag van belang zijn. In de eerste plaats zijn er *individuele* verschillen. Constitutie, erfelijkheid, milieu-invloeden en sociale omstandigheden maken dat het ene individu een sterk karakter, een sterke persoonlijkheid heeft, wat niet hetzelfde is als een sterk ego maar wel de omschrijving uit het gewone taalgebruik die er nogal dichtbij komt. In de tweede plaats zijn er ook bij een individu *periodieke fluctuaties*: onder invloed van lichamelijke ziekte, uitputting, veroudering of psychische druk kan een ego tijdelijk of blijvend verzwakt raken. Ten derde zijn er tijdens *de normale ontwikkeling* grote veranderingen: een pasgeboren baby heeft nauwelijks een ego; dit ontwikkelt zich pas met verdere rijping en in interactie met de omgeving, door de zorg maar ook door zintuiglijke prikkeling. In de loop van peuter- en kleuterjaren maakt het ego een enorme ontwikkeling door en latentiekinderen, dat wil zeggen kinderen op de lagere-schoolleeftijd, beschikken over tal van vaardigheden en ontwikkelen een redelijk kritisch oordeel. De puberteit betekent vaak een relatieve verzwakking van het ego: de lichamelijke veranderingen, de druk van de opkomende seksuele verlangens en het losmakingsproces van de ouders vergen zo'n inspanning dat het ego zwaar belast is. Geleidelijk worden de aanslagen op de stabiliteit van het ego minder met de voortschrijdende volwassenheid onder min of meer stabiele maatschappelijke omstandigheden. De beperkingen van de veroudering, de afnemende lichamelijke mogelijkheden, betekenen opnieuw een ondermijning van de stabiliteit van het ego.



Of een aanslag op de innerlijke harmonie als trauma ervaren wordt hangt af van de ego-sterkte op dat moment: wat door een gezonde, redelijk stabiele persoon als een forse tegenslag ervaren wordt kan voor een jongere of oudere de druppel zijn die de emmer doet overlopen. Soms zijn natuurrampen, zoals een orkaan of een aardbeving, de oorzaak van een traumatische ervaring voor de overlevenden. Soms heeft een levensbedreigende ziekte een traumatiserend effect. Vaak leidt menselijk falen tot een min of meer ernstige ramp die voor de overlevenden een niet te verwerken trauma zal zijn, zoals het vergaan van de Estonia. Machthebbers kunnen heel bewust een traumatische shocktoestand teweegbrengen ter voorkoming van verzet of om informatie te verkrijgen. Martelpraktijken, de methodes toegepast bij de deportatie en sommige kampdisciplines zijn daar voorbeelden van. In zijn sobere taal beschrijft Primo Levi het transport naar en de aankomst in Auschwitz. 650 Italiaanse joden worden in twaalf goederenwagens geperst en in ruim vier dagen zonder drinken en eten in februari door de Alpen naar Auschwitz getransporteerd. De trein blijft dan staan in een donkere vlakte in de nacht. De mensen zijn uitgeput, verkleumd en bovenal radeloos van de dorst. Primo Levi vertelt: 'Bij het karige licht van onze laatste kaars wachtten we, nu het ritmische schokken van de trein evenals elk menselijk geluid verstomd was, tot er iets zou gebeuren. (...) [Over de vrouw tegen wie hij aangeperst had gezeten:] Toen, op het ogenblik van de beslissing, zeiden we elkaar dingen die men onder levenden niet zegt. We namen afscheid, kort; elk groette in de ander het leven. We waren niet bang meer. Plotseling kwam de ontknoping. De deuren werden met geweld opengegooid, door het duister klonken onverstaanbare bevelen en dat barbaarse geblaf van Duitsers die commanderen, dat lucht schijnt te geven aan een eeuwenoude razernij. We zagen een groot perron, verlicht door schijnwerpers. Iets verderop een rij vrachtwagens. Daarna zweeg alles weer. (...) In minder dan tien minuten waren wij gezonde mannen in een groep bij elkaar gedreven. Wat er met de anderen gebeurde, de vrouwen, de kinderen, de oude mensen, konden wij niet te weten komen, toen noch later; de nacht slokte hen op en dat was alles.' (*Is dit een mens* p. 18-19)

Grinberg en Grinberg tonen in hun boek *Psychoanalytic perspectives on migration and exile* (1989) aan dat migratie, maar vooral ballingschap even traumatisch kan zijn als een concentratiekampervaring. Ook daar moeten we bij de beschouwing van oorlogsgetraumatiseerden rekening



mee houden: voor velen, en dat geldt zeker voor hen die in Indië waren, zijn de bevrijding en de thuiskomst geen bevrijding geweest maar een nieuw trauma, met een migratie en voor velen uit de Japanse kampen een ballingschap, weg uit Indonesië naar een onzekere toekomst in het weinig vertrouwde, soms zelfs onbekende 'moederland'. Keilson heeft in zijn boek *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern* (1979) aangetoond dat na het trauma van de oorlogsdreiging en bezetting en het tweede trauma van onderduik of deportatie de opvang van joodse oorlogsvluchtelingen na terugkeer uit kamp of onderduik in belangrijke mate bepalend was voor hun verdere ontwikkeling. Wanneer deze slecht was had dit het effect van een derde trauma, dat zwaarder telde dan de voorafgaande. Bekkering en Bekkering-Merens (1980) menen dat dit ook opgaat voor Indische kampkinderen en constateren dat juist bij hen de derde fase, die van na de internering, over het algemeen zo ongunstig verliep. Ook Filet (1987) wijst hier nadrukkelijk op.

### **Ontwikkelingsinterferentie**

Tot nu toe hebben we gesproken over trauma, een gebeurtenis die zo overweldigend is dat het ego, althans de synthetiserende en integratieve functies van het ego tijdelijk buiten werking worden gesteld. Misschien even beschadigend als een trauma is de ontwikkelingsinterferentie (Nagera, 1966). Hieronder wordt verstaan een aanhoudende reeks van invloeden die tegengesteld zijn aan de behoeften van iemand in de levensfase waarin hij verkeert. Het ego wordt niet buiten werking gesteld; het blijft functioneren als bemiddelaar tussen driftleven, geweten en uitwendige realiteit. Het past zich aan aan de omstandigheden, maar de omstandigheden zijn óf door het noodlot óf door de pathologie van de ouders zo afwijkend dat de ontwikkeling van een in aanleg gezond kind in pathologische, meestal neurotische richting wordt omgebogen. In een aantal eerdere artikelen ben ik erop ingegaan hoe nuttig het gebruik van het begrip ontwikkelingsinterferentie is voor de diagnostiek, voor het onderscheid tussen eerste en tweede generatie en voor het bepalen van de meest geschikte therapeutische benadering (Groen-Prakken, 1989, 1991).

Ik geef enige voorbeelden uit het min of meer alledaagse leven om deze abstracte omschrijving toe te lichten.



Een baby van vier maanden, die op alle manieren behoefte heeft zijn motoriek te gebruiken, die vrolijk kan liggen trappelen, begint te proberen of hij om kan rollen enzovoort, krijgt een gipsbroek voor een dreigende heupdysplasie. Het doel is goed: hiermee worden luxaties voorkomen die het lopen zouden belemmeren en een veel grotere interferentie zouden betekenen. Toch wordt een normaal evenwicht van lichamelijke functioneren, waaruit psychische vrijheid zich ontwikkelt, in de kiem gesmoord. Vaak kan men in de volwassenheid de sporen hiervan in de karakterontwikkeling terugvinden.

De moeder van een meisje in de latentie wordt ernstig ziek en sterft. De normale interactie tussen het kind en haar moeder wordt afgebroken. Het kind kan maar hoeft dit niet als traumatisch te ervaren. Een ontwikkelingsinterferentie is het zeker: een meisje in de latentie heeft een moeder nodig als voorbeeld en om te ontdekken waarin ze wel en waarin ze niet in de voetsporen van haar moeder wil treden. Ik zag eens een bijzonder sthenische vrouw die om niet geheel duidelijke redenen depressief werd. Er was wel van alles gebeurd de laatste jaren maar eigenlijk had zich dat al redelijk opgelost. Wel vertelde ze in het begin dat haar moeder was overleden toen ze acht was. Aanleiding tot de onzekerheid en somberheid nu blijkt te zijn dat ze niet precies weet hoe ze met haar dochters om moet gaan die nu de leeftijd hebben die zij had na de dood van haar moeder. Zij heeft geen voorbeeld als referentiekader voor het gewone leven.

Kinderloosheid, zeker de ongewenste maar tot op zekere hoogte ook de zelfverkozene, is een ontwikkelingsinterferentie in de volwassenheid.

Behalve deze door het lot opgelegde interferenties zijn er ook bepaalde chronisch schadelijke opvoedingspatronen en externe omstandigheden die als interferentie kunnen worden aangemerkt. Weer enige voorbeelden. Een kind speelt waar het spelen kan. Een stadskind speelt op een speelplaatsje tussen de flats of bij een bouwput, een plattelandskind op het erf tussen de kippen of in de stal, variaties van het normale leven. Jona Oberski beschrijft in *Kinderjaren* hoe hij in Bergen Belsen bij de grote kinderen mocht gaan horen als hij alleen in het knekelhuis durfde



te zijn en hoe hij daar zijn vader zocht tussen de stapels lijken; Hans Reijzer (1992) schrijft over het gevaar van gezien of gehoord worden tijdens de onderduik - een onvoorstelbare vorm van inperking van spel. We kunnen in zijn algemeenheid stellen dat de deportaties naar de Duitse kampen vermoedelijk op alle leeftijden als trauma hebben gewerkt maar altijd zijn gevolgd door een ontwikkelingsinterferentie, ook op alle leeftijden. De vaak geleidelijker verlopende internering in de Japanse kampen is misschien niet altijd traumatiserend geweest maar heeft wel in alle gevallen als ontwikkelingsinterferentie gewerkt. Een zwijgzame man herinnert zich van zijn jeugd tot zijn vierde in een Japans kamp dat je niets deed en tussen veel mensen zat, waaraan later door zijn moeder de uitleg werd gegeven: je was apathisch van de honger en we zaten met ons tien in één kamertje. Zijn carrière verloopt goed, maar hij brengt zijn zoontje met een gebroken arm naar therapie - hij had het niet gemerkt. Met het zoontje, twintig jaar na de oorlog in Nederland geboren, gaat het niet zo goed: bij zijn vader is een fundamenteel gevoel van wat een klein jongetje nodig heeft niet tot ontwikkeling gekomen. De vroege interferentie in de ontwikkeling van de vader zet zich voort in het volgende geslacht als interferentie in de ontwikkeling van zijn kleine zoon.

### **De pre-existente persoonlijkheidsstructuur**

Bij deportaties en internering werd geen onderscheid gemaakt tussen jong of oud, zwak of sterk, arm of rijk, intelligent of zwakbegaafd, neurotisch of harmonisch. Joden, zigeuners en homoseksuelen in Duitsland, hele of halve Nederlanders in Indië werden om deze reden en niet om een sociaal of politiek vergrijp opgesloten en mishandeld. Terwijl de gevangenschap bij ieder een ontwikkelingsinterferentie betekende, was de traumatisering, althans gedeeltelijk, afhankelijk van leeftijd en van eigenschappen en hoedanigheden die al voor de internering aanwezig waren. Achteraf is bijzonder moeilijk uit te maken wat een direct oorlogsgevolg is en wat te maken heeft met al aanwezige psychopathologie, en dit is nog moeilijker wanneer de opvang na de oorlog opnieuw als trauma heeft gewerkt. Wel kunnen we in zijn algemeenheid zeggen dat iemand die eens getraumatiseerd is, verhoogd gevoelig voor traumata blijft, zeker wanneer deze een verwantschap met het eerste tonen, en dat deze gevoeligheid sterker is naarmate het eerste trauma op jongere leeftijd heeft plaatsgevonden (Greenacre, 1967). Dit geldt op vergelijkbare



wijze voor ontwikkelingsinterferenties. Ik noemde het voorbeeld van de vader die een gebroken arm bij zijn zoontje over het hoofd zag. Een verklaring zou kunnen zijn dat iedere herinnering aan pijn en ziekte op deze leeftijd zoveel oude angsten mobiliseerde dat hij geheel ontkennen moest dat zijn zoon angstig was en pijn had, om zijn eigen psychisch evenwicht te handhaven.

Het vaak vermelde feit dat in de kampen neurotische en psychosomatische symptomen verdwenen wil niet zeggen dat de neurose daarmee ook duurzaam was verdwenen. Dikwijls staken na de oorlog neurose, ontwikkelingspsychopathie, psychosomatiek, paranoia met hernieuwde heftigheid de kop op: de symptomen waren dan als later gevolg van de ondergane traumatisering verergerd.

### **Verschil tussen eerste en tweede generatie**

In het voorafgaande heb ik getracht een verschil aan te brengen tussen trauma en ontwikkelingsinterferentie. We kunnen nu ingaan op het feit dat hiermee een belangrijk onderscheid wordt aangegeven tussen de eerste generatie, degenen die het hebben meegemaakt, en de tweede generatie, de kinderen die zijn opgevoed door ouders die het hebben meegemaakt. Er is vaak een opvallende overeenkomst in symptomen, een transmissie van een neurotisch gedragspatroon. De tweede generatie kan een beeld geven alsof ze het wel zelf hebben meegemaakt: een voorbeeld is de angst zich te vertonen bij inmiddels volwassen kinderen van ouders die ondergedoken zijn geweest: het is of zij, hoewel na de oorlog geboren, eigenlijk nog moeten leven als ondergedokenen, zonder dat er kans is dat ze weggehaald zullen worden. Een ander voorbeeld is een patiënt die ik vele jaren geleden in analyse had. Ze was na de oorlog in Rotterdam geboren. Ik woon vlak bij Schiphol en bij ieder overvliegend vliegtuig schoot ze angstig overeind. Niet zij maar haar moeder had het bombardement in 1940 meegemaakt. Duidelijker dan in welke ziektegeschiedenis ook wordt dit verschil beschreven in de boeken *Kinderjaren* van Jona Oberski en *Tralievader* van Carl Friedman. Jona Oberski bracht drie jaar van zijn leven door in Bergen Belsen. Op de terugweg na de bevrijding werd zijn moeder ziek, psychotisch en stierf. Dat was zijn echte realiteit. Carl Friedmans ik-figuur is een kind, na de oorlog geboren, van een vader die uit Auschwitz is teruggekomen. Vaders kampsyndroom is steeds aanwezig in het gezin; als ze eten niet lekker vinden vertelt hij dat hij bedorven hondenbrokken moest eten; als zijn dochter bij



de padvinderij wil vertelt hij van mishandeling door de Hitlerjugend. De kinderen verwerken een gedeelte van de gruwelverhalen en hun angst in hun spel; het meisje begraaft haar speelgoed in de tuin voor als ze moeten onderduiken, de zoon gaat met zijn voeten in de ijskast zitten om ze te laten afvriezen. Toch is er voor deze kinderen geen reële levensbedreiging, ze krijgen te eten en wonen in een warm en maatschappelijk gezien veilig huis. Wat voor vader realiteit was is voor de kinderen fantasie. De realiteit van deze kinderen is het hebben van een vader met een KZ-syndroom.

### **Het kind in de oorlog: eerste én tweede generatie**

Hierboven schreef ik dat er enige verwarring bestaat over de begrenzing van de eerste en de tweede generatie oorlogsslachtoffers. Dat komt doordat er een groep kinderen en jongere pubers in kampen is geweest die na de oorlog verder is opgegroeid in hun gezin als kinderen van eerste-generatie-oorlogsslachtoffers, dus ook als tweede generatie. Deze kinderen dragen zowel de sporen van hun eigen kamptijd als van de opvoeding door hun getraumatiseerde ouders. Ze zijn als het ware dubbel belast en hebben nu de leeftijd, 50 tot 60 jaar, dat zij door de bijkomende veroudering het werk niet meer aankunnen. Dat zijn de mensen die zich nu vaak melden voor een uitkering. Dit is een aanleiding om aan deze groep extra-aandacht te besteden.

Het is niet uit te maken welke leeftijdsgroep van kinderen de meeste schade van de oorlog heeft gehad. Wat merkt een zuigeling van de oorlog? De waarnemingen van een pasgeborene gaan uitsluitend via de ouders, dus een in de oorlog geboren zuigeling kon eventueel de angst, de zorg, de preoccupatie van de ouders als storende invloed op zijn ontwikkeling ondergaan. Het is gebleken dat het grootste trauma dat heel jonge kinderen overkwam was dat ze gescheiden werden van hun ouders, zelfs als dit voor hun veiligheid was. De observaties daarover in Londen, waar veel baby's tijdens de Battle of Britain naar het platteland werden geëvacueerd, hebben een heel nieuw gebied in de psychoanalyse ontsloten, namelijk de enorm schadelijke invloed van vroege separaties. Men kan aannemen dat hetzelfde gebeurde met baby's in de onderduik. Daarbij komt dat deze onderduik-separaties, wanneer alles goed afliep, enige jaren later door een nieuwe gevolgd werden: het kind werd gescheiden van zijn pleegouders en herenigd met zijn eigen ouders, die



hij niet kende. De Levita (1994) schrijft dat in het actuele onderzoek van kinderen tijdens de Bosnische oorlog het beleid is om moeders en kinderen zoveel mogelijk bij elkaar te houden. Ondergebracht in ons theoretisch kader kunnen we zeggen dat voor kinderen onder de twee à drie jaar het grote trauma in een oorlog de gezinsbreuk is.

Oorlog en internering duurden zo lang dat baby's geen baby's bleven en kleine kinderen geen kleine kinderen. Bij peuters en kleuters in onderduik of Japans kamp betekende de bewegingsinperking vaak een belangrijke interferentie. Wat in de Japanse kampen voor bijna ieder kind traumatisch is geweest is als de moeder op een of andere wijze gestraft werd of ziek werd. Dat gaf grote angst en de enige die troosten kon, de moeder, was niet beschikbaar, die liep groot gevaar. De ontreddering van een vijfjarig jongetje als zijn moeder wordt gestraft, wordt bijvoorbeeld indrukwekkend beschreven door Jeroen Brouwers in *Bezonden rood*. Naast de angst roept het ook een conflict op: vernedering van de ouders, tegen wie een kind zo opkijkt, is onverdraaglijk. Dit speelt een heel grote rol bij kinderen van foute ouders. Ik denk dat het feit dat zoveel over de belevenissen in de kampen zo lang verzwegen is gebleven, onder andere te maken heeft met de schaamte over de vele doorgemaakte vernederingen, die één dimensie van de traumatische ervaring vormden.

Voor de wat oudere kinderen, lagere-schoolleeftijd, speelde het feit dat je niet leren kunt op een leeftijd dat je wilt leren een grote rol. In vele kampen hebben volwassenen het initiatief genomen op wat voor manier dan ook iets van, vaak illegale, klasjes te vormen, vaak een levensreddend initiatief voor volwassenen en kinderen. De tekeningen van de kinderen uit Theresienstadt, van wie de meesten gedeporteerd zijn naar Auschwitz, zijn permanent tentoongesteld in een synagoge in Praag. Sommige kinderen tekenden de te verwachten realiteit, met agressieve soldaten en rokende schoorstenen, maar de meesten herstelden hun psychisch evenwicht met heel gezellige tekeningen van huizen, huiskamers, bloemen. Van mensen die als ouder kind in een Japans kamp zaten hoort men vaak hoe ze de rol van de vader of moeder ten dele overnamen, door eten te stelen, voor de kleinere kinderen op te komen, huishoudelijk werk te doen. Ook bij deze kinderen was in elk geval sprake van ingrijpende ontwikkelingsinterferenties, al of niet begeleid door traumatische ervaringen.

Van de pubers kan men in het algemeen aannemen dat zij behandeld werden en zich gedroegen als volwassenen: voor een gewone puberteit was in de oorlog geen plaats. Ze zaten al vroeg in het verzet, ze werden



als hun ouders fout waren geheel verantwoordelijk gehouden voor de keuze van hun ouders, in Indië gingen de jongens naar het mannenkamp, in de Duitse kampen ontwikkelden ze hun eigen overlevingsstrategie, zoals zo ingrijpend door Durlacher in *De zoektocht* wordt beschreven. In psychoanalytische casuïstiek, los van de oorlog, is naar voren gekomen dat ernstige depressies en psychosomatische stoornissen die zich op middelbare en oudere leeftijd ontwikkelen dikwijls hun oorsprong hebben in stoornissen in de puberteit (King, 1980). Dit wijkt enigszins af van de verdere psychoanalytische gedachtegang dat neuroses hun oorsprong hebben in de tijd voor het zesde levensjaar. Zelf heb ik in een aantal, maar niet in alle therapieën bij mensen op middelbare tot oudere leeftijd deze samenhang wel gevonden, ook in verband met de oorlog. Ik zou willen stellen dat het in elk geval een gegeven is dat de oorlogsgetroffen pubers een belangrijke fase in hun emotionele ontwikkeling van losmaking, zoeken van een eigen identiteit, hebben overgeslagen. Zij werden van kind volwassen, maar wel met de verhoogde kwetsbaarheid en onvoldoende oriëntatie in de volwassen wereld die een puber kenmerken: zij waren verhoogd gevoelig voor indrukken en kwetsbaarder voor traumata. De onmiddellijke reactie is in vele gevallen een ernstige depressie of depersonalisatie geweest. Bij velen heeft zich dit later gewroken, in het huwelijk, in de relatie tot de kinderen, of met een te vroeg ingetreden arbeidsongeschiktheid. De pubers van de oorlog zijn nu met pensioen. Door de VUT is misschien een gedeelte van de arbeidsongeschiktheid gemaskeerd geworden. In het kader van de besproken theorie kunnen we concluderen dat er bij hen sprake is geweest van een zeer ingrijpende ontwikkelingsinterferentie. De kans dat er bovendien sprake is van traumatisering, ook wanneer de doorge maakte beproevingen in vergelijking met anderen mee lijken te vallen, is heel groot door de specifieke gevoeligheid van pubers.

Uit dit overzicht met algemene voorbeelden van diverse kinderen in diverse oorlogssituaties en van diverse leeftijden blijkt duidelijk dat de oorlogservaringen op alle leeftijden ten minste een belangrijke interferentie met de normale ontwikkeling zijn geweest, zelfs als een kind geen directe traumatische ervaringen had gehad. Maar in mei of augustus 1945 was de oorlog niet restloos verdwenen; de periode van de naoorlogse opvang met de derde dreiging van traumatisering (Keilson), en van de migratie en ballingschap, beschreven door de Grinbergs, brak aan. In Indonesië betekende bevrijding vaak nog voortzetting van het kamp, dat



veiliger was dan de buitenwereld. Een patiënt die na 45 jaar een keer naar Indonesië terug was gegaan vertelde me hoe de angst van de naoorlogse periode daar op hem was gevallen. De repatriëring naar Nederland was voor vele kinderen helemaal geen repatriëring maar een emigratie naar een geheel onbekend land en een grote schok; het andere klimaat, de slechte behuizing, de benauwde moraal, de achterstand op school met daardoor het buitengesloten zijn, hadden niet veel bevrijdends. Voor degenen die uit Duitsland terugkwamen waren de vaak primitieve en moeizame reizen, de vele ziektes en lichamelijk zeer slechte toestand, de quarantaine en ontsmetting, nieuwe angstaanjagende ervaringen. En dan bij thuiskomst voor ieder het zoeken naar overlevende familieleden, ouders, broers, zusters, grootouders, ooms en tantes, en voor ieder de ontdekking in de volgende maanden hoevelen er niet terugkwamen. Deze periode is voor velen het zwaarste geweest.

Ook daarmee was het niet afgelopen. De pubers uit de oorlog werden jonge volwassenen die op eigen benen konden staan, een baan zoeken, een opleiding volgen. Aanvankelijk ging dit bij velen heel goed. De problemen kwamen met het huwelijk, met de kinderen, dus de tweede generatie, en vooral ook met het ouder worden. Verminderende vitaliteit was in de kampen een doodvonnis en deze angst is bij de meesten niet verdwenen. Depressie, verminderde of verdwenen werkcapaciteit en toenemende angst maken vaak dat het veertig, vijftig jaar na de oorlog niet meer gaat, niet meer leefbaar is. De jongere kinderen uit de kampen kwamen kortere of langere tijd na de oorlog in een herenigd gezin, als de ouders het overleefd hadden. Ik ga hiermee voorbij aan de zo duidelijk traumatiserende geschiedenissen in de strijd om de joodse oorlogswezen die na de oorlog ontbrandde en waar vaak de meest schadelijke oplossingen voor de kinderen uit voortkwamen. Ik beperk me tot de kinderen die in een herenigd gezin kwamen, uit de Japanse kampen met de vader en eventueel oudere broers, uit de Duitse kampen of onderduik soms met beide ouders. De beschadigde kinderen werden herenigd met beschadigde ouders. Ze hadden niet het voordeel van de na de oorlog geboren en dat ze het niet meegemaakt hadden; ze hadden het wél meegemaakt en werden nu verder opgevoed door ouders met een min of meer uitgesproken KZ-syndroom. Ook wanneer het objectief allemaal wel lijkt mee te vallen, is de cumulatie van beschadigende factoren op zichzelf zeer pathogeen. De betekenis van cumulatie valt nauwelijks te overschatten.



## Therapeutische mogelijkheden

Het is de vraag of de steeds verder verfijnde diagnostische inzichten ook consequenties hebben voor de therapeutische techniek. Ik kan alleen ingaan op de mogelijkheden van de psychoanalytisch georiënteerde therapieën, omdat ik met andere geen ervaring heb. De volgende opmerkingen hebben dus alleen betrekking op die groep van patiënten voor wie zo'n analytisch georiënteerde therapie is aangewezen; andere patiënten zullen meer gebaat zijn bij een client-centred benadering, medicamenteuze behandeling die de angst vermindert of de catharsis bevordert, systeemgerichte benaderingen of een gedragsgerichte therapie.

Over de behandeling van reacties op trauma bestaat een vrij grote eensgezindheid. Het is van belang dat de cliënt zich zoveel mogelijk van het trauma gaat herinneren, ook wat hij niet meer weet, en daarover kan gaan praten met beleving van het gevoel. Hoe korter na het trauma dit mogelijk is, des te beter zijn de resultaten. Bij verdere ontwikkeling, stelde ik hierboven, wordt het trauma de kern van een steeds verder schrijdende neurotische verwerking. De getraumatiseerde wil het liefst vergeten en gaat ervaringen die naar het trauma verwijzen vermijden. Dit breidt zich als een olievlek uit: eerst zijn het directe toespelingen, ook in films, foto's, artikelen; dan gaat het om films, foto's, artikelen, gesprekken die over andere onderwerpen gaan maar iets van de te vermijden angst opwekken. Het trauma raakt ingekapseld ten koste van een sterke inperking van de mogelijkheden en manifesteert zich soms via symptomen, nachtmerries enzovoort. Vijftig jaar na dato is dit een zeer stevig en dik kapsel geworden.

Met analyse en analytische therapie wordt dit trauma als het ware uitgediend. Het vermijdingsgedrag zoals het zich nu voordoet wordt onderzocht: wat is de functie, wat moet precies vermeden worden? De betekenis van relatieproblemen, dromen en symptomen komt aan de orde. Zo lukt het langzamerhand steeds dichterbij datgene te komen wat voor de patiënt het meest traumatisch was en lukt het soms de continuïteit in zijn leven te herstellen (Ornstein, 1986). We moeten ons daarbij niet verkijken op het misleidende feit dat sommige mensen makkelijk over hun verleden lijken te kunnen praten; achter alle indrukwekkende verhalen kan het meest traumatische verborgen blijven. Ook moeten we niet verwachten dat we een ernstig getraumatiseerde patiënt kunnen genezen; we kunnen alleen verbeteren maar het litteken van het trauma blijft.



Over de behandeling van de ontwikkelingsinterferentie van de tweede generatie bestaat minder eensgezindheid. Vele analytici luisteren naar de invallen van hun patiënt die als het ware in de behandeling tracht te beleven wat zijn ouders beleefden (o.a. Kestenberg, 1982; Grubrich-Simitis, 1984; Kogan, 1995). Ik ben het daar niet mee eens en wijs er van het begin af aan op dat er een groot verschil is tussen de ervaringen van de ouders en die van het kind, om daarna te proberen erachter te komen hoe het komt dat de ervaringen van de ouders de eigen ontwikkeling zo beïnvloeden. De ontwikkelingsinterferentie is niet een verdringing en een vermijding zoals we bij trauma hebben gezien, maar een egosyntonie aanpassing aan afwijkende omstandigheden, die eerst ikvreemd gemaakt moet worden en dan voor (gedeeltelijke) bewerking toegankelijk wordt.

Hoe is dat nu met de kinderen van de oorlog? Als ze heel klein waren hebben ze geen basisvertrouwen kunnen ontwikkelen (Meijer, 1995), een onherstelbaar tekort. De kleuters in de Duitse kampen zagen ziekte, dood en moord als normale dagelijkse gebeurtenissen, hadden honger, hadden angstige, hongerige, uitgeputte ouders, als dezen tenminste bleven leven, en zagen de macht van de terroriserende overheerser. De kleuters uit de Indische kampen groeiden op zonder vader, eveneens onderworpen aan een overheerser die de macht had. Afgezien van de angst, de zwakte, de ziektes, waren de identificatiemogelijkheden zo ingrijpend verstoord dat reparatie op latere leeftijd maar zeer ten dele mogelijk is. Van alle kanten hoort men dat de latentiekinderen er relatief het beste af zijn gekomen; ze hadden al iets van een karakter gevormd voor de internering en beschikten over enige mogelijkheden tot constructief functioneren. Het verhaal van de pubers die als volwassenen werden behandeld en het niet waren, getraumatiseerd door de dood of in elk geval de scheiding van de ouders, is door hen na te vertellen (Van den Berg, 1995), als er tenminste naar geluisterd wordt door iemand met empathie voor pubers. Voor de behandeling van hen die kind waren tijdens de oorlog is het in de eerste plaats nodig om te kunnen luisteren met begrip voor de behoeften van een kind van de leeftijd die de patiënt toen had. Er wordt een verhaal verteld, en aan dat verhaal ontbreekt iets, namelijk de invulling van de normale kinderbehoeften van die tijd, en er is veel aan toegevoegd: het onbegrip van de lagere of middelbare school na repatriëring, het onbegrip van de Hollandse familie en de hele maatschappij, de reactie van de eigen getraumatiseerde ouders. Ook is eraan toegevoegd wat ze later hebben gehoord en gelezen en zijn vertekenin-



gen opgetreden. Ten slotte is er het latere leed dat ieder mens nu eenmaal meemaakt en kampkinderen in het bijzonder. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor kinderen van verzetsmensen, kinderen van foute ouders, kinderen die ondergedoken waren, en die de oorlog hebben meegemaakt. Het gaat erom het eigen leven van de patiënt te reconstrueren en te begrijpen waardoor het liep zoals het gelopen is. Het leed verdwijnt niet; de depressie, ik denk het meest voorkomende symptoom bij hen die nu decompenseren, en de angst kunnen minder worden en daarmee het leven een stuk leefbaarder.

### **Samenvatting**

Resumerend: trauma is een beleving die de synthetiserende en integratieve functies van het ego tijdelijk buiten werking stelt, zodat het trauma als een onverwerkt en onverteerd brok in de psyche blijft liggen. Later moet iemand zich steeds meer inspannen, steeds meer vaak onbewust blijvende manoeuvres bedenken om niet aan het trauma herinnerd te worden. We zeggen dan dat het trauma neurotisch is verwerkt, dat wil zeggen secundair aanleiding geeft tot meestal ernstige neurotische klachten, die met het ouder worden toenemen. Ontwikkelingsinterferentie is een chronisch proces van schadelijke invloeden die de normale ontwikkeling in een pathologische richting doen afbuigen. Ook dit leidt, wanneer deze toestand gefixeerd raakt, tot een neurotische ontwikkeling. Bij de eerste generatie oorlogsslachtoffers is er altijd sprake van een ontwikkelingsinterferentie, meestal vergezeld van ernstige traumatisering. Bij de na de oorlog geboren kinderen van oorlogsslachtoffers is er ook altijd sprake van een ontwikkelingsinterferentie. Tot de zwaar getroffen moeten degenen gerekend worden die als kind op wat voor wijze ook onder de oorlog hebben geleden, in een kamp, in onderduik, als kind van foute ouders, door bombardementen, en die na de oorlog verder werden opgevoed door ouders die als oorlogsslachtoffers aangemerkt kunnen worden. De cumulatie van invloeden die een gezonde ontwikkeling in de weg staan doet zijn invloed gelden op de leeftijd dat de vitaliteit afneemt.



## Literatuur

- Bekkering, P.G. en M. Bekkering-Merens, De Japanse kampen; nog geen verleden tijd. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vol. 124 (1980) 13, 467-473.
- Berg, J. van den, Aan de ontredde voorafgegaan. H.L. Leffelaar. In: *ICODO-info* vol. 12 (1995) 3/4, 46-58.
- Filet, B.C., Indische kampkinderen en hun kinderen. In: R. Beunderkamp en J. Dane (red.), *Kinderen van de oorlog*. Amsterdam/Utrecht: RIAGG's Centrum/Oud-West en Zuid/Nieuw-West en Stichting ICODO, 1987.
- Freud, A., Comments on trauma. In: Sidney S. Furst (ed.), *Psychic trauma*, 1967, 235-246.
- Freud, S., *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, GW 11, 1917, 282-295.
- Freud, S., *Hemmung, Symptom und Angst*, GW 14, 1926, 111-206.
- Greenacre, P., The influence of infantile trauma on genetic patterns. In: Sidney S. Furst (ed.), *Psychic trauma*, 1967, 108-153.
- Grinberg, L. en R. Grinberg, *Psychoanalytic perspectives on migration and exile*. New Haven: Yale University Press, 1989.
- Groen-Prakken, H., Trauma, Entwicklungsinterferenz und Neurose. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis* vol. 4 (1989) 334-347.
- Groen-Prakken, H., Trauma en ontwikkelingsinterferentie. In: *ICODO-info* vol. 8 (1991) 3, 14-31.
- Grubrich-Simitis, I., From concretism to metaphor. Thoughts on some theoretical aspects of the psychoanalytic work with children of holocaust survivors. In: *Psychoanalytic Study of the Child* vol. 39 (1984) 301-319.
- Keilson, H., *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke, 1979.
- Kestenberg, J., A metapsychological assessment based on an analysis of a survivor's child. In: M. Bergmann en M. Jucovy (eds.), *Generations of the holocaust*. New York: Basic Books, 1982, 137-158.
- King, P., The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly. In: *International Journal of Psycho-Analysis* vol. 61 (1980) 153-160.
- Kogan, I., *Psychic reality of holocaust survivors' offspring: its impact on patient and analyst today*, 1995 (nog niet gepubliceerde lezing).
- Levita, D.J. de, De behandeling van oorlogsgetraumatiseerde kinderen in ex- Joegoslavië; een onderzoeks- en scholingsproject in Slovenië. In: *ICODO-info* vol. 11 (1994) 2, 14-28.



- Meijer, I., Een geval van onaangepast gedrag. In: *ICODO-info* vol. 12 (1995) 3/4, 24-35.
- Nagera, H., *Early childhood disturbances, the infantile neuroses and the adulthood disturbances*. New York: International Universities Press, 1966.
- Ornstein, A., The holocaust: reconstruction and the establishment of psychic continuity. In: A. Rothstein (ed.), *The reconstruction of trauma*. Madison: International Universities Press, 1986, 171-194.
- Reijzer, H.M., Verborgen kinderen. In: *ICODO-info* vol. 9 (1992) 2, 40-45.
- Schudel, W.J. en L. Pepplinkhuizen, Medische causaliteit bij oorlogsgetroffenen 1940-1945. In: *Rapport van de Commissie voor de Vereenvoudiging en Coördinatie van de Wetten voor Oorlogsgetroffenen* (voorz. P. van Dijke). [Rijswijk]: Ministerie van WVC, 1987.

### Vermelde literaire boeken over de oorlog:

- Brouwers, Jeroen, *Bezonken rood*. Amsterdam: Arbeiderspers, 1981.
- Durlacher, G.L., *De zoektocht*. Amsterdam: Meulenhoff, 1991.
- Friedman, Carl, *Tralievader*. Amsterdam: Van Oorschot, 1991.
- Levi, Primo, *Is dit een mens*. Amsterdam: Meulenhoff, 1987.
- Oberski, Jona, *Kinderjaren*. Den Haag: Bzztôh, 1996 (1978).