

De tweede generatie oorlogsslachtoffers

Psychopathologische problemen

Herman Musaph

Definities

Wangh (1964) noemt bij de bespreking van psychologische en psychiatrische problemen van de oorlogsslachtoffers de eerste generatie de generatie die in de concentratiekampen en de gevangenissen vermoord is.

De tweede generatie noemt hij de mensen die uit de hel van de oorlog zijn teruggekomen. De derde generatie zijn de kinderen van de rest die weerkeerde, dus die na de oorlog zijn geboren. Oorspronkelijk hebben wij deze nomenclatuur aangehouden en overgenomen (Musaph, 1973).

Het blijkt echter, dat deze indeling niet algemeen aanvaard is. Men spreekt nu van de tweede generatie en bedoelt daarmee de kinderen die na de oorlog geboren zijn uit een of beide ouders die ernstige tot zeer ernstige oorlogservaringen hebben doorgemaakt.

Men kan pas een goed beeld van de psychopathologie van de tweede generatie krijgen indien men weet wat de belangrijkste symptomen zijn van de eerste generatie, dus van de ouders. Wij weten dan in welk geestelijk klimaat de kinderen zijn opgegroeid.

Ik zal mij hierbij hoofdzakelijk bezighouden met de late reacties. Daaronder verstaan we de verschijnselen die minstens tien jaar na de oorlog zijn ontstaan.

Verschijnselen van de eerste generatie

Krystal en Niederland (1968) hebben in het boek 'Massive Psychic Trauma' de symptomatologie van de late reacties van de eerste generatie beschreven. Uit hun materiaal bleek dat 97% van de mensen klagen over angsten.

Angsten

1 Situatieve fobieën

Voorbeeld: een man van 58 jaar die in het concentratiekamp Auschwitz geweest is, rende op een avond panisch van angst een café uit waar hij een accordeon hoorde spelen. Hij zag plotseling de accordeonist voor zich

die in Auschwitz aan het hoofd van de stoet moest lopen als iemand naar de appèlplaats gevoerd werd om opgehangen te worden.

Het spelen van die accordeonist in de aktuele situatie was de trigger die het klaarliggende latente reaktiepatroon manifest deed worden. Hij had jarenlang niet meer aan die situatie gedacht.

Voorbeeld: een man van 66 jaar, die een vooraanstaande rol speelt in het geestelijk leven van Nederland, vertelde mij dat hij als hij in Israël was, onmogelijk langer dan een half uur in een kibboets kon blijven. Zodra hij de huisjes zag waar de mensen in wonen, werd hij zo aan het Duitse concentratiekamp met de barakken herinnerd, dat hij het niet kon uithouden en weg moest lopen.

2 *Verwachtingsangsten*

Er zijn mensen die vertellen dat ze 's nachts liggen te trillen van angst in hun bed voor de komende oorlog. Ze zien dan weer dat ze worden opgejaagd, gearresteerd en getransporteerd naar kampen en ze herbeleven de traumatiserende situaties, die ze in de kampen hebben meegemaakt.

Voorbeeld: Een vrouw van 54 jaar consulteert mij wegens een 3 maanden bestaande inslaapstoornis. De huisarts schreef mij, dat hij tot zijn verbazing had gemerkt, dat de gebruikelijke slaapmiddelen geen enkel effect hadden bij deze overigens lichamelijk gezonde vrouw.

Anamnestic bleek dat zij aan het begin van de slaapstoornisperiode een nachtmerrie had. Zij zag zichzelf in haar onderduikperiode in 1943, waarbij zij met anderen die zij niet zelf had uitgekozen, onder dwang van de bezetter, samen opgesloten was. Deze angst was ontstaan, toen zij op de televisie de trein bij Wijster zag, die door de Zuid-Molukkers was geïkapt. Zij beleefde plotseling intens, op grond van eigen ervaring in de oorlog, wat de treinpassagiers moesten doorstaan.

Verwachtingsangsten kunnen sterk gerationaliseerd worden.

Als bijvoorbeeld de Rote Armee Fraktion weer een slachtoffer heeft gemaakt, verwerken ze dit feit met: „Zie je wel, het fascisme steekt de kop weer op in de vorm van een rood fascisme, het gaat allemaal weer de verkeerde kant op, de oorlog komt zeker, het zullen deze keer de Oost-Duitsers zijn die ons komen bezetten”.

3 *Vrij vlotterende angst*

Voorbeelden van vrij vlotterende angsten kunnen zijn: in situaties waar men moet uitkijken, wordt direct gereageerd met paniek, dat wil zeggen: deze mensen hebben een klaarliggend patroon van panisch reageren. De vrij vlotterende angst is de angst die nog geen object heeft. Zodra zich een situatie voordoet, waarbij een object zich aanbiedt, krijgt de angst een object en wordt ze, zoals de psychologen dat noemen, vrees.

Voorbeeld: een vrouw van 58 jaar schrikt van een auto die haar, al fiet-

sende, bijna raakte. 's Nachts droomt zij dat zij opnieuw door de Duitsers wordt achternagezeten, gepakt en naar het Gestapoburo wordt gebracht. Zij wordt gillend van angst wakker.

4 *Angstequivalenten*

Deze uiten zich vooral door psychosomatische verschijnselen, als bijvoorbeeld chronische diarree, buikpijnen met irritable colon of irritable blaas, lage rugpijnen, hoofdpijnen.

Bij angstequivalenten gaat het om psychofysiologische verschijnselen, die bij de normale angst optreden. Deze mensen hebben de klachten chronisch zonder dat zij angst beleven.

Wanneer men deze mensen wil helpen, zal in een psychotherapeutisch proces de onbewuste angst bewust gemaakt moeten worden, dat wil zeggen omgezet in een beleving. Men kan in het proefschrift van Bastiaans (1957) vele voorbeelden van somatisaties van sterk traumatiserende situaties van vervolging en verzet vinden.

Slaapstoornissen

We onderscheiden de agrypnie (het niet kunnen slapen), de hypogrypnie (het te weinig slapen) en de hypergrypnie (het te veel slapen).

De onderduikersslaapzucht is door mij in 1948 beschreven. 73% van de mensen die wij rekenen tot de eerste generatie klaagt over slaapstoornissen. Men dient steeds na te gaan wat de oorzaak van de klacht zou kunnen zijn. Bij velen is het de angst voor nachtmerries, het herbeleven van bepaalde situaties die zij hebben meegemaakt in de oorlog, waardoor zij niet durven inslapen of doorslapen.

Mnestische stoornissen

Zo'n angstdroom is meestal een zeer scherp, hypermnestisch beleven van een situatie uit de oorlog. Men ziet de gezichten scherp van zowel mensen die vermoord zijn in de kampen als van de S.S.-beulen, terwijl men in geen jaren meer aan die mensen gedacht heeft. Dit is natuurlijk belangrijk voor het begrijpen van de reactie van de tweede generatie; de kinderen liggen te slapen en horen een of beide ouders gillend wakker worden.

Een van de redenen van de agrypnie of de hypogrypnie, van het slechte slapen, is het willen voorkómen van het beleven van de nachtmerrie en van de beleving van de hypermnestische stoornissen.

Een andere vorm van het bestrijden van beleving van zeer onaangename herinneringen is het lang doorslapen: hypergrypnie. Er zijn mensen die van de 24 uur 17 à 18 uur slapen. De mnestische stoornissen kunnen zich ver-

der manifesteren in inprentings- en geheugenstoornissen van niet-organische aard.

Vaak hoor ik klachten van huisvrouwen van 53 tot 60 jaar, die boodschappen moeten doen en plotseling niet meer weten wat ze moeten halen. Men denkt dan waarschijnlijk aan een van de eerste verschijnselen van dementie, maar dat behoeft in het geheel niet zo te zijn. De geheugenstoornis is een mechanisme in dienst van de afweer van het herbeleven.

Affectieve stoornissen

Deze treden vooral op als stoornissen in de agressieregulatie. Soms uit het zich in een geringe frustratietolerantie. Zodra men iets merkt, dat niet bevalt, wordt men furieus. Op de meest ongelegen momenten kunnen woedebuien ontstaan. Het klassieke voorbeeld is dat van de man, die tijdens zijn vakantie in Spanje heerlijk aan het strand ligt te genieten. Plotseling hoort hij Duits praten. Hij staat woedend op en scheldt de Duitsers uit voor rotte vis. Affectieve stoornissen in het eigen familieverband kunnen sterk samenhangen met de z.g. survival-guilt (Meerloo, 1963).

Survival-guilt

'Survival-guilt' is het verschijnsel dat mensen die tot de rest, die weerkeerde behoren, lijden onder het gevoel: „waarom ben ik wel de oorlog doorgekomen en de tientallen familieleden, vrienden en kennissen niet”.

De survival-guilt kan op verschillende wijzen verwerkt worden.

1 *Activiteitsneurose*

In de vorm van een elite-gevoel met als inhoud: „ik hoor tot de elite die gered is, ik ben iets bijzonders”. Dat geeft voeding aan bepaalde infantiele grootheidsfantasieën, die zich op vele wijzen kunnen uiten. Een veel voorkomend mechanisme is: „ik ben iets heel bijzonders, ik moet dus heel iets bijzonders presteren”.

In dit verband moet de activiteitsneurose genoemd worden. De lijdens aan deze neurose gunnen zichzelf geen rust; zij werken hard. Door hun prestaties, vaak op hoog niveau, krijgen zij het bewijs gelijk te hebben iets bijzonders te zijn. Dit is dan een bevestiging van hun infantiele grootheidsfantasieën. Ze zijn meestal niet in staat zich echt te ontspannen met als voordeel dat allerlei gevoelens die dreigen bewust te worden, bijvoorbeeld depressieve gevoelens, schuldgevoelens, niet beleefd worden.

2 *Passiviteitsneurose*

Een andere vorm van het verwerken van de 'survival-guilt' is: „ik heb genoeg narigheid in mijn leven gehad, ik hoef niets meer te doen. Ik doe alleen waar ik zin in heb, ik trek me van die anderen die niets hebben meegemaakt, niets aan. De maatschappij moet eerst maar bewijzen dat ze mij nu wel accepteert”.

3 *Paranoïde instelling*

Weer een andere vorm van het verwerken van de 'survival-guilt' is neer kijken op iedereen, die in de oorlog geen ellende heeft meegemaakt. Dit is verwant aan het beschreven elitegevoel: „ik ben sociaal meer waard, want ik heb dat allemaal meegemaakt. De rest begrijpt daar toch niets van”.

Dit kan leiden tot een paranoïde instelling: „onze vreugde en onze ellende, wat weet ge ervan”. (Jef Last).

Deze instelling, die lang niet zeldzaam is, kan zich uiten in het gevoel van: alle autoriteit is de vijand. Ook de medicus, die hem wil helpen, is dan de vijand. Het identificeren van alle gezag met de S.S. en S.A. komt helaas bij een grote groep van deze mensen voor. Het is erg moeilijk deze houding te doorbreken. Zelfs de joodse psychiater kan die paranoïde instelling duidelijk waarnemen. De paranoïde instelling kan gepaard gaan met het isoleren van zichzelf. Men wil bijvoorbeeld alleen contact hebben met mensen die zelf ook in een kamp hebben gezeten.

Ook het tegenovergestelde wordt in de praktijk waargenomen, namelijk alle contact met mensen met een zelfde oorlogservaring wordt vermeden.

4 *Zelfhaat*

Veel van de mensen waarover wij gesproken hebben, willen hun eigen identiteit graag opgeven. Ze nemen het zichzelf vaak kwalijk dat ze bijvoorbeeld illegaal werk hebben gedaan, waardoor ze zoveel narigheid hebben beleefd. Dat kan gepaard gaan met het enorm kwalijk nemen dat hun verzetsrol onvoldoende gewaardeerd wordt, dat de wereld gewoon verder gaat.

De zelfhaat bij joden heeft vaak de inhoud van: 'ik wil geen jood meer zijn'. Jood zijn betekent dan voor hen: vervolgd worden, paria zijn, in een slechte sociale situatie zitten, gevaar lopen opnieuw vervolgd te worden. Men gaat dan bijvoorbeeld over tot een ander geloof in de hoop zijn of haar afkomst te kunnen verloochenen bij de volgende sociale catastrofe (conversie). Men voedt zijn kinderen zodanig op, dat zij niet of nauwelijks weten dat zij joodse ouders hebben.

Onvermogen van de arts de patiënt te begrijpen

Helaas wordt een paranoïde houding soms ongewild versterkt door het onvermogen van de arts zijn patiënt te begrijpen.

De klacht van vele mensen is, dat als zij bij de dokter komen met klachten waarvan het in hun gevoel heel duidelijk is, dat er een relatie bestaat met wat ze in de oorlog hebben meegemaakt, de huisarts of specialist deze relatie ontkent, ook tegenover collegae, die moeten beoordelen of de patiënt een uitkering krijgt wegens zijn oorlogsverleden.

Voorbeeld: een man van 62 jaar heeft een amoebendysenterie gehad in het concentratiekamp. Hij is daarvan genezen. 10 jaar later krijgt hij de ziekte van Crohn met chronische diarrhee. Deze ziekte heeft niets te maken met de amoebendysenterie, doorgemaakt in het concentratiekamp, maar patiënt beleeft op grond van zijn chronische diarrhee weer alle ellende, die hij doorgemaakt heeft toen hij dysenterie in het concentratiekamp had. De controlerend arts verklaart dat er geen relatie bestaat tussen beide ziekten en dat patiënt *dus* niet in aanmerking komt voor een uitkering extra dieetkosten.

Voorbeeld: een vrouw van 52 jaar heeft in het concentratiekamp Bergen-Belsen longtuberculose gekregen. Zij krijgt 30 jaar later een chronische bronchitis en beleeft weer alle narigheid van het hoesten en T.B. in het concentratiekamp. De longarts verklaart dat er geen relatie bestaat tussen de beide ziekten en dat patiënte *dus* niet in aanmerking komt voor uitkering voor huishoudelijke hulp.

Velen uit hun omgeving hebben over het algemeen geen begrip voor de continuïteit, die bestaat in het beleven van ziekteverschijnselen. Men weet, zo leert de ervaring, te weinig van psychologie en psychopathologie, bijvoorbeeld van het verschijnsel dat er in het onbewuste geen tijd bestaat. Het argument: „Wat maakt u zich toch zorgen, uw oorlogservaring is 30 jaar geleden. U moet eens ophouden met daarover te zeuren”, houdt voor de patiënt geen steek.

Verschijnselen van de tweede generatie

Stoornissen in de agressieregulatie

Het abnormale geestelijke klimaat waarin de kinderen worden opgevoed, kan aanleiding geven tot allerlei vormen van emotionele scheefgroei, vooral op het gebied van de agressieregulatie.

Dat hangt samen met de fantasie: „Mijn ouders hebben zo veel ellende doorgemaakt; ik mag niet tegen ze in opstand komen, niet kwaad op ze zijn. Ik moet extra lief voor ze zijn”. Bij deze kinderen worden normale gevoelens van woede extra veroordeeld. Daardoor ontstaat de kans op een rigide gewetensvorming, waardoor zij een grotere kans hebben op ontwikkeling in de richting van dwangneurotische verschijnselen.

In psychoanalytische termen kunnen we spreken van een te intolerante houding van het geweten tegenover normale Es-impulsen. De agressie, oorspronkelijk tegen de ouders gericht, wordt te gemakkelijk op het eigen IK ge-

richt. Het kind verbiedt zichzelf vele genoegens. Gebeurt dit rondom de oedipale periode, dan is de kans groot dat de agressie gesexualiseerd wordt. De verboden sexualiteit verbindt zich met de verboden agressie. Wij moeten wel beseffen dat hier 'agressie' in verschillende betekenissen kan worden gebruikt. (Musaph, 1974).

De agressie als emotie in deze geschetste situatie wordt dan vaak beleefd als fijn, opluchtend. Deze normale gevoelsreactie wordt dan neurotisch verwerkt, men raakt gefixeerd aan agressieve uitingen, men kan het gevoel van: „heerlijk, opluchtend” niet meer missen. De stoornis in de agressieregulatie kan zich dan uiten in een sadomasochistisch samenspel met de partner. Op neurotische wijze wordt de bevrediging, die op infantiel niveau bij dit kwelspel behoort, onderhouden.

Deze stoornis in de agressieregulatie wordt vaak door de houding van de ouders versterkt. Men denkt vaak: „Er zijn zoveel joodse kinderen vermoord, ik heb een joods kind, dus ik moet er voor zorgen, dat dit kind in zijn leven geen enkele narigheid ondervindt”. Dan krijgt men een vorm van verwenning, hetgeen dicht bij affectieve verwaarlozing ligt. Verwenning geeft namelijk een stoornis in de IK-regulatie, in het disciplineren van het IK, waardoor men weer het risico van een scheefgroei loopt. Het kind wordt door de ouders beleefd als narcistisch object in hun eigen defensie tegen de survival-guilt (de Levita, 1974).

De stoornis bij mensen van de tweede generatie in de agressieregulatie kan leiden tot de volgende attitudes, samenhangend met centrale fantasieën:

1 Ik zal wraak nemen op wat mijn ouders is aangedaan

Dit kan op het gebied van het werk liggen, waarbij allerlei vijandige en paranoïde instellingen een werksfeer kunnen verknoeien. Maar ook op het gebied van het huwelijk kan men door deze attitude de relatie bemoeilijken. Als dit gesystematiseerd en georganiseerd gaat, krijgen we afschuwelijke situaties, die zich zelfs tot op politiek gebied kunnen gaan uitstrekken. Men denke aan de jonge Zuid-Molukkers, in Nederland geboren, die de drang hebben zich te wreken op hetgeen hun ouders is aangedaan.

2 Ik zal extra lief zijn tegen iedereen

Dit heeft als voordeel dat niemand kwaad op mij zal zijn en niemand mij zal behandelen, zoals zij mijn ouders gedaan hebben.

Deze attitude kan zich uiten in een karakterdeformatie. Een van de uitingen van deze deformatie is het reageren op de sociale afhankelijkheid met overdreven aardig, hartelijk, lief zijn.

3 Ik veracht mijn ouders, omdat ze zich zo passief hebben gedragen in het concentratiekamp

Deze fantasie komen we vaak tegen. Men moet uitgaan van de gedachte dat er in de oorlog zoveel ontzettende dingen zijn gebeurd, dat het voor een normaal mens in een normale situatie in een democratische maat-

schappij als de onze, onmogelijk is te beseffen wat er werkelijk gebeurd is. De verhalen van hun ouders komen vanuit een andere wereld. Dit heeft als resultaat voor de emotionele ontwikkeling dat er identiteitsconflicten kunnen ontstaan. „Zijn deze mensen wel mijn ouders? Ik schaam me voor hun passiviteit. Ik had die S.S.-ers wel anders aangepakt”. Dergelijke fantasieën over hun ouders komen we niet zelden tegen bij kinderen van verschillende leeftijd. „Ik ben geen kind van mijn ouders, ik hoor niet bij hen”. In een normale ontwikkeling hangt dat vaak samen met de afweer van de seksualiteit. Bekend is de fantasie: „Dit zijn mijn biologische ouders niet, want zij zijn zo goed, zij zullen nooit seksuele omgang met elkaar hebben”.

Bij kinderen van oud K.N.I.L.-militairen kunnen deze identiteitsconflicten, vooral gericht op 'law and order' zich uiten in een afwijzing van de mentaliteit van hun ouders, die meestal sterk gezagsgetrouw is.

Identiteitsconflicten bij joodse kinderen kunnen tot gevolg hebben dat zij hun joods-zijn ontkennen, zich laten dopen, hun naam veranderen, door de plastisch chirurg hun gezicht laten veranderen.

Deze verachting aan het adres van de ouders kan worden overgedragen op iedereen die in een autoriteitsrelatie met de jonge man of vrouw verkeert. Zo kunnen in de werksfeer autoriteitsconflicten onbewust geprovoceerd worden, waardoor men de indruk krijgt dat iemand 12 ambachten en 13 ongelukken achter de rug heeft, omdat hij nergens geaccepteerd wordt.

4 *Ik veracht mezelf, omdat ik te weinig heb geprobeerd goed te maken wat de vijand aan mijn ouders heeft misdreven*

Er ontstaan sterke minderwaardigheidsgevoelens in de affectieve sfeer op seksueel en agressief gebied.

Deze kunnen samenhangen met het ontstaan van neurotische depressies die bijvoorbeeld optreden wanneer er biologische veranderingen in het lichaam komen, zoals in de puberteit. Deze treedt dan als trigger op. Elke stress, biologisch en psychologisch, kan in een dergelijke structuur ontwrichtend werken, waarbij depressies kunnen ontstaan.

5 *Ik hoef niets meer te presteren, wij hebben het beroerd genoeg gehad*

Deze mensen lopen vaak jarenlang allerlei medici af, omdat zij zichzelf arbeidsongeschikt verklaren. Zij kunnen het klinische beeld van de renteneurose vertonen.

Sommigen worden drug addicts.

Deze houding van: „Waarom zou ik iets presteren, wij hebben narigheid genoeg gehad”, hebben ze vaak van hun ouders overgenomen.

Men zou kunnen spreken van een *passiviteitsneurose*, met een geweldig aanleunen tegen iedereen, een beroep doen op het medelijden, een uitbuiten van individuele en sociale solidariteitsgevoelens bij de ander.

Stoornissen in het hechtgedrag

Deze behoeven niet op zichzelf voor te komen. Men kan allerlei mengvormen waarnemen met stoornissen in de agressieregulatie. Zodra zij zich aan een partner hechten, kunnen zij hun stoornis in de agressieregulatie op hun liefdespartner botvieren. Deze krijgt dan bijvoorbeeld steeds te horen, dat hij zoveel fouten maakt. De partner wordt frequent in staat van beschuldiging gesteld. Liefhebben is direct verbonden met een erotisch of seksueel gevoel.

Verder kan de verachting van zichzelf een belangrijke rol spelen, waardoor ze zichzelf steeds in een afhankelijkheidspositie brengen en zichzelf aanklagen. Men moet dan de partner dwangmatig op een voetstuk plaatsen, zodat deze nooit kan volbrengen wat de ander van hem verwacht. Zo provoceert men het falen van zichzelf en de partner.

Het kind voelt zich vooral schuldig, omdat hij het beter heeft dan zijn ouders (Trossman, 1968).

Voorbeeld: iemand veracht zijn ouders, omdat zij zich in zijn opvatting zo passief hebben gedragen in het concentratiekamp. De liefdesrelatie tot de ouders wordt overgedragen op de partner en zodra de partner iets nagelaten heeft, zich passief heeft opgesteld, ontladst zich een grote hoeveelheid woede en verachting op de partner ten opzichte van dat passieve gedrag. Dit onvermogen een normaal hechtgedrag met zijn of haar partner op te bouwen, kan leiden tot *faalangst*. Ik heb hiervan tientallen voorbeelden gezien bij jonge mensen, die mij consulteerden wegens een secundaire impotentia erigendi in het huwelijk.

De ouders werken dit mechanisme soms in de hand door overidentificatie met hun kinderen. Zij verwachten dat hun beschadigde identiteit door hun kinderen via bijzondere prestaties wordt hersteld (Judith Kerstenberg, 1974). Deze beschadigde identiteit hangt dan samen met wat Van Ravensteijn (1978) beschrijft, namelijk het feit dat de ouders zich gedragen alsof zij een geheim hebben, waarvoor zij zich schamen.

Zowel de overidentificatie als de beschadigde identiteit van de ouders kunnen voor de kinderen bij het maken van een partnerkeuze storend werken. Hierdoor is de basis gelegd voor een stoornis in het hechtgedrag.

Voorbeeld: een 36-jarige man bezoekt mijn spreekuur in wanhoop, omdat zijn 30-jarige joodse vrouw hem en hun twee kinderen plotseling in de steek heeft gelaten en gevlucht is naar een vriendin in het buitenland. Uit gesprekken nadien blijkt dat de vrouw de laatste weken voor haar vlucht ernstig geplaagd werd door gevoelens van: „Ik kan niet mijn man en kinderen de steun geven, die zij verdienen, ik faal in alles wat ik aanpak”. De depressie hangt samen met het jarenlang bestaande gevoel: „Ik kan mijn ouders niet zoveel liefde geven, dat zij de ellende van de oorlog vergeten”.

We hebben hier te maken met een samenspel van de gevoelens van haar

ouders, die bij de verwerking van hun survival-guilt onbewust inspeien op minderwaardigheidsgevoelens van hun dochter (Sigal, 1971; Sigal and co-workers, 1973).

De depressie, die in fasen kan optreden, ontstaat vaak in aansluiting aan falen van de frustratietolerantie. Lipkowitz (1974) heeft hiervan een duidelijk voorbeeld beschreven. Ingrid Brösse-Strauss en Harmut Steffen (1976) vonden in de psychotherapie van een jongen met anorexia nervosa en een meisje met colitis ulcerosa eenzelfde mechanisme.

Psychotherapeutische benadering

Wanneer wij ons afvragen op welke wijze wij het beste de mensen van de tweede generatie oorlogsslachtoffers, die lijden aan een van de bovenbeschreven symptomen, kunnen helpen, komen wij tot de volgende beschouwingen:

1 Indicatiestelling

Zoals bij elke indicatiestelling bij het zoeken naar de adequate psychotherapeutische strategie is het van belang zich niet uitsluitend te laten leiden door het symptoom, waarvoor hulp gevraagd wordt. Belangrijker is de structuur van de persoonlijkheid van de lijdër aan dit symptoom. Als bijvoorbeeld, wat niet zelden gebeurt, de seksuoloog geraadpleegd wordt op grond van een optredende seksuele dysfunctie als uiting van het beschreven kwetspel tussen de beide partners, dan zal deze er goed aan doen eerst het kwetspel te behandelen. Hij late zich dan niet door bedrijfsblindheid verleiden uitsluitend de seksuele dysfunctie te ataqueren. Bij de indicatiestelling behoort de doorlichting van de gehele psychosociale situatie, waarbij het symptoom waarvoor hulp gezocht wordt de functie krijgt die het verdient.

Wordt de psychiater geraadpleegd op grond van een steeds weer stuklopen van elke nieuwe arbeidssituatie op grond van onverwerkte autoriteitsconflicten, dan is het doorlichten van de actuele arbeidssituatie even noodzakelijk als onvoldoende. De plaats van de functie van het ageren dient bepaald te worden, hetgeen inhoudt: een longitudinale diagnostiek, waarbij het autoriteitsconflict zijn plaats krijgt.

2 Persoonlijheidsstructuur

De indicatie van de vorm van psychotherapie wordt bepaald door de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt. Bij een explorerende vorm van psychotherapie heeft men een gezond stuk persoonlijkheid nodig als bondgenoot in de strijd tegen de zich dwangmatig herhalende neurotische problematiek. Als dit gezonde stuk van de persoonlijkheid afwezig is, bijvoorbeeld bij een zwak gestructureerd, chaotisch IK bij iemand met

een geringe gevoelsbegaafdheid, is het beter een gedragstherapeutische benadering toe te passen.

3 *Partnerrelatietherapie*

De geschetste situaties zijn bijna steeds relatiestoornissen. Het lijkt mij een kunstfout bij de indicatiestelling van de psychotherapie de partner te verwaarlozen. De onder de vorige punten genoemde beschouwingen kunnen ook op de partner toegepast worden.

Een partnerrelatietherapie of eventueel een gezinstherapie kan deze relatiestoornis sterk verminderen. Hierbij kan men de neurotische mechanismen die in het onderlinge contact optreden in de spreekkamer waarnemen, bestuderen en behandelen.

4 *Motivatie*

De indicatiestelling omvat tevens het zo belangrijke vraagstuk van de motivatie van de cliënt. Vooral bij stoornissen in de agressieregulatie kan er een schijnmotivatie optreden, waarbij de cliënt dan de hulpverlener in de arm neemt, niet om zelf van het kwelspel verlost te worden, maar als onderdeel van het kwelspel, waarbij elke uitspraak van de hulpverlener gebruikt wordt tegen de partner.

5 *Working alliance*

Het is vooral van belang na te gaan in hoeverre men zelf in zijn eigen persoonlijkheid zo gestructureerd is, dat deze cliënt geholpen kan worden. Voor een goed verlopend psychotherapeutisch proces is een zo genoemde *working alliance* noodzakelijk.

Heeft men het gevoel dat men deze niet kan opbrengen, dan is het wijs cliënt te verwijzen naar een collega, waarvan men verwacht dat deze het beter zal kunnen doen.

Zelf houd ik de naar mijn smaak goede gewoonte aan pas in de derde zitting een uitspraak omtrent de indicatiestelling te doen. Uiteraard wordt in de praktijk de indicatiestelling vaak sterk beperkt door de geringe verwijzingsmogelijkheden. Er zijn in Nederland nog steeds veel te weinig psychiaters en psychologen met een psychotherapeutische opleiding.

Verder zou ik erop willen wijzen, dat het grote voordeel van een therapeutische benadering bij deze groep is, dat het gaat om tamelijk jonge mensen. De meeste tweede generatie slachtoffers zijn na 1945 geboren. De noodzaak van een exploratieve psychotherapie, waarbij getracht wordt een structurele verbetering van de persoonlijkheid te verkrijgen, wordt vaak mede bepaald door de aanwezigheid van jonge kinderen.

De kinderen worden dan op dezelfde wijze behandeld in absentia. De groep van de eerste generatie is psychotherapeutisch veel moeilijker te benaderen, mede in verband met de hogere leeftijd en de daarmee samenhangende rigiditeit van de persoonlijkheidsstructuur.

Welke psychotherapeut?

In verband met de samenstelling van de groep komt de vraag naar voren welke psychotherapeut het meest succes zou kunnen hebben. Men kan dan denken aan iemand die de oorlog aan den lijve heeft ondervonden, dus tot de oudere generatie behoort. De vraag is echter gewettigd of deze psychotherapeuten, die vaak patiënt en dokter tegelijk zijn, zich wel voldoende kunnen distantiëren van de aangeboden problematiek. Hiertegenover staat, dat men mag verwachten dat een doorgemaakte trainingstherapie de helper vrijwaart tegen al te veel blinde plekken op dit gebied. Iemand van dezelfde generatie zou eventueel de voorkeur verdienen, omdat hij zich beter zou kunnen distantiëren van de emotionele lading die bij het gebrachte materiaal behoort. Hetzelfde geldt voor de vraag of joodse kinderen bij een joodse psychiater en niet-blanke kinderen bij een niet-blanke psychiater het beste af zijn. Ook hierbij kan men een vraagteken zetten. Ik heb vele joodse cliënten gehad, die extra moeite hadden om bij een joodse psychiater hun zelfhaat-problematiek te bespreken. Daarnaast heb ik vele niet-joodse cliënten gehad, die hun eigen antisemitische gevoelens in hun gevoel beter konden bespreken met een joodse psychotherapeut, omdat zij bij hem zeker nooit steun voor deze gevoelens, die zij zelf sterk verwerpen, zouden ontmoeten. De afkomst van de hulpverlener wordt dan gebruikt in de afweer van bepaalde gevoelens.

Ook het geslacht van de therapeut kan van belang zijn, alhoewel ik de indruk heb dat deze faktor vaak wordt overschat. De meest frequente klacht, die ik in de afgelopen dertig jaar gehoord heb, is dat mannelijke hulpverleners zo moeilijk met vrouwen seksuele problematiek kunnen bespreken. Vrouwen daarentegen, hebben het gevoel dat zij vooral wanneer zij heteroseksueel van aanleg zijn deze beter bij een man kunnen bespreken. De wens van een vrouwelijke hulpzoeker om speciaal bij een vrouw in therapie te gaan, heb ik zelden gehoord. Misschien hebben andere psychotherapeuten een andere ervaring.

Wel moet erop gewezen worden, dat vooral in psychoanalytische therapieën een manlijke therapeut geconfronteerd wordt met fantasieën van de analysand, die alleen bij een vrouw gerealiseerd kunnen worden, bijvoorbeeld „ik wil zo graag bij u aan de borst liggen”. Ook is bekend dat vrouwelijke therapeuten geconfronteerd worden met wensen van de cliënt, die alleen bij een man gerealiseerd kunnen worden, bijvoorbeeld fantasieën rondom haar penis. Men zou kunnen zeggen, dat bij diepgaande psychotherapieën het geslacht van de therapeut veel minder van belang is dan bij oppervlakkiger therapieën.

Specifieke problematiek

1 *Tegenoverdrachtsproblematiek*

Bij de ingewikkelde *tegenoverdrachtsproblematiek* kan het gevoel van de hulpverlener dat hij een der hunnen is, waardoor hij een fundamentele solidariteit met hen ervaart, soms remmend werken op het psychotherapeutisch proces. Zelf heb ik in de loop der jaren mensen in behandeling genomen en geprobeerd mij voor hen in te zetten, waartegen objectief heel wat bezwaren zouden kunnen worden ingebracht wat de indicatie van een explorerende psychotherapie betreft. De wens om deze groep, waarmee men zich juist vanuit zijn eigen achtergrond zo sterk verwant voelt, te helpen kan zo overweldigend zijn dat men daarbij de objectiviteit van de bij het onderzoek optredende gegevens uit het oog verliest. Hoogst waarschijnlijk hangt hiermee samen, dat men vanuit een grotendeels onbewuste motivatie tracht een groot stuk eigen onopgeloste problematiek te behandelen door de ander te behandelen.

2 *Acting-out*

Gedurende het therapieproces komt bij de groep tweede generatie oorlogsslachtoffers vaak het afweermechanisme van de identificatie met de agressor-vervolger naar voren.

De grotendeels onverwerkte problematiek met betrekking tot de agressieregulatie wordt dan in de behandeling opgerakeld en uitgeleefd. Dit houdt in dat velen tot een zo genoemde acting-out komen, waardoor er zeer hoge eisen aan de hulpverlener gesteld worden. Het hanteren van de agressieve gevoelens, die in de overdracht tegen de hulpverlener geuit worden, is geen geringe zaak, vooral wanneer deze zowel kwalitatief als kwantitatief groter zijn dan men in andere therapieën gewend is. (De Wind, 1971; 1972).

3 *Gevoelens van omnipotentie*

Men ontmoet vaak bij deze groep een afsplitsing van het IK. Dit afgesplitste IK met sterke moordimpulsen blijkt impotent om ieder die de bevrediging van primaire wensen in de weg staat te vermoorden, te verbranden en te martelen: er gebeurt niets. De afweer van dit mechanisme kan zich makkelijk uiten in gevoelens van omnipotentie, een terugval op een vroeger doorgemaakt stadium (regressie). Dit verschijnsel is in de psychotherapeutische situatie vaak bijzonder moeilijk te hanteren. De groothedsgevoelens die hiermee samenhangen belemmeren een normale working alliance. Als troost libidiniseert men zijn symptomen, hetgeen een normale sociale aanpassing in de weg kan staan.

4 *Elite-gevoel*

Hiermee samenhangend kan het *elite-gevoel* optreden en remmend werken. Sociaal gezien kan dit elite-gevoel zich uiten in een hinderlijk: „Waar bemoeien jullie je mee. Jullie kunnen niet over me praten, alleen wij,

alleen wij!" Men wordt dan geconfronteerd met de lugubere fantasie: „Mijn ouders zijn heel wat belangrijker en meer bijzonder dan de ouders van mijn vriend, want mijn ouders hebben in het concentratiekamp Auschwitz, waar gaskamers waren, gezeten en de ouders van mijn vriend alleen maar in het concentratiekamp Theresienstadt zonder gaskamers."

5 *Identiteitsproblematiek*

De groep is vaak sterk bezig met identiteitsproblematiek: „Waar hoor ik thuis?"

Ik heb hiervan duidelijke pathologische staaltjes gezien. Er zijn patiënten, die de realiteit van het kamp van hun ouders gaan ontkennen door hun afkomst, dus hun joods-zijn, te ontkennen. In een land als Nederland met een optimale tolerantie tegenover verschillende uitingen van afkomst en geloof is dit niet moeilijk. Daarnaast zijn er mensen, die hun joods-zijn op abnormale wijze gaan accentueren. Ze lopen bijvoorbeeld met een kepeltje op straat, zijn soms hinderlijk onverdraagzaam.

6 *Passiviteits-activiteitsproblematiek*

Tijdens de behandeling kwam de *passiviteits-activiteits*-problematiek naar voren. Deze wordt in de psychotherapeutische situatie gedemonstreerd door perioden met afwisselend overwegend passief en overwegend actief gedrag. Beide vormen vertonen vaak een overdreven krampachtig karakter. De kinderen herhalen dwangmatig in de actuele situatie de gedwongen passiviteit van hun ouders in het kamp tijdens de oorlog. Simultaan of successief komt er dan een realisatie van de infantiele kampfantasieën, die zich vaak uit in het provoceren van voor hen bijzonder onaangename situaties. Men maakt van zijn eigen leven een kamp-situatie. Men heeft dan bewezen hoe slecht de mensen niet alleen voor hun ouders, maar ook voor hen zelf zijn.

Het heeft natuurlijk geen enkele zin te bewijzen dat ze ongelijk hebben. Het is veeleer noodzakelijk hen te laten zien waarmee ze bezig zijn. De patiënt heeft immers altijd gelijk!

LITERATUUR

J. Bastiaans: „Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet", Amsterdam, Noord-Holland, Uitg. Mij. 1957.

Ingrid und Steffen H. Brösse-Straus: „Zur Psychopathologie von Kindern ns-verfolgter Eltern". Zeitschr. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie 4, 1976, 55-70.

Judith Kerstenberg: „Kinder von Überlebenden der Naziverfolgungen", Psyche 28, 1974, 249-265.

Ed. H. Krystal: „Massive Psychic Trauma", New York, Int. Univ. Press, 1968.

D. J. de Levita: „A discussion of the paper by Shelley Orgel on fusion with the victim", Int. J. Psychoanal, 1974, 55, 539-41.

- M. H. Lipkowitz: „Das Kind zweier Überlebenden“, *Psyche*, 28, 1974, 231-248.
- J. Meerloo: „Neurologism and denial of psychic trauma in extermination camp survivors“, *Am. J. Psychiatr.*, 1, 1963, 65.
- H. Musaph: „Castratiecomplex, doodschrift en depressie“, Amsterdam, Noord-Holland, Uitg. Mij. 1948.
- H. Musaph: „Het post-concentratiekampsyndroom“, *Maandbl. Geest. Volksgez.* 1973, 5.
- H. Musaph: „The role of aggression in somatic symptom formation“, *Int. J. of Psychiatry in Medicine*, vol. 5, 1974 no. 4, 449-460.
- L. van Ravensteijn: „Gelaagdheid van emoties“, *T. v. Psychotherapie*, 4, 1978, 4, 175-185.
- J. J. Sigal: „Second-generation effects of massive psychic trauma“, In: *Psychic Traumatization* (Eds. Krystal and Niedeland), Boston, Little, Brown and Cy, 1971, 55-65.
- J. J. Sigal, D. Silver, V. Rakoff en B. Ellin: „Some second-generation effects of survival of the nazi persecution“, *Amer. J. Orthopsychiatr.* 43, 1973, 3, 320-327.
- B. Trossman: „Adolescent children of concentration camp survivors“, *Can. psych. assoc. J.*, 1968, 121-123.
- E. de Wind: „Psychotherapy after traumatization caused by persecution“, In: *Psychic Traumatization* (Eds. Krystal and Niedeland). Boston, Little, Brown and Cy, 1971, 93-114.
- E. de Wind: „Persecution, aggression and therapy“, *Int. J. of Psycho-analysis*, 53, 1972, 2, 173-177.
- M. Wanhg: „National socialism and the genocide of the Jews“, *Int. J. Psychoanal.* 45, 1964, 386.