

Scheiding en rouw

Prof. dr J. Bastiaans

1 Inleiding

In de konfrontatie met oorlogsslachtoffers worden wij steeds gesteld voor de vraag wat de essentie is van aantasting van het geestelijk evenwicht, in het bijzonder van de mens die gedurende kortere of langere tijd aan de destruerende invloeden van de stress van "man-made disasters" in het algemeen en die van vrijheidsberoving in het bijzonder werd geëxponeerd.

Wat een KZ-syndroom of post-koncentratiesyndroom eigenlijk is, is tegenwoordig vrij algemeen bekend. Toch wordt vaak nog te weinig doorzien hoe de traumatisering van oorlogsslachtoffers primair werd bepaald door het verlies van vrijheid en het verlies van sleutelfiguren, die in het leven voor het bestendigen en ontwikkelen van geestelijke stabiliteit van belang zijn.

De mens heeft op grond van zijn structuur een grote behoefte aan vrijheid, vooral aan vrijheid in denken, voelen en handelen. Het vrijheidsgevoel wordt ervaren wanneer men het levend besef heeft, vaak ook de overtuiging of het geloof, zelf te kunnen beslissen over eigen doen en laten en zelf een keuze te kunnen maken uit gegeven of geboden alternatieven. Vrijheid wordt in het bijzonder nagestreefd door hen die ervaren hebben wat onvrijheid is. Tussen volledige vrijheid en volledige onvrijheid zijn er tal van stadia van vrijheidsbeperking, welke als al dan niet acceptabel worden ervaren. Vrijheidservaring kenmerkt de geestelijk en lichamelijk gezonde mens, de mens die zichzelf is geworden, die zichzelf kan zijn en die daarmee een positief zelfgevoel heeft ontwikkeld.

Bij degenen, die de hel van gevangenschappen en concentratiekampen overleefden, bleek na terugkomst veelal hoe het zelfgevoel en daarmee de geestelijke stabiliteit was aangetast. Ten dele was dit het gevolg van de directe bedreigingen en ontberingen welke aan de vrijheidsberoving inherent waren. Daarnaast bleek het verlies van geliefde sleutelfiguren de stabiliteit aanzienlijk ondermijnd te hebben. Daarom zal in het navolgende eerst worden ingegaan op de essentie van verlating en rouw. Daarna zal het verband tussen verlating en KZ-syndroom nog nader worden besproken.

2 De essentie van de processen van verlating en rouw

De verlatingsprocessen bij kinderen zijn na de Tweede Wereldoorlog het best bestudeerd door de Engelse onderzoeker John Bowlby, wiens standaardwerken over "attachment", hechting en binding thans in de hele wereld bekendheid genieten. Rouwprocessen kan men eerst goed begrijpen wanneer men niet slechts weet wat verlating voor een volwassene, doch nog meer voor een kind betekent.

Met *rouw* wordt bedoeld het complex van normale processen die op gang

komen bij het verlies van een geliefd persoon, althans van een sleutelfiguur die in het leven van een bepaalde persoon of een bepaalde groep een grote rol heeft gespeeld.

Rouwprocessen zijn de processen die er gewoonlijk toe leiden dat de verlatene van het verloren objekt afstand doet, waardoor binding aan of verstandhouding met een nieuwe sleutelfiguur c.q. instantie mogelijk wordt.

Het *normale rouwproces* gaat gepaard met intens verdriet van een zodanige intensiteit dat soms van een mikro-makro-psychologische fase kan worden gesproken. Daarbij kan het contact met de werkelijkheid tijdelijk verstoord zijn en daarbij kunnen ook regelmatig hallucinaties optreden. Een dergelijk verdriet wordt in de terminologie van Bowlby aangeduid met het woord "bereavement", dat gewoonlijk op een sterfgeval duidt, doch dat ook voor een ander ernstig verlies kan staan, bijvoorbeeld voor het verlies van een sleutelfiguur die voor de betrokkene in feite "funktioneel" dood is.

Voor een gezonde *verwerking van rouw* is het noodzakelijk dat het rouwverdriet openlijk tot uitdrukking kan worden gebracht. Veel onvermogen tot rouwen ontstaat door het overmatig beheersen, onderdrukken en verdringen of anderszins afweren van rouwemoties, affekten en gevoelens.

In de Westeuropese kultuur is over het algemeen de afweer van het rouwverdriet veel sterker dan bijvoorbeeld in bepaalde oosterse kulturen. Door deze sterke afweer is het wellicht ook bepaald dat in psychiatrie, psychoanalyse en psychologie de rouwprocessen gedurende lange tijd niet in hun complexiteit werden doorzien. Vóór de Tweede Wereldoorlog vond men de essentie van het rouwproces nog het best besproken in de studie "Trauer und Melancholie" van Sigmund Freud. Eerst na 1945 en vooral na 1960 kwamen nationaal en internationaal gerichte studies op gang. Mogelijk is ook het wegvallen van bepaalde socio-kulturele remsystemen mede bepalend geweest voor het toenemen van de belangstelling voor onverwerkte rouwprocessen. Zo kennen wij thans de positieve betekenis van het rouwritueel, een ritueel dat in feite tot functie heeft de rouwgevoelens en de rouwemoties te laten beleven, te laten uiten en althans zodanig te laten verwerken dat blijvende symptoom- en syndroomvorming zoveel mogelijk wordt tegengegaan.

Het moge duidelijk zijn dat niet iedere verlating met een rouwproces verbonden hoeft te zijn. Zo kan het zijn dat de wegvallende sleutelfiguur als het ware ineens geen betekenis meer heeft voor degene die, althans van buitenaf gezien, in de steek wordt gelaten. Naast de echte rouwprocessen kent men alternatieve rouwprocessen. Deze kunnen betrekking hebben op het verlies van een lichaamsdeel of het verlies van een kostbaar bezit, bijvoorbeeld van een vertrouwd huis. Zelfs het verlies van een deel of aspekt van de eigen geestelijke capaciteit, zoals dat bij het ouder worden en veroudering het geval kan zijn, kan met een rouwproces gepaard gaan.

De normale fasen van verlating bij zeer jonge kinderen zijn:

- 1 *de protestfase*

Deze kan enkele uren tot een week duren. Het kind huilt of schreeuwt luid. Het

is boos en het tracht hoe dan ook de moeder terug te vinden. Het leeft dan nog kennelijk in de verwachting dat de moeder zal terugkomen. Vervangende moeder- of sleutelfiguren worden afgewezen. De meer passieve baby's klampen zich in wanhoop direkt aan het moedersurrogaat vast.

2 *de wanhoopfase*

De hoop op terugkomst van de moeder verdwijnt. De motoriek wordt minder levendig. Het huilen wordt meer monotoon. Het kind trekt zich meer terug en het eist dan minder van de omgeving, welke ten onrechte aanneemt dat het kind werkelijk rustig is.

3 *de fase van het loskomen*

Het kind lijkt nu meer aangepast en het wijst de omgeving minder af. Het kent de moeder echter minder goed als zij even gezien kan worden. Er is meer pre-okkupatie met eten, snoep, speelgoed en auto-erotiek. Het gaat echter om een geforceerde aanpassing. Achter deze aanpassingsfacade geeft het kind eigenlijk om niets en om niemand.

4 *de herstelfase*

Wanneer moeder na niet te lange tijd blijvend terugkomt, ziet men bij het kind eerst huilen, lachen en verwijt-gedrag en daarbij een meer dan normaal vastklampen aan moeder en ook grote angst dat deze weer weg zal gaan.

Sommige mensen zijn door hun vroege traumatische verlatingservaringen gepre-disponeerd om later, onder nieuwe moeilijke omstandigheden, te reageren met de gedragspatronen welke met een of meer verlatingsfasen verbonden zijn. Bij sommigen ziet men dan primair protestgedrag, bij anderen depressief gedrag, bij weer anderen een soort gedepersonaliseerd gedrag en bij degenen, die de vierde fase van het kinderlijk verlatingsgedrag niet goed konden doorlopen, overwegend klampgedrag. Tegen deze achtergrond kunnen de fundamentele rouwreakties van het oudere kind en de volwassene ook als volgt worden samengevat:

1. een hardnekkig bewust, doch meestal onbewust terugverlangen naar het verloren geliefde objekt;
2. een hardnekkige boosheid, bewust of onbewust, en verwijten die veelal naar derden worden verschoven en in die verschuiving vaak door de omgeving worden miskend;
3. het zorgen voor anderen die zelf een geliefde figuur hebben verloren;
4. het bewust of onbewust loochenen van het verlies en het permanent zijn daarvan.

3 **Nadere bespreking van de rouwreakties**

Wanneer de eerste fundamentele rouwreaktie niet voldoende kan worden doorleefd, omdat onderdrukking, overmatige beheersing en verdringing te sterk zijn, dan bestaat het gevaar dat de verlatene niet meer op andere kontakten kan omschakelen. Zelfs als een nieuwe verbinding of verstandhouding wordt aange-

gaan, blijft de eerste sleutelfiguur in de geest het verdere leven bepalen.

Wanneer *de tweede fundamentele rouwreactie* niet voldoende tot uitdrukking en verwerking kan worden gebracht, is het resultaat dat de betrokkene steeds agressief blijft en daardoor in moeilijkheden komt met de omgeving of maatschappij. Het merkwaardige is dat veel wreedheid, veel terrorisme en veel geweld, juist ook oorlogsgeweld, als diepste oorzaak kan hebben dat de bedrivers van geweld in hun vroege jeugd, of soms later, op pijnlijke wijze in de steek werden gelaten met als gevolg dat zij, in identifikatie met degenen die voor hen de agressor waren, zichzelf tot agressor ontwikkelden.

Wanneer *de derde fundamentele rouwreactie* vooropstaat, dan ziet men juist het mechanisme van de identifikatie met de verzorgende figuur. Een dergelijke reactie kan, evenals de eerste twee reacties, ook wel degelijk optreden bij degenen die de hel van gevangenis en concentratiekamp overleefden. Dan blijft het de vraag hoe lang een dergelijke rekatie volgehouden kan worden. Niet zelden is er dan sprake van een dusdanige overkompensatie, dat er toch een moment moet komen waarop de betrokkene ziek wordt en juist dan komt het onderliggende verlangen naar kontakt en verzorging in sterke intensiteit aan de oppervlakte. Niet zelden kan men dergelijke reacties vaststellen bij werkers in de gezondheidszorg, die vaak op grond van konfrontatie met moeilijkheden en ellende in eigen levensgang, het juist voor anderen goed wilden gaan doen.

Blijft de verlatene in de *vierde fundamentele rouwreactie* gefixeerd dan kan dit leiden tot een geforceerde schijnhouding welke niet zelden tot psychosomatische reacties kan leiden of op zijn minst tot het leven met hallucinaties in de zin van zeker te weten dat de verlorene er toch nog is.

In aansluiting op dit laatste moge benadrukt worden dat hallucinaties in het eerste jaar na het verlies van een belangrijke sleutelfiguur een normaal verschijnsel kunnen zijn. Velen durven daar niet over te praten. Men heeft dan angst om als belachelijk beschouwd te worden door de omgeving. Toch kan de plotselinge ervaring dat men de verlorene weer ziet, hoort, ruikt, voelt, kan aanraken of met hem kan praten, zeer sterk zijn, juist wanneer de betekenis van de verlorene in positieve zin zeer belangrijk is geweest. Juist daarom is het voor therapeuten en begeleiders van het grootste belang op subtiele wijze naar het ervaren van hallucinaties te vragen. Men mag daarbij niet vergeten dat een hallucinatie een voorstelling is in de geest, welke de helderheid kan hebben van een reële waarneming. Reeds in het vroege kinderleven kan de hallucinatie, bijvoorbeeld dat moeder er weer is, een bron van houvast zijn.

Goed beschouwd is het zo dat alle beschreven rouwreacties gedurende een bepaalde tijd als een relatief gezonde en normale reactie kunnen worden beschouwd. Hoofdzaak is dat het tot een reactie komt en nog meer tot een verwezenlijke verwerking van het verdriet. Wordt het verdriet niet tot uiting gebracht en kan daarover niet worden gesproken, dan blijven pathologische gevolgen zelden uit.

Vrij algemeen is bekend hoe bij beheersing van verdriet psychosomatische reacties kunnen optreden en in de laatste tijd is zelfs bewezen dat onverwerkte

stress van grote betekenis kan zijn bij het ontstaan van kanker. Met een kort voorbeeld uit eigen praktijk moge dit worden toegelicht.

Kortgeleden kwam een 50-jarige vrouw met carcinoom en carcinoommetastasen bij mij. Zij gaf aan hoe zij als kind in oorlogstijd, gedeporteerd naar Duitse kampen, zeer gekwetst was geworden en hoe na de oorlog een mislukt huwelijk en een plotseling mislukte vriendschap daarna, haar zeer eenzaam hadden gemaakt. Zij zei letterlijk: "Ik besta uit twee personen, het kleine kind van vier jaar met een enorm verdriet, het kind dat eigenlijk dood wil gaan en dat steeds in protest is, en anderzijds de volwassene die zo graag wil leven. Kunt U mij helpen? Ik heb alles geprobeerd om goed en zuiver te leven. Ik ben bij tal van therapeuten geweest, bij de Bhagwangroepen in India, bij expressiegroepen in Nederland. Ik heb daar wel van alles beleefd, maar ik heb het niet kunnen uiten. Ik voel dat het er uit moet, maar ik kan het zelf niet".

Wellicht is de grootste tragiek van het hebben van zo'n getraumatiseerd deel in de eigen persoon, zo'n psychische sequester, dat de betrokkenen vaak in de hoogste nood niet begrepen worden door de omgeving. Moge dat in het bijzonder gelden voor carcinoompatiënten, het kan ook het geval zijn bij andere patiënten die niet manifest depressief of agressief zijn, maar die door overmatige aanpassing toch in lichamelijke zin ziek worden.

Benadrukt moge worden dat de psychosomatische gevolgen van onverwerkte verlating en rouw soms eerst jaren na het veroorzakende trauma kunnen optreden. Soms is de afstand in de tijd tussen trauma en reactie zo groot dat de causale samenhang niet meer wordt doorzien. Voor teruggekeerden uit de oorlogstijd kan dit pijnlijke consequenties hebben, zeer in het bijzonder wanneer het gaat om vraagstukken van uitkering of pensioen, in verband met ziekte en/of invaliditeit veroorzaakt of verergerd door oorlogsstress.

In de eerste tijd na een stressperiode ziet men meestal meer algemene stressreacties in de zin van angst, algemene nervositeit, gevoelens van pijn, schuld of schaamte, episoden van fobische reacties waarbij de betrokkenen soms een uitgesproken neurotische indruk kunnen maken. Hoewel dit eigenlijk de beste tijd is voor hulp en begeleiding, wordt deze niet zelden door de betrokkenen afgewezen uit angst om als kinderachtig, ziek of als psychiatrisch patiënt beschouwd of geëtiketteerd te zullen worden. Op pijnlijke wijze werd dit duidelijk toen in de zeventiger jaren in Nederland onder leiding van de schrijver een uitvoerig onderzoek werd verricht over de psychische en psychosomatische gevolgen van de beruchte gijzelingssituaties. Op grond van de ervaringen bij de behandeling van oorlogsslachtoffers opgedaan, was het streven er op gericht de ex-gegijzelden zo snel mogelijk de gelegenheid te geven zich te laten behandelen indien er daartoe een indicatie bestond. Hoewel dit bij velen het geval was, werd het aanbod tot begeleiding of behandeling door velen afgewezen. Bij herhaling hoorde men dan de opmerking "ik ben toch geen psychiatrische patiënt, ik ben toch niet gek". Dit maakte duidelijk hoe intens de angst kan zijn als abnormaal beschouwd te worden. De tragiek is dan dat men eerst met een behandeling kan beginnen, wanneer de afweer- en verdringingsprocessen tot duidelijke psy-

chologische en psychosomatische stoornissen aanleiding hebben gegeven.

Dit alles maakt wel duidelijk dat men kinderen en volwassenen bijtijds zou moeten leren wat de gevolgen van abnormale stress eigenlijk kunnen zijn en hoe men in een relatief vroeg stadium ernstige gevolgen kan voorkomen. Een dergelijk opvoedingsproces zal in de toekomst echter nog zeer veel geduld en inspanning vragen, juist omdat dit een verandering of doorbraak van de in onze cultuur vastliggende gewoonten impliceert.

4 Verlating, rouw en het KZ-syndroom

Het KZ-syndroom is geen syndroom in de zin van een complex van symptomen. Het is meer dan dat. Het is in feite een complex van syndromen die elkaar in de loop van de tijd kunnen opvolgen. Ik heb het KZ-syndroom beschreven als een proces dat in feite de vier fasen volgt van Selyes General Adaptation Syndrome (GAS).

- 1 De *shockfase* is de fase die bij de meesten reeds tijdens arrestatie, verhoor, mishandeling en eerste kennismaking met gevangenis en concentratiekamp begint. Extreme shock impliceert uitschakeling van het bewust-zijn, iets minder extreme shock intense schrik, depersonalisatie en zogenaamde Ik-verlamming. In de shockfase is verzelfverdediging praktisch onmogelijk. Wanneer het bewustzijn niet geheel is uitgeschakeld, kan de sensatie van extreme machteloosheid overheersen. Sommigen kunnen voor de rest van hun leven in deze machteloosheidsservaring gefixeerd blijven.
- 2 De *alarmfase of contra-shockfase* is een toestand van innerlijk alarm, met alle manifestaties van "arousal". Klinisch gaat dit gepaard met tal van neurasthene symptomen waaronder extreme nervositeit, angst, slapeloosheid, rusteloosheid en alles wat men kan verbinden met het begrip hyperesthetisch emotioneel syndroom. In de alarmfase wordt de ingebouwde alarmapparatuur geactiveerd. Gevoelens zoals pijn, angst, schuldgevoel en schaamtegevoel worden als voornaamste alarmgevoelens beschouwd; ze waarschuwen de mens dat evenwicht en existentie bedreigd worden of bedreigd zijn en ze aktiveren het organisme tot het vinden van een oplossing. Wordt de waarschuwende functie van de alarmreacties door de mens niet verstaan en wordt alleen de dreiging ervaren, dan kan hij voor de rest van het leven in de ervaring van deze gevoelens en de daarmee verbonden gedragspatronen gefixeerd blijven; de mens blijft dan de angstige, de pijnlijdende, de schuldige of degene die zich blijvend schaamt.
- 3 De *aanpassingsfase* is de fase waarin mens en organisme een aanpassingsoplossing trachten te vinden. Basisprincipes van aanpassing zijn gegeven in de biologische reacties van "fight" of "flight". Overweegt het fight-principe dan kunnen agressie en protest in het manifest gedrag overwegen. Overweegt het flight-principe dan trekt de mens zich terug, veelal in toestanden van chronische depressie en, wanneer er in het geheel niet meer innerlijk gevochten kan worden, apathie. De psychosomatische ziektebeelden staan doorgaans in het teken van sterke beheersing, onderdrukking en verdringing van de fight-reak-

ties, zo ook in het teken van niet willen toegeven aan de flight-reakties.

Heeft de mens een vorm van leven gevonden op het niveau van pathologische fight- en flight-reakties, dan is hij ziek en moet hij behandeld worden. Bij oorlogsgetroffenen kunnen deze reakties optreden, soms jaren na het vermindern of verdwijnen van de reakties van de tweede fase, juist omdat er eerst een meer gezonde oplossing kon worden gevonden, welke dan evenwel niet kon worden volgehouden omdat in het na-oorlogse bestaan nieuwe teleurstellingen en stress-situaties zich aandienden.

- 4 De *uitputtingsfase* treedt op wanneer er eigenlijk geen aanpassing mogelijk is, of wanneer in de loop van de tijd ook de bij de derde fase behorende pathologische aanpassingsvormen niet of niet meer konden worden bereikt. Klinisch ziet men in de aanpassingsfase een neurasthene uitputtingstoestand, waarbij de symptomen van asthenie, vermoeidheid en snelle vermoeibaarheid overwegen en waarbij de nachtmerries van het verleden de betrokkenen soms onophoudelijk blijven hinderen. Soms is er een grote mate van overeenstemming met de neurasthene reakties van de tweede fase.

Welke aanpassingsvormen in de loop der jaren gevonden worden is uiteraard afhankelijk van de voorgeschiedenis, van wat men voor de oorlog heeft ervaren en van wat men tijdens en na de oorlog meemaakte. Daarnaast zijn persoonlijkheid en karakter, zoals deze op grond van erfelijkheid en levenservaring tot ontwikkeling kwamen, van belang. Het spreekt van zelf dat de vitale mens meer kan verwerken dan de minder vitale mens; dat wil zeggen meer stress en meer ellende kan verwerken dan degene die, door welke redenen dan ook, minder weerstand kan bieden tegen de stress van de 'man-made disasters'.

Hoewel in de inleiding tot deze voordracht is aangegeven dat verlatings- en rouwprocessen bij het KZ-syndroom zeer belangrijk zijn, mag niet worden gesteld dat het KZ-syndroom slechts de uiting is van pathologische rouw-c.q. verlatingsprocessen. De lijder aan het KZ-syndroom is een getraumatiseerde. Psychisch getraumatiseerd zijn betekent dat men niet meer de beschikking heeft over een deel, klein of groot, van de aanpassings- of copingmogelijkheden waarover men vroeger, dus voorafgaande aan de traumatiserende situatie, wel de beschikking had.

Men kan getraumatiseerd worden door verlies en verlating en bij oorlogsslachtoffers is dit zeer vaak het geval geweest. Doch daarnaast kan men getraumatiseerd worden door de geestelijke en lichamelijke mishandeling, ondervoeding en ontberingen welke men in gevangenis en concentratiekamp, c.q. onverdragelijke onderduiksituaties, heeft moeten doorstaan. Daarom is het voor degenen die oorlogsslachtoffers moeten begeleiden of behandelen steeds van het grootste belang na te gaan wat de essentie van de traumatisering is geweest.

Soms zal de therapie daaruit kunnen bestaan dat men zekerheid en veiligheid, materieel en vooral immaterieel, voor de betrokkenen realiseert. 'Safety first' is het basisprincipe bij iedere behandeling, doch zeker voor de getraumatiseerden. In een klimaat van veiligheid en zekerheid kan de getroffene de mogelijkheid

krijgen tot nieuwe vormen van aanpassing en coping te komen. Het positieve, humane medemenselijk contact is juist voor oorlogsslachtoffers van het allergrootste belang, juist omdat zij zo vaak het gevoel hebben dat niemand kan begrijpen wat zij hebben meegemaakt.

Toch zal lang niet altijd het aanbieden van sociale en humane zekerheden tot genezing kunnen leiden. De meest causale vorm van behandeling is gegeven in het gezamenlijk met de getroffen in de therapeutische situatie teruggaan naar de hel, althans de plaats des onheils, van weleer. Heeft men de moed en de kracht daar doorheen te gaan in een setting, welke toch ook voortdurend staat in het teken van veiligheid en zekerheid, dan kan de kracht van de herinnering aan het traumatiserende gebeuren afnemen en kunnen de fixaties aan de gruwelijke ervaringen zodanig verbleken, dat deze in het verder leven de betrokkene niet meer behoeven te storen.

Dit alles impliceert het herwinnen van zelfvertrouwen, zelfgevoel en vrijheidsbeleving. Dit alles in het besef dat men toch weer kan leven en zonodig kan aanvallen en zichzelf verdedigen.

5 Slotbeschouwing

De kennis van verlatings- en rouwprocessen is onontbeerlijk bij de behandeling van oorlogsslachtoffers, evenals bij de behandeling van slachtoffers van andere 'man-made disasters'. Onverwerkte rouwprocessen kunnen juist bij het KZ-syndroom van grote betekenis zijn, doch een KZ-syndroom is meer dan een onverwerkt rouwproces. Het terugvoeren van de getroffene naar een gezond identiteits- en vrijheidsbeleven is hoofdtaak voor iedere begeleider of therapeut.

LITERATUUR

- J. Bastiaans: "Psychomatische Gevolgen van Onderdrukking en Verzet". Proefschrift Amsterdam. Noord-Hollandse Uitgeversmij. 1957.
- J. Bastiaans: "Over de Specificiteit en de Behandeling van het KZ-syndroom". Ned. Milit. Geneesk. T. 23, 364, 1970.
- J. Bastiaans: "Vom Menschen im KZ und vom KZ im Menschen". In: Essays über Naziverbrechen, Simon Wiesenthal gewidmet. Amsterdam 1973.
- J. Bastiaans: "Het KZ-syndroom en de Menselijke Vrijheid". Ned. T. Geneesk., 118, 1974.
- J. Bastiaans: "Verlating en Rouw". Intermediair 10, 20, 1974.
- J. Bastiaans: "Isolement en Bevrijding". Het Ziekenhuis, sept. 1975.
- J. Bastiaans: "Der Beitrag der Psychoanalyse zur psychosomatischen Medizin". In: "Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band Tiefenpsychologie". Ed D. Eicke. Kindler Verlag, Zürich, 960-995, 1976.
- J. Bastiaans: "Die Träume der Opfer. Gespräche mit Patienten einer holländischen Klinik mit Jan Bastiaans und Eugen Kogon. In: Dienstagsgespräche mit Zeitgenossen". Ed. G. Rein. Kreuz Verlag, Stuttgart, 1976.

J. Bastiaans: "De Behandeling van Oorlogsslachtoffers". T.G.O., Tijdschrift voor Geneesmiddelenonderzoek, 1, 352-358, 1979.

J. Bastiaans: "Consequences of Modern Terrorism". In: Handbook of Stress. Ed. Leo Goldberger and Shlomo Breznitz, The Free Press, 1982.

J. Bowlby: "Attachment and Loss", vol. I, 1969, London, Hogarth Press.

J. Bowlby: "Attachment and Loss", vol. II, 1973, London, Hogarth Press.

S. Freud: "Trauer und Melancholie". In "Gesammelte Schriften, V, 1924". Internat. Psychoanalytische Verlag. Leipzig/Wien/Zürich.

H. Selye: "Stress". Philadelphia: Lippincott, 1974.