

Partners van eerste generatie oorlogsgetroffenen

Gerda W. van Tiel-Kadiks*

Inleiding

De partner van een oorlogsgetroffene is veelal de levensgezel(lin) van een existentieel getraumatiseerd mens. Dat wil zeggen van een man of een vrouw die in een situatie heeft verkeerd waarin leven en mens-zijn werden bedreigd, een situatie waaruit ontsnappen zeer moeilijk of onmogelijk was en waarvan het einde niet in zicht was.

Kahana (1992) heeft de kenmerken van een existentieel trauma als volgt beschreven:

1. Het totale leven en beleven wordt door de gebeurtenis ontwricht, er is geen veilig gebied meer over.
2. De situatie is extreem vijandig, bedreigend en gevaarlijk.
3. Er zijn geen of nauwelijks mogelijkheden om de situatie te veranderen.
4. Er is geen voorspelbaar einde aan de situatie waar te nemen.
5. Het lijden lijkt zinloos en is rationeel niet te verklaren.

Een existentieel trauma leidt tot een breuk in de relaties die het slachtoffer heeft met zichzelf en met de buitenwereld. De beleving van relatieve onkwetsbaarheid en goedheid van de eigen persoon wordt door de gebeurtenis verstoord, en de wereld die begrijpelijk en betekenisvol leek, bestaat niet meer.

Janoff-Bulman (1992) heeft dit proces beschreven uitgaande van drie zogenaamde basic-assumptions (de wereld is goed, het bestaan is zinvol, ik ben de moeite waard). Door een ingrijpende schokkende gebeurtenis kunnen de basic assumptions waarmee iemand zijn leven begint aangetast worden, met als gevolg dat de overlevende niet alleen de buitenwereld als vijandig beleeft, maar dat hij ook ervaart dat zijn binnenwereld onbetrouwbaar is geworden.

* Gerda W. Van Tiel-Kadiks is psychiater en voormalig hoofd Polikliniek van Centrum '45 te Oegstgeest.

Verwerken van het psychotrauma betekent onder andere het herstellen van de relatie met het negatief beleefde zelf en met de vijandig geworden buitenwereld. Destructieve krachten dienen begrepen en ingepast te worden. Daartoe moeten ze eerst van hun 'macht' worden ontdaan, hetgeen bereikt kan worden door middel van veilige post-traumatische ervaringen. Dat gebeurt onder andere in contacten met betrouwbare anderen die de ernst van de schokkende ervaringen erkennen, die erover kunnen praten en die de heftige emoties die daarmee gepaard gaan kunnen verdragen.

Partners van oorlogsgetroffenen spelen een belangrijke rol bij het verwerkingsproces waarin iedere getraumatiseerde, of hij dat wil of niet, terecht komt. Veel slachtoffers van georganiseerd geweld weten met steun van hun omgeving te komen tot een leven dat niet meer beheerst wordt door de oorlog. Dat vraagt veel geduld, begrip en invoelend vermogen van de gezinsleden.

In onderzoeken naar de belevingen van partners van oorlogsgetroffenen geeft het merendeel van hen aan dat hun leven sterk beïnvloed wordt door de traumatische ervaringen van hun wederhelft. Niet altijd wordt de zorg om de getraumatiseerde ervaren als een belasting. Vele partners helpen graag en voelen zich mede door hun zorgzaamheid extra nauw betrokken bij hun levensgezel(lin). Klachten bij de partner kunnen ontstaan indien hun inspanningen niet meer of onvoldoende resultaat hebben.

Casuïstiek

Mevrouw A. is een zeer goed verzorgde, elegante vrouw van 55 jaar. Ze is ruim dertig jaar getrouwd met een succesvolle zakenman, die als kind in een Japans kamp geïnterneerd is geweest. Mevrouw is daarvan op de hoogte als ze trouwt, maar haar man wil er verder nooit over spreken en zij vraagt er niet naar. Wel valt het haar op dat haar man vaak iets rusteloos heeft. Hij kan niet lang stil zitten en werkt eigenlijk altijd. Hij moet voor zijn werk veel reizen en dat lijkt hem ook goed te bevallen, want dan hoeft hij zich niet te verdiepen in de problemen van hun twee kinderen en andere gevoelszaken. Mevrouw is tevreden met haar traditionele rol van huisvrouw en moeder. Als haar man thuis is verwent ze hem en stelt ze weinig eisen. Haar ogenschijnlijk veilige leven stort volledig in als haar man, nu twee jaar geleden, na een zakenreis naar Japan plotseling verandert. Hij wordt prikkelbaar, krijgt

nachtmerries, kan niets meer hebben van de inmiddels volwassen zonen, en maakt steeds ruzie met zijn vrouw. Hij wil niet praten en wordt woedend als zij daarop aandringt. Bovendien begint hij veel alcohol te drinken waar mevrouw radeloos van wordt. Ze durft er met niemand over te spreken uit schaamte en angst voor haar man.

Na een onverwachte suicidepoging wordt de echtgenoot in Centrum '45 opgenomen en spreek ik mevrouw. In een paar jaar tijd is ze al haar vertrouwen in het leven en in zichzelf kwijtgeraakt. Ze voelt zich angstig, heeft last van hartkloppingen en slaapt heel slecht. Ze heeft het gevoel volledig vervreemd te zijn geraakt van haar vroegere leven.

Mevrouw B. is bij aanmelding 67 jaar, een struise vrouw, echtgenote van een Indië-veteraan. Haar man is verwezen voor behandeling van zijn nachtmerries en het maatschappelijk werk heeft mevrouw aangeraden om ook maar eens hulp te gaan zoeken.

Tijdens het intakegesprek is mevrouw terughoudend. Na enig aandringen geeft ze toe veel last te hebben van de oorlogsklachten van haar man. Ze noemt voorbeelden van situaties waar ze steeds minder goed mee overweg kan. Een week tevoren kwam haar man uit de tuin, 's morgens vroeg, het was nog donker. Hij zei: 'doe onmiddellijk het licht uit anders zien ze ons'. Hij keek verwilderd om zich heen en werd woedend toen ze hem tegensprak. Ze hebben een half uur doodstil in het donker gezeten, toen mocht ze 'Oegstgeest' bellen en heeft haar man met een therapeut gepraat tot hij rustig was.

Een tijd geleden stond hij met een hakmes achter de schuur. Hun zoon wilde het afpakken en werd daarbij bijna vermoord omdat vader hem voor een Indonesiër aanzag. Haar man is in zo'n 'toestand' absoluut niet aanspreekbaar. Het maakt haar angstig en machteloos.

Vroeger had hij alleen maar nachtmerries. Als ze hem dan wakker maakte, was het over en werd er niet meer over gesproken. Nu helpt niets. Ze weet niet meer hoe ze ermee om moet gaan.

Daarbij komt dat haar man niet meer alleen gelaten wil worden. Ze moet alles met hem samen doen. Hij kan geen tien minuten buiten haar. Ze wordt er benauwd van. En ze mag er ook nog met niemand over praten.

Waar hebben deze vrouwen last van:

- het niet willen praten van de partner;
- het vermijden van intimiteit;
- de onverwachte verandering in het gedrag van hun man;

- het eigen onvermogen om te helpen;
- de prikkelbaarheid van hun man;
- de agressie;
- het alcoholgebruik;
- de onbereikbaarheid;
- het claimende gedrag;
- zelf angstig worden;
- zelf onzeker worden;
- er met niemand over mogen of kunnen praten;
- het gevoel dat het nooit meer goed komt.

Samengevat: gebrek aan intimiteit, onbegrijpelijke impulsdoorbraken van de echtgenoot, zelftwijfel, gevoelens van machteloosheid en toenemend isolement.

De genoemde verschijnselen vinden we ook in de literatuur beschreven. Bij vrouwen van Vietnam-veteranen zijn vergelijkbare problemen geconstateerd (Peterson e.a 1991) en ook in Nederland (Bramsen e.a 1995) bleek eenderde van de partners van veteranen problemen te hebben met:

- de prikkelbaarheid van de veteraan;
- zijn steeds weer terugkerende nare oorlogsherinneringen;
- zijn slaapproblemen;
- zijn emotionele geslotenheid;
- zijn somberheid;
- het onbegrip van de omgeving;
- zijn lichamelijke beperkingen.

Leven met een oorlogsgetroffene

Zoals al eerder werd gesteld vraagt het samenleven met een overlevende van een existentieel psychotrauma veel van de directe omgeving, en met name van de partner.

Een bijkomend probleem vormt het feit dat de oorlogsgetroffene heel onduidelijk kan zijn in het uiten van zijn behoeften. Aan de ene kant bestaat er een verlangen naar nabijheid en steun, aan de andere kant is er angst voor afhankelijkheid en angst voor 'besmetting'.

De overlevende worstelt met zichzelf als mens. Hij heeft behoefte aan hulp omdat hij zich zwak voelt. Het accepteren van aangeboden hulp

bevestigt hem echter in zijn zwakte en dat roept gevoelens van woede op. Niet alleen omdat hij zich schaamt, maar ook omdat hij in andere omstandigheden ervaren heeft dat afhankelijkheid in een relatie gevaarlijk kan zijn en vreselijke gevolgen kan hebben. Hij vertrouwt een ander niet gemakkelijk meer.

Bovendien kan er bij de overlevende een gevoel bestaan een waardeloos mens te zijn geworden die doordrenkt is geraakt met de dood. Dit heeft te maken met de veranderingen die kunnen optreden in het zelfbeeld van een ernstig getraumatiseerde. Als men extreem slecht behandeld is door een ander mens neigt men ertoe het gevoel van waardeloos zijn dat daarmee tot uitdrukking werd gebracht, te internaliseren; men gaat zichzelf waardeloos en slecht voelen. Het afweren van intimiteit kan voortkomen uit de (onbewuste) angst een ander (gezond) mens met slechtheid en dood te besmetten.

Bij existentieel getraumatiseerden kunnen de met bovenstaande mechanismen samenhangende angst- en schaamtegevoelens zo intens zijn dat ze moeilijk verdragen kunnen worden. Het organisme reageert dan met verdringen of vermijden en de omgeving, die al dan niet bewust deelgenoot wordt gemaakt van de heftige gevoelens, gaat daarin meedoen.

Indien de vermijding faalt ontstaan herbelevingen. Op zich kunnen herbelevingen functioneel zijn in een verwerkingsproces, maar als ze te veel angst oproepen en onveranderd van inhoud blijven is er sprake van een stagnatie in de verwerking. Meestal zijn er dan ook andere symptomen die wijzen in de richting van een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

In de getroffen gezinnen wordt veel in dienst gesteld van het voorkomen van herbelevingen, omdat deze angst oproepen bij zowel het slachtoffer als de partner. Contacten met de buitenwereld kunnen prikkels geven die de vermijding bedreigen: tv-beelden, krantenberichten, maar ook bijvoorbeeld verhalen van familieleden of vrienden. Ter bescherming van de overlevende (en zichzelf) gaat men zich steeds meer afzonderen van de buitenwereld, met als gevolg een toenemend isolement van het gezin.

Dit is een langzaam, sluipend proces. Partners blijken vaak ongemerkt opgeslokt te zijn geraakt in het gesloten geworden systeem en zijn zo ongewild mee gaan doen aan het in stand houden van de posttraumatische klachten. Bij de beschreven patiënten gaat het om een proces

van meer dan dertig jaar. Door het isolement wordt de verwerking verder belemmerd en hulp vragen blijkt in zo'n situatie uiterst moeilijk te zijn. Het kan door beide echtelieden ervaren worden als een vorm van verraad: 'Je valt me af'.

Klachten bij de partner

Partners van oorlogsgetroffenen blijken in het algemeen sterk te zijn en veel aan te kunnen. In een aantal gezinnen is er echter op enig moment hulp van buiten nodig en soms kan dat pas als de niet-getraumatiseerde partner klachten ontwikkelt en deze daarvoor de huisarts of het maatschappelijk werk raadpleegt. De meest voorkomende klachten bij partners betreffen angst, depressie en/of somatische problemen.

Opvallend is dat er weinig valide onderzoeken bestaan naar de situatie van partners van oorlogsgetroffenen en dat de bekende onderzoeken bijna uitsluitend veteranen-vrouwen betreffen. Hoewel de resultaten daarvan niet zonder meer te gebruiken zijn voor alle categorieën van oorlogsgetroffenen vinden we toch veel overeenkomsten.

In een gecontroleerde studie in Israël vergeleken Solomon e.a. (1992) de partners van veteranen met en zonder PTSS. De partners van veteranen met PTSS vertoonden ernstiger symptomen. Men vond meer somatisering, depressies, obsessief compulsieve stoornissen, angststoornissen en paranoïde reacties.

Deze uitkomst komt overeen met de bevindingen van Bramsen e.a. bij vrouwen van Nederlandse veteranen.

Op grond van de literatuur, de geciteerde onderzoeken en de ervaringen met partners van oorlogsgetroffenen op de polikliniek van Centrum '45 kan het volgende geconstateerd worden:

1. Het leven met een existentieel getraumatiseerde vraagt veel geduld, begrip en invoelend vermogen van een partner, met name als het slachtoffer lijdt aan symptomen behorend bij een PTSS.
2. Partners zijn bereid veel te investeren in het ondersteunen van hun getraumatiseerde wederhelft.
3. Partners slagen er in het algemeen goed in hun partner te helpen bij het verwerken van zijn schokkende ervaringen.

4. Hulp vragen aan een buitenstaander wordt pas gedaan als alle andere methoden om de klachten te reduceren zijn mislukt.
5. Vaak is er niet alleen sprake van ernstige posttraumatische klachten bij het slachtoffer, maar zijn er ook klachten en problemen ontstaan bij de partner.

Gestagneerde verwerking

Volwassen overlevenden proberen na traumatische gebeurtenissen een nieuw evenwicht te vinden. Ze zoeken naar een nieuwe, niet bedreigende wereld die hen aanvaardt, erkent en die zorgt voor integratie van de negatieve ervaringen met eerder bestaande en door het trauma verbrokkelde illusies. Cognitieve processen zijn hierbij belangrijk. Voor herstel van het beschadigde zelf is een veilige en steungevende omgeving een voorwaarde.

In eerste instantie streeft de getraumatiseerde ernaar zijn pijn te delen met degenen die hem dierbaar zijn. 'Healing is derived not from getting rid of the pain, but of sharing the pain' (Figley, 1988).

Figley heeft vier manieren beschreven waarop de familie de getroffene kan helpen:

1. Het herkennen van posttraumatische symptomen.
2. Het trauma onder ogen zien.
3. Aanmoedigen om te praten over de vreselijke gebeurtenissen.
4. Conflicten die erdoor kunnen ontstaan proberen op te lossen.

Als tegenpool van deze genezende factoren zijn er vier belemmerende factoren:

1. Ontkennen dat er iets aan de hand is.
2. Ontkennen dat het nodig is het trauma te verwerken.
3. Vermijding bevorderen.
4. Conflicten uit de weg gaan.

De vraag rijst welke omstandigheden bepalen of er een verwerkingsbevorderend of een verwerkingsbelemmerend gezin ontstaat.

Onderzoeken gericht op het beantwoorden van deze vraag ontbreken. Er is in de vakliteratuur opvallend weinig aandacht besteed aan de structuren van posttraumatische systemen. Wel is er veel geschreven over 'the family as a victimizing system'. Er wordt kennelijk vaker ver-

ondersteld dat het systeem zelf ziekmakend is dan dat men ervan uitgaat dat een gezin problemen kan krijgen ten gevolge van traumatisering van een van haar leden.

Een gezin kan echter door schokkende gebeurtenissen veranderen van een gezond functionerende, open communicerende eenheid in een gesloten, angstig, beperkend systeem. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de kans op PTSS bij individuen toeneemt naarmate de traumatisering ernstiger is en vaker heeft plaatsgevonden (Schreuder 1996, Bramsen 1995). Het lijkt aannemelijk te veronderstellen dat dezelfde oorzaken de kans op het ontstaan van problemen in het gezin doen toenemen.

In de gezinnen van de besproken patiënten speelde een aantal belemmerende factoren een rol. Bij mevrouw A. werd er lang ontkend dat er iets aan de hand was. Omdat alles ogenschijnlijk goed ging voelde men geen behoefte het trauma te verwerken. Mogelijk ook omdat mijnheer van zijn ouders had meegekregen dat hij 'gelukkig' te klein was tijdens de oorlog om last te kunnen krijgen van zijn kamp-ervaringen. Mijnheer werd door vrouw en kinderen ontzien, conflicten werden uit de weg gegaan en in die zin deed het gezin mee aan het bevorderen van de vermijding. Mevrouw B. wist dat er iets aan de hand was, maar had het idee dat het niet goed was om aandacht te besteden aan het verleden, uit angst voor toename van de nachtmerries. De vermijding werd bevorderd en conflicten werden toegedekt.

Uit deze voorbeelden moge blijken dat het vaak moeilijk is voor de partner om het zwijgen van de oorlogsgetroffene te doorbreken. Ook in de gezinnen waar de oorlog duidelijk een rol speelt omdat bepaalde rituelen steeds weer herhaald worden en er vaak, maar veelal anekdotisch, over allerlei incidenten gesproken wordt, kan men gevangen zitten in een reeks belemmerende factoren.

Dat gebeurt echter niet voor niets. Gevoelens van *angst, schaamte, onmacht en zorg* vormen de motieven die een echtpaar doen 'kiezen' voor oplossingen die het verwerken van het oorlogsleed niet bevorderen.

Behandeling

Dezelfde motieven die leiden tot inadequate oplossingen voor de ontstane problemen in de gezinnen, maken het de partners moeilijk om

hulp te vragen. Acceptatie van adequate hulp is afhankelijk van de mate waarin de hulpverlening begrip blijkt te tonen voor de achterliggende problematiek. Praten is de eerste stap bij het doorbreken van het isolement. Maar daaraan voorafgaand dienen hulpverleners deze cliënten voorlichting te geven; voorlichting over het ontstaan en verloop van posttraumatische klachten en voorlichting over de wijze waarop partners hiermee om kunnen gaan. De hulpverlener dient veel respect te tonen voor de inspanningen van de partner. Het is een kunstfout de partner te verwijten dat deze de verwerking heeft tegenwerkt. Ga er altijd vanuit dat betrokkenen geprobeerd hebben er het beste van te maken. En soms hebben mensen een heel leven nodig alvorens aan verwerken toe te komen.

Praten is nodig om het isolement te doorbreken en de schokkende gebeurtenissen alsnog een positieve plaats te geven in de huidige psychische realiteit van het slachtoffer en zijn dierbaren. Dat kan tesamen met de partner gebeuren of gescheiden van elkaar.

Bij patiënten of cliënten die lijden onder de late gevolgen van een psychotrauma is het meestal nodig te beginnen de partners los van elkaar te behandelen. De angst van de overlevende dat hij de partner besmet met zijn vreselijke ervaringen vormt een belemmering in een relatie-therapie. Vaak is in die gevallen een behandelvorm waarbij ook lotgenoten betrokken zijn minder bedreigend dan een individuele therapie. Angst en schaamte worden gemakkelijker verdragen door mensen die vergelijkbare traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt. Bovendien kan men in een groep een tijdje rustig meedraaien en de kat uit de boom kijken.

Bij de hulpverlening aan de partner is het van belang interventies te plegen die gericht zijn op het herstel van een positief en stabiel zelfgevoel.

Behandeling in een specialistische traumakliniek heeft als voordeel dat contact met lotgenoten mogelijk is. In Centrum '45 wordt nu bijna vijftientwintig jaar gewerkt met groepen voor oorlogsgetroffenen, en de laatste jaren ook met partnergroepen. Partners hebben veel steun aan andere groepsleden die, net als zij, jarenlang hun man of vrouw hebben moeten bijstaan. Duidelijk maken dat er sprake is van normale symptomen behorend bij een abnormale ervaring kan voor de betrokkenen een enorme opluchting betekenen.

In tweede instantie kan begeleiding van het gezin of het echtpaar nodig zijn om hen te helpen de openheid ten opzichte van elkaar te betrachten die nodig is voor een blijvende verwerking van een existentieel trauma.

De in dit artikel besproken patiënten zijn partners van mensen bij wie de verwerking van hun traumatische ervaringen meer dan vijftig jaar gestagneerd was. Toen zij terugkeerden uit de oorlog was er nog onvoldoende kennis over psychotraumatologie. Vanuit de huidige wetenschap kunnen hulpverleners nieuwe slachtoffers van georganiseerd geweld eerder en adequater hulp bieden. In die gevallen waarin de overlevende kan beschikken over een partner of een eigen gezin kan het doelmatiger zijn het systeem te behandelen dan het getroffen individu. Figley heeft goede ervaringen opgedaan met kortdurende gezinstherapieën, bestaande uit de volgende stappen:

1. Contact leggen met de gezinsleden en uitleg geven over de gevolgen van een psychotrauma.
2. Het gezin nieuwe manieren leren om met buitengewone gebeurtenissen om te gaan, praten over de schokkende gebeurtenissen en niet bang zijn voor de bijpassende emoties.
3. Praten over de gevoelens van de niet-getraumatiseerde gezinsleden, wat doet het trauma van de ander met hun eigen gevoelens en levensvisie.
4. Opnieuw praten over de schokkende gebeurtenissen van de survivor.

Als het proces naar wens verloopt is bij stap vier de vermijding verminderd en kan de familie op eigen kracht doorgaan met de aangeleerde gedragsveranderingen. Voor degenen die met jonge veteranen of vluchtelingen en asielzoekers werken is de methode van Figley een aanbevolen methode.

Voor mevrouw A. en mevrouw B. kwam de hulp laat, maar niet te laat. Beide vrouwen hebben deelgenomen aan de partnergroep in Centrum '45, terwijl hun echtgenoten in respectievelijk de kliniek en dagkliniek behandeld werden. Het delen van ervaringen met lotgenoten bleek een enorme opluchting te betekenen. Het gevoel altijd tekort te schieten veranderde langzamerhand in de overtuiging het zo gek nog niet gedaan te hebben.

Thuis eisten ze meer ruimte voor zichzelf op, wat soms leidde tot botsingen met hun echtgenoten. Mijnheer A. werd in de weekends, die hij thuis doorbracht, uitgenodigd mee te helpen in het huishouden en mijnheer B. werd af en toe alleen gelaten. Over de gevoelens van boosheid of angst die daar aanvankelijk op volgden werd met elkaar gesproken, maar die gevoelens waren niet meer de baas in huis. Het opbloeien van de partners bleek in beide gevallen een positief effect te hebben op de getraumatiseerde echtgenoot. De (onbewuste) boodschap dat 'het kwaad', in ieder geval thuis, niet gewonnen had bevorderde het herstel van de basic assumptions en had reductie van klachten tot gevolg. In beide gevallen hebben er naast de afzonderlijke groepsbehandelingen ook relatiegesprekken plaatsgevonden om de echtelieden te helpen nieuwe communicatiemethoden te ontwikkelen en te onderhouden. Incidenteel hebben tevens hun kinderen deelgenomen aan de gesprekken.

Slotopmerkingen

- Partners van oorlogsgetroffenen vormen nog steeds een onderbelichte groep, ondanks dat men al jaren schrijft dat er meer onderzoek naar de systemen van getraumatiseerden gedaan moet worden.
- Partner/gezinsrelaties vormen de eerste-keus omgeving voor de oorlogsgetroffene om zijn schokkende ervaringen in te verwerken.
- Na 'verse' trauma's kan hulpverlening aan het systeem (bij voorkeur kortdurend) effectiever zijn dan aan het getroffen individu alleen.
- Bij late oorlogsgevolgen spelen in het algemeen sterke angst- en schaamtegevoelens. Het heeft in die gevallen de voorkeur om slachtoffer en partner afzonderlijk van elkaar, maar samen met lotgenoten, te laten praten over hun ervaringen.
- De behandeling van de partner zal gericht moeten zijn op herstel van een stabiel zelfgevoel. Voorlichting over PTSS en erkenning van de partnerproblematiek spelen bij een dergelijke behandeling een essentiële rol.
- Contact met lotgenoten is belangrijk bij het doorbreken van het isolement.
- Bij late oorlogsgevolgen en ernstige klachten is verwijzing naar een specifieke instelling een goede optie.

Literatuur

Bramsen, I., *The longterm psychological adjustment of World War II survivors in the Netherlands*. Delft: Eburon, 1995. (Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden)

Bramsen, I., M.T.A. Klarenbeek en H.M. van der Ploeg, 'Leven met militaire oorlogsgeïmponeerden. De partners van BNMO-leden in beeld gebracht', in: H.M. van der Ploeg en J.M.P. Weerts (red.), *Veteranen in Nederland: onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen; Tweede Wereldoorlog, politieke acties, Korea*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

Ehrlich, Ph., 'Treatment issues in the psychotherapy of holocaust survivors', in: J.P. Wilson, Z. Harel en B. Kahana (eds.), *Human adaption to extreme stress. From the holocaust to Vietnam*. New York: Plenum Press, 1988.

Figley, C.R., 'Post-traumatic family therapy', in: F. Ochberg (Ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/Mazel, 1988.

Herzog, J., 'World beyond metaphor. Thoughts on the transmission of trauma', in: M.S. Bergmann en M.E. Jucovy (eds.), *Generations of the holocaust*. New York: Basic Books, 1982.

Janoff-Bulman, R., *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press, 1992.

Kahana, E., B. Kahana, Z. Harel [et al.], 'Coping with extreme trauma', in: J.P. Wilson, Z. Harel en B. Kahana (eds.), *Human adaption to extreme stress. From the holocaust to Vietnam*. New York: Plenum Press, 1988.

McCann, I.L. en L.A. Perlman, *Psychological trauma and the adult survivor. Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel, 1990.

Peterson, K.C., M.F. Prout en R.A. Schwarz, *Post-traumatic stress disorder: a clinician's guide*. New York: Plenum Press, 1991.

Schreuder, J.N., W.Chr. Kleijn en H.H. Vogelaar, 'Late verschijnselen bij veteranen met schokkende krijgsoorlogen', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 39 (1997) pp. 37-49.

Schreuder, J.N., *Nachtmerries van de oorlog. Een onderzoek naar nachtelijke herbelevingen van psychotraumatische oorlogsoorlogen*. Delft: Eburon, 1996. (Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden)

Schreuder, J.N. en G.W. van Tiel-Kadiks, 'Partners in behandeling', in: *ICODO-info* vol. 10 (1993) 4, pp. 8-17.

Solomon, Z., M. Waysman, E. Avitzur [et al.], 'Psychiatric symptomatology among wives of soldiers following combat stress reaction: the role of the social network and marital relations', in: *Anxiety Research* vol. 4 (1991) 3, pp. 213-223.

Dit artikel is eerder verschenen in de ICODO-bundel *Partners van oorlogsoorlogen*, Utrecht 1998.