

# DE MULTICULTURELE BINNENWERELD

## *Observaties uit de psychoanalytische psychotherapie bij allochtonen*

De samenleving zit ook van binnen. Emoties, gedachten, voorstellingen en fantasieën, die zowel een individuele als collectieve geschiedenis hebben, maken in sterke mate deel uit van de persoonlijke weergave van de samenleving in de binnenwereld. In talloze en veelsoortige alledaagse situaties wordt de intrapsychische samenleving in interacties tussen mensen tot expressie gebracht en mede vanuit die dynamiek krijgt de samenleving gestalte. De spreekkamer van de psychotherapeut is een specifiek voorbeeld van zo'n situatie en heeft een bijzondere relevantie voor een microsociologisch benadering van emoties: sinds zo'n honderd jaar worden als problematisch ervaren emoties (gedachten, voorstellingen, fantasieën) in de interactie tussen therapeuten en patiënten beter kenbaar, voelbaar en hanteerbaar gemaakt.

### Inleiding

Nederland kreeg na de Tweede Wereldoorlog te maken met grootschalige immigratie uit de voormalige koloniën, van 'gastarbeiders' en hun gezinnen en van politieke vluchtelingen. Grote groepen mensen die etnisch-cultureel van elkaar verschillen en voorheen duizenden kilometers van elkaar verwijderd leefden, wonen nu dicht bij elkaar. Daarmee doen zich, zowel op maatschappelijk als individueel niveau, nieuwe kansen voor en ook problemen en conflicten. Nieuwkomers worden soms ook geconfronteerd met moeilijkheden (in zichzelf en met anderen) die zijn te beschouwen als psychisch probleem.

De multiculturele samenleving dringt langzaam ook de spreekkamer binnen van de psychoanalytisch psychotherapeut. Bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI, het landelijk psychoanalytisch behandel- en kenniscentrum) zijn de allochtone patiënten of hun ouders afkomstig uit Turkije (17%), het Midden-Oosten (17%), het Verre Oosten (14%), Zuid-Europa (14%, waaronder voormalig Joegoslavië), Indonesië (11% waaronder de Molukken) of Suriname (11%). Patiënten met een Marokkaanse achtergrond (6%) komen

relatief weinig voor. Enkele patiënten komen uit Zuid- of Midden-Amerika en Afrika en er zijn tot nu toe nauwelijks patiënten met een Antilliaanse of Arubaanse herkomst (Gomperts 2006). Hoewel gemoderniseerd naar de standaarden van hier en nu is de psychoanalyse een typische exponent van de westerse cultuur en samenleving, met wortels in het Wenen van rond de voorlaatste eeuwwisseling. De therapeuten behoren bovendien voorsnog meestal tot een gevestigde meerderheidsgroep van oorspronkelijke Nederlanders. Sinds ongeveer tien jaar worden in het hier en nu van de spreekkamer in de *face-to-face* interactie tussen allochtone patiënten en autochtone psychotherapeuten emoties, gedachten, voorstellingen en fantasieën tot uitdrukking gebracht, die zich bewust en onbewust ook voordoen in veel andere interetnische en interculturele situaties (gezondheidszorg, onderwijs, enzovoort).<sup>1</sup> Hoe gaat het er aan toe in de kleine wereld van de behandelkamer en wat kunnen wij hiervan leren voor de grote wereld van de multiculturele samenleving?<sup>2</sup>

### **Maatschappelijke integratie en psychische integratie**

In het politieke en publieke integratiedebat wordt de mate waarin niet-westerse allochtonen (personen, groepen) maatschappelijk geïntegreerd zouden zijn, afgeleid uit de onderwijs- en arbeidsdeelname, beheersing van de Nederlandse taal, en in hoeverre opvattingen en gedrag in overeenstemming zijn met wat gevestigde meerderheidsgroepen als de kernwaarden zien van de Nederlandse cultuur en samenleving. Oriëntatie op het land van herkomst, de eigen etnische groep, gemeenschap en religie zou de integratie in de weg staan en tot uiting komen in ongelijkwaardigheid van man en vrouw, traditionele gezagsverhoudingen tussen ouderen en jongeren in gezin en familie, veroordeling van homoseksualiteit, verplichte maagdelijkheid voor jonge meisjes, gearrangeerde partnerkeuze en een groot aantal huwelijken tussen partners met dezelfde etnisch-culturele achtergrond. Daarnaast zou de integratie bemoeilijkt worden door discriminatie en vooroordelen (zowel bij autochtonen als allochtonen). Niet-westerse allochtonen hebben vaak te maken met uitsluiting en achterstelling en die bejegening duurt voort jegens hun nakomelingen. Bovendien is de laatste jaren onder gevestigde meerderheidsgroepen de eensgezindheid toegenomen dat nieuwkomers zich moeten aanpassen en de identificatie met het land en de cultuur van herkomst moeten opgeven. Als reactie op deze druk en dwang tot assimilatie versterken buitenstaanders vaak de onderlinge oriëntatie en dit versterkt bij de gevestigden de overtuiging dat de buitenstaanders anders zijn en zich moeten aanpassen.

Het onderwijs wordt als sleutel gezien voor een succesvolle maatschappelijke integratie en emancipatie. Hoe beter niet-westerse allochtonen zijn

opgeleid, des te meer zouden zij in contact staan met de cultuur en samenleving van in oorsprong Nederlanders. Niet-westerse allochtonen van de tweede generatie zijn hoger opgeleid dan de eerste generatie en hebben even vaak een baan van hoog niveau als oorspronkelijke Nederlanders met hetzelfde opleidingsniveau. De kinderen van gastarbeiders vertonen een stijging in het opleidings- en beroepsniveau die veel groter is dan die van andere kinderen uit arbeidersmilieus. De stijging is spectaculair, in het bijzonder voor meisjes/jonge vrouwen.<sup>3</sup>

Ondanks de gelijke of zelfs hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen bij allochtonen (Sterman 2007; Zwirs 2006) blijken zij minder vaak in GGZ-instellingen te worden behandeld dan autochtonen (May 2001; Dieperink et al. 2007). In hoeverre is er bij de allochtone patiënten van het NPI sprake van een succesvolle dan wel falende integratie? Het aantal niet-westerse allochtone patiënten dat bij het NPI psychotherapeutische hulp zoekt en krijgt is aanzienlijk kleiner dan op grond van de (Amsterdamse) bevolkings-samenstelling is te verwachten (6 procent van de behandelde patiënten) en het gaat vooralsnog om een specifieke groep. Driekwart van de allochtone (en ook van de autochtone patiënten) is hoog opgeleid (hbo/vwo) en driekwart is vrouw. De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de therapie is bij de allochtone patiënten (en ook bij de autochtone patiënten) net boven de dertig (Gomperts 2006; Zevalkink en Berghout 2008). Bij de patiënten van het NPI met een oorspronkelijk Nederlandse achtergrond is de arbeidsdeelname groter, maar de allochtone patiënten studeren vaker (Gomperts 2006). Het gaat dus bij de allochtone cliëntèle van het NPI vooral om hoog opgeleide vrouwen van rond de dertig jaar. Vaak hebben zij geen vaste partner. Zij studeren of hebben een baan op hoog niveau: management, rechten, geneeskunde, economie, bestuurskunde. Maatschappelijk zijn zij kennelijk zeer goed geïntegreerd, maar psychisch staan zij zwaar onder druk. Een patiënt zegt: <sup>4</sup>

Wij kunnen ons naar buiten toe heel goed neerzetten. Zeker de tweede of derde generatie. Wij gaan naar ons werk, we kunnen ons handhaven, geen grote problemen. Maar dan gaan we naar huis en dan is het honderd procent anders. We kunnen goed de schijn ophouden, maar er zijn heel veel problemen.

Allochtone patiënten van de eerste en tweede generatie melden zich bij het NPI vaak aan met stemmingsklachten (somberheid, machteloosheid, boosheid, gevoelens van leegte) en angstgerelateerde spanningsklachten (oververmoeidheid, hyperventilatie, chronische hoofdpijn, spierpijn, maagklachten, dreigende burn-out). Vaak is er sprake een grote innerlijke verwarring en veel patiënten hebben grote moeilijkheden op het vlak van intieme relaties (Edrisi 2009; Gomperts 2006, 2009; Sevinç en Verheugt-Pleiter 2009; Ubbels 2009). Een patiënt zegt bij aanmelding:

Ik loop mezelf voorbij. Als ik zo door ga krijg ik een burn-out. Ik heb echt een probleem met zelfrespect en zelfvertrouwen. Mensen hebben een beeld van mij: jij bent succesvol, jij bent intelligent, jij hebt het gemaakt, maar als ze eens wisten. Ik heb constant het gevoel dat ik mezelf groot moet houden. Constant *on the edge*. Ik ben doodmoe.

## Psychoanalytische therapie bij alloctonen

Het NPI heeft als richtlijn dat een langdurige psychoanalytische behandeling wordt geïndiceerd in het geval van al geruime tijd bestaande emotionele en relationele klachten die samenhangen met complexe innerlijke problematiek (persoonlijkheidspathologie) en als kortdurende (bijvoorbeeld cognitieve of psychoanalytische) therapie onvoldoende heeft geholpen. Ook is het van belang dat de patiënt over de nieuwsgierigheid beschikt om voor langere tijd naar zichzelf te willen kijken en daar een ander (lees: de therapeut) aan mee te willen laten doen, ook als het moeilijk wordt en niet meteen resultaten geeft. Het vermogen tot psychologische reflectie (dat wil zeggen zelfreflectie, reflectie op de ander en op wat er tussen jou en de ander gebeurt) is tot op zekere hoogte voorwaarde, middel én het profijt van een psychoanalytische therapie. Om van de therapie te profiteren, moet je van te voren eigenlijk al een beetje datgene kunnen wat de therapie juist beoogt als eindresultaat.<sup>5</sup>

Bij de allochtone patiënten blijken de therapieën korter te duren en is het aantal drop-outs groter dan bij de van oorsprong Nederlandse patiënten. Het aantal zittingen is gemiddeld 84 (allochtone patiënten) en 177 (autochtone patiënten) en het aantal drop-outs is 25 procent (allochtone patiënten) en 10 procent (autochtone patiënten). Psychoanalyse (minstens vier keer in de week, op de divan) komt bij allochtone patiënten tot dusverre nauwelijks voor (Gomperts 2006; Zevalkink en Berghout 2008). Een reden hiervoor kan zijn dat de psychoanalytische setting, zienswijzen en attitudes minder passend zijn in het geval van cultureel anders gekleurde belevingswerelden, omgangsvormen en voorstellingen omtrent ziekte, behandeling en genezing. Het kan ook zijn dat de therapeut zich weinig realiseert welke invloed van zijn gevestigde meerderheidspositie uitgaat op patiënten met een etnisch-culturele minderheidspositie en op de therapeutische relatie.<sup>6</sup> Bovendien is het 'in therapie zijn' op zich een gebeurtenis die geworteld is in de cultuur van het nieuwe land en dit kan bij de patiënt de angst oproepen dat de eigen, oorspronkelijke identiteit verloren gaat (Ubbels 2009). Daarnaast is voor allochtone patiënten (vanuit het land van herkomst en van huis uit) psychologische reflectie vaak minder vanzelfsprekend dan bij autochtone patiënten. Een therapeut zegt: 'Je moet je voorstellen, veel patiënten zijn vanuit hun andere achtergrond niet zo gewend om te praten over hoe je je voelt en na te denken over waarom ben ik verdrietig.' Of in de woorden van een patiënt:

‘Er was bij ons echt nog geen besef dat als je niet lekker in je vel zit, dat dat tussen de oren zit.’ Een patiënt vertelt na afloop van haar therapie:

Je krijgt dat in je opvoeding niet mee dat je negatieve emoties vertaalt in woorden en dat je er dan betekenis aan kan geven, dat gebeurt niet, dat leer je niet. Je gaat er over zwijgen. Je draagt het in je hoofd en het vreet steeds verder naar binnen.

Grootschalige armoede, wreedheid en onderdrukking (bijvoorbeeld in het kader van koloniale verhoudingen) kunnen (transgeneratieel) zo diep hebben ingegrepen dat er weinig ruimte over is voor psychologische reflectie. Alle aandacht was immers gericht op de buitenwereld met zijn grote fysieke en emotionele gevaren en dat misschien wel generaties lang. Een patiënt vertelt:

Gevoelens, je dacht daar niet over, dat was er gewoon niet. Mijn ouders waren opgegroeid bij mensen die hadden nog op de plantages gewerkt als contractarbeiders, analfabeten. Het is niet voor te stellen. Ze moesten overleven, keihard werken, riet snijden of wat dan ook. En dan ’s avonds doodmoe zijn, en één shirt hebben en één broek, en de volgende dag weer op de plantage. Dan dacht je echt niet verder. Als er boosheid was dan uitte die boosheid zich door te slaan, te schelden en te vloeken en te tieren, en zo heb ik het thuis ook meegemaakt. Zo is het van generatie op generatie gegaan.

Een culturele code van trots, familie-eer en gemeenschapsgevoel kan een rem zijn op het uiten en het betekenis geven aan individuele en persoonlijke gevoelens en gedachten, vooral ook ten overstaan van een autochtone buitenstaander (in casu de intaker/therapeut). Soms zijn de regels van de psychotherapeutische situatie ook weinig bekend. In Nederland is het bijvoorbeeld ongebruikelijk om aan het eind van de sessie (de eigen bijdrage) onmiddellijk te betalen. Een therapeut vertelt: ‘Hij betaalde cash, zo doe je dat in zijn cultuur.’ Een therapeut zegt: ‘In hoeverre blijf je strikt vasthouden aan de regels van de therapie? Ik ga bijvoorbeeld langer door met nog een keertje bellen of een briefje schrijven als iemand niet of onregelmatig komt.’

Het traditionele doel van psychoanalytische therapie is het verwerven van emotioneel inzicht in onbewuste motieven en conflicten. Daardoor zouden psychische klachten en symptomen niet meer nodig zijn en zou de betrokkene meer kunnen profiteren van zijn mogelijkheden. In de moderne psychoanalyse is de aandacht voor een deel verlegd van inzicht in conflicten naar het ontwikkelen van het vermogen om te kunnen reflecteren op gedachten, gevoelens, motieven, verlangens, conflicten enzovoort. Het ontwikkelen van mentaliserend vermogen (dat wil zeggen het vermogen om jezelf en anderen intuïtief te begrijpen vanuit gevoelens, overtuigingen, motieven, verlangens)

is dan het doel van de behandeling (Bateman en Fonagy 2004).<sup>7</sup> Een therapeutische houding van niet-weten en willen begrijpen is bij uitstek geëigend in een transculturele therapie en beoogt de aandacht van de patiënt en therapeut maximaal te richten op de binnenwereld van de patiënt en op zijn interactie met de therapeut, met name op de affectieve beleving van de patiënt in het hier en nu. Een therapeut vertelt over de manier waarop hij werkt:

Waar zij oorspronkelijk mee kwam, was dat ze zich niet lekker voelde. Als ze zich niet lekker voelde, dan moest dat weg en dat moest door iets te doen, bijvoorbeeld het huis opruimen. En als ze zich dan nog niet lekker voelde, dan was ze boos dat het niet weg was. In haar therapie deed ik erg mijn best om heel kleinschalig aan de hand van allerlei dagelijkse gebeurtenissen, en naar aanleiding van wat er naar mijn idee in het uur tussen mij en haar gebeurde, te zoeken naar verschillen in haar gevoelsmatige beleving. Om dan samen steeds weer te kijken naar waar die verschillen mee te maken hebben en haar nieuwsgierigheid daarvoor te wekken. Op die manier lukte het om iets toe te voegen van: wat is er nou aan de hand met mij?

De therapeut probeert zich steeds weer te realiseren dat hij niet a-priori kan weten wat zich in de patiënt afspeelt. Een therapeut vertelt: 'Omdat je bepaalde dingen gewoon niet weet, vraag ik veel meer dan in andere therapieën. Zo van: hoe gaat dat in Hong Kong?' Een ex-patiënt zegt: 'Sommige dingen die weet de therapeut gewoon niet. Die moet je hem uitleggen.' Een andere ex-patiënt vertelt daarentegen: 'Ik kreeg het gevoel: je begrijpt me niet als je zoveel vragen moet stellen. Ik wilde niet dat ik het hele uur moest antwoorden op vragen over hoe de culturele feiten bij ons in elkaar zitten. Daardoor kon ik mijn verhaal niet kwijt.'

De therapeut probeert steeds alert te zijn op spanningen en mogelijke misverstanden in het contact met de patiënt. In de transculturele psychotherapie zal hij zich vooral afvragen of op zo'n moment etnisch-culturele verschillen (impliciet) aan de orde kunnen zijn. Een patiënt bijvoorbeeld vertelt in een sessie dat zij met haar zus op kraamvisite was bij Astrid, een vriendin van haar zus. De therapeut merkt dat hij met zijn aandacht blijft haken aan het feit dat de patiënt wel de naam Astrid noemt, maar ten aanzien van haar zuster (over wie het in de therapie vaak gaat) blijft spreken van 'mijn zus'.

T:<sup>8</sup> Ik merk dat ik nog even zit te puzzelen omdat ik dacht: je noemde net Astrid bij haar naam, maar dat doe je bij je zus niet. Klopt dat?

P: Dat is waar ...

T: Heb je daar gedachten over?

P: Het gekke is, dat doe ik eigenlijk wel vaker ... terwijl ik me hier wel vertrouwd voel. Maar dat ik dan Hulyah toch niet bij haar naam noem. ... Dat gaat automatisch zo, ja ... ik weet eigenlijk niet.

T: Je weet het niet?

P: In Nederland vinden ze het moeilijk om haar naam te onthouden.

T: Hoe vind je dat?

P: Niet zo erg.... Maar als je iemand langer kent, dan vind ik het eigenlijk wel erg vervelend.

T: Vervelend?

P: Ja, dat je toch altijd een vreemde blijft.

T: Hoe zou het zijn als ik haar naam ook niet onthoud?

P: Tja... dat gaat eigenlijk toch om vertrouwen. Terwijl ik dat echt wel heb.

T: Maar als dan toch blijkt dat ik haar naam niet goed onthoud, hoe zou je je dan voelen?

P: ... Dan zou ik me alleen voelen. Als jij haar naam niet onthoudt of verkeerd uitspreekt, natuurlijk, dat snap ik wel. Maar als je het zou blijven doen ... ja dat is moeilijk ... dan voel ik me wel rot ... Ik zou teleurgesteld zijn. En als je haar naam dan weer een keer vergeet, ja, dan zou ik kwaad zijn.

Het onderkennen en bespreekbaar maken van dit soort etnisch-culturele incongruenties van de kant van de therapeut kan cruciaal zijn om in de therapeutische situatie de veiligheid en ruimte te scheppen die voor het ontwikkelen van mentaliserend vermogen nodig zijn. Vaste gevoelsovertuigingen van de patiënt ('Alle Nederlanders discrimineren'; 'Hier in de therapie speelt dat niet') kunnen plaats gaan maken voor meer nuancering en differentiatie. Dan kan vervolgens bijvoorbeeld ook besproken worden in welke situaties zulke incongruenties nog meer aan de orde zijn. Hoewel etnisch-culturele verschillen in de Nederlandse samenleving onoverbrugbaar kunnen zijn, kan van binnen bij de patiënt de ruimte toenemen om (ook daarover) met een grotere zelfcoherentie en een sterker gevoel van eigenheid te kunnen denken en te voelen.

### **Interetnische en interculturele oordeelsvorming**

Vanuit het psychoanalytische referentiekader bezien, zijn migratie en vlucht extra moeilijk als er in het land van herkomst traumatisering (politiek geweld, intrafamiliaal geweld) heeft plaats gevonden. Een door traumatisering onveilig basisgevoel kan versterkt worden door de onveiligheid van het leven in een nieuw land. Het vanzelfsprekende heeft geen weerklank meer, gewoontes en gebruiken zijn onbekend, de finesses van de taal en humor kunnen je ontgaan en als lid van een etnisch-culturele minderheid kan je discriminerend bejegend worden. Scheiding en verlies (van geliefden, bezit, positie, status, geschiedenis, taal, cultuur, land, licht, geur) kan al langer bestaande problematiek versterken. De aanpassing aan de cultuur en samenleving van het nieuwe land kan van binnenuit bemoeilijkt worden door heimwee, schuld-

gevoelens, schaamte en loyaliteitsconflicten. De redenen voor en gevolgen van migratie kunnen tijdelijk of meer permanent een hoog niveau van stress met zich meebrengen. Het vermogen om je een innerlijke voorstelling te vormen van je eigen binnenwereld en die van anderen kan dan worden aangetast. Dit doet afbreuk aan het vermogen tot zelfreflectie, reflectie op de ander en op wat er tussen jou en de ander gebeurt. Een belangrijke intrapsychische buffer kan dan verloren gaan. Migratie heeft ook gevolgen bij volgende generaties. De redenen voor en de gevolgen van migratie kunnen hun weerslag hebben op de veiligheid van het gezins- en familieleven. Onveiligheid in de vroege ouder-kindrelatie, de kansen en spanningen in het nieuwe land zijn van invloed op de persoonlijkheidsontwikkeling. Bovendien groeien kinderen van immigranten vaak op in een werkelijkheid van gesplitste generaties en familie en in de Nederlandse samenleving moeilijk verenigbare culturen. Ook dit kan veel verwarring met zich meebrengen. Kortom, alle 'gewone' psychische problematiek en alle 'gewone' ingrediënten van een psychoanalytische psychotherapie kunnen bij eerste en latere generaties allochtone patiënten een extra kleur en dimensie krijgen.

### ***Splitsen van binnenuit en van buitenaf***

Bij veel patiënten met een niet-westerse etnisch-culturele achtergrond is sprake van (transgenerationale) traumatisering door politiek geweld. Bovendien valt op dat veel patiënten in het ouderlijk gezin fysiek of seksueel geweld hebben meegemaakt en/of dat er sprake lijkt te zijn van affectieve tekorten (Gomperts 2006; Sevinç en Verheugt-Pleiter 2009). Een patiënt vertelt over het politiek geweld in het land van herkomst:

Ik probeer het weg te houden, maar het komt steeds weer terug. Dat speelt in mijn hoofd. Dan denk ik: wat doe ik hier. Ik weet wel dat mijn vader er niet meer zou zijn geweest als we niet gevlucht waren. Maar ik was tien en heel boos. Ik nam het mijn ouders kwalijk. Ik was mijn vriendinnen kwijt. Ik was heel angstig.

Een patiënt vertelt over intrafamiliaal geweld: 'We werden thuis met de riem geslagen, maar dat was wel de algemene opvoedingspraktijk, bij de burens gebeurde het nog meer.'<sup>9</sup> Een andere patiënte begrijpt het geweld anders: 'In veel families wordt geslagen, maar bij ons ging het verder. Het is maar voor een deel cultureel bepaald.' Een patiënt vertelt hoe haar moeder werd mishandeld: 'Mijn vader sloeg mijn moeder heel erg. Dat ik in bed het gegil van haar hoorde.' Een ander vertelt: 'Hij bond haar handen vast en blies rook in haar gezicht.' Een patiënt vertelt: 'Mijn vader pakte een bijl en dreigde: "Als je nog een keer steelt dan gaat je hand eraf". Hij pakte mijn hand en legde die op tafel.' Een ander zegt: 'Hij sloeg met een stok, die moesten we zelf pak-



ken.’ Behalve vaders sloegen soms ook moeders: ‘Ze sloeg met een rietje, tot bloedens toe.’ En een andere patiënte: ‘Mijn moeder sloeg, dat had ze geleerd van haar moeder.’ Een patiënt zegt: ‘Mijn opa sloeg oma, ze had een hard en heftig leven.’ Een patiënte vertelt: ‘Mijn moeder sloeg uit de losse pols, met de pollepel of met slossen.’

Bij volwassenen raakt het mentaliserend vermogen geblokkeerd onder invloed van langdurige traumatische stress. Bij kinderen ontstaat een gebrek aan mentaliserend vermogen als gevolg van traumatische ontwikkelingsinterferenties (Bateman en Fonagy 2004; Fonagy et al. 2002). Als het kleine kind onvoldoende bescherming krijgt tegen lichamelijke en psychische pijn, zal de ontwikkeling van mentaliserend vermogen tot stilstand komen. Het denken over ondraaglijke gevoelens en het hebben van gevoelens over ondraaglijke gedachten zal immers nog meer pijn teweegbrengen dan dat de ondraaglijke gevoelens en gedachten op zich al doen. Een tekort aan mentaliserend vermogen wordt gezien als een ontwikkelingsstoornis: het vermogen schiet tekort om psychische processen (van jezelf en van anderen) innerlijk voor te stellen. Dat wil niet zeggen dat er dan een psychisch ziektebeeld moet zijn, maar wel dat de persoonlijkheid een extra kwetsbaarheid bezit. Vooral in stressvolle situaties doet het tekort aan mentaliseren zich gelden en zetten innerlijke splitsingsmechanismen de psychologische integratie onder druk. Als innerlijke reactie op traumatische gebeurtenissen wordt de psychische werkelijkheid in compartimenten opgedeeld.<sup>10</sup>

Een innerlijke tendens tot splitsen kan echter ook (juist bij allochtone patiënten) van buitenaf zijn aangereikt of versterkt door de feitelijk gespleten wereld waarin hij of zij leeft. Bij migranten en vluchtelingen van de eerste generatie kan dat zijn door de geografische en etnisch-culturele afstand die aan migratie en vlucht eigen is. Bij tweede of latere generaties kan het opgroeien in een werkelijkheid van gesplitste generaties en familie en van in Nederland onverenigbare culturen een tendens tot splitsen aanreiken of versterken. Een patiënt zegt over het contrast met thuis en de grote innerlijke spanning die dat in haarzelf en met haar ouders geeft: ‘Ik zag een tv-film over een vrouw die uit Turkije kwam en hier advocaat is geworden. Ze zei: “Het cultuurverschil en de generatiekloof zijn gewoon te groot” en dat herken ik’. Een patiënt vertelt: ‘Na de lagere school wilden ze niet dat ik doorleerde, maar omdat de onderwijsinspectie het verplichtte, moest ik naar de huishoudschool. Op school leerde ik het tegenovergestelde van thuis. Ik nam niet meer aan wat mijn ouders zeiden, dat vonden zij heel erg. Ik ging steeds meer dingen stiekem doen.’ Een patiënt formuleert het zo: ‘Mijn grootste probleem is: je leeft in twee werelden. Thuis en buitenshuis. Het is alsof er een knopje omgaat.’

Het is vaak moeilijk te onderscheiden in hoeverre een versterkte tendens tot splitsen van binnenuit voortkomt uit basale onveiligheid of van buitenaf is aangereikt door het leven in twee verschillende, vaak onverenigbare werel-

den. Het splitsen ten gevolge van ontwikkelingstrauma's doet zich automatisch voor en gaat vaak samen met een tekort aan mentaliserend vermogen. Het splitsen daarentegen dat samenhangt met het leven in verschillende, vaak onverenigbare werelden is adaptief en vereist juist mentaliserend vermogen. Vaak wordt er een realistische dreiging, zoals uitstoting door familie en gemeenschap, mee voorkomen. De eerste vorm van splitsen kan een indicatie zijn van persoonlijkheidspathologie (borderline), terwijl de tweede vorm op een meer gezonde manier van functioneren wijst. Het splitsen dat van buitenaf is aangereikt, kan zich echter al zo'n lange tijd en zo vaak hebben voorgedaan dat het een autonome gewoonte is geworden, een tweede natuur van de patiënt. In ieder concreet geval zal het relatieve aandeel van splitsen ten gevolge van traumatische ontwikkelingsinterferenties en van splitsen van buitenaf verschillen. Vooral ook omdat ze elkaar versterken, kan dat in de diagnostiek verwarring geven. Vanuit de gangbare Westerse psychiatrie heeft de therapeut/diagnosticus geleerd om splitsen in verband te brengen met ernstige persoonlijkheidspathologie (borderline). Als hij dan te weinig oog heeft voor hoe splitsen ook van buitenaf kan zijn aangereikt of versterkt door het leven in twee werelden, kan hij de ernst van de pathologie overschatten. In dat geval wordt de patiënt tekort gedaan in de inschatting van zijn therapeutische mogelijkheden.

### ***Andere sociale verhoudingen, andere gevoelshuishoudingen***

In de Nederlandse cultuur en samenleving (en breder: de westerse wereld) zijn de afgelopen honderd jaar de sociale verhoudingen meer gelijk geworden en zou er sprake zijn van toegenomen individualisering. De overmacht van de ene partij over de andere (van mannen over vrouwen, hiërarchisch hoger over lager geplaatsten, ouderen over jongeren) is verminderd. Dat heeft ook gevolgen voor de affectregulatie en zelfbeheersing. Van mannen wordt verwacht dat ze meer rekening houden met vrouwen. Vrouwen hebben letterlijk en figuurlijk meer ruimte gekregen en genomen. Mannen moeten zich dus meer inhouden, bijvoorbeeld in dwang, straf of wraak. Ouders moeten meer rekening houden met hun kinderen, en kinderen zijn vrijer geworden in hun partner- en beroepskeuze.<sup>11</sup> Individualisering blijkt uit een verminderde greep van traditionele nabije groepsverbanden, zoals familie, bureu, buurt, kerk, afkomst en gemeenschap op eigen opvattingen en gedrag. Ook door secularisering is er meer ruimte gekomen voor individuele keuzevrijheid en individualistische waarden.<sup>12</sup> Ten aanzien van seksualiteit bestaat (op voorwaarde van wederzijdse instemming van de partners) een grotere vrijheid, in het bijzonder voor vrouwen en homoseksuelen. Niet-westerse immigranten van de eerste en tweede generatie zijn echter vaak opgegroeid met een seksuele moraal, een mate van religiositeit, een collectivistisch perspectief (een wij-oriëntatie gericht op de familie en gemeenschap) en een ongelijkheid in

de machtsverhoudingen tussen de seksen, tussen de generaties en tussen hiërarchische posities die doen denken aan het Nederland van vroeger. Dit heeft implicaties voor de beoordeling van de psychische gezondheid en pathologie en ook voor de psychotherapeutische relatie. Bij sommige allochtone patiënten kan de in Nederland nu ouderwets aandoende wij-oriëntatie (lees ook: seksuele moraal, religiositeit, gevoeligheid voor hiërarchische posities) nog springlevend zijn. Een ex-patiënte vertelt:

De druk om niet van anderen af te wijken, de druk om de harmonie te bewaren, in de familie, de gemeenschap, is heel groot. Ik heb eigenlijk automatisch als iemand mij iets vraagt, dat ik zoek naar wat iemand wil horen. Dat heb ik in mijn relaties ook altijd gedaan. En dat is soms heel, heel vervelend omdat iemand anders zich gaat afvragen waar jij blijft, wie jij nou eigenlijk bent.

In de innerlijke voorstellingswereld van veel allochtone patiënten nemen familie, gemeenschap en religie, respect, eer, schande en wraak, hiërarchie, geweld en dwang vaak een grote plaats in.<sup>13</sup> Emoties, passies zijn in westerse ogen weinig afgedempt (Midden-Oosten) of worden juist erg ingehouden (Verre Oosten) en een psychologisch perspectief waarin emoties bespreekbaar zijn, is er niet of minder. Tussen eigenbelang en groepsbelang worden vaak andere keuzes gemaakt dan vanuit een westers cultureel perspectief gebruikelijk is. Vanuit een collectivistisch perspectief is het doen en laten van ieder familielid bepalend voor het prestige van de familie in de gemeenschap. Homoseksualiteit, 'vrije' seksualiteit van vrouwen en ongewenst moederschap bezoedelen de familie-eer en kunnen daarom levensgevaarlijk zijn. Homoseksualiteit en vrouwelijke seksualiteit die op een moderne, westerse wijze worden vormgegeven botsen van binnen en van buiten op een sterk taboe. Het praktiseren ervan moet zich in het geheim afspelen, in kortstondige en vaak weinig relationele contacten. Binnen de familie worden de grenzen minder strak getrokken dan in een westers individualistisch perspectief gebruikelijk is. Ouders en ook ouderen in de familie denken en beslissen in veel zaken mee, ook als het om inmiddels volwassen kinderen gaat, terwijl bemoeienissen van buiten de familie juist vaak worden afgewezen. Een patiënte vertelt over het geboorteland van haar vader: 'Mijn oom liep daar gewoon rond met een zwaard en toen mijn ouders klein waren, werd er nog gestenigd en gemoord.' Een ander vertelt over het land van haar ouders: 'Er was een jongen doodgeschoten en daar wordt gewoon over gepraat. Mijn opa ook, die zegt: "Ik heb een pistool." Er werd zonder zijn toestemming op zijn grond gebouwd. Dan dreigt hij echt, dat leeft daar nog.' Een patiënte vertelt: 'Mijn broer was de baas over me. Ik mocht geen korte rok aan.' Een patiënte zegt: 'Meisjes trouwen in de schoonfamilie, het meisje moet zich daar onderwerpen.' Een ander zegt: 'In de familie en gemeenschap is homoseksualiteit

een grote schande.’ Een patiënte vertelt: ‘Hij wou de verloving verbreken, een drama, een afgang, en mijn broers zeiden: als het echt zover komt, dan weten we niet of we voor onszelf instaan.’

Bij allochtone patiënten is het moeilijk om uit te maken in hoeverre de in Westerse ogen vaak heftige of afgedempte emoties, splitsende tendensen, identiteitsverwarringen, autonomieproblemen en relationele moeilijkheden begrepen moeten worden als signaal van ernstige persoonlijkheidspathologie (in het bijzonder borderline) en in hoeverre vanuit de etnisch-culturele achtergrond. Als dit laatste vooral het geval is, zijn de innerlijke structuur en therapeutische mogelijkheden beter dan dat het op het eerste gezicht kan lijken.

### ***Onbedoelde interacties***

Bij allochtone patiënten kan een gevoel van basale onveiligheid in de primaire gehechtheid zijn versterkt door de onveiligheid die een etnisch-culturele minderheidspositie met zich meebrengt. Niet-westerse allochtonen worden in Nederland geconfronteerd met maatschappelijke achterstelling (in directe contacten, in de publieke opinie). Kinderen van immigranten met een etnisch-culturele minderheidspositie hebben vaak vanaf hun vroege jeugd gezien hoe hun ouders vernederd werden door personen en instanties. Wordt je bestaansrecht je ontzegd, dan wekt dat zeer intense schaamte. Een gevoel van krenking, miskennis en woede kan voorop komen te staan. Soms zal dat een panische angst voor sociaal en psychisch ten onder gaan (die ook transgenerationale wortels heeft) overdekken. Aanmelding voor therapie activeert het onveilige gehechtheidssysteem en dat versterkt een al bestaande waakzaamheid voor achterstelling. Ziet de hulpverlener je wel als persoon en niet als exemplaar van een (problematische) minderheidsgroep? Krijg je wel dezelfde behandelmogelijkheden als ‘gewone’ Nederlanders? Bij de intaker/therapeut (als vertegenwoordiger van een bevoorrechte ‘witte’ meerderheidsgroep) en – in het geval dat de aanmelding in een instituutskader gebeurt – bij het therapeutisch instituut (als semi-overheidsinstelling) bestaat altijd de mogelijkheid van etnisch-culturele stereotypering en achterstelling. Wat dat betreft is de hulpverlener (het intake-team, de instelling) in ieder geval overdrachtsobject en er kan ook een tegenoverdracht zijn.<sup>14</sup> Wat kan er dan gebeuren?

Mensen kunnen ongewild en ongeweten elkaars gedrag en gevoel in een niet door hen bedoelde richting stuwten. Halil is allochtoon van de tweede generatie en meldt zich aan bij het NPI. Hij zegt later in zijn therapie: ‘Het mindere is onacceptabel voor mij. Het heeft er enorm mee te maken dat ik hier als allochtoon ben opgegroeid.’ In de intake staat Halil bij voorbaat op zijn strepen. Dit komt bij de intaker als wantrouwend, intimiderend en grensoverschrijdend over en roept irritatie bij hem op, misschien ook omdat de intaker vanuit een eigen, als vanzelfsprekend ervaren, ‘witte’ achtergrond, weinig vertrouwdheid en gevoeligheid heeft ten aanzien van waarom Halil

zo doet. Het gevolg van de irritatie van de intaker kan zijn dat Halil nog meer op zijn strepen gaat staan, enzovoort. Oplopende irritatie kan de psychoanalytische houding van invoelen en begrijpen, reflectie op de ander en zelfreflectie ondermijnen met als gevolg dat de intaker teruggevalt op zijn classificerende basisvaardigheid van psychiater of psycholoog. De dwingende felheid van Halil wordt vervolgens uitsluitend opgevat als signaal van ernstige persoonlijkheidspathologie (paranoïde, narcistisch, borderline). Daardoor kunnen de behandelingsmogelijkheden van Halil te laag worden ingeschat, een *self-fulfilling prophecy*. Onopgemerkt is dan gebleven dat de wijze van doen van Halil en de reactie van de intaker (en die van Halil daar weer op, enzovoort) tot op zekere hoogte ook te begrijpen zijn vanuit de spanningsrelatie die op macroniveau in de samenleving bestaat tussen zich emanciperende, naar positieverbetering strevende groepen nieuwkomers/buitenstaanders en gevestigde groepen, die vanuit hun geprivilegieerde positie vaak weinig besef en meegevoel hebben voor de minderheidspositie van anderen, of zich in hun positie bedreigd kunnen voelen (Elias en Scotson 1965). Overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen in de spreekkamer kunnen grootschalige etnisch-culturele spanningsverhoudingen tot uitdrukking brengen. Onvoldoende besef hiervan kan de diagnostische oordeelsvorming vertroebelen en bij de intaker/therapeut bijvoorbeeld aanleiding geven tot overmatig psychiatiseren.

Op een andere manier kan iets dergelijks zich ook voordoen. De therapeut kan zich vanuit een eigen gevoel van persoonlijke of maatschappelijke achterstelling (bijvoorbeeld als nakomertje of zondebok in het ouderlijk gezin, homoseksueel, vrouw, provinciaal in de grote stad, of vanuit een lage sociale afkomst of een eigen etnisch-culturele minderheidspositie) overmatig identificeren met de buitenstaanderpositie van de allochtone patiënt. Hij kan dan bijvoorbeeld de manier waarop Halil zich in de intake gedraagt uitsluitend interpreteren als de strijdbaarheid van een vitale nieuwkomer/buitenstaander. In het geval van overmatig culturaliseren kan de pathologie worden onderschat.<sup>15</sup> Vervolgens kan het verloop van de therapie teleurstellen.

### Patronen in de therapie

Hierboven is beschreven dat bij allochtone patiënten een tendens tot splitsen vaak zou zijn ontstaan als innerlijke reactie op traumatische gebeurtenissen en van buitenaf kan zijn aangereikt en versterkt door de wereld van verschillen waarin immigranten (zowel eerste als latere generaties) voortdurend leven. Vaak valt dan op dat de binnenwereld wordt gedomineerd door twee gepolariseerde voorstellingen die zijn ontleend aan enerzijds de cultuur en samenleving van het land van herkomst en aan anderzijds de moderne Nederlandse cultuur en samenleving. Hoewel de praktijk zich er niet strikt aan houdt (en

er ook overlap bestaat), onderscheid ik in het hiernavolgende twee varianten van deze gespletenheid die aan de therapie verschillende accenten geven. In een eerste vorm vereenzelvigd de patiënt zich heel sterk met de westerse verhoudingen en idealen en lijkt hij alle bewuste positieve identificaties met het land en de cultuur van herkomst te hebben losgelaten, of wordt, omgekeerd, juist rigide vastgehouden aan de geïdealiseerde cultuur en samenleving van het land van herkomst, terwijl identificatie met het nieuwe land vermeden wordt. In een tweede vorm van gespletenheid pendelt de patiënt voortdurend heen en weer tussen twee gepolariseerde innerlijke voorstellingen, namelijk van de Nederlandse cultuur en samenleving en van het land van herkomst die beurtelings gedevalueerd en geïdealiseerd worden. In het eerste geval overheerst de ene identificatie en lijkt de andere in het bewuste leven geen rol te spelen. In het tweede geval zijn beide identificaties dominant aanwezig en wordt alsmaar, en vaak in een snel tempo, tussen die twee heen en weer gegaan. De eerste vorm van gespletenheid is vooral herkenbaar in de therapie van migranten van de eerste generatie, de tweede vooral in de therapie van de tweede generatie.

### ***Eerste generatie: overaanpassing, mummificatie en reconnecting***

In het geval van de eerste vorm van gespletenheid is sprake van hyperidentificatie met de cultuur en samenleving van het nieuwe land en desidentificatie met die van het land van herkomst of omgekeerd. Van Blokland (2006) spreekt van overaanpassing. De patiënt leeft in het nieuwe land, ogenschijnlijk zonder al teveel pijn, verdriet en twijfel over wat hij daar heeft achtergelaten. Een patiënt zegt: 'Op een gegeven moment koos ik helemaal voor het Nederlandse en alles wat met mijn achtergrond te maken had, heb ik achterwege gelaten.' In het omgekeerde geval wordt wel gesproken van mummificatie (Gardner en Pritchard 1977): de patiënt houdt op een versterde manier vast aan een geïdealiseerde en vaak allang achterhaalde voorstelling van de cultuur en samenleving van het land van herkomst en houdt zich verre van de cultuur en samenleving van het nieuwe land. De betrokkene woont in het nieuwe land (soms in een gesloten gemeenschap) maar blijft op daar en toen gericht, vooral bij belangrijke persoonlijke en relationele beslissingen. Zowel in het geval van overaanpassing als van mummificatie wordt de discontinuïteit die migratie met zich mee brengt niet erkend en gevoeld. Door vroege ervaringen van onveiligheid en traumatisering en door de stress van het leven in het nieuwe land, kan het zijn dat de patiënt niet in staat is om te rouwen en nieuwe stappen te gaan zetten. Hij of zij is geneigd zich overmatig aan het nieuwe aan te passen of zich aan het oude vast te klampen. Zowel in het ene als andere geval beoogt de therapie in een proces van *reconnecting* (Papadopoulos 2002) de innerlijke dialoog te herstellen (of tot stand te brengen) tussen het leven van toen en daar (de kindertijd) en het leven hier en nu (de

volwassenheid), zodat de gestagneerde identiteitsontwikkeling en integratie (psychisch en maatschappelijk) door kunnen gaan.

Van Blokland (2006) beschrijft hoe de therapeut in de behandeling van Sema uitgebreid vraagt naar haar dagelijks leven van toen en daar en van hier en nu. De therapeut beoogt hiermee het denken en voelen te bevorderen ten aanzien van de discontinuïteit die de migratie in de zelfervaring van Sema met zich mee heeft gebracht. In de therapie komt rouwverwerking centraal te staan ten aanzien van het verlies van het vertrouwde en dierbare van ginds en vroeger en van illusies die Sema daarover (en over een eventuele terugkeer) heeft. Dit herstel van verbinding heeft niet alleen betrekking op wat goed was toen en daar, maar ook op wat er bedreigend en traumatisch is geweest door de politieke of economische situatie in het land van herkomst en/of door geweld in het gezin en de familie. Ten aanzien van rouw en trauma is praten en herinneren echter niet altijd de juiste behandelstrategie. Ook in de therapie van Sema is het steeds een dilemma voor de therapeut in hoeverre praten en herinneren het gevoel van bedreiging voedt (en hertraumatiseert) en in hoeverre het de innerlijke verwerking en integratie bevordert. Ten behoeve van deze afweging is de inschatting van belang of Sema (ondanks trauma en verlies) over voldoende innerlijke veiligheid beschikt om de spanning te verdragen ten aanzien van wat er in de therapie naar voren komt. Daarnaast is de therapie van Sema ook gericht op nieuwe stappen zetten (innerlijk en ook daadwerkelijk in de buitenwereld) en in samenhang daarmee op de gevoelens van verraad, loyaliteit en angst voor verstoting die Sema steeds weer ten aanzien van haar familie en gemeenschap heeft. Ook in de therapeutische relatie komt de overaanpassing van Sema naar voren. Ze is naar de therapeut heel goed van vertrouwen. De therapeut is haar steun en toeverlaat, een veilig baken in een vreemde en vaak vijandige wereld. Deze idealisering wordt in de therapie niet geproblematiseerd. De overweging van de therapeut is dat teveel een nieuw verlies en hertraumatisering zou kunnen betekenen.

### ***Tweede generatie: verdubbeling van de wereld, verbinding en continuïteit***

De tweede vorm van gespletenheid is vooral herkenbaar in de therapie van volwassen kinderen van migranten. Gomperts (2006) beschrijft hoe de patiënt (zowel in de spreekkamer als daarbuiten) voortdurend heen en weer pendelt tussen twee gepolariseerde innerlijke voorstellingen – van de Nederlandse cultuur en samenleving en die van het land van herkomst. In deze van elkaar afgesplitste voorstellingen worden beide samenlevingen beurtelings geïdealiseerd en gedevalueerd. Een patiënt: ‘Dat staat me zo tegen hier, dat iedereen zo materialistisch bezig is, met zijn nieuwe keuken en badkamer. Als ik tien minuten in Amsterdam op de bus wacht, denk ik: wat een idioten allemaal. Zo wil ik niet leven.’ En even later zegt ze: ‘Daarginds is het een

warme deken die over je heen wordt geslagen. Ik ben daar heel anders, veel opener, veel socialer.' Maar anderzijds zegt dezelfde patiënte ook:

Het is er barbaars, een rare wereld die ik niet begrijp. Ik viel tegen iemand aan en je wordt gewoon meteen bedreigd: 'Ik breek je botten!', schelden. Je krijg er totaal geen respect, roddelen, verhalen vertellen die helemaal niet waar zijn. Belachelijk. Liegen, alles mooier maken. Voor mij is de keus gemakkelijk: ik voel me Nederlander. Hier is meer nuchterheid.

Even later zegt ze: 'Het is daar veel gastvrijer. Hier is het gierig. Daar wordt, als je op bezoek komt, alles uit de kast gehaald. Hier krijg je één koekje bij de thee.'

Tweede-generatie migratiegerelateerde identiteitsproblematiek zet de zelfcoherentie voortdurend onder druk. De therapie is er op gericht de innerlijke samenhang en continuïteit te vergroten (Gomperts 2008, 2009). De wereld van de Nederlandse cultuur en samenleving en die van de herkomst van de (groot)ouders zijn als kat en hond, de patiënt kan ze niet bij elkaar te brengen. Vaak leeft de patiënt habitueel in een wereld van geheimen, halve waarheden, schaamte, stiekem doen en doen alsof. Een patiënt vertelt:

Dat ben ik gewoon gewend. Ja, praktisch moet ik er bij nadenken dat ik niet in een kort rokje en met korte mouwtjes naar mijn ouders ga. Ik moet er praktisch bij nadenken dat als je ouders komen, dat je dan kleren, foto's, de alcohol verstoppt. Dat je seks hebt met mannen zonder getrouwd te zijn, is al erg, maar als ze ook geen moslim zijn... Ik ben het gewend om dingen te doen die mijn ouders verafschuwen en die ik ze niet vertel. Ze hebben geen idee van hoe ik leef en mijn collega's en Nederlandse vrienden en hebben geen idee hoe mijn ouders zijn. Voor mij is dat gewoon. Het is zóveel wat meisjes zoals ik gewend zijn om te verbergen en te liegen. Het is gewoon een levensstijl. Vroeger was ik bijna twee personen, een voor binnen en voor buiten.

In twee parallelle werelden is alles mogelijk, zonder dat het ene echte gevolgen voor het andere zou hebben. Als je trouw wilt blijven aan de traditionele islamitische levenswijze van je ouders en ook Young Urban Professional wilt zijn, dan ben je allebei. In twee parallelle werelden bent je het perfecte kind van je ouders en je doet alles wat door God en ouders verboden is. De setting van de therapie kan dan moeilijk vast te houden zijn. De patiënt zegt vaak af, komt te laat door verplichtingen elders of vertrekt voor korte of langere tijd naar het buitenland. Ook wat de therapie betreft pendelt de patiënt dan heen en weer tussen onverenigbare werkelijkheden, namelijk die van wel en niet in therapie zijn tegelijk. De therapeut kan proberen deze werkelijkheden met elkaar te verbinden en zegt bijvoorbeeld: 'Wat zou het fijn zijn als je op twee plekken tegelijk kon zijn, dan loopt de therapie gewoon door'. Hij hoopt dat



de patiënt met zo'n opmerking de onverenigbare posities meer kan gaan ervaren als representaties van gedachten en gevoelens, van bijvoorbeeld angst, verdriet, woede en verwarring.

Samira krijgt na een jaar therapie een heel goed aanbod voor een baan in Chicago. Chicago maakt voor Samira deel uit van een Amerikaanse droom waarin voor haar wel een vanzelfsprekende plek bestaat. Ze kent Amerika. Ze heeft zeven maanden in Boston gestudeerd:

Ik pas daar gewoon. In Nederland is het abnormaal dat je er bent. Daar is het normaal. Hier is 'Waar kom je vandaan?' een beladen vraag, daar een normale vraag: 'Oh Holland, you don't look very Dutch'. 'Yes, my background is Moroccan'. 'Hey, interesting'. Het feit dat je Marokkaans bent of Nederlands is er een charmant detail. Iedereen komt altijd wel ergens vandaan.

Samira wil naar Amerika maar ook haar therapie niet kwijt. In twee parallelle werelden kan alles tegelijk, maar nu dreigt de impact van de werkelijkheid. De therapeut vraagt wat ze met haar therapie gaat doen als die door haar vertrek moet stoppen. Ze denkt dat ze in het nieuwe land weer een therapeut gaat zoeken, maar ze heeft een andere oplossing. Ze vraagt of de therapie via de telefoon kan worden voortgezet. De therapeut zegt dat hij erover zal denken. In de intervisie komt naar voren dat als de therapeut ingaat op haar verzoek, hij een collusie met haar aangaat waarin weggaan en blijven niet echt verschillen, verlaten en verlaten worden niet echt bestaan en migratie geen echte gevolgen heeft. Hij zou Samira voor de keuze moeten stellen tussen therapie of weggaan. Uiteindelijk echter laat de therapeut de volgende overweging zwaarder wegen: afwijzing van het voorstel van Samira kan de bevestiging zijn van een ander aspect van migratieproblematiek: weggaan is je plek verliezen en de angst niet meer te bestaan. In het kader van migratieproblematiek kan afbreken van de therapie (transgenerationele) hertraumatisering zijn. De therapie wordt dus voortgezet en de setting blijft behouden op één belangrijk aspect na: Samira is lijfelijk niet meer in de spreekkamer, maar wel visueel en verbaal, dat wil zeggen met Skype, driekwartier op een vaste tijdstip tweemaal in de week. Daarmee gaat Samira heel concreet ervaren dat continuïteit en verbinding wel bestaan. Met de vaste plek die patiënte zodoende bij de therapeut houdt, gaat zij ook meer samenhang en continuïteit in zichzelf beleven. Ze gaat haar verlangens en verdriet meer ervaren, voelt zich eenzaam en verdrietig, maar dit voelt anders dan voorheen, niet meer leeg en tegen een burn-out aan. Stapsgewijs onthult Samira aan haar ouders dat ze met een niet-islamitische vriend leeft. De parallelle werelden gaan elkaar dus kruisen in de werkelijkheid en dat geeft opluchting en pijn. Zij vertelt:

Die *gap* tussen mijn en hun leven is er altijd geweest. Nu is het dat die werelden meer samenkomen en dat is fijn en ook heel moeilijk. Mijn ouders blijven

zeggen dat zij er niet mee kunnen leven dat wij niet Islamitisch leven. Mijn moeder zegt: 'Ik word ziek, het kwelt mij'. Maar wat mijn vader zegt, is erger: 'Ik bid elke dag tot God dat hij je het geloof geeft of jou tot zich neemt'. Ik vind dat hij zoiets niet zeggen mag. Ik word daar zo verdrietig van. Ik doe zo mijn best voor een warme familieband. Helemaal uit elkaar is het niet meer, maar echt bij elkaar komt het ook niet meer.

## Slotbeschouwing

Het aantal niet-westerse allochtonen (van de eerste of een latere generatie) dat bij het NPI psychoanalytische therapie zoekt en krijgt is voornamelijk beperkt. Hoogopgeleide, werkende of studerende vrouwen van rond de dertig jaar zonder vaste partner zijn duidelijk oververtegenwoordigd. Het kan zijn dat zij meer emotionele en relationele problemen hebben dan andere allochtonen, waardoor zij vaker psychoanalytische hulp zoeken en krijgen. Het is echter waarschijnlijker dat zij de problemen extra scherp ervaren en/of op een manier presenteren, waardoor zij vaker in psychoanalytische therapie komen, zonder dat hun problemen noodzakelijkerwijs groter zijn. Niet alleen een hoog opleidings- en beroepsniveau, maar ook het in psychoanalytische therapie zijn, kan dus wijzen op een succesvolle maatschappelijke integratie en emancipatie. Het aantal tweede en latere generatie allochtonen dat in het hoger en wetenschappelijk onderwijs studeert, neemt gestaag toe en daarmee mogelijk ook het aantal dat psychoanalytische therapie zoekt en krijgt. De problemen die hierboven ten aanzien van de huidige allochtone cliëntèle van het NPI beschreven zijn, kunnen zich dus vaker voordoen en ook vaker gaan voorkomen. Het zijn tot op zekere hoogte specifieke problemen (in zichzelf en met anderen) die zich in een voorhoede nu al laten kennen.

In de spreekkamer van de psychotherapeut zou de binnenwereld van mensen beter kenbaar, voelbaar en hanteerbaar worden. In een transculturele therapie kunnen zich het soort interetnische en interculturele interacties en breuklijnen aftekenen die zich in het groot, bijvoorbeeld in het integratiedebat, ook voordoen en maatschappelijke spanningen geven. Onder invloed van de spanning van etnisch-culturele overdracht en tegenoverdracht kan het mentaliserend vermogen voor korte of langere tijd verloren gaan. Wanneer dat in de kleine wereld van de spreekkamer al gebeurt, is het niet verbazingwekkend dat dit in de grote wereld van de multiculturele samenleving vaker gebeurt en de etnisch-culturele verschillen dan hardnekkig verzwegen worden of op een grove manier tot uitdrukking worden gebracht. Als de behandelaar (vanuit een eigen, als vanzelfsprekend ervaren 'witte' achtergrond) weinig vertrouwdsheid en gevoeligheid heeft ten aanzien van etnisch-culturele minderheidsposities en etnisch-cultureel anders ingevulde belevingswerelden, omgangsvormen en voorstellingen, kan de therapeutische relatie onder druk

komen te staan. De oplopende spanning kan bij de therapeut de houding van invoelen en begrijpen ondermijnen, waardoor hij terugvalt op zijn classificerende vaardigheid van psychiater of psycholoog. Overmatig problematiseren en psychiatiseren kan er dan toe leiden dat de patiënt tekort wordt gedaan in de inschatting van zijn adaptief vermogen en therapeutische mogelijkheden. De psychoanalytisch therapeut is getraind in zelfreflectie, reflectie op de patiënt en op de relatie tussen zijn eigen persoon en de patiënt en desondanks is het reflectief vermogen soms moeilijk vast te houden. In de meer grootschalige spanningsverhoudingen van de multiculturele samenleving (bijvoorbeeld in het integratiedebat) zal het voor veel mensen nog moeilijker zijn om hun reflectief vermogen in te zetten en vast te houden. Naarmate het dan sterker om regressieve en primitieve emotionele krachten gaat, raken zij des te meer vervreemd van hun beschouwelijke en meevoelende kant en worden mensen (groepen) meer uiteengedreven. Over en weer worden de verschillen aangedikt en wordt de ander (de andere groep) neergezet als anders, minder, slechter en de wederzijdse verwachtingen bevestigen zichzelf.

Sinds meer dan honderd jaar wordt in de psychotherapeutische situatie naar manieren gezocht om op een 'betere' manier met moeilijke gevoelens en gedachten om te gaan. Indertijd betrof dat vooral de seksualiteit. Nu wordt in de transculturele psychoanalytische psychotherapie naar manieren gezocht om met een grotere vrijmoedigheid en vanzelfsprekendheid met de etnisch-culturele verschillen om te gaan. Etnisch-culturele verschillen zijn in onze samenleving historisch en sociaal zwaar beladen. Niet-westerse allochtonen hebben discriminatie (van hun zelf, hun ouders) vaak meegemaakt. Zij zullen dus een grote gevoeligheid en waakzaamheid hebben voor alles wat op achterstelling lijkt. In combinatie met de bij weldenkende Nederlanders bestaande vrees voor racisme en discriminatie, zijn de gevoeligheid voor etnisch-culturele verschillen en de omzichtigheid in de manier waarmee er wordt omgegaan groot. Dit geldt uiteraard ook voor de therapeutische relatie en wel in het bijzonder als de therapeut behoort tot een gevestigde meerderheidsgroep en de patiënt tot een groep van nieuwkomers en buitenstaanders. In dat geval heeft de therapeut een dubbel dominante positie, namelijk als behandelaar tegenover patiënt, en als traditioneel gevestigde tegenover nieuwkomer en buitenstaander.<sup>16</sup> Deze positie kan zowel voor de therapeut als patiënt extra pijnlijk zijn en ertoe leiden dat in een collusie het moeilijke onderwerp van etnisch-culturele verschillen buiten de spreekkamer blijft: we weten wel dat discriminatie echt bestaat, maar tussen ons bestaat dat niet, wij staan daar samen boven. Deze vorm van gezamenlijke vermindering kan echter het gevoel van onveiligheid in de patiënt een extra basis geven. De impliciete boodschap kan immers ook zijn: de therapeut durft er niets over te zeggen, hij zou dus kennelijk iets kunnen zeggen wat op een discriminerende of racistische instelling wijst, hij weet dat dit een breekpunt in het vertrouwen zou zijn en daarom zegt hij er niets over. Het zal dan ook het gevoel van veiligheid in de

patiënt vergroten als de therapeut de rol van etniciteit en cultuurverschillen in hun interactie wel bespreekbaar durft te maken. Ook voor de meestal autochtone therapeut geldt echter dat de eigen (blanke) meerderheidspositie vaak als vanzelfsprekend ('vanzelfzwaigend') wordt ervaren. Bewustzijn van de eigen etnisch-culturele meerderheidspositie en de transgenerationale geschiedenis daarvan zal de behandelaar helpen zich te realiseren welke invloed van die positie en geschiedenis uit kan gaan op anderen. In de psychoanalytische therapieopleidingen wordt hier nog weinig aandacht aan geschonken. Ook in de verplichte leertherapie zal er, door de vanzelfsprekendheid waarmee beide gesprekspartners zich rekenen tot min of meer dezelfde meerderheidsgroep van gevestigden, weinig innerlijke noodzaak zijn om dit thema aan de orde te laten komen.

In het publieke debat over de multiculturele samenleving wordt enerzijds beweerd dat etnisch-culturele verschillen hardnekkig verzwegen worden en anderzijds dat er op grove wijze uitdrukking aan wordt gegeven. Een betere, dat wil zeggen een vrijmoedige en vanzelfsprekende manier, waarin, met meegevoel en voorstellingsvermogen, met etnisch-culturele verschillen wordt omgegaan, vraagt om een hoog niveau van beheersing.<sup>17</sup> Reflectie op de eigen als vanzelfsprekend ervaren meerderheidspositie en op de persoonlijke en collectieve geschiedenis van die positie geeft zicht op de invloed die van die positie en geschiedenis op anderen uit kan gaan. Dat kan de sensitiviteit voor etnisch-culturele diversiteit vergroten en de spanning in de etnisch-culturele verhoudingen verminderen. Als deze vorm van zelfreflectie voor psychotherapeuten, ook in de veilige enclave van de leertherapie, al moeilijk en zeldzaam is, dan zal dat in het publieke debat en de grootschaligheid van de multiculturele samenleving nog veel moeilijker en zeldzamer zijn.

## Noten

1 Vanuit het perspectief van de psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie schreven in het Nederlandse taalgebied vooral Van Waning (1999), Van der Veer en Waning (2002, 2004), Meurs en Gailly (1998) en Gomperts en Veen (2006) over psychotherapie bij allochtonen. Vermeldenswaard zijn ook Verboom (2002) en Westerborg (2001). Recent is de Nederlands-Vlaamse bundel van Thys en Gomperts (2009). De internationale literatuur is uiteraard omvangrijker.

2 In zo'n microsociologische benadering laat ik mij inspireren door Collins (2004: 3): 'If we develop a sufficiently powerful theory on the micro-level, it will unlock some secrets of large-scale macrosociological changes as well.'

3 CBS Jaarrapport Integratie 2008. Zie ook Eindrapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Integratiebeleid (2004).

4 De citaten zijn afkomstig uit interviews met vijf allochtone ex-patiënten en vijf therapeuten van het NPI. In dit artikel maak ik (door ruimtegebrek) vooral gebruik van de uitspraken van patiënten. Een meer systematische weergave van de interviews publiceerde ik elders (Gomperts 2006). Daarnaast maak ik hier gebruik van een gevalbeschrijving van een therapie waarover ik uitgebreider publiceerde (Gomperts 2008). Vanwege de dis-

cretie heb ik uitspraken die de patiënten herkenbaar kunnen maken veranderd, terwijl ik de strekking ervan zoveel mogelijk hetzelfde heb gehouden. De patiënt die in de gevalsbeschrijving van een therapie beschreven wordt, gaf toestemming voor publicatie.

5 Een veelvoorkomende aanmerking op de langdurige psychoanalytische behandeling is dan ook dat patiënten bij wie de psychologische reflectie het meest ontwikkeld is, het vaakst de meest langdurige en intensieve (en dus kostbaarste) vorm van ambulante therapie krijgen (psychoanalyse), terwijl deze patiënten lang niet altijd de ergste problemen hebben. Een analogie met het onderwijs kan hier verhelderend zijn. Kinderen die makkelijk leren (en juist niet kinderen die moeilijk leren) krijgen het meest langdurige en intensieve onderwijs. Dit is een onrechtvaardigheid die evenwel voor de meeste mensen aanvaardbaar is.

6 De psychoanalyticus Altman (2006) beschrijft *whiteness* als een specifieke gemoeds-toestand van blanken waarin niet gereflecteerd wordt over de betekenis van hun dominante machtspositie.

7 Reflectief functioneren is een ander woord voor mentaliseren. Meestal wordt een operationalisering bedoeld: reflectief functioneren is de manifestatie, in het vertellen, van het mentaliserend vermogen van een individu (Slade 2005).

8 'T' is therapeut, 'P' is patiënt.

9 Een patiënte vertelt dat ze juist niet geslagen werd en vat dat op als teken van een moderne opvoedingsstijl: 'Mijn ouders gaven veel vrijheid en zijn modern. Ik ben nooit geslagen.' Een ander zegt over het feit dat ze wel geslagen werd: 'In Nederland zou het kindermishandeling heten.' Als fysiek geweld tot de gewone opvoedingsstijl behoort, kan het misschien makkelijker geloofwaardig worden: het hoeft niet gezegd te worden, iedereen weet toch wel dat het gebeurt. Het is van belang om ten aanzien van het fysieke geweld (naast de rol van culturele verschillen in opvoedingsstijl) oog te hebben voor de machteloosheid van de eerste generatie bij wie de energie nogal eens was opgebrand in alles wat de migratie indertijd met zich meebracht (Ubbels 2009).

10 Freud (1940) spreekt van *Ichspaltung* (splitsing of splinging) als het Ik tegelijkertijd twee tegengestelde attitudes heeft ten opzichte van een gebeurtenis of persoon. Een kind bijvoorbeeld dat een ouder heeft verloren kan daarvan weet hebben en tegelijkertijd de gedachte koesteren dat de ouder leeft. Klein (1946/1975) beschrijft splitsing (*splitting, compartmentalisation*) als het vroegkinderlijke afweermecanisme waarin het 'goede' afgesplitst wordt van het 'kwade' om het goede te behoeden voor vernietiging door het kwade. Kernberg (1975) beschrijft *splitting* als kenmerk van borderline pathologie. De ander (of de eigen persoon) wordt als 'helemaal goed' of 'helemaal slecht' beleefd; er bestaat geen vermogen om ambivalenties te beleven.

11 De Swaan (1979) beschreef deze transformatie als een verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding.

12 Het is de vraag of individualisering ook leidt tot meer pluriformiteit in opvattingen en gedrag. Als méér individuen méér te kiezen hebben, betekent dit niet dat er meer verschillend wordt gekozen. Heel veel Nederlanders prefereren bijvoorbeeld dezelfde woningen en dezelfde automerken en steeds meer vrouwen en mannen doen dezelfde pogingen om werk en zorg te combineren. Ook worden de individualistische waarden collectief aangehangen (Duyvendak 2004).

13 De werkelijkheid kan anders zijn. Een patiënt zegt: 'Wat ik lastig vind, is dat onze gemeenschap altijd zo agressief en gewelddadig wordt afgeschilderd.'

14 Onder *overdracht* wordt verstaan dat emoties, overtuigingen of gedragingen die betrekking hebben op betekenisvolle anderen onbewust in de therapeutische situatie worden herhaald en beleefd ten aanzien van de therapeut. Met *tegenoverdracht* worden de reacties van de behandelaar op de persoon van de patiënt bedoeld, in het bijzonder op diens

overdracht. Overdracht en tegenoverdracht zijn in de moderne opvatting elkaars pendant en geven in een wisselwerking gestalte aan de relatie tussen patiënt en therapeut.

15 Thys (2009) bespreekt de valkuilen van overmatig psychiatiseren en culturaliseren in de transculturele psychoanalyse.

16 In het geval van het omgekeerde (dat wil zeggen de therapeut maakt deel uit van een etnisch-culturele minderheid en de patiënt van een gevestigde meerderheidsgroep) wordt de therapeut misschien vaker (impliciet) op zijn etniciteit aangesproken. Een therapeut met een niet-Nederlandse achtergrond vertelt bijvoorbeeld: ‘Er wordt me gevraagd: “Ga je vanavond naar voetballen kijken, en voor wie ben je dan eigenlijk?”’

17 Hier kan gesproken worden van een ‘highly controlled decontrolling of emotional controls’ (Wouters 1976; Elias en Dunning 1986: 44).

## Literatuur

- Altman, N. (2006) Whiteness. *Psychoanalytic Quarterly* 75, 3-21.
- Bateman, A. en P. Fonagy (2004) *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Blokland, A. van (2006) Van stagnatie naar integratie. Vignetten uit het therapieproces. In: W.J. Gomperts en G.I.E. Veen (red.) *Migratie in psychoanalyse. Over psychoanalytische behandelingen van migranten en vluchtelingen*. Assen: Van Gorcum.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) *Jaarrapport Integratie*.
- Collins, R. (2004) *Interaction ritual chains*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Dieperink, C., R. van Dijk en S. de Vries (2007) Alloctonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 62, 710-720.
- Duyvendak, J.W. (2004) *Een eensgezinde, vooruitstrevende natie. Over de mythe van ‘de’ individualisering en de toekomst van de sociologie*. Oratie. Amsterdam: Vossiuspers.
- Edrisi, M. (2009) Vermoeide geesten. Affectontwikkeling bij vluchtelingen met complexe traumatisering. In: M. Thys en W.J. Gomperts (red.) *Vergezichten. Transculturele psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Elias, N. en E. Dunning (1986) *Quest for excitement: sport and leisure in the civilizing process*. Oxford: Blackwell.
- Elias, N. en J.L. Scotson (2005) *Gevestigden en buitenstaanders. Spanningen en machtsverhoudingen tussen twee arbeidersbuurten*. Amsterdam: Boom.
- Fonagy, P., G. Gergely, E.L. Jurist en M. Target (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, S. (2006) De splitsing van het Ik in het afweerproces. In: *Sigmund Freud Werken*, 10. Amsterdam: Boom, 514-517.
- Gardner, A. en M. Pritchard (1977) Mourning, mummification and living with the dead. *British Journal of Psychiatry* 130, 23-28.
- Gomperts, W.J. (2006) Herkenning en verschil. Vijf jaar psychoanalytische therapie bij migranten en vluchtelingen. In: W.J. Gomperts en G.I.E. Veen (red.) *Migratie in psychoanalyse. Over psychoanalytische behandelingen van migranten en vluchtelingen*. Assen: Van Gorcum.
- Gomperts, W.J. (2008) De verdubbeling van de wereld. Weerstand in de therapie bij migratiegerelateerde tweedegeneratie identiteitsproblematiek. *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 2, 83-96.
- Gomperts, W.J. (2009) De kleine wereld van de spreekkamer. In: M. Thys en W.J. Gomperts (red.) *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

- Kernberg, O.F. (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Klein, M. (1946) Notes on some schizoïde mechanisme. In: M. Klein (1975) *Envy and gratitude and Other works, 1946-1963*. New York: Free Press.
- May, R. (2001) Alloctonen en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. In: R. van Dijk en A. Voogt (red.) *Interculturele geestelijke gezondheidszorg: uitgesloten?* Rotterdam: Mikado.
- Meurs, P. en A. Gailly (red.) (1998) *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Papadopoulos, R.K. (2002) Refugees, home and trauma. In: R.K. Papadopoulos (red.) *Therapeutic care for refugees. No place like home*. London: Karnac.
- Sevinç, F. en A. Verheugt-Pleiter (2009) Wij-cultuur, migratie en mentaliseren: een Turkse casus. In: M. Thys en W.J. Gomperts (red.) *Vergezichten. Transculturele psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Slade, A. (2005) Parental Reflective Functioning: an Introduction. *Attachment and Human Development* 7, 269-281.
- Sterman, D. (2007) Stoornissen. In: D. Sterman (red.) *Een olijfbom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families*. Amsterdam/Utrecht: Stichting Pharos, 207-238.
- Swaan, A. de (1979) *Uitgaansbeperking en uitgaansangst*. Amsterdam: De Gids/Meulenhoff.
- Thys, M. (2009) Psyche en cultuur. Transculturele psychoanalyse tussen pathologiseren en culturaliseren. In: M. Thys en W.J. Gomperts (red.) *Vergezichten. Transculturele psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Tijdelijke Commissie Onderzoek Integratiebeleid (2004) *Bruggen bouwen. Eindrapport*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Ubbels, J. (2009) Etnische identiteit. In: M. Thys en W.J. Gomperts (red.) *Vergezichten. Transculturele psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Veer, G. van der en A. van Waning (2002) Hulpverlening aan vluchtelingen. Van transculturele traumatherapie naar zorg voor de ziel. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 47, 35-51.
- Veer, G. van der en A. van Waning (2004) Strengthening psychological health in war victims and refugees. In: J.P. Wilson en B. Drozdek (red.) *Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner Routledge.
- Verboom, R. (2002) Ubuntu; you are what you are through other people. In: R. Borra, R. van Dijk en H. Rohlof (red.) *Cultuur, classificatie en diagnose; cultuursensitief werken met de DSM-IV-R*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Waning, A. van (red.) (1999) *Multiculturele samenleving en psychoanalyse*. Assen: Van Gorcum.
- Westerborg, M. (2001) Seksuele ontwikkeling bij alloctonen. In: H. Gerritzen (red.) *Adolescentie en seksualiteit. Psychoanalytische beschouwingen over een intrigerende levensfase*. Assen: Van Gorcum.
- Wouters, C. (1976) Is het civilisatieproces van richting veranderd? *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 3, 336-361.
- Zevalkink, J. en C. Berghout (2008) *Door de bank genomen. Hoe effectief zijn psychoanalytische behandelingen*. Amsterdam: Nederlands Psychoanalytisch Instituut.
- Zwirs, B. (2006) *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands*. Utrecht: Proefschrift.