

De multiculturele binnenwereld

Observaties uit de psychoanalytische psychotherapie bij niet-westerse allochtonen

Wouter Gomperts

-
- De laatste jaren is een toenemend aantal niet-westerse allochtone patiënten in psychoanalytische psychotherapie bij vooralsnog meestal autochtone therapeuten. Alle ‘gewone’ psychische problemen en ingrediënten van een psychoanalytische behandeling kunnen dan een net iets andere inhoud en betekenis krijgen. In dit artikel ligt de nadruk op migratiegerelateerde identiteitsproblematiek bij de eerste en tweede generatie. De therapie beoogt een innerlijke verbinding tot stand te brengen of te versterken tussen gecompartmentaliseerde innerlijke werkelijkheden die zijn ontleend aan de cultuur en samenleving van het land van herkomst en de Nederlandse cultuur en samenleving. Aandacht wordt besteed aan etnisch-culturele overdracht en tegenoverdracht.
-

Inleiding

Nederland kreeg na de Tweede Wereldoorlog te maken met drie grootschalige immigratiestromen: uit de voormalige koloniën, van ‘gastarbeiders’ en hun gezinnen, en van politieke vluchtelingen. Grote groepen mensen die voorheen duizenden kilometers van elkaar verwijderd waren en etnisch-cultureel van elkaar verschillen, wonen nu dus dicht bij elkaar. Hiermee

DR. W.J. GOMPERTS, klinisch psycholoog, psychotherapeut en psychoanalyticus, is werkzaam bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut en de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Hij is opleider en supervisor bij de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse.

Correspondentieadres: Conradstraat 423 G, 1018 NE Amsterdam.

E-mail: w.j.gomperts@uva.nl

doen zich nieuwe kansen voor, maar ook problemen en conflicten die in psychische problemen tot uitdrukking kunnen komen.

De multiculturele samenleving komt ook de psychoanalytische behandelkamer binnen. Het aantal niet-westerse allochtonen (van de eerste of een latere generatie) dat bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) psychoanalytische behandeling zoekt en krijgt is vooralsnog beperkt (Gomperts, 2006). Meestal gaat het daarbij om psychoanalytische psychotherapie. Psychoanalyse (vier of vijf maal in de week, op de divan) komt tot dusverre zelden voor (Zevalkink & Berghout, 2008).

De psychoanalytische theorieën over hoe mensen in elkaar zitten en behandelvormen van moeilijkheden in en tussen mensen zijn typische exponenten van de westerse cultuur en samenleving. In het geval van etnisch-cultureel anders ingevulde belevingswerelden, omgangsvormen en voorstellingen over ziekte, behandeling en genezing kunnen de gangbare psychoanalytische zienswijzen en attitudes minder passend zijn. Bovendien is 'in therapie gaan' geworteld in de cultuur en samenleving van het nieuwe land (en meestal niet in die van het land van herkomst) en behoort de psychoanalytisch therapeut meestal tot de meerderheidsgroep van oorspronkelijke Nederlanders. Dit kan de angst versterken dat de eigen, oorspronkelijke cultuur en identiteit verloren gaan.

Psychoanalytisch gezien, zijn migratie en vlucht ontwikkelingsopgaven die extra moeilijk zijn in het geval van traumatisering door politiek of intra-familiaal geweld in het land van herkomst. Een door traumatisering beschadigd, onveilig basisgevoel kan versterkt worden door de onveiligheid van het leven in het nieuwe land. Het vanzelfsprekende heeft geen weerklank meer, gewoonten en gebruiken zijn onbekend, de finesses van de taal en humor zullen je vaak ontgaan en als lid van een etnische minderheid kun je discriminerend bejegend worden. Scheiding en verlies kunnen al langer bestaande problematiek versterken. De aanpassing aan de cultuur en samenleving van het nieuwe land kan bemoeilijkt worden door heimwee en loyaliteitsconflicten. Migratie kan tijdelijk of meer permanent een hoog niveau van stress met zich meebrengen. Het vermogen om je een voorstelling te vormen van je eigen binnenwereld en die van anderen kan dan zijn aangetast. Dit doet afbreuk aan een belangrijke intrapsychische buffer in het contact met jezelf en met anderen.

Migratie heeft ook gevolgen voor volgende generaties. De redenen 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 moeilijk verenigbare werkelijkheden van het leven thuis en buitenshuis. Dit kan veel identiteitsverwarring geven.

Kortom: alle 'gewone' psychische problemen en alle 'gewone' ingrediënten van een psychoanalytische behandeling kunnen bij eerste en latere generaties allochtone patiënten een net andere inhoud en betekenis krijgen. Welke specifieke verschijnselen doen zich bij patiënten met een niet-westerse et-

nisch-culturele minderheidspositie voor in de kleine wereld van de psychoanalytische behandelkamer? En is daarvan iets te leren voor de grote wereld van de multiculturele samenleving?

Maatschappelijke integratie en psychische integratie

In het publieke debat wordt de mate waarin niet-westerse immigranten maatschappelijk geïntegreerd zijn afgeleid uit hun onderwijs- en arbeidsdeelname, beheersing van de Nederlandse taal en de mate waarin opvattingen en gedrag in overeenstemming zijn met wat gevestigde meerderheidsgroepen zien als de kernwaarden van de Nederlandse cultuur en samenleving. Het onderwijs wordt als sleutel voor een succesvolle maatschappelijke integratie gezien. Hoe beter niet-westerse allochtonen zijn opgeleid, des te meer zouden zij in contact staan met de cultuur en samenleving van de in oorsprong Nederlanders. Onder de allochtone patiënten van het NPI zijn hoogopgeleide, werkende of studerende vrouwen van rond de dertig jaar zonder vaste partner oververtegenwoordigd (Gomperts, 2006). Zij studeren of hebben een baan op hoog niveau: management, rechten, geneeskunde, economie. Niet alleen een hoog opleidings- en beroepsniveau kan dus wijzen op een succesvolle maatschappelijke integratie en emancipatie, maar ook het feit dat je bij het NPI in psychoanalytische behandeling bent.

Vaak melden eerste- en tweedegeneratie-allochtone patiënten zich bij het NPI aan met stemmingsklachten (somberheid, gevoelens van leegte) en chronische angstgerelateerde spanningsklachten (oververmoeidheid, chronische pijn, dreigende *burn-out*). Veel van deze patiënten lijden aan grote identiteitsverwarring en moeilijkheden op het vlak van intieme relaties (Van Blokland & Colijn, 2009; Gomperts, 2009; Sevinç & Verheugt-Pleiter, 2009, Ubbels, 2009). Een patiënt¹ zegt bij aanmelding:

Ik loop mezelf voorbij. Als ik zo doorga, 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 zag een tv-film over een vrouw die uit Turkije kwam en hier advocaat is geworden. Zij zei: Het cultuurverschil en de generatiekloof zijn gewoon te groot. En dat herken ik. Constant on the edge. Ik ben doodmoe.

¹ De citaten zijn afkomstig uit interviews met ex-patiënten van het NPI. Een meer systematische weergave van de interviews publiceerde ik elders (Gomperts, 2006). Daarnaast maak ik gebruik van een gevalsbeschrijving van een therapie waarover ik eerder al uitgebreider publiceerde (Gomperts, 2008). Deze patiënt gaf toestemming voor publicatie. Ik heb uitspraken die de patiënten herkenbaar kunnen maken veranderd, terwijl ik de strekking van wat gezegd werd gelijk heb gehouden. Soms heb ik uitspraken van verscheidene patiënten in één citaat gecombineerd.

Etnisch-culturele overdracht en tegenoverdracht

Bij niet-westerse allochtone patiënten kan onveiligheid in de primaire gehechtheid zijn versterkt door de onveiligheid die hun maatschappelijke minderheidspositie met zich mee kan brengen. Een patiënt vertelt hoe zij op de basisschool werd gepest. Ze had henna op haar handen en haar ouders waren traditioneel gekleed:

Alleen twee grote sukkels van autochtone meisjes speelden wel eens met mij. Het isolement werd zo erg dat de juf besloot dat de kinderen om de beurt met mij moesten spelen. Alsof je een aalmoes krijgt, die je uit trots eigenlijk niet wilt accepteren, maar waar je ook blij mee bent zodat je de vernedering maar slikt. Als kind al ga je je schamen voor je achtergrond; op school vanwege het hoofddoekje van je moeder en omdat zij nauwelijks Nederlands spreekt en het eten raar is. Ik ging steeds meer dingen doen die mijn ouders niet wilden en dat hield ik verborgen.

Tweedegeneratie-allochtonen hebben vaak vanaf hun vroege jeugd gezien hoe hun ouders vernederd werden door personen en instanties. Een patiënt vertelt:

Je was het bruggenhoofd voor de familie. Je moest stukken lezen en brieven schrijven en tolken, en daardoor kreeg je dingen te horen die je liever niet wilde horen. Zoals in het ziekenhuis over mijn moeder: waarom moeten die gastarbeiders ook nog meer kinderen krijgen?

Staat je bestaansrecht steeds ter discussie, dan wekt dat een diep gevoel van schaamte, angst en verdriet. Een gevoel van gekrenktheid en woede kan voorop komen te staan. Therapie activeert het gehechtheidssysteem en dat kan een al bestaande waakzaamheid voor sociale achterstelling versterken. Ziet de hulpverlener je wel als persoon en niet als exemplaar van een (problematische) minderheidsgroep? Krijg je wel dezelfde behandelkansen als ‘gewone’ Nederlanders? Bij de intaker (vaak een vertegenwoordiger van de gevestigde meerderheidsgroep) en ook in het geval van aanmelding bij een GGZ-instelling bestaat altijd de mogelijkheid van stereotypering en achterstelling. Wat dat betreft is de hulpverlener (het intake-team, de instelling) op zijn minst een overdrachtsobject en tegenoverdracht is ook mogelijk. Wat kan er dan gebeuren?

Abid is allochtoon van de tweede generatie en meldt zich aan bij het NPI. Hij vertelt later in zijn therapie: ‘Het mindere is onacceptabel voor mij. Het heeft er enorm mee te maken dat ik hier als Marokkaan ben opgegroeid.’ Vanuit de angst niet de behandeling te krijgen die hem toekomt, staat Abid in de intake bij voorbaat op zijn strepen. De intaker krijgt het gevoel dat Abid van zich afbijt. Dit komt bij de intaker als wantrouwend, intimiderend en grensoverschrijdend over en roept irritatie op, misschien ook omdat de intaker vanuit een eigen, als vanzelfsprekend ervaren meerderheidspositie weinig vertrouwd is met en gevoelig is voor de vraag *waarom* Abid zo doet (Altman, 2006).¹ Het gevolg van de irritatie van de intaker kan zijn dat Abid nog meer op zijn strepen gaat staan, dat de intaker zich nog meer gaat erge-

¹ Altman beschrijft whiteness als een specifieke gemoedstoestand van blanken die niet reflecteren over de betekenis van hun machtspositie.

ren, enzovoort. De oplopende irritatie kan bij de intaker de psychoanalytische houding van invoelen en begrijpen ondermijnen met als gevolg dat hij teruggevalt op zijn classificerende basisvaardigheid van psychiater of psycholoog. Een mogelijk gevolg is dat de intaker/het intake-team de wijze van doen van Abid vervolgens opvat als teken van ernstige (paranoïde, narcistische, borderline-) persoonlijkheidspathologie. Daardoor kunnen de behandel mogelijkheden van Abid te laag worden ingeschat: een *self-fulfilling prophecy*. Onopgemerkt is dan gebleven dat de wijze van doen van Abid en de reactie van de intaker hierop (en die van Abid daar weer op, enzovoort) tot op zekere hoogte ook te begrijpen zijn uit de spanningsrelatie die op macroniveau in de samenleving bestaat tussen zich emanciperende, naar positieverbetering strevende groepen nieuwkomers/buitenstaanders en gevestigde groepen van in oorsprong Nederlanders. Overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen in de spreekkamer kunnen grootschalige maatschappelijke spanningsverhoudingen tot uitdrukking brengen. Onvoldoende besef hiervan kan de diagnostische oordeelsvorming vertroebelen en bij de intaker/het intake-team/de therapeut aanleiding zijn tot overmatig psychiatiseren.

Op een andere manier kan iets dergelijks zich ook voordoen. De intaker kan vanuit een eigen gevoel van persoonlijke of maatschappelijke achterstelling (bijvoorbeeld als nakomertje of zondebok in het ouderlijk gezin, als vrouw, als homoseksueel, als provinciaal in de grote stad, of door zijn eigen lage sociale afkomst of eigen etnische minderheidspositie) overmatige identificatiegevoelens hebben met de buitenstaanderpositie van de niet-westerse allochtone patiënt. Hij kan bijvoorbeeld de manier waarop Abid zich in de intake gedraagt idealiseren en uitsluitend interpreteren als de strijdbaarheid van een vitale nieuwkomer. In het geval van overmatig culturaliseren kan de pathologie worden onderschat. Vervolgens kan het verloop van de therapie teleurstellen. Voor een bespreking van valkuilen van overmatig psychiatiseren en culturaliseren in de transculturele psychoanalyse verwijs ik naar Thys (2009).

Andere sociale verhoudingen, andere gevoelshuishoudingen

Niet-westerse immigranten van de eerste en tweede generatie zijn vaak opgegroeid in een onvrije seksuele moraal, een mate van religiositeit, een collectivistisch perspectief (dat wil zeggen: 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. In de innerlijke voorstellingswereld echter van veel allochtone patiënten nemen familie, religie en gemeenschap, eer, schande en wraak, en geweld en dwang een grote plaats in. Een patiënt vertelt:

Mijn vader was trots op mij. Hij zei: mijn dochter wordt later secretaresse. Maar hij sloeg ook. Van je achtste als je te laat thuis was, tot: 'Ik heb je met een man zien lopen' toen ik twintig was. Hij sloeg in je gezicht: 'Waar ben je geweest, waarom droeg je geen hoofd-

doek, waarom stond je met die of die te praten?' Dus je leert heel goed liegen. Er is een enorme hypocrisie, heel veel moet je verborgen houden.

Emoties en passies zijn in westerse ogen vaak weinig afgedempt (denk hierbij aan het Midden-Oosten) of juist erg ingehouden (Verre Oosten). Een psychologisch perspectief waarin over emoties en gedrag wordt gedacht en gepraat in termen van motieven, verlangens, angsten enzovoort, bestaat bij veel patiënten met een niet-westerse achtergrond niet of minder. Tussen eigenbelang en groepsbelang worden andere keuzes gemaakt. Ouders en ook ouderen in de familie denken en beslissen in veel zaken mee, ook als het om volwassen kinderen gaat, terwijl bemoeienissen van buiten de familie juist worden afgewezen. In 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 schenden de familie-eer en kunnen tot sociale uitstoting leiden en zelfs levensgevaarlijk zijn. Een patiënt zegt: 'Homoseksualiteit is in onze familie en gemeenschap een grote schande. Mijn familie zal erop worden nagewezen. Ik wil ze niet te schande maken.' Voor alleenstaande vrouwen is een schijnhuwelijk nogal eens het enige middel om uit huis te kunnen gaan. Homoseksualiteit en vrouwelijke seksualiteit die op een moderne, westerse wijze worden vormgegeven, stuiten in de binnenwereld en buitenwereld op een streng taboe. Seks kan zich dan slechts in het geheim afspelen, in kortstondige en weinig intieme contacten.

Splitsen van binnenuit en van buitenaf

Veel in opleiding en werk succesvolle vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond die in psychoanalytische therapie komen, ervaren grote problemen in intieme relaties. Emel weet dat zij zich met een man met een niet-Turkse achtergrond niet echt thuis gaat voelen. Zij wil zich echter ook niet meer verbinden aan een man van haar eigen achtergrond, want dan is zij bang haar net verworven zelfstandigheid te verliezen. Haar ouders en familie oefenen al jaren druk op haar uit om eindelijk te trouwen. In het geheim heeft Emel relaties met niet-islamitische mannen van haar eigen opleidingsniveau. Vaak laat zij zich door hen gebruiken, soms op een gewelddadige manier. Dan gaat zij gefrustreerd en uitgeput terug naar haar ouders en familie die geen steun en *containment* bieden op het nieuwe, geheime ervaringsgebied waarin Emel zich begeeft. Bovendien beschimpt de familie haar: over de dertig, geen kinderen, een dorre tak in de familie. De weerloosheid, de verlamminge angst en schaamte, en de herhalingspatronen kunnen een signaal zijn van traumatisering, zowel bij patiënte als in haar familie.

Veel patiënten met een niet-westerse etnisch-culturele achtergrond lijden onder directe of transgenerationale traumatisering door politiek of huiselijk geweld en primaire affectieve tekorten (Gomperts, 2006). Behalve op culturele verschillen in opvoedingsstijl is het in dit verband van belang om te wijzen op de machteloosheid van de eerste generatie die, net in Nederland en

met kleine kinderen, vaak was opgebrand door de enormiteit van de migratie. Emel komt uit een gastarbeidersgezin en vertelt:

Mijn moeder zorgde goed voor ons, maar dat was mechanisch. Ze zorgde dat er eten op tafel stond, de kleren schoon waren en het huis schoon. Het enige moment dat ik iets van een positieve emotie bij haar zag, was als je ziek was. Dan zag je de ongerustheid in haar ogen. Dan raakte ze je aan, dan gaf ze je een kusje. Maar voor de rest... Ze hield wel van ons, maar ze was niet in staat om lief en aardig te zijn. Ze was overstuurd, denk ik.

Een patiënt vertelt over intrafamiliaal geweld: 'We werden met de riem geslagen, maar dat was wel de algemene opvoedingspraktijk, bij de burens gebeurde het nog vaker.' Een andere patiënt zegt: 'In Nederland zou het kindermishandeling heten.' Een ander zegt: 'In veel families wordt geslagen, maar bij ons ging het verder. Het is maar voor een deel cultureel bepaald.' Een patiënt vertelt: 'Mijn vader sloeg mijn moeder.' 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 patiënt zegt: 'Mijn moeder sloeg, dat had ze geleerd van haar moeder.'

Als je als klein kind onvoldoende bescherming krijgt tegen lichamelijke en psychische pijn, blokkeert de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen. Over ondraaglijke gevoelens denken en gevoelens hebben over ondraaglijke gedachten zal immers nog meer pijn teweegbrengen dan dat de ondraaglijke gevoelens en gedachten op zichzelf al doen. Vooral in situaties met veel stress zetten innerlijke splitsingsmechanismen en dissociatieve tendensen de psychische integratie onder druk. Psychische inhoud wordt van elkaar en van externe gebeurtenissen losgekoppeld; de werkelijkheid wordt in compartimenten opgedeeld.¹ Een neiging tot splitsen kan echter, juist bij allochtone patiënten, van buitenaf zijn aangereikt of versterkt door de onverenigbare etnisch-culturele werkelijkheden waarin zij leven. Bij migranten van de eerste generatie kan dat zijn door de geografische en culturele afstand die aan migratie eigen is. Bij tweede of latere generaties kan het opgroeien in een werkelijkheid van heel verschillend levende generaties, van een familie die vaak in verscheidene landen woont en van in Nederland moeilijk verenigbare culturen een neiging tot splitsen versterken. Een patiënt vertelt:

Dat staat me zo tegen hier, dat iedereen zo materialistisch bezig is, met zijn nieuwe keukens, badkamer. Als ik tien minuten in Amsterdam op de bus wacht, denk ik: wat een idioten allemaal. Zo wil ik niet leven. [Even later zegt ze over het land van herkomst:] Daar is het een warme deken die over je heen wordt geslagen. Ik ben daar totaal anders, veel

¹ Freud (2006 [1940]) spreekt van Ichspaltung (splitsing of splijting) als het Ik tegelijkertijd twee tegengestelde attitudes heeft tegenover een gebeurtenis of persoon. Bijvoorbeeld: een kind dat een ouder heeft verloren, kan daarvan weet hebben en tegelijkertijd de gedachte koesteren dat de ouder leeft. Klein (1975 [1946]) beschrijft splitsing (splitting, compartimentalisatie) als het vroeg-kinderlijke afweermecanisme waarin het 'goede' afgesplitst wordt van het 'kwade' om het goede te behouden voor vernietiging door het kwade. Kernberg (1975) beschrijft splitting als kenmerk van borderlinepathologie. De ander (of de eigen persoon) wordt als 'helemaal goed' of 'helemaal slecht' beleefd; het vermogen om ambivalenties te beleven ontbreekt.

opener, veel socialer. [Maar anderzijds zegt dezelfde patiënte:] Het is er barbaars, een rare wereld die ik niet begrijp. Ik viel tegen iemand aan en je wordt meteen bedreigd: 'Ik breek je botten!' Schelden. Je krijg er totaal geen respect, roddelen, verhalen vertellen. Alles mooier maken. Belachelijk. Vreselijk is het daar. Voor mij is de keus gemakkelijk: ik voel me Nederlander. Hier is meer nuchterheid. [Even later zegt ze:] Daarginds is het 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.

Van de westerse psychiatrie hebben we geleerd om splitsen in verband te brengen met ernstige persoonlijkheidspathologie (*borderline*). Als we dan te weinig oog hebben voor hoe splitsen ook van buitenaf kan zijn aangereikt en versterkt door het leven in moeilijk verenigbare culturele werkelijkheden, kunnen we de ernst van de pathologie overschatten. In dat geval wordt de patiënt tekort gedaan in zijn therapeutische mogelijkheden.

Eerste generatie: overaanpassing, mummificering en verbinding maken

Bij patiënten met een niet-westerse etnisch-culturele achtergrond valt vaak op dat de binnenwereld wordt gedomineerd door twee gepolariseerde innerlijke voorstellingen die zijn ontleend aan enerzijds de cultuur en samenleving van het land van herkomst en anderzijds de hedendaagse Nederlandse cultuur en samenleving. Sommige patiënten vereenzelvigen zich heel sterk met de westerse verhoudingen en idealen; zij lijken alle bewuste positieve identificaties met het land en de cultuur van herkomst te hebben losgelaten. Maar ook het omgekeerde komt voor: anderen houden juist rigide vast aan een geïdealiseerde voorstelling van de cultuur en samenleving van het land van herkomst, terwijl identificatie met het nieuwe land vermeden wordt. Dit noemen we *hyperidentificatie* met de cultuur en samenleving van het nieuwe land en *desidentificatie* met die van het land van herkomst.

De 'overaangepaste' patiënt leeft in het nieuwe land ogenschijnlijk zonder al teveel pijn en verdriet over wat hij heeft achter gelaten. Een patiënt zegt: 'Op een gegeven moment koos ik helemaal voor het Nederlandse en alles wat met mijn achtergrond te maken had, heb ik achter me gelaten'. In het omgekeerde geval wordt wel gesproken van 'mummificering' (Gardner & Pritchard, 1977): de patiënt houdt star vast aan een geïdealiseerde en vaak allang achterhaalde voorstelling van de samenleving en cultuur 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 maar blijft op daar en toen gericht.

Zowel bij overaanpassing als bij mummificering wordt de discontinuïteit die migratie met zich meebrengt vaak niet erkend en gevoeld. Dit is vooral herkenbaar bij patiënten van de eerste generatie. Zij zijn geneigd zich overmatig aan het nieuwe aan te passen of zich aan het oude vast te klampen. Van Blokland (2006) beschrijft hoe de therapie beoogt de innerlijke verbinding te herstellen (*reconnecting*) of tot stand te brengen tussen het leven van toen en daar (de kindertijd) en het leven hier en nu (de volwassenheid) (Pa-

padopoulos, 2002). Centraal in de therapie staat de rouwverwerking van het verlies van het vertrouwde en dierbare van ginds en vroeger, en van illusies die daarover (en over een eventuele terugkeer) kunnen bestaan. Voor de therapeut is het steeds een dilemma in hoeverre praten en herinneren het gevoel van bedreiging voedt (en hertraumatiseert) en in hoeverre het de innerlijke verwerking en psychische integratie bevordert. De therapie is ook gericht op nieuwe stappen zetten en op de remming die daarin kan bestaan door gevoelens van verraad, loyaliteit en angst voor verstoting die de patiënt tegenover de familie, gemeenschap en traditie kan hebben. De therapeut wordt vooral ervaren als steun en toeverlaat, een veilig baken in een vreemde en vaak als vijandig ervaren wereld. Deïdealisering van deze positie zou een nieuw verlies en hertraumatisering kunnen betekenen en kan dus onwenselijk zijn.

Tweede generatie: van splitsen naar pendelen tussen twee werkelijkheden

Bij tweedegeneratie-allochtone patiënten zien we nogal eens dat de patiënt (zowel in de behandelkamer als daarbuiten) alsmaar heen en weer gaat tussen twee gepolariseerde werkelijkheden: die van de familie, gemeenschap en traditie, en die van het moderne westerse leven van werk, vrienden en relaties. In het ene compartiment zijn zij de loyale zoon of dochter van ouders, familie, gemeenschap en traditie, en in het andere compartiment doen zij alles wat door God, ouders, familie en gemeenschap verboden is. Ze zijn nergens thuis en kunnen in niets bevrediging vinden. De gecompartmentaliseerde werkelijkheden zijn als kat en hond; ze zijn vanbinnen en vanbuiten niet bij elkaar te brengen. Vaak leeft de patiënt habitueel in een wereld van geheimen, halve waarheden, schaamte, stiekem doen en doen alsof. Emel vertelt:

Dat ben ik gewoon gewend. Ja, praktisch moet ik erbij nadenken dat ik niet in een kort rokje en met korte mouwtjes naar mijn ouders ga. Ik moet erbij nadenken dat als m'n ouders komen, dat je kleren, foto's, de alcohol verstoppt. Dat je seks hebt zonder getrouwd te zijn is al erg, maar als hij ook nog eens geen moslim is... Ik ben het gewend om dingen te doen die mijn ouders verafschuwen en die ik ze niet vertel. Voor mij is dat gewoon. Er is zó veel wat je gewend bent om te verbergen en te liegen. Je bent bijna twee personen, je leeft in twee werelden. Het is alsof er een knopje omgaat.

De therapie is vaak de eerste situatie waarin beide werkelijkheden bij elkaar komen. Emel verwacht veel van haar therapie. Ze zegt: 'Ik zou best een aantal weken een *sabbatical* willen nemen om het allemaal te analyseren'. Ze komt tweemaal in de week met dezelfde wil en inzet als waarmee zij haar mogelijkheden en talenten in haar studie en werk benut. In de zittingen komt steeds weer naar voren hoe Emel, van zichzelf vervreemd en doodmoe, heen en weer blijft gaan tussen eisende en dwingende, door trauma's getormenteerde familierelaties en zelfbeschadigende situaties en dito relaties in het moderne westerse leven. In de tegenoverdracht gaat deze compartimentalisering samen met een polarisering in mijn beleving. Ik voel nu eens

machteloze wanhoop dan weer hoop. Mede door de inzet en begaafdheid van Emel droom ik al te gemakkelijk met haar mee dat de therapie een uitweg biedt. Een week later stort mijn hoop dan weer ineen en voel ik vooral machteloosheid en twijfel over het nut van de therapie en mijn eigen competentie. Het vraagt veel om rustig en empathisch mee te blijven kijken en te blijven proberen de gecompartmentaliseerde werkelijkheden te verbinden met gedachten, gevoelens, voorstellingen enzovoort, zowel naar aanleiding van gebeurtenissen in de therapeutische relatie als in het dagelijks leven van Emel. Geleidelijk groeit er tussen ons en in Emel ruimte waarin angst, woede, verdriet en eenzaamheid meer gevoeld gaan worden en zij zich in haar gevoelens en voorstellingen gezien en begrepen voelt. Zij gaat meer samenhang, nuance en eigenheid in zichzelf beleven en krijgt een positiever zelfgevoel. Splitsing vanuit basale onveiligheid maakt geleidelijk plaats voor een bewuster en autonomer pendelen tussen moeilijk verenigbare etnisch-culturele werkelijkheden. Splitten gebeurt automatisch en hangt samen met een tekort aan mentaliserend vermogen. Pendelen tussen moeilijk verenigbare culturele werkelijkheden is adaptief en vereist juist mentaliserend vermogen. Ik merk de verandering in mijzelf aan meer rust in de tegenoverdracht, zowel tijdens als tussen de sessies. Emel zegt na vier jaar therapie: *Mijn ouders kunnen er niet mee leven dat ik niet islamitisch leef. Mijn moeder zegt: 'Ik word ziek, het kwelt mij.' 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 je zoiets niet mag zeggen. Die gap in mijn leven is er altijd geweest. Vroeger ging ik alleen maar heen en weer als een kip zonder kop. Maar nu heb ik momenten dat de tranen me in de ogen schieten. De therapie is een ankerpunt, een vast punt waar ik mijn gedachten vorm en orden, en waar ik merk wat ik voel.*

Geracialiseerd narcisme

Inferioriteits- en superioriteitsgevoelens kunnen voortkomen uit de kleine wereld van de gezinsinteractie, maar hangen ook samen met de machtsverhoudingen in de grote wereld. Vanaf de vroege kindertijd vormt je identiteit zich onder meer door hoe mensen over je etniciteit en huidskleur denken en voelen, en dat hangt af van de betekenis die deze categorieën in een samenleving naar tijd en plaats hebben (zie ook Van Blokland & Colijn, 2009). Blanke kinderen is generaties lang geleerd dat zwarten minderwaardig zijn en blanken meerderwaardig, zoals bomen van hout zijn. Negatieve of positieve gevoelsovertuigingen over bepaalde categorieën mensen zijn vanaf de vroege jeugd, van generatie op generatie, door steeds herhaalde inprenting en conditionering opgenomen in het impliciete geheugensysteem. Dit werkt door in het 'vanzelfzwijgende' zelfgevoel, zowel bij blanke als bij zwarte mensen. Maar als nagalm van vooral de slavernij, het kolonialisme en de holocaust zijn etnisch-culturele verschillen in onze samenleving historisch en sociaal zwaar beladen. Discriminatoire gedragstendenzen botsen daarmee sterker dan voorheen op de remmende werking van schaamte en schuldgevoel, althans bij weldenkende mensen.

Etnisch-culturele minderheidsgroepen zijn vaak zeer gevoelig voor alles wat naar sociale achterstelling reikt. Mede door de ook bij de therapeut (als welkenkende Nederlander) bestaande vrees voor racisme en discriminatie is de omzichtigheid waarmee in de therapeutische relatie met etnisch-culturele verschillen wordt omgegaan groot. Een supervisant zegt: 'Ik vind het heel lastig om het in een therapie daarover te hebben. Dan zou ik meteen het gevoel hebben: ben ik dan superieur? En dat wil ik helemaal niet zijn.' Als de therapeut tot een gevestigde meerderheidsgroep behoort en de patiënt deel uitmaakt van een gediscrimineerde minderheidsgroep, kan een narcistisch samenspel ontstaan dat dit onderwerp buiten de spreekkamer houdt: we weten wel dat discriminatie echt bestaat, maar tussen ons bestaat die niet, wij staan daar samen boven. Zo'n vorm van vermijding kan de angst van de patiënt een extra voedingsbodem geven. De onbewuste boodschap van vermijding kan immers zijn: de therapeut durft er niets over te zeggen, hij zou dus kennelijk iets kunnen zeggen wat op een discriminerende instelling wijst, hij weet dat dit een brekpunt in het vertrouwen zou zijn en dus zegt hij er niets over.

Smith (2006) wijst erop dat als behandelaar en patiënt in etniciteit verschillen, een notie daarvan in de behandelkamer altijd aanwezig is. Het is dus niet de vraag of het verschil in etniciteit van betekenis is, maar of, hoe en wanneer de aandacht erop wordt gericht. De therapeut is dan ook alert of bij spanningen in het contact etnisch-culturele verschillen aan de orde kunnen zijn. Een patiënt vertelt bijvoorbeeld 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 over haar eigen zuster (over wie het in de therapie vaak gaat) blijft spreken als 'mijn zus'. Hij exploreert de betekenis hiervan:

T: 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: 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 en ze spreken die verkeerd uit.

T: Hoe vind je dat?

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

T: Wij kennen elkaar al langer. Hoe zou het zijn als ik haar naam niet onthoud?

P: Als jij haar naam niet onthoudt, natuurlijk dat snap ik wel; of verkeerd uitspreekt. Maar als je het blijft doen.... ja, dat is Ik zou teleurgesteld zijn.

T: Begrijp ik je goed dat je daarom, uit voorzorg eigenlijk, de naam van je zus niet noemt? Dat je wil voorkomen dat ik je teleurstel?

P: Ja. Ik heb altijd geprobeerd niet anders te zijn dan anderen. Maar je merkt toch steeds weer dat je een vreemde blijft.

T: Hoe voelt dat?

P: Daar word ik eigenlijk heel kwaad om. Je wordt heel vaak als onderdeel van de Marokkaanse probleemgroep bestempeld.

T: Ik kan me voorstellen dat je goed oplet of ik dat ook op de een of andere manier doe.

P: Ik weet niet of ik daar op letten wil.

T: Kan je daar wat over vertellen?

P: Als jij mij als Marokkaans zou bestempelen ... dan zou ik niet meer met je over diepe dingen kunnen praten, dan zou ik de therapie niet kunnen doen. Maar omdat je ervoor gestudeerd hebt om zo intens met elkaar te praten, vind ik het gewoon een onderdeel van jouw functie dat jij het vermogen hebt om dat te begrijpen. Anders zou ik mijn gevoel van mij begrepen voelen afhankelijk maken van jou als persoon. Dus ik let wel op wat je zegt. Maar ik moet ervan uitgaan dat je dit kan snappen, anders kan ik de therapie niet doen. Dus ik verpersoonlijk je niet. Of nog niet.

T: Eerst wil je nog verder kijken in hoeverre ik te vertrouwen ben?

Het onderkennen en bespreekbaar maken van min of meer bewuste etnisch-culturele spanningen in het contact kan cruciaal zijn om in de therapie veiligheid te scheppen. Vaste gevoelsovertuigingen (zoals 'Alle Nederlanders discrimineren' en 'Hier in de therapie speelt dat niet') kunnen plaats gaan maken voor meer nuancering en differentiatie. Hiermee kan de ruimte toenemen om met een grotere vrijmoedigheid en vanzelfsprekendheid over de eigen etnische identiteit en die van anderen te denken, te voelen en te praten. Soms komt dan ook naar voren dat de angst voor discriminatoire stereotypering een andere angst overdekt. In de overdracht wordt dan bijvoorbeeld angst voor emotionele nabijheid en verbondenheid actueel.

Besluit

Migratie en de maatschappelijke processen die de huidige multiculturaliteit met zich meebrengt, hebben effect op individuele psychische huishoudens. Deze effecten zijn ook doorgedrongen in de spreekkamer van de psychotherapeut. Vanuit het psychoanalytische referentiekader is het denken hierover duidelijk op gang gekomen en besteedt het NPI speciale aandacht aan de behandeling van eerste- en latere generatie migranten met een niet-westerse etnisch-culturele minderheidspositie (Van Waning, 1999; Gomperts & Veen, 2006; Thys & Gomperts, 2009).

Het traditionele doel van psychoanalytische therapie is het verwerven van emotioneel inzicht in onbewuste conflicten. Daardoor wordt de innerlijke weerbaarheid versterkt, zouden psychische klachten en symptomen minder nodig zijn en kan de betrokkene op een meer authentieke manier zijn identiteit ontwikkelen en zijn mogelijkheden benutten. Om van een psychoanalytische behandeling te kunnen profiteren is het van belang dat de patiënt over de innerlijke 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 profijt van psychoanalytische therapie. Om van de therapie te profiteren moet je van te voren eigenlijk al een beetje kunnen, wat juist het resultaat van de therapie beoogt te zijn. Maar voor veel allochtone patiënten is een psychologisch perspectief waarin over emoties en

gedrag wordt gedacht en gepraat in termen van motieven, verlangens, angsten enzovoort vanuit de cultuur van herkomst en van huis uit weinig vanzelfsprekend. Een patiënt zegt hierover:

Je krijgt dat bij ons 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 erover zwijgen. Je draagt het in je hoofd en het vreet steeds verder naar binnen.

In de moderne psychoanalyse is de aandacht voor een deel verlegd van emotioneel inzicht in onbewuste conflicten naar het ontwikkelen van het vermogen om überhaupt te kunnen reflecteren op gedachten en gevoelens in jezelf en anderen. In Mentalisation-based treatment (MBT) wordt het mentaliserend vermogen (dat wil zeggen: het vermogen om jezelf en anderen te begrijpen vanuit gevoelens, overtuigingen, motieven, verlangens) doelgericht bevorderd (Bateman & Fonagy, 2004). Een tekort aan mentaliserend vermogen ontstaat vanuit traumatische ontwikkelingsinterferenties en in het hier en nu valt mentaliseren weg onder invloed van (langdurige) stress. Dit is bij migratiegerelateerde problematiek vaak allebei het geval. Bovendien kan door culturele factoren een psychologisch perspectief minder aanwezig zijn of ontbreken. In de transculturele psychoanalytische behandeling zoeken we aansluiting bij MBT: *Mentalisation informed* transculturele psychotherapie. De therapeut is er voortdurend op uit om de gezamenlijke aandacht te richten op de binnenwereld van de patiënt, vooral op de affectieve beleving in het hier en nu van het dagelijks leven en in de overdracht. Een therapeut vertelt:

Ik doe erg mijn best om heel kleinschalig aan de hand van allerlei dagelijkse gebeurtenissen, en naar aanleiding van wat er naar mijn idee in haar of tussen ons gebeurt, te zoeken naar verschillen in haar beleving. Om dan samen steeds weer te kijken waar die verschillen mee te maken hebben en haar nieuwsgierigheid daarvoor te wekken. En dan heeft ze soms iets van: goh, daar heb ik nooit aan gedacht. Op die manier lukt het om iets van een psychologisch perspectief toe te voegen.

De not-knowing stance van de MBT-therapeut, dat wil zeggen: de houding van niet-weten, invoelen en willen begrijpen die de MBT-therapeut nastreeft, houdt in dat de therapeut zich steeds weer eigen maakt dat hij niet *a priori* kan weten wat zich in de patiënt afspeelt. Deze houding past bij uitstek in een transcultureel sensitieve manier van werken, waarin de therapeut zich des te meer moet realiseren dat hij slechts beperkt weet heeft van etnisch-cultureel anders ingevulde belevingswerelden. Met de angst, die dit niet-weten in de therapeut teweeg kan brengen (een angst die nauw samenhangt met vreemdelingenangst), probeerden wij¹ voorheen om te gaan door veel over andere culturen te lezen en veel bij de patiënt na te vragen. Vanuit een intersubjectief psychoanalytisch perspectief waarin benadrukt wordt dat de patiënt en therapeut elkaar voortdurend, veelal onbewust, beïnvloe-

¹ De Werkgroep interculturele samenwerking van het NPI, onder voorzitterschap van Adeline van Waning (1998-2004) en Wouter Gomperts (2004-heden), ontwikkelt expertise op het gebied van de psychoanalytische behandeling van migranten en daarop volgende generaties. Momenteel bestaat deze werkgroep uit Ans van Blokland, Maggie Eybrechts, Wouter Gomperts, Saskia de Maat, Fernanda Sampaio de Carvalho, Agnieszka Szota, Jaap Ubbels en Gerdine Veen.

den, zijn we ons meer gaan realiseren dat de angst voor het niet-weten ook om een andere benadering vraagt. Bewustzijn van de eigen etnisch-culturele positie (en van de transgenerationele geschiedenis van die positie) bevordert de sensitiviteit van de therapeut voor de invloed die van zijn positie uit kan gaan op degene die een andere etnisch-culturele positie heeft en andersom: 'There is no such thing as a black, there is a black and a white' (Leary, 2006).¹ Het is dan ook belangrijk dat dit thema in de verplichte leertherapie aandacht krijgt. Ik vermoed echter dat dit vaak niet gebeurt omdat er weinig innerlijke urgentie toe zal bestaan in de vele gevallen waarin de opleiding en leertherapeut zich met een als vanzelfsprekend ervaren gemoedsrust rekenen tot de meerderheidsgroep van oorspronkelijke (middenklasse) Nederlanders.

Etnische verschillen worden in onze samenleving veelal óf hardnekkig verzwegen óf op een grove manier tot uitdrukking gebracht. In de psychoanalytische situatie wordt sinds meer dan honderd jaar naar manieren gezocht om met moeilijke gedachten, gevoelens, fantasieën, impulsen enzovoort op een 'betere' manier om te gaan dan ze (ten nadele van jezelf en/of anderen) weg te werken of uit te leven. Indertijd betrof dit vooral seksualiteit en agressie. Nu wordt in de transculturele behandeling naar manieren gezocht om met een grotere vrijmoedigheid en vanzelfsprekendheid met etniciteit om te gaan. Dit vraagt van de therapeut een hoog niveau van empathie en sociaal voorstellingsvermogen. Als dit in de kleine wereld van de behandelkamer voor psychotherapeuten, die getraind zijn in zelfreflectie, reflectie op de ander en op de relatie tussen jezelf en de ander, al moeilijk is, dan is het des te begrijpelijker dat dit zo moeizaam gaat in de grote wereld van de multiculturele samenleving.

Freud (2006 [1930]) benadrukte dat de sociale arrangementen die mensen met elkaar vormen druk en dwang uitoefenen op de intrapsychische verhoudingen. Het civilisatieproces dwingt mensen ertoe om tot op zekere hoogte af te zien van seksuele en agressieve driftbevrediging. Het omgekeerde geldt ook: intrapsychische krachten oefenen druk en dwang uit op de maatschappelijke verhoudingen. Maatschappelijke verhoudingen worden immers 'vanbinnen' gerepresenteerd en dus in het web getrokken van persoonlijke, ten dele onbewuste betekenisverlening. In allerlei situaties wordt de innerlijke representatie van de samenleving in interacties tussen mensen tot uitdrukking gebracht en dit kan op haar beurt druk en dwang uitoefenen op de maatschappelijke verhoudingen: de multiculturele samenleving krijgt mede vanuit de binnenwereld gestalte. Naarmate het hierbij sterker om regressieve en primitieve krachten gaat, raken mensen meer vervreemd van hun beschouwelijke en meevoelende kant en worden bevolkingsgroepen meer uitgedreven.

¹ Deze formulering is ontleend aan de bekende uitspraak van Winnicott (1960): 'There is no such thing as a baby'.

Literatuur

- Altman, N. (2006). Whiteness. *Psychoanalytic Quarterly*, 75, 45-72.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (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 & G.I.E. Veen (red.), *Migratie in psychoanalyse. Over psychoanalytische behandelingen van migranten en vluchtelingen* (pp. 18-29). Assen: Van Gorcum.
- Blokland, A. van & Colijn, N. (2009). De geracialiseerde innerlijke wereld. In M. Thys & W.J. Gomperts (red.), *Vergezichten. Transculturele psychoanalyse* (pp. 235-247). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Freud, S. (2006 [1930]). Het onbehagen in de cultuur. In Sigmund Freud, *Werken*, 9 (pp. 456-532). Amsterdam: Boom.
- Freud, S. (2006 [1940]). De splitsing van het Ik in het afweerproces. In Sigmund Freud, *Werken*, 10 (pp. 514-517). Amsterdam: Boom.
- Gardner, A. & Pritchard, M. (1977). Mourning, mummification and living with the dead. *British Journal of Psychiatry*, 130, 23-28.
- Gomperts, W.J. & Veen, G.I.E. (red.) (2006). *Migratie in psychoanalyse. Over psychoanalytische behandelingen van migranten en vluchtelingen*. Assen: Van Gorcum.
- Gomperts, W.J. (2006). Herkenning en verschil. Vijf jaar psychoanalytische therapie bij migranten en vluchtelingen. In W.J. Gomperts & G.I.E. Veen (red.), *Migratie in psychoanalyse. Over psychoanalytische behandelingen van migranten en vluchtelingen* (pp. 30-52). 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 & W.J. Gomperts (red.), *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse* (pp. 15-45). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Klein, M. (1975 [1946]). Notes on some schizoïd mechanisms. In M. Klein (1975), *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. New York: Free Press.
- Leary, K. (2006). How race is lived in the consulting room. The John Bowlby Memorial Lecture 2005. In: K. White (ed.), *Unmasking race, culture and attachment in the psychoanalytic space* (p. 75-89). Londen: Karnac.
- Papadopoulos, R.K. (2002). *Therapeutic care for refugees. No place like home*. Londen: Karnac.
- Sevinç, F. & A. Verheugt-Pleiter (2009). Wij-cultuur, migratie en mentaliseren: een Turkse casus. In M. Thys & W.J. Gomperts (red.), *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse* (pp. 185-209). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Smith, H.F. (2006). Invisible racism. *Psychoanalytic Quarterly*, 75, 3, 3-19.
- Thys, M. (2009). Psyche en cultuur. Transculturele psychoanalyse tussen pathologiseren en culturaliseren. In M. Thys & W.J. Gomperts (red.), *Vergezichten. Transculturele psychoanalyse* (pp. 249-295). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Thys, M. & Gomperts, W.J. (red.), (2009). *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

- Ubbels, J. (2009). Etnische identiteit. In M. Thys & W.J. Gomperts (red.), *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse* (pp. 91-117). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.
- Waning, A. van (red.) (1999). *Multiculturele samenleving en psychoanalyse*. Assen: Van Gorcum.
- Zevalkink, J. & Berghout, C.C. (2008). *Door de bank genomen. Hoe effectief zijn psychoanalytische behandelingen*. Amsterdam: Nederlands Psychoanalytisch Instituut.