

Extra identiteitsproblemen voor adolescenten met ouders van verschillende nationaliteit

door *M. W. Hengeveld** en *J. L. van de Lande***

Op 25 mei 1971 wordt de gehele patient-staff-meeting in de jeugd-psychiatrische kliniek 'Amstelland' beheerst door een 13-jarig meisje, Sanneke dat hoogst opgewonden en onrustig het woord voert en onafgebroken praat: 'Eigen huidskleur ... yoga ... mijn smurf ... geheime taal ... oorlog ... ik ben niet alleen ... de Nederlandse wet ... vader is Tunesiër ... moeder Hollandse ... weten precies wat een moord plegen is ... ik kan aan Tom z'n ogen zien dat hij buitenlander is ... Mary komt uit Australië ... hebben bloedcellen allemaal ... blanken ook, zelfs negers ... psychisch ben ik gek, zoals een Hollander zegt ... er is oorlog tussen Mohammedanen en Israëli's ... dat kan zo niet doorgaan, er moet bloed afgenomen worden'.

Sanneke (tabel 1 en 2, nr. 15) heeft vanaf haar vroegste jeugd veel met artsen te maken gehad. Op haar eerste jaar werd ze door moeder mee naar de oogarts genomen, omdat ze te grote ogen zou hebben; onder narcose werd de oogboldruk gemeten: geen afwijkingen. In dezelfde tijd volgde de eerste adenotomie, later herhaald als ze 3 en 5 jaar oud is. Op haar 4e jaar werd de oogarts weer geconsulteerd, amblyopie aangetoond en werd er een correctie aangebracht. In deze beginjaren was vader veel afwezig, reizend door het buitenland. Zeven jaar oud werd Sanneke aan een navelbreuk geopereerd, 2 jaar later gevolgd door een appendectomie. Ook de psycholoog werd ingeschakeld, toen ze 8 jaar oud was; men toonde een 'achterstand' aan, ze moest concurreren met haar 2 oudere broers en 1 oudere zuster. Sanneke was 11 jaar oud, toen moeder opnieuw zwanger werd, na 3 miskramen en één doodgeborene. Bij Sanneke ontwikkelde zich in deze tijd de secundaire geslachtskenmerken, vóór de menarche optrad. Sinds dit 11e jaar maakte Sanneke een negental psychotische episoden door, waarvoor zij tweemaal psychiatrisch werd opgenomen, uitgebreid neurologisch,

* Assistent-psychiater, destijds te Santpoort, thans Psych. Universiteitskliniek (Wilhelmina Gasthuis) te Amsterdam.

** Psychiater-supervisor jeugdpsychiatrische kliniek 'Amstelland' (Provinciaal Ziekenhuis) te Santpoort.

biochemisch en endocrinologisch onderzocht, zonder dat er ook maar iets werd gevonden.

Ook tijdens de opname op 'Amstelland', als zij 12 jaar oud is, moet zij nog door een viertal incidentele psychotische fasen heen, waarin zij nu eens een amentieel syndroom toont, dan weer mutistisch is en choreatiforme bewegingen maakt. Zonder veel moeite kan er steeds een luxerende psychogene factor aangewezen worden, meestal in samenhang met heftige loyaliteitsproblemen ten opzichte van haar ouders. Moeder is de jongste dochter van een Joods-Nederlandse academicus die in een concentratiekamp is vermoord; zelf was zij enkele malen opgepakt en ondergedoken. Na een kortdurende verlovings met een familielid dat verongelukte, ontmoet zij een Tunesiër, lid van de arme verstoten tak van een rijke familie, een Mohammedaan, met wie zij als Joodse tenslotte huwt — tegen de zin van haar familie. Als wij haar ontmoeten, vinden wij haar dominerend en koel, een vrouw die haar dochter uiterst klinisch-medisch benadert (zelf was zij verpleegster). Vader blijkt een vriendelijke man, die zich op de achtergrond houdt. Tussen ons en de ouders ontstaan vele conflicten, vooral wanneer Sanneke een toenemend acting-out gedrag vertoont met wilde fantasieverhalen, diefstalletjes, spijbelen van de school die zij van de kliniek uit bezoekt, uitgaan met veel oudere Arabische gastarbeiders, tegen wie zij zegt 21 jaar te zijn. Na 15 maanden wordt zij in arren moede overgeplaatst naar een meer structurerende, orthopedagogische inrichting.

Terugblikkend op haar zogenaamde onsamenvangende taal op de patient-staffmeeting, vinden wij deze nu voor ons begrijpelijk geworden.

Rond de jaarwisseling van 1971-1972 waren er op 'Amstelland' — de jeugdpsychiatrische kliniek van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort — te zelfder tijd zeven adolescenten opgenomen met ouders van verschillende nationaliteit. Enkel van hen gaven in hun psychotische uitingen en belevingen ervan blijk, dat dit nationaliteitsverschil tot een extra belasting bij hun identiteitsformatie was geworden.

Dit bracht één van ons op het idee meer aandacht te geven aan dit soort extra identiteitsproblemen.

Ter gelegenheid van het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (18 en 19 april 1975), hebben wij zoveel mogelijk gegevens verzameld over alle jongeren die in een dergelijke situatie zijn opgegroeid en die vanaf de oprichting van 'Amstelland' in oktober 1969 tot 1 maart 1975 opgenomen zijn geweest.

Het betreft dus de groep adolescenten, waarvan de biologische ouders — en in 1 geval de adoptiefouders — onderling in nationaliteit of raciale afkomst verschillen.

De groep die wij onderzochten bestaat uit twintig patiënten, 13 meisjes en 7 jongens; 14 van hen zijn in Nederland geboren, de overige 6 in 5 verschillende landen; 11 moeders en 7 vaders zijn

Nederlanders, 9 moeders en 13 vaders zijn van oorsprong buitenlanders (zie tabel 1, kolom 4 en 5). De helft der patiënten komt uit een op de één of andere wijze verstoorde gezinssituatie ('broken home'), voornamelijk ten gevolge van echtscheiding der ouders. Meer dan de helft van hen (13) heeft een langerdurende psychiatrische voorgeschiedenis, hetzij ambulante, hetzij in de vorm van 1, 2, of zelfs 3 eerdere opnames (tabel 2, kolom 9).

De gemiddelde leeftijd bij opname van de gehele groep is 19 jaar (tabel 2 kolom 10). Het indelen in diagnostische categorieën is in de adolescentenpsychiatrie nog moeilijker en riskanter dan in de volwassen psychiatrie, zoals één onzer elders heeft beschreven (v. d. Lande, 1972).

Uit een onderzoek over de eerste 227 adolescenten die op 'Amstelland' waren opgenomen, bleek het mogelijk om diagnostisch tot een driedeling te komen: Éénderde verkeert in een psychotische fase, éénenderde heeft uitgesproken depressieve belevingen, éénenderde behoort eerder tot de groep verwaarloosde, maatschappelijk ontredderden of heeft een bijzonder kenmerk als anorexia of epilepsie (v. d. Lande, 1973). Deze driedeling bleek totaal niet op te gaan voor de door ons onderzochte groep van 20 patiënten. Van de 20 jongeren is er bij 14 (70%) sprake van een psychotische identiteitscrisis, 3 zijn duidelijk depressief en 3 vallen buiten deze categorieën (tabel 2, kolom 11, 12, 13 en 14). Deze 70% vormen een significant hoger percentage psychotische ontreddering dan de 63 jongeren op de eerder beschreven groep van 227 ('slechts' 28%) ($\chi^2 = 11,997$; $df = 1$; $\alpha < 0.001$).

Het is natuurlijk goed mogelijk dat voor deze groep patiënten de opnamedrempel op 'Amstelland' hoger is geweest dan voor de gemiddelde adolescent. Andere onbekende variabelen kunnen meespelen, waardoor deze groep van ouders met verschillende nationaliteit tot een voorgeselecteerde groep is geworden. Wij voelen ons toch gerechtigd naar aanleiding van dit hoge percentage te stellen dat het hebben van ouders van verschillende nationaliteit het vinden van een eigen identiteit in de adolescentie bemoeilijkt. Afgezien van de vraag, of deze kinderen een grotere kans hebben op psychische stoornissen, wordt het interessant om na te gaan welke invloed dit soort gezinsconstellaties heeft op het psychopathologisch palet (Fabrega, 1969); uit ons klinisch-psychiatrisch onderzoek zal blijken dat de verschillen in nationaliteit van de ouders duidelijk een belangrijke kleur geven aan hun identiteitscrisis, en met name de inhoud van psychotische toestandsbeelden kunnen bepalen. Deze verschillen in nationaliteit zijn niet puur feitelijke gegevens; vooral de wijze, waarop een geheel gezin daardoor beïnvloed wordt, waarop de ouders zelf dergelijke identiteitsconflicten meebeleven of zelf ooit doorgemaakt hebben, is naar onze mening bepalend voor de verwarring bij het kind. Al deze aspecten willen wij met een aantal voorbeelden toelichten:

1 *Neurotische raciale identiteitsproblematiek van de ouder induceert identiteitscrisis bij het kind* (pate. 3).

— *Marja* is de derde van vier kinderen uit het eerste huwelijk van vader, een Chinese man uit Indonesië, een bezorgde maar zeer strenge man. Moeder is een forsgebouwde blonde Hollandse, die haar gezin verliet om met haar minnaar te trouwen, toen Marja 11 jaar oud was. De kinderen werden aan vader toegewezen, die ieder contact met moeder verbood en haar zo ongunstig mogelijk afschilderde.

Marja zou zijn veranderd, toen ze 17 jaar oud was; zij werd inactiever en slordiger, kreeg leerstoornissen en na een hevig conflict met vader werd zij elders opgenomen. Zij herstelde snel, ging weer werken, maar moest na een mislukte vakantie opnieuw worden opgenomen en overgeplaatst naar 'Amstelland'. Ook hier volgt een snelle integratie. Opvallend is hoe zij telkens conflicten uitlokt tussen stafleden, identiek aan haar situatie thuis: het uitspeelen van vader en tweede moeder (eveneens een blonde Hollandse) enerzijds, tegen eerste moeder en haar uitgebreide familie, anderzijds. De houding tegenover vader is dan openlijk vijandig, zeker beïnvloed door zijn afwijzing van haar: 'ik houd niet van Chinese meisjes'. Dat komt overduidelijk tot uiting in zijn eigen partnerkeuze en komt ongetwijfeld hard aan voor Marja met haar opvallend euraziatisch uiterlijk.

Na ontslag gaat het tot heden voorspoedig met haar.

2 De familie van de ene ouder wijst de nationaliteit en het ras van de andere ouder af (pate. 5).

— *Brenda* is de oudste van zes kinderen, geboren in Bandoeng. Vader is een stille, teruggetrokken Indische man uit een standbewuste ambtenarenfamilie. Tijdens een krijgsgevangenschap in Birma leerde hij zijn vrouw kennen, een 17 jaar jongere Siamese; zij was streng en geïsoleerd opgegroeid als pleegkind in het gezin van een neef van de koning van Siam. In Indonesië woonden zij bij de familie van haar man in, die haar nooit heeft geaccepteerd. Na de komst naar Nederland, toen Brenda zes jaar oud was, voelde moeder zich dubbel ontheemd en ongewenst. De relatie tussen moeder en oudste dochter Brenda was duidelijk bemoeilijkt; zij werd depressief en later in verwarde toestand opgenomen; aanvankelijk is zij geremd-depressief, later ook manifform-ontremd. Er blijken duidelijke identiteitsproblemen te bestaan, vooral naar onze mening door het ontbreken van identificatiemogelijkheden met moeder, een chaotische vrouw, vol rancune tegenover vader en vaders familie en Nederland in het algemeen. In feite bood moeder Brenda weinig kans zich een Nederlandse te voelen, noch zich vertrouwd te voelen met vaders familie.

3 Eén van de ouders heeft duidelijke nationaliteitsgebonden identiteitsproblemen (pate. 16)

— *Trudy*: haar grootvader van vaderszijde, een in Polen geboren Duitser, is naar Batavia geëmigreerd. Vader is een strenge, dwangmatige, gevoelens-verbiedende Indische kantoorbediende, die nu sinds 1949 in Nederland woont. Twee jaar voordien was hij 'met

de handschoen' getrouwd met Trudy's moeder, die reeds een 19 maanden oude dochter van hem had. Moeder is zelf de dochter van een Amsterdamse cafébaas; deze overleed toen zij zwanger was van Trudy. Na Trudy zijn er nog 3 broertjes geboren. Trudy was altijd een stil en verlegen kind dat balletdanseres wilde worden, door moeder gestimuleerd, maar door vader verboden. Alle baantjes en pogingen om dan maar verpleegster te worden mislukten. Zeventien jaar oud decompenseerde zij en werd tweemaal elders opgenomen, zij kreeg de diagnose schizofrenie mee.

Op 'Amstelland' overspoelt zij ons met talloze paranoïde en beïnvloedingswanen. Zij is bang dat haar therapeut — die deels van Indonesische afkomst is — in een complot met haar vader zit; er blijken diepliggende seksuele identiteitsproblemen met hypochondere ideeën over haar primaire en secundaire geslachtskenmerken. Zij voelt zich letterlijk 'tussen haar vader en moeder in' staan. Er is een periode dat ze denkt Joods te zijn, later weer meent zij van Russische afkomst te zijn — vrijwel identiek aan de problemen die vader kent: hij weet niet goed of hij nu een Pool, een Duitser, een Indonesiër of een Nederlander is. Trudy verandert niet veel, iedere vorm van psychotherapie, medicatie, en arbeidstherapie mislukten tot nu toe. Zij blijft een rustig, autistisch, gehospitaliseerd meisje met vlagen van acting-out.

Momenteel is ze opgenomen op een afdeling, die zich richt op langzame resocialisatie.

4 *Kinderen worden naar raciale identiteit over de ouders verdeeld* (pat. 18 en 19)

— De ouders van *Koos* en *Carry* hebben een zeer slechte huwelijksrelatie; dit werd vooral duidelijk nadat vader een hartinfarct kreeg en vervolgens naar zijn gevoel gedegradeerd werd in zijn bedrijf en bovendien impotentieklachten vertoonde. Hij is een rechtlijnige Indische Nederlander, werkte in de oorlog als krijgsgevangene aan de Birmaspoorweg, kwam na de oorlog naar Nederland. Moeder is een kleine, zwak uitziende Hollandse vrouw, die zich onecht teatraal 'klein' gedraagt, maar in feite thuis de scepter zwaait. Haar eigen ouders hebben haar als meisje nooit geaccepteerd. Na het hartinfarct begon vader tegen moeder in verzet te komen en brak thuis de oorlog openlijk uit. Ondanks hulp bij het L.M.-bureau zijn de ouders gescheiden gaan wonen: vader op de bovenetage, hij kookt daar zijn Indisch eten, moeder woont beneden en kookt een Hollandse pot.

Koos is de oudste zoon, hij heeft een licht Indisch uiterlijk; *Carry* is 2 jaar jonger, een fel donker meisje. Na hen volgt de blonde Wim ('het kind van de melkboer') en *Irma*, weer donker van uiterlijk.

Aanvankelijk was het gezin verdeeld in enerzijds moeder met Wim, anderzijds vader met *Koos*, *Carry* en *Irma*. Na het hartinfarct voelt *Koos* zich door vader afgewezen en kiest hij de zijde van moeder. *Koos* is sinds zijn kleuterjaren zeer vaak en lang klinisch behandeld voor asthma; hij werd een lastige jongen met

driftbuiën. De emotionele verwaarlozing thuis en zijn latere anti-sociaal gedrag maakten dat hij zijn hoge intelligentie niet zinvol kon benutten.

Toen het thuis onhoudbaar werd, zijn Koos en Carry weggelopen. Na vele omzwervingen langs pleeggezinnen en tehuizen komt Koos als eerste op 'Amstelland', waar hij depressief-suïcidaal en vaker afwerend en afwezig gedrag toont. Wordt onze druk op hem te groot, dan gaat hij stelen, drugs gebruiken of krijgt hij een asthma-aanval.

Carry komt 4 maanden later ook op 'Amstelland', na aanvankelijk te zijn afgewezen wegens ernstig drugmisbruik; ook zij is wisselend agressief en provocerend, later soms erg vriendelijk en behulpzaam. Het heftigst reageert zij bij verlating. Koos en Carry zijn tenslotte na toenemend acting-outgedrag en correctie daarvan weggelopen en later elders opgenomen.

5 Heimwee naar het bekende vader- of moederland (pate. 14)

— *Jane's* moeder is Hollandse, naar Canada geëmigreerd, waar ze met een Canadese soldaat trouwde, een zoon van hem kreeg en nog een dochter adopteerde. Na de scheiding hertrouwde zij met een andere Canadees; samen met hem adopteerde ze nog eens 2 kinderen, waaronder *Jane*.

Deze tweede echtgenoot bleek alcoholist en naar Canadese inzichten 'schizofreen'. Op advies van moeders psychiater ging zij met haar adoptiekinderen terug naar Nederland. Bij een strenge zus van moeder gingen zij inwonen. Tussen *Jane* en tante laaiden diverse conflicten op en *Jane* wordt na een zelfmoordpoging opgenomen. Op 'Amstelland' uit zij haar boosheid op tante en moeder en haar heimwee naar Canada. Na 3 maanden kan *Jane* opgewekt ontslagen worden, terwijl inmiddels een zelfstandige behuizing voor het gezin is gevonden.

— Tot haar zesde jaar woonde *Naomi* (pate. 7) in Nederland. Haar vader was navigator bij de K.L.M., maar werd toen ontslagen wegens bedrijfsreorganisatie. Het gezin verhuisde naar vaders geboorteland Finland, *Naomi* kwam daar op een Amerikaanse school. Na 4 jaar keerde het gezin weer terug naar Nederland wegens financiële problemen, maar vooral ook wegens de heimwee van moeder, die leidde tot ernstige problemen met haar 11 jaar oudere man. Ook in Nederland ging het moeilijk: vader moest beneden zijn stand werken en moeder moest bijverdienen. En *Naomi* bleef eigenlijk steeds heimwee houden naar Finland, zij voelde zich eenzaam als enig kind en had problemen op de middelbare school. Na een vakantie in Finland met een oudere vriendin kwam het tot een crisis: op haar veertiende wordt zij op 'Amstelland' opgenomen in een schemertoestand met erotisch ontremd gedrag. Zij moet jammer genoeg weer gauw ontslagen worden, omdat zij steeds wegloopt, vermoedelijk daarin gestimuleerd door moeder, die niets wil weten van gezinsproblemen en alles wijt aan de slechte invloed van een vriendin en aan hasjgebruik van *Naomi*.

6 *Heimwee naar het onbekende vader- of moederland* (pate. 2)

— Riny is de jongste van vier kinderen. Vader is een 65-jarige Griekse kapitein, die vroeger uiteraard veel afwezig was. Hij geldt als een strenge man, zeker in de laatste 2 jaar thuis. Hij zegt in Nederland niet te kunnen 'aarden' en toont dat ook. Moeder is een nu 48-jarige, intellectualistische, bezorgde vrouw. Thuis bemoeien Riny's oudere broers en zuster zich ook nadrukkelijk met de opvoeding. De voertaal is Engels.

Riny heeft zelf de Griekse nationaliteit, hoewel hier geboren; zij was altijd een lief, dromerig kind met een enkele opvlieging. In de laatste jaren voor de opname werd Riny steeds meer gesloten, voortdurend in twijfel en vol waanachtige ideeën. Na de ziekte van Pfeiffer en een Salmonellose verergerde haar psychische toestand snel.

Op 'Amstelland' weert ze alle contact af en gedraagt ze zich zeer twijfelzuchtig. Zij kan zich niet hechten en pendelt steeds heen en weer tussen 'Amstelland' en het gezin; net zo min als vader kan zij 'aarden'. Moeder wijst zij nadrukkelijk af: 'ik ben jouw dochter niet, ik ben Griekse'. Na enige maanden slaat haar gedrag om — zij wordt bozig, gaat in verzet, en loopt steeds vaker weg; uiteindelijk is zij thuis gebleven, waar zij sindsdien geheel inactief en apathisch binnenzit, als voorlopige oplossing voor haar ambivalente loyaliteitsconflict.

7 *Ouders kiezen onverbiddeijk voor een andere nationaliteit dan die van de omgeving* (pate. 10)

— Alide komt uit een academisch gezin. Vader is Hollander, maar heeft in de oorlog als S.S.-er aan het Oostfront gevochten, werd daarna geïnterneerd en ging in Duitsland wonen. Hij leerde daar zijn vrouw kennen, een Duitse met psychiatrische belangstelling. Jaren geleden vestigden zij zich in Nederland. Door vaders politieke verleden kreeg het hele gezin een zeer geïsoleerde en afgesloten positie in de buurt. Vader kreeg een rancuneuze instelling en bleef zijn oude idealen binnen het gezin luide verkondigen. Moeder stelde zich daarbij loyaal op en benadrukte vaak haar 'anders-zijn' door haar Duitse afkomst. Alide werd als tweede kind van vier in dit gezin geboren, en vertelde op 'Amstelland' dat zij zich al vroeg bewust was van de negatieve sfeer thuis. Op de middelbare school isoleerde zij zich, werd toenemend depressief en deed zij een zelfmoordpoging. De beide ouders reageerden met een zeer medische attitude; van een bevriend psychiater kregen zij te horen dat Alide wel 'schizofreen' zou zijn. Op haar 19e werd Alide — na veel aarzelen — op 'Amstelland' opgenomen met zeer ernstige klachten van depersonalisatie met achterdochtige aspecten. Haar wantrouwende houding heeft zij behouden met sterke loyaliteitsproblemen t.a.v. haar ouders. Hierdoor is zij eigenlijk nooit gehecht geraakt op 'Amstelland', hoewel de depersonalisatiebelevingen enigermate verbleekten. Een poging om tot gezinsgesprekken te komen wordt zeer krachtig en angstig door haar afgewezen: wij mogen ons niet met haar ouders bemoeien. Tegen de tijd dat ze

enigszins een plaats in de groep heeft gekregen, gaat ze te vroeg met onslag, voordat haar problemen wezenlijk besproken zijn.

8 Tenslotte nog een sprekend voorbeeld van de extra invloed die ouders van verschillende nationaliteit op de identiteitsformatie van hun kind kunnen hebben en wel via verscheidene factoren (pat. 6).

a — *Het geheim rond de raciale afkomst.*

b — *Onopgelost conflict tussen ouders over de keuze van een bepaalde nationaliteit.*

c — *Afwijzing door de vader van zijn eigen raciale identiteit.*

— Leo's familiesituatie is ingewikkeld; zijn raciale identiteit is niet alleen ons, maar ook hem niet geheel duidelijk geworden. Zijn moeder is een licht-getinte Surinaamse verpleegster, een overbezorgde, betuttelende vrouw, die grote moeite heeft met Leo's separatie en individuatie. Haar moeder zou een Joodse vrouw zijn, met minachting voor Creoolse Surinamers, haar vader was een Europeaan. Leo's biologische vader is een Nederlandse militair; hij heeft hem ooit eens op 7-jarige leeftijd éénmaal ontmoet. Leo zou vroeger zelf een blond, vrijwel blank kind zijn geweest; nu is hij licht gekleurd met donker kroeshaar.

Kort na zijn geboorte trouwde zijn moeder met zijn wettelijke vader, een Creool, een dominerende, primitieve, maar later toch best een welwillende man. Tot zijn 3e jaar woonde Leo met zijn ouders bij moeders ouders; daarna vertrokken zij naar Nederland, met achterlating van Leo. Rond zijn 8e jaar kwam Leo over, na de geboorte van een broertje. In die tijd kreeg hij epileptiforme aanvallen, die tot zijn 16e jaar zijn opgetreden. Leo maakte de havo af en ging M.O.-geschiedenis studeren. Rond deze periode werd hij actief in de communistische Surinaamse beweging, hetgeen door zijn vader streng werd afgewezen. Leo werd toenemend agressief en apathisch en kwam via een crisiscentrum op 'Amstelland'.

Onrustig, vol acting-out, richt hij zich tegen zijn vader, die het met de mentaliteit op 'Amstelland' geheel oneens is. Dit slaat om in chaotisch gedrag, verwardheid, waarbij veel van zijn raciale identiteitsproblemen bovenkomen. In deze periode is opvallend dat Leo met een uitgesproken Surinaams accent praat, als hij zijn verwarde fantasieën uit.

Een lage dosering serenase en een sociotherapeutische limit-setting doet hem hieruit reïntegreren tot een sociaal en actief groepslid. Hij hervat zijn studie en gaat 21 maanden na opname op kamers wonen. Hij raakt op een wat nuchterder wijze geïnteresseerd in de problematiek van Suriname's onafhankelijkheid. Zijn plan is om uiteindelijk daarheen terug te keren. Zijn vader, die zijn Surinaamse identiteit eerst had afgewezen vanwege het communistisch ver-nis, en later wegens de psychotische kleur ervan, schijnt nu ook te overwegen terug te keren, vooral omdat moeder eigenlijk altijd al heimwee naar Suriname heeft behouden, Leo's Surinaamse accent is nu ook veel minder opvallend geworden.

Overigens bleek uit de literatuur dat sommige patiënten tijdens psychiatrische contacten in de eigen oorspronkelijke landstaal wel psychotische kenmerken vertonen, maar in de taal van hun nieuwe land niet. Denken, dromen en onbewuste processen maken mogelijk makkelijker gebruik van de eigen taal (Del Castillo, 1970).

Na alle goeddeels voor zichzelf sprekende voorbeelden lijkt het ons toch zinnig nog een korte nabeschouwing te houden, waarin ook de spaarzame literatuur betrokken kan worden.

Na de eerste publikatie van Erikson in 1950, waarop hij zelf ruim heeft voortgeborduurd, zijn er toch weinigen geweest die de relatie tussen identiteit en etnische afkomst verder hebben bewerkt. In de psychiatrische literatuur van de afgelopen 10 jaar konden wij geen beschouwingen of onderzoek terugvinden, waar onze ervaringen aansluiting bij konden vinden. Alle literatuur over acculturatie en migratie bleek gericht op gastarbeiders, minderheidsgroeperingen, negers of Indianen en nooit op kinderen met ouders van verschillende nationaliteit. De enige keer dat Freud het begrip identiteit hanteerde, was in relatie tot etnische- en cultuurbepaalde aspecten van de persoonlijkheid (Erikson, 1968). Ook Erikson blijft grotendeels gericht op de etnische achtergrond en soms ook op de beroepsrol. In zijn boek 'Childhood and Society' kondigt hij overigens al aan dat, wanneer een kind sterke twijfels heeft over eigen etnische (en ook seksuele) identiteit, de kans op psychotische incidenten of acting-outgedrag in de adolescentie groter wordt (Erikson, 1950). De twijfel over de eigen etnische identiteit krijgt al een gerede kans te ontstaan vanaf het 6e-7e jaar, een leeftijd waarop het bv. voor negerkinderen in de U.S.A. duidelijk is wat het concept 'negro' inhoudt, waarmee ze zich ook kunnen identificeren (Mussen, 1970). Erikson's derde fase, waar hij initiatief tegenover schuld stelt, betekent voor de ontwikkeling van de identiteit volgens hem: vrijmaken van het initiatief voor volwassen taken, begrip voor de functies en rollen van de omgeving; een begrip dat al voor het zesde jaar geformeerd kan zijn. Daar komt volgens hem nog bij, dat voor een optimaal gevoel van identiteit het belangrijkste is 'een gevoel van zich thuisvoelen in het eigen lichaam', wat direct op raskenmerken kan terugslaan (Erikson, 1968).

Het zal inmiddels al wel duidelijk geworden zijn dat wij de rol van de ouders benadrukt hebben. Ook de Indianenkinderen van Erikson zaten in een soortgelijk dilemma: zij raakten in verwarring, omdat de ouders niet konden kiezen tussen de oude Indiaanse en de moderne Amerikaanse identiteit. Een conflict wat onlangs in Wounded Knee weer heftig oplaaide, en om dichter bij huis te blijven ook de jonge Zuid-Molukkers niet onberoerd laat. Kabelá (1974) bespreekt de kinderen van gastarbeiders, waarvan de ouders ook niet meer weten welke nationaliteit, welk land, ze moeten kiezen. Uit een onderzoek van Friessem (1975) bij kinderen van gastarbeiders werd nog eens duidelijk dat zij, behalve typische adolescentiefenomenen als zelfontdekking en losmaking van het primaire milieu, ook iets vertoonden wat wees op extra

enigszins een plaats in de groep heeft gekregen, gaat ze te vroeg met onslag, voordat haar problemen wezenlijk besproken zijn.

8 Tenslotte nog een sprekend voorbeeld van de extra invloed die ouders van verschillende nationaliteit op de identiteitsformatie van hun kind kunnen hebben en wel via verscheidene factoren (pat. 6).

a — *Het geheim rond de raciale afkomst.*

b — *Onopgelost conflict tussen ouders over de keuze van een bepaalde nationaliteit.*

c — *Afwijzing door de vader van zijn eigen raciale identiteit.*

— Leo's familiesituatie is ingewikkeld; zijn raciale identiteit is niet alleen ons, maar ook hem niet geheel duidelijk geworden. Zijn moeder is een licht-getinte Surinaamse verpleegster, een overbezorgde, betuttelende vrouw, die grote moeite heeft met Leo's separatie en individuatie. Haar moeder zou een Joodse vrouw zijn, met minachting voor Creoolse Surinamers, haar vader was een Europeaan. Leo's biologische vader is een Nederlandse militair; hij heeft hem ooit eens op 7-jarige leeftijd éénmaal ontmoet. Leo zou vroeger zelf een blond, vrijwel blank kind zijn geweest; nu is hij licht gekleurd met donker kroeshaar.

Kort na zijn geboorte trouwde zijn moeder met zijn wettelijke vader, een Creool, een dominerende, primitieve, maar later toch best een welwillende man. Tot zijn 3e jaar woonde Leo met zijn ouders bij moeders ouders; daarna vertrokken zij naar Nederland, met achterlating van Leo. Rond zijn 8e jaar kwam Leo over, na de geboorte van een broertje. In die tijd kreeg hij epileptiforme aanvallen, die tot zijn 16e jaar zijn opgetreden. Leo maakte de havo af en ging M.O.-geschiedenis studeren. Rond deze periode werd hij actief in de communistische Surinaamse beweging, hetgeen door zijn vader streng werd afgewezen. Leo werd toenemend agressief en apathisch en kwam via een crisiscentrum op 'Amstelland'.

Onrustig, vol acting-out, richt hij zich tegen zijn vader, die het met de mentaliteit op 'Amstelland' geheel oneens is. Dit slaat om in chaotisch gedrag, verwardheid, waarbij veel van zijn raciale identiteitsproblemen bovenkomen. In deze periode is opvallend dat Leo met een uitgesproken Surinaams accent praat, als hij zijn verwarde fantasieën uit.

Een lage dosering serenase en een sociotherapeutische limit-setting doet hem hieruit reïntegreren tot een sociaal en actief groepslid. Hij hervat zijn studie en gaat 21 maanden na opneming op kamers wonen. Hij raakt op een wat nuchterder wijze geïnteresseerd in de problematiek van Suriname's onafhankelijkheid. Zijn plan is om uiteindelijk daarheen terug te keren. Zijn vader, die zijn Surinaamse identiteit eerst had afgewezen vanwege het communistisch vernis, en later wegens de psychotische kleur ervan, schijnt nu ook te overwegen terug te keren, vooral omdat moeder eigenlijk altijd al heimwee naar Suriname heeft behouden, Leo's Surinaamse accent is nu ook veel minder opvallend geworden.

Overigens bleek uit de literatuur dat sommige patiënten tijdens psychiatrische contacten in de eigen oorspronkelijke landstaal wel psychotische kenmerken vertonen, maar in de taal van hun nieuwe land niet. Denken, dromen en onbewuste processen maken mogelijk makkelijker gebruik van de eigen taal (Del Castillo, 1970).

Na alle goeddeels voor zichzelf sprekende voorbeelden lijkt het ons toch zinnig nog een korte nabeschuiving te houden, waarin ook de spaarzame literatuur betrokken kan worden.

Na de eerste publikatie van Erikson in 1950, waarop hijzelf ruim heeft voortgeborduurd, zijn er toch weinigen geweest die de relatie tussen identiteit en etnische afkomst verder hebben bewerkt. In de psychiatrische literatuur van de afgelopen 10 jaar konden wij geen beschouwingen of onderzoek terugvinden, waar onze ervaringen aansluiting bij konden vinden. Alle literatuur over acculturatie en migratie bleek gericht op gastarbeiders, minderheidsgroeperingen, negers of Indianen en nooit op kinderen met ouders van verschillende nationaliteit. De enige keer dat Freud het begrip identiteit hanteerde, was in relatie tot etnische- en cultuurbepaalde aspecten van de persoonlijkheid (Erikson, 1968). Ook Erikson blijft grotendeels gericht op de etnische achtergrond en soms ook op de beroepsrol. In zijn boek 'Childhood and Society' kondigt hij overigens al aan dat, wanneer een kind sterke twijfels heeft over eigen etnische (en ook seksuele) identiteit, de kans op psychotische incidenten of acting-outgedrag in de adolescentie groter wordt (Erikson, 1950). De twijfel over de eigen etnische identiteit krijgt al een gerede kans te ontstaan vanaf het 6e-7e jaar, een leeftijd waarop het bv. voor negerkinderen in de U.S.A. duidelijk is wat het concept 'negro' inhoudt, waarmee ze zich ook kunnen identificeren (Mussen, 1970). Erikson's derde fase, waar hij initiatief tegenover schuld stelt, betekent voor de ontwikkeling van de identiteit volgens hem: vrijmaken van het initiatief voor volwassen taken, begrip voor de functies en rollen van de omgeving; een begrip dat al voor het zesde jaar geformeerd kan zijn. Daar komt volgens hem nog bij, dat voor een optimaal gevoel van identiteit het belangrijkste is 'een gevoel van zich thuisvoelen in het eigen lichaam', wat direct op raskenmerken kan terugslaan (Erikson, 1968).

Het zal inmiddels al wel duidelijk geworden zijn dat wij de rol van de ouders benadrukt hebben. Ook de Indianenkinderen van Erikson zaten in een soortgelijk dilemma: zij raakten in verwarring, omdat de ouders niet konden kiezen tussen de oude Indiaanse en de moderne Amerikaanse identiteit. Een conflict wat onlangs in Wounded Knee weer heftig oplaaide, en om dichterbij huis te blijven ook de jonge Zuid-Molukkers niet onberoerd laat. Kabel (1974) bespreekt de kinderen van gastarbeiders, waarvan de ouders ook niet meer weten welke nationaliteit, welk land, ze moeten kiezen. Uit een onderzoek van Friessem (1975) bij kinderen van gastarbeiders werd nog eens duidelijk dat zij, behalve typische adolescentiefenomenen als zelfontdekking en losmaking van het primaire milieu, ook iets vertoonden wat wees op extra

problemen, samenhangend met: ontworteling, etnische vervreemding, acculturatie, partiële integratie, gedwongen aanpassing en conflicten tussen opvoeding thuis en invloeden van buiten.

Wanneer men de gehele groep van 20 door ons beschreven jongeren beschouwt, dan zal men ze herkennen als een 'bedreigde' groep, met veel 'broken homes' in de anamnese, velen met een chronische of recidiverende psychotische fase en velen met een psychiatrisch verleden vóór de opname, een langdurig verblijf in de kliniek en een psychiatrische toekomst na ontslag.

Dit schetst een somber beeld van jongeren, die een dergelijke extra last te verduren krijgen. Erikson (1968), Fabrega (1969) en Kretschmer (1929) steunen ons in de idee dat extra etnische identiteitsproblemen ook een gunstig effect kunnen hebben. Vooral bijzonder begaafden in goede, zowel als slechte zin schijnen een opvallend psychosociaal moratorium nodig te hebben bij hun identiteitsformatie. Het is zeker niet zo dat extra identiteitsproblemen altijd tot een meer of minder psychopathologisch gekleurde toekomst moeten leiden; nooit werd nagegaan, of er ook een gunstig effect van uitgegaan kan zijn.

— Als voorbeeld willen wij daarom tenslotte nog één patiënt bespreken met een ernstige identiteitscrisis, met wie het bijzonder goed is afgelopen. Het gaat om *Erik*. Zijn ouders waren Deens; vader was kunstenaar. De eerste 3 jaar van Eriks leven vertoefde het gezin in artistieke kringen in Kopenhagen. Toen liep vader bij moeder weg. Zij trouwde niet veel later met een orthodox-Joodse kinderarts in Karlsruhe (Duitsland). Erik werd door zijn stiefvader geadopteerd en zijn ouders hebben geprobeerd zijn werkelijke afkomst geheim te houden.

In de puberteit groeide Erik uit tot een lange, blonde, blauwogige jongen, hetgeen natuurlijk nogal opviel in de synagoge. In die tijd ontstond zijn verlangen om een romantisch kunstenaar te worden. Dit werd versterkt door de duidelijke heimwee van zijn moeder naar een soort mystiek 'Deens-zijn'. Zijn vader, enige academicus uit een kleinburgerlijke familie, verwachtte natuurlijk dat Erik ook arts zou worden. Het moeten kiezen tussen de nationaliteit en verwachtingen van zijn ouders bracht Erik in een ernstige, prepsychotische identiteitscrisis, die zich vooral uitte in werkstoornissen, zich aansluiten bij een bohémien kunstenaarsmilieu en nachtenlange romantische wandelingen en discussies. Onder invloed van een vriend verhuisde hij naar Wenen, om aan een school voor moeilijk opvoedbare kinderen te gaan werken. Hij kwam in contact met een belangrijke psychoanalytische kring en ging in leeranalyse. Erik trouwde met een danseres, probeerde zich eerst nog in Kopenhagen te vestigen, maar is tenslotte met zijn gezin naar de U.S.A. geëmigreerd. Hij integreerde zijn vaders doktersideaal met zijn moeders kunstenaarsverwachtingen en werd een wereldberoemde, schrijvende psychoanalyticus.

Eriks achternaam is Erikson (1973).

Tabel 1

1	2	3	4	5	6	7
nr	geslacht	geboorteland	nationaliteit moeder	nationaliteit vader	bijzonderheden ouders, gezin	'broken home'
1	♀	Nederland	Nederlandse	Frans	P2 Duits	X
2	♀	Nederland	Nederlandse	Griekse	P vaak in Griekenland	X
3	♀	Nederland	Nederlandse	Chin.-Indische	M2 Nederlands	X
4	♂	Nederland	Pools-Joodse	Nederlandse	gescheiden (3 jaar)	X
5	♀	Indonesië	Siameze	Ned.-Indische		
6	♂	Suriname	Surinaamse	(Nederlandse)	stief-P Surinaams (1 jr.)	X
7	♀	Nederland	Nederlandse	Finse		
8	♀	Israël	Pools-Israëlsche	Hongaars-Israël.	M2 Australisch	X
9	♂	Nederland	Nederlandse	Poolse		
10	♀	Nederland	Duitse	Nederlandse		
11	♂	Nederland	Schotse	Ned. (= P3)	P1 en P2: Nederlands	X
12	♀	Nederland	Chin.-Indische	Nederlandse		
13	♂	Nederland	Nederlandse	Ned.-Indische		
14	♀	Canada	adopt. M: Nederl.	adopt. P1: Canad.	adopt. P2: Canadees	X
15	♀	Nederland	Nederlandse	Tunesische		
16	♀	Nederland	Nederlandse	Duits-Indische		
17	♀	Aruba	(Arubaanse)	(Nederlandse)	voogdijkind (4 jr.)	X
18	♂	Nederland	Nederlandse	Ned.-Indische	broer van 19 jaar	
19	♀	Nederland	Nederlandse	Ned.-Indische	zus van 18 jaar	
20	♂	Suriname	Surinaamse	(Surinaamse?)	stief-P Nederl. (11 jr.)	X

Tabel 2

	8		9	10	11	12	13	14	15
	plaats in het gezin		meer dan 1 jr. amb. beh. of: aant. eerdere opn.	leeftijd bij opn.	psycho- tisch	depressief	anders	syndroomdiagnose	mind. verblijf op 'Amstel- land'
1	♂	♂	X	19	X			recid. paran. syndroom	3
2	♂	♀		19	X			chron. paran. hall. syndroom	5
3	♀	♂	2	19	X			maniform-paran. syndroom	30
4	♀	♂	3	21	X			chron. paran. syndroom	23
5	♂	♂	1	19	X			maniform depr. syndroom	16
6	♂	♂		19	X			maniform-paran. syndroom	21
7	♂	♂		14		X		depressief syndroom	1
8	♀	♀	X	18	X			paran. syndr. na acting-out	8
9	♂	♀		19	X			acuut paran. hall. syndroom	1
10	♂	♂	X	19	X			chron. paran. syndroom	10
11	♀	♀	X	19			X	angst syndroom	14
12	♂	♀		21	X			acuut paran. syndroom	9
13	♀	♀		20	X			paran. syndroom	10
14	♂	♂		14		X		heimwee-depressie	3
15	♂	♂	1	12	X			recid. amentieel syndroom	15
16	♀	♂	2	19	X			chron. paran. syndroom	15
17	—	—	1	20			X	acting-out	4
18	♂	♀	X	17		X		depr. syndr., acting-out	9
19	♂	♂	X	16			X	acting-out	7
20	♂	♂	2	17	X			paran. syndroom	8

Literatuur

- Castillo, Julio C. del (1970): The influence of language upon symptomatology in foreign-born patients. *Amer. J. Psychiatry* 127/2, 242-244.
- Erikson, Erik H. (1950): *Childhood and Society*. W. W. Norton, New York, 1950.
- Erikson, Erik H. (1968): *Identity, Youth and Crisis*. W. W. Norton, New York, 1968.
- Erikson, Erik H. (1973): Autobiographisches zur Identitätskrise. *Psyche*, jrg. 27, 793-831.
- Fabrega jr., Horacio (1969): Social psychiatric aspects of acculturation and migration: a general statement. *Comprehensive Psychiatry* 10/4, 314-326.
- Friessem, Dieter H. (1975): Jugendliche aus Gastarbeiterfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, jrg. 24/1, 7-10.
- Kabela, M. (1974): Kinderen van Spaanse gastarbeiders: invloeden van de emigratie op de persoonlijkheidsvorming. *Maandbl. Geest. Volksgez.* 29/6, 296-304.
- Kretschmer, W. (1929): *Geniale Menschen*. Julius Springer Verlag, Berlin, 1929.
- Lande, Jan L. van de (1972): *The treatment of depressive adolescents in and by a therapeutic community*. In: *Depressive states in Childhood and Adolescence*. Ed. by Anna-Lisa Annell, pp. 435-440. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1972.
- Lande, Jan L. van de (1973): Drie jaar Amstelland — een overzicht. *Maandbl. Geest. Volksgez.* 28/6, 259-273.
- Mussen, Paul H., John J. Conger, Jerome Kagan (1970): *Child development and personality*. Harper & Row, New York, 1970.