

Therapie in vele talen

Chris Noorduyn, Redouane Ben Driss, Bart Van Hoof

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2019, 49(3), 173-182 |

Inleiding

In de geglobaliseerde wereld waarin wij leven kruisen verschillende talen, culturen en bevolkingsgroepen elkaar alsmear meer. In contacten wordt het verschil vaker regel en steeds minder uitzondering. Diversiteit is de norm. Ook in de therapiekamer laat deze ontwikkeling zich voelen. Als therapeut worden we meer en meer geconfronteerd met iemand wiens leven geworteld is in andere aarde dan de onze, zij het cultureel, ideologisch, religieus, sociaal maatschappelijk, demografisch en/of taalkundig.

Wij zijn het idee genegen dat we ons hierover mogen verwonderen én verblijden. Soms hangen mensen posters van exotische stranden of hagelwitte gletsjers op aan de muren van hun wachtkamers of werkruimtes, ze laten de wereld binnen en komen op deze manier tegemoet aan een behoefte om hun innerlijke wereld te verruimen en te verrijken. Als therapeuten luisteren wij naar verhalen over verre werelden in vreemde klanken. Het vermoeden is dat dit tegemoetkomt aan een gelijkaardige behoefte, een persoonlijke behoefte tot exploratie van vreemde werelden en verre talen.

Het 'vreemde' daagt ons uit en confronteert ons tegelijkertijd met moeilijkheden en vraagtekens. In *Tractatus Logico-Philosophicus* schrijft Ludwig Wittgenstein (1921/1989): 'De grenzen van mijn taal betekenen de grenzen van mijn wereld.' Een intrigerende uitspraak. Maar wat als de therapie zich afspeelt buiten de grenzen van mijn taal, mijn wereld? Spreken we hier dan over een onmogelijkheid, een ondenkbare arbeid? Of kunnen we als therapeuten toch voorbij deze grens op verkenning gaan in die vreemde wereld? In deze bijdrage staan we stil bij de vraag: hoe kunnen we werken en spreken, binnen de talige wereld die psychotherapie toch wel is, met cliënten die een andere taal spreken dan de onze? En, hoe werken we hierbij samen met intercultureel bemiddelaars?

Werken met en in een andere taal is anders of toch niet?

Wanneer we als therapeut werken met iemand die een andere moedertaal heeft dan de onze, schept dit een bijzondere situatie. Soms kan de therapeut of de cliënt zich bedienen van een tweede taal. Slechts een van beiden spreekt dan de eigen taal. In andere situaties is het ongemak ‘gelijk verdeeld’ en spreken zowel de therapeut als de cliënt een niet-eigen taal die de gemeenschappelijke ondergrond wordt van de therapie. In alle gevallen ontstaat er een situatie waarin een taal gebruikt wordt die niet volledig ‘eigen’ is. Vanzelfsprekend heeft dit enkele nadelen voor het therapeutische werk. Want spreekt men niet het meest vanuit het hart wanneer men mag spreken in de eigen moedertaal? Een aangeleerde taal staat immers verder af van het gevoel. Die hebben we niet geleerd thuis, in de schoot van het gezin, maar misschien op school of in andere ‘secundaire’ contexten.

Het spreken in de andere taal kan onhandig aanvoelen. Het verwoorden van nuances of subtiele verschillen is moeilijker. Het verstaan van boodschappen vraagt meer concentratie dan gewoonlijk, de sfeer of de teneur van een gesprek is soms moeilijker te vatten. En het gebruik van metaforen dreigt welhaast verloren te gaan. Heel wat therapeuten staan, al dan niet terecht, weigerachtig tegenover het werken met of in een vreemde taal. In bepaalde situaties en werkomgevingen echter is er geen andere keuze dan te werken met of in een vreemde taal om therapie mogelijk te maken.

De vraag is of het werkelijk zo anders of onmogelijk is. We presenteren hier drie ideeën of uitgangspunten die de handelingsverlegenheid kunnen verminderen. Opdat therapie toegankelijk kan worden voor een zo breed mogelijk publiek.

A human being performs an act of translation, in the full sense of the word, when receiving a speech-message from any other human being. In short: inside or between languages, human communication equals translation. (G. Steiner, 1975)

Het eerste idee is dat er eigenlijk niet zo’n groot verschil is tussen het werken in één taal en het werken in, met of tussen meerdere talen. Het is immers allemaal communicatie en dus, op een meer fundamenteel niveau, ook altijd – een vorm van – vertaling (*communication equals translation*). Wanneer iemand mij iets communiceert, dan brengt die persoon een boodschap aan mij over. Mijn natuurlijke reflex zal zijn om te trachten deze boodschap te ontcijferen, om de boodschap in mijn taal te willen omzetten om ze te kunnen begrijpen. Kortom, om de communicatie van de ander te vertalen.

In psychotherapie is dit proces voortdurend aanwezig. De cliënt brengt verhalen die de therapeut beluistert. En in dat luisteren tracht hij de boodschappen te ontcijferen, te ver-

talen, in zijn woorden onder te brengen, in de taal van zijn therapeutische woordenschat te schikken en te ordenen. Natuurlijk speelt dit fenomeen nadrukkelijker wanneer een vreemde taal aanwezig is in het gesprek. Maar op zich zouden we kunnen zeggen dat het altijd aanwezig is, in meer of mindere mate, latent of manifest.

Het tweede idee betreft de notie van therapie als *taal makend proces*. Therapie dient tot het ‘oprekken’ van de taal, het verruimen van de dialogische ruimte. Het is het maken van taal, het zoeken van woorden om betekenissen, conflicten of dilemma’s te verwoorden. Om taal te geven aan verhalen die nog-niet-gezegd konden worden (Anderson, 1997; Rober, 2002). In feite zou men kunnen zeggen dat elke therapie zich een eigen taal dient te maken. Dit is zo binnen één gedeelde moedertaal, maar evengoed wanneer een van de twee, ofwel beiden een niet-eigen taal spreken. Of wanneer de therapie meerdere talen bezigt (zoals bijvoorbeeld in de context van meertalige gezinnen).

Een uiting van een psychisch probleem heeft een luisterend oor nodig om een probleem te kunnen zijn. Dit is ons derde uitgangspunt. De uiting van dit probleem is in sterke mate gekleurd door religie en ideologie, maar ook door de cultuur waaruit men komt, of deze nu inheems is of uitheems. Ideeën en overtuigingen over psychische problemen bepalen hoe mensen symptomen inschatten, interpreteren, of ze hulp zoeken, maar ook de manier waarop ze deze tot uiting brengen. Zorg vertrekt vanuit het appel dat de psychisch lijdende mens doet op zijn omgeving. Zorg bieden is een relationeel gebeuren waarbij die relatie meer is dan een louter instrumentele relatie. Het is een confrontatie met een kwetsbare mens die weerloos is. En in zijn weerloosheid raakt hij onze weerloosheid. Ook in een niet-eigen taal. In feite zouden we kunnen zeggen: zelfs voorbij of los van taal.

Intercultureel bemiddelaars als bruggenbouwers naar een andere wereld

Und da stehen nun diese dummen Sprachen hilflos wie zwei Brücken, die nebeneinander über denselben Fluss gehen, aber durch einen Abgrund voneinander getrennt sind. Es ist nur eine Bagatelle, ein Zufall, und es trennt doch... (R.M. Rilke, 1939/2016)

De Duitse dichter Rainer Maria Rilke beschrijft in een brief aan zijn vrouw met deze zinnen zijn ontmoeting met de Franse beeldhouwer Rodin. Hij spreekt over zijn diepe wens en tegelijkertijd onvermogen om te communiceren met Rodin, de kunstenaar die een andere taal sprak dan de zijne. Tot zijn ontgoocheling en spijt. Regelmatig overkomt het ons ook, dat we in het contact met de cliënt geen taal vinden die voldoende in ons beider bereik ligt. In deze situaties dient men een beroep te doen op sociale tolken en/of intercultureel bemiddelaars (ICB’ers). Vanuit ons dagelijks werk hebben we vooral ervaring met deze

laatsten. Belangrijk om te weten is dat een ICB'er naast het werken als vertaler vooral een rol speelt in de culturele ontmoeting. 'Explaining the culture of the hospital and of the physician to the patient and the world of the patient to the physician' (Kaufert & Koolage, 1984), is een definitie over interculturele bemiddeling waar we ons graag bij aansluiten. Het werken met ICB'ers is reeds uitvoerig beschreven in de literatuur (Chikhi, Zaka, & Ben Driss, 2016; Foyer vzw, 2013; Meurs & Gailly, 1998). We belichten in deze bijdrage enkele aspecten van interculturele bemiddeling die voor ons belangrijk zijn en zijn er ons van bewust dat we daarmee zaken laten liggen of slechts gedeeltelijk aanraken of benoemen. Echter elke communicatie is in wezen onvolledig en slechts een uitnodiging tot verder spreken. Zo ook hier.

Van dyade naar triade: een nieuwe therapeutische constellatie

De klassieke opzet van een psychotherapeutisch consult is die van een dyade: de ontmoeting tussen een hulpverlener (de therapeut) en de hulpvrager (of de cliënt). Deze een-op-eenrelatie biedt bijna vanzelfsprekend een vorm van intimiteit en veiligheid. Een goede hulpverlener-cliëntrelatie is een voorwaarde voor een succesvolle behandeling en therapietrouw. Wanneer zij elkaar gevonden hebben in een gemeenschappelijke taal, is het een geborgen ruimte die moeilijk te reconstrueren is of op zijn minst onder druk komt te staan wanneer we een derde partij erbij betrekken. Hetgeen we natuurlijk meteen doen wanneer we werken met ICB'ers. Bij zowel de therapeut als de cliënt kan dit verwarrende gevoelens oproepen. De therapeut kan zich bekeken voelen in zijn werk of zich bevrijd voelen van de last er alleen voor te staan. Maar ook de cliënt kan zich onzeker voelen, want wie van beiden is zijn hechtingsfiguur: de ICB'er die mogelijk cultureel 'eigen' lijkt, of de 'vreemde' therapeut met wie het zo moeilijk rechtstreeks communiceren is? De aandacht van meerdere personen kan bovendien intensere gevoelens van schaamte of ongemak oproepen.

De verandering van de therapeutische constellatie (van dyade naar triade) heeft bovendien een impact op de aard van het therapeutische proces. In deze samenstelling ontstaat als vanzelf een bijzonder complex en interactief netwerk waarin *meer en andere communicaties* zullen optreden dan in de klassieke dyade. Niet alleen hebben we nu meer partners, maar ook meer rollen en posities in het gesprek. Er is de therapeut, de cliënt, en daartussenin – of eerder naast – is er de ICB'er die 'een driehoek' van het gesprek maakt.

Naarmate het cultuurverschil tussen de hulpverlener en de cliënt groter is, wordt het aangaan van een vertrouwensrelatie ook moeilijker. De ICB'er als derde maakt een hulpverleningsrelatie mogelijk tussen zijn twee gesprekspartners, verzorgt niet enkel de communicatie, maar draagt ook bij aan een groeiend wederzijds vertrouwen. De delicate rol die de

ICB'er hier speelt, kunnen we misschien het best verwoorden als het maken van 'de brug' die de twee werelden met elkaar verbindt. De brug die de stroom van woorden, beelden, gevoelsuitdrukkingen en betekenissen in twee richtingen mogelijk maakt. Hulpverlener en hulpvrager houden zich niet strikt vast aan de 'eigen waarden en normen', maar 'geven en nemen' en zoeken met behulp van de ICB'er naar een omgangsvorm waarin beiden zich kunnen vinden.

Naast de impact op het 'spreken' (*het communicatieve niveau*) stellen we vast dat een triade ook een impact heeft op de 'fantasie' (*het fantasmatische niveau*). Zo zien we dat een triade andere projecties of associaties oproept dan een dyade. Wanneer een mannelijke therapeut bijvoorbeeld samenwerkt met een vrouwelijke ICB'er zorgen ze als man en vrouw samen voor de cliënt. Er staat een echtpaar, een ouderpaar tegenover de cliënt. Dit kan associaties oproepen aan het gezin, andere associaties dan wanneer men zich tegenover één zorgfiguur geplaatst voelt.

Ook de ontmoeting met 'het vreemde' (oftewel de Ander) welke in deze gesprekken centraal staat, speelt in op het fantasmatische niveau. Het gesprek is immers niet alleen een dialoog tussen twee mensen over de worstelingen met het leven. Het is daarnaast ook *een dialoog tussen twee talen, twee culturen en zelfs twee werelden*. De therapeut zal zijn therapeutische opdracht dienen te plaatsen binnen de context van een ontmoeting met een wereld die hij niet kent en waar hij zelfs taalkundig op eigen kracht geen toegang toe heeft. Ideeën, fantasieën of vragen omtrent afkomst, identiteit, het eigene en het vreemde aan de cultuur spelen een belangrijke rol in de ontmoeting. Sluiten mijn professionele diagnostische en behandelconcepten aan bij de taal of de opvattingen van de cliënt? Anders gezegd: ben ik me bewust van mijn normen, waarden en vooroordelen als hulpverlener in mijn omgang met mijn cliënt en staan zij een vertrouwensrelatie in de weg?

Gezien de enorme intensiteit, gevoeligheid en complexiteit van de triade, naast de vaak complexe klinische realiteit die de cliënt in het gesprek brengt, spreekt het welhaast voor zich dat men dient te streven naar een *stabiele samenstelling van de therapeutische constellatie*. Hiermee bedoelen we dat dezelfde therapeut en ICB'er altijd aanwezig zijn bij de sessies. De therapeut die het belang ontkent van zijn collega ICB'er en hiermee wat non-chalanter omspringt, zal snel geconfronteerd worden met de gevolgen hiervan. De therapeut die elke keer een andere sociale tolk meeneemt naar het gesprek ('hij is immers toch de therapeut'), zal helaas vaststellen dat de therapie geen 'nieuwe verhalen' genereert. De dialoog blijft steken in dezelfde initiële voorstelling van de zaken, niet omdat de cliënt weerstand biedt of moeilijk tot verandering te brengen is, maar omdat men niet voldoende stabiliteit heeft geboden in het therapeutische kader om verandering te kunnen bewerkstelligen.

Uit alles wat we hierboven beschrijven, kunnen we niet anders dan concluderen dat de werkrelatie tussen de therapeut en de ICB'er bijzonder belangrijk is. Liefst collegiaal, respectvol en gelijkwaardig. Maar ook begrensd. Elk vanuit de eigen en uiterst verschillende rol. Met voldoende tijd voor overleg en afstemming. Zeker wanneer de therapeut en de ICB'er elkaar nog niet zo goed kennen, dient men hier ruimte voor te maken om te komen tot een vruchtbare samenwerking.

Meer oog voor het niet-verbale

Ons contact was dan ook onverstoord harmonieus, veel aangenamer om me te herinneren dan als het gaande was gehouden met gesprekken. (H.D. Thoreau, 1854/2015)

In een reguliere therapie, in een dyade, gebeurt veel tegelijkertijd. Het is een door elkaar lopen van spreken, luisteren, kijken, voelen, denken, enzovoorts. In de speciale context die we hier bespreken, het werken met ICB'ers, raken deze bezigheden meer 'opgedeeld'. Stel dat de therapeut iets wil vragen en het woord neemt. Op dat moment neemt hij tijd om te spreken. Vervolgens dient de therapeut echter te wachten, de tijd waarin de ICB'er zijn woorden vertaalt. Dan is er nog een tijd om te wachten – de tijd waarin de cliënt antwoordt, spreekt of reageert op de vraag van de therapeut. En tot slot is er weer een tijd om te luisteren, de tijd waarin de ICB'er de woorden van de cliënt vertaalt en ze zodoende verstaanbaar worden voor de therapeut.

Het is een bijzonder eigenaardig gegeven. Er ontstaan in het gesprek momenten waarin beurtelings de therapeut of de cliënt 'wacht'. Tijdens deze wachtperiodes kan men niet spreken en evenmin lukt het om te luisteren. Men zou dit wachten kunnen opvatten als tijdverlies, of een verlies aan rechtstreeks contact tussen de therapeut en de cliënt. Deze wachtperiodes kunnen ook een zekere *passiviteit* in het gesprek brengen. 'Het denken' wacht immers en 'het werken', het reflecteren valt mogelijk beurtelings bij therapeut en cliënt even stil.

Wij zijn van mening dat men deze wachtperiodes niet hoeft te ervaren als een verlies. Integendeel, wij aanvaarden blijmoedig het wachten. Want dit wachten temporiseert het gesprek en temporiseren is vrijwel altijd zinnig. Het schept ruimte voor reflectie. Maar bovendien creëert dit wachten, en dit is wellicht nog belangrijker, tijd om te *kijken*. Zoals we in de inleiding schetsten, is therapie bij uitstek een talige activiteit. Het belang van taal in therapie kunnen we niet genoeg onderschrijven. Maar tegelijkertijd willen we het hier relativeren. Want we spreken niet enkel met onze woorden, maar evenveel via de taal van ons lichaam. Met onze schuifelende voeten, gekruiste armen, sprekende blikken, tril-

lende handen, gebalde vuisten, gekromde ruggen, schuddende hoofden, zwiigende lippen, of onze vragende ogen. Wat kunnen we veel vertellen, zo zonder ook maar iets te zeggen, zonder een woord te gebruiken.

Men kan de taal wel als een act opvatten, als een gebaar van het gedrag. Maar dan laat men het essentiële van de taal weg: het samenvallen van degene die openbaart en wat geopenbaard wordt in het gelaat. (E. Levinas, 1961/2012)

Contact is een breder en meer gelaagd begrip dan onze talige communicatie. De ‘wacht’-momenten die ontstaan in deze gesprekken vormen ideale momenten om gericht te zijn op contact in de brede zin van het woord. Het zijn kansen om de *niet-talige communicatie* bewuster tot bloei te laten komen. Momenten waarop het woord niet langer domineert en we onze blik de ruimte kunnen bieden voor een werkelijke ontmoeting met het gelaat van de Ander.

Van ondervraging naar vrije associatie

Gedraagt u zich zoals bijvoorbeeld een reiziger die aan het raam van een treincoupé zit en aan iemand die bij het gangpad zit beschrijft hoe het uitzicht verandert voor zijn ogen. (S. Freud, 1913/2006)

De veranderingen die zich afspelen op het communicatieve niveau kunnen een belangrijke, complicerende factor zijn in het therapeutisch proces. Allereerst is er zoals gezegd het ‘wachten’ wat mogelijk een dempende invloed heeft op het mentaliserend effect van een therapeutisch gesprek. Daarnaast is het bijzondere aspect van deze gesprekken, met name *het vertalende karakter*, een complex gegeven dat risico’s in zich bergt. Het gesprekspatroon zoals hoger beschreven – de therapeut die iets zegt, de ICB’er die vertaalt, de cliënt die spreekt, de ICB’er die terugvertaalt en de therapeut die luistert – kan tot een vaste vorm verworden in het gesprek, een nogal *gesloten gesprekspatroon*. Als we deze formule te veel herhalen, dwalen we alsmar verder af van wat we vrije associatie noemen. Het kan een sfeer oproepen van een vraag-en-antwoordspel, of in het slechtste geval van een ondervraging.

Hoe kunnen we in deze therapeutische constellatie een sfeer creëren waarin de cliënt kan aangeven waarover hij wil spreken? Hoe kunnen we komen tot een gesprek waarin de cliënt zelf spreekt, spontaan en vrij over al hetgeen hem bezighoudt of invalt? In een sfeer alsof er geen hinder is van taal en vertaling. Hetgeen toch ons doel is in therapie. Immers, mijn vragen zijn niet van belang, maar het gaat om de vragen waar de cliënt mee worstelt!

Hoe kunnen we het initiatief tot spreken aan de cliënt laten, die wanneer hij wacht op vertaling in een passieve wachtmodus is gekomen? De vraag is ook hoe we gepaste stiltes kunnen inlassen, stiltes die het spreken van de cliënt voeden. Het zijn lastige, maar belangrijke vragen.

Om te beginnen is het zinvol om uit te leggen wat de bedoeling is van een therapie, en waarom we dit doen en op welke wijze. Het klinkt misschien te vanzelfsprekend, maar we zijn van mening dat we dit al te gemakkelijk overslaan. We mogen er niet te snel van uitgaan dat mensen met een andere culturele achtergrond wel zullen begrijpen wat het doel, de aard of de werkwijze van psychotherapie is, alsof onze werkwijze, onze culturele definitie van geestelijke gezondheidszorg universeel is. Wanneer cliënten hier vervolgens niet aan meewerken, zoals we verwachten, is het niet omdat die 'cultureel andere' weerstand biedt of 'niet kan associëren', maar hebben we vooral te maken met een slecht geïnformeerde cliënt. Uitleggen wie we zijn, wat we doen en waarom, is geen overbodige luxe. Het beeld dat Sigmund Freud gebruikte (het beeld van de treinreiziger) vinden wij een rijk en begrijpelijk beeld. Het is een metafoer die wij hanteren, maar niet willen opleggen. Laat elke therapeut hiervoor zijn eigen stokoude of gloednieuwe metaforen zoeken en hanteren. Het 'vertalen' van wat we doen in begrijpelijke taal is nuttig in psychotherapie. Het dwingt onszelf om telkens woorden te geven aan wat we doen en waarom. Uitleggen aan cliënten dat er na een vertaling verder gesproken mag worden, gebeurt letterlijk bij aanvang van een therapie. Naarmate de therapie vordert, kan dit gebeuren met onze ogen, met een blik van herkenning en aanmoediging. Het volstaat dikwijls al om het initiatief terug te geven aan de cliënt om hem verder te laten associëren. Soms is er een beetje hulp van onze kant nodig, waarbij we kort samenvatten wat hij gezegd heeft. Wanneer de therapeut een strikt abstinente positie inneemt, kan dit moeilijk worden. We pleiten ervoor om in de manier van omgang binnen deze therapeutische context enige soepelheid aan de dag te leggen. Het gaat er immers niet om wie het stilst kan zijn. Het is de bedoeling om als therapeut een *stillere positie* te vinden waardoor de cliënt voelt dat hij mag spreken en ruimte innemen. Dat de cliënt kan ervaren dat er iemand voor hem is waaraan hij zijn vragen en verhalen kan voorleggen.

Het vraagt veel tact, aanvoelen en mogelijk ook wat ervaring om dit proces te herkennen en bij te sturen. En bovendien confronteert het ons ook met de grenzen van het 'eigen' spreken. Al dat kijken dat we tussendoor doen – de niet-talige communicatie – zal ons hierbij helpen. Het zal ons leren aanvoelen wanneer de cliënt wil spreken, wanneer hij wil denken, wanneer zijn denken stilgevallen is. Het zal ons leren het ritme van een gesprek aan te voelen en te herkennen en hoe het herkenbaar te maken voor de cliënt.

En het goede nieuws is: het is niet onmogelijk. Vrije associatie in een gesprek met tolken en ICB'ers is mogelijk. En ook stilte kan zich hier openbaren. Dankzij de ICB'ers vormen

de grenzen van mijn taal dan toch niet de grenzen van mijn wereld. De ICB'ers leggen een brug over mijn talengrens en verleggen zo mijn horizon.

Ervaren is een prachtig woord. Jij hebt van de zee gehoord, maar ik heb er gevaren. (U. Libbrecht, 2008)

'Er-varen' betekent volgens Ulrich Libbrecht dat je iets niet alleen met je hoofd, maar ook met je hart weet. Je kunt nog zoveel van de zee weten, als je 'er gevaren' hebt, is je kennis pas compleet. Het specifieke van therapie buiten de comfortabele zone van de eigen taal is wellicht niet helemaal te verwoorden. Het is wellicht niet volledig uit te leggen of te beschrijven, net zomin als we kunnen uitleggen hoe het voelt de top van een berg te beklimmen. Het is immers een ervaring. Wij kunnen u slechts aanmoedigen en uitnodigen. En vertellen dat het een wereld openbaart die verder reikt dan de posters van exotische stranden en hagelwitte gletsjers.

Literatuur

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Chikhi, H., Zaka, Z., De Clerck, C., & Ben Driss, R. (2016). *Interculturele bemiddeling in de geestelijke gezondheidszorg: achter elke taal schuilt een cultuur*. Sint-Jans-Molenbeek: Foyer vzw in samenwerking met CGG Brussel. Geraadpleegd via <http://www.foyer.be/IMG/pdf/-61.pdf>
- Foyer vzw. (2013). *Zeg het met spreuken en zegswijzen: interpretatie als toegevoegde waarde bij interculturele bemiddeling*. Sint-Jans-Molenbeek: Auteur. Geraadpleegd via <http://www.foyer.be/IMG/pdf/zeghetmetspreukendef.pdf>
- Freud, S. (2006). Verdere adviezen over de psychoanalytische techniek (I): over het inleiden van de behandeling. (W. Oranje, Vert.). *Werken* (Vol. 6, pp. 184-205). Amsterdam: Boom. (Origineel werk gepubliceerd 1913)
- Kaufert, J., & Koolage W. (1984). Role conflict among 'culture brokers': The experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science & Medicine*, 18, 283-286. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90092-3](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(84)90092-3)
- Levinas, E. (2012). *Totaliteit en oneindigheid*. (T. de Boer & C. Bremmers, Vert.). Amsterdam: Boom. (Origineel werk gepubliceerd 1961)
- Libbrecht, U. (2008). *Oosterse filosofie: een inleiding*. Leuven: Davidsfonds.
- Meurs, P., & Gailly, A. (1998). *Wortelen in andere aarde: migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil*. Leuven: Acco.
- Rilke, R.M. (2016). *Briefe aus den Jahren 1892 bis 1904*. Nikosia, Cyprus: Verone. (Origineel werk gepubliceerd 1939)
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie: gezinstherapie als dialoog*. Leuven: Acco.
- Steiner, G. (1975). *After Babel: Aspects of language and translation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Thoreau, H.D. (2015). *Walden & De plicht tot burgerlijke ongehoorzaamheid*. (A. Haakman, Vert.). Antwerpen: De Bezige Bij. (Origineel werk gepubliceerd 1854)
- Wittgenstein, L. (1981). *Tractatus Logico-Philosophicus*. (W.F. Hermans, Vert.). Amsterdam: Athenaeum-Polak & Van Gennep. (Origineel werk gepubliceerd 1921)

Personalia

Chris Noorduin, zelfstandig gevestigd klinisch psycholoog-systeemtherapeut en supervisor in Centrum voor Psychotherapie, Psychiatrie en Seksuologie te Leuven en Brussels University Consultation Center (BRUCC) te Brussel.

E-mail: chrisnoorduin.cpps@gmail.com

Redouane Ben Driss, klinisch psycholoog-psychoanalytisch therapeut CGG Brussel.

Bart Van Hoof, beleidsmedewerker CGG Vlaams-Brabant Oost, klinisch psycholoog/client-centered therapeut CGG Brussel en supervisor in het BRUCC te Brussel.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegegeeld.