

De 'folie à deux' tussen antropologen en psychiaters: enkele punten van overeenkomst in het zieleleven van psychiaters en antropologen

Joop T.V.M. de Jong

De regelmatig oplevende polemiek tussen antropologen en psychiaters doet denken aan de 'folie à deux' zoals die in wisselende mate in partnerrelaties wordt aangetroffen. De overeenkomsten en verschillen in het zieleleven van beide beroepsgroepen vallen vooral op tijdens hun werkzaamheden in uitheemse culturen. In Nederland echter lijken beide professies weinig met elkaar van doen te hebben. De auteur roept daarom op tot meer samenwerking en noemt enkele gemeenschappelijke onderzoeksterreinen. Beide disciplines hebben volgens hem meer van elkaar te leren dan te vrezen.

De Angelsaksische literatuur bevat boeiende verslagen van antropologen en psychiaters die met elkaar redekavelen en soms felle polemieken voeren. Dat valt met name op in de literatuur over de Cultuurgebonden Syndromen (CBS) (De Jong 1991 b, c). Het gevecht tussen de twee beroepsgroepen doet sterk denken aan twistende partners. Deze bijdrage laat enkele overeenkomsten zien tussen partners die door middel van huiselijke ruzies hun verknochtheid aan elkaar laten blijken en antropologen en psychiaters die met elkaar de degens kruisen. Zoals bekend wordt ruzie maken in een relatie door velen verkozen boven een leven in eenzaamheid. Maar leven in relatieve eenzaamheid lijkt de beste typering voor de relatie tussen antropologen en psychiaters in Nederland. Het is opvallend hoe weinig de beide beroepsgroepen in ons land met elkaar te stellen hebben. Deze bijdrage is daarom tevens bedoeld als een aanzet om vanuit de transculturele psychiatrie te komen tot meer samenwerking tussen beide professies. Ik hoop aan te kunnen tonen dat beide disciplines meer van elkaar te leren dan te vrezen hebben.

Net als bij een paar dat zich voor behandeling meldt, is het bij antropologen en psychiaters zinvol om oog te hebben voor hun afkomst. Partners of echtvriend(inn)en hebben vaak al vanaf het begin van hun relatie een wereld opgebouwd die een verlengstuk is van of een reactie op de vroegere thuissituatie. De psychiater is afkomstig uit een gezin waarvan sommige leden de mythe koesteren dat zij in staat zijn om een aantal ziektebeelden te voorkómen of te genezen. De daaraan ontleende macht wordt vaak versterkt door de positie van de medicus binnen de gezondheidszorg of door de paraferalia waarmee die gezondheidszorg zich tooit. In

vergelijking met de psychiater, die vaak belaagd wordt door grote aantallen patiënten, beschikt de antropoloog niet over een duidelijk omschreven cliëntèle. Tijdens zijn veldwerk verdiept hij zich in de lokale gemeenschap en stelt zich daarbij bescheiden op om niet te veel invloed uit te oefenen op de resultaten van zijn onderzoek. Ondanks deze bescheidenheid kan ook de antropoloog zijn afkomst niet verloochenen. Zijn paradigma's zijn op dezelfde westers-theoretische uitgangspunten gebaseerd als die van de psychiater. Beiden zijn afkomstig uit een wereld die gekenmerkt wordt door "a salvational belief in the powers of science" (Geertz in Richters 1991).

De paden van psychiaters en antropologen kruisen elkaar regelmatig tijdens hun werkzaamheden in 'uitheemse culturen'. Soms heeft die kennismaking plaats door hun beider bemoeienis met gedrag dat we vandaag de dag benoemen als Cultuur-gebonden Syndromen (Simons & Hughes 1985, De Jong 1991b, c). Psychiaters krijgen te maken met symptomen als depressie, teruggetrokkenheid, angst, somatisatie of gewelddadig gedrag, 'gefundenes Fressen' voor hen. Maar ook antropologen worden soms geconfronteerd met de bij de CBS behorende vreemde gedragingen die veelal tot beroering leiden binnen de gemeenschap die zij observeren. En evenals de psychiaters beschouwen de antropologen de CBS als behorend bij hun expertise, omdat de symptomen vaak als coherente verschijnselen met inheemse namen in de door hen bestudeerde culturen bekend staan. *Latah*, *koro* en *amok* behoren tot de meest bekende van de 193 syndromen die door Simons & Hughes (1985) in hun *Culture-Bound Syndromes* worden beschreven.

Eén van de neurotische mechanismen die zich vaak bij een partnerkeuze voordoet, is de projectieve identificatie. Het gaat hier om het afweermechanisme waarbij iemand gevoelens of gedragingen die hij bij zichzelf niet beseft, naar de buitenwereld verlegt. Hij (of zij) zoekt een partner uit bij wie hij/zij het afgeweerde afwezig acht of juist meent waar te nemen. Weldra ontspint zich een machtsstrijd waarbij de partners elkaar de vermeende eigenschappen betwisten of de eigen projectie anderszins niet onder ogen wensen te zien.

Een vergelijkbaar conflict kan de kop opsteken tussen antropologen en psychiaters in het veld. De antropoloog kan er genoeg van krijgen om steeds afhankelijk te zijn van informanten die hij te vriend moet houden met diensten en giften, terwijl hij ziet dat de psychiater door patiënten wordt benaderd zonder daar iets bijzonders voor te hoeven doen. De antropoloog kan overvallen worden door verveling of een gevoel van zinloosheid. De beloning voor zijn vaak uitputtende veldwerk is intrinsiek en krijgt mogelijk pas later substantie in de vorm van een artikel of een boek.

De psychiater van zijn kant heeft er genoeg van door steeds grotere groepen patiënten te worden opgeëist. Hoewel de eenvoud van de westerse nosologie hem helpt om behandelplannen voor patiënten op te stellen, stoort het hem dat hij geen tijd heeft voor de cultuurspecifieke nuances in de klachtenpresentatie van zijn patiënten. En hij ziet hoe de antropoloog onder beroepsmatig genot van palmwijn of gerstebier mensen en rituelen observeert waarvan hij in de avonduren misschien nog even een resumé te horen krijgt.

Al spoedig raakt de idylle tussen beiden verstoord, hetgeen zich uit in het ook voor partners zo bekende patroon van een stroom verwijten. De antropoloog verwijt de psychiater hubris. Hij heeft te weinig oog voor het unieke in de mens, perst zijn patiënten in het keurslijf van zijn westers classificatie-systeem en beweert vervol-

gens dat gekte een universeel verschijnsel is. Zijn psychiatrische classificatie is te grof voor de gedetailleerde diepte-interviews van de antropoloog (Corin & Murphy 1979). Die diepte-interviews sterken de antropoloog juist in zijn cultuurspecifieke benadering van deviant gedrag. Bovendien, vervolgt de antropoloog, transformeert de psychiater sociale subtiliteiten in medische zekerheden (Kapur 1987). Hij creëert stigmatiserende ziekte-labels die een self-fulfilling prophecy worden bij het verloop van schizofrene en andere chronische aandoeningen (Waxler 1977). Hij hanteert die ziekte-labels om deel te kunnen nemen aan medisch-wetenschappelijk onderzoek dat vraagt om onderzoeksgegevens die geschikt zijn voor statistische bewerking. De psychiater heeft oogkleppen op voor de complexe interactie tussen de sociaal-politieke historische context enerzijds en gedrag, emoties en cognities van de mens anderzijds.

Omgekeerd maakt de psychiater de antropoloog verwijten over diens narcisme. Hij vindt dat de antropoloog zijn veldwerkervaring te zeer particulariseert en het unieke van zijn onderzoeksgegevens overdrijft. Hij voert aan dat de antropoloog zich in de kuif gepikt voelt wanneer anderen beweren dat de resultaten van zijn onderzoek passen in een universele theorie. De antropologische neiging tot particularisme gaat volgens de psychiater gepaard met de anale mentaliteit van landje-pik: de antropoloog neigt ertoe zijn onderzoeksgebied voor zichzelf te houden. Hij weert anderen uit zijn territorium in plaats van pogingen te ondernemen zijn onderzoeksresultaten door anderen te laten valideren. Deze fundamenteel onwetenschappelijke houding zou er onder meer toe geleid hebben dat de destijds revolutionaire bevindingen van Margaret Mead op Samoa pas vele jaren later bestreden werden (Freeman 1983). Net als bij de rouwverwerking rondom een overledene met wie een ambivalente relatie bestond, idealiseert de antropoloog zijn veldwerkperiode, zodat zijn heroïsche verhalen over participerende observatie een proeve van overdekking door het tegendeel lijken te zijn (Van der Klei 1989). Bovendien heeft de antropoloog geen kijk op de biologische en persoonlijke determinanten van gestoord gedrag. Of hij verwaardigt zich om een nieuwe as aan DSM-III toe te voegen (Kleinman & Good 1985), terwijl de bestaande assen nog niet eens getoetst zijn op transculturele vergelijkbaarheid; of hij valt de hele 'Wichtigmacherei' rondom de CBS aan door voor te stellen het begrip af te schaffen (Hahn 1985).

Maar onder het verwijt van narcisme zit bij de psychiater ook angst voor de antropoloog. De antropoloog heeft zich namelijk in het aura van de psychiatrische praxis binnengedrongen. Als een inwendig doktertje meent hij allerlei aspecten van de psychiatrie te kunnen ontleiden. Daarbij hanteert hij de scalpel niet alleen ten aanzien van de diagnostische classificatie of het simplistisch transplanteren van psychodynamische theorieën op 'primitieve' culturen (Skultans 1991), maar ook ten aanzien van het voorschrijfgedrag van de psychiater, diens interactie met de patiënt, of de interventies van psychiater en psychotherapeut. Omgekeerd vreest de antropoloog dat de psychiater normaliteit en deviantie kan schouwen op een manier die hem ontgaat. De antropoloog registreert de spilfunctie van de psychiater binnen de geestelijk gezondheidszorg en vreest dat hij genoeg moet nemen met de rol van luis in de pels.

Net als kibbelende partners ontdekken antropologen en psychiaters pas na langere tijd dat ze mogelijk meer van elkaar te leren dan te vrezen hebben. Na een hectische en symmetrische escalatie treedt dan een periode van relatieve rust op. De strijdbijl wordt begraven en de dialoog komt op gang. Een paar aspecten van die dialoog werden elders beschreven aan de hand van drie Cultuurgebonden Syndromen, namelijk *latah*, *koro* en de verschillende benamingen, waaronder het fenomeen van de slaapverlamming bekend staat (De Jong 1991b, c). Uit die dialoog blijkt dat een aantal psychiaters en antropologen er de voorkeur aan geeft om bij het bestuderen van deviant gedrag in andere culturen een probleem-georiënteerde en niet een discipline-georiënteerde benadering te volgen. Beide groepen komen tot de conclusie dat het zinloos is om een primaat van biologie of cultuur te postuleren. Ook blijken beide beroepsgroepen een paradigma voor ogen te hebben dat culturele, biologische en omgevingsvariabelen integreert. Tegelijk wordt geconcludeerd dat naarmate voorbeelden van deviant gedrag méér 'en détail' overeenkomen, het waarschijnlijker is dat de overeenkomsten van biologische aard zijn en dat de cultureel bepaalde verschillen vooral met betekenisverlening en lokale etiologische opvattingen te maken hebben.

Vaak echter blijken die details bij psychiatrisch onderzoek te ontbreken. Dit sluit aan bij de kritiek van antropologen op psychiaters. Zoals gezegd vindt menig antropoloog dat de psychiater vaak weinig oog heeft voor de nuances en het unieke in de mens. Hoewel deze uitspraak op zich de psychiatrie in haar geheel onrecht doet, valt er veel te winnen bij een hechtere samenwerking tussen de disciplines vanuit een cultuur-dynamisch gezichtspunt. Bijvoorbeeld wat betreft de onderzoeksmethodologie van disciplines als de medische en de sociale antropologie of de 'ethnoscience'. Een mooi voorbeeld is het onderzoek van Good & Good (1982) in Iran. Eerst inventariseerden zij de lokale categorieën van 'distress', vervolgens exploreerden zij de betekenis die aan die categorieën werd toegeschreven om daarna hun kwalitatieve gegevens te toetsen aan epidemiologisch onderzoek.

Ook in Nederland zou er veel gewonnen kunnen worden bij een hechtere samenwerking tussen antropologen of (niet-westerse) sociologen en gedragsdeskundigen zoals psychologen en psychiaters. Vanuit mijn eigen medicentrische optiek denk ik dat meer samenwerking inzicht kan bieden in de manier waarop westerse en lokale (of alternatieve) gezondheidszorgsystemen op elkaar kunnen worden afgestemd zonder 'a priori' uit te gaan van de universele superioriteit van het westers model. Een gecombineerde etnografisch-psychiatrische benadering kan bijvoorbeeld resulteren in interventie- en opleidingsprogramma's die ingebed zijn in de lokale cultuur en aansluiten bij het sociale netwerk van de doelgroep (verg. De Jong 1991d). Inzicht in de cultuurspecifieke 'idioms of distress' kan voorkómen dat epidemiologisch onderzoek achteraf de vraag oproept wat de gevonden cijfers nu eigenlijk meedelen over de aard en de omvang van de psychosociale nood van de onderzoekspopulatie.

De volgende onderzoeksvragen kunnen zich bijvoorbeeld voordoen in de migrantenhulpverlening: Wat is de prevalentie en de incidentie van psychiatrische en psychosociale aandoeningen bij migranten (De Jong 1991a)? Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er tussen migranten en vergelijkbare groepen autochtonen ten aanzien van het denken en handelen over (psychische) aandoeningen?

Welke factoren beïnvloeden het hulpzoekgedrag? Welke verschillen in ziektebeleving en -gedrag bestaan er tussen de verschillende generaties migranten en tussen de grootste etnische groepen inclusief autochtone Nederlanders? Welke culturele factoren vormen een knelpunt in de hulpverlening aan migranten? Sorteert de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg effect bij migranten en hoe verhoudt dit effect zich tot de behandeling door een traditionele genezer? Hoe zijn verschillen in effect tussen behandelvormen en tussen etnische groepen te verklaren met behulp van variabelen die refereren aan culturele voorstellingen en aan de communicatie tussen behandelaar/genezer en patiënt? Wat zijn de kenmerken van de systemen van geestelijke gezondheidszorg in de landen van herkomst en hoe zijn deze systemen te vergelijken met het Nederlandse systeem? Hoe ervaren migranten deze verschillen en wat zijn de consequenties voor de hulpverlening of voor repatriëring naar het land van herkomst (De Jong 1988, verg. Van Dijk 1989).

Maar ook in een wijder verband zijn er talloze onopgeloste vragen bij de beantwoording waarvan de antropologie en de psychiatrie veel baat zouden kunnen hebben van elkaar. Om een paar voorbeelden te noemen: de vraag naar de zin en de onzin van westerse classificatiesystemen of van persoonlijkheidstypologieën in uiteenlopende culturen. Of de nog nooit beantwoorde vraag over de relatie tussen sociaal netwerk, 'expressed emotion', sociaal-economische omstandigheden en de betere prognose van schizofrenie in niet-westerse culturen.

Misschien kan het toch nog een aardige relatie worden tussen de psychiatrie en de antropologie.

Noot

Joop T.V.M. de Jong heeft als arts en psychiater-psychotherapeut in Senegal en Guinee Bissau gewerkt en is nu betrokken bij de ambulante zorg aan migranten in Nederland. Hij voert in teamverband onderzoek uit in Nederland en buiten Europa en is adviseur en consulent van onder andere de WHO. Hij promoveerde op zijn werk en onderzoek in Guinee Bissau en publiceerde onder meer op het gebied van de psychiatrische epidemiologie en public health, klinische en ambulante psychiatrie, psychotherapie en psychiatrische antropologie.

Literatuur

Corin, E. & H.B.M. Murphy

1979 *Psychiatric perspectives in Africa. Part I: The Western viewpoint. Transcultural Psychiatric Research Review* 16: 147-77.

Dijk, R. van

1989 Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. *Medische Antropologie* 1 (2): 131-43.

Freeman, D.

1983 *Margaret Mead and Samoa: The making and unmaking of an anthropological myth*. Cambridge: Harvard University Press.

Good, B. & M.J. Del Vecchio Good

1982 Towards a meaning-centered analysis of popular illness categories: 'fright illness' and 'heart distress' in Iran. In Marsella, A.J. & G.M. White (eds) *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Dordrecht: Reidel, pp. 141-66.

- Hahn, R.A.
 1985 Culture-bound syndromes unbound. *Social Science & Medicine* 21 (2): 165-71.
- Jong, J.T.V.M. de
 1988 Een kwantitatief en kwalitatief etnopsychiatrisch onderzoek naar communicatieprocessen en behandelingseffecten bij hulpverlening aan allochtone en autochtone Nederlanders. Projectvoorstel.
 1991a Migranten zorg, een janusbeleid? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33 (6): 418-29.
 1991b Het universalisme-debat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. Aangeboden aan *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
 1991c Angst rondom het slapen in verre en nabije culturen. Aangeboden aan *Tijdschrift voor Psychiatrie*. Ter perse.
 1991d IPSEr-WHO-WFMH Program on the identification, management and prevention of psycho-social and mental health problems of refugees and victims of man-made disaster within primary health care. Maastricht: Institute for Psycho-social and Socio-ecological Research (IPSEr).
- Kapur, R.L.
 1987 Commentary on culture-bound syndromes and international disease classification. *Culture, Medicine & Psychiatry* 11 (1): 43-9.
- Klei, J.M. van der
 1989 *Trekarbeid en de roep van het heilige bos*. Nijmegen: IKEN.
- Kleinman, A. & B. Good (eds)
 1985 *Culture and depression*. Berkeley: University of California Press.
- Richters, A.
 1991 *De medisch antropoloog als verteller en vertaler. Met Hennes op reis in het land van de afgoden*. Academisch proefschrift.
- Simons, R.C. & C.C. Hughes (eds)
 1985 *The culture-bound syndromes*. Dordrecht: Reidel.
- Skultans, V.
 1991 Anthropology and psychiatry: the uneasy alliance. *Transcultural Psychiatric Research Review* 28 (1): 5-25.
- Waxler, N.
 1977 Is outcome for schizophrenia better in non-industrialized societies. *Journal of Nervous and Mental Disease* 167: 144-58.