

Kinderen en conversieverschijnselen

Over de gevolgen van de stress hypothese

Ria Reis

Door ziektesymptomen te vertonen oefenen kinderen invloed uit op hun omgeving. De reikwijdte daarvan wordt bepaald door culturele opvattingen over de sociale kwetsbaarheid van kinderen en verantwoordelijkheid van kinderen voor het ontstaan van ziekte. Aan de hand van onderzoeksmateriaal met betrekking tot individuele en collectieve verschijnselen van conversie wordt nagedacht over de mate waarin de stress-hypothese onderliggende problemen begrijpelijk en hanteerbaar maakt. Onze samenleving is geneigd de axiomatische onschuld van kinderen om te buigen naar het ter verantwoording roepen van hun moeder of ouders. Er is geen idioom meer voorhanden waarin ziekmakende invloeden van de samenleving aan de kaak worden gesteld.

[conversie; psychogene aanvallen; agency; stress-hypothese; parent-blaming]

Dinsdag 16 november 1999 besteedde Het Journaal aandacht aan de uitkomst van een opmerkelijk onderzoek van TNO Delft. Met radar, endoscopie en akoestische technieken werd centimeter voor centimeter de bodem onder een openbare basisschool in een dorp in Drenthe onderzocht. Men vond twee kelders, maar daarvan zat de één al langer dan twintig jaar vol met puin en de ander bleek een gedeeltelijk met zand gevulde stortkelder van slechts een halve meter diep. Het onderzoek toonde aan dat er zich onder de openbare basisschool De Dreef geen voor mensen toegankelijke ondergrondse ruimten, gangen of kelders bevonden. Daarmee werd definitief de overtuiging van vier ex-ouderparen van de school weerlegd dat hun kinderen in kelderruimten onder het schoolgebouw en de directeurswoning door leerkrachten seksueel zouden zijn misbruikt.

De reacties van betrokkenen na het onderzoek waren opmerkelijk. De ouderparen waren geenszins opgelucht over de uitkomst van het onderzoek, zoals zij twee jaar eerder ook al teleurgesteld waren toen het justitieel onderzoek geen aanwijzing voor seksueel misbruik had opgeleverd. Zij wezen op de symptomen van misbruik die zij bij hun kinderen zagen, en zeiden dat als TNO het bestaan van de kelders had aangetoond, zij eindelijk objectieve ondersteuning gehad zouden hebben voor de verhalen van hun kinderen. De directeur van de school toonde zich daarentegen diep gekwetst over de schade die de affaire in de dorpsgemeenschap had aangericht en de manier waarop de school en de leerkrachten in de ogen van het hele land te schande waren gemaakt. De aanstichters, de kinderen die de verhalen hadden verteld, werden door hem echter niet

benoemd. Een maand later legde de politierechter vijf van de ouders een voorwaardelijke boete van vijfhonderd gulden op wegens smaad, omdat ze tegenover een journalist grievende uitspraken hadden gedaan over het lerarenteam. De ouders verdedigden zich op de zitting met het argument dat het niet hun eigen woorden waren geweest, maar dat ze slechts de verhalen van hun kinderen hadden doorverteld. In het vonnis stelde de rechter echter dat “hij die andermans woorden herhaalt, die woorden tot de zijne maakt en daardoor niet straffeloos is”.

In de laatste drie decennia is voldoende aangetoond dat seksueel misbruik van kinderen veelvuldig voorkomt. Ook verhalen over ritueel misbruik worden door kinderpsychiaters serieus genomen als zeldzame, maar bestaande vorm van mishandeling. De lichamelijke en psychische gevolgen ervan worden in handboeken beschreven. Ik haal de gebeurtenissen rond De Dreef hier dan ook niet aan om het waarheidsgehalte van kindermisbruik te bespreken. Kindermisbruik is niet het onderwerp van dit artikel. Wat mij in de gebeurtenissen rond De Dreef fascineert is hoe kinderen met bepaalde verhalen de samenleving in rep en roer kunnen krijgen, hoe volwassenen op basis van die verhalen de strijd met elkaar aangaan, en hoe in die strijd de doelgerichte macht van kinderen, hun ‘agency’, onzichtbaar blijft. Waarom waren de ouders niet opgelucht toen onomstotelijk was vastgesteld dat de school hun kinderen niet seksueel had misbruikt? Waarom werden niet de kinderen, maar hun ouders op hun smadelijke verhalen aangesproken?

In dit paper denk ik na over de mogelijkheid dat kinderen door betekenisvolle symptomen te vertonen commentaar leveren en invloed uitoefenen op hun omgeving, over de reikwijdte van deze invloed in onze cultuur, en de wijze waarop culturele opvattingen over verantwoordelijkheid van kinderen bij ziekte daarin een rol spelen.

Verantwoordelijkheid voor ziekte

Als ‘macht’ wordt omschreven als het vermogen om invloed uit te oefenen, zou medisch antropologisch onderzoek naar de macht van kinderen over ziekteprocessen zich kunnen richten op de vraag hoe zulke macht van kinderen cultureel wordt geconstitueerd. Formele regels en wetten kunnen daarin een rol spelen. In Nederland vindt thans bijvoorbeeld een discussie plaats over de leeftijdsgrens waarboven mensen voldoende toerekeningsvatbaar worden geacht om te kiezen voor euthanasie. Recentelijk heeft de regering voorgesteld zelfstandige beslissingen voor euthanasie aan kinderen vanaf twaalf jaar toe te staan, desnoods tegen de wens van de ouders in. Vooralsnog ontbreekt voor dit voorstel een meerderheid in de Tweede Kamer, maar de kwestie laat zien dat er verschillende opvattingen mogelijk zijn, en historische verschuivingen daarin, over de leeftijd waarop aan kinderen persoonlijke verantwoordelijkheid over hun lichaam wordt toegekend. In de vaststelling daarvan spelen cultureel en historisch bepaalde opvattingen over volwassenheid een rol. Daarbij kan het gaan om opvattingen over de leeftijd waarop men als biologisch volgroeid wordt beschouwd, maar ook het tijdstip waarop iemand wordt geacht een volwaardige rol in de samenleving te kunnen spelen (cf. Oudshoorn 1992: 197). Betekenissen die aan ‘kind-zijn’ worden

gegeven, bepalen de verantwoordelijkheid die aan kinderen wordt toegekend en uiteindelijk de macht die zij kunnen uitoefenen op processen van ziekte.

In mijn onderzoek naar medische pluraliteit in Swaziland vormden denkbeelden over oorzaken van epilepsie een aanknopingspunt om met genezers over de kwetsbaarheid van kinderen te praten. De meeste genezers waren van mening dat men bij kinderen onder de twee jaar voor een verklaring van hun epilepsie naar natuurlijke oorzaken moet zoeken. Kleine kinderen kunnen bijvoorbeeld epileptische aanvallen krijgen doordat ze per ongeluk in aanraking zijn gekomen met de dampen van medicijnen die bij een traditionele behandeling tegen epilepsie kunnen vrijkomen. Ook erfelijkheid of een moeilijke geboorte werden genoemd. Het is volgens genezers zeer ongebruikelijk dat aan epilepsie bij kinderen onder de twee jaar hekserij of kwaad medicijn ten grondslag ligt. Als een diagnose van kwaaddoenerij geïnterpreteerd mag worden als een verklaring in termen van problemen in menselijke relaties, dan wordt met de leeftijdsgrens voor zo'n diagnose het kind geduid als sociaal nog niet volwaardig functionerend. Het kind maakt nog niet zelfstandig deel uit van intermenselijke verbanden waarin jaloezie, afgunst en competitie, de gronden voor kwaaddoenerij, een rol spelen.

Er waren genezers die sprekend over epilepsie een grens van twee jaar aangaven, maar die in een discussie over kwaaddoenerij stelden dat iedereen het slachtoffer van hekserij of kwaad medicijn kan worden, zelfs ongeboren kinderen. Via het kind raakt men de moeder. Het kind kan slachtoffer zijn als gevolg van de problemen van mensen waarmee men verbonden is. Ook in de verhalen van ouders van kinderen met epilepsie en volwassenen die terugkeken op hun jeugd met epilepsie was een bepaalde leeftijdsgrens voor diagnoses van kwaaddoenerij veel minder zichtbaar. Bij een kwart van de mensen die hun eerste aanval voor het tweede levensjaar kregen, werd door de geraadpleegde genezer toch in eerste instantie kwaad medicijn als oorzaak geopperd. In Swaziland kwamen diagnoses van kwaaddoenerij vaker voor naarmate het kind bij de eerste aanval ouder was. Opvattingen over verantwoordelijkheid bij ziekte weerspiegelen opvattingen over sociale groei. Opvattingen over sociale kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid van kinderen bij ziekte zijn niet helder afgebakend, juist omdat kinderen per definitie in ontwikkeling, volwassenen in wording zijn.

Agency bij aanvallen

In Nederland probeert men, ik heb het hiervoor al genoemd, opvattingen over persoonlijke verantwoordelijkheid en de mate van autonomie in beslissingsprocessen met betrekking tot ziekte en gezondheid af te bakenen in regels en wetten. Als onderdeel van een geformuleerd stelsel vertonen dergelijke regels en wetten echter een regelmaat en interne consistentie die in de (klinische) praktijk niet terug te vinden zijn. In mijn gesprekken met Nederlandse ouders en kinderen over de epilepsie van de laatsten, kwam naar voren hoe problematisch en ambivalent toekenning van verantwoordelijkheid aan kinderen voor ziekte is. Veel ouders gaven uit eigen beweging aan dat zij zich wel eens de vraag hadden gesteld in hoeverre hun kind macht over de ziekteverschijnselen had. Dat betrof niet het hebben van epilepsie als zodanig. Alle ouders hingen de medische

visie aan dat epilepsie een hersenaandoening is, en dat iemand die dat heeft daar niets aan kan doen. Men was echter minder stellig over een mogelijke invloed van het kind op het daadwerkelijk optreden van een aanval. Deze twijfel komt overigens niet alleen naar voren bij kinderen, maar ook bij volwassenen met epilepsie. Het idee dat stress en spanningen bij mensen met een epileptische constitutie aanvallen kunnen opwekken, is wijdverbreid, niet alleen onder leken maar ook onder hulpverleners. Volwassenen die ondanks medicatie aanvallen blijven houden, zijn geneigd de omstandigheden te onderzoeken waaronder hun aanvallen optreden. Als zichzelf of mensen in hun omgeving of hulpverleners concluderen dat spanningen er een rol in spelen, zal men pogingen doen spanningen te vermijden of te leren anders met spanningen om te gaan. (cf. Reis 1998). Bij kinderen, die niet door zelfreflectie aan zo'n zoekproces deelnemen, wordt door de ouders toekenning van dergelijke verantwoordelijkheid voor de ziekteverschijnselen als buitengewoon problematisch beleefd. Zo vertelden ouders over hun dochtertje:

“Het is moeilijk om zo'n kind op te voeden. Want als wij kwaad op haar waren (ja, ze heeft duizend keren katekwaad uitgehaald) dan was ze meteen 'weg', dan reageerde ze daarop met een aanval. Nou ja, als ouders, je hart breekt, maar je kan het ook niet toelaten, dat ze de gekste dingen uitspookt. (...) Als er ruzie was bijvoorbeeld, of ze kreeg een standje, zo van 'Katja, ophouden!', dan was het meteen gebeurd. Daar hebben we best moeite mee gehad () zodat je aan de neuroloog gaat vragen: 'doet ze dat expres, of gebeurt het vanzelf?' Opdat ze daar niet op een gegeven moment misbruik van gaat maken. Dat ze het oproept, bijvoorbeeld als ze iets heel graag wilde en dat ging niet door. Als ze zich ergens tegen verzette, of toen het niet goed ging met haar klasgenootjes, dat was echt een rampjaar, () toen kreeg ze ze wel dertig keer per dag. Toen heb ik er ook met de neuroloog over gesproken. Toen heeft hij een gesprekje met haar gehad (...) En zei hij: 'nee, zo'n kind is dat niet'. Nou dachten wij dat ook, maar toch ga je een beetje twijfelen als ouders (...) Ik weet nog, er waren twee vriendinnetjes, we hadden een oud spiraalbed, en dat moest naar de vuilnisman en dat stond tijdelijk in de tuin. En ze waren vreselijk aan het springen, maar mijn man was bang dat het al zo verroest was dat ze er doorheen zouden trappen. Dus hij riep vanuit de keuken van 'niet doen!' en zo, een paar keer. En toen is ze er toch weer op gegaan. En toen riep hij: 'Katja, hoe vaak moet ik het nog zeggen?!' En toen was ze meteen weg. Het zijn van die momenten dat je denkt van ja: wordt het opgeroepen? Dat ze denkt van: 'als ik maar een aanvalletje krijg mag ik het wel'. Dat was nou zo'n moment dat we daar een beetje bang voor waren. (...) En we willen absoluut niet dat het zou gebeuren dat ze dáár misbruik van zou gaan maken. Soms moest ze toch even voorzichtig bij haar oortjes gepakt worden, ook al heeft ze die epilepsie (...) Dat was heel lastig.

Nog ingewikkelder ligt het probleem als er niet-epileptische aanvallen van psychogene aard in het geding zijn. Zulke aanvallen worden ook wel 'pseudo-epileptische aanvallen', 'spanningsaanvallen' of 'functionele aanvallen' genoemd. Ze lijken in hun fenomenologie op epileptische aanvallen, maar ze berusten niet op epileptische activiteit in de hersenen. Voor ouders is de mededeling dat hun kind aan psychogene niet-epileptische aanvallen lijdt vaak een grote schok, een gevoel dat hun kind hen voor de

gek heeft gehouden. De moeder van Elsje (pseudoniem) over deze ontdekking bij haar ernstig motorisch en verstandelijk gehandicapte dochtertje van acht jaar oud:

“En nu zit ze dan al ruim anderhalf jaar op de Tylytschool. Na de grote vakantie is het begonnen met die kleine aanvallen, series achter series, enzovoort, enzovoort. Maar ja, nú komt het! Nou hebben ze een (...) cassette EEG gemaakt op school, en de absences (*kortdurende gegeneraliseerde epileptische aanvallen met slechts een storing in het bewustzijn, geen bewusteloosheid, R.R.*), maar waarvan de leerkrachten dachten dat het absences waren, waren geen absences. Er was niks op het EEG te zien. En toen hebben ze ook een lint-EEG gemaakt. Niks te zien. En ja, dan ga je twijfelen (...) Ook een beetje dat je je eigen bedonderd voelt door je eigen dochter. En dan denk je van: ‘Elsje, wat heb je nou gedaan!’ Ja! (...)

Elsje is omdat ze ook bepaald een hele hoop kan, een erg gezien kind. Dat is ze altijd wel geweest, maar nou had die juf denk ik alle tijd voor haar (...) En Elsje had toen misschien één of twee echte aanvalletjes en daar is juf van geschrokken, en is heel bezorgd geweest. En, ja, (...) misschien heeft Elsje daar onbewust op ingespeeld, vermoeden we. (...) Maar het is zo typisch dat het vanaf januari, sinds ze dan met die nieuwe medicijn begonnen is (...) ja het ging gewoon hartstikke goed voor de vakantie. Dat rapportje ook, dat was echt zo’n rapport om in te lijsten, eigenlijk te mooi voor woorden. En toen na de vakantie, iedere dag stond dan in het schriftje: ‘ze heeft zoveel aanvalletjes, Elsje is de oude niet meer’. En dat bleef maar zo. (...) Dat is zo verschrikkelijk raar! Dat is ook iets waar de neuroloog mee zit: ‘ja hoe komt dat’. (...) Ja, en de eerste ideeën van de neurologe gaan toch die richting op van ... dat het psychogene aanvallen zijn.

De stress hypothese

Psychogene niet-epileptische aanvallen bij kinderen vallen in de psychiatrie onder de categorie conversieverschijnselen. Conversie staat in de psychiatrie voor een ‘somatoforme stoornis’, met andere woorden: lichamelijke klachten voortkomend uit een psychische stoornis. De term ‘conversie’ vervangt de in onbruik geraakte term ‘hysterie’. Volgens psychiatrische handboeken treedt conversie vooral bij kinderen op, maar zelden voor het vijfde levensjaar en vooral in de adolescentie. Meisjes zijn er meer ontvankelijk voor dan jongens. In de DSM IV wordt iets conversie genoemd als symptomen zouden kunnen wijzen op een onderliggende neurologische of andere somatische aandoening, terwijl tevens duidelijk is dat deze het symptoom niet kunnen verklaren. Psychische factoren worden verondersteld verband te houden met de symptomen omdat aan die symptomen conflicten of andere stressfactoren voorafgingen. Om de diagnose te krijgen mag er geen opzet in het spel zijn en het symptoom niet een binnen die bepaalde culturele context geaccepteerde vorm van beleving zijn (Sanders-Woudstra et al. 1995: 305).

Sanders-Woudstra et al. (1995: 308) merken op dat conversie en pijnstoornis, beide fenomenen die meer bij kinderen dan bij volwassenen optreden, de enige stoornissen zijn waarbij de DSM IV een relatie legt tussen de aandoening en de oorzaak ervan:

stress voorafgaand aan het symptoom is een van de criteria voor vaststelling van dat symptoom. Zij laten zich daar kritisch over uit omdat de ernst van de stress die tot conversie zou kunnen leiden niet wordt aangegeven, en omdat niet duidelijk is of acute of chronische belasting wordt bedoeld. Bovendien, zo stellen zij, hoeft de aanwezigheid van stress niets te zeggen over de relatie daarvan met de symptomen. Niettemin noemen zij een aantal potentiële stressfactoren die een rol zouden kunnen spelen in de pathogenese van conversie bij kinderen: seksueel misbruik, psychiatrische problematiek bij één of beide ouders, stress in het verlengde van een somatische ziekte, na een ongeval, schoolproblemen, niet onderkende leerproblemen en problemen in de contacten met leeftijdgenoten.

Mijns inziens zijn de problemen met de psychiatrische classificatie van deze verschijnselen vooral terug te voeren op de cirkelredenering die erin verscholen ligt. Het axioma van stress als factor in de pathogenese volgt rechtstreeks uit de aanname dat aan conversie geen opzet ten grondslag ligt. Als een kind niet verantwoordelijk is voor het optreden van de psychisch gestuurde aanvallen die het vertoont, als het dergelijke aanvallen niet 'wil' of 'bedoelt', moet men wel aannemen dat die symptomen een reactie vormen op iets anders waarmee het kind een relatie heeft. In onze cultuur zijn 'stress' en 'spanningen' bij uitstek concepten waarmee de relaties van het individu met zijn omgeving bespreekbaar worden gemaakt (cf. Reis 1998, 2000). Bij een duiding van een symptoom als conversie doet het axioma van stress voorafgaand aan het symptoom onmiddellijk zoeken naar factoren die de stress zouden kunnen verklaren. Dat is ook zichtbaar in de reactie van Elsjes moeder op de psychogene aanvallen van haar dochtertje.

"(...) ja er is in die vakantie natuurlijk wel het nodige gebeurd. We moesten terugkomen van vakantie omdat mijn oma overleden was. Voor die tijd kwam altijd 's zaterdags mijn oma op bezoek, of mijn moeder op bezoek, Elsjes oma. En dat gebeurde al die tijd sinds mijn oma ziek was niet meer. (...) En als mijn moeder eens kwam, dan was ze best wel eens verdrietig, een beetje huilen enzovoort, dat maakt natuurlijk best indruk op kinderen. Maar aan de ander kant, dan denk ik, van: 'ja waar moet mijn moeder het anders kwijt?' (...) Normaal gesproken zou mijn moeder altijd meegaan met vakantie. Afgelopen zomer is dat ook niet gebeurd, dat vonden ze ook maar gek hè, oma niet mee. We waren lekker een paar dagen met vakantie en toen werden we teruggeroepen, en toen was oma overleden, dus het is allemaal zo gek gegaan, vol spanningen (...) en dan denk je wat heeft dat nou voor een effect op haar gehad, haar zus praat erover, maar zij niet."

Ook al verwijst het concept van stress naar relaties met de omgeving, dat betekent niet noodzakelijk dat de verantwoordelijkheid voor conversie ook daadwerkelijk bij de omgeving zou liggen. Integendeel, de mate waarin stress en spanningen problematisch of ziekteverwekkend worden, wordt geacht samen te hangen met de mate waarin individuen in staat zijn met stress en spanningen om te gaan (Reis 1998). Deze toewijzing van verantwoordelijkheid past geheel in de moderne westerse visie op het individu als een uniek gemotiveerd en handelend bewustzijn dat belichaamd wordt door en voortkomt uit één lichaam en de biografie van dat lichaam (Littlewood 1997: 80). In een commentaar op een artikel van Bibeau (1997) over de rol van de culturele psychiatrie en medische antropologie in een pluralistische en globaliserende wereld, geeft Little-

wood een benauwend beeld van de eisen die aan dit moderne 'zelf' worden gesteld. In Noord-Amerika en Europa is steeds meer nadruk komen te liggen op individuele verantwoordelijkheid voor ziekte, werkloosheid en armoede, en er is steeds minder ruimte voor 'ongelukkig toeval'. 'Ongelukken' worden ervaren als gewelddadige traumata veroorzaakt door weloverwogen misbruik of verwaarlozing door andere individuen die we vervolgens moreel en wettelijk aansprakelijk kunnen stellen (Littlewood 1997: 82).

Deze analyse maakt echter meteen duidelijk waarom de stress hypothese problemen oplevert als men er symptomen bij kinderen mee probeert te verklaren. Bij kinderen worden processen van individualisering immers als nog niet voltooid beschouwd. De mate van autonomie van het 'zelf', en daarmee de mate waarin men aan hen 'agency' kan toekennen, is bij kinderen beperkt. Meer onmiddellijk dan bij volwassenen verwijst 'stress' naar verantwoordelijkheid voor het lijden bij de omgeving. Daarin ligt ook de kern van de problematiek van ouders, wanneer zij met een diagnose van conversie worden geconfronteerd. In het zoeken naar persoonlijke verantwoordelijkheid kunnen de kernrelaties van het kind aan de orde gesteld worden. Zo vertelt de moeder van Elsje:

"Ja, ze moeten alles natuurlijk een beetje nagaan, maar op school hoorde ik van de directeur vorige week dat de neurologe ook gevraagd had of er geen indruk bestond of er thuis moeilijkheden waren enzovoort. Ja ... dat komt natuurlijk doordat ze nu denkt aan psychogene aanvallen, en dan gaat ze op zoek naar spanningen. Ja (...) (*geëmotioneerd*) Maar dat raakte me toch wel, dan denk ik van (...) een beetje ... alsof je gecontroleerd wordt, hè. Dat wij misschien ons mooier voor willen doen, dan dat we zijn. Misschien ook niet toe willen geven dat we er al aan toe zijn eigenlijk, aan een uithuisplaatsing van Elsje. () Sommige mensen hebben er ontzettend veel moeite mee, om dat echt toe te geven. Want het is natuurlijk (...) onvermogen dan, en dat geven mensen niet graag toe."

Vaststelling van mogelijke conversie bij kinderen kan aldus leiden tot wat men *mother blaming* of *family blaming* noemt (Wood 1993, in Sanders-Woudstra et al. 1995: 308). De oorzaak van de ziekteverschijnselen bij het kind worden gezocht in een problematische gezinsdynamiek. Als de verhalen van de kinderen in het geval van De Dreef als conversie worden beschouwd (de verhalen die zij vertellen berusten niet op ware gebeurtenissen, maar zijn symptoom van onderliggende problemen) is begrijpelijk waarom de ouderparen zo teleurgesteld waren toen bleek dat gedegen technisch onderzoek de verhalen van hun kinderen niet kon bevestigen. De verhalen van de axiomatisch onschuldige kinderen moeten als symptoom naar verantwoordelijke anderen verwijzen. Als de bredere sociale context geen oorzakelijke factoren oplevert, ligt het voor de hand weer dichterbij de kinderen te gaan zoeken, bijvoorbeeld in verstoorde gezinsverhoudingen.

De moeder van Elsje vertelt hoe, toen haar dochtertje nog klein was, haar vertrouwen in de toenmalige arts van haar kind verbroken werd, toen zij bij inzage in medische documenten over de vermoedens van de arts las:

“De sociale anamnese was dan ‘acceptatie- en relatieproblematiek bij de moeder’. Hoe komt dat? Ik, als moeder, heb ooit eens gezegd, in de periode dat het hier erg moeilijk ging – Elsje maakte op een bepaald moment een vreselijk ongelukkige indruk en dat had die dokter ook gezegd – en toen heb ik tegen haar gezegd: ‘misschien was het beter geweest dat Elsje toch na de geboorte was overleden.’ Daarvan heeft zij waarschijnlijk gemaakt dat dat acceptatieproblematiek was, en relatieproblematiek, ja weet ik dat (...).

Ook de Tegretolspiegels (*concentratie van het geneesmiddel in het bloed, R.R.*) die waren zonder dat er een enkele aanwijzing was plotseling heel erg gedaald. Ja, dan staat er in het rapport: ‘Tijdens de observatie bestonden er geen aanwijzingen dat de moeder de medicatie niet zou toedienen’. Dan heb ik zoiets van, ja waarom zet je dat er dan in, want je brengt dan toch de moeder in diskrediet. En bovendien, ik gaf niet alleen de medicijnen, de verpleging gaf de medicijnen en mijn man gaf ook de medicijnen. (*leest voor uit het rapport:*) ‘Tijdens het weekendverlof werd Elsje vervroegd teruggebracht naar de kliniek met verschijnselen van een doorgemaakt insult’. We hadden Elsje toen teruggebracht vanwege een insult. Dan stond er verder nog: ‘of van een Chloralhydraat intoxicatie’, ofwel dat wij haar dus een extra pilletje gegeven hadden. ‘En rondom de maaltijd bleek de relatie tussen moeder en Elsje problematisch’. Weet je waarom het kind niet at? Elsje was ziek van de medicijnen die ze toen kreeg. (...) En ik kwam er pas een half jaar na dato achter. Het (*rapport*) is naar vijf verschillende artsen gegaan. Dan denk ik, ik had iedere keer maar het gevoel, ik moet me eigen maar verdedigen, ik moet laten zien dat ik wel een goeie moeder ben (...)

“En dan denk ik van ja, maar stel je nou eens voor dat er echt een relatieproblematiek aan ten grondslag lag (...) Dan denk ik, dat zijn problemen waar je wat aan moet doen, waar je het maatschappelijk werk op af moet sturen, dát moet je dan doen! Maar nou word je in diskrediet gebracht.”

Ziektesymptomen bij kinderen waarop de stress hypothese wordt toegepast zijn dus sociaal gevaarlijk materiaal. Aangezien aan kinderen slechts beperkte ‘agency’ kan worden toegekend, wordt door de samenleving – in de persoon van hulpverleners, rechters, het grote publiek – de verantwoording bij direct betrokken volwassenen gelegd. In het geval van De Dreef werd bijvoorbeeld de ouders gezegd dat het doorvertellen van de verhalen van hun kinderen hen (en niet hun kinderen) strafbaar had gemaakt. In het relaas van de moeder van Elsje is te zien hoe verwarrend en benauwend zulke symptomen van kinderen voor hun ouders zijn, en hoezeer zij vervolgens in de verdediging gedrongen worden als elke verantwoordelijkheid buiten het gezinssysteem expliciet of impliciet wordt ontkend.

Onderwijl is duidelijk dat kinderen met dergelijke symptomen grote invloed uit kunnen oefenen op het sociale systeem waarvan ze deel uitmaken. Een kind dat verschijnselen vertoont die op problematische relaties van dat kind met zijn omgeving wijzen, wordt niet gestraft, maar is aanknopingspunt voor een zoeken naar stressoren.

Op de mate waarin deze reactie succesvol kan zijn, kom ik later terug.

Kinderen en collectieve conversie

In verschillende stromingen in de kinderpsychiatrie worden verschillende betekenissen aan conversieverschijnselen in kinderen gehecht. In het leerboek van Sanders-Woudstra et al. (1995) is een mooi overzicht te vinden van psychoanalytische en leertheoretische interpretaties. Men is het erover eens dat voor het optreden van conversie bij kinderen in ieder geval een ziektemodel voorhanden moet zijn. Niet-epileptische psychogene aanvallen zijn daarvan een goed voorbeeld. Zij treden vooral op bij kinderen die daarnaast ook 'echte' aanvallen hebben, met andere woorden: die daarnaast neurologisch aangetoonde epileptische aanvallen hebben. Dergelijke kinderen hebben als het ware een in het eigen lichaam geïncorporeerd ziektemodel. Dit is terug te vinden in de verklaring van Elsjes moeder als ze spreekt over hoe haar dochtertje misschien eerst echte aanvalletjes had die bepaalde door haar gewenste zorg bij haar leerkracht opriepen.

De rol van een ziektemodel is des te duidelijker wanneer zulke verschijnselen optreden bij groepen kinderen. In de kinderpsychiatrie spreekt men dan van 'epidemisch optredende conversieverschijnselen.' Sanders-Woudstra et al. (1995: 309) geven een ideaal-typische beschrijving van het fenomeen. Één kind vertoont lichamelijke verschijnselen. Vervolgens ontwikkelen zich dezelfde symptomen bij een aantal andere kinderen. Als gevolg daarvan ontstaat grote opwinding, hulpverleners worden ingeschakeld, kinderen worden in het ziekenhuis opgenomen, geëmotioneerde ouders springen op de bres voor hun kinderen. Er gaan geruchten de ronde doen, bijvoorbeeld over vergiftiging. Ondertussen komen er steeds meer patiëntjes.

In zowel de transculturele psychiatrie als de culturele antropologie is er veel over geschreven. 'Massahysterie' of 'epidemische hysterie' zijn daarbij de meest gebruikte termen, al is ook in de antropologie de term hysterie in onbruik geraakt. Opvallend is dat in de antropologische literatuur van het fenomeen weinig aandacht is besteed aan het feit dat dergelijke collectieve verschijnselen zich relatief vaak bij kinderen voordoen.

Ook in Swaziland zijn kinderen van schoolgaande leeftijd, in het bijzonder meisjes, met enige regelmaat het epicentrum van grote publieke consternatie, als onder hen weer eens '*lihabiya*' uitbreekt. De gebeurtenissen op een kostschool in juni 1984 vormen een goed voorbeeld. Tijdens de gebruikelijke gebedsbijeenkomst op zaterdagavond begon een van de meisjes plotseling te schreeuwen en met zware stem te spreken, ging zichzelf bijten, en probeerde in volstreekte paniek weg te vluchten. Haar vriendinnen probeerden haar te kalmeren, maar werden zodra zij haar aanraakten besmet. Diezelfde avond waren al acht kinderen ziek geworden. De leerkrachten hielpen de hulp in van een priester van een Afrikaanse genezingskerk, maar de gebedsdiensten die hij die nacht en de navolgende dag leidde, hielpen niet. De twee meisjes die er het ernstigst aan toe waren, werden naar het ziekenhuis gebracht en kregen daar een individuele behandeling. Maandagochtend bleken nog eens zes meisjes op de kostschool besmet; het getal zou die dag uiteindelijk tot 25 oplopen. Het schoolhoofd besloot de hulp van de politie in te roepen. Gezien de geruchten die op de school en daarbuiten de ronde deden, dat de ziekte door liefdesmedicijn veroorzaakt zou zijn, besloot de sterke

arm raad te vragen bij een befaamde traditionele genezer. Deze bevestigde de diagnose dat iemand met een besmettelijk kwaad medicijn boze geesten naar het meisje had gestuurd, omdat ze niet op zijn avances in wilde gaan. De behandelingen van de traditionele genezer hadden effect: de kwade geesten werden uitgedreven en in de loop van enkele dagen was de rust op de kostschool weergekeerd. De ouders kozen overigens onvoorwaardelijk de kant van hun kinderen. Terwijl de artsen erop wezen dat de schoolmeisjes hysterisch gedrag vertoonden dat verband hield met de spanning rond de overgangsexamens, legden de ouders de verantwoordelijkheid voor het oplossen van de epidemie geheel bij de school en de autoriteiten: als die niet met een oplossing komen zouden zij hun kinderen thuishouden. Dan maar geen tentamens!

Terwijl epidemieën van *lihabiya* in Swaziland meestal geen weken aanhouden, en meestal slechts één school getroffen wordt, duurde de plaag in de Egyptische provincie Beheira in 1993 enkele weken. Ze maakte meer dan duizend slachtoffertjes tussen de twaalf en zestien jaar. De ziekteverschijnselen waren overigens heel anders dan bij *lihabiya*. De epidemie begon in Damanhour, toen ongeveer 150 meisjes massaal flauwvielen terwijl ze op de trein stonden te wachten. Volgens een Egyptische krant hadden ze vlak daarvoor een gerucht gehoord dat een meisje was gestorven nadat ze door liefdes-toverij was flauwgevallen. Ook elders vielen meisjes bij honderden tegelijk flauw en klaagden over stank en misselijkheid, of over hevige hoofd- en maagpijn. De regering stelde in allerijl een team artsen samen. Maar ondanks uitgebreid bloed- en urineonderzoek konden de dokters geen aanwijzingen vinden voor een besmettelijke ziekte of vergiftiging. Inspectie van de schoolgebouwen door militaire deskundigen in chemische oorlogvoering leverde evenmin bewijzen voor fysieke oorzaken op. Hoewel het Ministerie van Volksgezondheid al snel tot de conclusie kwam dat het hier een vorm van massahysterie betrof, deden er in koffiehuisen fantastische verhalen de ronde: er zou Radon zijn weggelekt uit een kerncentrale, er zou massale voedselvergiftiging zijn opgetreden, een vijand van Egypte had een complot gesmeed om de Egyptische vrouwen onvruchtbaar te maken, de Mossad zou capsules in de scholen verspreiden met een giftig gas. Ook hier besloten veel ouders uit voorzorg hun kinderen thuis te houden.

Vorig jaar vond in België een dergelijke epidemie plaats. Kinderen werden massaal ziek na het drinken van Coca-Cola. Zij klaagden over hartkloppingen, misselijkheid, duizeligheid en buikpijn. Velen werden opgenomen in ziekenhuizen. Ook nu kon geen enkel bewijs voor giftige stoffen of vervuiling in de betreffende flesjes gevonden worden; hier en daar aangetroffen produktiefouten konden hoogstens een onaangename smaak of geur veroorzaken hebben. Niettemin werden alle Coca-Cola produkten uit de schappen gehaald, en de produktie in de Belgische fabrieken werd tijdelijk stopgezet. Men schat dat de schade 220 miljoen gulden bedroeg. Uiteindelijk werden de ziekteverschijnselen door de Hoge Raad van de Gezondheid aan inbeelding toegeschreven, men sprak van een massapsychose en massahysterie. De omvang van de epidemie, er kwamen uiteindelijk 1200 klachten binnen, werd toegeschreven aan het feit dat de Belgische bevolking kort tevoren met ernstige misstanden was geconfronteerd. Ook werd een verband gelegd met spanningen ten gevolge van de examentijd.

De stress hypothese die voor individuele conversieverschijnselen wordt gehanteerd geldt ook in relatie tot collectieve conversie (Sims 1988: 106). Zoals uit boven-

staande voorbeelden blijkt, zijn de typische kinderen die dergelijke symptomen op zeker moment massaal vertonen, kinderen die vlak voor hun tentamens zitten. Maar het is niet eenvoudig de psychopathologische stress reacties van individuele kinderen te extrapoleren naar hele groepen. Er is weinig empirisch onderzoek gedaan naar wat er in de individuen die deelnemen aan zo'n crisis plaatsvindt. Een enkel onderzoek heeft wel enige verschillen aangetoond tussen kinderen die vanwege de ernst van hun verschijnselen werden opgenomen en kinderen bij wie de symptomen beperkt bleven. De eersten vertoonden in de anamnese een grotere individuele kwetsbaarheid (Sanders-Woudstra et al. 1995: 309).

Aangenomen dat er zich overal op verschillende scholen kinderen met dergelijke kwetsbaarheid bevinden, en wetende dat overal examenstress optreedt, is de vraag waarom er dan niet meer en met grotere regelmaat dergelijke 'epidemieën' optreden. Bartholomew (1990: 475, 1998) stelt in zijn bespreking van de literatuur over 'massahysterie' het reductionisme van de stress hypothese aan de orde. Verklaringen van collectief gedrag in termen van neurotische persoonlijkheidskenmerken van de betrokken personen of in termen van een uitbarsting van onderdrukte emoties in perioden van stress, doen geen recht aan de sociaal-culturele context waarin die verschijnselen plaatsvinden. Een dergelijke epidemie moet niet als psychiatrisch maar als sociaal verschijnsel geanalyseerd worden. In de analyse moet bijgevolg aandacht worden gegeven aan de sociaal-culturele dynamiek die het mogelijk maakt dat zo'n collectief verschijnsel optreedt. Hij geeft het voorbeeld van een episode waarin tien Islamitische Maleisische studentes, *collective exaggerated emotions* vertoonden, zoals Bartholomew dat noemt. Voor een verklaring, zo stelt hij, kan men niet om de in die cultuur aanwezige opvattingen over vrouwen en hun kwetsbaarheid voor boze geesten heen.

Als we het advies van Bartholomew volgen, moeten we bij het onderwerp van dit paper de sociaal-culturele context onderzoeken waarin 'epidemieën' van conversie onder kinderen optreden. Analoog aan het beroep op cultuurspecifieke opvattingen over de kwetsbaarheid van vrouwen, zouden we dan naar cultureel bepaalde opvattingen over de kwetsbaarheid van kinderen kunnen zoeken.

Kinderen en kwetsbaarheid

In de situaties waarbij groepen kinderen gedeelde symptomen vertonen, valt het volgende op. De sociaal-culturele dynamiek in dergelijke 'epidemieën' lijkt te worden gestuurd door complexe opvattingen over de verantwoordelijkheid van kinderen, enigszins gelijkend op de opvattingen in Swaziland over de ontvankelijkheid van kinderen voor hekserij. Een in alle gevallen aanwezig element is dat de consternatie die naar aanleiding van het gedrag of de symptomen van ziekte optreden, de kinderen zelf niet worden aangerekend, zelfs niet als duidelijk is dat wat zij vertellen niet waar is. Externaliserende noties zoals door versmaadde minnaars gestuurde boze geesten, vergiftiging door collectieve vijanden, de onverschilligheid van fabrikanten of de nalatigheid van een corrupte overheid, verbeelden kinderen als onschuldige slachtoffers van immorele anderen. De seksuele connotaties die zowel in het Zuiden als in het Noorden

soms aan de vijanden van deze kinderen worden gehecht, stemmen daarbij tot nadenken. Seksuele overtredingen zijn immers bij uitstek een uiting van bezorgdheid over de grenzen die een zuiver binnen van een gevaarlijk buiten moeten afschermen. Als protosociale wezens worden kinderen klaarblijkelijk bij uitstek met dit zuivere binnen geassocieerd.

Kinderen kunnen invloed uitoefenen op hun omgeving juist doordat beelden voorhanden zijn die hun onschuld en onmacht benadrukken. Aan deze conclusie kan men een hypothese verbinden met betrekking tot het vóórkomen van episodes zoals bij De Dreef, het voorbeeld waarmee ik dit paper begon. Situaties van grote stress vormen in zichzelf onvoldoende voorwaarde voor het optreden van collectieve conversie onder kinderen. Er moeten ook culturele opvattingen aanwezig zijn over kinderen als onschuldig en kwetsbaar. Bovendien is een collectief vijandbeeld belangrijk. Gebeurtenissen die een dergelijke collectieve vijand daadwerkelijk aantonen, bijvoorbeeld het oprollen van netwerken van kindermisbruik, het daadwerkelijk terugvoeren van vergiftigingen of ziekte-epidemieën op een nalatige overheid of op louter winstbejag beluste ondernemers, verschaffen tegelijkertijd een vijandbeeld en een ziektemodel. In de daarmee gecreëerde ruimte – de samenleving houdt het niet voor onmogelijk dat de kinderen werkelijk iets is aangedaan – geven kinderen hun reacties vorm.

Met de aandacht voor de sociaal-culturele dynamiek die het mogelijk maakt dat zulke symptomen optreden, is het probleem van de beperkte verklaringswaarde van de stress-hypothese op zichzelf nog niet opgelost. Is vanuit sociaal-cultureel perspectief iets te zeggen over de aard van de onderliggende problematiek die de aanleiding geeft tot deze fenomenen? Dergelijke ‘epidemieën’ komen onder kinderen immers wereldwijd in zeer verschillende culturen voor. En in de tweede plaats, welke rol spelen sociaal-culturele factoren in een mogelijke oplossing van deze onderliggende problematiek? Met andere woorden, zijn dergelijke fenomenen bij kinderen in sommige culturen meer effectief dan in anderen?

Over de aard van de onderliggende problematiek is naar aanleiding van het bovenstaande wel iets te zeggen. Want waarom treden collectieve conversieverschijnselen bij kinderen zo dikwijls op in relatie tot examenstress? Zoals we hiervoor zagen, nemen kinderen sociaal-cultureel gezien een bijzondere plaats in de samenleving in als nog niet volledig geïndividualiseerd. Niettemin creëert de moderne samenleving door middel van educatieve systemen en individuele examens een context waarin een beroep gedaan wordt op de volstrekt individuele en competitieve prestaties van het kind. Deze individualisering beantwoordt niet aan de beleving van verbondenheid van kinderen met hun ouders en met de bredere samenleving. Dat processen van individualisering bij jongens anders verlopen dan bij meisjes, zou een rol kunnen spelen in de grotere gevoeligheid van meisjes voor de door de samenleving op hen uitgeoefende individualiserende druk en de fragmentatie van hun leefwereld.

Vanuit antropologisch perspectief is interessant in welke oplossingen culturen voor deze problematiek voorzien. In het geval van *lihabiya* in Swaziland herstelden de meisjes pas toen het geloof in externe kwaaddoeners werd bevestigd en de meisjes dienovereenkomstig behandeld werden. Het aanwijzen van externe verantwoordelijkheid is blijkbaar een strategie die de oplossing van onderliggende problemen in zich herbergt.

Immers, de problemen waarmee de kinderen worstelen, zijn ook werkelijk ontstaan in samenhang met de eisen die de samenleving aan hen stelt. Pas als in conversieverschijnselen aandacht wordt besteed aan oorzakelijke factoren in de samenleving, wordt de verantwoordelijkheid voor de onderliggende problematiek en de oplossing daarvan draaglijk verdeeld, misschien moet men zelfs zeggen: rechtvaardig verdeeld.

In onze eigen samenleving is door de verregaande individualisering en psychologisering van ziekte en lijden nauwelijks meer een idioom aanwezig om de verbondenheid van kinderen met hun ouders, en van kinderen en ouders met de samenleving, recht te doen. Isolatie van ouders en impliciete en expliciete processen van *parent blaming* kunnen daarvan een uitvloeisel vormen. In de hulpverlening aan kinderen die door hun symptomen verhalen vertellen over de tegenstrijdige eisen die de samenleving aan henzelf en aan kinderen in het algemeen stelt, zou vanaf het begin aandacht besteed moeten worden aan de bredere culturele context die in de onderliggende problematiek een rol speelt.

Noten

Ria Reis (reis@pscw.uva.nl) studeerde symbolische en religieuze antropologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en is thans als senior staf lid verbonden aan de sectie medische antropologie van de Universiteit van Amsterdam. Aldaar is zij programma manager van een post-academische opleiding in de medische antropologie, de Amsterdam Master's in Medical Anthropology (AMMA). Haar onderzoek in Afrika en Nederland richt zich met name op epilepsie. In dat kader is zij als bestuurslid betrokken bij een stichting voor epilepsie in ontwikkelingslanden.

Dit artikel is een bewerkte versie van een paper gepresenteerd op het symposium 'Kinderen, gezondheid en welzijn: Naar een medische en psychologische antropologie van kinderen.' Leuven, 10 december 1999. Ik dank de aanwezigen op het symposium voor hun constructieve commentaar. Zeer erkentelijk ben ik Nicole Vliegen en Patrick Meurs. Hun kritische opmerkingen hebben mij bijzonder geïnspireerd.

- 1 Bronnen: NOS, Het Journaal, 16/11/99; *de Volkskrant* 17/11/99: 'TNO steunt justitie in 'sekskelders'-affaire'; *de Volkskrant* 24/12/99: 'Ouders beboet na beschuldiging over sekskelders onder school'; *Rotterdams Dagblad* 24/12/99: 'Voorwaardelijke boete voor ouders in sekskelders-affaire.'
- 2 Het optreden van epilepsie is deels leeftijdsgebonden. Uit epidemiologisch onderzoek is bekend dat ruim driekwart van de mensen met epilepsie hun eerste aanval kreeg voordat zij achttien waren (Renier 1986: 61). In mijn onderzoek (Reis 1996) gold dat voor tweederde van de epilepsiepatiënten met wie ik sprak.
- 3 In mijn onderzoek naar denkbeelden over epilepsie in Nederland (1997-1999) heb ik ondermeer gesprekken gevoerd met twaalf kinderen met epilepsie en hun ouders. Met het merendeel van deze kinderen kwam ik in contact via een afdeling kinderneurologie in een academisch ziekenhuis. Gesprekken vonden plaats nadat zowel ouders als kinderen hun toestemming daarvoor gaven, wat de laatste betreft voor zover hun leeftijd en cognitieve ontwikkeling dat mogelijk maakte. Met kinderen en ouders werd, eveneens voor zover dat mogelijk en toegestaan werd, zowel afzonderlijk als in elkaars bijzijn gesproken.

- 4 In een kritische bespreking van voorgaande literatuur heeft Bartholomew (1990) de term 'collective exaggerated emotions' gesuggereerd, maar bij mijn weten heeft zijn initiatief weinig navolging gehad.
- 5 *The Swazi Times* 10-06-87: 'Habiya' hysteria at school; *The Observer* 26 en 27 juni 1984: 'School girls run amok' / 'Hysteria can be treated, says medical chief.'
- 6 *De Volkskrant* 8 en 20 april 1993: 'Vreemde plaag treft Egyptische meisjes' en 'Regering onderzoekt waarom meisjes flauwvallen'.

Literatuur

Bartholomew, R.E.

- 1990 Ethnocentricity and the social construction of 'mass hysteria'. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14(4): 455-94.
- 1998 The medicalization of exotic deviance: A sociological perspective on epidemic Koro. *Transcultural Psychiatry* 35(1): 5-38.

Bibeau, G.

- 1997 Cultural psychiatry in a creolizing world: Questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry* 34(1): 9-41.

Littlewood, R.

- 1997 Agency and its Vicissitudes: The Pathologies of the Future. *Transcultural Psychiatry* 34(1): 78-90.

Oudshoorn, D.N.

- 1995 *Kinder- en adolescenten-psychiatrie. Een pragmatisch leerboek* Houten, Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Renier, W.O.

- 1986 Epilepsie op kinderleeftijd. In: Fr. H. J. Knaven, H. Meinardi, & C. Peper (red.), *Integrale epilepsiebehandeling*. Amsterdam: Elsevier, pp. 61-79.

Reis, R.

- 1996 *Sporen van ziekte. Medische pluraliteit en epilepsie in Swaziland*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- 1998 'Tension' as mediating concept in professional-patient communication on epilepsy. (Paper voor het congres 'Communication in Health Care', Utrecht 10-12 juni).
- 2000 Epilepsy among the Dutch. (in press: *Medical Anthropology*).

Sanders-Woudstra, J.A.R., F.C. Verhulst & H.F.J. de Witte (red.)

- 1995 *Kinder- en Jeugdpsychiatrie I. Psychopathologie en behandeling*. Assen: Van Gorcum.

Sims, A.

- 1988 *Symptoms in the mind. Introduction to descriptive psychopathology*. London: Baily Tindall.