



Borderlands of Mental Health. Explorations in Medical Anthropology,  
Psychiatric Epidemiology and Health Systems Research in Afghanistan and  
Burundi

*P. Ventevogel*

## Samenvatting in het Nederlands

Dit proefschrift gaat over Afghanistan en Burundi, twee landen die getroffen zijn door voortdurende complexe humanitaire noodsituaties en die worden gekenmerkt door een geschiedenis van etnisch-politiek collectief geweld. In beide landen heb ik een aantal jaren gewerkt, als medewerker van de niet-gouvernementele organisatie HealthNet TPO. Mijn hoofdtaak was het opzetten van programma's voor geestelijke gezondheid (GGZ), maar als de tijd me dat toestond probeerde ik ook, tussen de bedrijven door, onderzoek te doen. Dat heeft uiteindelijk tot dit proefschrift geleid. Hierin staan drie onderzoeksvragen centraal:

- 1 Welke opvattingen en perspectieven hebben mensen in de context van complexe humanitaire noodsituaties *zelf* over hun geestelijke gezondheid en manieren om die te verbeteren?
- 2 Hoe kunnen geestelijke gezondheidsproblemen in complexe humanitaire noodsituaties betrouwbaar worden vastgesteld?
- 3 Hoe kunnen functionele en duurzame systemen voor geestelijke gezondheid en psychosociale zorg worden opgezet in complexe humanitaire noodsituaties?

Voor het beantwoorden van deze centrale vragen is het nodig gebruik te maken van een scala van onderzoekstechnieken, afkomstig uit diverse wetenschapsgebieden.

De inleiding (hoofdstuk één) laat de lezer kennismaken met de verschillende contexten waarin het onderzoek plaatsvond. Daarbij gaat het om 1) het geven van een overzicht van het vakgebied 'wereldwijde geestelijke gezondheid' (*global mental health*), en meer in het bijzonder van 'geestelijke gezondheid en psychosociaal welzijn in complexe humanitaire noodsituaties' (*mental health and psychosocial support in complex humanitarian emergencies*); 2) het beschrijven van de sociaal-politieke achtergrond van Afghanistan en Burundi; en 3) het schetsen van de academische disciplines die gebruikt worden in dit proefschrift, te weten: a) etnografisch onderzoek om lokale perspectieven te exploreren; b) epidemiologisch onderzoek om psychische stoornissen op populaties niveau te meten; en c) onderzoek naar gezondheidssystemen om te analyseren hoe GGZ interventies binnen het kader van 'wereldwijde geestelijke gezondheid' optimaal functioneel en duurzaam kunnen worden gemaakt.

### Lokale perspectieven op geestelijke gezondheid en genezing

In het eerste deel van het proefschrift onderzoek ik hoe mensen in Burundi en Afghanistan en problemen rondom geestelijke gezondheid en psychosociaal welzijn conceptualiseren, en hoe ze hulp zoeken voor dit soort problemen.

Hoofdstuk twee presenteert de resultaten van een studie met behulp van snelle kwalitatieve evaluatie methoden, zoals focus discussie groepen. We vroegen aan Burundese mannen en vrouwen in vier provincies van het land wat zij zagen als de belangrijkste problemen en problemen als gevolg van de oorlog. De respondenten noemden toename van gezondheidsproblemen, meer armoede en de afbraak van het sociale weefsel als belangrijke effecten. Temidden van deze zorgen werden pro-

blemen rondom geestelijke gezondheid en psychosociaal welzijn ook genoemd, met name depressie, angst, verdriet, ‘gekke’ en drugsmisbruik. Dit hoofdstuk maakt duidelijk dat problemen rondom geestelijke gezondheid en psychosociaal welzijn wel degelijk een prioriteit zijn voor mensen in humanitaire noodsituaties. In dit hoofdstuk pleit ik er dan ook voor om bij het ontwikkelen van GGZ interventies in dat soort gebieden rekening te houden met hoe mensen zelf hun problemen conceptualiseren.

Hoofdstuk drie gaat dieper in op ‘lokale perspectieven’, door een vergelijkende analyse te presenteren van ideeën rondom geestesziekten in Burundi en drie andere conflict getroffen gebieden in Oost-Afrika. In alle vier locaties beschreven deelnemers aan de focus discussie groepen lokale syndromen die werden gekenmerkt door ernstige gedragsstoornissen. Deze beschrijvingen corresponderden opmerkelijk goed met de categorie van ‘psychotische stoornissen’ van de professionele psychiatrie. Echter, de ideeën over de ontstaanswijzen van de stoornissen en de betekenis van symptomen verschilden aanzienlijk van de professionele opvattingen over psychose. Daarnaast hadden de mensen in elk van de vier locaties ook lokale termen voor mildere aandoeningen die gekenmerkt werden door verdriet, verlies en sociale isolatie. Deze concepten hadden weliswaar overeenkomsten met ‘stemmingsstoornissen’ zoals gedefinieerd in de professionele psychiatrie, maar het zou onjuist en zelfs gevaarlijk kunnen zijn om ze daaraan zondermeer gelijk te stellen of om ze te beschouwen als welomschreven ‘culturele syndromen’, compleet met een samenhangend geheel van symptomen en een coherente etiologie. In de praktijk fungeren dit soort lokale termen namelijk als *idioms of distress*; cultureel voorgeschreven manieren om in taal en symptoom uit te drukken dat iemand zich onwel voelt of ongelukkig is. Dit soort *idioms of distress* kunnen wijzen op het bestaan van psychopathologie, maar dat is zeker niet altijd het geval.

Hoofdstuk vier beschrijft traditionele geneeswijzen in Burundi, door middel van een analyse van de praktijken van de zeven spirituele genezers (*abapfumu*). Deze genezers gebruiken bovennatuurlijke methoden om geestesbezetenheid te diagnosticeren en hun cliënten te helpen daarmee om te gaan. Sommige van de genezers gebruikten ‘adorcistische’ geneestechnieken van de *kubandwa* sekte die bedoeld zijn om geesten te kalmeren en de bezeten persoon te helpen bij het herwinnen van zijn of haar plaats in de samenleving. Deze manier van genezen is in de loop van de tijd (deels) verdrongen door een andere ‘exorcistische’ techniek (*gucckera*), waarbij geesten op agressieve wijze worden uitgedreven. Mijn co-auteurs en ik veronderstellen dat deze veranderingen verband houden met de effecten van modernisering die is versneld door de gevolgen van de oorlog die diep heeft ingesneden in het sociale weefsel van de Burundese samenleving. We verbinden de onderzoeksresultaten ook met de etnografische literatuur over de traditionele genezing en waarzeggerij in andere delen van Afrika.

In de tijd dat in Afghanistan werkte had ik helaas slechts beperkte mogelijkheden om etnografisch onderzoek te doen naar hoe mensen zelf psychische stoornissen conceptualiseren en hoe zij hulp zoeken. In plaats van primair onderzoek presenteer ik daarom in hoofdstuk vijf een literatuurstudie die een synthese geeft van door anderen gedaan onderzoek naar kinderen in Afghanistan. Ik doe dat vanuit verschillen-

de disciplines die relevant zijn voor de geestelijke gezondheid en psychosociaal welzijn, waaronder cultureel antropologische maar ook epidemiologische onderzoeken. Het hoofdstuk maakt duidelijk dat de problemen rondom geestelijke gezondheid en psychosociaal welzijn in de Afghaanse bevolking een breed scala vormen en dat de problemen veel verder gaan dan ‘oorlog gerelateerde’ pathologie in engere zin. Het gaat ook, en misschien zelfs wel *vooral*, om problemen die te maken hebben met armoede, ongelijkheid, en andere vormen van structurele tegenspoed. Het werd ook duidelijk dat voor de Afghanen culturele begrippen als ‘eer’, ‘eenheid van het gezin’ en ‘hoop’ een belangrijke rol spelen in hun veerkracht om aan tegenslagen het hoofd te bieden. Maar daarbij moeten we wel beseffen dat dit soort culturele waarden niet alleen functioneren als iets dat zondermeer ‘goed’ is, maar dat ze altijd gegeneerd worden in een specifieke context, en daarin ook kunnen functioneren als een keurslijf waarmee individuele ambities en vrijheden worden gedwarsboomd.

### **Het meten van de geestelijke gezondheid**

In het tweede deel van dit proefschrift verken ik problemen rondom het meten van geestelijke gezondheid, en vooral hoe de resultaten van onderzoek met korte gestandaardiseerde zelf- invul vragenlijsten geïnterpreteerd moeten worden.

Hoofdstuk zes doet verslag van een cross-sectionele, multi-cluster steekproef onder 1011 willekeurig geselecteerde volwassenen in de provincie Nangarhar in het oosten van Afghanistan. Het onderzoek werd uitgevoerd een jaar na de val van de Taliban. Een van de belangrijkste elementen van deze studie in een vroege post-conflict context is het schatten van de prevalentie van symptomen van psychische aandoeningen. We vonden hoge symptoom niveaus voor depressie (38,5%), angst (51,8%), en posttraumatische stress stoornis (PTSS, 20,4%), met duidelijke gender verschillen: *odds ratio's* voor vrouwen in vergelijking met mannen waren respectievelijk 7,3, 12,8 en 5,8.

Hoofdstuk zeven onderzoekt de validiteit van de *Hopkins Symptom Checklist-25*, één van de instrumenten die we in de studie van hoofdstuk zes studie gebruikten. Dit validatieonderzoek is ingegeven door onbehagen en bezorgdheid over het gebruik van dit soort korte zelfbeoordelingsvragenlijsten in de context van complexe humanitaire noodsituaties, zoals in Afghanistan. Samen met mijn co-auteurs, testte ik de HSCL-25 en een andere vaak gebruikte vragenlijst voor psychische aandoeningen, de *Self-Reporting Questionnaire-20*. De uitkomsten van deze twee kort zelfbeoordelingsvragenlijsten werden vergeleken met de uitkomsten van een ‘gouden standaard’ onderzoek: een semi-structureerd psychiatrisch interview door een professional. De resultaten waren nogal ontnuchterend; beide vragenlijsten hadden beperkte voorspellende waarde om psychische stoornissen zoals die in psychiatrisch onderzoek werden vastgesteld, correct te identificeren (De maat die hiervoor wordt gebruikt, de *Area Under the Curve* – *AUC* – was respectievelijk 0,73 en 0,72 hetgeen als ‘matig’ beschouwd kan worden). De optimale afkappunten van de schalen verschilden aanzienlijk voor mannen en voor vrouwen. Deze studieresultaten werpen nieuw licht op de uitkomsten van eerdere studies in Afghanistan met de HSCL-25 en het is aannemelijk dat de eerdere studies het vóórkomen van psychische

stoornissen bij vrouwen hebben overschat, terwijl ze de prevalentie bij mannen juist onderschat hebben

Ook hoofdstuk acht onderzoekt de psychometrische eigenschappen van zelfbeoordelingsvragenlijsten voor psychische stoornissen, ditmaal bij kinderen in Burundi. In een steekproef van 65 kinderen van basisschoollleeftijd in Burundi onderzochten we de psychometrische eigenschappen van de *Depression Self-Rating Scale* (DSRS), de *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS) en de *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED-41). De externe ‘gouden standaard’ was ditmaal een uitgebreid, semi-gestructureerd, klinisch psychiatrisch interview voor kinderen, volgens de DSM-IV criteria (de K-SADS-PL). De DSRS en CPSS bleken acceptabele eigenschappen te hebben voor het opsporen van depressieve stoornissen en post-traumatische stress-stoornissen (AUC was 0,85 en 0,78, respectievelijk), waarbij de afkappunten hoger werden gesteld dan gebruikelijk bij westerse norm populaties. De capaciteit van SCARED-41 om correct angststoornissen te identificeren, was veel minder goed (AUC: 0,69). De relatief zwakke prestaties van de SCARED-41 kunnen mogelijk worden toegeschreven aan het feit dat dit instrument verschillende categorieën van angststoornissen meet, die mogelijk beperkte culturele en construct validiteit hebben in de Burundese context.

### **Het functioneel maken van zorgsystemen**

Een derde doel van dit proefschrift is te exploreren hoe de GGZ interventies in complexe humanitaire noodsituaties kunnen worden opgezet op een manier die passend en logisch is de specifieke context, en hoe dit soort interventies ‘duurzaam’ kunnen worden gemaakt. Tot op zekere hoogte, en dat lijkt paradoxaal, bieden postconflict situaties, ondanks alle problemen en tekorten, vaak juist kansen om de geestelijke gezondheidszorg beter te maken. Dat komt onder andere doordat in dit soort contexten psychische problemen zo duidelijk zichtbaar worden dat ze niet meer genegeerd kunnen worden en er een algemeen gedeeld gevoel onder alle belanghebbenden ontstaat dat het nu echt urgent en noodzakelijk is om de massale psychische problemen aan te pakken.

Hoofdstuk negen beschrijft en analyseert het programma voor de geestelijke gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning van HealthNet TPO in Afghanistan. Dit programma, dat ik hielp op te zetten toen ik in Afghanistan woonde (2002-2005), was er op gericht om kernaspecten van de geestelijke gezondheid in de algemene gezondheidszorg te integreren. Dat deden we door het personeel op alle niveaus van de gezondheidszorgsysteem te trainen in het herkennen en behandelen van de meest belangrijke psychische gezondheidsproblemen. Het hoofdstuk volgt de ontwikkelingen in zes plattelandsdistricten (het ‘Shinwar cluster’) in de provincie Nangarhar gedurende een tijdsbestek van tien jaar (2002-2011). Het aantal patiënten met psychische aandoeningen die binnen de algemene gezondheidszorg werden behandeld is in die periode enorm toegenomen. Dat is op zichzelf natuurlijk een winstpunt, maar een nadeel is dat het programma onbedoeld kan hebben bijgedragen aan een proces van ‘medicalisering’ waarbij primair sociale problemen worden omgevormd tot ‘medische aandoeningen’.

In dezelfde trant beschrijft en analyseert hoofdstuk tien een programma voor geestelijke gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning in Burundi gedurende een tijdsbestek van acht jaar. In die periode veranderde de context in Burundi van een actieve oorlogssituatie tot wederopbouw in een fragiele post-conflict situatie. Gedurende deze acht jaar veranderden ook de programma-activiteiten: aanvankelijk ging het vooral om directe dienstverlening, maar later verschoof het accent naar capaciteitsopbouw en het integreren van psychiatrische en psychosociale hulp in bestaande lokale systemen voor gezondheidszorg en sociale steun. Ik woonde van 2005 tot 2008 in Burundi en maakte deel uit van dit transformatie proces. We werden geconfronteerd met enorme uitdagingen, en volledige duurzaamheid van de geestelijke gezondheidszorg en psychosociale activiteiten kon dan ook niet gerealiseerd worden.

Hoofdstuk elf geeft een synthese de wetenschappelijke literatuur rondom de integratie van de geestelijke gezondheidszorg in niet-gespecialiseerde gezondheidszorg met name eerstelijnsgezondheidszorg. Ik schreef dit hoofdstuk met speciale aandacht voor een ongewenste bijwerking van 'integratie': namelijk de medicalisering van geestelijk lijden door een beperkte 'biomedische' benadering. Tijdens mijn werk in Afghanistan en Burundi en later ook in diverse andere complexe humanitaire noodsituaties, raakte ik er steeds meer van overtuigd dat de integratie van de geestelijke gezondheidszorg in primaire gezondheidszorg alleen succesvol kan zijn als die wordt vergezeld door versterken van GGZ elementen op de andere niveaus van de gezondheidszorg en door het bevorderen van onderlinge sociale steun in gemeenschap.

## **Reflecties**

In het laatste hoofdstuk van dit proefschrift reflecteer ik op de consequenties die de bevindingen van de andere hoofdstukken zouden kunnen hebben voor de ontwikkeling van het vakgebied 'wereldwijde geestelijk gezondheid' en dan met name in complexe humanitaire noodsituaties.

Een eerste implicatie is dat cultuur en context serieus genomen moeten worden. De casus van Afghanistan en Burundi illustreren dat collectief geweld en oorlogsgelateerde tegenspoed een impact hebben op verschillende niveaus. De nadruk die de klassieke psychiatrie en klinische psychologie leggen op individueel intrapsychisch lijden verdoezelt de gevolgen van geweld op interpersoonlijk niveau: verzwakte sociale verbondenheid, mensen die elkaar niet meer vertrouwen en elkaar niet meer effectief kunnen steunen. Voor GGZ behandelaren en beleidsmakers is belangrijk om een goed zicht te krijgen op de lokale culturele categorieën voor geestelijk onwelbevinden. Dergelijke culturele categorieën, zelfs als zij in eerste instantie nogal lijken op professionele psychiatrische categorieën, moeten niet klakkeloos worden beschouwd als synoniemen daarvan. Lokale termen worden vaak pragmatisch gebruikt en zijn geworteld in een specifieke context en ingebed in semantische netwerken.

Een tweede implicatie is dat psychiatrische epidemiologie in complexe humanitaire noodsituaties zich niet meer zou moeten blindstaren op het verzamelen van pre-

valentiecijfers, maar in plaats daarvan zou moeten onderzoeken hoe psychische symptomen zijn ingebed in en worden beïnvloed door culturele, sociale, politieke en economische factoren. Een belangrijke uitdaging voor epidemiologisch onderzoek is om adequaat te leren differentiëren tussen 'sociaal lijden' en het hebben van een 'psychische stoornis'.

Een derde implicatie is dat het essentieel is om bij het ontwikkelen van programma's voor geestelijke gezondheidszorg in complexe humanitaire noodsituaties een brede 'systeem georiënteerde' benadering te gebruiken. Hoewel de projecten in Afghanistan en Burundi heel verschillend waren, zijn sommige lessen hetzelfde. Een belangrijke les is bijvoorbeeld dat het integreren van basispsychiatrie in de algemene gezondheidszorg hand in hand moet gaan met gemeenschaps-bevorderende activiteiten, en verankerd moet zijn in een algemene aanpak voor het versterking van gezondheidssystemen. Het integreren van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijns gezondheidszorg draagt het inherente gevaar in zich van een eenzijdig leunen op biologische en psychologische interventies voor problemen die vooral ook sociale oorzaken hebben. In de loop van de jaren dat ik over dit proefschrift na heb gedacht ben ik tot de overtuiging gekomen dat de geestelijke gezondheidszorg, als onderdeel van de formele gezondheidszorg, vergezeld moet gaan van *community-based* psychosociale interventies die niet zozeer van het medisch-therapeutische interventie arsenaal gebruik maken, maar van de kracht die te vinden is in de sociale netwerken van mensen en die in te zetten om de weerbaarheid en zelfredzaamheid van individuen te vergroten.