

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Naast de bank

Jaak Le Roy, pionier in de post-koloniale psychiatrische hulpverlening in Afrika

Interview

JO SMET & FONS VAN COILLIE

We treffen elkaar in de eigen biotoop van psychiater Jaak Le Roy, in Korbeek-Lo bij Leuven. Samen met zijn vrouw, Irène Koenders, woont hij daar al meer dan veertig jaar. Vroeger vonden hier vaker studiebijeenkomsten plaats en werden met een stel bevriende collega's teksten gelezen van onder andere Melanie Klein, Winnicott en Maud Manoni. De avond sloten we steevast af rond de keukentafel, met een donkere trappist. De woning en de ruime tuin lijken in die jaren helemaal anders geworden en tegelijkertijd hetzelfde gebleven. Een verrassende woning op de uitloop van een helling, tegen de velden aan. Sinds enkele jaren wonen er in de boomgaard nog een vijftiental bijenvolken, want Jaak is in zijn pensioentijd immer geworden. Het huis toont ook veel hedendaagse kunst. Vooral van Patrick van Caeckenbergh.

TvPa [Jo Smet & Fons Van Coillie namens het *Tijdschrift voor Psychoanalyse en haar toepassingen* (TvPa)]: Jaak, laat ons beginnen bij je jeugd. Vertel eens iets over je afkomst. JLR [Jaak Le Roy]: Ik ben opgegroeid in het West-Vlaamse Staden, een gemeente tussen Diksmuide en Roeselare. In de loop der jaren ben ik steeds meer de impact gaan beseffen van die omgeving en van de erva-

ringen uit mijn jeugd op een aantal keuzes die ik onbewust heb gemaakt.

In 1914 vluchtten mijn grootouders van beide kanten voor het oorlogsgeweld naar Frankrijk, waar ze een nieuw leven hebben moeten opbouwen. De familie van mijn vader is pas in 1923 teruggekomen.

Mijn familie speelde al verschillende generaties een leidende rol in het lokale verenigingsleven van de liberale partij. Deze vrijdenkende minderheid voerde oppositie tegen het beleid van de heersende Christelijke Volkspartij: 'Durf vrij te zijn en bied zo nodig weerstand', was de boodschap van mijn grootvader en vader. Als oudste zoon voelde ik de stille verwachting in hun voetsporen te zullen treden. Van mijn moeder kwam een heel andere boodschap. Van haar moest ik vooral in leven blijven — haar eerste zoon was ze in 1943 tijdens bombardementen verloren — en bovendien moest ik dan nog liefst in Staden blijven wonen. Mijn moeder was altijd bezig, ze was heel zorgzaam, maar ook heel bepalend. De druk die ik voelde om mijn vader op te volgen en daarnaast ook nog het gewicht van mijn dominante moeder maakten dat ik al heel vroeg wist: ik moet hier weg.

Al onmiddellijk legt Jaak een link naar zijn latere interesses: naast zijn reguliere therapeutische activiteiten met patiënten, zowel thuis als in de RIAGG in Maastricht, is hij ook met asielzoekers en met getraumatiseerde vluchtelingen gaan werken.

JLR: Een belangrijk element in mijn geschiedenis is dat ik twee jaar na de oorlog ben geboren. Mijn vader was lid geweest van de gewapende weerstand. Hij werd daar later ook voor onderscheiden, maar als kind heb ik dat nooit geweten. Daar is thuis nooit

over gesproken. Ik ben dat toevallig te weten gekomen toen ik zelf, omwille van zijn oorlogsverleden, vrijgesteld werd van (mijn) dienstplicht. Later ben ik pas gaan inzien hoezeer mijn vader door de oorlog was getekend.

De verzetsgroep waar mijn vader deel van uitmaakte werd verraden en veel kameraden werden opgepakt. Een aantal van hen is omgekomen in Buchenwald. Mijn vader is kunnen ontsnappen, maar hij heeft daar erg onder geleden. Misschien had hij schuldgevoelens, omdat hij het wél had overleefd. Hij was er ook altijd beducht voor dat zoiets opnieuw zou kunnen gebeuren. Die onuitgesproken traumatische ervaringen en de stilte die daarover heerste in ons gezin, heeft mede het klimaat van mijn jeugd bepaald. Later begreep ik van mijn vader dat hij en degenen die overgebleven waren ook nog lang na de oorlog met elkaar in contact zijn gebleven. «We vormden», zei hij, «een netwerk dat weer in actie kon komen als de vijand onze vrijheid weer zou afnemen». Mijn interesse voor de gevolgen van onderdrukking en oorlogsgeweld, wat het betekent om vluchteling te zijn, te moeten emigreren ... die interesse is eigenlijk gewoon thuis ontstaan.

TvPa: En dat weggaan waar je het net over had, heb je dat ook gerealiseerd?

JLR: Ja, ik ben op mijn achttiende voor mijn studies geneeskunde naar Gent vertrokken, waar ik als studentenvertegenwoordiger actief was in de hervorming van het medische curriculum. Al vanaf mijn derde jaar (1968) wist ik dat ik psychiatrie zou gaan doen, maar de opleiding, toen, in Gent, was mij te traditioneel. Ik was geïnteresseerd geraakt in de anti-psychiatriebeweging die eind jaren zestig onder meer al in Nederland bestond. En zo werd Nederland mijn eerste buitenlandse ervaring, en het was een echte verademing! In België werd alles nog gedomineerd door een aantal machtsblokken die zonder enige speelruimte voor verandering

of vernieuwing het hele politieke, culturele en sociale veld bezet hielden.

In Nederland, waar de secularisatie en de ontzuiling verder waren gevorderd, trof ik een meer vooruitstrevende mentaliteit aan. Er was daar meer ruimte om nieuwe dingen op te zetten. Bij ons in Vlaanderen was er in die tijd binnen de psychiatrische instellingen amper ruimte voor vernieuwingen. Tijdens mijn studies kwam ik in contact met collega's in Nederland, Frankrijk en Engeland die, vertrekkend vanuit de psychoanalyse, nieuwe psychotherapeutische werkvormen ontwikkelden, met name groepstherapie, therapeutische gemeenschappen en patiëntencollectieven.

Ik deed mijn stage psychiatrie in zo'n therapeutische leefgemeenschap die hoorde bij een grote psychiatrische instelling in de buurt van Eindhoven. Zelf ben ik in die tijd ook in therapie gegaan bij Nand Cuvelier, aan de Antwerpse Interactie Academie. Ik volgde er de psychodramaopleiding. Nand bracht mij in contact met het Britse psychoanalytische denken, de objectrelatietheorieën waar het verlangen naar liefde en erkenning meer op het voorplan staan, ten nadele van de freudiaanse focus op het seksuele. Na twee jaar stage in Eindhoven ben ik, inmiddels met ons gezin, naar België teruggekomen. In Brussel heb ik mijn stage neurologie gedaan en daarna kinderpsychiatrie en gezinstherapie bij Piet Fontaine en Edith Tilmans aan de UCL. In Sint Kamillus in Bierbeek bij Leuven heb ik mijn opleiding afgerond. In diezelfde tijd ben ik bij de Belgische School voor Psychoanalyse mijn opleiding begonnen. Na een korte werkperiode in het psychosociaal dagcentrum te Leuven ben ik als psychiater-psychotherapeut gaan werken bij de RIAGG in Maastricht, waar ik bijna dertig jaar met veel plezier heb gewerkt.

Ik heb in die periode ook kennisgemaakt met de institutionele psychotherapie. Via Marc Ledoux kwam ik in contact met het gedachtegoed van Jean Oury en met de filo-

sofie van Laborde in Cour-Cheverny (Frankrijk). Daar komt nog bij dat onze kinderen op de Appeltuin in Leuven hebben gezeten, één van de eerste Freinetscholen hier ten lande, waar het vertrekken vanuit de ervaringswereld van de kinderen de basis vormt voor het leerproces. Ik denk zeker dat deze manier van denken en werken — vanuit de directe ervaringswereld van de mens in zijn leefomgeving — zijn sporen heeft nagelaten in mijn latere therapeutische werk.

Jaak spreekt met zachte stem, weloverwogen en soms een beetje aarzelend, maar ook gedreven en enthousiast. Over bijvoorbeeld het spanningsveld individu-groep en wie wie creëert. Zijn insteek was vaak 'de groep', dit betekent dat hij naast individuele therapie ook altijd met groepen heeft gewerkt.

JLR: In mijn psychotherapeutisch werk vormt de analyse steeds de basis, maar er moet ook oog zijn voor de inbedding van het individu in bredere contexten. Het intrapsychische staat niet los van het intersubjectieve en het transsubjectieve. In een analyse werk je niet louter met een individu: je richt je ook op zijn verhouding met anderen en met de bredere omgeving en cultuur. Als analyticus die werkt met individuen en met groepen hecht ik groot belang aan de onbewuste dynamiek van overdracht en tegenoverdracht. Maar je analyseert niet alleen interacties tussen individuen: zoals we bij Bion en Foulkes kunnen lezen, ontstaat er in groepen een onbewuste groepsdynamiek die geanalyseerd en therapeutisch aangewend kan worden. Zo gebeurt het vaak dat de agressie die in ieder aanwezig is, in een groep gemobiliseerd wordt en daar via groepsspecifieke mechanismen tot uiting komt. Een groep kan bijvoorbeeld een groepslid tot zondebok maken en vervolgens uitstoten. Of er zit iemand in de groep die nooit iets goed vindt en die de therapie en de therapeut voortdurend afbreekt. Je kunt dan zeggen, dat is iets van die persoon,

maar je kunt dat ook groepsdynamisch bekijken en zien hoe die persoon via projectieve identificatie de drager is geworden van verdrongen agressie van andere groepsleden.

In de voorbeelden die ik zojuist heb gegeven wordt een groep gecreëerd door de individuen. Er bestaat ook een omgekeerde beweging: de groep creëert het individu. De Franse analyticus Jean-Claude Rouchy maakt een onderscheid tussen de primaire en de secundaire *groupe d'appartenance*. De primaire 'groupe d'appartenance' is de familie. Deze kan naargelang de cultuur waarin ze bestaat een verschillende vorm hebben. De familie definieert wie je bent: via de familie ontvang je je naam, krijg je een plek in de gemeenschap. Onder secundaire 'groupe d'appartenance' plaatst Rouchy instellingen en sociale organisaties zoals de school, de kerk, het leger of een sportvereniging. Daar wordt zowel bewust als onbewust onder andere doorgegeven hoe men zich moet gedragen, hoe en of men gevoelens kan uiten, kortom, in die groepen wordt doorgegeven wat 'goed' en 'normaal' is. Maar die secundaire 'groupes d'appartenance' zijn volgens Rouchy ook drager van archaische, nog niet individueel gearticuleerde inhouden. Ze kunnen daardoor een mens onbewust dingen laten doen, *onbewust* in die zin dat men geen persoonlijke keuze maakt, dat het individuele bewustzijn geen rol speelt. Hoe minder een persoon in zijn primaire familiegroep als autonoom subject een ontwikkeling heeft doorgemaakt, hoe meer hij zich laat meevoeren in die dynamiek van de grote groepen om daar zijn houvast, zijn *containment* te vinden. En dan doet hij wat de meerderheid doet. Bij ons kun je dat fenomeen terugvinden in de collectieve afwijzing van migranten, die op een ondefinieerbare angst is gebaseerd.

En zo komt Jaak Le Roy als vanzelfsprekend terecht bij Afrika. Vooral hierom is hij

bekend, om zijn werk ten dienste van vluchtelingen en kwetsbare groepen hier in Europa en in Afrika.

JLR: Wie als psychotherapeut geïnteresseerd is in werken met groepen en instituties in andere culturen, komt als het ware vanzelf bij de antropologie uit. Ik volgde destijds seminars bij de antropoloog professor Renaat Devisch die mij in 1989 uitnodigde om mee te werken aan zijn onderzoek in Congo over de transformatie van de vroegere traditionele samenleving door de kolonisatie, de toenemende globalisering en de migratie naar de steden. Het onderzoek spitste zich toe op de geneeskundige praktijken, zowel van de traditionele genezers als van de nieuwe profeten-genezers en de mogelijke samenwerking met de ‹westerse› gezondheidszorg. Vaak zijn deze profeten-genezers afstammelingen van traditionele genezers die in het begin van de twintigste eeuw in opstand waren gekomen tegen de kolonisator die hun praktijken verbod en hen liet opsluiten.

Zo is er een syncretische beweging ontstaan, een vermenging van christelijke en traditionele elementen. Deze genezers oefenen hun praktijken uit buiten de officiële katholieke en protestantse kerk, in zogenoemde ‹genezingskerken›, *églises de guérison* of *églises de réveil*. Hun geloof is niet meer gericht op de traditionele geesten en de voorvaders, maar op de ‹heilige geest› en op de ‹duivel›. Een belangrijk verschil tussen de traditionele genezer en de nieuwe kerkgenezer is dat deze laatste met groepen werkt, terwijl een traditionele genezer enkel werkt met een individu en zijn familie. Beiden beschouwen niet het individu, maar de hele familiegroep als ‹ziek›, inclusief de familieleden van de vorige generaties. In de familie, zegt de genezer, is er een verstoring, een onevenwicht, een conflict opgetreden als gevolg van een overtreding van een sociale code of een negatieve externe invloed, bijvoorbeeld hekserij of een kwade geest. De

genezer moet deze onderliggende stoornissen ten goede corrigeren. Daarom wordt hij geconsulteerd voor een hele rits problemen en stoornissen, zoals somatische of psychische klachten, ongeluk, stilstand of achteruitgang in studie, zaken en opvoeding. Herstel van gezondheid en harmonie kan alleen plaatsvinden als het onrecht en de transgressie ongedaan worden gemaakt en de sociale transgeneratiele codes worden hersteld. Bijvoorbeeld, hoe komt het dat een vrouw geen kinderen krijgt? Of dat de oogst mislukt? Iemand ziek wordt? De genezer moet dan eerst uitmaken of het gewoon om toeval gaat, of dat er een natuurlijke oorsprong bestaat, of dat het misschien om een vergeldingsactie gaat van een voorouderlijke geest. De uitkomst van zijn ‹diagnose› zal zijn ‹behandelingsplan› bepalen.

TvPa: Zou je kunnen stellen dat er een verwantschap bestaat tussen wat de analyticus en wat de genezer doet?

JLR: Ik raakte erg onder de indruk van de capaciteit van genezers die louter door een persoon aan te raken of door over een probleem te dromen, in contact kunnen komen met iets van die persoon, met iets wat onbewust leeft: Een vroegere ervaring misschien? Een probleem uit zijn familie? Ik ben ervan overtuigd dat er buiten de taal om onbewuste inhouden overgedragen kunnen worden die je kunt proberen te begrijpen als je ervoor kunt openstaan. Deze openheid is essentieel en dat is ook zo binnen een analyse. Als analyticus richt ik mij dan ook niet op de behandeling van een symptoom, maar probeer ik me open te stellen voor al wat zich aandient. Je luistert en je ondergaat alle mogelijke ervaringen die je als therapeut in contact met een ander kunt hebben. Je probeert die ervaringen niet direct te begrijpen of te duiden, maar je laat ze in jezelf resoneren. Ze kunnen je op het spoor brengen van verdrongen psychische inhouden of, misschien beter, van inhouden die nog geen gearticuleerde vorm hebben. Je moet dus meegaan, ook in de niet-verbale vormen van

contact, zonder te weten waartoe dat leidt. Door mijn ervaringen in Afrika ben ik waarschijnlijk als therapeut spontaner en levendiger geworden en durf ik meer op mijn intuïtie te vertrouwen. Het analytische werk is geen wetenschappelijke ontcijfering van het onbewuste: er moet met de patiënt ook een niet verbaal intersubjectief contact zijn, anders geraak je niet verder dan het inzicht 'ja, zo ben ik ...'.

THE FLOW OF LIFE

TvPa: Jaak, kun je voor de lezer proberen te vertellen wat jou het meest heeft beïnvloed in je contact met Afrika?

JLR: Wat mij het meest gegrepen heeft in Afrika? Twee dingen: allereerst de levensdrift van de Afrikanen, zoals die permanent voelbaar is in hun ritmes, in hun bewegen, in hun spreken, in hun seksualiteit. Zelfs in de grootste ellende lijkt er een soort kracht en energie te bestaan die mogelijk maakt dat men kan overleven. En het tweede, het lijkt een tegengestelde kracht, is een soort vreemde gelatenheid, die je daar ook kunt voelen ...

Eerst over dat overleven: het leven doorgeven, dat is voor hen het belangrijkste, dat is ook waar de genezer op gericht is. Hij is niet geïnteresseerd in het lijden van het individu op zich, maar in de *flow of life*: hij wil bewerkten dat de vastgelopen levensenergie weer vrij kan stromen, in en tussen de personen en generaties. Het leven moet doorgezet kunnen worden. De genezer probeert te achterhalen waar het in de voorgeschiedenis is misgegaan. Als hij dat gevonden heeft, bepaalt hij door welke actie, welk ritueel of geneesmiddel dat verholpen kan worden. Van bijna alle genezers die ik heb gevolgd, begreep ik dat zij zelf psychotische, epileptische of depressieve klachten hebben gekend en dat ze 'in behandeling' zijn geweest bij een genezer. Dat lijkt soms op de didactische analyse waar de kandidaat-analyticus

langdurig zijn eigen psychische problematiek moet doorwerken om analytisch te kunnen worden, maar het is toch niet hetzelfde. In Afrika kies je er namelijk niet zelf voor om therapeut te worden: het is iets wat wordt gereveleerd en waarbij je geen keuze hebt. Wanneer iemand een genezer raadpleegt omdat hij bijvoorbeeld stemmen hoort, dan kan het gebeuren dat hij te horen krijgt dat hij geroepen is om zelf ook genezer te worden. De 'behandeling' heeft dan als doel zich verder te vormen, dromen te leren duiden en als helderziende genezer beschikbaar te zijn voor de gemeenschap. Sommige 'uitverkorenen' die zich afgekeerd hebben van de traditie en weigeren de hun opgedragen taak te aanvaarden, lopen het risico dat hun klachten zullen toenemen. Het therapeutische werk van de traditionele genezer kan ik mede situeren dankzij de psychoanalytische theorieën zoals die van Bleger, Rouchy, Torok en Puget. Zij wijzen erop dat onze levenswijze niet alleen bepaald wordt door het persoonlijk onbewuste (het singuliere, gedifferentieerde deel van ons zelf), maar ook door onze symbiotische inbedding in groepen en in sociale instituties (het ongedifferentieerde deel van ons zelf). Traumatische ervaringen in gezinnen en groepen worden onbewust over generaties heen overgedragen in volgende generaties. Wij blijven dus steeds ten dele symbiotisch functioneren. Dat symbiotische stuk wordt beheerd door de instituties waarvan we deel uitmaken. Als dat niet meer behoorlijk werkt, loopt het individu grote risico's.

Welnu, je kunt zeggen dat de traditionele genezer het zieke individu dat zijn hulp inroept tracht te genezen door de slecht functionerende 'groupes d'appartenance' weer vlot te trekken. Hier staat de genezer mijlenver van de analyticus. De analyticus helpt de patiënt zich bewust te worden van wat er in hem gebeurt, waardoor de patiënt zijn eigen leven weer in de hand kan nemen en bewuste keuzes kan maken.

In feite bestaan er in Afrika drie verschillende samenlevingsmodellen naast elkaar, met telkens eigen instituties en codes: een religieus model, een ›westers› model en het traditionele model. In alle belangrijke levensfasen, bij de rituelen van geboorte, huwelijk, overlijden en in perioden van ziekten of ongeluk, vinden families binnen deze drie samenlevingsmodellen houvast, betekenis en richting. Men probeert in het dagelijkse leven de normen en waarden van deze drie modellen te integreren. Vaak leidt dit tot spanningen en conflicten binnen de families en de gemeenschap, met als gevolg uitstoting en geweld. Daar komt nog bij dat de vele oorlogen, de armoede, corruptie en de snelle maatschappelijke ontwikkelingen, een duurzame versterking van de sociale evenwichten hebben meegebracht. De mensen gaan hulp zoeken binnen die drie verschillende samenlevingsmodellen en krijgen zo te maken met de ›westerse› gezondheidszorg, de traditionele gezondheidszorg en de genezingskerken. Al naargelang hun eigen interpretatie van de ziekte of van het probleem doen ze vaak een beroep op verschillende zorgverstrekkers. Een belangrijke vraag is of en hoe er samenwerking tussen deze geneeswijzen mogelijk is. Dat tweede wat ik zojuist noemde, de intense gelatenheid die je daar soms kunt waarnemen: het lijkt dikwijls alsof men zijn lot zo passief ondergaat. Ik vind dit na al die jaren nog altijd moeilijk om te zien. Zou dat komen omdat men zich over het algemeen minder beleeft als een individuele entiteit met een eigen verlangen en vermogen zelf initiatief te kunnen ontwikkelen? Ik weet het nog steeds niet. Is dit het antwoord op het structurele geweld en onderdrukking? Soms kom je toch ook bijzonder energieke mensen tegen die niet meer afwachten, die het eigen verlangen vormgeven. En daarbij nieuwe initiatieven ontwikkelen en zorg dragen voor de kwetsbaren in hun naaste omgeving. Dergelijke personen zijn de dragers van de sociale veranderingen die

ondanks alle tegenspoed geleidelijk plaatsvinden.

Die gelatenheid heeft natuurlijk meerdere wortels. De kolonisatie is er een van. In een traditionele Afrikaanse gemeenschap is er een chef. Hij wordt intern gecontroleerd: ›Hij moet zijn werk goed doen›. Zo'n chef kan bezittingen hebben, zelfs veel, maar hij is óók de behoeder van het collectief. Hij kan autoritair beslissingen nemen, maar hij moet wél luisteren naar wat men ervan vindt. Dat gebeurt in de zogenoemde *pala-bres* waar men samenzit en waar iedereen die met een probleem of met een conflict te maken heeft, kan komen spreken.

Heel anders was het gesteld met een kolonistator die ervan overtuigd was in alle opzichten hoger te staan op de ladder van de beschaving en die aan niemand rekenschap hoefde af te leggen. Deze koloniale mentaliteit heeft zich nu — eigenaardig genoeg — genesteld in de inlandse kerken die oppermachtig zijn en dicteren hoe de mensen moeten leven. Het koloniale model is geïnternaliseerd geraakt en soms is het bijna grappig: iedereen is op een bepaald moment wel ergens baas en dan speelt hij ook de baas en de anderen hebben maar te luisteren.

TvPa: Kan men zeggen dat Afrika een getraumatiseerd continent is?

JLR: Er is een publieke, zichtbare traumatisering, maar daarnaast is er ook een stille traumatisering. Zichtbaar zijn de oorlogen en de vluchtelingenstromen, de extreme vormen van geweld, zoals verkrachtingen, kinderen die daarbij aanwezig zijn, castraties of kinderen die zelf verkracht worden. De stille traumatisering komt voort uit de internalisering van al dat geweld. Het gevolg is een algeheel gevoel van onmacht en een intens depressieve gelatenheid. Uit een recent onderzoek in de Noord Kivu provincie [Democratische Republiek Congo, afgekort DRC] blijkt dat meer dan de helft van de plaatselijke bevolking ernstige depressieve klachten heeft. De cijfers zijn werkelijk ont-

stellend. Andere tekenen van die stille traumatisering zijn drugsmisbruik, psychosomatische klachten, perversies en ander grensoverschrijdend gedrag. In DRC, vooral in de provincies die het toneel zijn (geweest) van oorlog en uitbuiting, voel je heel sterk dat het sociale stelsel volledig is ontworcht. De sociale verhoudingen zijn er totaal verstoord.

Als arts, als hulpverlener voelde ik het verlangen iets te willen bijdragen dat misschien een kleine verandering teweeg zou kunnen brengen.

Na het onderzoek bij de traditionele genezers en de profet-genezers, heb ik in Kinshasa en later in Noord-Kivu en andere landen van het Grote Meren-gebied gewerkt. Deze projecten kregen steun van internationale ontwikkelingsorganisaties. Vanaf 2000 proberen we samen met collega's uit de lokale gezondheidszorg en vrijwilligers in de wijken een eerstelijns geestelijke gezondheidszorg op te zetten. We gebruiken daarbij nieuwe hulpverleningsmodellen voor mensen met mentale, neurologische en verslavingsstoornissen die door de WHO zijn ontwikkeld, maar deze modellen worden aangepast aan de lokale situatie en aan de culturele context.

Om iets te kunnen veranderen moet de gemeenschap het project actief ondersteunen en dat vraagt veel tijd en veel 'gepalaver'. Door dat hele proces van samenwerken neemt de cohesie binnen de gemeenschap toe en wordt het sociale stelsel weer sterker. Pas als de mensen het gevoel krijgen dat ze zelf iets aan hun situatie kunnen doen, kan er verandering optreden.

Samen met de plaatselijke verantwoordelijken worden er praktijkgerichte cursussen gegeven en verwijzingsnetwerken ontwikkeld. Er wordt sociale steun gemobiliseerd, medicatie verstrekt en er worden nog andere voorzieningen ingericht. Artsen, verpleegkundigen, psychosociale werkers uit de gezondheidscentra en vrijwilligers uit de

lokale gemeenschap werken daarbij hand in hand.

Dat alles kost tijd, heel veel tijd. Vandaar dat ik in Afrika nooit kortdurend heb willen werken.

Sinds een aantal jaren werk ik in Afrika ook mee aan het opzetten van geestelijke-gezondheidszorgprojecten in vluchtelingenkampen van de UNHCR (Vluchtelingenorganisatie van de Verenigde Naties). In Noord Oeganda bijvoorbeeld woont een half miljoen vluchtelingen in een streek die door de regering ter beschikking is gesteld voor de UNHCR. De mensen wonen daar in grote groepen van rond de vijftigduizend man in nieuw gecreëerde 'dorpen', waar ook een gezondheidsdienst aanwezig is. Wij leiden de medewerkers van die diensten op, zodat ze kunnen instaan voor een basale vorm van geestelijke gezondheidszorg en psychosociale interventies, iets waarmee men totaal onbekend was. Daartoe werd een vormingsprogramma ontwikkeld waaraan ik heb meegewerkt, de *Mental Health Gap Guide van de WGO*: in grote delen van Afrika vind je weinig of geen professionals bereid om in de provincie, dicht bij de mensen te werken. (In DRC bijvoorbeeld zitten bijna alle psychiaters en psychologen in Kinshasa of in enkele andere grote steden.)

Nu, aan de hand van het model waar ik het net over had, proberen verpleegkundigen, basisartsen en sociale werkers die *Gap* op te vullen met een elementaire vorm van psychische hulpverlening. In deze teams, waar vaak heel talentrijke en geëngageerde mensen tussen zitten, zijn ook een aantal vertegenwoordigers van vluchtelingen opgenomen. De hulpverlening wordt dus ingebed in hun directe leefomgeving. Er zijn intussen al verschillende evaluaties geweest en de uitslag is bevredigend. Het model van de *Gap* werkt, niet altijd overal even goed, maar het geeft wel merkbaar positief resultaat.

TvPa: Jaak, als ik dat allemaal zo aanhoor, dan zit jouw werkervaring in felle mate in tussengebieden, ik bedoel dat je je veelal

hebt beziggehouden met culturen in transitie, met gezinnen in verandering, met getraumatiseerde systemen ... Hoe zit het in dat werk met de verhouding systemisch-analytisch?

JLR: Ik werk met groepen met een specifiek analytische inbreng. Ik verwees reeds naar het denken van Bleger en Rouchy die stellen dat we steeds ten dele symbiotisch of ongedifferentieerd blijven functioneren. De analyse, met als drijvende krachten de overdracht en de tegenoverdracht, zet een differentiatieproces van het zelf in gang. Door dit proces ook een plaats te geven binnen de opleidingen van de gezondheidswerkers, zijn zij beter in staat hun emotionele reacties en hun eigen problemen tijdens het werk met psychisch kwetsbare mensen te herkennen en te onderzoeken. Er ontstaat tegelijkertijd ook een nieuwsgierigheid, een groeiend bewustzijn van de posities en de rollen die men in de eigen familie aange-reikt heeft gekregen en die men heeft ingenomen.

LEVENS- EN DOODSDRIFTEN

Je kunt inderdaad de tegenstelling tussen enerzijds de sterke levensdrift van de Afrikaan en anderzijds diens passiviteit en gelatenheid in verband brengen met de freudiaanse oppositie tussen levens- en doodsdrift als je die laatste in zijn betekenis neemt van <inertie>. Je vraagt of die twee driften in onze cultuur niet veel meer een neurotische verstrengeling hebben gekregen, terwijl ze in Afrika nog meer blootliggen, of anders eerder psychotisch zijn bewerkt. Ik weet het niet zo onmiddellijk ... Het is wel zo dat emotionele conflicten dissociatief en projectief worden <opgelost>: negatieve emoties die onverdraaglijk zijn — haat, verdriet, jaloezies — worden afgesplitst, uitgestoten en geprojecteerd, neem bijvoorbeeld het mechanisme van de hekserij. Bij ons is dat inderdaad veel meer geneurotiseerd. Het

onaanvaardbare wordt verdrongen, maar dat betekent geen totale uitsluiting. Wat verdrongen is, blijft aanwezig en laat zich altijd gelden. Terwijl het lijkt of de mensen daar het ondraaglijke lijden buiten het bewustzijn weten te houden en daardoor in staat zijn verder te leven! Een zwaar getraumatiseerde vrouw zei me: <Wat met mij is gebeurd, is zó verschrikkelijk, dat hoort niet bij het leven, dus daar ga ik geen rekening mee houden>. Men tracht zich te redden door splitsingen die ontstellend radicaal kunnen zijn. Ook in andere, minder traumatische contexten, bijvoorbeeld bij een tweede huwelijk waar de kinderen uit het eerste huwelijk niet welkom zijn, kan het gebeuren dat die kinderen gewoon worden verstoten: eruit, weg ermee! In dit soort situaties proberen we met ons psychosociaal model tussen alle betrokkenen een bemiddeling op gang te brengen onder de noemer van <herstel van de harmonie>.

We proberen de mensen te helpen hun emoties niet meer uit te stoten, te verwerpen, maar integendeel te erkennen en er in relatie tot de anderen constructiever mee om te gaan. Kun je zeggen dat dit tot een verdere individualisering leidt, is dit een <westerse> oplossing? Jazeker, maar ingebed in de plaatselijke gemeenschap en tradities. Maar is er een alternatief? De traditionele oplossingen werken in veel gevallen óók niet meer, of de mensen willen ze niet meer, omdat de traditionele samenlevingsvormen teloor zijn gegaan. Ik denk dat er geen weg terug meer is.

NAWOORD VAN DE INTERVIEWERS

Dit interview werd afgenomen in een periode die in België een aarzelend begin toonde van herziening van hoe de kolonisatie stichtend en verwoestend is geweest. Er waren de discussies naar aanleiding van de restauratie van het <Afrika-museum> in Tervuren. Er was de media-aandacht betreffende de politiek

van koning Leopold II. Er werd gedebatteerd over hoe in de publieke ruimte kon en mocht worden verwezen naar die geschiedenis. Lang daarvoor was er al de interesse van onder anderen dokter Jaak Le Roy. Hij was

een van de eersten die zich daadwerkelijk bezighielden met de psychiatrische gevolgen van en met de hulpverlening inzake de kolonisatie. Een pionier.