

## CASUÏSTISCHE MEDEDELING: FOLIE EN MASSE IN EEN ONTWIKKELINGSLAND

door Dr. V. VAN AMELSFOORT \*

### INLEIDING

Folie en masse heeft in de psychiatrische handboeken een wat uitzonderlijke plaats. De voorbeelden betreffen vaak beschrijvingen van tientallen jaren terug uit gesloten dorpsgemeenschappen in een achtergebleven platteland. Het volgende geval mag vermeld worden wegens het recente plaatsgrijpen; de situering in een ontwikkelingsland waar versnelde culturele en religieuze veranderingen luxerende elementen lijken; de trieste afloop na een tweede golf, en als illustratie van het belang van een juiste beleidsbeslissing op afgelegen buitenposten. In een ontwikkelingsland heeft de perifere arts verantwoordelijkheid voor een hoeveelheid taken welke eenvoudigweg niet allen te vervullen zijn. Een bevolking van enkele honderdduizenden zal hij in principe allereerst preventieve verzorging dienen te geven, maar in de praktijk wordt hij daarin belemmerd door een onafwijsbare hoeveelheid curatief werk. Administratieve, organisatorische en docerende verplichtingen zijn voor hem veel uitgebreider dan in een welvarend land, waar efficiënte hulpkrachten zijn taak verlichten. Psychiatrie wordt dan vaak gevoeld als een medische luxe; zowel de zorg voor de individuele geestelijk gestoorde patiënt als de psychiatrische preventie. Deze laatste, in ontwikkelingslanden met hun turbulenties door geestelijke stroomversnelingen nog belangrijker dan bij ons, blijft echter vaak een droombeeld. In de overdaad van werk is het moeilijk de lokale problematiek van geestelijke gezondheidszorg op tijd te onderkennen. Wordt een ernstig probleem wél gesignaleerd, dan moet men op lacunaire gegevens — zonder laboratoriumonderzoek en zonder faciliteiten voor intercollegiaal consult — een beslissing nemen die juist door de isolatie van het rimboeziekenhuis veelal vérstrekkende medische en politieke gevolgen kan hebben. Gevolgen, die naderhand moeilijk of niet meer te redresseren zijn door het ontbreken van snelle communicatiemogelijkheden, de afwezigheid van reservepersoneel voor noodsituaties en het vaak starre maatschappijpatroon.

De hieronder volgende casus heeft deze kenmerken. Het werd gepresenteerd als een bestuurlijk probleem, maar bleek een ernstig psychiatrisch vraagstuk. Gebaseerd op gegevens die in de westerse medische wereld onvoldoende zouden zijn, diende in tijdnood een beslissing genomen te worden, waarbij de preventieve psychiatrie prevaleerde boven de zorg voor de individuele patiënt. Het zeldzame van de casus is, dat de juistheid van deze beslissing — en daarmee het belang van de psychiatrische

\* Wetenschappelijk Coördinator Buitenlandse Studie Samenwerking, Katholieke Universiteit van Nijmegen. Huidig adres: Cavalieriestraat 2, 's-Hertogenbosch.

preventie — bevestigd lijken te worden door het tragische beloop een jaar later van een tweede golf van dezelfde folie en masse, die toen niet tijdig getraceerd werd.

#### ACHTERGROND GEGEVENS

Het afgelegen dorp A verschroeit tien maanden per jaar in een dorsteppegebied onder de evenaar in een land dat tien jaar geleden politieke onafhankelijkheid verwierf. Er zijn geen winkels, school of markt. De dichtstbijzijnde bestuurspost met een zeer eenvoudige buitenpolikliniek ligt 40 kilometer karrespoor verderop. Een honderdtal inwoners leeft in lemen huizen, verbouwt mais in het regenseizoen, maar heeft amper geldeconomie. Twintig jaar geleden volgden allen hier nog de eeuwenoude voorouderverering. Daarna breidde het Mohammedaanse geloof, krachtig ondersteund door de overheid, zich uit tot dit dorp. De oudere generatie bleef bij het vroegere patroon, de jongeren werden Moslim. Er zijn zeer zwakke invloeden van missie en zending die vele uren gaans verwijderd een schooltje hebben. Medische gegevens zijn over het dorp A niet bekend. In deze provincie is malaria endemisch, en komen jaarlijks epidemieën voor van pokken en meningitis. Bijzondere psychiatrische beelden zijn qua aard of frequentie nooit vermeld. In het plaatsje B op 80 kilometer afstand beheert hoofdverpleger X een 'health centre'. Hier zetelt ook het districtsbestuur.

Nog eens 55 kilometer verder werkte ik in het stadje C als provinciearts.

#### CASUÏSTIEK

Op 4 augustus 1964 zond hoofdverpleger X van het 'health centre' in B aan mij een spoedbericht over een epidemie van een onbekende ziekte in het dorp A:

'De ziekte overvalt plotseling tot dan toe volkomen gezonde mensen. De patiënten gedragen zich wanordelijk, huilen, vloeken en schreeuwen en voelen zich tenslotte zeer zwak. Ze genezen allen zonder behandeling. Het opvallende echter is dat na herstel de vroegere patiënten niet meer de mohammedaanse dagelijkse gebeden willen zeggen, maar afgoden en voorouders gaan vereren. Dit laatste nu heeft de lokale autoriteiten zeer verontrust. Die vragen zich af wat tenslotte de gevolgen van dit alles zullen zijn. Zij willen daarom precies weten of deze mensen echt ziek zijn, of dat zij dit alleen maar voorwenden. Zes patiënten werden naar mijn 'health centre' gebracht voor onderzoek, waarbij ik niets abnormaals kon vinden. Maar zij zouden allen dan ook reeds spontaan geheel hersteld zijn. De patiënten vertelden mij het volgende:

no. 1: Zegt nooit ziek geweest te zijn. Hij werd alleen maar meege-stuurd omdat hij wijkhoofd was.

- no. 2: Kreeg een ziekte, maar wist niet welke. Had lichte pijn in zijn hart, voelde zich onzeker en kende zichzelf niet, zat maar stil en hilde. Kreeg geen behandeling; is nu beter, maar wil niet meer bidden.
- no. 3: Is helemaal niet ziek geweest. Zijn ouders waren geen moslim, hij vestigde zich als vreemdeling in dorp A en ging daar de mohammedaanse gebeden volgen. Maar hij had nu besloten dat niet langer te doen.
- no. 4: Kreeg prikkelend gevoel over zijn ribben rechts, later op zijn maag met wat hoesten. Hij heeft nooit de moslimgebeden gevolgd.
- no. 5: Voelde kou aan een kant, was zwak en zenuwachtig. Dit ging over zonder behandeling. Hij voelt zich nu beter. Dit heeft niets te doen met zijn weigering om te bidden. Hij was oorspronkelijk geen mohammedaan.
- no. 6: Begon met zenuwachtigheid, verward denken en wilde niet langer bidden. Dit alles ging voorbij. Vroeger baden we ook niet, daarom doet ik het nu ook niet meer.

Op 5 augustus bezochten hoofdverpleger X en ik het dorp A. Na vier uur rijden met de landrover spraken we eerst met het dorps hoofd in A.  
*Informatie van het dorps hoofd in dorp A:*

Het begon twee maanden geleden met de Koran-onderwijzer Y. (Noot: een Koran-leraar heeft zelden een formele opleiding gehad; is ook geen volledig vrijgestelde maar werkt een deel van zijn tijd op zijn akker. Door zijn grote kennis van de Koran leert hij de kinderen ter plaatse de verzen te reciteren en gaat hij voor in het gebed in de moskee). Deze Y leeft al jaren in dit dorp en heeft nooit moeilijkheden gegeven. Nu weigerde hij zijn gebeden te doen. Na een maand wilden ook zijn drie gezellen met wie hij zijn dagelijkse gebeden zegde, niet meer bidden. Daarna hielden enkele van zijn Koran-leerlingen en sommige van zijn burens op met bidden. De meesten waren mannen en allen waren volwassenen; een klein deel betrof ook niet-mohammedanen. Ze gingen allen de vroegere afgoden en voorouders vereren. Op dit moment is de ziekte voorbij maar alle vroegere patiënten weigeren nog steeds te bidden.

Er is geen onrust in het dorp geweest, geen misdaden of vechtpartijen noch ziekten onder gewas en vee. De lokale medicijnman heeft geen behandeling toegepast. De ziekte is niet in naburige dorpen voorgekomen. Acht maanden geleden zijn enkele missionarissen in dit dorp kort op bezoek geweest (Noot: bij navraag achteraf bleek dit de protestantse zending te zijn geweest; verdere gegevens waren niet te achterhalen). Genoemde Y is niet onlangs in de grote stad geweest, heeft geen film gezien. Hij is door zijn ziekte zeker niet in de achtig van zijn dorpsgenoten gestegen. Er is geen enkele transistorradio in dorp A.

*Patiënt Y*

arriveerde tijdens bovenstaand gesprek met het dorps hoofd. Ongeveer 40 jaren oud. Hij snelde op de landrover toe, schreeuwend en met zijn armen zwaaiend. Daarna bleef hij buiten de hut van het dorps hoofd staan, verwensingen in het rond slingerend. Dit afgewisseld met imitaties van starten, schakelen en op toeren komen van de automotor. Hij rolt zich op krampachtige wijze in het zand en trekt zijn lang overkleed uit. Vervolgens komt hij de hut binnen en groet iedereen met overdreven gebaren. Zijn gedrag, met name de gelaatsuitdrukking, doet mechanisch aan, verraaft weinig of geen emotie.

*Onderzoek van 10 voormalige patiënten* (hieronder de zes die door hoofdverpleger X zijn gezien)

We reden 3 kilometer verder tot een onder dorp A horend gehucht, waar 10 voormalige patiënten werden onderzocht. Onder hen waren de patiënt die als tweede direct na Y ziek werd, en de allerlaatste patiënt die pas enkele dagen weer genezen was. Een groep ogenschijnlijk volkomen gezonde mannen tussen 17 en 35 jaar, die verklaarden allemaal weer beter te zijn en weer op hun akkers te werken. Oriënterend lichamelijk onderzoek bracht geen afwijkingen aan het licht. De tijd begon nu te dringen, gezien de lange nog te maken terugreis. Er was geen gelegenheid meer na te gaan waarom deze 10 mannen niet meer wilden bidden. Het leek aangewezen niet teveel de nadruk te leggen op de speciale toestand van deze 10 mannen. In een geruststellend gesprek werd naar voren gebracht dat de dokter hen nu allen onderzocht had en dat ze weer helemaal genezen waren; dat de dokter zich wel kon indenken dat zij tengevolge van hun ziekte nog niet hun gebeden zegden, maar dat daar nu geen aanleiding meer voor was omdat zij weer helemaal genezen waren.

*Patiënt Y, overwegingen en beslissing ter plaatse*

De diagnose van patiënt Y kwam ter plaatse niet verder dan acute psychose, waarbij we betwijfelden of de lokale gemeenschap voldoende interne regulatie-mechanismen bezat om patiënt Y nog langer in zijn midden te kunnen handhaven. Gezien de afwezigheid op dat moment van griep-, mazelen- of meningitis-epidemieën, leek de diagnose 'folie en masse' voor de secundaire gevallen op dat moment veel belangrijker consequenties te hebben. Door de isolatie van het dorp A, de onmogelijkheid het regelmatig te bezoeken of anderszins onder supervisie te houden, leek ons dat we niet het risico konden nemen dat deze epidemie zich verder zou uitbreiden met zeer ongewenste sociale gevolgen. Enige realistische oplossing leek om patiënt Y uit de gemeenschap van dorp A te verwijderen. Aan Y werd voorgesteld mee naar B te reizen voor nader onderzoek. Hij ging daar onmiddellijk mee akkoord, en zong drie uur lang in de landrover de lof van de hoofdverpleger en de dokter. Na aankomst 's nachts in B kon een kort fysisch onderzoek van Y geen grove afwijkingen aantonen. Hij werd ondergebracht in de

lokale gevangenis, kreeg paraldehyde en Iargactil. De hoofdverpleger werd geïnstrueerd Y frequent te bezoeken en indien nodig sedativa te geven.

Dit lijkt een pover onderzoek en dito therapie. Het 'health centre' echter had geen isolatiekamer. Een samenloop van omstandigheden wilde bovendien dat ik na terugkeer in C ook nog een 120 bedden ziekenhuis van een zieke collega moest waarnemen, terwijl de volgende morgen vroeg de Minister van Gezondheidszorg in C op bezoek zou komen.

*12 augustus 1964* (een week na opname)

Heronderzoek van patiënt Y in B. Afgelopen week geen bijzonderheden gerapporteerd door de hoofdverpleger. Patiënt is georiënteerd in plaats en tijd. Zegt 30 jaar te zijn, vijf kinderen te hebben waaronder een dochter. Zijn dochter zal binnenkort huwen. Hij stelt zelf voor dit huwelijk af te gelasten, zodat zij met de hoofdverpleger kan trouwen. De laatste maanden werkte hij niet meer op zijn akker wegens zijn ziekte. Gevraagd zijn ziekte nader te omschrijven, zegt hij slechts dat zijn dorpsgenoten hem vastbonden en voor gek verklaarden. Momenteel heeft hij pijn in de borst. Hij is bezorgd dat hij zijn familie een week lang niet heeft gezien. Op de vraag waarom hij zich een week geleden in het zand rolde, antwoordt hij dat dit de wil van God was. Had Allah dan tot hem gesproken? Nee, niet direct, maar hij voelt dat Allah een speciale boodschap voor hem heeft. Wat voor soort boodschap? Hij is bezorgd over zijn godsdienst. Als hijzelf daarover spreekt, krijgt hij een boodschap. Hij gelooft dat Christus hem zal komen halen en met hem zal samenwerken. Bij het zien van blanke mensen voelt hij dat hij de vertegenwoordiger van Christus is. Hadden de missionarissen hem dit dan verteld tijdens het bezoek aan zijn dorp enige tijd geleden? Y begint nu plotseling te zingen, op de meest uitbundige wijze 'Nee' antwoordend. Hij gaat lange tijd hiermee door; dokter en hoofdverpleger prijzend waarbij hij belooft dat Allah hen alle goeds zal geven als zij hem naar zijn dorp laten terugkeren. Er wordt hem beloofd dat voor zijn familie in A gezorgd zal worden.

Bij uitgebreid lichamelijk onderzoek worden geen abnormale bevindingen gedaan. Reflexen zijn normaal. In het laboratorium blijkt het malaria-preparaat negatief. Onderzoek lumbaalvocht is niet mogelijk. De diagnose wordt gesteld op acute psychose met religieus getinte grootheidswanen.

*19 augustus 1964* (twee weken na opname)

Heronderzoek patiënt Y in gevangenis in B. Duidelijke verbetering. Zelfs op nogal provocerende vragen antwoordt patiënt zeer rustig. Geen zingen of reciteren meer. Er is ziekte-inzicht, patiënt heeft belangstelling voor dagelijkse dingen. Hij maakt terecht opmerkingen over de kwaliteit van zijn eten; hij merkt spontaan op dat hij nu denkt dat het toch wel niet mogelijk zal zijn dat zijn dochter met de hoofdverpleger gaat trouwen; hij schaamt zich dat hij zo vuil is door ontbreken van zeep

(dit wordt hem beloofd). Heeft Allah nog tot hem gesproken? Nee; mocht hij in de toekomst nog boodschappen krijgen, dan zal hij zeker helpen wat ze hem vragen te doen, maar hij denkt niet dat hij nog meer boodschappen zal krijgen. Zou hij naar huis toe willen? Ja. Er wordt hem beloofd dat hij misschien binnen een week naar huis mag. Y neemt dit alles zeer beheerst op, zonder emotionele uitbarstingen.

*24 augustus 1964* (bijna 3 weken na opname)

Spoedbericht hoofdverpleger X in B aan arts in C: toestand patiënt Y plotseling verergerd: God vertelde aan Y dat hij de grootste man op aarde was en dat hij alle macht hier had. Y maakt figuren in het zand en zegt dat het een tekening is van een vliegtuig dat hij aan het ontwerpen was voor de president van het land.

*26 augustus 1964* (3 weken na opname)

Heronderzoek patiënt Y in B. Volgens gevangenispersoneel is patiënt sinds drie dagen veel lastiger; slingert verwensingen in het rond naar iedereen. Het bericht van de hoofdverpleger kan bevestigd worden. Y, gevraagd wat hij nu in zijn dorp A wilde gaan doen, zegt dat hij daar nu wilde gaan regeren; dat iedereen daar zijn opdrachten diende te gehoorzamen zoals God hem die afgelopen week gegeven had.

Wegens duidelijke verslechtering en de onmogelijkheid voor adequate behandeling ter plaatse, werd nu besloten patiënt Y te verwijzen naar de enige psychiatrische inrichting in het land op 560 kilometer afstand. De begeleidingsbrief gaf bovenstaande ziektegeschiedenis. Na aanzienlijke administratieve moeilijkheden werd patiënt 10 dagen later daar opgenomen.

*Rond december 1964* (vier maanden na eerste onderzoek en opname)

Patiënt wordt uit de psychiatrische kliniek ontslagen en keert naar zijn dorp A terug zonder het 'health centre' in B te passeren en zonder enig medeweten van de burgerlijke autoriteiten. Het is nooit gelukt een ontslagbrief van het psychiatrisch ziekenhuis te verkrijgen.

*Maart 1965* (zeven maanden na eerste onderzoek)

Er ontstaat grote beroering in dorp A, wederom uitgaande van patiënt Y. De sociale gevolgen zijn nu veel ernstiger: gevechten, opstand, moord en doodslag. Paniek en onrust verstoorden geheel het dagelijks leven in het district. Voertuigen en chauffeurs worden bij alle overheidsdiensten gevorderd om politieversterkingen naar het dorp A te brengen.

Het verhaal gaat nu snel naar zijn dramatische climax. We geven dit weer door drie kranteberichten te citeren:

*17 april 1965, pagina 5 van krant M, nr . . .*

'Ongeveer een week geleden werden een hoofdinspecteur en zes politieagenten gedood toen zij een religieuze twist in het gebied A probeerden neer te slaan'.

*24 mei 1965, pagina 11 van krant N, nr . . .*

'De lokale heerser van B heeft een beroep op zijn bevolking gedaan om hun onderlinge godsdienstige geschillen bij te leggen en in vrede en harmonie met elkaar te leven. De autoriteit, die zijn gehoor toesprak tijdens een recent tournee in zijn gebied, betreurde de recente godsdienstige opstanden in twee dorpen in zijn gebied'.

7 december 1966, pagina 1 van krant M, nr . . (1½ jaar na eerste opname van Y)

'Het gerechtshof in D heeft afgelopen weekend drie personen ter dood veroordeeld wegens doodslag. Het zijn: Y plus een van de 10 patiënten gezien op 5 augustus 1964, plus een onbekende.

Aanvankelijk waren acht personen in staat van beschuldiging gesteld, maar drie van hen kregen drie jaar gevangenisstraf, terwijl twee van rechtsvervolging werden ontslagen. Gevangenisstraf kregen: twee van de 10 patiënten van 5 augustus 1964, plus een onbekende, terwijl twee onbekenden werden vrijgelaten.

De openbare aanklager stelde dat aangeklaagden hadden deelgenomen aan onwettige samenkomsten en opstanden in dorp A vorig jaar april, waarbij enkele politieagenten werden gedood.

Zowel de districtsbestuurder als het hoofd van politie verklaarden als getuigen dat zij bij hun bezoek aan dorp A bedreigd en overmand werden door de dorpsbewoners, die hen sloegen met stokken en beschooten met pijl en boog. Andere getuigen brachten ook naar voren dat zij enkele van de aangeklaagden met stokken hadden gezien.

De aangeklaagden ontkenden de beschuldiging'.

#### NABESCHOUWING

In het decor van een jong ontwikkelingsland lijken versnelde culturele en religieuze veranderingen luxerende elementen in het ontstaan van deze folie en masse. Het conflict tussen voorouderverering, moslim-godsdienst en christendom speelde zeker bij patiënt Y, maar is ook aanwijsbaar in de historia morbi van enkele van de secundaire gevallen. Het is ook overduidelijk — alhoewel mogelijk niet als luxerend element — in de houding van de lokale overheden: zij waren bezorgd dat sommige burgers hun dagelijkse mohammedaanse gebeden niet meer verrichtten. Dit was het gegeven dat de sociale rust bedreigde volgens hen, niet het individuele ziektegeval.

Van begin af aan werden mogelijke sociale repercussies sterk in de beleidsoverweging betrokken. Dit leidde tot de beslissing om prioriteit te geven aan de verwijdering van patiënt Y uit zijn omgeving. De juistheid van deze beslissing lijkt op tragische wijze bevestigd te worden door de gebeurtenissen enkele maanden na de eerste ziekteaanval. Door ontbreken van medische communicatie keerde patiënt Y naar zijn dorp A terug zonder supervisie of controle. Toen hij een tweede maal ziek werd, breidde de folie en masse zich dusdanig uit

voordat lokale autoriteiten verwittigd werden, dat een opstand met enkele doden er het gevolg van was. Dit falen van primaire én tertiaire preventie in het psychiatrische vlak adstrueert wederom de noodzaak om, gezien de beperkte middelen, in ontwikkelingslanden voor de psychiatrie minder aandacht te besteden aan de ontwikkeling van de institutionele zorg voor acute of chronische patiënten, maar prioriteit te verlenen aan de integratie van de psychiatrische preventie in het geheel van de 'community health'.

#### SAMENVATTING

Een acute psychose met wanen die een overwegend religieuze inhoud hadden, leidde tot een folie en masse bij tientallen patiënten in een geïsoleerde gemeenschap in een ontwikkelingsland. Verondersteld wordt dat de versnelde culturele en godsdienstige veranderingen hierbij luxerende elementen waren. Het verloop was in twee golven. Na aanvangelijk een geslaagd lijkende behandeling, markeerden tenslotte moord-aanslagen, sociale onrust en doodvonnissen voor drie patiënten het falen van de psychiatrische preventie.

#### SUMMARY

*This article is a report from an isolated community in a developing country. A case of acute psychosis with religious delusions caused a 'folie en masse' involving some twenty patients. Religious and cultural changes were significant causative factors. Two outbreaks were recorded. The first one was treated successfully. The second outbreak led to widespread disturbances and cases of manslaughter. Capital punishment of 3 patients seems to indicate the failure of preventive psychiatric care.*

#### VERANTWOORDING

Dit nummer — het laatste van dit jaar — en ook het laatste van het 'Nederlands' tijdschrift voor psychiatrie — bevat drie artikelen over zeer uiteenlopende onderwerpen: Hoekstra opent met een uiteenzetting over catathyme crisis en sexuele doding; Van Amelsvoort doet mededeling over bijzondere problemen waarmee de psychiatrie in een ontwikkelingsland te maken heeft; Giels besluit met een verslag van een conferentie in Caïro over 'mental health'.