

Het beloop van schizofrenie in Afrika

door H.B.P.E. Gernaat

Samenvatting

Dit artikel betreft een literatuurstudie naar het beloop van schizofrenie in Afrika. In twee grote studies van de Wereld Gezondheidsorganisatie werd gesteld dat deze ziekte, gedefinieerd volgens ICD-9-criteria, milder verloopt in Afrika dan in het Westen. Indien echter de grote inclusie van acute psychoses, de patiëntselectie, de lage follow-up, de hoge mortaliteit en een mogelijk medicatie-effect in aanmerking worden genomen, lijkt het verschil met westerse landen, als het al bestaat, gering te zijn. Gegevens omtrent traditionele behandelingen, de attitude van de familie, sociaal isolement en de mogelijke rol van urbanisatie als onderhoudende factor van de ziekte geven eveneens aanwijzingen dat het gunstige beloop van schizofrenie in Afrika grotendeels en mythe is.

Inleiding

De opvatting dat de 'primitieve mens' in harmonie met de hem omringende wereld leeft, ongehinderd door de stressvolle correlaten van de geïndustrialiseerde maatschappij, en derhalve gevrijwaard is van geestesziekte, is achterhaald. Toch bestaat de algemene indruk dat het beloop van schizofrenie in ontwikkelingslanden beduidend gunstiger is dan in de westerse wereld. In dit artikel zal deze hypothese geëvalueerd worden met betrekking tot Afrika ten Zuiden van de Sahara. Behalve beloopstudies zullen ook socioculturele aspecten en traditioneel-Afrikaanse attitudes ten opzichte van psychotici besproken worden.

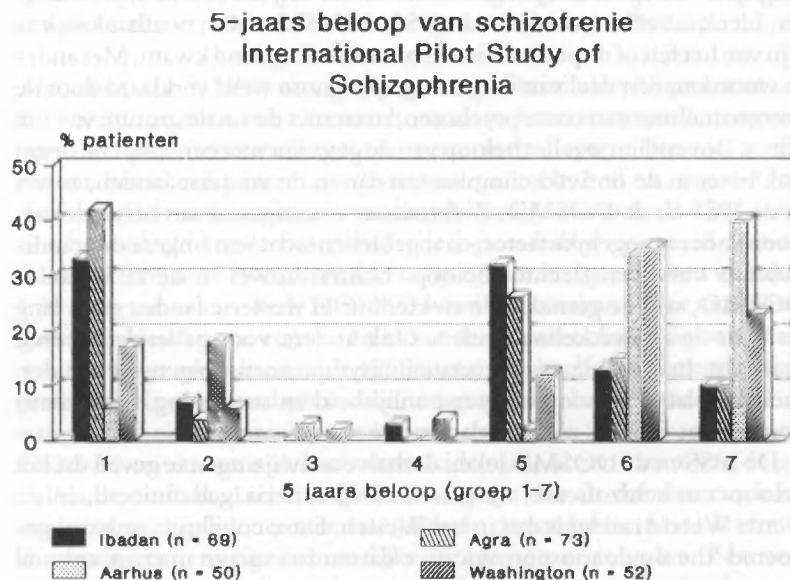
Hoewel de culturele diversiteit in dit continent groot is, zijn er vele overeenkomsten tussen landen en volkeren onderling in etnisch, religieus-filosofisch, sociaal-economisch, linguïstisch, demografisch, historisch, politiek en medisch opzicht. Een zekere mate van generalisatie ten aanzien van beloopaspecten van schizofrenie binnen dit gebied lijkt derhalve gerechtvaardigd.

Belooptsstudies van schizofrenie

Twee grote internationale studies vanuit de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO), de International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) en de Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders (DOSMD), hebben gerapporteerd dat schizofrenie, gediagnostiseerd volgens gestandaardiseerde methodologie (Present State Examination-vragenlijst en ICD-9-criteria), in Derde Wereld-landen een beduidend gunstiger beloop vertoont dan in het Westen.

Figuur 1 (IPSS 5 jaar follow-up) laat zien dat in Nigeria (Ibadan) en India (Agra) een psychose vaker volledig in remissie raakte (groep 1+5) en minder vaak een chronisch psychotisch of/ en defecteus (groep 6+7) beloop vertoonde dan in Denemarken (Aarhus) of de Verenigde Staten (Washington) (Leff e.a. 1992). De DOSMD gaf in 2 jaar follow-up overeenkomstige resultaten (Jablensky e.a. 1992). Hiermee leken de resultaten van oudere, minder gedetailleerde belooptsstudies in Afrika bevestigd (Murphy en Raman 1971; Gilles en Stone 1973).

Figuur 1: 5-jaars beloop van schizofrenie International Pilot Study of Schizophrenia



Groepen: 1. een psychose, volledige remissie; 2. een psychose, incomplete remissie; 3-4. een psychose, een of meer niet-psychotische episodes; 5. twee of meer psychoses, volledige remissie; 6. twee of meer psychoses, incomplete remissie; 7. chronische psychose.

Er is druk gedebatteerd over de oorzaken van deze bevindingen. Sommige auteurs veronderstelden dat affectieve stoornissen meer in de studiegroep van de ontwikkelingslanden opgenomen waren (Lin en Kleinman 1988). Daarvan is bekend dat ze vaak een atypisch beeld vertonen in de Derde Wereld (Rwegellera en Mambwe 1977; Guinness 1992a, b). Bovendien bleken patiënten met affectieve symptomen een relatief gunstig beloop te vertonen in de IPSS en DOSMD (Jablensky e.a. 1992; Leff e.a. 1992). Het is echter onwaarschijnlijk dat dat het grote verschil zou kunnen verklaren.

Ook is geopperd dat de acute psychosen verantwoordelijk zouden zijn voor het gunstige beloop (Stevens 1987). Volgens de DSM-III-R kan alleen van schizofrenie worden gesproken als gedurende tenminste zes maanden continue ziekteverschijnselen aanwezig zijn, doch de ICD-9 heeft een dergelijk ziektehuurcriterium niet. In de psychiatrische literatuur van Afrika wordt veelvuldig melding gemaakt van deze aandoeningen met grillige symptomatologie, o.a. eersterangsymptomen volgens Schneider, en herstel in enkele dagen tot weken zonder restverschijnselen (Collomb 1965; German 1987). In de IPSS en DOSMD maakten acute psychosen een groter deel uit van de studiegroepen uit de ontwikkelingslanden en inderdaad bleek acuut begin van de psychose een zeer belangrijke voorspellende prognostische factor. Bij statistische analyse echter, bleek dit effect, zowel in de IPSS als de DOSMD, onafhankelijk te zijn van het feit of de patiënt uit een ontwikkelingsland kwam. Met andere woorden: een deel van de gunstige prognose werd verklaard door de grotere inclusie van acute psychosen, maar niet de totale grootte van het effect. Bovendien was het beloop van de gevallen met een sluipend begin ook beter in de ontwikkelingslanden dan in de westerse landen, zowel in de IPSS als de DOSMD. Ziektehuur, voorafgaand aan behandeling, is een andere mogelijke factor, daar gebleken is dat een langere duur indicatief is voor een slechter beloop. Echter, zowel in de IPSS als de DOSMD, was de gemiddelde ziektehuur in westerse landen even lang als voor de ontwikkelingslanden. Ook andere voorspellende factoren (geslacht, huwelijkse status, eersterangsymptomen volgens Schneider, sociale isolatie, premorbide persoonlijkheid en aanpassing, life-events) konden het verschil niet verklaren, ook niet in combinatie.

De IPSS en de DOSMD leken derhalve aanwijzingen te geven dat het beloop van schizofrenie, volgens ICD-9-criteria gedefinieerd, in de Derde Wereld milder is dan in het Westen. Deze conclusie, ook wel genoemd 'the single most provocative datum to emerge in cross-cultural research in psychiatry', is echter minder robuust dan ze op het eerste gezicht wellicht lijkt.

Kanttekeningen bij de WHO-studies

Selectie – De IPSS had als hoofddoel aan te tonen dat er kernsymptomen

van schizofrenie voorkomen die wereldwijd in min of meer dezelfde syndromale patronen 'clusteren'. Patiënten werden dan ook aan de hand van deze symptomen geselecteerd en velen werden niet in de studie opgenomen omdat ze niet voldeden aan deze criteria. De aard van de selectie is niet meer na te gaan, maar volgens de WHO zou deze in Nigeria wel eens in de richting hebben kunnen gaan van patiënten met een betere prognose (Giel 1993).

Dit bezwaar geldt niet voor de DOSMD, waarin de inclusiecriteria breder waren dan in de IPSS en de studiegroep, die bestond uit patiënten die voor het eerst in contact kwamen met de officiële of traditionele geneeskunde, representatief kan worden geacht (Jablenski e.a. 1992).

Follow-up – Voor de IPSS was voor de patiëntengroep uit Nigeria de 2-jaars follow-up slechts 50% en de 5-jaars follow-up 59% (Leff e.a. 1992). Voor de DOSMD gold een 2-jaars follow-up van 69% voor het Nigeriaanse patiëntencohort en een overall follow-up in de studie van 78,2%. In deze studie was de uitval vooral in de stedelijke gebieden groot: zo werd in India 31% van een urbaan cohort niet gevolgd tegen 6% van een rurale patiëntengroep. Bij de uitvallers was er vaker sprake van druggebruik en andere symptomatologie dan de schizofrene kernsymptomen (Jablensky e.a. 1992). Het is dus zeer wel mogelijk dat door de hoge drop-out een vertekend beeld verkregen werd van het beloop.

Mortaliteit – In de IPSS was de 5-jaars mortaliteit in het Nigeriaanse cohort 9,0%, minstens twee keer zo hoog als in de westerse patiëntengroepen. Dit was, in tegenstelling tot de westerse studiepopulatie, niet te wijten aan het suïcidepercentage (Sartorius e.a. 1987; Leff e.a. 1992). Omdat overlijden in deze studie beschouwd werd als een reden dat patiënten niet beoordeeld konden worden bij de 5-jaars follow-up, werd de mortaliteit niet bij het beloop betrokken, op zijn zachtst gezegd een wonderlijke gang van zaken. In de DOSMD werd helemaal niet over mortaliteit gerept (Jablensky e.a. 1992). Dit klemmt des te meer omdat de bevinding van een hoge mortaliteit in de IPSS niet op zichzelf staat. In een andere studie uit Nigeria werd 9% mortaliteit gevonden bij 2-3 jaar follow-up van patiënten met een schizofreniforme stoornis en schizofrenie volgens DSM-III-criteria en ook hier was suïcide maar in een kwart van de gevallen de oorzaak. Lichamelijke ziekten zijn dan als doodsoorzaak het meest waarschijnlijk, temeer daar 32% van de patiënten in de laatste studie matige tot ernstige lichamelijke problemen vertoonden. Een veeg teken is dat 2 psychotici door nachtwakers doodgeslagen (!) bleken te zijn, omdat ze verdacht werden te stelen, en dat 5 gestorven waren tijdens traditionele behandeling (Makanjuola en Adedapo 1987). In Kenia, Tanzania en Uganda bleek een aanzienlijk percentage geïnterviewden de mening toegedaan dat psychotici gedood of uitgehongerd dienden te worden (Edgerton 1966). Ook in een enquête in Tanzania bleken

de respondenten een psychose veelal als een dodelijke ziekte te zien (Reynolds Whyte 1991a).

Medicatie – In de DOSMD werd aan 40,6% van de patiënten in Nigeria die 2 jaar gevolgd konden worden, langdurig neuroleptica voorgeschreven. Dit percentage was beduidend hoger dan dat van patiëntengroepen uit andere Derde Wereld-landen en iets lager dan van de cohorten uit westerse landen. Hoewel de compliance in Nigeria niet bekend was, blijft de mogelijkheid bestaan dat het relatief gunstige beloop in Nigeria gerelateerd was aan het medicatiegebruik (Jablensky e.a. 1992).

Grootte van de verschillen – Zowel in de IPSS als de DOSMD wordt gesproken van een beduidend betere prognose van schizofrenie in ontwikkelingslanden vergeleken met westerse landen. Er lijkt echter in deze studies geen sprake van een dramatisch verschil, wanneer men controleert voor reeds bekende voorspellende variabelen. Zo had van de sluipend ontstane psychoses in de DOSMD de westerse groep na 2 jaar in 30% een mild en in 53% een ernstig beloop; voor de ontwikkelingslanden was dit respectievelijk 40 en 44% (Jablensky e.a. 1992).

Conclusie – Het relatief optimistisch beeld van het beloop van schizofrenie in Afrika, dat in de IPSS en DOSMD wordt geschetst, lijkt voor een belangrijk deel te zijn bepaald door patiëntselectie, een lage follow-up, veronachtzaming van sterfgevallen en mogelijk een medicatie-effect. Daarnaast is het gerapporteerde verschil in beloop tussen Afrika en westerse landen betrekkelijk gering wanneer gecontroleerd wordt voor niet-culturele predictieve variabelen.

In bovengenoemde beloopstudie uit Nigeria, waarbij DSM-III-criteria werden gebruikt, werd een duidelijk slechter beloop geconstateerd dan in de WHO-studies: patiënten met schizofrenie bleken na 2-3 jaar in 70% een psychoserecidief ontwikkeld te hebben (Makanjuola en Adedapo 1987). Dit komt overeen met cijfers uit het Westen (Slooff 1988).

Bovendien is beloop meer dan alleen remissies (of niet) en recidieven (of niet). Er zijn ook andere aanwijzingen dat het psychotici in Afrika niet zo goed afgaat als vaak gesuggereerd wordt.

Beloop: traditionele (dwang)behandeling, (in)tolerantie, eenzaamheid en urbanisatie

Traditionele (dwang)behandeling – Binnen Afrika wisselt de traditionele behandeling van psychotici sterk tussen culturen onderling en binnen één cultuur tussen verschillende traditionele genezers. Gewelddadige mensen worden in het algemeen gefixeerd: vastgehouden, vastgebonden met touw, ketens, of aan een boomstam of steen (Van Brelsford

1950; Edgerton 1966; Prince 1964; Gelfand 1964; Fortes en Mayer 1966). Bij de BaBemba in Noord-Zambia werd een psychoticus met zijn hoofd in het gevorkte uiteinde van een ca. 2 1/2 m lange boomstam gefixeerd, zodat hij zich slechts met de grootste moeite kon verplaatsen. 's Nachts werd het andere einde van de boom in de top van de hut vastgemaakt en de uiteinden van de vork aan weerszijden van de patiënt's nek in de grond gestoken. Was deze methode niet afdoende, dan werden voeten en handen bovendien met aparte blokken hout geïmmobiliseerd. Vaak werden patiënten eerst zoveel geslagen dat ze zich 'gewillig' lieten vastbinden, soms werden ze doodgeslagen (Van Brelsford 1950). In Zimbabwe werden onhandelbare patiënten in een grot opgesloten, waar ze waarschijnlijk door voedsel- en watergebrek omkwamen (Gelfand 1964). Een andere behandeling wordt beschreven vanuit Kenia: 'I order the patient tied and placed on the ground. I then take a large rock and pound the patient on the head for a long time. This calms them and they are better.' Ook kunnen patiënten een gloeiende ijzeren staaf tegen het voorhoofd gedrukt krijgen om het veronderstelde insect in de hersenen te doden of in een put met water gestopt en vervolgens uitgerookt worden (Edgerton 1966). Sedatieve dranken worden gebruikt onder andere in Zambia, Tanzania en Nigeria, waar *Rauwolfia* toegediend wordt (dit bevat o.a. reserpine, dat een antipsychotisch effect heeft) (Prince 1964). Medicijnen om het veronderstelde opgestapelde vergif in het lichaam uit te zweten of over te geven worden toegediend. Dit kan als drank toegediend, in neus, ogen, oren en mond gesmeerd, in het gezicht gespuugd, door de neus gegoten, geïnhaleerd of als bad gebruikt worden (Van Brelsford 1950; Edgerton 1966; Fortes en Mayer 1966; Jilek en Aal Jilek 1967; Gelfand 1964; Reynolds Whyte 1991b). Vaak worden opmerkelijke mengsels voorgeschreven: de BaBemba patiënt kan opgedragen worden het fijngestampte en geroosterde mengsel van de kop van een python, zout en boomschors op te likken (Van Brelsford 1950).

Het kan gelukkig ook anders en hoewel systematische gegevens ontbreken, gaat het waarschijnlijk meestal ook anders. Er zijn traditionele genezers die zich specialiseren in de behandeling van psychosen. Deze nemen patiënten vaak weken tot maanden op, in het eigen gezin of in daarvoor beschikbare hutten dichtbij. Na het acute stadium, waarin fixatie en sedatie een rol spelen, wordt gewerkt aan geleidelijke taakuitbreiding (arbeidstherapie) en uitleg van dromen en gevoelens (inzicht) in het dagelijks leven van het gezin van de genezer (structuur) bij gebruik van kruidendranken (medicatie) (Gelfand 1964; Prince 1964). De verdere behandeling hangt meestal af van de oorzaak. Vaak, maar zeker niet als regel, wordt tot een bovennatuurlijke etiologie besloten: heksery, tovenarij, vertoornde vooroudergeesten, kwaadaardige stenen of bomen etc. Met behulp van specifieke cultuureigen ceremoniën kan de disharmonie in de relatie met het bovennatuurlijke, waar de ziekte een uiting

van is, hersteld worden. De familie van de patiënt speelt hierbij een belangrijke rol (systeemaspect) (Van Brelsford 1950; Bührmann 1984; Edgerton 1966; Gelfand 1964; Fortes en Mayer 1966; Mbiti 1969; Prince 1964).

Nog een laatste aspect van traditionele behandeling: het is erg duur. Mensen besteden soms het salaris van een heel jaar om hun familielid te laten behandelen. En als één behandeling niet heeft geholpen, gaat men naar de volgende (Reynolds Whyte 1991b). De prijs wordt meestal na een uitgebreid onderhandelingsproces afgesproken, waarbij de genezer soms niet schijnt te schromen de patiënt een aftreksel van de Daturaplant (dat een toxische psychose kan veroorzaken doordat het hyoscine en scopolamine bevat) toe te dienen teneinde zijn financiële argumenten kracht bij te zetten (Prince 1964). Meestal wordt het 'no pay, no cure'-principe gehanteerd, maar sommige genezers laten betaling afhangen van het effect van de behandeling.

(In)tolerantie – De attitude van de familie ten opzichte van geesteszieken in Derde Wereld-landen wordt meestal afgeschilderd als een van acceptatie, opvang en zorg. In een survey in Tanzania in 1991 werd dit beeld ook globaal aangetroffen. De familie van de patiënt werd als primair verantwoordelijk voor zijn behandeling gezien: 'If he has no relatives in the village, no one will care for him.' In de praktijk blijkt de nucleaire familie te zorgen voor de behandeling en opvang, doch vele andere verwanten geven adviezen (Reynolds Whyte 1991a, b).

Toch lijkt de houding van de familie duidelijk verschillend van die in het Westen. 'Negative feelings ... are rarely come across ... The shattered mother of a schizophrenic young man or the worn-out wife of a chronic psychotic with their subdued bitterness are definitely absent from the mental health clinics of rural Tanzania.' Er lijkt meer bezorgdheid te zijn om praktische problemen dan dat de relatie van de patiënt met de familie als emotioneel belastend beleefd wordt (Reynolds Whyte 1991b).

Bovendien is de doorgaans zo tolerant beschreven houding van traditionele samenlevingen ten opzichte van deviant gedrag, voorzichtig uitgedrukt, zeker geen wet van Meden en Perzen: afwijzing, bespottung, uitstoting en slaag lijken met name de chronisch psychotici nogal eens ten deel te vallen (Reynolds Whyte 1991a).

Treffend is ook de beschrijving van Orley, een psychiater-antropoloog met jarenlange ervaring in Uganda (Orley 1970): 'The family want the patient completely cured or not at all, and although this may be an advance on keeping him in stocks until he is cured or dies, it is hardly an attempt to face the problems such a person poses. Indeed there is seldom any discussion with the patient himself, who is dismissed as being unable to understand. It was thought, after all, that a "doctor of the brains" (i.e. de auteur) of all people must surely know that such people do not understand anything. Even in cases where recovery seems complete, any mi-

nor piece of odd behaviour which may subsequently occur will be attributed to the brain being a little spoilt. In those cases where there is some residual sign of illness the patient is ignored ... The patient tends to form the same view of himself as that expressed by the family and will often agree that his brain is spoilt. They are allowed, if not encouraged, to sit around doing nothing and they slowly become a parasite on the family which is exactly what is expected of them. In fact their position as such is well defined'. Tekenend is wellicht dat, althans in Zambia en Uganda, chronisch psychotici worden aangeduid met woorden die met *ici* respectievelijk *ki* beginnen (Van Breksford 1950; Orley 1970). Beide voorvoegsels zijn in de lokale taal kenmerkend voor de grammaticale declinatie van niet-bezielde voorwerpen.

Ook kunnen psychotici van hekserij beschuldigd worden. Het geloof in hekserij is in veel Afrikaanse landen zeer levendig en actueel; vele volkeren hebben hun eigen opvattingen en methoden om achter de identiteit van een heks te komen en deze te straffen (lees: ter dood brengen) (Labrecque 1938; Mbiti 1969; Neki e.a. 1986; Omari 1972). Personen met sociaal deviant gedrag, vooral als ze een opvallend uiterlijk hebben, lopen altijd het risico van hekserij of tovenarij beschuldigd te worden. Uitstoting of de dood, vaak op brute, wrede en rituele wijze is meestal het gevolg. Vermoedelijk is het relatief zeldzaam bij geesteszieken.

Patiënten lijken vaak de hen toegedachte sociale rol over te nemen. Zoals één van hen ongewild wrang opmerkte: 'My work is to laugh' (Reynolds Whyte 1991b).

Isolement – Veel chronische patiënten gaan uiteindelijk zwerven, van familielid naar familielid; ze worden gevoed, doch verder heeft niemand belangstelling voor ze vanwege hun 'bedorven hersenen' (Orley 1970). Ook in en om de steden worden ze aangetroffen (Harding 1973; Giel 1984). Waarschijnlijk is dit, gezien de grote trek naar de grote steden in veel landen van Afrika, een toenemende groep.

Een andere mogelijkheid wordt beschreven door Gelfand, een auteur met meer dan 20 jaar ervaring in Zimbabwe, die zich niet beperkte tot het psychiatrisch ziekenhuis, maar veel onderzoek verrichtte naar rurale traditionele opvattingen van het Shona-volk: 'An interesting feature of African mental disease is the large number of mentally disturbed people living alone in the woods or wilds. Many have been there for a very long time. They are greatly feared and are referred to as *gandanga*. These people were either driven away from their villages when they first evinced madness or ran away themselves and disappeared into the woods. Some of them could not bear to live with others or were frightened by their weapons. In the woods, they had to fend for themselves and feed themselves, and so they became the wild men of the forests. They were known to be dangerous and to have killed people. It is quite possible that every *gandanga* was driven out by villagers who could not cope with his

affliction. Ostracism may have been the only way of dealing with him, unless he were tied up or confined to a cave, where he would die of neglect and starvation' (Gelfand 1964). Ook andere volkeren hebben uitdrukkingen voor dergelijke 'wilde mensen van de bossen' (Van Brelsford 1950).

Urbanisatie – Terwijl bovengenoemde aspecten vooral voor het Afrikaanse platteland lijken op te gaan, dient rekening te worden gehouden met de toenemende urbanisatie. Meer dan 60% van de Afrikaanse bevolking leeft inmiddels in een groot-stedelijke omgeving en dit aantal neemt nog altijd toe. Ook in de IPSS en de DOSMD kwam ruwweg tweederde van de patiënten van de ontwikkelingslanden uit steden.

Uit westerse studies is gebleken dat schizofrenie in steden meer voorkomt en waarschijnlijk slechter verloopt dan op het platteland (Lewis e.a. 1992). In India werd in de DOSMD uit een zelfde gebied, Chandigarh, zowel een rurale als een urbane groep patiënten bestudeerd. De stedelijke groep vertoonde een hoger opleidingsniveau (20% van de patiënten waren universiteitsstudenten, terwijl 56% van de rurale groep analfabeet was) en een familietype van het nucleaire type, terwijl de rurale populatie vooral bestond uit 'extended' families (met meer dan twee generaties en familieleden hoger dan eerstegraads). De urbane groep vertoonde minder vaak volledige remissies, was langer psychotisch en ondervond meer sociale beperkingen dan de rurale groep (Jablensky e.a. 1992). Hoewel de methodologie aangevochten kan worden (verschillende inclusie van acute psychosen en follow-up-percentages), komen deze resultaten overeen met die van andere studies en casusbeschrijvingen, onder andere uit Afrika (Fortes en Mayer 1966; El-Islam 1979; Warner 1983; Guinness 1992b; Lewis e.a. 1992): urbanisatie, opleidingsniveau, nucleaire huishoudens en derhalve doorbreking van de traditionele rurale levenswijze is gerelateerd aan een minder gunstig beloop van schizofrenie en derhalve een belangrijke onderhoudende factor van de ziekte. Terzijde zij opgemerkt dat urbanisatie in ontwikkelingslanden waarschijnlijk tevens een belangrijke precipiterende factor is voor psychotische decompensaties. Zoals een oude dorpeling in Ghana het uitdrukte: 'They travel South and come back mad' (Field 1968).

Hoe komt het dat urbanisatie een psychotische decompensatie in de Derde Wereld onderhoudt? Wat betekent de omschakeling van een traditionele levenswijze op het Afrikaanse platteland naar een stedelijk milieu? Vier aspecten vanuit de fenomenologie en sociologie lijken in deze van belang:

1. Traditioneel kennen culturen in Afrika geen schrift en nog altijd zijn aanzienlijke bevolkingsgroepen in vele gebieden ongeletterd. Antropologen hebben erop gewezen dat het ontbreken van schrift een volkomen andere wijze van 'in de wereld staan' met zich meebrengt. Als informatie en communicatie voornamelijk door middel van geluid ge-

schiedt, is distantie, zoals iemand ten opzichte van een geschreven tekst kan voelen, zeer moeilijk. De wereld van geluid is er een van discontinuïteit en vervloeien, maar ook een van volledige participatie. Een ander aspect is dat er niet zoiets bestaat als absolute waarheid, omdat er niets blijvend (visueel) is vastgelegd. Overlevering blijft bewaard in de herinnering en degene met het meeste aanzien zal dus degene zijn die 'de waarheid in pacht heeft'. Sociale autoriteit is dus veel belangrijker in deze zogenaamde orale-aurale culturen, omdat er geen ander referentiekader bestaat. 'Social authority is the source of reality and truth' (Maxwell 1983). Het zal duidelijk zijn dat in een urbaan milieu de sociale autoriteit van de gemeenschap wegvalt, terwijl opleiding en werk deels een heroriëntatie vergen naar visuele vermogens.

2. Wellicht als gevolg van het orale-aurale karakter van de cultuur is het traditioneel-Afrikaans tijdbesef fundamenteel verschillend van het westerse lineaire tijdbesef (verleden-heden-toekomst). Het Swahili van Oost-Afrika onderscheidt twee woorden: *Sasa* en *Zamani*. Grofweg is de *Sasa*-periode de tijd waarin iemand bestaat in de herinnering van anderen alsmede de nabije toekomst. Na de dood wordt hij nog herinnerd bij zijn naam door zijn verwanten en daarom blijft hij onderdeel van de familie in het *Sasa*-tijdperk. Sterft de laatste persoon die hem herinnerde, dan is hij anoniem geworden en verdwijnt hij in het *Zamani*, de periode die begint met het stichten van de stam, de periode van de mythe waarin er contact is met God. Dat betekent dus dat iemands toekomst het *Zamani* is: de toekomst is als het ware een projectie van het verleden. Vele Afrikaanse talen bevatten dan ook geen grammaticale uitdrukkingen om een toekomst verder dan een paar maanden aan te duiden (Mbiti 1969). Urbanisatie, opleiding, cash-economy en werken betekent veel meer dan in een traditionele samenleving vooruitzien en plannen.

3. Bovendien is een traditionele rurale gemeenschap zeer sterk gestructureerd. Niet alleen is er een vastomlijnd wereldbeeld, er zijn ook zeer strenge gedragscodes en normen. Sociale relaties zijn strak gereguleerd evenals de verhouding met het bovennatuurlijke; de seizoenen worden gemarkeerd door feesten of ceremoniën evenals de levensloop (Eliade 1977). Verder wordt iemands positie in een gemeenschap maar voor een klein deel bepaald door eigen prestaties, maar vooral door leeftijd en familierelaties (Mbiti 1969). Urbanisatie betekent een wegvallen van deze strakke structuur en tegelijkertijd vrijwel obligaats overtreeden van lokale normen en taboes.

4. Tenslotte zijn er de hoge eisen en verwachtingen die de familie heeft ten aanzien van de 'urbanizant'. Men heeft vaak veel geïnvesteerd in de opleiding van zijn familielid en dit verwacht men terug te krijgen. De cash-economy heeft ook op het platteland een groot deel van de subsistence economy verdrongen en behoeftes gekweekt. In Noord-Zambia werd geschat dat iemand in loondienst gemiddeld 20 verwanten onderhield. Het zal duidelijk zijn dat deze stressfactor groot is, vooral in het

licht van hoge werkeloosheidscijfers, de resulterende competitie, hoge produktiviteitseisen en slechte sociale omstandigheden in de grote steden van Afrika (Guinness 1992a, b; Warner 1983).

Conclusie

Het relatief optimistisch beeld van het beloop van schizofrenie in Afrika in vergelijking met westerse landen, dat door de WHO-studies wordt geschetst, lijkt voor een aanzienlijk deel te zijn bepaald door een grote inclusie van acute psychoses, patiëntselectie, een lage follow-up, veronachtzaming van sterfgevallen en mogelijk een medicatie-effect. Daarnaast is het verschil met westerse landen, als het al bestaat, betrekkelijk gering wanneer gecontroleerd wordt voor niet-culturele predictieve variabelen. De gradueel ontstane psychoses leiden ook in Afrika tot een hoge mate van invalidering en chroniciteit. Psychotici in Afrika ondergaan traditionele behandelingen van wisselende humaniteit en intensiteit, worden in het algemeen betrekkelijk afstandelijk verzorgd en vaak bespot, geslagen, afgewezen en uitgestoten. Doorbreking van de traditionele levenswijze is waarschijnlijk een belangrijke onderhoudende factor van de psychose, vooral door het wegvallen van traditionele sociale autoriteit en structuur in een stressvol stedelijk milieu.

De gunstige prognose van schizofrenie in Afrika is grotendeels een mythe.

Literatuur

- Brelsford, W. van (1950), Insanity among the Bemba of northern Rhodesia. *Africa* 10, 46-54.
- Bühmann, M.V. (1984), *Living in two worlds - communication between a white healer and her black counterparts*. Cape Town, Human & Rousseau.
- Collomb, H. (1965), Bouffées délirantes en psychiatrie Africaine. *Psychopathologie Africaine* 1, 167-239.
- Edgerton, R.B. (1966), Conceptions of psychosis in four East-African societies. *American Anthropologist* 68, 408-425.
- Eliade, M. (1977), *Het heilige en het profane*. Meulenhoff, Amsterdam.
- El-Islam, M.F. (1979), A better outlook for schizophrenics living in extended families. *British Journal of Psychiatry* 135, 343-347.
- Field, M.J. (1968), Chronic psychosis in rural Ghana. *British Journal of Psychiatry* 114, 31-33.
- Fortes, M., en D.Y. Mayer (1966), Psychosis and social change among the Tallensi of northern Ghana. *Cahiers d'Etudes Africaines* 6, 5-40.
- Gelfand, M. (1964), Psychiatric disorders as recognized by the Shona. In: A. Kiev, *Magic, Faith and Healing - studies in primitive psychiatry today*. The Free Press of Glencoe, Londen, p. 156-173.
- German, G.A. (1987), Mental health in Africa: II. The nature of mental disorder in Africa today - some clinical observations. *British Journal of Psychiatry* 151, 440-446.

- Giel, R. (1984), *Vreemde zielen. Een sociaal-psychiatrische verkenning in andere culturen*. Meppel, Boom.
- Giel, R. (1993), *Trimboslezing 1993. Is ziekte een cultureel verschijnsel?* Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Gillis, L.S., en G.L. Stone (1973), A follow-up study of psychiatric disturbance in a Cape Coloured community. *British Journal of Psychiatry* 123, 279-283.
- Guinness, E.A. (1992), I. Relationship between the neuroses and brief reactive psychosis: descriptive case studies in Africa. *British Journal of Psychiatry* 160 (supplement 16), 12-23.
- Guinness, E.A. (1992), II. Brief reactive psychosis and the major functional psychoses: descriptive case studies in Africa. *British Journal of Psychiatry* 160 (supplement 16), 53-64.
- Harding, T.W. (1973), Psychosis in a rural West African community. *Social Psychiatry* 8, 198-203.
- Jablensky, A., N. Sartorius, G. Ernberg, M. Anker, A. Korten, J.E. Cooper, R. Day en A. Bertelsen (1992), Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. *Psychological Medicine* 20 (monograph supplement), 7-97.
- Jilek, W.G., en L.M. Aall Jilek (1967), Psychiatric concepts and conditions in the Wapogoro tribe of Tanganyika. In: N. Petrilowitsch (red.), *Contributions to Comparative Psychiatry. Topical Problems in Psychiatry and Neurology*, volume 5, Karger, Basel, p. 205-228.
- Labrecque, E. (1938), La sorcellerie chez les Babemba. *Anthropos* 33, 260-265.
- Leff, J., N. Sartorius, A. Jablensky, A. Korten en G. Ernberg (1992), The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological Medicine* 22, 131-145.
- Lewis, G., A. David, S. Andréasson en P. Allebeck (1992), Schizophrenia and city life. *Lancet* 340, ii, 137-140.
- Lin, K.-M., en A.M. Kleinman (1988), Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophrenia Bulletin* 14, 555-567.
- Makanjuola, R.O.A., en S.A. Adedapo (1987), The DSM-III concepts of schizophrenic disorder and schizophreniform disorder - A clinical and prognostic evaluation. *British Journal of Psychiatry* 151, 611-618.
- Maxwell, K.B. (1983), *Bemba myth and ritual - the impact of literacy on an oral culture*. New York, Peter Lang Publishing.
- Mbiti, J.S. (1969), *African religions and philosophy*. Heinemann, Londen.
- Murphy, H.B.M., en A.C. Raman (1971), The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical peoples - results of a twelve-year follow-up survey in Mauritius. *British Journal of Psychiatry* 118, 489-497.
- Neki, J.S., B. Joinet, N. Ndosì, G. Kilonzo, J.G. Hauli en G. Duvinage (1986), Witchcraft and psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 149, 145-155.
- Omari, C.K. (1972), The role of witchcraft and sorcery in society. *Psychopathologie Africaine* 8, 115-125.
- Orley, J.H. (1970), *Culture and mental illness - a study from Uganda*. Nairobi, East African Publishing House.
- Prince, R. (1964), Indigenous Yoruba psychiatry. In: A. Kiev (red.), *Magic, Faith and Healing - studies in primitive psychiatry today*. Free Press of Glencoe, Londen, p. 84-120.
- Reynolds Whyte, S. (1991), Attitudes toward mental health problems in Tanzania. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83, supplement 364, 59-76.

- Reynolds Whyte, S. (1991), Family experiences with mental health problems in Tanzania. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83, supplement 364, 77-111.
- Rwegellera, G.G.C. en C.C. Mambwe (1977), Diagnostic classification of first-ever admissions to Chainama Hills Hospital, Lusaka, Zambia. *British Journal of Psychiatry* 130, 573-580.
- Sartorius N., A. Jablensky, G. Ernberg, J. Leff, A. Korten en W. Gulbinat (1987), Course of schizophrenia in different countries: some results of a WHO international comparative 5-year follow-up study. In: H. Hafner, W.F. Gattaz en W. Janzarik (red.), *Search for the Causes of Schizophrenia*. Springer-Verlag, Berlijn, p. 107-113.
- Slooff, C.J. (1988), Het beloop en de afloop van schizofrene psychosen. In: R.J. van den Bosch, C.R. van Meer, P.M.A.J. Dingemans en D.H. Linszen (red.), *Schizofrenie—recente ontwikkelingen in onderzoek en behandeling*. Van Loghum Slaterus, Deventer, p. 268-283.
- Stevens, J. (1987), Brief psychoses: do they contribute to the good prognosis and equal prevalence of schizophrenia in developing countries? *British Journal of Psychiatry* 1, 393-396.
- Warner, R. (1983), Recovery from schizophrenia in the Third World. *Psychiatry* 46, 197-212.

Summary: The course of schizophrenia in Africa

Studies of the course of schizophrenia in Africa are reviewed. Two studies by the World Health Organization have reported that this disease, defined according to ICD-9-criteria, ran a more benign course in Africa as compared to Western countries. If, however, the greater prevalence of acutely developing psychosis, patient selection, the low follow-up, the high mortality rate and, possibly, the effects of neuroleptic medication are taken into consideration, the difference in course of the disease between Africa and Western countries seems to be small, if it exists at all. An overview of traditional treatments, the attitude of the family, the social circumstances of chronic patients as well as the possible role of urbanization as a precipitating and perpetuating factor of schizophrenia in Africa provide further evidence that the benign course of schizophrenia in Africa constitutes a myth.

Dankbetuiging

Dank aan W.C. Smith-van Rietschoten, psychiater, en J.P.J.C. Selten, psychiater, voor hun kritisch en constructief commentaar.

H.B.P.E. Gernaat is werkzaam als arts-assistent psychiatrie in Christelijk Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, Postbus 53002, 2505 AA 's-Gravenhage.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 4-6-1993.