

Sociale psychiatrie vanuit transcultureel perspectief

Is een psychiatrische patiënt er in het Westen beter aan toe dan elders?

door J. T. V. M. de Jong

Samenvatting

De *WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health into Primary Health Care* inspireerde tot de ontwikkeling van een sociaal-psychiatrisch programma in Guinee Bissau. De resultaten van het epidemiologisch onderzoek dat de basis voor dit programma vormde worden vergeleken met onderzoeken in een aantal (niet-)westerse culturen. De WHO is van mening dat ontwikkelingslanden het meest te winnen hebben bij epidemiologische en operationele research. Door lokale genezers in de vergelijking te betrekken, wordt dit ogenschijnlijk voor de hand liggende uitgangspunt van de WHO in twijfel getrokken.

Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft de afgelopen decennia verschillende transcultureel-psychiatrische onderzoeken uitgevoerd. Een paar onderzoeken zijn vrij bekend geworden, zoals de *Collaborative Study on Standardized Assessment of Depressive Disorders* (Sartorius e.a. 1983), de *International Pilot Study of Schizophrenia* (WHO 1974) en de *Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Disability* (Jablenski e.a. 1980). Een minder bekend maar niettemin interessant onderzoek onder auspiciën van de WHO bestudeerde de mogelijkheid om in de Derde Wereld geestelijke gezondheidszorg naar de eerste lijn uit te breiden. Dit onderzoek kreeg de naam *WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health into Primary Health Care* (WHO 1975, 1981, 1984). De *Collaborative Study* ging uit van het standpunt dat ontwikkelingslanden het meest te winnen hebben bij goed uitgevoerde epidemiologische en operationele research terwijl ze het minst voor dergelijk onderzoek zijn uitgerust. De onderzoekers formuleerden de volgende hypothesen (Harding e.a. 1983): (1) een aanzienlijk deel van de patiënten die het spreekuur van een gezondheidsinstelling in de Derde Wereld bezoeken heeft psychiatrische stoornissen die niet onderkend worden; (2) na een korte opleiding kan het bestaande gezondheidspersoneel het merendeel van deze stoornissen herkennen en behandelen; (3) de bestaande gezondheids-

zorgstructuur kan een behandeling instellen die gericht is op het verminderen van invaliditeit ten gevolge van enkele omschreven neuropsychiatrische aandoeningen; (4) het maatschappelijk functioneren van mensen die door een dergelijke aandoening ernstig zijn gehandicapt, kan worden verbeterd door voorlichting aan de gemeenschap.

In 1976 startte het onderzoek in Columbia, India, Senegal en de Soedan. Een jaar later sloten Brazilië, Egypte en de Filipijnen zich aan. In 1982 ging de Guinese regering akkoord met mijn voorstel om de methodologie van de WHO aan de Guinese omstandigheden aan te passen en met enkele onderzoeksaspecten uit te breiden.

In dit artikel worden de resultaten van het onderzoek in Guinee-Bissau (De Jong (e.a.) 1983-1988) vergeleken met de uitkomsten van vergelijkbare onderzoeken elders. Wanneer lokale genezers bij deze vergelijking worden betrokken roept dat vragen op ten aanzien van het bovenvermelde en ogenschijnlijk voor de hand liggende uitgangspunt van de WHO, namelijk dat ontwikkelingslanden het meest te winnen hebben bij dit soort epidemiologische en operationele research.

Een vergelijking tussen verschillende culturen

Hoeveelheid en aard van de psychopathologie – Goldberg en Huxley (1980) vergeleken tien studies en concludeerden dat de punt prevalentie van psychiatrische stoornissen onder de bevolking varieert van 90 (Canberra, Londen) tot 200 (platteland van Wales, Beieren, Uganda) per 1000 inwoners *at risk*. In Nederland werd tijdens een bevolkingsonderzoek bij 13% van de inwoners van 15 jaar en ouder een geestesstoornis gevonden (Giel 1972).

Op eerstelijnsniveau werden in Engeland en de USA prevalentiecijfers van 20% respectievelijk 27% gevonden, terwijl de minimale jaarlijkse prevalentie van psychiatrische morbiditeit in Nederland 21% bedraagt (incidentie plus punt prevalentie op huisartsensprekuren; Lamberts en Hartman 1982; Ormel en Giel 1983; Kessel 1960; Goldberg en Blackwell 1970; Hoepfer e.a. 1979).

In Guinee-Bissau vonden wij een minimale prevalentie van 12%, en voor de landen die deze onderzoeksfase in het kader van de WHO-studie uitvoerden, lag dit cijfer tussen de 10,6% en 18,7% (Columbia, Filipijnen, India, Soedan (Harding e.a. 1980)).

Volgens alle onderzoekers bestaat de morbiditeit vooral uit neurosen (Shepherd e.a. 1981; Ndeti en Muhangi 1979; Harding e.a. 1980; Lamberts en Hartman 1982). Bij de huisarts in Nederland is de psychiatrische morbiditeit als volgt samengesteld: 8,6% vertoont een depressieve, 75% een andere neurose (zoals angst-, hypochondrische neurose, neurasthenie of surmenage), en 1,2% een psychotisch beeld. In de WHO-studie (Columbia, Filipijnen, India, Soedan) en in Guinee-Bissau werd bij ongeveer 50% een dysthyme stoornis gevonden, gevolgd door andere neurosen. De WHO-studie vond bij 5% een psychó-

se, terwijl dit percentage in Guinee Bissau hoger lag, namelijk 13%.

Bevolkingsonderzoek naar psychiatrische morbiditeit bij kinderen leverde het volgende beeld op: in de Soedan vertoonde 8% van de kinderen lichte, 20% matige en 8% ernstige symptomen (Baasher en Cederblad 1968). In Ethiopië had 3-4% van de kinderen van 0 tot 9 jaar, en 6-10% van de 10- tot 19-jarigen een psychische aandoening. Het ging onder andere om enuresis, epilepsie gepaard met gedragsstoornissen, psychosen en zwakzinnigheid (Giel e.a. 1969). In Engeland vertoonde 17,2-25% een matige of ernstige stoornis (Leslie 1974; Rutter e.a. 1975). In Nederland werd bij 26% van de kinderen een aandoening gevonden die in 7% van de gevallen ernstig bleek te zijn (Verhulst 1986).

De WHO Collaborative Study trof bij 12-29% van de kinderen die een gezondheidsvoorziening bezochten, een psychische stoornis aan. Het onderzoek vermeldt geen specifieke diagnoses en omschrijft de morbiditeit als emotionele en gedragsstoornissen, en in enkele gevallen een 'child psychosis' (Giel e.a. 1981). In Guinee Bissau vertoonde 13% van de kinderen psychische stoornissen, met name enuresis, geestelijke achterstand en gedragsstoornissen.

Herkenning van psychopathologie door de gezondheidswerkers – De diagnostische sensitiviteit van de bij de WHO Collaborative Study betrokken gezondheidswerkers bedroeg 36,8%. In Nederland en Engeland werd een sensitiviteit van 65%, en in de USA een sensitiviteit van 15% gevonden. Met andere woorden, van iedere 100 mensen met een psychische stoornis die een eerstelijnsvoorziening bezoeken, worden in verschillende ontwikkelingslanden, in Nederland en Engeland, en in de USA respectievelijk 37, 65 en 15 mensen als zodanig door de gezondheidswerker herkend (Harding e.a. 1980; Ormel en Giel 1983; Giel 1986; Goldberg en Blackwell 1979; Hooper e.a. 1979). In Guinee Bissau bedroeg de diagnostische sensitiviteit 31% en de specificiteit 88%. Dezelfde cijfers golden ook voor drie in Guinee werkzame Nederlandse tropenartsen.

Presentatie klachten – Volgens Goldberg e.a. (1980) raadpleegt slechts een kwart en volgens Kessel (1962) slechts 10% van de patiënten met psychiatrische problematiek de huisarts uitsluitend met psychische problemen. De grote meerderheid presenteert zowel psychische als lichamelijke klachten waarbij spanning, piekeren, vermoeidheid, hoofd- en rugpijn, lusteloosheid en slaapproblemen de belangrijkste zijn. Ook in Nederland staan angstige, depressieve en hypochondere klachten op de voorgrond (Lamberts e.a. 1982; Ormel en Giel 1983). Deze lichamelijke klachten vertonen overeenkomsten met de resultaten van de WHO-studie: de meest genoemde vragen betroffen zwakte, duizeligheid, rugpijn, 'family planning' en hoofdpijn. In Guinee wisten met name hoofdpijn en pijn in het hele lichaam op psychische problematiek. In de Derde Wereld werd zelden of nooit een psychisch symptoom als reden voor consult genoemd.

Verwijspatroon eerstelijnswerker – Uit de tweede generatie psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek van na de Tweede Wereldoorlog, bestaande uit ruim 60 studies, blijkt dat bijna 75% van alle psychiatrische stoornissen niet behandeld wordt. Zelfs schizofrene stoornissen blijven in 20%, en andere psychosen in 40% van de gevallen onbehandeld (Dohrenwend 1981). Eén van de oorzaken hiervan is dat huisartsen ongeveer 5% van de mensen met psychiatrische problemen doorverwijzen naar de GGZ (Giel en Ten Horn 1982; Swaen en Ten Horn 1980; Shepherd e.a. 1981). Andere studies, met name Amerikaanse, rapporteren verwijscijfers van ongeveer 15% van de door de eerste lijnswerker herkende psychiatrische morbiditeit (Hollingshead en Redlich 1958, Ormel en Giel 1983).

Studies naar het beloop van niet-psychotische stoornissen die aan de eerste lijn worden gepresenteerd en in meer of mindere mate worden behandeld, laten het volgende globale beeld zien: ongeveer één-derde van een willekeurige selectie huisarts-patiënten met psychiatrische problematiek herstelt binnen een jaar, iets minder dan de helft verbetert enigszins, terwijl een kwart niet verbetert of zelfs verslechtert (Huxley e.a. 1979; Mann e.a. 1981; Ormel en Giel 1980). In de Derde Wereld is tot dusver geen betrouwbaar kwantitatief onderzoek gedaan naar het beloop van de aan de eerste lijn of aan de lokale genezer gepresenteerde psychische problemen. Een aantal auteurs heeft wel gewezen op universele of specifieke therapeutvariabelen die ook bij genezers werkzaam lijken te zijn (Ellenberger 1970; Frank 1973; Crapanzano e.a. 1976; Halleck 1980; Marmor 1980; De Jong 1987).

Verschil stad-platteland – In Guinee Bissau vonden we bij volwassenen geen significant verschil in psychiatrische morbiditeit tussen stad en platteland. We vonden wel een hogere prevalentie van affectieve psychosen in de stad. Dohrenwend (1974) vergeleek tien studies die een uniforme procedure hanteerden voor de vergelijking van psychopathologie op bevolkingsniveau tussen stedelijke en rurale gebieden. De studies waren uitgevoerd in de USA, Europa, Azië en Afrika. Totaalcijfers voor psychosen leken hoger op het platteland dan in de stad. Dit gold onder andere voor de manisch-depressieve psychose, maar niet voor de schizofrene psychose die gelijk verdeeld was over platteland en stad. Hij concludeerde dat het aannemelijk lijkt dat de totale hoeveelheid psychopathologie iets hoger ligt in de stad dan op het platteland, hetgeen samenhangt met een grotere hoeveelheid neurosen en persoonlijkheidsstoornissen in de stad. Dit laatste hangt niet samen met een grotere mate van stress in de stad, zoals velen menen. Enkele auteurs komen – net als wij – tot bevindingen die enigszins van Dohrenwends conclusies afwijken (Bash en Bash-Leicht 1969, 1974; Giel 1969, 1970; Giel en Harding 1976; De Jong 1987).

Discussie

De door de WHO geformuleerde hypothesen lijken bevestigd te worden in de zeven onderzoeksgebieden die de *pilot study* met succes uitvoerden (Brazilië, Columbia, Egypte, Guinee Bissau, India, Filipijnen, Soedan). De in de basisgezondheidszorg werkzame gezondheidswerkers blijken in staat te zijn om na een beperkte opleiding een aantal ernstige psychiatrische aandoeningen alsook epilepsie te behandelen. Het lijkt bovendien mogelijk om chroniciteit en de daarmee gepaard gaande invaliditeit in te dammen, al zal nader onderzoek dienen aan te tonen in welke mate dit voor de afzonderlijke stoornissen opgaat. Het uiteindelijke resultaat van de *Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health into Primary Health Care* zal op de eerste plaats afhangen van de bereidheid van de verschillende regeringen om het *pilot project* naar andere gebieden uit te breiden. Op de tweede plaats zal het succes afhangen van de weerklank die het programma zal oproepen in landen waar de regering zich tot nu toe weinig aan GGZ gelegen heeft laten liggen.

Het in voorgaande publikaties uitvoerig beschreven Guineese programma kan als sociaal-psychiatrisch model dienen voor andere Derde Wereld-landen (De Jong (e.a.) 1983-1988). De toepassing van een dergelijk model in nationale gezondheidsprogramma's vergt aanpassing en improvisatie. Daarbij kunnen de volgende factoren een rol spelen:

- de aanwezigheid van een nationaal GGZ-programma, een *mental health department* of een interministeriële werkgroep-GGZ;
- de geografische, economische en sociale bereikbaarheid van *basic health services**;
- het niveau van de gezondheidswerkers;
- gezondheidszorgstructuur en logistiek zijn zowel van belang voor verwijzings- en supervisiemogelijkheden als voor de vraag of GGZ-activiteiten interfereren met andere prioriteiten;
- ten slotte bepaalt de houding van regering en gezondheidswerkers ten opzichte van de 'traditionele' gezondheidszorg of westerse en lokale gezondheidspraktijken elkaar aanvullen dan wel beconcurreren.

* *Basic Health Services* worden gekenmerkt door een piramidale structuur met aan de top het ministerie van Volksgezondheid – geadviseerd door een medische faculteit – en nationale of academische ziekenhuizen. *Top-down* wordt de gezondheidszorg geregeld op provinciaal en districtsniveau. In de grotere dorpen vindt men *health centres* en/of *dispensaries*, overwegend gerund door paramedisch personeel. *Primary Health Care* wordt beschouwd als een activiteit die een synthese beoogt van de *basic health services* en de dorpsgezondheidszorg. De dorpsgezondheidszorg streeft ernaar gezondheidsactiviteiten met participatie van dorpelingen te plannen en uit te voeren (WHO 1975; Van Praag en Varkevisser 1986; De Jong 1987).

Het samenspel van deze factoren bepaalt bij voorbeeld welk deel van de bevolking bereikt kan worden, welke prioriteiten voor een bepaald echelon geselecteerd dienen te worden, en wat de kosten zijn van een dergelijk additioneel programma. Met behulp van een paar voorbeelden zal ik proberen te illustreren hoe de verschillende factoren de opzet van een GGZ-programma kunnen beïnvloeden.

In Egypte loopt een goed functionerend basis-GGZ-programma in het gouvernoraat Fayoum. Het succes is deels te danken aan een grote artsendichtheid tot in de kleinste dorpen. Uitbreiding van het project naar andere gouvernoraten is echter minder eenvoudig omdat Egypte geen nationaal basis-GGZ-programma heeft. Zo'n uitbreiding is bovendien een ingewikkelde zaak omdat de beslissingsbevoegdheid over gezondheidszorgaangelegenheden zich afspeelt op het niveau van de afzonderlijke gouvernoraten (Giel 1985). Een land als Tanzania propageert net als bij voorbeeld Burkina Fasso, Guinee Bissau, Kenya, Roeanda, Zimbabwe of India decentralisatie van de gezondheidszorg tot op dorpsniveau. Bovendien beschikt Tanzania over een uitstekend nationaal GGZ-programma dat de activiteiten voor de verschillende echelons omschrijft (Ministry of Health 1979, 1983). Verschillende *pilot projects* bleken in het verleden succes te hebben. Maar op een enkel psychiatrisch dorp na zijn ten gevolge van organisatorische en logistieke problemen alle verworvenheden uit het verleden verloren gegaan (Zacher 1981; Goslinga 1978; Pot 1987).

In Liberia blijkt in een bepaald gebied een hoge epilepsieprevalentie van 30 pro mille te bestaan. Bij gebrek aan *basic health services* in dit gebied werd gekozen voor een programma dat zich exclusief richt op epilepsie. Dit succesvolle programma staat nu voor de vraag hoe het de bereikte resultaten veilig kan stellen in een land waar Primary Health Care slechts in enkele gebieden functioneert (Gerrits 1986).

In Guinee Bissau speelden de bovengenoemde factoren op positieve wijze op elkaar in. De regering heeft sinds de onafhankelijkheid in 1974 een netwerk van over het gehele land verspreid liggende *basic health services* opgezet. Een nationaal GGZ-programma koppelde intramurale activiteiten aan een sociaal-psychiatrisch programma. Dit programma houdt zich tevens bezig met de voor- en nazorg van opgenomen patiënten en met de onderhoudsbehandeling van chronische psychotici (De Jong 1983, 1987). De werkers in de gezondheidscentra krijgen supervisie en ontvangen regelmatig psychofarmaca. De regering staat samenwerking met genezers toe waardoor het mogelijk is om patiënten tijdens de intramurale behandeling aan rituelen te laten deelnemen en genezers in het psychiatrisch centrum toe te laten. Patiënten die de poli bezoeken met neurotische klachten kunnen naar de genezer worden door- of terugverwezen.

Guinee Bissau en Fayoum bestrijken beide één miljoen inwoners op een oppervlakte die ongeveer zo groot is als Nederland. Te zamen met twee kleinere projecten in Roeanda en het Indische Bangalore (ICMR

1985) lijken dit tot nu toe de meest geslaagde initiatieven.

De door de WHO-studie gehanteerde epidemiologische methodologie kan ook gebruikt worden bij de benadering van andere gezondheidszorgproblemen. Wat betreft de GGZ is de twee-fasenbenadering een goed voorbeeld van het gebruik van onderzoeksinstrumenten uit de psychometrische en de klinische hoek. In de eerste fase wordt een probleem door semi-professionals of leken geïnventariseerd om in een tweede fase door een expert of clinicus te worden bevestigd. Deze benadering heeft het voordeel dat het onderzoek ook kan worden uitgevoerd in landen met gebrek aan kader. Gebrekkige onderzoeksmogelijkheden kunnen een reden zijn om het tijdrovende epidemiologische deel van het onderzoek te laten vervallen, en om meteen te beginnen met een opleidings- en interventieprogramma (De Jong 1987).

Transculturele psychiatrie leent zich bij uitstek voor apodictische uitspraken over verschillen of overeenkomsten tussen culturen. Zo stelde Carothers (1953) dat depressie in Afrika nauwelijks voorkwam terwijl uit recent onderzoek zou blijken dat de hoogste prevalentie voor depressie in Afrika wordt gevonden (Kleinman 1982). Een ander voorbeeld is het cultuurgebonden syndroom Koro. Koro zou alleen onder Chinezen voorkomen en bewijzen dat castratieangst een universeel gegeven is. Bij recente Koro-epidemieën bleek echter dat Koro zich ook voordeed bij niet-Chinese inwoners van Thailand en Assam. Bovendien bleek dat ook vrouwen en kinderen door dezelfde panische angst kunnen worden bevangen dat hun genitaliën verdwijnen met mogelijke steriliteit of de dood ten gevolge (Van Wulfften Palthe 1934, 1935; Gwee Ah Leng 1968; Edwards 1983; Jilek en Jilek-Aal 1985). Redenen voor de transcultureel psychiater om zijn gegevens met enige terughoudendheid te interpreteren.

Epidemiologisch onderzoek in uiteenlopende culturen laat zien dat de prevalentie van psychische stoornissen in de bevolking in grote mate overeenkomt. Op eerstelijnsniveau ligt de totale prevalentie in het Westen iets hoger dan in de Derde Wereld. Op dit niveau scoren psychosen in de Derde Wereld hoger dan in het Westen. Hiervoor zijn onder andere de volgende redenen aan te geven:

De gezondheidswerker onderkent de psychose niet waardoor de psychoticus het filter naar de tweede lijn niet passeert. Zoals we gezien hebben hangt het missen van de diagnose onder andere samen met de gesomatiseerde presentatie van klachten. Een tweede reden kan zijn dat een patiënt zijn bizarre gewaarwordingen niet vermeldt omdat zijn psychose in de lokale nosologie (inclusief die van de gezondheidswerker en genezer) niet wordt onderscheiden van bezetenheid of een beroepingsziekte als genezer. Ook in dit geval is het gevolg dat de psychoticus in de eerstelijnsstatistiek wordt gevonden. Een derde reden voor het hoge percentage psychosen is, dat een gezondheidswerker de psychose wel herkent als gedrag dat de cultuureigen mate van deviantie overschrijdt, maar dat hij niet weet dat daar binnen de

staatsgezondheidszorg iets aan te verhelpen valt.

Neurosen maken overal ter wereld het leeuwedeel van de pathologie uit. De percentages ontlopen elkaar niet veel. In ontwikkelingslanden hangt de lagere morbiditeit van neurosen in de eerste lijn – mede gezien het hogere percentage psychosen – samen met een ondervertegenwoordiging van neurosen. Kennelijk wordt een aantal Derde Wereld-bewoners met neurotische klachten 'uitgefilterd' voordat zij zich bij de eerstelijnsvoorziening melden. Zij geven de voorkeur aan lokale genezers en gebruiken de staatsgezondheidszorg veelal als laatste toevlucht (Buschkens 1977; Ademuwagun e.a. 1979; Kleinman 1980; De Jong 1987). Dit roept twijfels op over de veronderstelling van de WHO-onderzoekers 'dat ontwikkelingslanden het meest hebben te winnen bij goed uitgevoerd epidemiologisch en operationeel onderzoek'. Het is zelfs heel goed mogelijk dat het gros van de lijders, namelijk degenen die kampen met neurotische klachten, niet slechter af is in de Derde Wereld dan in het Westen. In de eerste plaats omdat het aantal hulpverleners in de Derde Wereld (met name in de vorm van genezers of zieners) groter is dan in het Westen (Ademuwagun e.a. 1979; De Jong 1987). In de tweede plaats omdat de effectieve therapeutvariabelen van de genezer bekrachtigd worden door zijn sacrale en seculiere positie binnen de gemeenschap. Bovendien helpt zijn inzicht in het sociale netwerk hem om de hoge therapeutische verwachting van zijn patiënt te bevestigen. Dat inzicht biedt hem ook de mogelijkheid om systeemtherapie *avant la lettre* te bedrijven (De Jong 1986b, 1987). Het gebrek aan westerse gezondheidszorgfaciliteiten en een allopathisch opgeleid kader wordt kennelijk ten dele door genezers gecompenseerd.

Maar is het dan wel nodig om westerse psychiatrie in Afrika te introduceren? Om die vraag te beantwoorden is het nuttig een onderscheid te maken tussen 'kleine' en 'grote' psychiatrie.

De zojuist beschreven positieve rol van de genezer blijft beperkt tot de neurotische en psychosociale problemen en beperkt zich bovendien voornamelijk tot de plattelandsbevolking. In de stad wordt zijn traditionele referentiekader door de snelle culturele veranderingen uitgedaagd. Soms is hij in staat om zijn behandeling aan de veranderende behoeften van zijn patiënten aan te passen. Daarbij kan als onderdeel van een syncretistisch proces een verschuiving optreden naar een meer individuele of psychologiserende benadering. Bekende voorbeelden hiervan zijn de Winti-cultus in Nederland, de Zionistische of profetische kerken in Zuidelijk Afrika, de Zebola-rituelen in Zaïre, de spiritualistische genezers in Ghana, de Umbanda en Candomblé in Brazilië, de espiritistas in New York, of de Santería en Ñañiguismo op Cuba (Atiwiya 1971; Sundkler 1976; Garrison in Crapanzano e.a. 1976; Corin 1978; Bourguignon 1980; Mullings 1984; De Jong 1986b). Soms ook blijken genezers echter niet in staat te zijn om hun idioom aan de sociaal-economische ontwikkelingen aan te passen. Dat is één van de redenen waarom een deel van de patiëntenpopulatie alsnog zijn

weg zoekt naar de staatsgezondheidszorg (De Jong 1987). Voor deze groep patiënten is het van belang een behandeling te vinden binnen een westers referentiekader. Zoals we gezien hebben is het echter de vraag of de westers georiënteerde gezondheidswerker (of de in westerse therapievormen opgeleide therapeut) voldoende is toegerust om een neurotisch probleem te behandelen.

Wat betreft de 'grote' psychiatrie heeft de genezer in curatieve zin niets te bieden (Finkler 1985; De Jong 1987). In preventief opzicht echter vormt de genezer een belangrijke schakel in een ondersteuningssysteem dat 'health maintenance' en weerbaarheid stimuleert.

Een belangrijk aspect van dit ondersteuningssysteem is dat een psychisch gestoorde in grote delen van Afrika weinig gestigmatiseerd wordt zodat hij zich vaak in de samenleving kan handhaven. Althans wanneer hij geen destructief gedrag vertoont ten opzichte van zichzelf of zijn omgeving. Deze relatieve tolerantie hangt in de eerste plaats samen met de lokale kosmologie die het individu in mindere mate verantwoordelijk stelt voor zijn gedrag. Want evenals in andere niet-westerse culturen is ziekte meestal het resultaat van verstoorde bovennatuurlijke krachten, van kwaadwilligheid van de medemens (heksen, boze oog), of van het schenden van een taboe door een individu of een familielid (Clements 1932; De Waal Malefijt 1968; verg. personalistisch/naturalistisch Foster e.a. 1978). In de tweede plaats hangt de tolerantie samen met de lokale nosologie die, zoals gezegd, veelal geen onderscheid maakt tussen psychopathologie en de bezetenheidstrance of een 'beroepingsziekte'. De lokale nosologie biedt dus ook tot op zekere hoogte een excuus aan genezers die er prat op gaan dat ze alle kwalen kunnen genezen. Voor hen bestaat er immers vaak nauwelijks onderscheid tussen de verschillende vormen van 'gekte'. En als hun behandeling faalt (bij voorbeeld bij een chronisch functionele psychose als schizofrenie), is er kennelijk magie in het spel die hun contra-magische krachten te boven gaat.

Een derde reden voor de steun van het sociale netwerk is de potentiële bijdrage van de geestelijk gestoorde aan de landbouwproductie. Ieder gehandicapt individu krijgt de mogelijkheid om op zijn capaciteitsniveau binnen familieverband te functioneren, ook al komt dat niveau niet met zijn leeftijdsgroep overeen. (Wanneer de handicap zo ernstig is dat een bijdrage aan de gezinseconomie niet meer mogelijk is, heeft de lokale kosmologie vele pijlen op haar boog om een rechtvaardiging te bieden voor marginalisering, uitstoting of infanticide).

Op de vierde plaats kan de relatieve mildheid ten aanzien van de gestoorde mens samenhangen met de aanwezigheid van enkele door de cultuur gesanctioneerde ventielzeden en omkeringsrituelen (De Jong 1987). De hier beschreven tolerantie, die zeker niet overal in de Derde Wereld voorkomt (Devereux 1979), verklaart onder andere de vele door ons in Guinee Bissau gevonden chronisch psychotische patiënten die elders vaak als *vagrant psychotics* een bedelend bestaan leiden of door verwaarlozing en uitputting omkomen.

Maar qua behandeling kan degene die met een ernstige psychiatrische aandoening is behept beter terecht bij de westerse psychiatrie. De westerse psychiatrie kan bovendien, zoals we gezien hebben, onder een aantal voorwaarden door een lokale gezondheidswerker worden toegepast. Of anders gezegd, wat de grote psychiatrie betreft zijn genezer en gezondheidswerker complementair. Wat de neurosen betreft ontbreekt het beiden vaak aan therapeutische middelen.

Maar ook in het Westen lijkt de situatie verre van rooskleurig. Een huisarts in een land als Nederland of Engeland onderkent meestal wel of een patiënt neurotische of psychotische problemen heeft. Maar de patiënt wordt zelden doorverwezen: veel patiënten stellen dat niet op prijs, of de huisarts vindt dat psychische problemen een taak voor hemzelf zijn, ofwel de verwachtingen ten aanzien van specialistische hulp bij niet-psychotische stoornissen liggen laag. Het resultaat is dat driekwart van alle psychiatrische patiënten zonder behandeling blijft (Goldberg en Huxley 1980; Dohrenwend 1981).

Het lijkt dus zinvol om extra energie te steken in het ontwikkelen van interventiemethoden voor de eerste lijn. Interventiemethoden die zich met name richten op somatiserings- en andere neurotische problemen, en die op flexibele wijze in verschillende culturen kunnen worden toegepast. Want het lijkt erop dat de gezondheidszorg nog steeds weinig te bieden heeft aan het merendeel van de mensen met psychische problemen. Om het even of zij in technologisch geavanceerde of in technisch laag ontwikkelde landen leven.

Literatuur

- * Publikaties aangegeven met een asterisk hebben betrekking op de WHO-studie.
- Atiwiya, G. (1971), Le 'Zebola' (Thérapie traditionnelle des maladies mentales dans un cadre urbain). *Psychopathologie Africaine*, 7/3, 389-417.
- Baasher, T.A., M. Cederblad (1968), A child psychiatric study on Sudanese Arab children. *Acta Psychiatrica Scandinavica (suppl)* 200.
- Bash, K.W., J. Bash-Leichti (1969), Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan, Iran. *Social Psychiatry*, 4, 137-143.
- Carothers, J. (1953), *The African mind in health and disease*. WHO Geneva.
- (1974), Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the population of the city of Shiraz, Iran. *Social Psychiatry*, 9, 163-171.
- Clements, F.E. (1932), Primitive concepts of disease. *American archeology and ethnology*, 32, 2.
- * Climent, C.E., B.S.M. Diop, T.W. Harding, H.H.A. Ibrahim, L. Ladrado-Ignacio, N.N. Wig (1980), Mental health in primary health care. *WHO chronicle* 34, 231-236.
- * —, Arango, M.V. de, R. Plutchik, C.A. Leon (1978), Development of an alternative, efficient, low-cost mental health delivery system in Cali, Colombia, I: the auxiliary nurse. *Social Psychiatry* 13, 29-35.
- * —, Arango, M.V. de, R. Plutchik (1983), Development of an alternative, effi-

- cient, low-cost mental health care delivering system in Cali, Colombia. Part II: the urban centre. *Social Psychiatry*, 18, 95-102.
- Corin, E. (1976), Zebola: une psychothérapie communautaire en milieu urbain. *Psychopathologie Africaine*, 12, 349.
- Crapanzano, V., V. Garrison (red.) (1976), *Case studies in spirit possession*. John Wiley & Sons, New York.
- Devereux, G. (1979), Die Verunsicherung der Geisteskranken. *Curare*, 4, 215-220.
- * Diop, B., R. Collignon, M. Gueye, T.W. Harding (1982), Diagnosis and symptoms of mental disorder in a rural area of Senegal. *African Journal of Medical Science*, 11, 95-103.
- Dohrenwend, B.P., B. Snell Dohrenwend (red.) (1974), *Stressful life events: their nature and effects*. Wiley, New York.
- (1981), Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *American Journal of Public Health*, 72/11, 1271-1279.
- Edwards, J.W. (1983), Semen anxiety in South Asian cultures: cultural and transcultural significance. *Medical Anthropology*, 7, 51-67.
- Ellenberger, H.F. (1970), *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic books, New York.
- Essex, B.J., H. Gosling (1982), *Programme for identification and management of mental health problems*. Churchill Livingstone, Essex.
- Finkler, K. (1985), *Spiritualist healers in Mexico: successes and failures of alternative therapeutics*. Praeger, New York.
- Foster, G.M., B.G. Anderson (1987), *Medical anthropology*. Wiley, New York.
- Frank, J.D. (1973), *Persuasion and healing*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Gerrits, C. (1986), Epilepsiezorgen primary health care in Africa. *Epilepsie Bulletin*, 15/2, 3-9.
- Giel, R., J.N. van Luijk (1969), Psychiatric morbidity in a small Ethiopian town. *British Journal of Psychiatry*, 115, 149-162.
- , M. Bishaw, J.N. van Luijk (1969), Behavior disorders in Ethiopian children. *Psychiatrica Neurologica Neurochirurgia*, 72, 395.
- (1970), Psychiatric morbidity in a rural village in southwestern Ethiopia. *International Journal of Social Psychiatry*, 16, 63-71.
- (1972), Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. *Huisarts en wetenschap*, 16, 203-209.
- , T.W. Harding (1976), Psychiatric priorities in developing countries. *British Journal of Psychiatry*, 128, 513-522.
- * –, M.V. de Arango, C.E. Climent, T.W. Harding, H.H.A. Ibrahim, L. Ladrado-Ignacio, R. Srinivasa Murthy, M.C. Salazar, N.N. Wig, Y.O.A. Younis (1981), Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68, 677-683.
- , G.H.M.M. ten Horn (1982), Patterns of Mental Health Care in a Dutch Register Area. *Social Psychiatry*, 17, 117-123.
- * –, M.V. de Arango, A. Hafeiz Babikir, M. Bonifacio, C.E. Climent, T.W. Harding, H.H.A. Ibrahim, L. Ladrado-Ignacio, R. Srinivasa Murthy, N.N. Wig (1983), The burden of mental illness on the family. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68, 186-201.
- (1985), *Evaluation of the programme for introducing mental health into primary health care in Egypt*. WHO consultation report.
- Goldberg, D.P., B. Blackwell (1970), Psychiatric illness in general practice. A

- detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, ii, 439-443.
- , P. Huxley (1980), *Mental illness in the community; the pathway to psychiatric care*. Tavistock Publications, London.
- Goslinga, J. (1987), *Nieuwsbrief* 1-3, Muhimbili Medical Centre.
- Gwee Ah Leng (1968), Koro, its origin and nature as a disease entity. *Singapore Medical Journal*, 9, 3-6.
- Halleck, S.L. (1980), Seven helping factors in psychotherapy. *Practical Reviews in Psychiatry*, 4, 10.
- * Harding, T.W., M.V. de Arango, J. Baltazar, C.E. Climent, H.H.A. Ibrahim, L. Ladrado-Ignacio e.a. (1980), Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- * -, C.E. Climent, M. Diop, R. Giel, H.H.A. Ibrahim, R. Srinivasa Murthy, M.A. Suleiman, N.N. Wig (1983), WHO collaborative study on strategies for extending mental health care II: The development of new research methods. *American Journal of Psychiatry*, 140, 11, 1474-1480.
- Hoepfer, E.W. (1979), Observations on the impact of psychiatric disorders upon primary health care. In: *Mental health services in general health care*. National Academy of Sciences, Washington D.C.
- , G.R. Nycz, P. Cleary (1979), *The quality of mental health services in an organised primary health care setting*. Final report, NIMH contract number: DBE-77-0071. Marshfield Medical Foundation, Marshfield, Wisconsin.
- Hollingshead, A.B., F.C. Redlich (1958), *Social class and mental illness*. John Wiley & Sons, New York.
- Huxley, P.J., D.P. Goldberg, G.P. Maguire, V.A. Kincey (1979), Prediction of the course of minor psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 135, 535-543.
- ICMR (1985), *Mental health care in primary health care*. National Institute of Mental Health & Neuro sciences, Post bag 2900, Bangalore-560 029, India.
- Jablensky, A., R. Schwarz, T. Tomov (1980), WHO Collaborative Study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders: A preliminary communication: objectives and methods. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, suppl 285, 152-159.
- Jesus Mari de, J., P. Williams (1986), A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26.
- Jilek, W.G., L. Jilek-Aall (1985), The metamorphosis of 'culture-bound syndromes'. *Social Science and Medicine*, 21, 2, 205-210.
- Jong, J.T.V.M. de (1983), *Proposition d'un programme de la santé mentale dans le cadre du plan quadriennal 1983-1987*. Publicações do Ministério de Saúde Pública e Assuntos Sociais, Bissau.
- * Jong, J.T.V.M. de, G.A.J. Klein, G.H.M.M. ten Horn (1986), A base line study on mental disorders in Guinea-Bissau. *British Journal of Psychiatry*, 148, 27-32.
- , (1988), Estudo básico sobre perturbações mentais no país. *Soronda*, 4/7, 113-133 (Portuguese versie van artikel *British Journal*).
- Jong, J.T.V.M. de (1986b), Palmwijn in nieuwe zakken, oftewel enkele gedachten naar aanleiding van een Ndöp-ritueel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 1, 15-29.
- * - (1987), *A descent into African psychiatry*. Proefschrift RU Groningen.

- Royal Tropical Institute. Amsterdam.
- * – (1987a), Evaluation of a basic mental health programme in Guinea-Bissau. *Psychopathologie Africaine*. In press.
 - * – (1987b), Screening children for the presence of psychiatric disorders in Guinea-Bissau. *Psychopathologie Africaine*. In press.
 - (1987c), Jangue Jangue: la politique par le bas en Guinée-Bissau. *Politique Africaine*, 28/12, 108-113.
 - * – (1987d) Investigação dos distúrbios mentais encontrados nas crianças atendidas pelas instituições da saúde na Guiné-Bissau. Aangeboden aan: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
 - * –, B.O. van Oostrom (1987e), Avaliação de um programa básico de saúde mental na Guiné-Bissau. Aangeboden aan: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
- Kessel, W.I.N. (1960), Psychiatric morbidity in a London general practice. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 14, 16-22.
- Kessel, N., M. Shepherd (1962), Neurosis in hospital and general practice. *Journal of Mental Science*, 108, 159-165.
- Kleinman, A. (1982), Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6/2, 117-190.
- Korten, D. (1980), Community organisation and rural development: a learning process approach. *Public Administration Review*, 6, 480-511.
- Kortmann, F.A.M. (1986), *Problemen in transculturele communicatie*. Van Gorcum, Assen.
- Lamberts, H., B. Hartman (1982), Psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 25, 333-342 en 376-393.
- Leslie, S.A. (1974), Psychiatric disorders in the young adolescent of an industrial town. *British Journal of Psychiatry*, 125, 113-124.
- * Maassen van de Brink, M.E., J.T.V.M. de Jong, G.H.M.M. ten Horn (1986), De geestelijke gezondheidszorg in Guinee Bissau: een vergelijking tussen stad en platteland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28/8, 524-538.
- Mann, A.H., R. Jenkins, E. Belsley (1981), The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Psychological Medicine*, 11, 535-550.
- Marmor, J. (1980), Recent trends in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 137, 4.
- Ministry of Health Tanzania (1979), *Proposals for a national mental health programme in the United Republic of Tanzania, annex II*.
- (1983), *Mental health care delivery in Kilimanjaro region*.
- Morley, D. (1973), *Paediatric priorities in the developing world*. Butterworth, London.
- Mullings, L. (1984), *Therapy, ideology and social change: mental healing in urban Ghana*. University of California Press, Berkeley.
- Ndeti, D.M., J. Muhangi (1979), The prevalence and clinical presentation of psychiatric illness in a rural setting in Kenya. *British Journal of Psychiatry*, 135, 269-272.
- Ormel, J., R. Giel (1983), Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 688-710.
- Pot, H.J. (1987), Persoonlijke mededeling.
- Praag, E. van, C. Varkevisser (1986), Primary health care. *Medisch Contact*, 2, 41-43.
- Rutter, M., D. Shaffer, M. Shepherd (1975), *A multi-axial classification of child*

- psychiatric disorders. WHO, Geneva.
- , A. Cox, C. Tupling, M. Berger, W. Yule (1975), Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.
- * Sartorius, N., T.W. Harding (1983), The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: the genesis of the study. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1470-1473.
- , H. Davidian, G. Ernberg, F.R. Fenton, I. Fuji, M. Gastpar, W. Gulbinat, A. Jablensky, P. Kielholz, A.E. Lehmann, M. Naraghi, M. Shimizu, N. Shinfuku, R. Takahashi (1983), *Depressive disorders in different cultures: report on the WHO Collaborative Study on Standardized Assessment of Depressive Disorders*. WHO, Geneva.
- Shepherd, M., B. Cooper, A.C. Brown, C. Kalton (1981), *Psychiatric illness in general practices* (ed. 2). Oxford University Press, Oxford.
- Sundkler, B. (1976), *Zulu Zion and some Swazi Zionists*. Oxford University Press, Londen.
- Swaen, G., G.H.M.M. ten Horn (1980), *Verwijzingen uit de huisartsenpraktijk naar de GGZ in de jaren 1973 tot en met 1978*. Sociale Psychiatrie RU Groningen.
- Verhulst, F.C. (1986), Psychische gezondheid bij Nederlandse kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130, 2036-2040.
- Waal Malefijt, A. de (1968), *Religion and culture: an introduction to anthropology of religion*. MacMillan, New York.
- WHO (1974), *The international pilot study of schizophrenia* vol. 1. WHO, Geneva.
- * WHO (1975), *Expert committee on mental health. Organization of mental health services in developing countries*. Technical Report Series 564. WHO, Geneva.
- * WHO (1981), *Report from the WHO collaborative study on strategies for extending mental health care*. WHO, Geneva.
- * WHO (1984), *Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings*. Technical Report Series 698. WHO, Geneva.
- Wulfften Palthe, P.M. van (1934), Koro, een eigenaardige angstneurose. *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*, 74, 1713-1720.
- (1935), Aanvulling op het artikel 'Koro, een eigenaardige angstneurose'. *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*, 75, 836-837.
- Zacher, W. (1981), Tansania: ein Konzept und die Schwierigkeit seiner Umsetzung. In: *Gezondheid en politiek in ontwikkelingslanden. Documentatiemap WEMOS*. Amsterdam.

J.T.V.M. de Jong, psychiater, werkte vier jaar als hoofd van de GGZ en als directeur van een psychiatrisch centrum in Guinee Bissau. Momenteel werkt hij o.a. in het RIAGG-Centrum, Amsterdam. Adres: Durgerdammerdijk 180, 1026 CL Amsterdam.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 22-8-'88.