

University of Groningen

A descent into African psychiatry

Jong, Johannes Thomas Vianney Maria de

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1987

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Jong, J. T. V. M. D. (1987). A descent into African psychiatry s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

SAMENVATTING

Dertien jaar geleden werkte ik als tropenarts in Zuid-Senegal en Guinee Bissau. Na mijn terugkeer in Nederland volgde ik een psychiatrie-opleiding en vertrok vervolgens weer naar Afrika, ditmaal op verzoek van de Guineese regering om de geestelijke gezondheidszorg in Guinee Bissau op te zetten. De daaruit voortgekomen wisselwerking tussen de Guineese cultuur en de westerse psychiatrie vormt het hoofdthema van dit boek.

Guinee Bissau ligt in West-Afrika en telt bijna een miljoen inwoners op een oppervlakte ongeveer zo groot als Nederland. Na een bevrijdingsoorlog tegen Portugal werd in 1973 de onafhankelijkheid uitgeroepen. De regering zag zich voor de taak gesteld het gezondheidszorgapparaat uit de koloniale tijd en de voorzieningen die waren opgezet in de bevrijde gebieden samen te voegen. Gekozen werd voor het handhaven van enkele curatieve voorzieningen in de steden en voor de opbouw van een gedentraliseerde basis- en primaire gezondheidszorgstructuur. Mede door een economische politiek die in principe iedereen bestaansmiddelen verschaft, creëerde de Guineese regering enkele basisvoorwaarden om gezondheidszorgactiviteiten zinvol te maken.

De mogelijkheden waartussen ik bij het opzetten van de GGZ kon kiezen werden door verschillende factoren beperkt. Psychiatrische voorzieningen waren nagenoeg afwezig en psychiatrische patiënten vertoefden in erbarmelijke omstandigheden.

Guinee Bissau heeft geen medische opleiding en de meeste Guineese artsen worden opgeleid in landen waar een medisch psychiatrisch model zonder belangstelling voor transculturele psychiatrie hen niet enthousiast maakt om bij de GGZ betrokken te raken. Pas vrij recent zijn twee Guineeërs een psychiatrie-opleiding begonnen. De meeste artsen geven de voorkeur aan specialisaties als chirurgie of gynaecologie boven basis- of geestelijke gezondheidszorg, temeer daar de lokale filosofie grote magische kracht toeschrijft aan degene die het menselijk lichaam opent. Een andere beperking vloeide voort uit de primitiviteit van het Portugese kolonialisme dat Guinee Bissau opzadelde met een minimum aan slecht opgeleid medisch kader. Tenslotte diende ieder initiatief goedkoop te zijn om enige kans te maken op continuering.

Alvorens initiatieven te nemen, leek het zinvol om het nog onontgonnen terrein van de lokale opvattingen en praktijken rondom gezondheid en ziekte in kaart te brengen. Ik probeerde hiervan een beeld te krijgen uit gesprekken met patiënten en door regelmatig tezamen met een patiënt, of alleen, orakels te bezoeken en genezingsessies bij te wonen. Voor de beschrijving van de volksfilosofie en de

volksgeneeskunde gebruik ik enkele medisch-antropologische concepten van Kleinman.

Iedere samenleving kent een systeem van zorg voor haar zieke leden. Aan zo'n systeem kan men een volks-, een traditionele en een professionele sector onderscheiden (Engels: *popular*, *folk* en *professional*). Het merendeel van de patiënten bezoekt eerst de volks- en de traditionele gezondheidssectoren en gaat vervolgens te rade bij de professionele sector ofte wel de staatsgezondheidszorg. Om de opvattingen over ziekte in de volks- en traditionele sectoren begrijpelijk te maken, geef ik de essentie van de kosmologie van de animistische etnische groeperingen weer. De mens kan bemiddeling of voorspoed vragen aan (voorouder)geesten die gerangschikt zijn in een hiërarchie die parallel loopt aan de sociale orde, en die in contact kunnen treden met het opperwezen. De vele goden en geesten maken het mogelijk het leven te interpreteren als de resultante van enkele antropomorfe spirituele krachten met wie de mens een symmetrische relatie onderhoudt: rituele verplichtingen vragen omvangrijker offers wanneer iemand door grote rampspoed wordt getroffen of een groot verzoek tot de geestenwereld richt. Door de vooroudergeestverering en het geloof in reïncarnatie kunnen rituele verplichtingen aan volgende generaties worden overgedragen. Het animisme als holistische levensbeschouwing beschouwt ziekte als het resultaat van vertoornde bovennatuurlijke krachten – bijvoorbeeld wegens de zojuist genoemde rituele verwaarlozing van voorouders door vorige generaties – , van kwaadwillendheid van de medemens, of van het schenden van een taboe door een individu of zijn familie. Wanneer iemand zich ziek voelt zal hij z'n individuele beschermgeest, het familie-orakel en een aantal genezer(es)s(en), zieners of vrouwenbezetenheidsgroepen in de volks- en traditionele sectoren raadplegen om door middel van divinatie de oorzaak van de ziekte te diagnosticeren en te behandelen. De individuele of groeps-divinatie begint met een plengoffer aan de godheid, vaak gevolgd door een hanenorakel. De ceremoniant gaat in trance en legt de godheid het probleem of het verzoek van zijn cliënt voor. Het directieve en vaak confronterende antwoord van de geest wordt in een speciale orakeltaal, soms met behulp van buiksprekerij, aan de cliënt meegedeeld en meestal in een volgend deel van de sessie doorgewerkt. Behalve door goddelijke inspiratie, kan de divinatie ook plaats hebben via dromen (*oniromancie*), of door een groot aantal geomantische technieken o.a. met stokjes, botjes of zand. Deze sessies worden gevolgd door een behandeling die bestaat uit een keuze uit een arsenaal aan geneesmethoden variërend van kruiden, amuletten, massage, bloedzuigen tot het verwijderen van vuil uit het lichaam.

Om inzicht te krijgen in de lokale gezondheidszorg en om de vraag te beantwoorden hoe nieuwe initiatieven op bestaande praktijken moeten aansluiten, is het zinvol om te kijken naar het hulpzoekgedrag van een patiënt en zijn systeem en de motieven die dit gedrag bepalen. Aan de hand van een casus wordt geïllustreerd hoe een Guineeër de bovenvermelde oorzaken van zijn kwaal probeert te achterhalen en te behandelen, terwijl een of meerdere familieleden onafhankelijk van hem een tocht langs de vele genezers in de verschillende gezondheidssectoren kunnen ondernemen. Kleinman onderscheidt drie algemene patronen van hulpzoekgedrag die bij verschillende typen ziekten passen. Hij stelt de vraag of vergelijkend onderzoek zal aantonen dat deze drie typen universeel

zijn. Het is niet m
de door Kleinman
de snelle uitbreidi
politieke en cultur
interacties tussen
Guineese patiënt
staande middelen
zware belasting zo
Een gezondheidsz
Guineese gezondh
case-studies van le
vernieuwingsbewe
De eerste functie
deze functie te ver
geformuleerd. Hal
een patiënt door r
behandelaar in de
professionele secto
bieden voor het pr
casussen van Jangu
Jangu Jangu zelf
mijzelf als represen
mate in staat blijk
zinvolle probleemc
van de respectieve
verklaring biedt vo
beschreven. Teven
functioneren wann
gebracht.
De casus van de Ja
aspecten.
Het hekserygeloof
verschijnselen, kon
van de samenleving
psychotische depres
smaadproces een v
voor een hekserybe
beschuldigd te hebl
Naast een zelfbestr
heksery-idiom na
collectieve idee (da
waansysteem) dat b
manipulatie van bo
Een tweede aspect
gezondheidssectore
wordt gehouden vo
verantwoordelijkhe

zijn. Het is niet mogelijk om in het huidige Guinee een bevestiging te vinden voor de door Kleinman gepostuleerde patronen van hulpzoekgedrag. Ten gevolge van de snelle uitbreiding van de professionele gezondheidssector, de turbulente politieke en culturele veranderingen en de daarmee gepaard gaande complexe interacties tussen gezondheidszorgsectoren, patiënten en genezers, vertoont de Guineese patiënt een grillig hulpzoekgedrag waarbij hij alle ter beschikking staande middelen benut om zijn probleem op te lossen. Dit gedrag vormt een zware belasting zowel voor zijn privé-budget als voor de staatsbegroting.

Een gezondheidszorgsysteem heeft een aantal functies. Vier functies van het Guineese gezondheidszorgsysteem worden geïllustreerd aan de hand van enkele *case-studies* van leden van de Balanta stam die betrokken zijn bij de vernieuwingsbeweging Jangue Jangue.

De eerste functie van een gezondheidszorgsysteem is de zingeving aan lijden. Om deze functie te verduidelijken heeft Hahn (1984) het begrip gezondheidsideologie geformuleerd. Hahn's ideologieën laten zien dat de benadering van het lijden van een patiënt door respectievelijk de patiënt zelf (de *illness ideology*), zijn behandelaar in de traditionele sector (de *disorder ideology*), en die in de professionele sector (de *disease ideology*), niet in gelijke mate een oplossing bieden voor het probleem of de ziekte van een patiënt. Aan de hand van vier casussen van Jangue Jangues wordt getoond dat zowel het perspectief van de Jangue Jangue zelf, van een van de leidsters van de vernieuwingsbeweging, en van mijzelf als representant van de westerse psychiatrie, in wisselende en beperkte mate in staat blijken te zijn om een zinvolle interpretatie en dientengevolge een zinvolle probleemoplossing aan te reiken. Het onderkennen van dit onvermogen van de respectievelijke ideologieën is van belang omdat het een gedeeltelijke verklaring biedt voor de grilligheid van het hulpzoekgedrag zoals dat hierboven is beschreven. Tevens blijkt dat een gezondheidszorgsysteem alleen dan zinvol kan functioneren wanneer de verschillende ideologieën tot een synthese worden gebracht.

De casus van de Jangue Jangues tonen nog twee andere vermeldenswaardige aspecten.

Het hekserijgeloof dat vele raakvlakken vertoont met sociale en psychologische verschijnselen, komt in een voor Guineërs onthutsende vorm aan de oppervlakte van de samenleving in de openbare zelfbeschuldiging van de persoon met een psychotische depressie. Dit deed zich onder meer voor toen tijdens een smaadproces een van de gedagvaarde Jangue Jangues zich moest verantwoorden voor een hekserijbeschuldiging die zij zou hebben geuit. Zij ontkende iemand beschuldigd te hebben en deelde de aanwezigen mee dat zijzelf een heks was. Naast een zelfbestraffend en een *abreacting effect*, brengt zij hiermee het latente hekserij-idioom naar de oppervlakte van de samenleving. Dit versterkt het collectieve idee (dat sterke overeenkomsten vertoont met een collectief waansysteem) dat bijvoorbeeld welvaart alleen kan worden bereikt door manipulatie van bovennatuurlijke krachten.

Een tweede aspect is dat de zingeving aan lijden in de respectievelijke gezondheidssectoren gevolgen heeft voor de mate waarin iemand verantwoordelijk wordt gehouden voor zijn gedrag. In de volks- en traditionele sector verschuift de verantwoordelijkheid voor deviant gedrag van het individu naar zijn omgeving

(inclusief het geestenrijk). Dit vermindert het risico van stigmatisering en verhoogt de kans op optimale resocialisatie, los van de ernst van het psychiatrische ziektebeeld. Zoals de verschillende gezondheidssectoren in beperkte mate in staat bleken om een zinvolle interpretatie of probleemoplossing aan te bieden, zo ook illustreert deze mogelijkheid tot resocialisatie wederom de complementariteit van de verschillende gezondheidsideologieën hetgeen consequenties heeft voor de opzet van een sociaal GGZ-programma.

De tweede functie van een gezondheidssysteem, genezing in engere zin, wordt hier beschreven vanuit een oogpunt van psychosociale stressreductie. In de loop van het genezingsproces verschuift de aandacht van het lokale gezondheidssysteem van individu naar collectief, hetgeen gepaard gaat met een nieuw evenwicht tussen de betrokkenen, *in casu* de patiënt en zijn systeem inclusief de voorouders. Naast stressreductoren op individueel niveau, heeft een patiënt binnen de traditionele en volkssector orakels en genezers binnen bereik die over middelen, (helderziende) gaven, en soms zelfs over speciale informanten beschikken voor het oplossen van psychosociale problemen. Op familie- en dorpsniveau spelen onder andere therapeutische variabelen een rol die velerlei overeenkomsten vertonen met westerse individuele en groeps-psychotherapieën. De accentverschuiving van de geïdentificeerde patiënt naar zijn systeem heeft ook secundaire therapeutische effecten. Betrokkenheid van het systeem vermindert individuele verantwoordelijkheid en eventuele schuldgevoelens. Intrapsychische en vaak gesomatiseerde conflicten worden minder beladen doordat zij worden verplaatst naar krachten buiten het individu zoals hekserij of vertoornde geesten; dit kan onder meer resulteren in zichtbare lichamelijke afwijkingen tengevolge van de inwerking van immateriële bovennatuurlijke oorzaken op een mechanistisch lichaamsconcept. Deze stoffelijke voorstelling van de gevolgen van de interactie tussen het magische en het menselijk lichaam maakt het mogelijk de negatieve krachten te manipuleren en te neutraliseren. Een ander voorbeeld van reïnterpretatie, namelijk de duiding van een klacht als een beroeping tot het genezersambt, geeft statusverhoging, versterkt ego-functies en vergemakkelijkt eveneens resocialisatie.

De derde functie van een gezondheidssysteem betreft de communicatie tijdens het genezingsproces en het aanreiken van interactionele middelen om een ziekte-episode het hoofd te bieden. Wanneer een zieke van de ene op de andere gezondheidssector overstapt, moet hij met zijn opvattingen en waarden een overstap maken naar een andere cultuur met een eigen taal en met eigen opvattingen over ziekte. Om de communicatiestoornissen die bij deze overstap kunnen optreden te taxeren en om de interactie tussen patiënt en genezer te illustreren, voerde Kleinman het begrip verklarend model in (*Explanatory Model*). Hij omschrijft het verklarend model als de opvattingen over een ziekte-episode en haar behandeling die door alle bij het klinisch proces betrokkenen gedeeld worden. Alhoewel het begrip verklarend model een bruikbaar concept is om de opvattingen van de verschillende gezondheidssectoren in kaart te brengen en te vergelijken, verschillen mijn conclusies met die van Kleinman. Het Guineese gezondheidssysteem reikt de patiënt inderdaad een interactioneel instrumentarium aan voor zijn ziekte-episode, maar de interactie speelt zich vooral af op behandelings- en niet op verklaringsniveau, zoals Kleinman stelt. De frequente

diagnose hekserij
zonder dat de pa
kan mijns inzien
eerste, dat een t
moderne gezond
niet gepaard hoe
de volks- en trac
toeschrijven aan
gevolgen van de
gewoonlijk mind
dan omgekeerd.
Bovendien hante
resultaten leidt m
is, en naarmate e
Mijns inziens gaa
problematiek en
psychiatrische pr
niet ten aanzien
psychopathologie
noodzaak om tot
Aan de hand van
van Guineese pat
verschil in opvatt
communicatiesto
betrekking op de
gewoontegetrouw
verwachtingen en
bovennatuurlijke
blijkt hoezeer een
voldoende inzicht
De laatste functie
tegenstelling over
proberen om inst
Evident misbruik
betreft de psychia
misbruik zoals he
over te hevelen zi
ruimte die staatsin
die verder gaan d
volksgenezer; zijn
van een spontane
volk voortkomend
antropologie *mod*
Als laatste functie
sociaal-psychologi
van Guinee Bissa
Balanta vrouwen.

diagnose hekserij leidt op therapeutisch niveau tot uitvoerig hulpzoekgedrag zonder dat de patiënt de beheksing op verklaringsniveau ter discussie stelt. Dit kan mijns inziens een verklaring bieden voor enkele verschijnselen in Afrika. Ten eerste, dat een toeneming van de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van moderne gezondheidszorg alsook een hoger sociaal-economisch of opleidingsniveau niet gepaard hoeven te gaan met een afname van gezondheidszorgconsumptie in de volks- en traditionele sector. Ook zal een patiënt enorme magische krachten toeschrijven aan de westers opgeleide genezer wanneer die in staat blijkt om de gevolgen van de magie op te heffen. Ten tweede, dat traditionele genezers gewoonlijk minder terughoudend zijn om samen te werken met westerse collegae dan omgekeerd.

Bovendien hanteert Kleinman de hypothesen dat gezondheidszorg tot betere resultaten leidt naarmate de cognitieve afstand tussen patiënt en genezer kleiner is, en naarmate er minder sociale en culturele verschillen tussen beiden bestaan. Mijns inziens gaan deze hypothesen wel op wat betreft patiënten met neurotische problematiek en wat betreft de resocialisatie van individuen met ernstiger psychiatrische problemen als een psychose of een depressie in engere zin, maar niet ten aanzien van de herkenning van de ernst en de behandeling van de psychopathologie van deze laatstgenoemde groep. Dit onderstreept wederom de noodzaak om tot een synthese van lokale en westerse geneeswijzen te komen. Aan de hand van enkele voorbeelden van interactionele analyses van gedragingen van Guineese patiënten en mijzelf probeer ik te laten zien hoe makkelijk het verschil in opvattingen en context tussen de verschillende gezondheidssectoren tot communicatiestoornissen aanleiding geeft. De voorbeelden hebben onder meer betrekking op de presentatie van klachten, op hulpzoekgedrag dat de patiënt gewoontegetrouw overhevelt naar de professionele sector, op zijn therapeutische verwachtingen en op de lichamelijke gevolgen van de interactie tussen bovennatuurlijke ziekteoorzaken en een cultuurspecifiek lichaamsschema. Hieruit blijkt hoezeer een zinvolle introductie van westerse gezondheidszorg afhangt van voldoende inzicht in het lokale gezondheidssysteem.

De laatste functie van het gezondheidssysteem wordt beschreven vanuit de tegenstelling overheid versus bevolking. Zowel de regering als het volk kunnen proberen om instituties als de gezondheidszorg ten eigen bate aan te wenden. Evident misbruik van de gezondheidszorg door de overheid had bijvoorbeeld wat betreft de psychiatrie nog recentelijk plaats in de USSR, maar minder schrijnend misbruik zoals het flatteren van werkloosheidscijfers door mensen naar de WAO over te hevelen zijn vrij algemeen aanvaard. Anderzijds kan ook de bevolking de ruimte die staatsinterventie vrijlaat gebruiken om doelstellingen te verwezenlijken die verder gaan dan bijvoorbeeld alleen gezondheid. Zo begon Christus als volksgenezer; zijn prediking maakte latent sociaal ongenoegen los dat uitgroeide van een spontane beweging tot een institutie met wereldmacht. Dit type uit het volk voortkomende vorm van politieke actie wordt binnen de marxistische antropologie *mode populaire d'action politique* genoemd.

Als laatste functie van het gezondheidssysteem beschrijf ik een dergelijk sociaal-psychologisch verschijnsel in Guinee Bissau. In 1984 ontstond in het zuiden van Guinee Bissau een genezingscultus onder marginale, *in casu* onvruchtbare Balanta vrouwen. Deze uit de volksgezondheidssector voortkomende

genezingscultus groeide spontaan uit tot een vernieuwingsbeweging die niet alleen de machtsverhoudingen binnen de Balanta stam, maar ook de verhouding van de Balanta ten aanzien van de Guineese overheid radicaal veranderde.

Eerst beschrijf ik het ontstaan van de beweging. Zestien procent van de vrouwen in bepaalde Balanta gebieden manifesteert uitermate bizar en tot voor kort goeddeels ongekend gedrag. Dit gedrag gaat gepaard met haar beroeping door de Balanta god N'Ghalla. De beroepen vrouwen worden Jangue Jangues genoemd, een betiteling die door mij tevens als naam gehanteerd wordt voor de beweging en voor het cultuurgebonden syndroom dat deze vrouwen manifesteren. Het gedrag van de Jangue Jangues wordt door twee fasen gekenmerkt. Tijdens de eerste fase rent de vrouw, volgens haar zeggen voortgestuwd door het Balanta opperwezen, in een dissociatieve toestand rond en vindt zij haar weg naar een van de andere voor haar door N'Ghalla beroepen Jangue Jangues. Na een confessie van haar misstappen in het verleden en na de beoordeling van de authenticiteit van haar roeping waarbij heksen worden uitgezift en weggestuurd, zoekt zij samen met andere Jangue Jangues geneeskrachtige wortels. Ook dit zoeken gebeurt in dissociatieve toestand waarbij god de lokatie en later ook vaak de indicatie van de medicijnen aangeeft. Deze eerste *running phase*, waarin voor het rennen partiële amnesie bestaat, duurt 3-30 dagen en gaat over in fase twee.

Tijdens de tweede fase ontvangt de Jangue Jangue van god opdrachten die haar via de in haar hoofd waargenomen stemmen van voorouders bereiken. Wanneer de Jangue Jangue zich niet houdt aan deze imperatieve pseudo-hallucinaties wordt zij tot lichamelijke zelfkastijding gebracht. De stemmen geven opdracht om hekserij af te schaffen terwijl ze op paradoxale wijze de Jangue Jangue kunnen meedelen wie zich aan hekserij schuldig maakt of zelfs de opdracht kunnen geven om de heks te beschuldigen. Ook delen de stemmen mee van welke ziekte of malheur iemand het slachtoffer is en waar een eventuele aandoening is gelokaliseerd. Tegelijk met het optreden van de stemmen claimen de meeste Jangue Jangues helderziendheid en of helderruikendheid, dit laatste speciaal voor hekserij. God verleent hen bovendien niet alleen de gave van *glossolalie* maar ook de gave om elkaar's schrift te lezen en te begripen.

In de tweede fase blijft de Jangue Jangue aanspreekbaar en mnetisch. Haar gedrag vertoont overeenkomsten met wat wij een compulsieve stoornis zouden noemen.

Het deviante gedrag en het veertiental geboden van god hebben een vernieuwingsproces van de Balanta cultuur in gang gezet. Dit proces wordt vanuit emische optiek geanalyseerd waarbij van twee hoofdtegenstellingen wordt uitgegaan. De eerste betreft de machtsrelatie tussen jongeren en ouderen, de tweede vloeit voort uit de verhouding van de dorpsamenleving versus de staat. Getoond wordt dat Jangue Jangue een katalysatorfunctie heeft waardoor de Balanta-stam uit zijn gestigmatiseerde positie raakt en een voorhoedefunctie krijgt binnen de sociaal-economische ontwikkelingen onder de animistische etnische groeperingen. Dit revitaliserende effect speelt zich zowel op collectief als op individueel niveau af doordat de groep gemarginaliseerde vrouwen een onbewuste drang tot vernieuwing triggert die leidt tot syncretistische directieven opgebouwd uit traditionele Balanta, islamitische, partijpolitieke, christelijke en andere motieven waaraan de Balanta-cultuur de afgelopen decennia is blootgesteld. Omdat zowel de regering als de islamitische en christelijke gemeenschap het als

haar taak bescho
alleen met lede
aan de bevrijdin
criminaliseren.
Tot dusverre heb
volksgezondheid
holistische volks
grillige wijze af
sectoren is in sta
consistente wijze
bieden. De volks
verantwoordelijk
of die de ziekte z
heeft als gevolg
gestigmatiseerd z
reïntegratie besch
psychosociale str
patiënt en zijn sy
psychosociale of
hebben de volks-
'grote psychiatrie
patiënt zich beter
niet in staat om
Jangue Jangue te
Vooropgezet dat
samenwerken - ie
genezer - en gest
communicatiesto
voordoen, kan de
lokale gezondheid
Tot zover is geble
antagonisten zijn
zich aan of het m
verworvenheden
rekening houdt m
gezondheidszorgs
meer geïnstitution
integratie van bei
westerse benader
maar bovendien
Het resterende d
beschreven omsta
georiënteerde bei
GGZ-prioriteiten
van de intramura
psychiatrische vo
Aan het eind van

haar taak beschouwen om de Balanta te civiliseren, zien zij de beweging niet alleen met lede ogen aan, maar proberen zij ook om de bijdrage van de Balanta aan de bevrijdingsstrijd te bagatelliseren en de Jangue Jangue beweging te criminaliseren.

Tot dusverre hebben we gezien dat Guinee Bissau een traditionele en een volksgezondheidssector kent waar divinatie en genezing onderdeel zijn van een holistische volksfilosofie. In geval van ziekte wisselen Guineeërs deze sectoren op grillige wijze af met de professionele of staatsgezondheidssector. Ieder van de drie sectoren is in staat om zin te geven aan ziekte. Maar geen van de drie weet op consistente wijze een zinvolle interpretatie en behandeling van geestesziekte te bieden. De volks- en traditionele sectoren hanteren causale concepten die de verantwoordelijkheid voor deviant gedrag bij krachten buiten het individu leggen of die de ziekte zelfs interpreteren als een beroeping tot het genezersambt. Dit heeft als gevolg dat een Guineeër die deviant gedrag vertoont niet snel gestigmatiseerd zal worden en over ruime mogelijkheden voor resocialisatie en reïntegratie beschikt. De lokale gezondheidssectoren helpen de patiënt psychosociale stress te reduceren en dragen bij tot een nieuw evenwicht tussen de patiënt en zijn systeem inclusief zijn voorouders. Maar behalve een rol bij psychosociale of neurotische problemen en bij de terugkeer naar de samenleving, hebben de volks- en traditionele sectoren weinig te bieden op het vlak van de 'grote psychiatrie'. Voor psychosen en depressies alsook voor toevallen kan de patiënt zich beter tot de professionele sector wenden. Anderzijds is de psychiater niet in staat om de implicaties van een genezings- en vernieuwingsbeweging als Jangue Jangue te begrijpen wanneer hij zich tot z'n eigen vakgebied beperkt. Vooropgezet dat de betrokkenen in de verschillende gezondheidssectoren willen samenwerken - iets wat moeilijker blijkt te zijn voor de dokter dan voor de genezer - en gesteld dat ze zich bewust zijn van een aantal communicatiestoornissen die zich in de loop van het genezingsproces kunnen voordoen, kan de integratie van enkele westers psychiatrische elementen het lokale gezondheidszorgsysteem verrijken.

Tot zover is gebleken dat het lokale en westerse gezondheidszorgsysteem geen antagonisten zijn maar complementair zijn aan elkaar. Vervolgens dient de vraag zich aan of het mogelijk is een GGZ-model te ontwikkelen dat recht doet aan de verworvenheden van de vanouds bestaande geneeskundige praktijken en tegelijk rekening houdt met de tekortkomingen van de verschillende gezondheidszorgsectoren. Wat betreft de wenselijkheid om te streven naar een meer geïnstitutionaliseerde vorm van samenwerking met lokale genezers of naar integratie van beide geneestradiities, kwam ik tot de conclusie dat dit een typisch westerse benadering is die momenteel niet alleen onmogelijk is in Guinee Bissau maar bovendien overbodig.

Het resterende deel van deze studie laat zien hoe, rekening houdend met de beschreven omstandigheden, enerzijds gekozen werd voor een epidemiologisch georiënteerde benadering die resulteerde in de integratie van enkele GGZ-prioriteiten in de basis gezondheidszorg, en anderzijds voor het verbeteren van de intramurale zorg door het creëren van een kleinschalige centrale psychiatrische voorziening.

Aan het eind van de jaren zeventig zette de WHO een onderzoek op naar de

mogelijkheid om in ontwikkelingslanden geestelijke gezondheidszorg naar de eerste lijn uit te breiden. Deze vraagstelling werd aan de hand van enkele hypothesen getoetst. De WHO studie beoogde een methodiek te ontwikkelen om het voorkomen van psychische stoornissen in de basisgezondheidszorg te meten. Vervolgens om enkele geselecteerde psychiatrische prioriteiten aan het takenpakket van de gezondheidswerkers toe te voegen, hen op te leiden voor diagnostiek en behandeling, en uit te rusten met enkele psychopharmaca. In 1983 werd deze benadering door het Guineese Ministerie voor Volksgezondheid als geestelijke gezondheidszorgpolitiek voor het platteland geaccepteerd. Inmiddels is uit berichtgeving van de WHO gebleken dat Guinee Bissau niet alleen de gehele *base line study* heeft uitgevoerd, maar er tot nu toe ook als enige land in is geslaagd om een gebied van dergelijke omvang alsmede haar gehele bevolking met een basis GGZ-programma te bestrijken. Het volgende deel laat zien hoe de overwegend kwantitatieve methodologie in de Guineese omstandigheden werd toegepast en hoe dit GGZ-programma in tien opeenvolgende stappen werd geïntroduceerd.

1 De eerste vraag betrof de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder volwassenen die het spreekuur van een basis gezondheidsvoorziening bezoeken en de vaardigheid van de gezondheidswerker om deze stoornissen te herkennen. Bij volwassenen die het spreekuur van een gezondheidsinstelling op het platteland bezochten, werd een vragenlijst (SRQ) afgenomen. Dit leverde een aantal mensen op bij wie mogelijk sprake was van psychiatrische problematiek. Tezamen met een steekproef van degenen die geen psychiatrische problemen leken te hebben, werden ze vervolgens door mij geïnterviewd (PSE). Aan de gezondheidswerker werd de vraag gesteld of er al dan niet sprake was van psychische problemen bij de patiënt (HSR). Diagnose van psychiater en gezondheidswerker werden vervolgens vergeleken.

Bij het berekenen van de psychiatrische morbiditeit werd de categorie 'mogelijk sprake van morbiditeit' niet betrokken. Dit leverde een minimale schatting van de psychiatrische morbiditeit op van 12 %. In vier andere technologisch minder ontwikkelde landen werden cijfers gevonden variërend van 10.6 % tot 17.7 %. Evenals andere studies vonden wij vooral neurosen: 52.2 % van de gevallen vertoonden een depressieve, en 21.7 % een hysterische of andere neurose. In tegenstelling tot andere landen vonden wij aanzienlijk meer psychosen, n.l. 12.9%. Dit kan verklaard worden door het kleine percentage psychosen dat herkend en doorverwezen werd, door de tolerantie van de bevolking of door de afwezigheid van geestelijke gezondheidszorg op het platteland.

De diagnostische sensitiviteit van de gezondheidswerker is 31.4 % hetgeen wil zeggen dat op het platteland een op de drie psychiatrische patiënten als zodanig door de gezondheidswerker wordt onderkend. De diagnostische specificiteit is 88.4%. Met andere woorden, bij 12 op de 100 patiënten oordeelt de lokale gezondheidswerker, in tegenstelling tot de psychiater, dat er sprake is van psychische problemen.

Met name hoofdpijn en pijn in het hele lichaam wezen op de aanwezigheid van psychische problematiek, terwijl geen enkele patiënt psychische symptomen als somberheid of angst noemde als reden voor consult. Als de gezondheidswerker

intuïtief voelt dat hij op psychisch aangaven als re patiënten drie re kans van een op Op een hoger ni morbiditeit hoge Geen significant en een verblijf a tegen Portugal. v kenmerken als m beschikking over

2 Een vergelijkin Met de hierbove een vergelijkend platteland.

De psychische m platteland. We v de stad waren ge laten behandelen (platteland: 31.4 Net als in Ethiop de SRQ vragenlij informeren over h hulp. In de stad d de gezondheidsw ziekteverlof voor Het was moeilij nieuwe stadswijk grootfamilie en et informatie was ec te werken aan de Papele die bekend angst voor conflic Het lijkt voorlopi te geven als op he aantallen consulte gezondheidszorg i verpleegkundigen dan hun collegae voldoende en ade doorverwijzende e psychiatrische cen

3 De derde vraag een gezondheidsv

intuïtief voelt dat er iets aan de hand is of dat de patiënt iets achterhoudt, moet hij op psychische problematiek verdacht zijn. Bij patiënten die meer klachten aangaven als reden voor consult was vaker sprake van psychopathologie: wanneer patiënten drie redenen opgaven was de kans een op 3.5 in vergelijking tot een kans van een op 9 bij patiënten die een reden voor hun consult opgaven. Op een hoger niveau van medische voorzieningen bleek de psychiatrische morbiditeit hoger te zijn.

Geen significant verband kon worden aangetoond tussen psychiatrische morbiditeit en een verblijf aan koloniale dan wel verzetszijde tijdens de bevrijdingsoorlog tegen Portugal. Ook werd geen verband gevonden met sociaal-culturele kenmerken als migratie, kindersterfte, miskramen of kindertal, leeftijd, opleiding, beschikking over rijstvelden of voedselgebrek.

2 Een vergelijking tussen platteland en stad.

Met de hierboven beschreven methodologie en met dezelfde vraagstelling werd een vergelijkend onderzoek uitgevoerd tussen een stadswijk van Bissau en het platteland.

De psychische morbiditeit in de stad vertoonde geen significant verschil met het platteland. We vonden veel mensen met een affectieve psychose die naar familie in de stad waren getrokken om zich in de enige GGZ-instelling in de hoofdstad te laten behandelen. De diagnostische sensitiviteit in de stad bedroeg 19 % (platteland: 31.4 %), en de specificiteit 98.7 % (platteland: 88.4 %).

Net als in Ethiopië (Kortmann 1986) bleken degenen die het spreekuur bezochten de SRQ vragenlijst niet alleen te gebruiken om de gezondheidswerker te informeren over hun psychische symptomen, maar ook over hun behoefte aan hulp. In de stad deed deze vorm van ziektegedrag zich voor ondanks het feit dat de gezondheidswerker niet bevoegd was om voordelen van de ziekenrol zoals ziekteverlof voor te schrijven.

Het was moeilijk om sleutelinformanten in de stad te vinden. Hoewel Belém geen nieuwe stadswijk is, bleek het een weinig hechte gemeenschap te zijn. Buiten de grootfamilie en etnische relaties hebben de inwoners weinig contact. Gebrek aan informatie was echter niet de enige reden waarom mensen moeite hadden om mee te werken aan de interviews. Een derde van de inwoners van deze wijk bestaat uit Papel die bekend staan om hun terughoudendheid om informatie te verschaffen uit angst voor conflicten met (stam)verwanten.

Het lijkt voorlopig onmogelijk om de verpleegkundigen in de stad dezelfde taken te geven als op het platteland. Enerzijds door tijdsdruk die samenhangt met grote aantallen consulten onder andere door een neiging tot overconsumptie van gezondheidszorg in de stedelijke gezondheidscentra. Anderzijds doordat verpleegkundigen en assistent-artsen in de stad de mensen minder goed kennen dan hun collegae op het platteland. Zolang de gezondheidscentra niet over voldoende en adequaat opgeleid personeel beschikken, kunnen zij beter als doorverwijzende en nabehandelende instantie fungeren voor het nieuwe psychiatrische centrum in Brá.

3 De derde vraag betrof het meten van psychische stoornissen onder kinderen die een gezondheidsvoorziening bezoeken, alsook de vaardigheid van de

omgeving kenden en wie dat waren. Vervolgens werd de sleutelinformanten gevraagd om deze mensen naar de medische post te laten komen voor een interview (PSE) en, indien gewenst, een behandeling. Tijdens een huisbezoek werden vervolgens de sociale gevolgen van de stoornis geëvalueerd (DAS en SUR).

Voordat we prioriteiten vaststelden voor een eventueel interventieprogramma probeerden we een beeld te krijgen van de sociaal-culturele en economische gevolgen van psychische stoornissen. Onze sociaal psychiatrische plannen bleken niet door specifieke gewoonten of taboes doorkruist te worden. Het merendeel van de families van patiënten deelde mee dat op langere termijn noch hun niveau van zelfvoorziening noch hun sociale relaties waren verslechterd ten gevolge van de ziekte van hun familielid. Dit hangt onder meer samen met de organisatie van de samenleving waarbij de leden bij het doorlopen van de verschillende leeftijdsfasen steeds complexer taken krijgen toegewezen. Ieder gehandicapt individu krijgt de mogelijkheid om op zijn capaciteitsniveau binnen familieverband te functioneren ook al komt dit niveau niet met zijn leeftijdsgroep overeen. Omdat deze landbouwgemeenschappen hun overleving te danken hebben aan hun collective fysieke kracht stellen zij zich kritisch op ten aanzien van procreatie, hetgeen de huwelijkskansen voor een geestelijk gestoorde minimaliseert. De aan de landbouwhuishouding gekoppelde tolerantie lijkt een afspiegeling te zijn van de lokale kosmologie die, zoals we reeds zagen, het individu in mindere mate verantwoordelijk stelt voor zijn gedrag. De bijdrage van de geestelijk gestoorde aan de landbouwproductie bezorgt hem een plaats binnen de familie. Een van de redenen waarom families erop gebrand zijn bijvoorbeeld een patiënt met epilepsieaanvallen te behandelen is dat hij niet alleen zelf improductief is maar bovendien een familielid dat hem voor ongelukken moet behoeden aan de productie onttrekt.

De psychisch gestoorde lijkt in de Guineese samenleving relatief weinig gestigmatiseerd te worden. Enerzijds vanwege etiologische concepten die zijn gestoordheid aan oorzaken van buitenaf wijten, anderzijds vanwege de mogelijkheid om op een aangepast niveau te functioneren, alsook vanwege enkele door de cultuur gesanctioneerde ventielmechanismen. Dit zijn de belangrijkste redenen voor het grote aantal door ons gevonden chronisch psychotische patiënten die elders vaak als *vagrant psychotics* een bedelend bestaan leiden of door verwaarlozing en uitputting omkomen.

54 gevallen met psychische stoornissen werden opgespoord en onderzocht. Een vierde van hen leefde langer dan twintig jaar in het onderzoeksgebied en vertoonde het beeld van een chronisch schizofrene psychose. Ook de anderen leden aan langdurige en ernstige stoornissen. De meest voorkomende stoornissen, in afnemende volgorde gerangschikt, waren schizofrene resttoestanden, affectieve stoornissen, gegeneraliseerde epilepsie, matige zwakzinnigheid en paranoïde stoornissen.

Het door ons in verhaalvorm gepresenteerde geval van een neurotische depressie leverde geen casussen op (ook al maakte neurotische depressie 50% van de in de eerste lijn opgespoorde stoornissen uit). Hetzelfde gold voor de manische en acute psychose.

Het 'attitude profiel' van de acute psychose kwam overeen met de profielen van

andere stoornissen terwijl acute psychose de belangrijkste indicatie voor een verwijzing naar de hoofdstad bleek te zijn. Dit ziektebeeld kreeg daarom hoge prioriteit binnen het opleidingsprogramma.

De bevolking beschouwde lokale genezers niet als hun eerste toevlucht in geval van ziekte.

Ik probeerde de houding van de bevolking tegenover psychische stoornissen alleen te beïnvloeden door erop te wijzen dat bepaalde klachten effectief in de professionele sector behandeld kunnen worden. Voor het overige leek hun houding congruent aan de eisen die aan een dergelijke landbouwgemeenschap worden gesteld, en tolerant en realistisch gezien de rol en de plaats die de psychisch gestoorde binnen de gemeenschap krijgt toebedeeld. Voor zover verandering nodig is zal die geleidelijk aan optreden onder invloed van onderwijs en sociaal-economische ontwikkelingen.

5 Kennis en houding van basis-gezondheidspersoneel inzake de GGZ. Bij Guineese gezondheidswerkers in het zuidelijke onderzoeksgebied werd een semi-gestructureerd interview (HSI) afgenomen.

De gezondheidswerkers deelden mee dat zij, behalve epilepsie, geen psychische stoornissen in hun werk tegenkwamen. Hoewel zij van mening waren dat meer mensen met psychische problematiek in de bestaande voorzieningen behandeld zouden kunnen worden gaven zij de voorkeur aan speciale klinieken. Behandeling in de gemeenschap, inschakelen van de familie, onderhoudsbehandeling voor chronische psychotici of voorlichting over alcohol werden over het algemeen niet genoemd. De meesten wisten niet dat zij regelmatig fenobarbital en diazepam ontvingen, en waren evenmin op de hoogte van de indicatiestelling van een aantal geneesmiddelen. Driekwart had nooit enige opleiding op het gebied van de GGZ gehad. 40 % had een positieve mening over lokale genezers.

Deze gezondheidswerkers vormen de ruggegraat van de gezondheidszorg en zouden zich volgens het Ministerie naast hun curatieve taken met moeder-en-kindzorg, vaccinaties en dergelijke moeten bezighouden. Zij spenderen echter meer dan driekwart van hun tijd aan curatieve taken, hetgeen een bijdrage aan de GGZ bemoeilijkt. Over het algemeen wisten zij niets van GGZ, onafhankelijk van hun opleiding, ook wanneer die in het buitenland had plaatsgevonden.

6 Selectie van behandelingsprioriteiten. Vier criteria werden gehanteerd voor de selectie van prioriteiten, te weten *point prevalence*, betrokkenheid van de gemeenschap, ernst van de aandoening, en behandelingsmogelijkheden. Besloten werd dat tenminste crisisinterventie, (acute) psychose, neurosen en met name dysthyme stoornissen alsook toevallen in het trainingsprogramma moesten worden opgenomen.

7 De opleiding van gezondheidswerkers. Als didactisch materiaal werden de beslisbomen van Essex gebruikt. We maakten een Portugese vertaling en voegden een diagram voor toevallen en een voor de 'chronisch neurotische klager' toe. Het opleidingsprogramma richtte zich met name op de verpleegkundigen van de gezondheidscentra. 200 gezondheidswerkers werden in tien vijfdaagse seminars

opgeleid. Na gebruik van de presentatie van interactiepsychologie tussen de 'chronisch neurotische klager' uitgereikt voor toekomstige sup

8 Distributie van Chloorpromazine, fenobarbital en basis gezondheids supervisie.

9 Evaluatie van beoordelen of g herkennen en te nut van de toev geneesmiddelen en haalbaarheid. Uit de evaluatie GGZ. Een aanz leven en op effe van de door mij met name psych familieleden zei met de therapie van chloorprom Verpleegkundig gegeneraliseerd voor. Het gemid één. Meer dan te kunnen werk Neveneffecten v Een enkele uitz medicaliseren v aanbeveling om probleemoploss verwijzen naar l Een dergelijk p Gezondheidswe hadden gekrege In aanwezighe kosten laag. 32 prijs van f 1,- Een elementair Hoewel een cor

opgeleid. Na een korte beschrijving van de onderzoeksresultaten (zie 1-6) werd het gebruik van de diagrammen geoefend, gepaard gaande met rollenspelen, presentatie van patiënten, en de uitleg en toepassing van basale interactiepsychologie bij het analyseren van stereotiepe communicatiepatronen tussen de 'chronische klager' en de hulpverlener. De deelnemers kregen een stencil uitgereikt voor de registratie van patiënten met de mededeling dat het bij toekomstige supervisiebezoeken gebruikt zou worden.

8 Distributie van psychopharmaca en supervisie van het programma.

Chloorpromazine, amitriptyline en trihexyfenidyl werden toegevoegd aan de fenobarbital en diazepam die al voorkwamen op de geneesmiddelenlijst voor de basis gezondheidszorginstellingen. De verpleegkundigen ontvingen regelmatig supervisie.

9 Evaluatie van het programma. Het programma werd geëvalueerd om: 1 te beoordelen of gezondheidswerkers in staat zijn psychische stoornissen te herkennen en te behandelen; 2 de kosten van het programma te berekenen; 3 het nut van de toevoeging van enkele psychopharmaca aan de nationale geneesmiddelenlijst te beoordelen; 4 een evenwicht te vinden tussen wenselijkheid en haalbaarheid van patiëntenregistratie.

Uit de evaluatie bleek dat er geen behoefte is aan apart gezondheidskader voor de GGZ. Een aanzienlijke hoeveelheid mensen werd voor de eerste maal in hun leven en op effectieve wijze voor een psychische stoornis behandeld. Driekwart van de door mij onderzochte patiënten met ernstige psychische aandoeningen, met name psychosen, werd correct gediagnostiseerd en behandeld. Patiënten en familieleden zeiden dat de symptomen waren verdwenen en dat zij tevreden waren met de therapie. Ongeveer een kwart van de patiënten klaagde over bijeffecten van chloorpromazine.

Verpleegkundigen stelden in 95 % van de aan mij gepresenteerde patiënten met gegeneraliseerde epilepsie de juiste diagnose en schreven de juiste behandeling voor. Het gemiddeld aantal toevallen per maand nam af van 16 tot minder dan één. Meer dan de helft van de patiënten bleek in staat om weer redelijk of goed te kunnen werken. Patienten en hun familie waren tevreden over de behandeling. Neveneffecten van de behandeling met fenobarbital waren minimaal.

Een enkele uitzondering daargelaten, gingen de verpleegkundigen door met het medicaliseren van neurotische en psychosociale problemen. Het verdient voorlopig aanbeveling om de vicieuze cirkel van medicalisering, afhankelijkheid en averechts probleemoplossend gedrag te doorbreken en meer patiënten door (of terug) te verwijzen naar lokale genezers.

Een dergelijk programma blijkt zonder supervisie niet te functioneren.

Gezondheidswerkers brachten hun kennis pas in praktijk nadat zij supervisie hadden gekregen.

In aanwezigheid van een reeds bestaande basis-gezondheidszorgstructuur zijn de kosten laag. 32 Guineeërs kunnen door het programma bereikt worden voor de prijs van f 1,- per jaar.

Een elementair registratieformulier werd door de verpleegkundigen gebruikt.

Hoewel een complexer formulier voor statistiek, planning en wetenschappelijk

onderzoek wenselijk zou zijn, is dat momenteel onder andere wegens tijdgebrek geen haalbare doelstelling.

De vijf gedistribueerde psychofarmaca werden over het algemeen correct toegepast. Deze middelen zijn voldoende voor de behandeling van psychiatrische prioriteiten en epilepsie.

Het GGZ-programma heeft succes wat betreft de eerste twee fasen van een ontwikkelingsprogramma, namelijk te weten hoe een doelstelling op effectieve wijze te verwezenlijken. De toekomst zal aantonen of ons programma ook in de huidige fase, de uitbreidingsfase, effectief is, en of het erin zal slagen zichzelf te handhaven. Dit laatste zal met name afhangen van de gezondheidspolitiek van de regering.

10 Kritiek op de onderzoeksprocedure en aanbevelingen. Bij de evaluatie van de effectiviteit van het interventieprogramma van de aan het WHO onderzoek participerende onderzoeksgebieden, werd uitgegaan van een vergelijking van de *base line study* (zie 1-5) met zogenaamde *repeat observations* achttien maanden later. De vergelijking concentreerde zich op de prevalentie van psychische stoornissen in de eerste-lijnsvoorzieningen, diagnostische vaardigheden en kennis van gezondheidswerkers, en attitudeverandering van de bevolking. Hoewel in principe de opzet van de *repeat studies* identiek was aan de *base line studies*, werd op een aantal wezenlijke punten van de aanvankelijk correcte methodologische benadering afgeweken.

Bovendien blijkt de SRQ niet aan de verwachte doelstellingen te voldoen: naast het meten van de aan- of afwezigheid van symptomen, meet hij tevens ziektegedrag; de vermeende universele toepasbaarheid wordt ontzenuwd door zijn gebrekkige concept-validiteit; standaardisatie van stimuluscontrole blijkt niet toepasbaar in culturen met een lage alfabetisatiegraad.

Andere punten van kritiek betreffen onder meer de eindscore van de HSI en de attitudeprofielen van het KII. Een tiental aanbevelingen wordt gegeven die onder meer betrekking hebben op eventueel gewenste vereenvoudiging van de research procedure, het voorkomen van *bias*, de validering van onderzoeksinstrumenten en het gebruik van de *screenings*-versie van de PSE in plaats van de SRQ.

Het laatste deel van deze studie gaat over het opzetten van een psychiatrisch centrum bij de hoofdstad. Voordat met de bouw begonnen kon worden moest een aantal hindernissen worden genomen die samenhangen met de keuze tussen een open of gesloten voorziening, de lokatie en de financiering van het project.

Vanwege de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie zou het centrum moeten voorzien in een aantal behandelingsprioriteiten waaruit enkele nevendoelestellingen voortvloeiden. Als behandelingsfilosofie kozen wij voor een multiconditioneel kader. Dit resulteerde in een stapsgewijze behandeling waarbij een geleidelijke aandachtsverschuiving plaatsvond van lichamelijke en psychopathologische symptomen naar socio- en psychotherapeutische aspecten, gepaard aan een toenemende belasting voor de patiënt en zijn systeem. De behandeling bestaat uit twee fasen. De eerste is een regressiefase van een paar weken. Somatische en psychopathologische, met name psychotische, verschijnselen worden behandeld. Passieve afhankelijkheid leidt tot regressie die de patiënt tegelijk op paradoxale

wijze voor onge
fase wordt ook
uitmondt in de
sociale, interact
verschuift naar
Er wordt gepoo
verklarende mo
de omliggende
terughoudendhe
activiteiten. De
georiënteerd. B
zoals socio- en
therapie en recr
hulpverlening is
verpleegkundige
Andere behand
dagbehandeling
patiënten met e
ontvangen. Daar
Bissau de moge
Organisatorische
een *communis c*
opleidingsaspect
verpleegkundige
opleidingsniveau
Een andere vraag
electroshock. M
toegepast zou k
in een situatie w
vaak bedreigend
oriëntatie vergt
'dokter' door m
verondersteld w
ECT overbodig
dat hij sneller er
bijvoorbeeld het
met de autoriteit

Dit boek is een
overwegend rur
om binnen een
systeem voor de
bereiken volgde
De eerste leide
en genezers. Zij
met genezingsfu
heeft te bieden.

wijze voor ongewenste bijverschijnselen van hospitalisatie behoedt. Tijdens deze fase wordt ook de intake-diagnose bevestigd of bijgesteld, hetgeen vervolgens uitmondt in de tweede fase, de therapeutische gemeenschap. In deze fase komen sociale, interactionele en psychodynamische aspecten aan bod waarbij het accent verschuift naar verantwoordelijkheden die de patiënt en zijn familieleden dragen. Er wordt gepoogd ruimte te scheppen voor de synthese van uiteenlopende verklarende modellen. De therapeutische gemeenschap is niet door barrières van de omliggende dorpsgemeenschappen gescheiden. De aanvankelijke terughoudendheid van de dorpelingen verdween door een aantal gezamenlijke activiteiten. De opnemingsduur is van korte duur en van meet af aan op resocialisatie georiënteerd. Binnen een informele atmosfeer zijn een aantal activiteiten gepland zoals socio- en psychotherapie, alfabetisering, gezondheidsvoorlichting, industriële therapie en recreatie. Een van de voorwaarden voor gedecentraliseerde hulpverlening is het verlenen van nazorg die in ons geval verstrekt wordt door de verpleegkundigen die het basis-GGZ-programma uitvoeren.

Andere behandelingsvormen die door het centrum worden verstrekt zijn dagbehandeling, poliklinieken voor met name neurotische problematiek, voor patiënten met epilepsie, en voor patiënten die een depotneurolepticum ontvangen. Daarnaast bestaat er voor de centrale medische voorzieningen in Bissau de mogelijkheid een consult te vragen.

Organisatorische zaken worden wekelijks met al het personeel besproken totdat een *communis opinio* wordt bereikt. Aan het eind van deze bijeenkomsten komen opleidingsaspecten aan bod die zich met name richten op het betrekken van verpleegkundigen en schoonmaakpersoneel bij taken die verder reiken dan hun opleidingsniveau of aanstellingsprofiel.

Een andere vraag waarmee ik werd geconfronteerd betrof het gebruik van electroshock. Mijn conclusie was dat de wijze waarop ECT was toegepast of toegepast zou kunnen worden, levensgevaarlijk was. Bovendien is ECT hachelijk in een situatie waar de psychiatrie probeert over te schakelen naar een complex, vaak bedreigend psychologisch model. Zo'n psychologische/psychotherapeutische oriëntatie vergt meer betrokkenheid van het personeel dan de situatie waarin de 'dokter' door middel van electroshock het biologische probleem oplost dat verondersteld wordt de oorzaak te zijn van de psychiatrische stoornis. Tenslotte is ECT overbodig met name bij de zwarte mens omdat onderzoek heeft aangetoond dat hij sneller en beter op lagere doseringen antidepressiva reageert dan bijvoorbeeld het witte ras. Op grond van deze argumenten werd in samenspraak met de autoriteiten besloten om electroshock geheel af te schaffen.

Dit boek is een relaas van mijn pogingen om een GGZ-systeem op te zetten in de overwegend rurale omstandigheden van Guinee Bissau. Het blijkt mogelijk te zijn om binnen een afzienbaar tijdsbestek en met beperkte middelen een effectief systeem voor de geestelijke gezondheidszorg op te bouwen. Om dit doel te bereiken volgde ik drie wegen.

De eerste leidde me naar de opvattingen van mijn patiënten, naar ziener(es)s(en) en genezers. Zij lieten zien dat hun holistische levensbeschouwing gepaard gaat met genezingsfuncties die complementair zijn aan wat de academische psychiatrie heeft te bieden. Lokale geneeswijzen verlenen betekenis aan iemand's lijden. De

geestelijk gestoorde wordt minimaal gestigmatiseerd binnen zijn gemeenschap die hem bovendien een plaats en een functie verschaft. Het lokale genezingscircuit lost psychische problemen op door therapeutische en *stress*-reducerende interventies die periodiek zelfs blijken te functioneren op het niveau van een hele etnische groep. Maar wat betreft de 'grote psychiatrie' heeft het lokale systeem een tekort aan therapeutische mogelijkheden. Dit tekort werd ondervangen door enkele GGZ-prioriteiten in de basis-gezondheidszorg van de overheid te introduceren. De tweede weg voerde naar een landelijk en een stedelijk gebied waar kwantitatief onderzoek aantoonde hoeveel volwassenen en kinderen die een eerste-lijnsvoorziening bezoeken een psychiatrische stoornis hebben, om wat voor stoornis het gaat, en of die door gezondheidswerkers wordt onderkend. Kwantitatief onderzoek naar de houding van de gemeenschap bevestigde de tolerantie ten aanzien van de psychiatrisch gestoorde en resulteerde in een interventieprogramma op het platteland. Dit programma bestond voornamelijk uit het opleiden en superviseren van lokale gezondheidswerkers. Uiteindelijk werd de hele Guineese bevolking met dit GGZ-programma bereikt. De derde weg leidde naar de bouwput van een kliniek. Guinee Bissau wilde een kleinschalige psychiatrische voorziening voor verwijzing van patiënten, voor de opleiding van gezondheidswerkers en voor ondersteuning van het sociaalpsychiatrische programma. Dit centrum werd vlakbij de hoofdstad gebouwd. De toewijding van de staf, de behandelfilosofie, de ligging temidden van een paar dorpjes en de intensieve informele samenwerking met lokale genezers hebben ertoe geleid dat geen enkele psychiatrische patiënt permanent in deze instelling verblijft, waar patiënten, dorpelingen en personeel de dag met dansen besluiten.

- 1 Estimate of the Mire population of 767,7
- 2 Within the Portuguese of *assimilado* or *civ* to speak Portuguese. long period this had and to produce a te which was tested e. He was required to and a declaration o of the applicant cou character.
- 3 President Luiz Cabr Assembly of 1976 a
- 4 To put these figures so-called traditional divination in the 'tr chicken oracle for v 1000 pesos. In the Simão Mend costs 100 pesos [cf 3
- 5 The information in Guinea-Bissau I ga patient or on my ov the animist groups healing culture of th been described else Jong 1986). Anothe which will be descri
- 6 The *serpente* canno Balanta, Papel and healer told me that
- 7 In 1978 a ceremony killed during the lit spirits of the deceas
- 8 The *djongagu* is a c an important perso case of homicide. T on the bier – as is be found the bier r as heavy as if the c the spirit of the dea respectively, the bi death, especially w
- 9 I. Stevenson is Car University of Virgi