

Psychiatrische bepaling van de arbeids(on)geschiktheid bij Marokkaanse werknemers in Nederland

door M. Kabelá

Inleiding

Als psychiater met belangstelling voor de transculturele psychiatrie werd mij door de Raad van Beroep, G.M.D. e.a. de laatste jaren vaak medewerking gevraagd bij de bepaling van de arbeidsongeschiktheid (A.O. op grond van psychische ziekten of gebrek) van verschillende buitenlanders. Hier volgt een beschrijving van mijn ervaringen met het verrichten van psychiatrisch onderzoek naar de A.O. van een tiental Marokkaanse werknemers in Nederland. Er bestaan nogal verschillen in de culturele achtergronden, het denken en beleven van de verschillende groepen, hier levende, buitenlanders. Om grove generalisaties te vermijden heb ik mij daarom in deze schets tot één groep vreemdelingen beperkt. Het commentaar op mijn ervaringen werd aangevuld met de gegevens uit de literatuur.

Ofschoon er over de gastarbeiders en de geneeskunde reeds veel geschreven is, is het onderwerp van de medische arbeidskeuringen van buitenlanders nog onbesproken gebleven. Daarbij zou ik eveneens ter verantwoording van dit artikel erop willen wijzen dat de gastarbeider geen toevallig kortdurend, doch structureel en blijvend verschijnsel in onze samenleving is (Van Aalderen, 1978, p. 481; Bedaux, 1981, p. 281; Van Geuns, 1980, p. 1430). De relatie tussen de levenssituatie van de gastarbeiders en het ontstaan van een psychische stoornis is eveneens door verschillende auteurs belicht. (Došen 1981, p. 635; Kabelá, 1980; Sieval, 1977, p. 23; Six e.a. 1981, p. 646). We mogen echter niet vergeten dat de psychiater, vooral als deskundige in het kader van een WAO beroepsprocedure, *een zeer specifieke selectie* van de gastarbeiders te zien krijgt, nl. diegenen die in hun leef- en arbeidssituatie vastgelopen zijn, en menen dat ze aan een of andere ziekte of stoornis lijden, waarbij de artsen dit niet konden bevestigen. Het zijn vooral diegenen, die *om welke reden dan ook, in de emigratie niet geslaagd zijn*. Het zou m.i. overtrokken zijn op grond van de ervaringen met deze cliënten te concluderen dat de meeste gastarbeiders psychisch gedecompen-

seerd zijn. Een groot deel van de gastarbeiders heeft, dank zij de immigratie, zijn doel (deels) bereikt. Ze zijn materieel dusdanig vooruitgegaan dat ze na terugkomst in hun land een menswaardig bestaan konden opbouwen, een beroep of een vak hebben aangeleerd, middelbare schoolopleiding gehaald, of anderszins hun capaciteiten kunnen ontwikkelen, evt. voor hun kinderen een goede schoolopleiding hebben mogelijk gemaakt wat ze zonder de emigratie niet hadden kunnen realiseren.

Een deel van de immigranten heeft dit inderdaad niet bereikt of niet kunnen bereiken en hun huidige situatie steekt weinig positief af t.o.v. hun oorspronkelijke situatie thuis. Een klein deel van de gastarbeiders is in de emigratie psychisch gedecompenseerd.

Het is ook de vraag of dit alleen aan de emigratie toe te schrijven is, of dat een deel van hen tot psychische decompensatie gepredisponneerd was en dat deze ook zou geschieden als ze thuis gebleven waren, weliswaar dan geprovoceerd door andersoortige stressfactoren.

Men kan wat betreft het vóórkomen van ziekte en arbeidsongeschiktheid ook een vergelijking met de Nederlandse bevolking maken. Ook bij Nederlanders doen mensen die ongeschoold werk verrichten, vaker een beroep op gezondheidszorg dan diegenen met hoger gewaardeerd werk. De gastarbeiders verrichten over het algemeen het sociaal minst gewaardeerde werk. Bedaux (1981, p. 281) schrijft dat ongeveer 10% van het patiëntenbestand van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht Turken of Marokkanen zijn. Op bepaalde afdelingen, zoals longgeneeskunde en kinderneurologie, loopt dit op tot 30%. Belt (1978) wees erop dat bij een grote onderneming hier het ziekteverzuim van de buitenlandse werknemer wel hoger ligt dan van de Nederlandse. De Fockert, internist (persoonlijke mededeling) meent dat de beoordeling van arbeidsongeschiktheid van de buitenlandse gastarbeiders bij de (grote) specialisten ongeveer 30% bedraagt.

Deze en dergelijke gegevens suggereren dat een niet onbelangrijk deel van de gastarbeiders in de ziektewet of in de WAO komt, zodat het gewenst is zich zowel met de oorzaken hiervan als de criteria van hun arbeids(on)geschiktheid en de mogelijke resocialisatie grondig bezig te houden.

De karakteristieken van de onderzochte groep van 10 Marokkanen

De groep van de 10 onderzochte cliënten bestond uit alleen (gehuwde) mannen. De Marokkaanse vrouwen zijn blijkbaar i.t.t. de Spaanse en Turkse vrouwen niet in het arbeidsproces ingeschakeld t.g.v. de meer traditionele man/vrouw rolverdeling. De leeftijden zijn tussen 30 en 50 jaar. Dat betreft dus hun officiële leeftijd overgenomen uit het dossier van de instantie die om het onderzoek verzocht heeft. De leeftijd van de Marokkanen hier is vaak hoger dan in de officiële stukken of in hun paspoort staat. Vaak is in Marokko geknoeid met de leeftijd om b.v. tijdens de Spaanse

overheersing, niet in de militaire dienst te hoeven gaan. De leeftijd is natuurlijk wel belangrijk bij de schatting van de arbeids(on)geschiktheid. Men kan dit afchecken door de cliënt b.v. rechtstreeks naar zijn leeftijd te vragen, evt. vragen naar specifieke gebeurtenissen die de cliënt zich kan herinneren en die historisch bekend zijn. De meeste van hen hadden in Marokko op het land gewerkt, doch één was elektromonteur en twee hadden een eigen winkel. In Nederland werken ze op een na, die slager is, als ongeschoold arbeider. De meesten zijn afkomstig uit een klein dorp, waar ze vaak samen met hun vader op het land werkten. De Marokkaan maak wel een duidelijk onderscheid of hij als landarbeider bij iemand in dienst of op zijn eigen land gewerkt heeft. Het laatste wordt door hen veel hoger gewaardeerd. Ze klaagden er niet over dat het verschil tussen daar op het land werken en hier in een fabriek voor hen een probleem zou zijn. Wel gaven 3 mannen, die niet gewend waren in Marokko zwaar of vuil werk te doen, aan dat ze met het fabriekswerk in Nederland problemen hebben. Deze discrepantie kan een belangrijke psychische stress betekenen. Door Van den Berg-Eldering (1977 p. 498) wordt het ontbreken van de mogelijkheid tot opwaartse sociale mobiliteit als een van de belangrijke stressfactoren van de gastarbeiders genoemd. Blijham (1978 p. 479) wijst erop dat bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid o.a. van belang is te weten hoe de relatie van de cliënt tot zijn werk is. Kornhauser (in Van Meurs, 1971, p. 890) vond een positieve correlatie tussen werkbevredegiging en 'psychische gezondheid'. Vooral het hogere personeel ervaart bevredegiging in zijn werk, dit personeel was dan ook het meest gezond: 56% tegenover 16% bij de laagste klasse arbeiders.

Ongeveer de helft van de door mij onderzochte Marokkanen was ontevreden met hun huidig werk wat soms bijdroeg tot decompensatie. Op één na verblijven ze allemaal meer dan 10 jaar in Nederland. Het feit dat de meesten van hen niet, of vrij gebrekkig, de Nederlandse taal beheersen en over het algemeen weinig in de Nederlandse samenleving zijn geïntegreerd, wijst op hun 'eilandpositie'. Slechts 2 van de 10 zijn geen analfabeten, 1 hiervan heeft een vak geleerd en een ander de middelbare school afgemaakt. De Koranschool, waar de meesten enige tijd gezeten hebben, is niet met een Nederlandse lagere school te vergelijken. Vaak gaat men in Marokko reeds vanaf zijn 3e jaar naar de Koranschool, er worden Koran-teksten uit het hoofd geleerd, niet altijd heeft men hier leren lezen en schrijven. Uit het hoofd citeren wordt in Marokko zeer gewaardeerd. Marokkanen die de Koranschool afgesloten hebben, maken aanspraak op hogere sociale waardering, eer, etc. wat ze in Nederland niet krijgen, hetgeen tot teleurstellingen kan leiden.

De algemene kenmerken van deze groep (uit traditionele plattelandsgebieden, lage algemene ontwikkeling etc.) komen overeen met die van andere groepen buitenlandse werknemers in Nederland (Fernandez, König, Tielens, 1980 P. 614). Toch bestaat er zoals b.v. uit de schoolopleiding te zien is, een sterke onderlinge

heterogeniteit waarop verschillende auteurs gewezen hebben (Sieval 1977, p. 22; Van Ravenswaay, 1980, p. 6). In hetzelfde artikel noemt Sieval het niveau van basisonderwijs dat men in het eigen land genoten heeft, als een belangrijk punt om als emigrant te slagen. In Israël zouden Amerikaanse joden met een geringe ontwikkeling meer problemen geven dan de westerse joden met een goed basisoniveau. 'Dit is nu juist het probleem van vele buitenlandse werknemers. Ze moeten zich, kampende met een zeer gebrekkige of afwezige basisontwikkeling, zien te handhaven in onze gerelementeerde technocratische maatschappij, die gestoeld is op de vanzelfsprekendheid dat iedereen tenminste kan rekenen en schrijven'. (p. 23). Parker, Baglye e.a. wijzen juist op het omgekeerde: emigranten, afkomstig uit de stad, worden meer geconfronteerd met referentiegroepen, waardoor de stress, een bepaald doel na te moeten streven, verhoogd wordt en bij niet slagen de waardering voor zichzelf verlaagd wordt. Dit soort stress kan resulteren in hogere cijfers voor psychische gestoordheid (Verdonk 1977, p. 415; Six e.a. 'Goalstriving stress-theorie' 1981 p. 648).

Slechts de helft van hen was met zijn gezin in Nederland verenigd. De andere helft is verwijderd van hun 'objects d'amour' wat volgens Almeida als hetzelfde ervaren wordt als hen verliezen! (Van den Berg 1977, p. 498). Bij enkelen werken ook hun broers in Nederland zodat ze hier niet geheel zonder familiebanden zijn. De meesten hebben meer dan 2 kinderen, 3 van hen waren ongewild kinderloos. Het hebben van kinderen is voor een gehuwde Marokkaan voorwaarde voor sociale acceptatie en achting en voortbestaan van het huwelijk. Het grote aantal kinderen geeft meestal ook hoge financiële verplichtingen.

Uit de gegevens blijkt dat bij 7 personen vader of moeder in de jeugd is overleden. Mogelijk zijn deze cliënten reeds hierdoor gesensibiliseerd voor verlies ('er wordt iets van mij afgenomen'). Ook de scheiding van het land en vooral de dierbare familie door de emigratie wordt als ernstig verlies ervaren. Naar het lijkt reageren ze daarom ook soms zo sterk op het 'verlies' van hun gezondheid. Groen (1977 p. 14) noemt een hypothese volgens welke het vooral de uit de opvoeding voortvloeiende 'warme' cohesie en saamhorigheid in de familie en leefgroepen zijn, die de mens in zijn latere leven beter bestand doen zijn tegen de traumata van een onpersoonlijke, vertechniseerde cultuur. Uit de gesprekken met deze cliënten kreeg ik echter niet de indruk dat het overlijden van een van hun ouders zo'n ongunstige emotionele ervaring voor hen was. Mogelijk komt dit door het feit dat in Marokko de stervensfrequentie hoger is, waardoor het overlijden van een naaste niet zo'n emotionele lading heeft als hier het geval kan zijn. Bij slechts één van de onderzochten speelde dit wel een duidelijke rol, m.i. ontwikkelde hij hierdoor een versterkte passieve liefdesbehoefte met secundaire ziekte winst op latere leeftijd. De anderen hebben mogelijk het verlies van hun ouders in de jeugd anders gecompenseerd of in ieder geval van hun psychische tekort nu niet veel laten blijken. Eén onderzochte vermeldde dat zijn moeder geestelijk gestoord

was, wat op zijn psychische ontwikkeling een negatieve invloed had. Dit, en de verdere ongunstige gezinsconstellatie (naast ook andere factoren) hebben hem gedreven zijn land te verlaten. In dit geval geldt zeker wat Blijham (1978 p. 497) schrijft, dat niet zelden gastarbeiders hun thuisland hebben verlaten i.v.m. vaak ernstige psycho-sociale problemen. Bij een ander zijn zijn moeder en echtgenote ziek, of vertonen althans veel klachten, wat nu zijn stemming negatief beïnvloedt.

5 van de onderzochten zijn in Nederland psychiatrisch ambulant behandeld. Hieruit zou men kunnen concluderen dat de problematiek in ieder geval goed gesignaleerd is en getracht is deze adequaat te behandelen. Toch is blijkbaar de psychische begeleiding niet afdoende geweest, althans deze kon niet het conflict met de instanties, rond de uitkering, voorkomen.

4 van de onderzochten hebben op hun werk of op straat een min of meer ernstig ongeval gehad en hebben dit niet geheel goed verwerkt; ze zijn erg gefixeerd. Van der Meer schreef (1978, p. 1557) dat een ongeval als aanleiding van instorten vrij zelden voorkomt. Hij baseert zijn uitspraak op de gegevens van Hardenberg, die reeds een onderzoek deed in 1940 bij Nederlanders; m.i. kan daarom hieraan minder belang worden gegeven.

2 cliënten hebben een (zware) operatie (maag-buikoperatie) ondergaan. Eén cliënt heeft een lichtere operatie doorgemaakt (lipoom van schouder) doch hij heeft dit niet goed verwerkt. Het zou zonder overleg met hem gebeurd zijn, ook heeft hij niet begrepen hoe 'ernstig' deze ingreep eigenlijk was. Bedaux (1981 p. 284) citeert uitspraken van artsen over reacties op operaties van buitenlanders, o.a.: 'een buitenlander die geopereerd is, voelt zich ten onrechte levenslang invalide!'" 2 cliënten zijn tevens wegens een maagulcus conservatief behandeld.

9 van de 10 onderzochten hebben in ieder geval een indrukwekkende verstoring van gezond-zijn ('het continuüm van welzijn') ervaren en vermoedelijk zijn ze hierin gefixeerd.

Creyghton (1977, p. 500 en p. 502) geeft hiervan enkele mogelijke verklaringen: 'de emigranten blijven vaak over de ziekte denken op een manier die ze vroeger hebben geleerd... Voor Noordafrikanen is ziek zijn veel onrustbarender dan voor ons... Langdurig ziek zijn betekent een afglijden naar de dood. Bovendien kan het een vermindering van levenskracht van alles en iedereen die de ziekte omringt met zich meeslepen... genezing kan alleen uit de religieuze wereld komen'.

Klachten en symptomen

Praktisch alle onderzochten noemden als voornaamste reden van hun arbeidsongeschiktheid *lichamelijke klachten*, vooral op het gebied van de tractus digestivus, tractus locomotorius en klachten van algemene malaise. Ook hoofdpijn, slaapstoornissen werden geregeld genoemd. De frequentie van de genoteerde lichamelijke klachten komt overeen met datgene wat reeds anderen bij buiten-

landse werknemers gevonden hebben. De 'psychomatiek' neemt ook bij de buitenlanders een belangrijke plaats in en projecteert zich vnl. in stoornissen van maag-darmstelsel en bewegingsapparaat. De meest geuite klachten zijn lage rugklachten, spier- en gewrichtspijnen. Maagpijn en obstipatie, vaak in combinatie, zijn de meest gehoorde bezwaren wat betreft het spijsverteringssysteem. Hyperventilatie, hoofdpijnen en hartklachten komen veel minder frequent voor; zo ook slaapstoornissen. Venneman (in Hoolboom, 1980, p. 191) vond hetzelfde bij de Turkse en Marokkaanse vrouwen: 'men zou kunnen zeggen dat de vrouw haar buik gebruikt als klankbord van haar emotionele toestand'.

De hoge frequentie van de lage rugklachten en klachten van het bewegingsapparaat zal men waarschijnlijk ook bij Nederlandse patiënten vinden; ruim de helft van alle volwassen Nederlanders zou last van 'lage' rugpijn hebben of heeft daar ooit last van gehad. Als gevolg daarvan is 20 tot 25% van de bevolking gedurende kortere of langere tijd niet in staat zijn of haar dagelijks werk te verrichten. (Valkenburg 1981, p. 36).

Wat de *psychiatrische klachten* betreft stonden vooral de driftbuien op de voorgrond. Prikkelbaar zijn, opvliegerig of agressief lijkt bij de meesten van hen een uitdrukking te zijn van de mate van de ernst van het psychisch lijden. Volgens Van der Meer (persoonlijke mededeling) kunnen driftbuien van een Marokkaan een graadmeter zijn voor zijn 'ziek zijn'. De Marokkaanse samenleving stelt hoge eisen aan de beheersing, men moet beleefd zijn, etc. Als men het zich veroorlooft boos te zijn, dan is er echt iets aan de hand. Driftbuien komen dan ook, als een verkapte vorm van allerlei psychische problemen, vaak voor. Er bestaan ook veel specifieke uitdrukkingen hiervoor in het Marokkaans. Op grond van interviews met deze cliënten kreeg ik vaker de indruk dat de insufficiënte agressieregulatie, bijv. in de vorm van driftbuien, ontstaat doordat men zijn agressieve gevoelens afweert, onderdrukt en naar binnen richt. De gastarbeider is slecht in staat zijn agressie adequaat te reguleren. Hij verkeert in een zeer ambivalente situatie. De existentiële onzekerheid, ontevredenheid bijv. over zijn woonsituatie, gevoelens opgeroepen door de discriminatie e.a. frustraties, wekken agressie bij hem op welke hij slechts voorzichtig (dus insufficiënt) tegen de werkgever, de overheid, de maatschappelijke instellingen etc. kan uiten, daar hij geheel van deze afhankelijk is. Ook in zijn eigen land bevond hij zich meestal in een 'underdog'-positie, wat tot het ontstaan van allerlei frustraties en verzet kon leiden. Doch daar was hij meer 'ingeburgerd' in de hem bekende leefsituatie, met meer mogelijkheden voor expressie waardoor hij de spanning kwijt kon raken, en had hij ook meer compensatiemogelijkheden.

Ridder (Hoolboom 1980 p. 174) schrijft dat de gastarbeider voor de problematiek duidelijk de schuld aan onze maatschappij geeft, waarbij werkgever, de staat en de sociale dienst op een lijn komen. Hij kan de problematiek echter niet verwoorden, hij heeft ook geen

politieke stem. Vaak grijpt hij dan het medisch element aan om zijn maatschappelijk ziek zijn (wat niet herkend noch erkend wordt) om te zetten in een traditioneel ziektegedrag. Van Ravenswaay (1980, p. 43) brengt de verdrongen boosheid in verband met het ontstaan van ulcus duodeni. Ook als door veel psychiaters deze relatie vermoed wordt, is de specificiteit hiervan echter niet geheel bewezen. Ook Van Mol beschrijft het Arabische begrip 'zaaf', woede. Volgens hem is deze term voor Marokkanen zeer duidelijk gedefinieerd. 'Men wordt alleen ziek van woede als het gaat om eer en schande in de familie' (1980, p. 1164). Dat is hier niet het geval, m.i. betreft het gewone driftbuien, zoals wij ook bij de Nederlandse patiënten, met neurotisch bepaalde insufficiënte agressieregulatie aantreffen. Het is mij echter ook gebleken dat deze agressieve uitingen vaak met duidelijke secundaire ziektewinst gepaard gaan, of een meer bewust streven naar het verkrijgen of behouden van de uitkering. De interpretatie en schatting van de ernst van zulke driftbuien door de psychiater is een moeilijke, doch in vele gevallen een essentiële zaak.

Cultureel bepaalde klachten

Heimwee, scheiding van familie en gezin speelt bij praktisch alle cliënten in mindere of sterkere mate een rol. Sommigen gaven blijk niet geslaagd te zijn in de emigratie waardoor ze teleurgesteld waren. Volgens Blijham (1980, p. 95 en 96) moet men niet over de gastarbeider als immigrant, doch als migrant spreken. De gastarbeider kiest niet, i.t.t. een immigrant een nieuw vaderland voor zichzelf. Hij wil tijdelijk in het buitenland werken om economische verbetering te bereiken, secundair wordt dit tijdelijk verblijf permanent.

Door het niet bereiken van de gestelde doelen in de emigratie worden zijn zelfwaardering en identiteit geschaad.

Minder frequent klaagde men over problemen met het klimaat en over het feit dat in het buitenland de familiebanden losser worden. Men voelde zich soms gediscrimineerd, wegens de taalproblemen kon men geen vakdiploma krijgen en soms vond men dat zijn prestige gedaald was omdat men nu geen geld naar huis kon sturen. Slechts één van hen meende door demonen bezeten te zijn. De demonpossessie werd door Van der Meer (1977 p. 503 en 505) en door Van Mol (1980 p. 1162) bij de Marokkanen beschreven. Bij de Italianen werd dit o.a. door Riedesser (1974, p. 289) gedaan. Deze wijst op de studie van Beringer in welke hij de samenhang en het verschil tussen authentiek bijgeloof en psychotische voorstellingen uitgewerkt heeft. Soms worden psychose en demonpossessie identiek gesteld wat m.i. niet geheel juist is (Soetenhorst, 1979). Het is voor de psychiater de vraag of hij de bezetenheid als psychische ziekte of als een authentiek bijgeloof, dus cultureel andere beleving, moet beschouwen (Kabela, 1982 p. 457-459; Eppink, 1982, p. 513-517). Van Mol (1980 p. 1165) heeft ook een nadere nuancering van het possessieverschijnsel aangebracht.

Soms krijgt de onderzoeker het gevoel dat de onderzochte berust in

het lot, in de apathie, fatalisme. Dit soort regressie wordt door de westerling negatief beoordeeld en identiek gezien met slap zijn, lui zijn, indolentie. Gezien de factoren die dit fatalisme determineren, is het de cliënt niet altijd 'aan te rekenen'. Islamitische mensen vertonen, naar onze beoordeling, soms een nogal fatalistische houding tegenover het leven, welke houding religieus bepaald is, waarbij men gelooft gestuurd te worden door machten en krachten waar niet tegenin te gaan is. Zo'n houding ligt ver verwijderd van het zelf actief ingrijpen in zaken die je overkomen (Bedaux, 1981 p. 284). Eppink (1975 p. 210) wees op een andere bron van dit fatalisme: 'een individu alleen is niemand en hoeft zich dus ook geen doelen te stellen. Dit heeft niets te maken met fatalisme. Doelen bestaan voor hem alleen bij de gratie van een groep'.

Twee onderzochten bleken ongewild kinderloos te zijn wegens steriliteit wat ze als een emotioneel tekort en aantasting van het eergevoel als man ervoeren. Een van hen heeft wegens dit feit zijn huwelijk beëindigd, ook al was het onbekend wie van hen steriel was.' Het ophouden van hun mannelijke waardigheid, de essentie van het leven voor iedere Marokkaan...' (Van der Meer 1978, p. 1565).

De meeste klachten op sociaal/maatschappelijk economisch terrein betroffen de slechte behuizing, het ontevreden zijn met het werk (te zwaar werk, te koud, werk onder zijn niveau), manifeste of grote financiële zorgen, de onmogelijkheid om naar Marokko terug te keren wegens werkloosheid. Twee van de cliënten waren ook boos op de verzekeringsarts die hen gezond oftewel arbeidsgeschikt verklaarde of op de werkgever die hen h.i. onterecht ontsloeg.

Er kwamen ook *psychische klachten t.g.v. stressfactoren* bij hen voor. Men heeft b.v. een alarmerend bericht uit Marokko ontvangen; dat moeder ziek was of zoon overleden is. Dit komt men vaker tegen bij Marokkaanse gastarbeiders; vele vrouwen protesteren tegen de langdurige afwezigheid van hun man en worden ziek. Ziekte is het protest van de zwakke (Van den Berg-Eldering, 1977, p. 497).

Bij sommigen bestond er rivaliteit met een beter geslaagde broer. Ook als er vaak rivaliteit tussen broers bij de Marokkanen voorkomt, mag een Marokkaan dit aan een buitenstaander niet toegeven, want dat zou een schande zijn; er moet een hechte band tussen broers zijn. Als een Marokkaan het toegeeft, of erover klaagt, dan valt hij in zijn ogen zijn broer af wat hem erg kwalijk genomen wordt.

Wij zien dus dat het vaak *multiple klachten* zijn die op *allerlei terreinen* liggen. Een volgorde naar hun belang of zwaarte is meestal nauwelijks te geven. Blijhara (1978 p. 479) geeft eveneens een opsomming van deze stressfactoren die de gastarbeiderssituatie karakteriseren en in allerlei klachten resulteren. 'In meerdere of mindere mate vormt dit een wezenlijke achtergrond van ziek worden, ziek zijn en de kansen op beter worden' (1980 p. 96). Limburg-

Okken (1981 p. 631) verdeelde de stressfactoren, die tot klachten bij de gastarbeiders aanleiding geven, in drie groepen:

1. de verlating van het thuismilieu (verlies van 'basic security');
2. luxatie van eventuele prae-existente problematiek ('import psychopathologie');
3. de confrontatie met het vreemde land (acculturatie-adaptatie, integratie).

Het is echter voor de psychiater niet altijd makkelijk de directe relatie tussen al die stressfactoren en de klachten en symptomen aan te tonen. In de jurisprudentie op de arbeidsongeschiktheidsverzekering art. 18 lid 1 L. div. (nr. 253) wordt een uitspraak gedaan over de cultuurbepalende psychische reacties op handicap: 'cultureel anthropologische beschouwingen, handelend over psychische ziekten bij een aantal Marokkaanse migranten in Nederland, dienen behoedzaam te worden gehanteerd. Voorkomen moet worden dat de indruk wordt gewekt dat bij alle Marokkanen, bij wie na zorgvuldig onderzoek geen beletsel tegen het verrichten van bepaalde arbeid wordt gevonden, en die zich desondanks niet tot werken in staat achten, een psychische aandoening, als in deze beschouwing bedoeld, moet worden verondersteld'. (WAO zaak 1979/476 C.R. v. B. 25/06/1980).

Van der Maas (1975 p. 39) wijst erop dat de moeilijkheid is dat problemen daar ontstaan waar men alternatieven begint te krijgen. Zolang een mens geen alternatieven heeft, is hij volkomen effectief en verstandig en beperkt hij zich tot de zorg 'to survive'. Zodra men enige vrijheid krijgt, waaraan een groot deel van de mensen niet gewend is, blijkt het heel moeilijk te zijn met die vrijheid om te gaan. Zou dit misschien ook een factor kunnen zijn die bepaalt dat vele gastarbeiders pas na enkele jaren (psychische) problematiek gaan vertonen?

Diagnostiek

Er wordt gepoogd de geconstateerde symptologie bij het psychiatrisch onderzoek in een gangbare, *diagnostische omschrijving* uit te drukken. Bij 6 van de 10 onderzochten werden er geen grove of ernstige psychische stoornissen of ziektes gevonden, behoudens agravatie of mogelijke rente- neurotische neigingen. Reeds hieruit kan men constateren hoe moeilijk de psychiater tot de bepaling van de arbeids(on)geschiktheid, op psychische gronden kan komen. Bij 3 onderzochten werd een depressief syndroom geconstateerd. Ook karakterneurose met insufficiënte agressieregulatie behoorde tot de 'top-tien' diagnoses.

De informatie van de huisarts is, indien hij de cliënt kent, van groot belang. Het psychiatrisch onderzoek blijft een momentopname, de huisarts ken cliënt veel langer en is soms goed op de hoogte van het totaalbeeld, en van zijn gedrag. Om kwalitatief goed psychiatrisch onderzoek te verrichten is het zeer gewenst zoveel mogelijk inlichtingen uit de behandelende sector te verkrijgen, ook al is de vaste deskundige niet verplicht om alle informatie te vragen, wat blijkt

uit de jurisprudentie van de Centrale Raad v. Beroep. In drie gevallen meende de huisarts dat de cliënt arbeidsgeschikt was (eenmaal i.t.t. de behandelend psychiater), in één geval diagnosticeerde de huisarts, terecht, een depressie. Vaak vond de huisarts allerlei psychische problemen die echter moeilijk te omschrijven waren: 'betrokkene is erg labiel, een tragisch geval, passief asthene man, een soort neurose, geen etiket op te plakken, etc.' Ook de vele geconsulteerde specialisten vonden bij deze cliënten geen duidelijke lichamelijke afwijkingen, eventueel (slechts) spastisch colon, nerveuze maagklachten, houdingsafwijkingen 'waardoor rugpijn mogelijk', tengere lichaamsbouw, etc. Ook Riedesser (1974, p. 287) schreef dat 2/3 van de ziekten bij de gastarbeiders psychische oorzaken heeft; Sieval (1977, p. 23) schatte het percentage van deze gastarbeiders zonder organische afwijkingen op 70 tot 80%. Volgens de GAK-artsen zou slechts 20 tot 30% inderdaad klinisch ziek zijn (Medisch Contact 1977, p. 512).

Drie behandelende psychiaters bevonden hun patiënt arbeidsgeschikt, één arbeidsongeschikt, één twijfelde over het bestaan van een depressie en heeft zich niet over arbeidsongeschiktheid uitgesproken.

De cultureel antropoloog vond 3 cliënten arbeidsongeschikt, bij één geeft hij aarzelend toe dat deze, strikt genomen, niet direct ziek beschouwd kan worden.

Zoals blijkt komt het advies, inzake arbeids(on)geschiktheid, van de keurend psychiater niet altijd overeen met de visies van de specialisten uit de behandelende sector, ook al is er meestal wel overeenstemming in hun visies wat de specifieke problematiek van de cliënt betreft.

Het zou m.i. de moeite waard zijn een andere WAO-beroepsprocedure uit te proberen, waarbij de rechter in de eerste plaats de huisarts van de cliënt om advies over zijn arbeids(on)geschiktheid zou vragen, i.p.v. het onderzoek direct aan een onafhankelijke medische deskundige op te dragen. Pas in het geval dat de huisarts zich niet in staat voelt de rechter te adviseren, zou een onafhankelijke medische deskundige ingeschakeld kunnen worden.

Door vele medici en anderen werd er reeds op gewezen dat de toekenning van de WAO-uitkering weinig positieve invloed op de ziekte van de cliënt heeft, of zelfs anti-revaliderend werkt (o.a. Kuilman, 1974 stelling 5 en 6, Došen, p. 639, e.a.). M.i. komt dit deels doordat de behandelende sector te weinig bij de beroepsprocedure betrokken is ('er is toch kennelijk nog steeds wat mis in de relaties met de curatieve sector', Durlinger, 1980 p. 829).

Vaak is de huisarts niet op de hoogte van het feit, dat zijn patiënt beroep op de wet gedaan heeft, en zelden verneemt hij de uitslag hiervan. Het is wel een goede gewoonte van sommige Raden van Beroep de beschikking aan de huisarts toe te sturen in het geval dat de keurend specialist een bijzondere nabehandeling of begeleiding geadviseerd heeft.

De huisarts kent in het algemeen de cliënt veel beter en langere tijd,

hij is vaak meer op de hoogte van cliënts gehele leefsituatie en beschikt waarschijnlijk over meer hetero-anamnestiche gegevens. Hij werkt vaak samen met een psycholoog of kan i.g.v. twijfels de cliënt voor een aanvullend onderzoek naar een psychiater sturen. Dit alles zou ook veel goedkoper kunnen zijn dan bij de huidige procedure het geval is. Er zou een grotere openheid kunnen ontstaan tussen de huisarts en de cliënt, de huisarts zou nauwer bij de cliënt betrokken zijn, en ook zelf beter kunnen leren sociaal-geneeskundig te denken. Bovendien zou de huisarts in een vroeg stadium betrokken kunnen worden bij de begeleiding en resocialisatie van de cliënt. De keuringsprocedure is immers een medisch handelen dat vaak als doel kan hebben dat de cliënt er beter van wordt.

Het oordeel over de arbeidsongeschiktheid op grond van psychische ziekte of stoornis

Alvorens een kort overzicht van mijn adviezen te geven, wil ik enigszins verduidelijken wat de wettelijke criteria voor de arbeidsongeschiktheid zijn, en hoe het psychiatrisch onderzoek gestructureerd is.

Volgens de *wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering* art. 18.1, is diegene arbeidsongeschikt die t.g.v. ziekte of gebreken niet in staat is om arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheden is berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen te verdienen, hetgeen lichamelijk en geestelijk gezonde personen verdienen.

Arbeidsongeschiktheidsuitkering is geen smartegeld, doch vergoeding van, als gevolg van ziekte of gebreken veroorzaakte, derving van inkomsten. *Deze loondervingswet kent uitsluitend ziekte en gebrek als criteria voor de arbeidsongeschiktheid en dus het recht op uitkering.* Het gaat bij de arbeidsongeschiktheid niet zozeer om ziektebeelden (de diagnose) alswel om analyse van de gestoorde functie in relatie tot de arbeid, dus de functionele mogelijkheden, het potentieel vermogen van de cliënt.

Meijs (1974 p. 1368), Kuilman (1974) e.a. wijzen erop dat de wetenschappelijke criteria voor de vaststelling van een arbeidsongeschiktheid ontbreken, en het daarom een subjectief waardeoordeel blijft. Van verschillende kanten wordt er daarom voor gepleit dat de medische beoordeling niet verder gaat dan het aangeven van contra-indicatie voor het verrichten van arbeid (Grond, 1981 p. 220; Rietkerk in Verhoeven, 1981 p. 148). Grond stelt dat informatie over de werkbelasting bij het bedrijf, naast informatie over de ziekte etc., voor het bepalen van de arbeidsongeschiktheid, als regel onmisbaar is (1981, p. 675). Voor zover mij bekend, heeft de keurend psychiater nauwelijks een idee hierover, en weet hij meestal niet meer hierover dan in het dossier vermeld staat. Vaak staat daar slechts de naam van zijn beroep in aangegeven. Polak (1977, p. 422) schreef dat het medisch keuren voor bijv. een bepaalde arbeidssituatie bijna nergens op voldoende deskundigheid be-

rust, maar overal gelijkelijk gepleegd wordt en op uitzonderingen na, zonder kritiek wordt geaccepteerd.

Men moet onderscheid maken tussen *ziekte (beelden)* in medisch-wetenschappelijke zin (morbiditeit, met duidelijke criteria) en *ziekte- of klaaggedrag* in sociaal-wetenschappelijke zin (Giel, 1975 p. 38). Bij ziekte gaat het om een overwegend autonoom proces met een (karakteristiek) begin, verloop en einde. Deze toestand leidt een eigen leven, als een vliegwiel, dat men niet bij machte is te stoppen. Andere vormen van decompensatie, die geen ziekte in engere zin zijn, zijn toestanden en verschijnselen zoals 'overspannen zijn', 'surmenage', 'hyperventilatie-aanvallen', etc., waarbij het evenwicht tussen draagkracht en draaglast verstoord is. Ziekte-klaaggedrag is ook vaak een middel om b.v. voor andere problemen hulp te zoeken. De vaststelling van ziekte, in de biologische en/of psychische modaliteit door de medicus, vergt een afgrenzing van in ziekte termen uitgedrukte onlustgevoelens, behoefte aan financiële inkomsten, lage arbeidswaardering, of behoefte aan economische afhankelijkheid (Timmer, 1981 p. 451).

Giel wijst er ook op dat dit onderscheid in de psychiatrie een heel moeilijke zaak is, omdat wij niet over goede criteria beschikken en er mede daardoor, in steeds sterkere mate, de neiging bestaat om allerlei levensproblemen het gebied van de psychiatrie binnen te halen. Bij het maken van dit onderscheid bij de beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid bij de gastarbeiders, komen de humane, op medemenselijkheid gebaseerde overwegingen met de verzekeringsgeneeskundige/juridische criteria niet altijd overeen. Er doen zich ook situaties voor, waarin men in feite arbeidsongeschikt kan zijn, doch niet op grond van ziekte of gebrek in de zin der wet. Karakterneurose, psychasthenie, tengere lichaamsbouw (asthene habitus), het ontbreken van de juiste geestelijke instelling tot het verrichten van werkzaamheden e.d., beantwoorden niet aan de wettelijke criteria voor ziekte of gebrek als reden van arbeidsongeschiktheid. Ook onjuiste beroepskeuze, bestaande beroepsongeschiktheid voor de aanvang van de verzekering, en levenstijdperkgebonden beroepen bij gezonde personen kunnen in feite de cliënt arbeidsongeschikt maken, doch deze arbeidsongeschiktheid is niet verzekerd!

Bij de bepaling van de arbeidsongeschiktheid worden de potentiële psychische vermogens van betrokkene om te werken beoordeeld. De volgende persoonlijkheidsaspecten worden bij deze psychiatrische beoordeling geschat:

(1) *De emotionele structuur en belastbaarheid* welke betrokkene beperkt in zijn functioneren en eventueel ook in al zijn levensuitingen. Bijv. in geval van depressie: het betreft niet alleen een verslechterde, gedrukte, stemming, doch ook de vitale functies, interesses, activiteit etc. zijn gestoord.

(2) *Perceptief mentale vaardigheid* (Timmer, 1981 p. 551): de stuurkundige vermogens tot informatieverwerking, behoud van overzicht, aanpassing aan veranderingen in precisie, tempo en reactiesnelheid. Bijv. in geval van neurasthenie vindt men onvermogen tot

goede concentratie, verlaagd uithoudingsvermogen, etc.

(3) *Het denkproces*: is verstoord of bemoeilijkt. Hierdoor kan men geen logische verbanden leggen, gestructureerde feiten ordenen; men is verhoogd suggestiever en beïnvloedbaar, men komt makkelijker tot foute beoordelingen en conclusies. Dit is het geval bij verlaagde intellectuele capaciteiten o.a. oligofrenie, psychose, sterk transcultureel bepaald anders geordend denk- en oordeelsysteem, etc.

(4) *Beperkte relationele vaardigheden*: b.v. op grond van een karakterneurose of psychopathie. Ook hierbij is de anamnese van belang om erachter te komen hoe deze ontstaan zijn, hoe diep deze in de persoonlijkheid geworteld zijn, hoe lang zij bestaan, en hoe deze zich tot nu toe geuit hebben.

(5) *Lichamelijke stoornissen en psycho-organische syndromen*: die de psychische functies en de algehele draagkracht van het individu eveneens aantasten. Bijv. bij allerlei psychosomatosen, ziekten van Pfeiffer, etc.

De psychiater tracht de gehele persoonlijkheid te beoordelen, wat meer is dan slechts de som der bovengenoemde onderdelen. Pas door het afnemen van de biografische anamnese, het onderzoeken van de actuele levenssituatie, de hetero-anamnestiche gegevens etc., kan hij de ontwikkeling van het individu beter begrijpen en een totaalbeeld krijgen van zijn gevoelswereld, zijn psychische capaciteiten en beperkingen, afweermechanismen en compensatoire mogelijkheden alsook van zijn sociale vaardigheden. Pas op grond van het totaalbeeld van de onderzochte, kan de psychiater cliënten klachten en onlustgevoelens eventueel in ziekte termen beschrijven en afgrenzen van zijn behoeftes aan financiële inkomsten, lage arbeidswaardering, behoefte aan economische afhankelijkheid of het maatschappelijk 'ziek zijn' (het niet herkend noch erkend zijn; Hoolboom, 1980 p. 174)

Daar dit geen statistisch onderzoek betreft is het van weinig belang hier een verdeling van mijn *conclusies van psychiatrische rapportages* inzake de bepaling van de arbeids(on)geschiktheid van deze cliënten te geven. Het volgend overzicht wil slechts aantonen dat in deze groep onderzochten de psychiater tot gevarieerde conclusies is gekomen:

- 5 cliënten zijn arbeidsgeschikt bevonden,
- 2 cliënten zijn geheel arbeidsongeschikt bevonden,
- 2 cliënten zijn gedeeltelijk arbeidsongeschikt bevonden (75%, 25% a.o.),
- 1 cliënt is tijdelijk (een korte periode in het verleden) arbeidsongeschikt bevonden.

De uitspraak over hun (verminderde) arbeidsgeschiktheid of -ongeschiktheid werd genomen op grond van de afweging van alle bevindingen van het psychiatrisch onderzoek en de verkregen collegiale inlichtingen.

Het gaat altijd om een *combinatie van allerlei factoren* zoals: de psychische structuur, de externe stressfactoren, etc. Het blijft een subjectieve afweging van het soort, de mate en de sterkte van al

deze factoren, die tenslotte samen de (on)mogelijkheid, om zijn werk te verrichten, bepalen.

Hoe werd de verschillende psychiatrische symptomatologie of de sociale problematiek bij de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid door de psychiater gewaardeerd en hoe heeft deze zijn conclusie beïnvloed?

Uit dit onderzoek bleek dat in geval van een meer 'klassieke' psychiatrische stoornis, zoals bijv. een duidelijke depressie, de cliënt door de psychiater vaker arbeidsongeschikt bevonden werd. De diagnose 'depressie' werd niet alleen gesteld in geval van sombere stemming doch als er ook een vitaal syndroom aanwezig was (naast stemmingsafwijking ook activiteitsbeperking, remming van fysiologische lichaamsfuncties, dag- en seizoenschommelingen, geen positieve reacties op situatieve gebeurtenissen, slaapstoornissen etc.) Een karakterneurose op zichzelf leidt niet direct tot arbeidsongeschiktheid. Een combinatie van de afwezigheid van duidelijke psychiatrische stoornissen waarbij wel een min of meer ernstige sociale transculturele problematiek bestaat, was voor de onderzoeker geen overwegende reden tot arbeidsongeschiktheid op medische (psychiatrische) gronden, hoe schrijnend de algemene toestand van de patiënt hierdoor ook was. Wat dit betreft bestaat er vaak misverstand tussen de niet medische hulpverlener en de psychiater. Wil de psychiater een cliënt op psychiatrische gronden arbeidsongeschikt verklaren, dan moet hij concrete medisch-psychiatrische bevindingen en argumenten (symptomatologie) gevonden hebben die de cliënt belemmert te functioneren. Het lijden van de mens, veroorzaakt door slechte sociaal-culturele situaties op zichzelf, hoe ernstig dan ook, vormt over het algemeen onvoldoende grond voor de wettelijk omschreven arbeidsongeschiktheid op psychiatrische gronden, als de cliënt geen duidelijke psychiatrische stoornissen die tot functiebeperkingen leiden, vertoont.

Verscheidene cliënten hebben een *operatie of ongeval doormaakt*, zijn hier goed van genezen, doch zijn hierin gevoelsmatig gefixeerd gebleven. Indien iemand voldoende tijd gekregen heeft om opnieuw zijn werk te hervatten, evt. in voldoende mate naar werkhervatting begeleid werd, werd het persisteren in het ziektgedrag niet met een arbeidsongeschiktheidsverklaring gehonoreerd. Daar dit vaker bij de gastarbeiders voorkomt (de meerderheid van de onderzochte cliënten) zou zowel de huisarts als de verzekeringsarts meer op een adequate begeleiding in deze gevallen moeten letten.

Sommige cliënten *aggraveren* duidelijk hun *klachten*, naar het lijkt om de uitkering te verkrijgen. In de recensie van de brochure 'Marokkanen en de ziekte wet' schreef Van Aalderen (1978, p. 481) dat Marokkanen nogal eens een gedrag vertoonden dat door Nederlandse artsen gezien werd als aggraving en simulatie. Dit gedrag komt volgens Van Aalderen echter voort uit hun culturele achtergrond, uit angst in een voor hen onzekere situatie, uit hun onvermogen tot communicatie door de taalproblemen. Het komt

mij voor dat dit bij sommige Marokkanen inderdaad ook zo is. Het is echter niet juist te generaliseren; ook Marokkanen zijn gewone mensen zoals wij, die als zodanig in hun gedrag tot dezelfde neigingen en motiveringen gestuurd worden. Een arts moet bij het beoordelen van hun arbeidsongeschiktheid goed op de hoogte zijn van hun bijzondere culturele geaardheid, doch verder ook zijn gezond verstand en ervaring gebruiken, om hun beweringen en uitingen op de juiste waarde te schatten. Bewust liegen is voor de cliënten in het algemeen niet gemakkelijk en een ervaren onderzoeker heeft dit gauw in de gaten. Doch het is niet altijd zo eenvoudig voor de psychiater om de oprechtheid van de cliënt te beoordelen, vooral als hij niet gewend is aan een andere klachtenpresentatie, zoals bij een gastarbeider het geval is. Het feit dat de Marokkaanse cliënt de overheden niet vertrouwt, en hij de arts tot autoriteit rekent, maakt het noodzakelijk dat de psychiater de gegevens verstrekt door de Marokkaanse cliënt op zijn waarde beoordeelt. Ik citeer Eppink (1975 p. 206 en 512): 'is hij gerechtigd tot bedrog over te gaan'. Ook Bedaux (1981 p. 282), Jongmans (1977 p. 509), Van Ravenswaay (1980 p. 32) signaleren dat de Marokkaan niet altijd ziek is, doch een ziektegedrag vertoont met duidelijke secundaire ziektewinst. Deze ziektewinst kan zijn klachten in stand houden (Orücü, in Hoolboom, 1980 p. 141).

Wij Nederlanders zijn in deze ook niet bepaald een ideaal voorbeeld voor de Marokkaan, het zou dwaas zijn dit van hen wel te verwachten. Temeer daar de Marokkaan vaak in moeilijker leefomstandigheden leeft en gebukt gaat onder een existentiële bedreiging, onzekerheid en angst voor uitwijzing als men geen werk heeft, of niet in de ziektewet is.

De arts die met zo'n aggraviatie geconfronteerd wordt, heeft het ook gevoelsmatig niet makkelijk, hij moet de zuiver medisch/juridische criteria voor de cliënt hanteren, en deze kunnen in botsing komen met zijn ethisch-humanitaire gevoelens. Het is echter ook zo dat de ernstig verstoorde communicatiemogelijkheden de Marokkaan dwingen op een andere wijze, bijv. met meer mimiek, motoriek en houding zijn situatie te 'verduidelijken'. Het is Van Mol (1979) gebleken dat de lichamelijke expressie van pijn zeer laag is, wanneer men de Marokkaan in eigen taal navraagt over zijn klachten.

In één geval was een duidelijke ontwikkeling van een renteneurose te constateren. Om dit te voorkomen werd een gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid geadviseerd. Met volledige arbeidsgeschiktheid zou de Marokkaan zich misschien vernederd voelen en zou de resocialisatie en zijn medewerking hieraan tegenwerken (Jongmans 1977 p. 511 en 512). Vaak kwam het voor dat betrokkene al een hele tijd niet gewerkt had wegens 'eigen schuld', b.v. wegens herhaaldelijk, langdurig tijdelijk verblijf in Marokko zonder toestemming van de verzekeringsarts.

Niet altijd is het een kwestie van schuld. In dit geval kreeg ik de indruk dat de cliënt zich bewust niet aan de afspraak hield, doch zoals Van Ravenswaay schreef (1980, p. 17), cliënt was op grond

van zijn mentaliteit geen consciëntieuze plannenmaker, het 'hier en nu' sprak hem meer aan dan de lange-termijnplanning en hij hield zich niet van tevoren met de mogelijke consequenties bezig. Hij is nu eenmaal slachtoffer van zijn lot (zijn mentaliteit, culturele achtergrond, ontwikkeling etc.). Wij moeten niet doen, alsof er in het leven geen pech, ongeluk, tegenspoed bestaat. De Nederlandse samenleving moet zo veel mogelijk deze mensen tegemoet treden doch kan ook niet volledig de consequenties van hun ongelukkige situatie (in onze ogen) verantwoorden. 'In onze ogen', want de denkwijze of mentaliteit, die hun in confrontatie met ons maatschappelijk systeem last of nadeel veroorzaakt, heeft voor hen ook positieve waarde. Soms verkiest men ook bewust voor een plotse vertrek naar eigen land wat volgens hen die wel aan de toekomst denken, onverantwoord is. De bevrediging van het zijn gezin thuis met zijn bezoek verrassen waardeert men nu eenmaal meer dan de nadelige consequenties die er komen en waarvan men zich (deels) ook bewust is. Niet altijd is men een arm slachtoffer van bijvoorbeeld communicatiestoornis. Het leven met risico's verkiest men soms liever dan het saaie, planmatige, monotone leven dat de onbegrijpelijke Nederlanders hier leiden. Marokkanen die de Nederlandse wijze van denken en leven waarderen, doen meer moeite zich daaraan aan te passen, slagen hierin meestal wel en ontmoeten weinig problemen.

Blijham (1978 p. 480) geeft een gedetailleerd voorstel hoe men de ziekteperiode beter zou kunnen controleren en verkorten.

Bij een niet onbelangrijk deel van de onderzochten werden de intellectuele capaciteiten (nogal) laag geschat, waardoor ze ook meer stressgevoelig waren en verminderd aanpassingsvermogen vertoonden. Gribling (1976, p. 27): Berne wijst er ook op – met een beroep op Anna Freud – hoe er nog wel eens een tendens is om de waarde van het intellect bij cliënten te onderschatten en vooral de nadruk te leggen op de emotionele aspecten, terwijl ook de waarde van het intellect van belang kan zijn in de levensoriëntatie.

Als de lage verstandelijke vermogens al tot bemoeilijkte adaptatie of stress aanleiding gaven, werd hiermee bij de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid rekening gehouden. De lage intelligentie op zichzelf is geen ziekte of gebrek, doch een 'conditiefactor'. Ze kon wel samen met andere factoren aanleiding geven tot ernstige verslechtering van de psychische situatie van de cliënt waardoor ook zijn functioneren bemoeilijkt werd.

Het bestaan van allerlei sociale problemen, zoals de scheiding van zijn gezin wegens gebrek aan woonruimte hier, het ongenoegen met het soort werk dat men hier moet verrichten (bij voorbeeld angst voor zwaar werk waardoor vlucht in het klagen), financiële zorgen, etc. was op zichzelf voor de psychiater geen voldoende reden voor de erkenning van de arbeidsongeschiktheid. Pas als deze bij betrokkene tot duidelijke psychiatrische symptomatologie geleid hadden en met een aanzienlijke 'lijdensdruk' gepaard gingen, werd de cliënt op psychische gronden verminderd arbeidsgeschikt bevonden.

Mogelijk kan de lezer aan de hand van de volgende 3 samenvattingen van *cliëntenvoorbeelden* zich praktisch en beter een indruk vormen over de gedachtengang van de psychiater bij zijn besluitvorming omtrent de arbeids(on)geschiktheid.

Client no. 4: Man van 36 jaar, 19 jaar in Nederland. In Marokko grondwerker geweest, hier in een metaalfabriek werkzaam. Echtgenote en 4 kinderen in Marokko. Acht jaar geleden een behoorlijke wond aan zijn arm opgelopen doordat zijn arm in een lift bekneld heeft gezeten. Ook neurochirurgisch (met succes) behandeld: de neurochirurgen en een neuroloog vinden nu dat de functie van de arm geheel hersteld is. Een neurofysioloog is het hiermee niet eens. Een reumatoloog en een chirurg konden ook geen afwijkingen vinden.

Mijns inziens is zijn fixatie in de invaliditeit deels te begrijpen of te verklaren. Hijzelf geeft niet goed aan hoe hij het ongeval gevoelsmatig beleefd heeft. Ik zie als mogelijke verklaring: hij beschikt over een lage intelligentie en is analfabeet, kan het allemaal niet geheel vatten, daarbij in zijn land zou zo'n geval waarschijnlijk inderdaad tot een blijvende invaliditeit leiden, hij gaat vanzelfsprekend uit van zijn ervarings- en denkkader. Hij kan zich blijkbaar niet voorstellen dat zo'n ongeval zonder blijvende schade aan zijn functioneren in orde komt.

Verder geen grove psychische stoornissen gevonden, ook geen duidelijke karakterneurotische ontwikkeling. De ADL zijn ongestoord, ook als hij zijn arm niet gebruikt. Informatie van de huisarts is opgevraagd doch niet ontvangen.

De fixatie in het gevoel invalide te zijn is misschien deels te begrijpen maar psychiatrisch niet geheel te rechtvaardigen: op psychische gronden wel arbeidsgeschikt.

Client no. 6: Man van 46 jaar, 19 jaar in Nederland, in Marokko op het land van zijn vader gewerkt, hier als keukenhulp in een ziekenhuis reeds 14 jaar werkzaam. Echtgenote en kinderen in Marokko. Geen lagere school bezocht, naar schatting laag gemiddelde intelligentie. Enkele jaren geleden is een broer van hem overleden aan wie hij zelf erg gehecht was en met wie hij in het buitenland lang gewerkt heeft. Dit heeft hij slecht verwerkt. Later is ook zijn vader overleden, dit was emotioneel minder zwaar voor hem. Zijn moeder (aan wie hij ook zeer gehecht is) en zijn vrouw lijken te wedijveren met hun klachten; gezien de verscheidenheid en de duur van al hun klachten lijkt dit erg functioneel en relationeel bepaald (strijd om zijn aandacht en liefde?).

Bij het psychiatrisch onderzoek bleek hij aan een depressief syndroom te lijden met suïcidale gedachten en vitale kenmerken, dat reeds chronisch is. Zijn verzwakte draagkracht (o.a. door onverwerkt rouwproces) wordt overmatig aangesproken door de actuele stressfactoren (ziekte van moeder en echtgenote) en de sociale problemen die op de achtergrond spelen en zijn situatie verergeren: na lange jaren hier gewerkt te hebben, wordt hem nu steeds duidelijker dat hij niet naar zijn land terug kan keren, omdat daar geen werk is. Dit alles resulteert in een echt psychiatrische ziekte: een matig sterke depressie. De huisarts stelde onafhankelijk van mij dezelfde diagnose en behandelt hem met een anti-depressivum met een zeker succes ('lichte doch duidelijke verbetering'). Daarom advies: geheel arbeidsgeschikt.

Client no. 9: Een man van 40 jaar, 7 jaar in Nederland, in Marokko schapenhoeder geweest en op het land gewerkt. In Nederland als pakhuisknecht 2 jaar gewerkt, dan 1 jaar in de ziekte wet wegens maagulcus, dit goed genezen, sindsdien niet meer aan het werk gekomen. Zijn draagkracht is niet optimaal en dit is blijvend: hij heeft een groot affecttekort in zijn jeugd gekend, beschikt niet over een schoolopleiding en heeft een laag I.Q. Hij is ik-zwak en dus stressgevoelig. Er zijn duidelijke psychische stressfactoren welke hij niet goed kan oplossen: schaamtegevoelens over zijn steriliteit, ruzie met familieleden hier, voelt zich erg eenzaam. Sociale stressfactor verzaakt het geheel nog eens (ernstige huisvestingsproblemen). Het beloop: al lang –

naar zijn gevoel – ziek en dus niet gewerkt.

Om al deze redenen: verminderd arbeidsgeschikt (naar *schatting* voor 75%). De huisarts heeft een sterk vermoeden dat hij een renteneurose ontwikkelt en wil dit liefst voorkomen. Ook gezien zijn leeftijd zou het ongewenst zijn dat hij voorgoed arbeidsongeschikt wordt. Daarom advies: 25% arbeidsgeschikt. Hiervan wordt een revaliderend effect verwacht.

Naast de vaststelling van de arbeids(on)geschiktheid op psychische gronden werd er soms *een advies over een mogelijke resocialisatie gegeven*, ook zonder dat de opdrachtgever hierom gevraagd heeft. Meestal werd er geadviseerd dat het gewenst zou zijn de cliënt door een Arabisch sprekende hulpverlener te laten begeleiden. Daar er een ernstig tekort aan zulke hulpverleners is, blijft dit advies meestal niet meer dan een niet uitvoerbare vrome wens. Een Arabisch sprekende hulpverlener zou in ieder geval bij zijn begeleiding niet gehinderd zijn door de transculturele kloof ook als men de meesten van deze cliënten slechts beperkt zou kunnen helpen. Uit het onderzoek van Lange-Laverman over de toepassing van psychotherapie tot behoud en herstel van de arbeidsgeschiktheid (1981) bleek dat 81% van de behandelde (Nederlandse) cliënten uit de hogere beroepsgroepen kwam terwijl 75% van de GMD-clieñten in de lagere beroepsgroepen is ingedeeld. Volgens haar is de kans op succes van de psychotherapie groter naar mate de beroepsklasse hoger is.

Verscheidene cliënten werden door maatschappelijke en andere welzijnswerkers begeleid, die waarschijnlijk uit onmacht de cliënt slechts steunden in zijn streven naar de erkenning van zijn gelijk en het verkrijgen van de ziekte- of WAO-uitkering. In gevallen dat er geen medische/psychiatrische reden hiervoor aanwezig was werd de cliënt hierdoor nog meer in zijn gevoel als invalide door de medici niet erkend of gediscrimineerd te zijn, gefixeerd. De hulpverleners vergeten vaak dat de cliënt niet altijd alleen met het verkrijgen van de uitkering werkelijk geholpen is. Vaak is het van belang dat hij in zijn lijden erkend en aanvaard wordt. Pas na deze gevoelsmatige aanvaarding en opvang zou nagegaan moeten worden hoe de cliënt het beste verder geholpen moet worden en hoe de oorzaken van zijn dysfunctioneren weggewerkt kunnen worden. In enkele gevallen lijkt het wel gewenst dat de cliënt psychotherapeutisch behandeld zou worden en dat hij hiervoor ook geschikt was. Dat was vooral in geval van karakterneurotische problematiek, bijvoorbeeld insufficiënte agressieregulatie op grond van identiteitszwakte, ernstige insufficiëntiegevoelens etc. waardoor men kwam tot het opkroppen van allerlei rancuneuze gevoelens naar aanleiding van conflicten op het werk of met de controlerend arts. Zoals ook vaak bij vele Nederlandse cliënten die beroep op de wet gedaan hebben hoopte ik bij de meeste van deze Marokkaanse cliënten dat een hulpverlener of therapeut hun de relatie tussen zijn lichamelijke klachten en de min of meer bewuste psychische spanningen zou verduidelijken en hen behulpzaam zou zijn bij het leren deze spanningen anders dan door middel van het somatiseren te uiten.

In andere gevallen werd gepleit voor maatschappelijke begeleiding, bij voorbeeld in de werksfeer (omscholing, het aanbieden van werk dat in overeenstemming met zijn capaciteiten zou zijn, etc.), bij het verkrijgen van passende huisvesting of gezinshereniging. Zowel bij dit onderzoek naar de achtergronden van de cliënten en de redenen van hun geschil met de bedrijfsvereniging als bij het geven van de adviezen over resocialisaties werd er met de culturele aspecten van de Marokkanen rekening gehouden waarbij ik mij door de aanbeveling van Racy (1980) heb laten leiden: "Two extremes are to be avoided: one is the temptation to be so respectfull of traditions that one becomes paralyzed...". Over het algemeen wordt door deskundigen zeer sceptisch over de psychiatrische therapeutische mogelijkheden gedacht. Ook de suggestieve therapie is niet altijd mogelijk want deze mist de vertrouwensbasis, die hiervoor nodig is. Volgens Creighton (1977, p. 502) kan in geval van psychische problemen bij de Marokkanen vaak alleen genezing uit de religieuze wereld komen. Ook Jongmans (1970, p. 512) meent dat van onze psychiaters – gegeven de verschillen in cultuur tussen psychiater en patiënt – weinig kan worden verwacht. Bedaux (1981, p. 282) citeert een maatschappelijk werker volgens wie er in de huidige omstandigheden voor deze patiënten andere, meer specifieke WAO-criteria nodig zijn. Hun plaats op de arbeidsmarkt en de daarmee samenhangende mate van 'inzetbaar zijn' zijn immers ook specifiek. Volgens Epping (1981, p. 683 en 692) zal de individuele psychosociale hulpverlening slechts de ergste materiële of psychische noden van de cliënt kunnen lenigen. Wij zullen moeten leren leven met *bijwerkingen die emigratie van mensen geeft* die een socialisatieproces hebben gehad in een andersoortige samenleving. In één generatie worden uitvloeisels van zo'n emigratie niet verholpen. Des te meer zal daarom voorkomen moeten worden dat dezelfde, of ergere, problemen zich in de volgende generaties gaan voordoen. Volgens hem vereist hulpverlening aan cliënten met een andere culturele achtergrond een andere werkwijze en methodiek. Ook Jongmans (1977, p. 518) pleit voor het tot stand komen van een nieuw specialisme: transculturele communicatie. Een aantal jonge academici zou zich volgens hem hierin kunnen specialiseren zodat de eerder voorgestelde 'consultatie-commissie' een permanente bezetting kan krijgen.

Een *interdisciplinaire aanpak* lijkt mij noodzakelijk. Blijham (1978 en 1980) houdt een pleidooi voor een beoordelings- en adviescentrum voor gastarbeiders (BAGA-centrum) waarin de psychosociale begeleidingen van dezen gecentraliseerd kunnen worden. Omwille van betere bereikbaarheid stelt Vrij voor deze begeleidingen in meer gedecentraliseerde kleinere (wijk)centra te doen plaatsvinden (1975, p. 134).

Ook het inschakelen van artsen uit de toeleveringslanden zou zinvol kunnen zijn, mits deze zich verplichten na enige tijd naar hun land terug te keren om een 'brain drain' te voorkomen. Dit bij voorbeeld naar analogie van het systeem van de Spaanse en anderstalige onderwijzers in Nederland.

Terugkeer met een uitkering als een soort vervroegde pensionering is volgens Van der Meer (1978, p. 1558) voor een aantal Marokkanen de enige reële oplossing in psychosociaal opzicht, doch past niet in de Nederlandse sociale wetgeving. Het voordeel van de terugplaatsing in eigen omgeving te midden van zijn familie weegt soms niet op tegen het gemis van enige adequate vakkundige behandeling in eigen land. Daarom is het terugsturen van zo'n Marokkaan vaak geen echte oplossing of hulp. De tijdelijke gastarbeider moet geen tijdelijke patiënt worden. Indien enigszins mogelijk moet men trachten hem hier – en dan zo adequaat mogelijk – te behandelen.

Conclusies

1 Van der Meer meent (1978, p. 1557) dat men de Marokkanen bij de werving niet op gevoeligheid kan selecteren, gezien de complexe oorzaken van hun psychisch decompenseren. In enkele gevallen kon men m.i. wel onnodig leed door een betere selectie voorkomen, o.a. door bij voorbeeld Marokkanen met een goede vakopleiding of studie hier niet voor ongeschoold werk aan te nemen. Ook de keuze van de landen of gebieden waaruit de gastarbeiders aange trokken werden, kon beter zijn ('de vigerende sociale structuur op het platteland van Noord-Afrika verdraagt zich niet met gastarbeid', Jongmans, 1979 p. 17).

2 Ook bij dit onderzoek bleek dat het een groep gastarbeiders betreft die qua kenmerk met andere groepen van buitenlandse werknemers te vergelijken zijn (grotendeels uit plattelandsgebieden met lage algemene ontwikkeling, etc.). Allen zijn reeds langere tijd (meer dan 7 jaar) in Nederland.

3 Niet zelden hebben zij in het verleden een ernstige ziekte of operatie doorgemaakt en zijn ze hieraan gefixeerd geraakt. Dit wijst op het belang van betere informatie van de cliënt door de medici over het soort ingrepen behandeling en een betere begeleiding hierbij. Naast multiple lichamelijke klachten komen bij hen ook veel cultureel bepaalde klachten en problemen voor waarbij het moeilijk is deze volgens een hiërarchische volgorde te rangschikken.

Men zou aan de *preventie* meer aandacht moeten besteden. Met een goede begeleiding, vooral in de eerste fase van de ziekte, zou men misschien veel persoonlijk leed en onnodig (duur) procederen kunnen voorkomen. O.a. door duidelijke uitspraken van de medici over de ziekte of afwijking, geen onnodige onderzoeken of doorverwijzingen naar specialist, geen symptomatische medicamenteuze behandeling, etc. etc.

Hoe goed de somatici (GAK- en GMD-artsen) de Marokkaanse patiënt ook behandelen, het is te verwachten dat men zich toch soms onrechtvaardig behandeld zal voelen en een beroep bij de Raad van Beroep tegen de beslissing van de Bedrijfsvereniging zal aantekenen. Het is te verkiezen dat zo'n *onderzoekprocedure snel afgewerkt wordt*, nog voordat er een gefixeerde onherstelbare toe-

stand ontstaan is. Om deze reden zou het te verkiezen zijn dat *in moeilijke gevallen reeds de GAK- of GMD-arts een psychiatrische expertise laat verrichten.*

4 Er wordt gepleit voor het direct inschakelen van de huisarts bij de WAO-beroepsprocedure i.p.v. de psychiater/vaste deskundige zoals nu het geval is. Dit zou m.i. zowel voor de resocialisatie van de cliënt als voor het vlotter verloop van de procedure en de huisarts zelf nuttig zijn. Daar dit wel een verzwaring van de taak van de huisarts zou kunnen betekenen zou men een gunstige financiële regeling voor deze hierbij moeten afspreken. Doch ook dan zou de procedure naar mij lijkt kostenbesparend zijn.

5 Vele sociale hulpverleners, doch ook de medici realiseren zich vaak niet, dat voor de toekenning van de WAO-uitkering op psychiatrische gronden duidelijk omschreven wettelijke regels bestaan. Ook de psychiater dient zich aan deze criteria te houden. In verscheidene gevallen, wanneer het om bij voorbeeld niet gede-compenseerde karakterneurose of karakterologische problematiek gaat, kan hij niet tot arbeidsongeschiktheid van de cliënt op wettelijke basis besluiten, ook als de cliënt sociaal en secundair hieraan psychisch in een betreurenswaardige situatie verkeert. De cliënt kan arbeidsongeschikt zijn, doch niet in de zin der wet!

6 De Nederlandse psychiater gaat bij zijn onderzoek en bij het stellen van de diagnose uit van de oprechtheid van de patiënt. Bij de psychiatrische behandeling/psychotherapie is voor hem vooral van belang de subjectieve belevenis van de werkelijkheid door de patiënt. De psychiater beschikt dan ook niet of onvoldoende over 'instrumenten' om de objectieve situatie van de cliënt te beoordelen, wat bij de buitenlandse cliënt door de transculturele problematiek nog meer bemoeilijkt is.

7 In geval dat er geen medische oorzaak voor het klagen van de buitenlandse cliënt gevonden is moet men op een andere wijze, bij voorbeeld door het scheppen van betere leef- en werksfeer naar oplossingen streven. Dit is echter vooral de taak van de (sociale) hulpverleners, meer dan die van de (huis)artsen. Het is aan te bevelen dat de huisarts in dit geval de cliënt snel in dit hulpverleningskanaal stuurt. Zijn medegevoel, dat hem dwingt de Marokkaan in de medische setting te laten 'parkeren', is verkeerd, heeft zelfs een averechtse uitwerking zoals fixatie en bevestiging van de cliënt in zijn ziekterol.

8 De achtergrondinformatie over de denk- en gevoelswereld van de Marokkanen is voor de medische onderzoeker zeer nuttig om het cultureel besef met de cliënt te delen. De medicus kan dan beter beoordelen of er, en zo ja in welke mate, deze diverse transculturele aspecten bij de cliënt invloed op zijn ziekte uitoefenen. Uit deze 10 gevallen kreeg ik echter niet de indruk dat deze aspecten altijd een overwegende rol spelen die een direct verband met het psychisch dysfunctioneren houdt. Bij het lezen van de literatuur en verslagen van de sociale begeleiders/culturele antropologen zou men de indruk krijgen dat dit bijna altijd de meest belangrijke factor bij zijn psychisch dysfunctioneren is. De culturele eigenaardigheid is ook

aan veranderingen onderhevig. Creighton (1977) wijst er ook op dat culturele voorstellingen plastisch zijn en in een andere omgeving veranderen.

Veel van deze onderzochten bleken heel goed (in het Nederlands of via een Arabische tolk) hun klachten, actuele psychosociale problematiek, alsook hun verleden te beschrijven, zodat dit zeer goed voor de psychiater invoelbaar en beoordeelbaar was. Men moet alleen een gunstige onderzoeksfeer scheppen, o.a. niet gehaast zijn, de cliënt persoonlijk benaderen, etc.

9 Vele psychiaters hebben weerstand tegen het uitvoeren van zo'n onderzoek o.a. door de communicatieproblemen (het gesprek via een tolk verloopt nu eenmaal minder vlot en bevredigend), onbekendheid met de culturele achtergrond waardoor men zich moeilijker in zijn gevoels- en denkwereld kan inleven (wat reeds bij Nederlandse cliënten die een beroep op de wet doen, al moeilijk genoeg is), en omdat hun situatie vaak uitzichtloos lijkt, zodat resocialisatiemaatregelen moeilijk getroffen kunnen worden. Ook als het onderzoek bij Marokkanen door de transculturele aspecten gecompliceerd wordt is een (goedwillende) Nederlandse psychiater, die zich enigszins op de hoogte van de culturele aspecten stelt en zich in de specifieke situatie van de cliënt wil verdiepen, meestal best in staat zo'n onderzoek te verrichten en een advies aan de rechter te geven. Dat neemt niet weg dat het soms zeer gewenst is dat de psychiater bij voorbeeld een cultureel antropoloog in consult vraagt. Het is aan te bevelen, dat deze deskundigen samen overleggen voordat men tot de uiteindelijke conclusie komt.

10 De psychosociale en transculturele problemen zijn bij elke buitenlandse werknemer in wisselende mate aanwezig. Door verschillende auteurs wordt snel een link gelegd tussen deze, en het ontstaan of voortbestaan van de psychische of lichamelijke ziektes. Deze schakel is echter meestal moeilijk direct aantoonbaar (wat overigens ook het kernprobleem van de psychomatiek is). Onlangs heeft Ormel (1980) aangetoond dat de invloed van de ervaren psychosociale belasting op iemands welbevinden zwak is. De individuele belastbaarheid en weerbaarheid gebaseerd op iemands persoonlijkheidsstructuur is van meer belang! Persoonlijkheidskenmerken (neuroticisme, eigenwaarde, gevoel van 'mastery' etc.) leken (althans bij Nederlanders) de lichamelijke klachten meer te beïnvloeden dan de sociale belasting. Ook Jongmans (1979, p. 16) citeert Banadiba volgens wie men de psychosomatische klachten niet moet zoeken in het wonen en werken, hoe slecht de omstandigheden ook mogen zijn. De psychologische factoren zijn hiervoor verantwoordelijk.

Daarom moet de psychiater vakkundig al de externe stressors, doch ook de psychische ontwikkeling, de karakterstructuur die het emotionele beleven en het dagelijks functioneren van de cliënt bepaalt, nagaan om tot een weloverwogen beslissing over de arbeids(on)geschiktheid te komen. Op grond van mijn hier beschreven ervaringen meen ik dat een Nederlandse psychiater die zich op de hoogte van de transculturele aspecten stelt in voldoende mate hiervoor

toegerust is. Zoals reeds opgemerkt is het soms gewenst dat hij hierbij een cultureel antropoloog, een maatschappelijk werker of andere deskundigen consulteert om de onzekerheids-foutenmarge zo veel mogelijk te beperken. Ook dan zal de psychiatrische bepaling van de arbeidsongeschiktheid nooit met wetenschappelijke precisie bepaald kunnen worden en deze altijd een schatting moeten blijven.

Literatuur

- Aalderen, H. J. van, (1978), Marokkanen en de Ziektewet. *Med. Contact*, nr. 33, p. 481-482.
- Bedaux, T. en G. v.d. Zijde, (1981), Turken en Marokkanen in het ziekenhuis. *Med. Contact*, nr. 10, p. 281-284.
- Belt, A. B., (1978), Een poging tot verklaring van de ziektefrequentie en ziekte duur van buitenlandse werknemers bij een grote onderneming. *Arts en Soc. Verzek.*, nr. 16, p. 66-71.
- Berg - Eldering, L. van den, (1977), Falen als oorzaak van stress bij Marokkaanse arbeiders in Nederland. *Med. Contact*, nr. 32, p. 495-499.
- Blijham, H. (1978), Gastarbeiders en verzekeringsgeneeskunde. Pleidooi voor een beoordelings- en adviescentrum. *Medisch Contact*, nr. 33, p. 479-480.
- Blijham, H. (1980), Nogmaals de gastarbeider. *Med. Contact*, p. 95-96.
- Creyghton, M. L., (1977), Ziek zijn en ziektegedrag in Noord-Afrika. *Med. Contact*, nr. 32, p. 500-502.
- Došen, A., (1981), Depressies bij Joegoslavische gastarbeiders. *Maandblad Geest. Volksgez.*, nr. 7-8, p. 635-644.
- Durlinger, L. J. A., (1980), Wat zit er nog steeds mis? *T. Soc. Geneesk.*, 24, p. 829.
- Eppink, A., (1982), Discussie 'Bezeten' Marokkanen. *Medisch Contact*, nr. 17, p. 513-517.
- Fernandez, R., F. Köning en V. Tielens, (1980), Eerstelijns hulpverlening voor buitenlandse werknemers en hun gezinnen. *Med. Contact*, 20, p. 613-617.
- Geuns, H. A. van, (1980), Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers. *Med. Contact*, 46, p. 1430.
- Giel, R., (1975), Overspannen in transcultureel perspectief. *Arts en Sociale verzekering*, 13, p. 36-39.
- Gribling, P. A. (1976), Discussie onder voorzitterschap van dr. H. Doeleman, *Arts en Soc. Verzekering*, 14, p. 26-28.
- Groen, J. J., (1977), Indrukken van en rondom het vierde congres van het International College of Psychomatic Medicine, Kyoto (Japan), 4-10 sept. 1977.
- Grond, J. Th., H., (1980), De scheiding van behandeling en controle. *T. v. Soc. Geneeskunde*, p. 669-678.
- Grond, J. Th. H. (1981), De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening. *Med. Contact*, 8, p. 219-220.
- Hoolboom, H. e.a., (1980), *Gezondheidszorgen buitenlandse werknemers*. Stafleu, Alphen a/d Rijn.
- Jongmans, D. G., (1977), Eer en zelfrespect: De Noordafrikaanse boer en de Overheid. *Med. Contact*, 32, p. 509-512.
- Jongmans, D. G., (1979), Het denken over gezondheid en ziekte in Noord-Afrika. Voordracht gehouden op 8-9-1979 ter gelegenheid van het Europees Congres VEMASS.
- Kabela, M., (1980), Spaanse immigranten bij een Nederlandse psychiater. *Med. Contact*, nummers 1-2 en 3.
- Kabela, M., (1981), 'Bezeten' Marokkanen. *Med. Contact*, p. 1457-1459.
- Kuilman, M., (1974), Stellingen in Bijlage, behorende bij het ochtendprogramma

- van het Voorjaarscongres van de Ned. Ver. voor Psychiatrie, 19 april 1974.
- Lange-Laverman, C., (1981), Psychotherapie, tot behoud en herstel van arbeidsongeschiktheid? *Scriptie* in het kader van de B-cursus Verzekeringsgeneeskunde, sept. 1981, GMD-Hilversum.
- Limburg-Okken, A., (1981), Identiteitsonzekerheid bij Marokkanen. *Maandblad Geest. Volksgezondheid*, 7-8, p. 625-634.
- Limburg-Okken, A., (1981), Marokko, migratie, akkulturatie en psychiatrie. *Referaat* 125, Psych. Univ. kliniek Jelgersma, Oegstgeest, 9 sept. 1981.
- Maas, van der, (1975), Discussie onder voorzitterschap van dr. J. H. R. v.d. Pas, *Arts en Soc. Verzekering*, 13, p. 39.
- Marsella, A. J. en P. B. Pedersen, (1981) *Cross cultural counseling and psychotherapy*. Pergamon Press, New York, 1981, (358 blz.).
- Meer, Ph. J. van der, (1979), Demonposessie als psychische ziekte bij Marokkanen. *Med. Contact*, 32, p. 503-505.
- Meer, Ph. J. van der, (1978), Psychische ziekten bij Marokkaanse migranten. *Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 41, p. 1555-1558.
- Meurs, J. H. van, (1981), 'Geestelijke verzieking', Slogan, realiteit, of ...? *Med. Contact* 26, p. 889-890.
- Meijs, J. (1974), De mythe van de deskundigheid. *Med. Contact* 29, p. 1367-1368.
- Mol, M. van, (1979), De consulent als hulpverlener van buitenlandse patiënten in het ziekenhuis. *Metamedica*, jaargang 58.
- Mol, M. van, (1980), Een poging tot classificatie van ziekte bij Marokkaanse gastarbeiders. *Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 28, p. 1162-1165.
- Ormel, H., (1980), *Moeite met leven of een moeilijk leven*. Konstapel, Groningen.
- Plooy, M. en Ph. J. v.d. Meer, *Marokkanen en de ziektewet*, Ned. Centrum Buitenlanders, F. C. Dondersstraat 17a, 3672 JA Utrecht.
- Polak, B. S. (1970), Commentaar *Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde* nr. 10, p. 422.
- Racy, J. (1980), Somatization in Saudi Women. *Br. J. Psychiatry* 137, p. 212-216.
- Ravenswaay, J. M. H. van, (1980), Ziek-zijn en ziektegedrag bij Marokkaanse werknemers. *Scriptie* in het kader van de Sociale-Geneskunde-Opleiding aan de Hogere School voor Gezondheidszorg te Utrecht.
- Riedesser, P., (1974), Psychische stoornissen bij buitenlandse arbeiders in de Bondsrepubliek Duitsland. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 6, p. 285-295.
- Sieval, Z. M., (1977), Gastarbeiders en hun arts. *Medisch Magazine*, p. 22-27.
- Six, M. J. A., H. Z. Orücü, A. Botros, (1981), Migratie en Geestelijke gezondheid. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 7/8, p. 646-655.
- Soetenhorst, J. R., (1979), Schriftgeleerden nodig voor 'bezeten' Marokkanen. *NRC-Handelsblad*, 17-12-79.
- Timmer, M. en J. W. Koter, (1981), Over het begrip arbeidsongeschiktheid. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* 13, p. 447-451.
- Valkenburg, H. A., (1981), Citaat in: Veel patiënten met rugpijn. *Ver. Nederlandse Ziekenfondsen*, maart 1981, p. 36.
- Verdonk, A., (1977), Migratie en psychische stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, Nr. 6, p. 406-419.
- Verhoeven, A. T. M. (1981), Medische Specialisten te veel of te weinig? *Medisch Contact* nr. 6, p. 146-148.
- Vrij, A., (1975), De gezondheids'zorg' voor 'gastarbeiders'. *Medisch Contact* 30, p. 133-134.