

# Psychiatrische impressie uit Marokko

door P.M. Rijniere

## Samenvatting

De auteur beschrijft zijn indrukken van een bezoek aan het psychiatrisch centrum te Agadir, Marokko. Het lage niveau van voorzieningen functioneert in een multiculturele samenleving.

De 'petit taxi' van Agadir zet ons af in het Quartier de Commerce. De chauffeur weet het Centre Psychiatrique niet precies te vinden; kennelijk zijn reizigers met deze bestemming zeldzaam.

Bij binnenkomst blijken we ons direct in het gesloten dagverblijf te bevinden. Wij worden ontvangen door een hoofdverpleegkundige. In zijn smoezelige witte jas draagt hij een gedemonteerde deurknop; de deuren van de afdeling zijn van krukken ontdaan. Het vertrek maakt de indruk sinds decennia verveloos te zijn, de inrichting is schamel: twee matrassen en een stoel met afgebroken leuning vormen alle zitcomfort. Een doorgezaakt ijzeren onderstel, opgevuld met stro en afgedekt met een kartonnen doos, is de onderzoeksbank. Er staat een bureau en een roestige ladenkast. Later wordt ons in de scheefhangende tweede la van boven de medicijnvoorraad getoond: een berg strippen en ampullen waartussen zich bekende middelen bevinden zoals Haldol, Akineton en Valium. De ongeveer tien mannelijke patiënten in het dagverblijf maken duidelijk de indruk met deze middelen behandeld te worden. Uit de traag schuivende groep treden enkelen naar voren en bietsen schuchter om rookwaren. Iemand met ervaring op gesloten afdelingen krijgt toch weer het gevoel op bekend terrein te zijn. Eén van hen stelt de vraag naar het verschil tussen de psychiatrie in Marokko en in Nederland: het doel van ons bezoek.

Ook hier staat de psychiatrie niet los van zijn context: Marokko. Met zijn aanspraken op de Westelijke Sahara – thans voor ruim  $\frac{1}{3}$  onder effectief bestuur – is het grondgebied verdubbeld tot 16 maal Nederland. Het aantal van 24 miljoen inwoners maakt dit agrarisch georiënteerde land, omgerekend naar de hoeveelheid cultuurgrond, dicht

bevolkt. De van oudsher multiraciale bevolking kent alle kleurschakeringen tussen blank en zwart, maar allen zijn Marokkaan en moslim. Alleen heel blanke personen worden herkend als noorderling, Europeaan en de heel zwarte als zuiderling, afkomstig uit 'de Soedaan'. Het 'lokaal'-Arabisch' is de voertaal, maar er worden vele talen en dialecten gesproken. Het Franse protectoraat, dat tot '56 duurde, heeft onder andere tot gevolg dat de bezoeker zich met Frans goed kan redden. Onderwijs en sociale voorzieningen zijn op laag niveau ontwikkeld: ongeveer 65% is analfabeet en wie geen geld heeft krijgt geen medische behandeling. Staatkundig heet Marokko een democratie te zijn, het is een rechtse democratie te noemen waar Koning Hassan II niet alleen met vergaande bevoegdheden regeert, maar tevens geestelijk leider is. Beide functies worden ontleend aan aanspraken op directe afstamming van Mohammed zelf. Deze islamitische monarchie is qua totalitaire en fundamentalistische aspecten in vergelijking met landen als Libië en Iran als relatief liberaal op te vatten. Uit deze hoek is een doodvonnis van Rushdie niet te verwachten. Toch is op straat sociaal verkeer tussen mannen en vrouwen nauwelijks waarneembaar. Op afgelegen plaatsen gaan vrouwen tot en met het linker oog gesluierd terwijl in de steden alle overgangen van gesluierd tot westers-modieus gezien worden.

Alcohol wordt vaak niet geschonken, op terrassen zeker niet, maar de importcijfers van bij voorbeeld whisky wijzen op ruime consumptie buiten het toeristencircuit. Het op ruime schaal bestaande 'Maraboutisme' – een religieus beleven van pre-islamitische oorsprong – wordt niet als contradictie met de algemene godsdienstige opvatting gezien. Door het land verspreid ziet men tal van 'Kobba's'; kleine bouwsels die de plaats markeren waar eens een Marabout verkeerde. Hij of zij is een wijze, zonderling of kluizenaar die geconsulteerd wordt voor tal van problemen: zakelijk, in de familie of bij ziekte. Ziekte, met name psychiatrische, worden veelal toegeschreven aan de invloed van geesten, al dan niet als verdiende straf voor een zondige levenswandel.

Toenemende industrialisatie stimuleert de trek vanuit de schrale rurale gebieden naar grote steden als Casablanca, waar de huisvesting achter loopt bij de urbanisatie met als gevolg: krottenwijken. Naar schatting (!) wonen er 3 tot 4,5 miljoen mensen in deze 3e stad van Afrika.

'Spontaan' wordt de bezoeker aangeraden zijn verwachtingen ten aanzien van 'de Marokkaan' niet te baseren op de migranten in Europa; dat zou – en de toon is misprijzend – een bepaald slag zijn... simpele boeren uit achterlijke streken. Duidt dit op angst voor een slecht imago, op afgunst?

De psychiatrische kliniek die wij bezoeken ligt niet in het nieuwe ziekenhuiscomplex buiten de stad, maar tamelijk centraal in de stad Agadir. Dit duidt niet op buurtgericht decentralisatiebeleid maar op

een lage prioriteit voor nieuwbouw ten behoeve van deze voorziening. De oude gebouwen van vóór de aardbeving van 1960, waarbij  $\frac{3}{4}$  van de 20.000 zielen tellende stad omkwam, zijn nog in gebruik. Bij regen buien gutst het water door de scheuren in het plafond.

Naast een kleine polikliniek bestaat de kliniek uit een dagverblijf, een 'luchtplaats' en een slaapzaal; alles gesloten. Van de 35 opnameplaatsen zijn er 28 bezet voornamelijk door mannen. Dit centrum is de enige psychiatrische voorziening onder de lijn Marrakesh-Ouarzazate, een gebied dat afgezien van de Westelijke Sahara circa 2 maal Nederland meet en een kleine  $\frac{3}{4}$  miljoen inwoners telt. Er werken 2 psychiaters, 6 psychiatrisch verpleegkundigen en enkele 'infirmiers polyvalente', ofwel 'ongeschoolde, meervoudig inzetbare ziekenoppassers'.

De hoofdverpleegkundige omschrijft de zorg als volgt: 'We kalmeren de patiënten, delen medicijnen uit en verder onderhouden we ons wat met hen'. Van enige verdere activiteit, laat staan therapie, is geen sprake. Vrijwel uitsluitend betreft het onvrijwillig opgenomen patiënten, die blijven tot ze weer rustig genoeg zijn om de straat weer op te kunnen.

Juridisch berust zo'n opname op een verklaring van de politie: 'Bij deze hebben wij het genoeg en bij u voor opname onder te brengen de heer..., wegens luidruchtig en agressief gedrag op... (datum) in de... straat, waarbij hij onder meer omstanders bedreigde en vernielingen aan auto's aanrichtte, kennelijk op grond van geestesgestooidheid'. Zó ongeveer luidt de geschreven verklaring. De beoordeling is dus aan de agent van politie. Rechter, advocaat noch een arts komen eraan te pas. De dwangopname is niet gehouden aan toetsing, kent geen gelimiteerde geldigheidsduur en wordt opgeheven door de behandelend arts. De idee dat bij ons tegen het advies van een arts door de rechter een IBS kan worden opgeheven wordt als onzinnig beschouwd. Overigens blijven de meeste patienten één tot enkele weken, nooit veel langer. Wij vragen ons af of het toeval is dat politiebureau, brandweer, gerechtshof en psychiatrische kliniek zich hier in één blok bevinden.

Eén van de patiënten verkeerde al enige tijd in onze nabijheid en maakte indruk door zijn kaal geschoren hoofd, een flink bebloed gelaat en een kennelijk forse medicatietoediening. Bij herhaling lijkt hij ons uit te willen lokken door de vraag voor te leggen of wij ook niet vinden dat dit meer een gevangenis is. De hoofdverpleger stelt hem aan ons voor, met een amicale hand op de schouder: dit is momenteel onze probleempatiënt, een geval van psychopathie. Hij maakt voortdurend ruzie, thuis vooral met zijn vader, maar ook hier op de afdeling. De wond op zijn voorhoofd heeft hij zichzelf gisteravond toegebracht. Regelmatig worden er psychopathische patiënten door de politie opgenomen. Zij zijn van mening dat ze gek zijn en weten er geen raad mee, terwijl men van psychiatrische zijde deze mensen niet als ziek ziet. Een zeer herkenbaar dilemma. Desgevraagd erkent onze patiënt ook enkele

malen gevangen gezeten te hebben. 'Maar ook dát heeft geen zin', stelt de verpleger. De ziektebeelden zijn overigens dezelfde als overal elders: voornamelijk cognitieve psychosen, ook wel manische beelden en soms depressieve patiënten. Dat zelfmoord zeldzaam zou zijn in Marokko is een fabeltje; laatst nog overleed een patiënt toen hij zich enkele uren na ontslag met benzine overgoot en in brand stak.

Neurosen komen ook hier veel voor, vervolgt hij, het betreft klachten zoals angsten, slapeloosheid en dergelijke. Maar er is geen behandelbaarheid voor, psychotherapie bestaat niet. Evenmin bestaat een 'outreaching' sociaal-psychiatrische zorg. Patiënten op grotere geografische afstand van de kliniek zullen nooit zorg ontvangen; zij verkommeren en verloederen eenvoudig.

Conversie- en somatisatiestoornissen komen zeker voor maar worden zelden psychiatrisch behandeld, deze patiënten worden vrijwel nooit opgenomen. Soms gaan ze vanzelf over. Mocht er toch een patiënt met deze klachten worden opgenomen dan wordt hij behandeld afhankelijk van zijn verdere klachten: angst met anxiolytica, depressie met antidepressiva; heel pragmatisch. De Marokkaan in de straat heeft geen weet van psychiatrische behandel mogelijkheden. Psychiatrische ziekten worden aan geesten toegeschreven. Men maakt een lange tocht langs Imam en Marabout, tot de patiënt na jaren geheel verloederd en uitgestoten raakt. Het is bekend dat in Marokko een sterke groepscultuur bestaat zodat uitstoting veel later optreedt dan bij ons wel het geval is. Het groot-familieverband is in principe zeer hecht. Pas wanneer de politie dan met een opname tussen beide komt, is het eerste contact met de psychiatrie gelegd. Op dat moment is er dan vaak reeds sprake van een ernstige defecttoestand.

Het aantal patiënten dat zich voor depotmedicatie aan de polikliniek bindt is gering. Het nuttig effect van deze behandeling overtuigt soms familieleden die hierbij dan tot steun zijn.

Bij twee gelegenheden observeerden wij patiënten in een dergelijk verloederde toestand op straat. De ene was een zeer vervuilde man van middelbare leeftijd, gekleed in rafelige lompen, armen en benen zéér zwart en vervuild en op primitief schoeisel dat door touwtjes werd samengehouden. Hij liep over een marktplaats, hardop sprekend, kennelijk geen antwoord verwachtend en genegeerd door omstanders.

De ander zagen wij, in zichzelf gekeerd, zittend in een portiek bij een moskee. Zijn leeftijd was niet te schatten en hij was tot en met zijn kruin nog vervuilder dan de eerste; zo zwart dat je je afvroeg of hij zich ook met het een of ander insmeerde. Zijn gezicht was verborgen achter een enorme 'zonneklep', in zijn hand hield hij een wonderlijk uitgedoste staf, die aan een 'palmpaas' deed denken. Zijn kleding, en ook de grote hoeveelheid attributen die hij bij zich droeg – het doet denken aan de 'plastic-bag-ladies' uit New York – bestaat overduidelijk uit een rijke verzameling van zaken die op vuilstortplaatsen aangetroffen kun-

nen worden: lapjes, kroonkurken, stukjes plastic, flessen en allerlei dingetjes, alles zwart van het vuil. Het maakt een bizarre en magische indruk.

Het spreekt vanzelf dat deze patiënten minvermogend en onverzekerd zijn. De kliniek wordt dan ook door de overheid gefinancierd. Hier is dus sprake van een duidelijke voorsprong op de Nederlandse situatie waar klinisch-psychiatrische behandeling pas sinds kort onder de AWBZ valt.

De polikliniek bestaat uit een kleine wachtruimte en een spreekkamer. De meeste mensen wachten buiten in een rij. We maken kennis met een vriendelijke vrouwelijke psychiater, deels in Frankrijk opgeleid. Lithiumbehandeling wordt hier niet toegepast omdat er geen laboratorium is. Het gebruik van Tegretol is onbekend. Vanuit de ervaringen in Nederland leggen wij onder andere de vraag voor naar de behandeling van patiënten met conversie- en somatisatiestoornissen, maar zij blijken ook niet poliklinisch behandeld te worden.

Voorts zijn wij benieuwd naar haar mening over de repatriëring van psychiatrisch gestoorde migranten uit Nederland; een vraag die wij met schroom naar voren brengen bij de aanblik van de behandel mogelijkheden alhier. Maar het antwoord luidt genuanceerd: 'Dat is afhankelijk van de vraag of er een intact netwerk bestaat of niet. Kan de patiënt terugvallen op familiebanden, dan zijn de vooruitzichten hier wellicht gunstiger dan in Nederland. Wanneer het netwerk verloren is gegaan, dan maakt de plaats niet veel meer uit'.

Wij waren onder de indruk van Marokko: een westers-islamitisch land, waar in veel opzichten de 20e eeuw en de Middeleeuwen naast elkaar bestaan. Dit gold ook voor de indruk die wij kregen van de psychiatrie, waarmee de achtergrond van onze Marokkaanse patiënten meer genuanceerd wordt.

### **Summary: Psychiatric impression from Morocco**

The author describes his impression from a visit to the psychiatric centre of Agadir, Morocco. The low level of services functions within a multicultural society.

---

P.M. Rijnierse, psychiater, is hoofd van de afdeling Substitutie Deeltijd Behandeling van het Psychiatrisch Centrum bij het AZUA, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam.

Dit artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 19-9-'89.