

opvatting zodanige argumenten aan te voeren dat het ons mogelijk is in kort bestek een zinvolle discussie daarover aan te gaan.

Tenslotte willen wij ter verdere verduidelijking van ons standpunt nog het volgende opmerken. Tot heden hebben uitsluitend chirurgie, radiotherapie, chemotherapie of combinaties daarvan bewezen een gunstig effect te hebben bij de behandeling van kankerpatiënten. Dat de resultaten van die behandeling tot bescheidenheid nopen mag geen argument zijn om alternatieve geneeswijzen toe te laten waarvan de positieve waarde voor de kankerbehandeling zelfs niet waarschijnlijk is gemaakt.

Patiënten, die zowel door ons als door alternatieve genezers zijn behandeld hebben de neiging een gunstig effect uitsluitend aan de alternatieve behandeling toe te schrijven. Met name de voedingswijzen worden langdurig voortgezet; na verloop van een aantal jaren is het voor de patiënt moeilijk zich aan de suggestie van een gunstig effect te onttrekken. Vaak dragen zij die mening in brede kring uit, daarin gesteund door de communicatie-media. Wij zijn het dan ook van harte eens met wat collega BRUYNINCKX in de laatste alinea van zijn schrijven opmerkt.

Het toelaten van deze behandelingen naast de „officiële” draagt er toe bij dat steeds meer kankerpatiënten zich in eerste instantie tot alternatieve behandelaars wenden. Zij komen dan in een zodanig vergevorderd stadium van hun ziekte bij de wetenschappelijk werkende arts, dat hij hun in curatief opzicht niets meer te bieden heeft. Dát is een zaak die de vooruitgang van de kankerbestrijding belemmert, en dáártegen willen wij waarschuwen.

Groningen, januari 1980

A. VERMEY
J. OLDHOFF
E. VAN DER PLOEG
H. SCHRAFFORDT KOOPS
R. C. J. VERSCHUEREN

Psychische ziekten bij Marokkaanse migranten

Op het artikel van J. VAN DER MEER (1978) zou ik enkele aanvullingen willen geven. Het stuk draagt bij tot beter begrip voor de psychische problematiek en achtergronden van de Marokkanen in Nederland, die zich in de lichamelijke sfeer pleegt te uiten, maar het doet ook enkele vragen bij mij rijzen:

1. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat de schrijver het culturele aspect overbelicht. Naar mijn ervaring uiten ook verscheidene Nederlandse patiënten dezelfde lichamelijke klachten zonder dat men organische afwijkingen vindt, ofschoon deze patiënten een geheel andere culturele achtergrond hebben. De culturele achtergrond speelt zeker een rol doch lijkt mij niet direct specifiek voor de lichamelijke klachten en verschijnselen te zijn. Ook vele Nederlandse patiënten kunnen de relatie tussen hun psychische spanningen en problemen en de lichamelijke verschijnselen niet altijd aannemen en zij wantrouwen de arts die hen hierop wijst of hebben „niets aan hem” (bijv. bij verschillende psychosomatische syndromen, conversie, hypochondrie).

2. De schrijver hanteert naar mijn indruk het begrip depressie niet medisch-psychiatrisch. Een depressie is een syndroom met stemmingsafwijkingen doch ook met vitale lichamelijke functiestoornis; gedrags- en activiteitenveranderingen horen erbij.

3. Wat VAN DER MEER zegt over de betekenis van een

goede voedingstoestand voor de Marokkanen (bl. 1556), geldt zeker ook voor weinig ontwikkelde Turken, Spanjaarden, Tsjechen, en vroeger gold dit zeker ook voor vele Nederlanders.

4. Het verschil in benadering van de patiënt door een Spaanse en een Nederlandse arts wil nog niet zeggen dat dus de Nederlandse arts de Spaanse moet gaan nabootsen. De Nederlandse arts zou misschien zijn aanpak wat moeten aanpassen (bijv. meer suggestieve behandelingen verrichten) doch de spanning tussen de achterstand in algemene ontwikkeling en de moderne geneeskunde blijft altijd voor de nodige problemen zorgen. De Marokkaan moet geen slachtoffer hiervan zijn, doch waar ligt de grens? Door de traditionele, paternalistische, autoritaire benadering blijft men de patiënt infantiliseren en dom houden. Weliswaar is de arts niet de enige die de patiënten moet gaan opvoeden tot beter begrip van de psychosomatische stoornissen, het gemis aan een dergelijke opvoeding door de nieuwsmedia bijv. blijft zich nog lang bij de buitenlandse patiënten manifesteren.

5. Behalve de aanbeveling voor suggestieve of ontspanningstherapie noemt ook de schrijver in feite geen specifiek psychiatrische therapeutische aanpak. De oplossing van vervroegde pensionering lijkt mij inderdaad in sommige gevallen het enig haalbare en rechtvaardige te zijn. Doch het gevaar dat, als men dit automatisch gaat toepassen „het hek van de dam is”, is zeker ook reëel. Wie van de meeste buitenlandse arbeiders zou het voorbeeld niet willen volgen als hij ontdekt dat het vrij makkelijk is om afgekeurd te worden en met een uitkering in *eigen* land verder te leven. Zo'n ideale oplossing is een snelle beslissing tot afkeuring voor zijn werk op medische gronden dus niet.

De psychiater of een andere medische specialist moet individueel goed onderzoeken wat er werkelijk aan de hand is en daar met behulp van zijn vakkennis en technische hulpmiddelen achter trachten te komen. De cultureel antropoloog of een Arabischsprekend maatschappelijk werker zou de medische specialist bij het zoeken naar objectieve criteria voor de vaststelling van de ziekte, eventueel invaliditeit, kunnen helpen. Met sentiment alleen komt men er niet uit. De Marokkanen, hoe cultureel verschillend ook, zijn ook als mensen met hun gevoelens en gedragingen met de Nederlanders te vergelijken. Men zou van de ene fout in de andere vervallen als men ze in plaats van zuiver medisch (volgens de westerse maatstaven) alleen transcultureel beoordeelt.

Het blijft wel een moreel probleem dat het de medicus moeilijk maakt objectief tegenover de buitenlandse patiënt te staan. Beschouwt men de buitenlandse arbeider als een vrij normaal sociaal verschijnsel (arbeidsmigratie bestond er altijd, het is geen schuld van ons politiek economisch systeem alleen!), dan staat men ook als medicus anders tegenover deze patiënten dan wanneer men ze als hulpeloze slachtoffers van een onrechtvaardige gedwongen arbeidsmigratie beschouwt. Het schommelen tussen deze twee uitersten verklaart misschien ook het verschil tussen artsen bij de bepaling van de arbeidsongeschiktheid van een buitenlandse werknemer.

Hoe minder exact en objectief verifieerbaar de klachten en verschijnselen van de patiënt zijn, hoe willekeuriger en van meer algemeen menselijke aard worden de overwegingen op grond waarvan de arts de beslissing over arbeidsongeschiktheid zal nemen. Vooral op het psychische vlak doet zich deze moeilijkheid voor. Er zijn „harde” en „zachte” psychiaters, en het is eigenlijk onrechtvaardig dat het van het toeval moet afhangen bij welke van deze twee type psychiaters de patiënt terecht komt. Men zou moeten

streven naar een betere regeling. Of de medisch-psychiatrische criteria voor arbeidsongeschiktheid duidelijker opstellen, of een andere niet-medische „specialist” betrekken bij deze beslissing, waarbij ook niet zuiver medische (dus ook sociale, culturele en algemeen menselijke) aspecten een grote rol spelen. En dat zowel voor autochtonen als voor allochtonen.

Het probleem van het schatten van hun arbeidsgeschiedenis is deels gelijk aan dat bij de Nederlandse patiënten. Is hypochondrie, conversie, „overspannen zijn”, een ziekte of kan dit zelfs een reden van blijvende invaliditeit zijn, of niet? Als psychiater is men geneigd dit aan te nemen als een duidelijke ontwikkeling hiertoe geleid heeft (ouderlijke situatie, de jeugd bijv.), maar ook als geen duidelijke neurotische ontwikkeling is vast te stellen? Veel hangt af van de mate en de duur van de klachten en de verschijnselen. Een zekere lijdensweg is nu eenmaal nodig voordat men tot invaliditeit op psychische gronden kan besluiten. Een snelle erkenning van (blijvende) arbeidsongeschiktheid kan soms juist tot fixatie in de invaliditeit leiden.

Het artikel van VAN DER MEER maakt nog eens duidelijk in welke moeilijke situatie de Marokkaanse patiënten in Nederland kunnen verkeren en ook dat deze in vele opzichten met die van de Spaanse, Turkse en andere buitenlandse patiënten te vergelijken is. Maar hoe de arts dan wél de situatie van de buitenlandse arbeiders beter kan doorgronden en diagnosticeren, en hoe hij hieruit praktische consequenties voor de behandeling kan trekken, blijft onduidelijk. Ik hoop dat de discussie hierover geleidelijk tot meer helderheid en betere behandeling zal leiden. De medische therapie zal waarschijnlijk maar een deel van de aanpak van het probleem van de buitenlandse werknemerspatiënten blijven. Ik heb de indruk dat men nu van de medicus iets verwacht wat hij niet kan realiseren, nl. behalve een medisch ook een sociaal politiek, economisch probleem, althans voor het individuele slachtoffer, oplossen.

Literatuur: MEER, PH. J. VAN DER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1555.

Haarlem, november 1979

M. KABELA

Het gaat niet zozeer om de culturele aspecten van het ziektebeeld zelf, maar om de wijze waarop Marokkaanse patiënten hun ziekte, de behandeling ervan en de relatie met hun arts interpreteren. Daarin spelen specifiek Marokkaanse opvattingen over ziekte, genezing en dood een grote rol. Vele van deze patiënten verliezen inderdaad een aanzienlijke hoeveelheid lichaamsgewicht, voor Marokkanen een signaal dat het ziekteproces afglijdt naar de dood. Nog bedreigender is het gebrek aan seksuele potentie. Voor betrekkelijk jonge mannen is dit het bewijs dat hun ziekte catastrofale vormen heeft aangenomen.

De Marokkanen waarderen Spaanse artsen juist omdat zij aan hun verwachtingen voldoen. Wat Nederlandse artsen in elk geval moeten doen, is: de patiënt een hand geven, hem aankijken, hem onderzoeken, overtuigende uitspraken doen, en de patiënt het gevoel geven dat de arts de zorg voor zijn probleem op zich neemt. Een patiënt zonder lichamelijke onderzoek verwijzen of aan het werk sturen is voor Marokkanen een volkomen ongerijmd gedrag. In het geval van decompensatie, waar de prognose slecht is, moet de arts minstens meedelen dat de ziekte zeer moeilijk is, „niet als een gebroken been”, en dat genezing lang op zich kan laten wachten. Meestal leg ik uit dat de ziekte „verborgen zit in het lichaam”, en daardoor ook op foto's niet

gezien kan worden. Dit is voor deze patiënten goed te begrijpen en verklaart voor hen waarom genezing moeilijk is. Voor hen staat verder vast dat God ziekten in alle vormen kan brengen, dus ook ongeneeslijke.

Ik betwijfel of men Marokkaanse bergbewoners inzicht in psychosomatische ziekten kan bijbrengen; het is mij in langdurige gesprekken niet gelukt. De gedachtegang van de invloed van het psychische past in het geheel niet in de Marokkaanse opvattingen over oorzaken van ziekte. Marokkaanse psychiaters streven dit ook niet na; zij achten deze patiënten overigens in grote trekken onbehandelbaar.

Ik ben het pertinent met KABELA oneens als hij suggereert dat buitenlandse arbeiders wel graag afgekeurd naar eigen land zouden willen vertrekken. Marokkaanse bergbewoners met name hebben een sterk arbeidsethos, geheel in tegenstelling tot wat in Nederland doorgaans over Arabieren wordt gedacht. Een man telt pas als hij werkt en zo voor zijn gezin en familie zorgt. Patiënten zeggen vaak: „Geld krijgen en nietsdoen is schande. Maak mij gezond en ik ga weer aan het werk, ik ben hier niet gekomen om stil te zitten!”

Utrecht, december 1979

PH. J. VAN DER MEER

Verbroken communicatie en herstel van de verbinding

Naar aanleiding van het artikel van collega P. H. DAMSTÉ (1979) graag het volgende. Collega DAMSTÉ uit zich wat negatief over communicatiehulpmiddelen als de Cannoncommunicator en Elkomi. Ten onrechte worden deze hulpmiddelen door sommigen aanbevolen voor patiënten met een spraakstoornis ten gevolge van afwijkingen in de larynx. Ze zijn hiervoor echter niet bedoeld. Terecht raadt collega DAMSTÉ aan in dat geval iets op te schrijven. Misschien ontmoet collega DAMSTÉ dergelijke patiënten vaker dan degenen voor wie deze apparatuur wel geïndiceerd is, namelijk patiënten met ernstige (bijv. spastische) paresen waardoor niet alleen de spraak doch ook andere (bijv. manuele) expressiemogelijkheden goeddeels zijn uitgevallen. Hun aantal is helaas – althans in vergelijking met het aantal patiënten met laryngeale spraakstoornissen – niet klein. Bovendien is deze apparatuur – althans de Elkomi – herhaaldelijk een waardevol hulpmiddel gebleken voor patiënten in een terminaal stadium, om hen in staat te stellen nog enigermate actief in hun familie te communiceren.

De genoemde apparaten zijn, doordat ze op commerciële schaal geproduceerd en gedistribueerd worden, betrekkelijk goedkoop. Een elektrische schrijfmachine, zeker gecombineerd met speciale bedieningsaanpassingen, is veel duurder, zij het dat deze apparatuur van grote waarde kan zijn voor hen die met een Elkomi of Cannoncommunicator zich niet „verstaanbaar” kunnen maken. De commerciële verkrijgbaarheid van dergelijke apparaten heeft voorts het voordeel dat er een zekere reclame gemaakt wordt waardoor de betrokken gehandicapten en hun verzorgers op de mogelijkheden geattendeerd worden. Uiteraard is het dan zaak dat artsen, paramedici, technisch-medische adviseurs van (sociale) verzekeringen enz. toezien op de indicatiestelling. Daarvoor zijn een zekere kennis en ervaring nodig. In dit verband ben ik toch blij met het artikel van collega DAMSTÉ. Ik neem aan dat collega DAMSTÉ het mij niet euvel duidt dat ik probeer voor de genoemde hulpmiddelen een zeker eerherstel te bereiken. Uiter-