

# Van Sidi Abd er-Rahman naar Ibn-an-Nafis: een zoektocht naar transculturele psychiatrie in Marokko<sup>1</sup>

**Sinds een jaar of tien geniet de transculturele psychiatrie in België en Nederland een toenemende belangstelling. In beschouwingen en discussies daarover komt ook de rol van “traditionele genezers” aan de orde. Zo hebben onder meer islamitische genezers hun intrede in de Belgische en Nederlandse samenleving gedaan. Reguliere hulpverleners worden steeds vaker met het werk van deze genezers geconfronteerd. De vragen die dat oproept bracht een aantal hulpverleners ertoe kennis te nemen van de stand van zaken in een land als Marokko. Dit is het verslag van hun reis.**

In oktober 1997 hebben de *Provinciale Dienst Minderheden* en de *Stedelijk Integratiedienst* Gent een symposium over transculturele hulpverlening georganiseerd. Daar werd gediscussieerd over het werk van islamitische genezers in België en Nederland. Tevens werd geïnventariseerd in welke mate artsen (en andere “reguliere” hulpverleners) en islamitische genezers met elkaar zouden kunnen samenwerken.

Naar aanleiding van deze bijeenkomst ontstond bij een aantal Belgische artsen en hulpverleners de idee om een studiereis naar Marokko te maken. Lezing van literatuur over de “transculturele psychiatrie” in Frankrijk en Nederland, had hun belangstelling gewekt voor de betekenis van islamitische geneeswijzen en de eventuele incorporatie van elementen daarvan in reguliere hulpverleningsmethodieken (Sterman 1996; De Jong & Van den Berg 1996)<sup>2</sup>. De doelstelling van de reis was een eerste kennismaking met de “reguliere” psychiatrie in Marokko en een inventarisatie van de rol van “traditionele” (c.q. islamitische) geneeswijzen op het terrein van psychische ziekten.

Genoemd idee heeft uiteindelijk geresulteerd in een studiereis van 25 april tot en met 2 mei 1998. De deelnemers waren: een maatschappelijk assistente, een psychologe, een sociaal agoge/psychotherapeute en twee psychiaters. Vanwege mijn betrokkenheid bij genoemd symposium en mijn belangstelling voor het onderwerp heb ik mij bij hen aangesloten. Om genoemde doelstelling te realiseren hadden we van tevoren afgesproken om te proberen bezoeken te brengen aan

psychiatrische ziekenhuizen (het biomedische circuit) en heiligdommen. De laatsten behoren tot het islamitisch volksgeloof, dat volgens de literatuur een belangrijke rol speelt bij de behandeling van psychiatrisch zieken (Hermans 1986; Bennani 1989a).

Om de tijd zo efficiënt mogelijk te besteden hebben we er voor gekozen om de reis te beperken tot Casablanca<sup>3</sup> en Marrakech. We hadden daar de volgende redenen voor. Ten eerste hoopten we daarmee respectievelijk zowel een “moderne” als een “traditionele” stad te bezoeken. Daarbij dient bij Casablanca te worden aangetekend dat de bevolking van deze stad grotendeels uit ruraal-urbane migranten bestaat. Voor de meningsvorming over de transculturele psychiatrie is dat van belang (Moussaoui 1989a). Ten tweede was van Casablanca bekend dat zich daar twee belangrijke psychiatrische ziekenhuizen bevinden: respectievelijk “*Ibn Rushd*” en “*Berrechid*”. Het voordeel van Marrakech was dat zich vooral in én rondom deze stad diverse heiligdommen bevinden (Fernea 1993; Errazki-Van Beek 1994).

Met de hulp van professor Benchekekroun - voorzitter van de *Société Marocaine de Psychiatrie* (Marokkaanse Vereniging voor Psychiatrie) - hadden we afspraken gemaakt met drie psychiaters: Moussaoui, Hachadi en Ghazouani. Daarnaast hadden we met de hulp van Marokkaanse en Nederlandse collega's informatie verzameld over heiligdommen<sup>4</sup>. Tijdens de voorbereiding van onze reis bleek de toestemming van de autoriteiten in Marokko (genoemde vereniging en het Ministerie van Volksgezondheid) van groot belang om toegang tot de reguliere sector te verkrijgen.

Dit is een verslag van onze studiereis<sup>5</sup>. Met nadruk zeg ik erbij dat het geen wetenschappelijke verhandeling is, maar een beschrijving van impressies. Vooraf waren wij er ons van bewust dat wij - vanwege de korte tijd - slechts een beperkt beeld van de Marokkaanse medische situatie zouden krijgen. Gezien de toenemende belangstelling voor alternatieven in de psychiatrische behandeling van allochtone patiënten in België en Nederland, meen ik desondanks dat het verslag interessante gegevens bevat. Met name doel ik dan op het antwoord op de vraag hoe psychiaters in Marokko omgaan met “traditionele” geneeswijzen.

Voor lezers die nog niet bekend zijn met islamitische geneeswijzen geef ik allereerst een korte beschrijving van de achtergronden en inhoud daarvan. Daarna volgen onze reis-impressies. Ik besluit het verslag met een evaluatie.

## Islamitisch volksgeloof en geneeswijzen in Marokko

Evenals in het rooms-katholieke geloof bestaat er in de islam als religieus kader een volksgeloof. Volksgeloof is een leer over de aard en de werking van bovennatuurlijke krachten en rituelen, met behulp waarvan deze voor gezondheid en welzijn kunnen worden aangewend (Shadid & Van Koningsveld 1983).

Het islamitisch volksgeloof is gebaseerd op elementen uit de islam, de Arabisch-islamitische geneeskunde, de profetische geneeskunde, het soefisme en lokale tradities en gewoonten<sup>6</sup>. Een belangrijk kenmerk ervan is dat het zowel natuurlijke oorzaken als bovennatuurlijke oorzaken van ziekten en problemen erkent<sup>7</sup>. Voorbeelden van ziekten met doorgaans een natuurlijke oorzaak zijn: huidziekten, maag- en darmstoornissen, vergiftiging door dierenbeten, botbreuken. Natuurlijke oorzaken van ziekten zoekt men dikwijls in een verstoord evenwicht in het lichaam. Dit kan een gevolg zijn van verkeerde voedingsgewoonten. Voor de behandeling van dit soort ziekten maakt men gebruik van huismiddelen, de diensten van kruidendokters én “traditionele” bottenzetters.

Naar bovennatuurlijke oorzaken gaat men zoeken als een ziekte lang aanhoudt of plotseling optreedt. Hetzelfde geldt als een persoon of een gezin herhaaldelijk door ziekte of onheil wordt getroffen. Hierbij onderscheidt men drie oorzaken: magie, het boze oog en

boze geesten. *Magie* is een poging om gebeurtenissen en relaties te beïnvloeden met behulp van bovennatuurlijke middelen (Greenwood 1981). Als oorzaak van ziekten of problemen spreken we van zwarte magie of toverij. Zwarte magie kan worden toegepast door het uitspreken van formules of het uitvoeren van rituelen. Ter bestrijding van de effecten van magie wordt gebruik gemaakt van amuletten. Dit zijn papiertjes met een handgeschreven koranvers die in een leren of plastic zakje op het lichaam worden gedragen. Daarnaast maakt men gebruik van contra-magische rituelen.

Het *boze oog* wordt in verschillende culturen en religies beschreven (Helman 1994). Het is gebaseerd op de idee dat een individu de kracht heeft om schade te berokkenen louter door naar iemand of naar diens bezit te kijken. Veelal wordt het boze oog geassocieerd met jaloezie. Om het boze oog af te weren maakt men gebruik van amuletten en blauwe kralen.

*Boze geesten* worden in het islamitisch volksgeloof aangeduid met de term *djinns*. Djinns zijn onzichtbare wezens, die zich soms in de vorm van een mens of een dier manifesteren. De meeste djinns zijn wispelturig, wraakzuchtig en kwaadaardig. Zij kunnen een mens allerlei ziekten en problemen bezorgen. Om zich daartegen te beschermen gebruikt men amuletten of stoffen waar djinns niet tegen kunnen, bijvoorbeeld zout of wierook (Crapanzano 1973).

Een belangrijk begrip in het islamitisch volksgeloof is *baraka*, dat zegenbrengende en helende kracht betekent. Baraka bevindt zich onder meer in bepaalde koranverzen, die voor amuletten en rituelen worden gebruikt ter genezing van ziekten. Ook bepaalde heilige personen (*marabouts* of *seyyeds*) zouden over baraka beschikken. Aldus is heiligenverering een belangrijk onderdeel van het Marokkaanse volksgeloof. Men gaat er daarbij vanuit dat de baraka van de heilige zich ook in en rondom zijn graftombe (*qubba*) bevindt. Graftomben worden om uiteenlopende redenen bezocht: ter genezing van een ziekte of bezetenheid, het krijgen van kinderen, het verkrijgen van een baan, het laten terugkeren van een geliefde. Soms is rond de graftombe van een heilige een mystieke orde georganiseerd.

Vanuit het volksgeloof in islamitische samenlevingen zijn allerlei geneeswijzen ontstaan. In Marokko bestaat - naast de biomedische gezondheidssector - dan ook een breed scala van islamitisch geïnspireerde therapieën en genezers. Met name in rurale gebieden spelen deze laatste een belangrijke rol (Peeters 1983; Bennani

1989a). De bekendste Marokkaanse term voor islamitische genezer is de *fqih* (mv. *fuqaha*). Een *fqih* is iemand die zijn kennis van de koran en de *hadith* (opgetekende verhalen over de profeet Mohammed) gebruikt om ziekten en problemen te voorkomen of te genezen. Naast de *fqih* kennen Marokkanen de *sjarief* (mv. *sjoerfa*). Sjoerfa claimen afstammeling te zijn van de profeet Mohammed of van heiligen. Als zodanig worden zij geacht over erfelijke genezende gaven te beschikken.

## Bezoek aan heiligdommen

Tijdens onze reis hebben wij vier heiligdommen bezocht. Zoals ons uit de literatuur al bekend was mochten wij als niet-moslims de ruimtes waarin heiligen begraven liggen niet betreden (Fernea 1993; Errazki-Van Beek 1994)<sup>8</sup>. Soms kregen we wel de gelegenheid om vanaf een binnenplein in zo'n ruimte te kijken. Ook bleek het (qua taal en terughoudendheid van betrokkenen) moeilijk om informatie te verkrijgen van bezoekers aan heiligdommen. In de tekst hieronder zal ik verslag doen van onze bezoeken aan deze heiligdommen. De informatie die wij daar hebben verkregen heb ik aangevuld met de gegevens van diverse onderzoekers op het gebied van heiligenverering. Daarna volgt een korte beschrijving van hetgeen wij op het gebied van kruiden hebben gezien.

### *Sidi Abd er-Rahman*

De graftombe (*qubba*) die aan deze heilige is gewijd, bevindt zich op een rots voor de kust nabij Casablanca. Bij eb is het complex te voet bereikbaar. Rond het heiligdom staat een aantal huizen. Naar verluidt zouden er zo'n twaalf gezinnen wonen. In de straatjes is een aantal "winkeltjes". Daarin zijn in allerlei vormen attributen van lood te zien. Een vrouw vertelde ons dat de vrouwen die genoemde winkels beheeren, stukken lood (*ldun*) smelten en die in een emmer met zeewater werpen<sup>9</sup>. Met het water moeten patiënten zich vervolgens wassen. Dit zou een reinigende en helende werking hebben. Ook kent men het gebruik om het "behandelde" stuk lood onder een kussen of een matras te leggen. Dit zou met name effectief zijn tegen slapeloosheid.

De vrouw begeleidde ons naar het heiligdom. Via een binnenplaatsje - waar kaarsen voor de heilige worden verkocht - bracht zij ons tot de drempel van een ruimte die wij niet mochten betreden. In bedoeld vertrek was aan de rechterzijde een groen

kleed te zien waarop de naam van de heilige staat te lezen. Volgens de vrouw ligt de heilige hier niet werkelijk begraven en dient het kleed ter herinnering aan hem. Wel zou het heiligdom zijn zegenkracht (*baraka*) bevatten<sup>10</sup>. In de donkere ruimte was voorts een houten kistje te zien, waarin bezoekers een gift kunnen stoppen. Tijdens ons bezoek zaten er in het heiligdom een man en een vrouw op de grond te bidden. De vrouw die ons begeleidde, sprenkelde wat reukwater op onze handen, smeerde er henna op, liet ons over een pot met brandend wierook en kruiden stappen en gaf ons enkele kaarsen. Deze handelingen zouden ons bescherming bieden.

Zij vertelde ons verder dat mensen uit diverse Marokkaanse streken en zelfs uit het buitenland het heiligdom bezoeken. Zij komen er voor allerlei ziekten: slapeloosheid, maagpijn, hoofdpijn. Zieken verblijven er soms meerdere dagen, waarbij zij bij een van de bewoners logeren. Toen wij er waren brachten diverse mensen een kort bezoek aan het heiligdom. Het betrof zowel traditioneel geklede ouderen als modern geklede jongeren.

De taxichauffeur die ons naar het heiligdom bracht, vond zulke heiligdommen maar niets. Volgens hem moet men bij ziekte naar het ziekenhuis gaan. Het bezoek aan heiligdommen was iets voor mensen die "achtergebleven" zijn. Voorts was hij van mening dat het indruist tegen de principes van de islam. In dit verband maakte hij onderscheid tussen "gebedsgenezers" en "charlatans". Onder gebedsgenezers verstond hij imams (gebedsvorgangers in moskeeën), die zich met behulp van koranverzen tot God wenden om genezing van een zieke smeken. Charlatans zouden daarentegen vooral met geesten werken, hetgeen volgens de taxichauffeur tegen de islam ingaat.

Nadere informatie over *Sidi Abd er-Rahman* is te vinden bij Akhmisse (1984). *Sidi Abd er-Rahman* zou een uit Bagdad afkomstige mysticus zijn geweest. Volgens Akhmisse worden bij het heiligdom met name mensen behandeld, die bezeten zijn. Daarvoor is een speciale ruimte, waarin men vanachter een houten hekwerk op de zee uitkijkt. Patiënten worden hier een aantal dagen en nachten ondergebracht, waarbij "de demonen van de zee" de slechte djinns uit hen verdrijven. Na deze behandeling ondergaan de patiënten een ritueel met rook en/of zeewater. Ten slotte worden zij geacht een offer aan de heilige te brengen.

### *Sidi Messaoud*

De naam en het adres van de lokatie waar

deze heilige ligt begraven, was afkomstig van een Marokkaanse islamitische genezer in Nederland, die afstammeling zegt te zijn van *Sidi Messaoud*<sup>11</sup>. Het heiligdom bevindt zich op een islamitische begraafplaats naast een moskee, in een klein dorp op ongeveer vijfendertig kilometer ten zuiden van Casablanca. Via een aantal trappen bereikt men de ingang van het complex. Daar staat een kraampje, waar bezoekers kaarsen en andere religieuze artikelen kunnen kopen. De man achter het kraampje liet ons weten dat wij een kijkje in het heiligdom mochten nemen, maar dat wij niet de ruimte mochten betreden waarin zich het graf van Sidi Messaoud bevindt. We staken een binnenplaatsje over en stonden voor bedoelde ruimte. De graftombe, waarover een groen kleed was gedrapeerd, was zichtbaar achter een hek. Diverse vrouwen kusten het hek en wierpen pakjes met kaarsen op het graf<sup>12</sup>. Ook liep er een meisje in een vermoedelijke staat van trance om het graf heen. Voorts zat er in een hoek een vrouw te schreeuwen, te midden van andere bezoekers.

Diverse bezoekers op de binnenplaats stonden, net als wij, met een klaarblijkelijke mengeling van nieuwsgierigheid en ontzetting naar het meisje en de vrouw te kijken. Enkele van de aanwezige bezoekers zeiden dat de vrouw geketend op de grond zat. Een mannelijke bezoeker vertelde ons dat de vrouw bezeten was en dat zij bij het graf genezing kwam zoeken. Volgens hem was zij naar hier verwezen door een psychiater uit Marrakech. Spoedig daarna werd ons door een andere man te verstaan gegeven dat wij het heiligdom moesten verlaten.

Uit een later gesprek met genoemde Marokkaanse genezer in Nederland begreep ik dat Sidi Messaoud zo'n honderd jaar geleden moet hebben geleefd. Volgens de genezer hangen aan de muren in het heiligdom kettingen, waaraan sommige patiënten worden vastgebonden. Voor mannelijke patiënten wordt dat gedaan door de mannelijke beheerder (*muqaddam*) en voor vrouwelijke patiënten door de vrouwelijke beheerder (*muqaddama*). Daarbij worden er drie knopen in de ketting gelegd, die vanzelf los zouden gaan zodra de patiënt verlost is van de djinn die hem of haar belaagt. De genezer vertelde tevens dat mensen de kettingen soms ook "als een soort test" gebruiken. Zij laten zich erin vastmaken en indien deze vanzelf loslaat zou men gezond zijn, zoniet dan is er sprake van bovennatuurlijke invloeden. Patiënten en hun familieleden kunnen, indien nodig, meerdere

dagen bij het heiligdom verblijven. Voor hen zijn er speciale gastenverblijven. Uit dank voor genezingen worden er regelmatig dierenoffers aan de heilige gebracht. Volgens de genezer zijn vlakbij de *qubba* van Sidi Messaoud eveneens twee voormalige helpers van de heilige begraven. De genezer zei dat hij in zijn eigen behandelingen in Nederland gebruik maakt van de hulp van eenentwintig geesten, waaronder die van Sidi Messaoud. Hij doet dat in speciale trance-sessies, waarin hij patiënten of hun familieleden als medium gebruikt.

Volgens Akhmisse (1984) was Sidi Messaoud de zoon van een vooraanstaande islamitische geleerde. Vanaf zijn jeugd verdiepte Sidi Messaoud zich in islamitische geschriften en wijdde hij zich aan meditatie. Zijn moeder maakte zich ongerust over het devote leven van haar zoon. Als gevolg daarvan werd zij psychisch ziek. Artsen slaagden er echter niet in om haar te genezen. Geïnspireerd door een droom van zijn vader paste Sidi Messaoud vervolgens zelf een therapie toe. Aangezien zijn moeder bezeten bleek door djinns betrof dit een uitdrijvingsritueel. Sidi Messaoud ketende haar vast aan een paal en begon haar te geselen met een leren zweep. Zijn moeder schreeuwde tot het ochtend werd, waarna zij rustig werd en genezen was. Sinds die tijd legde Sidi Messaoud zich toe op het genezen van psychische ziekten en genoot hij grote bekendheid. Ook na zijn dood staat het complex rondom zijn graf bekend om de genezende krachten voor psychisch zieken. Akhmisse maakt ook melding van aparte kamertjes in het complex, waarin patiënten verblijven. Tijdens zijn bezoek aan het complex bevond zich in één daarvan een meisje van ongeveer zeventien jaar. Ze was vastgekend en halfnaakt. Een *fqih* die er koranverzen reciteerde vertelde hem dat het meisje eerder zonder resultaat in het biomedische circuit zou zijn behandeld. Volgens hem was het kind, sinds zij bij het heiligdom verblijft, rustig. Zij zou geen nachtmerries meer hebben en weer goed slapen. Akhmisse wees de *fqih* er op dat de therapie volgens hem gevaarlijk is en niet door de islam wordt aanbevolen, maar deze liet zich niet overtuigen.

### ***Moulay Ibrahim***

Zo'n vijftig kilometer ten zuiden van Marrakech ligt het heiligencomplex *Moulay Ibrahim* en het eromheen gebouwde dorp<sup>13</sup>. Met zijn zessen in een zeer oude taxi hebben wij op een morgen dit dorp bezocht. De tocht op zich was al een belevenis. Met op de achtergrond de opdoemende bergen van de Hoge Atlas, reden we door nevels van mist naar het dorp dat uit twee gedeelten bestaat. In het ene gedeelte bevindt zich

het heiligencomplex, met daarbij diverse winkels. In het andere deel bevinden zich de huizen van de dorpsbewoners, zo vertelden de twee ons begeleidende gidsen. De winkels bleken enerzijds de waren van slagers en kruideniers te bevatten, anderzijds allerlei toeristische voorwerpen. Voorts waren er twee winkels met geneeskrachtige kruiden en magische attributen. Een van deze “winkeliers” vertelde ons dat hij *fqih* is en amuletten schrijft op basis van koranverzen. Een kennis van zijn vader heeft hem dat geleerd. Hij liet ons een boek met Arabische teksten van zijn vader zien en een Franstalig kruidenboek. In zijn winkel lagen kaarsen, die men bij het graf van de heilige laat branden. Ook hingen er verschillende gedroogde dieren, waaronder kameleons. Deze zijn gevuld met kruiden. De bedoeling ervan is dat men bij ziekte zo’n gedroogd dier op een vuur gooit. Indien het “openklapt” zal men genezen.

Bij de ingang van de graftombe van Moulay Ibrahim zeiden onze gidsen dat wij daar niet in mochten. Zij vertelden ons dat het jaarfeest (*mussem*) ter ere van de heilige door vele mensen wordt bezocht en dat er dan een ritueel met de kop van een geofferde kameel wordt uitgevoerd. Dit ritueel en andere relevante informatie over Moulay Ibrahim is te vinden bij Fernea (1993). In het gezelschap van een Marokkaanse vriendin en gekleed in *djellaba* en hoofddoek verkreeg zij, ondanks genoemd verbod, toegang tot het heiligdom en de *zâwiya* (soort studie- en meditatiecentrum) van Moulay Ibrahim. Op indringende wijze beschrijft zij hoe de pelgrims voetje voor voetje naar en langs de sarcofaag van Moulay Ibrahim lopen en welke handelingen zij daar verrichten (bidden, kussen van de graftombe). Uit het bezoek dat Fernea bracht aan de *zâwiya* (voor vrouwen) blijkt dat deze wordt bezocht voor uiteenlopende doeleinden: ziekte, onvruchtbaarheid, scheidingen, rouw. Vrouwen kunnen er ook blijven slapen. In de *zâwiya* bevinden zich genezeressen die zieken behandelen met behulp van koranrecitaties en massages.

Fernea, die deelgenoot was van genoemd ritueel met de geofferde kameel, schrijft daarover dat dit dier van oudsher een geschenk is van de leerlooiers van Marrakech aan Moulay Ibrahim. Het ritueel bestaat eruit dat de kameel eerst twee maal in optocht door het dorp wordt geleid. Vervolgens wordt het dier geofferd, waarna met zijn kop nogmaals door het dorp wordt getrokken naar “*el-Chalwa*”, de boom op de bergtop waar

Moulay Ibrahim ooit zou hebben gebeden. Daarmee is het ritueel volbracht. Volgens de Marokkaanse vrouw die Fernea vergezelde, bevat het bloed van de geofferde kameel dat op straat achterblijft *baraka*. Samen met andere vrouwen depte zij dan ook wat van het bloed op met haar zakdoek. Zij hoopte dat dit zou helpen tegen de hoofdpijn waaraan haar dochter leed.

Volgens onze gidsen bezoeken vooral vrouwen met onvruchtbaarheidsproblemen het heiligdom van Moulay Ibrahim. Zij lieten ons ook een stal zien, waar twee mannen zaten die geiten te koop aanboden. Deze dieren zijn bedoeld voor bezoekers, die offers willen brengen aan de heilige. Het vlees van de dieren wordt aan de beheerder van het heiligdom gegeven, die het vervolgens onder de armen verdeelt.

Lopend door het dorp zagen we een klein gezondheidscentrum, waar wij spraken met een verpleegkundige. De man vertelde dat het centrum wordt beheerd door een arts en verpleegkundigen. Men verstrekt er vaccinaties, geeft medische voorlichting en verricht kleine medische ingrepen (onder meer bevallingen). De voorlichting over geboortenbeperking slaat volgens de verpleger nauwelijks aan. Ten eerste wil men veel kinderen en ten tweede begrijpt men het niet (“er wonen veel analfabeten”). Het centrum beschikt over voldoende medicijnen, maar heeft een groot gebrek aan materialen. Patiënten met ernstige ziekten worden doorverwezen naar een ziekenhuis in Marrakech. In geval van psychiatrische ziekten wordt doorverwezen naar het Ibn Nafis-ziekenhuis in dezelfde stad.

De verpleger zei verder dat men in het dorp ook gebruik maakt van de diensten van een “kruidenmengster”. Hij zei daar zelf niet in te geloven, maar het gebruik ervan ook niet te kunnen verhinderen. Volgens hem zijn er dorpelingen, die in het geval van ernstige ziekten niet naar een arts gaan.

### *Sidi Abû l’Abbâs as-Sabti*

In de oude binnenstad (*medina*) van Marrakech hebben we op een vrijdagmorgen een bezoek gebracht aan het complex rond de graftombe van *Sidi Abû l’Abbâs*<sup>14</sup>. Sidi Abû l’Abbâs leefde van 1130 tot 1204/5. Hij is de belangrijkste van de zogenaamde “zeven heiligen van Marrakech” en geldt als hoofdpatroon van de stad. Sidi Abû l’Abbâs was een streng gelovig moslim, die gedurende veertig jaar een ascetisch bestaan leidde in de bergen nabij Marrakech. Op verzoek van sultan Ya’qub al-Mansûr ging Sidi Abû l’Abbâs in 1184 lesgeven in de islam aan behoeftige studenten. Daarnaast trok hij de stad

in om aalmoezen te verzamelen voor armen en gehandicapten. De leer en het leven van Sidi Abû l'Abbâs waren gebaseerd op het principe, dat "het leven van de mens vorm krijgt door middel van de liefde tot God en zijn evenmens". Dit betekende volgens hem dat de mens alles moet delen met anderen en verder op God moet vertrouwen. Op basis van deze ideeën en de wonderen, die zich volgens de legenden rond zijn persoon voordeden, ging Sidi Abû l'Abbâs voor het volk dan ook "de man van de aalmoes" heten. Tot op heden wenden vele behoeftigen zich tot hem.

Het heiligdom van Sidi Abû l'Abbâs bereikten wij via een doolhof van steegjes en na veel vragen aan omwonenden. Aan een plein staat aan de ene kant een fontein en aan de andere zijde de ingang van het heiligdom, waarin Sidi Abû l'Abbâs begraven ligt. Ook hier bleken we de graftombe zelf niet te mogen bezoeken en nadat we wat op het plein hadden rond gekeken werd ons door een oudere man te verstaan gegeven dat we het plein moesten verlaten. Het gebied rond de graftombe bleek eveneens verboden voor niet-moslims.

Errazki-Van Beek schrijft over het complex rond Sidi Abû l'Abbâs dat er zich behalve de *qubba* van de heilige onder meer een moskee, een school, een bibliotheek, onderkomens voor gehandicapten en tuinen bevinden. In het verleden zou er ook een ziekenhuis aan het heiligdom verbonden zijn geweest (waar rond 1800 zo'n tweeduizend mensen werden verpleegd), maar dit bestaat nu niet meer. Tot op heden zijn er islamitische geleerden aan de school van het heiligdom verbonden. Zij verkondigen er de leer van Sidi Abû l'Abbâs en reciteren op verzoek van pelgrims koranverzen. Op het terrein is volgens Errazki-Van Beek een groot aantal lichamelijk gehandicapten (met name blinden) ondergebracht, die daar permanent wonen. Zij worden ondersteund door de gaven in geld en natura die pelgrims aan het heiligdom achterlaten. Ook Koning Hassan II, die tijdens zijn verblijf in Marrakech het heiligdom van Sidi Abû l'Abbâs bezoekt, zou schenkingen aan het complex doen. Elke woensdag (de belangrijkste bezoekdag van dit heiligdom) zou er uit zijn naam een kalf voor de armen worden geslacht en iedere vrijdag zou hij couscous naar het heiligdom laten sturen.

Sidi Abû l'Abbâs staat niet bekend als een heilige, die gespecialiseerd is in het genezen van een bepaalde ziekte. Conform zijn leven gaat men er vanuit dat elke kwaal kan worden genezen, mits men er een gift

tegenover stelt.

## Bezoek aan kruidenwinkels

In de *medina* van Marrakech zagen we vele kruidenverkopers. Een belangrijke lokatie is de *Place Rahba Le-Kdima*. Rond dit plein bevinden zich winkels, waar allerlei ingrediënten voor de bereiding van geneesmiddelen en magische rituelen worden verkocht. Er zijn vele potten met kleurige kruiden, gedroogde dieren (kameleons, hagedissen, vogels) en hangers waar amuletten in gestopt kunnen worden.

Een andere lokatie waar kruiden te koop worden aangeboden, is het beroemde *Jemaa al-Fna*. Naast schrijvers van amuletten bieden daar kruidengenezers hun waren aan. Op kleden die zij op straat hebben uitgespreid, bevinden zich in potten wederom allerlei kruiden en verder gedroogde dieren die voor rituelen gebruikt kunnen worden.

Naast genoemde lokaties hebben we een bezoek gebracht aan een kruidenwinkel in de joodse wijk (*mellah*). Deze winkel lijkt zich vooral op de toeristen te richten. De winkel heeft drie kleine leslokalen, waarin een van de verkoopsters uitleg geeft over kruiden voor voedingsdoeleinden en medicinaal gebruik.

## Bezoek aan psychiatrische ziekenhuizen

Naast onze bezoeken aan instituties die tot het islamitisch volksgeloof behoren, hebben wij drie psychiatrische ziekenhuizen bezocht. We hebben daar gesprekken gevoerd met de betrokken psychiaters.

### *Psychiatrisch centrum Ibn Rushd (Casablanca)*<sup>15</sup>

We hebben hier gesproken met professor Moussaoui, het hoofd van deze universiteitskliniek. Naar aanleiding van onze bezoeken aan Sidi Abd er-Rahman en Sidi Massaoud gaf Moussaoui zijn visie op zulke heiligdommen. Volgens hem bezoeken vooral ongewild kinderloze vrouwen Sidi Abd er-Rahman. Hij suggereerde dat zij daar soms seksueel worden misbruikt door afstammelingen van de heilige. Naar zijn mening gaat het personen rond dergelijke heiligdommen vooral om het verdienen van geld. Zij beweren dat zij alles kunnen behandelen. Ook bij Sidi Massaoud doet men volgens Moussaoui van alles om geld te verdienen. Men zou er mensen met kettingen vastbinden en 's winters als onderdeel van

therapieën met koud water begieten. Moussaoui stelde in dit verband: “er bestaat in Marokko geen alternatief voor de biomedische sector.”

Over “traditionele geneeswijzen” in het algemeen achtte Moussaoui twee zaken van belang. Ten eerste gaan mensen - als gevolg van de toegenomen globalisering en migratie - op zoek gaan naar hun “roots”. Traditionele geneeswijzen maken daar deel vanuit. Ten tweede benadrukte hij dat traditionele geneeswijzen niet specifiek zijn voor ontwikkelingslanden. Zo maken volgens hem in Frankrijk zo’n acht miljoen mensen per jaar gebruik van alternatieve geneeswijzen. In Marokko is daarentegen te zien dat veel mensen psychiaters bezoeken.

Moussaoui wees op de betekenis van de Arabisch-islamitische geneeskunde in het verleden: “een hele rationele geneeskunde in het gouden tijdperk van de islam, van de tiende tot de vijftiende eeuw, die terugging op Hippocrates. (...) De profeet Mohammed heeft, in tegenstelling tot Jezus, nooit gezegd dat hij iemand kon genezen. Ten eerste stuurde hij mensen door naar een beroemde arts. Ten tweede wist Aïsha, de tweede vrouw van de profeet, uit ervaring veel over medicijnen en schreef zij deze voor.”

Djinns (“*dzjenoun*”) worden weliswaar in de koran genoemd, maar worden daarin verder niet beschreven: “*Dzjenoun* stamt van *jenna*, hetgeen paradijs betekent. En *jennin* betekent foetus. Dat wil zeggen: dit alles heeft betrekking op “hidden power”, het ongeziene, iets dat je als mens niet kunt zien. Daar doelt de koran op als er wordt gesproken over *dzjenoun*.”

Over traditionele genezers en heiligen merkte Moussaoui tevens op dat hij zijn eigen familie en kinderen er nooit heen zou sturen. In dit verband maakte hij op vier punten een vergelijking tussen het biomedische en het “traditionele” circuit. Ten eerste brengt de opleiding in de biomedische sector voor studenten veel kosten (in tijd, energie en geld) met zich mee. In het traditionele circuit is er echter van geen enkele investering sprake, noch qua geld noch qua tijd: “Via bijvoorbeeld een droom kan men zich tot genezer benoemen.” Ten tweede moet men in het biomedische circuit de behandeling expliciteren. Men dient deze open te overleggen en door anderen laten controleren. Traditionele genezers kunnen daarentegen niet verklaren waarom zij bijvoorbeeld de ene

behandeling boven de andere verkiezen. Ten derde wordt de kennis in het biomedische circuit voortdurend verder ontwikkeld. Dit in tegenstelling tot de kennis van traditionele genezers, die “nooit” verandert en bovendien “als absolute waarheid wordt gebracht”. Ten vierde kennen traditionele genezers geen beroepsgeheim, zoals artsen die kennen, en zij werken ook niet vanuit een bepaald medische ethiek. Refererend aan een studie van Assen (1990) voegde Moussaoui hieraan toe dat de behandelwijzen van traditionele genezers duurder en minder effectief zijn en niet kunnen samengaan met biomedische therapieën.

Moussaoui noemde de “verbale psychotherapie” zoals wij die kennen: “typisch westers”. In veel landen bestaat het fenomeen van individueel behandelen niet. Om daartoe mogelijkheden te kunnen bieden moet een samenleving veranderen naar een meer individualistisch maatschappijtype, een proces van jaren. Maar dit betekent niet dat men in Westeuropese landen migranten uit Marokko geen behandeling kan geven. Therapeuten moeten zich daarbij realiseren dat het dikwijls om mensen gaat die “passief-agressief” zijn: dat wil zeggen dat zij niet van ervaringen leren en veel eisen van therapeuten<sup>16</sup>.

Moussaoui heeft zelf ook veel met deze opstelling van patiënten in Marokko te maken. Het “passieve” zou vooral betrekking hebben op fatalisme. Dit is verbonden met het ontzag dat jongeren voor ouderen (vader, oudere broer) hebben. Men beslist van hogerhand wat er moet gebeuren en dat dient men te accepteren. Het heeft ook te maken met de idee dat het uiteindelijk God is die het laatste gezag heeft. Over “agressiviteit” zei Moussaoui dat deze zich noodgedwongen naar binnen richt. Omdat men móet gehoorzamen, gebeurt dit op de slechtst mogelijke manier, bijvoorbeeld door een opgedragen taak traag uit te voeren of door iets slecht te vervaardigen. In de hulpverlening leidt dit tot een passieve houding. Als de hulpverlener een behandeling aanbiedt, dan zal men deze ofwel afbreken ofwel op een zo slecht mogelijke manier volgen.

Moussaoui adviseert therapeuten dat zij zich moeten realiseren dat deze patiënten hulp nodig hebben en met een open blik benaderd moeten worden. Positieve discriminatie is echter uit den boze. Therapeuten dienen hen dezelfde behandeling te geven als autochtone Belgen en Nederlanders. Hierbij verwees Moussaoui naar het kolonialisme. Dat is voor een deel de schuld van het Westen, maar uiteindelijk ook te wijten aan Marokko zelf. Dat Marokkanen migreren is geen excuus voor een aparte behandeling.

Iedereen wist wat hem of haar te wachten stond en dat hij/zij zou kunnen vereenzamen. Migratie impliceert onomkeerbare veranderingen en qua identiteit een leven tussen twee culturen. Migranten mag men slechts tot op zekere hoogte apart behandelen. Zij moeten zich aanpassen aan de cultuur van de ontvangende samenleving.

De gezondheidszorg in Marokko bestaat uit een private, een publieke en een militaire sector. Afgezien van bijkomende secundaire voorzieningen zijn de behandelingen in alle sectoren in wezen hetzelfde. Arme patiënten worden gratis behandeld, indien zij over een bewijs van onvermogen beschikken. Zo'n vijftien tot twintig procent van de Marokkanen is thans tegen ziektekosten verzekerd. Spoedig wordt dit veertig procent. De rest van de bevolking kan zich onkosten in geval van ziekten veroorloven, zo stelde Moussaoui.

Volgens Moussaoui zijn depressies (zie ook zijn artikel uit 1989) in de kern universeel, maar qua uitingsvorm cultureel bepaald. Die kern is objectief vast te stellen aan de hand van criteria als passiviteit (geen beleving hebben). Moussaoui stelde dat zowel de ICD-10 (Internationals Codification of Diseases, t.b.v. alle ziekten) als de DSM-III (Psychiatric Diagnostical and Statistical Manual, t.b.v. psychiatrische ziekten) in Marokko geaccepteerd zijn. In *Ibn Rushd* werken hulpverleners op psychotherapeutisch gebied eclecticisch. Men heeft geen voorkeur voor een bepaalde vorm van psychotherapie.

Tijdens het gesprek kwam ook het werk van de in Frankrijk werkzame Egyptische psychiater Nathan ter sprake (zie Sterman 1996). Moussaoui was stellig over Nathan's streven naar een synthese tussen psychoanalyse en traditionele geneeswijzen: "Devereux stelde dat therapeuten die over identiteit spreken hun eigen psychoanalyse nog niet hebben voltooid. Dat wil zeggen Nathan is teveel gericht op zijn eigen identiteit. Nathan is een acteur en iemand die zijn leermeester Devereux en zijn vak heeft verraden. Bovendien is het iemand die graag in de belangstelling staat. Hij voert het begrip cultuur ten tonele, maar geeft er verder geen inhoud aan. Hij verkoopt de identiteit van anderen."<sup>17</sup>

### ***Psychiatrisch ziekenhuis Berrechid***

Op ongeveer 35 kilometer ten zuidoosten van Casablanca ligt *Berrechid*. In dit ziekenhuis hadden wij een gesprek met

Hachadi. Hij gaf een historische verhandeling over de geneeskunde in de islamitische wereld. Daarbij wees hij op de betekenis van de "maristans". Dit waren zorginstellingen die ontstonden in Damascus, Bagdad en Andalusië ten tijde van de hoogtijdagen van de Arabisch-islamitische geneeskunde. Daar werden psychiatrische patiënten zonder medicijnen of gewelddadige methoden behandeld. De maristans werden geleid door medische geleerden. Het waren open klinieken. Patiënten waren vrij om te komen en te gaan. Zij kregen geld om zelfstandig te kunnen wonen en aldus weer te reintegreren in de maatschappij. In de maristans bood men patiënten allerlei activiteiten aan. Men werkte onder meer met muziektherapie.

In de zeventiende en achttiende eeuw was er sprake van een neergang van de Arabisch-islamitische cultuur. Dit was niet te wijten aan het opkomende Europese kolonialisme, waarmee Marokko immers pas in het begin van de twintigste eeuw te maken zou krijgen. Er speelden interne oorzaken, zoals ook het geval was bij de neergang van de Griekse en Romeinse cultuur. Ook de geneeskunde en psychiatrie werden door deze neergang aangetast. Vanaf de zeventiende eeuw ging men in de psychiatrie (en de maristans) steeds vaker over tot het gebruik van geweld. De nadruk kwam te liggen op het opsluiten van patiënten in plaats van zorg. Maar volgens Hachadi bleef een aantal maristans desondanks "op een hoog niveau" functioneren.

Hoewel in genoemde eerdere periode praktijken van charlatans waren weggedrukt, kregen deze in latere tijden weer ruimte: "er waren marabouts die tijdens hun leven goede werken verrichtten en nadien werden vereerd. Men ging hen vervolgens om hulp en genezing vragen. Dit is te vergelijken met situaties in het christendom. Zo geloofde men dat het bezoek aan marabouts ertoe kon leiden dat kinderlozen kinderen zouden krijgen. De mensen kenden marabouts een hoge status toe. Aanvankelijk ging het om religieus vrome personen, die een reputatie genoten als echte gelovigen. Zij stelden dat alleen God kan genezen. Maar de neergang op economisch en politiek niveau impliceerde ook een geestelijk verval. Dit betekende dat charlatans op medisch gebied hun kans schoon zagen. Zij probeerden profijt te trekken door zich afstammelingen van bekende marabouts te noemen. Daaromheen creëerden zij legenden. Deze charlatans vroegen betaling voor hun diensten. Dat ging indirect. Zij vertelden dat de betrokken heiligen een zwart schaap of een geit ten offer vroegen, dat vervolgens aan de afstammelingen werd gegeven. Op deze wijze probeerden zij voordeel te behalen. Ook waren er "fuqaha" actief. Deze pretenderen

de koran te kennen en te kunnen genezen. Maar het had en heeft niets met de islam te maken. Sommigen van hen gebruikten het geloof, uit egoïsme”, aldus Hachadi.

In de periode direct voorafgaand aan het Franse kolonialisme was Marokko volgens Hachadi, ondanks etnische verschillen, een eenheid. Mede daarom werd Marokko, in tegenstelling tot andere Afrikaanse landen, pas in 1912 gekoloniseerd. Bij de komst van de Fransen was er op sociaal en medisch gebied een grote saamhorigheid. De aloude maristan, het maraboutisme en individueel opererende *fqaha* hielden elkaar als het ware in evenwicht. De Franse kolonisatie betekende de introductie van de biomedische geneeskunde en de bijbehorende organisatorische veranderingen.

Hachadi spitste zijn historische relaas vervolgens toe op de interne ontwikkelingen in Berrechid. Aanvankelijk was het een militair ziekenhuis dat bestemd was voor Franse oorlogsslachtoffers. Toen de Fransen vervolgens van de kuststreek naar het Marokkaanse binnenland trokken, werd Berrechid in 1913-1914 een dermatologisch ziekenhuis. In 1919 werd er een afdeling voor geslachtsziekten en psychiatrische ziekten aan toegevoegd. In de loop der tijd werd Berrechid een ziekenhuis voor burgers en later alleen voor psychiatrische patiënten.

In de koloniale tijd (met name de jaren dertig) waren er volgens Hachadi enkele algemene ziekenhuizen (onder meer *Ibn Rushd* en *el-'Unq* in Casablanca en de maristan in Fes) die over isoleerkamers beschikten voor psychiatrische patiënten. Patiënten verbleven daar kort en werden vervolgens doorverwezen naar algemene artsen. Zware gevallen werden naar Berrechid doorverwezen. Berrechid fungeerde in die tijd als enige psychiatrisch ziekenhuis voor heel Marokko en telde zo'n vierduizend patiënten. Men werkte onder meer met insuliner therapie en electroshocks. De artsen waren van Europese, meestal Franse, komaf.

De onafhankelijkheid van Marokko in 1956 en de uitvinding van de neuroleptica leidde tot fundamentele veranderingen. De ambulante therapie won terrein ten opzichte van de intramurale behandeling. Steden als Tanger, Fes en Marrakech kregen hun eigen psychiatrische ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen beschikten toen nog niet over aparte psychiatrische afdelingen. Ernstig psychiatrisch zieke patiënten werden echter

nog altijd doorverwezen naar Berrechid.

In het begin van de jaren zeventig kregen algemene ziekenhuizen aparte psychiatrische afdelingen. Vanaf 1974 vonden er geen verwijzingen meer plaats van elders naar Berrechid. Patiënten werden in algemene ziekenhuizen opgenomen en daarnaast verwezen naar speciaal opgezette centra voor ambulante hulpverlening. Dergelijke centra zijn er inmiddels in diverse delen van Marokko, voor zowel somatische als psychische stoornissen. Thans is er voor elke 50.000 tot 60.000 inwoners één basisgezondheidscentrum. Via deze centra kan men eventueel worden doorverwezen.

Hachadi is tegen de scheiding van psychiatrie van andere medische specialismen. Samen met andere psychiaters pleit hij voor integratie van de psychiatrische zorg in algemene ziekenhuizen: “ziek is ziek, of men nu zegt dat dit fysiek is of mentaal. Ik vind dat er sprake moet zijn van integratie van alle terreinen. En waar zijn de grenzen tussen psychisch en somatisch? Er zijn al teveel mensen onterecht opgenomen vanwege somatische kwalen terwijl zij in wezen psychische ziekten hadden. Men moet de idee van aparte mentale ziekten demystificeren en genoemde scheiding helpt daar niet bij. Ik streef naar integratie, maar het is nog niet algemeen aanvaard.”

In de gezondheidscentra werkt men onder meer met gedrags- en psychotherapie. Als de klachten blijven voortduren, komt men uiteindelijk toch bij een psychiater terecht. Helaas zijn die nog niet overal aanwezig. In elk van de vijfendertig provincies is er of een algemeen ziekenhuis met een psychiatrische afdeling of een psychiatrisch ziekenhuis. Er zijn per provincie zo'n drie tot vijf psychiaters. Er zijn onvoldoende psychiaters om overal alle modellen van zorg te kunnen aanbieden. In iedere provincie zijn er meerdere gezondheidscentra en artsen weten waar psychiaters zitting hebben. Patiënten komen altijd via een algemene arts (huisarts) bij een psychiater terecht. Omdat zich niet overal psychiaters bevinden, zou Hachadi graag zien dat algemene artsen een deel van de psychiatrische zorg op zich zouden nemen. Daartoe zou de reeds bestaande aandacht hiervoor in de opleiding van algemene artsen geïntensiveerd moeten worden.

Wat betreft opnames kent men in Marokko sinds 1959 de nodige regelgeving. Voor vrijwillige plaatsingen in psychiatrische ziekenhuizen moet men over medisch bewijs voor opname beschikken. Gedwongen plaatsingen kunnen alleen geschieden na toestemming van een publieke instantie of de familie. Daarbij moet er

een medisch bewijs zijn en gedetailleerd verslag van het gedrag van de patiënt. Het gaat vaak met veel bureaucratische regelgeving gepaard. De praktijk is er echter op gericht om het de burgers niet te gecompliceerd te maken. Hachadi gaf het voorbeeld van een vader die uit een ver afgelegen streek komt met een ziek kind. Volgens hem kan men zo iemand niet laten wachten op allerlei papieren en zo'n kind wordt dan meteen opgenomen. Veel Marokkaanse artsen hebben in het Westen, met name in Frankrijk, gestudeerd waardoor de biomedische sector volgens Hachadi op die van West-Europa lijkt. Thans zou vooral de Verenigde Staten via het gebruik van DSM III invloed krijgen op de Marokkaanse psychiatrie.

In Berrechid worden thans zo'n vierhonderd patiënten verzorgd uit de periode van voor de veranderingen in de jaren zeventig, zei Hachadi: "het zijn chronische psychotici die wij hebben geërfd uit die periode. Ze zijn gestabiliseerd, maar kunnen nergens heen. Het gaat vooral om mensen die elders geen sociale banden of familie hebben. Buiten zouden zij het niet redden en tot hun dood blijven zij hier. Het zijn eigenlijk meer sociale probleemgevallen en zij krijgen kwalen die met leeftijd verbonden zijn. Zij worden door de kliniek onderhouden. Ons hele budget gaat hieraan op en aldus is er weinig ruimte voor nieuwe ontwikkelingen."

Nieuwe patiënten in Berrechid komen alleen uit de eigen provincie. Het gaat om korte opnames: meestal één of twee weken en maximaal één maand.

Hoewel Berrechid vroeger patiënten in vijftig paviljoenen had ondergebracht, zijn er thans nog maar zes paviljoenen in gebruik. Er werken vijf psychiaters, vier internisten, twee algemene artsen en honderdvijftig verzorgenden. Men beschikt over drie gesloten afdelingen. Hachadi zou er graag nog twee afdelingen bij hebben voor minder zware gevallen, maar dat is budgettair onmogelijk. Berrechid is een staatsziekenhuis. De artsen zijn ambtenaren. De patiënten worden gratis behandeld. Er is in Marokko ook een private psychiatrische sector, maar die is duurder.

Op de vraag wat hij doet indien patiënten er blij van geven te geloven in het werk van traditionele genezers, antwoordde Hachadi: "aspecten ervan moet je onderzoeken en integreren. Hun werk kan therapeutisch effectief zijn en ook efficiënt,

qua kosten. Het is niet allemaal onzin. Je kunt patiënten niet verbieden om erheen te gaan. Dat is de vrijheid van de patiënt. Als ze dat willen, kunnen ze het ernaast doen. (...) Ik ken bepaalde ziektebeelden die gunstig door traditionele genezers zijn behandeld. Het zijn niet allemaal charlatans. Sommigen hebben therapeutische kracht omdat zij correct zijn."

Over het beoordelen of een traditionele genezer betrouwbaar is, zei hij: "In enkele omliggende regio's ken ik goede en slechte genezers. Maar patiënten gaan soms naar verder gelegen gebieden en dan weet ik er niets van. Ik waarschuw patiënten wel als ze erheen gaan. Echte (organisch bepaalde) psychiatrische ziektebeelden, bijvoorbeeld epilepsie, kunnen traditionele genezers niet behandelen. Dan zeg ik tegen de familie dat zij gevaar riskeren als zij naar een traditionele genezer gaan. Er zijn ook wel traditionele genezers die dit onderscheid kennen uit ervaring. Goede traditionele genezers verwijzen door. Mensen met psychosen verwijzen zij door naar artsen, psychische en neurotische ziekten behandelen zij zelf. Ook zijn er traditionele genezers die doorverwijzen omdat zij geen problemen willen krijgen: anders zouden er doden vallen."

Over de gedachte van samenwerking tussen artsen en traditionele genezers, zoals die onder sommige hulpverleners in België en Nederland leeft, zei Hachadi: "In Marokko bestaat geen samenwerking. Maar het zou wel goed zijn. Een voorwaarde zou moeten zijn dat traditionele genezers zouden leren om bepaalde ziektebeelden te herkennen. Ze zouden moeten leren om te zien wat psychotisch is en wat niet. Patiënten die aan neuroses lijden kunnen soms baat vinden bij de behandelingen van traditionele genezers."

Voor Hachadi heeft het zoeken naar hulp in het traditionele circuit ook te maken met de reguliere psychiatrie: "Als mijn patiënten naar marabouts gaan, heb ik ze niet bevredigend genoeg behandeld. Het is een kwestie van vertrouwen. Men heeft in de psychiatrie geen rekening gehouden met het geloof erin. Als je de grenzen aan patiënten uitlegt dan gaan ze niet meer naar elders. Als ze je vertrouwen dan blijven ze. Als ze hun gang naar marabouts verbergen, dan is dat een teken van gebrek aan vertrouwen."

### *Psychiatrisch ziekenhuis Ibn Nafis<sup>18</sup>*

Het ziekenhuis *Ibn Nafis* ligt in een buitenwijk van Marrakech. Wij hebben er gesproken met dr. Ghazouani en de directeur verpleging dr. Naoui Ali. Ghazouani gaf een inleidende verhandeling over zijn ziekenhuis en

de toegepaste behandelwijzen. Ibn Nafis - dat in 1980 is gebouwd - is een regionale staatskliniek die ruimte biedt aan 220 patiënten, afkomstig uit zes provincies. Het ziekenhuis beschikt over vier psychiaters, een psycholoog en 112 verpleegkundigen en ander personeel. Het complex omvat zeven eenheden: twee voor vrouwen en vijf voor mannen. Ibn Nafis telt drie typen afdelingen: “urgentiezorg, tussenzorg en minimale zorg”.

In Ibn Nafis doet men vooral aan “urgentiepsychiatrie” (acute psychiatrie). In geval van schizofrenie, depressies of toxicologie worden patiënten soms opgenomen, maar meestal (bijvoorbeeld in geval van angsten, dwangstoornissen, paniekstoornissen) worden zij ambulante behandeld. Zodra patiënten niet meer geagiteerd zijn, worden zij naar elders verwezen. Patiënten blijven ongeveer vijftien tot dertien dagen in Ibn Nafis. De behandelingen en het verblijf zijn gratis. Daarnaast brengen familieleden soms iets voor patiënten mee. Kinderen worden er alleen ambulante behandeld. De bewoners variëren in leeftijd van zestien tot tachtig jaar. In de oude binnenstad van Marrakech bevindt zich een ambulante psychiatrisch centrum waar men urgente psychiatrische gevallen behandelt en longziekten (met name tuberculose).

Afhankelijk van de aard van de ziekte behandelt men patiënten met medicatie of psychoanalytisch. Ghazouani vertelde dat er in Marokko twee psychiatrische scholen bestaan: een biologische gerichte school met als centrale zetel Casablanca én een psychoanalytische school in Salé (Rabat). Volgens hem domineert de biologische psychiatrie in Marokko, hetgeen ook geldt voor zijn ziekenhuis. Wat medicatie betreft moet de familie deze betalen als zij daar geld voor hebben, anders is het gratis. De medicatie wordt vooral in de vorm van injecties (“depotneuroleptica”) gegeven, omdat dit efficiënter zou zijn (men vermijdt immers het risico dat patiënten hun tabletten niet innemen). De dagbesteding van de patiënten bestaat uit allerlei bezigheden, zoals arbeidstherapie, ergotherapie, schilderles, muziektherapie, gezelschapsspelen, naaien en handwerken.

Op de vraag hoe Ghazouani kijkt naar gevallen van schizofrenie, psychoses en hallucinaties, die men koppelt aan het geloof in *dzjenoun*, antwoordde hij: “Men ervaart het als “dzjenoun”, maar voor ons is het pathologie. Het gaat om psychosen. Er is in

de Verenigde Staten een onderzoek onder verschillende etnische groepen verricht. Daaruit blijkt dat het delirium, de waan, hetzelfde is maar dat het thema verschilt. Dus hoewel wanen biologisch hetzelfde zijn, vertoont de thematiek verschillen. In die zin is er een inhoudelijke invloed van culturen. Een voorbeeld is de thematiek van het “boze oog”, waarvan de vorm - het delirium - biologisch bepaald is.”

Op de vaststelling dat hulpverleners in België soms van Marokkaanse patiënten te horen krijgen dat zij hen niet kunnen helpen omdat zij niet in de islam geloven, antwoordde Ghazouani: “Er is cultureel gezien een verschil in ziektebeelden, maar in de kern zijn de symptomen hetzelfde. Achtervolging is bijvoorbeeld een frequent thema in onze cultuur. Het boze oog is een delirium, een achtervolgingswaan. Het is een thematiek die cultureel bepaald is. Overigens bepaalt ook het niveau van opleiding de rol van religie en cultuur. Mensen met een laag opleidingsniveau geloven er vaker in, mensen met een hoog opleidingsniveau minder vaak. Maar dat zie je in alle samenlevingen. Maar er zijn ook wel hooggestudeerden die erin geloven.”

Over de betekenis van de groep en sociale controle in Marokko zei Ghazouani: “Dat heeft bestaan, maar vermindert. Zelfs de traditionele familiestructuur desintegreert. De drie-generatiegezinnen vallen uiteen als gevolg van de nuclearisatie. Qua leefwijze gaan we steeds meer op Europa lijken. Externe invloeden worden sterker en daarmee nemen ook achtervolgingswanen toe.”

Ghazouani gaf aan dat er in Marokko voldoende algemene artsen (huisartsen) zijn, maar een gebrek aan psychiaters. Vandaar dat er een ministerieel advies is, waarin staat dat algemene artsen ook psychiatrische patiënten moeten begeleiden. Het gaat dan om lichtere aandoeningen zoals angstaanvallen, maar niet om zware psychiatrische ziekten. Algemene artsen krijgen daar in hun opleiding en stages ook leerstof voor aangereikt.

Over de pogingen in België en Nederland om reguliere en traditionele behandelwijzen te integreren, zei Ghazouani: “Patiënten mogen van mij naar traditionele genezers gaan, als ze maar niet stoppen met de reguliere zorg, zelfs als de traditionele genezer het afraadt. Ik kan de gang naar traditionele genezers niet beletten. Als je dat doet komen patiënten niet meer bij je terug. Patiënten zoeken er zekerheid en geruststelling.”

## Evaluatie

Zoals gezegd had onze studiereis een oriënterend karakter. Toch wil ik op een aantal aspecten uit het verslag wijzen, die relevant zijn voor de psychiatrische hulpverlening in België en Nederland. Nadere studie en discussie over die punten zijn uiteraard wenselijk.

Ten eerste valt het op hoezeer in Marokko de “reguliere” psychiatrie en het circuit van islamitische genezers en heiligdommen van elkaar gescheiden zijn. Van de drie psychiaters bleek alleen Hachadi enige sympathie te hebben voor het “traditionele” circuit, maar van vormen van samenwerking lijkt geen sprake te zijn<sup>19</sup>. Indien je instituties uit beide circuits bezoekt ervaar je ook hoezeer beide sectoren qua inhoud en sfeer van elkaar verschillen: het gaat om twee totaal verschillende medische sectoren. De bekende Marokkaanse psychiater Bennani (1989a) heeft ooit opgemerkt dat psychiaters traditionele geneeswijzen als een maatschappelijke realiteit moeten aanvaarden, omdat patiënten er naast de psychiatrie volop gebruik van maken. Daarom moet “de moderne geneeskunst” zich openstellen voor “traditionele invloeden”. Dat betekent echter niet dat psychiaters patiënten naar islamitische genezers moeten doorsturen: “Zo eenvoudig is dat niet. We moeten aanvaarden dat de patiënt ook een traditioneel genezer bezoekt. We mogen als Marokkaanse of Nederlandse psychiater niet vergeten dat als de patiënt ons raadpleegt hij voor ons komt, ook al zegt hij dat hij naar een marabout gaat. Daar heeft hij onze goedkeuring niet voor nodig. (...) Het is dus niet aan de dokter, maar aan de patiënt om de moderne en traditionele behandelwijzen op elkaar af te stemmen.”

Dergelijke constatering is van belang met het oog op pleidooien voor en mogelijke initiatieven om tot samenwerking te komen tussen psychiaters en allochtone “traditionele” genezers in België en Nederland<sup>20</sup>. Men zou zich daarbij de vraag kunnen stellen waar dit streven naar samenwerking vandaan komt. Is het omdat psychiaters en andere hulpverleners in bepaalde gevallen geen andere uitweg zien en als het ware “uitgedokterd” zijn? Is het omdat men denkt dat dit in de landen van herkomst ook zo gaat? Onderneemt men zulke initiatieven ook als het om autochtone patiënten gaat? Voor zover mij bekend, is dit laatste niet het geval. Men kan zich vervolgens afvragen of het voor sommige autochtone patiënten ook niet wenselijk zou zijn om

alternatieve genezers - bijvoorbeeld spiritisten - in te schakelen.

Samenhangend met het eerste punt is een tweede aspect dat in het verslag naar voren komt, de beeldvorming van Marokkaanse psychiaters over “traditionele” genezers. In het algemeen lijken zij weinig vertrouwen te hebben in het werk en de integriteit van zulke genezers. Met name de vergelijking die Moussaoui maakt van het biomedische en “traditionele” circuit is veelzeggend en op sommige punten aanvechtbaar. Hij stelt onder meer dat traditionele genezers niet kunnen verklaren waarom zij een bepaalde behandeling voorschrijven en dat - in tegenstelling tot de kennis van artsen - hun opvattingen zich niet ontwikkelen. Mijn gesprekken met islamitische genezers in Nederland leren dat dit een onterechte generalisatie is. Sommige genezers hebben zich uitgebreid verdiept in medische zaken, hanteren een weloverwogen visie en passen hun werk aan veranderende omstandigheden aan (Hoffer 1998). Hoe het ook zij, genoemde psychiaters in Marokko hebben geen vertrouwen in islamitische genezers, hetgeen doorwerkt in de verhoudingen tussen beide typen zorgaanbieders. Gelet op de moeizame verhouding tussen het reguliere en het alternatieve circuit in het algemeen, is het de vraag of de situatie in Nederland veel anders is (Hoffer 1997).

Ten derde is het opvallend hoe sterk de biologische benadering in de Marokkaanse psychiatrie domineert. Het is interessant om na te gaan welke oorzaken hieraan ten grondslag kunnen liggen. Voor een deel zal het te maken hebben met verschillen in medische visie. Tegenover iemand als Ghazouani, opteert Bennani - blijkens artikelen (1989a en 1989b) van zijn hand - bijvoorbeeld voor een psychotherapeutische (psychoanalytische) benadering.

De richting waarin de Marokkaanse psychiatrie zich ontwikkelt, heeft tevens te maken met de sociaal-economische en politieke situatie waarin Marokko verkeert. Zo merkte Moussaoui eind jaren tachtig (1989b) op dat de Marokkaanse overheid destijds slechts 2,7 procent van haar budget aan gezondheidszorg besteedde. Bovendien kende het Marokkaanse Ministerie van Gezondheid volgens hem de psychiatrie een lage prioriteit toe. Moussaoui (1991) weet dit aan het door hem gehekeld “vooordeel”, dat psychiatrische ziekten het kenmerk zijn van de geïndustrialiseerde wereld en in een land als Marokko nauwelijks voorkomen. Op basis van dit vooroordeel richtte de Marokkaanse overheid zich volgens hem hoofdzakelijk op het bestrijden van ziektes als tuberculose en ondervoeding.

Het verslag van onze reis leert dat de Marokkaanse psychiatrie nog altijd met een beperkt budget kampt. Onder druk van de omstandigheden lijkt men gedwongen te kiezen voor de relatief goedkoopste oplossing: nadruk op medicatie, waarmee mensen relatief snel geholpen kunnen worden en weer spoedig naar huis kunnen. Moussaoui wees destijds bovendien op de toenemende vraag naar psychiatrische zorg. Hij stelde dat in (ontwikkelings)landen als Marokko de psychiatrie zich relatief snel ontwikkelt en ook in toenemende mate het vertrouwen van de bevolking krijgt. Het gevolg is een grote toeloop van vooral psychotische patiënten. Door die snel groeiende vraag zijn er volgens hem weinig mogelijkheden voor psychotherapie. Moussaoui (1989b): “Daarom is het noodzakelijk om zoveel mogelijk over medicatie te weten: zo goedkoop mogelijk en met zo min mogelijk bijwerkingen.”

Tot besluit bevestigden onze bezoeken aan heiligdommen de visie van onderzoeksters als Mernissi (1977) en Buitelaar (1985, 1993a en 1993b) dat de islam en het volksgeloof in een land als Marokko nauw met elkaar samenhangen. Men ziet dit onder meer aan het feit dat heiligdommen dikwijls deel uitmaken van een complex waaraan ook een moskee is verbonden. Maar gezien het grote aantal bezoekers dat men bij *qubba's* en *zâwiya's* aantreft, lijkt het voor islamitische gelovigen bovendien integraal deel uit te maken van hun religieuze belevingswereld. Mijns inziens is dit ook voor de situatie in België en Nederland van belang. Sinds ongeveer tien jaar bestaat er in de psychiatrie een toenemende belangstelling voor de rol van religie - waaronder de islam - in de hulpverlening (Vellenga 1992). Belangrijk in dat verband zijn dan ook recente initiatieven om te komen tot een islamitische geestelijke verzorging, in onder meer de gezondheidszorg (Cörüz e.a. 1994; Wagtendonk 1995). Daarbij richt men zich - logischerwijs - vooral op de “officiële” (orthodoxe) islam. Gezien de belangrijke plaats van het volksgeloof in de belevingswereld van sommige moslims en de relevantie daarvan voor psychische klachten, is het echter wenselijk dat ook dit aspect nadere aandacht krijgt. Naast de functie van imams (als vertegenwoordigers van de officiële islam) wil ik hierbij met name wijzen op de informele rol die islamitische genezers inmiddels op dit terrein spelen (Hoffer 1998).

## Literatuur

- Akhmisse, M.  
1984 *Rites et secrets des Marabouts a Casablanca*. Casablanca: SEDIM.
- Assen, G.P.M.  
1990 *Lilalu, psychose in Kenya. De bijdrage van de traditionele en gebedsgenezers en de westerse psychiatrie aan de sociale reïntegratie van psychotische patiënten*. (Dissertatie.) Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Bennani, A.  
1989a “Moderne en traditionele behandelwijzen in Marokko.” In: Dijk, R. van (red.), *Marokkaanse migranten en de geestelijke gezondheidszorg. Verslag van de Studiedagen Marokkaanse Psychiatrie, 16 tot en met 20 januari 1989*. Utrecht: NCB, pp. 26-36.  
1989b “Workshop B: Hulpverlening aan de somatiserende cliënt.” In: R. van Dijk, idem, pp. 79-85.
- Buitelaar, M.  
1985 “Over baden en bidden. De religieuze betekenis van de hammam voor Marok-kaanse vrouwen.” In: Jansen, W. (red.), *Lokale islam. Geloof en ritueel in Noord-Afrika en Iran*. Muiderberg: Coutinho, pp. 27-41.  
1993a “De koran in het dagelijks leven in Marokko.” In: Buitelaar, M., & H. Motzki (red.), *De koran; ontstaan, interpretatie en praktijk*. Muiderberg: Coutinho, pp. 111-125.  
1993b *Vasten en feesten in Marokko. Hoe vrouwen ramadan vieren*. Amsterdam: Bulaaq.
- Bürgel, J.C.  
1976 “Secular and religious features of medieval Arabic medicine.” In: Leslie, C. (ed.), *Asian medical systems: a comparative study*. Los Angeles: University of California Press, pp. 44-62.
- Cörüz, C. e.a. (red.)  
1994 *Studiemap symposium Islam en geestelijke verzorging*. Amsterdam: Stichting Bijzondere Leerstoel Islam.
- Crapanzano, V.  
1973 *The Hamadsha. A study in Moroccan ethnopsychiatry*. Los Angeles: University of California Press.
- Errazki-van Beek, M.V.  
1994 *Verhalen en gebruiken rond de zeven heiligen van Marrakech*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, doctoraal scriptie Arabisch, Vakgroep Talen en Culturen van het Islamitische Midden-Oosten.
- Fernea, E.W.  
1993 *Een straat in Marrakech*. Amsterdam: Bulaaq.
- Greenwood, B.  
1981 “Cold or spirits? Choice and ambiguity in Morocco’s pluralistic medical system.” *Social Science & Medicine* 15B:219-235.
- Helman, C.G.  
1994 *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Hermans, Ph.  
1986 “Marokkaanse ethnopsychiatrie.” In: Meer, Ph. van der (red.), *Psychische problemen bij migranten. Een verzameling artikelen over somatiseren, ziektebeleving en de sociale context*. Utrecht: NCB, pp. 25-35.

- Hoffer, C.B.M.  
 1994 *Islamitische genezers en hun patiënten. Gezondheidszorg, religie en zingeving.* Amsterdam: Het Spinhuis.  
 1997 "Reguliere therapieën en islamitische geneeswijzen. De paradox van de integratie van medische systemen." *Medisch Contact* 52(18): 572-574.  
 1998 "Religieus-medisch ondernemerschap onder moslims in Nederland. Een contradictio in terminis?" In: Rath, J. & R. Kloosterman (red.), *Rijp & Groen. Het zelfstandig ondernemerschap van immigranten in Nederland.* Amsterdam: Het Spinhuis, pp. 191-212.  
 2000 *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen.* (Dissertatie.) Amsterdam: Thela Thesis.
- Jong, J.T.V.M. de & M.T. van den Berg  
 1996 *Transculturele Psychiatrie & Psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid.* Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kacha, F.  
 1991 "De ontwikkeling van de hulpvraag en de zorg aan geesteszieken." In: Van Dijk, R. (red.), *Bericht uit Frankrijk. Verslag van het congres "Apport de la Psychopathologie Maghrébine", Parijs, 5-7 april 1990.* NCB: Utrecht, pp. 12-13.
- Mernissi, F.  
 1977 "Women, saints and sanctuaries." *Signs* 3(1):101-112.
- Moussaoui, D.  
 1989a "Cultuur en psychiatrie, een antropologische analyse van psychiatrische problemen." In: R. van Dijk (red.), *Marokkaanse migranten en de geestelijke gezondheidszorg. Verslag van de Studiedagen Marokkaanse Psychiatrie, 16 tot en met 20 januari 1989.* Utrecht: NCB, pp. 16-25.  
 1989b "Workshop A: Diagnostische valkuilen en depressie." In: R. van Dijk (red.), idem, pp. 73-78.  
 1991 "Het opzetten van de psychiatrische zorg in een Maghrebijnse stad." In: R. van Dijk (red.), *Bericht uit Frankrijk. Verslag van het congres "Apport de la Psychopathologie Maghrébine", Parijs 5-7 april 1990.* Utrecht: NCB, pp. 11-12.
- Nijhof, G., & S. van der Geest  
 1989 "Inleiding. Ziekte, gezondheidszorg en cultuur." In: Geest, S. van der, & G. Nijhof (red.), *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur. Verkenningen in de medische antropologie en sociologie.* Amsterdam: Het Spinhuis, pp. 1-10.
- Peeters, R.F.  
 1983 *Ziekte en gezondheid bij Marokkaanse immigranten.* (Dissertatie.) Leuven: Katholieke Universiteit.  
 1985 "Health and illness of Moroccan immigrants in the city of Antwerp, Belgium." *Social Science & Medicine* 22:679-685.
- Peters, R. (red.)  
 1987 *Van vreemde herkomst. Achtergronden van Turkse en Marokkaanse landgenoten.* Houten: Unieboek.
- Shadid, W.A.R. & P.S. van Koningsveld  
 1983 *Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg. Achtergrondinformatie ten behoeve van de zorg voor moslimse migranten.* Assen: Van Gorcum.
- Stephen, H.J.M.  
 1995 *Winti en hulpverlening. Een bijdrage aan de gezondheidszorg in multicultureel Nederland.* Amsterdam: H.J.M. Stephen.

Sterman, D.

1996 *Een olijfbom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families.* Utrecht: NCB.

Ullmann, M.

1978 *Islamic Medicine.* Edinburgh: Edinburgh University Press.

Unschuld, P.U.

1976 "Western medicine and traditional healing systems. Competition, cooperation or integration?" *Ethics in Science & Medicine* 3:1-20.

Vellenga, S.J.

1992 *Zin, ziel, zorg. Over levensbeschouwing en geestelijke gezondheidszorg.* Kampen: Kok.

Waardenburg, J.

1994 *Islam. Norm, ideaal en werkelijkheid.* Houten: Fibula/Unieboek.

Wagtendonk, K.

1995 "Vormen van raad en werkwijzen van islamitische raadgevers onder de moslims in Nederland." (Herziene versie.) In: Dijk, A. van (red.), *Raad in religies. Raadvragen en -geven in enkele religieuze tradities, speciaal in multi-religieus Nederland.* Zoetermeer: Boekencentrum, pp. 60-91.

Wetering, I. van

1995 "Vrouwen als winti-genezers. Rationaliteit en contradictie in de handhaving van een therapeutische traditie." In: Gijswijt-Hofstra, M. (red.) *Op zoek naar genezing. Medische geschiedenis van Nederland vanaf de zestiende eeuw.* Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 87-107.

## Noten

1. Dit is een aangepaste versie van een verslag dat al eerder in het tijdschrift *Medische Antropologie* (1998, jrg.10, nr. 2) is verschenen.
2. ‘*Transculturele psychiatrie*’ is een recente richting in de psychiatrie, die er expliciet naar streeft om de culturele achtergronden van allochtone patiënten in therapieën te betrekken.
3. De Marokkaanse psychiater Moussaoui (1989b) stelt dat, gelet op de binnenlandse migratie, ook in een stad als Casablanca gesproken kan worden over “transculturele psychiatrie”: “Immers, 80 procent van de bevolking van Casablanca is niet daar geboren. Problemen van binnenlandse migranten zijn vaak even groot als van hen die de grens over gingen.
4. Met dank aan *El-Hadj* Ahmed Aissaoui, Ahmed Essabar, Hassan Assiane, Suzanne Heezen, Mariëtte Errazki-Van Beek en Salah Sidali.
5. Ik was niet in staat geweest het verslag te schrijven zonder de hulp van mijn Belgische reisgenoten: Greet De Kesel, Greta De Munck, Bruno Van Opstal, Mieke Veranneman en Caroline Vrankx. Bij de vertaling van de meestal in het Frans gevoerde gesprekken was hun hulp onontbeerlijk. Daarnaast vormden onze discussies een belangrijke bron van inspiratie. In financieel opzicht heb ik ondersteuning gekregen van de *Nationale Commissie voor Internationale Samenwerking en Duurzame Ontwikkeling* (NCDO). Tot besluit wil ik Julie-Anne Borm, Rob van Dijk en Sjaak van der Geest voor hun commentaren bedanken.
6. Zie voor de geschiedenis van medische tradities in de islamitische wereld Bürgel (1976) en Ullmann (1978).
7. Het onderscheid tussen “natuurlijk” en “bovennatuurlijk” is cultureel bepaald en niet altijd eenduidig. Wat in de ene cultuur als “natuurlijk” wordt geïnterpreteerd kan in de andere cultuur als “bovennatuurlijk” worden geduid. Ook binnen een en dezelfde cultuur kunnen op dit punt verschillen bestaan. Soms schrijft men een bepaalde ziekte aan een natuurlijke oorzaak toe, maar in andere gevallen wijt men dezelfde ziekte aan een bovennatuurlijke ziekte (Greenwood 1981; Nijhof & Van der Geest 1989).
8. Mariëtte Errazki-Van Beek - die onderzoek doet naar heiligenverering in Marrakech - vertelde mij dat het zeker voor groepen niet-moslims moeilijk is om toegang te verkrijgen tot heiligdommen. Volgens haar is het raadzaam om op individuele basis te gaan. Bovendien zei zij de indruk te hebben dat vrouwen gemakkelijker toegang krijgen dan mannen. Het zijn immers ook vooral vrouwen die heiligdommen bezoeken (Mernissi 1977). Het feit dat Mariëtte met een Marokkaanse man getrouwd is, heeft haar bovendien geholpen (via familie en kennissen) bij het verkrijgen van toegang tot heiligdommen.

Julie-Anne Borm, een collega-onderzoeker, vertelde mij dat zij afgelopen zomer tamelijk gemakkelijk toegang had verkregen tot een aantal heiligdommen in de buurt van Nador (Noord-Marokko). Volgens haar kwam dat, omdat zij samen met een Marokkaanse familie ging.

De moeilijke toegankelijkheid van heiligdommen heeft ons er ook toe gebracht om een aanvankelijk gepland bezoek aan het heiligdom van *Bouja Oumar* (ongeveer vijftien kilometer ten noordoosten van Marrakech) af te gelasten. Op zich vonden we dit heiligdom interessant, omdat ons vooraf door diverse Marokkanen was verteld dat Bouja Oumar bekend staat als lokatie waar mensen met psychische problemen worden behandeld. De redenen om van ons bezoek af te zien betroffen de volgende. Ten eerste liet een taxichauffeur in Marrakech ons weten ons er alleen naar toe te willen rijden, indien wij toestemming zouden hebben van officiële zijde. Ten tweede is Bouja Oumar relatief ver van Marrakech gelegen. Ten derde hadden wij in elk geval als ‘compensatie’ al een bezoek gebracht aan de *qubba* van Sidi Messaoud, een heiligdom nabij Casablanca waar eveneens mensen met psychische klachten naar toe gaan.
9. Dergelijke gesprekken verliepen hoofdzakelijk in het Frans, dat soms werd aangevuld met het bescheiden Marokkaans-Arabisch dat ik spreek.

10. Het is bekend dat sommige heiligen niet werkelijk begraven liggen in aan hen toegeschreven graftomben. Zo zijn er heiligen, waarvan meerdere graven zijn. Zulke *qubba's* zijn gebouwd op lokaties waar een heilige zich aan iemand in zijn droom heeft vertoond en opdracht heeft gegeven daar een gedenksteen te plaatsen (Peters 1987:73).
11. Dit wordt bevestigd in een stamboom die de genezer mij heeft gegeven.
12. Errazki-Van Beek (1994) wijst er op dat het hek rond heiligengraven bestaat uit een gietijzeren raamwerk (*sarzem al-wali*). Daaraan bevestigen bezoekers lintjes of stukjes stof van verschillende kleuren samen met plastic hangslotjes. De bedoeling daarvan is dat men daarmee de heilige als het ware verplicht een bepaald verzoek in te willigen. Zodra dat is gebeurd verwijdt men genoemde zaken weer.
13. Men spreekt over de *zâwiya* Moulay Ibrahim. Dit is een lokale afdeling van een mystieke orde met dikwijls daaraan verbonden de graftombe van de stichter ervan en een bijbehorend studie- en meditatiecentrum.
14. Belangrijke achtergrondinformatie over deze heilige ontleen ik aan Errazki-Van Beek (1994), die de heiligenverering in Marrakech onderzoekt. Ook Fernea (1993) maakt diverse keren melding van Sidi Abû l'Abbâs.
15. Ibn Rushd (Averroës) (1126-1198) was een bekend filosoof, die zich ook met geneeskunde bezighield. Hij werd in Córdoba geboren maar vestigde zich later in de Marokkaanse stad Marrakech. Ibn Rushd dankt zijn bekendheid met name aan zijn commentaren op Aristoteles (Waardenburg 1994).
16. Moussaoui verwijst hier impliciet naar DSM-III waarin de 'passief-agressieve persoonlijkheid' wordt beschreven als een persoonlijkheidsstoornis.
17. Al eerder had ik van een psychiater in Nederland vernomen dat zich in Marokko een strijd afspeelt tussen voorstanders en tegenstanders van de benadering van Nathan. De bewoordingen van Moussaoui zijn in dit opzicht illustratief.
18. De naam van het ziekenhuis is ontleend aan de Arabisch-islamitische arts Ibn an-Nafis, die in de dertiende eeuw leefde. Volgens Ullmann (1978) is deze arts - in tegenstelling tot hetgeen in het Westen wordt beweerd - de eerste geweest die de bloedcirculatie via de longen heeft beschreven.
19. Kacha (1991) bevestigt dit voor een Maghrebijns land als Algerije, waar de samenwerking tussen psychiaters en traditionele genezers marginaal zou zijn.
20. Op lokaal niveau worden in Nederland initiatieven tot samenwerking genomen. Op informeel niveau bestaan er overigens al langere tijd contacten tussen psychiaters en 'traditionele' (islamitische- en winti-) genezers (Van Wetering 1995; Stephen 1995; Hoffer 2000).
21. Cor Hoffer doet als antropoloog en socioloog ruim tien jaar onderzoek op het terrein van de gezondheidszorg en hulpverlening aan Nederlanders met een allochtone achtergrond, met name moslims. Het ging om de volgende projecten: de praktijk van religieuze besnijdenissen van moslimjongens (1990), islamitische genezers en hun patiënten (1991, 1994, 2000) én (samen met Hub Zwart van de Katholieke Universiteit Nijmegen) een vergelijking van christelijke, liberale en islamitische interpretaties van lichamelijke integriteit en orgaandonatie (1998). In februari 2000 is hij aan de Universiteit Leiden gepromoveerd op het proefschrift "*Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland*".