

---

# DE GGZ EN BELEVING VAN PSYCHISCHE ZIEKTEN ONDER ALLOCHTONE NEDERLANDERS

## suggesties voor de praktijk

**Cor Hoffer** is cultureel antropoloog en socioloog. Hij werkt als sociaal wetenschappelijk onderzoeker en trainer interculturele communicatie bij de Parnassia Bavo Groep.

In de GGZ wordt veel gepraat en geschreven over cultuur en religie, maar het is hulpverleners niet altijd duidelijk wat ermee wordt bedoeld. Aan de hand van gesprekken en interviews met 160 respondenten heb ik onderzocht wat cultuur en religie betekenen voor allochtone Nederlanders en hoe dit doorwerkt in hun beleving van psychische ziekten en hun hulpzoekgedrag. In dit artikel beschrijf ik eerst enkele bevindingen uit dit onderzoek.<sup>1)</sup> Vervolgens ga ik nader in op de betekenis van die inzichten voor de praktijk van de GGZ. Ik sluit af met enkele conclusies.

### **Casus van een Marokkaans-Nederlandse vrouw** <sup>2)</sup>

Zij is 27 jaar en in Noord-Marokko geboren. Samen met haar moeder en broers en zussen is zij op haar twaalfde naar Nederland gemigreerd, waar haar vader werkte als gastarbeider. Ze vertelt dat zij tijdens haar universitaire studie problemen kreeg <sup>3)</sup>.

*'Ik leverde geen werkstukken meer in. Ik kon dingen niet meer afronden. Die zomer ben ik met vakantie geweest naar Marokko. Samen met mijn zus ben ik daar naar een fqih [C.H.: religieuze genezer] gegaan. Nadat hij de naam van mijn moeder en mijn naam had gevraagd heeft hij voor mij gekeken. Hij zei dat ik over iets had gestapt.<sup>4)</sup> Hij noemde het "la'kes". [C.H.: uitspraak: lèkes] Dat is als je dingen niet afmaakt en als je niet vooruit bent te branden. De behandeling bestond uit een amulet, die ik een week later moest ophalen. Ook moest ik mij wassen met water, waarin met saffraan op papier geschreven koranverzen waren opgelost. Toen ik weer terug was in Nederland ging het goed. Ik ging weer dingen doen.'*

Later kreeg zij toch weer problemen:

*'In de zomer van 2005 leerde ik mijn huidige man kennen. Hij had toen nog geen volledige status. Daarom moest ik werken naast mijn studie. Ik deed schoonmaakwerk. In de zomer van 2006 zijn we getrouwd. Daarna moest ik meer gaan werken, anders reddden we het financieel niet. In februari 2007 raakte ik overspannen. Ik ging naar de huisarts, omdat ik pijn in mijn rechterschouder kreeg. Hij dacht aan een slijmbeursontsteking en heeft mij doorverwezen naar een fysiotherapeute. Zij behandelde mijn schouder, maar wij voerden ook gesprekken. Zij legde mij uit wat de relatie tussen lichaam en geest is. Het werd mij toen helder dat mijn ziekte samenhang met het feit dat ik teveel deed en ook niet tevreden was over wat ik deed. Die fysiotherapeute raadde mij aan om eens in de koran te gaan lezen. Ze is zelf Nederlandse maar ook geïnteresseerd in allerlei heilige boeken als de bijbel en de koran. Door het lezen in de koran ging ik nadenken over mijzelf. Ik ging inzien dat ik mijzelf meer rust moest gunnen. Daarvoor dacht ik maar de hele tijd: "Waarom gaat het niet over, want ik wil gewoon weer werken?" Maar dat was juist de belemmering voor herstel. Ik moest eerst tot rust komen en dan zou het andere vanzelf wel goed komen.'*

*Ik leerde dat mijn lichaam uit balans was en dat ik het evenwicht weer moest vinden. Ik heb geleidelijk de draad weer opgepakt.'*

Het hulpzoekgedrag van deze vrouw illustreert een aantal voor de praktijk van de GGZ belangrijke thema's. Ten eerste het gegeven dat ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag een culturele en soms religieuze grondslag hebben. De vrouw gaat voor haar problemen te rade bij familie, een religieuze genezer alsook in het Nederlandse reguliere medische circuit. Anders gezegd, haar denken en handelen wordt bepaald door een mengeling van Marokkaanse, volksislamitische en Nederlandse culturele factoren.

Dit laatste raakt een tweede thema. Dat is het feit dat mensen enerzijds worden beïnvloed door de culturele context waarin zij opgroeien, maar anderzijds ook zelf vorm geven aan die context. Door steun te zoeken bij haar familie en een religieuze genezer grijpt de vrouw terug naar de cultuur waarin zij thuis is opgevoed. Tegelijkertijd illustreert met name haar contact met de fysiotherapeute dat zij zelf invulling geeft aan haar ziekteopvattingen en daarmee aan haar culturele oriëntatie.

Een laatste thema dat deze casus in zich draagt is identiteitsontwikkeling. Als kind van een migrant zoekt deze vrouw zich een weg in de diverse culturele contexten waarmee zij te maken heeft. In dat proces construeert zij haar eigen Marokkaans-Nederlandse identiteit.

In de volgende paragrafen zal ik nader ingaan op de implicaties van deze thema's voor de GGZ en het streven naar een adequate zorg voor allochtone Nederlanders.

### **Culturele diversiteit en dynamiek**

De visie van de mens op ziekte en genezing is sterk verweven met zijn opvoeding en daarmee met zijn culturele referentiekader (Kleinman 1978:87-88; Shadid & Van Koningsveld 1983:76).<sup>5)</sup> Cultuur geeft aan wat mensen waardevol vinden en hoe zij zich behoren te gedragen. Aan het begrip cultuur kunnen zowel statische als dynamische aspecten worden onderscheiden. Cultuur is statisch in de zin dat de mens wordt bepaald door de cultuur waarin hij wordt geboren en opgevoed. Tegelijkertijd is cultuur ook dynamisch in de zin dat de mens zelf vorm geeft aan zijn cultuur.

Beschouwing van de gezondheidszorg en hulpverlening leert dat daarin – onbedoeld - de aandacht voornamelijk uitgaat naar statische aspecten van cultuur. Bij het zoeken naar verklaringen voor ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag neigt men ertoe vooral te refereren aan de veronderstelde (als homogeen voorgestelde) cultuur van het land van herkomst van allochtone cliënten. Daarmee gaat men voorbij aan de interne diversiteit van culturen en de veranderingen daar binnen. Onder allochtone Nederlanders bestaat - net als onder autochtone Nederlanders - een grote culturele en religieuze diversiteit.<sup>6)</sup> Zo tref je bijvoorbeeld onder Surinaamse Nederlanders naast Afro-Surinamers (Creolen), ook Hindostaanse hindoes en moslims en Javanen aan. Marokkaanse Nederlanders bestaan uit Berbers en Arabieren. Turkse Nederlanders kennen onder meer etnische Turken en etnische Koerden. Daarnaast zijn er onder Turkse, Marokkaanse en Surinaamse moslims allerlei verschillende religieuze stromingen te onderscheiden, zoals die van de Turkse sunnieten en die van de Turkse alevieten.

Een voorbeeld van (culturele en religieuze) verandering is de trend onder Surinaams-Nederlandse hindostaanse jongeren om zich te oriënteren op India (het land van hun voorouders), terwijl de ouders zich meestal richten op Suriname (het land waarin zij zijn geboren en getogen). In hun zoeken naar identiteit combineren deze jongeren aspecten van het Surinaamse en het Indiase hindoeïsme met die van de Nederlandse cultuur.

## **Beleving van psychische problemen en hulpzoekgedrag**

De culturele en religieuze diversiteit en dynamiek manifesteert zich eveneens in de manier waarop allochtone Nederlanders psychische ziekten en problemen beleven en proberen op te lossen. Afgezien van inhoudelijke verschillen komen hier vooral ook de overeenkomsten met autochtone Nederlanders naar voren. Zo blijkt dat de helft van de respondenten in mijn onderzoek psychische ziekten of problemen in biomedische termen benadert. Sommigen van hen verwoorden hun visie door zich af te zetten tegen het werk van alternatieve genezers. Het gaat dan meestal om genezers die hun werk baseren op de culturele en religieuze context in de landen van herkomst, zoals: winti-genezers, hindoeïstische genezers en islamitische genezers. Zo vertelt een Surinaams-Hindoestaanse man (35 jaar):

*'Een zus van mij heeft schizofrenie of borderline. Dat weet ik niet precies. Ze is al diverse keren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en wordt nog steeds behandeld. In verband met haar problemen gaat mijn moeder al jaren naar pandits [C.H.: hindoe-priesters en religieuze genezers]. Dat heeft met het geloof te maken. Mijn zus woont op zichzelf. Zij is 37 jaar en al zo'n vijftien jaar ziek. Dat heeft er al een paar keer toe geleid dat zij haar hele huisraad op straat heeft gezet. Ze is ook een keer via de rechter opgenomen geweest. Dat was uit bescherming voor anderen en voor zichzelf.'*

De contacten met pandits die voor zijn zus en moeder kwamen hebben er mede toe geleid dat hij afstand heeft gedaan van het hindoe-geloof:

*'Ik geloof niet meer. Dat heeft met een aantal redenen te maken. Ten eerste ga je zelf nadenken over wat je allemaal meemaakt. Mijn moeder is altijd veel bezig met geloof en bijgeloof. Op een gegeven moment ging ik mij afvragen in hoeverre dat nu allemaal echt waar is. Als je het vanuit een wetenschappelijke manier bekijkt dus niet. Ten tweede ging ik vragen stellen over het geloof, aan pandits die bij ons kwamen en aan mijn moeder. Maar ik kreeg geen antwoorden. Ten derde had het ook met teleurstelling te maken. De vele pandits die bij ons kwamen of waar mijn moeder naartoe ging vroegen soms enorm veel geld. Ze kon niet eens op vakantie. Dat vond ik dan naar. Ik denk dat ze inmiddels wel 50.000 Euro kwijt is in al die jaren. Als ze dan weer eens geld gaf aan zo'n pandit ging ik ook wel in discussie met zo'n man. Maar mijn moeder wilde dat liever niet, uit angst dat ons een vloek zou treffen. Ik geloof best wel dat er meer is tussen hemel en aarde, maar dit gaat mij te ver.'*

Op de vraag hoe zijn moeder en zus over de behandeling in de GGZ denken antwoordt hij:

*'Ze geloven er niet in. Ze geloven echt dat de "ziekte" ontstaan is door voodoo en dat zo'n pandit of ojha [C.H.: religieuze genezer] hen alleen kan helpen. Voor mij heeft het met placebo te maken. Maar ik begrijp het wel dat mijn moeder in die pandits gelooft. Ze voelt zich machteloos en het is een laatste strohalp.'*

De andere helft van de respondenten combineert een biomedische met een alternatieve benadering. Een voorbeeld hiervan is de eerdergenoemde Marokkaans-Nederlandse vrouw. Een ander voorbeeld betreft de visie van een Afro-Surinaamse vrouw van 60 jaar. Zij zorgt voor haar oom van 65 die aan het syndroom van Korsakoff lijdt. In een eerste gesprek vertelt ze:

*'Vroeger was het een echte macho-man en dronk hij veel bier. Via de huisarts kwam hij in een psychiatrisch ziekenhuis terecht. Daar heeft hij een jaar verbleven. Daar is vastgesteld dat hij aan de ziekte van Korsakoff lijdt. Dat is het gevolg van langdurig alcoholgebruik. Dat is een soort dementie.'*

*Sinds 1990 heeft hij hersenletsel. Het betekent dat er in zijn hersenen dingen zijn kapotgegaan en dat keert niet meer terug. De dokter heeft verteld dat als hij niet meer drinkt het niet erger wordt. Hij heeft niet meer gedronken en het blijft nu hetzelfde. Dingen van vroeger weet hij nog wel als we het erover hebben. Maar andere dingen vergeet hij.'*

Tijdens een tweede gesprek enkele weken later komt ook de ziekte van haar oom weer ter sprake:

*'Het komt omdat hij het geestelijke heeft verwaarloosd. Vroeger was hij een hele populaire jongen. Hij was voetballer en hij zong altijd liederen. Maar hij heeft het geestelijke verwaarloosd. Dat betekent dat je niet naar je achtergronden kijkt. Doordat hij jaren gedronken had kreeg hij problemen. Het is een soort straf.'*

Op de vraag hoe het dan zit met de verklaring, die artsen haar hebben gegeven inzake het syndroom van Korsakoff en het afsterven van hersencellen antwoordt ze:

*'Het komt van boven, maar men geeft het de naam Korsakoff. Het een sluit het ander niet uit. Want doordat mijn oom heeft gedronken werd hij gestraft en werden de door God gegeven cellen afgebroken.'*

De vrouw voegt eraan toe dat zij en haar oom ieder jaar een paar weken naar Suriname proberen te gaan. Hij krijgt er bepaalde kruiden en ondergaat er reinigungsrituelen in de winti-traditie. Volgens haar knapt hij daar helemaal van op.

### **Interculturele consultaties: naar een open attitude**

Genoemd onderzoek laat zien dat vanwege de dynamiek van cultuur interculturele communicatie niet volstaat met het vergaren van kennis over culturen en religies. Kennis is weliswaar onmisbaar als achtergrondinformatie, maar het omgaan met diversiteit en veranderingen onder allochtone Nederlanders vergt daarnaast een open attitude. Dat wil zeggen dat hulpverleners onbevangen (zonder vooroordelen en stereotypen) vragen en luisteren naar het verhaal, de opvattingen, gevoelens en gedragingen van de cliënt. Om zo'n houding te realiseren zijn (na)scholingsmethodieken ontwikkeld. Een voorbeeld is het geven van interculturele consultaties, waarmee ik zelf de nodige ervaring heb opgedaan (Hoffer 2004, 2006).<sup>7)</sup> Ter afsluiting van dit artikel beschrijf ik hoe zulke consultaties in zijn werk gaan en illustreer ik aan de hand van een casus hoe daarmee advies wordt gegeven aan hulpverleners.

Interculturele consultaties hebben als doel hulpverleners advies of ondersteuning te bieden bij problematiek van cliënten, waarin culturele en/of religieuze aspecten een rol lijken te spelen. Daarnaast wordt er met de consultaties naar gestreefd om hulpverleners meer oog te laten krijgen voor hun eigen (cultureel bepaalde) opvattingen, die van hun cliënten en de interactie tussen beide.

De consultaties werken in de praktijk als volgt. Indien een hulpverlener problemen ervaart met een casus wat betreft mogelijke culturele en/of religieuze aspecten kan hij of zij mij per e-mail of telefonisch benaderen en om advies vragen. Vervolgens kan een afspraak worden gemaakt voor een consult, waarin de problematiek wordt besproken en verhelderd. Soms wordt per e-mail advies gegeven. Om deze werkwijze te illustreren volgt hier een recent voorbeeld.

### ***Voorgelegde casus van een Turks-Nederlandse vrouw***

Een sociaal psychiatisch verpleegkundige mailde mij:

*'Ik wil je vragen bijgaande casus / verloop te lezen met de vraag of je tips hebt voor een aanvullend anamnestic gesprek met cliënte, gericht op het achterhalen van de achtergrond van de psychotische uitingen.'*

Uit de gegevens (gebaseerd op twee gesprekken met de cliënte) die de hulpverlener meestuurde komt het volgende beeld naar voren.<sup>8)</sup> Het gaat om een Turks-Nederlandse vrouw van 45 jaar. Zij is in Turkije geboren en na haar huwelijk met haar man naar Nederland gemigreerd. Het echtpaar heeft een dochter van 28 en een zoon van 25 jaar.

Vanwege veronderstelde angst- en spanningsklachten heeft de huisarts de cliënte doorverwezen naar de spv. Omdat zij geen Nederlands spreekt trad haar zoon op als tolk. In het intakeverslag staat:

*'Cliënte vertelt bang te zijn omdat als zij aan het bidden is "zij haar komen aanvallen". Ook als zij onder de douche gaat is zij hiervoor bang. Cliënte zegt dat het gaat om een "soort mens". Zij heeft het idee dat het om een werkelijk figuur en niet om inbeelding gaat. Zij heeft hier sinds drie maanden last van. Cliënte zegt ook stemmen te horen. Zij hoort vrijwel dagelijks stemmen van haar tante en van haar kleinkinderen. Met haar tante voert zij gesprekken, althans, zij zegt dat haar tante voornamelijk naar haar luistert als zij tegen haar praat. Dit geeft haar rust, aldus cliënte. Zij hoort deze stemmen, vooral als zij 's avonds op bed ligt. Als oorzaak geeft zij aan dat het "haar allemaal teveel is geworden", waarmee zij haar levensloop en haar relatie samenvat. 's Nachts in bed ziet zij soms slangen en spinnen, zij gaat dan gillen.'*

Daarnaast wordt de volgende informatie beschreven. De vrouw voelt zich de hele dag somber. Ze is vaak moe en huilt veel. Overdag ligt zij de hele dag op de bank. Zij zegt nergens meer plezier in te hebben en doet nauwelijks iets in het huishouden. Ze slaapt weinig en eten smaakt haar niet. Sinds drie maanden is er sprake van libido-verlies. Zij vertelt zich eenzaam te voelen. Ze heeft regelmatig paniekaanvallen. De cliënte zegt boos te zijn op haar ouders (die in Turkije wonen), omdat zij haar op haar zestiende hebben laten trouwen. Zij wilde graag naar school, maar omdat zij een meisje was werd dat geweigerd.

De vrouw gebruikt medicijnen tegen depressieve klachten, suikerziekte, hoge bloeddruk en benauwdheid. Voorts wordt vermeld dat de cliënte zes tot tien jaar eerder een aantal jaren bij een RIAGG in behandeling is geweest met dezelfde klachten. De verdere indruk van de hulpverlener luidt:

*'Zij geeft op een gewone toon, op alerte wijze zo het lijkt, antwoord. Zij ziet er ouder uit dan zij is, alhoewel dit niet helemaal goed te zien is omdat zij een hoofddoek draagt. Cliënte is corpulent. Het bewustzijn is helder. De oriëntatie is goed. De concentratie is goed. Tijdens het gesprek zijn er geen afwijkingen met betrekking tot waarneming of interpretatie. Het denken is ongestoord qua inhoud of vorm, zo het lijkt. Het geheugen is intact. De intelligentie lijkt normaal. De stemming is somber / gespannen. Het affect moduleert normaal. (...) Tijdens het tweede gesprek is cliënt somberder, zit voorover gebogen en maakt nauwelijks oogcontact.'*

De conclusie luidt:

*'Overleg binnen het team. Tweede intakegesprek is gepland. Cliënte is een 45-jarige vrouw met een aantal depressieve klachten, angstklachten en een aantal psychotische verschijnselen waarvoor zij bang is.'*

*Het kader is niet helemaal duidelijk (psychotische stoornis? culturele uiting van problemen? depressie? depressie met psychotische kenmerken?) Cliënte krijgt een afspraak bij onze arts.'*

Het gesprek met de arts leverde weinig nieuwe informatie op, omdat de dochter van de cliënte die zou tolken weinig tijd had en na een half uur weg moest. De arts heeft daarna contact opgenomen met de apotheek. Daarbij bleek dat de cliënte de medicatie in verband met de suikerziekte recentelijk niet had opgehaald. In dit verband vraagt de arts zich af hoe het met haar bloedsuikers zit. Gegevens over de medicatie die destijds bij de Riagg zijn voorgeschreven blijken moeilijk te achterhalen te zijn. De arts stelt voor dat de spv opnieuw een anamnese afneemt met dit keer een officiële tolk erbij. Daarnaast vraagt hij de spv na te vragen welke behandeling de vrouw destijds heeft ondergaan bij de Riagg.

### **Advies**

Als intercultureel consulent heb ik de hulpverlener per e-mail de volgende suggesties en vragen voorgelegd, in de hoop dat hij daarmee verdere diagnostiek kan plegen:

- In het verslag staat dat de zoon van cliënte als tolk optrad. Gezien de voorliggende problematiek (onderliggende relatieproblemen) is het aan te bevelen om bij vervolcontacten een officiële tolk in te schakelen.
- Conform het advies van de arts is het van belang om te bezien wat er in het GGZ-dossier van cliënte staat over vroegere behandelcontacten, al dient dit contact ook weer als nieuw benaderd te worden.
- Het is raadzaam te onderzoeken welke het mogelijke verband is tussen de huidige depressieve, angst- en spanningsklachten en kennelijke relationele problemen. Wat het laatste betreft is het opmerkelijk dat de vrouw: a. aangeeft dat het haar allemaal teveel is geworden, doelend op haar levensloop en haar relatie, b. boos zegt te zijn op haar ouders dat zij haar op haar zestiende hebben laten trouwen. Op deze aspecten zou je nader met haar kunnen ingaan.
- Mede in verband met het bespreekbaar maken van achterliggende (relationele) problematiek maar ook met het oog op het verkrijgen van inzicht in de inhoud van haar angsten is het aan te bevelen om onderzoek te doen naar haar sociale, culturele en religieuze achtergronden. Over dat laatste ontbreekt nu de nodige informatie. Vragen die als leidraad kunnen dienen zijn:
  - Waar in Turkije is cliënte geboren?
  - Uit wat voor gezin/familie komt zij?
  - Welke opleiding heeft zij genoten? (kennelijk hooguit lager onderwijs, maar vragen hiernaar kan de vrouw helpen doen vertellen over haar kennelijke frustraties in deze)
  - De vrouw is kennelijk moslima. Relevante vragen zijn: Wat betekent de islam voor haar? Impliciet geeft zij aan te bidden. Hoe vaak bidt zij? Gaat zij weleens naar een moskee? Zo ja welke moskee?.
  - Uit welke streek van Turkije komt haar man?
  - Hoe hebben zij en haar man elkaar leren kennen? Hoe is hun huwelijk tot stand gekomen?
  - Wanneer zijn ze getrouwd en waar?
  - Zijn zij samen naar Nederland gekomen?
- In aansluiting op dergelijke achtergrondvragen zou ook nader in kunnen worden gegaan op de inhoud van haar angsten. In dit verband is het van belang om iets te weten over 'cinler' (geesten), omdat de vrouw daar vermoedelijk op doelt. (Enkelvoud 'cin', uitspraak: djinn).

### ***Achtergrondinformatie over de betekenis van 'cinler'*** <sup>9)</sup>

In de koran worden 'cinler' veelvuldig genoemd en er is ook een koranhoofdstuk dat heet: *Soerrat al-djinn* (Leemhuis 1992:395-396). (Marokkaanse Nederlanders spreken over 'dzjnoun' als zij het over geesten hebben.) Vanuit de formele islam (onder meer . vertegenwoordigd door imams en moskeeën) wordt gesteld dat Allâh (God) naast de mens (uit aarde geschapen) en engelen ook cinler heeft geschapen (uit vuur, zo staat in de koran geschreven) (Leemhuis 1992:364). Belangrijk is verder te weten dat in principe iedere moslim gelooft in het bestaan van cinler. Het gaat immers om door Allâh geschapen wezens en als moslim wordt je geacht daarin te geloven. Maar de mate waarin moslims geloven dat cinler invloed op je leven kunnen hebben verschilt en heeft meestal meer met cultuur ofwel volksgeloof dan met de (formele) islam te maken.

Vanuit de formele islam wordt er verder niet zo veel aandacht besteed aan de mogelijke invloed van wezens als cinler. Daarentegen wordt in het volksgeloof in islamitische samenlevingen uitgebreid verteld over deze wezens. Zo wordt gezegd dat er zowel goedaardige als boosaardige cinler zijn. Cinler zijn in principe onzichtbaar, maar kunnen zich soms manifesteren in de gedaante van een dier (slang!) of ook als mens (die dan bokkenpoten zou hebben). Cinler leven in een hiërarchische samenleving, die je niet ziet maar die er wel altijd is. Ze zijn vooral 's nachts actief en zij leven vooral bij donkere, vochtige en onreine plaatsen (vuilnis, bloed, toilet, douche et cetera).

Cinler kunnen mensen op verschillen manieren lastig vallen en problemen bezorgen: a. door te slaan (hetgeen bijvoorbeeld. kan leiden tot asymmetrische gezichtsverlammingen of plotselinge doofheid of stomheid), b. door iemand aan te raken (kan beledigd worden als influisteringen), c. door bezit van een mens te nemen (hetgeen kan leiden tot verschijnselen die in de GGZ als psychotisch worden geduid).

### ***Rol van cinler in de casus***

Terugkerend naar de casus dan zijn er duidelijk aspecten van het bovenstaande herkenbaar, zo heb ik de hulpverlener laten weten. Dat de cliënte zegt dat cinler komen als zij aan het bidden is heb ik andere moslims ook horen vertellen. De idee hierbij is dat mensen die in kwetsbare posities verkeren vatbaar zijn voor de daden van cinler. Dat geldt ook voor mensen die zwak staan in het geloof. Dus het kan zijn dat cinler iemand proberen af te houden om de islam te belijden. (Cinler worden namelijk ook gezien als handlangers van Iblis, de Duivel).

Dat de cliënte de douche noemt is eveneens traceerbaar (zie boven). En dat zij een cin beschrijft als een soort mens klopt eveneens. Ook het horen van stemmen die aan cinler worden toegeschreven is herkenbaar. Opmerkelijk bij dit laatste is wel dat de vrouw het ook heeft over stemmen van haar tante en haar kleinkinderen. Hierbij zou de hulpverlener kunnen vragen of die tante nog leeft en ook welke rol zij speelt (of heeft gespeeld) in haar leven?

Indien de bedoelde hulpverlener meer wil weten van de cliënte als het om deze fenomenen gaat dan kan hij daar rustig (doch tactvol en voorzichtig) naar vragen, zo heb ik hem voorgesteld. Bijvoorbeeld door aan te geven dat hij weleens van een collega heeft gehoord van het bestaan van cinler. Hij kan de cliënte dan vragen of zij daarop doelt als zij het heeft over genoemde fenomenen. Vervolgens kan hij vragen of zij hierover meer uitleg wil geven. (Bedacht moet worden dat als er een officiële tolk bij is dat cliënte hierover wat geremd kan zijn, omdat niet iedere Turkse Nederlander evenveel waarde hecht aan de rol van cinler. De hulpverlener zou het van tevoren met de tolk kunnen bespreken en uitleggen dat hij voor zijn onderzoek meer hierover wil weten. Maar wellicht heeft de tolk er helemaal geen probleem mee. Neemt niet weg dat de cliënte in deze toch geremd kan zijn.)

Verder zou de hulpverlener de cliënte kunnen vragen of zij weleens hulp heeft gezocht om de cinler te laten doen vluchten?

Bij vervolgvragen kan hij dan vragen of zij bijvoorbeeld bij een imam of 'hoca' (religieuze genezer) is geweest? En dan kan hij weer vragen: in Nederland of in Turkije? Verder kan hij vragen wat er is gebeurd bij zo'n hoca en wat die zei et cetera. Maar het kan ook zijn dat zij hiervoor geen hulp heeft gezocht. (Ook hier geldt dat de cliënte dit mogelijk liever niet vertelt met een tolk erbij. Want in deze bestaat er soms ook schaamte.)

In deze casus lijkt mogelijke relationele problematiek en teleurstelling over de levensloop cruciaal te zijn. Dit uit zich in zowel fysieke als psychische problematiek.

### **Resultaat consultatie**

Enige tijd na consultaties probeer ik te achterhalen wat betrokken hulpverleners daaraan hebben gehad. De ervaring is helaas dat hulpverleners dit meestal niet spontaan melden. En ook op vragen daarnaar volgt meestal geen antwoord. In het geval van genoemde casus heeft de hulpverlener echter wel geantwoord. Hij mailde het volgende:

*'Aan je suggesties heb ik zeker wat gehad. Ik heb gevraagd naar cinler (met de tolk dit ook voorbesproken, zoals je had geadviseerd). Cliënte gaf aan dat dit zeker een rol speelde. Ook heb ik haar vragen gesteld omtrent haar achtergrond. Dat heb ik als volgt in het dossier gerapporteerd:*

*Cliënte heeft soms het gevoel dat zij op haar rug wordt getikt, of dat mensen achter haar naar haar staan te kijken. Cliënte gelooft in geesten (cinler). Zij weet echter niet zeker of het hier om geesten gaat. Cliënte heeft nooit bij een traditionele genezer hulp gezocht. Daar gelooft zij niet in. Met haar tante voert zij soms gesprekken. Haar tante is al twee jaar dood. Zij woonde in Turkije. Haar tante was beter voor haar dan haar eigen moeder. Tegen haar tante kan zij alles zeggen wat haar dwars zit. Cliënte zegt moe van het leven te worden. Zij heeft niemand, zoals zij het zegt. Haar man zorgt de laatste tijd wat beter voor haar. Ook haar kinderen komen regelmatig langs. Zij verzorgen haar. De moeder van cliënte zou ook in geesten hebben geloofd. Zij raakte soms buiten bewustzijn, waarbij de oorzaak onbekend was. Moeder was streng gelovig. Vader niet. Cliënte vertelt boos op haar moeder te zijn, omdat zij op 16-jarige leeftijd werd uitgetrouwlijkt. Graag was zij naar school gegaan om een vak te leren. Cliënte weet niet meer wat zij had willen studeren. Cliënte werd uitgetrouwlijkt aan een man die in Nederland woonde. Hij was een kennis van de familie. Haar huwelijk was voor haar een grote teleurstelling. De ouders van cliënte wonen in een Turkse stad. Vader werkte als arbeider bij een lokaal bedrijf. Cliënte is in een dorp geboren, maar in de stad opgegroeid. Haar ouders hebben drie kinderen: twee dochters en een zoon. Zij is de oudste.*

*Conclusie:*

*Ik vermoed dat het hier gaat om een depressie (matig tot zwaar), samenhangend met relationele problemen (onvrede over het huwelijk) en haar levensloop waar zij ontevreden over is, zich uitend in somberheid, moeheid, inactiviteit, en gewaarwordingen van geesten.'*

Samenvattend meen ik hieruit te kunnen opmaken dat de hulpverlener door het inschakelen van een tolk en gerichte vervolgvragen meer inzicht heeft verkregen in: de rol van cinler in het denken van de cliënte (wellicht te duiden als religieuze coping?), de betekenis van haar overleden tante als een soort referentiekader of klankbord, haar frustraties en de relationele problemen waarmee zij kampt. Deze extra gegevens waren kennelijk van belang voor het gerichter stellen van een diagnose.

## Conclusies

Opvattingen over en beleving van ziekten en problemen hangen in belangrijke mate samen met cultuur. De visie van de mens op ziekte en genezing is immers verweven met zijn opvoeding en dus met zijn culturele referentiekader. Tegelijkertijd is het belangrijk te beseffen dat wij als mensen in ons denken en handelen niet alleen worden bepaald door de culturele context waarin wij opgroeien, maar omgekeerd ook zelf vorm geven aan die context. Aan de hand van de beschrijving van enkele ziekteopvattingen en hulpzoekgedragingen van allochtone Nederlanders hebben we in dit artikel enkele voorbeelden daarvan gezien. Deze dynamiek van cultuur impliceert dat alleen kennis van bepaalde (cultureel bepaalde) ziekteopvattingen en –gedragingen niet volstaat. Daarnaast is het voor hulpverleners namelijk zaak dat zij er steeds weer naar streven cliënten te zien als individuen, die op hun eigen wijze mede vorm geven aan hun achtergronden en invulling geven aan hun eigen ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag. Kortom, voor adequate interculturele communicatie is naast kennis een open attitude gewenst.

De resultaten van genoemd onderzoek zijn gepubliceerd in het boek *'Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag.'* Uitgeverij: Van Gorcum (2009). ISBN 978 90 232 4596 4

---

## noten

- <sup>1)</sup> Zie voor uitgebreide informatie: Hoffer 2009.
- <sup>2)</sup> Om de anonimiteit van betrokkenen te waarborgen is een aantal persoonlijke gegevens in de casus aangepast. De essentie van de thematiek is echter dezelfde gebleven.
- <sup>3)</sup> De aanduiding 'Marokkaans-Nederlands' of bijvoorbeeld 'Surinaams-Nederlands' staat voor het feit dat betrokkene of haar/zijn (voor)ouders buiten Nederland is geboren, maar door de huidige leefsituatie ook met Nederland is verbonden.
- <sup>4)</sup> Het vragen naar namen en soms ook geboortedata heeft te maken met astrologische berekeningen die genezers maken om een diagnose te stellen. 'Over iets stappen' duidt op toverij ofwel magie.
- <sup>5)</sup> Daarnaast spelen andere factoren een rol, zoals leeftijd, geslacht, opleiding en sociaal-economische positie (Knipscheer & Kleber 2005). In dit artikel gaat de aandacht echter vooral uit naar de factor cultuur.
- <sup>6)</sup> Religie is een betrokkenheid op het transcendente, dat wil zeggen de aanname van een niveau dat verder reikt dan de empirische werkelijkheid (Hoffer 2009: 4-5).
- <sup>7)</sup> Daarnaast hebben collega's en ik onder meer een cursus Intercultureel Werken ontwikkeld. Daarin gaat het om zaken als: het leren werken met tolken, interculturele diagnostiek en behandeling én de invloed van alternatieve geneeswijzen.
- <sup>8)</sup> Om de anonimiteit van betrokkenen te waarborgen is een aantal persoonlijke gegevens in de casus aangepast. De essentie van de thematiek is echter dezelfde gebleven.
- <sup>9)</sup> Deze informatie is gebaseerd op onderzoek dat ik heb gedaan en doe naar het denken en handelen van islamitische genezers en hun cliënten in Nederland (Hoffer 2000, 2009).

## Literatuur

- Ashour, M. De Djinn in de Qor'aan en de Soenna. Delft 1986: Noer.
- Ashqar, O.S. Al De wereld van de djinn en de duiverls in het licht van de Qoer-aan & Soennah. Delft 2007: Noer.
- Blom, J.D. e.a. 'Hallucinaties toegedicht aan djinns.' (Klinische les.) Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2010; 154:A973.
- Borra, R. 'Depressieve Turkse cliënten bij Riagg Rijnmond.' MGv 57(1):98-108 2002.
- Cigdem, H. De importbruid. Amsterdam: De Arbeiderspers 2008.
- Hermans, P. De wereld van de djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen. Amsterdam: Bulaaq 2007.
- Hoffer, C.B.M. Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen. (Proefschrift). Amsterdam: Dutch University Press 2000.

- Hoffer, C.B.M Een andere invalshoek. Het intercultureel spreekuur bij de GGZ Groep Europoort. Rotterdam: MIKADO (2004) 2004. Hoffer, C.B.M "'Psychose" of "djinn": verklaringen modellen en interculturele communicatie in de GGZ.' Patient Care 4(4), augustus 2005: 141-146.
- Hoffer, C.B.M Cultuur en religie in de GGZ: interculturele consultaties in de praktijk. Rotterdam: Bavo Europoort 2006.
- Hoffer, C.B.M. "'Suhūr" en "jnün" in een Nederlandse context: dynamiek van cultuur en religie in het leven van Marokkaans-Nederlandse vrouwen.' CMG, 4(1), 2007: 2-15.
- Hoffer, C.B.M Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag. Assen: Van Gorcum 2009.
- Kleinman, A. 'Concepts and a model of the comparison of medical systems as cultural systems.' Social Science & Medicine 12:85—93 1978.
- Knipscheer, J.W. & R.J. Kleber 'Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg.' Tijdschrift voor Psychiatrie 47(11):753-759 2005.
- Leemhuis, F. De koran. Een weergave van de betekenis van de Arabische tekst in het Nederlands. Houten: Het Wereldvenster 1992.
- Shadid W.A.R. & P.S. van Koningsveld Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg. achtergrondinformatie ten behoeve van de zorg voor moslimse migranten. Assen: Van Gorcum 1983.
- Thomaes, K. Turkse vrouwen aan het woord. Een onderzoek naar ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen bij Turkse vrouwen in Maastricht. Maastricht: Riagg 1994.