

'Psychose' of 'djinn': verklaringmodellen en interculturele communicatie in de GGZ

Dr. C.B.M. Hoffer
 Cultureel antropoloog/socioloog
 Beleidsmedewerker Interculturalisatie
 GGZ Groep Europoort
 Rotterdam

Na ruim tien jaar als cultureel antropologisch onderzoeker aan de Universiteit van Leiden te hebben gewerkt, ben ik sinds drie jaar in dienst van de GGZ Groep Europoort. Voor deze instelling doe ik onderzoek naar de manier waarop allochtone cliënten psychische problemen beleven. Daarbij maak ik gebruik van de kennis en ervaring die ik in Leiden heb opgedaan tijdens mijn promotieonderzoek naar het denken en handelen van islamitische genezers en hun cliënten in Nederland. Uit dit onderzoek kwam naar voren hoe cliënten in de praktijk omgaan met verschillende opvattingen over gezondheid en ziekte. Kenmerkend daarbij was dat mensen op individueel niveau elementen uit diverse culturen en religies met elkaar combineren.

Deze inzichten zijn van belang voor psychiaters en neurologen die met allochtone patiënten werken, omdat deze inzichten bijdragen tot een beter begrip voor de belevingswereld van betrokken patiënten. Dat begrip is cruciaal voor het winnen van vertrouwen van patiënten en het welslagen van een behandeling.^{1,2} In dit artikel beschrijf ik enkele resultaten van het genoemde onderzoek en mijn onderzoekservaringen bij de GGZ Groep Europoort. Naast literatuuronderzoek heb ik 41 islamitische genezers en 65 van hun cliënten geïnterviewd en geobserveerd. Ook heb ik enquêtegegevens van 227 cliënten van islamitische genezers verzameld. Het gaat hier met name om Turken, Marokkanen en Surinamers. Verder heb ik gesproken met twee winti-genezers en enkele Hindoestanen die pandits (hindoe-priesters) hebben geconsulteerd. Veel van hetgeen hier wordt beschreven over islamitische genezers gaat ook op voor winti-genezers en andere alternatieve therapeuten.^{3,4,5}

EXPRESINFORMATIE

Bij alternatieve geneeswijzen gaat het om geneeswijzen die migranten hebben meegebracht uit het land van oorsprong. Bekende voorbeelden zijn winti- en hindoeïstische geneeswijzen. We hebben te maken met opvattingen over gezondheid en ziekte die sterk verschillen van die van de reguliere zorg.

Achtergronden en inhoud van islamitische geneeswijzen

Het gebruik van alternatieve geneeswijzen – waartoe ook religieuze geneeswijzen worden gerekend – is in Nederland algemeen bekend. Hoewel de verdiensten van de reguliere gezondheidszorg en hulpverlening evident zijn, laat deze kennelijk ook behoeften liggen waarin alternatieve genezers kunnen voorzien. Evenals autochtone Nederlanders maken ook allochtone Nederlanders gebruik van alternatieve geneeswijzen. Dikwijls gaat het daarbij om geneeswijzen die migranten hebben meegebracht uit het land van herkomst. Bekende voorbeelden zijn winti-geneeswijzen onder Afro-Surinamers en hindoeïstische geneeswijzen onder Surinaamse Hindoestanen.^{3,4,6}

Sommige migranten met een islamitische achtergrond raadplegen hun eigen alternatieve genezers. De opvattingen die daarbij een rol spelen worden hier besproken. Het gaat om visies die afwijken van de gangbare biomedische inzichten.

Het is overigens van belang zich te realiseren dat niet iedere migrant met een islamitische achtergrond in het werk van islamitische genezers gelooft. Uit een aantal onderzoeken blijkt bijvoorbeeld dat vijf tot tien procent van de Turkse en Marokkaanse moslims in Nederland weleens gebruik maakt van de diensten van islamitische genezers.^{7,8} Wat dit betreft dringt de vergelijking met autochtone alternatieve geneeswijzen

Religies (*religions*) – geneeswijzen (*curative methods*)



Afbeelding 1 – naamkaartje van een Marokkaanse genezer

Afbeelding: Waldo Ruiterman/Cor Hoffer.

zen zich op, waaraan ook lang niet iedere autochtone Nederlander evenveel waarde hecht.

EXPRESINFORMATIE

In de islam wordt onderscheid gemaakt tussen de officiële leer en het zogenaemde volksgeloof. Dit onderscheid, gemaakt door vertolkers van de officiële leer (schriftgeleerden, imams), bestaat voor vele moslims echter helemaal niet. Voor hen is de islam een mengsel van elementen uit de officiële leer en het volksgeloof. Het gaat hier om de sunnitische islam, waartoe 90% van de moslims behoort.

Islam en volksgeloof

Evenals het christendom kent de islam diverse stromingen en substromingen. De twee hoofdstromingen zijn die van de sunnieten en de shî'ieten. Het verschil tussen deze stromingen gaat terug tot de beginperiode van de islam en heeft onder meer betrekking op het rechtmatige leiderschap van de islamitische gemeenschap en de staat. Tot de sunnitische islam behoort ongeveer 90% van de moslims. Dit artikel gaat over sunnitische moslims.

In de sunnitische islam als religieus kader wordt – evenals bijvoorbeeld in

het rooms-katholicisme – onderscheid gemaakt tussen aan de ene kant de 'officiële leer' en aan de andere kant het 'volksgeloof'. Onder de 'officiële islam' wordt het sunnitische geloof verstaan, zoals dat door 'ulamâ' (schriftgeleerden) en imams in moskeeën – de orthodoxie – wordt uitgedragen. Het 'volksgeloof' daarentegen zou bestaan uit zogenaemde pre-islamitische elementen, lokale tradities en overleveringen.

Dit onderscheid heeft een theologische achtergrond; het zijn namelijk de vertolkers van de officiële islam (schriftgeleerden, imams) die dit onderscheid maken. Voor hen zijn diverse praktijken uit het volksgeloof vormen van bijgeloof. In de dagelijkse beleveningswereld van vele moslims echter, bestaat dit onderscheid helemaal niet. Zij mengen elementen van de officiële leer en het volksgeloof, en voor hen is dat dé islam.

Als wij het in Nederland over de islam hebben, valt op dat de literatuur en het meeste onderzoek zich vooral richt op de 'officiële' (orthodoxe) islam, zoals die in Nederland institutionaliseert. Dat is ook logisch, want dat is de islam die het meest zichtbaar is: via moskeeën, islamitische organisaties, islamitische scholen, et cetera. Mijn onderzoek leert echter dat zich daarnaast in de Nederlandse samenleving op informeel niveau belangrijke ontwikkelingen voordoen: via het werk van islamitische genezers krijgt ook het islamitische volksgeloof hier langzamerhand vorm. Daarover gaat dit artikel. Voor nadere informatie over de 'officiële' islam verwijs ik de lezer naar de diverse inleidingen die daarover verkrijgbaar zijn, zoals bijvoorbeeld die van Luyendijk.¹⁰

Visies en handelingen

Islamitische genezers hebben met betrekking tot bepaalde ziekten en problemen andere opvattingen dan de re-

guliere hulpverleners. Hierbij moet de lezer zich realiseren dat het volksgeloof in islamitische samenlevingen – en de daarmee samenhangende geneeswijzen – is gebaseerd op belangrijke historische ontwikkelingen als de Arabisch-islamitische geneeskunde, de profetische geneeskunde, het soefisme (islamitische mystiek) én diverse lokale tradities. Met name de Arabisch-islamitische geneeskunde is van invloed geweest op de ontwikkeling van de westerse (biomedische) geneeskunde. De Arabisch-islamitische geneeskunde (onder meer vertegenwoordigd door Ibn Sînâ ofwel Avicenna) bouwde voort op de klassieke Griekse en Indiase medische wetenschappen en kende een hoogstaande theoretische en praktische ontwikkeling.^{11,12} Sterker nog, een deel van de klassieke geneeskunde is in de late middeleeuwen bewaard gebleven en daardoor weer tot ons gekomen dankzij de Arabische medische bibliotheken. Islamitische genezers maken onderscheid tussen ziekten met een natuurlijke (fysieke of psychische) oorzaak én ziekten met een bovennatuurlijke oorzaak. Zij onderscheiden drie bovennatuurlijke oorzaken: magie, het boze oog en boze geesten.

Magie ('sahir' in het Marokkaans-Arabisch, 'büyü' in het Turks) is een poging om gebeurtenissen en relaties te beïnvloeden met behulp van bovennatuurlijke middelen. Als we spreken over magie als een oorzaak van ziekten of problemen, dan noemen we dat zwarte magie of toverij. Dit kan op verschillende manieren worden toegepast: het uitspreken van formules of het uitvoeren van rituelen. Ter bestrijding van de effecten van zwarte magie wordt onder meer gebruik gemaakt van amuletten. Amuletten bestaan uit papiertjes met een handgeschreven korantekst die in een leren of plastic zakje op het lichaam worden gedragen. Ook komt het voor dat genezers koranverzen met saffraan op papier schrijven en deze teksten ver-

volgens laten oplossen in water. Cliënten worden dan geacht dit water op te drinken, en soms moet men zich met zulk water wassen. Men veronderstelt dat dit de werking van magische krachten neutraliseert.

Het *boze oog* ('*l'ayn*' in het Marokkaans-Arabisch, '*nazar*' in het Turks) komt men tegen in verschillende culturen en religies. Het is gebaseerd op de gedachte dat een individu de kracht heeft om schade te berokkenen aan een ander louter door naar iemand of naar iemands bezit te kijken. Veelal wordt het boze oog geassocieerd met jaloezie. Ter voorkoming van de werking van het boze oog maakt men gebruik van amuletten en blauwe kralen.

EXPRESINFORMATIE

Met de term *djinns* wordt in islamitische samenlevingen op boze geesten gedoeld. Vaak zijn *djinns* wispelturig, kwaadaardig en wraakzuchtig. Om klachten weg te nemen, wordt bij de behandeling soms gebruik gemaakt van koranverzen. Het aanwenden hiervan gebeurt op verschillende manieren; waarbij wordt uitgegaan van de helende werking van de koranverzen. De genezer verklaart ziekten in termen van bovennatuurlijke krachten.

Boze geesten worden in het volksgeloof in islamitische samenlevingen aangeduid met de term *djinns* ('*dzjenoun*' in het Marokkaans-Arabisch, '*cinler*' in het Turks). *Djinns* worden omschreven als onzichtbare wezens, die zich bij tijd en wijle in de vorm van een mens of een dier kunnen manifesteren. De meeste *djinns* zijn wispelturig, wraakzuchtig en kwaadaardig. Zij kunnen een mens allerlei ziekten en problemen bezorgen. Om zich te beschermen tegen hun aanvallen hanteert men verschillende technieken, zoals het dragen van amuletten of het gebruik van stoffen waar *djinns*

niet tegen kunnen, bijvoorbeeld zout of wierook.

Islamitische genezers maken gebruik van verschillende technieken om oorzaken van klachten op te sporen en weg te nemen. Het betreft onder meer gesprekken met cliënten en hun familie én het uitvoeren van rituelen (bijvoorbeeld ter verdrijving van boze geesten). Een belangrijk element in de behandelingen is het gebruik van koranverzen. Verzen uit de koran worden op uiteenlopende manieren aangewend ter voorkoming of genezing van ziekten. Daarbij gaat men er vanuit dat bepaalde koranverzen een helende werking ('*baraka*': zegenbrengende kracht) hebben. De meest gebruikte vorm is het ritueel uitspreken van gebeden en/of recitaties uit de koran. Soms combineert men dit met handoplegging of met magnetisme (het overbrengen van genezende krachten via de handen). Koranverzen worden, zoals eerder is aangegeven, ook gebruikt voor het maken van amuletten en helend water.

Cliënten en therapeutische kracht

Cliënten van islamitische genezers hebben verschillende nationale en sociaal-economische achtergronden, en komen uit alle leeftijdscategorieën. Van de cliënten zegt tachtig procent vóórafgaand aan het contact met de islamitische genezer, bij een arts of andere reguliere hulpverlener te zijn geweest. Cliënten consulteren islamitische genezers voor verlichting van pijn en/of angsten, uit teleurstelling over reguliere behandelingen, uit wanhoop of omdat zij er van overtuigd zijn dat bovennatuurlijke zaken spelen waar een reguliere zorgverlener niets aan kan doen.

De klachten kunnen van zowel fysieke, psychosomatische als psychische aard zijn. Het gaat om chronische klachten die niet levensbedreigend zijn. De meeste klachten lijken samen te hangen met situaties en sociaal-psychische problemen waarmee cliënten niet



Afbeelding 2 – kleine versies van de koran worden door sommige moslims gedragen ter bescherming tegen kwade bovennatuurlijke krachten.

Foto: Waldo Ruiterman/Cor Hoffer.

“Cultuur” kan worden omschreven als: ‘Het geheel van betekenissen dat de mens oriënteert op de werkelijkheid waarin hij leeft, hem inzicht geeft in de dingen waar het in het leven om gaat, en hem duidelijk maakt welke normen en waarden zijn leven richting dienen te geven.’ Het specifieke van “religie” (als cultureel subsysteem) is dat het een geheel van regels voor denken en handelen omvat omtrent ‘een algemene zijnsorde: religie kan dan ook worden omschreven als “kennis” omtrent het waarom van de dingen.’¹

Referentie:

1. Tennekes J. Een antropologische visie op de islam in Nederland. *Migrantenstudies* 1991; 7(4):2-22.

goed overweg kunnen, zoals werkloosheid, een slechte woonsituatie, alcoholisme, relatieproblemen, heimwee, onzekerheid, etc. Voor een deel gaat het hier om levensvragen, oftewel vragen op het terrein van zingeving. Zingeving heeft betrekking op de universele menselijke behoefte om bij ziekten en problemen de vraag te stellen waarom iemand iets overkomt. Dit hangt samen

Casus

De man, een 64-jarige Marokkaan, is in 1969 naar Nederland gekomen, zijn vrouw en elf kinderen in 1991. Een aantal jaren geleden kreeg het gezin met allerlei problemen te maken. In verband met diverse klachten liep de man al enkele maanden in de ziektewet. Hij had onder meer last van zijn rug en arm waarvoor hij door zijn huisarts naar een fysiotherapeut werd doorverwezen. Zijn vrouw had voortdurend last van hoofdpijn en kwam daarvoor regelmatig bij de huisarts. Eén van de dochters had ernstige psychische problemen, waarvoor zij al jaren bij een GGZ-instelling werd behandeld. Bovendien had de man, die analfabeet is maar redelijk Nederlands spreekt, moeite met de contacten met diverse instanties. De man is van mening dat hij, sinds de komst van zijn gezin naar Nederland, onder enorme druk is komen te staan. Er deden zich allerlei problemen voor en zijn kinderen verwachtten van hem een oplossing. Dat viel hem zwaar.

Uit wanhoop is de man te rade gegaan bij een Marokkaanse gebedsgenezer (een zogenaemde 'fqih'). Die stelde via een ritueel vast dat zwarte magie ('*sihir*') de oorzaak van de problemen zou zijn. Ter genezing kregen de man, zijn vrouw en de dochter amuletten, die zij op hun lichaam moesten dragen.

De genezer verdiepte zich echter ook in de diverse brieven die de man van instanties had ontvangen, zoals de aanvraag voor de Nederlandse nationaliteit van zijn dochter. Zij wilde een eigen huis en gaan trouwen. De genezer bood hem hier zijn hulp. Inmiddels gaat het weer wat beter met de familie. De man werkt weer, zijn dochter is getrouwd en heeft een baan gevonden. De psychische problemen die zij had, zijn grotendeels verdwenen. De moeder voelt zich ook beter en heeft minder vaak last van hoofdpijn. De problemen van de man met instanties zijn ook opgelost. Voor het invullen van zijn papieren schakelt hij nu de hulp in van collega's en zijn dochters.

Dit voorbeeld laat naast zingeving overigens ook andere therapeutische aspecten van islamitische geneeswijzen zien, zoals een holistische benadering én een angstreducerende werking. Naast positieve aspecten kennen deze geneeswijzen echter ook hun schaduwzijden. Zo ontbreekt het aan iedere vorm van regulering, waardoor niet duidelijk is welke genezer betrouwbaar is en welke niet. Ook bestaat het gevaar dat patiënten afhankelijk worden van een bepaalde genezer, en is er het risico dat bepaalde structurele (fysieke, psychische of sociale) oorzaken van ziekten en problemen onbelicht en onnodig lang onbehandeld blijven.

met de fundamentele vraag van mensen waarom en waarvoor zij leven.

De kracht van de behandelwijzen van islamitische genezers ligt vooral op dit laatste terrein. Islamitische genezers blijken in sommige gevallen in staat om cliënten in schijnbaar uitzichtloze situaties nieuwe perspectieven te bie-

den. Daartoe sluiten genezers aan bij de denk- en belevingswereld van hun cliënten. Dit geschiedt op twee niveaus: een symbolisch en een praktisch-rationeel niveau.

Op een *symbolisch niveau* interpreteert de genezer klachten in voor de cliënt bekende culturele noties en be-

gripen. Hij verklaart ziekten in termen van bovennatuurlijke krachten, bevestigt eventuele vermoedens van cliënten en manipuleert vervolgens die krachten als onderdeel van het genezingsproces.

Naast deze symbolische interpretatie van de klachten geeft de genezer de cliënt echter ook *rationele argumenten* voor gedragsverandering. Hij schrijft bepaalde geneeskrachtige kruiden en/of een dieet voor of geeft suggesties voor gedragsverandering, bijvoorbeeld met betrekking tot psychische of sociale problemen. Soms gaat een islamitische genezer met de patiënt mee naar een GGZ-instelling en bemiddelt bij instanties (een woningbouwvereniging bijvoorbeeld).

Het gevolg van de symbolische en rationele handelingen van islamitische genezers is in sommige gevallen het verdwijnen of verminderen van de ernst van de kwaal of het aannemen van een andere houding door de cliënt ten opzichte van zijn problemen. De problemen zijn hanteerbaar geworden. Dat vormt voor de cliënt de grondslag voor een nieuw geloof in zijn eigen mogelijkheden en de aanzet om activiteiten te ondernemen om zijn leven weer richting te geven. Ter illustratie het kader met de casus van een Marokkaanse man.

Verklaringsmodellen en interculturele communicatie

Behandelaars (bijvoorbeeld artsen) en patiënten hebben, zelfs als zij dezelfde culturele en/of religieuze achtergrond delen, een verschillende visie op gezondheid en ziekte. Hun visies zijn gebaseerd op verschillende uitgangspunten, een andere bewijsvoering en uiteenlopende criteria om de effectiviteit van behandelingen te beoordelen. Ter onderscheiding van genoemde visies gebruiken antropologen de termen '*disease*' en '*illness*'. *Disease* heeft betrekking op de visie van de behandelaar, *illness* refereert aan het perspectief

van de patiënt. De beroemde Amerikaanse psychiater en antropoloog Kleinman^{13,14} spreekt in dit verband over ‘verklaringsmodellen’ op het terrein van ziekten en problemen. Op basis van deze modellen communiceren behandelaren en cliënten met elkaar. Indien de modellen echter te ver uit elkaar liggen ontstaan er communicatieproblemen. Zeker in geval van culturele verschillen is de kans hierop relatief groot.

Om te illustreren hoezeer zulke communicatieproblemen een behandeling kunnen frustreren volgt hier de beschrijving van een casus. Tevens maakt dit voorbeeld duidelijk hoezeer betrokkenen soms op creatieve wijze een uitweg uit zo’n situatie proberen te zoeken.

Enkele jaren geleden trof ik bij een bezoek aan een Marokkaanse islamitische genezer tot mijn verbazing, naast enkele Marokkanen, twee autochtone Nederlanders aan. Het feit dat het om autochtonen ging was niet zo verrassend omdat ik dat al eerder bij islamitische genezers had meegemaakt. Wat mij verbaasde was het feit dat het hier om twee psychiaters ging die daar bleken te zijn in verband met een duobehandeling van een Marokkaanse patiënt. De betrokken artsen en zijn familie gaven mij de volgende informatie.

Volgens de artsen leed de betreffende Marokkaanse jongen van 20 aan schizofrenie. Dit zou zich zo rond zijn twaalfde levensjaar voor het eerst hebben gemanifesteerd. Zowel thuis als op school vertoonde de jongen problematisch gedrag. Aangezien de vader hoge verwachtingen van de jongen had kon hij de ziekte van zijn zoon aanvankelijk niet accepteren. Maar geleidelijk ging hij inzien dat de jongen ziek was: ziek in de zin dat hij ervan overtuigd raakte dat het om bezetenheid ging. Door de problemen op school was de jongen in aanraking gekomen met de psychiatrie: hij was al jaren in behandeling. Het pro-

bleem daarbij was dat de vader geen enkel geloof hechtte aan de voorgeschreven therapieën en medicamenten. De communicatie verliep daardoor heel moeizaam. De artsen merkten op dat de jongen negatieve symptomen vertoonde die soms voorkomen bij schizofrenie. De jongen had weinig interesse en energie, en lag het liefst de hele dag op bed. Zij vermoedden dat hij meer zou kunnen dan hij deed. Om zijn eigen onmacht aan te geven leek hij zijn rol als zieke te benadrukken, hetgeen door de situatie thuis werd versterkt. Daarom dachten de artsen dat het goed zou zijn om hem in zekere zin te activeren.

Aldus wilden de behandelaren de medicatie van de jongen veranderen. Daarom zou de jongen regelmatig onderzocht moeten worden wat een goede werkrelatie tussen de familie en de psychiaters vergde. Om dit te bewerkstelligen leek het de artsen zinvol om een islamitische genezer in te schakelen. De achterliggende bedoeling was dat zij daarmee het vertrouwen van de familie en met name van de vader wilden winnen. Tevens hoopten zij dat via deze weg ook bepaalde culturele aspecten van de ziektesymptomen weggenomen konden worden.

De vader was van mening dat zijn zoon was bezeten door een boze geest. Uit de diverse bezoeken die hij en zijn zoon aan genezers in Nederland, Frankrijk en Marokko hadden gebracht, was hem duidelijk geworden dat het om een hele sterke geest ging: een ‘*sjaytan*’. Zulke geesten zouden heel moeilijk te bestrijden zijn omdat zij tijdens uitdrijvingsrituelen genezers om de tuin leidden.

Tijdens de door de artsen en mij bijgewoonde behandeling voerde de genezer een ritueel uit waarin hij de betreffende geest trachtte te verdrijven. Omdat dit niet goed lukte raadde hij betrokkenen aan een collega-genezer te raadplegen die hij kende in Marokko. Ook gaf hij de jongen een amulet en



Afbeelding 3 – Blauwe kralen worden in het Turkse volksgeloof gebruikt ter afwering van het Boze Oog.

Foto: Waldo Ruiterman/Cor Hoffer.

stelde hij voor om de medicijnen van de artsen te blijven gebruiken maar wel te verminderen.

De therapie van de genezer bleek uiteindelijk voor alle partijen ineffectief. De vader vond dat zijn zoon geen baat had gehad bij de behandeling: de geest was niet verdreven. Hij voelde zich alleen maar bevestigd in zijn idee dat het om een heel sterke geest ging. Hij en zijn zoon waren niet van plan nogmaals naar de islamitische genezer of genoemde artsen te gaan. Wel wilden zij naar Marokko om aldaar de gespecialiseerde genezer te consulteren. Ook de psychiaters bleken niet content met de behandeling van de genezer. Zij hadden moeite met het plotselinge voorstel van de genezer om de medicatie te verminderen. Later zei een van de artsten:

“Ik heb niet met de genezer over medicatie gesproken. Ik heb hem alleen gezegd dat onze diagnose schizofrenie was en dat de vader meent dat het om bezetenheid gaat. Ik wilde een ritueel van de genezer om aan de vader duidelijk te maken dat het niet alleen om bezetenheid ging maar ook om een psychiatrisch ziektebeeld waar de dokters iets mee kunnen doen. Maar achteraf is dit niet gelukt: immers de genezer wilde de medicijnen juist afbouwen.”

De les die hieruit getrokken kan worden is dat indien reguliere hulpverleners alternatieve therapeuten bij een behandeling betrekken overleg vooraf belangrijk is. Hier wrekt zich in de GGZ ook het ontbreken van enig beleid op dit punt. Formeel stellen reguliere instellingen zich in het algemeen op het standpunt dat men de gang van patiënten naar alternatieve genezers niet afwijst, maar dat men zelf geen contacten onderhoudt met zulke therapeuten. Omdat reguliere behandelaars via bijvoorbeeld islamitische of andere allochtone patiënten toch in aanraking

komen met het werk van alternatieve genezers trachten zij hier zelf op provisorische wijze een weg in te vinden. Zoals ik elders heb beschreven leidt dit er soms toe dat reguliere en islamitische (of bijvoorbeeld winti-)behandelaars informeel en ad-hoccontacten met elkaar onderhouden; iets wat formeel taboe zou zijn, maar oogluikend door instellingen wordt toegestaan.¹⁵

Daarnaast is het belangrijk dat GGZ-instellingen en -opleidingen hulpverleners deskundigheidsbevordering aanbieden, waarmee zij leren omgaan met verschillende verklaringmodellen en actief leren vragen naar de belevingswereld van patiënten. Ervaringen in de GGZ-instelling waarin ik werk, en informatie over andere organisaties, leren dat er onder GGZ-hulpverleners grote behoefte leeft aan overleg over culturele en religieuze aspecten van casuïstiek.¹⁶ Ook blijkt dat hulpverleners ondersteuning zoeken bij de vraag op welke wijze zij kunnen achterhalen hoe een patiënt zelf naar zijn of haar hulpvraag kijkt. In die zin leveren adviezen over deze thematiek een bijdrage aan een meer patiëntgerichte benadering door hulpverleners.

Hierbij moeten hulpverleners kennelijk twee drempels nemen. Ten eerste de drempel om culturele en religieuze aspecten van hulpvragen expliciet aan de orde te stellen in hun contacten met patiënten. Ten tweede de drempel om minder aanbod- en meer vraaggericht te gaan werken.

Referenties:

1. Kortmann F. Culturele competentie en de psychiater. In: M. Braakman, M. Mensinga & H. Rohlf (red.); Culturen zonder muren 11-12. Badhoevedorp, 2003. Mension medical refresher.
2. Dam C. Als we blijven falen richten migranten hun eigen voorzieningen op. Interview met Frank Kortmann. Psych 2003;7(4):18-22.
3. Stephen HJM. Winti en hulpverlening. Een bijdrage aan de gezondheidszorg in multicultureel Nederland. Amsterdam, 1995.
4. Gaianda R. Traditionele hulpverlening bij de hindoes. In: Dijk AMG van. Rambaran H, Venema CH (red.), Hindoeïs-

me in Nederland. Achtergronden, geloofsbeleving en toekomstperspectieven van Surinaamse hindoes in de Nederlandse samenleving. DAMON Uitgeverij, 1999;130-139.

5. Hoffer CBM. Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen. (Proefschrift). Amsterdam, 2000. Thela Thesis.

6. Stephen HJM. Winti en psychiatrie. Geneeswijze als spiegel van een cultuur. Karnak Amsterdam, 1990.

7. Bleeker JK, Reelick NF. De gezondheid van Marokkanen in de Randstad. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., Sector Gezondheidsbevordering, 1998.

8. Knipscheer JW. Cultural convergence and divergence in mental health care. Empirical studies on mental distress and help-seeking behaviour of Surinamese, Ghanaian, Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. Universiteit Utrecht, 2000.

9. Tennekens J. Een antropologische visie op de islam in Nederland. Migrantenstudies 1991;7(4):2-22.

10. Luyendijk J. Een tipje van de sluier. Islam voor beginners. Uitgeverij Podium, 2001.

11. Ullmann M. Islamic Medicine. Edinburgh University Press, 1978.

12. Reyners MMJ. Avicenna. Leerdicht der geneeskunst. Boom, Meppel, 1991.

13. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

14. Kleinman A. Culture and Psychiatric Diagnosis and Treatment: What Are the Necessary Therapeutic Skills? Trimbos-instituut. Utrecht, 2005.

15. Hoffer CBM. GGZ, religie en allochtone cliënten: islamitische visies als voorbeeld. GGZ Nederland. Utrecht, 2002.

16. Hoffer CBM. Een andere invalshoek. Het interculturele spreekuur bij de GGZ Groep Europoort. Rotterdam MIKADO, 2004.



Correspondentieadres

Dr. C.B.M. Hoffer
GGZ Groep Europoort
Carnissensingel 51
3083 JA Rotterdam
Tel: 010-4960703
E-mail:
c.hoffer@ggzgroepeupoort.nl