

Islam en psychiatrie in Nederland, een verkenning

ZOHRA ACHERRAT-STITOU

SAMENVATTING

In dit artikel wordt, aan de hand van praktijkervaringen van de auteur en achtergrondliteratuur, verkennend stilgestaan bij een aantal aspecten van de Islam in de Nederlandse psychiatrie. De groep moslims in Nederland wordt steeds groter en bestaat allang niet meer uit slecht Nederlands sprekende gastarbeiders.

Er zijn diverse aanwijzingen dat religie een belangrijke rol speelt in de therapeutische relatie, ziektebeleving en tegenoverdracht. De therapeutische relatie kan onder druk komen te staan als de religie in kwestie gepaard gaat met negatieve associaties en onderwerp van debat is, zoals in het geval van de islam.

Met betrekking tot de thema's is het met name van belang te onderkennen, dat de aanwezige problematiek niet wezenlijk anders is dan bij autochtonen, maar dat de betekenisverlening, inkleuring en gedragscodes anders zullen liggen.

Het is belangrijk er oog voor te hebben, in hoeverre de patiënt bovennatuurlijke oorzaken onderkent en in hoeverre de klachten verenigbaar zijn met zijn religieuze opvattingen.

Gepleit wordt voor een herbeschouwing, binnen de psychiatrie en in de individuele attitude van psychiaters, ten opzichte van religie en met name de islam.

Trefwoorden: Islam, psychiatrie, allochtonen, tegenoverdracht, religie

INLEIDING

Het was een bloedhete zomerdag en de lucht was strakblauw. Mijn vader, mijn moeder, mijn broer en ik reden in een oranje Bedfordbusje door de bergen nabij Tangerang, op weg naar een locale genezer. Niet zomaar een, maar een beroemde. Alleen hij zou mijn vader kunnen helpen, volgens mijn moeder. De rit werd alleen onderbroken door gemopper van mijn vader richting mijn moeder over het

onzinnige van de gehele onderneming. Zij hield zich stil. Op een bepaald moment stopte de weg en we konden niet verder. Mijn broer parkeerde de auto en we liepen verder. Een herder die we tegenkwamen, wees ons de weg. Onderweg passeerden we een bron en de vrouwen die zich daar bevonden, verzekerden ons dat het geneeskrachtig en wonderbaarlijk koel water was. Mijn moeder dronk uit de haar aangereikte beker en wilde deze doorgeven

aan mijn vader. Hij weigerde en liep verder. De weg liep uit op een grillig gevormd plein, waaromheen een laag, langgerekt wit gebouw stond. We gingen naar binnen. De lege ruimte was heerlijk koel en donker. Mijn vader zeeg neer en pakte zijn eigen flesje water. Mijn moeder ging naast hem zitten en gebaarde dat ik ook moest gaan zitten. Mijn broer bleef bij de deur staan. Na een weg vol gemopper en opmerkingen over en weer was het weldadig stil.

De rust werd echter verstoord door gegil. Een oude vrouw en een jonge man sleepten iets tussen hen in naar binnen, naar het midden van de ruimte. Ik dacht eerst aan een dier in een zak, maar al snel begon het me te dagen dat het een verwilderde jongeman was, met vieze kleren, ongekamd haar en rooddoorlopen ogen. Hij was geketend en praatte onverstaaenbaar, soms stootte hij kreten uit. Ik ging dicht bij mijn moeder zitten. De oude vrouw ging ook zitten en veegde over haar voorhoofd. De man ging naast mijn broer staan. ‘We worden gek van hem, hij lijkt wel een dier’, zei de vrouw. Ze begon uit zichzelf te vertellen, over haar zoon die sinds een aantal jaar niet te temmen was; hij schold mensen uit, was agressief, durfde het eten van zijn moeder niet te eten en sprak met geesten. Hij lachte duivels, en god vergeve hem, schold de profeet en Allah uit. Ook heeft hij geprobeerd zelfmoord, ‘intihar’, te plegen. Ze vermoedden dat hij bezeten was door een ‘djin’, die hij onrespectvol zou hebben behandeld of dat hij vervloekt was door een jaloerse leeftijdgenoot. De vrouw hield niet op met praten. Ik zag mijn moeders medelijden toenemen en mijn vader zijn afschuw verbergen. ‘Deze genezer schijnt alles te kunnen genezen; als god het wil, kan hij hem zijn ‘imaan’¹ teruggeven, anderen is het niet gelukt’, zei de vrouw. Mijn moeder wilde vertellen over mijn vader, maar hij keek haar zo dreigend aan, dat ze wijselijk haar mond sloot en een paar zinnen ter troost prevelde.

Mijn herinnering gaat verder, maar ik zal hier stoppen. Deze herinnering wilde ik met u delen, als moslima en psychiater. Waarom? Omdat ik mij realiseer dat deze persoonlijke herinnering voor mij belangrijk is geweest in mijn denken over psychiatrie. Als moslima, dochter van een nuchtere Marokkaanse moslim die niets ophad met geesten

of het bovennatuurlijke en van een vrome Marokkaanse vrouw die overal het bovennatuurlijke aan het werk zag, en als in Nederland opgeleide psychiater, geloof ik dat het bovennatuurlijke en het wetenschappelijke elkaar niet uit hoeven te sluiten. Maar bovenal geloof ik dat betekenisverlening van existentieel belang is. Mijn verbazing en verwondering toen ik psychiater werd, betroffen dan ook het feit, dat dit niet zo vanzelfsprekend bleek te zijn. Zowel religie als het bovenaardse, of preciezer: de niet-wetenschappelijke verklaringsmodellen, zijn verbannen uit de psychiatrie. De ideale psychiater is een neutrale, transparante en apolitieke agnost, die hoogstens gelooft in de DSM en religie verbanen heeft uit de spreekkamer.

Maar de komst van andere bevolkingsgroepen in het sterk gesecculariseerde Nederland, migranten met hun eigen religieuze opvattingen en levensbeschouwingen, maakt mijns inziens dat er een herbeschouwing moet komen van de rol van religie, en met name van de islam, in de psychiatrie. Deze gedachte is niet nieuw (Van Ree, 2003).

In dit artikel wil ik verkennen, wat het betekent dat de psychiatrische patiënt, en ook de professional, steeds vaker een islamitische achtergrond heeft. Ik zal mij met name richten op de Marokkaanse en Turkse patiënt.

Daarnaast vraag ik mij af hoe transparant en neutraal wij, als psychiaters, kunnen zijn tegenover islamitische patiënten, in een tijdperk waarin de islam verbonden wordt met fundamentalisme, angst en achterlijkheid en onverenigbaar lijkt te zijn met westerse normen en waarden. Dezelfde waarden die ook ten grondslag zouden liggen aan ons wetenschappelijke discours.

Om hoeveel en wat voor patiënten gaat het? Lijken ze op de autochtone, niet-islamitische patiënt? Kunnen we de islam een plek geven in onze reguliere diagnostiek en spreekkamers? Of moeten we juist accepteren en toejuichen dat moslims zich gaan verzamelen in hun eigen zuil en zo ook de reguliere GGZ ontlasten?

Ik ga uit van de stelling dat het toelaten van religie of zo u wilt levensbeschouwing – en dus van andere betekenisverleningsmodellen dan de wetenschappelijke – zal betekenen dat wij, psychiaters, aan zelfonderzoek moeten doen en ons bloot moeten geven. Ik zal gebruik maken van

mijn eigen Marokkaans-Nederlandse achtergrond en islamitische referentiekader, casuïstiek, mijn ervaringen als psychiater en onderzoek dat eventueel op dit gebied is verricht. Ik zal de termen allochtoon, moslim, islam, cultuur gebruiken zoals deze in de alledaagse spreektaal worden begrepen en gebruikt.

PSYCHIATERS EN RELIGIE

Mocht Jezus toch terugkomen op aarde, hoe zouden wij hem dan verwelkomen? Een magere man in lange gewaden gekleed, donkerharig en met baard, die spreekt over verlossing, in contact zegt te staan met god, zelfs zijn zoon zou zijn en beweert dat hij gestorven is voor onze zonden? De kans is groot dat hij niet bejubeld zal worden, zelfs niet nederig ontvangen, maar met alle bombarie van een crisisdienst en een dienstdoende psychiater om een i.b.s beoordeling te doen. Mocht de profeet Mohammed terugkomen, dan is eenzelfde scenario denkbaar, waarschijnlijker is echter dat er ook agenten van de binnenlandse veiligheidsdienst meekomen en de profeet in het Pieter Baan Centrum terecht komt.

Psychiaters zouden bij uitstek meer afstand tot religie hebben dan andere beroepsgroepen. In het streven van de psychiatrie om als een serieuze wetenschap beschouwd te worden, heeft de psychiatrie alle associaties met religie en alternatieve genezers willen afzweren. Overigens is deze onzekerheid ten aanzien van de eigen identiteit als volwaardige wetenschap en medische specialisatie tot op heden niet bezworen. Hiermee hangt ook samen dat binnen de psychiatrie religie lange tijd als een afwijking werd beschouwd. Zo beschouwde Freud religie als een neurotisch verschijnsel. Door dit streven en deze opvatting is de aandacht voor religie als een vorm van zingeving en betekenisverlening verdwenen uit de psychiatrie en daarmee ook uit de anamnese, de opleiding en de behandelingen.

In Nederland zijn hartstochtelijke pleiters aan het werk, die religie en levensbeschouwing in de opleiding en anamnese terugwillen (Verhagen, 2003; Glas, 2008). Ook is er steeds meer aandacht voor de protectieve en copinggerichte rol van religie bij psychiatrische aandoeningen, bijvoorbeeld bij depressies (Braam et al., 2003).

Fiselier en anderen hebben in een (klein) kwalitatief onderzoek aangetoond dat de ondervraagde Nederlandse psychiaters, allen christelijk opgevoed, negatieve eigenschappen toeschrijven aan religieuze patiënten (Fiselier et al., 2006). Tegelijkertijd maken de psychiaters ook gebruik van thema's die (christelijk) religieus gefundeerd zijn. De eigen levensbeschouwelijke houding, al of niet religieus beleefd, speelt een rol in de therapeutische relatie. De auteurs pleiten voor alertheid met betrekking tot tegenoverdracht naar religieuze patiënten.

Er is, bij mijn weten, geen onderzoek gedaan naar opvattingen van Nederlandse psychiaters ten aanzien van de islam en islamitische patiënten. Ik veronderstel dat deze opvattingen negatiever zouden kunnen zijn als het gaat om islamitische patiënten en dat dit zijn weerslag heeft op de therapeutische relatie, de diagnostiek en de tegenoverdracht.

Casus

Malika is een gescheiden Marokkaanse vrouw van 40 jaar. Haar twintigjarige huwelijk werd gekenmerkt door huiselijk geweld. Bij de laatste mishandeling vlucht ze met haar kinderen naar de burens en deze schakelen de politie in. Ze komt in een opvanghuis en zet een scheiding in. Ze heeft daar nu spijt van; familie en kinderen verwijten haar van alles. Achteraf denkt zij ook teveel te hebben geluisterd naar haar maatschappelijk werkster, die als oplossing een scheiding zag en haar adviseerde geen contact meer te hebben met haar man. Vanwege de somberheid en de paniekaanvallen komt ze onder behandeling bij een Nederlandse psychotherapeut. Ze is niet tevreden over het contact, maar bespreekt dat niet. Hij zou haar duidelijk maken dat ze een goede stap genomen heeft met de scheiding en heeft het vaak over vrouwenemancipatie. Ook zou ze moeten breken met haar familie, omdat ze haar niet steunen. Hij vraagt of ze haar dochter mee wil nemen voor een gezinsgesprek. In dat gesprek focust de psychotherapeut opeens op het feit dat haar dochter een hoofddoek draagt. Hij is verbaasd en vindt het niet geëmancipeerd en vertelt hen over vrouwenonderdrukking in de islam. Na

het beëindigen van het gesprek verbreekt ze het contact. ‘Hij begreep niets van mij, maar hij wilde dat ik een Hollandse vrouw zou worden die de islam de rug toekent.’

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) onderzoekt al jaren wat de opvattingen zijn van autochtone Nederlandse volwassenen over moslims. Deze zouden steeds negatiever gekleurd zijn. Zo denkt 36% van de ondervraagden dat moslims veel kunnen bijdragen aan de Nederlandse samenleving en vindt de helft dat de leefwijze van moslims en westerlingen niet samengaat.² Meer dan de helft is bang voor geweld van moslims. Een meerderheid van de Turken en Marokkanen is eveneens bang voor geweld en vindt dat er te negatief tegen hun geloof wordt aangekeken.³ Ik veronderstel dan ook dat de therapeutische relatie belemmerd wordt door wantrouwen over en weer, dus ook vanuit de patiënt.

Casus

Youssef is een 34-jarige Marokkaanse man die belt om samen met zijn vrouw in behandeling te komen. Er zijn relatieproblemen, maar ook problemen met de kinderen. Als ik ze naar een andere instelling wil verwijzen, geeft hij aan dat niet te willen. ‘Als ik daar vertel boos op mijn kinderen te worden en ze soms te slaan, dan ben ik mijn kinderen kwijt. Ze vinden toch al dat Marokkanen niet deugen.’

CIJFERS EN MOSLIMS

In Europa is de islam, na het christendom, de tweede religie van betekenis. Een deel van deze moslims, zo’n kleine 900.000, bevindt zich in Nederland. Daarmee is Nederland na Frankrijk het land met relatief de meeste moslims.⁴ Het blijkt overigens nog erg lastig om het juiste aantal te bepalen (Herten & Otten, 2007).⁵ Op 1 januari 2008 woonden er 1.8 miljoen niet-westerse allochtonen en 1.4 miljoen westerse allochtonen in Nederland. De grootste groepen niet-westerse allochtonen zijn Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Ruim 90% van de moslims is van niet-westerse allochtone komaf, met name Marokkanen en Turken. Het aantal moslims is groeiende en bestaat allang niet meer alleen uit eerste generatie Marokkanen

of Turken, de klassieke groep migranten. Ook de tweede en de derde generatie, vluchtelingen, Irakezen, Afghanen, Iraniërs en bekeerde autochtonen zijn vertegenwoordigd.

Onderzoek laat zien dat de hier woonachtige moslims zich sterk identificeren met hun geloof (Phalet, 2004).⁶ Respectievelijk 95% van de Turkse gemeenschap en 96% van de Marokkaanse gemeenschap noemt zichzelf gelovig. Dat geldt ook voor de jongeren die in Nederland geboren en opgegroeid zijn. Ze zijn weliswaar meer geneigd daar een individuele invulling aan te geven en zijn minder orthodox dan de ouders. Binnen deze groepen zijn er verschillende sociaal-politieke, culturele en religieuze stromingen te onderscheiden. De Turken, Marokkanen en Surinamers zijn merendeels soennieten. In de Turkse gemeenschap zijn ook veel alevieten en de Surinaamse gemeenschap kent ook veel aanhangers van de Ahamadiya beweging. ‘Trend’ onder bijvoorbeeld de Marokkaanse jongeren is het zich aansluiten bij de Salafiyya-beweging, een vorm van de islam die orthodoxere standpunten nastreeft en waarin het streven is om, in alle opzichten, te leven als in de tijd van de profeet. Het gaat hier om een kleine groep.

De niet-westerse bevolkingsgroep is aanzienlijk jonger dan de autochtone bevolking. De Nederlandse bevolkingsgroep zal dus in de toekomst alleen nog groeien door de allochtonen. De schatting is dat er in 2050 zo’n 4.8 miljoen allochtonen zullen zijn, waarvan 2.7 miljoen van niet-westerse komaf. De getallen, kortom, spreken voor zich. Het is duidelijk dat de islam voor Nederland een relevante, blijvende factor is.

Wat betekent dit voor de GGZ? Niet-westerse allochtonen ervaren hun lichamelijke en geestelijke gezondheid als minder goed, in vergelijking met autochtonen. Wel zouden ze even gemakkelijk toegang hebben tot en gebruik maken van beschikbare gezondheidsvoorzieningen, met name in de somatische zorg. Steeds meer mensen maken gebruik van de GGZ. Het volume van de GGZ is in de jaren 2000-2007 toegenomen met 6.5% per jaar.⁷ In hoeverre dit ook betekent dat allochtonen, dan wel moslims, steeds beter de weg naar de GGZ vinden, is niet duidelijk. Wel zijn er de afgelopen jaren steeds meer instellingen opge-

richt die gespecialiseerd zijn in GGZ-zorg voor allochtonen.⁸ Registratie op basis van achtergrond en zeker religie gebeurt niet overal. Tot 1 januari 2006 werd in Zorgis nog wel geregistreerd op land van herkomst. Sinds het DIS gebeurt dit niet meer standaard.⁹

De cijfers laten zien dat gemiddeld 33 cliënten op de 1000 autochtonen in de GGZ belanden; voor Surinamers is dat 38, voor Turken 30 en voor Marokkanen 32. Iraniërs, Afghanen en Irakezen komen relatief meer in aanraking met de GGZ dan deze groepen. Jongere allochtonen maken relatief minder gebruik van de GGZ dan autochtone jongeren.¹⁰ Ze zijn wel weer meer vertegenwoordigd in de acute en forensische psychiatrie. Onder de allochtone patiëntengroep zouden relatief hogere drop-out cijfers zijn en vaker eenmalige contacten voorkomen (Kortmann, 2006).

Stemmingsstoornissen en angstgebonden stoornissen zijn relatief de meest voorkomende stoornissen. Voor Marokkanen en Surinamers vormen psychotische stoornissen de belangrijkste groep van de gestelde diagnoses. In ons vakgebied is er nu volop discussie ten aanzien van de hoge prevalentiecijfers van psychotische stoornissen onder bijvoorbeeld Marokkaanse jongeren. Is dit te verklaren vanuit misdiagnostiek ten gevolge van cultuurgebonden uitingen en de cultuurgebondenheid van de DSM? Of is de prevalentie hoger ten gevolge van een fatale combinatie van migratiestressoren, marginalisatie, genetische kwetsbaarheden en cannabisgebruik? (Selten, 2002).¹¹ In hoeverre het moslim zijn hierin een rol speelt, is mij niet bekend. In mijn eigen spreekkamer zie ik met name depressie en angstproblematiek, waarbij het mij opvalt dat dit vaak gepaard gaat met psychotisch imponerende symptomen.¹²

Hoeveel hulpverleners er werkzaam zijn in de psychiatrie die zichzelf als moslim beschouwen, is niet bekend. Als ik kijk naar mijn eigen netwerk en collega's, kan ik zien dat deze groep groeiende is. Maar de psychiaters in Nederland vormen nog een overwegend autochtone groep. Trouwens, van deze 'witte' groep valt moeilijk te achterhalen hoevelen zichzelf als christelijk, joods of anderszins religieus beschouwen. Publicaties hierover zijn zeldzaam (Van Praag, 2008).

MOSLIMS EN ZIEKTEBELEVING

De 'standaard islamitische patiënt' ben ik helaas niet tegengekomen. De definitie, beleving en ziekte-uitingen van psychiatrische aandoeningen zijn afhankelijk van een aantal factoren, waaronder religie. De gepresenteerde ziektebeelden zijn soms zo dramatisch en bontgekleurd, dat het gemiddelde bevattingsvermogen en de DSM-IV tekortschieten. Al verschillen de inhoudelijke thema's vaak niet veel van hetgeen er bij autochtone niet-moslims speelt. Verlies (in alle denkbare varianten), migratie, kwetsing, gebrek aan hoop, de wens erbij te horen, gelukkig te zijn, het opbouwen van een zinvol bestaan *et cetera* vormen volgens mij thema's waarmee ieder mens op een gegeven ogenblik in zijn leven worstelt.

In het gesprek met islamitische patiënten vind ik het belangrijk om duidelijkheid te krijgen over een tweetal punten. Allereerst, in hoeverre men gelooft dat er bovennatuurlijke oorzaken in het spel zijn en ten tweede in hoeverre, volgens de patiënt, de ziekte verenigbaar is met de islam. Ik zal dit tweede punt illustreren aan de hand van depressie en suïcidaliteit.

Casus

Amina is een 45-jarige vrouw die sinds zeven jaar in Nederland woont en werkt. Ze is kinderloos en de tweede vrouw van haar man. Door dit huwelijk kon ze naar Nederland komen en financieel onafhankelijk worden. Twee jaar geleden brak zij haar pols, waardoor zij enige tijd haar schoonmaakwerk niet kon voortzetten. De afstemming van haar revalidatie en werk verloopt niet goed; de nieuwe chef zet haar sneller dan afgesproken aan zware taken. Zij is ervan overtuigd dat hij haar weg wil hebben, zodat hij zijn vrouw op haar afdeling kan laten werken. Als ze langskomt voor een gesprek met deze chef en ze inderdaad zijn vrouw op haar afdeling aan het werk ziet, slaan de stoppen door. Huilend en schreeuwend gaat ze tekeer en ze wordt op staande voet ontslagen. Vanaf dat moment slaapt ze bijna niet, ze piekert en ziet 's nachts schimmen voorbijtrekken. Ze hoort stemmen die haar roepen. Ze heeft wraakfantasieën en herbelevingen van het moment dat ze ontslagen werd. Ze is agressief naar haar man, bijt hem

en zichzelf. Ze jammert, trekt haar haren uit en krabt haar gezicht open. Ze is ervan overtuigd dat deze chef iets heeft gedaan met magie. ‘Zo ben ik nog nooit geweest.’

Onder een deel van de moslims is het gewoon om ziekten een bovennatuurlijke oorzaak toe te kennen, zoals geesten en ‘djins’, het boze oog of magie (Hoffer, 2000). Er is, binnen de islam, volop discussie in hoeverre dit soort opvattingen valt onder de officiële islam dan wel cultuurgebonden volksgeloof en daarmee ‘haram’, verboden, is. Het is dus niet zo dat elke moslim een bovennatuurlijk verklaringmodel hanteert en alternatieve genezers wil bezoeken.

Casus

Ibrahim is een 40-jarige Turkse man die naar aanleiding van een werkconflict klachten ontwikkelde. Hij werd somber, geprikkeld, klaagde over krachtsverlies in de armen en vertelde over geesten die hij zag en die met hem spraken. De bedrijfsarts had na het zoveelste vruchteloze gesprek geopperd, of het misschien niet verstandig zou zijn om een alternatieve genezer te bezoeken om de geesten te verdrijven. Ibrahim was erg boos geworden en had de arts toegebeten: ‘Op het werk hebben jullie mij ziek gemaakt en niet de geesten, dus maken jullie mij weer beter en laat de geesten met rust.’ Hij vertelde boos te zijn op de bedrijfsarts omdat deze hem niet serieus nam en de behandeling op anderen had willen afschuiven.

Regelmatig hoor ik van patiënten, dat ze naast de reguliere artsen ook alternatieve genezers bezoeken. Inmiddels zijn er in Europa diverse genezers werkzaam. Soms wordt een bezoek aan het moederland gecombineerd met het bezoeken van alternatieve genezers, psychiaters of somatische specialisten. Men regelt dan zowel een ct-scan als een amulet. Patiënten voeren als redenen aan dat ze ontevreden waren met het behandelaanbod in Nederland. Soms is er geen hulp gezocht in Nederland, omdat de patiënt ervan uitging dat hij toch niet begrepen zou worden.

Inmiddels is er, met name in de grote steden, ook de mogelijkheid om patiënten te laten ver-

wijzen naar instellingen gericht op transculturele problematiek en allochtonen. Deze instellingen zijn opgericht uit onvrede met het huidige behandelaanbod en de werkwijze binnen de reguliere GGZ. In deze instellingen zijn met name allochtone hulpverleners werkzaam. De groei van deze instellingen geeft aan dat ze voorzien in een behoefte. Patiënten geven aan het prettig te vinden geholpen te worden door mensen die dezelfde achtergrond, taal en religie delen.¹³

Zoals ik eerder aangaf, is het ook van belang om duidelijk te krijgen in hoeverre de patiënt de ziekte verenigbaar acht met zijn geloof. In het zoeken naar de schaarse westerse literatuur over de relatie tussen islam en depressie, stuitte ik op een aantal internetsites en forums waar druk gediscussieerd werd over de vraag in hoeverre een goede moslim angstig of depressief kon zijn.¹⁴ Deze discussies waren veelzeggend. Vragen als: ‘Is depressie een tekort aan geloof? Verwijdert een depressie ons van Allah en brengt geluk ons dichterbij?’ De meningen waren verdeeld. Een interessante discussie, aangezien ik er ook in mijn spreekkamer mee word geconfronteerd. Er wordt vaak beweerd dat iemand met voldoende geloof niet depressief, angstig of suïcidaal kan zijn. Teksten uit de *hadith* of koran worden aangehaald. Iemand die voldoende gelooft, accepteert wat Allah hem toebedeelt, twijfelt niet, is dankbaar en beseft dat het in het hiernamaals beter zal zijn. Suïcidaliteit en suïcide zijn taboe. Veel bidden, smeekbedes opzeggen en in de koran lezen zou verlichting kunnen geven als het toch te zwaar wordt. Anderen voeren aan dat Allah de mens ziekten heeft gegeven en de verantwoordelijkheid om aan de eigen genezing te werken. Een derde voert aan dat depressie een biologische aandoening is en losstaat van het innerlijke geloof. Een vierde beargumenteert dat het lot, ‘muktab’, onveranderbaar is en behandeling dus weinig zinvol.

Jongere moslims en de kleine groep bekeerde moslims halen hun kennis uit meerdere bronnen dan de oudere moslims en zijn daarin ook minder gericht op het land van herkomst. Ze maken gebruik van Internet, Nederlandse vertalingen van onder andere de koran, Nederlandssprekende predikers en satelliet-tv. Er zijn meerdere zenders waar kennis van en uit de islam centraal staat, zoals

de zender 'Iqra'. Van over de hele wereld kan men bellen, vragen stellen en ter plekke antwoord krijgen. Een onder jongeren en op satelliet-tv erg populaire prediker, Amr Khaled, heeft hiervan zelfs een levensproject gemaakt. Met zijn programma's en boeken probeert hij moslims op de zowel fysiek als psychisch gezonde en islamitische weg te houden (Khaled, 2005). Hij adviseert oplossingen als regelmaat in het leven, discipline en zelfonderzoek, basale principes uit de islam. Ook hij onderschrijft dat suïcide taboe is.¹⁵

Regelmatig maak ik mee dat op de vraag of iemand suïcidaal is, geantwoord wordt met 'Nee, ik ben moslim.' Al doorvragend blijkt vaak dat de patiënt worstelt met het schuld- en schaamtegevoel dat gepaard gaat met het idee, geen goede moslim te zijn. Vaak wordt deze worsteling niet besproken met anderen, want het advies dat ze doorgaans van geloofsgenoten krijgen, komt erop neer dat ze betere gelovigen moeten zijn, en dit schrijnt meer dan dat het verlicht. Eigen 'oplossingen' kunnen dan divers zijn.

Casus

Isra is een 35-jarige Turkse vrouw die sinds haar huwelijk, twintig jaar geleden, in Nederland verblijft. In Turkije heeft ze een sombere episode doorgemaakt na het overlijden van haar oma. In de afgelopen twintig jaar heeft ze diverse dierbaren verloren, waaronder haar ouders. Ze voelt zich vaak ongelukkig en eenzaam; deze gevoelens worden versterkt als haar dochtertje een chronische ziekte blijkt te hebben en de laatste zwangerschap in een miskraam eindigt. Regelmatig heeft ze gedachten aan de dood; ook spaart ze soms pillen op. Als de gedachten en aandrang te sterk worden, pakt ze een scherp voorwerp en prikt in haar vingertoppen. 'Dat doet zo een pijn, dat het me afleidt van die gedachten, want ik wil na mijn dood naar de hemel, naar mijn ouders en oma en niet naar de hel.'

Over het algemeen zijn de suïdecijfers onder Marokkaanse Nederlanders en Turken lager dan onder autochtonen (Garssen, 2006). Waarschijnlijk speelt het feit dat de islam, zoals hierboven uiteengezet, zelfmoord als een van de ergste zonden

beschouwt, hierin een protectieve rol. Ook andere factoren kunnen een rol spelen (Entzinger, 2006). 'Alleen god beschikt over het leven en de dood'. Specifiek onderzoek naar de rol van islamitisch religieuze opvattingen bij depressieve patiënten, afgezet tegen de opvattingen van andere patiënten, bijvoorbeeld christelijke of a-religieuze patiënten, is er niet of nauwelijks.

CONCLUSIE

De van oudsher bestaande ambivalentie en de seculiere houding van psychiaters ten aanzien van religie worden met name vanuit christelijke hoek al langer aangekaart. Er zijn diverse aanwijzingen dat religie een belangrijke rol speelt in de therapeutische relatie, ziektebeleving en tegenoverdracht. De psychiatrische houding wordt prangender als de religie in kwestie politiek en maatschappelijk onderwerp van debat is en gepaard gaat met negatieve associaties, zoals in het geval van de islam.

De moslimgroep in Nederland is divers en bestaat allang niet meer uit slecht Nederlands sprekende gastarbeiders. Vanwege de onvrede van hulpverleners en patiënten met de reguliere GGZ, zijn de afgelopen jaren GGZ instellingen in het leven geroepen, gericht op allochtonen. Deze instellingen groeien, en bedienen niet alleen de mensen die tegen de taalbarrière aanlopen. Gezien de omvang en de te verwachten groei van de moslimpatiënten in Nederland, is het niet aannemelijk dat alle cliënten daar terecht kunnen. De kans dat in reguliere spreekkamers alsnog een moslim binnenstapt en er een start gemaakt moet worden met de therapeutische relatie, blijft aanwezig.

De kans is groot dat u een depressie, angststoornis of, op basis van het bonte beeld, een psychotische stoornis diagnosticeert bij een allochtone moslimpatiënt. De inhoudelijke thema's zijn existentieel van aard en in essentie niet anders dan u bij autochtonen gewend zult zijn, maar de betekenisverlening, inkleuring en gedragscodes zullen anders liggen.

In dit artikel heb ik geprobeerd om al verkennde praktijkervaringen af te zetten tegen bestaande schaarse Nederlandse literatuur. Nader onderzoek is gewenst, net zoals bij- en nascholing om leemtes in kennis op te vullen. Daarnaast is dit artikel ook een pleidooi om een begin te maken

met een herbeschouwing, te beginnen bij de individuele psychiater. In het contact met de islamitische patiënt zal de therapeutische relatie deels bepaald worden door uw houding en mogelijke tegenoverdracht. Het wordt dan ook van belang om deze houding te herbeschouwen en aan zelfonderzoek te doen. Hoe staat het met de levensbeschouwing van uw patiënten? Hoe staat u in het algemeen tegenover religie en tegenover moslims in het bijzonder; wat zijn uw knelpunten? Zelfonderzoek vereist ook 'jezelf blootgeven'. Ik heb dat in dit artikel proberen te doen door het delen van mijn herinnering, achtergrond en religie met u.

NOTEN

- 1 'Imaan houdt in dat je gelooft in Allah, in zijn boeken, in zijn engelen, en zijn profeten en in de laatste dag en dat je gelooft dat zowel het goede als het kwade voorbeschikt is.' De tekst komt van een Hadith uit *Veertig Hadies*, Imam an-Nawawi, 2003, (p. 26), uitgeverij Oase te Zoetermeer. In de koran, is de overtuiging binnen de islam, staan de woorden van Allah. De Hadith is een verzameling teksten, die de woorden van de profeet en zijn metgezellen bevatten. Deze verzameling teksten verduidelijkt onder andere teksten uit de koran.
- 2 Het SCP en Forum, instituut voor multiculturele ontwikkeling, houden zich onder andere bezig met beeldvorming ten aanzien van Moslims in Nederland en constateren een verslechterde beeldvorming. In 1995 was 45% van mening dat de moslims veel kunnen bijdragen aan de Nederlandse cultuur. De helft van de respondenten vindt, dat is overigens door de jaren een constant aantal, dat de West-Europese leefwijze en die van moslims niet samengaan. Momenteel vindt 95% van de autochtone Nederlanders dat immigranten het Nederlands moeten leren beheersen, 66% is van mening dat immigranten niet teveel moeten vasthouden aan hun eigen cultuur of gebruiken. De terroristische aanslagen in New York, Madrid, Londen en de moord op filmmaker Van Gogh hebben de beeldvorming over moslims verslechterd, stelt Forum in het factbook *De positie van Moslims in Nederland* (Utrecht, 2008). Overigens zou dit met name gelden voor de lager opgeleide autochtone Nederlander en zijn de cijfers niet uitgesplitst naar beroepsgroepen.
- 3 Respectievelijk 60% en 70%, blijkt uit de cijfers van het SCP jaarrapport *Integratie 2007* en het Forum factbook 2008.
- 4 Frankrijk heeft tussen de 9.6% en 6.4 % moslims, Nederland heeft rond de 5.8% moslims. Ter vergelijking: Italië heeft een kleine 1.4% moslims. Overigens zijn het schattingen op basis van steekproeven. Bron: Forum factbook, 2008.
- 5 Lang heeft het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) geraamd dat we rond 2006 de magische grens van 1 miljoen moslims zouden bereiken. Reden voor bepaalde partijen om de islamisering als nog dreigender te ervaren. Echter, nieuwere schattingen van het CBS vallen lager uit. Frappant is dat dit niets van doen heeft met een daling van de populariteit van de islam, migratie of anderszins, maar veroorzaakt wordt door een andere meetmethode! Nu het enquêtegedrag van tweede generaties allochtonen overeen begint te komen met dat van de autochtonen, kan voor deze meetmethode gekozen worden en komt het CBS uit op lagere cijfers.
- 6 *Moslim in Nederland* (Phalet, 2004), is een publicatie waarin een aantal grootschalige onderzoeken is samengevat. Het onderzoeksmateriaal is afkomstig van het SCP en een aantal universitaire centra. Een van de belangrijkste conclusies is dat de Turkse en Marokkaanse moslims, ook de tweede generatie, zich sterk identificeren met hun religie. Het zich bezig houden met religieus fundamentalisme blijkt weinig voor te komen.
- 7 Informatie afkomstig van www.mighealth.nl, een interessante website waar met name gegevens met betrekking tot zorg en migranten in Europa worden verzameld. Deze website maakt deel uit van een EU-project met als doel, professionals, beleidsmedewerkers, onderzoekers en vertegenwoordigers van migranten en minderheden groepen gemakkelijk toegang te verlenen tot een zich ontwikkelende bron van kennis en een virtueel netwerk van expertise.
- 8 Instellingen zoals, onder andere, NOAGG en I-PSY. Vooralsnog is de zorg alleen ambulante en met name gericht op de grote steden.
- 9 Zorgis was tot en met 2006 het landelijke registratiesysteem voor de lidinstellingen van GGZ Nederland. Binnen dit systeem werd geregistreerd op geboorteland van cliënt en diens ouders. Sinds 2007 is de aanlevering van gegevens aan Zorgis beëindigd in verband met het DBC informatie systeem (DIS). Hierin wordt niet geregistreerd op geboorteland en zeker niet op religie.
- 10 *Culturele herkomst van cliënten in de GGZ en verslavingszorg*, factsheet van GGZ Nederland. Gegevens uit Zorgis. Publicatienummer 2008-336.
- 11 De discussie wordt nog boeiender nu uit het onderzoek van Wim Veling duidelijk is geworden dat de verhoogde incidentie van schizofrenie bij immigranten/allochtonen sterk bepaald wordt door de sociale en culturele context.
- 12 Volgens het eerder vermelde factsheet van GGZ Nederland komt dit overeen met de Zorgis gegevens, hoewel met name onder mannen psychotische stoornissen de meest gestelde diagnoses zijn.
- 13 Mijn ervaring is dat dit ook opgaat voor de veelal allochtone islamitische hulpverleners. Ik vond het zelf erg prettig dat ik bijvoorbeeld vrij kon nemen in verband met het offerfeest, zonder de gebruikelijke vragen.

¹⁴ Een aantal van deze sites: www.Islamicgarden.com, www.ezsoftech.com, www.beliefnet.com, www.ummah.com, www.altmuslim.com.

¹⁵ In combinatie met de televisie-uitzendingen is er een aantal boeken verschenen, die het levensproject behelzen. Middels informatie, opdrachten, interactieve sites *et cetera* probeert hij de Moslims over de hele wereld, en met name de jongeren, te inspireren met hoop, optimisme en een doel in het leven. Onder het motto dat een ware moslim iets van het leven moet maken.

LITERATUUR

- Braam, A.W., A.T.F. Beekman & W. van Tilburg (2003). Religiositeit en depressie bij ouderen: een overzicht van recent empirisch onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 495-505.
- Entzinger, H.B. & J.P. Makenbach (2006). Verborgene verklaringen voor etnische verschillen in suïcidaal gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 2131-2.
- Fiselier, J.A., A.E. van der Waal & J. Spijker (2006). Psychiater, patiënt en religie: meer dan coping alleen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48, 383-386.
- Garssen, M.J., J. Hoogenboezem & A.F.J.M. Kerkhof (2006). Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland. *Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 2143-9.
- Glas, G. (2008). Religie in de anamnese. *Psycho-praxis*, 10, 263-267.
- Herten, M. van & F. Otten. Naar een nieuwe schatting van het aantal islamieten in Nederland. Centraal Bureau voor Statistiek, *Bevolkingstrends*, 3^e kwartaal 2007.
- Hoffer, C. (2000). *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder Moslims in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis Publishers.
- Khaled, A. (2005). *Soennaa'al hajjah, maak iets van je leven*. Delft: Uitgeverij Noer.
- Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Phalet, K. (red.) (2004). *Moslim in Nederland*. Den Haag: SCP.
- Praag, H. M. van (2008). *God en psyche. De redelijkheid van het geloven, visies van een jood*. Amsterdam: Boom.
- Ree, F. van (red.) (2003). *GGZ en levensbeschouwing. Psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelanders*. Lisse: Swets and Zeitlinger publishers.
- Selten, J.P. (2002). Epidemiologie van schizofrenie onder migranten in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 665-675.
- Selten, J.P. & E. Cantor-Graae (2005). Schizofrenie en migratie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 733-742.
- Verhagen, P. J. (2003). Psychiatrie en religie: opleiding, bij- en nascholing. In: F. van Ree (red.), *GGZ en levensbeschouwing* (pp. 157-171). Lisse: Swets and Zeitlinger publishers.

PERSONALIA

Zohra Acherrat-Stitou is vrijgevestigd en interim psychiater. Correspondentieadres: Marquette 56, 8219 AR Lelystad. E-mail: z.acherrat@planet.nl