

Invloed van de islam op de beleving van psychiatrische problemen: ervaringen en implicaties

M.H. van de Beek, Z. Acherrat-Stitou, J.A.J. van der Krieke, W.A. Veling, R.A. Schoevers

- Achtergrond** In Nederland wonen bijna 1 miljoen moslims die, als eerste- of tweedegeneratiemigrant, een verhoogde kans hebben op psychiatrische problematiek. Er zijn problemen in de aansluiting bij de reguliere ggz vanwege cultuurverschillen.
- Doel** Met dit essay willen wij hulpverleners ondersteunen in het bieden van passende zorg aan moslims in Nederland.
- Methode** We beschouwen dit thema aan de hand van eigen ervaringen en zowel Nederlands als internationaal onderzoek.
- Resultaten** Nederlandse moslims hanteren zowel biopsychosociale als religieuze verklaringen voor psychische klachten. Psychische klachten kunnen worden gezien als een beproeving van Allah, wat geduld en kracht vraagt. Allah kan worden gezien als degene die zorgt voor genezing. Het geloof is een bron van steun en is vaak de eerste stap in het hulpzoekgedrag; bijvoorbeeld met rokyā (reciteren van Koranteksten). Het gevoel problemen alleen te moeten oplossen en ervaren taboe vormen een drempel om gebruik te maken van de reguliere hulpverlening.
- Conclusie** Voor de meeste praktiserende moslims zal het geloof een belangrijke rol spelen in ziektebeleving en hulpzoekgedrag. Voor een goede behandelrelatie is het belangrijk om samen met de patiënt te onderzoeken welke verklaringen de patiënt heeft voor de klachten en welke rol het geloof speelt.

Ongeveer 5% van alle Nederlanders beschouwt zichzelf als moslim.¹ Deze groep bestaat voor het grootste gedeelte uit Turkse en Marokkaanse Nederlanders. Kleinere groepen zijn onder anderen Afghaanse, Iraanse, Iraakse, Somalische en Surinaamse moslims. Van de Marokkaanse Nederlanders beschouwt 94% zich als praktiserend moslim, van de Turkse Nederlanders is dat 86%.² Het geloof speelt dus in deze bevolkingsgroepen een grote rol. Hulpverleners kunnen schroom voelen om religie met hun patiënten te bespreken, vanwege onbekendheid met religie in het algemeen, specifiek vanwege onbekendheid met de islam, of omdat hun eigen opvattingen over religie een open gesprek in de weg zou kunnen staan.³ Ook in de Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur is de rol van de islam bij psychiatrische problemen onderbelicht.³ Hoewel er in de Nederlandse literatuur wel aandacht is voor christelijk geloof in relatie tot psychiatrische problematiek, blijft de rol van de islam grotendeels onbesproken. Uitzondering hierop zijn twee bijdragen van Acherrat: een persoonlijke beschouwing over de verbinding tussen islam en psychiatrie en het hoofdstuk 'Islam' in het *Handboek psychiatrie, religie*

en spiritualiteit.^{4,5} In dit essay willen we dit onderwerp verder uitdiepen aan de hand van recente internationale literatuur en resultaten van eigen promotieonderzoek.⁶ De WPA heeft in een *position paper* opgeroepen om religie/spiritualiteit meer te betrekken bij de behandeling.⁷ Omdat moslims sterke waarde toekennen aan hun geloof, is dit juist voor deze doelgroep zeer relevant. In dit essay willen we daarom de rol van de islam bij psychiatrische problematiek belichten aan de hand van de volgende vraag: *Op welke wijze beïnvloedt de islam ziektebeleving en hulpzoekgedrag bij psychiatrische problemen bij moslims in Nederland en wat zijn de implicaties voor de klinische praktijk?*

Achtergrondinformatie over de islam

De islam is een monotheïstische godsdienst, die is ontstaan in de 7de eeuw na Christus in Mekka, Saudi-Arabië met openbaringen van de profeet Mohammed. Zijn openbaringen vormen samen de Koran, waarop de islamitische ethiek en wetgeving (sharia) is gebaseerd. Daarna zijn de gewoonten en gedragingen (soenna) en uitspraken (hadith) van Mohammed opgetekend, die samen met de Koran de morele en praktische richtlijnen

AUTEURS

Madelen van de Beek, psychiater en plaatsvervangend opleider, Dimence Groep.

Zohra Acherrat-Stitou, psychiater, FPC de Oostvaarderskliniek, Almere.

Lian van der Krieke, GZ-psycholoog, in opleiding tot klinisch psycholoog, UCP, UMC Groningen.

Wim Veling, psychiater, UCP, UMCG, Rijksuniversiteit Groningen.

Robert Schoevers, psychiater, UCP, UMCG, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie

Madelen van de Beek (m.vandebeek@dimence.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-4-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(6):320-323

voor het leven van moslims vormen. De islam is gebaseerd op vijf zuilen (geloofsbelijdenis, vijfmaal per dag gebed, vastenmaand ramadan, islamitische belasting en de bedevaart naar Mekka). Daarnaast zijn er vijf geloofsregels. Deze beschrijven het geloof in Allah als enige god, de engelen, de Koran en de boodschapper Mohammed, de dag des oordeels en tot slot dat alles geschiedt volgens de wil van Allah. Dit laatste betekent dat alles wat gebeurt door Allah bepaald is, dus ook gezondheid, ziekte en genezing. Bekend is de uitspraak: 'Incha Allah', als God het wil. Als iemand door psychische klachten verhinderd is om zich aan de geloofsregels te houden, is hij ontheven van de religieuze wetten totdat herstel optreedt.

De formele geloofsleer is in de loop van de tijd vermengd geraakt met verschillende volkselementen, waardoor de scheidslijn tussen de formele islam en 'volksgeloof' lastig te trekken is.⁸ Dit heeft als gevolg dat patiënten in de spreekkamer verschillende interpretaties van de islam kunnen verwoorden.

Verklaringsmodellen

Ideeën over psychiatrische klachten kunnen sterk uiteenlopen tussen hulpverlener en patiënt, bijvoorbeeld door culturele verschillen. Kleinman introduceerde hiervoor het concept 'verklaringsmodel' (*explanatory models framework*). Het verklaringsmodel van een patiënt beschrijft diens idee over oorzaak, timing, ernst en mogelijke oplossing van de klachten. In eigen onderzoek naar verklaringsmodellen van Marokkaanse Nederlanders hebben we een kwalitatieve analyse gedaan van onlineforumdiscussies over psychiatrische problematiek op de website Marokko.nl.⁹ Hieruit bleek dat er globaal drie verschillende verklaringsmodellen te onderscheiden zijn: 1. enkel religieuze verklaringen, 2. enkel verklaringen volgens het biopsychosociale model en 3. een (vaak pragmatische) combinatie van biopsychosociale en religieuze verklaringen voor psychische problemen. Binnen dit laatste verklaringsmodel wordt

gebruikgemaakt van zowel religieuze als reguliere geneeswijzen naast of na elkaar.⁹

Bij *religieuze verklaringen* voor een psychisch probleem is beproeving door Allah vaak een belangrijk element. De Koran stelt dat elk mens de beproeving krijgt die hij of zij aankan. Een psychisch probleem is als beproeving dus ook een teken van kracht, waarvoor je wordt beloond als je deze goed doorstaat.¹⁰ Een andere zienswijze is dat het actief uitoefenen van je geloof bescherming biedt tegen psychische problemen. Vanuit die opvatting kan het krijgen van klachten worden gezien als een tekort aan het 'ware geloof' (imaan).^{11,12} Dit kan voor de patiënt schuld- en schaamtegevoelens oproepen, die samenhangen met het gevoel geen goede moslim te zijn. Tot slot kunnen psychische klachten worden toegeschreven aan bovennatuurlijke oorzaken, zoals zwarte magie, het boze oog, weswes en djinns (zie toelichting in **tabel 1**).⁸ De meeste bovennatuurlijke verschijnselen worden als volksgeloof gezien. Djinns vormen hierop een uitzondering. In zowel de Marokkaans-Nederlandse als de Turks-Nederlandse bevolking zijn bovennatuurlijke fenomenen zeer bekend.⁸ Overigens is het belangrijk om te beseffen dat de nauwe band tussen bovennatuurlijke verschijnselen en psychische klachten niet uniek is voor de islam, maar ook voorkomt in diverse andere religies.¹³

Tabel 1. verklaringen voor psychische klachten vanuit de islam en volksgeloof

Djinn	Onzichtbare wezens geschapen uit rookloos vuur
Zwarte magie/shur	Tovenarij
Boze oog	Ten gevolge van de afgunst/jaloezie van een ander
Weswes	Influisteringen/twijfels door de duivel (shaytan)

Djinns

Djinns worden in de Koran beschreven als door Allah geschapen onzichtbare wezens. Djinns kunnen zowel goede als kwade intenties hebben. Ze hebben speciale 'krachten' en kunnen 'zwakke' mensen aanvallen, bijvoorbeeld door hen te achtervolgen, lastig te vallen, bezit van ze te nemen of dingen in te fluisteren. Hiertegen kan men zich beschermen door zich te houden aan de verplichtingen die horen bij de islam.¹³ Verschillende psychiatrische symptomen worden toegeschreven aan djinns, zoals auditieve hallucinaties en andere psychotische symptomen¹⁴ maar ook depressieve of angstklachten.¹⁵ Op een polikliniek voor transculturele psychiatrie in Den Haag bleek dat 43% van de onderzochten dacht dat hun klachten werden veroorzaakt door djinns.¹⁶ Djinns als verklaringsmodel weerhoudt patiënten er dus niet van om (ook) gebruik te maken van ggz-hulpverlening. In lijn hiermee is een protocol voor cognitieve gedragstherapie (CGT) ontwikkeld dat specifiek gericht is op klachten toegeschreven aan djinns.¹⁷

Hulpzoekgedrag

De wijze waarop patiënten hulp zoeken, wordt beïnvloed door verschillende factoren. Ten eerste speelt het verklaringsmodel een rol. Daarnaast wordt hulp zoeken beïnvloed door de ervaren drempels naar zorg. Dat kunnen praktische drempels zijn, zoals een taalbarrière of onbekendheid met het systeem. Ook culturele factoren kunnen drempels vormen.¹⁸ In een reviewstudie naar hulpzoekgedrag onder migranten bleek dat problemen bij voorkeur zélf (alleen) worden opgelost.¹⁸ Uit een ander reviewartikel blijkt dat het verklaringsmodel dat problemen een beproeving van Allah zijn, tot twee copingstrategieën kan leiden: enerzijds een actieve zoektocht naar verlichting, anderzijds de opdracht om de beproeving te accepteren en geduldig te wachten op verlichting.¹⁵ Deze laatste copingstrategie vergroot de kans op een sociaal isolement en vertraagt de stap naar hulpverlening.

Taboe

Psychiatrische klachten worden in sommige culturen als taboe gezien.¹⁸ Ze kunnen verlies van sociale status geven of schaamte brengen aan de hele familie.^{10,18} In ons onderzoek komt in de onlineforumdiscussies naar voren dat er in de Marokkaans-Nederlandse gemeenschap niet gemakkelijk over psychiatrische problematiek kan worden gesproken.⁹ Australisch onderzoek onder Arabischsprekenden laat zien dat het taboe samenhangt met angst voor geroddel over de psychische problemen en vermindering van de kansen als huwelijkspartner.¹⁹ Onderzoek onder familieleden van patiënten met schizofrenie in Marokko laat zien dat deze familieleden worden gewantrouwd en onheus bejegend door burens en vrienden. Als gevolg daarvan wordt de patiënt vaak binnenshuis gehouden.²⁰ Ook suïcide is een groot taboe in de moslimgemeenschap. Suïcide is strafbaar in verschillende islamitische landen en een suïcidepoging kan leiden tot vervolging.²¹

Dit verbod komt voort uit verwijzingen in de Koran en Hadith. Ook bij patiënten met een islamitische achtergrond is het echter belangrijk om suïcidaliteit bespreekbaar te maken. De behandelaar kan er hierbij voor kiezen om niet direct de suïcidale gedachten zelf, maar eerst de wens om te overlijden te bespreken,¹⁵ bijvoorbeeld: 'Heeft u weleens het gevoel dat u liever dood zou willen zijn?' Of eventueel: 'Zou u wensen dat Allah u zou laten overlijden?''²²

Steun uit het geloof

Voor het overgrote deel van de moslims is het geloof een zeer belangrijke leidraad in het leven. In ons onderzoek hebben wij gezien dat het geloof ook bij psychische klachten wordt ervaren als een bron van steun.⁹ Onderzoek naar de religieuze beleving van jonge vrouwelijke moslims in Nederland laat een sterke verbondenheid met Allah zien, die gebaseerd is op vertrouwen en niet op angst. Het geloof versterkt de identiteit van de respondenten en zorgt voor houvast. Bij tegenslag vertrouwen respondenten op Allah en voelen zij zich gesteund.²³ Hulpverleners kunnen samen met de patiënt nadenken over hoe de kracht van het geloof kan worden benut. Door erkenning te geven voor het belang van het geloof kan de eigenwaarde van de patiënt worden versterkt. Dagelijkse rituelen, zoals vijf keer per dag bidden, kunnen helpen bij het structureren van de dag en moskeebezoek kan isolement helpen verminderen. Het is belangrijk om met de patiënten samen te bedenken hoe zij hun geloof zo goed mogelijk kunnen uitoefenen, ondanks de psychische klachten. Dit is bijvoorbeeld relevant tijdens de ramadan, waarbij het verstandig is om te kijken of vasten haalbaar is en wat de invloed is van de voorgeschreven medicatie bij vasten.

Religieuze en bovennatuurlijke geneeswijzen

Uit onderzoek blijkt dat rokyā (opzeggen van gebeden en Koranrecitaties) de meest gangbare religieuze geneeswijze is.⁸ Rokya is onderdeel van de formele geloofsleer en wordt dus ook door imams (de formele religieuze voorgangers) erkend en uitgevoerd. Andere islamitische geneeswijzen worden gezien als volksgeloof. Islamitische genezers voeren verschillende rituelen uit, zoals uitdrijfrituelen, heiligenverering en het dragen van amuletten.⁸ Patiënten kunnen hulp invoeren van islamitische genezers tijdens een bezoek aan het land van herkomst. Soms vindt dit plaats op verzoek of onder druk van de familie. In enkele gevallen kan er sprake zijn van schadelijke praktijken of uitbuiting.⁸ Het is belangrijk om bezoek aan islamitische genezers bespreekbaar te maken en niet te veroordelen. Bezoek aan islamitische genezers en een behandeling binnen de ggz staan elkaar in principe niet in de weg (de schadelijke praktijken uitgesloten). Beide richtten zich doorgaans op een ander aspect van de ervaren problematiek. Samenwerking tussen de ggz en religieuze leiders, zoals de imam, kan het voor individuele patiënten makkelijker maken om aan herstel te werken. Islamitische geestelijk verzorgers kunnen hierin een rol vervullen.²⁴

BESCHOUWING

Voor de klinische praktijk is er behoefte aan concrete handvatten om de zorg voor islamitische patiënten te verbeteren. De belangrijkste sleutel hiervoor is om het gesprek met de patiënt aan te gaan, waarbij aandacht is voor de gehanteerde verklaringsmodellen voor ziekte; de beschikbare en aangeboorde hulpbronnen; de invloed van taboe en de individuele religieuze aspecten. De inzet van een gespreksinstrument met open vragen, zoals het cultureel interview (bijvoorbeeld de Nederlandstalige verkorte versie),²⁵ kan de opbouw van de werkrelatie verbeteren. Als behandelaar is het goed dat u zich realiseert wat er voor de patiënt aan het consult voorafging. Bij beginnende klachten wordt vaak geprobeerd de problemen alleen op te lossen. De overtuiging dat de klachten een beproeving van Allah zijn, kan de stap naar hulpverlening eveneens vertragen. Mogelijk zijn religieuze geneeswijzen ingezet. Ook kan hulp zoeken worden uitgesteld uit schaamte dit aan anderen te moeten vertellen. We willen adviseren met de patiënt stil te staan bij wat er aan het consult vooraf is gegaan en welke verwachtingen er hierdoor bij de patiënt zijn ontstaan. In dit essay hebben we de invloed van de islam op ziektebeleving, hulpzoekgedrag en behandeling bij psychiatrische problemen besproken aan de hand van eigen onderzoek en relevante literatuur. We hebben diverse handreikingen gedaan voor de klinische praktijk. We hebben echter geen uitputtend overzicht gegeven en hebben geen systematische review uitgevoerd van de literatuur.

CONCLUSIE

Het hoeft in onze ogen niet ingewikkeld te zijn om passende hulp te verlenen aan moslims in Nederland. We doen daarvoor de volgende aanbevelingen: Sta expliciet stil bij de rol van het geloof van uw patiënt. Heb oog voor het feit dat veel, maar niet alle moslims, hun geloof als zeer belangrijk beschouwen. Onderzoek bij uw patiënt hoe hij/zij de klachten verklaart. Maak hiervoor het liefst gebruik van een semi-structureerd instrument, zoals het verkorte cultureel interview, omdat dit de werkrelatie kan versterken. Realiseer u dat verschillende verklaringen kunnen worden gecombineerd: religieuze verklaringen sluiten biopsychosociale verklaringen en remedies niet op voorhand uit. Sta open voor (aanvullende) religieuze geneeswijzen en probeer deze te integreren in de eigen behandeling, bijvoorbeeld door het afspreken van tweesparenbeleid of samenwerking met de imam/religieuze genezer. Heb oog voor de belangrijke ondersteunende rol die het geloof kan bieden. Sta stil bij het taboe op psychische ziekte en suïcidaliteit en bespreek met de patiënt de invloed hiervan op suïcidarisico en een eventueel sociaal isolement.

LITERATUUR

- 1 CBS. De jaren tien in cijfers. 2019. www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/53/de-jaren-tien-in-cijfers
- 2 Huijnk W. De religieuze beleving van moslims in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2018.
- 3 Ibrahim A, Whitley R. Religion and mental health: a narrative review with a focus on Muslims in English-speaking countries. *BJPsych Bull* 2021; 45: 170-4.
- 4 Acherrat-Stitou Z. Islam en psychiatrie in Nederland, een verkenning. *Psyche en Geloof* 2009; 20: 110-8.
- 5 Acherrat Z. Hoofdstuk 11. Islam. In: *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 155-67.
- 6 van de Beek MH. Mental health problems in Moroccan-Dutch people: a mixed-methods study into social determinants, experiences and explanations. Groningen: Universiteit van Groningen; 2022.
- 7 Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, e.a. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15: 87-8.
- 8 Hoffer C. Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag. Assen: Van Gorcum; 2009.
- 9 van de Beek MH, Landman E, Veling W, e.a. Discussing the unspoken: A qualitative analysis of online forum discussions on mental health problems in young Moroccan-Dutch migrants. *Transcult Psychiatry* 2023; 60: 86-98.
- 10 Weatherhead S, Daiches A. Muslim views on mental health and psychotherapy. *Psychol Psychother* 2010; 83: 75-89.
- 11 de Jong J, van Dijk R. *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom; 2020: 91-104.
- 12 Mitha K. Conceptualising and addressing mental health disorders amongst Muslim communities: Approaches from the Islamic Golden Age. *Transcult Psychiatry* 2020; 57: 763-74.
- 13 Dein S, Illaiee AS. Jinn and mental health: looking at jinn possession in modern psychiatric practice. *Psychiatrist* 2013; 37: 290-3.
- 14 Lim A, Hoek HW, Blom JD. The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcult Psychiatry* 2015; 52: 18-32.
- 15 Walpole SC, McMillan D, House A, e.a. Interventions for treating depression in Muslim Patients: A systematic review. *J Affect Disord* 2013; 145: 11-20.
- 16 Lim A, Hoek HW, Ghane S, Deen M, e.a. The attribution of mental health problems to Jinn: An explorative study in a transcultural psychiatric outpatient clinic. *Front Psychiatry* 2018; 28: 9-89.
- 17 Van Den Berg D, Raijmakers B, Scholten A. The ghost protocol. *Gedragstherapie* 2015; 48: 222-43.
- 18 Selkirk M, Quayle E, Rothwell N. A systematic review of factors affecting migrant attitudes towards seeking psychological help. *J Health Care Poor Underserved* 2014; 25: 94-127.
- 19 Youssef J, Deane FP. Factors influencing mental-health help-seeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia. *Ment Health Relig Cult* 2006; 9: 43-66.
- 20 Kadri N, Manoudi F, Berrada S, e.a. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 625-9.
- 21 Tzeferakos GA, Douzenis AI. Islam, mental health and law: A general overview. *Ann Gen Psychiatry* 2017; 6: 16-28.
- 22 Rasheed Ali S, Ming Liu W, Humedian M. Islam 101: Understanding the Religion and Therapy Implications 2004; 35: 635-42.
- 23 van der Valk L. Steun zoeken bij Allah: religiositeit, bidden en religieuze coping van Nederlandse, hoogopgeleide Moslima's van Marokkaanse afkomst. Proefschrift. Tilburg: Tilburg University; 2016.
- 24 Zacouri J. Geestelijk verzorgers en djinn. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 2011; 90: 44-9.
- 25 Groen SPN, Richters A, Laban CJ, e.a. Implementation of the Cultural Formulation through a newly developed Brief Cultural Interview: Pilot data from the Netherlands. *Transcult Psychiatry* 2017; 54: 3-22.