Hoe kijken Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst naar depressie? Worden hun opvattingen rond depressie beïnvloed door culturele of religieuze factoren?

Naima El Asjadi, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Stéphanie De Maesschalk, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Eerst en vooral wens ik graag alle deelnemers van dit onderzoek oprecht te bedanken voor hun bereidwillige medewerking, maar vooral voor hun open houding. Zonder hen zou deze master thesis immers niet bestaan.

Verder wil ik mijn promotor, Prof. Kristin Hendrickx, bedanken voor haar enthousiaste begeleiding en inhoudelijke ondersteuning. Mijn co-promotor, dr. Stéphanie De Maesschalck, wens ik vooral te bedanken voor haar inspirerend werk aangaande cultuursensitieve zorg.

Een bijzonder woordje van dank wil ik richten aan mijn familie en vrienden voor de continue aanmoedigingen en ondersteuning tijdens het schrijven van deze masterproef. Ten slotte wil ik ook nog in het bijzonder mijn zussen Fatima en Louisa bedanken voor het nalezen van deze scriptie.

Inhoudsopgave

Abstract

1. Inleiding 1
   1.1. Verantwoording van de keuze van het thema en de onderzoeksgroep 1
   1.2. Onderzoeksvraag en doelstellingen van de studie 1
   1.3. Onderzoeksmethodiek 2
2. Literatuuronderzoek 3
   2.1. Methodiek 3
   2.2. Resultaten uit literatuur 3
      2.2.1. Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst 3
      2.2.2. Huidige richtlijnen en classificatiesystemen voor depressie 4
   2.3. Depressie vanuit een medische en antropologische invalshoek 6
      2.3.1. Voorkomen van depressie bij allochtonen 6
      2.3.2. De rol van cultuur in het expressiepatroon van depressie 6
         2.3.2.1. Somatisatie 7
      2.3.3. Interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg 8
         2.3.3.1. De biomedische psychiatrie 8
         2.3.3.2. De etnopsychiatrie 9
         2.3.3.3. De transculturele psychiatrie 9
      2.3.4. Het verklaringsmodel volgens Kleinman 9
         2.3.4.1. Etiologie van depressie: cultuurspecifieke factoren 10
         2.3.4.2. Behandeling van depressie: cultuurspecifieke factoren 11
      2.3.5. Cultuurspecifieke verklaringsmodellen 13
         2.3.5.1. IKS in Marokko 13
      2.3.6. Tradities binnen de geneeskunde in de Arabisch-islamitische wereld 14
         2.3.6.1. De Arabisch- islamitische geneeskunde 14
         2.3.6.2. De profetische geneeskunde 15
         2.3.6.3. Het islamitisch volksgeloof 17
         2.3.6.4. De biomedische geneeskunde 18
      2.3.7. Het verklaringsmodel vanuit het volksgeloof 18
         2.3.7.1. Bovennatuurlijke oorzaken 18
            2.3.7.1.1. Magie 18
            2.3.7.1.2. Het boze oog 18
            2.3.7.1.3. Boze geesten of demonen 19

2.3.7.2. Bovennatuurlijke geneeswijzen 19
2.3.7.2.1. De individuele islamitische genezers 20
2.3.7.2.2. Heiligenverering en de bedevaart 21
2.3.7.2.3. Religieuze broederschappen 21
2.3.8. Islamitische genezers in België en Nederland. 22
2.3.8.1. Islamitische genezer 22
2.3.8.2. Imam 23
2.3.8.3. Ervaringsdeskundigen 23
2.4. Depressie vanuit een religieuze (islamitische) invalshoek. 24
2.4.1. Belang van religie binnen de hulpverlening 24
2.4.1.1. Religie als coping-strategie 24
2.4.1.2. Religie binnen de therapeutische relatie 24
2.4.2. De moslimgemeenschap als bron van psychologische steun 24
2.4.3. Psychologie binnen de Arabisch-islamitische geneeskunde 25
2.4.3.1. 'Psyche' in de Koran 25
2.4.3.2. Grondleggers van de islamitische psychologie 26
3. Kwalitatief onderzoek 28
3.1. Methodiek 28
3.1.1. Onderzoeksdesign 28
3.1.2. Onderzoeksmethode 28
3.1.2.1. Focusgroep 29
3.1.2.2. Semi-gestructureerde interview 29
3.1.3. Dataverzameling 30
3.1.4. Steekproef 30
3.1.4.1. Selectiecriteria 30
3.1.4.2. Steekproeftrekken 30
3.1.4.3. Data-analyse 31
3.2. Resultaten van het kwalitatief onderzoek 32
3.2.1. Depressie benoemen 32
3.2.2. Symptomatologie 34
3.2.3. Etiologie 35
3.2.4. Zingeving 38
3.2.5. Behandeling 40
3.2.6. Ernst en gevolgen 46
3.2.7. Prevalentie 47
4. Discussie 49

4.1. Interpretatie 49
4.2. Methodologische beschouwing 56
5. Besluit en adviezen voor de praktijk 59
5.1. Besluit 59
5.2. Adviezen voor de praktijk 60
5.3. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek 61
6. Referenties 62
7. Bijlages 65

Abstract: Hoe kijken Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst naar depressie? Worden hun opvattingen rond depressie beïnvloed door culturele of religieuze factoren?

HAIO: Naima El Asjadi, Universiteit UGent. **Promotor**: Kristin Hendrickx. **Co-promotor:** Stéphanie De Maesschalck.

Context: Huisartsen ervaren moeilijkheden bij het diagnosticeren van depressie bij etnisch-culturele minderheden omwille van culturele verschillen. Daarnaast worden lekenvisies op depressie beïnvloed door cultuur en religie. Dit heeft zijn weerslag op het hulpzoekgedrag. Een goed begrip van culturele en religieuze factoren die de kijk op depressie beïnvloeden, lijkt me opportuun om tot een cultuursensitieve consultvoering te komen.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek wil nagaan hoe Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst kijken naar depressie. Hierbij wordt de aandacht gevestigd op religie en cultuurspecifieke factoren die worden opgenomen in het verklaringsmodel.

Methode: Deze masterproef bestaat uit een literatuuronderzoek en een beschrijvend kwalitatief onderzoek. De literatuur werd via het watervalprincipe nagekeken op relevante bronnen over depressie bij etnisch-culturele minderheden en de samenhang van depressiviteit en religiositeit. Voor het kwalitatief onderzoek werden in de periode oktober 2012 tot en met maart 2013, 2 focusgroepen gehouden en 20 semi- gestructureerde interviews afgenomen waarvan 18 voor dit onderzoek werden weerhouden. De resultaten van het kwalitatief onderzoek werden getoetst aan bevindingen uit de literatuur.

Resultaten: In de Marokkaanse taal bestaat geen goed vertaalbare term voor ‘depressie’. De respondenten van dit onderzoek hanteren oorzakelijke factoren (problemen) of symptomen om het ziektebeeld (zenuwen) te benoemen. ‘Isolatie’ en ‘angst’ vormen volgens alle deelnemers de kernsymptomen van depressie. Lichamelijke klachten worden door iedereen erkend als een mogelijk gevolg van depressie. Deze worden op diverse wijzen geïnterpreteerd. Depressie wordt eerder beschouwd als een psycho-spiritueel of moreel probleem. Oorzaak, zingeving en zorg worden dan ook gezocht binnen een cultureel-religieus denkkader. Zowel naturalistische als personalistische etiologieën worden gekoppeld aan depressie. Religie leidt voornamelijk tot een positieve copingstrategie. Religieuze geneeswijzen en behandelaars hebben een belangrijke positie binnen de hulpverlening. Van de reguliere zorgsector wordt slechts weinig verwacht.

Conclusies: Depressie heeft binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap een negatieve connotatie door de associatie met ‘gekheid’, ‘ondankbaarheid’ of ‘bezetenheid’. Depressie wordt binnen deze groep geëxternaliseerd, zowel naar oorzaak als naar zorg. Hierbij neemt het geloof in bovennatuurlijke krachten een centrale positie in. Bij gebrek aan beter alternatief wordt de huisarts slechts geraadpleegd als de nood hoog is. Een empathische houding en een indirecte communicatiestijl laten de arts toe depressie meer bespreekbaar te maken. De medische en cultuur-religieuze hulverlening kunnen complementair worden ingeschakeld om de zorg te optimaliseren.

E-mail: naima.elasjadi@hotmail.com **ICPC-cod**e:P03, P76

1. Inleiding

1.1. Verantwoording van de keuze van het thema en de onderzoeksgroep

Onderzoek in het westen toont aan dat één op de vijf vrouwen en één op de tien mannen in haar of zijn leven een depressie doormaakt. (7) Enkele studies vermoeden een nog hogere prevalentie bij etnisch-culturele minderheden in de westerse samenleving. (7, 9)

In de literatuur wordt depressie bij deze groepen nog onvoldoende beschreven. Bestaande richtlijnen aangaande depressie houden eveneens weinig rekening met cultuurspecifieke aspecten in de hulpverlening. Bovendien is de beperkte kennis hierrond eerder 'experience based' en niet zozeer 'evidence based'. Nochtans speelt cultuur een belangrijke rol in de klachtenpresentatie, de diagnostiek, de relatie tussen arts en patiënt en ten slotte ook in de inhoud en doelstelling van de behandeling.(9)

Naast cultuur speelt religie eveneens een belangrijke rol in de beleving van depressie. Eerder onderzoek in Europa toont aan dat een negatieve religieuze copingstijl gepaard gaat met meer depressieve symptomen terwijl een positieve religieuze copingstrategie eerder leidt tot minder depressieve emoties. (44,46)

Een goede kennis van culturele en religieuze denkbeelden lijkt opportuun om een patiëntgeoriënteerde en cultuursensitieve zorg te kunnen bieden. Een dergelijke aanpak lijkt me niet meer dan noodzakelijk om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van patiënten met diverse etnische en culturele achtergronden. Als gevolg van de verschillende migratiestromen die België heeft gekend, wordt de huisarts immers steeds meer en meer geraadpleegd door patiënten behorend tot deze groep. In Vlaanderen vormen de personen van Marokkaanse herkomst de tweede grootste groep personen van niet-Belgische afkomst. (5)

Deze masterproef onderzoekt hoe Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst kijken naar depressie. Daarbij zal ik me vooral toespitsen op culturele en religieuze factoren die hierbij van belang zijn.

1.2. Onderzoeksvraag en doelstellingen van de studie

Het doel van deze studie is om betere inzichten te bekomen in zowel het beeld dat de studiegroep heeft van depressie, als ook in de verklaringsmodellen die hiervoor worden geformuleerd. Doordat de hulpverlener rekening houdt met het verklaringsmodel van de patiënt zal de effectiviteit van de behandeling verbeteren. Een tweede doelstelling is het transparant maken van religie- en cultuurspecifieke factoren binnen het verklaringsmodel.

Voor dit onderzoek worden de volgende vragen geformuleerd.

1. Welke terminologie wordt gehanteerd om het ziektebeeld passend bij depressie te benoemen? Kan depressie vertaald worden in het Berbers of Marokkaans-Arabisch?
2. Welk beeld roept depressie op? Welke symptomen gaan hiermee gepaard? Passen lichamelijke klachten hier ook bij? Welk invloed heeft het op lichaam en geest? Welk verband wordt tussen lichaam en geest gelegd?
3. Welke oorzaken worden aan depressie toegekend? Worden bovennatuurlijke oorzaken gelinkt aan depressie?
4. Welke betekenis wordt aan depressie gegeven (zingeving)? Wordt dit gekoppeld aan religie?
5. Wat zijn de gevolgen van depressie? Wordt depressie beschouwd als een ernstige ziekte?
6. Welke behandeling wordt noodzakelijk geacht? Wordt de reguliere sector hiervoor benaderd? Wat wordt hiervan verwacht? Wordt er gebruik gemaakt van religieuze geneeswijzen?

1.3. Onderzoeksmethodiek

Dit onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek en een kwalitatief onderzoek gebaseerd op semi-gestructureerde interviews en focusgroepen. Deze gingen door van oktober 2012 tot en met maart 2013. Socio-demografische gegevens en de mate van godsdienstigheid van de deelnemers werden bevraagd a.d.h.v. een vragenlijst. (Bijlage 2) Deelnemers werden gerekruteerd na benadering van vijf Marokkaanse verenigingen in Antwerpen, en twee vrouwengroepen in Sint-Niklaas. In een tweede fase werden respondenten gerekruteerd via het actief aanspreken van familie, vrienden en kennissen. Deze konden zelf ook deelnemers aanbrengen (sneeuwbaleffect). Finaal werden 20 interviews afgenomen en 2 focusgroepen gehouden.

2. Literatuuronderzoek

2.1. Methodiek

Literatuuronderzoek rond depressie bij Belgische inwoners van Marokkaanse afkomst is geen sinecure. Slechts weinig onderzoek werd verricht naar de geestelijke gezondheid van deze doelgroep. De onderzoeksvraag werd benaderd vanuit een medische, antropologische en ten slotte ook religieuze invalshoek. Dit impliceert een breed literatuuronderzoek waarbij de watervalmethode werd gehanteerd. Als vertrekpunt werden de bestaande richtlijnen voor depressie van Domus Medica (1), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (2) en het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO) (3) geraadpleegd. Via de website van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) werden relevante master thesissen met een gelijkaardig onderzoeksonderwerp weerhouden. Vervolgens werd via Pubmed op zoek gegaan naar relevante meta-analyses, reviews of artikels. Hiervoor werden de volgende zoektermen gebruikt: ‘mental health’, ‘depression’, ‘psychology’ en ‘psychiatry’ in combinatie met ‘culture’, dan wel ‘religion’ dan wel ‘ islam’. Veelal leverde dit slechts enkele primaire publicaties op die relevant waren voor dit onderzoek. Via snowballing werd nog interessante literatuur weerhouden. Ten slotte werd ook gebruik van ‘Google Scholar’ en andere specifieke websites om informatie te extraheren die via bovenstaande kanalen niet werd teruggevonden. De geselecteerde publicaties werden steeds getoetst op evidentie, betrouwbaarheid en relevantie.

2.2. Resultaten uit literatuur

2.2.1. Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst

De komst van de arbeidsmigranten uit Italië en Polen in de eerste jaren na de tweede wereldoorlog betekende de start van de migratiestroom naar België. Niet veel later, halverwege de jaren 1950, volgden de gastarbeiders uit Marokko, Oost-Europa en Turkije. De arbeidsmigranten werden tewerkgesteld in de steenkoolmijnen gezien het tekort aan arbeidskrachten uit de eigen Belgische arbeidsmarkt. In 1974 werd in België een immigratiestop ingesteld met uitzondering voor gezinshereniging, EU-burgers en asielzoekers. Buitenlandse studenten kunnen een tijdelijke verblijfsvergunning verkrijgen.

Om Belgische inwoners van Marokkaanse afkomst te identificeren kan rekening gehouden worden met hun huidige nationaliteit. Dit geeft echter een onderschatting van de doelgroep gezien de neutralisatiewet in 1990. Hierdoor verkregen immers talrijke immigranten de Belgische nationaliteit waardoor hun kinderen deze ook automatisch kregen bij hun

geboorte. Ondanks een gewijzigde ‘nationaliteit’ blijven culturele en socio-economische factoren onveranderd. Hieruit kan afgeleid worden dat de context waarin psychologische problemen kunnen ontstaan eveneens ongewijzigd blijft. (9) In het kader van de pas verschenen Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor wordt door de Studiedienst van de Vlaamse Regering een inschatting gemaakt van het aantal personen van vreemde herkomst in het Vlaamse Gewest. Dit gebeurt op basis van gegevens over de nationaliteitshistoriek van elke inwoner. Hierbij wordt rekening gehouden met de huidige nationaliteit, de ‘oudste nationaliteit’ en de nationaliteit van de moeder. Uit deze inschatting blijkt dat er begin 2011 bijna 924.000 personen van vreemde herkomst, ook wel 15% van de totale bevolking, wonen in Vlaanderen (immigranten en diens nakomelingen). Wanneer enkel verwezen wordt naar de huidige nationaliteit is dit slechts 7%. Dit betekent voor de groep personen van Marokkaanse herkomst dat de omvang van deze groep 5 keer kleiner wordt geschat. Dit komt overeen met eerder onderzoek dat aangeeft dat vooral de Turkse en Marokkaanse herkomstgroepen in België de Belgische nationaliteit hebben verworven sinds de neutralisatiewet in 1990. (4) Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst hebben zich voornamelijk gevestigd in de regio tussen Antwerpen en Brussel met het grootste percentage in Vilvoorde (14%), gevolgd door Mechelen (12%), Antwerpen (11%), Machelen (11%) en Boom (10%). Buiten deze regio telt ook Ronse een hoog aantal personen van Marokkaanse herkomst (> 10%). Relatief hoge percentages zijn eveneens terug te vinden in Midden- en Oost-Limburg, in een aantal gemeenten in het Waasland en in het zuid-oosten van de provincies Oost- en West-Vlaanderen. In absolute cijfers ligt het aantal personen van Marokkaanse herkomst het hoogste in Antwerpen (in 2011: 54.599 personen). Deze cijfers zijn slechts een ‘onderbouwde benadering’ en geen exacte inschatting van de doelgroep. (4,5)

2.2.2. Huidige richtlijnen en classificatiesystemen voor depressie

Depressie kan gediagnosticeerd worden aan de hand van drie mogelijke classificatiesystemen: (1)de Diagnostic Statistical Manual (DSM-4); (2)de International Classification of diseases (ICD 10) en (3) de International Classification of health Problems in Primary care (ICHPPC 2). De richtlijnen voor depressie van Domus medica, het NHG en ook het CBO zijn gebaseerd op de DSM-4 criteria.(1,2,3) De huidige richtlijnen houden weinig rekening met cultuurspecifieke aspecten in de diagnostiek en behandeling van depressie. Doordat de huidige richtlijnen gebaseerd zijn op studies bij patiënten opgegroeid in westerse landen verliezen dergelijke richtlijnen hun generaliseerbaarheid. Noordenbos ontwikkelde in 2007, als aanvulling op de multidisciplinaire richtlijn voor depressie van het CBO, een rapport waarbij cultuurspecifieke factoren meer in rekening werden gebracht.(7) Gezien de drie bovenvermelde classificatiesystemen in grote mate overeenkomen en de vermelde richtlijnen

zich baseren op de DSM-4 criteria van depressie, zal voor de beschrijving van depressie de DSM-4 criteria worden gehanteerd. (Bijlage 1) (6) De DSM-4 criteria stellen psychische symptomen als kernsymptomen en zijn essentieel voor het stellen van de diagnose depressie. Noordenbos G. beschrijft depressie eerder als een syndroom waarbij psychische factoren maar ook cognitieve, somatische, psychomotorische en sociale klachten een belangrijke rol spelen. (7)

De culturele context van de patiënt werd in 1994 aan het DSM-4 classificatiesysteem toegevoegd onder het begrip de ‘cultural formulation’. Deze beschrijft de volgende vijf aspecten van de culturele inbedding van de patiënt: (1) de culturele identiteit van de patiënt; (2) cultuurspecifieke stressoren en steun; (3) de culturele afstand tussen hulpverlener en patiënt; (4) de beleving en ernst van de symptomen in het licht van culturele normen en (5) de ervaringen met hulp zoeken en plannen daartoe, zowel met de reguliere als alternatieve gezondheidszorgsector. (8,9)

De complexiteit van de diagnostiek van depressie komt tot uiting in de enorme diversiteit van screeningsinstrumenten en diagnostische instrumenten. Bij elk van deze diagnostische schalen staat een klacht centraal. Afhankelijk van het gebruikte instrument kan een verschillend resultaat in diagnose worden teruggevonden. Deze diagnostische meetinstrumenten zijn eveneens ontwikkeld en op betrouwbaarheid en validiteit onderzocht bij patiënten in Noord-Amerika en Europa. Bijgevolg stelt zich de vraag of dergelijke meetinstrumenten bruikbaar zijn bij patiënten uit andere culturen en dus wel voldoende ‘equivalent’ zijn. Kleinman spreekt van ‘category fallacy’ indien in een bepaalde cultuur ontwikkelde classificatiesysteem zonder meer wordt toegepast in een andere cultuur. Deze redenering wordt beargumenteerd vanuit het sociaal constructionisme welke pleit voor een kritische houding t.o.v. objectieve kennis van de wereld gezien deze allen zowel historisch, sociaal als cultureel gekleurd is. Onderzoek in Nederland toont aan dat slechts 10 tot 20% van de hulpverleners diagnostische instrumenten toepassen bij etnisch-culturele minderheden. (10)

2.3. Depressie vanuit een medische en antropologische invalshoek

2.3.1. Voorkomen van depressie bij allochtonen

Uit onderzoek in de westerse samenleving is gebleken dat één op de vijf vrouwen en één op de tien mannen in haar of zijn leven een depressieve periode doormaakt.(7) In de literatuur wordt een hogere prevalentie vermoed bij etnisch-culturele minderheden. (7,11,12,13,14) Een studie in 2007 toont aan dat depressieve symptomen en depressie als een syndroom vaker voorkomen bij Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst dan bij de autochtone bevolking. (11) Gelijkaardige resultaten worden bekomen in Nederlands onderzoek rond depressie bij Nederlanders van Marokkaanse herkomst. (12,13) Het is zeer moeilijk om eenduidige cijfers weer te geven over de prevalentie van depressie bij deze groep omwille van een vermoedelijke onderdiagnose. Diagnostische instrumenten zouden immers onvoldoende toepasbaar zijn bij patiënten uit niet-westerse culturen (equivalentie). (8,19) Daarnaast kan de arts de diagnose missen omdat hij het expressiepatroon van depressie bij deze groep onvoldoende herkent. (10,15,16,17)

2.3.2. De rol van cultuur in het expressiepatroon van depressie

Westerse patiënten zouden meer geleerd hebben zich te uiten in psychische termen en hierdoor meer kans maken op de diagnose depressie in tegenstelling tot niet-westerse patiënten die meer geleerd hebben om hun klachten te uiten via lichamelijke klachten. (18,19) Dit wordt bevestigd in een onderzoek in Zweden bij huisartsen die vaak grote moeilijkheden ervaren bij het herkennen van depressie bij patiënten met een verschillende culturele achtergrond omwille van verbale en non-verbale communicatieproblemen, maar ook omwille van culturele verschillen in uitingsvorm. (16) Uit onderzoek blijkt echter een soortgelijke balans te bestaan tussen psychische en somatische symptomen bij niet-westerse en westerse patiënten. Een kritische houding is bijgevolg vereist bij de veralgemening dat niet-Westerse patiënten veelal psychisch lijden uiten d.m.v. somatische klachten. (17, 20) Talrijke studies tonen aan dat patiënten met depressie zich veelal met somatische symptomen presenteren, meestal lichaamspijn of moeheid. Een dergelijke constellatie speelt zich vooral af bij de huisarts. (20,21) Gregory et al bestuderen de samenhang tussen depressie en somatische klachten aan de hand van data uit een internationale studie van de wereld gezondheidsorganisatie over psychologische problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Finaal worden er 5447 patiënten uit 14 verschillende landen en 5 continenten geïncludeerd. Hieruit blijkt dat 1146 patiënten aan de DSM-4 criteria voor een majeure depressie beantwoorden. Van deze subgroep rapporteert 69 % uitsluitend somatische klachten, 11% ontkent psychologische symptomen of depressie bij ondervraging en 50% signaleert lichamelijk onverklaarbare klachten. Uit deze studie kunnen drie

belangrijke premissen worden gedestilleerd: (1) somatisatie komt wereldwijd voor; (2) somatische klachten kunnen eerder beschouwd worden als ‘kernsymptomen’ van depressie en (3) het voorkomen van somatisatie is afhankelijk van diens interpretatie. (20) Dit laatste zal hieronder worden toegelicht.

2.3.2.1. Somatisatie

Meerdere auteurs beschouwen somatisatie als een alternatieve ‘distress’-idioom in ethno-culturele groepen. ‘Distress’-idiomen maken deel uit van een taal om psychisch lijden uit te drukken met een interpersoonlijke en een bredere sociale (maatschappelijke) betekenis. Cultuur biedt categorieën en een lexicon voor emotionele ervaringen waardoor bepaalde emoties duidelijk zijn en andere moeilijker tot expressie kunnen worden gebracht. Hoewel er een paar emoties universeel zijn, kunnen meer complexe emoties intercultureel sterk variëren. Deze variaties kunnen de ervaring en ook de expressie van onder andere depressie sterk beïnvloeden. Het ‘decoderen’ van deze somatische klachten vormt een grote uitdaging voor de hulpverlener en vereist de nodige competenties. Een verkeerde interpretatie door de clinicus kan bijgevolg leiden tot onnodige diagnostische procedures en onaangepaste behandelingen. (17,20,21,22,23,24)

In sommige culturen wordt het niet-confronteren en de sociale harmonie belangrijker geacht dan een open expressie van een interpersoonlijk conflict of confrontatie. Met als gevolg dat deze conflicten worden onderdrukt en tot uiting komen in allerlei lichamelijke klachten. Hierdoor kunnen deze individuen ook minder open zijn t.o.v. hun hulpverlener en kunnen zij ook minder gedetailleerd praten over hun emotionele status en sociale problemen. (17)

In sommige (sub)culturen kunnen somatische klachten fungeren als zogenaamde ‘ticket behavior’: een lichamelijke klacht is immers gepast om een ‘biomedische’ hulpverlener te raadplegen en leidt, in tegenstelling tot psychische klachten, niet tot stigmatisatie. Bovendien worden in verschillende culturen stemmingsstoornissen niet beschouwd als een mentaal gezondheidsprobleem maar eerder als een socio-moreel probleem waardoor zij zich eerder zullen wenden tot een familielid, spirituele leider (of leider van een gemeenschap) of een gelijke. Psychologische en psychiatrisch hulp geformuleerd in cultureel onbekende termen zal verworpen worden door deze groepen. Verschillende antropologen zijn ook van mening dat depressie een westers concept is dat in andere culturen niet op dezelfde manier terug te vinden is. (22,23,24)

In de Marokkaanse taal (zowel Berbers als Marokkaans-Arabisch) komt het woord depressie niet voor. In een kleinschalig onderzoek onder slecht Nederlands sprekende Marokkaanse Berbers blijkt uit interviews met de tolken dat de vraag ‘Voelt u zich somber of depressief?’

werd vertaald met ‘Heeft u heimwee?’, ‘Staat uw hart op ploffen?’ of ‘Heeft u een verbrand hart?’. Somatisatie kan bijgevolg ook het resultaat zijn van alexithymie; wanneer het in een cultuur ontbreekt aan het vocabularium om bepaalde emoties uit te drukken. (25)

Uit interviews bij hulpverleners van allochtonen in een Nederlands geestelijke gezondheidszorgsector blijkt dat somatiseren vaak een manier is om in de beginfase de klachten te presenteren. Naarmate de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt groeit en sterker wordt, neemt het presenteren van lichamelijke klachten af en worden psychosociale problemen meer bespreekbaar. De hulpverleners geven echter aan dat allochtonen lichamelijke klachten nauwelijks linken aan psychische problemen. Zij zien lichaam en geest eerder als één geheel en dit in tegenstelling tot de westerse cultuur waar het idee heerst dat er ‘iets van binnen zit’ en dat je door middel van praten naar buiten kunt brengen. (7)

2.3.3. Interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg

Cultuur voorziet niet enkel van cultuurspecifieke symptomen, syndromen of ‘distress’-idiomen maar ook van cultuur- specifieke verklaringsmodellen en coping-strategieën. Cultuur speelt dus een belangrijke rol in de diagnostiek, maar ook in het therapeutisch beleid. Het belang van cultuur en het in rekening brengen bij de diagnostiek en behandeling van psychologische aandoeningen, waaronder depressie, wordt bepaald vanuit welk invalshoek (medisch dan wel antropologisch) dit vraagstuk wordt benaderd. Dit vertaalt zich in drie verschillende hypothesen en stromingen binnen de psychiatrie, namelijk (1) de biomedische psychiatrie; de ethnopsychiatrie en (3) de transculturele psychiatrie.

2.3.3.1. De biomedische psychiatrie

Deze stroming vertrekt vanuit een universaliteitsdenken en gaat ervan uit dat psychiatrische ziekten overal ter wereld en in alle culturen voorkomen in ongeveer gelijke verschijningsvorm en aantallen. De invloed van cultuur op psychiatrische ziektebeelden wordt hierbij beschouwd als niet essentieel. Een cultuurspecifieke behandelingsmethode is bijgevolg niet nodig. De ICD is hierop gebaseerd en wordt daarom universeel bruikbaar geacht. Deze visie vormde jarenlang de basis van de biomedische psychiatrie, (14,23,25) maar kreeg vanaf de jaren 70, mede ten gevolge van de migratiestroom, veel kritiek vanuit de culturele antropologie en leidde tot het ontstaan van het culturalisme in de psychiatrie. De universaliteitshypothese wordt op heden echter ook steeds meer vanuit de biomedische sector ondergraven. Hier ontstaat er een toenemende belangstelling voor enerzijds interetnische en intra-etnische farmacogenetische, -kinetische en -dynamische verschillen bij

patiënten met eenzelfde soort psychiatrische aandoening op eenzelfde soort farmaca.(22, 26,27)

2.3.3.2. De etnopsychiatrie

Deze tweede stroming binnen de psychiatrie kenmerkt zich door het relativiteitsdenken. Hier wordt elke cultuur, ook de westerse, als een afzonderlijk geheel beschouwd, met eigen opvattingen over normen versus abnormaal gedrag. Psychische aandoeningen kunnen alleen binnen de culturele en religieuze context van het individu worden aangeduid, gediagnosticeerd en behandeld. (22,26,27)

2.3.3.3. De transculturele psychiatrie

Deze derde stroming situeert zich tussen de universaliteitshypothese en de relativiteitshypothese. Hierbij worden universele kenmerken aan psychiatrische aandoeningen toegewezen. Tegelijkertijd wordt het belang van sociale en culturele beïnvloeding op de intensiteit, frequentie en vooral verschijningsvorm van de symptomen onderschreven. Kernsymptomen worden in vele, zo niet alle, culturen aangetroffen, maar de wijze van manifestatie is zeer variabel. (26,27,28)

Deze drie verschillende benaderingswijzen hebben elk hun voor- en nadelen en ze hebben ook consequenties voor hulpverlening. Zo kan teveel nadruk op cultuurverschillen (‘culturaliseren’) ertoe leiden dat sociaaleconomische, migratie- en andere verschillen over het hoofd worden gezien. Generalisaties, stigmatisering en vooroordelen kunnen daarvan het gevolg zijn. Helemaal geen aandacht besteden aan het cultuurverschil betekent echter dat van de cliënt een volledige aanpassing (assimilatie) aan de westers georiënteerde psychiatrie wordt verwacht. Interculturalisatie is momenteel een groeiende beleidsterm in de gezondheidszorg waarbij men streeft naar een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg zodat een gelijkwaardige kwaliteit van zorg kan worden aangeboden aan alle zorgvragers met respect voor hun culturele achtergrond. In hoeverre psychiatrische stoornissen op een universele manier behandeld kunnen worden of eerder een cultuurgebonden aanpak vereisen, is een debat dat zich afspeelt binnen de transculturele psychiatrie. (26)

2.3.4. Het verklaringsmodel volgens Kleinman

Onvoldoende aandacht voor (cultuurgebonden opvattingen in de verklaringsmodellen van de patiënt vergroot de kans op mislukken van de behandeling door gebrek aan therapietrouw. Amerikaanse psychiater en antropoloog Arthur Kleinman, pionier van het interculturaliseren

van de geestelijke gezondheidszorg, introduceren het concept ‘verklaringsmodellen’ als een raamwerk waarmee uiteenlopende verwachtingen en opvattingen ten aanzien van ziekten en genezing van zowel leken als deskundigen zichtbaar worden gemaakt. Hierdoor kan een overbrugging worden gemaakt tussen ‘illness’, namelijk de subjectieve ziekte-ervaring van de patiënt, en ‘disease’, zijnde de ziektebeschrijving door de arts. Dergelijke verklaringsmodellen worden gekleurd door de cultuur van de patiënt en arts. Het verklaringsmodel voor ziekte wordt geformuleerd aan de hand van vijf componenten: de (1) etiologie, (2) reden van ontstaan, (3) pathofysiologie, (4) het beloop en (5) de behandeling. (28,29)

Hieronder worden enkele cultuurspecifieke factoren aangaande de oorzaak en behandeling van depressie bij patiënten van Marokkaanse herkomst besproken.

2.3.4.1. Etiologie van depressie: cultuurspecifieke factoren

Uit de literatuur komt ‘kwaliteit van leven’ als een allesomvattende factor naar voren en als de belangrijkste determinator in de ontwikkeling van depressie. Onder kwaliteit van leven wordt het functioneren van de patiënt op fysieke, psychische en sociale gebied verstaan en de subjectieve beoordeling daarvan. Niet-cultuurspecifieke factoren (geslacht, leeftijd en opleiding/sociaaleconomische status), maar ook cultuurspecifieke factoren (migratie en etniciteit) komen op deze manier terug in de kwaliteit van leven. (11,12,18,30,31,32) Onderzoek rond depressie bij Marokkaanse patiënten in België en Nederland toont aan dat deze doelgroep zich vaak in een precaire socio-economische situatie bevindt.(11,31)

(Huwelijks)migratie

Migratie heeft een belangrijke impact op het psychisch welzijn van zowel de eerste generatie als de tweede en derde generatie etnisch-culturele minderheden, zij het op een verschillende manier. De eerste generatie ervaren voornamelijk stress rechtstreeks ten gevolgen van migratie terwijl de tweede en derde generatie eerder indirect de gevolgen hiervan ervaren. Mogelijke stressoren ten gevolge van migratie zijn taalproblemen, heimwee, discriminatie, slechte woonomstandigheden en conflicten tussen verschillende culturele normen, waarden en religies. Migratie betekent voor velen verlies van een familienetwerk, het verlies van sociale positie en status in een sociaal netwerk, het verlies van een religieus netwerk en van gebruiken en tradities in het land van herkomst. Dit verlies kan leiden tot angst, depressiviteit en rouw. Daarnaast wordt vooral de eerste generatie migranten geconfronteerd met de zorg voor hun eigen gezin maar ook voor hun ouders of andere familieleden in het land van herkomst. Acculturatiestress, waarbij een enorme druk wordt ervaren om zich aan te passen aan de gebruiken en gewoonten, kan eveneens bijdragen tot de ontwikkeling van depressie.

Bij de tweede generatie ontstaat er vaak een conflict tussen de twee culturen waarbij zij zich gekneld voelen tussen die twee culturen. (11,18,19)

Ook huwelijksmigratie kan (bij beide partners) leiden tot grote teleurstellingen. Naast bovenvermelde argumenten t.g.v. migratie speelt de ontgoocheling van importpartner die veroorzaakt wordt door de beperkte informatie over België en door het geïdealiseerd beeld van een leven in West-Europa een grote rol. Mannen vinden meestal zeer moeilijk een plaats op de arbeidsmarkt, door onder andere een gebrekkige talenkennis en lage scholingsgraad. Hierdoor kunnen ze hun traditionele rol van kostwinner niet waarmaken. Daarnaast breekt huwelijksmigratie, door de verhuis naar de familie van de echtgenote, de traditie van virilokaliteit wat leidt tot een laag zelfbeeld bij mannen. Vrouwelijke nieuwkomers kennen een grote financiële en sociale afhankelijkheid van hun echtgenoten en diens familie terwijl zij initieel juist hoopten op sociale en economische mobiliteit.(33)

De zorg voor anderen

Sommige mannen van Marokkaanse herkomst ervaren een grote druk om te presteren en het te maken in het westen. Er wordt van hen ook verwacht te zorgen voor hun gezin en andere familieleden. Vrouwen staan vaak (alleen) in voor het huishoudelijk werk, de zorg voor de kinderen en ook andere familieleden (schoonouders). (9)

2.3.4.2. Behandeling van depressie: cultuurspecifieke factoren

De arts-patiënt relatie

De therapeutische relatie is ongetwijfeld de belangrijkste determinator voor het slagen van de behandeling. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie staat centraal bij etnisch-culturele minderheden. Zeker gelet op de angst voor roddels en de schaamte bij diverse onderwerpen behorend tot de taboesfeer.

Er bestaat een groeiende evidentie dat een gelijke achtergrond van patiënt en behandelaar zowel voor –als nadelen heeft, maar meer voordelen omdat beiden elkaar beter begrijpen. Naarmate de leefwereld en culturele achtergrond van de patiënt en hulpverlener verschillen zal een open houding en actieve exploratie van de (huidige) leefwereld nodig zijn. Niet alle patiënten behorend tot de Marokkaanse gemeenschap wensen een hulpverlener met eenzelfde culturele achtergrond uit angst voor het ‘uitlekken ‘ van hun problemen naar hun gemeenschap. (9,34)

Verder moet ook rekening gehouden worden met de sekseverschillen binnen de cultuur. (Sommige) eerste generatie vrouwen van Marokkaanse afkomst zijn het niet gewend om met onbekende mannen vertrouwelijke informatie uit te wisselen. In sommige (sub)culturen is het

taboe om in negatieve zin over partner en familieleden te spreken. Wanneer de hulpverlener hier teveel op aandringt, kan dit ertoe leiden dat de patiënt afhaakt. (9,34) Het is voor sommige patiënten uit niet-westerse culturen ook niet gebruikelijk om een rechtstreeks antwoord te geven op gestelde vragen.

Patiënten uit sommige (subculturen) zouden een meer directieve benadering van hun behandelende arts verwachten. Pas in een later stadium, als ze wat meer uit hun depressie komen, is het wenselijk om deze patiënten te motiveren om meer eigen keuzes te maken. (9)

Voor het slagen van de behandeling moeten wensen en verwachtingen van zowel de behandelaar als de patiënt goed op elkaar worden afgestemd. Dit geldt vooral voor de duur en inhoud van de behandeling. Veel patiënten willen zo snel mogelijk geholpen worden en zullen van zodra ze zich beter voelen, stoppen met de behandeling.

Multidisciplinaire zorg

Gezien de complexiteit van sommige klachten is een goede verheldering van de hulpvraag essentieel. Naast gezondheidsproblemen melden etnisch-culturele minderheden meer financiële en sociaaleconomische problemen. Dit vraagt de nodige en een correcte doorverwijzing (geestelijke gezondheidszorg dan wel maatschappelijk werk).

Niet-medicamenteuze behandeling

Bij het activeren van de patiënten moet rekening gehouden worden met cultuurspecifieke aspecten. Vaak ontbreken hobby's bij niet-westerse patiënten. Eerste generatie patiënten hebben vaak ook niet geleerd om te sporten.

Bij het aanbieden van groepstherapie vormen cultuur homogene (schrik voor roddels) en sekseheterogene groepen vaak een probleem.

Medicamenteuze behandeling

Er is tot op heden nog geen onderzoek verricht naar de effectiviteit van antidepressiva bij de verschillende bevolkingsgroepen. In de literatuur worden enkele belangrijke aandachtspunten opgesomd rond medicatiegebruik door etnisch-culturele minderheden. De hulpverlener moet bedacht zijn op geneesmiddeleninteracties bij polyfarmacie, een placebo-effect omdat de patiënt geleerd heeft baat te hebben bij medicijnen en het 'on-demand' innemen van medicatie waarbij het geneesmiddel enkel wordt ingenomen bij pijn of op het moment dat de patiënt zich ellendig voelt.

Voor sommige patiënten uit de doelgroep impliceert een raadpleging bij de arts een voorschrift voor medicatie. Indien ze dit niet meekrijgen, zijn ze erg teleurgesteld. Voor sommigen is het zelfs beschamend omdat ze dan t.o.v. hun omgeving niet echt ziek zijn. Sommigen krijgen het gevoel dat hun klacht niet serieus wordt genomen. Het voorschrijven van medicatie creëert een vertrouwensrelatie op. De arts moet er zich van bewust zijn dat bij het voorschrijven van medicatie de patiënt blijft geloven dat ook psychosociale problemen met een pil op te lossen zijn. Het gevaar hierachter schuilt dat ze hierdoor meer medicatie voorgeschreven krijgen en minder psychotherapeutische hulp aangeboden krijgen. (9)

Religieuze genezers

Om de begeleiding en de therapietrouw van de patiënt te optimaliseren is het relevant om na te gaan of deze behandeling de geboden therapie uit de reguliere sector ondersteunt en versterkt of hiermee in strijd is. (35,36) In België worden vaak interculturele bemiddelaars ingeschakeld om mogelijke conflicten te overbruggen. (18)

2.3.5. Cultuurspecifieke verklaringsmodellen

Vanuit het strakke universaliteitsdenken beschreef Singer depressieve stoornissen als universeel uniforme ziekte-entiteiten zonder enige transculturele verschillen. Dit werd door Kleinman in 1977 weerlegd. Divers onderzoek toont belangrijke transculturele verschillen in de lekenvisies op depressie. Deze transculturele verschillen nemen echter geleidelijk af ten gevolge van acculturalisatie. (18,22,28) Als gevolg hiervan zullen migranten en hun nakomelingen in België verschillende verklaringsmodellen naast en door elkaar hanteren met het ontstaan van ‘verklaringsmappen’ als gevolg. (29) Deze verklaringsmappen bestaan uit verklaringsmodellen die zijn ontstaan vanuit een ‘indigenous knowledge system (IKS) in Marokko en België. IKS is een cultuureigen kennissysteem en staat voor het geheel van de cultuurgebonden betekenissen, beschrijvings- en verklaringsmodaliteiten over gezondheid, ziekte en behandeling. Cultuur en de cultuureigen kennissystemen (IKS) dienen beschouwd te worden als dynamische begrippen. (37)

2.3.5.1. IKS in Marokko

In Marokko worden ziekten volgens een naturalistische of personalistische etiologie verklaard. Vanuit een naturalistisch verklaringsmodel wordt ziekte verklaard in termen van observeerbare oorzaak – gevolg relaties. Een dergelijk systeem kan echter opgebouwd zijn op verkeerde premissen en is als dusdanig niet noodzakelijk correct. Het personalistisch verklaringsmodel gaat ervan uit dat ziekte rechtstreeks wordt veroorzaakt door een andere

persoonlijkheid die bewust schade wil berokken.(35) In het bestaande IKS in Marokko vinden we elementen terug uit de verschillende stromingen binnen de geneeskunde. Binnen de Arabisch-islamitische wereld maakt Cor Hoffer onderscheid tussen vier verschillende tradities binnen de geneeskunde: (1) de Arabisch-islamitische geneeskunde; (2) de geneeskunde van de profeet; (3) het volksgeloof en (4) de biomedische geneeskunde. (36) Hieronder zullen deze vier verschillende tradities besproken worden.

2.3.6. Tradities binnen de geneeskunde in de Arabisch-islamitische wereld

2.3.6.1. De Arabisch- islamitische geneeskunde

Ontstaan

De Arabisch - islamitische geneeskunde ontstond in de 9de eeuw. Talrijke artsen die deel uit maakten van deze cultuur waren noch Arabieren (maar Perzen) noch moslims (maar christenen of joden). Deze stroming is echter belangrijk omdat deze tot op heden nog sterk aanwezig is in het IKS in Marokko.

De basis van de Arabisch-islamitische geneeskunde werd gevormd door talrijke Perzische, maar vooral Griekse werken. De oude Griekse geneeskunde is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek in die zin dat feitenmateriaal werd verzameld door middel van observaties. De Arabisch-islamitische geneeskunde typeert zich door ‘het rationalisme’ en een holistische visie.

In Europa werden talrijke Arabische werken vertaald naar het Latijn. Cordoba werd in de 10de eeuw het centrum van overdracht waar islamitische, christelijke en joodse geleerden met elkaar samenwerkten. Het waren echter enkel de rijken in de grote steden die gebruik konden maken van deze ontwikkeling. Na het gouden tijdperk in de 10de -11de eeuw ontstond er een stagnatie en geleidelijk aan ook een verval van de ontwikkeling van de Arabisch-islamitische geneeskunde.

Naturalistische en personalistische etiologieën

Uit deze stroming ontsprong het ‘evenwichtsmodel’ dat afgeleid werd van de hellenistische elemententheorie (naturalistische visie). Ziekte wordt volgens dit model veroorzaakt door een onevenwicht van de vier lichaamssappen en hun eigenschappen: bloed (heet en vochtig), flegma (koud en vochtig), zwarte gal (koud en droog) en gele gal (heet en droog).

Geestelijke ziekten kunnen, volgens deze stroming, veroorzaakt worden door (personalistische) bovennatuurlijke oorzaken wat tot uiting kan komen door een verstoring van het bewustzijn en van de 'geestelijke functies', bijvoorbeeld zelfmoordneigingen, schizofrenie, waanzin en totale krankzinnigheid.

Ziekte-categorieën

De Arabisch-islamitische geneeskunde kent vier ziekte categorieën: (1) psychisch en spirituele ziekten; (2) functionele ziekten (temperament); (3) structurele ziekten (maag en botten) en (4) oppervlakte ziekten (haar, huid en gezicht).

Onder psychische en spirituele ziekten worden angst, nostalgie, melancholie, slapeloosheid, hysterie en paranoia gerekend. Verder wordt ook het effect van psychische factoren (bijvoorbeeld buitensporige vreugde of verdriet) op het functioneren van het lichaam beschreven.

Behandelingsmethoden

Binnen de Arabisch-islamitische geneeskunde onderscheidt men vijf behandelingsmethoden: (1) het behoud en herstel van het natuurlijk evenwicht (bv het behandelen van 'koude' ziekten d.m.v. 'warm' voedsel); (2) het gebruik van geneesmiddelen (voornamelijk kruiden); (3) chirurgie; (4) de behandeling van psychische problemen d.m.v. psychotherapie en shocktherapie en ten slotte (5) de behandeling van spirituele ziekten d.m.v. koranrecitaties en amuletten.

2.3.6.2. De profetische geneeskunde

Ontstaan

Met de komst van de Islam ontwikkelde zich in de 9de eeuw een tweede medische stroming in de Arabisch-Islamitische wereld namelijk de 'profetische geneeskunde'. Van der Kolk constateert, na onderzoek van vroege korancommentaren, dat bepaalde volksgeneeswijzen slechts later aan de profeet werden toegeschreven. De profetische geneeskunde heeft zodoende een belangrijke evolutie gekend. Aanvankelijk waren de werken aangaande de profetische geneeskunde niet meer dan een verzameling van uitspraken van de profeet over medische onderwerpen. Vanaf de 12de eeuw kwam daar verandering in en ontstonden werken met uitspraken en commentaren. Later in de 15de eeuw ontstonden boeken met nog hoofdzakelijk praktische adviezen voor het behandelen van ziekten en nog maar weinig verwijzingen naar de profeet. Ibn Kaldoun (1332-1406), een belangrijke geschiedfilosoof en historicus, verwierp het gezag van de profeet op medisch vlak. Hij was van mening dat het niet de taak was van de profeet Mohammed om geneeskunde te onderwijzen. Volgens hem

was de profetische geneeskunde louter een voortzetting van de pre-islamitische volksgeneeskunde van de Bedoeïen. De profetische geneeskunde zal later aan de grondslag liggen van de verdere ontwikkeling van het islamitisch volksgeloof.

Naturalistische en personalistische etiologieën

Reeds in de pre-islamitische periode werden ziekten gekoppeld aan natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken. De komst van de Islam heeft hier niet veel aan veranderd.

De profetische geneeskunde kenmerkt zich door twee belangrijke standpunten, namelijk de vrije wil en predestinatie. De aanhangers van de vrije wil geloven in natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken van ziekten.

Tegenover de leer van de vrije wil staat de predestinatieleer met als basisprincipe het geloof in primaire en secundaire oorzaken van ziekten. Natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken zijn secundaire oorzaken van ziekten terwijl God de primaire oorzaak is. Aanhangers van deze theorie zijn van mening dat de ogenschijnlijke relatie tussen oorzaak en gevolg een vorm van zelfbedrog is en dat alle handelingen en verschijnselen direct toe te schrijven zijn aan de primaire oorzaak, God.

In de 10de eeuw formuleerde de Arabische theoloog Al-Ash'ari (873-935,) een compromis. Hierin beschreef hij dat God alles heeft voorbeschikt, maar dat de vrije wil van de mens ook deel uitmaakt van die voorbeschikking. Ook hier werd het geloof in bovennatuurlijke oorzaken erkend.

Behandelingsmethoden

Volgens de leer van de vrije wil moet de mens genezing van ziekten met een natuurlijke oorzaak nastreven door op te zoek gaan naar middelen die in de natuur voorhanden zijn. Binnen de profetische geneeskunde worden maar weinig geneesmiddelen (o.a. honing) en therapieën (aderlaten, koppenzetten en cauterisatie) beschreven. De profeet heeft cauterisatie afgeraden. Bovennatuurlijke oorzaken kunnen volgens deze groep bestreden worden d.m.v. koranrecitaties, gebeden en amuletten.

De predestinatieleer kenmerkt zich door passieve 'Tawakul'; een grenzeloos en totaal passief vertrouwen op de Almachtige. Deze visie leidt tot onthouding van iedere vorm van medische handelen. Heden is deze visie met het fatalistisch denken sterk beperkt geworden en wordt een actieve benadering t.o.v. ziekte nagestreefd.

2.3.6.3. Het islamitisch volksgeloof

Ontstaan

Het volksgeloof in de Arabisch-islamitische samenleving is een samenvloeiing van elementen uit de islam, de Arabisch-islamitische geneeskunde, de profetische geneeskunde, het soefisme en de lokale tradities en gewoonten. Gezien de beïnvloeding vanuit deze verschillende stromingen, maar ook de vermenging met lokale tradities en gewoonten kunnen we niet spreken over dé Marokkaanse volksgeneeskundige visie op ziekte en genezing. Het volksgeloof in de verschillende islamitische landen maar ook binnen eenzelfde samenleving kan immers sterk verschillen.

Het soefisme is een mystieke stroming binnen de Islam gekenmerkt door religieuze en spirituele aspecten. In tegenstelling tot de soennitische orthodoxie, legt het soefisme meer de nadruk op persoonlijke vormen van religieuze beleving. Juist omwille van deze persoonlijke aanpak en ook de tolerante houding ten opzichte van religieuze volksgebruiken, heeft het soefisme aan populariteit gewonnen. Het ontstaan van het soefisme kan herleid worden tot het Indische, Perzische en christelijke mystiek. Deze diverse invloeden komen tot uiting in de dagelijkse gebruiken van het volk die zich daarnaast ook vasthoudt aan de officiële Islamitische leer. Het soefisme is een volksbeweging die zich op verschillende vlakken heeft vermengd waaronder ook de geneeskunde. Talrijke magisch-religieuze therapieën zijn hierdoor ontstaan.

Naturalistische en personalistische etiologieën

Het volksgeloof kenmerkt zich door het geloof in natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken van ziekten (magie, het boze oog en boze geesten).

Behandelingsmethoden

Ook hier heerst het geloof in natuurlijke en bovennatuurlijke genezende krachten. Sommige soefi-leiders proberen via gebeden, rituelen en het schrijven van amuletten ziekten te genezen. Voor gebedsgenezende ceremonies worden gebruik gemaakt van zowel de koran als van magie, droominterpretaties en psychologische inzichten. Door deze medische activiteiten worden soefi-meesters als heiligen beschouwd.

2.3.6.4. De biomedische geneeskunde

Ontstaan

De biomedische geneeskunde ontstond in de 16de eeuw in West-Europa en werd van hieruit verder verspreid door het kolonialisme. In de 19de werd de biomedische geneeskunde geïntroduceerd in de Arabische wereld.

2.3.7. Het verklaringsmodel vanuit het volksgeloof

2.3.7.1. Bovennatuurlijke oorzaken

Zoals eerder aangehaald, wordt er vanuit het volksgeloof zowel natuurlijke als bovennatuurlijke oorzaken van ziekten gedefinieerd. Tot de bovennatuurlijke oorzaken van ziekten worden magie, het boze oog en boze geesten gerekend.

2.3.7.1.1. Magie

Greenwood definieert magie (Siher-shur) als een poging om gebeurtenissen en relaties te beïnvloeden met behulp van bovennatuurlijke middelen. Er wordt verondersteld dat hiervoor djinns (boze geesten) worden ingeschakeld met behulp van een fqih (islamitische genezer) of sahhara (tovenares). Magie vertrekt vanuit een opzettelijke en bewuste intentie. Concentratiegebrek, apathie, mislukken in studies en zaken, voortdurende onenigheid in het huwelijk, impotentie, onvruchtbaarheid, frigiditeit maar ook verliefdheid worden vaak aan magie geweten. Magie kan volgens het islamitische volksgeloof worden bestreden door geschreven amuletten. Deze bestaan meestal uit handgeschreven koranteksten. De betovering kan opgeheven worden door contramagie (hezz l xett).(35,36)

2.3.7.1.2. Het boze oog

Met ‘het boze oog’ wordt de kracht om iemand schade te berokken door naar zijn bezit te kijken, bedoeld. Dit kan zowel bewust als onbewust zijn. Het boze oog kan van iedereen afkomstig zijn. Het boze oog kan ontstaan uit jaloezie, maar kan ook ontstaan vanuit iemands bewondering voor een ander. Vaak worden kleine kinderen als vatbaar voor het boze oog geacht. Ter bescherming tegen het boze oog kan ook hier gebruik worden gemaakt van amuletten. Het boze oog kan ook geneutraliseerd worden door het uitspreken van bepaalde formules of koranverzen. (35,36)

2.3.7.1.3. Boze geesten of demonen

Boze geesten of demonen (djinns) zijn wezens gemaakt uit vuur. Djinns kunnen niet gezien worden door mensen, maar zij kunnen mensen wel zien. Djinns kunnen het gedaante nemen van dieren of een mens waardoor ze wel zichtbaar worden voor de mens. Zij leven als het ware zoals mensen dat doen, maar beide leefwerelden zijn gescheiden. Djinns wonen in de lucht of onder de grond en verkiezen grotten, riolen, wc's en slachtplaatsen. Zij leven in stammen en naties en hebben een sultan als leider. Er bestaan vrouwelijke en mannelijke djinns. Ze kunnen trouwen en kinderen krijgen. Djinns zijn gelovige wezens en kunnen moslims, joden of christenen zijn.

Djinns worden meestal beschreven als wraaklustig, wispelturig en kwaadaardige wezens. Ze kunnen mensen schade berokkenen als zij door hen worden beledigd of aangevallen. Angst of schrik maakt een persoon kwetsbaar voor djinns. Dit geldt ook voor bepaalde personen die zich in een overgangsfase bevinden, zoals zwangeren, pas gehuwden en mensen op reis. Djinns kunnen mensen op twee manieren schade toedoen. Enerzijds door hen te slaan (medrub of metrush) of te raken (mess men l djinn), wat kan leiden tot een halfzijdige verlamming van het gelaat, doofheid, blindheid of pijn. Anderzijds kunnen mensen bezeten worden door een djinn (meskun, mejnun, meqius of melbus). Deze vorm wordt veelal toegekend aan psychiatrische stoornissen zoals psychose, manie, hysterie of melancholie.

Om zich te beschermen tegen djinns wordt gebruik gemaakt van amuletten of van bepaalde stoffen welke niet verdragen worden door djinns zoals wierook, zout, kaarsen, ijzer, teer en benzine. Als bescherming tegen djinns kunnen bepaalde formules worden uitgesproken. Als genezingsmethode wordt er in eerste instantie gebruik gemaakt van 'uitdrijving' (sr'i of sara'). Een dergelijke uitdrijving gebeurt door het reciteren van koranverzen waardoor de djinn wordt opgeroepen of angst wordt aangejaagd. Vervolgens manifesteert de djinn zich waarbij de genezer hem rechtstreeks aanspreekt, ondervraagt en dwingt te vertrekken. Indien de djinn hiermee niet kan 'verjaagd' worden, kan een akkoord worden bewerkstelligd tussen de djinn en het slachtoffer. In dit laatste geval spreken we van een werkrelatie.(35,36)

2.3.7.2. Bovennatuurlijke geneeswijzen

In het Islamitisch volksgeloof speelt 'baraka', dit is een 'zegenbrengende kracht', een centrale rol bij de genezing van ziekten met een bovennatuurlijke oorzaak. Er bestaan drie vormen van baraka: (1) geïnstitutionaliseerde of erfelijk overdraagbare baraka; (2) persoonlijke baraka en (3) baraka in koranversen en gebeden. De eerste vorm is de hoogste vorm, hierover beschikte de profeet. Deze vorm wordt ook toegeschreven aan heiligen die in graftomben verering genieten. De tweede vorm, de persoonlijke baraka, ontvangt iemand

d.m.v. persoonlijke verdiensten. Baraka is ‘overdraagbaar’, zo kan er met behulp van bepaalde handelingen een met baraka beladen persoon of voorwerp baraka overdragen op een ander en deze genezen. Deze baraka kan ook verloren gaan door bijvoorbeeld het voorwerp (meestal amulet) op onreine plaatsen te dragen.

In het islamitische volksgeloof wordt baraka en dus genezing meestal bekomen via drie verschillende kanalen: (1) individuele islamitische genezers; (2) de heiligenverering met de daaraan gekoppelde bedevaarten en (3) de broederschappen. Deze kunnen zowel voor curatieve als preventieve doeleinden benaderd worden.

2.3.7.2.1. De individuele islamitische genezers

Tot de individuele islamitische genezers behoren de ‘fkih’, ‘de edele’ (sharif), het graf van ‘de edele’ (mrabit), de helderziende (shuwwaf) en ten slotte de kruidenverkoper (‘attar).

Fkih

Een fkih (mv fuqaha) verwijst naar een persoon die de koran (het heilig boek van de Islam) heeft bestudeerd. De meeste fuqaha worden aangesteld als imam in een moskee waar ze de gelovigen voorgaan in het gebed en koran doceren, maar ook goede raad geven. Sommige van deze fkih specialiseren zich in het genezen van zieken.

Deze groep behandelt uiteenlopende ziekten, maar wordt voornamelijk geraadpleegd voor ziekten die worden gelinkt aan bovennatuurlijke oorzaken. Een fkih stelt zijn diagnose aan de hand van de symptomen van de ziekte of aan de hand van berekeningen die hij uitvoert met cijferwaarden van de letters van de voornamen van de zieke en die van zijn of haar moeder. Andere maken gebruik van meer complexe methoden. Door middel van deze berekeningen kan een fkih zeggen wat de oorzaak is van de ziekte: magie, het boze oog of geesten. Als behandelingswijze maakt een fkih veelal gebruik van het voorlezen van koranverzen (ruqiya), het vervaardigen van amuletten (hejab, sbub, harz, tslamin of tbarid) waarop een handgeschreven korantekst op staat, het oplossen van koranverzen in water waarvan de zieke enkele dagen moet drinken.

Sharif (de edele)

Deze term verwijst naar mannen en vrouwen die beweren dat zij afstammelingen zijn van de profeet. Hierdoor beschikken ze over geïnstitutionaliseerde baraka welke overdraagbaar is. Deze term wordt echter ook gehanteerd voor mensen die baraka bezitten en geëerd worden op grond van het lidmaatschap van een heilige of machtige familie. Ten slotte verwijst ‘sharif’ ook naar zeer gelovige en vrome moslims. Hier wordt ook wel gesproken van ‘sayyid’ of ‘wali’ (heer, meester of heilige) of ‘sidi’/‘sayyida’ (mannelijke en vrouwelijke heilige).

Mrabit

Het graf van een heilige wordt ‘mrabit’ genoemd, synoniem hiervoor bij Marokkanen zijn ‘lalla’ en ‘muly’/’mulay’ (mevrouw resp. mijn meester).

Helderziende

We maken onderscheid tussen 2 soorten helderzienden (shuwwaf); namelijk zij die in trance gaan en zij die dit niet doen. De eerste categorie kan de toekomst voorspellen aan de hand van kaarten. Dergelijke zieners gaan dit werk beoefenen nadat zij daartoe ‘een teken’ hebben gekregen; bijvoorbeeld bij een graftombe van een heilige of in een droom. Van shuwwafs die in trance raken, wordt beweerd dat zij kunnen communiceren met djinns waardoor zij zelf kunnen genezen. Dergelijke personen beschikken over hun ‘krachten’ nadat zij zelf bezeten waren door djinn en hiervan genezen zijn door deel te nemen aan de rituelen van een religieuze broederschap. Door middel van deze rituelen ontstaat een werkrelatie tussen de getroffene en de djinn.

Kruidenverkoper

Een kruidenverkoper (‘attar) geeft dieetadvies en schrijft behandelingen voor op basis van kruiden. Kruidengeneesmiddelen worden vervaardigd vanuit ideeën uit de Arabisch-islamitische geneeskunde en lokale volksgewoonten waardoor naturalistische en personalistische systemen en behandelingen door elkaar lopen. Een ‘attar verkoopt ook speciale kruiden die gebruikt worden in de magie en contramagie of die gehanteerd worden ter bestrijding van geesten.

2.3.7.2.2. Heiligenverering en de bedevaart

De heiligenverering en de bedevaart naar de graftombes (ziyara in het Arabisch), waarin deze heiligen begraven liggen, is een belangrijk onderdeel van het islamitische volksgeloof. Hierbij gelooft de bedevaarder dat de begraven heilige kan optreden als bemiddelaar tussen God en de mens.

2.3.7.2.3. Religieuze broederschappen

Religieuze broederschappen (taifa, zawiya of tariqa) zijn nog actief in Marokko. Deze broederschappen bestaan uit drie groepen, namelijk de afstammelingen van de heiligen, de leden en de aanhangers of volgelingen. Zij beschikken over de kracht om te kunnen genezen. Leden van een broederschap volgen het spirituele pad (tariqa) van hun stichter die als heilige wordt aanzien. Door middel van recitatie en dans trachten zij tijdens hun gebeden en ceremoniën in een toestand van veranderd bewustzijn te geraken (trance) die beleefd

wordt als het één worden met Allah. Genezing wordt nagestreefd door aan een dergelijke ceremonie deel te nemen of door een nachtelijke ceremonie te organiseren (lila). In tegenstelling tot de fuqaha trachten dergelijke broederschappen in geval van bezetenheid een positieve werkrelatie te bekomen met de djinn in plaats van deze uit te drijven. (35, 36, 37)

2.3.8. Islamitische genezers in België en Nederland.

2.3.8.1. Islamitische genezer

Onderzoek heeft aangetoond dat tot op heden nog zowel in Nederland (36,38,39) als in België (37) personen van Marokkaanse herkomst gebruik maken van religieuze geneeswijzen via islamitische genezers.

Definitie

Hoffer definieert islamitische genezers als (1) iemand die zich primair toelegt op genezing van ziekten en oplossingen van problemen; (2)zich voor dat werk niet beperkt tot gebedsgenezingen maar ook gebruik maakt van andere technieken; (3)zijn (of haar) werk op een islamitisch legitieme kracht baseert; (4) er met betrekking tot zijn genezende werk een islamitische visie op nahoudt en (5) zich informeel-via familie en bekenden-of formeel, via bijvoorbeeld advertenties, voor genezer uitgeeft.

Reason For Encounter

Marokkaanse patiënten raadplegen een islamitische genezer omwille van psychische klachten (53%), sociale klachten (36%) en fysieke klachten (7%). Voorbeelden van psychische klachten zijn nervositeit, slapeloosheid, huilbuien, depressiviteit, postnatale depressie, suïcidaliteit, apathie, verdriet, rouwverwerking en heimwee naar het land van herkomst. Vaak is de hulpvraag gekoppeld aan zingeving waarbij de patiënt op zoek is naar de reden, ‘het- waarom’, van een gebeuren.

Doeltreffendheid

Het werk van islamitische genezers omvat een aantal werkbare therapeutische elementen, in het bijzonder een holistisch benadering, herdefiniëring van de situatie waardoor een nieuw perspectief wordt aangeboden, actieve participatie, groepssolidariteit doordat o.a. familie en vrienden worden betrokken en angstreductie door het benoemen van de oorzaak en bieden van een oplossing. Ten slotte wordt door de oorzaak van de ziekte toe te schrijven aan een

bovennatuurlijke kracht de patiënt niet zelf verantwoordelijk gesteld voor zijn ziekte. Daarnaast kennen religieuze geneeswijzen een belangrijk placebo-effect.

Kritische aandachtspunten

Kritische aandachtspunten zijn het risico op een verkeerde diagnose, verkeerdelijk opstarten van een therapie, een gecreëerde afhankelijkheid van de patiënten aan de genezers, de afwezigheid van kwaliteitscriteria en een angstinductie door confrontatie met het bovennatuurlijke.

2.3.8.2. Imam

Hoffer onderscheidt islamitische genezers van imams welke eerder tot de vertegenwoordigers van de officiële islam behoren. Een imam is een persoon die, hetzij door de overheid van een land van herkomst hetzij door een lokale moskeegemeenschap, is aangesteld om voor te gaan in het gebed en om andere religieuze en sociale functies te bekleden.

2.3.8.3. Ervaringsdeskundigen

Naast de gekende imams en islamitische genezers noemt Hoffer nog een derde groep ‘leken’ die niet beantwoorden aan de definitie van islamitische genezer maar d.m.v. jarenlange ervaringen met kruiden of koranrecitaties een zekere kennis hebben opgebouwd. (36)

2.4. Depressie vanuit een religieuze (islamitische) invalshoek.

2.4.1. Belang van religie binnen de hulpverlening

Geen enkele richtlijn van depressie houdt rekening met de religieuze achtergrond van de patiënt of hulpverlener. Verschillende studies hebben echter aangetoond dat religie een belangrijk positief effect heeft bij psychiatrische ziekten en vooral bij depressie. (40,41)

2.4.1.1. Religie als coping-strategie

Pargament definieert religieuze coping als de inspanningen om te begrijpen en om te gaan met stressoren in het leven op een manier die verband houden met 'het heilige'. 'Religieuze coping' staat in relatie tot gezondheid en algemeen welzijn bij verschillende groepen die bepaalde moeilijkheden in hun leven moeten trotseren. (43) Religie kan zowel een preventieve als een therapeutische functie invullen. Studie toont aan dat een positieve copingstijl (b.v. 'God zal mijn geduld belonen.') leidt tot minder depressieve gevoelens terwijl een negatieve religieuze copingstijl (b.v. 'God straft me.') meer depressiviteit tot gevolg heeft. (40,41,42) Positieve religieuze copingstijlen kunnen de patiënten motiveren om het lot meer in eigen handen te nemen en positief te beïnvloeden. (7)

2.4.1.2. Religie binnen de therapeutische relatie

Religie kan ook een belangrijke plaats innemen in de arts-patiënt relatie. Los van de visie op religie spelen basale overtuigingen van de hulpverlener een rol. Deze overtuigingen kunnen hun oorsprong en betekenis aan religie ontlenen. Zo kunnen hulpverleners gebruik maken van diverse werkthema's, zoals 'hoop' of 'verwerken' en 'vergeven', welke al dan niet religieus gefundeerd kunnen zijn, bewust of onbewust. Hulpverleners koppelen religie echter vaker aan negatief geconnoteerde begrippen zoals 'schuld' en 'afhankelijkheid'. Daarnaast maken zij gebruik van bio-psycho-sociaal verklaringsmodellen wat religie overbodig maakt. (44)

2.4.2. De moslimgemeenschap als bron van psychologische steun

De moslimgemeenschap is een collectivistische gemeenschap. Bijgevolg is het groepsgebeuren en -gevoel voor vele moslims ook een belangrijke bron van psychologische steun waarbij de imam een centrale rol speelt als counselor. (37,42,50) Uit studie blijkt dat de gemeenschap en de imam voor moslims veelal het eerste aanspreekpunt is bij psychisch lijden. (50)

2.4.3. Psychologie binnen de Arabisch-islamitische geneeskunde

In de Arabische-islamitische wereld ontstaat vanaf de 8ste eeuw de ‘islamitische psychologie’. Hiervoor worden de volgende termen gehanteerd: ‘at-tibb ar-ruhani’, ‘at-tibb al-qalb’ of ‘ilm-an- nafs’. Letterlijk betekent dit respectievelijk ‘geneeskunde van de geest’, ‘geneeskunde van het hart’ en ‘kennis van de ziel’. Hieronder wordt zowel psychologische als spirituele gezondheid verstaan. De ‘islamitische psychologie’ kenmerkt zich m.a.w. door een extra dimensie, namelijk het spirituele. Hiertegenover staat ‘al-tibb al-jismani’ ofwel ‘geneeskunde van het lichaam’. De vroege moslimgeleerden maken vooral gebruik van het Griekse en concept van ‘zelf’, welke later het Engelse ‘psyche’ is geworden en ook de basis van de hedendaagse psychologie vormt.

2.4.3.1. ‘Psyche’ in de Koran

In de Koran wordt gebruik gemaakt van verschillende terminologieën verwijzend naar de ‘psyche’. Vier spirituele ‘inner’-dimensies spelen een belangrijke rol in het behoud van de mentale gezondheid: (1) de geest (ar-ruh); (2) de ziel (an-nafs); (3) het hart (al-qalb) en (4) het verstand (al-‘aql).

De geest

De geest of ar- ruh is de ‘oorsprong van het leven’ of ‘adem van het leven’. Het is afgeleid van het werkwoord ‘raha’ wat herleven, inhaleren of ademen, maar ook weggaan betekent. De geest of ar –ruh is onsterfelijk, onzichtbaar en transcendent.

De ziel

De ziel of an-nafs verwijst eerder naar de biologische activiteiten dan naar cognitie. Het geeft de impuls voor het leven en kan gemakkelijk worden beïnvloed door het verstand, de wil, en het hart. Sommige islamgeleerden zijn van mening dat wanneer de geest (ar-ruh) in contact komt met het lichaam (jism) er een gemeenschappelijke zone ontstaat welke het lichamelijke verbindt met het spirituele, dit is zogenaamd an-nafs. An-nafs kent 3 dimensies: (1) an-nafs al-ammarah (de bevel-gevende ziel); (2) an-nafs al-Lawwāmah (de berouwvolle ziel) en (3) an-nafs al-MuTma’innah (de tevreden ziel). Volgens Al Ghazali is de ‘tevreden ziel’ het hoogste ontwikkelingsniveau van de ziel en leunt het meer aan bij ar-ruh terwijl de laagste vorm, de bevel-gevende ziel, meer bij het ‘wereldse’ hoort. De ‘bevel-gevende ziel’ is een vermenging van wensen, verlangens, impulsen, gewoontes, angsten, boosheid en verlangens.

Het hart

Het hart of al-qalb is de locus voor kennis, gedachten en gevoelens. Hiermee wordt niet letterlijk het orgaan bedoeld, maar wel de spirituele dimensie van het hart. Het fysiek menselijk hart kan worden beschouwd als het interactiepunt tussen het lichaam en al- qalb als een spirituele entiteit. Het speelt een centrale rol bij persoonlijkheid, begrip, affectie en emotie. Qalb is afgeleid van het werkwoord Qalaba, wat draaien of om te draaien betekent. Dit verwijst naar de onstabiele en niet-gefixeerde, bewegende conditie van het hart waarbij het geneigd is om ofwel de ziel (an-nafs) ofwel de geest (ar-ruh) te volgen. Het hart speelt een centrale en dominante rol in de menselijke psyche.

Het verstand

Het verstand of al-'aql vormt de intelligentie en de capaciteit om te kunnen begrijpen en verstaan. (45,46,47,48)

2.4.3.2. Grondleggers van de islamitische psychologie

Al Balkhi

Een belangrijke pionier in de ontwikkeling van islamitische psychologie is Al Balkhi (850-934 n.Chr.). In een van zijn belangrijkste werken 'Levensonderhoud voor lichaam en geest' schreef hij dat gezond zijn zowel lichamelijke als 'innerlijke' gezondheid impliceert. Hij sprak als het ware van een 'verweving' (ishtibak) van het lichaam en het 'innerlijke'. Al Balkhi bekritiseerde zijn collega-artsen die zich louter toespitsen op fysiek lijden zonder rekening te houden met de mentale gezondheid en dus de interactie tussen beide. Al-Balkhi was van mening dat psychische pathologie kan leiden tot fysiek lijden en omgekeerd.

Al Balkhi was ook de eerste psycholoog die in staat is geweest neurose te differentiëren van psychose. Hij classificeerde neurose in vier vormen van emotionele stoornissen: (1) angst; (2) woede en agressie; (3) verdriet en depressie en (4) obsessie. Al Balkhi was een van de grondleggers van de cognitieve gedragstherapie en het concept van reciproke inhibitie. (48)

Al Balkhi maakte onderscheid tussen een idiopathische depressie en een depressie met een gekende oorzaak zoals het verlies van een geliefde. Depressie met een gekend oorzaak kon behandeld worden d.m.v. psychotherapie welke bestond uit een 'interne' en 'externe' therapievorm. 'Externe' therapie betekende 'praten' en 'adviseren'. 'Interne' therapievorm hield het ontwikkelen van gedachten en cognitie in waarbij depressie werd verholpen (cognitieve therapie). 'Idiopathische' depressie formuleerde Al Balkhi als volgt: ''Het is een plotselinge aandoening van verdriet en ellende, die de hele tijd persisteert en de getroffen persoon weerhoudt van enig fysieke activiteit of het tonen van enig geluk of het kunnen

genieten van een van de plezieren." Volgens Al Balkhi ontstond de idiopathische vorm van depressie t.g.v. een verontreiniging van het bloed en andere veranderingen daarin. Deze vorm van depressie vereiste volgens hem dan ook een medische behandeling om het bloed terug te zuiveren. (48)

Al Razi

Al Razi (865 – 925 n.Chr.), een bekende arts, beschreef de term 'sabr' (geduld) als bescherming tegen ernstige depressie. Verder wees hij ook op het belang van het voeren van een innerlijke strijd om niet toe te geven aan emoties van verdriet en bezorgdheid waardoor verplichtingen worden verwaarloosd. (48,49)

Ibn-Sina (Avicenna)

Ibn-Sina (Avicenna; 980-1037 n.Chr.) kan ongetwijfeld beschouwd worden als één van de grootste artsen uit de Arabisch-islamitische wereld. Zijn werken vormden een grote doorbraak en ontwikkeling van de geneeskunde, ook in Europa. In zijn boek 'The Canon of Medicine' (De Regels van de Geneeskunde) beschreef hij talrijke psychische aandoeningen waaronder ook 'melancholia'. Hij definieerde 'melancholia' als een depressieve stemmingsstoornis gekenmerkt door wantrouwen en bepaalde fobieën. (46)

Al Ghazali

Al Ghazali (1058-1111 n. Chr.) introduceerde de 'islamitische filosofie' door in één van zijn bekendste werken 'De verwarring der filosofen' een theorie te beschrijven die bekent stond als 'het occasionalisme' en was gebaseerd op oorzaak en gevolg veroorzaakt door god.

In zijn boek 'The alchemy of happiness' beschreef Al Ghazali depressie als een toestand van verlies van interesse en plezier in de dagelijkse bezigheden. Hij benadrukte dat de betekenis die werd toegekend aan deze conditie werd bepaald door de invalshoek waaruit depressie werd benaderd. Een arts zal depressie bijgevolg zien als een ziekte en kan de secundaire oorzaken ervan aanduiden en een gepaste behandeling opstarten. Deze visie zou volgens Al Ghazali correct zijn, maar voegde hieraan toe dat alle secundaire oorzaken konden herleid worden tot een primaire oorzaak, namelijk God (occasionalisme). Al Ghazali interpreteerde vanuit zijn expertise depressie als een conditie gecreëerd door God in belang van het welzijn van de patiënt waarbij deze zich loskoppelt van het 'wereldse' en zich dichter tot God keert. (46,48)

3. Kwalitatief onderzoek

3.1. Methodiek

3.1.1. Onderzoeksdesign

Gezien de complexiteit en het gegeven dat de onderzoeksvraag een tot op heden onontgonnen terrein is, werd bewust geopteerd voor een descriptief explorerend kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is immers het onderzoek bij uitstek om denkpatronen, belevingen, ervaringen, emoties, percepties en waarden te ontrafelen. Kwalitatief onderzoek is in essentie een inductief proces waarbij een theorie of hypothese kan gegenereerd worden uit empirische gegevens (grounded theorie). De afgeleide theorie of hypothese kan in een tweede fase getoetst worden d.m.v. kwantitatief onderzoek, welke eerder een deductief proces is. (53)

3.1.2. Onderzoeksmethode

Voor deze studie werden meerdere dataverzamelingsmethoden gecombineerd (triangulatie). Het toepassen van triangulatie in een kwalitatief onderzoek biedt een meerwaarde omdat de diepte, kwaliteit en reikwijdte van de bevindingen worden vergroot. Naast semi-gestructureerde interviews werden ook focusgroepen georganiseerd. (55)

Om de focusgroep-discussies en de semi-gestructureerde interviews te stimuleren werd gebruik gemaakt van een casus. Het filmfragment ‘Ftah al-Bab’, welke het verhaal vertelt van Amina, werd getoond aan de vrouwelijke respondenten. Dit fragment werd om diverse redenen geschikt gevonden en geselecteerd voor het onderzoek. Amina werd in 1962 geboren in Marokko en is op 12 jarige leeftijd naar Nederland gemigreerd. In 1999 werd ze het slachtoffer van een verkeersongeval en ontwikkelde ze talrijke lichamelijke klachten. Aanvankelijke koppelde zij die klachten aan het verkeersongeval. Slechts veel later kon ze het plaatsen binnen haar depressie. Het fragment toont tegelijk de complexiteit van de probleemstelling omdat talrijke culturele gevoeligheden ter sprake komen (migratie, uithuwelijken, gehoorzaamheid aan de ouders en echtscheiding). Het verhaal werd ofwel in het Nederlands ofwel in het Berbers afgespeeld.

Een tweede casus werd geselecteerd uit het boek ‘een arts van de wereld’. (51) Deze casus vertelt het verhaal van meneer Charouk, een Marokkaanse man met een depressie, die in 1988 naar Nederland migreerde i.k.v. partnerhereniging. Deze casus konden de deelnemers lezen bij aanvang van het interview. Aan één deelnemer werd het verhaal in het Berbers verteld omdat hij het Nederlands niet goed machtig was.

Voorafgaand aan de interviews en focusgroepen werden sociaal-demografische gegevens en de mate van godsdienstigheid van elke deelnemer, door middel van een schriftelijke vragenlijst, bevraagd. Deze vragenlijst werd opgesteld na het raadplegen van de literatuur. (52) (Bijlage 2a) Indien de deelnemer niet kon lezen of schrijven, werd deze vragenlijst mondeling afgenomen. Het geven van informatie en het vragen van de toestemming tot deelname aan het interview vonden plaats voor het interview, in de taal die de deelnemer het best machtig was.

3.1.2.1. Focusgroep

Een focusgroep zorgt voor een extra dimensie dankzij de interactie tussen de verschillende deelnemers. Voor dit onderzoek werden vier focusgroepen gepland. Hiervan zijn slechts twee kunnen doorgaan, binnen de subgroep 'tweede generatie moslimvrouwen'. De twee focusgroepen bestonden slechts uit twee deelnemers. Voor de eerste focusgroep gaven vijf deelnemers aanvankelijk hun akkoord. Drie hiervan hebben afgebeld enkele dagen voor het gesprek, één vrouw moest werken, de tweede vrouw had geen oppas voor haar kinderen gevonden en de derde vrouw had onverwacht bezoek. Voor de tweede focusgroep werden slechts drie deelnemers gerekruteerd, één hiervan heeft zich verontschuldigd wegens 'geen tijd'. Een derde focusgroep stond gepland in januari (eerste generatie vrouwen) en nog een vierde in februari (tweede generatie vrouwen). Deze zijn echter niet doorgegaan wegens uitblijven van een (positief) respons.

De focusgroepen werden goed voorbereid en verliepen op een uniforme wijze door gebruik te maken van eenzelfde script (bijlage 6). De topiclijst van de groepsgesprekken is gebaseerd op Kleinmans verklaringsmodel en bestaat, net zoals de semi-gestructureerde interviews, uit de 8 elementen die aan bod komen bij het exploreren van het verklaringsmodel van ziekte door de patiënt ('ilness'). Tijdens de groepsgesprekken was geen observator aanwezig. De moderator van het gesprek was tevens ook de onderzoeker van het onderzoek.

3.1.2.2. Semi-gestructureerde interview

Semi-gestructureerde interviews bieden als voordeel de standaardisering van de bekomen informatie. Het biedt echter voldoende ruimte om af te wijken van deze leidraad en nieuwe topics verder uit te diepen. Een individueel interview zonder invloed van 'peers' geeft een veilig gevoel. Dit is zeker belangrijk aangezien depressie mogelijks taboe is binnen de Marokkaanse gemeenschap. Er werden 20 interviews afgenomen. Twee hiervan gingen door in de huidige HAIO-plaats van de onderzoeker. De overige 18 interviews werden afgenomen bij de deelnemers thuis. Het semi-gestructureerde interview werd opgesteld na

literatuuronderzoek. De standaardvragen werden afgeleid uit Kleinmans theorie van verklaringsmodellen. Bijlage 7 toont het script van het semi-gestructureerde interview.

3.1.3. Dataverzameling

De focusgroepen en interviews werden afgenomen van oktober 2012 tot en met maart 2013. Alle gesprekken werden uitgevoerd door dezelfde interviewer, tevens de onderzoeker van deze studie, in de taal die de deelnemer goed machtig was (Nederlands, Berbers of Marokkaans- Arabisch). De interviews en focusgroepgesprekken werden digitaal auditief opgenomen en later door de interviewer uitgetypt in het Nederlands. Hierbij werden ook belangrijke nota's gehouden betreffende de non-verbale communicatie tijdens de gesprekken.

3.1.4. Steekproef

3.1.4.1. Selectiecriteria

De volgende selectiecriteria werden geformuleerd voor dit onderzoek.

De absolute selectiecriteria van het onderzoek beperken zich tot de etniciteit (Marokkaanse herkomst) en religie (Islam) van de deelnemer. De onderzoekspopulatie werd ingedeeld in vier subgroepen, namelijk (1) eerste generatie moslimvrouwen van Marokkaanse afkomst, (2) eerste generatie moslimmannen van Marokkaanse afkomst; (3) tweede generatie moslimvrouwen van Marokkaanse afkomst en (4) tweede generatie moslimmannen van Marokkaanse afkomst. Hiervoor werd een leeftijdsgrens geformuleerd. Bij voorkeur werd voor de eerste generatie een leeftijdsgrens van ouder dan 50 jaar weerhouden. Drie deelneemsters voldeden hier niet aan. Voor de tweede generatie werd de leeftijdsgrens van ouder dan 20 jaar, maar jonger dan 40 jaar gesteld. De jongste deelnemer was echter 19 jaar en werd ook geïncludeerd. Ten slotte werden de gesprekken bij voorkeur gehouden in het Nederlands of Berbers omdat deze het best begrepen en gesproken worden door de interviewer. Slechts één gesprek werd in het Marokkaans-Arabisch gehouden.

3.1.4.2. Steekproeftrekken

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van doelgericht steekproeftrekken ('purposeful sampling'). In Sint-Niklaas werd één vrouwenvereniging benaderd. Hiervan vonden 3 vrouwen zich bereid deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast sprak ik de verantwoordelijke van de vrouwenmoskee-gemeenschap aan. Deze weigerde omdat het gesprek de privacy van de vrouwen en hun gezinnen kon schenden. In Antwerpen werden drie vrouwenverenigingen gecontacteerd. Aanvankelijk gingen er twee akkoord en zouden focusgroepen kunnen doorgaan in januari en februari. Ik kreeg van beiden echter geen

respons meer op meerdere mails om verdere concrete afspraken te maken. De derde groep weigerde om redenen die me niet werden meegedeeld. Verder werd in Antwerpen ook drie mannenverenigingen benaderd. Eén vereniging reageerde positief, hiervan namen 2 mannen deel aan het interview. De overige twee verengingen reageerden aanvankelijk positief, maar dan helemaal niet meer. In Antwerpen werden ook drie huisartsenpraktijken gecontacteerd. Dit leverde me geen enkele deelnemer op. Ten slotte werden vrienden en familie aangesproken. Hieruit werden 3 mannelijke en 3 vrouwelijke personen gerekruteerd. Deze konden zelf ook deelnemers aanbrengen (sneeuwbaleffect). Dit gaf nogmaals 12 vrouwelijke deelneemsters en 1 mannelijke deelnemer. Finaal namen 24 personen deel aan het onderzoek waarvan 20 gesprekken werden geanalyseerd. Acht vrouwen behorende tot de eerste generatie namen deel aan het interview. Twee gesprekken werden echter niet weerhouden. Eén van de twee gesprekken werd slechts opgenomen gedurende enkele minuten t.g.v. verkeerd gebruik van het audio-materiaal. Het tweede interview was kwalitatief onvoldoende. De deelneemster in kwestie 'blokkeerde' tijdens het gesprek uit schrik foutief te antwoorden op de vragen. Ondanks meerdere pogingen tot geruststellen en informeren werd het gesprek vroegtijdig beëindigd door de interviewer. Tien vrouwen van de tweede generatie namen deel aan het interview. Twee interviews werden niet mee geanalyseerd omdat zij geen nieuwe informatie boden (saturatie). Er werden zes interviews afgelegd bij 2 en 4 mannen van respectievelijk de eerste en tweede generatie. Bijlage 2b toont het profiel van de deelnemers.

3.1.4.3. Data-analyse

De analyse van de data steunt op de methodiek van de gefundeerde theoriebenadering (grounded theory). Deze werd voor het eerste beschreven door Glaser en Strauss. Vertrekkende van een open onderzoeksvraag wordt er door middel van inductieve analyse vanaf de grond een theorie opgebouwd aan de hand van empirische gegevens, 'grounded in the data'. Het analyseren van de verzamelde data verloopt gradueel in drie fasen: exploratie (open coderen); specificatie (axiaal coderen) en reductie (selectief coderen). Bij het open coderen werden de verschillende transcripten opgesplitst in fragmenten, waaraan een 'code' werden toegekend. Dit werd met behulp van windows gedaan. In een tweede fase werden concepten en categorieën geformuleerd door het koppelen en vergelijken van codes die zeer sterk op elkaar lijken (axiaal coderen). Ten slotte werden categorieën en concepten geïntegreerd door middel van het leggen van verbanden tussen de categorieën en concepten in het licht van de probleemstelling (selectief coderen). (53,55)

3.2. Resultaten van het kwalitatief onderzoek

Het raamwerk van Kleinmans verklaringsmodellen vormt voor zowel het semi-gestructureerde interview als voor de focusgroep de leidraad. Het is dan ook niet meer dan logisch dat tijdens het analyseren van de data hetzelfde raamwerk tevoorschijn komt. Volgende thema's worden besproken: (1) het benoemen van depressie; (2) symptomatologie; (3 etiologie; (4) reden (zingeving); (5) ernst en (6) behandeling van depressie. Daarnaast wordt ook dieper ingegaan op (7) de prevalentie van depressie binnen de Marokkaanse gemeenschap.

3.2.1. Depressie benoemen

Eerste generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Verschillende terminologieën worden aangehaald om het 'verhaal' van Amina te benoemen in het Berbers of Marokkaans-Arabisch. Volgende begrippen worden genoemd: 'problemen' (maschakiel), 'influisteringen' (weswaas), 'zenuwen' of 'stress' ('asabia) en ten slotte 'de andere wereld ('aalam annathan). Twee van de zes vrouwen herkennen het beeld als zijnde 'el iktiaab' in het standaard Arabisch. Dit kan letterlijk vertaald worden naar het Nederlandse 'depressie'. De symptomen van Amina worden door allen herkend, maar slechts twee vrouwen beschouwen het als een ziekte. De overige vier vrouwen beschouwen het eerder als een 'gesteldheid'. Depressie wordt begrepen als 'iets' dat 'binnen' zit. Hiermee wordt ofwel de ziel, het hart, het verstand, het hoofd of gewoon 'binnenin' zonder meer bedoeld.

I5: 'Dit is iets dat aanwezig is in de ziel (nafs) van een persoon. Dat is geen ziekte. Ze denkt daar gewoon voortdurend aan. Ze piekert daar gewoon over. Dat is geen ziekte, dat is gewoon...'

Tweede generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Deze doelgroep noemt het beeld van Amina 'depressie', maar niet iedereen gaat akkoord met de beschouwing ervan als zijnde een 'ziekte'. Eén deelneemster 'gelooft' niet in depressie. Twee vrouwen binnen deze subgroep twijfelen, terwijl de overige vijf vrouwen depressie wel als een ziekte beschouwen. Alle vrouwen staan kritisch tegenover het medicaliseren van 'moeilijke momenten' met de daarbij horende gedragskenmerken en stemmingstoestand. De deelneemsters kunnen 'depressie' niet vertalen naar de eigen moedertaal. Volgende termen zouden echter wel depressie bedoelen: 'problemen' (maschakiel), 'zorgen' (emnoos), ' verschieten' (enegraah), 'bezeten of gek' (majnoen) en ten slotte 'ziek' (thehresch).

Eerste generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Eén van de twee deelnemers kent depressie en vertaalt het naar het Marokkaans-Arabische ‘mart an nafs’ (‘ziekte van de ziel)’. Deze term zou binnen de Marokkaanse gemeenschap echter met de grootste voorzichtigheid uitgesproken worden. Binnen de Marokkaanse gemeenschap wordt eerder gebruik gemaakt van de term ‘diek el mart’ (die ziekte). Deze vage term wordt gebruikt uit schaamte, maar vooral uit angst voor ‘bezetenheid door djinns’. Het gevoel van schaamte vindt zijn voedingsboden in de gedachte dat een goede moslim niet bezeten wordt. De tweede deelnemer beschrijft het verhaal van meneer Charouk door middel van de volgende begrippen: ‘zenuwen’ of ‘stress’ (el asabia), ‘ziekte van het verstand’ (mart en 3aql) en ten slotte ook ‘benauwdheid’ (Ddiqqa). Dit laatste vertaalt hij naar het Nederlandse ‘astma’, waarop hij vervolgens begint te twijfelen.

Tweede generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Drie van de vier deelnemers vertalen ‘depressie’ d.m.v. ‘el asabia’. Eén deelnemer spreekt van ‘mart an-nafs’. Volgens deze deelnemer zit ‘depressie’ in het hoofd of verstand. Dit laatste kan ofwel ‘el ‘aql’ ofwel ‘el qalb’ zijn. Eén deelnemer beschouwt depressie als een psychische ziekte zonder enig twijfel. Anderen hebben het moeilijk met de benaming ‘depressie’ en met de beschouwing ervan als ziekte. Het woord ‘depressie’ zou volgens hen een negatieve connotatie hebben. Daarnaast zijn zij ook van mening dat ‘depressie’ eerder het resultaat is van medicaliseren. Depressie wordt eerder beschouwd als een moeilijke periode waar je doorheen moet. De ernst en de duur van deze ‘moeilijke periode’ kan variëren, maar voor hen was het niet echt duidelijk wanneer er van een depressie kan worden gesproken.

Besluit:

Het ziektebeeld van depressie wordt door de vier subgroepen herkend. Er bestaat echter geen letterlijk vertaald woord voor ‘depressie’ in het Berbers of Marokkaans-Arabisch. In het Standaard Arabisch wordt ‘depressie’ vertaald door ‘el iktiaab’, maar slechts twee deelneemsters kennen deze term. De tweede generatie hanteert een kritische houding t.a.v. het medicaliseren van ‘een moeilijke periode’ en de daarbij horende gedragskenmerken en stemming. De eerste generatie vrouwen zien depressie eerder als een hoedanigheid en niet zozeer een ziekte. Het ziektebeeld ‘depressie’ wordt d.m.v. verschillende begrippen uit het Berbers en Marokkaans-Arabisch benoemd: (1) problemen; (2) ziekte van de ziel; (3) ziekte van het verstand; (4) influisteringen; (3) ‘zenuwen’ of ‘stress’; (4) de andere wereld; (5) benauwdheid; (6) zorgen; (7) ziek of die ziekte; (8) verschieten en (9) bezeten.

3.2.2. Symptomatologie

Symptomatologie van depressie wordt bevraagd door de gekozen terminologie voor het ziektebeeld van Amina, zoals hierboven genoteerd, te beschrijven

Eerste generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Uit de gesprekken met deze subgroep komen ‘denken’ en ‘piekeren’ als kernsymptomen naar voren. Depressie kan volgens deze subgroep het best worden herkend d.m.v. typerende waarneembare gedragskenmerken zoals een apathische houding (verlies van interesse of zin in het leven), zichzelf verwaarlozen (niet eten of drinken) en isoleren (binnen zitten en sociale contacten vermijden). Als emotie wordt enkel angst genoemd. Somatische klachten worden niet spontaan opgesomd. Bij het navragen worden ‘hoofdpijn’ en ‘lichaamspijn’ het meest frequent opgenoemd. Lichamelijke klachten worden in deze context (met veel twijfel) beschreven als een rechtsreeks gevolg van psychisch lijden. *I6: ‘Ik denk het…als een mens bijvoorbeeld veel denkt... Ik denk het. Daardoor krijg je hoofdpijn ook hé, een mens die voortdurend denkt en piekert… Ik ben natuurlijk geen dokter hé.’*

Tweede generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Depressie wordt door deze groep meer beschouwd als een gemoedstoestand waarbij vooral ‘angst’, maar ook ‘verdriet’, ‘ongelukkig’ en ‘slecht voelen’ worden genoemd. Gedragssymptomen zoals apathie en isolatie staan ook hier centraal. Lichamelijke symptomen worden niet spontaan gelinkt aan depressie. De verschillende deelneemsters zijn wel van mening dat lichamelijke symptomen het gevolg kunnen zijn van depressie als signaal of alarmteken van psychisch lijden. *I1: Ik denk dat het allebei is. Omdat veel mensen hebben… Nee, ik denk dat onze lichaam begint ook alarmen te krijgen. Ofwel migraine, ik bijvoorbeeld heb altijd last gehad van mijn benen, van mijn benen. Echt zo lastig, als ik een beetje moe ben, krijg ik last van mijn benen. Als nu ik krijg meer last, ik weet, ik ben moe, ik ben … niets doen, een beetje rusten.’*

Eerste generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

De eerste deelnemer is van mening dat depressie binnen de Marokkaanse gemeenschap zich vooral typeert door eenzaamheid en het voortdurend klagen van de depressieve persoon. Lichamelijke klachten zouden dan ook vaak voorkomen, in het bijzonder hoofdpijn, moeheid en hart- of longproblemen. ‘Tintelingen in de benen’ is volgens hem voor velen een teken van doodgaan, welke dan gepaard gaat met paniek. Ook hier wordt, somatisatie geïnterpreteerd als een signaal van psychisch onwelzijn. De tweede deelnemer benadrukt dat somatische klachten niet altijd psychisch lijden impliceert. Uit ervaring weet hij dat door

slechte communicatie dit door sommige artsen wel als dusdanig wordt gezien. *I12: ' Ik ben eens, vroeger, naar de dokter gegaan en die gaf me medicatie en als ik die innam werd ik zo duizelig dat ik me moest vasthouden aan iets of ik zou vallen. Toen ik terug ging en dat aan hem zei, had hij die pillen onmiddellijk weggegooid. Ik zei dat ik pijn had... hier…de maag... ja, ik heb daar altijd al last van gehad nu nog. Ik had pijn. Toen ik thuis kwam, had mijn dochter het doosje gelezen en zij zei dat de medicatie bestemd is voor mensen die beven…en ik voelde dat…ik was duizelig.'*

Volgens deze deelnemer staan de volgende emoties centraal bij een depressie: 'zenuwen', 'onrust', 'verveeld' en 'paniek'.

Tweede generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Volgens deze groep vormen apathie en isolatie de kernsymptomen van depressie. Dit wordt verder aangevuld door het gevoel van 'ontevredenheid', 'angst' en 'verdriet'. De deelnemers zijn overtuigd van het verband tussen lichaam en geest. Buikpijn en hoofdpijn zouden volgens alle deelnemers passen bij depressie. Somatisatie wordt gezien als een (in)direct gevolg van psychisch lijden. *I14: 'Depressie… da vreet u op… da vreet je lichaam op…buikpijn, ne verminderde eetlust.' I16: 'Volgens mij maakt depressie je echt zwak doordat ge 's nachts onder andere niet kan slapen omdat ge continu denkt over uw problemen. Hierdoor wordt ge echt zwak, denk ik.'*

Besluit

Depressie kenmerkt zich volgens alle deelnemers door psychische symptomen. Symptomatische klachten worden door niemand spontaan aangehaald, met uitzondering van één man. Lichamelijke klachten worden beschouwd als signaal of gevolg van psychisch lijden. Verlies van interesse en plezier, een van de twee kernsymptomen van depressie, wordt op diverse wijze aangehaald door de vier subgroepen. Het tweede kernsymptoom van depressie, namelijk een sombere stemming, wordt enkel vermeld door de tweede generatie.

3.2.3. Etiologie

Eerste generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Problemen, negatieve ervaringen of 'zenuwen' worden als de belangrijkste oorzaken van depressie aangehaald. Deze situeren zich vooral in het gezin of familie. Daarnaast speelt eenzaamheid (door gebrek aan contacten) ook een grote rol. *I6: ' Ja…problemen, een mens die veel problemen heeft... en … ja… mohim, het komt voornamelijk door het hebben van problemen. Iemand die iets bezit dat hem zeer lief is…en plotseling verdwijnt hé (…)Veel problemen, druk ook. Ik ken ook een vrouw en zij had heel veel problemen. Haar man is*

gestorven, haar kinderen werken niet, zij blijft alleen maar thuis, zij komt niet buiten, zij gaat nergens naar toe… als iemand haar uitnodigt, naar een trouwfeest bijvoorbeeld, wil zij niet gaan. Zij blijft maar binnen en binnen. Dat is ook een vorm van depressie, denk ik. Door problemen hé. Zij heeft haar leven niet goed geleid…vrij…zonder problemen. Altijd met problemen, en nadenken over deze problemen…'

In tegenstelling tot de natuurlijke oorzaken van depressie worden bovennatuurlijke oorzaken niet spontaan vermeld. Na bevraging antwoorden ze allen dat djinns, boze oog of magie mogelijks aan de basis kon liggen van een depressie. Vragen hierover worden echter vaag en kort beantwoord. Geen van de vrouwen zou hiermee ooit direct in contact zijn geweest. Ervaringen bestaan slechts uit 'verhalen' die worden rondverteld. Twee vrouwen zien geen verband tussen depressie en djinns, het boze oog of magie. Alle deelnemers geven aan dat depressie 'van Allah komt'. *I8: 'Wat moet ik je nu zeggen? Ik weet niet wat ik je moet zeggen. Ja, dat kan, het (djinns, boze oog en magie) bestaat. Mensen zeggen… Ik hoor ervan, maar Allah is Alwetend ('Allaho a'lam').*'

Tweede generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Binnen deze groep staan 'de zorg voor anderen', 'verwachtingen gesteld door anderen', 'eenzaamheid' en 'de sleur' centraal als oorzaken van depressie. *I1: 'Ik denk dat… we zijn altijd bezig met de anderen. Vooral wij, de Marokkaanse vrouw, altijd voor de kinderen zorgen, de man zorgen, huis, alles moet in orde zijn, maar wij geven geen tijd voor onszelf, geen loisir, geen activiteit, wij doen niets voor onszelf.'*

Negatieve ervaringen en stress worden ook genoemd als mogelijke oorzaak. Vier van de acht deelneemsters menen dat de ouders een zeer belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van depressie. Volgens deze groep leiden aangeleerd gedrag en falende coping-strategieën tot een zekere vatbaarheid voor depressie*. Fb2: Zo door de omgeving waarin je opgroeit, als da allemaal zo van die mensen zijn die… da ge om den duur denkt, dat is normaal zo… en da ge daardoor, denk ik… Fb1: of der overkomen u ook dinges die heel zwaar zijn, die heel moeilijk zijn om te dragen, die…Fb2: da ge de draagkracht ni hebt om die…Fb1 om die op te vangen.'*

Vier vrouwen gaven spontaan aan dat djinns, het boze oog of magie oorzaken van depressie kunnen zijn. Deze inzichten worden voornamelijk gestimuleerd door de ouders of verhalen van familie of vrienden. Eén van de deelneemsters haalt aan dat zij dergelijke inzichten niet zou delen met haar arts uit schrik om als 'zot' te worden gezien. *Fa1: 'Maar ik zou da (geloof in bovennatuurlijke krachten als oorzaak van depressie) nooit tegen mijn dokter vertellen.*

Neen, zot! (lacht) Neen, die gaat mij gewoon aanstaren van wa voor een zotte is da. Neen, ik zou da gewoon met mijn moeder bespreken.'

Alle deelneemsters geloven in het bestaan van djinns, het boze oog en shir omdat het in de koran zou staan beschreven. Deze groep pleit echter voor een meer kritische houding*. I1: ' Je moet heel, heel, heel...eeuh, allé moet…Ik denk dat mensen die direct zeggen, djinn of 'ayn of… moet opletten. Omdat mensen blijven zoeken over iets, die soms is helemaal niet het probleem dus… Het probleem is duidelijk en ze zoeken overal om niet te accepteren of niet willen zien. Het kan gebeuren, alles bestaan in de koran, djinn, 'ayn alles bestaat, maar moet wel opletten.'* Eén deelneemsters is van mening dat er onvoldoende wordt gedacht aan bovennatuurlijke oorzaken. Volgens deze groep zou depressie ook 'van Allah komen' en deel uitmaken van het lot.

Eerste generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Beiden halen 'problemen' (zowel binnen-als buitenshuis) en 'negatieve ervaringen' als belangrijkste oorzaken aan. Kinderen nemen hier een centrale positie in. Problemen met of van kinderen, het gevoel te hebben gefaald in de opvoeding, maar vooral de leegte en eenzaamheid die ontstaat na het verlaten van het ouderlijk nest leidt tot 'stress' en 'zenuwen'.

Migratie leidt na tientallen jaren bij het bereiken van de pensioenleeftijd binnen deze groep opnieuw tot een innerlijk conflict. Het gevoel om terug te moeten kiezen tussen hun 'oude thuisland' en hun 'nieuwe thuisland', tussen persoonlijk welzijn (nu eerder psychisch) en hun gezin (kinderen), bezorgt velen een verscheurd gevoel*. I 12: 'Ja wij…als we hier zitten denken we aan Marokko en als wij daar zijn denken we aan de kinderen. (lacht) Wij vinden nooit…wij hebben niets…'*

Beide deelnemers zijn van mening dat de Marokkaanse gemeenschap nog sterk gelooft dat depressie kan veroorzaakt worden door bovennatuurlijke oorzaken. Eén van de deelnemers vertelt dat 'hetgene dat binnenin zit' door de satan wordt uitgelokt en onderhouden. Het boze oog, magie en djinns bestaan volgens hem en kunnen oorzaak zijn van wat hij depressie noemt. Daarnaast geloven de twee deelnemers dat elke ziekte van God komt.

Tweede generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Hoge (persoonlijke) verwachtingen die niet kunnen worden ingelost zijn volgens twee deelnemers de belangrijkste oorzaak van depressie. Een derde deelnemer geeft 'problemen' aan als belangrijkste oorzaak. Volgens de vierde deelnemer vormen 'negatieve ervaringen' indirect de oorzaak van depressie. Het zal pas tot een depressie kunnen komen als de

persoon in kwestie door ‘een zwakte in persoonlijkheid’ niet tijdig ingrijpt en hierdoor ‘het negatieve’ ondergaat. Deze problemen, verwachtingen of negatieve elementen verschillen naargelang het individu.

Bovennatuurlijke oorzaken worden door allen aanvaard als mogelijke oorzaak van depressie. Uit frustratie, onzekerheid en gebrek aan kennis hierover, wordt een meer gereserveerde houding aangenomen. *I14: ‘Allah weet dat en wij niet.*’ *I13: ‘Ja, ik denk het wel, maar dat is het eerste waar Marokkanen naar grijpen…'en er is sihr en er is jnun’... Hoe vaak da da niet zo is? Da kan de oorzaak zijn, ja. Ik wil nooit neen zeggen, maar eerlijk gezegd, ik denk da de kans heel klein is.’* De jongste deelnemer ziet geen verband tussen depressie en djinns, het boze oog of magie. Depressie als zijnde het lot, voorgeschreven door God, wordt door drie deelnemers aangehaald.

Besluit

Diverse natuurlijke oorzaken worden aan depressie gekoppeld. Bij de eerste generatie mannen en vrouwen staan ‘problemen’ centraal. Dit situeren zich op verschillende niveaus. Tweede generatie moslimvrouwen zien ‘de zorg voor anderen’ en ‘de sleur’ dan weer als belangrijkste oorzakelijke factor. ‘Hoge verwachtingen’ worden door beide subgroepen van de tweede generatie vermeld als kernoorzaak. Een belangrijk verschil tussen beiden is dat deze bij vrouwen vooral door externen worden opgelegd terwijl mannen deze vooral aan zichzelf stellen.

Geloof in bovennatuurlijke oorzaken van depressie wordt door iedereen erkend. Zowel de eerste als de tweede generatie studiegroepen nemen eerder een gereserveerde houding aan. Argumenten hiervoor verschillen bij beide groepen. Bij de eerste generatie studiegroep spelen angst en ‘het behoren tot de kennis van God’ een belangrijke rol. De tweede generatie staat eerder kritisch tegenover bovennatuurlijke invloeden omdat ze vooral twijfelen aan een oorzakelijk verband, zonder deze volledig te verwerpen.

3.2.4. Zingeving

Eerste generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Slechts na het stellen van gesloten vragen word depressie vooral als zuivering van zonden beschouwd. ‘Sabr’ en dankbaarheid worden vooral als voorwaarde voor genezing vooropgesteld. De vrouwen uit deze groep zijn echter niet zeker of depressie als een straf van God kan worden beschouwd*. I5: ‘ Ja ik denk, als je geduld toont voor wat Allah je geeft, zal Allah je helpen, zal hij de zonden van je ziel wissen. Mensen die geen geduld tonen voor wat Allah hen geeft, die zullen meer te verduren krijgen dan wat ze al meemaken.’*

I7: 'ik zou zeggen dat ze geduld moet hebben. Want de Heer van de Werelden (Rabbie al 'alamien) zal haar gelukkig maken. Als een mens geduld heeft, zal sirarebie (God) hem helpen. Als je niet geduldig bent en je zegt: ' Ya rabbie (Oh, God), waarom heb je me dit aangedaan… ik ben alleen… ik ben zo….' Een mens moet zeggen: 'O, Heer van de Werelden, genees me' en Hij zal je genezen. Als je zegt: 'Neen … ik ben zo…. Ik ben ziek…' Dat ook niet hé …. Dat mag je ook niet zeggen hé… Je moet zeggen Alhamdulilah. We moeten Allah 'hamden' (danken)… een mens moet Allah danken. Allah geeft het (depressie?) ons als een vraag om te zien of we hem zullen danken of niet, of we Alhamdulilah zullen zeggen of niet.(…)Als hij Alhamdulilah zegt, gaat Allah hem genezen. Dan gaat hij genezen, dan safé (gedaan). Dan gaat hij alles vergeten wat is voorbijgegaan.'

Tweede generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Depressie wordt hier vooral beschouwd als een 'wake-up call' om tot bezinning te komen en een kans tot zelfanalyse en persoonlijke ontwikkeling. Daarnaast wordt het ook gezien als een test om 'sabr' en dankbaarheid te tonen. Depressie wordt niet als straf gezien. *I1: ' Ik denk dat… Soms zeg ik: ' Alhamdulilah, Allah heeft ons iets gegeven om te wakker worden.'*

Eerste generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Eén deelnemer beschouwt depressie als een les om tevreden te zijn met wat je hebt en krijgt. De andere deelnemer zag dit als een manier om even stil te staan bij de dood. Ook hier komt 'sabr' ter sprake als gepast gedrag bij het omgaan met ziekten.

Tweede generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Depressie wordt door alle deelnemers vooral als een 'beproeving' of 'test' aanzien om na te gaan hoe een persoon hiermee zal omgaan. Gepast gedrag impliceert tevredenheid, het tonen van 'sabr' en aanvaarding van het 'voorgeschrevene'. Geen enkele deelnemer ziet het als een straf van God. Eén deelnemer beziet het wel als een zuivering van zonden al naar gelang de manier waarop de persoon omgaat met depressie. Alle deelnemers beschouwen depressie als een mogelijkheid om tot zelfreflectie te komen. Hierbij wordt depressie beschouwd als een positieve kans om tot zelfontwikkeling te komen waar de persoon sterker uitkomt. *I16: Ik denk de oorzaak… ik denk de manier… depressie zelf heeft niets te maken met de Islam, maar euhm, de manier waarop ge da verwerkt, kan eigenlijk met de Islam te maken hebben. Da ge eigenlijk toevlucht zoekt…hulp zoekt van god om da zehma (zogenaamd) te verwerken.(…) Ik denk niet dat depressie een straf is van God, het is eerder een test om na te gaan hoe je omgaat met problemen. Het is ook een manier om te tonen dat je zelfs in moeilijke tijden hulp gaat zoeken bij god. Ja, ik zie depressie als een beproeving, maar je mag er nooit aan denken om op te geven. Allah laat ons nooit in de*

steek. Allah geeft je wat je wilt en trouwens na moeilijke tijden komen er makkelijke tijden. (lacht)'

I13: (zuivering) Zeker, 100%! 1 miljoen%! Ik zou zeggen dat is één en al een zuivering, maar natuurlijk het hangt af van hoe gij er zelf mee omgaat. Eigenlijk is het een vorm van aanvaarden. Ge aanvaardt uw depressie. Ja, maar hoe aanvaardt ge die? Aanvaardt ge die als zijnde het is iets dat ik moet doorstaan of aanvaardt ge dat als iets dat tijdelijk op me afkomt en er zal wel een tijd komen insha'Allah met du'aa...'

Besluit

De wijze waarop een persoon omgaat met depressie staat hier centraal. Een gepast gedrag kenmerkt zich door 'sabr' en 'dankbaarheid'. Dit wordt vooral door de tweede generatie als een test aanzien. De eerste generatie bekijkt het eerder als een voorwaarde voor genezing of als zijnde louter 'gepast' gedrag zonder meer. Iedereen is van mening dat depressie geen straf is van God. Vooral de eerste generatie beschouwt depressie als een mogelijkheid tot zuivering van de zonden. De tweede generatie benadrukt dat depressie ook wel een kans is om tot zelfreflectie en positieve zelfontwikkeling te komen.

3.2.5. Behandeling

Eerste generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Genezen impliceert binnen deze groep 'vergeten'. Dit kan de persoon in kwestie doen door meer sociale contacten op te zoeken, 'naar buiten te gaan', 'bezig te zijn', maar vooral door te praten waardoor hetgeen dat 'binnen' zit naar 'buiten' kan. Praten houdt echter niet in dat de persoon in kwestie zijn vuile was buiten moeten hangen. Discretie en vertrouwelijkheid zijn een absolute voorwaarde.

Alle vrouwen zijn van mening dat een depressieve persoon hulp moet gaan zoeken en dit in de eerste instantie in de eigen sociale kringen (familie).

Religie staat bij 4 van de 6 vrouwen centraal in het genezingsproces. Genezing kan immers enkel van God verkregen worden. Dit gebeurt voornamelijk d.m.v. smeekbeden, bidden, koran lezen of beluisteren. Een fkih kan volgens deze groep ook geraadpleegd worden op voorwaarde dat deze de nodige kennis heeft en handelt volgens de Islamitische voorschriften. De vrouwen uit deze groep vertellen zelf nooit een persoonlijke ervaring te hebben gehad met een fkih, maar geven tegelijk aan dat het raadplegen van een fkih nog vaak plaatsvindt binnen de Marokkaanse gemeenschap. Ruqya kan eveneens worden

aangewend indien dit volgens de Islamitische voorschriften gebeurt. Twee van de acht vrouwen zien geen link tussen depressie en ruqya of een fkih. Eén daarvan voegt hieraan toe dat een fkih of ruqya bestemd zijn voor het bestrijden van djinns. Tegelijk geeft ze aan dat één van haar familieleden wel een fkih had geraadpleegd wegens een depressie (de toestand van de persoon in kwestie werd door de deelneemster zelf als dusdanig geïnterpreteerd.).

Slechts één deelneemster vermeldt de reguliere zorgsector spontaan als mogelijke hulpverleningsbron. De verwachtingen hierover zijn verdeeld. Algemeen wordt hier slechts weinig van verwacht. Hierbij wordt vooral gewezen op de bestaande taalbarrière. Twee vrouwen zijn van mening dat een psycholoog of psychiater wel kunnen helpen, maar beiden zijn taboe binnen de Marokkaanse gemeenschap uit schaamte en angst gezien te worden als zijnde 'gek'. Twee deelneemsters verwachten dat een (huis)arts medicatie zal voorschrijven. Dit is volgens hen de enige oplossing. Deze kan dan voor enige verlichting zorgen, maar geen genezing. Medicatie wordt door de andere deelneemsters afgewezen. Medicatie zou immers ongezond zijn en talrijke bijwerkingen hebben.

I7: 'Ja, een mens moet geduld tonen. Een mens moet du'aa doen, zijn gebeden verrichten, opstaan voor het nachtelijk gebed, zijn rituele wassing doen, zijn gebeden en du'aa richten tot Allah en Allah zal je genezen. Ook al heb je problemen, Allah zal het je gemakkelijker maken. (…)Ja, huisarts… Wat gaat die haar geven? Die zal haar pillen geven, dat zijn gewoon drugs. Pillen, ja, je gaat er van kalmeren, maar niet genoeg. Allah kan haar beter helpen.'

Tweede generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst.

Deze groep verwacht voornamelijk 'begeleiding' bij de hulpverlening. Ook hier staat praten centraal. Praten is volgens deze groep niet gemakkelijk. Naast 'schrik voor roddels' zou door het praten over gevoelige thema's de persoon zich zeer kwetsbaar opstellen. Ten slotte wordt hier ook het taboe rond praten over privézaken aangehaald. Zo zou bijvoorbeeld praten over echtelijke conflicten met een 'externe' persoon worden beschouwd als verraad, geroddel, het uiten van ondankbaarheid en een vernedering van de persoon waarover 'de frustraties' worden geuit. Naast praten wordt het 'doorbreken van de dagelijkse sleur' beschouwd als belangrijkste werkpunt.

Fa2: "Ja, maar ik denk wel dat er mensen zijn die daar wel nood aan hebben, maar het moet wel iemand zijn die ge kunt vertrouwen, ni zo maar iemand. Iemand die weet wat dat is, iemand die zijn mond houdt en niet zomaar een vriendin die daar zomaar een lap op geeft en die zegt ge moet dit doen, ge moet dat doen. Een arts, ni per se een art, maar wel iemand

die daarvoor is opgeleid om u te begeleide, maar tegelijk mogen we dat islamitisch oogpunt niet vergeten. Dat denk ik.'

Fa1: '… en deze vrouw heeft haar verhaal nu verteld en die is open geweest over haar relatie met haar vader. Alhoewel, ze heeft niets te veel vertelt…maar dat is misschien ook waarom ik niet altijd alles vertel. Omdat privé is privé. (…) Neen, omdat dat taboe is. Ik ben zo opgegroeid dat wat er thuis gebeurt, gebeurt er thuis. Wat er in je getrouwd leven gebeurt, gebeurt in… das meer alsof ik mijn frustraties kom zeggen en dan voel ik me achteraf nog schuldiger, dan heb ik er ook geen dingen aan van iets te vertellen, maar ik geloof…echte dinges die dat hier (wijst naar haar hart) zitten, dat er heel veel zijn die dat, de dingen die da hier zitten, die echt diep zitten…de minderheid kan dat uitspreken, kan dat zeggen tegen iemand, zeker in onze… ge wilt niemand in een bepaalde… Trouw…. trouw zijn aan uw familie, trouw zijn aan uw… ja, tja, is dat verraad? Neen…. Ge wilt niemand….Fa2: 'afthah (vernedering) Fa1: ' Ja, voilà en dan denkt ge weer, bedek en Allah zal jouw (zonden/fouten) bedekken…. De dinges waarover dat we toch praten dat zijn toch ja….ja de frustraties, azo af en toe eens dit en azo af en toe eens dat en uiteindelijk….Alhamdulilah, wij hebben Allah. Hij weet wat in uw hart zit. Hij weet wat u pijn is. Ge hoeft dat zelfs niet te zeggen, ge kunt dat zeggen als ge er behoefte aan hebt.'

Ook hier geeft bijna iedereen aan dat hulp zoeken nodig is. Twee daarentegen zouden dit niet nodig vinden. De relatie en communicatie met God is voor hen voldoende. Het zoeken van hulp wordt volgens deze groep echter bemoeilijkt door verschillende barrières. Het ontbreken van kennis om het ziektebeeld te (h)erkennen, en dit zowel door de persoon in kwestie als zijn omgeving, werd als belangrijkste hindernis beschreven. Daarnaast kunnen schaamte, onbegrip, maar vooral angst of schuldgevoelens om als 'ondankbaar' bestempeld te worden het hulpzoekgedrag sterk beïnvloeden. Ten slotte wordt geestelijk welzijn beschouwd als een 'luxe', welke enkel in het westen belangrijk kan worden gevonden en gepermitteerd.

I2: 'Omdat ze zeggen van: 'Een mens op zich moet vanuit het geloof content zijn met wat je hebt. Je moet tevreden zijn, je moet Alhamdulilah zeggen. Hoe dat uw situatie ook in elkaar zit, je moet Alhamdulilah zeggen.' Nu die vrouw is uitgehuwelijkt, maar zij heeft het goed. Bij de vroegere generatie, en nu nog altijd bij sommigen, houdt dat daar op. Je hebt je eten, je frigo zit vol, je moet niets anders zoeken, begrijp je? En daarmee houdt het op, zeker als vrouw. Ja, dat wordt gezegd: 'Zij is niet tevreden met wat Allah haar heeft gegeven. Met de situatie die Allah haar heeft gegeven. Ze moet aanvaarden wat God haar heeft gegeven.' Zo wordt dat bij ons eigenlijk gezien. (…) Mocht ik in een depressie komen en ik vertel dat aan mijn man, van ik voel mij zo of ik voel mij zo. Dan zou hij zeggen: 'Je bent ondankbaar.' ,

direct. Die zou ook direct zeggen: 'Je bent ondankbaar. Wat scheelt er met u? Er is toch niets? Je hebt de basic.' en dat is het.'

Drie van de acht deelneemsters opteren voor de reguliere gezondheidszorgsector als eerste aanspreekpunt bij depressie. De huisarts wordt geraadpleegd bij gebrek aan beter alternatief. *Fb2: 'Gewoon de dokter. Ge kunt niet anders hier… We zitten al …'*

De overige vijf vrouwen zouden eerder in hun eigen sociale kringen hulp zoeken. De hulpverlener moet een professionele, goed opgeleide en ervaren persoon zijn. Een goede begeleiding en empathische houding staan hier centraal. De meningen zijn verdeeld wat betreft de achtergrond van de hulpverlener. Eén deelneemsters verkiest een arts met een verschillende achtergrond uit schrik niet serieus te worden genomen. Drie deelneemsters vinden 'empathie' de enige nodige vereiste; bij hen speelt de achtergrond van de hulpverlener geen rol. Vier deelnemers hechten hier wel belang aan. Een hulpverlener met gelijke achtergrond zou in staat zijn het probleem beter te begrijpen en zou adviezen kunnen geven die passen binnen het normen- en waardenkader van de Marokkaanse gemeenschap. Zowel een psycholoog als psychiater worden als competente hulpverleners beschouwd. Hulpverlening in deze sector wordt echter afgeschoven uit schaamte en schrik om als 'gek' te worden aanzien. Financiële redenen worden echter ook genoemd. De huisarts zou eerder worden geraadpleegd bij gebrek aan andere keuzemogelijkheden. Medicatie biedt volgens deze groep geen oplossing en wordt best vermeden. Enkelen zijn echter van mening dat het soms niet anders kan.

I1: 'Ja, ik denk dat mensen allé, de dokters, het is misschien hun job om (pillen) te geven. Ik denk niet dat het helpt.'

Een Fkih die ruqya doet volgens de richtlijnen zou eventueel door vijf deelneemsters geraadpleegd kunnen worden. Hierbij wordt eerder een geestelijke bedoeld met brede kennis van Islam en bovennatuurlijke oorzaken, een expert als het ware. Een dergelijke persoon wordt 'via via' teruggevonden. Dit betekent niet altijd de imam van de lokale moskeegemeenschap.

I3: ' Ah neen, daar geloof ik niet. Allé, daar geloof ik niet... uiteindelijk de enige juiste manier is ruqiya en ruqiya, ik geloof niet dat die belachelijke mensen (fkih) die nog nooit een letter hebben gelezen, dat zijn meestal analfabeten, dat die ruqiya kunnen doen op de juiste manier. Dat is echt mensen die de naïviteit van andere eigenlijk misbruiken en ik raad iedereen af in mijn omgeving om op zo'n mensen beroep te doen. Er zijn er veel, allé ja, en wat die ervoor vragen... Ik heb al zo een verhaal gehoord en dan denk je in je eigen: 'Komaan... Waarom doe je dat? Waarom ga je naar zo een persoon?''

Fb1: 'Ja en soms is dat terecht en soms ook niet en soms denken mensen daar niet aan en misschien is het dat dan weer wel. Er is te weinig gespecialiseerde mensen, zoals zeker hier in België… Sihr dat heeft bepaalde symptomen, boze oog heeft bepaalde symptomen… Wie kent ze? Bij wie kunt gij gaan? Een gewone refki (fkih) kent dat niet…een refki (fkih) kent 60 hisb (dit zijn de 60 hoofdstukken waaruit de Koran bestaat), dat heeft niets te maken met sihr. Onlangs waren we er ook over bezig met Mariam (fictieve naam), bijvoorbeeld het boze oog dat is veel erger dan sihr, dat is moeilijker te genezen, veel moeilijker weg te krijgen. Zij was ook de symptomen aan het zeggen, maar zij wist er ook te weinig over.'

Eerste generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Om te kunnen genezen moet, volgens één van de twee deelnemers, de persoon in kwestie 'hét van zich afzetten' en 'hét bestrijden'. Een tweede deelnemer meent dat hét eerder moet worden verwerkt door hierover te praten en inzicht te krijgen. Praten daarentegen zou volgens de eerste deelnemer het probleem slechts doen escaleren. Hij vindt het wel belangrijk om meer sociale contacten zoeken. Zelf geeft hij aan dat hij vooral 'rust' nastreeft als hij zich niet goed voelt. Dit bekomt hij door te gaan wandelen of naar de moskee te gaan.

Religie neemt voor de eerste deelnemer een belangrijke plaats in het genezingsproces, d.m.v. smeekbeden en het gebed kan een persoon genezing krijgen van God. Ruqya is volgens hem ook een goed hulpmiddel indien dit volgens de richtlijnen gebeurt. Hiervoor kan een 'geleerde' worden geraadpleegd. Een Fkih daarentegen is 'haram' (verboden), maar hij voegt hieraan toe dat dat je soms geen keuze hebt. Dit wordt bevestigd door de tweede deelnemer. Hij vertelt dat een Fkih nog frequent wordt geraadpleegd uit wanhoop en hopeloosheid. Beiden gaven aan dat familie (echtgenote) en ook vrienden hier een belangrijk invloed op hebben en dat ze door de grote druk toch bezwijken en hun 'toevlucht' zoeken bij een fkih.

I12: 'Dat…dat is haram (verboden)…dat is sihr…Allah heeft ons dat verboden. Wie dat doet en erin gelooft is een mushrik (polytheïst). Begrijp je? Dat is verboden. (…) Maar diegeen die iets overkomt en zijn dochter of zoon ziet lijden… ja…. Dan moet hij wel hulp zoeken. Wat moet hij anders doen? Hij kan niet gewoon… hij moet… ook al wil hij niet… zijn moeder laat het niet toe. Zij zal zeggen: 'Mijn zoon is aan het sterven.', maar dat is allemaal bijgeloof.. allemaal.(…) Ruqya... ja, ruqya… door iemand die geleerd is… hij heeft teksten die hij dan voorleest. Hij haalt die uit de koran…ja, hij heeft wat hij voorleest… speciaal voor wanneer dat (depressie?) iemand overkomt... Soera's speciaal daarvoor, maar de persoon die dat doet moet godsvrees hebben zodat hij hetgeen in die persoon zit, kan buiten brengen (bezetenheid?). Nu degene van tegenwoordig aanbidden gewoon geld. Allemaal.'

Een huisarts is voor beiden het aanspreekpunt binnen de reguliere sector. Deze kan een kalmeermiddel voorschrijven. Dit middel zal echter geen genezing met zich meebrengen. De eerste deelnemer weet niet wat een psycholoog of psychiater is. Een psychiatrische instelling daarentegen wel en noemt hij 'het gekkenhuis'. Dit is volgens hem geen oplossing. Volgens de tweede deelnemer kan een psycholoog wel hulp bieden. In werkelijkheid schiet de geestelijke gezondheidszorg echter tekort door de bestaande taalbarrière, maar vooral omdat deze niet cultuursensitief is. Een hulpverlener hoeft niet dezelfde culturele achtergrond te hebben als de patiënt, maar moet vooral beschikken over de nodige culturele competenties. Een gelijke sekse daarentegen zou wel belangrijk zijn omdat een man zich meer op zijn gemak zou voelen bij een mannelijke hulpverlener en dan meer open kan communiceren.

I12: 'Neen, een gekkenhuis, wat zij doen als ze zien dat een persoon agressief is, ze geven hem een spuitje zodat die kalmeert. Hier hé... in Marokko heb ik daar nog nooit van gehoord. Iedere keer als hij gek wordt, dan is het gedaan, want degene die in het ziekenhuis zijn, zullen over hem beslissen. Iedere keer als hij agressief wordt, geven ze hem een spuitje zodat hij kalmeert... gewoon drugs…dat is al… tot hij wordt opgeruimd.'

Tweede generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Genezen betekent binnen deze groep vooral 'verwerken' en dit door te praten. Iedereen is van mening dat er naargelang de ernst van het 'ziektebeeld' hulp moet worden gezocht. Hiervoor wordt vooral de eigen sociale kringen vooropgesteld. Indien dit onvoldoende zou zijn moet hulp worden gezocht binnen de reguliere sector. *I16: '… Ik denk eerst…als ge een depressie hebt, da ge da eerst intern moet proberen oplossen met uw familie en uw naasten en dan euhm…nadien da ge uw hulp zoekt bij een dokter ofzo… ik denk als da echt… als da echt…ik denk da eigenlijk niet (hulp zoeken bij fkih). Voor mij hoeft dat eigenlijk niet.*

Schaamte wordt aangehaald als een drempel bij het raadplegen van een arts. De huisarts of psycholoog kan volgens deze groep bij depressie worden geconsulteerd. Eén van de deelnemers geeft aan dat praten dan gemakkelijker zou zijn omdat er geen persoonlijke band bestaat met de hulpverlener. *I15: '(huisarts raadplegen) misschien wel… omdat dat privé is en misschien kunnen mensen beter praten als hij die persoon niet echt persoonlijk kent want familie… of gewoon… want… Ik wil gewoon eens mijn hart uiten… en ik wil die persoon (lacht) dan ook nooit meer zien.(lacht)'*

Volgens één deelnemer is de huisarts wel in staat om een diagnose te stellen, maar blijft doorverwijzing noodzakelijk om tot bij de kern van het probleem te komen. Een

antidepressivum wordt door alle deelnemers eerder als negatief aanschouwd. Eén man zou het dan ook afraden.

Twee van de vier deelnemers vinden het belangrijk dat de hulpverlener kennis heeft van het Islamitisch geloof. Bijgevolg zouden zij voor psychologische begeleiding en raadgeving een imam, theoloog of een gelijke raadplegen. *I14: 'Als gelovige zou ik eerder een persoon met kennis over mijn geloof aanspreken. Ik zou iemand aanspreken die kennis heeft en die kan omgaan met mensen. Kennis is één ding, maar het correct en op een aangename manier…'*

Geloof staat bij allen centraal in het genezingsproces, zowel curatief als preventief. Eén van de deelnemers geeft aan dat geloof op zich alleen niet volstaat en dat de aanwezigheid van externe ondersteuning even belangrijk is. *I13: 'Ja maar, ik ben niet zo naïef in de zin van dat iedereen die bijna in een depressie zit van zegt van voilà hier is du'aa (smeekbeden) en het zal wel opgelost geraken. (…) maar ik denk eerlijk gezegd zou dat helpen? Ik denk bij mij? Ja! Zeker en vast, maar niet in de zin van… ge hebt uw geloof, maar ge hebt daarbuiten niets dat u helpt. Ik zou zeggen steunt of ondersteunt.'* Twee deelnemers zagen depressie als een 'wereldse' ziekte en vonden ruqya bijgevolg niet gepast.

Besluit

Bij de tweede generatie heeft helpverlening een 'diepere' betekenis i.v.m. de eerste generatie. Eerstgenoemde streeft naar 'verwerking' en 'begeleiding' terwijl laatstgenoemde eerder wil 'vergeten' of 'hét van zich afzetten'.

Het eigen sociale netwerk is voor de vier groepen het eerste aanspreekpunt bij noodzaak. Van de reguliere sector wordt slechts weinig verwacht. Antidepressiva worden eerder afgewezen. De geestelijke gezondheidszorgsector behoort binnen de Marokkaanse gemeenschap tot de taboesfeer en leidt tot stigmatisatie.

Het geloof biedt voor allen een belangrijke steun. Ruqya en het raadplegen van een fkih is aanvaardbaar indien de islamitische voorschriften worden gerespecteerd.

3.2.6. Ernst en gevolgen

Eerste generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Drie deelneemsters beschouwen depressie als een ernstige ziekte omdat de kwaliteit van leven afneemt, maar vooral omdat het kan leiden tot zelfmoord. Eén deelneemster is van mening dat depressie niet kan genezen.

Tweede generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Ook hier werd depressie beschouwd als een ernstige ziekte omdat de levenskwaliteit afneemt en omdat het kan leiden tot zelfmoord. Drie deelneemsters zijn van mening dat depressie ook iets positief als gevolg kan hebben.

Eerste generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Conflicten op relationeel vlak binnen het gezin of familie wordt gezien als ernstige gevolgen van depressie.

Tweede generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Ook volgens deze groep komen gevolgen van depressie vooral tot uiting op relationeel vlak binnen het gezin, familie of vriendengroep. Eén van de deelnemers geeft aan dat de gevolgen vooral het grootst zijn voor de persoon zelf, met zelfmoord als nefaste afloop. Alle deelnemers zijn overtuigd dat depressie echter niet noodzakelijk leidt tot iets negatief. *I15: 'Dat wil niet altijd iets slecht betekenen hé. Ge kunt dat hebben en ge kunt daar sterker uit… uitkomen en misschien veel beter zijn…allé… veel beter zijn qua tevredenheid van uzelf hé.'*

Besluit

Alle deelnemers beschouwen depressie als een ernstige ziekte al naargelang de gevolgen. Alle vrouwelijke deelneemsters zien vooral de daling van levenskwaliteit en zelfmoord als ernstige gevolgen van depressie. De mannelijke deelnemers beschrijven conflicten op relationeel vlak als ernstige gevolgen van depressie. Volgens de tweede generatie deelnemers kan depressie ook tot iets positief leiden.

3.2.7. Prevalentie

Eerste generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Eén deelneemster zou zelf ooit een depressie hebben gehad. Een tweede deelneemster kent iemand uit de eigen familiekring en kennissengroep die depressief is geweest. Alle deelnemers vinden dat kennis rond depressie ontbreekt binnen de Marokkaanse gemeenschap en dat vooral opgeleide personen depressie (er)kennen en kunnen begrijpen.

Tweede generatie moslimvrouwen van Marokkaanse herkomst

Depressie zou volgens deze groep beter gekend zijn door de tweede generatie t.o.v. de eerste generatie. Kennis hierover zou vooral bekomen worden door 'iets te lezen' of 'te

horen'. Eén deelneemster zou zelf een depressie hebben doorgemaakt. De anderen, met uitzondering van één deelneemster, werden hiermee geconfronteerd in hun familie of dichte vriendengroep. Depressie komt volgens deze subgroep wel frequent voor in de Marokkaanse gemeenschap.

Eerste generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Volgens één deelnemer zou depressie heel vaak voorkomen binnen de Marokkaanse gemeenschap. Het beeld wordt echter onvoldoende (h)erkend.

Tweede generatie moslimmannen van Marokkaanse herkomst

Drie deelnemers gaven aan dat depressie vaak voorkomt binnen de Marokkaanse gemeenschap. Volgens één daarvan is het zelfs 'normaal' geworden*. I13: '…Dit is een structuur dat zo vaak voorkomt bij ons dat het normaal lijkt…. Volgens mij hebben heel veel, Marokkaanse vrouwen vooral, leren omgaan met depressie… Dat da een gewoonte is in hun leven…'*

<u>Besluit</u>

Alle deelnemers zijn van mening dat depressie wel vaak voorkomt binnen de Marokkaanse gemeenschap, maar dat het beeld onvoldoende wordt (h)erkend als zijnde een depressie door het ontbreken van kennis hierover.

4. Discussie

4.1. Interpretatie

Welke terminologie wordt gehanteerd om het ziektebeeld passend bij depressie te benoemen? Kan depressie vertaald worden in het Berbers of Marokkaans-Arabisch?

Het ontbreken van een eenduidige terminologie voor depressie binnen de Marokkaanse gemeenschap suggereert reeds dat het ziektebeeld als dusdanig niet wordt (h)erkend of tenminste onvoldoende is gekend. Veelal worden symptomen (‘zenuwen’) of oorzakelijke factoren (problemen) genoemd om het ziektebeeld een naam te geven. Dit komt overeen met eerder kleinschalig onderzoek bij hulpverleners van depressieve patiënten van Berberse afkomst. (25)

In de literatuur wordt beschreven dat in verschillende culturen stemmingsstoornissen niet worden beschouwd als een gezondheidsprobleem, maar eerder als een socio-moreel probleem. (22,23,24) Dit onderzoek lijkt aan te voeren dat depressie door de respondenten eveneens als een moreel of spiritueel probleem wordt beschouwd. Deelnemers van dit onderzoek (voornamelijk de eerste generatie) definiëren depressie immers als ‘iets dat binnenin zit’, maar situeren depressie eerder op niveau van ‘an nafs’ (de ziel), ‘al qalb’ (het hart) en ‘al ‘aql’ (het verstand). Dit zijn termen die binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap eerder verwijzen naar een zekere ‘spirituele gezondheid’. (46) Daarnaast ervaren de deelnemers grote moeilijkheden om depressie als (medische?) ziekte te beschouwen waarvoor een arts dient te worden geraadpleegd.

Een ‘zieke ziel’, een ‘ziek hart’ of een ‘ziek verstand’ wordt dus binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap eerder geïnterpreteerd als ‘een psycho-spirituele ziekte’. Psycho-spirituele ziekten hebben volgens de studiegroep binnen de Marokkaanse gemeenschap een sterke negatieve connotatie en zijn taboe. Hiervoor kunnen drie argumenten uit deze studie worden afgeleid. Ten eerste worden, volgens de studiegroep, psychiatrische patiënten binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap beschouwd als ‘eboharië̈n’ (gekken). Dit kan gevoelens van schaamte opwekken. Ten tweede hoort een goede moslim geduldig en dankbaar te zijn. Hierin falen, kan worden beschouwd als een persoonlijke tekortkoming en leidt tot een intens schuldgevoel. Dit wordt teruggevonden in de literatuur. (25) Ten derde heerst er binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap een intense angst om bezeten te zijn en worden vooral psychiatrische ziektebeelden gekoppeld aan ‘bezetenheid’. (35,36) Dit kan leiden tot angst en paniek. Naast de negatieve connotatie van psycho-spirituele ziekten wordt ‘psychisch welzijn’ ook niet belangrijk genoeg gevonden om hiervoor een arts te raadplegen, laat staan om gevalideerd ziek te zijn. Dit kan ook uit de literatuur worden

afgeleid. (22,2324). Uit bovenstaande kan worden geconcludeerd dat het meedelen van ‘depressie, een psychische ziekte’ als diagnose gesteld door de arts, verworpen kan worden door patiënten behorende tot de Marokkaanse moslimgemeenschap.

Welk beeld roept depressie op? Welke symptomen gaan hiermee gepaard? Passen lichamelijke klachten hier ook bij? Welk invloed heeft het op lichaam en geest? Welk verband wordt tussen lichaam en geest gelegd?

In de literatuur staat beschreven dat hulpverleners grote moeilijkheden ervaren om depressie te herkennen bij een allochtone patiënt. Allochtone patiënten zouden zich bij psychisch lijden eerder presenteren met lichamelijke klachten. (7) Somatisatie zou volgens sommige antropologen eerder fungeren als een cultuurspecifiek ‘distress’-idioom. (11,20, 22) Daarnaast zou een belangrijk taalbarrière ook leiden tot somatiseren. (17)

Ondanks talrijke bevindingen uit de literatuur waarin wordt beschreven dat psychisch lijden bij etnisch-culturele minderheden eerder d.m.v. lichamelijke klachten worden geuit (18,19), beschrijven alle deelnemers van dit onderzoek depressie eerder d.m.v. psychische klachten. Affectieve (anhedonie en angst) en cognitieve symptomen (piekeren en denken) worden door de respondenten spontaan aangehaald. Enkele somatische symptomen (slaapstoornis, gewijzigde eetlust, moeheid en hoofdpijn) worden ook vermeld. Alle deelnemers interpreteren lichamelijke klachten als het gevolg van psychisch lijden. De tweede generatie vrouwen ziet dit eerder als een alarmsignaal van onderliggend psychisch lijden. De eerste generatie, maar ook de tweede generatie mannen interpreteren dit als een ‘reële schade’ van het lichaam welke is ontstaan t.g.v. psychisch lijden. Er moet tussen beide een rechtstreeks verband bestaan (bijvoorbeeld door te veel te denken, krijg je hoofdpijn). Mogelijks kan het bekomen inzicht in het verband tussen lichaam en geest ontstaan zijn nadat dit duidelijk werd geïllustreerd a.d.h.v. het filmfragment van Amina en de casus van meneer Charouk. Ten slotte wordt de vraag gesteld of depressieve patiënten die de lichamelijke klachten voelen ook wel tot een dergelijk inzicht kunnen komen. Het niet spontaan opsommen van lichamelijke klachten, zelfs na een duidelijk voorbeeld, doet toch vermoeden dat lichamelijke klachten niet onmiddellijk aan het ziektebeeld worden gelinkt.

Dit onderzoek illustreert ook het belang van het ‘decoderen’ van ‘distress’-idiomen. Eén van de mannelijke deelnemers uit de eerste generatie geeft het voorbeeld van ‘tintelingen in de benen’, wat volgens hem binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap wordt gelinkt aan sterven. Dit gaat dan ook gepaard met een doodsangst waarvoor hulp en aandacht worden opgeëist van familie en artsen. Een biomedisch opgeleide arts zou deze somatische klacht kunnen linken aan radiculopathie en zal bijgevolg de patiënt mogelijks doorverwijzen voor

verder (onnodig) technisch onderzoek (al dan niet op aandringen van de patiënt en zijn familie) en een onaangepaste behandeling opstarten.

Als emotie wordt ‘angst’ door alle respondenten aangehaald. De eerste generatie vermeldt geen andere emoties in tegenstelling tot de tweede generatie. Hieruit kunnen de volgende vraagstellingen worden gegenereerd: zijn personen van Marokkaanse herkomst behorend tot de eerste generatie wel in staat te communiceren over emotie? Bestaat hiertoe een behoefte? Eerder (kleinschalig) onderzoek toont aan dat zowel ‘verdriet’ als ‘angst’ goed vertaalbaar zijn naar de Marokkaanse taal en goed begrepen worden door de Marokkaanse gemeenschap. (25) Uit de literatuur leiden we ook af dat emoties mee bepalen of een patiënt al dan niet een arts zal raadplegen, (54) Beiden komen ook duidelijk naar voren uit de gesprekken met de deelnemers. Angst vormt voor velen een ‘Reason For Encounter’ bij de huisarts. Dit onderzoek toont aan dat angst voor vele deelnemers centraal staat en dat vooral de bijhorende paniekaanvallen belastend zijn voor de patiënt, maar ook voor zijn naasten. Angst is een emotie die in alle groepen wordt genoemd, goed is gekend en herkenbaar is. Verdriet daarentegen wordt enkel genoemd door de tweede generatie, en staat zeker niet bij iedereen centraal. Bijgevolg wordt de vraag gesteld of ‘een sombere stemming’, een van de kernsymptomen van depressie, al dan niet als zijnde ‘pathologisch’ wordt beschouwd binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap en een reden genoeg is om de arts te consulteren. Behoort het nastreven van ‘ (eigen?) geluk’ of ‘ (eigen?) psychisch welzijn’, zoals velen aanhalen in het onderzoek, tot ‘een luxe domein’ wat vooral in het ‘westen’ belangrijk wordt gevonden? Wordt het nastreven van beiden in de Marokkaanse moslimgemeenschap, zijnde een collectivistische gemeenschap, wel aanvaard of gestimuleerd?

Binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap is het groepsgebeuren en -gevoel belangrijk. (35,36) Het is dan ook begrijpelijk dat ‘isolatie’, ‘niet meer in groep willen zijn’ en ‘niet ingaan op uitnodigingen’ voor iedereen een herkenbaar alarmsignaal is van ‘psychisch onwelzijn’. Dit zou mogelijks als (herkenbaar) alarmsymptoom voor depressie kunnen fungeren bij patiënten behorend tot de Marokkaanse gemeenschap.

Welke oorzaken worden aan depressie toegekend? Worden bovennatuurlijke oorzaken gelinkt aan depressie?

In het IKS van Marokko worden ziekten volgens een naturalistische en personalistische etiologie verklaard. Deze vormen de verklaringsmodellen van de patiënt. Dergelijke systemen zijn echter dynamisch. Als gevolg van migratie wordt dan ook een verschuiving verwacht van verklaringsmodellen gevormd door het IKS in Marokko en het IKS in België. Een dergelijke verschuiving wordt vooral verwacht binnen de tweede generatie, die eerder

verklaringsmappen zou hanteren. (35,36) Divers onderzoek toont belangrijke transculturele verschillen in de lekenvisies op depressie, deze verschillen nemen echter geleidelijk af ten gevolge van acculturalisatie. (12,28)

Bovennatuurlijke oorzaken worden door alle deelnemers erkend en maken deel uit van de gehanteerde verklaringsmodellen. Uit dit onderzoek blijkt, vooral uit de non-verbale communicatie bij de eerste generatie, dat reeds bij het noemen van ‘djinns’, ‘het boze oog’ of ‘magie’ een angstgevoel wordt uitgelokt. De tweede generatie houdt zich afstandelijk t.o.v. het onderwerp uit schrik te hervallen in stereotypen en clichés. Een zekere frustratie wordt bij deze groep opgemerkt omdat ‘alles is djinn ’, ‘alles is het boze oog’ of ‘alles is magie’. Er wordt ook een zekere noodzaak geformuleerd om ‘tot de kern van het probleem te komen’, om ‘erkenning te krijgen van wat er is’, om ‘tot confrontatie te komen’ en zich niet te schuilen achter bovennatuurlijke oorzaken. Tegelijk worden bovennatuurlijke oorzaken niet ontkend. Dergelijke inzichten worden vooral gestimuleerd door de ouders, familie of vrienden, maar voornamelijk door de moeder. Gezien deze groep vaak het eerste aanspreekpunt is bij depressie kan ook dan een bovennatuurlijke oorzaak worden gesuggereerd. Verder kan ook de vraag worden gesteld in welke mate natuurlijke oorzaken worden gelinkt aan bovennatuurlijke oorzaken (bijvoorbeeld: een echtelijk conflict veroorzaakt door ‘het jaloers oog’.)?

Binnen het Islamitisch geloof speelt ‘het occasionalisme’ binnen de etiologie een centrale rol. Deze is gebaseerd op oorzaak en gevolg veroorzaakt door God. Alles wordt gelinkt aan God, Allah.(35,49) Ziekte maakt deel uit van het lot (7) Zowel natuurlijke als bovennatuurlijke oorzaken kunnen slechts doorgaan en plaatsvinden met de wil van God, Allah. Dit leidt voor velen tot een positief aanvaarden van ziekte, waarbij de persoon ook zelf de nodige inspanning levert om te genezen. Een valkuil is het gevaar dat eerder een fatalistische, passieve houding zal worden aangenomen waarbij wordt verondersteld dat genezing enkel door Allah kan bekomen worden en hier zelf geen controle op heeft waardoor geen verdere stappen worden ondernomen naar genezing. De vraag rijst dan ook in welke mate deze fatalistische houding, een grondgedachte binnen Marokkaanse moslimgemeenschap, de kop zal opsteken bij een depressieve patiënt? Mogelijks zal door de aard van het beestje eerder een fatalistische houding worden aangenomen.

Socio-economische factoren en ook de gevolgen van migratie hebben een belangrijk impact op het psychisch welzijn.(11) Migratie wordt in dit onderzoek ook aangehaald als mogelijke oorzaak van depressie of zorgen, zij het direct of indirect.

Welke betekenis wordt aan depressie gegeven (zingeving)? Wordt dit gekoppeld aan religie?

Zingeving wordt vaak gezocht en gevonden binnen het geloof. Religie wordt vaak aangehaald om moeilijkheden te begrijpen en daarmee te kunnen omgaan (copingmechanisme). (7, 43)

Uit de gegevens van dit onderzoek blijkt dat vooral de wijze waarop met depressie wordt omgegaan van belang is en dit zowel bij de beschouwing van depressie als zijnde een 'beproeving/test' of bij de beschouwing van depressie als zijnde een 'zuivering van zonden'. Depressie wordt door geen van de respondenten gezien als een straf van God. Een goede moslim hoort volgens de deelnemers 'sabr' (geduld) en dankbaarheid (geuit met de formule 'Alhamdulilah') te tonen. Dit zorgt voor velen dat zij het ziektebeeld kunnen accepteren en een plaats geven. Zij halen kracht, moed en hoop uit de wetenschap dat alles van Allah komt. Wat van Allah komt, is goed of leidt tot het goede. Vooral dit laatste laat hen toe om op zoek te gaan naar 'het positieve', naar 'een diepere betekenis', naar 'een les die hieruit moet/kan geleerd worden'. Vooral de tweede generatie gelooft hier sterk in. Vanuit deze gedachte kan een depressieve patiënt worden geactiveerd.

Sabr en dankbaarheid worden, voornamelijk door de eerste generatie, aangehaald als voorwaarde voor genezing. Sterker nog, sommigen menen dat bij ondankbaarheid Allah een mens nog meer zal 'belasten'. Hieruit rijst een vermoeden dat hierin falen voor velen kan leiden tot angst en het versterken van de depressieve gevoelens. Bij de tweede generatie komt sterk naar voren dat het niet kunnen tonen van 'sabr' of dankbaarheid' eerder wordt beschouwd als persoonlijk falen en tekortschieten. Dit kan voor velen leiden tot een intens schuldgevoel. Dergelijke negatieve copingstijlen kunnen leiden tot meer depressiviteit. Dit wordt bevestigd door de literatuur. (42,43)

Wat zijn de gevolgen van depressie? Wordt depressie beschouwd als een ernstige ziekte?

Uit deze studie blijkt dat vooral de vrouwelijke deelneemsters zich bewust zijn van een bestaand zelfmoordrisico als gevolg van een ernstige depressie. Tegelijk benadrukken zij dat dit taboe is binnen hun gemeenschap. Zelfmoord is niet toegestaan volgens de Islam, toch weten zij dat het vaak voorkomt. Dit zou echter nooit openlijk worden gecommuniceerd, maar steeds onder de mom van iets dat meer sociaal aanvaardbaar is. Hier schuilt dan ook een belangrijke valkuil. Uit schaamte zal een depressieve patiënt behorend tot de moslimgemeenschap niet openlijk durven communiceren over suïcidaliteit, dit zowel binnen

de eigen kringen (vrienden en familie), als naar de hulpverlener toe. Deze bevindingen komen overeen met wat er in de literatuur wordt teruggevonden. (7,25)

Welke behandeling wordt noodzakelijk geacht? Is hulp noodzakelijk bij een depressie? Wordt de reguliere sector hiervoor benaderd? Wat wordt hiervan verwacht? Wordt er gebruik gemaakt van religieuze geneeswijzen?

Religie kan zowel een preventieve als een therapeutische functie invullen. (41,44) De moslimgemeenschap is een collectivistische gemeenschap en kan voor velen een belangrijke bron van psychologische steun zijn. Hierbij heeft vooral de imam een centrale positie als counselor. (36, 50) Ook in dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat de eigen 'kringen' een belangrijke bron van hulp zijn. In eerste instantie wordt door alle deelnemers aangehaald dat hulp eerst bij familie, vrienden en in het geloof moet worden gezocht. Dit laatste kan betrekking hebben op de relatie met God, als ook op de 'goede adviezen' die verkregen worden door een 'geleerde geestelijke'.

Onderzoek in de literatuur toont aan dat, zowel in Nederland als in België, nog vaak gebruik wordt gemaakt van religieuze geneeswijzen via islamitische genezers.(35,36) Hoffer geeft aan dat Marokkaanse patiënten een islamitische genezer vooral raadplegen voor psychische klachten (53%), waaronder ook depressie. (36) Uit dit onderzoek blijkt de aanwezigheid van religieuze geneeswijzen en genezers in de hulpverlening. Opmerkelijk is echter dat voornamelijk de eerste generatie vrouwen duidelijk aangeeft nooit een 'fkih' of dergelijke te hebben geraadpleegd terwijl zowel de eerste generatie mannen, als ook de tweede generatie vrouwen aangeven dat de echtgenote respectievelijk de moeder als sleutelfiguur fungeert in het suggereren van bovennatuurlijke oorzaken en geneeswijzen. Daarnaast melden alle deelnemers dat 'vroeger in Marokko' het raadplegen van een religieuze genezer voor allerhande kwaaltjes, niet meer dan normaal was. Ze hadden ook geen keuze. De reguliere gezondheidszorgsector was ontoereikend omdat het gewoonweg ontbrak of te kostelijk was. Hierdoor zou eerder verwacht worden dat de eerste generatie vrouwen wel al in contact zijn gekomen met fkih's of dergelijke. Mogelijks heerst het taboe rond religieuze geneeswijzen het sterkst binnen deze groep. Een andere mogelijke verklaring zou zijn dat vrouwen nog meer dan mannen hebben geleerd om 'te zwijgen over privézaken'.

Alle groepen halen aan dat zij, indien noodzakelijk, wel een 'geleerde geestelijke' zouden raadplegen in geval van een depressie. Een fkih heeft binnen de studiepopulatie een negatieve connotatie en zou eerder geassocieerd worden met niet-islamitisch handelen en 'onwetendheid'. Dit onderzoek toont aan dat er een algemene kritische houding wordt aangenomen binnen de studiegroep jegens religieuze genezers. Er worden strenge criteria geformuleerd, maar deze worden slechts vaag ingevuld. Een religieuze genezer moet 'een

geleerde' zijn en 'kennis' hebben inzake 'het terrein'. Hieruit volgt de vraag wie wel dergelijke kwaliteitscriteria nauwkeurig kan formuleren, toetsen aan de praktijk en opvolgen?

Dit onderzoek suggereert dat personen behorend tot de Marokkaanse moslimgemeenschap een fkih eerder raadplegen uit wanhoop, hopeloosheid en bij gebrek aan alternatieven. Het besef bestaat dat er 'niet-islamitisch' gehandeld kan worden, maar toch heerst de houding van 'nood breekt wet'. Hieruit volgt de vraag in welke mate op zoek wordt gegaan naar houvast, steun, begrip en begeleiding welke worden teruggevonden bij een fkih. Dit wordt eveneens aangehaald door Hoffer. (36)

De strijd tussen het volksgeloof en de orthodoxe soennitische Islam bestaat al eeuwen. (36) Ook dit blijkt uit de gesprekken met de respondenten van dit onderzoek. Religieuze geneeswijzen worden gelegitimeerd door 'handelen volgens de Islamitische voorschriften' als leidraad voorop te stellen. Angst om hiertegen 'te zondigen' en te worden veroordeeld door de eigen geloofsgemeenschap kan ertoe leiden dat het raadplegen van een fkih moeilijk bespreekbaar wordt binnen de moslimgemeenschap. Een dergelijke houding kan zich verder uitbreiden naar de relatie met de hulpverlener uit de reguliere sector en kan bijgevolg de communicatie bemoeilijken. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat schaamte en schrik zich niet begrepen te voelen een drempel kunnen zijn waardoor het raadplegen van een fkih niet wordt besproken met de (huis)arts.

Alle deelnemers geven aan dat de eigen familie –en vriendengroep het eerste aanspreekpunt is bij een mogelijke depressie. Tegelijk worden 2 belangrijke beperkingen aangehaald, namelijk de schrik voor roddels en het privé houden van privézaken waardoor niet alles bespreekbaar is. Een huisarts zal echter slechts indien noodzakelijk en bij gebrek aan een beter alternatief worden geraadpleegd. Het gevaar hierbij is dat personen uit deze gemeenschap een arts pas in een vergevorderd stadium zullen contacteren. Hierdoor en ook omwille van de eerder lage verwachtingen ten aanzien van de huisarts, kan het een ware opgave zijn om de patiënt te activeren, begeleiden en behandelen.

Antidepressiva zijn niet of onvoldoende gekend binnen deze groep. De tweede generatie wijst medicatie af omdat deze 'gevaarlijk' en 'verslavend' zouden zijn. Gezien de eerste generatie van medicatie eerder een snelle verlichting van de klachten verwachten, kan worden vermoed dat antidepressiva ook door deze groep zal worden afgewezen of vroegtijdig zal worden stopgezet omwille van de bijwerkingen en het 'trage' werkingsprofiel van antidepressiva.

Uit dit onderzoek kunnen we afleiden dat de geestelijke gezondheidszorg taboe is binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap en dat het wordt geassocieerd met gekheid. De eerste

generatie kent ‘psychologen’ en ‘psychiaters’ niet of onvoldoende. Dit kan een drempel vormen bij doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg.

Uit dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat er wel degelijk behoefte is aan hulpverlening voor psychische ziekten, maar dat de aangeboden zorg via de verschillende kanalen ontoereikend is.

Prevalentie van depressie

Uit de literatuur blijkt dat depressie frequent voorkomt bij Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst (11).

Het ‘ziektebeeld’ van Amina of meneer Charouk wordt door alle deelnemers van de verschillende subgroepen herkend. Dit zou volgens hen ook vaak voorkomen binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap.

Een belangrijk gegeven uit dit onderzoek is de sterke behoefte aan kennis over depressie binnen de studiegroep. Kennis lijkt voor velen een absolute voorwaarde om depressie te kunnen (h)erkennen. Een arts kan hier een belangrijke rol spelen. Tegelijk moeten we ons realiseren dat door de lage verwachtingen die worden gesteld aan de reguliere sector en ook de hoge drempel die wordt ervaren bij het raadplegen van een arts voor psychische klachten, de bijdrage van een arts tot het bieden van informatie slechts zeer minimaal kan zijn.

4.2. Methodologische beschouwing

Kwalitatief onderzoek is een interpretatief onderzoek. Hierbij worden waarnemingen, communicatie en interpretatie van de onderzoeker ingeschakeld. Absolute objectiviteit kan bijgevolg niet worden nagestreefd. Niettemin heb ik getracht een zekere betrouwbaarheid en validiteit te bereiken als maten van objectiviteit. Betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek impliceert een correcte uitvoering van het onderzoek, terwijl validiteit ons iets meer zegt over de opzet van de studie.

De interne betrouwbaarheid werd vergroot d.m.v. triangulatie door twee verschillende dataverzamelingstechnieken te hanteren, namelijk de semi-gestructureerde interviews en de focusgroepen, als ook door de bekomen resultaten te toetsen aan de gegevens uit de literatuur. Daarnaast werden alle gesprekken door mezelf afgenomen, letterlijk getranscripteerd, vertaald en geanalyseerd. Er werd gebruik gemaakt van eenzelfde topiclijst tijdens de gesprekken. Kwaliteitsvol vertalen vereist het vertalen van een tekst in de

oorspronkelijke taal naar de gewenste taal en terug. Voor dit onderzoek werd er slechts éénmalig vertaald namelijk vanuit het Berbers (en éénmalig vanuit het Marokkaans-Arabisch) naar het Nederlands. Na het open coderen van het eerste focusgroepgesprek werd samen met de promotor de gegenereerde concepten besproken. Aanpassingen werden zo nodig aangebracht. Hierna werd een code boek opgesteld, welke fungeerde als leidraad bij het analyseren van de andere gesprekken. Door de methodologie van het onderzoek zo gedetailleerd mogelijk te beschrijven, wordt een zekere externe betrouwbaarheid nagestreefd.

Er werd getracht zo goed mogelijk het vooropgestelde onderzoeksopzet te volgen. Het organiseren en rekruteren van deelnemers voor de focusgroepen verliep echter zeer moeizaam. Twee focusgroepen zijn doorgegaan. Beiden vormden echter een kleine groep van slechts twee deelneemsters. Er was ook geen observator aanwezig tijdens de focusgroepen.

Als onderzoeker van de studie ben ik me steeds bewust geweest van de rol die ikzelf speelde tijdens de verschillende fasen van het onderzoek. Er werd getracht de eigen kennis, ervaringen, verwachtingen en achtergrond zo weinig mogelijk te laten meespelen. We moeten ons echter realiseren dat dit ondanks de geleverde inspanning quasi onmogelijk is.

Sociaal wenselijke antwoorden kunnen bijgevolg ook niet volledig vermeden worden. Doordat de interviewer ook arts is, werden bepaalde vragen op medisch vlak met veel twijfel en onzekerheid beantwoord. Dit werd door sommige deelnemers zelf aangehaald, waardoor tegelijk meer openheid werd gecreëerd. Daarnaast speelt de culturele en religieuze achtergrond van de interviewer mogelijks ook een belangrijke rol voor de deelnemers. Doordat het onderzoeksthema taboe is binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap kunnen eerder gereserveerde antwoorden worden bekomen. Er werd geprobeerd de antwoorden aan te vullen door vooral te letten op de non-verbale communicatie (o.a. vermijden van oogcontact, ongemakkelijk worden en blozen.). Tegelijk kan een gelijke achtergrond een vertrouwd gevoel geven, waardoor schaamte niet in de weg staat om open te communiceren over onderwerpen die in andere culturen niet voorkomen of niet zouden begrepen worden (bijvoorbeeld: het geloof in bovennatuurlijke oorzaken). Verder kan er mogelijks ook een grotere responsiviteit en openheid bekomen worden van de mannelijke deelnemers indien de onderzoeker of interviewer ook een man zou zijn en dit vooral gezien de onderzoekspopulatie en de onderzoekster van dit onderzoek behoren tot een gemeenschap waar scheiding van seksen sterk heerst. Ten slotte kunnen sociaal wenselijke antwoorden eveneens gegenereerd worden doordat 6 deelnemers van het onderzoek behoren tot de familiekring van de onderzoekster.

Slechts zes interviews werden afgelegd binnen de subgroep Marokkaanse moslimmannen. Hiervan behoren 2 tot de eerste generatie. Eén hiervan woont in Antwerpen, de andere in Sint-Niklaas. Resultaten gegenereerd binnen deze subgroep kunnen bijgevolg niet veralgemeend worden naar de volledige groep van mannen in België van Marokkaanse herkomst.

Binnen de subgroep vrouwen werden 14 interviews geanalyseerd. Twee vrouwen wonen in Antwerpen, drie in Lokeren, één in Waasmunster, 1 in Sinaai en 7 in Sint-Niklaas. Het selectief rekruteren van deze vrouwen via vrouwenverenigingen, vrienden en familie laat ons ook kritisch nadenken over de representativiteit ervan naar de grotere groep vrouwen in België behorende tot de Marokkaanse gemeenschap.

5. Besluit en adviezen voor de praktijk

5.1. Besluit

We kunnen aan de hand van deze masterproef besluiten dat depressie taboe is bij Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst. Het ziektebeeld wordt eerder benoemd d.m.v. oorzakelijke factoren (bv 'problemen') of symptomen (bv. 'zenuwen').

Binnen de studiegroep worden 'pathologische' gedragskenmerken (hoofdzakelijk 'denken/piekeren' en 'isolatie') en 'angst' als kernsymptomen van depressie vermeld. Lichamelijke klachten worden erkend als mogelijk gevolg van psychisch lijden. Dit verband krijgt een symbolische betekenis binnen de subgroep vrouwen behorend tot de tweede generatie. Een lichamelijke klacht fungeert hier als alarmsignaal voor psychisch lijden. Overige deelnemers zien dit eerder als 'reële schade' van het lichaam rechtstreeks ten gevolge van psychisch lijden.

Uit dit onderzoek blijkt dat depressie wordt geëxternaliseerd binnen de Marokkaanse moslimgemeenschap. Oorzaken, zingeving en zorg worden buiten zichzelf gezocht. Gehanteerde verklaringsmodellen en zingeving kunnen leiden tot een positieve of negatieve copingstrategie. Beiden ontlenen vaak hun oorsprong aan cultureel-religieuze denkbeelden waarbij positieve en negatieve bovennatuurlijke krachten centraal staan.

Als eerste aanspreekpunt bij depressie wordt de voorkeur gegeven aan familie, vrienden en religieuze counselors. Aan religieuze geneeswijzen en behandelaars worden 'strenge' criteria gesteld, waaronder kennis en het respecteren van de islamitische voorschriften. Aan de reguliere zorgsector worden minimale verwachtingen gesteld. Deze wordt slechts benaderd bij 'ernstig lijden' en bij gebrek aan enig alternatief. De huisarts wordt hier geopperd. Zijn expertise wordt echter gelimiteerd geacht tot somatische klachten. De geestelijke gezondheidszorg is ongekend of taboe. Medicatie wordt door de eerste generatie subgroep nodig gevonden om te kalmeren bij 'angst'. Antidepressiva worden afgewezen omwille van 'gevaarlijk' en 'verslavend'.
'Vergeten' en 'loslaten' staan centraal in het genezingsproces bij de subgroep behorend tot de eerste generatie, in tegenstelling tot de personen behorend tot de tweede generatie waar 'verwerken' en 'begeleiding' worden genoemd.

5.2. Adviezen voor de praktijk

1. Een cultuursensitieve houding lijkt noodzakelijk om tot een goede consultvoering te komen. Een dergelijke houding impliceert de nodige kennis, vaardigheden en attitude.
    - Kennis richt zich hier veelal op de socio-culturele en religieuze factoren behorende tot de huidige leefwereld van de patiënt.
    - Voor de arts vormen kennis en bewustwording van eigen waarden en normen, maar ook vooroordelen een essentiële voorwaarde om tot een cultuursensitieve zorg te komen.
    - Personen uit de Marokkaanse gemeenschap hanteren een indirecte communicatiestijl rond onderwerpen uit de taboesfeer. Het impliciet benoemen en bevragen van dergelijke thema's kan de communicatie tussen arts-patiënt ten goede komen.
    - Het benadrukken van het beroepsgeheim kan het vertrouwen in de arts doen toenemen.
    - Een open en geïnteresseerde houding lijkt een absolute vereiste om toegang te krijgen tot de belevingswereld van patiënten behorend tot de Marokkaanse moslimgemeenschap. Een respectvolle en inlevende bejegening is dan ook gewenst.
2. Omdat depressie onvoldoende is gekend, maar vooral taboe is, kan een probleemstelling worden geformuleerd die voor de patiënt een betekenis heeft en sociaal meer aanvaardbaar is.
3. Het gebruik van illustraties kan het ziekte-inzicht van de patiënt verbeteren.
4. Diversiteit binnen de gezondheidzorg biedt een scala aan opportuniteiten om nieuwe inzichten en therapievoorstellen te incorporeren in de zorg, ten voordele van de kwaliteit.
    - Het actief, maar impliciet bevragen van cultureel-religieuze verklaringsmodellen, verbetert het wederzijds begrip tussen arts en patiënt.
    - Gelet op de beperkte rol die de reguliere zorgsector wordt toegedeeld, kan het betrekken van socio-culturele en/of religieuze kanalen in de hulpverlening nodig zijn.
    - Informatiesessies kunnen gehouden worden door Marokkaanse verenigingen.
    - Imams kunnen fungeren als religieuze counselors.
5. Religiositeit dient steeds in het zorgcontact te worden opgenomen.
    - Als openingsvraag kan de arts informeren naar het belang dat de patiënt stelt aan religie.
    - Het actief exploreren van negatieve en positieve religieuze copingstijlen is aangewezen. Positieve copingstijlen kunnen helpen de patiënt te activeren.

5.3. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Deze masterproef beschrijft relevante religie- en cultuurspecifieke factoren die deel uitmaken van de lekenvisie op depressie bij personen behorend tot de Marokkaanse moslimgemeenschap. De resultaten kunnen echter niet worden veralgemeend naar depressieve patiënten behorend tot deze gemeenschap. Aanvullend onderzoek naar de beleving van depressie bij Marokkaanse moslimpatiënten is dan ook van essentieel belang om een kwalitatieve hulpverlening te kunnen aanbieden.

6. Referenties

1. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L,Michels J, Goetinck M, Habraken H, De Meyere M. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;37:284-317.
2. Van Marwijk HWJ; et al. (2010) NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). In NHG-standaarden voor de huisarts. (red Wiersma T., Boukes F. Geijer R. en Goudswaard A.) Houten.p767-783
3. Spijker J. et al. Trimbos-instituut (2012).Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88
4. Lodewijckx E. Studiedienst van de Vlaamse regering.(2007) Ouderen van vreemde herkomst in het Vlaamse Gewest. Origine, sociaaldemografische kenmerken en samenstelling van hun huishouden. http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/ouderen-van-vreemde-herkomst-in-het-vlaamse-gewest
5. Noppe J. eb Lodewijck E.Studiedienst van de Vlaamse regering. (2012) De gekleurde samenleving. Personen van een vreemde herkomst in Vlaanderen. 2012. SRV-webartikel.
6. Bruijn J. et al. (2005) Leerboek psychiatrie. (red: Hengeveld M. en van Balkom A.), de tijdstroom, Utrecht, pp236-255.
7. Noordenbos G. Movisie. (2007) Aandacht voor sekse- en cultuurspecifieke aspecten in de behandeling van depressie. Een aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. http://www.movisie.nl/publicaties/aandacht-sekse-cultuurspecifieke-aspecten-behandeling-depressie
8. Mezzich J. et al. (1999) The Place of Culture in DSM-IV. Journal of Nervous & Mental Disease 187 (8), pp 457-464.
9. Alacron R. (1995). Culture and psychiatric diagnosis. Impact on DSM-IV and ICD-10. Psychiatr Clin North Am.18(3), pp449-65.
10. Kortman F.(2005) Meetinstrumenten in de transculturele psychiatrie. Tijdschrift voor psychiatrie 47(11), pp787-793.
11. Levecquea K. et al. (2007) Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. Journal of affective Disorders 97 (1-3), pp229-239.
12. Matty A et al. (2008) Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 43, pp 905–912.
13. Selten J. et al. (2011) Meer kans op depressie en psychose bij allochtonen. Ned tijdschr Geneeskd,155: A3253.
14. Beekman A. et al. (2004).Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish andMoroccan migrants in the Netherlands. Journal of Affective Disorders 83,pp 33–41.
15. Jong J. en van Ommeren, M. (2002). Toward a culture-informed epidemiology: combining qualitative and quantitative research in transcultural contexts. Transcultural Psychiatry 39,pp 422-433.
16. Arja Lehti et al. (2009) Recognition of depression in people of different cultures: a qualitative study. Studie in Zweden. BMC Family Practice 10(53), pp
17. Laurence J. en Kirmayer, M. (2001) Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. Clin Psychiatry 62 (13) pp22–28.
18. Derluyn E. et al. (2011) Naar een interculturele gezondheidszorg: aanbeveling van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/19077013_nl.pdf

19. Kamperman A. et al. (2005) Psychische gezondheidstoestand van migranten: discrepantie tussen psychiatrische stoornissen en ervaren klachten en beperkingen. Tijdschrift voor psychiatrie 47 (11), pp 761-769.
20. Gregory et al. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. The New England Journal of Medicine. 341(18),ppp1329-1335
21. Aragonesa E. et al. (2005) Somatized depression in primary care attenders. Journal of Psychosomatic Research 58, pp145– 151.
22. Kortman F. (2008) Transculturele psychiatrie; ontwikkelingen in de laatste 25 jaar. Tijdschrift voor psychiatrie 50, pp 145-149.
23. Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. Social Science and Medicine 11, pp 3-10.
24. Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. Culture, Medicine and Psychiatry 6, pp 117-190.
25. Van Es J. (2003) Vertaal- en communicatieproblemen bij de diagnostiek van de depressieve stemming bij berberpatiënten Mamnesh tgit? Tijdschrift voor psychiatrie 45(6), pp327-332.
26. Trimbos-instituut, RVZ. Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. http://rvz.net/uploads/docs/Allochtone_clienten_en_geestelijke_gezondheidzorg.pdf
27. Kortman F. (2011).Een theoretisch model voor transculturele psychiatrie. Tijdschrift voor psychiatrie 53(6),pp355-364.
28. Roholf H.(2004) Geven en nemen voor een effectieve behandeling Verklaringsmodellen in de transculturele psychiatrie. Phaxx 1,pp22-24.
29. Trinidad R. et al. (2005) Verklaringsmodellen in de GGZ: kenmerken van migranten en Nederlandse cliënten die volharden in een niet-psychologische betekenisgeving van hun klachten. Gedrag en gezondheid 33(2),pp 42-51.
30. Harmsen M. (2011) Depressie bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders: een onderzoek naar variabelen die samenhangen met depressie bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders, Proefschrift, Universiteit van Tilburg.
31. Van der Wurff F.et al. (2044) Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. Journal of Affective Disorders 83,pp 33–41.
32. Knipscheer J. en Kleber R. Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. Tijdschrift voor psychiatrie 47 (11), pp 753-759.
33. Wets J. et al. (2009).Igvm-Iefh. Partnerkeuze en huwelijkssluiting van allochtone mannen. Een kwantitatieve en kwalitatieve analyse van het partnerkeuzeproces en het huwelijk van Marokkaanse, Turkse en sikhmannen. http://igvm-iefh.belgium.be/nl/binaries/RAPPORT%20Partnerkeuze_tcm336-77866.pdf
34. Iman K. (2006) Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van de Vlaamse psychiatrische hulpverlening door allochtone Marokkaanse vrouwen. Proefschrift Vrije Universiteit Brussel.
35. Herman P. (2007) De wereld van de Djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen. Bulaaq Amsterdam.
36. Hoffer C. (2000) Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland.Thela Thesis, Amsterdam.
37. Rankoana A. (2012). The Use of Indigenous Knowledge for Primary Health Care among the Northern Sotho in the Limpopo Province. Doctoraatsverhandeling. University of Limpopo. Zuid-Afrika. http://hdl.handle.net/10386/752
38. Hoffer C. (2005) 'Psychose' of 'Djinn': verklaringsmodellen en interculturele communicatie in de GGZ. Patient Care 4(4), pp141-146.
39. Hoffer C. (2004) Geestelijke gezondheidszorg en cliëntenvisies: het consulteren van islamitische genezers als voorbeeld. Tijdschrift Klinische Psychologie 34(3), p137-147.

40. Braam A. et al. (2010). Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: A comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. Journal of Affective Disorders 125, pp269-278.
41. Braam et al. (2003) Religiositeit en depressie bij ouderen: een overzicht van recent empirisch onderzoek. Tijdschrift voor psychiatrie 45 (8),pp495-505.
42. Vermeiren J. (2005) Copingstijlen, Depressieve Klachten en Somatische Klachten bij opgenomen Depressieve patiënten, proefschrift, Open Universiteit Nederland.
43. Pargament K. et al. (2011) The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. Religions 2, pp 51-76.
44. Fiselier J. et al. (2006) Psychiater, patiënt en religie: meer dan coping alleen. Tijdschrift voor psychiatrie 48(5), pp383-386.
45. Abdul Razak M.(2011). Human Nature: An Islamic Perspective. Journal of Islam in Asia 1, pp 251-274.
46. Parveen A. en Iftekhar A. (2011) The Philosophical Concept of Psyche in Islam in Light of Quran and Hadith. Pune Journal of Philosophy. http://punejournalofphilosophy.com/?m=201109
47. Nurdeen D. en Mansor A. (2005) Mental health in Islamic medical tradition Human Nature: An Islamic Perspective. The International Medical Journal 4(2),pp76-79.
48. Rasjid S.(2010). An Islamic approach to psychology and mental health,Mental Health. Religion & Culture 13(6),pp547-551.
49. Khalili S. et al. (2002) Religion and Mental Health in Cultural Perspective: Observations and Reflections After The First International Congress on Religion and Mental Health,Tehran, 16–19 April 2001. The International Journal for the psychology of religion, 12(4), 217–237.
50. Van der Ven C. (2012) Experiences, coping styles and mental health of Muslims following 9/11. Social cosmos 3 (1),pp76-82.
51. Seeleman C. et al. Een Marokkaanse man met een depressie. In: Een arts van de Wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk, Bohn Stafleu van Loghum Houten, pp103-109.
52. Hisham A. (2008) A psychological measure of Islamic religiousness: evidence for relevance, reliability and validity. Doctoraatsverhandeling, Bowling Green State University, Ohio.
53. Leech N. en Onwuegbuzie A. (2007). An Array of Qualitative Data Analysis Tools:A Call for Data Analysis Triangulation. School Psychology Quarterly 22(4),pp557-584.
54. De maesschalck S.(2012). Linguistic and cultural diversity in the consultation room: A tango between physicians and their ethnic minority patients. Doctoraatsverhandeling. Universiteit Gent.
55. Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA.(2002) Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek. Amsterdam.

7. Bijlages

Bijlage 1: Diagnostische criteria voor de depressieve stoornis volgens de DSM-4

Bijlage 2a: Sociodemografische gegevens respondenten (blanco vragenlijst)

Bijlage 2b: Sociodemografische gegevens respondenten (tabel)

Bijlage 3: Informatie-en toestemmingsformulier (focusgroep)

Bijlage 4: Informatie-en toestemmingsformulier (interview)

Bijlage 5: Toestemmingsformulier

Bijlage 6: Vragenlijst (script focusgroep)

Bijlage 7: Vragenlijst (semigestructureerd interview)

Bijlage 1:

Diagnostische criteria voor de depressieve stoornis volgens de DSM-4.	
1.	**De aanwezigheid van ten minste één van de twee kernsymptomen:**
	1. sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag; 2. verlies van interesse en plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag.
2.	**Aangevuld door ten minste vier van volgende symptomen:**
	3. duidelijk gewichtsverlies of duidelijke gewichtstoename zonder dat een dieet gevolgd wordt; 4. insomnia of hypersomnia; 5. psychomotorische agitatie of remming; 6. vermoeidheid of verlies van energie; 7. gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens; 8. verminderd vermogen tot nadenken of concentratie; 9. terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.
3.	De klachten moeten minimaal gedurende 2 weken aanwezig zijn en een verstoring van het dagelijks functioneren met zich meebrengen.
4.	De klachten kunnen niet toegeschreven worden aan een stemmingsstoornis door een somatische aandoening, stemmingsstoornis door een middel of een rouwreactie. De klachten kunnen ook niet beter toegeschreven worden aan een psychotische stoornis.

Bijlage 2a: sociaaldemografische gegevens van de deelnemers (blanco vragenlijst)

Gegevens van de deelnemer aan het onderzoek (anoniem te verwerken)

Uniek codenummer:

1 Leeftijd:
2 Geslacht:
3 Geboorteland:
4 Geboorteland ouders:
5 Geboorteland grootouders:
6 Opleiding- hoogst behaalde diploma:
7 Beroep:
8 Burgerlijke staat:
9 Kinderen:
10 Moedertaal:
11 Andere talen:
12 Religie:

- Ik geloof in het bestaan van Allah: Neen = 0 Onzeker = 1 Ja = 3
- Ik geloof in de dag des Oordeels: Neen = 0 Onzeker = 1 Ja = 3
- Ik geloof in het bestaan van het paradijs en de hel: Neen = 0 Onzeker = 1 Ja = 3
- Ik geloof in de engelen, djinns (‘geesten’) en satan (‘duivel’)Neen = 0Onzeker =1Ja =3
- Ik geloof in alle profeten die door Allah werden gezonden en de heilige boeken. Neen = 0 Onzeker = 1 Ja =3

- Hoe vaak bid je?
  - Nooit (0)
  - Een paar keer per jaar (1)
  - Meerdere keren per maand (2)
  - Meerdere keren per week (3)
  - Meestal de 5 dagelijkse gebeden (4)
  - 5 keer per dag of meer (5)

- Hoe vaak ga je naar de moskee?
  - Nooit (0)
  - Een paar keer in mijn leven (1)
  - Enkele keren per jaar (2)
  - Enkele keren per maand (3)
  - Ongeveer 1 of 2 keer per week (4)
  - 1 keer per dag of meer (5)

- Hoe vaak beluister je of lees je de Koran buiten de gebeden.
  - Nooit (0)
  - Enkele keren in mijn leven (1)
  - Een paar keer per jaar (2)
  - Een paar keer per maand (3)
  - Ongeveer 1 à 2 keer per week (4)
  - 1 of meerdere keren per dag (5)

- Hoe vaak vast je
  - Nooit (0)
  - Een paar keer in mijn leven (1)
  - Jaarlijks, enkele dagen tijdens de vastenmaand; Ramadan (2)
  - Jaarlijks, de helft tot de volledige vastenmaand; Ramadan (3)
  - Jaarlijks de volledige vastenmaand; Ramadan. (4)
  - De volledige vastenmaand, Ramadan, en nog andere religieuze vastendagen (5)

- Uitgezonderd de gebeden, hoe vaak doe dhikr (herdenking van Allah) en tasbih (lofprijzingen)
  - Nooit (0)
  - Enkele keren in mijn leven (1)
  - Enkele keren per jaar (2)
  - Enkele keren per maand (3)
  - 1 à 2 keer per week (4)
  - 1 of meer keer per dag(5)

- Welk type hoofddoek draag je (enkel voor vrouwelijke deelnemers)
  - Geen (0)
  - Een die niet al het haar en oren bedekt maat een deel van het haar. (1)
  - Een die al het haar, overige kledij volgens de reguliere mode (2)
  - Een die al het haar en nek bedekt, overige kledij volgens de reguliere mode (3)
  - Een die al het haar bedekt en loszittende ondoorzichtige kledij (bv jilbab, khimar, abaya) (4)
  - Een die het gezicht bedekt (nikaab or boerka) (5)

Bijlage 2b. I: Interview, F: Focusgroep, B: België M: Marokko, M-A: Marokkaans-Arabisch, M-B: Marokkaans-Berbers, F: Frans, NL: Nederlands, E: Engels D: Duits, S: Spaans, A: standaard Arabisch

Codenummer deelnemer	I1	I2	I3	I4	F1	F2	F3	F4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16
Leeftijd	38	32		29	25	28	27	27	37	51	45	50	42	38	55	55	62	37	33	24	19
Geslacht	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	M	M	M	M	M	M	M
Geboorteland	B	M	B	B	B	B	B	B	M	M	M	M	M	M	M	M	B	B	B	B	B
Geboorteland ouders	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Geboorteland grootouders	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Diploma-opleiding	TSO-Mode	Bachelor	Bachelor	BSO-Kantoor	Bachelor	Bachelor	Bachelor	Bachelor	Geen	~Bachelor	1ste graad	Geen	Master	Geen	Bachelor	Geen	Bachelor	Bachelor	TSO	TSO	
Beroep	Bediende	Zonder	Coörd. farm. oz.	Zonder	Med. secr. ZH	Maatschappelijk werk	Leerkracht	Ambtenaar	Zonder	Opvoedste	Zonder	Zonder	Zonder	Zonder	Bediende	Zonder	Leerkracht	Bediende	Bediende	Student	
Burgerlijke staat	Gehuwd	Gehuwd	Ongehuwd	Ongehuwd	Gehuwd	ongehuwd	Ongehuwd	Gehuwd	Weduwe	Gehuwd	Gescheide	Ongehuwc	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Ongehuwd
Kinderen	4	3	3	0	0	2	0	0	3	4	4	2	0	3	7	2	6	3	4	0	0
Moedertaal	M-A	M-B	M-B	M-B	M-B	M-B	M-B	M-B	M-B	M-B	M-B	M-B	M-A	M-B	M-A	M-B	M-A	M-B	M-B	M-B	M-B
Andere talen	F, NL, E	NL, E, F	NL, F, E, A, (sp)	NL, E, F	NL, F, E, D	NL, F	NL, E, F	NL, E, F, D	/	F, (M-)A, N	M-A, NL(-)	//	F, NL(-)	/	NL	NL(-)	NL, F, E	NL, F, E	NL, F, E	NL, F, E	NL, F, E
Religie	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam		Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam
	Neen=0	Onzeker=.; Ja=3																			
Geloof in...																					
...Allah	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
...dag des oordeels	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
...paradijs en hel	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
...engelen, djinns, satan	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
...profeten en heilige boeken	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Frequentie...	(interpretatie van scores zie bijlage 2)																				
...bidden	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5 Blanco		5	5	5
...v. moskeebezoek	3	0	2	2	2	1	2	4	0	2	1	4	0	3	4	3	5 Blanco		4	4	4
...koran lezen	4	4	3	4	4	4	3	5	4		2	5	3	4	5	4	4 Blanco		5	5	4
...vasten	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5 Blanco		5	5	5
...Allah herdenken	5	5	5	5	4	4	3	5	4	1	5	5	4	5	5	2	5 Blanco		4	4	4
Type hoofddoek	2	4	4	3	0	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4/	/	/	/	/	/	/

Bijlage 3: Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten (Focusgroep)

1. Titel van de studie

Hoe kijken Marokkaanse moslims naar depressie? Worden hun opvattingen rond depressie beïnvloed door culturele of religieuze factoren?

2. Doel van de studie

U bent gevraagd deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is na te gaan hoe Marokkaanse moslims kijken naar depressie en inzicht te krijgen in mogelijke culturele en religieuze factoren die hun visie kunnen beïnvloeden.

Depressie is immers één van de meeste voorkomende psychische aandoening die door de huisarts wordt gediagnostiseerd. Depressie bij allochtone patiënten is echter nog maar weinig bestudeerd. De manier waarop een persoon depressie interpreteert wordt vermoedelijk beïnvloed door zijn culturele en religieuze achtergrond. Om betere inzicht te krijgen in de visie van Marokkaanse moslims rond depressie werd dit onderzoek opgezet.

3. Beschrijving van de studie

Voor dit onderzoek zal u worden gevraagd deel te nemen aan een gespreksbijeenkomst met maximaal 7 andere deelnemers. In totaal zal deze bijeenkomst 2 uur duren. De deelnemers uit uw groep zullen allen een gelijke culturele achtergrond hebben en zijn van hetzelfde geslacht. Tijdens de bijeenkomst zal u een casus worden voorgelezen. Deze casus zal gaan over depressie. Vervolgens zal de interviewer enkele vragen stellen rond de casus. Het gesprek zal worden opgenomen door middel van audio-opname, het zal dus niet worden opgenomen op video. Het onderzoek verloopt geheel **anoniem**.

4. Deelname en beëindiging

De deelname aan deze studie vindt plaats op **vrijwillige** basis. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat het een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de behandelende arts. Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

5. Risico's en voordelen

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke commissie voor Medische ethiek. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie. Er zijn geen risico's verbonden aan deelname aan dit onderzoek. Indien u toch schade zou ondervinden, wat echter zeer onwaarschijnlijk is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004. U ontvangt geen verplaatsingsvergoeding.

6. Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw privacy worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). De audio-opnames zullen enkel door de onderzoekers kunnen beluisterd worden. Dat wil zeggen dat deze informatie nooit zal gebruikt worden voor andere doeleinden dan dit onderzoek. De audiobanden worden bewaard door de onderzoeker zelf, en zullen ook later nooit vrijgegeven worden voor ander gebruik.

7. Contactpersoon

Als U aanvullende Informatie wenst over het onderzoek, kan u op elk ogenblik contact opnemen met:

Naima El Asjadi (Huisarts-in-opleiding) Email: naima.elasjadi@ugent.be

Bijlage 4: Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten (interview)

1. **Titel van de studie**

Hoe kijken Marokkaanse moslims naar depressie? Worden hun opvattingen rond depressie beïnvloed door culturele of religieuze factoren?

2. Doel van de studie

U bent gevraagd deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek. Het doel van dit onderzoek is na te gaan hoe Marokkaanse moslims kijken naar depressie en inzicht te krijgen in mogelijke culturele en religieuze factoren die hun visie kunnen beïnvloeden. Depressie is immers één van de meeste voorkomende psychische aandoening die door de huisarts wordt gediagnostiseerd. Depressie bij allochtone patiënten is echter nog maar weinig bestudeerd. De manier waarop een persoon depressie interpreteert wordt vermoedelijk beïnvloed door zijn culturele en religieuze achtergrond. Om betere inzicht te krijgen in de visie van Marokkaanse moslims rond depressie werd dit onderzoek opgezet.

3. Beschrijving van de studie

Voor dit onderzoek zal u worden gevraagd deel te nemen aan een interview. In totaal zal dit 1 uur duren. Tijdens het interview zal u een filmfragment worden getoond. Dit fragment zal gaan over depressie. Na afloop van het fragment zal de interviewer u enkele vragen stellen over het filmfragment. Het interview zal worden opgenomen worden door middel van een audio-opname, het zal dus niet worden opgenomen op video. Het onderzoek verloopt geheel anoniem.

4. Deelname en beëindiging

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat het een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de behandelende arts. Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

5. Risico's en voordelen

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke commissie voor Medische ethiek. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie. Er zijn geen risico's verbonden aan deelname aan dit onderzoek. Indien u toch schade zou ondervinden, wat echter zeer onwaarschijnlijk is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004. U ontvangt geen verplaatsingsvergoeding.

6. Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw privacy worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). De audio-opnames zullen enkel door de onderzoekers kunnen beluisterd worden. Dat wil zeggen dat deze informatie nooit zal gebruikt worden voor andere doeleinden dan dit onderzoek. De audiobanden worden bewaard door de onderzoeker zelf, en zullen ook later nooit vrijgegeven worden voor ander gebruik.

7. Contactpersoon

Als U aanvullende Informatie wenst over het onderzoek, kan u op elk ogenblik contact opnemen met:

Naima El Asjadi

Huisarts-in-opleiding

Email: naima.elasjadi@ugent.be

Bijlage 5: toestemmingsformulier

Ik, …….heb het document 'Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten' gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor toestemming. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur van het onderzoek en over wat men van mij verwacht. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende onderzoeker.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker of mijn huisarts.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger:

Datum:

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon die voorafgaande uitleg heeft gegeven:

Bijlage 6: vragenlijst (script focusgroep)

Hoe kijken Marokkaanse moslims naar depressie? Worden zij opvattingen rond depressie beïnvloed door religieuze of culturele factoren?

Hallo en welkom allemaal. Eerst en vooral zou ik jullie graag willen bedanken voor jullie deelname aan dit onderzoek. Ik ben (naam van de moderator), ik zal vandaag het gesprek leiden. Naast me zit Naima, zij is een studente aan de universiteit Gent. Zij zal tijdens het gesprek enkele nota's nemen. Het gespreksonderwerp voor vanavond is depressie. Voor we van start gaan is het wel belangrijk om enkele regels uit te leggen. Daarnet hebben jullie allen een informatieformulier en toestemmingsformulier gehad. Zijn daar nog vragen over? Heeft er iemand het toestemmingsformulier niet getekend? Zoals jullie zien, zal het gesprek worden opgenomen op band. Er worden geen videobeelden gemaakt. De audio-opnamen zullen enkel beluisterd worden door Naima. We nemen het gesprek op zodat Naima nadien het gesprek kan uitwerken. Jullie huisarts of anderen zullen het opgenomen gesprek niet te horen krijgen. Het onderzoek is ook geheel anoniem, jullie naam zal nergens vermeld staan. Om het gesprek vlotter te laten verlopen wil ik graag vragen om een naamkaartje te maken, je bent volledig vrij om eender welke naam te kiezen. Mag ik vragen om tijdens het gesprek naar elkaar te luisteren en niet door elkaar te praten, omdat het dan achteraf zeer moeilijk is te horen wat er werd opgenomen. Mag ik jullie ook vragen, als mogelijk, jullie GSM af te zetten.

Om te beginnen zal jullie een kort videofragmentje worden getoond. Na afloop van het videofragmentje zullen we van start gaan met ons gesprek. Ik zal jullie dan een aantal vragen stellen waarop jullie vrij kunnen antwoorden. Antwoord je liever niet op een bepaalde vraag, dan kan je dat gerust zeggen. Verder wil ik toch even benadrukken dat er geen goede of slechte antwoorden zijn. Ieder van ons heeft zijn/haar mening en die wil ik vandaag graag horen.

Videofragment: 'het verhaal van Amina'

1. Openingsvraag

Zo, zijn jullie er klaar voor?

2. Benoemen

Amina vertelt dat zij op een gegeven moment begon te vermageren, continu moest huilen, niet meer in staat was om boodschappen te doen, angstig was om haar huis te verlaten of als iemand aanbelde. Ze vertelt ook dat zij zichzelf tijdens deze, voor haar, moeilijke periode, niet meer herkende. Dat zij een stukje van zichzelf kwijt was. Hoe zouden jullie dit probleem noemen?

   a. Is dit volgens jullie een ziekte?
   b. Volgens Amina's arts lijdt Amina aan een 'depressie'. Gaan jullie hiermee akkoord? Wat is een depressie volgens jullie?
   c. Wat betekent depressie binnen het Islamitisch geloof, volgens jullie?

3. Oorzaak
   d. Wat is volgens jullie de oorzaak van het probleem bij Amina?
   e. Wat is volgens jullie de oorzaak van depressie in het algemeen?
   f. Hoe en waar gaan jullie op zoek naar mogelijke oorzaken van dit probleem?
   g. Kan magie, het boze oog of boze geesten een mogelijke oorzaak zijn van depressie volgens jullie?

4. Reden
   h. Waarom wordt iemand volgens jullie depressief?
   i. Hoe en waar gaan jullie op zoek naar de reden van dit probleem?
   j. Zien jullie depressie als een ziekte?
   k. Zien jullie depressie als een straf van God?
   l. Zien jullie depressie als een beproeving?

m. Zien jullie depressie als een zuivering van zonden?

5. Verloop-ernst
    n. Hoe verwachten jullie dat het probleem zal verlopen? Hoe ernstig is het?
6. Effect lichaam en geest
    o. Wat denken jullie dat dit probleem in het lichaam doet?
    p. Hoe gaat het in zijn werk?
    q. Welke invloed heeft het op het lichaam en geest?
    r. Amina vertelde dat ze zowel lichamelijke als psychische klachten had. Ze legde daarbij uit dat een groot deel van haar fysieke klachten het gevolg waren van haar psychisch lijden. Gaan jullie daarmee akkoord?
7. Gevolgen
    s. Wat vrezen jullie het meest aan deze toestand?
    t. Wat zijn de belangrijkste problemen die het probleem kan veroorzaken volgens jullie?
8. Behandeling
    u. Welke behandeling is hier nodig? Wat verwachten jullie van de behandeling? Waar hebben jullie schrik voor?
    v. Wat zou Amina volgens jullie moeten doen om te genezen? Wat zouden jullie de patiënte aanraden?
    w. Zou ze hiervoor bij de huisarts terecht kunnen, volgens jullie? Wat verwachten jullie van een huisarts? Waarmee kan een huisarts haar niet mee helpen, volgens jullie?
    x. Zou ze voor dit probleem bij de psycholoog terecht kunnen, volgens jullie? Wat verwachten jullie van een psycholoog? Waarmee kan een psycholoog haar niet helpen, volgens jullie?
    y. Amina werd door een psychiater opgevolgd en volgde kunstzinnige therapie. Wat vinden jullie daarvan?
    z. Amina nam een antidepressivum in. Wat vinden jullie daarvan? Wat verwachten jullie ervan? Zouden jullie het aan - of afraden?
    aa. Zou ze volgens jullie terecht kunnen bij een imam of fkih? Wat verwachten jullie daarvan? Wat vinden jullie daarvan?
9. Afrondende vraag: Wilt er iemand nog iets toevoegen aan het gesprek.

Zo, het gesprek zit er op. Ik wil jullie allen nogmaals bedanken.

Bijlage 7: vragenlijst (semigestructureerd interview)

Videofragment: 'het verhaal van Amina' –Casus: Meneer Charouk, Een Marokkaanse man met een depressie.

1. Openingsvraag: Zo, ben je er klaar voor?
2. Benoemen
   a. Is dit volgens jullie een ziekte?
   b. Volgens meneer Charouk's/Amina's arts lijdt hij/zij aan een 'depressie'. Ga je hiermee akkoord? Wat is een depressie volgens jou?
   c. Wat betekent depressie binnen het Islamitisch geloof, volgens jou?
3. Oorzaak
   d. Wat is volgens jou de oorzaak van het probleem bij Amina/meneer Charouk?
   e. Wat is volgens jou de oorzaak van depressie in het algemeen?
   f. Hoe en waar ga je op zoek naar mogelijke oorzaken van dit probleem?
   g. Kan magie, het boze oog of boze geesten een mogelijke oorzaak zijn van depressie?
4. Reden
   h. Waarom wordt iemand volgens jou depressief?
   i. Hoe en waar gaan je op zoek naar de reden van dit probleem?
   j. Zie je depressie als een ziekte?
   k. Zie je depressie als een straf van God?
   l. Zie je depressie als een beproeving?
   m. Zie je depressie als een zuivering van zonden?
7. Verloop-ernst
   n. Hoe verwacht je dat het probleem zal verlopen? Hoe ernstig is het?
8. Effect lichaam en geest
   o. Wat denk je dat dit probleem in het lichaam doet?
   p. Hoe gaat het in zijn werk?
   q. Welke invloed heeft het op het lichaam en geest?
   r. Denk je dat de lichamelijke klachten van Amina/meneer Charouk het gevolg is van een psychisch probleem.
10. Gevolgen
   s. Wat vrees je het meest aan deze toestand?
   t. Wat zijn de belangrijkste problemen die het probleem kan veroorzaken volgens jou?
11. Behandeling
   u. Welke behandeling is hier nodig? Wat verwacht je van de behandeling? Waar heb je schrik voor?
   v. Wat zou Amina/mr. Charouk volgens jou moeten doen om te genezen? Wat zou je hem/haar aanraden?
   w. Zou ze/hij hiervoor bij de huisarts terecht kunnen? Wat verwachten je van een huisarts?
   x. Zou ze/hij voor dit probleem bij de psycholoog terecht kunnen? Wat verwacht je van een psycholoog?
   y. Amina werd door een psychiater opgevolgd en volgde kunstzinnige therapie. Wat vind je daarvan?
   z. Amina nam een antidepressivum in. Wat vind je daarvan? Wat verwacht je daarvan?
   aa. Zou ze/hij volgens jullie terecht kunnen bij een imam of fkih? Wat verwacht je daarvan?
12. Afrondende vraag: Wil je nog iets toevoegen aan het gesprek.

Zo, het gesprek zit er op. Ik wil je nogmaals bedanken voor je deelname.

K