

# **Bezetenheid in de Nederlandse context**

Opvattingen van islamitische hulpverleners ten aanzien van klachten, oorzaken en behandeling van bezetenheid.

Bachelorscriptie ter afronding van de studie Islam en Arabisch

Departement geesteswetenschappen, Universiteit Utrecht

Aangeboden aan:

Dr. Nina ter Laan

Dr. Nico Landman

Door: Lisanne Roseboom

3789330

31 augustus 2018

## Abstract

This thesis answers the question: What are the beliefs of Muslim caretakers in the Netherlands on possession, their patients with complaints of possession and the treatment of those patients? The research shows on the one hand that Muslim caretakers working in the mainstream mental health domain see possession as an idiom their patients use to describe their illness rather than a disease. On the other hand Muslim caretakers in the alternative domain see possession as a disease. Their patients with complaints of possession are Muslim and have mostly a Turkish or Moroccan background. They are also predominantly female and are described by the caretakers as weak. An important notion in the treatment and curing of possession of Muslim caretakers within both domains is getting control over the *jinn* who possess the person. This study also demonstrates that the sociocultural environment plays a role in different aspects of the explanatory model of possession, namely causing, signaling and the treatment of possession.

# Inhoudsopgave

<b>1 Inleiding .....</b>	<b>4</b>
1.1 Probleemstelling.....	4
1.2 Methoden.....	6
<b>2 Theoretisch kader .....</b>	<b>8</b>
2.1 Het fenomeen bezetenheid gedefinieerd .....	8
2.2 De relatie tussen ziekte, cultuur en taal .....	9
2.3 Hulpverlening van bezetenheid in de Nederlandse context .....	12
2.4 Islamitische verklaringsmodellen .....	14
<b>3 De hulpverleners, patiënten en de weg naar hulp.....</b>	<b>16</b>
3.1 Islamitische hulpverleners .....	16
3.2 De patiënten met klachten van bezetenheid .....	17
3.3 De weg van de patiënt naar de hulpverlener.....	19
<b>4 Opvattingen van de hulpverleners ten aanzien van bezetenheid.....</b>	<b>22</b>
4.1 Wat benoemen de hulpverleners als 'bezetenheid'? .....	22
4.2 Welke klachten van bezetenheid ervaren patiënten? .....	24
4.3 De oorzaken van bezetenheid volgens hulpverleners .....	26
4.4 Een goede behandeling van bezetenheid volgens de verschillende hulpverleners .....	28
4.4.1 Behandeling van bezetenheid bij een GZ-psycholoog.....	28
4.4.2 Behandeling van bezetenheid bij een intercultureel psycholoog.....	29
4.4.3 Behandeling van bezetenheid door een <i>hijama</i> -behandelaar .....	30
4.4.4 Behandeling van bezetenheid bij een imam/geestelijk verzorger.....	31
4.5 De perceptie van hulpverleners op genezing .....	32
<b>5 Conclusie.....</b>	<b>34</b>
<b>6 Referenties .....</b>	<b>37</b>
<b>7 Bijlagen.....</b>	<b>41</b>
7.1 Verschillende vormen van Dissociatieve Stoornissen.....	41

# 1 Inleiding

## 1.1 Probleemstelling

Tijdens mijn studie Kind- en Jeugdpsychologie aan de Universiteit van Utrecht heb ik mij vaak afgevraagd waarom er zo weinig aandacht was in het curriculum ten aanzien van verschillende culturele opvattingen omtrent gezondheid. Wanneer ik op de arbeidsmarkt terecht kom, wil ik graag goed voorbereid zijn om zoveel mogelijk cliënten te kunnen helpen met hun problemen. Het is daarbij essentieel om te kunnen aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Steeds meer mensen met verschillende culturen ontmoeten elkaar in de context van de Nederlandse gezondheidszorg. Niet alleen hebben hulpverleners te maken met ziekten en symptomen die ze nog niet eerder tegen gekomen zijn, ook komen zij patiënten tegen met andere behoeften dan de oorspronkelijke Nederlandse bevolking (Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels & Meeuwesen, 2008, 1). Migranten hebben vaak andere ideeën over oorzaken en de juiste behandelingen van ziekten dan de (meerderheid van) hulpverleners in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit betekent dat er steeds meer verschillende opvattingen over ziekte en genezing naast elkaar bestaan in de Nederlandse samenleving.

Zo kwam ik tijdens mijn andere bacheloropleiding, Islam en Arabisch aan de Universiteit van Utrecht, in aanraking met het fenomeen bezetenheid. Uit gesprekken met medestudenten hoorde ik dat dit fenomeen met name voorkomt in de Marokkaanse en Turkse gemeenschappen in Nederland, terwijl ik hierover niets had geleerd tijdens mijn opleiding Kind- en Jeugdpsychologie. In diverse krantenartikelen uiten zorgprofessionals hun zorgen over de slechte aansluiting die patiënten met een migratieachtergrond hebben in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Groen 2016; Haram 2016). Deze discrepantie van kennis en behandelingsmethoden heeft mij aangezet tot het onderzoeken van het fenomeen bezetenheid in de Nederlandse ggz. Ik ben in het bijzonder geïnteresseerd hoe hulpverleners met een islamitische achtergrond werkzaam in verschillende domeinen van geestelijke gezondheidszorg omgaan met islamitische patiënten die klachten van bezetenheid ervaren om zo tot nieuwe inzichten te komen die bruikbaar zijn voor het werkveld.

Er zijn verschillende psychologische en antropologische onderzoeken verricht naar houdingen en opvattingen van islamitische hulpverleners ten opzichte van

psychologische aandoeningen maar vaak binnen gemeenschappen in het buitenland (o.a. Bartels, 1993; Van den Hout, 2003; Buitelaar, 2006). Houdingen en opvattingen van hulpverleners die zich bezighouden met het behandelen van psychologische aandoeningen in Nederland zijn minder bekend, of worden vanuit het perspectief van de Nederlandse ggz belicht (zie bv. Hoffer 2012). Deze scriptie richt zich daarom op de opvattingen van hulpverleners met islamitische achtergronden in verschillende domeinen van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland, om zo bij te dragen aan een inventarisatie van verschillende vormen van ziektebeleving en hulpverlening in Nederland.

Mijn onderzoeksvraag is: *‘Wat zijn de opvattingen van hulpverleners met islamitische achtergronden in Nederland over bezetenheid, hun patiënten met klachten van bezetenheid en de behandeling ervan?’* Aan de hand van de volgende deelvragen zal in mijn onderzoeksvraag trachten te beantwoorden:

- 1) ‘Hoe ziet hulpverlening voor bezetenheid eruit in de Nederlandse gezondheidszorg?’
- 2) ‘Wie zijn de hulpverleners voor patiënten met bezetenheid?’
- 3) ‘Welke patiënten hebben klachten van bezetenheid?’
- 4) ‘Hoe vindt de patiënt de juiste hulpverlener?’
- 5) ‘Wat benoemen de hulpverleners als ‘bezetenheid’?’
- 6) Welke klachten ervaren patiënten daarbij?
- 7) Wat zien de hulpverleners als oorzaken?
- 8) Wat zien ze als goede behandeling?
- 9) ‘Wat beschouwen ze als ‘genezing’?’

In het theoretisch kader zal ik aan de hand van literatuuronderzoek perspectieven uit verschillende onderzoeksvelden uiteenzetten ten aanzien van ‘ziekte’ en ‘bezetenheid’. Ook zal ik een beschrijving geven van hoe de hulpverlening voor bezetenheid eruitziet in de Nederlandse gezondheidszorg. In hoofdstuk drie zal ik dieper op de context van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg ingaan aan de hand van de deelvragen: *‘Wie zijn de hulpverleners voor patiënten met bezetenheid?’*, *‘Welke patiënten hebben klachten van bezetenheid?’* en *‘Hoe vindt de patiënt de juiste hulpverlener?’* Hoofdstuk vier richt zich op de opvattingen van verschillende hulpverleners omtrent het diagnosticeren, de oorzaken, de klachten, de behandeling en de genezing van bezetenheid. Daarbij horen de volgende deelvragen: *‘Wat benoemen de hulpverleners als ‘bezetenheid’?’*; *Welke klachten*

*ervaren patiënten daarbij?; Wat zien de hulpverleners als oorzaken?; Wat zien ze als een goede behandeling? en 'Wat beschouwen ze als 'genezing'? Tot slot zal ik in het laatste hoofdstuk antwoord geven op mijn hoofdvraag en een reflectie geven op dit onderzoek.*

## 1.2 Methodes

Om deze vragen te beantwoorden heb ik psychologische, antropologische, sociologische en medische literatuur bestudeerd en vergeleken. Bij het onderzoeken van het fenomeen bezetenheid ga ik uit van de betekenis die de respondenten hieraan geven. Ik houd daarom een constructivistische benadering aan waarin ik bezetenheid beschouw als een sociaal construct en niet als een medisch feit. Naast een literatuurstudie heb ik ook gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Ik heb voor een combinatie van literatuurstudie en kwalitatief onderzoek gekozen omdat de betekenisgeving van de hulpverleners beter te onderzoeken is aan de hand van diepte-interviews. Zo hebben de respondenten meer ruimte om hun antwoorden in hun eigen woorden te geven.

Ter kennismaking met het hulpverlenersveld heb ik op 10 juni 2015 de workshop 'Djinns, bezetenheid en exorcisme: voor zorgprofessionals' georganiseerd door de Islamitische Psychologen en Pedagogiepraktijk (IPEP) bijgewoond. Zij zijn de enige psychologische praktijk in Nederland die vanuit islamitisch perspectief hulpverleners. Deze workshop is bedoeld voor alle mensen die werken met islamitische patiënten. Hier heb ik hulpverleners met verschillende achtergronden en jaren ervaring ontmoet: huisartsen, psychologen, psychiaters, *hijama*-behandelaren en geestelijk verzorgers. Sommige van hen zijn verbonden aan reguliere zorginstellingen, anderen hebben een achtergrond in alternatieve geneeswijzen<sup>1</sup>.

Voor dit onderzoek heb ik met vier hulpverleners met een islamitische achtergrond gesproken die zich bezighouden met bezetenheid. Via kennissen en studiegenoten (sneeuwbal methode) ben in aanraking gekomen met een GZ-psycholoog, intercultureel psycholoog, *hijama*-behandelaar en imam/geestelijk verzorger<sup>2</sup>. Met hen heb ik een diepte-interview per persoon gehouden. Deze duurden gemiddeld anderhalf uur. De interviews heb ik letterlijk getranscribeerd.

---

<sup>1</sup> Het verschil tussen het reguliere domein en het alternatieve domein leg ik uit in hoofdstuk 2.3

<sup>2</sup> De toelichting op verschillende hulpverleners zal ik doen in hoofdstuk 3.1

Vervolgens heb ik de transcripties nauwkeurig geanalyseerd aan de hand van de kwalitatieve analysemethode van Baarda en collega's (2005). Hierbij heb ik de transcripties gecodeerd in NVivo 11.2.1. Om de interne validiteit te waarborgen heb ik de codes in de eigen woorden van de respondenten geformuleerd. Vervolgens heb ik de verschillende codes via analytische inductie gecategoriseerd tot kernlabels. Door deze methode te gebruiken heb ik getracht de belangrijkste onderwerpen te achterhalen. Tot slot heb ik aan de hand van deze kernlabels mijn onderzoeksvraag getracht te beantwoorden.

Hieronder introduceer ik mijn respondenten. Alle namen van de respondenten zijn gefingeerd. Ter garantie van hun anonimiteit heb ik gebruik gemaakt van pseudoniemen. Via een van mijn studiegenoten ben ik in aanraking gekomen met Sherene. Sherene is 30 jaar oud en is geboren in Iran maar woont sinds jonge leeftijd in Nederland. Haar ouders zijn sjiiitisch, zij is zelf bekeerd tot het soennisme. Ze studeert pedagogiek aan de universiteit en is daarnaast zelf opgeleid tot *hijama*-behandelaar. Een *hijama*-behandelaar is een hulpverlener die *hijama* uitvoert, ook wel 'cupping' genoemd<sup>3</sup>. Zij en haar man hebben samen een praktijk aan huis waar zij haar vrouwelijke patiënten ontvangt en haar man mannelijke patiënten. Via de workshop van IPEP ben ik in gesprek geraakt met imam en geestelijk verzorger Hamid. Hij is begin 30, in Nederland geboren en getogen en heeft een Marokkaanse achtergrond. Op de universiteit heeft hij een master gedaan in geestelijke verzorging, een studie die zich richt op het verlenen van hulp rondom zingevingsvragen van mensen. Ook heeft hij islamitische theologie in Marokko gestudeerd. Hij is moslim. Hij werkt samen met psychologen bij IPEP. Daarnaast heb ik gesproken met Gezondheids-(GZ-)psycholoog en medisch antropoloog Samir. Hij is begin 40 en werkzaam is bij I-PSY. Dit is een grote psychologische instelling die zich specialiseert in interculturele psychologie. In 1996 is hij vanuit Iran naar Nederland gekomen. Hij is in Nederland opgeleid tot GZ-psycholoog. Tot slot heb ik gesproken met intercultureel psycholoog en onderzoeker Feyza. Zij is in Nederland geboren en heeft een Turkse achtergrond. Ze is begin 30 en in Nederland opgeleid tot psycholoog. Zij werkt in een psychologische instelling die gespecialiseerd is op interculturele psychologie.

---

<sup>3</sup> De toelichting op een *hijama*-behandelaar zal ik doen in hoofdstuk 3.1

## 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk geef ik een definitie van ziekte en bezetenheid vanuit een antropologische invalshoek. Ik kies voor dit perspectief omdat deze ruimer is dan de definiëring van de reguliere ggz en de culturele belevingswereld als uitgangspunt neemt. Ik plaats bezetenheid in de context van ziekte en specifiek in de context van psychologische aandoeningen, omdat dit de context is van waaruit ik opgeleid ben. Tot slot schets ik een beeld van psychologische hulpverlening in de Nederland om inzicht te krijgen binnen welke context mijn respondenten werken.

### 2.1 Het fenomeen bezetenheid gedefinieerd

Binnen de antropologie is het fenomeen bezetenheid veelvuldig bestudeerd. Een veelgebruikte definitie van bezetenheid komt van antropoloog Erika Bourguignon en stelt dat 'een bezeten persoon in een bepaald opzicht is veranderd door de aanwezigheid in of rondom diegene door een geestelijke entiteit, anders dan zijn of haar eigen persoonlijkheid, ziel, zelf, of iets dergelijks' (1976, 8). Onder deze definiëring van Bourguignon vallen verschillende vormen van bezetenheid, onder andere trance en het horen van stemmen. Zo laat antropoloog Deborah Kapchan (2007) in haar onderzoek naar Gnawa-muzikanten in Marokko bijvoorbeeld zien dat bezetenheid iets gewenst kan zijn en gerelateerd wordt aan een mystieke trance. Daarnaast wordt in sommige stromingen van het christendom het horen van stemmen gezien als een religieuze ervaring: een vorm van goddelijke inspiratie of demonische bezetenheid (Luhrman, Leudar & Thomas 2000 in Dein 2017: 561).

In deze scriptie ga ik echter in op de vormen van bezetenheid die door de betrokkenen als ongewenst of zelfs als ziekte wordt ervaren en daarom heb ik gekozen om de definiëring van antropoloog Emma Cohen uit haar artikel 'What is Spirit Possession?' (2008) aan te houden. Zij onderscheidt twee soorten van bezetenheid: *executive* versus *pathogenic*. 'Executive possession' is een concept dat bezetenheid beschrijft als een overname van het lichaam door een externe entiteit, waardoor de bezeten persoon geen controle meer heeft over zijn of haar gedrag., terwijl bij 'pathogenic possession' het lichaam alleen maar wordt besmet (Cohen, 2008: 114).



Bij 'executive possession' onderscheidt Cohen drie belangrijke kenmerken: (a) de aanwezigheid van een geestelijke, intentionele entiteit in of rondom een menselijk lichaam, die (b) tijdelijk de controle over de *agency* en het gedrag van een persoon verdringt, verduistert of beïnvloedt, op zo'n manier dat (c) de intenties, opvattingen, verlangens en karaktertrekken te wijten zijn aan de bezitnemende entiteit voor de duur van de aanval (Cohen 2008: 109). 'Executive possession' komt volgens Cohen voort uit het gedachtegoed dat er een dualistisch onderscheid is tussen lichaam en geest. Een belangrijk voorbeeld hiervan is dat iemand gelooft dat het lichaam van een persoon kan veranderen - door verouderen, het verliezen van een ledemaat of plastische chirurgie - maar dat de persoon hetzelfde blijft (Bloom 2004: 195).

'Pathogenic possession' is daarentegen een concept dat bezetenheid beschrijft als een oorzaak van ziekte. Cohen onderscheidt drie belangrijke kenmerken: (a) de aanwezigheid van een geestelijke, intentionele entiteit in of rondom een menselijk lichaam, die (b) óf geen (waargenomen) effecten veroorzaakt of fysieke effecten, zoals ziekte; psychologische effecten, zoals depressie of hallucinaties; of breder gedefinieerde existentiële effecten zoals pech, (c) voor onbepaalde tijd, tot de entiteit een naam krijgt of tot uitdrijving heeft plaatsgevonden (Cohen, 2008: 109). Een belangrijk verschil met 'executive possession' is dat bij 'pathogenic possession', de identiteit van een persoon niet wordt overgenomen. 'Pathogenic possession' komt volgens Cohen voort uit het idee dat bezetenheid het gevolg is van besmetting van een schadelijke substantie, zoals een geest, gif of magie. Hoe deze besmetting in detail gebeurt, bijvoorbeeld op biomedisch vlak - is het een virus of bacterie? - lijkt van ondergeschikt belang voor de behandeling. Bijvoorbeeld, bezetenheid komt door een zwakke spirituele of fysieke gesteldheid, daarom moet de persoon beter beschermd worden of het besmette lichaam moet ontsmet worden door bijvoorbeeld een uitdrijvingsritueel (Cohen, 2008: 115-116). Dit concept blijft minder concreet dan 'executive possession' en omvat daarmee een groter geheel aan symptomen.

## 2.2 De relatie tussen ziekte, cultuur en taal

Zoals ik hierboven heb gesteld, ga ik in op bezetenheid die door de betrokkenen als ziekte wordt ervaren en kies ik voor een constructivistische benadering. Dat betekent dat ik voornamelijk geïnteresseerd ben in de manieren waarop mensen betekenis

geven aan ziekte en deze construeren in hun dagelijkse leven. Hierbij is het werk van medisch antropoloog Arthur Kleinman (1978) van belang. Hij maakte als eerste een onderscheid tussen ziekte als beleving, namelijk 'illness', en ziekte als aandoening, 'disease'. In de Nederlandse taal wordt dit onderscheid niet gemaakt en voor beide concepten het woord 'ziekte' gebruikt. *Disease* verwijst volgens Kleinman naar een westers biomedisch paradigma waar vooral in biologische en psychologische oorzaken en oplossingen wordt gedacht. Onder *illness* daarentegen verstaat hij de beleving van ziekte in de sociaal-culturele context waarin die ervaring gelegitimeerd en gevalideerd wordt. Een persoon kan een *illness* ervaren zonder een *disease* te hebben. Tegelijkertijd kan een *disease* verschillende *illness*-ervaringen hebben, afhankelijk van culturele, sociale en persoonlijke omstandigheden. Antropoloog Tanya Luhrmann voegt toe dat het onderscheid tussen *illness* en *disease* met name ambigue is in psychiatrie, en dat hoewel veel psychologische aandoeningen een biologisch element hebben, zij ook bepaald worden door de sociaal-culturele context waarin deze voorkomen (2000: 19-20). Bovendien, stelt zij, is er op dit moment geen test om vast te stellen of een psychische aandoening een biologische oorzaak heeft. Ziektebeelden van geestelijke gezondheid zijn dus niet universeel geldend of aan elkaar gelijk te stellen. Zo is het niet te bewijzen of zenuwzwakte in China hetzelfde is als depressie in de Verenigde Staten. Daarom, stelt zij, is het belangrijk van binnenuit de opvattingen van psychische aandoeningen te begrijpen. Het begrijpen van een dergelijke 'emic' perspectief, heeft namelijk gevolgen voor de ervaring, behandeling en uitkomsten ervan (Luhrmann, 2000: 20).

Naast cultuur heeft ook taal een invloed op de ervaring van ziekte. Iedere cultuur heeft haar eigen taalgebruik om verdriet of ongeluk in uit te drukken, ook wel 'idioms of distress' genoemd (Borra 2002b: 13). Wanneer een patiënt en een hulpverlener een andere culturele achtergrond hebben kan de woordkeuze van een patiënt en van diens hulpverlener verschillen. Ondanks culturele verschillen tussen patiënt en hulpverlener, blijkt uit onderzoek van antropologen Good en Good (1981) dat deze culturele of 'etnomedische' informatie vaak irrelevant is voor de diagnostiek en behandeling van de hulpverlener. Zelfs in de psychiatrie, waarbij de definitie van afwijkend wordt bepaald aan de hand van culturele normen, worden vaker de biologische en farmacologische aspecten van een casus benadrukt dan de culturele (Good & Good 1981).

Bovendien kan een medische diagnose ook een maatschappelijke of politieke betekenis hebben en ingezet worden om een bepaalde positie in de samenleving te rechtvaardigen of te verkrijgen. Antropoloog Janice Boddy (1989: 236) laat in haar werk 'Wombs and Alien Spirits' bijvoorbeeld zien dat de vrouwen die zij volgt in haar veldonderzoek in Soedan, het woord bezetenheid als verantwoording gebruiken om vrijheid te creëren. Ze kunnen bijvoorbeeld vrijer spreken over taboeonderwerpen en verantwoorden waarom ze niet getrouwd zijn. Of een diagnose van posttraumatische stressstoornis kan ervoor zorgen dat een asielzoeker een verblijfsvergunning krijgt om behandeld te worden, terwijl een andere diagnose niet daartoe leidt (Borra 2002a: 5).

Taal en cultuur bepalen dus sterk opvattingen over ziekte en bezetenheid. Om een volledig beeld van de opvattingen over bezetenheid van de islamitische hulpverleners te verkrijgen maak ik gebruik van het model van Kleinman (1980). De opvattingen rondom een bepaalde ziekte noemt hij een 'verklaringsmodel'. Een verklaringsmodel kent verschillende onderdelen: 1) de verklaringen met betrekking tot de oorzaak van de ziekte, 2) de ziekteverschijnselen, 3) het verloop van de ziekte en 4) de behandeling. Het verklaringsmodel kan vervolgens op twee manieren toegepast worden, namelijk op individueel niveau, waarin de patiënt uitspraken doet over zijn ziekte, en op sociaal-cultureel niveau, waarin deze uitspraken onderdeel zijn van een symbolisch systeem en daarmee verbonden met kennis- en waardesystemen van een groter geheel van betekenissen. Een verklaringsmodel hoeft overigens niet eenduidig te zijn.

Componenten van verschillende verklaringsmodellen worden vaak tegelijk gebruikt en de betekenisgeving van klachten verandert regelmatig. Dit kan leiden tot opvallende tegenstrijdigheden. Een voorbeeld hiervan is wanneer een Marokkaanse vrouw in Nederland naar de huisarts gaat en tegelijkertijd naar een *hijama*-behandelaar voor een behandeling van bezetenheid. Of een Nederlandse vrouw die naast haar behandeling in de ggz ook hulp zoekt in alternatieve vormen van behandeling zoals het bezoeken van Jomanda. Mensen zoeken verschillende verklaringen en behandelingen voor hun ziekte en kunnen deze voor hun eigen gevoel zonder probleem met elkaar verbinden (Borra 2002a: 5-6).

### 2.3 Hulpverlening van bezetenheid in de Nederlandse context

In de vorige paragraaf heb ik vastgesteld dat de sociaal-culturele context een grote invloed heeft op de ziektebeleving van bezetenheid als ook op de manier van behandelen. In Nederland dient hulp voor psychologische problemen te worden gezocht in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De ggz is het reguliere systeem voor de behandeling van geestelijke problematiek waarin geregistreerde hulpverleners als een huisarts, psycholoog en psychiater werken. Dit systeem is gebaseerd op de heersende opvattingen in de Nederlandse samenleving over ziekte en genezing, vaak aangevuld met ideeën uit andere westerse landen als de Verenigde Staten. Antropologe Tanya Luhrmann (2000) deed onderzoek naar de opleiding en opvattingen van psychiaters in Amerika in haar boek *Of Two Minds*. Zij stelt dat deze ideeën ook invloed hebben op de vorming van het gezondheidszorgsysteem en uiteindelijk hoe men denkt over menselijkheid (2000: 266). Het systeem van reguliere gezondheidszorg is dus niet een objectief systeem, maar is het resultaat van dominante opvattingen over ziekte en genezing die er heersen in de samenleving.

De cultuur van de Nederlandse ggz wordt voornamelijk gevormd door wetenschappelijke kennis, en dan met name kennis gebaseerd op experimenteel psychologisch onderzoek (Kwa 2011 in Jenkins 2014: 3). Daarin heeft biomedische kennis een bevoorrechte positie gekregen in de laatste eeuw (Wade en Halligan 2004 in Jenkins 2014: 4). Door deze bevoorrechte positie wordt de werkwijze van gezondheidsprofessionals voor een significant gedeelte op biomedische kennis gebaseerd (Barker, Reynolds en Stevenson 1997 in Jenkins 2014: 4). Hoewel biomedische kennis veel toegevoegd heeft aan het begrip van gezondheidskwesaties, worden volgens psycholoog John Read (2005) andere oorzaken van psychologische aandoeningen zoals sociale en economische factoren onderbelicht (Read 2005 in Jenkins 2014: 8). Dat het biomedische westerse model in Nederland de overhand heeft in de hulpverlenerscultuur blijkt bijvoorbeeld uit het accreditatiesysteem voor hulpverleners. In dit systeem heeft een hulpverlener geschoold in biomedische kennis meer regie over een patiënt dan een hulpverlener geschoold in alternatieve kennis<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> <https://www.nvgzp.nl/wet-enregelgeving/regiebehandelaarschap-ggz/>

De classificatie van bezetenheid in de Nederlandse ggz gaat uit van de scheiding tussen lichaam en geest. Dit mensbeeld behandelt het lichaam als een ding dat geen keuzes maakt en niet verantwoordelijk is en de geest als datgene dat wel keuzes maakt, de controle heeft en daarom wel verantwoordelijk is (Luhmann 2000: 8). Daarnaast is sinds de Tweede Wereldoorlog in de moderne psychiatrie het rationele natuurwetenschappelijk denken steeds populairder geworden. Dat heeft geleid tot een behoefte voor een duidelijk afgebakend classificatiesysteem voor psychische stoornissen waarop experimenteel onderzoek gedaan kan worden. Uit deze ontwikkeling is uiteindelijk de Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders ontstaan (DSM; Borra 2002a: 2). Dit is een handboek waar de meeste hulpverleners in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg hun diagnoses van psychische stoornissen op baseren. Bezetenheid wordt in de laatste versie, de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), pas voor het eerst expliciet genoemd en geschaard onder dissociatieve stoornissen. De nadruk wordt in de classificatie gelegd op de verstoring in de identiteit en een onderbreking in het gevoel zichzelf te zijn.

Ondanks dat de reguliere Nederlandse ggz wordt gedomineerd door biomedische kennis, zijn er onder andere door migratie en globalisering verschillende hulpverleners en behandelmethoden verschenen in het veld van psychische hulpverlening. Dit zijn niet alleen mensen die opgeleid zijn aan erkende medische opleidingsinstellingen. Zij hebben bijvoorbeeld achtergronden in traditionele of alternatieve geneeswijzen zoals Chinese acupunctuur, reiki of *hijama*-therapie. Deze vormen van hulpverlening, maar ook hulpverlening vanuit een religieuze traditie, worden meestal geschaard onder alternatieve geneeswijzen en staan in de hiërarchie van kennis lager dan de biomedische kennis (Margry 2018: 8). Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat mensen behandeling volgens alternatieve geneeswijzen niet vergoed krijgen uit hun basiszorgverzekering, maar daarvoor aanvullend verzekerd moeten zijn. Terwijl uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek is gebleken dat in 2010-2012 ongeveer een miljoen mensen gebruik maakten van alternatieve zorg. Veel mensen zien alternatieve geneeswijzen dan ook als een aanvulling op de reguliere zorg (van der Schors, Brabers, Hoefman en de Jong 2016). Wat als alternatieve geneeswijze wordt gezien is ook relatief. Sommige behandelmethoden die hier als alternatieve geneeswijzen worden gezien, behoren in andere landen juist tot de reguliere geneeswijzen (Margry 2018: 10-11). Doordat

deze vorm van hulpverlening 'alternatieve geneeswijzen' genoemd wordt, lijkt het een alternatief op de reguliere hulpverlening te zijn. 'Alternatief' is dus een relatief en context-gebonden benaming. Kennis over ziekte uit een niet-Westerse migratiecontext wordt dus als alternatief beschouwd, niet vergoed en staat onderaan de hiërarchie van kennis over ziekte in Nederland.

## 2.4 Islamitische verklaringsmodellen

Naast dat moslims de mogelijkheid hebben om hulp te zoeken in de reguliere ggz, zoeken zij ook hulp bij islamitische hulpverleners in het alternatieve domein. In islamitische culturen wordt doorgaans geen scheiding gemaakt tussen lichamelijke en geestelijke ziektes (Buitelaar 2006, 146). Een voorbeeld van de religieuze beleving van deze holistische visie is het Marokkaanse idioom 'sahieh'. Dit woord betekent niet alleen gezond zijn, maar suggereert ook intact of heel. Ziekte wordt gedefinieerd in de ervaring van 'ajjaan', vermoeidheid. Dit suggereert dat iemand opgebrand of uitgeput is, en dat laat zien dat ziekte invloed heeft op iemands algehele gesteldheid. Omdat ziekte dus effect heeft op het gehele lichaam, is op te merken dat de basis voor classificatie en diagnose van problematiek niet plaatsvindt aan de hand van de symptomen, maar eerder op basis van oorzaak (Buitelaar 2006: 146-147). Er wordt dan een onderscheid gemaakt tussen natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen bovennatuurlijke oorzaken van ziekte: het boze oog, magie of een *djinn* (Van den Hout 2013: 161).

Het boze oog wordt gezien als een van de oorzaken van ongeluk, van plotseling overlijden tot een algemeen gevoel van ziekte (Spooner, 2013). Het is gebaseerd op het idee dat een individu de kracht heeft om schade toe te brengen aan een ander persoon, door alleen maar naar iemand of naar iemands bezit te kijken. Veelal wordt het boze oog dan ook geassocieerd met jaloezie (Hoffer, 2012). Een tweede bovennatuurlijke oorzaak van ziekte is magie. Zogenaemde tovenaars en heksen (*sahirs*) maken gebruik van magie (*sahr*) om ziekte of ongeluk te veroorzaken bij anderen. Antropoloog Cor Hoffer (2012) onderscheidt in zijn onderzoek naar religieuze geneeswijzen in Nederland drie verschillende soorten magie: magie met behulp van duivels (*shaytans*), magie met behulp van *djinns* en magie waarvoor materie gebruikt is, bijvoorbeeld delen van dieren. Deze drie vormen

van magie kunnen zowel apart van elkaar, als naast elkaar bestaan. Tot slot kunnen door moslims *djinns* als oorzaak van bezetenheid gezien worden. *Djinns* worden in de Koran genoemd als een van de wezens die God heeft geschapen. Ze zijn gemaakt uit rookloos vuur en hebben geen tastbare lichamen. *Djinns* lijken erg op mensen en worden net als mensen geclassificeerd volgens geslacht, etniciteit, religie, sociale klasse, politieke voorkeur, morele standaarden enzovoorts (Blom & Hoffer, 2012). *Djinns* kunnen zowel goed als slecht zijn en laten mensen over het algemeen met rust. Toch zijn mensen meestal bang voor hen; ze zijn onzichtbaar en daarom niet altijd te vermijden. Als een mens per ongeluk een *djinn* aanraakt of erop stapt, kan de *djinn* schrikken en de mens beschadigen of de mens in bezit nemen (Bartels, 1993: 139). Daarom kijken mensen over het algemeen uit voor *djinns* en proberen zij hen te vermijden.

### 3 De hulpverleners, patiënten en de weg naar hulp

Voordat ik (in hoofdstuk 4) de opvattingen over bezetenheid van de islamitische hulpverleners bespreek, geef ik in dit hoofdstuk eerst de context van die opvattingen: wat hun hun werk is, wie hun patiënten zijn, en hoe die patiënten bij hen terecht komen. Dit doe ik aan de hand van statistieken, internetbronnen en literatuur, maar ook aan de hand van de ervaringen en opvattingen van de islamitische hulpverleners zelf. De geschetste context is dus niet alleen gebaseerd op feitelijke informatie, maar ook op de opvattingen van mijn respondenten.

#### 3.1 Islamitische hulpverleners

Moslims met klachten van bezetenheid kunnen in Nederland naar verschillende hulpverleners gaan. Hierin is een grof onderscheid te maken reguliere islamitische hulpverleners en alternatieve islamitische hulpverleners. Reguliere hulpverleners zijn opgeleid in het biomedische veld en zijn bijvoorbeeld (huis-)artsen, psychologen, psychiaters, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Alternatieve hulpverleners zijn meestal niet opgeleid in het biomedische veld, maar zijn theologisch of 'alternatief' onderlegd. Zij zijn imams, geestelijk verzorgers, *hijama*-behandelaren en *raqi*'s. Hieronder volgt een toelichting op geestelijk verzorger, *hijama*-behandelaar en *raqi*.

Een (islamitisch) geestelijk verzorger is een hulpverlener die patiënten helpt met levensbeschouwelijke vragen en zingeving vanuit een bepaalde traditie.

Geestelijk verzorgers zijn vaak in dienst bij zorginstellingen, defensie of justitie.

Een *hijama*-behandelaar is een hulpverlener die *hijama* uitvoert, ook wel 'cupping' genoemd. *Hijama* betekent in het Arabisch 'zuigen'. Er wordt tijdens de behandeling een sneetje gemaakt in de huid en daarop een cup geplaatst die vacuümgetrokken wordt. Zo wordt bloed uit het lichaam onttrokken. *Hijama* is een behandeling die in een aantal overleveringen van de Profeet Mohammed wordt genoemd en daarom in islamitische gemeenschappen bekend is. Er bestaat ook een andere variant van *hijama*, dit is het vacuüm trekken van de huid zonder dat er een snee gemaakt is. Deze variant is vooral bekend uit China<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Bronnen: <https://www.hijama.nl/hijama/> en <https://hijamaencupping.nl/therapiecentrum/alles-over-hijama/> geraadpleegd op 17 juli 2018.



Een *raqi* is een hulpverlener die *ruqyah* uitvoert. *Ruqyah* is het bezweren door middel van het reciteren van de Koran en het opzeggen van smeebeden of andere islamitische teksten. Deze recitaties gaan vaak samen met het spugen (zonder vloeistof) of blazen op onder andere water of eten (Abu Zayd 2002 in Eneborg 2014: 423). Patiënten zoeken bescherming en genezing bij Allah voor allerlei ziekten door het bezoeken van een *raqi* of zelf uitvoeren van *ruqyah*.

### 3.2 De patiënten met klachten van bezetenheid

Gedetailleerde statistieken over de achtergrond van patiënten die met klachten van bezetenheid bij de ggz komen zijn onbekend. Dat komt omdat bezetenheid op veel verschillende manieren gediagnosticeerd wordt. Over het algemeen komen psychische klachten vaker voor bij laagopgeleiden<sup>6</sup>, vrouwen<sup>7</sup> en mensen met een niet-westerse migratieachtergrond, waarvan het meeste bij mensen met een Marokkaanse en Turkse achtergrond<sup>8</sup>. Daarom is het belangrijk om te achterhalen wie er bij hulpverleners over de vloer komen en vroeg ik mijn respondenten naar hun patiënten.

Uit antropologische literatuur blijkt dat vrouwen meer last hebben van bezetenheid dan mannen. In haar boek ‘Een dochter is beter dan duizend zonen’ stelt Edien Bartels (1993) dan ook dat vrouwen vaker het slachtoffer van een *djinn* zijn dan mannen. Door onder andere menstruatie en bevallingen zouden vrouwen aantrekkelijker voor *djinns* zijn dan mannen (Bartels 1993: 139). Dit sluit aan bij de statistieken. Echter herkenden niet alle hulpverleners dat er meer vrouwen met klachten van bezetenheid bij hun kwamen. Imam en geestelijk verzorger Hamid weet uit ervaring dat het overgrote deel vrouwen zijn die zeggen bezeten te zijn<sup>9</sup>.

Psycholoog Feyza sluit daar, wat minder overtuigend, bij aan:

“Ik heb nog nooit zelf een bezeten mannelijke patiënt gehad, misschien zegt dat wel wat. Ik denk dat dat onder vrouwen wat meer speelt dan onder mannen.”<sup>10</sup>

<sup>6</sup> CBS <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83709ned&D1=0-3&D2=a&D3=1&D4=33,63,98&D5=a&D6=a&D7=l&VW=T> verkregen op 15 juli 2018

<sup>7</sup> CBS <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83005NED&D1=1&D2=0-13&D3=0&D4=l&HDR=G2,G3,T&STB=G1&CHARTTYPE=1&VW=T> verkregen op 15 juli 2018

<sup>8</sup> CBS <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83710ned&D1=2-3&D2=a&D3=2&D4=12,19,35&D5=a&D6=a&VW=T> verkregen op 15 juli 2018

<sup>9</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>10</sup> Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

GZ-psycholoog Samir geeft als verklaring dat psychopathologie over het algemeen vaker voorkomt bij vrouwen. Echter is zijn ervaring dat bezetenheid niet vaker voorkomt bij vrouwen<sup>11</sup>. *Hijama*-behandelaar Sherene ziet ook geen verschillen tussen man en vrouw<sup>12</sup>.

De culturele achtergrond van patiënten is relevant omdat bezetenheid van *djinns* een islamitisch fenomeen is, maar in veel verschillende culturen voorkomt. Moslims in Nederland zijn een heterogene groep met verschillende geloofsstromingen, etniciteiten en culturen en hebben daarmee dus verschillende opvattingen en houdingen over ziekte en genezing. Daarbij spelen individuele opvattingen ook een rol. De hulpverleners zagen onder diegenen met bezetenheidsklachten voornamelijk mensen met een niet-westerse migratieachtergrond en dan in het bijzonder Noord-Afrikaanse, Turkse en Pakistaanse mensen. Zo heeft bijvoorbeeld GZ-psycholoog Samir veel patiënten die een Noord-Afrikaanse of Turkse afkomst hebben. Hij is van mening dat het wel veel wijder verspreid is, ook in Indonesië, Afghanistan, Iran, maar omdat zijn patiënten meestal uit Turkije, Marokko of andere Noord-Afrikaanse landen komen is het zijn ervaring dat hij het meer meemaakt met deze groepen<sup>13</sup>. Imam en geestelijk verzorger Hamid ziet wel verschillen tussen Turkse en Noord-Afrikaanse landen. Hij verklaart dit omdat de Noord-Afrikaanse cultuur meer een verlengde is van de Arabische cultuur en de *djinn* komt meer voor in Arabische literatuur en cultuur<sup>14</sup>. *Hijama*-behandelaar Sherene ziet ook verschillen in cultuur, maar linkt deze aan tovenarij. Haar verklaring is dat vooral in Marokko en Pakistan veel tovenarij is waardoor mensen daar veel bezeten raken. Echter ziet zij ook dat veel bekeerlingen met bezetenheidsklachten. Volgens haar willen *djinns* voorkomen dat mensen bekeren tot de islam en wil de duivel via bezetenheid mensen weghouden van Allah<sup>15</sup>.

Uit de statistieken blijkt dat psychische klachten vaker voorkomen bij laagopgeleiden, maar alleen Feyza zag meer laagopgeleiden dan hoogopgeleiden. Als verklaring gaf zij daarvoor dat mensen die hoger opgeleid zijn, meer van Nederlandse verklaringsmodellen ten aanzien van ziekte en gezondheid met zich

---

<sup>11</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

<sup>12</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>13</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

<sup>14</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>15</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

hebben meegekregen en kritischer zijn jegens andere verklaringsmodellen. Het hebben van een westers verklaringmodel zal volgens haar eerder leiden naar de psycholoog<sup>16</sup>.

De hulpverleners benoemen tot slot allemaal verschillende persoonlijke eigenschappen van de patiënten met bezetenheidsklachten als ‘onzekerheid’, ‘prikkelbaar’, ‘manipulatief’ als zij hen omschrijven. De belangrijkste eigenschap die door alle hulpverleners genoemd wordt is ‘zwakte’. Zo zegt *hijama*-behandelaar Sherene dat zwakte en geen controle hebben, met elkaar hand in hand gaan:

“... kijk, dat laat ook zien dat deze persoon zwak is. Want die heeft geen controle over de djinn.”<sup>17</sup>

### 3.3 De weg van de patiënt naar de hulpverlener

Uit medisch antropologisch onderzoek blijkt dat mensen die ziek worden volgens een bepaalde weg hulp zoeken. De eerste optie is vaak advies vragen van familieleden of vrienden of zichzelf behandelen. Deze adviezen of zelfmedicatie komt voort uit verklaringmodellen die de naaste omgeving en de patiënt zelf hebben en bestaan uit medicijnen als paracetamol en/of traditionele remedies zoals het gebruik van kruiden (Helman 2000: 51).

Ook uit de interviews blijkt dat de omgeving van een patiënt een belangrijke rol speelt in het vragen om hulp. Met name voor het signaleren van bezetenheid bij de patiënt. Zo zegt imam en geestelijk verzorger Hamid dat degene die bezeten is het zelf vaak niet eens doorhebben, maar dat de omgeving vreemde gedragingen ziet.

“Dus het is meestal juist de buitenstaander die het als zodanig ziet of als zodanig herkent. En het is meestal pas na een tijd dat de persoon in kwestie zelf erkent dat hij bezeten is en hulp zoekt.”<sup>18</sup>

*Hijama*-behandelaar Sherene, die zelf meent bezeten te zijn geweest, voelde een hoge drempel om haar klachten te bespreken met de studieadviseur op de universiteit. Ze kon niet meer functioneren op school en werk, maar was bang dat de

<sup>16</sup> Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

<sup>17</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>18</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

studieadviseur haar niet zou begrijpen en voor gek zou verklaren<sup>19</sup>. Imam Hamid ziet ook een ‘probleem’ in het signaleren door de omgeving van de patiënt. Hij twijfelt of deze mensen wel daadwerkelijk bezetenheid kunnen herkennen omdat zij vaak weinig kennis hebben over dit onderwerp.

“Binnen moslimgemeenschap, is dat sommige dingen heel snel als bezetenheid wordt aangeduid. En dan de persoon in kwestie erin gaat geloven dat hij bezeten is. Dus het heeft twee kanten”<sup>20</sup>

Het is opvallend dat zowel de *hijama*-behandelaar, psychologen en de imam merken dat hun patiënten niet in eerste instantie naar hen toekomen. De hulpverleners merken dat zij eerst iemand zoeken die aan geestuitdrijving of *ruqyah* doet die zowel in Nederland als in het buitenland bezocht worden. GZ-psycholoog Samir ziet dat zijn patiënten zowel in de reguliere zorg als ook in de alternatieve zorg hulp zoeken, soms gelijktijdig en soms na elkaar. Veel van zijn patiënten lopen ten minste een jaar rond met klachten voordat zij naar zijn instelling komen. Bijna al zijn patiënten zijn daarvoor bij andere hulpverleners geweest. Sommigen zijn ook nog bij andere reguliere instellingen geweest<sup>21</sup>. Ook geestelijk verzorger Hamid ziet dat mensen ongeveer twee jaar uitdrijvingsrituelen proberen. Daarna ziet hij een soort van omslag, een bewustwording bij zijn patiënten zoals hij vertelt in het interview:

“van oké ik heb mijn lot altijd in de handen gelegd van een ander. Nu wil ik het lot in eigen handen nemen. En kijken wat ik zelf kan doen. En in veel gevallen zie je dat ze in die fase ongeveer bij ons [IPEP] terechtkomen.”<sup>22</sup>

Volgens de islamitische hulpverleners heerst er onder hun patiënten angst voor reguliere instellingen en hebben zij een lage mate van vertrouwen in deze instellingen. Zo zien psycholoog Feyza en *hijama*-behandelaar Sherene bij patiënten een angst dat de psycholoog of huisarts hen als gek bestempeld, met als consequentie bijvoorbeeld dat hun kinderen worden afgenomen door jeugdzorg<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>20</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>21</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

<sup>22</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>23</sup> Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

Psycholoog Feyza merkt dat er weinig kennis is bij Nederlandse psychologen over bezetenheid en zij daarom niet helemaal toegerust zijn om in de praktijk met deze problematiek te werken<sup>24</sup>. Volgens GZ-psycholoog Samir is een studiegroep die onderzoekt hoe patiënten met klachten van bezetenheid op zoek gaan naar hulp een oplossing. Zo ontstaat er een beter overzicht hoe dit proces verloopt en wie er betrokken is bij dit proces. Voor het vergroten van de kennis bij psychologen, zijn volgens de hulpverleners de beroepsvereniging als ook de onderwijsinstellingen verantwoordelijk<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

<sup>25</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

## 4 Opvattingen van de hulpverleners ten aanzien van bezetenheid

In dit hoofdstuk zal ik de opvattingen van de hulpverleners beschrijven aan de hand van het verklaringsmodel van Kleinman (1980). Een verklaringsmodel omvat klachten, oorzaken en behandeling van een ziekte. Daarom beschrijf ik respectievelijk de opvattingen van de islamitische hulpverleners over klachten, oorzaken, behandeling en genezing van bezetenheid.

### 4.1 Wat benoemen de hulpverleners als ‘bezetenheid’?

Zoals ik in hoofdstuk 2 heb besproken, speelt taal een grote rol in de ervaring van ziekte (Borra 2002b). Welke woorden iemand gebruikt om hun ziekte te omschrijven, kan dus veel informatie bevatten. Een belangrijk onderdeel in de reguliere zorg is het vaststellen van een diagnose. Dit is het vaststellen van welke psychische aandoening iemand heeft en het benoemen van deze psychische aandoening. Het blijkt dat de islamitische hulpverleners opgeleid in het reguliere systeem hier een aantal dilemma's mee hebben. Daarom zal ik beginnen om deze opvattingen te beschrijven.

Veel hulpverleners uit de reguliere ggz hebben een specifiek beeld bij het horen van het woord bezetenheid. GZ-psycholoog Samir en psycholoog Feyza weten uit ervaring dat dit woord voor de meeste hulpverleners iets onverklaarbaars of iets bovennatuurlijks omvat wat van oorsprong geen plek heeft in de biomedische hulpverlening. Deze hulpverleners gebruiken daarom niet het woord bezetenheid in hun diagnose<sup>26</sup>. Psycholoog Feyza heeft moeite met de richtlijn van de instelling waar ze werkt om met DSM-IV te diagnosticeren voordat de patiënt behandeld wordt. Hierin is bezetenheid nog niet opgenomen als diagnose. Dat betekent dat zij ook niet mag diagnosticeren met bezetenheid. Hierdoor kan zij soms geen passende diagnose vinden voor de klachten van haar patiënten<sup>27</sup>.

GZ-psycholoog Samir en psycholoog Feyza twijfelen over de diagnose die andere hulpverleners, bijvoorbeeld collega's, wel geven aan mensen die zeggen

---

<sup>26</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam  
Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

<sup>27</sup> Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

bezeten te zijn. Deze collega's hadden namelijk patiënten met bezetenheid gediagnosticeerd met bijvoorbeeld een waan, psychose of schizofrenie. Een diagnose als psychose is een benaming van een specifieke ziekte die volgens GZ-psycholoog Samir in veel gevallen helemaal niet aan de orde is. In de gesprekken die hij en psycholoog Feyza voeren met hun collega's blijkt dat hun collega's bezetenheid geen plek geven binnen hun werkwijze of dat zij de noodzaak van, zoals zij dat noemen, een exotische naam niet begrijpen of zelfs als een negatieve gedachte zien die weggewerkt moet worden in therapie<sup>28</sup>.

GZ-psycholoog Samir en psycholoog Feyza zien die noodzaak echter wel. GZ-psycholoog Samir meent dat de overtuiging van bezetenheid door een *djinn* een cultureel valide overtuiging kan zijn en daarmee er geen sprake kan zijn van een waan. Daarom noemt hij het zoals patiënten het zelf noemen<sup>29</sup>. Psycholoog Feyza ziet daarnaast dat haar patiënten termen als depressie of angststoornis niet kennen en daarom het idioom bezetenheid gebruiken om hun klachten te beschrijven. Ook vindt ze dat bezetenheid een hele specifieke vorm van psychotische klachten, stemmen horen, paniekaanvallen of emotionele uitbraken is. De oplossingen die door andere psychologen aangedragen worden voor een psychose, bijvoorbeeld een antipsychoticum, zijn volgens haar niet de oplossing voor bezetenheid<sup>30</sup>. GZ-psycholoog Samir vindt dat bezetenheid als een soort cultureel idioom, of zelfs syndroom kan worden gezien. Het is volgens hem een combinatie van bestaande DSM-stoornissen als psychose, depressie, persoonlijkheidsstoornis of een op zichzelf staand ziektebeeld. Zijn argument is dat als bezetenheid alleen maar met psychose te maken had gehad, dat hij dan ook alleen maar psychotische patiënten te zien zou krijgen en dat is niet het geval. Daarom vindt hij dat bezetenheid diagnose overstijgend is<sup>31</sup>.

Wat uit de antwoorden van deze psychologen blijkt is dat in dit onderdeel van de behandeling al een eerste wrijving ontstaat. De hulpverleners die werken binnen de reguliere ggz worden of gedwongen om te kiezen uit diagnoses die volgens hen niet passend zijn, of vinden het feit dat hun patiënten hun klachten wijten aan bezetenheid niet relevant of zelfs onderdeel van hun psychologische aandoening.

---

<sup>28</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

<sup>29</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

<sup>30</sup> Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

<sup>31</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

## 4.2 Welke klachten van bezetenheid ervaren patiënten?

Uit de interviews met de respondenten blijkt dat veel verschillende klachten bij bezetenheid horen. Sommige klachten worden maar door een hulpverlener genoemd, andere klachten worden door meerdere hulpverleners genoemd. De grote verscheidenheid van de klachten laat ik zien door ze onder te brengen in verschillende dimensies namelijk emoties, gedachten, fysiologische klachten en gedragingen. Imam Hamid noemt daarnaast een kenmerk dat niet onder bovenstaande dimensies onder te brengen is, namelijk een plotselinge omslag in gedrag. Volgens hem is gedrag wat van dag op dag kan omslaan, ineens en onverklaarbaar verandert, heel kenmerkend. Dat kan volgens hem zijn in gedrag, maar ook in relaties met anderen. Bijvoorbeeld, patiënten van hem krijgen opeens een afkeer van een bepaald persoon of hun gezichtsuitdrukking en stem veranderen plotseling. Deze plotselinge omslag is volgens hem het teken dat hij niet meer met de persoon aan het praten is, maar met ‘een ander’, een *djinn*<sup>32</sup>.

Over emotionele klachten zijn de hulpverleners heel eenduidig en komen drie belangrijke thema's naar voren: *angst*, *boosheid* en *depressie*. Boosheid kan op twee manieren worden benaderd: op een persoonlijk niveau en op een relationeel niveau. Patiënten kunnen dus *agressief overkomen*, *schreeuwen* en *boos kijken* zonder dat dat specifiek gericht is aan een persoon. Of op relationeel niveau waarbij boosheid gericht is op iemand anders, vaak een persoon waarmee de patiënt een (liefdes)relatie heeft. Deze vorm van boosheid gaat ook samen met *afkeer*. De bezeten persoon wil niet meer met iemand samenleven, wil niet meer trouwen, kan iemand niet meer uitstaan, haat iemand of walgt van iemand. Het laatste thema is depressie. De hulpverleners omschreven dit met *depressief voelen*, *hulpen* en *lusteloosheid*. Hijama-behandelaar Sherene herkende deze emotie toen zij zelf bezeten was:

“Hoe het zich bijvoorbeeld bij mij ook heel veel geuit heeft is dat ik gewoon dit had [Sherene staart voor zich uit]. (...) dat ik echt letterlijk niks kon doen. (...) in m'n hoofd zei ik: (naam), (...) pak nou even je boek, (...) maar dat ik gewoon zo bleef (voor zich uit starend). (...) Lusteloosheid gaat ook samen met depressie.”<sup>33</sup>

<sup>32</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>33</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht



Binnen de dimensie gedachten GZ-psycholoog Samir en psycholoog Feyza bij hun patiënten met bezetenheid klachten als *het horen van stemmen, het voelen van een aanwezigheid en hallucinaties*<sup>34</sup>.

Vervolgens worden veel verschillende fysiologische klachten genoemd als klachten van bezetenheid. Zoals zwaar ademen, verlamming, ziek voelen en voelen alsof iemand van binnen fijn geperst wordt. *Hijama*-behandelaar Sherene ziet tijdens haar behandelingen ook bepaalde kenmerken aan het bloed waaraan ze kan zien dat iemand bezeten is. Zo vertelt ze:

“Kijk soms, bij mensen die *sahr* hebben, zitten er echt rare dingen in het bloed (...) en ik heb bij haar de *hijama* gedaan op de gewrichten, op die plek, (...) kwam iets (...), het leek wel witte vleesstukjes of zo (...) eruit. Dat had ik nog nooit eerder gezien. Het was heel raar en het bloed bleef maar stromen en ik heb die cup wel zeven keer moeten plaatsen, (...)”<sup>35</sup>

Tot slot valt op in de dimensie gedragingen, dat alle hulpverleners het thema *geen controle hebben* benoemen. Dit wordt door hen in verschillende termen omschreven, bijvoorbeeld letterlijk ‘*hij heeft geen controle*’ of ‘*hij verliest de controle*’ maar ook meer impliciet als ‘*iemand die uit balans raakt*’ en ‘*ineens maakte ik rare geluiden en werd ik heel boos*’. Het thema wat daarop aansluit, is *zichzelf niet zijn*. Bijvoorbeeld een patiënt die niet meer weet wat hij gedaan heeft in het verleden, opeens een andere taal spreekt of geen oogcontact meer maakt. Imam Hamid merkt het als hij met een van zijn patiënten praat:

“En dat zie je ook in de gedragingen. Dat die bijvoorbeeld heel normaal met je praat en ineens, ineens zie je dat de gezichtsuitdrukking verandert en dan weet je dat hij er niet meer is. Dus dan kijkt hij ineens, soms [Hamid fronst zijn wenkbrauwen]. Soms kan ook de stem een beetje veranderen, dan weet je van oké, ik heb nu niet meer met die persoon maar met een ander te maken.”<sup>36</sup>

Imam Hamid en *hijama*-behandelaar Sherene noemen tot slot allebei nog een thema dat ik samenvat als *reactie op een bepaalde religieuze situatie*.<sup>37</sup> Volgens hen

<sup>34</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

<sup>35</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>36</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>37</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

reageren patiënten die bezeten zijn heel heftig op het reciteren van de Koran, hebben zij een reactie als ze in de buurt zijn van een imam of moskee, reageren zij op het horen van het gebed of bepaalde religieuze woorden. Het is opvallend dat deze reactie altijd op een woord of situatie uit de religieuze context is, maar dat de reactie niet op eenzelfde manier gebeurt. Deze reactie kan trillen, schreeuwen of aanstaren zijn. Imam Hamid heeft bijvoorbeeld het volgende meegemaakt:

“Ik heb een geval gehad die als ik het woord jood zei (...) joods, want *djinns* die kunnen in (...) het verklaringmodel van de islam, van moslims, kunnen ook [andere] religies aanhangen. [De *djinn*] kan een moslim zijn, christen, atheïst of een jood, kan vanalles zijn. In haar geval zal het hoogstwaarschijnlijk een joodse *djinn* zijn geweest. (...) elke keer als ik zei jood, dan deed ze, keek ze me zo aan. (...) Ze praat gewoon heel normaal en zodra het woord jood valt doet ze zo [een intens oogcontact maken]. Ja, dat is heel apart. En zo kwam ik er ook achter dat het waarschijnlijk een joodse *djinn* was. En toen ik dat [Hamid diagnosticeerde haar met een joodse *djinn*] zei, reageerde ze er niet meer op. En toen dacht ik: ah nu probeert hij [de *djinn*] waarschijnlijk (...) zich anders voor te doen.”<sup>38</sup>

### 4.3 De oorzaken van bezetenheid volgens hulpverleners

De hulpverleners noemen verschillende oorzaken van bezetenheid. Zo zoeken de alternatieve hulpverleners met een islamitische achtergrond de oorzaken van bezetenheid bij *djinns*, *tovenarij*, *het boze oog* en *iemand's levensstijl*.<sup>39</sup> De reguliere hulpverleners met een islamitische achtergrond daarentegen zien *relationele problemen* als de voornaamste reden van bezetenheid<sup>40</sup>.

Tovenarij is een thema wat veel terugkomt in verschillende interviews. Het wordt op veel verschillende manieren genoemd: voodoo, zwarte magie, hekserij, tovenarij, *sahr*, een pact sluiten met de *djinn*. *Hijama*-behandelaar Sherene maakt een onderscheid tussen verschillende typen van bezetenheid met verschillende oorzaken: tovenarij met *djinn*, tovenarij zonder *djinn* en bezetenheid van *djinn* zonder tovenarij. Tovenarij, of het Arabische woord ervoor, *sahr*, wordt uitgevoerd door een tovenaar, *sahir*. Een tovenaar is volgens geestelijk verzorger Hamid vaak een man, de mensen die een tovenaar om advies of hulp vragen zijn vaak een vrouw. Een

<sup>38</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>39</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>40</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

veelgenoemde reden om tovenarij te doen is jaloezie<sup>41</sup>. Geestelijk verzorger Hamid vertelt mij dat een persoon bijvoorbeeld een scheiding wil veroorzaken uit jaloezie en vervolgens zelf met deze persoon wil trouwen<sup>42</sup>. *Hijama*-behandelaar Sherene vertelt dat er mensen zijn die ook voor klachten van bezetenheid hulp zoeken bij een tovenaar. Ze vindt deze tovenaars ongeschikt en is ook van mening dat deze tovenaars juist bezetenheid in stand houden of zorgen voor bezetenheid. Volgens haar komt dat omdat deze tovenaar of heks een contract heeft met de slechte *djinns*, de *shayatin*. Om het gevraagde resultaat van zijn cliënt te bewerkstelligen, bijvoorbeeld een scheiding, moet de tovenaar rituelen uitvoeren voor de *djinn*. *Hijama*-behandelaar Sherene vertelt een verhaal over een van haar patiënten waaruit deze slechte rituelen naar voren komen:

“Ik had laatst een zuster hier, een Nederlands bekeerd meisje, die dus zelf naar een *sahir* is gegaan toen ze nog niet bekeerd was. Die man heeft drie hanen geslacht, hij heeft op haar gewrichten dingen in het Arabisch geschreven wat zij niet kon lezen, ze weet ook niet wat het was wat hij geschreven heeft, en ze moest gemeenschap met hem hebben, seksuele gemeenschap. (...) Hij had al heel vaak dingen op haar gewrichten geschreven, en hij had, maar zij dacht [hij is] gewoon een waarzegger, (...) want hij vertelde haar dus dingen waarvan zij onder de indruk raakte, en zij dacht van ‘oh, dit is echt’.<sup>43</sup>

Ggz-hulpverleners Samir en Feyza zien veel relationele problemen bij patiënten met klachten van bezetenheid. GZ-psycholoog Samir stelt zelfs dat uitzonderingen daargelaten, “in alle gevallen die we met *djinns* meegemaakt hebben, is er heel veel systemisch aan de hand in families”. Hij ziet dat patiënten een vrijstelling krijgen van hun taken en verplichtingen wanneer zij bezetenheid hebben. De druk die familie uitoefent op de patiënt om bijvoorbeeld te trouwen, is dan de oorzaak waarom er volgens hem een probleem met een *djinn* ontwikkeld wordt. Hij ziet dus dat de *djinn* lastig en pijnlijk is voor zijn patiënten, maar daarnaast ook bijna altijd een voordeel met zich mee brengt.<sup>44</sup> Ook psycholoog Feyza ziet vaak in de levenslijn van de patiënt ruzies, problemen en opstapelingen van stress in relaties

---

<sup>41</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>42</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>43</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>44</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

met familie of schoonfamilie bij patiënten met bezetenheid. Zij stelt dat er vaak een derde partij bij betrokken is: iemand die iets wilde veranderen in het leven van haar patiënt, door bijvoorbeeld tovenarij te gebruiken<sup>45</sup>.

*Hijama*-behandelaar Sherene meent dat Allah het toelaat dat mensen bezeten worden als iemand veel zonden heeft. De bezetenheid geldt dan als een soort bestraffing of beproeving. Volgens haar is het doel dat je door bezetenheid te overwinnen dichter bij Allah komt. Ze wil hiermee niet zeggen dat Allah bezetenheid veroorzaakt, maar het gebeurt met de toestemming van Allah. Daarnaast is ze van mening dat bezetenheid voorkomen kan worden wanneer moslims zichzelf goed beschermen. Volgens haar kan iemand zich beschermen door een goede levensstijl aan te houden en geen zonden te begaan. Volgens Sherene dragen onder andere bidden, een *hijab* dragen (voor vrouwen) en een baard dragen (voor mannen) bij aan de bescherming tegen bezetenheid<sup>46</sup>. Ook geestelijk verzorger en imam Hamid ziet dat een oorzaak van bezetenheid een hele ongezonde levensstijl is, of zoals hij zegt: “in termen van moslimreligiositeit heel erg zondig leven”<sup>47</sup>.

#### 4.4 Een goede behandeling van bezetenheid volgens de verschillende hulpverleners

In bovenstaande paragrafen heb ik beschreven welke opvattingen hulpverleners hebben over verschillende aspecten van bezetenheid. In deze paragraaf onderzoek ik hoe zij hulpverleners aan hun patiënten die menen bezeten te zijn. Ik zal van elk van mijn respondenten een overzicht geven van hun behandeling en hun opvattingen over de effecten van hun behandeling beschrijven.

##### 4.4.1 Behandeling van bezetenheid bij een GZ-psycholoog

GZ-psychologen krijgen steeds meer te maken met patiënten met klachten van bezetenheid. Omdat dit volgens de DSM niet een valide diagnose is, gaan zij op verschillende manieren om met de behandeling van bezetenheid. Sommige van hen behandelen het als dissociatieve stoornis, anderen als angststoornis. GZ-psycholoog Samir ziet zelf bezetenheid niet als een valide verklaringsmodel voor de klachten van

---

<sup>45</sup> Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

<sup>46</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>47</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

zijn patiënten. Dat zijn patiënten dat wel zo zien, is voor hem niet zo belangrijk. Hij kijkt tijdens zijn behandeling namelijk naar onderliggende en instandhoudende factoren. Daarbij onderzoekt hij op welke momenten zijn patiënt last krijgt van bezetenheid. Waarom zijn zij juist kwetsbaar voor de *djinn*? En waarom kunnen zij daartegen geen weerstand bieden? Het stellen van deze vragen en socratische gespreksvoering zijn volgens hem een belangrijk onderdeel van de behandeling. Daarmee stimuleert hij zijn patiënten om kritisch na te denken over henzelf en hun omgeving. Daarnaast kijkt hij samen met zijn patiënt naar uit welke dingen diegene kracht haalt en wat werkt om weerstand te bieden tegen de *djinn*. Wanneer het voor Samir duidelijk is op welke momenten zijn patiënt zich zwak of juist sterk voelt tegen de *djinn*, begint hij zijn behandeling. Meestal bevat deze behandeling een combinatie van cognitieve gedragstherapie (CGT), gedragsexperimenten en een systemische therapie. Met CGT probeert hij twijfel te zaaien over een angstige gedachte, bijvoorbeeld 'de djinn gaat me vermoorden'. Dat kan door socratische gespreksvoering of een historische analyse, bijvoorbeeld door te constateren 'je hebt een aanval van de *djinn* al minstens 50 keer overleefd'. Of hij gebruikt gedragsexperimenten, waarbij hij geleidelijk de patiënt zich laat blootstellen aan de angst om zo controle erover te krijgen. Tot slot koppelt hij een systemisch traject aan de behandeling omdat hij gemerkt heeft dat bijna iedereen die bezeten is door een *djinn*, veel stressvolle gebeurtenissen in de familiecontext heeft ervaren. Hij ziet bijvoorbeeld dat wanneer er veel stress is in de familie, de patiënt met de *djinn* de uitlaatklep is voor de spanningen in het systeem. Gesprekken met de patiënt en met de familie over deze spanningen werken volgens hem goed. GZ-psycholoog Samir probeert in zijn behandeling dus te kijken op welke manier zijn hij zijn patiënt controle kan laten krijgen over zijn of haar klachten van bezetenheid<sup>48</sup>.

#### **4.4.2 Behandeling van bezetenheid bij een intercultureel psycholoog**

Intercultureel psychologen zijn in het bijzonder gespecialiseerd om gericht aansluiting te vinden bij de culturele belevingswereld en het verklingsmodel van hun patiënt en deze te vertalen naar een verklingsmodel van de reguliere GGZ. Daarbij worden beide verklingsmodellen op subtiele wijze naast elkaar gelegd. Intercultureel psycholoog Feyza gebruikt daarom dezelfde termen als haar patiënten gebruiken om

---

<sup>48</sup> Interview met Samir op 18 juli 2016 te Amsterdam

hun klachten te omschrijven, maar legt haar verklaringssysteem als psycholoog er wel naast. Net als GZ-psycholoog Samir, vraagt zij op welke momenten haar patiënt last krijgt van bezetenheid en wat volgens haar patiënt werkt om weerstand te bieden tegen de *djinn*. Ook bij intercultureel psycholoog Feyza is een belangrijk element in haar behandeling de patiënt controle leren te krijgen over zijn of haar klachten van bezetenheid en de *djinn*. Daarbij stuurt ze regelmatig erop aan dat haar patiënten naar een imam gaan. Hij kan hen helpen door religieuze verklaringen te geven voor hun ziekte als ook advies. Door op zo'n manier de verklaringsmodellen te splitsen voor patiënten, hoeft zij niet beide verklaringssystemen te bedienen in haar behandeling, maar kan zij zich focussen op de psychologische verklaringen voor de klachten van haar patiënt.

Tot slot geeft ze aan dat het als hulpverlener belangrijk is om vertrouwen te scheppen. Ze denkt dat een gedeelde culturele achtergrond tussen hulpverlener en patiënt vanzelf leidt tot dit vertrouwen. Hulpverleners met een andere achtergrond kunnen vertrouwen scheppen door openheid in het gesprek te creëren, mee te gaan in de ziektebeleving van de patiënt en tot slot deze beleving te valideren en normaliseren. Zo maakt de hulpverlener ruimte voor de patiënt om over zijn klachten te praten op welke manier hij of zij dat dan ook wil.<sup>49</sup>

#### **4.4.3 Behandeling van bezetenheid door een *hijama*-behandelaar**

Hierboven zagen we dat GZ-psychologen en intercultureel psychologen een verklaringssysteem uit de reguliere ggz als leidend aanhouden, met respect voor de belevingswereld van hun patiënten. Bij *hijama*-behandelaar Sherene is dat anders. Zij deelt juist hetzelfde verklaringssysteem met haar patiënten en hoeft daarom niet verschillende verklaringssystemen naast elkaar te leggen. Zo vertelt ze zelf ooit bezeten te zijn geweest. In haar behandeling van bezetenheid staan twee aspecten centraal. Het uitvoeren van de *hijama* en advies geven, met name over *ruqyah* (het reciteren van specifieke Koranverzen). Over het uitvoeren van de *hijama* vertelt ze het volgende:

“Kijk wat ik doe is, ik maak de huid schoon, ik gebruik een beetje olijfolie, pure olijfolie [op de huid], doe ik de cup, zuig ik het vacuüm, laat ik het vijf minuten of zo, verzamelt al het bloed

---

<sup>49</sup> Interview met Feyza op 8 juli 2016 te Amsterdam

zich. Soms zie je dat de huid paars wordt, dan zie je dat daar veel giftige stoffen zitten. En soms zie je dat de huid gewoon niet verkleurt en dan haal je de cup eraf en dan maak je hele kleine sneetjes en dan doe je de cup erop en dan trekt hij al het vieze bloed eruit en dan laat je de cup vijf minuten staan en dan haal je de cup eraf, gooi je het bloed weg en dan doe je het weer opnieuw, totdat het gewoon stopt met bloeden. Kijk, soms is een keer het cupje plaatsen genoeg, je snijdt maar een keer, maar soms als ik de cup opnieuw plaats zie ik dat het bloed maar blijft stromen”<sup>50</sup>

De werkzame elementen van een *hijama*-behandeling zijn volgens haar dat het lichaam ontgift wordt. Het zou de rode bloedcellen verversen en trekt de *sahr* (magie) uit het bloed. Ook kan ze met *hijama* de *djinns* verzwakken of doden. Daarbij is het volgens haar heel belangrijk dat *hijama* gebeurt met de intentie dat Allah alle *djinns* middels de *hijama* uit het bloed trekt en dat hij de *sahr* kapot maakt. Daarom, stelt ze, is de Chinese *cupping* geen *hijama* want dat gebeurt niet met deze juiste intentie.

Over het uitvoeren van *ruqyah*, het tweede aspect in haar behandeling geeft ze vooral advies aan haar patiënten zodat zij dit zelf kunnen doen. Sommige patiënten zoeken namelijk ook hulp bij *raqi's*. Zij adviseert haar patiënten om hier niet naar toe te gaan en om zelf *ruqyah* te doen. Dat volgt uit haar mening dat de genezing van bezetenheid van Allah komt en niet van de *raqi*. Daarom stelt ze, kan de patiënt beter zelf *ruqyah* doen want dan heeft hij of zij controle over de uitvoering en intentie (*niyyah*) van de *ruqyah*. Daarnaast is het volgens haar belangrijk dat men niet tegelijkertijd grote zondes begaat. Dit belemmert volgens haar de vraag aan Allah om genezing. Een bezeten persoon heeft bovendien meer controle over zijn eigen zondes, dan over die van een *raqi*, stelt ze. Haar advies aan de patiënt om zelf *ruqyah* te doen, zet haar patiënten aan tot actie, motiveert en geeft enige controle over de situatie. Daarmee merkt Sherene dat zij haar patiënten uitweg geeft uit een voor hen uitzichtloze situatie en hen weer hoop biedt en vertrouwen geeft op genezing.<sup>51</sup>

#### 4.4.4 Behandeling van bezetenheid bij een imam/geestelijk verzorger

Tot slot lijkt imam en geestelijk verzorger Hamid de verklaringsmodellen het meest van alle hulpverleners te integreren. Hij ziet bezetenheid als een valide verklaring voor de klachten van zijn patiënten, maar kan niet vaststellen of er daadwerkelijk een

<sup>50</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

<sup>51</sup> Interview met Sherene op 29 april 2016 te Zwijndrecht

*djinn* in of om zijn patiënt huist. *Djinns* zijn immers onzichtbaar. Net als *hijama*-behandelaar Sherene adviseert Hamid over *ruqyah*. Ook hij vindt dat niet iemand anders *ruqyah* voor zijn patiënten moet doen, maar dat zijn patiënten het zelf moeten doen. Zo stelt hij dat *ruqyah* geen ‘toverdrankje’ is en dat de het effectiever is om ervoor te zorgen dat zijn patiënt minder vatbaar wordt voor de *djinn*. Daarom werkt hij samen met islamitische psychologen via verschillende methoden aan het versterken van de spiritualiteit en de levensstijl van de patiënt. Hij kijkt daarbij voornamelijk naar de levenswijze van zijn patiënt en probeert de patiënt in te laten zien waar hij of zij veranderingen moet aanbrengen om zo grip te krijgen op de *djinn*. Dit zorgt volgens hem voor een duurzame verdwijning van de klachten. Om zijn behandeling te laten slagen probeert hij vooroordelen van de patiënt over hem weg te nemen, interesse te hebben in de patiënt zodat deze zich open kan stellen en vertrouwen te creëren. Hij vindt het daarnaast van belang dat patiënten eerlijk moeten kunnen zijn over hun klachten in hun eigen bewoordingen.<sup>52</sup>

#### 4.5 De perceptie van hulpverleners op genezing

Zoals uit de behandelmethoden blijkt, gebruiken de hulpverleners in hun beschrijving van genezing vooral de woorden ‘ermee omgaan’, ‘grip krijgen’ en ‘controle hebben’. Dit laat zien dat bezetenheid volgens hen een ziekte is waar je mee om moet leren gaan, waar je grip op kunt krijgen en waar je controle over kan hebben. Dat impliceert een grote eigen verantwoordelijkheid bij de patiënt. Deze persoon moet immers ermee omgaan, grip krijgen en controle hebben. Ook impliceert het dat genezing, of een vrijwaring van klachten, niet helemaal mogelijk is, zo stelt geestelijk verzorger Hamid:

“En sommige gevallen, dat zeggen we ook heel eerlijk, zijn niet te genezen. Dan kan jouw *imaan* [geloofsovertuiging] zo sterk zijn als ik weet niet wat en die levensstijl zo gezond zijn als ik weet niet wat, maar het blijft”<sup>53</sup>

Controle is een bekend thema in de psychologie sinds het onderzoek van psycholoog Julian Rotter (1954) over ‘locus of control’. Psychologen gebruiken dit begrip voor het gevoel dat we ons lot in eigen handen hebben (Viorst 1998: 10). Dit

<sup>52</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam

<sup>53</sup> Interview met Hamid op 14 juli 2016 te Amsterdam



sluit aan bij het mensbeeld dat de geest controle heeft over het lichaam en daarom wel verantwoordelijk is (Luhrmann 2000: 8). Het thema controle past dan ook binnen het concept *executive possession* (Luhrmann 2000; Cohen 2008). Daarmee is te verklaren waarom de islamitische hulpverleners in de ggz 'controle krijgen' inzetten in hun behandeling.

Bij de islamitische hulpverleners in het alternatieve domein kan ik echter niet verklaren waarom zij 'controle krijgen' inzetten in hun behandeling. Zij lijken zoekende te zijn naar de juiste mate van controle door hun patiënten in de behandeling. Dat is op te merken aan de tegenstelling die hun opvattingen weergeven: aan de ene kant kan een persoon controle krijgen over zijn klachten van bezetenheid, aan de andere kant is hij afhankelijk van de genezing van God. Het belang van controle krijgen over bezetenheid door de patiënt zelf, verklaart wel waarom hulpverleners niet in het effect van uitdrijvingsrituelen door een specialist geloven. Tijdens deze uitdrijvingsrituelen heeft de patiënt immers geen controle.

## 5 Conclusie

Mijn onderzoek had tot doel inzicht te geven in de opvattingen en handelingen van zowel islamitische hulpverleners in het reguliere domein als in het alternatieve domein. Uit bovenstaande hoofdstukken concludeer ik drie opvallende thema's: de rol van taal, de rol van omgevingsfactoren en controle hebben of krijgen op bezetenheid.

Het valt op dat het al dan niet valide achten van de categorie bezetenheid bij geen enkele hulpverlener een rol speelde in de behandeling van de klachten. GZ-psycholoog Samir en psycholoog Feyza zien bezetenheid als een cultureel valide idioom, een woord waarmee patiënten hun klachten omschrijven. Of zij zelf geloven dat iemand bezeten kan zijn door een *djinn*, lijkt niet relevant in hun behandeling. Zij geven aan dit niet te bevragen wanneer hun patiënt denkt bezeten te zijn, maar diagnosticeren hun patiënten ook niet als 'bezeten'. Imam en geestelijk verzorger Hamid en *hijama*-behandelaar Sherene daarentegen geloven wel in bezetenheid door *djinns* en zullen hun patiënten dan ook diagnosticeren met bezetenheid als zij dat nodig achten.

Vervolgens komt de rol van omgevingsfactoren terug in het signaleren van bezetenheid, als oorzaak van bezetenheid en als belangrijke rol in de behandeling van bezetenheid. Dit is een belangrijke bevinding in de huidige context van de ggz waar zoveel aandacht is voor de biomedische factoren van psychische aandoeningen. Door de focus van de reguliere ggz op deze biomedische factoren, kunnen sociaal-culturele factoren, die volgens de hulpverleners dus veel spelen bij patiënten die menen bezeten te zijn, onderbelicht raken in de behandeling en daarmee wellicht de kans op afname van klachten verminderen.

Tot slot blijkt 'controle krijgen over bezetenheid' een belangrijk thema in mijn onderzoek. Dit sluit aan bij een van de huidige trends in zorg en welzijn, waar de nadruk ligt op een eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde levensstijl bij de patiënt (Idenburg en Van Schaik 2010). Controle is ook een belangrijk thema in de samenleving. Onze wetgeving is bijvoorbeeld gebaseerd op de aanname dat men verantwoordelijk is voor eigen gedrag (Haggard en Chambon 2012: 390). De islamitische hulpverleners uit het alternatieve domein hebben het naast over controle krijgen ook over de genezing krijgen van God. De islamitische hulpverleners in de ggz spreken in tegenstelling niet over genezing krijgen van God. Daarmee zou

geconcludeerd kunnen worden dat de ggz niet alleen regulier maar ook seculier is. Religie speelt namelijk geen rol in het heersende verklaringsmodel in de ggz.

Naar aanleiding van dit onderzoek wil ik graag de volgende aanbevelingen geven voor vervolgonderzoek en praktijk. Wanneer ik de opvattingen van de islamitische hulpverleners analyseer aan de hand van de definiëring van Cohen (2008) valt op dat alle hulpverleners patiënten ontvangen die zowel klachten hebben die onder te brengen zijn onder 'executive possession' als ook 'pathogenic possession'. Een van de verklaringen voor de ontoegankelijkheid van de reguliere ggz die sommige patiënten met klachten van bezetenheid ervaren, zou de classificatie van bezetenheid kunnen zijn. Zoals gesteld in het theoretisch kader classificeert de DSM-5 voornamelijk bezetenheid gedefinieerd als 'executive possession'. Echter blijkt uit dit onderzoek dat een groot gedeelte van de patiënten van mijn respondenten niet voldoen aan deze classificatie, maar dat hun klachten geschaard kunnen worden onder 'pathogenic possession'. Dit zou tevens de 'angst om voor gek verklaard te worden' van sommige patiënten met bezetenheidsklachten verklaren. De conclusie dat bezetenheid ook een idioom is om ziekte te omschrijven is een belangrijke toevoeging die gemaakt moet worden in de DSM. In plaats van de huidige toevoeging, namelijk dat bezetenheid normatief kan zijn, zou ik de omschrijving toevoegen: "in sommige culturen wordt het idioom bezetenheid gebruikt om ziekte te beschrijven. Deze ziekte kan allerlei klachten omvatten en hoeft geen link met dissociatieve stoornissen te hebben".

Omdat ik mijn respondenten via sneeuwbalmethode heb gevonden, hebben zij allemaal al ervaring met bezetenheid. Zij staan erom bekend dit te behandelen en sommigen hebben er hun specialisatie van gemaakt. Dat betekent dat ik een belangrijke groep hulpverleners niet heb gesproken, namelijk reguliere hulpverleners die zich niet specifiek op dit vraagstuk richten. Bovendien zijn er hulpverleners als tovenaars en *raqi's* die ik ook niet gesproken heb omdat ik voorafgaand aan dit onderzoek niet van hun bestaan wist. Voor een volledig beeld van hoe verschillende hulpverleners omgaan met bezetenheid, zouden gesprekken met een grotere spreiding aan hulpverleners een goede aanvulling zijn.

Ter afsluiting wil ik mij nog afvragen of ik er wel goed aan heb gedaan om bezetenheid te onderzoeken in de geestelijke gezondheidszorg en niet in de bredere context van gezondheidszorg. De *hijama*-behandelaar geeft immers niet alleen psychologische ondersteuning, maar ook fysiologische behandeling. Een huisarts of

fysiotherapeut zou dus wellicht ook kunnen helpen bij bepaalde vormen van bezetenheid. Na dit onderzoek is te bevragen of bezetenheid namelijk wel geschaard kan worden onder geestesziekte. Zoals de hulpverleners aangaven, komen er ontzettend veel klachten en oorzaken kijken bij deze ziekte. Als ik daarbij uit zou gaan van bezetenheid als *idiom of distress* om ziekte te beschrijven, omvat dit niet per se een geestesziekte.

## 6 Referenties

- Abu Zayd, Nasr. 2002. "Qur'ān in Everyday Life." In *Encyclopaedia of the Qur'ān*, Vol. 2, edited by Jane McAuliffe, 80–97. Leiden: Brill.
- Baarda, Ben, Martijn de Goede and J. Teunissen. 2005. *Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Barker, Philip, William Reynolds and Chris Stevenson. 1997. "The human science basis of psychiatric nursing: Theory and practice." *Journal of Advanced Nursing* 25: 660–667.
- Bartels, Edien. 1993. *Eén dochter is beter dan duizend zonen. Arabische vrouwen, symbolen en machtsverhoudingen tussen de seksen*. Utrecht: Jan van Arkel.
- Bloom, Paul. 2004. *Descartes' Baby: How the Science of Child Development Explains What Makes Us Human*. New York: Basic Books.
- Boddy, Janice. 1989. *Wombs and Alien Spirits: women, men and the Zar Cult in Northern Sudan*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Blom, Jan Dirk and Cor Hoffer. 2012. "Djinns". In *Hallucinations: Research and Practice*, edited by Jan Dirk Blom and Iris Sommer, 235-247. New York: Springer-Verlag.
- Borra, Ria. 2002a. "Diagnose en classificatie" in *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met DSM-IV*, edited by Ria Borra, Rob van Dijk, and Hans Rohlof, 1-6.
- Borra, Ria. 2002b. "Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)" in *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met DSM-IV*, edited by Ria Borra, Rob van Dijk, and Hans Rohlof, 7-20. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bourguignon, Erika. 1976. *Possession*. San Francisco: Chandler & Sharp Publishers.

Buitelaar, Marjo. 2006. *Islam en het Dagelijks Leven. Religie en Cultuur Onder Marokkanen*. Amsterdam: Uitgeverij Atlas.

Cohen, Emma. 2008. "What is Spirit Possession? Defining, Comparing, and Explaining Two Possession Forms." *Ethnos* 73, no. 1: 101-126.

Dein, Simon. 2017. "Religious experience and mental health: anthropological and psychological approaches." *Mental Health, Religion & Culture* 20, no. 6: 558-566.

American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Eneborg, Yusuf. 2014. "The Quest for 'Disenchantment' and the Modernization of Magic." *Islam and Christian-Muslim Relations* 25, no.4: 419-432.

Good, Byron, and Mary-Jo DelVecchio Good. 1981, "The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice." In *The relevance of social science for medicine*, edited by Leon Eisenberg and Arthur Kleinman, 165-196. Dordrecht: Reidel.

Groen, Janny. 2016. "Nemen Vluchtelingen Een Rugzak Vol Trauma's Mee?" *De Volkskrant*, 22 april 2016.  
<http://www.volkskrant.nl/binnenland/nemen-vluchtelingen-een-rugzak-vol-trauma-s-mee~a4286302>.

Haggard, Patrick and Valerian Chambon. 2012. "Sense of agency." *Current Biology* 22, no. 10: 390-392.

Harmsen, Hans, Roos Bernsen, Marc Bruijnzeels, and Ludwien Meeuwesen. 2008.

"Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers?" *Patient education and counseling* 72, no. 1: 155-162.

Hasan, Aram. 2016. "Een bijsluiter bij angst, waan en woede in het Westen." *Trouw*, 31 april 2016.  
<https://www.trouw.nl/opinie/een-bijsluiter-bij-angst-waan-en-woede-in-het-westen~a074e031/>.

Helman, Cecil. 2000. *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Hoffer, Cor. 2012. "Hoofdstuk 13: Religieuze tradities, volksgeloof en religieuze geneeswijzen in multicultureel Nederland: implicaties voor de GGZ-praktijk." In *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* edited by Piet Verhagen and Harold van Megen, 179-194. Utrecht: De Tijdstroom.

Idenburg, Philip, Michel van Schaik en Sanny Zuiderveld. 2010. *Diagnose 2025: over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*. Schiedam: Scriptum.

Jenkins, Emily. 2014. "The politics of knowledge: implications for understanding and addressing mental health and illness." *Nursing Inquiry* 21, no. 1: 3–10.

Kapchan, Deborah. 2007. *Traveling spirit masters: Moroccan Gnawa trance and music in the global marketplace*. Middletown: Wesleyan University Press.

Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Vol. 3*. Berkeley: University of California Press.

Kwa, Chunglin. 2011. *Styles of knowing: A new history of science from ancient times to present*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Leudar, Ivan, and Philip Thomas. 2000. *Voices of reason, voices of insanity: Studies of verbal hallucinations*. London: Routledge.

Luhmann, Tanya. 2000. *Of Two Minds. An anthropologist looks at American*

*Psychiatry*. New York: Vintage Books.

Margry, Peter Jan. 2018. *Healing en 'alternatief' genezen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Read, John. 2005. "The bio-bio-bio model of madness." *The Psychologist* 18: 596–597.

Rotter, Julian. 1954. *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.

Spooner, Brian. 2013. "The Evil Eye in the Middle East." In *Witchcraft Confessions and Accusations*, edited by Mary Douglas, 311-320. London & New York: Routledge.

Teuton, Joanna, Richard Bentall, and Chris Dowrick. 2007. "Conceptualising psychosis in Uganda: The perspective of indigenous and religious healers." *Transcultural Psychiatry* 44, no. 1: 79–114.

Van den Hout, Emma. 2003. *Hysteria on the Borderline: Psychiatry, Cultural Change, and Subjective Experience Among Women in Morocco*. San Diego: University Of California.

Viorst, Judith. 1998. *Greep op het leven: ons levenslange gevecht tegen macht en overgave*. Amsterdam: Anthos.

Wade, Derick and Peter Halligan. 2004. "Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?" *British Medical Journal* 329: 1398–1401.



## 7 Bijlagen

### 7.1 Verschillende vormen van Dissociatieve Stoornissen

#### 1. *Dissociatieve Identiteitsstoornis*

- A. Verstoring van de identiteit, gekenmerkt door twee of meer afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden. In sommige culturen wordt dit beschreven als een ervaring van bezetenheid. De verstoring in identiteit houdt een duidelijke discontinuïteit in van het gevoel van eigenwaarde en het gevoel van leeftijd, vergezeld door afwisselingen in invloed, gedrag, bewustzijn, geheugen, waarneming, cognitie en / of zintuiglijk functioneren. Deze symptomen kunnen worden waargenomen door anderen of door de persoon zelf.
- B. Terugkerende hiaten in het herinneren van dagelijkse gebeurtenissen, belangrijke persoonlijke informatie en / of traumatiserende gebeurtenissen die niet passen bij het gewone vergeten.
- C. De symptomen veroorzaken een klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. De stoornis is geen normaal onderdeel van de in grote lijnen geaccepteerde culturele of religieuze praktijk.
- E. De symptomen zijn niet te wijten aan fysiologische effecten van een verslaving of een andere medische aandoening.

#### 2. *Dissociatieve amnesie*

- A. Een onvermogen om belangrijke autobiografische informatie, meestal van traumatische of stressvolle aard te herinneren, die niet past bij het gewone vergeten
- B. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. De stoornis is niet toe te schrijven tot fysiologische effecten van een stof of een neurologische of andere medische aandoening.
- D. De stoornis is niet beter te verklaren door dissociatieve identiteitsstoornis, posttraumatische stressstoornis, acute stressstoornis, somatoforme stoornis, of grote of milde neurocognitieve stoornis.

#### 3. *Depersonalisatie- / derealisatiestoornis*

A. De aanwezigheid van aanhoudende of terugkerende ervaringen van depersonalisatie, derealisatie, of allebei:

1. Depersonalisatie: ervaringen van onwerkelijkheid of onthechting, of van het een buitenstaander zijn met twijfel over gedachten, gevoelens, sensaties, lichaam of acties.
2. Derealisatie: ervaringen van onwerkelijkheid of onthechting met betrekking tot de omgeving.

B. Tijdens de ervaringen van depersonalisatie of derealisatie blijft de realiteitstoetsing intact.

C. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. De stoornis is niet toe te schrijven aan fysiologische effecten van een stof, of aan een neurologische of andere medische aandoening.

E. De stoornis is niet beter te verklaren door een andere psychische stoornis, zoals schizofrenie, paniekstoornis, depressieve stoornis, acute stressstoornis, posttraumatische stressstoornis, of een andere dissociatieve stoornis

#### 4. *Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis*

Deze categorie is van toepassing op klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een dissociatieve stoornis significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldoen aan de criteria van een van de stoornissen in de categorie dissociatieve stoornissen. De classificatie 'andere gespecificeerde dissociatieve stoornis' wordt gebruikt in situaties waarin de clinicus ervoor kiest om te vermelden wat de specifieke reden is waarom het klinische beeld niet voldoet aan de criteria voor een gespecificeerde dissociatieve stoornis. De volgende voorbeelden van klinische beelden kunnen worden gespecificeerd door het predicaat 'andere gespecificeerde dissociatieve stoornis' te gebruiken.

1. Chronische en recidiverende syndromen van gemengde dissociatieve symptomen. Deze categorie bestaat uit een identiteitsstoornis die samenhangt met minder duidelijke discontinuïteiten in de zelfbeleving en het gevoel van zelfcontrole, of identiteitsveranderingen of episoden van bezetenheid bij iemand die geen dissociatieve amnesie rapporteert.
2. Identiteitsstoring door langdurige en intense gedwongen gedachtebeïnvloeding. Mensen die onderworpen zijn geweest aan intensieve gedwongen gedachtebeïnvloeding kunnen klachten presenteren over langdurige veranderingen in, of grote twijfel over hun identiteit.

3. Acute dissociatieve reacties op stressvolle gebeurtenissen. Onder deze categorie vallen acute, voorbijgaande aandoeningen die meestal minder dan een maand duren, soms slechts een paar uur of dagen. Deze aandoeningen worden gekenmerkt door een vernauwing van het bewustzijn, depersonalisatie, derealisatie, dispercepties, microamnesieën, voorbijgaande stupor, en/of veranderingen in het sensorisch-motorisch functioneren.

4. Dissociatieve trance. Deze aandoening wordt gekenmerkt door een acute vernauwing of compleet verlies van het bewustzijn van de directe omgeving, die zich manifesteert als een zeer ernstig gebrek aan responsiviteit of ongevoeligheid voor omgevingsprikkels.

#### 5. Ongespecificeerde dissociatieve stoornis

Deze presentatie is van toepassing op klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een dissociatieve stoornis die klinisch significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de categorie dissociatieve stoornissen.

Bron: <http://celevt.nl/hoe-volgens-de-dsm-5-dissociatieve-stoornissen-te-herkennen/>

November 2016, G.M. (Martijne) Rensen, vrij vertaald uit DSM 5.