

Islamitische volksgeneeswijzen in Nederland 1

Cor Hoffer

Islamitische volksgeneeswijzen kregen tot nu toe alleen aandacht in publikaties over de situatie in de landen van herkomst van islamitische migranten, met name Marokko en Turkije. Over de inhoud en de betekenis van islamitische volksgeneeswijzen in Nederland is echter weinig bekend. In dit artikel wordt verslag gedaan van de belangrijkste resultaten van een inventariserend onderzoek naar de praktijk van islamitische volksgeneeswijzen in Nederland.

Als niet-westers socioloog (Rijksuniversiteit Leiden) heb ik in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van juni 1990 tot en met januari 1991 onderzoek gedaan naar islamitische volksgeneeswijzen in Nederland. Hoewel allochtone alternatieve geneeswijzen als *Winti* en *Ayurveda* al langer in de belangstelling staan, is er over de inhoud en de betekenis van islamitische volksgeneeswijzen in Nederland weinig bekend. Er zijn verschillende artikelen gepubliceerd, waarin aandacht wordt besteed aan de opvattingen van islamitische migranten met betrekking tot alternatieve geneeswijzen. De beperking van de meeste studies tot nu toe is echter dat men volstaat met een beschrijving van het volksgeloof en de islamitische volksgeneeswijzen in de landen van herkomst. Impliciet gaat men er vervolgens vanuit dat de beschreven ideeën in Nederland voortleven, zonder dit daadwerkelijk te toetsen (vgl. Van Dijk 1989).² Het doel van het onderhavige onderzoek was te analyseren in hoeverre bepaalde opvattingen uit de landen van herkomst daadwerkelijk in Nederland voortleven. In dit artikel wil ik de belangrijkste resultaten van het onderzoek bespreken.

In de eerste paragraaf zet ik in het kort uiteen hoe het onderzoek is opgezet. In de tweede paragraaf beschrijf ik de religieuze en culturele achtergronden van islamitische volksgeneeswijzen. Vervolgens ga ik in de derde paragraaf in op de behandelwijzen van islamitische volksgenezers. De achtergronden en de klachten van cliënten van islamitische volksgenezers komen in de vierde paragraaf ter sprake. In de vijfde paragraaf geef ik een beschrijving van enkele kenmerken van islamitische volksgeneeswijzen die in therapeutisch opzicht relevant kunnen zijn. In paragraaf zes ga ik in op de kwestie van de erkenning van islamitische volksgeneeswijzen in Nederland. De zevende paragraaf tenslotte bevat de belangrijkste conclusies van het onderzoek.

De opzet van het onderzoek

In het onderzoek ging het vooral om de beleving van gezondheid en ziekte van zowel islamitische volksgenezers als hun cliënten. De registratie van ziektebeleving confronteert de onderzoeker met twee problemen. Ten eerste moet hij een manier vinden om inzicht te krijgen in die beleving en ten tweede dient hij respondenten bereid vinden om daaraan mee te werken.

Beide problemen heb ik in dit onderzoek opgelost door gebruik te maken van de uitgangspunten van het symbolisch interactionisme. In de sociologie zijn het immers vooral de symbolisch interactionisten die zich bezighouden met de belevingswereld van actoren. Zij gaan uit van het standpunt dat het voor de onderzoeker vaak minder belangrijk is dat een mening waar is, dan dat zij voor waar wordt gehouden, omdat de mensen zich in hun handelen door dit laatste laten leiden. Dit wordt ook wel aangeduid met het zogenaamde theorema van Thomas: 'If men define situations as real, they are real in their consequences' (De Valk 1977: 78, 266-7; Hoffer 1986: 12).

De methodologische consequentie van de symbolisch-interactionistische opvatting voor de onderzoeker is de keuze voor een open benadering. Hij moet de gedragingen van de respondenten definiëren volgens de betekenissen die zij zelf aan een bepaalde situatie toekennen. Dit houdt in dat de onderzoeker niet eerst begrippen construeert, operationaliseert en vervolgens meet, maar zoveel mogelijk direct contact zoekt met de werkelijkheid. Van den Hout e.a. (1980: 170) beschrijven dit als volgt: 'Hoe de interactie en de sociale wereld eruit ziet, hangt niet af van een van tevoren gedefinieerde theorie, maar is een kwestie van empirische ontdekking'.

Conform de symbolisch-interactionistische methodologie heb ik in het onderzoek ten behoeve van de registratie van ziektebeleving gebruik gemaakt van een combinatie van methoden en technieken: literatuurstudie, ongestructureerde interviews, life histories, case studies en observaties.³

De respondenten heb ik benaderd via de opbouw van een netwerk van contacten. De zogenoemde 'theoretische selectie' was daarbij het leidende principe. Op basis van de gegevens uit de literatuurstudie en de contacten in het veld heb ik in een cyclisch proces telkens opnieuw besloten welke respondenten en gegevens nodig waren. De selectie van respondenten op theoretische gronden bracht met zich mee dat dataverzameling en analyse elkaar afwisselden. Concreet betekende dit dat ik de gegevens uit elk interview direct heb geanalyseerd. Op basis daarvan heb ik de volgende interviews op bepaalde punten aangescherpt. In de laatste fase van het onderzoek heb ik alle gegevens naast elkaar gezet en onderling vergeleken (vgl. Glaser & Strauss 1976; Maso 1987; Wester 1987).⁴ De gehanteerde theoretische selectie impliceert dat de onderzoeksresultaten niet generaliseerbaar zijn. Er is immers geen representatieve steekproef getrokken, maar een selectie gemaakt van een beperkt aantal respondenten op theoretische gronden.

Religieuze en culturele achtergronden van islamitische volksgeneeswijzen

Onder islamitische volksgeneeswijzen versta ik die geneeswijzen die zijn ontstaan vanuit het volksgeloof in overwegend islamitische landen. In het onderzoek ging het vooral om de landen van herkomst van islamitische migranten in Nederland, in het bijzonder Marokko en Turkije. Als we het over islamitische volksgeneeswijzen hebben, is het

belangrijk om onderscheid te maken tussen de islam en het islamitisch volksgeloof dat daar vaak mee verstrengeld is (Kluft 1992: 8).

De islam stelt bepaalde grenzen aan de genezende activiteiten van moslims. In het algemeen geldt dat genezers niet verder mogen gaan dan het reciteren van verzen uit de koran en het vervaardigen van amuletten uit koranteksten. Daarnaast wordt gesteld dat genezers geen geld voor hun activiteiten mogen vragen: het is immers uiteindelijk God die geneest en niet de genezer (Pierce 1964: 89; Shadid & Van Koningsveld 1983: 80; Sachs 1987: 267-8). In de praktijk worden de door de islam gestelde grenzen veelvuldig overschreden (Oztürk 1964: 350-2). Dat is het domein van het islamitisch volksgeloof.⁵ Dit volksgeloof brengt allerlei geneeswijzen voort. Ik zal het vooral over dit type geneeswijzen hebben. Deze geneeswijzen heten islamitisch, omdat hun praktijkbeoefenaren zich door de koran en de *hadith* (de overleveringen van de profeet Mohammed) laten inspireren. Zij zijn beïnvloed door historische ontwikkelingen als de profetische geneeskunde, de Arabisch-islamitische geneeskunde en het soefisme. Verder spelen echter ook allerlei lokale (volks-)tradities en gewoonten een rol in deze geneeswijzen. Door deze diversiteit aan religieuze en culturele achtergronden is het onmogelijk om te spreken van dé Marokkaans- of dé Turks-(volks)islamitische visie op ziekte en genezing. Tussen en binnen deze landen heeft men te maken met lokale culturele verschillen.

Het is echter wel mogelijk enkele gemeenschappelijke elementen uit het volksgeloof in islamitische landen te onderscheiden. Dat betreft de opvattingen omtrent de mogelijke oorzaken van ziekten en problemen en het geloof in bovennatuurlijke genezende krachten. In het vervolg van deze paragraaf geef ik een korte beschrijving van de gemeenschappelijke elementen uit het islamitisch volksgeloof.

In het algemeen worden er in het islamitisch volksgeloof twee soorten oorzaken van ziekten onderscheiden: natuurlijke en bovennatuurlijke (Shadid & Van Koningsveld 1983: 82-3).⁶ Voorbeelden van ziekten waarbij meestal naar een natuurlijke oorzaak gezocht wordt, zijn: huidziekten, botbreuken, kinderziekten, gevallen van vergiftiging door dierebeten et cetera. Voor de behandeling van zulke ziekten maakt men gebruik van natuurlijke geneesmiddelen en van de diensten van kruidendokters en bottenzetters. Naar bovennatuurlijke oorzaken van een ziekte gaat men zoeken als deze lang aanhoudt of plotseling optreedt. Hetzelfde geldt als een persoon of een gezin herhaaldelijk door ziekte of onheil wordt getroffen.

In het islamitisch volksgeloof worden drie mogelijke bovennatuurlijke oorzaken van ziekte onderscheiden: magie, het Boze Oog en geesten. Magie is de poging om gebeurtenissen en relaties te beïnvloeden met behulp van bovennatuurlijke middelen (Greenwood 1981: 220). Als oorzaak van ziekten of problemen spreken we van zwarte magie of toverij. De Marokkaans-Arabische term daarvoor is *suhur* en de Turkse term *büyü*. Zwarte magie kan op verschillende manieren worden beoefend: het schrijven van teksten, het uitspreken van formules en bezweringen, het uitvoeren van rituelen etcetera. Magische praktijken zijn dikwijls gericht op het bewerkstelligen van een concreet resultaat: iemand impotent, onvruchtbaar, ziek of krankzinnig maken, iemands wil uitschakelen, verstoring van liefdesrelaties et cetera. Ter bestrijding van de effecten van magie wordt onder meer gebruik gemaakt van geschreven amuletten. Deze amuletten bestaan meestal uit papiertjes met een handgeschreven tekst, al dan niet uit de koran. Soms bevatten zij ook getallenreeksen en andere esoterische symbolen. De papiertjes worden vervolgens in een leren of plastic zakje of in een plat blikken doosje gedaan.

Daarnaast maakt men gebruik van contra-magische rituelen (Shadid & Van Koningsveld 1983: 83; Sachs 1987: 262-71).

Het Boze Oog (in het Marokkaans-Arabisch: *l'ain*; in het Turks: *nazar*) is een verschijnsel dat in verschillende culturen en religies voorkomt (vgl. Wooding 1984: 44-5; Sachs 1987: 269-70). In het algemeen wordt het geassocieerd met jaloezie aan de kant van degene die boze blikken werpt. Vooral personen die succesvol, gezond, aantrekkelijk of rijk zijn worden daarom kwetsbaar geacht. De werking van het Boze Oog vereist de tussenkomst van een mens en er wordt vaak over gespeculeerd wie dat in een bepaald geval is. Ter voorkoming van de werking van het Boze Oog maakt men gebruik van amuletten en medaillons (Oztürk 1964: 351-3; Pierce 1964: 89; Greenwood 1981: 220; Sachs 1987: 270; Hermans 1986: 3).

Geesten worden in het volksgeloof in islamitische landen aangeduid met de term djinns (in het Marokkaans: *znun*; in het Turks *cinler*). Djinns zijn intelligente wezens, die leven in een voor hen gestructureerde samenleving. Meestal zijn zij onzichtbaar, maar soms manifesteren zij zich in de vorm van een dier of als mens. Het liefst houden zij zich op in de omgeving van water of onreine plekken. Hoewel niet altijd, zijn de meeste djinns wispelturig, wraakzuchtig en kwaadaardig. Als men hen beledigt of verwondt, slaan zij toe. Vaak kan een mens dat onbewust hebben gedaan, bijvoorbeeld door water weg te gooien waardoor een djinn wordt geraakt. Angst of schrik maakt mensen kwetsbaar voor de daden van djinns. Ook personen die zich in bepaalde overgangsfasen bevinden zijn kwetsbaar: pas besneden jongens, pas gehuwden, zwangere vrouwen en mensen op reis.

Djinns kunnen op twee manieren ziekten veroorzaken, door te slaan, hetgeen kan leiden tot bijvoorbeeld asymmetrische verlammingen aan het gezicht of plotselinge blindheid, doofheid of stomheid, en door bezit van iemand te nemen. Uiterlijke symptomen hiervan zijn bijvoorbeeld bewusteloosheid, flauwtes, toevallen, stuipreukingen, beven, plotselinge veranderingen in spraak en verwardheid. Men hanteert verschillende technieken om zich te beschermen tegen de aanvallen van djinns. Voorbeelden zijn amuletten of het gebruik van stoffen waar djinns niet tegen kunnen: bijvoorbeeld zout, wierook, kaarsen, ijzer, teer of benzine (Crapanzano 1973: 135-68; Bennani 1989: 29; Van der Meer 1977: 503-5).

In verband met de genezing van ziekten met een bovennatuurlijke oorzaak wordt in het islamitisch volksgeloof gesproken over het begrip *baraka*, dat letterlijk zegenbrengende kracht betekent. *Baraka* manifesteert zich in drie vormen. Ten eerste is er de zogenoemde geïnstitutionaliseerde of erfelijk overdraagbare *baraka*. In de hoogste graad bevond deze vorm van *baraka* zich in de profeet Mohammed. Vervolgens ligt deze *baraka* in de nakomelingen van de profeet (de zogenoemde *sharifa*). Deze *sharifa* worden genezende gaven toegeschreven en als zodanig kunnen zij de rol van islamitisch volksgenezer vervullen. De geïnstitutionaliseerde *baraka* wordt ook toegeschreven aan heiligen, die in graftomben verering genieten. Deze graftomben worden om uiteenlopende redenen bezocht: ter genezing van een ziekte of bezetenheid, tegen ongewenste kinderloosheid, voor het verkrijgen van een baan, het laten terugkeren van een geliefde of simpel het verwerven van rijkdom (Bennani 1989: 29-30; Oztürk 1964: 352-6; Crapanzano 1973: 115-8; Shadid & Van Koningsveld 1983: 81; Sachs 1987).

Persoonlijke *baraka* is de tweede vorm van deze positieve kracht. Het gaat hier om *baraka* dat resulteert uit persoonlijke verdiensten, bijvoorbeeld een vroom islamitisch leven.

De derde vorm van *baraka* bevindt zich in koranteksten en vrome gebeden, in amuletten die van zulke teksten zijn gemaakt en ook in water waarin de inkt is opgelost waarmee een heilige tekst is geschreven (Crapanzano 1973: 120; Greenwood 1981: 220).

Islamitische volksgenezers in Nederland

In het kader van mijn onderzoek heb ik gesprekken gevoerd met negen islamitische volksgenezers. Ik heb hen benaderd door met behulp van sleutelinformanten contacten te leggen in het informele circuit waarin zij werken. In deze paragraaf zal ik ingaan op de sociaal-economische achtergronden en de genezingskracht van deze volksgenezers, hun visie op gezondheid en ziekte, hun diagnostiek, hun therapieën, hun cliëntenbestand en hun honorarium.

Achtergronden en genezingskracht

Wat de achtergronden van de negen volksgenezers betreft het volgende. Het gaat om twee Marokkaanse, drie Turkse, drie Surinaams-Hindostaanse volksgenezers en een volksgenezer uit Brits-Guyana.⁷ Van hen zijn er twee aangesteld als imam. Drie volksgenezers zijn formeel werkloos, maar twee van hen doen vrijwilligerswerk ten behoeve van respectievelijk een moskee en diverse islamitische organisaties. Twee van de volksgenezers zijn afgekeurd en genieten een WAO-uitkering; een derde is voor 50% afgekeurd en heeft aangepast werk. Eén genezer geniet een AOW-uitkering.

Bij de onderzochte genezers zijn vier verschillende bronnen aangetroffen waarop zij hun werk zeggen te baseren: erfelijke genezingskracht, overgedragen genezingskracht, lidmaatschap van een soefi-orde en studie. De twee Marokkaanse genezers zeggen dat hun genezende kracht erfelijk is. Beiden beroepen zich erop dat zij afstammeling van de profeet Mohammed zijn.

Een tweede bron van genezingskracht is de overdracht door een andere genezer. Zo zegt een van de Turkse genezers dat hij gespecialiseerd is in de behandeling van hoofdpijn en slapeloosheid van kinderen. Zijn genezende kracht heeft hij van zijn oom gekregen, bij wie hij lange tijd in dienst is geweest. Een andere Turkse genezer zegt zijn werk te hebben geleerd van een genezer in Turkije, bij wie hij langere tijd heeft gewoond. Ook baseert hij zich op handboeken, waarin staat hoe je als genezer bij omschreven kwalen moet handelen.

De derde bron van genezingskracht is het lidmaatschap van een soefi-orde. De uit Brits-Guyana afkomstige genezer heeft zich in Pakistan aangesloten bij de Qadiriyya soefi-orde. Als zodanig heeft hij een Pakistaanse spirituele leraar (*pîr* of *murshid*). Als genezer baseert hij zich op de koran, zijn jarenlange ervaring en de adviezen van zijn leraar. Ook twee Surinaams-Hindostaanse genezers zijn lid van de Qadiriyya soefi-orde. Eén van hen zegt dat genezingen alleen effectief zijn als je praktizerend moslim bent en als je er toestemming voor hebt van je 'beschermheer' (spiritueel leraar).

De vierde bron van genezingskracht berust op studie. Een Turkse genezer zegt dat hij zich bij zijn genezingen op de koran en de *hadith* baseert. Een Surinaamse genezer heeft zichzelf eveneens geschoold, onder andere via bestudering van de koran en de *hadith*, door het doornemen van diverse andere boeken en door te luisteren naar uitspraken over de islam op platen, cassettes en films.

Visie op gezondheid en ziekte

Met betrekking tot de visie van islamitische volksgenezers op gezondheid en ziekte kan ik het volgende zeggen. Naar hun opvatting kan er aan iedere fysieke, psychische of sociale klacht een bovennatuurlijke oorzaak ten grondslag liggen. Daarnaast erkennen zij het bestaan van natuurlijke oorzaken van ziekten. Om deze laatste categorie bij het stellen van een diagnose uit te sluiten, vragen zij meestal eerst aan hun cliënten of zij naar een arts zijn geweest. Als deze geen duidelijk medische oorzaak aan kan wijzen, gaan de volksgenezers er van uit dat er sprake is van een bovennatuurlijke oorzaak. Het is dan hun taak om de precieze oorzaak vast te stellen.

Diagnostische technieken

Voor het stellen van een diagnose maken islamitische volksgenezers gebruik van uiteenlopende technieken. Een eerste techniek is een uitvoerig gesprek met de cliënt en met personen uit diens omgeving. De genezer uit Brits-Guyana zegt dat het essentieel is om inzicht te hebben in het karakter van een cliënt, omdat dit veel informatie geeft over de oorzaken van iemands ziekte.

Een tweede techniek is het gebruik van teksten en recitaties uit de koran, de *hadith* of handboeken. Zo zegt een Turkse genezer dat hij bij een cliënt na het bespreken van de klacht begint met het lezen uit de koran. Als de cliënt dan gaat lachen of huilen, heeft hij een aanwijzing dat het om bovennatuurlijke krachten gaat. Deze genezer zegt: 'Als de cliënt gaat huilen, dan weet ik dat er sprake is van het Boze Oog. Maar als hij de slappe lach krijgt, dan is hij bezeten door een boze geest'. Andere genezers maken gebruik van handboeken. Zo zegt een Turkse genezer dat, wanneer iemand met hoofdpijn bij hem komt, hij hem vraagt naar zijn naam en die van specifieke familieleden. Vervolgens kan hij in een handboek lezen wat de oorzaak is. Het komt ook voor dat cliënten hun vinger op zo'n boek moeten leggen. De genezer kan daar dan conclusies uit trekken.

Een derde diagnostische techniek is het 'koppenzetten'. Deze techniek wordt door een Turkse genezer toegepast. Op de plaats van het lichaam waar de cliënt pijn heeft, maakt de genezer met een scheermesje twee kleine wondjes. Vervolgens plaatst hij daar een verwarmd glas over. Aan de kleur van het bloed dat uit de wondjes komt, zegt de genezer te kunnen zien of er sprake is van een bovennatuurlijke oorzaak.

Een vierde techniek is een ritueel met lood. Een Marokkaanse genezer maakt hier gebruik van. Hij schrijft een tekst op een stuk lood en geeft dit aan de cliënt mee naar huis. Dat lood moet de cliënt in een pan laten smelten. Vervolgens moet hij een laken omslaan en een emmer met water tussen de benen plaatsen. In dat water gooit hij het lood, zodat het stolt. Na afloop van het ritueel moet de cliënt zich met het resterende water wassen. Het lood moet hij weer meenemen naar de genezer. In de gestolde vorm ziet de genezer aanwijzingen over de kracht die de klacht heeft veroorzaakt en welk deel van het lichaam is beïnvloed.

Een vijfde techniek bestaat uit het oproepen van geesten. Voor één van de Marokkaanse genezers is dit de belangrijkste diagnostische en tegelijk ook therapeutische techniek. Hiertoe brengt hij een persoon in een soort trance en roept via hem of haar geesten op. In sommige gevallen zijn dat geesten in de zin van djinns en in andere gevallen zijn het de geesten van levende mensen. In een trance-sessie neemt de genezer

de geest van de cliënt of het medium mee naar bepaalde situaties en laat hij deze met andere geesten communiceren. Op die manier komt hij de toedracht van problemen of de oorzaken van een ziekte te weten en bestraft hij de veroorzakende djinn of de geest van bijvoorbeeld een *fqih* (volksgenezer) die magie heeft bedreven.

Een zesde techniek bestaat uit het vaststellen van iemands aura. De aura is het lichtend beweeglijk omhulsel dat iedereen om zich heen draagt. De samenstelling en de kleur van de aura kunnen de genezer informatie over de toestand van de cliënt geven. Eén van de twee geïnterviewde Marokkaanse genezers maakt hier gebruik van.

Als laatste diagnostische techniek gebruikt men de welbekende bloeddrukmeter en de stethoscoop. Een Marokkaanse genezer noteert soms de bloeddruk en de hartslag van een cliënt. Hij doet dat, omdat hij daaraan zegt te kunnen zien hoe een geest reageert: 'Als ik iemand aanraak die bezeten is, stijgt zijn bloeddruk'.

Therapeutische technieken

Naast deze diagnostische technieken maken islamitische volksgenezers voor de behandeling van ziekten en de oplossing van problemen gebruik van diverse therapeutische technieken.

Een eerste therapeutische techniek bestaat uit het gebruik van koranteksten. Verzen uit de koran worden op uiteenlopende manieren aangewend ter voorkoming of genezing van ziekten. De meest gebruikte vorm betreft het uitspreken van gebeden en/of recitaties uit de koran. Alle genezers uit het onderzoek passen deze vorm van 'gebedsgenezing' wel eens toe. Het komt ook voor dat men een korantekst leest en deze vervolgens over het lichaam van de cliënt blaast of over voedsel of drank van de cliënt. Zowel een Surinaamse, een Turkse als de Guyaanse genezer passen deze techniek toe. Sommige genezers maken gebruik van handboeken, waarin beschreven wordt hoe koranverzen ter genezing van uiteenlopende ziekten aangewend kunnen worden. Concrete voorbeelden zijn instructies voor de vervaardiging van amuletten en de uitvoering van rituelen (vgl. Lammers 1991). Een Turkse genezer beschrijft het volgende ritueel dat gericht is tegen de bezetenheid door een geest: 'De cliënt krijgt water mee waarin een (met saffraan geschreven) korantekst is opgelost. De cliënt moet het water gedurende 21 dagen drie maal daags drinken. Op de 21ste dag moet hij zich met het water wassen. Het waswater mag de voeten niet raken. Als hij klaar is met wassen, moet hij het vuile water bij een boom gooien. Daarna mag hij niet achterom kijken en ook niet praten totdat hij thuis is.'

Een tweede therapeutische techniek bestaat uit het oproepen en samenwerken met geesten. De Marokkaanse genezer die deze techniek toepast, zegt dat hij in zijn behandelwijze met zestien geesten samenwerkt. Hieronder bevinden zich zeven koningen. Met behulp van deze koningen kunnen de aan hen ondergeschikte djinns worden gemanipuleerd en de daden van boze geesten worden bestraft.

Een derde techniek bestaat uit magnetisme en handoplegging. Zowel een Marokkaanse, een Turkse als een Surinaamse genezer passen deze techniek toe.

Een vierde techniek ten slotte betreft het gebruik van oliën en kruiden. Een Surinaamse genezer en de Guyaanse genezer noemen het gebruik van oliën ten behoeve van massages van spier- en gewrichtsklachten. Een Marokkaanse, een Turkse en een Surinaamse genezer schrijven cliënten wel eens kruiden voor.

Cliëntenbestand en honorarium

Over het cliëntenbestand van de islamitische volksgenezers in Nederland is het volgende op te merken. Sommige genezers hebben een beperkte kring van cliënten. Het gaat dan meestal om vrienden en bekenden. Andere genezers werken op grotere schaal. Sommigen van hen beschikken zelfs over een geautomatiseerd cliëntenbestand. Zij ontvangen cliënten met uiteenlopende nationale en religieuze achtergronden.

Wat het honorarium van islamitische volksgenezers betreft, beweren de meesten dat zij geen vaste bedragen van hun cliënten vragen. Zij beargumenteren dat met de stelling dat het uiteindelijk God is die geneest en niet de genezer. Wel wijzen zij er op dat cliënten vaak uit zichzelf iets geven. Zo ontvangt een Marokkaanse genezer dikwijls betalingen in natura. Van een videotheekhouder krijgt hij gratis films te leen, omdat hij diens vrouw heeft behandeld. Van een slager krijgt hij wel eens vlees om dezelfde reden. En weer een andere cliënt helpt hem bij het automatiseren van zijn cliëntenadministratie.

Cliënten van islamitische volksgenezers

In mijn onderzoek heb ik met twintig cliënten gesproken. Acht van hen zijn van Marokkaanse afkomst (vier mannen, vier vrouwen), vijf van Turkse (twee mannen, drie vrouwen), zes van Surinaamse (twee mannen, vier vrouwen) en één vrouwelijke cliënt is van Nederlandse afkomst. Op één van de Surinaamse cliënten na, die christelijk is, zijn allen moslim. De Nederlandse cliënte is moslim geworden na haar huwelijk met een Turkse man. De leeftijden van de cliënten lopen uiteen van negentien tot vierenzestig jaar. In drie gevallen gaat het om oudere personen die met één of meerdere kinderen naar een islamitische genezer zijn gegaan. Acht van de twintig cliënten zijn tussen de negentien en de dertig jaar. Opleiding en huidig beroep van de cliënten variëren sterk: basisschool, lbo, mavo- en hbo-opleiding; fabrieksarbeider, verpleegkundige, automatiseringsdeskundige en sociaal-cultureel werker.

De motieven van cliënten om naar een islamitische volksgenezer te gaan worden dikwijls negatief geformuleerd: het geen baat hebben bij of ontevreden zijn over de behandeling in de reguliere gezondheidszorg. Zestien van de twintig cliënten zeggen dat zij voordat zij een islamitische volksgenezer hebben geraadpleegd bij hun huisarts en/of andere vertegenwoordiger van de reguliere sector (fysiotherapeut, specialist, RIAGG) zijn geweest.⁸ Men zou ook van opportunisme kunnen spreken. Men heeft klachten of problemen en hoopt verlichting te vinden bij een genezer onder het motto 'baat het niet, het schaadt ook niet'.

De klachten waarmee cliënten naar islamitische volksgenezers gaan zijn divers van aard. In medische termen gaat het om zowel fysieke, psychosomatische als psychische klachten of om een combinatie daarvan. Concrete voorbeelden zijn hoofd-, rug, spier- of gewrichtspijn, diarree, koorts, gebrek aan eetlust, slapeloosheid en angsten van uiteenlopende aard. Verder is er een belangrijke categorie klachten die samenhangt met sociale problemen. Hierbij kan men denken aan werkloosheid, een slechte woonsituatie, alcoholisme, relatieproblemen of gezinshereniging.

Van het laatste zal ik het voorbeeld van een Marokkaans gezin geven. De man is in 1965 naar Nederland gekomen, zijn vrouw en zijn elf kinderen in 1984. Zij hebben allerlei problemen. In verband met diverse klachten loopt de man in de Ziektewet. Hij

heeft onder meer last van zijn rug en zijn arm en wordt daarvoor door een fysiotherapeut behandeld. Daarnaast heeft hij moeite met zijn contacten met diverse Nederlandse instanties (onder meer het Gemeenschappelijk Administratiekantoor, de Dienst Studiefinanciering en de gemeente). Bovendien heeft één van zijn dochters psychische problemen, waarvoor zij al jaren naar artsen gaat. De man is van mening dat hij, sinds de komst van zijn gezin naar Nederland, onder enorme druk staat. Er doen zich allerlei problemen voor en zijn kinderen verwachten van hem dat hij die kan oplossen. Maar dat valt hem heel zwaar. Om voor deze problemen een oplossing te zoeken is de man bij een Marokkaanse genezer te rade gegaan. Via een trance-sessie met een van de dochters van het gezin stelde de genezer vast dat er sprake was van zwarte magie. Vervolgens heeft de genezer door middel van een ritueel de werking van de magie geneutraliseerd. Volgens hem zal dit het gezin voor verdere problemen behoeden.

Therapeutisch relevante kenmerken van islamitische volksgeneeswijzen

Op basis van de gegevens die ik heb verzameld is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over de effectiviteit van islamitische volksgeneeswijzen, zoals zij in Nederland gepraktiseerd worden. Wel kan ik wijzen op enkele kenmerken van deze geneeswijzen die voor een succesvolle behandeling van allochtone cliënten van belang kunnen zijn. Daarbij baseer ik mij met name op ideeën van Crapanzano (1973) en Eppink (1990), die ik met behulp van mijn onderzoeksgegevens nader heb uitgewerkt en aangepast.⁹ Het betreft de volgende kenmerken:

a. *Een holistische benadering*

In hun diagnostiek en therapieën betrekken islamitische volksgenezers allerlei fysieke, psychische, sociale en religieuze factoren die naar hun mening van invloed zijn op de gezondheid en ziekte van de mens.

b. *Intensieve en langdurige contacten met cliënten*

Islamitische volksgenezers besteden veel tijd en energie aan hun cliënten en hun omgeving en stellen hen in de gelegenheid mee te denken over de oorzaken van de klacht en actief mee te werken aan de behandelwijze. Door middel van uitvoerige gesprekken wordt nagegaan hoe de cliënt functioneert, wat zijn karakter is en hoe hij leeft. Ook wordt aandacht besteed aan de sociale omgeving van de cliënt. Men analyseert hoe relaties zijn en welke problemen tussen personen bestaan.

c. *Herdefiniëring van de situatie*

In sommige gevallen blijken islamitische volksgenezers in staat om een cliënt of een gezin in een schijnbaar uitzichtloze situatie een nieuw perspectief te bieden. Daartoe sluit hij aan bij de denk- en leefwereld van de cliënt. Hij schept voor hen als het ware orde in de chaos en geeft hun de mogelijkheid om zaken weer in eigen hand te nemen. Ik kom op hier later op terug.

d. *Groepssolidariteit en reconfiguratie van het sociale netwerk*

Idealiter ondervinden cliënten in de therapieën van islamitische volksgenezers een duidelijke groepssolidariteit. In de meeste ziektegevallen wordt de familie bij de genezing betrokken. Daarbij biedt 'de groep' de cliënt een interpretatie van zijn ziekte of bevestigt zijn verklaring. Dit kan angstreducerend werken. Soms hernieuwt men

onder begeleiding van de genezer relaties. Eppink (1990) spreekt in dit verband van 'reconfiguratie (hergroepering) van het sociale netwerk' en omschrijft dit als volgt: 'Door middel van therapeutische interventies (...) het sociale netwerk van de cliënt zodanig beïnvloeden dat storende oorzaken weggenomen worden of verminderen' (Eppink 1990: 94, 107).

Eén van de mogelijke technieken hiertoe is de eerder beschreven trance-sessie van een van de Marokkaanse genezers. Een dergelijke techniek biedt de cliënt de mogelijkheid uiting te geven aan ('acting out') frustraties en sociale spanningen, zonder dat hij zich daarvoor hoeft te schamen. Bovendien wordt als het ware de blik van de cliënt verruimd ('uitbreiding van zijn werkelijkheden') doordat de genezer gedragsalternatieven kan suggereren. Op deze wijze worden sociale spanningen weggenomen die wellicht oorzaak zijn van de ziekte (Eppink 1990: 86-7, 90; Crapanzano 1973: 215).

Het komt in de praktijken van islamitische volksgenezers in Nederland ook voor dat cliënten in het netwerk van de genezer andere cliënten leren kennen. Onopgeloste problemen in de Nederlandse samenleving probeert men in eigen kring hanteerbaar te maken.

e. *De cliënt wordt niet zelf verantwoordelijk gesteld voor zijn ziekte*

Door de oorzaak van de ziekte toe te schrijven aan een bovennatuurlijke kracht legt de islamitische genezer de verantwoordelijkheid buiten de cliënt. Het voordeel daarvan is dat dit minder bedreigend voor de cliënt is en dat hij als zieke sociaal geaccepteerd wordt (Oztürk 1964: 359-61; Crapanzano 1973: 215; Sachs 1987: 272; Van Dijk 1990: 21-3; Eppink 1990: 85).

f. *Participatie*

Van de cliënt wordt een actieve bijdrage in het genezingsproces gevraagd. Cliënten wordt opgedragen voor de uitvoering van rituelen de benodigde spullen (kaarsen, wierook, lood) te kopen. Dikwijls moeten zij zelf met behulp van familieleden rituelen uitvoeren.

g. *Angstreductie*

Islamitische volksgenezers stellen hun cliënten vaak gerust. Hierbij kan gedacht worden aan angsten (bijvoorbeeld voor het Boze Oog, magie of boze geesten) of aan de behandeling van acute pijnen. Door de klachten te verklaren in termen van bovennatuurlijke krachten wordt de ziekte benoemd en hanteerbaar gemaakt. De uitvoering van magische en rituele handelingen kan vanuit deze optiek ook ontspannend en angstreducerend werken. Ook het schrijven van amuletten kan een angstreducerende werking hebben: enerzijds kunnen zij bescherming bieden tegen bovennatuurlijke krachten, anderzijds kunnen zij cliënten blijven herinneren aan bijvoorbeeld een verzoening die met een djinn tot stand is gebracht (Crapanzano 1973: 4-7 en 212-7; Eppink 1990: 80-110).

Bij de herdefiniëring van de situatie (zie c.) als kenmerk van islamitische volksgeneeswijzen wil ik hier wat langer stilstaan. De herdefiniëring geschiedt op twee niveaus: symbolisch en praktisch-rationeel. Op symbolisch niveau interpreteert de genezer klachten in voor de cliënt bekende culturele noties en begrippen. Hij verklaart ziekten in termen van bovennatuurlijke krachten, bevestigt eventuele vermoedens van cliënten en manipuleert vervolgens die krachten als onderdeel van het genezingsproces. Eppink wijst

er in dit verband op dat de 'ethnotherapeut' (zoals hij allochtone volksgenezers aanduidt) de cliënt via impliciete boodschappen richting geeft en diens 'werkelijkheden' uitbreidt. Dit begint door de ziekte te benoemen. Daardoor wordt de ziekte binnen een kader geplaatst van waaruit de werkelijkheden (dat wil zeggen gedragsalternatieven) van de cliënt uitgebreid kunnen worden.

Naast deze symbolische interpretatie van de klachten van de cliënt geeft de genezer hem echter ook rationele argumenten voor gedragsverandering. Ik noem hier straks twee concrete voorbeelden van. In enkele gevallen neemt een islamitische volksgenezer daarbij de taak van maatschappelijk werker op zich. Hij gaat mee naar de RIAGG en bemiddelt bij instanties, zoals een woningbouwvereniging. Het gevolg is in sommige gevallen het verdwijnen of verminderen van de ernst van de kwaal of het aannemen van een andere houding door de cliënt ten opzichte van zijn problemen. De problemen zijn hanteerbaar geworden. Dat vormt voor de cliënt de grondslag voor een nieuw geloof in zijn eigen mogelijkheden en de aanzet om activiteiten te ondernemen om zijn leven weer richting te geven.

Ter illustratie geef ik het voorbeeld van een case study uit het onderzoek. Het gaat om een Marokkaanse man van 40 jaar. Sinds 1969 is hij in Nederland. Hij heeft hier allerlei banen gehad totdat hij in 1984 wegens een bedrijfsfaillissement werd ontslagen. Zoals hij zelf zegt, ging het sindsdien bergafwaarts met hem. In 1987 kreeg hij allerlei klachten, zoals rugpijn, hoofdpijn, gespannenheid en benauwdheid. De man is diverse keren onderzocht, maar medisch heeft men geen duidelijke oorzaak kunnen vinden. Vervolgens is hij naar een RIAGG doorverwezen, maar dat bracht geen verbetering. Inmiddels is hij door het Gemeenschappelijk Administratiekantoor volledig afgekeurd. De man is teleurgesteld in allerlei zaken. Naast zijn gedwongen werkloosheid brengt hij zijn klachten in verband met de slechte woonsituatie waarin hij en zijn gezin (vrouw en drie kinderen) verkeren. Uiteindelijk is hij naar een Marokkaanse islamitische volksgenezer gegaan, die met behulp van een ritueel vaststelde dat zich in het huis van het gezin (in de douche en in het toilet) een djinn bevond. Het ging volgens de genezer om een vrij sterke djinn, waarvan hij niet zeker wist of hij hem uit het huis zou kunnen verdrijven. Daarom adviseerde hij het gezin te verhuizen (hetgeen met behulp van de RIAGG is gelukt). In de tussentijd zou de genezer proberen om de djinn te verdrijven. Verder raadde de genezer de man aan om iets aan vrijwilligerswerk te gaan doen. De genezer:

Dat oude huis was geestelijk besmet. In de douche bevond zich namelijk een djinn. Deze heb ik laten verhanden. (...) Het heeft ook met spanningen te maken. (...) Daarnaast hebben ze financiële problemen. Gisteren was ik bij hen en de stofzuiger was kapot. Nu proberen ze via een postorderbedrijf een nieuwe te krijgen. Dat kost 50 gulden per maand. Ook de video is kapot. En ze hebben al drie jaar geen vakantie gehad. (...) Ik heb tegen de man en de vrouw gezegd: 'Luister eens, jullie kunnen twee dingen doen. Of de man moet naar buiten of de vrouw'. Hij wil niet, maar nu vindt hij het wel goed dat zijn vrouw een cursus voor verpleegster gaat doen. Daarvoor gaat ze nu eerst een cursus Nederlandse taal volgen.

Ook in andere gevallen speelt deze Marokkaanse genezer in op de religieuze en spirituele gevoelens van cliënten en draagt bovendien praktische adviezen aan. Zo vertelde hij hoe hij een man had behandeld die aan alcohol verslaafd was. Hij wist de man er van te overtuigen dat een geest hem er in het vervolg van zou weerhouden om alcohol te drinken. Bovendien raadde hij de man aan om zijn dagelijkse gebeden weer te verrichten

en om regelmatig naar de moskee te gaan. Op die manier zou de man weer structuur en richting in zijn leven krijgen en andere mensen kunnen ontmoeten.

Op dit punt lijkt mij een punt van kritiek op het werk van Eppink op zijn plaats. Hij gaat uitvoerig in op wat ik hierboven het symbolisch niveau heb genoemd, maar negeert het praktisch-rationele niveau waarop islamitische volksgenezers mijns inziens eveneens opereren. Eppink merkt op dat islamitische volksgenezers gebruik maken van impliciete communicatiecodes: ze zijn vaak non-verbaal (rituelen, magische handelingen, trance) of de verbale inhoud is ondergeschikt (bijvoorbeeld gebeden). Volgens hem zou dit aansluiten bij de communicatiecodes van de groep (dat wil zeggen de 'Mediterranen'). Die codes zouden vooral impliciet en groeps- of rolgericht zijn. Voor Eppink hangen problemen tussen therapeut en cliënt vooral daarmee samen. Hij verontschuldigt zich diverse malen voor deze stereotypering, maar baseert er vervolgens zijn hele betoog op. Dat is jammer, want in zijn werk zitten bruikbare aanzetten tot een genuanceerder beeld met betrekking tot de behandeling van allochtone cliënten.

Zo wijst Eppink er met nadruk op dat men in de hulpverlening tot nu teveel uit ging van een statische hantering van het begrip cultuur en dat men de invloed van acculturatiefactoren teveel onderschat (vgl. Van Dijk 1989). Naar zijn mening wordt de kijk op de werkelijkheid (en daarmee de problematiek) van allochtone cliënten vooral bepaald door drie factoren: namelijk de cultuur in het land van herkomst, het migratieproces en de toekomstverwachtingen. Eppink beschrijft deze factoren, maar trekt er geen consequenties uit wat betreft de gevolgen voor de (veranderende) aard van de communicatiecodes van allochtone cliënten. Ondanks de verwevenheid van die codes met de veranderde cultuur¹⁰ van allochtone cliënten dicht hij hen onveranderde communicatiecodes toe.

Door in mijn verslag naast een symbolische benadering te wijzen op een praktisch-rationele aanpak door islamitische volksgenezers hoop ik een aanzet te geven tot een gedachtengang waarin ook die communicatiecodes (net als cultuur) meer dynamisch worden opgevat. Uit mijn onderzoek blijkt dat islamitische volksgenezers en hun behandelwijzen net als hun cliënten mede als gevolg van de migratie veranderen.

Bij de werkwijze van islamitische volksgenezers dienen ook enige kanttekeningen te worden geplaatst, zij het dat die niet uitsluitend van toepassing zijn op deze groep genezers. Zo kan men zich afvragen in hoeverre islamitische volksgenezers hun cliënten werkelijk genezen. Denkend aan de kwestie van het leggen van de verantwoordelijkheid van problemen bij externe factoren is het bijvoorbeeld mogelijk dat islamitische volksgeneeswijzen 'werkelijke' oplossingen in de weg staan. In het geval van psychische, psychiatrische of relationele problemen is het denkbaar dat er geen structurele oplossing wordt geboden, of dat bepaalde klachten over het hoofd worden gezien. Tot besluit kan men zich afvragen in hoeverre cliënten afhankelijk worden van islamitische volksgenezers en wat daar de gevolgen van zijn (Hermans 1986: 9).

Erkenning van islamitische volksgeneeswijzen in Nederland?

Een opmerkelijk gegeven in mijn onderzoek was dat vijf van de geïnterviewde volksgenezers zijn benaderd met de hulp van medewerkers uit het reguliere circuit. Islamitische volksgenezers en artsen en hulpverleners treden op informele wijze schoorvoetend in contact met elkaar. Het is een enkele keer voorgekomen dat hulpverleners de hulp van een islamitische volksgenezer hebben ingeroepen. Het komt eveneens voor dat hulpverleners

zelf de rol van islamitische volksgenezer op zich nemen. Uit therapeutische overwegingen gaan zij mee in de belevingswereld van de cliënt en gebruiken zij rituelen om bovennatuurlijke krachten te bezweren (vgl. Cavga 1991).

Uit het onderzoek komt naar voren dat islamitische volksgenezers een functie kunnen vervullen. Tot op heden ontbreekt het hen echter aan elke vorm van erkenning. Zij werken geïsoleerd van elkaar en buiten de reguliere gezondheidszorg en hulpverlening om. Daarbij zoeken sommige islamitische volksgenezers weifelend hun weg in de Nederlandse samenleving. De bij het onderzoek betrokken Marokkaanse genezers hebben bijvoorbeeld aansluiting gezocht bij Nederlandse verenigingen van paranormale genezers. Deze verenigingen eisen onder meer dat kandidaat-leden een interne opleiding gaan volgen en dat zij vaste tarieven van cliënten vragen. In feite zijn dit eisen om te professionaliseren.

Voor een van de twee Marokkaanse genezers, die al enkele jaren lid is van een dergelijke vereniging (en aan deze eisen voldoet), heeft dit gevolgen gehad voor zijn cliëntèle. Op dit moment heeft hij voornamelijk Nederlandse cliënten, die hem kennen als handoplegger en magnetiseur ('strijker'). Zijn Marokkaanse cliëntèle neemt af en is op het ogenblik gering. Hij botst met Marokkaanse cliënten over zijn behandelwijze, die kennelijk alleen nog aan autochtone paranormale eisen voldoet. Zijn uitleg daarover begrijpen Marokkanen niet. Zij geven de voorkeur aan teksten uit de koran. Ook over de gevraagde tarieven stuit deze genezer bij Marokkanen op problemen. Zij zeggen dat hij zijn gave van God heeft ontvangen en deze uit liefde moet aanwenden. Het vragen van vaste tarieven past niet in dat beeld: Marokkaanse cliënten willen hem alleen betalen op basis van vrijwilligheid. Deze voorbeelden geven aan hoe moeilijk het voor islamitische volksgenezers is om hun weg te vinden in ons gereguleerde stelsel van reguliere en alternatieve gezondheidszorg. Als gevolg van de huidige geïsoleerde positie van islamitische volksgenezers ontbreekt het reguliere artsen, hulpverleners, potentiële cliënten en genezers zelf aan inzicht in en zekerheid over de mogelijkheden en onmogelijkheden van islamitische volksgeneeswijzen. Vandaar dat aan het Ministerie van WVC is voorgesteld vervolgonderzoek te laten verrichten naar de volgende onderwerpen: de effectiviteit van islamitische volksgeneeswijzen (middels een longitudinaal onderzoek onder cliënten), opsporing en benadering van andere islamitische volksgenezers en de mogelijkheden en problemen met betrekking tot samenwerking tussen islamitische genezers enerzijds en medici en hulpverleners anderzijds. Het Ministerie heeft ingestemd met het voorgestelde vervolgonderzoek. Het onderzoek bevindt zich momenteel in de uitvoeringsfase. In een later stadium hoop ik daarvan verslag te doen.

Conclusie

Islamitische volksgeneeswijzen zijn ontstaan uit het volksgeloof in overwegend islamitische landen. In de behandelwijzen van islamitische volksgenezers in Nederland zijn belangrijke elementen uit dat volksgeloof blijven voortbestaan. Daarnaast ondergaan deze behandelwijzen onder invloed van de migratie echter belangrijke veranderingen, enerzijds als gevolg van de veranderde problematiek van de cliënten, anderzijds door de druk op de genezers om te professionaliseren.

Ten aanzien van de veranderde problematiek van de cliënten ziet men hoe genezers (moeten leren) omgaan met problemen (werkloosheid, slechte woonsituatie, psychosomatische klachten) waarmee hun cliënten in de Nederlandse samenleving worden

geconfronteerd. Over de druk om te professionaliseren kan opgemerkt worden dat islamitische volksgenezers voor een dilemma staan. Ofwel kunnen zij aansluiting zoeken bij autochtone organisaties voor alternatieve geneeswijzen en dan als gevolg van de professionele eisen vooral hun allochtone cliëntèle verliezen. Ofwel kunnen zij ervoor kiezen zich daar niet bij aan te sluiten, met als consequentie dat zij zonder enige vorm van erkenning moeten blijven werken.

Noten

Cor Hoffer is als niet-westers socioloog verbonden aan het Leiden Institute of Development Studies (LIDESCO) van de Rijksuniversiteit Leiden. In 1989 en 1990 heeft hij onderzoek gedaan naar moslim-hesnijdenissen in Nederland. Momenteel verricht hij een onderzoek naar islamitische volksgenezers in Nederland. Hij dankt Roh van Dijk voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

1. Dit artikel is gebaseerd op mijn onderzoeksrapport *Islamitische geneeswijzen in Nederland. Een eerste inventarisatie* (1991) en op enkele gegevens uit een lopend vervolgonderzoek. Beide onderzoeken zijn uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. In dit artikel wordt bewust over 'islamitische volksgeneeswijzen' gesproken. Dit heeft te maken met veranderingen in inzichten omtrent de definitie van islamitische geneeswijzen, op grond van de bevindingen in het vervolgonderzoek. Voor zover mogelijk (het onderzoek loopt immers nog) zijn deze veranderingen in dit artikel opgenomen.
2. Voorbeelden zijn: Van der Meer 1977: 503-5; Hermans 1986: 25-35; Strijp 1990: 28.
3. In het symbolisch interactionisme wordt een dergelijke combinatie van verschillende methoden en technieken aangeduid met het begrip 'triangulatie' (Maso 1987: 301-4).
4. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de opzet en uitvoering van het onderzoek hoofdstuk 1 van bovengenoemd rapport (Hoffer 1991).
5. Het begrip volksgeloof wordt hier, in navolging van Shadid en Van Koningsveld, omschreven als een leer over de aard en de werking van bovennatuurlijke krachten en rituelen met behulp waarvan deze voor gezondheid en welzijn kunnen worden beheerst en aangewend. Shadid & Van Koningsveld plaatsen het Marokkaanse volksgeloof en de heiligenverering op één lijn met dezelfde verschijnselen in het christendom. Volgens hen gaat het in beide gevallen om culturele uitingsvormen van een meer universele magisch-kosmologische leer (Shadid & Van Koningsveld 1983: 80-1).
6. Hierbij dient te worden aangetekend dat het onderscheid tussen natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken van ziekten willekeurig en niet altijd eenduidig is. In sommige gevallen schrijft men een bepaalde ziekte aan een natuurlijke oorzaak toe, maar in andere gevallen wijt men dezelfde ziekte aan een bovennatuurlijke oorzaak. Greenwood (1981) en Sachs (1987) gaan op deze kwestie in, respectievelijk voor Marokko en Turkije. Zij laten zien dat in genoemde landen twee gezondheidssystemen naast elkaar bestaan. Het gevolg is dat ziekten soms op twee manieren geïnterpreteerd worden. Deze interpretaties sluiten elkaar geenszins uit.
7. Marokkanen hanteren voor een volksgenezer de term *sqili*, Turken spreken over *hoca* en Surinaams-Hindostaanse moslims bezigen in dit verband dikwijls de term *maulana*.
8. Volgens Bennani is de situatie in bijvoorbeeld een land als Marokko anders. Daar wordt meestal een beroep gedaan op de 'moderne' (dat wil zeggen westerse) geneeskunde, nadat een bezoek aan een 'traditionele' genezer geen bevredigend resultaat heeft opgeleverd (Bennani 1989: 34). De relatieve (geografische en financiële) onbereikbaarheid van artsen en specialisten in bepaalde verafgelegen rurale gebieden is een mogelijke verklaring voor deze situatie.
9. Zowel Crapanzano als Eppink wijzen er op dat verschillende elementen van islamitische volksgeneeswijzen in de westerse psychotherapie als therapeutisch effectief gelden. Op dit punt lijkt me een

waarschuwing op zijn plaats. Mijns inziens dient te worden voorkomen dat psychotherapie als iets hogers wordt beschouwd dan bijvoorbeeld islamitische volksgeneeskunst. Met name Eppink lijkt zich hier aan te bezondigen. Vanuit het westers psychotherapeutisch paradigma onderzoekt hij overeenkomstige elementen in wat hij noemt 'ethotherapieën' (zoals bijvoorbeeld islamitische volksgeneeswijzen). Daarbij gaat hij er aan voorbij dat die ethotherapieën ouder en authentieker zijn dan de psychotherapie (vgl. Bel Ghazi 1985: 26-7; Hermans 1986: 5).

Wat Eppink in feite doet is het rationaliseren van iets dat al veel langer bestaat. Op zich is daar niets op tegen. Vooral in het geval van de hulpverlening aan migranten kan het zinvol zijn om te analyseren of en waarom volksgeneeswijzen of ethotherapieën effectief blijken. Maar men moet zich er wel bewust van zijn dat dit op de typisch westerse wetenschappelijk-rationele wijze gebeurt. Degenen die het betreft, namelijk volksgenezers en cliënten, beoordelen hun handelwijze op geheel andere wijze.

In feite ziet men hetzelfde probleem bij de beoordeling van alternatieve geneeswijzen in Nederland door vertegenwoordigers van het reguliere circuit. Die beoordeling geschiedt vanuit het reguliere (biomedische) paradigma, terwijl de alternatieve sector geheel eigen criteria hanteert. Voor de alternatieve sector is het niet zozeer van belang hoe een therapie werkt, maar dat deze werkt (Aakster 1982: 57-64; Van der Eijk & Massini 1990).

10. In de literatuur is reeds uitvoerig aandacht besteed aan de veranderende cultuur van migranten. Met name Van Dijk (1989) pleit voor een dynamischer cultuurbegrip als het om migranten gaat. In dat begrip gaat het niet alleen om aspecten van de cultuur in het land van herkomst, maar ook om aspecten van de Nederlandse cultuur en de interacties tussen beide. Van Dijk doet in dit verband de suggestie om de term migrantencultuur te gaan gebruiken. Hij stelt: 'Migrantencultuur is dan de resultante van het samentreffen van oplossingen van migranten voor nieuwe conflictsituaties in de Nederlandse maatschappij'.

Het interessante van deze definitie is de aandacht voor het voluntaristische aspect van cultuur: het individu is niet alleen produkt, maar juist ook producent van cultuur. Op individueel niveau is het mijns inziens relevant hier het begrip levensstijl te gaan gebruiken, zoals dat door Nas & Van der Sande is uitgewerkt (1985: 152-62). De vraag doet zich dan echter voor in hoeverre je de levensstijlen van migranten op categoriaal (cultureel) niveau kunt beschrijven, zoals Van Dijk in feite voorstelt.

Literatuur

Aakster, C.W.

- 1982 *Alternatieve geneeswijzen. Maatschappelijke aanvaarding en verwerping*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Bel Ghazi, H.

- 1985 *Mythen. Buitenlandse arbeiders tussen kulturele konfrontatie en overheidsfalen*. Amsterdam: De Populier.

Bennani, A.

- 1989 Moderne en traditionele behandelwijzen in Marokko. In: R. van Dijk (red.), *Marokkaanse migranten en de geestelijke gezondheidszorg. Verslag van de Studiedagen Marokkaanse Psychiatrie*. Utrecht: NCB, pp. 26-37.

Cavga, M.T.

- 1991 Religie en magie. In: C. Pannekeet (red.), *RIAGG-hulpverlening aan Turken en Marokkanen*. Meppel: Boom.

Crapanzano, V.

- 1973 *The Hamadsha. A study in Moroccan ethnopsychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Dijk, P. van

- 1990 *Alternatieve geneeswijzen. Praktische gids voor thuis*. Zeist: VNZ.

- Dijk, R. van (red.)
 1989a Marokkaanse migranten en de geestelijke gezondheidszorg. Verslag van de Studiedagen Marokkaanse Psychiatrie. Utrecht: NCB.
- Dijk, R. van
 1989b Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. *Medische Antropologie* 1(2): 131-43.
 1990 Maghrebijmse psychopathologie in Frankrijk. *Buitenlanders Bulletin*, 15 juni 1990, pp. 21-3.
- Eijk, van der P. & M. Massini
 1990 Van stethoscoop naar teunisbloem. De onstuitbare opkomst van de alternatieve geneeskunst. *De Tijd*, 11 mei 1990, pp. 52-9.
- Eppink, A.
 1990 *Het masker van de pijn. Psychosomatische klachten bij allochtonen*. Muiderberg: Coutinho.
- Glaser, B.G. & A.L. Strauss
 1976 *De ontwikkeling van gefundeerde theorie*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom.
- Greenwood, B.
 1981 Cold or spirits? Choice and ambiguity in Morocco's pluralistic medical system. *Social Science & Medicine* 15B: 219-35.
- Hermans, Ph.
 1986 Marokkaanse ethnopsychiatrie. In: Ph. van der Meer (red.), *Psychische problemen bij migranten*. Utrecht: NCB, pp. 25-35.
- Hoffer, C.B.M.
 1986 Symbolisch interactionisme. Een analyse van filosofische, theoretische en methodologische uitgangspunten. Rijksuniversiteit Leiden. Doctoraal scriptie.
 1991a Islamitische geneeswijzen in Nederland. Een eerste inventarisatie. Leiden: LIDESCO.
 1991b De positie van islamitische genezers in Nederland. Onderzoeksvoorstel. Leiden: LIDESCO.
- Hout, T. van den, F. Wester, H. Hüttner & I. Maso
 1980 *Fenomenologisch onderzoek naar de samenleving. De etnomethodologie, het symbolisch interactionisme en de fenomenologische sociologische methode*. Nijmegen: Sociologisch Instituut, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Kluft, M.M.
 1992 *De geest van de bron. Migranten zonder overheid en hulpverlening*. Almelo: Uitgave RIAGG Almelo.
- Lammers, T.A.P.
 1991 Kitaba. Islamitische magie die gebruik maakt van de kracht van geschreven en gesproken tekst. Leiden: Vakgroep Talen en Culturen van het Islamitische Midden-Oosten. Doctoraal scriptie.
- Maso, I.
 1987 *Kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.
- Meer, Ph.J. van der
 1977 Demonpossessie als psychische ziekte bij Marokkanen. *Medisch Contact* 32: 503-5.
- Nas, P.J.M. & M.L. van der Sande
 1985 Stedelijke levensstijlen: een biografische benadering. *De Sociologische Gids* 23(2): 152-62.
- Oztürk, O.M.
 1964 Folk treatment of mental illness in Turkey. In: A. Kiev (ed.), *Magic, faith and healing. Studies in primitive psychiatry today*. New York: The Free Press of Glencoe. Collier-MacMillan, Ltd., pp. 343-62.
- Pierce, J.E.
 1964 *Life in a Turkish village*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Sachs, L.
 1987 Evil eye or bacteria: Turkish migrant women and Swedish health care. *Research in the Sociology of Health Care* 5: 249-301.
- Shadid, W.A.R. & P.S. van Koningsveld
 1983 *Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg*. Assen: van Gorcum.
 1990 *Moslims in Nederland. Minderheden en religie in een multiculturele samenleving*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu.
- Srijp, R.
 1990 Witte vlekken op de landkaart. Recente publikaties over islam en moslims in Nederland. *Migrantenstudies* 6(4): 19-37.
- Wester, F.
 1987 *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.
- Wooding, C.J.
 1984 *Geesten genezen. Etnopsychiatrie als nieuwe richting binnen de Nederlands antropologie*. Groningen: Uitgeverij Konstapel.