

God zal voor mij zorgen

Religieuze coping van vluchtelingen
met gezondheidsproblemen

David Engelhard
Inge Goorts

Personalia

Drs. David Engelhard is sinoloog. Hij werkte jarenlang met Chinese vluchtelingenjongeren en publiceerde over deze groep jongeren samen met enkele anderen *De smaak van noedelsoep* (Pharos 2004). Sinds 2002 is hij onderzoeker bij Pharos. In 2003 deed hij onderzoek naar de samenhang tussen terugkeer en gezondheid van vluchtelingen en asielzoekers; daarover verscheen in 2004 bij Pharos *Zorgen over terugkeer*.

Inge Goorts is student antropologie en stagiaire bij Pharos. Eerder deed zij een stageonderzoek in Guatemala naar de sociale relaties tussen de pinkstergemeente en de katholieke kerk. Zij studeert met dit onderzoek naar religieuze coping af in de antropologie aan de Universiteit Utrecht.

Colofon

'God zal voor mij zorgen. Religieuze coping van vluchtelingen met gezondheidsproblemen' is een uitgave van Pharos – Kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid. Het onderzoek waarvan deze publicatie het resultaat is, werd mede mogelijk gemaakt door financiële bijdragen van het Europees Vluchtelingenfonds (EVF), Stichting Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg (Fonds OGZ) en KNR Commissie Projecten in Nederland (PIN).



Pharos
Postbus 13318, 3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00 Fax 030 236 45 60
E-mail pharos@pharos.nl Website www.pharos.nl
Voor eerder verschenen publicaties van Pharos zie pagina 126 en www.pharos.nl.

ISBN 90 75955 53 7
Bestelnummer 9P2005.09

Vormgeving Studio Casper Klaasse, Amsterdam
Druk A-D Druk, Zeist

© 2005, Stichting Pharos, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



God zal voor mij zorgen



Religieuze coping van vluchtelingen
met gezondheidsproblemen

David Engelhard
Inge Goorts

Inhoud

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | Inleiding | 6 |
| | Religieuze coping | 6 |
| | Doelstelling | 7 |
| | Doelgroep | 7 |
| | Onderzoeksvraag | 8 |
| | Opbouw | 9 |
| | Voor wie? | 9 |
| 2 | Literatuuroverzicht | 11 |
| | Vluchtelingen en asielzoekers | 11 |
| | Gezondheid en vluchtelingen | 12 |
| | Coping | 14 |
| | Religie | 16 |
| | Religieuze coping | 20 |
| 3 | Gezondheid en geloof | 27 |
| | Introductie van de geïnterviewden | 27 |
| | Gezondheid van de respondenten | 29 |
| | Religie van de respondenten | 33 |
| | Speelt het geloof een rol? | 38 |
| 4 | Zingeving | 42 |
| | Zin van zingeving | 42 |
| | Ziekte als les | 48 |
| | Wil van God | 55 |

| | |
|---|-----|
| 5 Bronnen van kracht | 62 |
| Welke kracht? | 62 |
| Aandacht en raad van God | 63 |
| Lezen in bijbel of koran | 66 |
| Bidden | 70 |
| 6 Het zoeken van hulp | 75 |
| Waar wordt hulp gezocht? | 75 |
| Waardering zorg in Nederland | 78 |
| Hulp van de voorganger | 80 |
| Hulp van de geloofsgemeenschap | 82 |
| Wanneer ben ik weer beter? | 84 |
| En wie zorgt daarvoor? | 86 |
| 7 Conclusie | 90 |
| Literatuur | 94 |
| Bijlagen | 100 |
| Samenwerking psychiater en geestelijk verzorger | 101 |
| Methodologie en onderzoekspopzet | 108 |
| Respondenten | 113 |
| Vragenlijst | 119 |

Vragen naar zin en betekenis zijn fundamentele vragen: de betekenis van het leven, van de keuzes die we bewust en onbewust maken en van de gebeurtenissen die ons overkomen. Voor veel mensen biedt een religieuze overtuiging de sleutel tot een antwoord op deze betekenisvragen. Zij vinden in hun religie samenhangende systemen van interpretatie en waarden waarmee zij gebeurtenissen en keuzes in hun leven kunnen ordenen.

In hulpverleningsorganisaties voor vluchtelingen is de aandacht voor de religieuze dimensie niet systematisch verankerd; de hulpverlening in Nederland is immers in sterke mate gesecculariseerd. Het is afhankelijk van de individuele hulpverlener of hij¹ religieuze aspecten in de hulpvraag en de aanpak daarvan signaleert en daarop ingaat. Op de conferentie *Hoe helpt u mij?* van Pharos en GGZ Nederland eind 2002 kwam de vraag naar voren wat religie voor vluchtelingen kan betekenen en hoe religie van vluchtelingen een plaats kan krijgen in de gezondheidszorg. Hoe staat religie in verband met gezondheid? Nog specifieker: op welke wijze maken vluchtelingen gebruik van religieuze copingstrategieën bij gezondheidsvragen?

RELIGIEUZE COPING

Religieuze coping is een term uit de godsdienstpsychologie en komt oorspronkelijk uit de Verenigde Staten. Ze is te omschrijven als *een zoektocht naar betekenis, in relatie tot het heilige, in tijden van stress*. Het gaat om een copingstrategie, ofwel een zoektocht naar betekenis in tijden van stress, waarbij mensen uitdrukkelijk putten uit een voor hen belangrijk geloof in een transcendente wereld. De gebeurtenissen in de zichtbare wereld worden zo in een breder perspectief geplaatst.

In dit onderzoek hebben we de verschillende aspecten van religieuze coping toegespitst op het thema zingeving en de bronnen van kracht die het geloof kan bieden. Zingeving kan helpen om een ziekte een plaats te geven in het leven en daardoor dragelijker te maken. Kunnen terugvallen op krachtbronnen als lezen in de bijbel of de koran of kunnen bidden, kan eveneens helpen om een

ziekte te doorstaan. Het geloof is in tijden van stress echter niet alleen een steun, maar kan ook nieuwe vragen oproepen. Als je echt ziek bent, gelooft in een goede God en bronnen van kracht en hulp uit de geloofsgemeenschap tegeven, dan is zingeving niet gemakkelijk. Voor gelovige vluchtelingen kan het daarom belangrijk zijn speciaal aandacht te besteden aan de geloofsvragen in tijden van stress, omdat het zowel een extra copingmechanisme kan zijn, als een bron van extra verwarring en vertwijfeling.

In deze publicatie komen de resultaten van ons onderzoek naar religieuze copingstrategieën aan de orde. Ze bestaan uit cijfermateriaal en informatie over wie en wat, maar vooral ook uit persoonlijke verhalen van vluchtelingen en asielzoekers zelf, die vertellen over hun eigen ervaringen, visies en gedachten over hun gezondheid en hun geloof. Steeds weer gaat het over de persoonlijke beleving van het geloof en van God. Wie zijn wij, waarom zijn we ziek en wie is God?

Deze laatste vraag zullen we niet beantwoorden, anders dan met de constatering dat God de hoofdpersoon is van dit boek. God kan echter vele gedaanten aannemen en heeft vele namen: HERE, Jehova, Allah, Onze Vader, De Barmhartige, et cetera. Zoveel mensen, zoveel namen, zoveel goden. We bedoelen 'de hoogste transcendente macht', maar eigenlijk bedoelen we met 'God' alleen wat onze respondenten ermee bedoelen.

In de vragenlijst is naast 'God' ook steeds verwezen naar 'Allah'. Moslims refereren echter ook gemakkelijk aan 'God' en omwille van de leesbaarheid is er daarom voor gekozen in dit boek alleen de term 'God' te gebruiken.

DOELSTELLING

Het onderzoek behelst het verkrijgen van meer inzicht in de religieuze coping van vluchtelingen met betrekking tot gezondheidsvragen. Dit inzicht kan leiden tot meer aandacht voor zowel het houvast als de verwarring die het geloof kan brengen in tijden van stress. Wij hopen dat zorg- en hulpverleners met dit boek beter uit de voeten kunnen met het geloof en de religieuze copingstrategieën van vluchtelingen. Wie bang is om over God te praten of vindt dat het geloof slechts tot het domein van kerk of moskee behoort, kan een belangrijk gespreksonderwerp missen in het contact met gelovige vluchtelingen en daarmee voorbijgaan aan wat voor hen het belangrijkste is.

DOELGROEP

Het onderzoek richt zich op gelovige vluchtelingen met gezondheidsproblemen in Nederland. Zowel de religieuze affiniteit als de gezondheid zijn opgevat als subjectieve gegevens die in het onderzoek gemeten worden. Uit ge-

¹ Telkens wanneer in deze publicatie gebruik wordt gemaakt van hij/ hem kan dit ook gelezen worden als zij/haar.

vens van de IND (zie bijlage 3) kan worden afgeleid dat 56 procent van de asielzoekers bij het eerste gehoor aangeeft te behoren tot een religieuze denominatie. Deze gegevens vergroten de relevantie van het onderzoek.

De religieuze affiniteit is als selectie criterium gehanteerd. Als respondenten op vraag 19 *Hoe gelovig vindt u uzelf?* hebben gekozen voor het derde antwoord ‘helemaal niet gelovig’, zijn zij niet verder in het onderzoek betrokken. Hierdoor zijn zes respondenten afgewezen. Vrijwel alle volgende vragen zijn immers irrelevant voor mensen zonder affiniteit met het geloof en het is moeilijk religieuze coping te onderzoeken bij mensen die zelf aangeven geen affiniteit te hebben met geloof. Zoals hieronder verder wordt uiteengezet, betrof de vraagstelling niet *hoeveel* mensen uit de doelgroep gebruik maken van religieuze coping, maar *hoe* gelovige vluchtelingen en asielzoekers gebruik maken van hun geloof. Vanwege deze vraagstelling is het irrelevant om mensen in het onderzoek te betrekken die zelf aangeven niet gelovig te zijn.

De subjectief gemeten ervaren gezondheid was geen selectie criterium; respondenten die aangaven een uitstekende gezondheid te bezitten zijn dus in het onderzoek opgenomen. Het ging daarbij om slechts enkele mensen. Deze respondenten konden gemakkelijk worden opgenomen, omdat de vragen verder nauwelijks irrelevant werden. Er kan immers worden verondersteld dat iedereen wel enige ervaring heeft met gezondheidsklachten en gezondheidszorg.

De respondenten voldeden aan de volgende criteria.

- Zij hebben asiel aangevraagd in Nederland (de uitkomst van die asielaanvraag is niet relevant).
- Zij hebben affiniteit met religie.
- Zij zijn in staat om de enquête en/of het interview in het Nederlands of Engels af te handelen.

Op de kenmerken van de onderzoeksgroep gaan we in hoofdstuk 3 in. Daarin worden de belangrijkste variabelen zoals gezondheids- en geloofskenmerken uitgebreid beschreven.

ONDERZOEKSVRAAG

De probleemstelling van het onderzoek is als volgt geformuleerd: *Op welke wijze maken gelovige vluchtelingen en asielzoekers gebruik van religieuze coping met betrekking tot gezondheidsvragen.*

De probleemstelling is geoperationaliseerd met de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe wordt religieuze coping in de literatuur beschreven?
- Hoe beschouwen vluchtelingen hun eigen gezondheid?
- Hoe beschrijven vluchtelingen hun religie?
- Welke relatie leggen vluchtelingen tussen hun religie en hun gezondheid
 - ten aanzien van zingeving?
 - ten aanzien van bronnen van kracht?
- Waar zoeken vluchtelingen hulp?

OPBOUW

In hoofdstuk 2 zal de belangrijkste literatuur op het gebied van religieuze coping worden behandeld. Deze literatuurstudie is zeker niet allesomvattend, maar is bedoeld om de daaropvolgende hoofdstukken met de resultaten van het onderzoek van een breder kader te voorzien.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het onderzoek naar de gezondheid en het geloof van de respondenten besproken. De hoofdstukken 4, 5 en 6 gaan over respectievelijk 'zingeving', 'bronnen van kracht' en 'hulp zoeken'. Dit zijn eigenlijk de kernhoofdstukken van het boek, waarin de onderzoeksresultaten worden besproken. We hebben geprobeerd de resultaten zoveel mogelijk te voorzien van citaten uit de interviews. Een enkel citaat kan soms veel meer duidelijk maken dan een tabel.

In de conclusie worden de resultaten in een kader geplaatst en enkele aanbevelingen gedaan. Bijlage 1 bevat een casus waarin Taco Bos en Douwe van der Heide beschrijven hoe zij als geestelijk verzorger en psychiater omgaan met religieuze coping. Daarnaast bevatten de bijlagen de methodologische verantwoording en de vragenlijst. Er is ook nog een aanvullend overzicht opgenomen ten aanzien van de onderzoeksgroep, op het gebied van gezondheid en religie.

VOOR WIE?

Dit boek is bedoeld is voor iedereen die met vluchtelingen te maken heeft, als professional in de gezondheidszorg of dienstverlening, privé of als vrijwilliger in een asielzoekerscentrum. Het is uitdrukkelijk niet alleen bedoeld voor gelovige mensen, die om die reden geïnteresseerd zijn in het geloof van vluchtelingen. Of iemand als lezer zelf affiniteit heeft met het geloof, welk geloof dan ook, is van geen enkel belang. Het gaat over vluchtelingen en hun geloof. Zij spreken over *hun* God en *hun* visie ten aanzien van ziekte, gezondheid en de rol van hun geloof daarbij wanneer dat belangrijk voor ze is. Wie geïnteresseerd is in vluchtelingen en asielzoekers is geïnteresseerd in wat belangrijk voor hen is.

‘Ik heb een Jezus-familie’

Ik woon al tien jaar in Nederland, maar ben uitgeprocedeerd. Ik ben dus illegaal. Oorspronkelijk kom ik uit Kongo. In Nederland kreeg ik psychiatrische problemen.

Als ik ziek ben, zoek ik altijd eerst hulp bij God, omdat ik in God geloof. God is mijn leven, mijn vader. Voordat ik iets doe, moet ik altijd God om hulp vragen. Ziekte komt van de duivel. Alle slechte dingen die ons overkomen, komen van hem, niet van God. God heeft het beste met ons voor. Hij is goed, hij wil niet dat we ziek zijn. Hij wil gezondheid voor ons.

Met mijn huisarts en psychiater heb ik veel contact. We praten en ze geven mij medicijnen, maar ze kunnen me niet in alle gevallen helpen. Als ik ziek ben kan God mij helpen, hij kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat de medicijnen aanslaan die de dokter voorschrijft. God heeft toen ik ziek was, ook een keer een vriend maar mij toegestuurd, zodat ik niet alleen was.

Door mijn geloof heb ik een Jezus-familie. Dat is natuurlijk niet mijn echte familie, want mijn kinderen zijn nog in Afrika, maar door de kerk voelt het wel alsof ik hier weer familie heb. Zo heb ik ook veel vrienden leren kennen. Zij helpen me, net als de pastoor. Met hem kan ik praten en bidden. Ik zing in het kerkkoor en de mensen van het koor komen op bezoek als ik ziek ben. Mijn vrienden brengen mij soms met de auto naar het ziekenhuis, of ze koken voor me, houden me gezelschap en we praten samen.

Als ik ziek ben, ben ik bang. Ik vraag God dan om rust in mijn hart te brengen en een uurtje na het gebed ben ik dan vaak ook rustig. Daarnaast helpt God mij met praktische dingen. Zo heb ik hem gevraagd om geld voor mijn kinderen in Afrika. Twee dagen later belde een vriend om te vertellen dat hij mij kan helpen met het geld.

Alleen God weet hoe mijn problemen opgelost kunnen worden. Ik vraag hem mij te helpen, maar kan niet vragen om een speciale oplossing, want die weet hij alleen.

Met mijn huisarts praat ik wel over mijn geloof, want die is ook christelijk, maar met mijn psychiater niet. Als je ziek bent, ben je niet sterk. Dan zou ik er wel over willen praten, omdat het me kracht geeft. En als ik me beter voel, dan zorgt dat er ook voor dat ik beter kan worden. Uiteindelijk ben ik niet bang, want Jezus is met mij.

Ariël uit Kongo

‘**R**eligieuze coping van vluchtelingen met gezondheidsproblemen’ is een complexe samenvoeging van begrippen. Meerdere vakgebieden komen samen en professionals met soms heel verschillende gezichtspunten hebben ermee te maken. In dit hoofdstuk zullen we proberen deze begrippen uit te leggen en van een context te voorzien. We steunen daarbij in belangrijke mate op onderzoek van de Amerikaanse godsdienstpsycholoog Kenneth Pargament en enkele van zijn collega’s, zoals Harold Koenig. Zij hebben door hun vele onderzoek naar religieuze coping het onderwerp (in ieder geval in Amerika) op de sociale en psychologische kaart gezet. Ook in Nederland is onderzoek uitgevoerd, onder meer door de godsdienstpsychologen Rien van Uden en Jos Pieper.

Vluchtelingen en asielzoekers

Het onderzoek heeft betrekking op de groep vluchtelingen en asielzoekers. Dikwijls worden deze termen door elkaar gebruikt, terwijl er een duidelijk onderscheid te maken is. In het juridische discours is een vluchteling iemand die erkend wordt als vluchteling in termen van het Vluchtelingenverdrag van Genève (1951). In dit verdrag wordt met vluchteling bedoeld: *Een persoon die vlucht ‘uit gegronde vrees voor vervolging wegens ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of het aanhangen van een politieke overtuiging, en zich buiten het land bevindt waarvan hij de nationaliteit bezit, en de bescherming van het land vanwege de genoemde vrees niet kan inroepen.’*

Een asielzoeker is iemand die in een ander land een aanvraagprocedure heeft lopen om erkend te worden als vluchteling, maar nog niet als zodanig is erkend. Een dergelijke procedure kan geruime tijd duren en daarom hebben we in Nederland te maken met tienduizenden mensen die jarenlang als asielzoeker door het leven gaan. Bij verscheidene organisaties, waaronder Pharos, wordt het onderscheid tussen vluchtelingen en asielzoekers lang niet altijd gemaakt. Beide groepen hebben immers vergelijkbare problemen en verdienen in vergelijkbare mate hulp en ondersteuning.

Vluchtelingen onderscheiden zich van andere migranten, doordat zij hun land hebben verlaten om dwingende redenen in het land van herkomst. Het zijn met andere woorden niet de vermeende, aantrekkende factoren in het doelland die de vluchteling aanzetten tot migratie, maar een bedreigende situatie in het land van herkomst. De vluchteling wil of moet weg uit zijn land en het maakt in eerste instantie niet zo veel uit waarnaar toe.

In dit onderzoek bestaat de doelgroep uit vluchtelingen, asielzoekers en ook een aantal uitgeprocedeerde asielzoekers. Criterium voor opname in het onderzoek was dat mensen in Nederland asiel hadden aangevraagd. Of deze aanvraag was gehonoreerd, nog in behandeling was of inmiddels was afgewezen, deed niet ter zake. Bij de verwerking is de totale onderzoeksgroep meestal verdeeld in de groep met een verblijfsstatus en de groep zonder verblijfsstatus.

Gezondheid en vluchtelingen

Gezondheid wordt in dit onderzoek omschreven als *een staat van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts het ontbreken van een ziekte of gebrek*. Dit is de definitie van gezondheid zoals deze wordt gehanteerd door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO).

Gezondheid en ziekte worden in het onderzoek benaderd vanuit het perspectief van de patiënt. Het gaat om de beleefde gezondheid – of het ontbreken daarvan – in haar ruime betekenis en niet om het enge kader van de gediagnosticeerde gezondheid door medici. Dit onderscheid wordt in de antropologie verduidelijkt met het begrippenpaar *illness* en *disease*. *Illness* is het subjectieve antwoord van een patiënt en zijn omgeving op zijn ziek zijn, het perspectief van de patiënt dus. *Disease* daarentegen, is de term die gebruikt wordt om het perspectief van de medici weer te geven (Helman 2001: 79). Bij gebruik van deze begrippen dient vermeden te worden dat *illness* alleen in de culturele sfeer geplaatst wordt en *disease* als universeel wordt beschouwd. Niet alleen de definitie van de patiënt is cultureel bepaald, die van de arts zeker ook (Van der Geest & Nijhof 1989). Daarnaast moet rekening gehouden worden met het dynamische karakter van beide begrippen. *Illness* en *disease* en de verklaringmodellen waar zij deel van uitmaken, zijn veranderlijk naar tijd en plaats (Kleinman 2005).

In het dagelijkse leven zullen mensen gezondheid ervaren als een gevoel, een beleving van de werkelijkheid. Verschillen in persoonlijke situatie, zoals etnische en culturele achtergronden, sekse, religie, leeftijd en de verschillen tussen stad en platteland hebben invloed op de probleembeleving en de verklaringen voor gezondheidsproblemen en oplossingsstrategieën. De medisch antropoloog Arthur Kleinman heeft daarvoor de term *explanatory model* gelanceerd (Kleinman 1980). Het betreft een model om alles wat mensen meemaken en waarnemen, inclusief ziekten en geneeswijzen, voor henzelf te verklaren.

Vluchtelingen hebben relatief veel te maken met gezondheidsklachten. Dat kan het gevolg zijn van de vlucht of eventuele traumatische gebeurtenissen daaraan voorafgaand, maar ook van de aanpassing aan een nieuwe leefomgeving en van stress. De dynamiek van de vlucht brengt stress met zich mee. Stress zal in deze context beschouwd worden als een fysiologisch of psychologisch gespannen toestand, veroorzaakt door stressoren in de omgeving of de situatie (Berry e.a. 1987). Stress kan vervolgens het functioneren van mensen en hun gezondheid nadelig beïnvloeden.

Er bestaan verscheidene studies over de specifieke gezondheidsrisico's van vluchtelingen (Van Willigen & Hondius 1992; Sundquist e.a. 1995; Van den Heuvel 1998; De Jong 2002; Laban 2003; Laban & Gernaat 2004). Van Willigen en Hondius (1992) vermelden dat vluchtelingen over het algemeen veel specifieke lichamelijke en psychische klachten en somatische problemen vertonen. Het gaat om hoofdpijn, gastro-intestinale en musculo-skeletale klachten en voor wat betreft de psychische klachten om slaapstoornissen en angstige of depressieve gevoelens. Ook hebben vluchtelingen door de aard van hun verblijf relatief meer huisvestings-, financiële en aanpassingsproblemen in de Nederlandse gezondheidszorg. Uit een studie onder driehonderd asielzoekers uit Irak blijkt ook dat de asielprocedure een verslechterende invloed heeft op hun psychische gesteldheid. Twee jaar na aankomst in Nederland leden zij twee keer zo vaak aan psychische klachten als een controlegroep die net was gearriveerd. Afgezien van het voorkomen van een posttraumatische stressstoornis (ptss), die bij 31 procent van de net in Nederland aangekomen groep werd vastgesteld, was de psychische gesteldheid van de controlegroep vergelijkbaar met die van Nederlanders in het algemeen (Laban & Gernaat e.a. 2004).

Na de vaak traumatische ervaringen tijdens de vluchtperiode krijgen vluchtelingen in Nederland te maken met de verwerking van geweldservaringen, gevoelens van ontworteling en gebrek aan toekomstperspectief. Er kan rouw zijn om het verlies van vaderland, vrienden en familie. Tevens moeten ze zich staande houden in een onbekende omgeving, die zij door discriminatie en cultuurverschillen als bedreigend kunnen ervaren. De combinatie van onzekerheid ten aanzien van de asielprocedure, de verwerking van geweldservaringen, het wennen aan de nieuwe omgeving en de gemarginaliseerde maatschappelijke positie van vluchtelingen kan frustratie, stress en gezondheidsklachten voortbrengen. Het gevoel van verlies van identiteit en gevoelens van heimwee, eenzaamheid, geïsoleerdheid, onmacht en schuld kunnen ontstaan. Daarnaast maken vluchtelingen zich soms (ernstige) zorgen over mensen die zijn achtergebleven in het land van herkomst en ontbreekt het hen bovendien vaak aan een zinvolle dagbesteding. Door dit alles kunnen er gezins- en of relatieproblemen ontstaan, maar ook opvoedingsproblemen, omdat de kinderen zich vaak sneller aanpassen aan de nieuwe situatie en taal dan de ouders.

Deze factoren dragen bij aan de gezondheidsrisico's van vluchtelingen (Goede 1994, p. 15; Berry e.a. 1987; Van Willigen & Hondius 1992). Voor de hulpverlening is het vaak lastig om de complexe problemen uit elkaar te houden en

een adequate diagnose te stellen. Dikwijls wordt bovendien ten onrechte aangenomen dat vluchtelingen in sterke mate hun psychische problemen somatiseren – vertalen in lichamelijke klachten – terwijl onderzoek aantoont dat asielsezoekers in gelijke mate met psychische klachten bij de huisarts aankloppen (Bartels 2003).

Voor de hulpverlening is het belangrijk rekening te houden met verklaringsmodellen (*explanatory models*) ten aanzien van de ziekte en genezing die afwijken van wat in Nederland gebruikelijk is. Het incorporeren van de wil van God ten aanzien van de ziekte, is daar een voorbeeld van. Dat kan voor vluchtelingen een vanzelfsprekendheid zijn, terwijl er voor God in de overwegend geseculariseerde gezondheidszorg in Nederland nog maar weinig plaats is.

Coping

‘Coping’ komt van het Engelse *to cope (with)* dat betekent ‘het aankunnen’, ‘zich weten te redden’, ‘het hoofd bieden aan’, ‘opgewassen zijn tegen’. Dit zijn allemaal bekende vereisten in het leven van vluchtelingen en daarom zal het woord ook ingeburgerd zijn geraakt in de literatuur over vluchtelingen. Voor een definitie van coping wordt meestal teruggegrepen op een artikel van Folkman en Lazarus. Zij definiëren coping als *een cognitieve of gedragsmatige mogelijkheid om interne en externe problemen waarmee een persoon te maken heeft, te hanteren, accepteren of verminderen* (Folkman & Lazarus 1980). Zowel de inschatting van de situatie (bestaande uit evaluatie, reacties, strategieën) als de evaluatie van het resultaat van de inspanningen behoren tot het copingproces. Folkman en Lazarus delen coping op in twee vormen: *emotion-focused coping* (emotioneel gericht), dat de controle over emotionele respons op de stressor betreft en *problem-focused coping* (probleemgericht), dat gericht is op het oplossen van het probleem door de situatie of het eigen gedrag te veranderen.

Er kan sprake zijn van adequate en van inadequate copingstrategieën. Adequate of gezonde probleemoplossende copingstrategieën zijn bijvoorbeeld hulp zoeken bij anderen en voor je eigen rechten opkomen, emotieverlagende acties ondernemen, zoals het uiten van gevoelens, en ervan uitgaan dat negatieve ervaringen ook een positieve component kunnen hebben. Voorbeelden van inadequate, ongezonde copingstrategieën zijn bijvoorbeeld overmatig gebruik van alcohol of drugs, zelfbeschadiging en agressief gedrag (Rohlof e.a. 2001, p. 41).

Touliatos omschrijft coping als een verwijzing naar cognitieve, emotionele en gedragsmatige strategieën, die mensen gebruiken om met stress en de gevolgen van stress om te kunnen gaan, met als doel de stress te kunnen hantieren en de gevolgen van stress te verminderen (Touliatos in Rohlof e.a. 2001, p. 41). Anders dan de grotendeels onbewuste afweermechanismen zouden copingstrategieën vaak bewust worden toegepast. Het bewuste gebruik van coping impliceert dat de mens tot op zekere hoogte keuzevrijheid heeft in de ma-

nier van omgaan met een probleem en de keuze van een bepaalde copingstrategie.

Coping kent verder geen universele of absolute maatstaf, maar is sterk individu- en contextgebonden (Rohlof e.a. 2001, p. 41). Elke situatie vergt immers een andere copingstrategie. Dat maakt het des te belangrijker om over een breed scala aan strategieën te beschikken. Hoe uitgebreider het repertoire, hoe groter de kans dat de coping bij een bepaalde situatie succes heeft. Pargament, die coping ziet als een zoektocht naar betekenis in tijden van stress, merkt op dat de copingstrategie die een persoon kiest in een moeilijke situatie niet alleen afhangt van de situatie, maar ook van de beschikbare copingstrategieën en het zingevingssysteem dat een individu zich eigen heeft gemaakt.

Rohlof e.a. schrijven specifiek over copinggedrag bij vluchtelingen. Ze constateren dat mensen regelmatig verbaasd zijn over het vermogen van vluchtelingen om te gaan met hun vele problemen. Bij vluchtelingen gaat het vaak om mensen die over grote innerlijke kracht beschikken en die verschillende vormen van coping naast elkaar gebruiken. Factoren die invloed hebben op het ontwikkelen van goede copingmechanismen kunnen onderverdeeld worden in psychologische factoren (vermogen tot inzicht en leren van ervaringen, zelfdiscipline en moed bijvoorbeeld), biologische factoren (intelligentie en temperament zijn hier voorbeelden van) en sociale factoren (zoals een ondersteunend netwerk en mogelijkheid tot communicatie over problemen) (Rohlof e.a. 2001, p. 43).

Ook Kramer e.a. (2003) hebben in Nederland een interessant participerend onderzoek verricht onder bewoners van asielzoekerscentra met betrekking tot patronen van betekenisverlening en coping. Zij onderzochten welke verschillende patronen van betekenisverlening zichtbaar zijn bij asielzoekers in de omgang met moeilijkheden. Zij identificeren de 'speelbal', 'overwinteraar', 'strijder' en 'ontdekkingsreiziger' en verscheidene hybride typen.

De herkenning van adequate en inadequate manieren van coping of van de verschillende typen kan hulpverleners op het spoor zetten van geschikte behandelingen, waaronder het aanleren van betere vormen van coping, oftewel vormen van coping die relatief weinig nadelen en veel voordelen hebben. Bij vluchtelingen gaat het om het identificeren van specifieke, soms cultuurbeaalde manieren van coping. Het kan bijvoorbeeld gaan om het doorstaan van trauma's in groepen die moreel en ideologisch een sterke cohesie hebben. Ook religie kan voor samenhang en herkenning van het eigene zorgen. De meeste vluchtelingen hebben baat bij een vergroting van inzicht in de wijze waarop zij met stress en trauma's omgaan en bij het aanleren van soms nieuwe, adequate copingstrategieën. Hans Rohlof, een psychiater gespecialiseerd in traumabehandeling van vluchtelingen, pleitte in 1996 al voor meer aandacht vanuit de gezondheidszorg voor copingmechanismen, een tot dan toe weinig ontgonnen terrein in de hulpverlening aan vluchtelingen (Rohlof e.a. 1996). De wijze van coping met een ziekte kan het resultaat van de medische behandeling positief, maar ook negatief, beïnvloeden (Kramer e.a. 2003; Menges 1986, p. 98).

Religie

Het onderwerp religie heeft lange tijd minder aandacht gekregen, maar lijkt de laatste jaren een soort *comeback* door te maken, ook in de hulpverlening (Bouwer 2002). Religie is zowel in maatschappelijke termen in het kader van de multiculturele samenleving als in termen van zingeving in de zorg een veelbesproken onderwerp geworden. Veel verschillende vakgebieden houden zich bezig met religie, en literatuur is er dan ook in overvloed. Hier zal niet worden getracht een overzicht van al de verschillende theorieën, opvattingen en invalshoeken te geven; wij beperken ons tot een klein onderdeel van de sociale wetenschappen, namelijk de antropologie en in mindere mate de psychologie en geestelijke verzorging. De keuze voor deze invalshoek is gemakkelijk, omdat ons onderzoek zich richt op de beleving, de invulling en de betekenis van religie in het kader van de omgang met gezondheidsklachten. Met name de antropologie en psychologie richten zich op de persoonlijke, subjectieve belevingsaspecten van – in dit geval – religie, zonder rekening te hoeven houden met zaken als dogmatiek of historische feitelijkheden. Met andere woorden, het gaat ons erom hoe vluchtelingen zelf uitdrukking geven aan hun geloof, hoe zij hun relatie met God beleven en aankijken tegen de hulp vanuit de religieuze gemeenschap. Geen moment hebben wij ons daarbij afgevraagd of hun beschrijving van *hun* God al dan niet juist was in theologisch, filosofisch of historisch opzicht. Er is nog een andere reden voor deze invalshoek. Pharos staat als kenniscentrum met beide benen in de zorg- en hulpverlening. Wij beschouwen religie vanuit deze invalshoek als eventuele steun en bron van zingeving voor het proces van coping van vluchtelingen en asielzoekers in de gezondheidszorg.

Bij geestelijke verzorging gaat het om de *professionele en ambtshalve begeleiding van mensen bij zingeving aan hun bestaan* (beroepsstandaard geestelijke verzorging 2002, geciteerd in Van Straten 2004). De geestelijk verzorger werkt uitdrukkelijk vanuit een instelling en niet vanuit een religieuze gemeenschap. Hij handelt wel vanuit het eigen geloof, hoewel dat het werken met mensen met een ander geloof niet in de weg staat. Zie de casus van Taco Bos en Douwe van der Heide (bijlage 1).

‘Religie’ komt van het Latijnse *religare*, ‘het opnieuw verbinden’ (van God en mens). Met zo’n mooie oorspronkelijke vertaling zijn we er nog niet. Het gaat immers niet zozeer om de betekenis, maar veel meer om de functie van religie wanneer we spreken over de religieuze aspecten van coping.

In de antropologie is veel geschreven over de relatie tussen religie en cultuur. Vooral Geertz en Tennekes hebben er veel onderzoek naar verricht. Cultuur en religie zijn sterk met elkaar verweven, ze kleuren elkaar en ook de manier waarop mensen met tegenslagen – zoals ziekten – omgaan. Voor Geertz (1973) is cultuur een systeem van symbolen die betekenissen bevatten. Die betekenissen dragen mensen aan elkaar over, maar ze geven er ook zelf vorm aan. Hetzelfde kan volgens hem gezegd worden over religieuze symbolen.

Deze zijn eveneens uitdrukkingen en vormgevers van sociaal gedrag. Het specifieke van religie is in zijn ogen dat zij de mens, via in symbolen verpakte betekenissen, een ethos (richtlijnen voor gedrag) en een wereldbeeld (een visie op de achterliggende orde van de natuur, het individu en de samenleving) verschaft. Rituelen spelen een centrale rol bij de overdracht en constructie van een ethos en wereldbeeld. Uit deze 'culturele' functie van religie vloeien volgens Geertz ook haar sociale en psychologische functies voort. Met behulp van religieuze concepten vinden mensen immers antwoorden op intellectuele, emotionele en morele zingevingsvragen die zich in het alledaagse leven voordoen. Religie is zo een poging de wereld of het leven begrijpelijker, draaglijker en in zekere mate ook rechtvaardiger te maken (Geertz 1973, geciteerd in Hoffer 1994).

Tennekes (1985) ziet religie eveneens als een onderdeel van cultuur. Cultuur definieert hij als *het geheel van betekenissen dat de mens oriënteert op de werkelijkheid waarin hij leeft*, terwijl het specifieke van religie (als cultureel subsysteem) volgens hem is dat het een geheel van regels voor denken en handelen omvat voor *'een algemene zijnsorde'*. Religie kan dan worden omschreven als *'kennis' omtrent het waarom van de dingen* (Tennekes 1985, p. 2-3). Waar het bij cultuur gaat om een begrippenkader omtrent de beleefde werkelijkheid, gaat het bij religie om de interpretatie daarvan. Religie heeft hij vervolgens opgedeeld in drie dimensies, namelijk een zingevings-, een beïnvloedings- en een legitimeringsdimensie. Vooral de zingevingsdimensie is voor ons van belang, omdat daarin de waarom-vraag en de functie van religie als betekenis-schenker aan de fenomenen om ons heen geplaatst kunnen worden. In deze dimensie gaat het om *'het zoeken naar verklaringen die het mogelijk maken de gebeurtenissen in de feitelijke wereld te beïnvloeden en beheersen'* en om *'het zoeken naar zingeving aan het bestaan en het streven naar gemeenschap met zoiets als een laatste werkelijkheid'* (Tennekes 1985).

In de godsdienstpsychologie wordt een onderscheid tussen extrinsieke en intrinsieke religiositeit gehanteerd (Pieper & Van Uden 2001, p. 11). Van extrinsieke religiositeit wordt gesproken wanneer de religie als een middel tot het verkrijgen van doeleinden als sociale geborgenheid, status, troost en zekerheid wordt gezien. Bij intrinsieke religiositeit is de religie doel in zichzelf, om tot uitdrukking te brengen in het dagelijks leven. Dit onderscheid is relevant wanneer we hierna de verschillende vormen van religieuze coping nader beschouwen.

Religie wordt ook omschreven als het domein van het bovennatuurlijke, bijvoorbeeld door Helmann (2000), een medisch antropoloog. Hij stelt dat in termen van deze bovennatuurlijke wereld ziekte wordt toegeschreven aan directe acties van 'bovennatuurlijkheden', zoals goden, geesten en voorouders. Wanneer zij de bron van ziekten zijn, kan het gaan om kwaadwilligheid, bijvoorbeeld in het geval van boze geesten, of om straf, in het geval van God. Ziekte is dan een 'daad' van God om een persoon op zijn foute gedrag te wijzen, bijvoorbeeld niet naar de kerk gaan, niet bidden, of God niet danken voor zijn zege-

ningen. Ziekte kan ook een straf zijn voor schaamteloos of foutief gedrag. Dit betekent dat noch huis-, tuin- en keukenmiddeltjes, noch doktoren in staat zijn de ziekte te behandelen, maar dat de genezing slechts kan plaatsvinden als gevolg van boetedoening en gedragsverandering. De klachten veroorzaakt door boze geesten kunnen niet op het conto van de patiënt worden geschreven. Ze kunnen alleen verdwijnen als de geest uit het lichaam gedreven wordt. In islamitische samenlevingen komt het geloof in kwade geesten, ook wel djinns genoemd, veel voor, maar evenzo in andere religieuze tradities (Hoffer 2000).

Religie is ook een vorm van coping. Folkman en Lazarus (1980) plaatsen religieuze coping onder de noemer *emotion-focused coping*. Religie kan helpen goed met een problematische situatie om te gaan, bijvoorbeeld door invulling te geven aan een behoefte aan betekenisverlening en zingeving. Religie biedt richtlijnen en voorschriften voor het gedrag van een gelovige, ook op het gebied van ziekte en gezondheid. Veel religies ‘vertellen’ hun aanhangers wat ze kunnen of moeten doen in een periode van ziekte. Deze richtlijnen geven zo steun, hoop en houvast en een doel om naar te streven. Religie is een belangrijk aspect waar mensen op terug kunnen vallen in tijden van nood en moeilijkheden (Koenig e.a. 2001, p. 78). Daaleman (1999, geciteerd in Pieper & Van Uden 2001, p. 39) somt op dat religie sociale integratie en ondersteuning van een geloofsgemeenschap verschaft, een zingevingskader aanbiedt, een persoonlijke band met God aanreikt, de mogelijkheid biedt om private en openbare religieuze activiteiten te ondernemen, en aanzet tot een gezonde levensstijl.

Zingeving heeft betrekking op de fundamentele menselijke behoefte om bij ziekte en problemen de vraag te stellen waarom ons iets overkomt (Van Praag 1978, p. 230, 236; Procee 1993, p. 67; Hermans 1994; Hoffer 2000). Dit hangt samen met de existentiële vraag van mensen waarom en waarvoor zij leven (Buitenweg 1993: 9). Hoffer (2000: 166) haalt Timmerman aan die onderzoek heeft verricht naar de opvattingen van Turkse vrouwen in Turkije en België. Timmerman wijst erop dat er twee zogenaamde basishoudingen bestaan in het denken van de door haar onderzochte vrouwen. Vanuit een pragmatisch oogpunt consulteren zij voor de ‘disease’-aspecten van een ziekte een arts of hulpverlener. Voor de ‘illness’-aspecten van een ziekte, de meer subjectieve beleving van de ziekte waarin de zingevingsvragen aan de orde komen, gaan de vrouwen naar een islamitische genezer. Hoffer beschrijft andere voorbeelden van dit dubbele verklaringsmodel en stelt dat dit denkkader in verschillende culturen voorkomt. Ziekten zijn, zo concludeert hij, op twee manieren te interpreteren en deze interpretaties sluiten elkaar niet uit. Het dubbele verklaringsmodel heeft betrekking op het universele verschijnsel van de menselijke zingeving, dat op cultureel niveau een specifieke invulling krijgt (Hoffer 2000, p. 168).

Koenig e.a (2001) hebben uitgebreid de samenhang tussen coping en religie onderzocht. In dat kader komen zij tot de volgende omschrijving van religie: *religie is een geordend systeem van ideeën, gebruiken, rituelen en symbolen dat is opgesteld om ten eerste in de nabijheid van het heilige te komen (God, een hogere macht,*

het transcendentie) en ten tweede relaties en verantwoordelijkheden binnen een gemeenschap begrijpelijk te maken. Deze omschrijving is bruikbaar omdat het inzake religieuze coping gaat om de gevoelde nabijheid met een hogere macht, die kracht en steun biedt en het lijden in een zinnig perspectief kan plaatsen. Bovendien is een niet onbelangrijk aspect van religieuze coping de praktische steun en hulp vanuit de geloofsgemeenschap.

Pargament, de 'voorganger' in het onderzoek naar religieuze copingstrategieën, komt tot een korte, maar doeltreffende definitie van religie als een proces, namelijk als een *zoektocht naar betekenis in relatie tot het heilige*. Dit is een definitie die hanteerbaar is voor onderzoek binnen de sociale wetenschappen en door het procesmatige karakter ervan bij uitstek bruikbaar voor ons onderzoek. Deze definitie hielden wij dan ook in ons achterhoofd bij de uitvoering van dit onderzoek. Overigens hebben wij de respondenten geenszins deze of andere definities opgedrongen. Zij konden bij het beantwoorden van de vragenlijst of tijdens de interviews terugvallen op hun eigen amalgaam van interpretaties en definities.

Wat betreft religie bestaat er een brede consensus dat het een algemeen en universeel verschijnsel is, dat in zijn verscheidenheid niet gebonden is aan bepaalde culturen of regio's op aarde. Toch is het tegelijkertijd verweven met bepaalde culturele en regionale eigenaardigheden. Juist deze samenhang van universele én specifieke kenmerken maakt het zo moeilijk religie eenduidig en volledig te definiëren. Het grootste probleem bij het opstellen van een definitie is dat deze toepasbaar moet zijn op verschillende religies en verschillende vormen van religieus leven. 'Religie' is als woord overigens meer in gebruik bij wetenschappers en andere mensen die *schrijven over*, dan bij gelovigen zelf, voor wie het te afstandelijk is. Zij gebruiken liever het meer intieme, persoonlijke woord 'geloof'. De betekenis van deze twee begrippen is ook verschillend. Religie verwijst naar de structuur of organisatie waartoe individuele mensen behoren. Een religie of godsdienst biedt het kader waarbinnen de individuele mens zelf vorm geeft aan zijn inzichten, overtuigingen, religieuze praktijk en geloof (Steemers-Van Winkoop 2001).

Wij hebben in de teksten over het onderzoek meestal het woord 'religie' gebruikt, over het algemeen in samenhang met coping. In de interviews en vragenlijsten echter gebruikten wij het woord 'geloof' om beter aansluiting te kunnen vinden bij de persoonlijk beleefde invulling van gelovigheid van onze respondenten.

Het spreekwoord 'nood leert bidden' geeft aan dat mensen zich in tijden van nood extra bewust kunnen worden van hun geloof. In moeilijke situaties roepen mensen om hulp. Het Germaanse woord 'god' heeft als oorspronkelijke betekenis: 'het wezen dat (door bezweringsformules?) wordt aangeropen' (Mesotten 1996, p. 131). Te moeten vluchten voor gevaar of zelfs voor het redden van je leven is wel de ergste nood die een mens kan overkomen.

In Nederland heeft het christelijke geloof in zijn vele gedaanten voor bijna de helft van de bevolking nog een zekere betekenis. Ook vindt de helft van de

ondervraagden bidden belangrijk (Driessen 2002, p. 112) en ongeveer 65 procent gelooft in het hiernamaals. Driessen veronderstelt dat het in de sterk geseculariseerde Nederlandse samenleving het waarschijnlijk vooral de door pijn en smart gekwelde personen zijn die troost en verlichting putten uit godsdienst.

Er is niet veel bekend over de religieuze aanhang van vluchtelingen in Nederland. Vluchtelingen komen uit landen waar godsdienst nog veel meer dan in Nederland een vanzelfsprekende aangelegenheid is. De centrale, soms zelfs overheersende rol van religie in het land van herkomst kan er de oorzaak van zijn dat mensen moeten vluchten, als gevolg van onderdrukking van hun eigen godsdienst of geseculariseerde levensstijl. Dat laatste kan daarom ook betekenen dat juist onder vluchtelingen een negatieve associatie met religie kan bestaan. Niettemin kan worden verondersteld dat religie een grote rol kan spelen in het leven van veel vluchtelingen.

Wij hebben bij de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) speciaal verzocht om cijfers over de religieuze affiliatie van asielzoekers gedurende het afgelopen decennium. Die cijfers bleken niet gemakkelijk leverbaar, maar uiteindelijk konden wij een schatting maken op basis van 140 duizend dossiers over de jaren 1996-1999. Daaruit valt op te maken dat ruim de helft van de asielzoekers affiniteit met religie heeft. Zie bijlage 3 voor meer details.

De hulpverlening aan vluchtelingen zal dan ook vaak worden geconfronteerd met religieuze opvattingen, gedrag en uitingen van cliënten (Van Tillo 2000).

Religieuze coping

We hebben eerder geconstateerd dat Pargament (1997) spreekt van een *zoektocht naar betekenis in tijden van stress* wanneer hij spreekt van coping, en van een *zoektocht naar betekenis in relatie tot het heilige* wanneer hij een definitie geeft van religie. Hoewel hijzelf de samentrekking niet maakt, ligt de definitie voor 'religieuze coping' voor de hand: *een zoektocht naar betekenis, in relatie tot het heilige, in tijden van stress*.

Voor hem is het procesmatige aspect van coping belangrijk: het gaat om een zoektocht, waarbij mensen met vallen en opstaan de voor hen persoonlijk beste copingstrategie 'kiezen'. Het beste is de strategie die goed werkt voor bepaalde personen in bepaalde situaties en afhankelijk is van de mate waarin het om een geïntegreerd proces gaat (Pargament 1997, p. 91). De overeenkomst tussen coping en religie is treffend in het werk van Pargament. Hij zet zich echter expliciet af tegen de reductionistische visie van Geertz (1973) dat religie als cultureel subsysteem slechts een psychologische functie heeft om het hoofd te bieden aan problemen. Voor Pargament geldt dat coping en religie elk een ander uitgangspunt hebben. Het copingproces richt zich op stressvolle situaties en kan religieuze gedachten, handelingen, gevoelens en relaties omvatten, maar dit

hoeft niet zo te zijn. Religie op haar beurt, richt zich op het heilige, transcendente en het gewijde. Religie kan deel uitmaken van de omgang met moeilijke situaties, maar dit hoeft niet zo te zijn. Religie is meer dan alleen een manier van coping. Met andere woorden: *Niet alle coping is religieus en niet al het religieuze is coping.* (Pargament 1997, p. 132) Er zijn ook aspecten van religie die geen deel uitmaken van coping, het inwijden van een huwelijk bijvoorbeeld, en er zijn vanzelfsprekend aspecten van coping die niet tot het religieuze behoren, bijvoorbeeld je voornemen om niet bij de pakken neer te zitten. Religie en coping zijn twee verschillende concepten, die niet met elkaar verward moeten worden. Ze staan echter wel met elkaar in verband. Mensen kunnen bij coping gebruik maken van religie omdat ze het voorhanden hebben en omdat religie voor hen een meer begrijpelijke verklaring of betekenis kan geven dan niet-religieuze alternatieven. Dit is echter verschillend per situatie, persoon en context. Het is het samenspel van deze begrippen dat de relatie tussen religie en coping bepaalt en invult.

Bij religieuze coping zijn er in het algemeen drie vormen te onderscheiden, waarbij de *locus of control* (de mate waarin de controle en verantwoordelijkheid van de problemen bij de betrokkenen zelf of juist bij God of andere externe factoren wordt gezocht) telkens ergens anders ligt. Het gaat om een zelfbesturende, een afwachterende en een samenwerkende vorm (Pargament 1997, p. 180-181; zie ook Pieper & Van Uden 2001, p. 40).

Bij de eerste vorm, zelfbesturend, wordt de *locus of control*, de verantwoordelijkheid, bij de ik-persoon zelf neergelegd. In het geval van gezondheid betekent dit dat de patiënt zelf in de hand heeft of hij gezond leeft of niet (goed eten, voldoende beweging et cetera) en op die manier invloed uitoefent op zijn gezondheid. Bij de tweede vorm van religieuze coping, de afwachterende, ligt de verantwoordelijkheid bij God. In plaats van zelf met een oplossing of een strategie te komen, voor in dit geval gezondheidsproblemen, wordt het verloop in handen van God gelegd. Hij zal wel met een oplossing komen. De laatste vorm van religieuze coping, de samenwerkende, is als het ware een combinatie van deze twee. Het betekent dat de persoon zelf en God met elkaar in dialoog zijn en als het ware samen bepalen wat de beste manier is om gezondheid te handhaven en met de ziekte om te gaan.

Deze drie stijlen van religieuze coping zijn vervolgens te koppelen aan de mate van religiositeit en aan enkele persoonlijkheidskenmerken (Pargament e.a. gepubliceerd in 1988, aangehaald in 1997, p. 180-182). De zelfbesturende stijl hangt het minst samen met religiositeit, maar wel met een grote mate van interne locus of control. De afwachterende houding hangt samen met het plaatsen van de verantwoordelijkheid bij God, en met een neiging tot orthodoxie en extrinsieke religiositeit. Deze vorm hangt ook samen met een zwakke persoonlijke competentie, zwak zelfbeeld en probleemoplossend vermogen. 'De afwachterende houding met zijn vertrouwen in externe autoriteiten lijkt de passieve, hulpeloze soort van religiositeit te belichamen, die zo sterk door psychologen wordt bekritiseerd', aldus Pargament, die als psycholoog weet

waar de gevoeligheden liggen. De samenwerkende vorm hangt samen met een hogere frequentie van bidden, intrinsieke religiositeit en een meer relationele vorm van de geloofsbeleving. Deze vorm hangt verder samen met individuele competentie en een interne locus of control en sterk zelfbeeld.

In Nederland hebben Pieper en Van Uden (1996, 2001, 2003) veel onderzoek gedaan naar religieuze coping. In een onderzoek onder patiënten van De Fontein, een gereformeerd psychiatrisch ziekenhuis, vinden zij bij ruim de helft van de (overwegend gelovige) respondenten dat deze het geloof als een positieve invloed ervaren bij de omgang met psychische problemen en als bijdrage aan het existentieel welbevinden. Voor 16 procent geldt dat zij een negatieve invloed van het geloof ervaren. (Pieper & Van Uden 2001, p. 39) Een onderzoek in de psychiatrische inrichting Van Gogh in Venray toont soortelijke cijfers.

De onderzoeken van Pieper en Van Uden hebben een bijdrage geleverd aan de opvatting dat levensbeschouwing belangrijk is in de geestelijke gezondheidszorg en dat daarmee rekening gehouden dient te worden bij de hulpverleningspraktijk. Volgens hen gebeurt dit te weinig. Daarom pleiten ze voor aandacht en scholing op het terrein van levensbeschouwing en geloof en voor zelfkennis met betrekking tot levensbeschouwing en religie (Pieper & Van Uden 2003).

Zij stellen verder dat religieuze coping pas op zal treden waar niet-religieuze coping faalt (Pieper & Van Uden 2003). Vooral in situaties van verlies aan leven, gezondheid en relationele inbedding kan religieuze coping een van de laatst overblijvende *emotion-focused* copingstrategieën zijn. Daarnaast geven ze voorbeelden van situaties die bij uitstek religieus verwerkt zullen worden, zoals diep ingrijpende levensgebeurtenissen en situaties waar realistische verklaringen ontoereikend zijn. Ook situaties die het rechtvaardigheidsgevoel aantasten, leiden vaak tot vormen van religieuze coping.

Uit eerder onderzoek van Pieper en Van Uden (1996) is gebleken dat 40 procent van de respondenten van mening was dat er een verband bestaat tussen religie en het kunnen omgaan met problematiek. Ook geven zij aan dat hulpverleners niet speciaal vermijden om over hun religie te praten, maar dat het hen aan vaardigheden ontbreekt om in de behandeling interventies op dit terrein uit te voeren.

In Amerika, waar het religieuze domein meer dan in Nederland ruimte heeft in het openbare leven, is onder honderd christelijke volwassenen onderzoek gedaan naar religieuze coping (Koenig, George & Siegler 1988). Veel van de respondenten maakten gebruik van religieuze coping; voor vrouwen gold dit vaker dan voor mannen (58 tegenover 32 procent). De meest genoemde religieuze copingstrategieën betrof het toevertrouwen van hoop en vertrouwen aan God; bidden en het ontvangen van hulp en kracht van God. In een ander onderzoek (Mattlin e.a. 1990) noemde 55 procent van de ondervraagden religie als mogelijke copingstrategie in moeilijke tijden. Religieuze coping werd vooral genoemd bij problemen die te maken hebben met ziekte en dood, en minder wanneer het praktische of onpersoonlijke problemen betrof. Ook hier werden

bidden en lezen van religieuze literatuur als vormen van religieuze coping vaak genoemd. Religieuze coping blijkt eveneens vaak voor te komen onder familieleden van zieke personen (Koenig, George & Siegler 1998, p. 87). Religieuze vormen van coping worden ook met name toegepast, wanneer het gaat om het omgaan met ziekte en pijn (Gódziak 2002). De pijn kan niet worden opgelost door een religieuze wijze van coping – daar zijn probleemgerichte copingstrategieën beter geschikt voor – maar religie kan een rol spelen bij de vraag naar de wijze waarop met de pijn kan worden omgegaan, fysieke pijn en persoonlijk verlies en trauma zijn te doorstaan en waarom pijn bestaat.

Een belangrijke functie van religie is de pijn te voorzien van een hogere betekenis (zingeving) en aldus troost en verlichting te bieden (bron van kracht) (Driessen 2002, p. 100). In de geestelijke verzorging gaat het erom aansluiting te zoeken bij die functie van religie. Er kan echter een spanningsveld optreden, wanneer de geestelijk verzorger vertrouwd is met een andere geloofsrichting dan zijn cliënt. Wanneer de geloofsvragen de algemene begeleiding overstijgen, kan het nodig zijn een meer specifieke begeleider te zoeken (Van Straten 2003).

Een religieus bewustzijn, het geloof, kan in alle vormen en maten zijn stempel drukken op het zogenaamde *explanatory model*, het verklaringsmodel van ziekten en gezondheid. Een ziekte kan helemaal niet, een beetje of helemaal worden toegeschreven aan de interventie van God of andere transcendente wezens. Het kan gaan om mensen die door middel van hun geloof zoeken naar een verklaring – zin – voor het lijden (Gódziak 2002) of zelfs alles aangaande hun gezondheid toeschrijven aan God. Over dit laatste gaat bijvoorbeeld het onderzoek van Pauline Tichelman (1996) met de veelzeggende titel: *God has an answer to all your problems* (God heeft een antwoord op al je problemen). Bij haar onderzoeksgroep, een Ghanese pinkstergemeente in de Bijlmer in Amsterdam, is de kracht van de Heilige Geest onmisbaar bij zowel de genezing van ziekten met een ‘natuurlijke’ oorzaak, als aandoeningen met een ‘bovennatuurlijke’ oorzaak. Bidden, vasten, lezen in de bijbel en regelmatig kerkbezoek brengen genezing tot stand. Voor de kwalen met een bovennatuurlijke oorzaak worden tevens kwade geesten uitgedreven (Tichelman 1996, p. 312). Een duidelijke en allesomvattende moraal geeft de gelovigen bemoediging en houvast: God zorgt voor alles (Tichelman 1996, p. 318).

Dit zijn enkele voorbeelden van onderzoek naar religieuze copingstrategieën, voorbeelden van mensen die gebruik maken van hun geloof bij het omgaan met tegenslag, ziekten of andere negatieve ervaringen. Of mensen wel of niet religieuze coping hanteren, hangt samen met een aantal factoren. De eerste is in welke mate religie voorkomt in het verklaringssysteem, oftewel het *explanatory model*, van de betreffende persoon. Als religie hier in belangrijke mate deel van uitmaakt, zal er bij coping sneller op worden teruggevallen. Tevens zijn de beschikbaarheid, de toepasbaarheid en de toegankelijkheid van de religie van belang (Pargament 1997, p. 149). Vanzelfsprekend ligt het voor gelovigen meer voor de hand om religieuze copingstrategieën aan te wenden in tijden van nood, maar het is evengoed denkbaar dat mensen die tot dan toe wei-

nig of niets met geloof op hadden, in tijden van gezondheidsproblemen of levenscrises het geloof omarmen als een nieuwe vorm van steun.

Volgens Pargament is het niet zozeer de vraag óf religieuze coping voorkomt; uit onderzoeken is duidelijk gebleken dat sommige mensen wel en andere geen gebruik maken van religieuze vormen van coping. Het is belangrijker te weten wie zich tot de religie wendt in tijden van nood, in welke situatie en waar (Pargament 1997, p. 137-142). Een overzicht van merendeels Amerikaans onderzoek op dit vlak toont aan dat religieuze coping meer voorkomt onder zwarte bevolkingsgroepen, arme bevolkingsgroepen, ouderen, vrouwen en mensen met meer problemen. Dit zijn ook de groepen die in het algemeen meer geïnvolveerd zijn met religie. Onderzoek heeft ook aangetoond dat religieuze coping toeneemt in tijden die relatief bedreigend of schokkend zijn en dat het ook per cultuur of religieuze affiliatie kan verschillen (Pargament 1997, p. 143).

Evenzo belangrijk is de vraag hóe religieuze coping gestalte krijgt. Met andere woorden, wat doen mensen juist wel of juist niet wanneer zij zich overgeven aan religieuze vormen van coping? Hiervoor zijn verscheidene vragenlijsten opgesteld, waaronder de *Brief Religious Coping Scale* (Hovey 2000) en de *RCOPE* (Pargament e.a. 2000). In Nederland hebben Pieper en Van Uden (2003) dergelijke vragenlijsten ook ontwikkeld en diverse groepen in de geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Het is bij onderzoek naar religieuze coping niet voldoende te weten dat een persoon bidt, naar de kerk of moskee gaat of bijvoorbeeld religieuze teksten leest. Dat hangt er wel mee samen, maar zegt voorlopig nog niet veel over de wijze waarop bepaalde mensen in bepaalde situaties daadwerkelijk *copen*. Een algemene beschouwing over de functies van religie is om deze reden overbodig (Pargament e.a. 2000). De functie van religie wordt in verschillende situaties vanzelf duidelijk en kan bovendien per situatie verschillend zijn. Daarin ligt volgens hem de kracht van religie en religieuze coping: het multifunctionele karakter en de vele mogelijkheden bieden telkens weer verschillende methoden voor religieuze coping in diverse situaties.

Niet elke vorm of methode van religieuze coping is gunstig. Welke vorm is dat wel, welke niet en voor welke is het onduidelijk? Samengevat komt het neer op het volgende (Pargament 1997, p. 288-300): Gunstig is een gevoel gesteund te worden door het geloof en het gevoel dat God je bijstaat in moeilijkheden, dat God een ‘medestander’ is. Gunstig is ook steun en hulp vanuit de geloofsgemeenschap, zowel van de voorganger als van de geloofsgenoten. Verder is gunstig wanneer de moeilijkheden worden beschouwd in het licht van een goedgunstig religieus kader, bijvoorbeeld als zijnde de wil van een liefhebbende god. Pargament noemt dit ‘herkadering’ (*reframing*); wij komen hierop uitgebreid terug in het hoofdstuk over zingeving.

Ongunstig is een gevoel van onvrede of zelfs boosheid jegens de geloofsgemeenschap of God. Wanneer de moeilijkheden worden beschouwd in het licht van een negatief religieus kader is dat eveneens ongunstig, bijvoorbeeld als zijnde een straf van een wraakzuchtige of anderszins ‘boze’ god. Ook dit aspect

van religieuze coping wordt verder behandeld in het hoofdstuk over zingeving.

Onduidelijke resultaten voor het proces van coping lijken op te treden bij religieuze rituelen, de *locus of control* en religieuze bekering en overstap naar een andere religie. Wat betreft de *locus of control* is het belangrijk op te merken dat veel studies aantonen dat een interne *locus of control* een gunstige uitwerking heeft op het proces van coping (wie zelf de touwtjes in handen heeft, komt er sneller bovenop), maar uit het onderzoek van Pargament blijkt evenzeer dat juist een *samenwerking* met God tot gunstige resultaten leidt in het proces van coping. De onderzoeken zijn echter dermate verschillend en de resultaten worden zodanig ingekleurd door de betrokkenen en de situatie, dat het met reden (nog) onduidelijke resultaten betreft.

Dit overzicht van onderzoek leidt vanzelf tot de concluderende vraag of religieuze coping helpt. Anders geformuleerd: hebben mensen met een religieuze component in hun *explanatory model* wel of geen voordeel ten opzichte van mensen zonder religieus referentiekader? Voor wat betreft de enkele onderzoeken die een dergelijke vergelijkende vraag hebben gesteld, kan geconcludeerd worden dat het 'niet blijkt dat religieuze copers meer voordelen ervaren dan hun niet-religieuze tegenhangers. Zo op het eerste gezicht lijken mensen net zo goed te *copen* met en zonder religie' (Pargament 1997, p. 309-314). Meer genuanceerd luidt de conclusie dat bepaalde vormen van religieuze coping meer opleveren dan niet-religieuze vormen van coping en andersom. Terecht merkt Pargament later op dat de vergelijking niet zo relevant is, omdat beide ook niet altijd gemakkelijk uit elkaar te halen zijn. Op de vraag of religieuze coping een bijdrage kan leveren aan het proces van coping, reageert hij positief. Door hem aangehaald onderzoek toont aan dat religie een unieke dimensie kan toevoegen aan het proces van coping, omdat het geloof volgens hem persoonlijk een antwoord biedt op de beperkingen van mensen in hun zoektocht naar betekenis.

Samenvattend: dit onderzoek betreft de religieuze copingstrategieën van vluchtelingen en asielzoekers met gezondheidsproblemen. Voor vluchtelingen hanteren we de definitie van het Vluchtelingenverdrag en asielzoekers zijn mensen die asiel hebben aangevraagd, ongeacht de uitkomst van die aanvraag. Gezondheid en ziekte worden benaderd vanuit het perspectief van de patiënt. Vluchtelingen en asielzoekers hebben relatief veel te maken met gezondheidsproblemen, waaronder specifieke lichamelijke klachten en psychische klachten zoals slaapstoornissen en zich angstig of depressief voelen.

Er is nauwelijks onderzoek naar religieuze coping bij vluchtelingen verricht. Religieuze coping definiëren we als 'een zoektocht naar betekenis, in relatie tot het heilige, in tijden van stress'. Kenneth Pargament, die veel onderzoek heeft gedaan naar dit begrippenpaar, stelt dat niet alle coping religieus is en niet al het religieuze coping is. Er bestaan verschillende vormen van religieuze coping, waaronder een zelfbesturende, een afwachtende en een samenwerkende vorm. Niet zozeer de vraag of religie 'werkt' in het proces van coping is van belang, maar de vraag hoe gelovigen gebruik maken van hun religie in tijden van stress.

‘God luisterde naar me’

Op mijn vijftiende ben ik alleen vanuit Ethiopië naar Nederland gevlucht. Nu woon ik in een studentenflat en studeer verzorging. Er is nog steeds geen duidelijkheid over mijn status, terwijl ik zeven jaar geleden al met de asielpcedure ben begonnen.

Mijn gezondheid is best goed, alleen slaap ik soms slecht en kan ik me wel eens depressief voelen. Dan voel ik me erg alleen en vraag ik God om hulp. Ook lees ik dan meer in de bijbel en bid ik meer tot God. Het maakt niet echt uit wat ik dan lees in de bijbel, het lezen doet me aan God denken en brengt me dichterbij hem. Dat geeft een goed gevoel. Als ik me niet lekker voel, dan ga ik veel bidden en lezen en dan komt het wel weer goed.

Een tijd terug zat ik erg in de problemen, vooral toen ik net in Nederland was. Ik miste mijn moeder heel erg en dronk veel. Iedere dag moest ik huilen. Ik heb toen veel tot God gebeden en hem gevraagd hoe ik verder moest. God was er voor mij en luisterde naar mijn verhaal. Na een paar dagen had ik echt het gevoel dat mijn problemen minder werden. Daarom geloof ik dat God bestaat.

Ik geloof dus dat God me helpt als ik in de problemen zit. Maar dat betekent niet dat ik zelf niks hoeft te doen. Ik moet ook m'n best doen.

Als ik ziek ben, heb ik het idee dat God me iets wil laten zien. Soms denk ik bijvoorbeeld dat ik geen verblijfsvergunning krijg, doordat ik niet genoeg bid of naar de kerk ga. Ook ziek zijn kan daar een straf voor zijn.

Ik ga ook wel eens naar de huisarts als ik ziek ben. Wanneer ik merk dat de medicijnen van de huisarts helpen, bid ik niet. Maar voor mijn problemen waarmee ik niet naar de huisarts ga of als ik me alleen voel en niemand vraagt hoe het met me is, dan bid ik wel tot God. Dat geeft me een goed gevoel en ik word er rustiger van. God is voor mij dus wel een onderdeel van genezing.

Sinds een tijdje wil ik me meer bezig gaan houden met m'n geloof. Tot nu toe ben ik eigenlijk in Nederland nog niet naar de kerk geweest, dat wil ik nu wel gaan doen. Als ik meer met het geloof bezig en met heel mijn hart geloof, dan helpt God me ook. Als ik God meer aandacht schenk, naar de kerk ga en meer in de bijbel ga lezen, leer ik over het geloof. Zo kan ik God laten weten dat ik hulp nodig heb. Hij moet dat zien. Bovendien doe je als je gelovig bent, ook minder snel slechte dingen.

Ayalnesh uit Ethiopië

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd van de vragen naar de gezondheid en het geloof van vluchtelingen en asielzoekers. Er wordt een overzicht gegeven van de eigen inschatting van de gezondheid en de meest genoemde klachten en van de belangrijkste geloofskenmerken van de onderzoeksgroep. Ook worden citaten uit de interviews aangehaald om te laten zien hoe mensen het geloof kunnen ervaren. Of het geloof een rol speelt in de omgang met ziekten, wordt aan het einde van dit hoofdstuk behandeld. In bijlage 3 is na te lezen hoe de onderzoeksgroep op algemene variabelen als geslacht, land van herkomst en opleiding is verdeeld en hoe dit zich verhoudt tot de verdeling onder asielzoekers in Nederland.

Eerst een kort overzicht van alle mensen die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek. Zij komen in de volgende hoofdstukken regelmatig voor.

Introductie van geïnterviewden

Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen, hebben zij een andere naam gekregen.

Daoud is een 57-jarige man uit Kabul, Afghanistan. Hij is bijna negen jaar in Nederland. Daoud is gevlucht met zijn gezin, maar inmiddels woont hij apart van zijn vrouw en kinderen. Enkele dagen per week is Daoud actief als vrijwilliger bij Vluchtelingenwerk. Hij is moslim en zijn geloof is belangrijk voor hem, maar hij zegt expliciet geen radicalist of fundamentalist te zijn. Zijn gezondheidsklachten betreffen een huidziekte en rug- en oogklachten.

Diribe komt uit Ethiopië en woont hier twaalf jaar. In Nederland is ze gescheiden van haar man. Ze is moslim en voedt haar kinderen islamitisch op. Diribe is niet aangesloten bij een gemeenschap of moskee, omdat deze niet Ethiopisch zijn; ze bidt voornamelijk thuis. Diribe heeft drie keer in het ziekenhuis gelegen. De laatste keer voor een enkeloperatie, waarvoor ze nog steeds aan het revalideren is.

Endaluw is een jonge man van 27 jaar uit Ethiopië. Hij is negen maanden in Nederland als 'uitgenodigd vluchteling'. Endaluw is naar Nederland gekomen van-

wege een huidziekte. Zijn huid is allergisch voor zon. Behalve dat het Nederlandse klimaat beter voor hem is, kan deze ziekte hier ook beter behandeld worden. Endalu is Ethiopisch-orthodox opgevoed en gaat naar bijbellessen.

Edith komt uit Irak en is 36 jaar. In Irak is ze opgeleid tot dierenarts, in Nederland heeft ze een baantje gevonden in een museum. Edith heeft een schildklierziekte en is daarvoor onder behandeling. In Irak was ze aangesloten bij de Oost-Assyrische kerk, een christelijke religie uit Irak. In Ede is een Oost-Assyrische kerk, waar ze regelmatig heengaat, maar vanwege de lange reistijd is ze ook vaak in een Koptische kerk in haar woonplaats te vinden.

Alemu komt uit Ethiopië. Ze is 43 en woont samen met haar kinderen ruim tien jaar in Nederland. Ze is gescheiden van haar man, maar heeft nog wel af en toe contact met hem. Een jaar geleden had ze nog veel last van psychische klachten (schizofrenie). Alemu en haar kinderen zijn alledrie actief lid van de Jehova-gemeenschap.

Ariel is bijna tien jaar geleden vanuit Kongo naar Nederland gevlucht en sinds een aantal maanden bewoont hij alleen een appartement. Hij is 43. Zijn gezondheidsklachten bestaan uit darmproblemen en een infectie van vroeger aan zijn been, waardoor hij moeilijk kan lopen. Ariel is lid van de Kongolese kerk en zingt daar in het koor.

Kamalo is een man van middelbare leeftijd uit Kongo. Hij woont bijna tien jaar met zijn vrouw in Nederland. Inmiddels hebben ze vier kinderen, de jongste is bijna een. Kamalo werkt in een fabriek. Hij en zijn vrouw zijn lid van de Kongolese kerk, hun oudste dochter zingt in het koor. Kamalo heeft geen gezondheidsproblemen.

Ayalnesh is een jonge, 21-jarige vrouw uit Ethiopië. Toen ze vijftien was, is ze alleen gevlucht. Ze woont in een studentenhuis en volgt een zorgopleiding aan het mbo. Ayalnesh heeft last van slaapproblemen en zegt zich snel depressief te kunnen voelen door kleine dingen. Geloof beleeft ze op een persoonlijke manier, ze is er de laatste tijd echter meer mee bezig en heeft besloten binnenkort een keer naar de Ethiopisch-orthodoxe kerk te gaan.

François is 33 jaar en komt uit Rwanda. De genocide in Rwanda heeft hij van dichtbij meegemaakt en hierdoor heeft hij ernstige psychische problemen ondervonden. Hij is nog steeds onder behandeling bij een Riagg. François is baptistisch opgevoed en zijn geloof speelt een grote rol in zijn leven. Hij zou graag dominee worden.

Naiser is een jonge man uit Sierra Leone. Hij woont samen met twee andere vluchtelingen in een asielzoekerscentrum. Artsen kunnen hem naar eigen zeggen niet meer helpen met zijn gezondheidsproblemen (vooral buikklachten) en hierdoor is zijn geloof belangrijker voor hem geworden. Hij gaat regelmatig naar de rooms-katholieke kerk.

Raed is een man van 40 jaar. Na acht maanden in Irak in de gevangenis te hebben gezeten, is hij gevlucht uit zijn geboorteland. Hierna had hij veel psychische problemen, waarvoor hij nu nog behandeld wordt. In Nederland heeft hij zich tot het christelijke geloof bekeerd.

Saida komt uit Afghanistan. Ze is een jonge vrouw van 19 jaar en woont samen met haar moeder in een asielzoekerscentrum. Saida volgt een mbo-opleiding administratie. Ze heeft last van stress en depressieve klachten, waarvoor ze behandeld wordt bij een Riagg. Ook gaat ze regelmatig naar een fysiotherapeut voor schouderklachten. Het islamitische geloof en het contact dat ze heeft met Allah zijn erg belangrijk voor haar.

Mohammed is vader van een gezin uit Jemen. Hij heeft reuma en suikerziekte. Hij gaat wekelijks naar de moskee, maar zegt daar weinig aansluiting te kunnen vinden bij de andere gelovigen. Het gezin is de enige familie uit Jemen in het asielzoekerscentrum waar ze wonen en ook in de moskee zijn geen andere Jemenieten.

Hifa is de moeder uit het gezin van Mohammed. Ze zijn gevlucht uit Jemen. Hifa heeft soms last van hyperventilatie en van 'boosheid', zoals ze het zelf omschrijft.

Fatima is 16 jaar en de dochter van Mohammed en Hifa. Zij heeft een ziekte aan haar afweersysteem. Ze heeft voor de tweede keer een aanvraag tot verblijf op medische gronden ingediend.

Najila is een 41-jarige vrouw uit Azerbeidzjan. Samen met haar man en drie dochters is ze naar Nederland gevlucht. Sinds 2000 weten ze dat ze uitgeprocedeerd zijn en wonen ze illegaal in een leegstaand asielzoekerscentrum. Najila heeft ptss en is depressief. Najila is niet gelovig opgevoed, haar man wel, en door hun huwelijk is ze zich meer in het christendom gaan verdiepen.

Eri is een jonge man uit Ethiopië. Hij is predikant bij de Ethiopisch-orthodoxe kerk in Nederland. Hij woont met zijn vrouw elf jaar in Nederland. Eerst hebben ze acht maanden in een asielzoekerscentrum gewoond, daarna zijn ze verhuisd naar Amsterdam. Inmiddels hebben ze een kindje.

Zawditu is een vrouw uit Ethiopië en woont al tien jaar in Nederland, zonder uitsluitel over haar status. Zij wacht nu op een tweede aanvraag op medische gronden. Zij zegt dat haar gezondheid steeds slechter wordt, maar dat artsen niets speciaals kunnen vinden. Het liefst zou ze gaan studeren of werken, maar dat mag nog niet.

Damte is een jonge man uit Ethiopië. Hij is nog in de asielprocedure, maar woont al op zichzelf in een klein kamertje. Hij heeft sporadisch contact met de Ethiopische kerk en met vrienden uit de kerk, maar gaat nooit naar de dienst. Zijn bijbel heeft hij onder handbereik.

Gezondheid van de respondenten

Gezondheid is op verschillende manieren te meten. Mensen kunnen zelf aangeven hoe gezond of ziek zij zich voelen, maar ook kan een arts na onderzoek een diagnose stellen. Er zijn ook nog andere afgeleide vormen, zoals de mate van medische consumptie (het gebruik van medische voorzieningen en medicijnen).

In dit onderzoek waarin 118 mensen een vragenlijst hebben ingevuld, is gevraagd aan te geven hoe zij in het algemeen hun gezondheid inschatten. Het betreft een subjectief beleefde ervaring van de eigen gezondheid en niet een door een medicus vastgestelde staat van de gezondheid. We hebben gebruik gemaakt van de eerste vraag uit een bekende en gevalideerde vragenlijst (de sf 20 – zie bijlage 2). De antwoordmogelijkheden waren: uitstekend, erg goed, goed, redelijk, en slecht.

Uit de gegevens komt duidelijk naar voren dat het slecht gesteld is met de gezondheid van de onderzoeksgroep. Ruim een derde koos voor de laagste optie ‘slecht’, een klein derde deel koos voor ‘redelijk’ en de overigen maakten een keus uit ‘uitstekend’, ‘erg goed’ en ‘goed’.

We hebben deze cijfers vergeleken met een ander onderzoek waarbij bijna dezelfde vraag is gebruikt (Gerritsen e.a. 2004). Dat onderzoek betrof 410 personen uit drie landen, te weten Somalië, Afghanistan en Iran. Het valt op dat de respondenten in dat onderzoek zich iets beter voelen. Wanneer we uit onze eigen onderzoeksgroep dezelfde landen selecteren valt het verschil voor een deel weg. Onze onderzoeksgroep blijft iets slechter scoren op gezondheid, maar de resultaten zijn redelijkerwijs als vergelijkbaar te beschouwen.

De beleefde gezondheid is hoe dan ook niet goed. Vergeleken met de Nederlandse bevolking in zijn totaliteit zijn de verschillen dramatisch. In Nederland voelt ruim een kwart van de mensen zich ‘zeer goed’, ruim de helft houdt het op ‘goed’ en een vijfde meldt ‘minder dan goed’ (CBS website over het jaar 2000). Uit de cijfers van het CBS blijkt dat vrouwen, lager opgeleiden en ouderen relatief een iets slechtere gezondheid zeggen te hebben dan gemiddeld. Ook voor onze onderzoeksgroep lijkt dat zo te zijn, maar de data zijn niet altijd doorslaggevend. Asielzoekers en vluchtelingen met een hogere beroepsopleiding of universiteit rapporteren wel significant zich gezonder te voelen dan de rest, net als mensen die in Nederland een cursus of opleiding hebben gevolgd. Ook respondenten uit Afrika zijn overigens significant gezonder dan de rest. Dit is onafhankelijk van opleiding, maar wordt deels verklaard door het feit dat mannen oververtegenwoordigd zijn in de Afrikaanse groep.

Als mensen gezondheidsklachten hadden, konden ze ook aangeven welke dat waren. Op de vragenlijst was het mogelijk drie klachten te noemen in eigen woorden. De klachten die in totaal meer dan tien meldingen hebben gekregen betreffen in aflopende volgorde: hoofdpijn, psychische klachten, rugklachten/schouders, darm/buik, ledematen en slaapproblemen. De klachten zijn vervolgens gebundeld in groepen (zie tabel 3.1).

De klachten komen in sterke mate overeen met die in andere onderzoeken naar de gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen (Van Willigen & Hondius 1992; De Vries 2002). Het betreft de typische klachten van vluchtelingen die gerelateerd kunnen worden aan stress, het lange wachten als asielzoeker en de verwerking van trauma's.

In de verwerking van de data zijn de klachten meestal in twee groepen on-

| | | Aantal | % |
|--------------------|---------------------|--------|-----|
| Waarde | Psychische klachten | 21 | 18 |
| | Hoofdpijn | 19 | 16 |
| | Botten en ledematen | 15 | 13 |
| | Algemeen, rest | 13 | 11 |
| | Darm/buik | 8 | 7 |
| | Allergieën | 4 | 3 |
| | Adem/longklachten | 4 | 3 |
| | Slaapklachten | 4 | 3 |
| | Hartklachten | 3 | 2 |
| | Totaal | 91 | 76 |
| Ontbrekend | | 27 | 23 |
| Totaal | | 118 | 99* |
| * Afrondingsfouten | | | |

Tabel 3.1 Genoemde klachten eerste melding

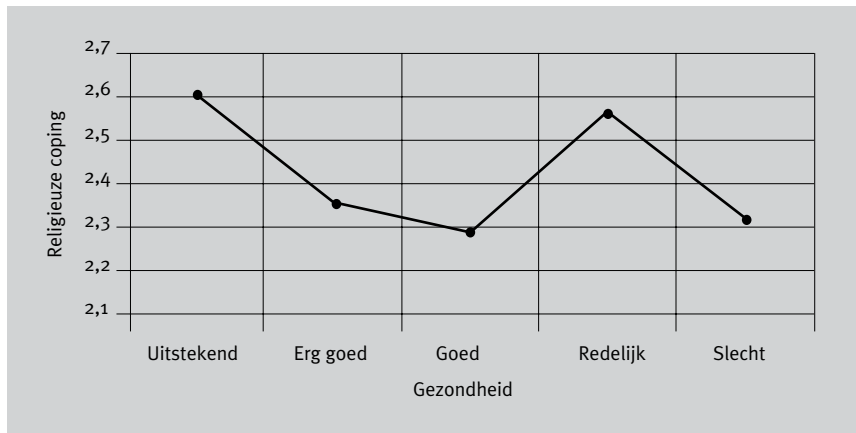
derverdeeld op basis van hun eerste melding: de psychische klachten, inclusief hoofdpijn en slaapproblemen enerzijds en de somatische klachten anderzijds. Deze groepen zijn in aantal ongeveer gelijkelijk verdeeld. We zullen zien dat zich opmerkelijke verschillen voordoen wat betreft de kracht die mensen kunnen putten uit hun geloof. Ten aanzien van onderscheidende factoren als geslacht, land van herkomst, gezondheid, verblijfsstatus, opleiding en werk doen zich verder geen significante verschillen voor waar het gaat om de prevalentie van psychische versus somatische klachten.

Dat het vluchten en de asielpcedure een slechte uitwerking kunnen hebben op de gezondheid blijkt ook uit dit onderzoek. Meer dan de helft van de respondenten meldt dat hun gezondheid verslechterd is, sinds zij hun land van herkomst hebben verlaten. Een van de respondenten (Eri) antwoordt in het interview op de vraag wat de oorzaak van zijn ziekte kan zijn: 'De oorzaak is dat het leven van de Ethiopiërs hier in Nederland zo moeilijk is. Onmenselijk. Mensen moeten lang wachten op hun proces en leven in onzekerheid. Sommigen worden hierdoor agressief, verslaafd aan alcohol of roken.' Mohammed, Hifa en Fatima beginnen het interview met duidelijk te maken dat alle problemen in elkaar overlopen: gezondheid en stress over de status.

Bijna een derde vindt dat de gezondheid gelijk is gebleven en de rest (een zesde) meldt een verbetering. Op dit punt bestaan er enkele significante verschillen: vrouwen geven vaker melding van een verslechtering en minder vaak van een verbetering of gelijk blijven. Bij een onderverdeling naar land van herkomst blijkt dat vluchtelingen afkomstig uit Afrika aanmerkelijk minder vaak vinden dat hun gezondheid verslechterd is. Van hen vindt 'slechts' een derde dit, bij de rest is dit twee derde. Dit verschil blijft bestaan wanneer gecorrigeerd

wordt op de verschillen in geslacht. Mensen met een lagere opleiding en zij die geen cursussen in Nederland hebben doorlopen, geven significant vaker aan dat hun gezondheid verslechterd is. In dit geval is het mogelijk dat het volgen van een cursus positief uitwerkt op de gezondheid, maar het kan evenzogoed zijn dat mensen die te maken hebben met een verslechterde gezondheid eerder afzien van het volgen van een cursus. Een status of werk hebben laat geen significante verschillen zien bij dit aspect.

Opvallend is dat vluchtelingen met een uitstekende gezondheid hoger scoren op het gemiddelde voor religieuze coping (zie bijlage 2) dan mensen met respectievelijk een erg goede of goede gezondheid. Vluchtelingen met een redelijke gezondheid scoren echter weer even hoog als wanneer zij een uitstekende gezondheid hebben en de grote groep die een slechte gezondheid zegt te hebben scoort vervolgens weer significant lager op het gemiddelde voor religieuze coping.



Tabel 3.2 Gemiddelde religieuze coping en gezondheid

De maximumscore op dit gemiddelde van religieuze coping is drie, het minimum is één. De verschillen tussen de eerste drie categorieën zijn niet significant, mede omdat de aantallen relatief klein zijn. De afname in het gemiddelde is net niet significant ($p = .088$) tussen 'uitstekend' en 'goed'. Het verschil tussen 'goed' en redelijk' is net niet significant ($p = .064$) en tussen 'redelijk' en 'slecht' is wel significant ($p < .05$).

Er ontstaat met betrekking tot de gezondheid een beeld van twee groepen: de groep die zich relatief goed voelt en de groep die zich relatief slecht voelt. Binnen de groep met een slechte gezondheid neemt het gemiddelde voor de religieuze coping af met een slechter wordende gezondheid. Concreet betekent dit dat wanneer mensen zich slechter voelen, zij minder gemakkelijk kunnen terugvallen op hun geloof voor wat betreft zingeving en kracht. Binnen de groep met een relatief goede gezondheid lijkt hetzelfde beeld op te treden,

maar deze gegevens zijn door de relatief kleine aantallen niet significant. Het positieve verschil tussen 'goed' en 'redelijk' is opmerkelijk (net niet significant: $p = .064$).

Religie van de respondenten

Religie is heel belangrijk. Als iemand geestelijke problemen heeft, biedt de kerk een oplossing. Tijdens de bijeenkomsten in de kerk kun je vergeten. Je bidt dan tot God en luistert naar de verhalen uit de bijbel van het nieuwe en oude testament. (Kamalo)

Dit onderzoek betreft de kracht en steun die mensen kunnen ontleen aan hun geloof. Ieder mens kan kracht en steun ontleen aan wat voor bron dan ook, religieus georiënteerd of niet.

Wij zijn echter specifiek geïnteresseerd in de religieuze bronnen van kracht. Daarom zijn alleen mensen bevraagd die zichzelf op de een of andere manier gelovig vinden. Met nadruk wordt hier nogmaals vermeld dat dit onderzoek *niet* meet hoe gelovig asielzoekers en vluchtelingen zijn, maar zich toespitst op de religieuze getinte wijze van coping van *gelovige* asielzoekers en vluchtelingen.

Twee derde van de onderzoeksgroep zegt 'erg gelovig' te zijn, een derde is 'een beetje gelovig', in antwoord op de vraag 'Hoe gelovig vindt u uzelf?' Man of vrouw maakt geen verschil, noch land van herkomst, gezondheid, opleiding of andere variabelen: deze verdeling blijft ongeveer hetzelfde. We hebben ook gevraagd of mensen praktiserend zijn en hoeveel invloed het geloof op het leven had. Wanneer we de antwoorden op deze vragen en die naar de eigen inschatting van het geloof bij elkaar optellen en vervolgens het gemiddelde berekenen, kan een 'gemiddelde voor de religiositeit' worden bepaald. Het blijkt dat mensen met een hogere opleiding significant 'hoger' scoren op dit gemiddelde voor religiositeit. Zij beschouwen zichzelf dus als meer gelovig dan mensen met een lagere opleiding. Dit onderscheid geldt zowel voor christenen als voor moslims, hoewel voor deze laatste groep de aantallen te klein zijn om significant te kunnen zijn. Hoger opgeleiden scoren vooral hoger wanneer het gaat om de invloed die het geloof heeft op hun leven.

De christenen zijn beduidend meer gelovig dan de moslims in deze onderzoeksgroep. Dat blijkt zowel bij de vraag naar de eigen inschatting van het geloof als bij de gemiddelde score op de drie aparte vragen naar het geloof. Wanneer we de steekproef onderverdelen in de sterk gelovigen en de gematigd gelovigen, zijn de christenen nog steeds gemiddeld geloviger dan de moslims. Deze verschillen zijn dan echter te klein om nog langer significant te zijn. Bij sommige items in dit onderzoek blijkt dat de gematigde christenen niettemin beduidend hoger scoren dan de gematigde moslims. Vermoedelijk kan de verklaring hiervoor gezocht worden in het feit dat een belangrijk deel van de respondenten is gevonden binnen de geledingen van christelijke studiegroepen. Het is te verwachten dat deze christenen zich als 'erg' gelovig ken-

schetsen.² Er kan verondersteld worden dat moslims in landen als Iran en Afghanistan te maken hebben gehad en gevlucht zijn voor een zeer repressieve vorm van de islam. Dit heeft hen wellicht afkerig gemaakt van orthodoxie. Het onderscheid is voor ons onderzoek niet van belang, omdat een vergelijking van de gelovigheid van moslims en christenen niet tot de onderzoeksvraag behoorde.

De onderzoeksgroep bestaat uit tachtig christenen en dertig moslims. Enkele hangen een ander geloof aan, zoals het hindoeïsme. Bij de vergelijking van de uitkomsten is meestal gewerkt met twee groepen, de christenen en de moslims. De mensen met een ander geloof zijn dan buiten beschouwing gelaten, omdat de aantallen te klein zijn voor vergelijking. Bij de christenen en moslims zijn de verschillende denominaties genoemd (zie bijlage 3). Een beperkt aantal mensen verklaart dat zij niet meer tot een bepaalde kerk of religie gerekend wensen te worden, maar ‘alleen in God’ geloven. Over zijn relatie tot God zegt Daoud bijvoorbeeld: ‘Ik geloof in mijn God.’ Ook vertelt hij dat in de bijbel verschillende mogelijkheden staan voor de wijze waarop de relatie tot God ingevuld kan worden. Raed verwoordt deze opvatting als volgt: ‘Alle kerken zijn het lichaam van Jezus, dus het maakt niet uit naar welke kerk je gaat. In Nederland bestrijden de kerken elkaar zo, maar het gaat uiteindelijk toch om dezelfde boodschap.’

Er bestaat een duidelijke relatie met de landen van herkomst en het type geloof. De respondenten uit Afrika zijn bijvoorbeeld overwegend christelijk. Wat betreft de verdeling over de andere variabelen, zoals geslacht of opleiding, zijn er geen significante verschillen zichtbaar. Het is opvallend dat de verdeling naar opleiding exact gelijk is onder beide geloofsgroepen.

Bijna een kwart van de respondenten heeft een ander geloof dan waarmee zij als kind zijn opgegroeid; zij zijn in de loop der tijd van geloof veranderd. Ongeveer de helft van de verschuivingen speelt zich af binnen het christelijke domein. Deze mensen zijn meestal overgegaan naar een evangelische gemeenschap of pinkstergemeente; enkelen hebben zich aangesloten bij de Jehova's getuigen, of noemen zich ‘born-again’ christen. De andere helft van de verschuivingen bestaat grotendeels uit moslims die zich in Nederland hebben aangesloten bij een christelijke kerkgemeenschap.

Alemu was in haar jeugd orthodox-christelijk, nu is ze Jehova's getuige. Ze is van geloof veranderd nadat ze met mensen over het geloof had gepraat en veel in de bijbel is gaan lezen. Deze verandering heeft ongeveer drie jaar geleden plaatsgevonden, toen ze al een tijd in Nederland was.

Raed uit Iran viel van zijn geloof (islam) toen hij vijftien was. Hij voelde te veel weerzin bij de fundamentalistische visie van de mullahs. In Nederland

² Wij zullen verder in deze tekst de volgende begrippen hanteren: mensen die zichzelf als ‘erg’ gelovig kenschetsen, noemen wij ‘sterk gelovigen’ en mensen die zich ‘een beetje’ gelovig vinden, noemen wij ‘gematigd gelovigen’.

kwam hij in de problemen, onder meer nadat hij verslaafd raakte aan harddrugs. Mensen van de kerk boden toen hulp en via deze weg kwam hij steeds vaker in contact met het christelijke geloof, zeker toen een Iraanse christen hem hielp. Inmiddels is hij aangesloten bij een christelijk-gereformeerde kerk en heeft hij contact met een Iraanse kerk.

Deze cijfers kunnen niet worden gegeneraliseerd naar de totale asielpopulatie in Nederland. Waarschijnlijk is de groep van ex-moslimse christenen in onze onderzoeksgroep relatief groot, omdat veel respondenten afkomstig zijn uit christelijke groepen die voorlichting en hulp bieden aan asielzoekers. Deze groepen verklaren over het algemeen dat zij niet expliciet proberen om moslims tot het christelijke geloof te bekeren, maar zij zullen wel aantrekkingskracht uitoefenen op moslims die zich interesseren voor het christelijke geloof. Er wordt in Nederland overigens wel actief geworven voor het christendom onder moslims en andersoortige gelovigen. De omvang van deze christianisatie en de behaalde resultaten zijn ons niet bekend. Er zijn geen respondenten die zich bekeerd hebben tot de islam.

Vooraf voor moslims is de vraag of je 'geloofd' veel minder van belang dan de vraag of en hoe een gelovige zijn geloof *praktiseert*. Dit is daarom apart gevraagd, zonder het 'praktiseren' verder in de enquête te concretiseren. In totaal is bijna twee derde van de onderzochte groep praktiserend, een derde is een 'beetje' praktiserend en een kleine minderheid van zes mensen zegt helemaal niet praktiserend te zijn. Tijdens de open interviews is verder ingegaan op de invulling van het 'praktiseren'. Respondenten werd gevraagd voorbeelden te geven hoe hun geloof in het dagelijkse leven tot uiting komt.

Saida is erg gelovig, maar gaat nooit naar de moskee. In Afghanistan konden vrouwen niet naar de moskee, maar wel op andere plaatsen bidden. Nu bidt ze alleen tijdens de ramadan en verder alleen voor het slapen.

Als hun gevraagd wordt, hoe hun geloof tot uiting komt in hun dagelijkse leven, vertellen respondenten:

Ik moet bidden. Van wie? Van Allah, vijf keer per dag. Ik moet respect hebben voor mijn burens. Helpen als ik kan helpen. Slechte dingen mag ik niet doen. Ik mag bijvoorbeeld ook geen grote mond hebben. Als ik veel geld heb, moet ik dit aan de armen geven. Maar hier is dat niet zo, hier zijn mensen meer gelijk. Mijn kinderen voed ik ook op met de islam. (Diribe)

De invloed van het geloof is niet weg te denken: het gaat om een vast onderdeel van het leven, het bidden, de ramadan. (Mohammed)

We bidden veel. We bidden drie keer per dag. 's Ochtends als we wakker worden, danken we God. Want als je slaapt, weet niemand of je weer wakker wordt. Veel mensen gaan dood in hun slaap. 's Ochtends danken wij God dat hij ons deze dag geeft. Ook bedank ik hem voor de zorg aan mijn vrouw en kinderen. Kijk, als ik werk dan kan ik niet over ze waken, God zorgt dan voor ze en daar bedank ik hem voor. 's Middags of 's avonds danken we Jezus voor alles. Je moet God altijd om hulp vragen voor de volgende dag. Je vertelt hem precies wat je de volgende dag van plan bent. Hij laat dan weten of dit verstandig is of niet. (Kamalo)

Er zijn geen duidelijk waarneembare verschillen aangetroffen tussen vergelijkbare groepen. Dat betekent dat mannen en vrouwen, vluchtelingen en asielzoekers uit Afrika en andere landen, mensen met een hogere en lagere opleiding allemaal ongeveer evenveel hun geloof praktiseren. Ook de gezondheidssituatie levert geen enkel significant verschil op in de mate waarin mensen hun geloof praktiseren. Vanzelfsprekend geven de sterk gelovigen aan meer hun geloof te praktiseren dan de gematigd gelovigen. Christenen en moslims praktiseren ongeveer in gelijke mate, wanneer apart gekeken wordt naar sterk gelovigen en gematigd gelovigen.

Een van de wijzen waarop mensen hun religie kunnen praktiseren is door een kerk, moskee of andere geloofsruimte te bezoeken. Van de totale groep gaat ongeveer 70 procent vaak, 10 procent soms en 20 procent bijna nooit naar kerk, moskee of andere geloofsgemeenschap. Vanzelfsprekend gaan de sterk gelovigen vaker naar de kerk of moskee dan de gematigd gelovigen. Er zijn echter verder geen duidelijke groepen aanwijsbaar die beduidend vaker of juist minder vaak gaan dan anderen, behalve bij christenen en moslims. Christenen gaan vaker naar de kerk dan moslims naar de moskee. Dit onderscheid blijft significant, wanneer in ogenschouw wordt genomen dat in onze onderzoeksgroep de christenen zichzelf als meer gelovig kenschetsten dan de moslims. Van de gematigd gelovigen gaat zelfs een meerderheid van de moslims bijna nooit naar de moskee, terwijl van diezelfde groep een meerderheid van de christenen vaak naar de kerk gaat.

Moskeeën en kerken hebben een verschillende functie voor de gelovige. Voor moslims is de persoonlijke relatie met Allah van belang, die in de moskee, maar evenzogoed thuis invulling kan krijgen. Voor de religieuze beleving is het institutionele kader – de moskee en de imam – voor moslims van minder belang dan voor christenen. Bovendien is moskeebezoek voor vrouwen (die apart dienen te zitten) in de praktijk minder gangbaar dan kerkbezoek voor vrouwelijke christenen (Hoffer 2000, p. 120-125).

Het is bovendien mogelijk dat christenen meer en gemakkelijker toegang vinden tot een kerk waar zij zich thuis voelen, dan dat moslims toegang hebben tot moskeeën. De kerkelijke infrastructuur is in Nederland veel fijnmaziger dan die van moskeeën. Voor islamitische vluchtelingen geldt dat zij zich soms niet op hun gemak voelen in de moskee waar verder voornamelijk Marokkanen en Turken komen. Dit vermoeden stoelt op de interviews. Diribe zegt: 'Ik ga wel eens naar de moskee, maar ben daar de enige Ethiopische vrouw. Ik weet niet of er mannen zijn uit Ethiopië, de mannen en vrouwen zijn gescheiden in de moskee. Maar ik heb ook weinig contact met de vrouwen uit de moskee, ik zie ze alleen maar daar, maar weet niet eens waar ze wonen.'

Daoud zegt dat er in de plaats waar hij woont, geen moskee is en dat hij er dus niet naar toe kan. Er zijn echter wel plannen om een moskee te bouwen en daar is hij blij mee. Mohammed en Hifa gaan elke vrijdag naar de moskee, maar kennen daar niemand. Zij zijn in het asielzoekerscentrum het enige ge-

zin uit Jemen en in de omgeving kennen ze geen andere Jemenieten: 'In de moskee zijn alleen Marokkanen en zo.'

Wanneer vluchtelingen een religieuze gemeenschap hebben gevonden waar ze zich thuis voelen, hechten zij daar veel waarde aan. In de kerk hebben ze het gevoel dichterbij God te kunnen komen en beter te kunnen bidden. Ook de sociale contacten die opgedaan worden in de kerk, zijn erg belangrijk bij religieuze coping. Er is een duidelijke samenhang tussen kerkbezoek en het gevoel aandacht van God te ontvangen voor gezondheidsproblemen.

Er is apart gevraagd naar de invloed die het geloof heeft op het eigen leven. Vanzelfsprekend is de invloed onder sterk gelovigen groter dan onder gematigd gelovigen. Er is geen significant verschil tussen moslims en christenen. De suggestie bestaat dat hoger opgeleiden meer invloed ervaren van het geloof, net zoals zij iets meer hun geloof praktiseren en vaker naar kerk of moskee gaan.

Voor mensen die in moeilijkheden verkeren of ziekten doormaken, kan het geloof belangrijker worden, bijvoorbeeld omdat zij meer op zoek gaan naar bronnen van kracht en zin ontleenen aan hun geloof voor het doorstaan van hun problemen. Wij hebben de respondenten gevraagd of zij vonden dat hun geloof belangrijker was geworden sinds zij uit hun land van herkomst vertrokken zijn en sinds zij gezondheidsproblemen hebben. Voor ongeveer de helft geldt dat het geloof heel veel belangrijker is geworden, zowel sinds het vertrek uit het land van herkomst, maar ook sinds zij gezondheidsproblemen hebben. Ook kunnen de problemen die vluchtelingen doormaken, hen dichterbij het geloof brengen. Een kleine minderheid (minder dan 20 procent) geeft aan dat het geloof slechts een klein beetje belangrijker is geworden.

Het geloof is voor ons belangrijker geworden in Nederland, juist omdat in deze samenleving 'alles mag'. Wij kunnen ieder zijn geloof en hebben niets tegen democratie en vrijheid, maar wij houden ons juist steviger vast aan onze eigen voorschriften in deze liberale omgeving. (Mohammed)

Er waren tijden dat ik erg in de problemen zat, vooral toen ik net in Nederland was. Als ik dan een paar dagen veel bid en veel in de bijbel lees, heb ik echt het gevoel dat de problemen minder worden of minder erg voelen. Hierdoor geloof ik dat God bestaat. Toen ik bijvoorbeeld net in Nederland was, miste ik mijn moeder heel erg. Ik dronk toen veel, had een moeilijke tijd en moest elke dag wel huilen. Ik heb toen heel erg veel tot God gebeden en hem gevraagd hoe ik verder moest. Na een paar dagen dacht ik nog wel veel na over mijn problemen, maar ik voelde me minder depressief en had echt het gevoel dat hij er voor mij was. Hij luisterde en was op dat moment de enige die dat deed. (Ayalnesh)

Mijn geloof is sinds mijn vertrek uit Ethiopië wel wat belangrijker geworden. Ik heb nu door mijn geloof meer contact met mensen. Het geloof helpt mij ook meer sinds ik ziek ben. Ik bid nu meer tot God en lees veel in de bijbel. Hierdoor blijf ik rustig, wat beter is voor mijn gezondheid. (Alemu)

Voor de rest, ongeveer een derde bij beide vragen, is het geloof helemaal niet

belangrijker geworden. Dit kan betekenen dat het geloof al zo belangrijk was dat het niet is toegenomen, of dat het niet belangrijk was en het sinds zij vertrokken zijn en sinds zij gezondheidsproblemen hebben, ook niet aan belang gewonnen heeft. Edith, die in een gebied van Irak woonde dat onder bestuur van de Verenigde Naties stond, zegt: 'Voor mij is het geloof niet belangrijker geworden sinds ik in Nederland ben. In Irak woonde ik in de buurt van mijn kerk en kon ik gaan wanneer ik wilde.' Fatima is al acht jaar ziek, maar het geloof is voor haar niet belangrijker geworden, omdat het al belangrijk was.

Er zijn geen significante verschillen per groep aan te wijzen voor wie het geloof speciaal belangrijker is geworden, behalve dan voor de mannen ten opzichte van de vrouwen. Voor mannen geldt duidelijk dat het geloof belangrijker is geworden sinds zij hun land van herkomst hebben verlaten. Met nadruk wijzen wij erop dat mannen in het geheel niet hoger scoren op het gemiddelde voor religieusiteit, noch op de vraag hoe gelovig zij zichzelf vinden.

Speelt het geloof een rol?

Of het geloof een rol speelt in de omgang met gezondheidsproblemen betreft een van de basale vraagstellingen van dit onderzoek. De vraag kent vele mitsen en maren, die hierna uitgebreid aan bod komen, maar we hebben hem toch rechtstreeks in het onderzoek opgenomen: *Speelt het geloof een rol in het omgaan met uw gezondheidsproblemen?* Een moeilijke vraag, die niettemin door slechts vier respondenten is overgeslagen.

In tabel 3.3 zijn de antwoorden weergegeven. De rol van het geloof in het omgaan met gezondheidsproblemen duiden we in deze en volgende tabellen aan met 'religieuze coping'.

| Religieuze coping | Aantallen | % |
|--------------------|-----------|-----|
| Ja, erg veel | 64 | 54 |
| Een beetje | 18 | 15 |
| Nee, helemaal niet | 32 | 27 |
| Totaal | 114 | 97* |
| Niet ingevuld | 4 | 3 |
| Totaal | 118 | 100 |
| * Afrondingsfouten | | |

Tabel 3.3 Religieuze coping

Zoals we verwachten geeft de meerderheid aan dat het geloof een erg grote rol speelt in het omgaan met de gezondheidsproblemen. Als we in ogenschouw

nemen dat al onze respondenten affiniteit hebben met het geloof, is het evenzeer belangrijk te constateren dat bijna een derde zegt dat het geloof geen rol speelt in het copingproces en dat voor nog eens 15 procent geldt dat dat maar 'een beetje' zo is. Deze resultaten corresponderen met vergelijkbaar onderzoek (zie literatuur in hoofdstuk 2, bijvoorbeeld Pieper & Van Uden 2001). Wie gelovig is, heeft dus niet vanzelfsprekend het gevoel dat het geloof een rol speelt in het omgaan met gezondheidsproblemen.

Wanneer we inzoomen op de verschillende religies die in ons onderzoek zijn betrokken, ontstaat geen significant verschil, ook niet als we uitsplitsen naar mate van religiositeit. We zullen in de volgende hoofdstukken over zinging en bronnen van kracht wel enkele verschillen in religieuze coping tussen moslims en christenen aantreffen. Ook wanneer de onderzoeksgroep verder wordt uitgesplitst naar geslacht, land van herkomst, verblijfsstatus, opleiding, het volgen van cursussen in Nederland en het hebben van werk, zijn er geen significante verschillen aanwijsbaar in de mate waarin het geloof een rol speelt in de omgang met gezondheidsproblemen. Met andere woorden, voor al deze groepen is min of meer gelijk welke rol zij toekennen aan het geloof in de omgang met gezondheidsproblemen.

Anders wordt het wanneer we uitsplitsen naar de eigen inschatting van het geloof. Van de sterk gelovigen is driekwart van mening dat het geloof een rol speelt in de omgang met gezondheidsklachten, bij de gematigd gelovigen is dat maar 14 procent. Voor ruim de helft van de gematigd gelovigen speelt het geloof geen rol. Een derde van de gematigd gelovigen schuilt in de tussenpositie van 'een beetje'. Dit verband is zeer sterk ($p < .001$). Verreweg de meeste mensen die vaak naar kerk of moskee gaan, kennen een erg grote rol toe aan het geloof in de omgang met gezondheidsproblemen, en verreweg de meeste mensen die weinig naar een gebedshuis gaan, zien voor het geloof helemaal geen rol weggelegd. Dit verband is eveneens zeer sterk ($p < .001$). Samengevat, wanneer mensen minder sterk geloven en minder naar kerk of moskee gaan, neemt de rol die zij toekennen aan het geloof snel af.

Ook de gezondheid is van invloed op dit aspect van religieuze coping. We hebben daartoe de onderzoeksgroep verdeeld in een deel met een relatief goede en een deel met een relatief slechte gezondheid. Het verschil doet zich voor in de keuze tussen 'helemaal niet' en 'een beetje'. Wie een goede gezondheid heeft, kan net iets eerder zeggen dat het geloof helemaal geen rol speelt, dan degene die een slechte gezondheid heeft; die kiest eerder voor de middenweg. Men dient te bedenken dat gelovigheid en gezondheid niet met elkaar in verband staan. Eerder is wel geconstateerd dat mensen met een slechte gezondheid laag scoren op het gemiddelde voor religieuze coping, met andere woorden, minder gemakkelijk gebruik maken van hun geloof.

De aard van de klachten die vluchtelingen en asielzoekers hebben, is eveneens van invloed op de rol die zij aan hun geloof toekennen in de omgang met gezondheidsklachten. We hebben alle eerstgenoemde klachten van de respondenten geïnventariseerd en vervolgens geclusterd naar psychische klachten

(inclusief hoofdpijn en slaapstoornissen) en somatische klachten. Zie onderstaande tabel 3.4.

| Religieuze coping | Psychisch, hoofdpijn, slaap | | Somatische klachten | | Totaal | |
|---|-----------------------------|------|---------------------|------|--------|------|
| Ja, erg veel | 23 | 52% | 30 | 64% | 53 | 58% |
| Een beetje | 5 | 11% | 11 | 23% | 16 | 18% |
| Nee, helemaal niet | 16 | 36% | 6 | 13% | 22 | 24% |
| Totaal | 44 | 99%* | 47 | 100% | 91 | 100% |
| Significantiewaarde: $\text{Chi}^2 p < .05$ | | | | | | |
| *Afrondingsfouten | | | | | | |

Tabel 3.4 Religieuze coping naar type klacht

In deze uitsplitsing naar type klacht zien we duidelijk dat mensen met psychische klachten significant vaker de rol van het geloof afwijzen dan mensen met somatische klachten. Op grond van deze enkelvoudige vraag valt de voorzichtige conclusie te trekken dat vluchtelingen en asielzoekers met somatische klachten beter in staat zijn hun geloof in te zetten voor coping dan mensen die te lijden hebben van psychische klachten. In dit verband is het zinvol te vermelden dat mensen met somatische klachten zich vermoedelijk slechter voelen dan mensen met psychische klachten (niet significant met $p = .099$).

Samenvattend: ruim een derde van de respondenten geeft aan over een slechte gezondheid te beschikken, een klein derde deel vindt de eigen gezondheid redelijk en bij het resterende derde deel variëren de antwoorden van goed en erg goed tot uitstekend. Vergeleken met de Nederlandse bevolking is de zelf gerapporteerde gezondheid veel slechter. Deze uitkomst komt overeen met soortgelijke onderzoeken onder vluchtelingen. Met 18 procent zijn psychische klachten de eerstgenoemde groep klachten, gevolgd door hoofdpijn (16 procent) en botten/ledenmaten (13 procent). De religieuze coping neemt af met een slechter wordende gezondheid. Twee derde van de onderzoeksgroep geeft aan sterk gelovig te zijn, een derde is gematigd gelovig. Mensen met een hoge opleiding zijn religieuzer dan mensen die laag opgeleid zijn.

Voor ruim de helft speelt het geloof een grote rol in de omgang met ziekte. Deze groep kent geen duidelijke oververtegenwoordiging van bepaalde subgroepen, behalve dat mensen met een relatief goede gezondheid vaker de rol van het geloof helemaal afwijzen dan mensen met een slechte gezondheid; mensen met psychische klachten wijzen eveneens de rol van het geloof eerder af dan mensen met somatische klachten.

'Het is ons probleem als we niet bidden'

Tot vorig jaar was ik al meer dan zes jaar niet bij de huisarts geweest. En vroeger in Afghanistan had ik ook nooit wat. Dat is nu wel anders. Ik heb een goedaardige vorm van huidkanker en daardoor kom ik nu veel bij de huisarts en de dermatoloog. Ze hebben enkele plekje weggehaald, maar een laatste plek op mijn hoofd wil ik niet weg laten halen omdat ik daar dan kaal wordt. Ik ga liever vijf jaar mooi door het leven, dan twintig jaar lelijk.

Ik ben zelf verantwoordelijk voor mijn gezondheid. Daarom moet ik goed eten en goed slapen. Met dat slapen lukt het niet altijd. Als het kan, beweeg ik ook veel: voetballen en fietsen en zo. Het belangrijkste is werken. Aan het werk zijn, dat houdt me gezond. Goede contacten met collega's zijn belangrijk. Ze hebben gezegd dat ik beter Nederlands moet leren als ik bij VluchtelingenWerk wil blijven werken, dus daar ben ik nu mee bezig. God houdt van mensen die werken.

Ik ben moslim, maar absoluut geen fundamentalist, daar ben ik fel tegen. Radicalen zijn tegen alles, ik heb in Afghanistan gezien wat dat kapot kan maken. Ik ben voor islam en democratie, voor mannen en voor vrouwen. Ik bid vijf keer per dag, om vier uur 's morgens, om twee uur en zes uur 's middags en om tien uur 's avonds en dan nog een keer om middernacht. Ik ga niet naar de moskee, want die is hier niet. Ik ben blij dat er nu wel plannen zijn om die te bouwen.

God kan mij helpen in mijn leven, in alle aspecten daarvan. God heeft gezegd wat goed en wat fout is. Als mensen de verkeerde kant opgaan, dan komen er problemen. God helpt mensen die ziek zijn, dat geldt ook voor christenen. Als mensen ideeën hebben over het geloof, dan denken ze dat ze geholpen worden, en dat is goed om de moed erin te houden.

Maar we moeten het zelf doen. God heeft gezegd: 'Jullie kunnen goed denken, dus jullie kunnen ook zelf beslissen wat goed is voor jullie gezondheid.' Dat kan bijvoorbeeld door medicijnen te maken, mensen tot artsen op te leiden en ziekenhuizen te bouwen. Als mensen ziek zijn moeten ze daar ook gebruik van maken.

Zieke mensen moeten naar het ziekenhuis, niet naar de moskee. Daar praten ze alleen maar over het geloof en niet over ziekte of problemen op het werk. Het is niet logisch dat mensen denken dat ze zelf niets hoeven te doen en alleen maar hopen dat door God alles goed komt. Het is ons probleem als we niet bidden of geloven.

Daoud uit Afghanistan

Coping bij ziekte heeft voor een belangrijk deel te maken met zingeving ten aanzien van de ziekte. Letterlijk hebben we het over het geven van een zinvolle betekenis aan de ziekte. Wat heb ik eraan en wat kan ik ermee? Deze vraag kan voor mensen belangrijk zijn in de omgang met de ziekte en als zodanig is de zingevingvraag een vorm van coping. Het zoeken naar een antwoord is immers een wijze van omgaan met de ziekte. De ziekte wordt niet als volkomen toevallig geaccepteerd of zo mogelijk afgewezen, maar er wordt getracht de ziekte in het eigen leven een plaats te geven, van waaruit het een betekenis kan vervullen voor het leven.

In dit hoofdstuk behandelen we twee aspecten van zingeving, namelijk het ervaren van de ziekte als een les van God en het accepteren van de ziekte als de wil van God. Deze twee aspecten bleken voor de respondenten van belang te zijn en komen daarom in dit hoofdstuk uitgebreid aan bod. Ziekte als een les van God en als de wil van God worden in twee aparte paragrafen behandeld. Tussen deze twee visies zijn verschillen te vinden, maar ze liggen ook in het verlengde van elkaar en de een sluit de ander zeker niet uit.

Voordat we de resultaten van dit onderdeel van het onderzoek presenteren, gaan we dieper in op het waarom van zingeving en op de problemen die mensen pogen op te lossen én juist tegenkomen, wanneer zij geloven dat hun ziekte uiteindelijk een zinvolle betekenis heeft.

Zin van zingeving

Het woord 'zin' kent vele betekenissen. Een ervan is de 'betekenis waarin een zaak opgevat moet worden', een andere het animo voor een activiteit, en weer een andere de 'bestaansreden' of het 'nut'. Remco Campert vat twee betekenissen samen door te schrijven 'de zin van het leven is de zin om te leven'. Dit citaat vat kernachtig samen waar het in de psychiatrie ten aanzien van zingeving vaak om gaat: zingeving wordt pas belangrijk als mensen hun natuurlijke 'er zin in hebben' zijn kwijtgeraakt. Andries van Dantzig, een van Nederlands bekendste

psychiaters, verklaart dat ‘de mens die zin in zijn leven heeft, niet vraagt naar de zin van het leven, en dus geen behoefte heeft aan zingeving’. Zingeving was vroeger van belang in de gezondheidszorg bij gebrek aan effectieve therapieën. ‘De vraag naar zingeving hoort bij een gezondheidszorg die niet beschikt over effectieve interventies om de ziekte direct te bestrijden’ (Van Dantzig 1995).

Ook vandaag de dag kunnen mensen lijden aan klachten die niet één-twee-drie zijn te bestrijden. De reductionistische visie ten aanzien van zingeving zoals verwoord door Van Dantzig zal bovendien te ver gaan voor hen die geloven aan een inherente zin van het bestaan. Zingeving ten aanzien van ziekte is voor veel mensen niet pas van belang wanneer een effectieve behandelmethodete ontbreekt, maar speelt een onvervreemdbare rol in het omgaan met ziekte, genezing en verwerking. Voor gelovigen kán – het hoeft niet – het zo zijn dat zij het hele leven, inclusief de daarin voorkomende ziekten, zien als de bedoeling van God. In de omgang met hun gezondheidsproblemen is voor hen een wezenlijk onderdeel het zoeken naar de bedoeling van God, of – wanneer het moeilijk is een bevredigend antwoord te formuleren – accepteren dat het ziek-zijn een bedoeling heeft.

Hoewel zingeving als thema geen grote rol speelt in de geseclariseerde geneeskunde in Nederland, is het geenszins slechts voorbehouden aan buitenlanders die al dan niet gewend zouden zijn aan meer traditionele geneeswijzen. Het geven van betekenis aan een ziekte speelt, behalve in kerkelijke kringen, ook in de alternatieve geneeswijzen in Nederland een grote rol. Deze alternatieve geneeswijzen kunnen op hun beurt weer geïnspireerd zijn door traditionele visies op ziekte en gezondheid in ‘het buitenland’. Volgens Van Dantzig vult het alternatieve circuit de gaten die de reguliere gezondheidszorg zelf heeft laten ontstaan.

Meestal wordt zingeving gebruikt in retrospectief: achteraf wordt een doorstane ziekte voorzien van een zinnig doel. Het onbegrijpelijke wordt er iets begrijpelijker door. Ziekte of tegenslag is – hoe moeilijk het ook is geweest om te doorstaan – uiteindelijk niet zinloos geweest. Het is een vermogen van mensen om een onaangename ervaring als ziekte in de eigen beleving een positieve wending te geven. Deze vaardigheid is een vorm van coping. We kunnen het hoofd bieden aan het negatieve door het om te zetten in iets positiefs. Zo kunnen we als mens omgaan met de anders zo onbegrijpelijke willekeur van virussen, bacteriën, keukentrapjes en andere ziekteverwekkers. In hoofdstuk 2 is ingegaan op het bekende antropologische onderscheid tussen *disease* en *illness*, twee begrippen die beide een aandeel hebben in de invulling van het *explanatory model*. In dit domein van de ziekte gaat de getroffene op zoek naar zingeving. Daarvoor kan hij aankloppen bij andere hulpverleners dan een arts, bijvoorbeeld een religieuze voorganger of geestelijk verzorger. Deze geestelijke hulpverleners kunnen samen met de zieke onderzoeken hoe hij in het reine kan komen met het verloop van zijn ziekte of de gevolgen daarvan, welke plaats het in zijn leven kan innemen en welke zin het kan hebben voor zijn leven of zelfs voor een groter geheel.

Wanneer het gaat om religieuze coping – en dus om het geven van betekenis aan de ziekte met betrekking tot het heilige – doet zich een bekend theologisch probleem voor: hoe is het mogelijk dat een goede God in zijn almacht het kwaad in de wereld toelaat. Deze vraag is al zo oud als het geloof zelf en in alle tijden en werelddelen van commentaar voorzien door filosofen, theologen en – meer recent – psychologen. Al op het eerste gezicht is duidelijk dat er een interne tegenspraak schuilt in de drie uitgangspunten dat God én almachtig én goed is én dat het kwaad in de wereld bestaat, zowel op het kleinschalige niveau van het individu (ziekte, tegenspoed) als op mondiaal niveau (genocide, hongersnood, epidemieën). Ziekte of tegenslag impliceert immers dat óf God niet het beste met je voorheeft, óf dat je zelf niet tot de groep goede mensen behoort. Dat is een pijnlijke constatering waarmee mensen in het reine moeten zien te komen.

Deze paradox vindt een uitweg in de veronderstelling dat God een *bedoeling* heeft met het (toestaan van het) kwaad, waardoor het geen kwaad meer is. Anders geformuleerd: alles wat een mens kan overkomen, zowel voorspoed als tegenspoed, is niet toevallig, maar afhankelijk van de wil van God. Ook al is de zin van het lijden niet gelijk duidelijk, het feit dát er een wil achter steekt is volgens deze redenering verdraagzamer voor mensen dan de willekeur van het toeval. Dit is minder evident dan het lijkt en we zullen later zien dat ook onze doelgroep – vluchtelingen – moeite heeft met deze ‘wil’ van God.

Pargament (1997) gaat uitgebreid in op dit aspect van zingeving als coping-mechanisme. Het theologische probleem, dat een goede God ervoor zou zorgen dat goede mensen geen ongeluk overkomt, is op te lossen door deze drie uitgangspunten te herkadere. Pargament noemt dat religieuze herkadere (*religious reframing*).

‘Vragen die opkomen naar aanleiding van een noodlottige ervaring kunnen leiden tot een afwijzing van het geloofssysteem in zijn geheel. Vaker wel dan niet wordt echter een of meer van de elementen (van het religieuze axioma) herkadere in een poging een nieuwe balans te vinden in het geloofssysteem. Een balans waardoor het idee blijft behouden dat de wereld uiteindelijk goed is, dat het individu waardevol en veilig is en dat er een liefdevolle God is.’ (Pargament 1997, p. 222) Hij onderscheidt vervolgens drie elementen die voor herkadere in aanmerking komen: de gebeurtenis, de betrokkene en het heilige.

Herkadere van de gebeurtenis

Bij de herkadere van de gebeurtenis gaat het volgens Pargament om een spirituele kans die geboden wordt door middel van de gebeurtenis. Het kan gaan om het beschouwen van de traumatische gebeurtenis als een les van God. Mensen kunnen het ondraaglijke reduceren tot het draaglijke door het als een les te aanvaarden. Citaten van vluchtelingen laten zien dat zij in staat zijn om hun ziek-zijn op deze manier te aanvaarden (zie paragraaf 5.3). Het toeschrijven van gezondheidsproblemen aan Gods wil impliceert dat hij er ook verant-

woordelijk voor is. Pargament (1997) wijst erop dat mensen terughoudend zijn in het toeschrijven van hun negatieve ervaring aan de wil van God. Dat blijkt duidelijk uit onze onderzoeksgegevens (zie verder). Hoe kan God willen dat ik ziek ben? Het is echter mogelijk – hoezeer dat rationeel wellicht onlogisch lijkt – om een traumatische gebeurtenis te herkaderen in positieve termen als les of spirituele kans, zonder dat mensen daarmee hun positieve waardering van de goedheid van God in twijfel trekken. God heeft geen verwijtbare schuld aan de ziekte, maar biedt er wel een spirituele kans mee om persoonlijke groei te kunnen doormaken (Joseph & Linley 2004).

De herkadering zelf kan echter ook weerstand oproepen. Is elk middel geheiligd wanneer het om Gods doelen gaat? De Amerikaanse rabbijn H. Kushner, in Nederland vooral bekend van het boek *Als 't kwaad goede mensen treft*, verloor zelf een tienerkind en laat zien dat een dergelijke herkadering van de gebeurtenis de werkelijk getraumatiseerde niet noodzakelijkerwijs bevredigt: 'Als een mens (...) kinderen laat lijden om iets buitengewoons, indrukwekkends of waardevols tot stand te brengen, zouden we hem in de gevangenis stoppen. Waarom zouden we dan met verontschuldiging aankomen als God een dergelijk onverdiend leed veroorzaakt, hoe fantastisch het eindresultaat ook moge wezen?' (Kushner 1983, p. 25) In minder emotioneel beladen termen verklaart Kushner dat het probleem is met dergelijke redeneringen, die de gebeurtenis herkaderen als een zinvolle les, dat ze niet echt bedoeld zijn om degene die lijdt te helpen. Eigenlijk gaat het erom God te verdedigen tegen de aantijging dat hij het kwaad schijnbaar willekeurig goede mensen laat treffen. Het gaat er volgens hem om dat met woorden en ideeën het kwaad in het goede wordt veranderd en de pijn in een voorrecht (Kushner 1983, p. 29). In de praktijk is dat volgens hem echter vaak maar schijn. Hij heeft te veel mensen zien falen voor de ogenschijnlijk zinvolle testen van God om voor deze redenering nog veel begrip op te kunnen brengen.

Pargament meldt dat ook in het licht van de grote mondiale rampen, zoals de holocaust, de wil van God kan verbleken om plaats te maken voor de zinloosheid: 'Misschien is het bestaan van mensen zonder God zinloos, maar ik heb liever een zinloos bestaan dan een God die de pogroms en slachtingen van onschuldige mensen toestaat. En ik weiger te geloven dat God een vreselijke sadist is' (aldus een slachtoffer van de jodenvervolging in de Tweede Wereldoorlog, aangehaald door Brenner, auteur van een boek over het geloof en de twijfel van overlevenden van de holocaust, geciteerd in Pargament 1997, p. 299). Dit zich afwenden van God naar aanleiding van rampen waar geen betekenis tegen opgewassen is, zullen we ook terugzien bij een van de geïnterviewden.

Voor wie, zoals Kushner en bovenstaande overlevende, geen genoegen neemt met de herkadering van de gebeurtenis in iets zinvol, is een traumatische gebeurtenis in potentie ook een aanslag op het geloof (Falsetti e.a. 2003). De eventuele twijfel aan het geloof die een ziekte met zich kan meebrengen, vormt een extra belasting in het proces van coping. Met andere woorden, behal-

ve met de ziekte omgaan kan het zijn dat een gelovige ook moet zien om te gaan met een gedeukt vertrouwen in God. Juist dan kan de hulp van een geestelijk verzorger of voorganger van belang zijn, wanneer mensen in hen vertrouwen hebben en hulp zoeken om met hun geloof in het reine te komen.

Herkadering van de betrokkene

Bij de herkadering van de betrokkene zelf kan het gaan om twee verschillende aspecten. In de eerste plaats de aanvaarding dat mensen zondig zijn en het noodlot over zichzelf afroepen. Wie getroffen wordt door ziekte, kan vertwijfeld uitroepen of God nog wel aan zijn zijde staat, maar kan zich ook afvragen of hijzelf nog wel aan de zijde van God staat. Mensen zijn daar zelf verantwoordelijk voor. Wie zelf verantwoordelijkheid draagt, verexcuseert God voor het kwaad in de wereld. Deze houding kan evenwel als een boemerang terugslaan op de betrokkene. Het is één ding om ziek te zijn, het wordt een stuk moeilijker als je daar ook nog eens de schuld van krijgt, of jezelf er de schuld van geeft. Het is relatief gemakkelijk om verantwoordelijkheid te dragen voor je gezondheid en genezing, zoals ook in dit onderzoek is gemeten, maar het is moeilijk om ook schuld te hebben aan je eigen ziekte. Ben je ziek? Eigen schuld! is een moeilijk aspect van het leer- en strafaspect van de etiologie. Ook in seculier en 'alternatief' Nederland leidt dit geregeld tot felle debatten. De schrijfster Karin Spaink die lijdt aan multiple sclerose, heeft elke suggestie van de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van ziekten van de hand gewezen en sprak van de 'tussen-de-oren-maffia', daarmee doelend op mensen die uitgaan van somatisch lijden als reactie op een mentale instelling. (Spaink 1992)

De tweede vorm van herkadering van de betrokkene betreft de aanvaarding dat mensen het gewoon niet kunnen begrijpen. Hoe we ook zoeken en graven naar antwoorden op de pijnlijke vraag waarom ons een traumatische gebeurtenis is overkomen, het antwoord zal zich nooit openbaren in voor ons begrijpelijke termen. Beter is het daarom de vraag niet te stellen, maar te laten rusten in de handen van God. Er is een bedoeling, maar we kennen die niet. Een variant van deze houding is de aanvaarding dat de ziekte of een andere vorm van lijden deel uitmaakt van een groter plan, oftewel een klein radertje is in een bedoeling met de wereld die zich uitstrekt tot ver voorbij de eigen persoonlijke horizon. Een kenmerk van deze vorm van zingeving is dat we als individu wel persoonlijk lijden, maar niet persoonlijk verantwoordelijk zijn of schuld hebben. Dat kan een machteloos gevoel geven.

Herkadering van het heilige

Bij de herkadering van het heilige identificeert Pargament drie mogelijkheden: een straffende God, een duivel als tegenstrever van God en een niet-almachtige God. Pargament constateert dat het om een laatste redmiddel gaat om het religieuze axioma in stand te houden. Mensen zijn niet gauw geneigd om het wezen van God zélf te veranderen. De straffende God – hoe rechtvaardig ook –

impliceert volgens Pargament dat God niet alleen maar liefdevol is en dat wij mensen om wat voor reden ook het slachtoffer kunnen worden van een wraakzuchtige God. Wie gestraft wordt, draagt verantwoordelijkheid voor de te bestraffen fout. De straf is verdiend, anders zou de straf ten enen male onrechtvaardig en willekeurig zijn en is het eigenlijk geen straf meer. Deze vorm van zingeving biedt het individu nog enigszins de mogelijkheid door eigen handelen het lijden als straf af te wenden. Maar in dat geval gaat het eigenlijk om herkadering van het eigen individu.

Wie als zieke ook nog eens geconfronteerd wordt met zijn of haar eigen schuld, met een knellend gevoel van zonde of met angst voor een straffende God heeft er eigenlijk een probleem bij. Pargament heeft in zijn onderzoeken aangetoond dat mensen daarom niet snel voor deze variant kiezen. Zij die dat wel doen, hebben vaak te maken met de negatieve aspecten van religieuze coping. Zij ondervinden geen steun vanuit hun geloof, maar eerder een last die negatieve gevolgen kan hebben voor het verloop van de ziekte. Dit wordt een negatieve vorm van religieuze coping genoemd. Hier is van belang dat wanneer mensen hun ziekte beschouwen als les van God, zij een positieve invloed kunnen ervaren vanuit hun religieuze overtuiging. Maar wanneer zij hun ziekte zien als een straf voor hun zonden en zij naast hun ziekte ook moeten zien om te gaan met hun schuld bewustzijn, dan kan dat een negatieve invloed hebben op het verloop van de ziekte en het proces van coping.

Kushner is duidelijk in de afwijzing van God die wilsbekwaam het lijden dirigeert. Hij wijst het toeval aan, tenminste als niet uitdrukkelijk mensen zelf verantwoordelijk kunnen worden gehouden. Ook wanneer bijvoorbeeld een arts een fout heeft gemaakt en dus verantwoordelijk is voor medisch lijden, dan nog is het volgens Kushner toevallig dat 'Piet' het slachtoffer is van deze fout en niet 'Marie'.

En ten slotte gaat het wanneer we spreken over de herkadering van het heilige om de mogelijkheid van een niet-almachtige God, bijvoorbeeld een God die de invloed van kwade geesten zoals de duivel niet kan tegenhouden. (Op het aspect van de duivel gaan we hier verder niet in, omdat de respondenten er weinig melding van maakten.) Deze interpretatie laat de mogelijkheid open dat God het goede met ons voorheeft en betrokken is bij ons lijden, maar niet in staat is om al het lijden te voorkomen. Dit is de oplossing die Kushner aan draagt. Na zijn verbitterde constatering dat God schijnbaar willekeurig ook goede mensen met ziekten en ongeluk treft, heeft hij de conclusie getrokken dat God niet voor al dat leed verantwoordelijk kan worden gehouden. God behoudt zijn integriteit juist door zijn gebrek aan almacht. Wanneer de ziekte niet meer direct het gevolg van de wil van God is, kan de getroffene zich veel meer overgeven aan de steun en kracht die God kan bieden bij het omgaan met tegenspoed.

Het lijden, zoals het omgaan met ziekte, wordt er niet automatisch zinloos door, ook al is het niet de wil van God. Volgens Kushner is het kwaad zinloos wanneer het ons overkomt, maar kan de betrokkene er een zin aan geven door

zich de vraag te stellen: ‘Nu mij dit is overkomen, wat ga ik eraan doen?’ Deze vraag is voor hem uiteindelijk veel zinvoller dan de existentiële vraag: ‘Waaróm is mij dit overkomen?’ (Kushner 1983, p. 142). Uiteindelijk biedt de pragmatische vraag van Kushner ook meer zicht op ‘zin’. Niet de retrospectieve zin, geformuleerd in termen van ‘waarom’ is voor hem van belang, maar de toekomstgerichte zingeving, geformuleerd als ‘waartoe, wat levert het op?’

In Nederland komen onder meer Hutschemaekers en Festen (2004) tot een soortgelijke benadering. In een bespreking over zingevingvragen in de geestelijke gezondheidszorg stellen zij dat zingeving teveel wordt geassocieerd met vragen naar ‘de zin van het leven’. Het gaat hen echter om zingeving die ‘ontstaat daar waar de cliënt opstaat en zich opnieuw regisseur maakt van zijn eigen leven’. De taak ligt in het opheffen van demoralisatie en het ondersteunen van *empowerment*.

Pargament erkent dat de benadering van Kushner de opening biedt om zich tot God te wenden voor steun, zonder dat God ook verantwoordelijk is voor de tegenslag zelf. Tegelijkertijd echter blijft een zieke, of anderszins door tegenslag getroffen mens, zitten met een God die hem blijkbaar niet kan beschermen tegen ziekte. De ziekte overkomt hem *toevallig*, of in ieder geval buiten de invloedssfeer van God of de mens zelf om. Kushner kan daarmee leven, voor hem is het de enige manier om zijn geloof te rijmen met de tegenslagen van het leven. We hebben echter aan het begin van dit hoofdstuk al gesuggereerd dat een God die de tegenspoed in de hand heeft, soms beter te verdragen is voor mensen, dan wanneer zij het gevoel hebben onderworpen te zijn aan de willekeur van het toeval.

De theologische implicaties van dit probleem laten we hier verder voor wat het is. Voor onze doelgroep, gelovige vluchtelingen en asielzoekers die zich ziek voelen, is het echter zeker geen academische kwestie die zij zomaar terzijde kunnen schuiven. De vraag naar de zin van het ziek-zijn heeft direct gevolgen voor de coping van vluchtelingen en voor hun eigen vaardigheid om het hoofd te bieden aan hun eigen ellende. Dan gaat het immers om het individuele niveau van iemand die in de misère zit: gevlucht, ontheemd en verstoken van de eigen sociale kring. Wie dan ook nog te kampen heeft met gezondheidsproblemen – en dat is bij vluchtelingen relatief vaak het geval – worstelt met de vraag wat die ziekte en andere ellende *in godsnaam* voor zin kan hebben: wat God ermee wil of bedoelt en wat zij ermee aanmoeten.

Ziekte als les

In onze bespreking van religieuze zingeving gaat het om de ‘betekenis’ die aan ervaringen, zoals ziekte, kan worden gegeven. Een van de invullingen van zingeving is dat de ziekte moet worden opgevat als een les. Pargament heeft in zijn veelvuldige onderzoeken naar religieuze coping ‘de les van God’ geïdentificeerd als een belangrijk aspect van zingeving bij ziekte. Door middel van de

ziekte kan de betrokkene iets leren of iets waardevols ervaren. De op zichzelf negatieve ervaring – de ziekte – is een middel dat dient om een positief doel – bijvoorbeeld meer kennis over het leven of over God – te bereiken. Een Afrikaanse priester verwoordt het zo: ‘Als iemand ziek wordt, vraagt hij zich af wat God hem daarmee wil leren.’

Wij hebben daarom in ons onderzoek de vraag opgenomen of mensen hun gezondheidsproblemen zagen als een les of aanwijzing van God. Respondenten konden, zoals bij de meeste vragen, kiezen uit de volgende drie antwoordmogelijkheden: ‘Ja, erg veel’; ‘een beetje’ of ‘nee, helemaal niet’.

De antwoorden zijn als volgt:

| Les van God | Aantal | Procent |
|--------------------|--------|---------|
| Ja, erg veel | 44 | 37 |
| Een beetje | 26 | 22 |
| Nee, helemaal niet | 40 | 34 |
| Niet ingevuld | 8 | 7 |
| Totaal | 118 | 100 |

Tabel 4.1 Gezondheidsproblemen als les van God

Opvallend bij het zien van de antwoordfrequenties op deze vraag is de relatief gelijke verdeling over de antwoorden. Een op de drie wijst het geheel af, de tweede onderschrijft het juist en de derde houdt het op ‘een beetje’ of vult niets in. Hoewel al onze respondenten zichzelf een beetje of erg gelovig vinden, is het zeker niet zo dat ze bijna allemaal hun ziekte als een les van God zien.

De sterk gelovigen zien significant vaker hun gezondheidsproblemen als een les van God. Dit lijkt logisch, maar het is toch geen absoluut verschil. Bijna dertig procent van de sterk gelovigen ziet ziekte *niet* als een les. Wie gelooft, aanvaardt niet ook gelijk zijn problemen als een les van God.

Er zijn weinig significante verschillen aanwijsbaar met betrekking tot de vraag *wie* nu wel of juist niet zijn problemen aanvaardt als een les van God. Vrouwen, mannen, hoog of juist laag opgeleiden scores hierin ongeveer hetzelfde. Opmerkelijk is dat van de sterk gelovigen de moslims liever lijken te kiezen voor de optie ‘een beetje’, terwijl christenen duidelijk een voorkeur hebben voor of ja of nee ten aanzien van de les van God.

Afrikanen geven beduidend vaker aan geen notie te hebben van ‘de les van God’. Zij lijken moeite te hebben met de interpretatie van een God die ziekten als les aan de mensen geeft: God biedt bescherming tegen het kwaad, maar is niet zelf de bron van het lijden. Dit resultaat wordt bevestigd door ds. Msizi Dubé, een Zuid-Afrikaanse dominee die in de Amsterdamse Bijlmer met Afrikaanse bewoners werkt. Hij merkt daarbij op dat de Afrikaanse pinksterkerken

wel waarde hechten aan het uitgangspunt dat God de mensen een ziekte laat doorstaan als les.

Wanneer mensen zichzelf – in tegenstelling tot God – als eerstverantwoordelijke zien voor hun gezondheid en genezing, is er in hun beleving weinig of geen sprake van een les van God. De helft van de mensen met een *interne locus of control* wijst de mogelijkheid van een les van God af, tegen maar 20 procent van de mensen die de verantwoordelijkheid bij God leggen. Deze significante verschillen zullen niet verbazen. Toch is het ook hier van belang de cijfers om te draaien: bijna de helft van de mensen die zichzelf expliciet verantwoordelijk stelt voor het behoud van hun gezondheid én genezing van hun ziektes, aanvaardt toch erg veel of een beetje de les van God in de ziekten die zij doormaken. Dit resultaat wordt onderschreven door Pargament, die erop wijst dat religiositeit niet inconsistent is met een *interne locus of control* (Pargament 1997, p. 179). Een van onze respondenten sprak in dit opzicht van een soort getrapte verantwoordelijkheid: uiteindelijk trekt God aan de touwtjes, maar hij heeft de dokter de kennis gegeven om medicijnen voor te schrijven en de ziekte te behandelen, en onszelf de verantwoordelijkheid gegeven om naar de dokter te gaan als we ziek zijn. Artsen en medicijnen zijn het instrument van God om ons beter te maken.

Als de ziekte een les van God is, wat wil God de zieke dan leren? Dat bleek een moeilijke vraag tijdens de interviews. Het is een les, maar wat we moeten leren, weet God alleen. De zin van de ziekte is dat het een les van God is, maar de zin van de les zal zich later openbaren.

Wat God toelaat heeft een reden, dit geldt ook voor ziekte. Alleen is deze soms duidelijk, soms ook niet. (Afrikaanse priester)

Sommige mensen geloven wel in God, maar zij hebben geen vertrouwen in hem. God wil door middel van ziekte iemand laten zien dat als je gelooft, hij je helpt om zo dat vertrouwen te winnen. (Kamalo)

Dit is in de kern het antwoord dat we van meerdere respondenten kregen: de les is te leren vertrouwen op de kracht van God. Wie in het dagelijkse bestaan de weg naar God dreigt kwijt te raken, wordt tijdens zijn ziekte teruggeworpen op de essentie van het bestaan en daarin neemt God de belangrijkste positie in. De les *van* God wordt zo een les *over* God. Voor degenen die het geloof niet of nauwelijks kennen, zal deze redenering vreemd overkomen: hoe kun je je vertrouwen herwinnen in een God die als herinnering van zijn bestaan je een ziekte laat doorstaan? Zij zouden juist eerder hun vertrouwen opzeggen in God, wanneer hij zo met mensen omgaat. Voor veel van onze respondenten is het echter een vanzelfsprekende, maar soms toch ook moeilijke, gedachtegang. Het gaat hen om het leren opbrengen van geduld en het leren aanvaarden en vertrouwen op de goede afloop. Het is te beschouwen als een afwachtende vorm van religieuze coping. ‘Hij maakt ziek, maar hij heeft ook de oplossing die we nog niet kennen.’ (Hifa)

De les schuilt in het leren kennen van de oplossing, of althans in het leren aanvaarden dat er een oplossing is. De les wordt door gelovigen als positief ervaren: je komt tot inzicht in je eigen positie in het leven en je positie ten opzichte van God. De gezondheidsproblemen die op deze manier ontstaan zijn uiteraard vervelend, maar leiden uiteindelijk tot iets positiefs, namelijk dat je als persoon wijzer wordt en gegroeid bent.

Sinds ik ziek ben, ben ik continu bezig met de vraag waar mijn ziekte vandaan komt en waarom het juist mij overkomt. Ik zoek naar antwoorden in de medische wetenschap, maar ook in de bijbel en de koran. Ik heb het antwoord nog niet, maar kom door het bewust bezig zijn met mijn geloof wel al tot bepaalde inzichten en daardoor heb ik geleerd beter met mijn ziekte om te gaan. (Endaluw)

Hier is letterlijk sprake van religieuze coping. Door zijn ziekte wordt Endaluw gedwongen om te zoeken naar antwoorden, die hij deels vindt in zijn geloof. Deze inzichten helpen hem vervolgens om met zijn ziekte om te gaan. In dit opzicht wordt de les geïnterpreteerd als hulp bij de ontwikkeling die mensen doormaken in het leven.

Naast een les is geduld een ander doel; Raed zegt: 'Er wordt een goede weg geboden door God, door God leer ik geduld te hebben. Het is een les in geduld en in vrijheid.' Geduld wordt vaak gezien als een positieve eigenschap waarvan we niettemin vinden dat we er te weinig van hebben. In de interviews wijzen met name moslims op geduld als leerdoel van de ziekte. Wie langdurig ziek is of chronische klachten heeft en ook nog eens verwickeld is in een asielpprocedure, moet leren geduld op te brengen. Het geloof in God kan voor gelovigen daarbij een drijfveer zijn om nog meer geduld op te brengen. God beheert immers een werkelijkheid die oneindig veel groter is dan de voor ons zichtbare werkelijkheid. Wie denkt dat hij zijn grenzen heeft bereikt en dat zijn geduld op is, die leert van God dat in zijn domein de grenzen nog lang niet bereikt zijn. Wie geduld opbrengt en zijn tegenslag probeert te aanvaarden, zal uiteindelijk beloond worden.

Raed noemt zijn ziekte ook een les in vrijheid. Hij was een moslim die als tiener de fundamentalistische islam in Iran de rug toekeerde en uiteindelijk als drugsverslaafde in Nederland het christendom omarmde. Hij kon met professionele hulp afkicken en heeft daarna door het doorstaan van zijn verslaving van God een les in het ervaren van vrijheid ontvangen.

Wie les krijgt, zal ook getest worden, zo ook wat betreft het hebben van geduld: 'Ziekte is een toets van God, een test voor geduld.' (Hifa)

In dit opzicht verwijzen meerdere respondenten naar het oudtestamentische verhaal van Job, of Ajjoeb, zoals hij in de koran genoemd wordt. Job is een rijk en zeer vroom mens, die niettemin getroffen wordt door ziekte en verlies. Uiteindelijk wordt hij echter door God in ere en welvaart hersteld, omdat hij zijn God trouw is gebleven en zijn tegenslagen lijdzaam heeft doorstaan. Mohammed vertelt het verhaal van Ajjoeb in zijn eigen woorden:

Het gaat om een beproeving, een les in geduld en empathie; het leren lijden zoals ook anderen lijden. De Profeet Ajjoeb was zeventig jaar ziek als beproeving van zijn geduld. Ajjoeb was een goed mens, maar hij werd ziek met allemaal beestjes onder zijn huid en viezigheid. Hij wachtte zeventig jaar, verloor al zijn zeven kinderen en zijn vrouw moest schoonmaken. Toen zij uit armoede zelfs haar haren moest verkopen, verdroeg Ajjoeb het niet langer en vroeg de hulp van God. Dan wordt hij weer jong en gezond en krijgt zeven nieuwe kinderen.

Andere respondenten, christenen uit Afrika, zeggen onafhankelijk van elkaar op een open vraag veel in Job te lezen omdat zij zich met zijn lot identificeren. ‘Zonder Job was ik al lang in de andere wereld,’ zegt François. Hij heeft enkele zelfmoordpogingen achter de rug. Nu is dat gevaar geweken, omdat hij zich spiegelt aan het geduld van Job. Hij beschouwt zijn lichaam nu ook als een tempel van God, die je niet mag verwoesten. Kamalo komt tot hetzelfde beeld: ‘Mijn lichaam is voor God. Mijn lichaam is zijn huis, zijn tempel. Ongeacht of een persoon wel of niet gelooft, zijn lichaam is van God.’ Het concept van de tempel van God is een mooie beeldspraak voor de samenwerkende vorm van religieuze coping: ik zorg voor Gods tempel, dan zorgt God voor mij. En Ayal-nesh uit Ethiopië put steun uit het feit dat God uiteindelijk ook Job geholpen heeft: ‘Ik lees de psalmen en het verhaal van Job. Ik lees over Job, omdat hij ook ziek was, op de proef werd gesteld door God. Hij heeft toen veel gebeden en gesproken met God en God heeft hem toen ook geholpen. Het is een vergelijkbare situatie en ik vraag God mij, net als Job, te helpen.’

Het leren opbrengen van geduld is niet alleen een middel om de ziekte te doorstaan, maar ook een doel op zichzelf. Geduld is met name door enkele moslimse respondenten genoemd met een connotatie van ‘onderwerping’ – de letterlijke betekenis van het woord *islam*. Onderwerping aan de grootheid van God en acceptatie van de afhankelijkheid van de mens. Wie geduld heeft, zal beloond worden, uiteindelijk: ‘Dan word je beloond om de doorstane moeilijkheden, is het niet in dit leven, dan wel in het leven hierna.’ (Hifa)

Een les is toekomstgericht. Leren en het verkrijgen van inzicht en wijsheid is bedoeld voor persoonlijke groei en het verwerven van een gevoel van dichtbij God zijn. Straf daarentegen is een vorm van vergelding, een reactie op een misstap van de gestrafte. Het is gericht op het verleden. Dit onderscheid is vergelijkbaar met dat tussen de *waarom*-vraag ten aanzien van zingeving, en de *waartoe*-vraag. De eerste vraag is op het verleden gericht, de tweede op de toekomst.

Voor onze respondenten is de scheidslijn tussen een les van God en een vermaning of straf van God vaak flinterdun. De samenhang tussen les en straf is nooit ver weg in de notie dat mensen van een straf iets kunnen leren: het gedrag was een vergissing en moet in de toekomst vermeden worden.

In het onderzoek is niet expliciet gevraagd naar de mogelijkheid de gezondheidsproblemen als een straf op te vatten. In de interviews met vluchtelingen komt deze associatie echter geregeld naar voren. God kan optreden als een

straffende vader die bijvoorbeeld dagelijkse onbetamelijkheden corrigeert. Op de vraag aan Ayalnesh wat God haar wil leren, antwoordt ze:

Soms denk ik dat ik geen verblijfsvergunning krijg, omdat ik niet genoeg bid of naar de kerk ga. Ziek zijn is dan een soort straf voor me. Ik weet niet precies hoe het zit. Hij wil wel iets duidelijk maken. Ik mag van mijn geloof eigenlijk ook niet uitgaan, wat ik wel doe. (Ayalnesh)

Behalve het leeraspect van de straf kan er sprake zijn van het rectificeren van fouten en het vragen om vergeving. De les van God biedt inzicht in het eigen falen en door de tussenkomst van God kunnen gedane zaken ten goede keren. Mohammed zegt: 'Mijn ziekte kan ook een straf zijn en dan moet je nagaan waar je fout ligt, en het goedmaken bij die persoon en vervolgens God om vergeving vragen.'

In de samenhang tussen les en straf zit een vermanend karakter bedoeld om de zieke aan het bestaan en de hulpvaardigheid van God te herinneren. Een straf wordt lang niet altijd als negatief ervaren. In tegenstelling tot – of wellicht in aanvulling op – de uitkomsten van Pargament hebben wij onder onze respondenten de notie aangetroffen van een straffende God zonder dat dit werd vertaald in termen van een wraakzuchtige God. God kan straffen, niet uit wraak of woede, maar uit mededogen en liefde. Met andere woorden, een straffende God sluit niet uit dat hij toch liefdevol is en het beste met je voorheeft. Juist de positieve kanten, het leeraspect ervan, worden meestal benadrukt. Edith: 'Bij een fout in het leven kan God je straffen. De les is dat je leert dat God bestaat. Vraag en God zal je helpen.'

De gegevens uit de interviews over het 'strafaspect' van God zijn te gering in aantal om duidelijke conclusies aan te verbinden. De indruk bestaat evenwel dat bij onze respondenten weinig sprake was van een last ten aanzien van de schuld aan de eigen ziekte. Wij zijn geen 'hel en verdoemenis' tegengekomen, maar eerder een rechtvaardige, of in meer islamitische en rooms-katholieke termen: barmhartige, vader die zijn kinderen uit liefde straft. God mag straffen om je op het rechte pad te houden, en daarmee laat hij juist zien dat jij belangrijk voor hem bent. Hifa: 'Juist als God van je houdt, geeft hij problemen om je te testen.'

Door mensen die zelf deze band met God niet kennen, zou deze uitleg gemakkelijk kunnen worden opgevat als een masochistische interpretatie van liefde. De context van de gemaakte opmerking was er echter een van een innige devotie jegens een vaderlijke god die zijn 'kinderen' altijd rechtvaardig – hoewel soms onnavolgbaar – en barmhartig opvoedt. Zoals in de uitspraak van Hifa hierboven is straf een lesmethode, geen vergelding voor gemaakte fouten.

Voor hen die zich toch ongemakkelijk voelen met een straffende God, kan het ook nog weer anders: wel gemaakte fouten, waar toch geen straf opvolgt, alleen een les. Daarmee toont God zich verheven boven de mensen, die elkaar wel straffen:

Ziekte is te zien als een les van Allah, om te zeggen dat je iets slechts gedaan hebt. Hij maakt het duidelijk door ziekte. Maar het is geen straf, want hij is lief en als hij straft, wat is dan nog het verschil tussen Allah en een gewoon mens? (Saida)

De ziekte is een vingerwijzing, omdat een goede God zich niet verlaagt tot straffen. Saida is een jonge studente uit Afghanistan die net een verblijfsvergunning heeft gekregen. Zij heeft een warme relatie met Allah, met wie zij al haar geheimen deelt. Zij is vroom, met de jeugdige zelfverzekerdheid dat wie goed doet, ook altijd goed ontmoet. Het lijkt alsof zij (nog) niet de existentiële wanhoop van Job heeft ervaren, die door zijn voortdurende tegenslag gedwongen wordt na te denken over de vraag waarom hij tóch gestraft wordt, terwijl hij zeker weet geen slechte dingen te hebben gedaan. Saida houdt zichzelf nog buiten schot: 'Gezondheidsproblemen zijn voor mij niet een les van Allah, maar misschien wel voor anderen. Iedereen is zelf verantwoordelijk voor het behoud van zijn gezondheid door niet het slechte te doen.'

Saida is echter geenszins zonder problemen. Zij heeft bij vlagen erg veel last van psychische problemen en is daarvoor ook onder behandeling. Op de vraag of haar eigen problemen dan niet als een les van God moeten worden geïnterpreteerd, antwoordt zij: 'Mijn eigen psychiatrische problemen komen door de oorlog en vallen hier dus buiten. Ik heb namelijk niets slechts gedaan.'

Om de pijnlijke vraag te ontwijken waar haar eigen schuld aan een eventuele straf zou kunnen liggen, plaatst zij haar eigen gezondheidsproblemen buiten de orde. Door deze vorm van herkadring van de gebeurtenis blijven de algemene orde, het individuele zelfbeeld en het beeld van God voorlopig intact.

De pijn en ongemakken van het ziek-zijn worden er misschien niet minder door, maar er staat wel iets tegenover wat het waard was om voor te lijden. Dat is in het kort de visie van hen die hun ziekte aanvaarden als les van God. We moeten echter in ogenschouw nemen dat 'de les van God' door een derde van de respondenten wordt afgewezen en door nog eens een derde slechts 'een beetje' wordt aanvaard. Wij hebben de respondenten niet bevraagd naar hun motivatie om dit leeraspect af te wijzen – het is immers moeilijk om mensen te vragen waarom ze iets *niet* vinden. Het feit dat het aanvaarden van de les van God niet noodzakelijkerwijs een probleem oplost, maar daarentegen soms juist een probleem oplevert, is er wellicht debet aan dat zoveel mensen twijfelen over dit aspect. Zingeving is moeilijk en roept vragen op.

Wil van God

De vraag naar de wil van God is nauw verbonden met die naar de aanvaarding van ziekte als les van God. Toch kan ziekte gezien worden als les, zonder dat het de wil van God is, en evenzo als de wil van God, zonder dat het als les moet worden opgevat. Wij hebben in de vragenlijst een aparte vraag naar de wil van

God opgenomen. De vraag luidt: *Ziet u uw gezondheidsproblemen als de wil van God/Allah?* De antwoordmogelijkheden bestonden, net als bij 'les', uit 'ja, erg veel', 'een beetje' en 'nee, helemaal niet'.

| Wil van God | Aantal | Procent |
|--------------------|--------|---------|
| Ja, erg veel | 33 | 28 |
| Een beetje | 24 | 20 |
| Nee, helemaal niet | 56 | 48 |
| Niet ingevuld | 5 | 4 |
| Totaal | 118 | 100 |

Tabel 4.2 Gezondheidsproblemen als wil van God

Bijna de helft van de mensen ziet de eigen gezondheidsproblemen *niet* als de wil van God. De andere helft is verdeeld tussen een ferm 'ja' en een twijfelend 'beetje'. Er zijn, net als bij de vraag naar de gezondheidsproblemen als les van God, weinig duidelijke groepen aanwijsbaar die hun ziekte toeschrijven aan de wil van God. Mannen, vrouwen, hoger en lager opgeleiden, vluchtelingen uit Afrika of juist uit andere werelddelen: allemaal zijn ze ongeveer gelijk verdeeld in dit opzicht. Ook de staat van de eigen gezondheid maakt in dit verband niets uit. Een beetje ziek of heel erg ziek, alle respondenten schrijven in min of meer gelijke mate hun problemen toe aan de wil van God, of juist niet. Tussen de sterk gelovige Afrikaanse vluchtelingen en de sterk gelovigen uit de andere landen was nog een verschil waarneembaar ten aanzien van de 'les van God'; bij de 'wil van God' is dit verschil teruggeslagen tot een niet-significant niveau. Beide groepen hebben in min of meer gelijke mate moeite met het aspect dat God de ziekte gewild zou hebben.

De vluchtelingen en asielzoekers zijn in te delen in drie groepen: zij die respectievelijk 'helemaal niet', 'een beetje' en 'erg veel' hun gezondheidsproblemen toeschrijven aan de wil van God. Tussen zowel 'helemaal niet' en 'een beetje', als 'een beetje' en 'erg veel' scoren respondenten uit de laatste groep significant hoger op het gemiddelde voor religieuze coping dan de eerste groep. Dat is logisch, want het toeschrijven van de eigen ziekte aan de wil van God is een onderdeel van religieuze coping.

De gemiddelden voor religiositeit laten echter een ander patroon zien. Mensen die hoog scoren op het gemiddelde voor religiositeit aanvaarden wel én niet de wil van God, terwijl de respondenten die slechts een beetje het wilsaspect omarmen, duidelijk minder religieus zijn. Het lijkt aannemelijk dat mensen die erg religieus zijn, daarom soms ook veel moeite hebben met het feit dat God hun ziekte gewild zou hebben; zij kiezen daarom voor de optie 'nee', het is niet de wil van God. Andere sterk gelovigen daarentegen hebben er blijkbaar geen moeite mee hun ziekte aan de wil van God toe te schrijven. De gematigd

gelovigen zijn minder uitgesproken, zij opteren voor de tussenpositie. Dit patroon is niet zichtbaar bij de vraag naar de les van God als reden voor de ziekte. Daar was het lineair: elke groep scoorde hoger op het gemiddelde voor religiositeit dan de vorige, in volgorde van ‘nee’, ‘een beetje’ en ‘ja’.

Verder bestaat er een opmerkelijk verschil tussen asielzoekers en statushouders. De laatste groep heeft significant minder problemen met de wil van God als oorzaak van de eigen ziekte dan de groep asielzoekers. Het kan zijn dat in deze vraag de asielzoekers onbewust de onzekerheid over de asielaanvraag laten meespelen. Zij hebben immers nog geen status gekregen en zullen het relatief moeilijker kunnen accepteren dat ook dit de wil van God zou kunnen zijn. Dit aspect is niet expliciet betrokken in de interviews. Wel blijkt uit enkele interviews dat mensen hun gezondheidsproblemen in onderlinge samenhang beschouwen met hun problemen omtrent de asielaanvraag. Wanneer het gaat om copingstrategieën wordt dan geen duidelijk onderscheid gemaakt.

Zowel de sterk gelovige als de gematigd gelovige moslims lijken eerder te kiezen voor de optie ‘een beetje’ dan de christenen, die in groteren getale de wil van God afwijzen. Dit is vergelijkbaar met de situatie bij de les van God. De aantallen zijn echter te klein om betrouwbare conclusies aan te verbinden. Van de sterk gelovigen spreekt een beduidend grotere groep zich uit voor de wil van God, ten opzichte van de gematigd gelovigen die eerder daarover hun twijfel uiten. Opvallend is overigens dat bij beide groepen toch nog circa de helft de wil van God geheel afwijst. Net als bij de vraag naar de les van God is de groep die zichzelf verantwoordelijk acht voor de eigen gezondheid en/of voor genezing, minder geneigd de ziekte toe te schrijven aan de wil van God.

Behalve overeenkomsten zijn er ook duidelijke verschillen tussen de vragen naar de les van God en de wil van God. Meer mensen zien hun problemen als les van God dan dat ze deze interpreteren als wil van God. Als ze hun gezondheidsproblemen zien als een les van God, wil dit niet automatisch zeggen dat ze hun gezondheidsproblemen ook zien als de wil van God. In de interviews werd dit vaak uitgelegd met de verklaring dat God niet wil dat je gezondheidsproblemen krijgt, maar dat hij ze soms wel ‘geeft’, omdat hij een bepaalde les of inzicht wil geven.

Tijdens de interviews was het voor respondenten lastig uit te leggen hoe zij de relatie tussen de wil van God en hun gezondheidsproblemen zelf voor ogen hebben. Dit blijkt al uit het feit dat sterk gelovigen ook vaak kiezen voor de optie dat hun ziekte niet de wil van God is. Dat is begrijpelijk want het is een lastig punt, zoals in de inleiding bij dit hoofdstuk uiteen is gezet. Wie zijn ellende toeschrijft aan God, die toch het beste met je voor heeft, heeft er eigenlijk een probleem bij: waarom wil God dat ik deze ziekte draag? Het is lastig om te accepteren dat God iets wil dat vanuit ons aardse perspectief moeilijk als het beste alternatief kan worden beschouwd. Mensen gaan op zoek naar mogelijkheden waarin God wel zijn almacht behoudt, maar er geen genoegen in schept.

Het gebeurde is afhankelijk van zijn wilsbesluit, maar is niet per se wat God ook gráág wil. Hij heeft er een bedoeling mee die, hoewel wellicht nog ongekend, de zin vormt van het te doorstane leed.

‘God weet alles en heeft altijd een bedoeling, alleen ken ik die bedoeling nog niet’ (Mohammed). Net als bij de ‘les van God’ blijkt hieruit dat God altijd een bedoeling heeft, maar die niet gelijk, of helemaal niet, kenbaar hoeft te maken. Veel van onze respondenten kunnen zich hier lijdzaam in schikken. Naiser: ‘Ja, het is volkomen Gods wil: God weet alles wat er gebeurt.’

God weet het, maar wij niet. Deze respondenten legden zich uitdrukkelijk neer bij de opvatting dat zij de bedoeling van God niet kenden, maar dat hij wél een bedoeling heeft. De grootsheid van God blijkt juist uit de onnavolgbaarheid van zijn bedoelingen. De ziekte zou wellicht moeilijker te dragen zijn, wanneer de bedoeling wel duidelijk zou zijn. Dan zou de ‘reden’ vergelijkbaar worden met het leed dat de ziekte veroorzaakt. God behoudt zijn integriteit in de onkenbaarheid van zijn bedoelingen.

Zo ligt het echter niet voor iedereen en in het licht van grote tragedies voldoet deze uitleg soms niet meer. In de wanhoop van het onbegrip komt de vraag naar het waarom naar voren.

François, een kind uit een gemengd Hutu-Tutsi huwelijk, groeide op in een omvangrijke baptistengemeenschap in Rwanda. Zijn geloof was nooit aan twijfel onderworpen – tot aan de genocide die het land in 1994 overspoelde. De vraag naar het waarom van de slachtpartijen was zo scherp dat het grote schade aanrichtte aan zijn geloof in God. François kwam vanuit een Kongolees vluchtelingenkamp met psychiatrische problemen aan in Nederland. De vraag naar het waarom was uitgesplitst in enerzijds de vraag waarom de ramp heeft kunnen plaatsvinden, en anderzijds waarom hij het overleefd had in tegenstelling tot zoveel anderen. Dezelfde vraag naar het waarom is bekend van overlevenden van de holocaust.

De vraag ‘waarom ik’ bleef zich opdringen. Ik las toen veel in Job, met wie ik me kon identificeren. Mijn geloof was kapot in het kamp in Kongo, na het meemaken van de genocide. Ik vroeg me af hoe heeft God dit kunnen toestaan? Pas in Nederland kwam het (gevoel voor het geloof, red.) weer terug. Nu nog is het geloof soms weer zwakker, maar door bijbellezen komt het weer terug. (François)

Zijn psychiater onderkende de religieuze component van zijn problemen en verwees hem – parallel aan zijn eigen behandlingsplan – naar een geestelijk verzorger die Afrika goed kende. Deze kon François bijstaan bij het op orde brengen van zijn geloof. De waarom-vraag, die zich zozeer opdrong dat hij er ziek van werd is, is niet verdwenen, maar wel minder pregnant geworden. De vraag zelf heeft een plaats gekregen, waardoor François in Nederland zijn geloof kon hervinden. Dat geloof had hij nodig om het hoofd te bieden aan zijn geestelijke gezondheidsproblemen en de verwerking van wat hij had meegeemaakt.

Maar wanneer het niet de wil van God is, wat is het dan wel? Onze respondenten hebben daar uiteenlopende dingen over gezegd: 'Ziekte is niet van God. Als we ziek zijn is dat ons probleem. Ziekte komt uit deze wereld.' (Kamalo)

Dit is het soort herkadering dat ons in staat stelt God niet zelf verantwoordelijk te stellen voor ziekten en andere ellende, waarbij hij des te meer kan worden aangesproken voor hulp en steun. De mensen zelf zijn verantwoordelijk om het goede te doen en de mensen lijden onder het leed dat zij zichzelf en elkaar aandoen. Edith verwoordde dat zeer precies zo: 'Niet alle gezondheidsproblemen zijn de wil van God, ook de oorlog levert veel problemen op.'

Zij had al eerder aangegeven dat ziekten altijd moeten worden beschouwd als een les van God, ter correctie van onbetamelijk gedrag, maar dat de betrekkelijk milde gezondheidsproblemen van haarzelf door de oorlog komen. Zij had immers geen fouten gemaakt. Dit soort rationalisaties geven aan in welk dilemma mensen terecht kunnen komen, wanneer zij in het reine proberen te komen met hun God en hun ziekte en de vermeende opzet van God daarbij. Wanneer mensen zichzelf al dan niet als individu of als 'soort' verantwoordelijk stellen, is dat in potentie ook een bron van stress. Wie verantwoordelijkheid draagt, krijgt de schuld wanneer het mis gaat. We hebben eerder gezien dat dat een negatieve uitwerking kan hebben op het proces van coping.

Wanneer de ziekte niet de wil van God is, kan het behalve dat mensen het zelf veroorzaken, ook nog de wil van 'iemand anders' zijn. Dan denken we al snel aan de duivel, die als kwade genius verantwoordelijk kan worden gehouden voor al het slechte in de wereld. Wanneer de duivel of een andere representant de schuld krijgt, heeft God zijn handen vrij om te troosten. Vooral onder vluchtelingen uit Afrika is de invloed van kwade geesten een reële bedreiging. Een priester uit Ghana is er stellig over waar Afrikanen de schuldigen vinden: 'Een zwarte persoon ziet ieder probleem, of dit nu sociaal, economisch, politiek, lichamelijk et cetera is, in verband met religie. Hij zal zichzelf altijd de vraag stellen wat het probleem veroorzaakt. Het antwoord is bijna altijd bij kwade geesten terug te vinden.' En Ariel verwoordde het als volgt: 'Ziek zijn komt van de duivel. Alle slechte dingen die ons overkomen komen niet van God. Hij heeft het beste met ons voor. Als ik ziek ben kan God mij helpen.'

De duivel is te zien als een bepaalde culturele invulling van de kwade krachten die ons kunnen omringen. Elke cultuur of religie kent zijn eigen tradities om het kwade te representeren. Zo kan naast de duivel gesproken worden van kwade geesten, demonen, of djinns. Djinns hoeven overigens niet altijd kwaad in de zin te hebben, er zijn ook goede djinns.

Samenvattend, een deelaspect van religieuze coping betreft zingeving; de zieke probeert zijn gezondheidsproblemen een betekenis en plaats te geven in zijn leven. Daarbij kan het soms moeilijk zijn te accepteren dat een goede God in zijn almacht toch het kwaad toelaat, of te accepteren dat God toelaat dat jij

als goed mens toch ziek wordt. Mensen gaan op zoek naar een ‘herkadering’ (*reframing*) van hun uitgangspunten: de gebeurtenis (ziekte), de persoon zelf of het heilige (God) worden herkaderd om daardoor de ziekte of tegenslag begrijpelijk te maken. Voorbeelden zijn: de ziekte is *eigenlijk* een les, ik ben *eigenlijk* zondig, God wil mij *eigenlijk* straffen, of God kan het kwaad niet tegenhouden. Al deze vormen van herkadering zijn in de interviews naar voren gekomen.

Wat bedoelt God met de ziekte en wat moet ik ermee? Twee mogelijke antwoorden op deze vraag zijn ‘ziekte als les van God’ en ‘ziekte als wil van God’ te aanvaarden. Ruim een derde accepteert de ziekte als een les van God en ruim een derde wijst dat geheel en al af. Wát er geleerd wordt, zal zich wellicht nooit of pas later openbaren, of het betreft een les in het leren vertrouwen op God, het leren opbrengen van geduld, of het ondergaan van een test of straf. Veel minder mensen zien hun ziekte als de wil van God, bijna de helft wijst dat zelfs expliciet af. Soms wijten mensen de tegenslag aan zichzelf, aan het toeval of aan de mensheid in het algemeen, soms zijn het kwade geesten die ons ziekten brengen.

Enkele passages uit het verhaal van Job

Heb ik gezondigd?

Heb ik u iets misdaan, bespieder van de mens?

Waarom hebt u mij tot mikpunt gekozen?

Ik ben mezelf al tot last. (Job 7: 20)

...

Tegen God zal ik zeggen: ‘Veroordeel mij niet,
laat me weten waarom u mij bestrijdt.

Doet het u goed mij te verdrukken,
te verachten wat uw handen hebben voortgebracht
en de plannen van de goddelozen te begunstigen?

Hebt u de ogen van een mens,
ziet u zoals mensenogen zien?’ (Job 10: 2-4)

...

Nadat de Heer deze woorden tot Job had gesproken, richtte hij zich tot Elifaz uit Teman: ‘Ik ben in woede ontstoken tegen jou en je twee vrienden, omdat jullie niet juist over mij hebben gesproken, zoals mijn dienaar Job. Welnu, neem elk zeven jonge stieren en zeven rammen, ga daarmee naar mijn dienaar Job, zodat jullie een offer kunnen brengen voor jezelf. Job, mijn dienaar, zal voor jullie bidden, want ik ben alleen hem goedgezind. Dan zal ik jullie niet blootstellen aan schande, ook al hebben jullie niet juist over mij gesproken, zoals mijn dienaar Job.’ (Job 42: 7-8)

...

Nadat Job voor zijn vrienden had gebeden, bracht de Heer een keer in het lot van Job en hij gaf hem het dubbele van wat hij eerder bezat. (Job 42: 10)

...

De Heer zegende Job in zijn latere leven nog meer dan in zijn vroegere, en zo kreeg Job veertienduizend schapen en geiten, zesduizend kamelen, duizend span runderen en duizend ezelinnen. Ook kreeg hij zeven zonen en drie dochters. (Job 42: 12-13)

...

Hierna leefde Job nog honderdveertig jaar en hij zag zijn kinderen en de kinderen van zijn kinderen opgroeien, tot in het vierde geslacht. En toen stierf Job, oud en verzadigd van het leven. (Job 42: 16-17)

(Uit: De Nieuwe Bijbelvertaling (2004). Heerenveen: NBG)

'Je moet om hulp vragen'

Ik ben gevlucht uit Irak. Pas sinds ik in Nederland ben, weet ik dat ik een schildklierziekte heb. Hiervoor word ik behandeld en krijg ik medicijnen. Toch voel ik me nu in Nederland beter dan in Irak. Dat komt omdat ik in Irak onder grote druk stond, dat is nu minder.

Ik ben dierenarts en omdat ik zelf arts ben, geloof ik in de wetenschap van artsen. Wanneer ik ziek ben, ga ik daarom ook als eerste naar de huisarts. Maar daarna vraag ik God om hulp. Ik ga dan bidden, voor mezelf en voor anderen.

De eerste jaren dat ik in Nederland was, ging ik nooit naar de kerk. Ik dacht toen dat God niet bestond. Later kreeg ik daar spijt van en kwam God terug in mijn hart. Nu ga ik weer veel naar de kerk. In Irak ging ik naar de Oost-Assyrische kerk. Hier heb je alleen een Oost-Assyrische kerk in Ede en dat is ver weg, daarom ga ik ook vaak naar een Koptische kerk.

Geloof speelt nu weer een grote rol in mijn leven. Als ik een probleem heb ga ik meteen naar de kerk om te bidden. Ik vraag God dan om hulp en vraag hem wat ik moet doen, zodat hij mij zal helpen. Ik bid graag in de kerk, maar bidden kan ook thuis, op mijn kamer. Het is iets persoonlijks tussen mij en God en hoeft daarom niet per se in de kerk te gebeuren.

Bij problemen vraag ik ook anderen, bijvoorbeeld mijn zus en dochters, om voor mij te bidden en te vasten. Andersom gebeurt dat ook. Laatst vroeg iemand mij om voor hem te bidden en kaarsen te branden, toen hij geopereerd moest worden. Dat heb ik toen ook gedaan.

Bij een fout in je leven kan God je straffen. Hij leert je dan dat hij bestaat.

Als je wilt dat God je helpt, bijvoorbeeld wanneer je ziek bent, moet je hem om hulp vragen. Hij geeft alleen aandacht als je er zelf om vraagt. Jezus heeft ook gezegd dat je eerst op de deur moet kloppen, voordat hij opengaat. En als je wilt werken, moet je bijvoorbeeld ook eerst solliciteren. Bij God is dat hetzelfde. En wanneer je hem om hulp vraagt, antwoordt hij altijd. Alles wat ik heb bereikt is het antwoord van God.

Edith uit Irak

In het vorige hoofdstuk hebben we aandacht besteed aan zingeving, als onderdeel van religieuze coping. Een van de aspecten van zingeving betreft het uitgangspunt dat de ziekte is te beschouwen als een les van God; bijvoorbeeld een les in vertrouwen, te leren vertrouwen dat het uiteindelijk goed komt, omdat God voor je zal zorgen. Vertrouwen in de aandacht van God kan een bron van kracht zijn en dat vormt het onderwerp voor dit hoofdstuk. Hierin wordt beschreven de aandacht die vluchtelingen en asielzoekers kunnen ervaren van God; de kracht, steun en raad die zij bij God kunnen zoeken; de kracht, steun en hoop die zij kunnen ervaren bij bidden of mediteren; en de kracht, steun en hoop die zij kunnen ervaren bij het lezen van literatuur over het geloof, zoals de koran en de bijbel. Deze vier bronnen van kracht worden elk apart en in onderlinge samenhang gepresenteerd. Vanwege de leesbaarheid wordt niet steeds 'kracht, steun en hoop' geschreven, maar wordt volstaan met 'kracht'. 'Kracht, steun en raad' wordt aangeduid met 'raad'.

Welke kracht?

Wie wankelt zoekt steun om kracht uit te putten. Deze steun kan in jezelf worden gezocht, bijvoorbeeld in de motivatie om een bepaald doel te bereiken, discipline of koppigheid. Maar de steun kan ook buiten jezelf liggen, bijvoorbeeld bij vrienden, een sociale kring, of professionele hulpverleners. Ook kunnen mensen kracht ontleen aan het geloof in de aanwezigheid van God.

Pargament noemt de kracht die mensen ontleen aan hun geloof *spiritual support*. Bij gebrek aan een betere vertaling³ noemen wij dat 'steun uit het geloof'. Deze steun komt voort uit een gevoel van de aanwezigheid van een goddelijke kracht, die kan troosten, maar ook kan zorgen voor *empowerment* (dat mensen zich krachtig voelen). Zo hebben mensen soms het gevoel dat ze worden bijgestaan door een goddelijke aanwezigheid. Een van de respondenten van Pargament heeft dit gevoel omschreven als een warme deken die om haar heen geslagen werd, een entiteit die aanwezig was en haar een gevoel van vei-

ligheid gaf. Degenen die Gods aanwezigheid voelen tijdens moeilijke situaties, hebben op zulke momenten extra copingstrategieën om de situatie het hoofd te kunnen bieden. Ze kunnen erop vertrouwen dat God ervoor zorgt dat het goed komt, dat hij troost kan bieden en de kracht kan geven om langer door te vechten (Pargament 1997, p. 208-209).

Kushner voelt zich gevoed door een goddelijke kracht die hem kan optillen tot boven het menselijke niveau: 'Ik geloof dat God ons kracht, geduld en hoop geeft, dat hij onze geestelijke reserves aanvult als die uitgeput zijn. Hoe zou het anders mogelijk zijn dat zieke mensen in staat zijn om tijdens hun langdurige ziekte meer kracht en een opgewekter humeur aan de dag te leggen dan wie dan ook maar zou kunnen opbrengen, als niet God hun zielen voortdurend met nieuwe kracht vervult?' (Kushner 1983, p. 133). Elders spreekt hij in dit kader van een boom die zijn vruchten afstaat aan de wereld en zelf steeds opnieuw bijgevuld wordt door een beek, die als krachtbron buiten hemzelf om stroomt.

Juist omdat Kushner zich verzet tegen het concept dat God zelf de veroorzaker van het lijden is – omdat hij een bedoeling zou hebben met het doormaken van een ziekte – kan hij zich volledig overgeven aan de troostende en kracht-schenkende God in tijden van nood. Het geloof in de kracht van het bidden is voor hem geenszins een psychologisch mechanisme van *empowerment*, maar vloeit rechtstreeks voort uit het resultaat van het bidden: 'Een van de dingen die me steeds weer de zekerheid geven dat God echt bestaat, en niet alleen maar een idee is dat door religieuze leiders is bedacht, is het feit dat mensen die om kracht, hoop en moed bidden zo vaak bronnen van kracht, hoop en moed vinden die ze niet hadden voordat ze gingen bidden.' (Kushner 1983, p. 134)

Aandacht en raad van God

Het gevoel dat er aandacht is voor je problemen, is voor mensen geruststellend. Hoewel de problemen misschien niet gelijk zijn op te lossen, is het beemoedigend te weten dat er in ieder geval aandacht voor bestaat en dat erop geteld wordt. Wij hebben de vraag opgenomen of mensen zelf het gevoel hebben dat God aandacht heeft voor hun gezondheidsproblemen; er waren drie antwoordmogelijkheden: 'ja, erg veel', 'een beetje', 'nee, helemaal niet'.

Over deze vraag lijken de respondenten het eens te zijn; ruim driekwart antwoordt met 'ja, erg veel'. De andere antwoordmogelijkheden 'een beetje' en

3 Het Engelse *spiritual* betekent 'geestelijk', 'godsdienstig' of 'spiritueel'. In deze publicatie wordt het woord 'geestelijk' niet in deze betekenis gebruikt om verwarring met 'geestelijke gezondheidszorg' te vermijden (behalve in citaten); het woord 'spiritueel' heeft o.i. in het Nederlands een connotatie met alternatieve religieuze stromingen die het in het Engels niet heeft. Wij kiezen daarom voor 'geloofssteun', fraaier geformuleerd als 'steun uit het geloof'.

‘nee, helemaal niet’ moeten het samen doen met een kwart van de antwoorden. Een grote meerderheid van de respondenten heeft bij gezondheidsproblemen het gevoel dat God hier veel aandacht voor heeft. Vanzelfsprekend ervaren de sterk gelovigen, mensen die hun gezondheid en genezing primair onder verantwoordelijkheid van God stellen en mensen die vaker dan gemiddeld naar de kerk of de moskee gaan, beduidend vaker de aandacht van God dan de respectievelijke restgroep. De grote groep respondenten die erg veel de aandacht van God ervaren, scoren significant hoger op de gemiddelden voor zowel religiositeit als religieuze coping, vergeleken met de groep die weinig (‘helemaal niet’ of ‘een beetje’) aandacht ervaart. Andere kenmerken, zoals geslacht, land van herkomst, soort geloof en zaken als opleiding, hebben geen invloed op deze variabele. De gezondheid is ook van geen enkele invloed op deze variabele, relatief zieke en relatief gezonde mensen ervaren in gelijke mate de aandacht van God.

Bij de vraag naar het zoeken van kracht, steun en raad bij God zit de onderzochte groep nog meer op een lijn: 85 procent verklaart erg veel raad bij God te zoeken. De resterende kleine groep twijfelt tussen ‘nee’ en ‘een beetje’. Voor zover de cijfers een analyse van die kleine groep toelaten, zijn er weinig duidelijke groepen te onderscheiden, behalve dat deze minderheid significant lager scoort op de gemiddelden voor religiositeit en religieuze coping. Wel is er een verschil zichtbaar tussen de mensen die lijden aan respectievelijk psychische en somatische klachten. Mensen met somatische klachten gaan significant vaker te rade bij God dan mensen met psychische klachten, hoofdpijn en slaapproblemen. Anders geredeneerd: vluchtelingen en asielzoekers met psychische klachten vinden het relatief moeilijker de raad van God te ontwaren. Dit verschil is ook zichtbaar bij het bidden, maar niet bij lezen of andere aspecten van steun uit het geloof.

Voor ons onderzoek is voornamelijk van belang welke invulling mensen zelf geven aan de aandacht van God en de raad die zij zoeken bij God. Welke steun ervaren zij en wat hebben zij daaraan?

‘Je kunt gewoon met Allah praten, zoals met een mens. Hij hoort me zeker, want hij geeft tekenen als antwoord, bijvoorbeeld wanneer het probleem overgaat. Ik heb nog nooit meegemaakt dat Allah mij niet hoort,’ zegt Saida. Zij heeft zich in andere uitspraken ook al laten zien als een jonge vrouw die een gemakkelijke en zeer persoonlijke relatie met Allah onderhoudt. Deze relatie heeft ze helemaal voor zichzelf, daar kan niemand tussen komen, ook haar moeder niet, met wie ze op een kamer in het asielzoekerscentrum verblijft. ‘Over je problemen praten met Allah biedt ook opluchting. Iedereen heeft het weer anders, want het is heel privé en intiem om te praten met Allah. Er is niemand tussen. Ik bespreek met Allah ook dingen die ik niet met mijn moeder bespreek.’ (Saida)

God kan ook een gesprekspartner zijn voor degene die niemand anders meer heeft om mee te praten of zijn problemen mee te delen.

Ik denk niet dat iemand mij kan helpen. Niemand in de kerk vertel ik over mijn problemen, want ik heb te veel problemen, dus waarom zou ik hen daarmee lastigvallen? God is de enige die het echt weet en erom geeft. Ik heb slaapproblemen, ben eenzaam en heb geen familie, terwijl ik dat wel zou moeten hebben op mijn leeftijd. Ik vertel het aan God, hij zorgt dat ik een sterk hart heb. God is de enige aan wie ik mijn problemen kan toevertrouwen. (Naiser)

De aandacht ervaren van God geeft het gevoel dat er in ieder geval iemand is groter dan jijzelf, die ervoor waakt dat de problemen beheersbaar blijven, en dat deze zich hopelijk ten goede zullen keren. Dit lijkt triviaal, maar het is een zeer wezenlijk deel van religieuze coping: het gevoel te hebben er in de basis niet echt alleen voor te staan. Hoe moeilijk het ook is, uiteindelijk is er hulp waaraan je je kunt overgeven, en waarin je vertrouwen kunt hebben. Najila: 'Ik ervaar de steun van God uit het feit dat ik nog steeds vertrouwen erin heb dat het op een dag allemaal goed komt. Het kan niet altijd alleen maar slecht gaan, op een dag moet het beter worden.'

Voor sommigen is duidelijk dat God aandacht schenkt, maar alleen op het fundamentele vlak, de échte kwesties van leven en dood. Voor anderen geldt dat God ook zijn invloed laat gelden op de meer alledaagse omgang met gezondheidsproblemen.

Als wij bidden, dan voelen wij de kracht van God. Soms kan God bijvoorbeeld tegen een persoon zeggen dat hij ziek is. Maar deze persoon is bang om ziek te zijn en om naar het ziekenhuis te gaan. God zegt dan dat hij niet bang hoeft te zijn, ook niet voor het ziekenhuis en dan gaat hij daar naartoe en wordt deze persoon geholpen. (Kamalo)

Het gevoel aandacht van God te ervaren wordt door de respondenten op verschillende manieren omschreven. Sommigen gaven aan echt een dialoog te hebben met God, andere voorbeelden sluiten juist aan bij het voorbeeld van de warme deken, of stellen God voor als een steun die echter niet direct te personifiëren is.

Het is net als bij voetbal. Supporters zijn erg belangrijk voor voetbal. Ze voetballen niet zelf, maar geven de voetballer wel de kracht om goed te spelen en steunen hem. Hetzelfde doet het woord van God in de bijbel voor mij. Het steunt me in het leven. Er is wel een verschil tussen het lichaam en de ziel. Het is alleen de ziel, die gesteund wordt door de bijbel. (Endaluw)

We hebben God in dit onderzoek in zeer uiteenlopende gedaantes aangetroffen. God als voetbalsupporter is hier een voorbeeld van. Ook wordt er met God onderhandeld over steun en hulp, bijvoorbeeld in ruil voor bidden. 'Ik vraag God om hulp bij problemen en vraag dan wat ik kan doen. Als God zorgt dat ik bijvoorbeeld mijn examens haal, zou ik wat in de kerk doen.' (Edith) De priester ging niet akkoord met deze deal. Hij vertelde Edith, die was opgegroeid met de Oost-Assyrische kerk in Irak, dat God geen wederdienst verwacht, maar alleen van je vraagt dat je bidt en in hem gelooft.

De aandacht van God wordt niet door alle respondenten als iets vanzelfsprekends gezien. Soms is het nodig moeite voor hem te doen of moet je God actief laten weten dat je gezondheidsproblemen hebt. Dit zijn de respondenten die ook nadrukkelijk vermelden dat God je gezondheid alleen kan beschermen of genezing kan bieden wanneer je zelf zorgvuldig met je gezondheid omgaat en een dokter raadpleegt wanneer dat nodig is. De invloed van God vereist de mens als zijn instrument.

God geeft alleen aandacht als je er zelf om vraagt. Jezus heeft hierover het volgende gezegd: 'Je moet op de deur kloppen, dan gaat hij open'. Zelf geeft ze als voorbeeld dat als je wilt werken, je ook eerst moet solliciteren. (Edith)

God geeft mij inzicht. Maar je moet wel zelf blijven proberen, bewegen, ondernemend zijn om dingen te bereiken. God geeft geen concrete dingen zoals bijvoorbeeld voedsel, hij zorgt voor innerlijke vrede en voor vertrouwen in het leven en in mensen, pas als je dat hebt, kun je proberen dingen te bereiken. (Endaluw)

Ik geloof heel erg dat als ik echt in de problemen zit, dat God dan helpt. God doet niet alles voor me, ik moet ook zelf m'n best doen. Ik bid meer en praat meer met God als ik ziek ben. Dat helpt en geeft het gevoel dat ik beter word. (Ayalnesh)

Wij hebben geen mensen gesproken die tot de kleine minderheid behoorden die geen aandacht en steun van God ervoeren. Over hen en hun inzichten kunnen we geen uitspraken doen. Zoals eerder opgemerkt is het echter belangrijk te beseffen dat mensen in nood ook teleurgesteld kunnen worden in hun religieuze zoektocht naar kracht en betekenis. Hoewel onze cijfers tamelijk eenduidig aangeven dat mensen de aandacht en steun van God voelen, is het niet moeilijk voor te stellen dat zieken zich ook in de steek gelaten kunnen voelen, het vertrouwen verliezen in de goede afloop en eigenlijk niet (meer) het gevoel hebben dat een hogere macht hun dat duwtje in de rug geeft waar ze zo'n behoefte aan hebben.

Het is zo beschouwd verbazingwekkend hoeveel mensen zelf om aandacht vragen voor hun problemen en erop vertrouwen dat God hun vraag hoort en aandacht schenkt. De mensen die wij hierover spraken, zagen duidelijke aanwijzingen voor Gods aandacht in het feit dat ze zich inderdaad beter begonnen te voelen, de problemen minder op hun gemoed drukten of omdat ze zich weerbaarder voelden.

Lezen in bijbel of koran

Lezen schept rust. Om te lezen is stilte, concentratie en aandacht vereist, maar het schept zelf ook rust en stilte. Niet vreemd is het daarom dat mensen die te maken hebben met problemen, gezondheidsklachten of in nood verkeren, het fijn zeggen te vinden om te kunnen lezen – wanneer zij daartoe in staat zijn. Voor gelovigen is het lezen in bijbel, koran, of elk ander geschrift dat voor hen

een intrinsieke heilige waarde kenmerkt, rustgevend. Soms zijn het boek, het papier, de letters zelf heilig, soms is alleen de inhoud van de tekst van God afkomstig. Sommigen zien in de teksten letterlijk het woord van God, die zijn boodschap – bijvoorbeeld in het geval van de islam – aan zijn profeet Mohammed heeft verkondigd zodat deze het als dictaat kon opschrijven. Anderen zien in de geschriften de menselijke hand terug, die, geïnspireerd door het geloof, in verhalen, liederen, gedichten en biografieën uitdrukking geeft aan het wesen van God en de mensen op aarde. Pargament (1997, p. 210) haalt aan dat de bijbel wel gezien wordt als een Boek van Troost (*Book of Comfort*), en wijst in het bijzonder op de psalmen, waarvan de klaagzangen in opbouw geschikt zijn om de zieke te helpen volhouden. In de bijbel (en andere religieuze literatuur) wordt het beeld van een krachtige, ondersteunende God bevestigd. Daarnaast geven verschillende religieuze werken voorbeelden van ervaringen die gelovigen hebben meegemaakt en doorstaan door de hulp van God en hun religie. Gelovigen kunnen zich op deze manier identificeren met wat er in de bijbel geschreven wordt (Pargament 1997).

Wij hebben in de vragenlijst een gesloten vraag opgenomen over het lezen in religieuze literatuur, zoals bijbel of koran. De respondenten konden aangeven of ze ‘erg veel’, ‘een beetje’ of ‘helemaal niet’ kracht, steun, hoop ervaren bij het lezen wanneer zij gezondheidsproblemen hebben. Deze vraag werd door een grote meerderheid met ‘ja, erg veel’ beantwoord. De resterende 30 procent doet dat ‘een beetje’, ‘of helemaal niet’.

De sterk gelovigen ervaren significant ($p < .001$) meer kracht uit het lezen te ontvangen dan de gematigd gelovigen. Van de laatste groep is maar een derde van mening dat het lezen kracht en steun biedt en houdt bijna de helft (44 procent) het op ‘helemaal niet’.

Mensen die wat betreft de genezing van hun klachten de verantwoordelijkheid bij God leggen, in plaats van bijvoorbeeld zelf die verantwoordelijkheid te dragen of daarvoor de dokter aan te wijzen, geven aan ook significant meer te lezen in de bijbel of koran. Blijkbaar neemt met het toenemen van de eigen inschatting van de mate van gelovigheid de kracht die men bij lezen ervaart sterk toe. Los hiervan is het niet verwonderlijk dat hoger opgeleiden significant meer affiniteit hebben met lezen dan lager opgeleiden. Voor de eerste groep geldt dat 80 procent heil zoekt bij het lezen, tegen 60 procent voor de lager opgeleiden.

Het valt op dat christenen beduidend meer kracht putten uit het lezen in religieuze literatuur dan moslims. Dit verschil blijft bestaan wanneer we uitsplitsen naar de mate van religiositeit. Bedenk overigens dat moslims en christenen precies gelijk scoren in opleiding; het verschil tussen deze twee groepen kan daardoor niet verklaard worden. De koran wordt niet vertaald uit het Arabisch, terwijl de bijbel wel vertaald is in de eigen taal. Wellicht is een gevolg hiervan dat de bijbel voor christenen dichterbij staat in de beleving van het eigen geloof, dan de koran voor moslims. Naar andere religieuze geschriften, zoals de overleveringen van de profeet, de hadith of andere geschriften over het geloof is niet expliciet gevraagd. Vooral de hadith (geschriften die uitleg

geven over zaken beschreven in de koran) en doeah-boeken (die smeebeden bevatten voor ziekte en problemen) zijn belangrijk voor moslims. Tijdens de interviews bleek vaak hoe dichtbij bijbel, koran of teksten daaruit kunnen zijn. Beduimelde exemplaren lagen op tafel, of citaten hingen mooi ingelijst boven de deur.

‘Als ik een probleem heb, ga ik eerst bijbellezen,’ zegt Francois. Hij kent vele passages die hij mooi vindt en die hem dierbaar zijn. Het verhaal van Job springt eruit omdat hij daarin zoveel van zichzelf herkent, maar hij leest ook over de oudtestamentische profeet Jesaja en het boek Daniël. Al eerder is opgemerkt dat het verhaal van Job voor veel vluchtelingen een herkenbaar verhaal is, waar zij hun eigen lot in weerspiegeld vinden. Ze kunnen zich optrekken aan het doorzettingsvermogen van de geplaagde Job. Omdat het verhaal van Job voor onze respondenten erg belangrijk is gebleken, zijn op pagina 59-60 enkele passages opgenomen.

Door het lezen in de bijbel word ik weer rustig. Vooral de psalmen, zoals die over ‘De Heer is mijn herder’ vind ik heel mooi. Maar ook het Hooglied en de verhalen over Jezus in het Nieuwe Testament lees ik vaak. (Raed)

Ik kan echt niet zeggen welke soera in de koran ik mooier vind dan de ander of welke ik liever lees. Ik ken er vele van uit mijn hoofd, en die reciteer ik dikwijls stilletjes in mijn hoofd. (Saida)

Van het lezen in de bijbel leer ik dat je moet luisteren naar God en naar de ervaringen van mensen die in de bijbel zijn opgenomen. Zo leer je te begrijpen wat er gebeurt en dat geeft kracht. (Endaluw)

Psalm 23. Een psalm van David

De Heer is mijn herder,
het ontbreekt mij aan niets.

Hij laat mij rusten in groene weiden
en voert mij naar vredig water,
hij geeft mij nieuwe kracht
en leidt mij langs veilige paden
tot eer van zijn naam.

Al gaat mijn weg
door een donker dal,
ik vrees geen gevaar,
want u bent bij mij,
uw stok en uw staf,
zij geven mij moed.

U nodigt mij aan tafel
voor het oog van de vijand,

u zalft mijn hoofd met olie,
mijn beker vloeit over.

Geluk en genade volgen mij
alle dagen van mijn leven,
ik keer terug in het huis van de Heer,
tot in de lengte van dagen.

(Uit: De Nieuwe Bijbelvertaling (2004). Heerenveen: NBG)

Tijdens de interviews kwam de identificatie met personages in de verhalen regelmatig aan de orde. De vluchtelingen en asielzoekers lezen over mensen die soortgelijke ervaringen als zijzelf hebben meegemaakt en die – dankzij hun geloof in God – hebben doorstaan. Najila zegt: ‘Ik lees in de bijbel omdat ik op zoek ben naar antwoorden en soms vind ik die er ook.’ En Alemu: ‘Het lezen in de bijbel helpt me echt. Het is belangrijk echt met je hart te geloven en met religie bezig te zijn en de bijbel helpt mij hierbij. Ik voel me beter als ik in de bijbel lees.’

Zijn mensen speciaal op zoek naar passages die betrekking hebben op hun eigen leven? Meestal is dat niet het geval, afgezien van de vele vermeldingen van Job en zijn lijdensweg. Sommige vluchtelingen kennen de verhalen zo goed, dat zij wel naar passages zoeken die gaan over genezing, of over ziekte of troost.

Normaal gesproken neem ik de bijbel pagina voor pagina door. De bijbel blijf je altijd lezen, je bent nooit uitgelezen en kan er altijd van leren. Maar in de bijbel staan een aantal stukken die gaan over ziekte en gezondheid en die lees ik als ik me ziek voel. Ook als ik ergens bang voor ben, of wil bidden voor familie, dan zoek ik soms naar speciale stukken.’ (Damte)

De bijbel zegt niet letterlijk wat ik moet doen, want zo precies is het niet. (Als grapje tussendoor: ‘Mijn naam staat er echt niet in!’). Maar het geeft me wel ‘counseling’ en een beschrijving van ervaringen van verschillende mensen, waar ik weer van kan leren. De bijbel lees ik altijd, het geeft lessen over het hele leven, niet alleen in tijden van ziekte. (Endaluw)

Ik begin gewoon bij het begin en ga telkens verder, daar waar ik gebleven ben. Het is niet zo zeer belangrijk wat ik lees, maar het lezen in de bijbel herinnert mij aan God en dat geeft mij een goed gevoel. (Ayelnesh)

Of het helpt, in de bijbel lezen als ik ziek ben? Dat weet je nooit zeker, maar ik heb het gevoel van wel. Ik lees altijd in de bijbel en het geeft me een beter gevoel. Het geeft me hoop en steun. (Damte)

Ook Pargament geeft aan dat het lezen over de hulp die God kan bieden troostend kan zijn, onafhankelijk van welk deel men leest. Het gaat om de algemene hulpvraag aan God, niet om de specifieke situatie bij het lezen in bijbel of koran. Daarom zijn sommige psalmen ook zo geschikt, omdat ze duidelijk een klagend karakter hebben, maar niet ingaan op het specifieke object van het

lijden. Het troostende karakter is voor alle tijden en alle vormen van nood passend (Pargament 1997, p. 210). Ook in de koran vinden we soortgelijke teksten, soera's, terug. Zowel Mohammed, de profeet van God, als latere moslimgeleerden hebben aangegeven dat het reciteren ervan een troostende uitwerking kan hebben (Hoffer 2003).

Soera Al-falak 113

Zeg: 'ik zoek bescherming bij de Heer van de ochtendschemering

Tegen het kwaad dat Hij geschapen heeft

En tegen het kwaad van de donkere nacht wanneer hij aanbreekt

En tegen het kwaad van hen die op knopen blazen⁴

En tegen het kwaad van de jaloerse wanneer hij jaloers is.'

Soera An-naas 114

Zeg: 'ik zoek bescherming bij de Heer van de mensen,

de koning van de mensen,

de god van de mensen,

tegen het kwaad van de stiekeme influisteraar

die de mensen in hun binnenste influistert,

of hij nu tot de djinn of tot de mensen behoort.'

(Uit: De koran: een weergave van de betekenis van de Arabische tekst in het Nederlands.

Door Fred Leemhuis. Houten: Wereldvenster, 1989)

Bidden

Bidden is net als lezen een persoonlijke, meestal individuele activiteit waarbij mensen steun uit het geloof kunnen putten. Bidden is te beschouwen als de meest intieme wijze waarop mensen uitdrukking kunnen geven aan hun geloof, bijvoorbeeld door rechtstreeks te praten met God. Er is geen kerk voor nodig, geen voorganger of religieuze autoriteit en zelfs geen (heilig) boek, zoals met lezen in bijbel of koran nog het geval is. Tepper e.a. (2001) wijst erop dat mensen soms de neiging hebben zich afzijdig te houden van externe of sociale vormen van religieuze coping. In plaats daarvan ontwikkelen zij een voorkeur voor interne en subjectieve activiteiten als bidden, het vereren van God en het lezen van religieuze boeken.

Wij hebben de vraag opgenomen of mensen kracht, steun en hoop ervaren uit bidden of mediteren. De antwoordmogelijkheden waren 'ja, erg veel', 'een beetje', 'nee, helemaal niet'. Voor de overgrote meerderheid van de respondenten was de kracht uit bidden evident: bijna 80 procent verklaarde erg veel steun te ontleen aan bidden. 13 Procent hield het op 'een beetje' en de resterende 8 procent zegt niets te ervaren.

Het is bij dergelijke bijna unanieme uitslagen lastig om nog aan te geven

hoe ze verdeeld zijn. Vanzelfsprekend is er een verschil waarneembaar met betrekking tot de indeling naar religiositeit. De sterk gelovigen vinden voor ruim 90 procent steun in het bidden, terwijl dat voor de gematigd gelovigen is teruggevallen tot minder dan de helft van het totaal. De aantallen worden te klein om harde conclusies te kunnen trekken, maar het is opvallend dat van de gematigd gelovigen de christenen veel meer bidden dan de moslims en dat er ook relatief veel meer moslims dan christenen zijn die helemaal niet bidden.

We kunnen verder constateren dat mensen met een hogere opleiding significant meer steun putten uit bidden dan mensen met een lagere opleiding. Anders dan bij het aspect 'lezen in bijbel of koran', wat de hoger opgeleiden ook aanmerkelijk vaker zeggen te doen, is bij het bidden het verband niet direct duidelijk. We hebben echter al eerder geconstateerd dat hoger opgeleiden ook hoger scoren op het gemiddelde voor religiositeit. Ouderen lijken ook vaker te bidden dan jongeren. En mensen die God verantwoordelijk houden voor het behoud van hun gezondheid, bidden vaker dan mensen die zichzelf of andere instanties, bijvoorbeeld de dokter, daarvoor verantwoordelijk stellen.

Het valt ook op dat mensen met psychische klachten, waaronder ook hoofdpijn en slaapproblemen gerekend worden, minder goed in staat lijken om steun te putten uit bidden dan degenen met somatische klachten. Overigens moet vermeld worden, dat in beide groepen nog altijd verreweg de meeste mensen wél veel bidden, maar voor de ene groep geldt dat het er nóg meer zijn dan voor de andere. In dit geval bidt van de mensen met overwegend psychische klachten 76 procent erg veel en 15 procent helemaal niet, terwijl van de mensen met somatische klachten 83 procent erg veel bidt en geen enkele helemaal niet ($p < .05$). Dit verschil tussen deze beide groepen doet zich bij andere aspecten van religieuze coping, waaronder bijvoorbeeld lezen in bijbel of koran, niet of in ieder geval niet significant voor. Een uitzondering daarop vormt het item waarin mensen raad zoeken bij God, ook daar blijkt dat mensen met psychische klachten daartoe minder goed in staat zijn dan mensen met somatische klachten. Blijkbaar is speciaal het zoeken van kracht, steun, raad bij God en het bidden moeilijk voor mensen met psychische klachten.

In navolging van het onderzoek van Tepper e.a. (2001) valt te constateren dat er geen samenhang bestaat tussen moskee- of kerkbezoek en bidden en lezen. Moskee- en kerkbezoek zijn te beschouwen als uitingen van extern gerichte vormen van religieuze beleving; lezen in bijbel of koran en bidden daarentegen zijn op te vatten als intern gerichte, individuele vormen van religieuze bele-

4 Het 'op knopen blazen' is een variant op het 'blazen van koranverzen', een handeling die wordt uitgevoerd door islamitische genezers. Bij deze handeling wordt een touw gebruikt waarover koranverzen worden gereciteerd. De koranverzen worden in het touw geknoopt en de cliënt moet dit touw om zijn hals dragen. Het blazen op knopen wordt ook in de koran genoemd (soera 113:4). Deze en extra informatie over het blazen van koranverzen is te vinden in Hoffer 2000.

ving. Vluchtelingen en asielzoekers, die het in Nederland vaak zonder de vertrouwde ‘geïnstitutionaliseerde steun’ van de eigen geloofsgemeenschap moeten stellen, zoeken vooral hun heil in het vermogen om te bidden. Daar is niemand en niets voor nodig, behalve rust en concentratie – dit laatste is overigens geen vanzelfsprekendheid voor vluchtelingen of asielzoekers die in een asielzoekerscentrum verblijven.

Om een beter beeld te krijgen hoe het bidden ingevuld kan worden en welke betekenis eraan verbonden wordt, is er in de interviews veel over gesproken. ‘Bidden kan ook in mijn eigen kamer, het is tussen mij en God,’ zegt Edith. Respondenten bevestigen het beeld dat asielzoekers relatief moeilijk toegang hebben tot een kerk of moskee in de buurt waar zij geloofsgenoten kunnen treffen en dat een asielzoekerscentrum weinig ruimte biedt om alleen of met anderen uitdrukking te geven aan het geloof, anders dan in de eigen kamer.

‘Het geloof geeft mij hoop. Wanneer ik in moeilijkheden verkeer, ga ik bidden om tot rust te komen. En als ik ’s nachts niet kan slapen ga ik ook bidden, namelijk steeds de naam van Allah opzeggen (‘allah-allah-allah...’). Totdat ik slaap.’ (Saida) Anders dan bij het lezen in bijbel of koran, biedt het gebed de mogelijkheid om direct voor je eigen specifieke problemen aandacht te vragen aan God. Als de heilige teksten voor iedereen bedoeld zijn, dan kan het gebed alleen voor jou zijn. ‘Als je ziek bent of verdrietig, dan moet je met je hart Allah om hulp vragen. Als je pijn hebt, moet je Allah om hulp vragen.’ (Diribe)

Hoe bidden mensen precies? Dat bleek een lastige vraag. Misschien dat mensen dat aspect van hun geloof ook niet met de onderzoekers wilden delen, juist omdat het behoort tot de meest intieme en eigen aspecten van de uitoefening van hun geloof. Het gaat vaak om een vraag om genezing, om steun en hulp en om de vraag aan God de medicijnen te laten werken. Zij verzoeken God om de artsen de benodigde kennis en ervaring te schenken en de medicijnen de werking te geven om hen als patiënt te genezen. Een goed voorbeeld van samenwerkende religieuze coping waar arts, patiënt en God als driemanschap samenwerken.

Voordat je naar een huisarts gaat, moet je eerst God om hulp vragen. God helpt de arts of andere medici dan om mij te genezen. Ik bid tot God en vraag hem mij te helpen en om de huisarts mij te laten helpen, zodat ik kan genezen. De huisarts is ook belangrijk, maar niet zo belangrijk als God. (Kamalo)

Als ik ziek ben, bid ik tot God om werking van de medicijnen te vragen en om hem om hulp te vragen. Zonder medicijnen kan God ook niet helpen. Mijn hart is bij God. (Alemu)

Medicijnen kunnen zonder God niet werken en God kan zonder medicijnen niet helpen. Een mooie synthese tussen het domein van de dokter en dat van het geloof. Hier gaat het erom dat mensen in het gebed expliciet vragen om werking van de medicijnen. Dit bevestigt het sterke verband tussen het bidden als religieuze activiteit en de mate waarin zij God verantwoordelijk houden

voor het bewerkstelligen van de genezing en het behoud van de gezondheid. En passant voegt Alemu toe dat zij van haar geloof niet mag drinken en roken en dat dat ook goed is voor de gezondheid!

Meestal gaat het echter in het gebed om rust en kracht, om het gevoel te hebben er niet alleen voor te staan. Wanneer mensen bang zijn en niet weten waar ze naartoe moeten, richten zij zich tot God in de hoop dat hij hun de kracht kan geven verder te gaan. 'Ik vraag God mij te helpen. Ik zeg hem dat niemand anders mij kan helpen met dit probleem. Als ik ziek ben, ben ik bang. Ik vraag God dan om rust in mijn hart. Een uur na het gebed voel ik mij dan ook rustig. God weet alles. Alleen God weet dan hoe hij mij kan helpen. Ik kan zelf niet om een specifieke oplossing vragen.' (Ariel)

Tijdens de interviews kwam hetzelfde thema terug dat ook bij zingeving is besproken. Weet God alles en kan hij voor alles verantwoordelijk zijn en alle problemen oplossen? Over dat laatste zijn de meningen verdeeld – denk aan de medicijnen die ook God nodig heeft om je te kunnen genezen. Er wordt verondersteld dat God alles weet, maar dat je hem tóch over je problemen moet vertellen. 'God weet of een persoon ziek is. God weet alles in ons leven. Als je ziek bent en je gelooft, dan moet je zelf tot hem praten en snel om zijn hulp roepen. Je moet dan serieus bidden en hem precies vertellen wat voor pijn je hebt.' (Kamalo)

Vluchtelingen bidden om *kracht*, het gebed zelf wordt een activiteit van *empowerment*: 'God beantwoordt vragen door het geloof. Als hij mij begrijpt, voel ik me beter. Nu begint mijn goede leven, nu!' (François)

Samenvattend: steun uit het geloof komt voort uit een gevoel van aanwezigheid van een goddelijke kracht die kan troosten en ervoor zorgt dat mensen zich sterker voelen. De bronnen van kracht uit het geloof zijn toegespitst naar 'ervaren van aandacht en raad van God', 'lezen in religieuze geschriften' en 'bidden'. Ruim driekwart van de respondenten geeft aan het gevoel te hebben dat God aandacht heeft voor hun gezondheidsproblemen en zoekt eveneens raad bij God. Ook lezen in bijbel of koran en bidden gelden voor de overgrote meerderheid als een belangrijke manier van religieuze coping. Mensen met psychische klachten vinden het relatief moeilijker raad te vragen aan God en bidden ook minder. Christenen lezen meer in de bijbel dan moslims in de koran. Mensen met een hogere opleiding lezen meer én bidden vaker. In de interviews komt naar voren dat mensen zich sterk kunnen identificeren met de profeet Job/Ajjoeb en troost en kracht putten uit het bidden. Het gebed geeft een persoonlijke invulling aan de relatie met God. Soms bidden mensen om God te vragen de medicijnen te laten werken. Net als bij zingeving zien we dat vluchtelingen erop vertrouwen dat God wel weet wat het beste voor ze is en dat het daarom ook goed zal komen.

‘Zonder Job was ik al in de andere wereld!’

Mijn moeder was een Tutsi en mijn vader een Hutu. Ik ben dus officieel een Hutu. Zij zijn nu beiden dood en van de familie van mijn moeder is niemand meer over. Na de genocide bleef ik over. Toen ik eenmaal in een baptistenkamp in Kongo aankwam, vroeg ik me steeds meer af ‘waarom ik?’ Mijn geloof was kapot in het kamp in Kongo: hoe heeft God dit kunnen toestaan?

Uiteindelijk kwam ik in Nederland aan. Ik zat toen helemaal aan de grond. Bij elkaar heb ik drie zelfmoordpogingen overleefd. De vraag waarom ik was overgebleven in Rwanda was ondraaglijk. Ik ben toen bij een psychiater gekomen die me goed behandelde. Hij vroeg of ik een christen was. Hoewel ik bijna niet meer geloofde, zei ik ja. Hij heeft me toen in contact gebracht met een baptist.

Dat is een vrouw, Petra, die een soort moeder voor me geworden is. De opvang en hulp door Petra en haar geloofsgenoten liep parallel aan de therapie van de psychiater. Dat kon heel goed samengaan.

Door de baptistenkerk in Nederland heb ik ook mijn vertrouwen in God teruggevonden. De vraag ‘waarom ik’ het overleefd heb en de vraag naar het waarom van de genocide steekt nog steeds wel eens de kop op. Soms is het geloof weer zwakker. Maar als ik dan in de bijbel lees, komt het weer terug. De bijbel is heel belangrijk voor me. Vooral Daniël, Jesaya en Job en het evangelie van Johannes. Met Job kan ik me echt identificeren. Zonder Job was ik al in de andere wereld! Mijn lichaam zie ik niet meer als van mij, maar als tempel van God. Die tempel mag ik niet kapot maken.

Bij serieuze problemen ga ik nog steeds naar mijn oude kerk bij Petra. Daar voelt mijn geloof ‘vol’. Mensen nodigen me daar thuis uit, maar hier heeft niemand tijd. God beantwoordt vragen door het geloof. Als hij mij begrijpt, voel ik me beter. Dan voel ik dat nu mijn goede leven begint, nu!

François uit Rwanda

6

Het zoeken van hulp

Dit hoofdstuk gaat over de vraag waar mensen hulp zoeken in Nederland en waar zij dat deden in hun land van herkomst. Ook de hulp van de voorganger en geloofsgenoten in de religieuze gemeenschap komt aan de orde. Vervolgens bespreken we de resultaten van een vraag naar de waardering van de zorg in Nederland en de samenhang met het spreken over het geloof. Iedereen heeft wel een beeld van wat er zou moeten gebeuren om weer beter te worden en wie daarvoor verantwoordelijk is: God, de dokter, jijzelf of nog iemand anders. Wij hebben deze vraag ook aan de vluchtelingen en asielzoekers voorgelegd.

Waar wordt hulp gezocht?

Een onderdeel van coping is het zoeken van hulp. Wie ziek is, onderneemt actie om hulp te zoeken. Maar waar? Wij waren geïnteresseerd in de vraag waar vluchtelingen en asielzoekers hulp zoeken in Nederland en waar zij dat deden in het land van herkomst. Daarom hebben we aan het begin van de vragenlijst twee vragen opgenomen, net na de vragen over de eigen gezondheid en nog voordat er melding is gemaakt van religie of van God. We vroegen waar mensen als eerste en – in een volgende vraag – als tweede hulp zoeken in Nederland en vervolgens in twee vragen waar zij als eerste en als tweede hulp zochten in het land van herkomst. Het waren open vragen, respondenten konden zelf invullen wie of wat zij belangrijk vonden. De vele antwoorden zijn geclusterd in een aantal categorieën, in Nederland negen en in het land van herkomst acht. In het land van herkomst betreft het huisarts, ziekenhuis, God/kerk, familie/vrienden, specialist, niemand/nergens, mijzelf, apotheek/drogist. In Nederland gaat het om Medische Opvang Asielzoekers (MOA), huis-/bedrijfsarts, God/kerk, nergens/nieemand, ziekenhuis/ЕНВО/specialist, psychiater/Riagg, familie/vrienden/anders, mijzelf, apotheek/drogist. In de antwoorden op deze open vraag is er nauwelijks melding gemaakt van alternatieve of traditionele genezers.

De antwoorden met betrekking tot het zoeken van hulp in Nederland zijn als volgt verdeeld:

| | Hulp in eerste instantie | | Hulp in tweede instantie | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
| | Frequentie | (%) | Frequentie | (%) |
| 1 MOA | 35 | (31) | 15 | (14) |
| 2 Huis-, bedrijfsarts | 31 | (28) | 39 | (38) |
| 3 God, kerk | 22 | (20) | 8 | (8) |
| 4 Nergens, niemand | 5 | (5) | 7 | (7) |
| 5 Ziekenhuis, EHBO, specialist | 4 | (4) | 23 | (22) |
| 6 Psychiater, Riagg | 4 | (4) | 2 | (2) |
| 7 Familie, vrienden, anders | 4 | (4) | 6 | (6) |
| 8 Mijzelf | 4 | (4) | – | – |
| 9 Apotheek, drogist | 3 | (3) | 4 | (4) |
| Totaal | 112 | (103) | 100 | (101) |
| Percentages bevatten afrondingsfouten | | | | |

Tabel 6.1 Waar wordt in Nederland in eerste en tweede instantie hulp gezocht

De totalen zijn iets lager dan het aantal respondenten, omdat niet iedereen deze vraag heeft ingevuld, zeker de tweede vraag niet.

De Medische Opvang Asielzoekers (MOA – onderdeel van de GGD) is in Nederland speciaal in het leven geroepen om de eerstelijnszorg voor asielzoekers te verzorgen. Voor asielzoekers, een relatief grote groep onder de respondenten, is het aangewezen traject om eerst naar de MOA te gaan, waar een eerste screening plaatsvindt die wordt uitgevoerd door een verpleegkundige. Daarna kan de asielzoeker eventueel worden doorverwezen naar een huisarts of gelijk naar het ziekenhuis. Gevestigde vluchtelingen, maar ook uitgeprocedeerde asielzoekers en illegalen, zullen zo mogelijk eerst naar de huisarts gaan, zoals te doen gebruikelijk in Nederland, en dan eventueel doorverwezen worden naar ziekenhuis, specialist of Riagg en dergelijke. We hebben hier niet uitgesplitst naar verblijfsstatus, omdat dit aspect niet tot de vraagstelling behoorde, maar deze gebruikelijke gang van zaken wordt bevestigd in de hoge percentages voor MOA en huisarts waar als eerste hulp wordt gezocht. De MOA krijgt relatief weinig meldingen in tweede instantie; de aandacht voor de huisarts blijft hoog: vermoedelijk in eerste instantie vanwege de vluchtelingen en in tweede instantie vanwege de asielzoekers. Vanzelfsprekend is de melding van het ziekenhuis of de specialist in tweede instantie sterk gestegen.

De melding van God of kerk is in dit onderzoek het meest relevant. Antwoorden die melding maken van geloof, God of kerk, kwamen minder vaak voor dan de antwoorden MOA, huisarts of ziekenhuis. Van de respondenten maakt 20 procent in een open vraag melding van het feit dat als eerste hulp wordt gezocht

bij God of in een kerkelijk netwerk (bij deze open vragen is geen enkele keer melding gemaakt van de moskee waar hulp werd gezocht). Als laatste vraag van het onderzoek is ook een open vraag opgenomen (*Wat zou er moeten gebeuren om uw gezondheid te verbeteren?*); daarop is vrijwel hetzelfde percentage meldingen van religieus georiënteerde antwoorden gegeven (ruim 20 procent).

Opvallend is dat de melding van God of kerk in tweede instantie sterk is afgenomen, tot 8 procent. Dit beeld correspondeert met de vele meldingen in de interviews dat mensen eerst de hulp van God inroepen, bijvoorbeeld om hem te vragen dat de interventie van de dokter en eventuele medicijnen zullen helpen. De melding van het informele netwerk, familie en vrienden, is laag, zowel in eerste als in tweede instantie. Dit is een indicatie dat vluchtelingen en asielzoekers in Nederland (nog) weinig hulp kunnen putten uit het informele netwerk.

In het land van herkomst is de verdeling van de antwoorden als volgt:

| | Hulp in eerste instantie | | Hulp in tweede instantie | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|------|
| | Frequentie | (%) | Frequentie | (%) |
| 1 Huisarts | 35 | (33) | 27 | (27) |
| 2 Ziekenhuis | 26 | (24) | 25 | (25) |
| 3 God, kerk | 15 | (14) | 11 | (11) |
| 4 Familie, vrienden | 13 | (12) | 11 | (11) |
| 5 Specialist | 6 | (6) | 6 | (6) |
| 6 Nergens, niemand | 6 | (6) | 11 | (11) |
| 7 Mijzelf | 4 | (4) | 5 | (5) |
| 8 Apotheek, drogist | 2 | (2) | 3 | (3) |
| Totaal | 107 | (101) | 99 | (99) |
| Percentages bevatten afrondingsfouten | | | | |

Tabel 6.2 Waar wordt in het land van herkomst in eerste en tweede instantie hulp gezocht

Bij deze verdeling valt op dat de meldingen van huisarts en ziekenhuis min of meer gelijk zijn in zowel eerste als tweede instantie. Anders dan in Nederland is het in veel landen van herkomst gebruikelijk om direct naar het ziekenhuis te gaan voor hulp, bijvoorbeeld omdat er geen huisartsenzorg bestaat.

De melding van God of kerk (ook hier geen meldingen van islamitische religieuze zorgvoorzieningen) is in vergelijking met die in Nederland lager in eerste instantie, maar hoger in tweede instantie. De aantallen zijn te klein om hier veel achter te zoeken; de gemiddelden van de melding in eerste en tweede instantie zijn ongeveer gelijk (veertien procent in Nederland en dertien procent in het land van herkomst). Vanzelfsprekend zijn de meldingen van hulp zoeken in het informele netwerk in het land van herkomst hoger dan die in Nederland. Hoewel het geen onderzoeksvraag was, is dit relatief lage percentage lager dan aanvankelijk verwacht.

Er is een duidelijk onderscheid te maken tussen de sterk gelovigen en de gematigd gelovigen. De sterk gelovigen melden in 28 procent van de gevallen in eerste instantie hulp te zoeken bij God of kerk, gematigd gelovigen doen dit niet één keer. De laatsten gaan veel vaker gelijk naar de huisarts, in 40 procent van de gevallen; twee keer zoveel als de sterk gelovigen doen. Deze getallen afgezet tegen de meldingen in tweede instantie laten het beeld zien dat de sterk gelovigen dan in grote getale naar de huisarts gaan (40 procent), terwijl de gematigd gelovigen nog steeds nauwelijks de hulp van God of kerk inroepen (nauwelijks 4 procent). Kortom, sterk gelovigen zoeken vaak hulp bij God voor hun gezondheidsproblemen, gematigd gelovigen doen dit niet of nauwelijks.

Een soortgelijk verschil is zichtbaar tussen moslims en christenen. In Nederland zoekt 40 procent van de moslims tegenover 20 procent van de christenen in eerste instantie hulp bij de huisarts. Bijna een derde van de christenen zoekt daarentegen hulp bij God of kerk, terwijl deze melding door moslims bijna helemaal niet gedaan wordt. Dit verschil is deels te verklaren uit het verschil in religiositeit van deze beide groepen (zie hoofdstuk 3). Echter niet helemaal, gezien het feit dat ook sterk gelovige moslims bij deze vraag nauwelijks melding maken van God. Dit beeld werd bevestigd in de interviews, waar moslims aangaven dat zij bij gezondheidsproblemen eerst bij zichzelf of de huisarts te rade gaan en dat God pas in een later stadium om hulp wordt gevraagd. Muslim respondenten vertelden over de achterliggende 'eindverantwoordelijkheid' van God wanneer het om ziekte en gezondheid gaat. Wie ziek is, moet naar een dokter, niet naar een moskee. Een moskee is voor geloofszaken en de dokter voor je gezondheid, dat zijn twee gescheiden circuits.

In een publicatie over levenskwesaties van moslims wordt een soortgelijk beeld geschetst (Ramsaran e.a. 2003). Er wordt gesproken van een rationele houding ten opzichte van de zorgconsumptie bij lichamelijke en psychische klachten. Wanneer iemand uiteindelijk geen genezing voor zijn ziekte kan vinden en wanhopig wordt, zal hij natuurlijk openstaan voor elke mogelijkheid, door wie dan ook geboden, die hem beter kan maken. Dan komen ook magisch-religieuze gebruiken aan de orde (Ramsaran e.a. 2003, p. 220).

Waardering zorg in Nederland

In de vragenlijst is niet alleen gevraagd naar het soort hulp dat vluchtelingen ontvangen, maar ook naar de waardering van de zorgverleners in Nederland. Een derde is tevreden, bijna de helft is dat soms en de rest (15 procent) is dat meestal niet. Er zijn weinig bepalende kenmerken bij dit item, behalve dat statushouders meer tevreden zijn dan asielzoekers ($p = .088$, niet significant). Mensen die soms tevreden zijn over de zorgverlening, scoren hoger op het geomiddelde voor religieuze coping dan mensen die dat niet zijn. In de interviews zijn als redenen voor een positieve waardering van de zorg gegeven:

De Nederlandse gezondheidszorg is goed. Het is niet te druk en alles is aanwezig zoals medicijnen en materiaal. (Alemu)

Ik heb veel contact met mijn huisarts en psychiater. Ze kunnen me niet in 100 procent van de gevallen helpen, maar ik denk wel in 70 of 80 procent. Ik vind het goed dat zij met me praten over mijn problemen en me medicijnen geven. Ik weet niet wat er zou kunnen verbeteren aan deze hulp. (Ariel)

Verreweg het grootste gedeelte van de respondenten, bijna de helft, heeft de vraag met 'soms' beantwoord. Welke factoren zijn van invloed op de waardering van de zorg?

Er bestaat, anders dan wij verwachtten, geen verband tussen het praten met de arts over het geloof en de waardering van de zorgverlening ($r = .007$) Dit resultaat is bevestigd in de interviews: voor geloofsvragen en dialoog over het geloof zoeken vluchtelingen hulp bij de voorganger van de gemeenschap of de geloofsgemeenschap zelf. De dokter wordt beoordeeld op zijn medisch functioneren en dergelijke, niet op zijn geloof. Er wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen 'ziekte', waarbij hulp gezocht wordt bij de reguliere zorg, en 'geloofskwesties', waarbij hulp bij andere gelovigen of de voorganger wordt gezocht. Daarom is het praten over het geloof met de hulpverlener ook niet van invloed op de waardering van de zorg die deze hulpverlener biedt. Respondenten zien dit los van elkaar.

Met mijn huisarts praat ik niet over mijn geloof. Daar heb ik ook geen behoefte aan. Het is een persoonlijk iets. (Naiser)

Voor de huisarts is het niet belangrijk om te weten dat ik voor hem bid. Dat is mijn probleem. Ik hoef er met hem ook niet over te praten, omdat hij niet gelooft en het niet vertrouwt. De dokter weet niet dat ik voor hem bid. Hij zou me niet per se beter kunnen helpen als hij ook gelooft, ik moet zelf bidden. (Kamalo)

Zieke mensen moeten naar de huisarts of naar het ziekenhuis. Zieke mensen mogen niet de moskee binnen. De moskee 'spreekt' alleen over het geloof en mag niet over andere zaken dan God spreken, dus niet over ziekte, werk of andere problemen. (Daoud)

Bij de analyse van verschillende andere variabelen en hun invloed op de waardering van de zorg bleek het krijgen van hulp van de voorganger en de geloofsgemeenschap wel te leiden tot een hogere waardering van de zorg. Hulp van de voorganger had niet alleen een positief effect op de waardering van de zorg, respondenten die aangaven dergelijke hulp te ontvangen praatten ook makkelijker over hun geloof met de zorgverlener. Uit beide verbanden blijkt dat samenwerking tussen zorg en geloof – concreter: tussen hulpverlener en voorganger – een stap in de goede richting zou kunnen zijn bij de verbetering van de gezondheidszorg voor vluchtelingen. Ook hier blijkt dat wie in staat is hulp te ontvangen en te vragen van voorganger en gemeenschap, blijkbaar ook de zorg van de reguliere zorgverleners beter beoordeelt.

Een van de priesters die geïnterviewd is, verklaarde dat samenwerking tus-

sen voorganger en reguliere zorg ideaal zou zijn voor een zieke vluchteling: de voorganger zorgt voor de geest van de persoon, de dokter voor het lichaam, en zo worden alle problemen op de juiste plek opgelost. Ook respondenten hebben in de interviews soms hun ideeën over verbetering van de zorg gegeven. Behalve om de samenwerking tussen zorg en kerk ging het vooral om praktische oplossingen:

Ik heb ‘soms’ ingevuld, omdat het soms zo lang duurt voordat je een doorverwijzing krijgt.

Artsen zeggen altijd dat het vanzelf wel overgaat, ook als je echt iets hebt. (Hifa)

Bijvoorbeeld ziekenhuizen moeten beter hun best doen een priester te laten komen als iemand in het ziekenhuis ligt. Dan kunnen ze samen bidden. Nu wonen mensen zo ver weg (ook bijvoorbeeld in Groningen en Ter Apel) en dan weten wij het niet als iemand daar ernstig ziek is. Die persoon is dan alleen en de priester komt niet naar hem toe. Ethiopiërs groeien op met elkaar. Doordat ze zich in Nederland alleen voelen, worden ze nog zieker. (Eri)

Hulp van de voorganger

Een praktisch aspect van religieuze coping is de hulp van de voorganger van de religieuze gemeenschap. Voor het gemak noemen wij priesters, dominees, imams en andere leiders in het geloof ‘voorganger’. De hulp van de voorganger kan zowel geestelijke ondersteuning in geloofskwesties betreffen, zoals het leren omgaan met ‘de les van God’, als praktische hulp, zoals doorverwijzen naar een arts of vragen hoe het gaat.

In de vragenlijst konden respondenten aangeven of ze ‘vaak’, ‘soms’ of ‘nooit’ hulp ontvangen van hun voorganger. Ongeveer twee derde van de respondenten die de vraag heeft ingevuld, ontvangt soms tot vaak hulp van de voorganger. Ruim een derde van de respondenten ontvangt deze hulp nooit. Logischerwijs bestaat deze groep voor een groot deel uit respondenten die niet of weinig naar kerk, moskee of gebedshuis gaan.

Mannen geven bijna drie keer zo vaak als vrouwen aan vaak hulp te ontvangen van hun voorganger, terwijl zij niet vaker naar kerk of moskee gaan. Sommige vrouwen geven in de interviews aan dat zij minder naar de kerk gaan dan ze zouden willen, vaak vanwege de zorg voor de kinderen. Het is mogelijk dat voorgangers hulp bieden aan vrouwen en kinderen via de man in het gezin. Ook geldt als mogelijke verklaring dat voorgangers meestal zelf man zijn (alleen in het geval van protestante christenen is een vrouwelijke voorganger denkbaar) en daarom gemakkelijker hulp bieden aan mannen uit hun gemeente.

Christenen ontvangen meer hulp van de voorganger in de kerk dan moslims van de voorganger in de moskee. Deze verschillen zijn net niet significant, wanneer we corrigeren op het verschil in religiositeit. In de interviews is dit verschil evenwel ook naar voren gekomen; het zou te maken kunnen hebben met drie factoren. Ten eerste bestaat er in Nederland een veel omvangrijkere infrastructuur voor christenen met een meer geïnstitutionaliseerde vorm van

hulpverlening dan voor moslims. Overigens is er in Nederland wel degelijk sprake van een informele volksislamitische structuur waarin allerlei soorten islamitische genezers praktiseren (Hoffer 2000, 2002). Hoewel ook vluchtelingen deze vorm van hulp wellicht gebruiken, hebben de respondenten er niet vaak melding van gemaakt. Ten tweede – en dat wordt vooral in de interviews gemeld – vinden de islamitische vluchtelingen weinig aansluiting bij de overwegend door Marokkanen en Turken bezochte moskeeën in Nederland. Ten derde is er een verschil in functie tussen een voorganger in de moskee en die in de kerk. De laatste heeft meestal expliciet een troostende functie, terwijl een imam eerder een prediker en bewaker van het geloof is. De troostende functie in de moskee wordt meestal bekleed door ziekenbroeders en leden uit de geloofsgemeenschap.

Mensen die hulp krijgen van de voorganger scoren hoger op het gemiddelde voor religieuze coping dan mensen die geen hulp krijgen. Met andere woorden, wanneer hulp ontvangen wordt van de voorganger, blijken mensen eveneens goed in staat te zijn kracht te putten uit andere vormen van religieuze coping, zoals het lezen van religieuze literatuur en bidden.

Enkele voorgangers nemen hun taak zeer serieus en weten dat zij in hun gemeente als een soort eerstelijns hulp worden gezien:

Vluchtelingen met gezondheidsproblemen zoeken eerst hulp bij de dominee, dan pas bij de huisarts of de reguliere zorg. De dominee heeft het vertrouwen, de zorg niet. Vluchtelingen hebben, door miscommunicatie, vaak het idee dat ze niet gehoord worden door de zorg of dat ze gediscrimineerd worden. Ik help ze met bidden en God om genezing te vragen. Via mij komen vluchtelingen met God in contact. Maar aan de andere kant verwijs ik vluchtelingen ook door naar de zorg. God kan niet genezen, zonder medicijnen of zorg. (Kongolese priester)

Ik moedig mensen met gezondheidsproblemen in mijn gemeenschap aan om naar het ziekenhuis te gaan als dit nodig is. Vaak doen ze dit echter alleen als ik beloof ze dagelijks op te komen zoeken om samen met ze te bidden. Mensen komen wel naar mij en gaan niet naar een dokter met gezondheidsproblemen, omdat ze mij vertrouwen. Ik ben voor hen de relatie tot God en heb daardoor de macht over kwade geesten. (Ghanese priester)

Respondenten geven vooral aan veel samen te bidden met hun voorganger en samen uit bijbel of koran te lezen. Ook wordt de voorganger vaak gevraagd te bidden voor de zieke. De meeste respondenten zien het helpen van zieken als een onderdeel van het werk van een voorganger. Er wordt vaak aan de voorganger gerefereerd als een soort vader, bij wie voor alle aspecten van het leven, waaronder ziekte en gezondheidsproblemen, om advies gevraagd kan worden. Daarnaast is de priester degene die de respondenten kan helpen bij het uitvoeren van bepaalde handelingen die de genezing kunnen bevorderen.

De pastor helpt me. We praten dan over de bijbel en bidden samen. (Ariel)

De priester bidt voor de mensen. En hij kan ook samen met ze bidden. De priester bidt ook voor vergeving van de zieke. Verder adviseert hij over het leven, over het alledaagse leven,

maar ook over het leven in relatie tot God. (Eri)

De voorganger heeft niet een speciale manier om te helpen. We bidden samen, ook na de dienst. We bidden niet alleen voor onszelf, maar ook voor anderen die bijvoorbeeld in het ziekenhuis liggen. We gaan ook bij hen op bezoek om samen te bidden. Hij kan niet op een andere manier helpen, dan samen te geloven. (Kamalo)

De zieken vragen de imam dan om shifa (= genezing). Dit betekent dat ze de imam (en Allah) om hulp vragen bij hun gezondheidsproblemen. Shifa kan betekenen dat de imam na het lezen van de koran iets op papier schrijft, wat de degene die om shifa heeft gevraagd dan bij zich moet dragen. Dit stukje papier kan om de arm of bijvoorbeeld op de borst gedragen worden. (Diribe)

Mijn vader, die ook in Nederland woont, had een ernstige allergie. De dominee van de Koptische kerk deed toen zijn speciale mantel om de schouders van mijn vader. Dat had een enorm effect op hem en werkte genezend. (Edith)

Hulp van de geloofsgemeenschap

De resultaten van de hulp van de geloofsgemeenschap lijken erg op die van de voorganger. Wederom krijgt ruim twee derde van de respondenten soms tot vaak hulp van de gemeenschap, wanneer zij gezondheidsproblemen hebben. Ruim een derde ontvangt dergelijke hulp nooit.

In tegenstelling tot het verkrijgen van hulp van de voorganger bestaat er bij de hulp van de religieuze gemeenschap geen verschil tussen mannen en vrouwen. Beiden geven aan ongeveer evenveel hulp te ontvangen. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat de hulp van de gemeenschap vaak bestaat uit praktische hulp, op bezoek gaan bij degene die ziek is of boodschappen doen. Dat zijn geen taken die mannen meer doen dan vrouwen, integendeel.

Ook heb ik erg veel met bekenden uit mijn geloofsgemeenschap gepraat en kwamen ze bij me op bezoek toen ik ziek was. Dit heeft erg geholpen. (Alemu)

Ik heb door mijn geloof veel vrienden leren kennen. Deze mensen helpen mij ook als ik ziek ben. En het koor (waarin ik zing) komt bij me op bezoek. Ze helpen me financieel. Of een vriend van de kerk brengt me bijvoorbeeld met zijn auto naar het ziekenhuis. Ze koken voor me, houden me gezelschap en praten met me. Ik praat met hen ook over het geloof. En ik bid samen met mijn vrienden en de pastor als ik ziek ben. (Ariel)

De kerken in Nederland bieden soms georganiseerd hulp aan vluchtelingen. Interkerkelijke werkgroepen voor asielzoekers en vluchtelingen bieden praktische hulp, zoals meegaan naar de dokter, voedsel en kleding verstrekken en bijvoorbeeld vertalen. Daarnaast richten zij zich vaak op evangelisatie en het bieden van steun door middel van bijbelstudies en samen bidden.

De interviews bevestigen dat samen met medegelovigen bidden en religieuze literatuur lezen sterk gewaardeerd wordt. Bovendien ervaren respondenten het uiten van steun of het bieden van een luisterend oor ook als hulp.

Vanuit eigen ervaring weet ik dat een groot gedeelte van de vluchtelingen te maken heeft met gezondheidsproblemen. Dit zorgt voor veel stress. Wij zorgen daarom voor bemoediging vanuit de bijbel, wat de stress weg kan nemen. Ik heb laatst bijvoorbeeld een moslimfamilie uit Iran geholpen. Zij hadden hun derde negatief gekregen en zaten daardoor natuurlijk in zak en as. De man greep naar zijn hart toen hij me dit vertelde (hij heeft hartproblemen). Eerst heb ik geluisterd. Toen vroegen ze of ik met ze wilde bidden, en bijbellezen. Ik bad dat God zou helpen bij kiezen van een passage. De bijbel sloeg toen open bij Psalm 27, dit was heel erg op zijn plaats. De laatste zin van deze psalm is namelijk “wacht op God, hij is sterk want hij zal je hart versterken” Dit raakte het gezin heel erg. Daarna hebben ze steeds weer die Psalm gelezen, en dat maakte dat ze zich beter voelden en optimistischer naar de toekomst konden kijken. (vrijwilliger)

Ik heb kaartjes en gedichten van mensen uit de kerk gekregen toen ik was opgenomen. Ook ‘sms’ ik met een vriendin uit de kerk over de betekenis van passages uit de bijbel. (Raed)

Door mijn geloof heb ik een Jezus-familie. Dat is natuurlijk niet echt mijn familie, mijn kinderen zijn nog in Afrika, maar door de kerk voelt het wel alsof ik weer familie heb hier. (Ariel)

Bij hulp van de geloofsgemeenschap geldt net als bij hulp van de voorganger, dat hoe meer hulp ontvangen wordt, des te hoger men scoort op de gemiddelden voor religieuze coping. Mensen die hulp kunnen ontvangen of daarom kunnen vragen, zijn ook beter in staat zich op te trekken aan religieuze copingstrategieën.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de hulp van de voorganger pas ingeroepen wordt bij vrij ernstige problemen waar mensen zelf niet uitkomen. Bij een ‘gewoon griepje’ hoeft de priester dus niet langs te komen of te bidden voor de zieke. Bij zo’n griepje is het echter wel gemakkelijk als iemand boodschappen doet, poetst of kookt. De hulp van de gemeenschap speelt zich vaak op dat praktische niveau af. Hulp van medegelovigen komt vaak voor, al is het niet voor alle respondenten vanzelfsprekend.

We krijgen bijna nooit hulp van voorganger of gemeenschap omdat ik en mijn moeder geen aansluiting hebben bij de moslimgemeenschap hier. (Saida)

Ik ga ook niet meer naar de kerk omdat ik en mijn gezin daar altijd raar werden aangekeken. Mensen vertelden zo lang ze in de kerk waren altijd dat ze in Gods huis één zijn, maar dat dit werd anders zodra ze buiten de kerk waren. Dan werd ik genegeerd door de mensen uit mijn kerk. Mensen zeggen het een en doen het ander. Na anderhalf jaar veel naar de kerk te zijn geweest, doe ik dat nu helemaal niet meer. (Najila)

Er is ook gevraagd of respondenten zelf ook anderen helpen. Onderzoeken suggereren dat het helpen van anderen een gunstige uitwerking heeft op het welbevinden (Fetzer 1999). Ongeveer de helft helpt anderen, de andere helft doet dat niet of heeft de vraag niet ingevuld. Er zijn weinig significante verschillen aanwijsbaar tussen de groepen. Mannen, vrouwen, moslims en christenen, ze helpen anderen ongeveer even veel (of weinig) als anderen. Alleen de gezondheid is van belang: mensen met een relatief goede gezondheid helpen

significant vaker dan mensen met een slechte gezondheid. Mensen die vaak helpen, scoren significant hoger op het gemiddelde voor religiositeit dan mensen die soms of nooit helpen. Dit verschil is niet significant voor het gemiddelde voor religieuze coping. De hulp die geboden wordt bestaat in de eerste plaats uit bidden, met praktische hulp, zoals boodschappen doen en schoonmaken, op de tweede plaats. Verder gaat het om steun geven, op bezoek gaan en een luisterend oor bieden.

Wanneer ben ik weer beter...

Wat zou er moeten gebeuren om uw gezondheid te verbeteren? Dat was de laatste open vraag van de vragenlijst. Wij waren benieuwd welk antwoord de vluchtelingen en asielzoekers zouden geven wanneer zij niet konden kiezen uit antwoordmogelijkheden en er ook geen expliciete verwijzing naar geloof of andere vormen van coping zouden worden aangereikt.

De antwoorden laten een breed palet aan oplossingsstrategieën zien, variërend van 'niets, ik ben gezond' tot 'ik wil dood'. Hieronder volgt een overzicht, met tussen haakjes de frequentie van een (dergelijk) antwoord. De antwoorden zijn omwille van de overzichtelijkheid enigszins geredigeerd en samengevat:

| | |
|---|--|
| Status, verblijfsvergunning (18) | Meer steun bij God zoeken (4) |
| Behandeling, onderzoek experts, dokter (15) | Hulpverleners moeten meer tijd geven om vertrouwen te krijgen en beter, echt luisteren naar de klachten van de patiënt (4) |
| Bidden (9) | Dichtbij God zijn (2) |
| Niets, ik ben gezond (8) | Goed nieuws (2) |
| (Positief) in God geloven (7) | Juridische hulp |
| Actiever zijn, sporten (7) | Morele ondersteuning |
| God zal voor me zorgen (7) | Meer contact met anderen |
| Leven in een meer zekere, stabielere situatie (7) | Gezondheidsprobleem leren begrijpen |
| Positievare toekomst (voor persoon zelf en/of gezin) (6) | Wachten op antwoord van God |
| Bij familie zijn (6) | Stoppen met roken, blowen |
| Medicijnen (6) | Naar God luisteren |
| Goede voeding (5) | Niet meer drinken |
| Beter voor mezelf zorgen (5) | Advies uitwisselen met experts en mensen om me heen |
| Andere woning (5) | Mezelf beter leren begrijpen |
| Werk, studie (4) | Meer in de Bijbel lezen |
| Meer aandacht voor problemen van getraumatiseerde asielzoekers en psychische problemen en vluchtelingen met kinderen en vrouwen (4) | Meer stabiliteit in land van herkomst |
| | Rust nemen |
| | Bij dokter, maar ook in politiek en op tv meer aandacht voor 'heelheid van de |

| | |
|--|--|
| mens', geest, ziel en lichaam (niet laagdun- | wie ik over mijn ervaringen kan praten |
| kend/ spottend met religie omgaan, | Positiever denken |
| dit kwetst!) | Ik wil dood |
| Iemand vinden die ik echt vertrouw en met | Wonder |

Om structuur in deze lijst aan te brengen zijn de antwoorden geclusterd naar 'oriëntatie'. Er is gekozen voor de volgende categorieën: 1) zelf georiënteerd, 2) toekomst georiënteerd, 3) religie georiënteerd en 4) hulp georiënteerd. Wanneer er meer dan een antwoord is gegeven, was de eerste opmerking bepalend voor de keuze van de categorie. Met de categorie 'zelf georiënteerd' wordt bedoeld dat de respondent zelf zijn gezondheid probeert te verbeteren en de mogelijkheden hiervoor ook bij zichzelf zoekt. 'Toekomst georiënteerd' betreft antwoorden die spelen in een 'gehoopte' toekomst, vaak betrekking hebbend op een verblijfsstatus. 'Religie georiënteerd' betreft alles wat betrekking heeft op het heilige; 'hulp georiënteerd' slaat op externe hulp van niet-religieuze instellingen en van familie.

Deze oriëntaties zijn in zekere zin te vergelijken met de drie vormen van religieuze coping zoals die door Pargament zijn geïdentificeerd (1997): de zelfbesturende, de afwachtende en de samenwerkende vorm. De zelfbesturende is te vergelijken met de zelf-georiënteerde antwoorden en de afwachtende vorm met de religieus georiënteerde antwoorden. Een echte *match* was echter niet mogelijk, omdat de antwoorden op deze open vraag lang niet allemaal religieus van aard waren en we een duidelijke categorie aantreffen waarin hoop op een toekomstige verbetering werd uitgesproken.

Onderstaand schema laat de verdeling over de vier categorieën zien.

| Oriëntatie | Aantallen | % |
|-----------------|-----------|-----|
| 1 zelf | 18 | 15 |
| 2 toekomst | 29 | 25 |
| 3 religie | 24 | 20 |
| 4 hulp | 21 | 18 |
| 5 niet ingevuld | 26 | 22 |
| Totaal | 118 | 100 |

Tabel 6.3 Wat zou er moeten gebeuren om uw gezondheid te verbeteren?

De 26 respondenten die deze vraag niet hebben ingevuld, vormen over het algemeen de groep met de beste gezondheid. Hoewel bij deze vraag niet naar religie is gevraagd, is toch 20 procent van de antwoorden gerelateerd aan het geloof. Voor deze respondenten is het geloof, of alles betrekking hebbend op het heilige, het eerste waar ze hun oplossing zoeken. Dat is niet verwonderlijk gezien het feit dat alle respondenten gelovig zijn en zij bovendien net allerlei vra-

gen omtrent hun geloof hebben beantwoord. In een van de eerste vragen van het onderzoek, nog voordat er melding van het geloof is gemaakt, noemde ook ongeveer 20 procent van de respondenten op een open vraag een religieus georiënteerd adres om hulp te zoeken bij gezondheidsklachten. Tussen deze groepen bestaat een overlap van 60 procent, het is dus niet helemaal dezelfde groep.

Er zijn wel enkele verschillen aan te wijzen tussen deze oriëntaties. Sterk gelovigen kiezen het meest (32 procent) voor een religieus antwoord, terwijl gematigd gelovigen dat juist het minst doen (11 procent). Mensen met een relatief goede gezondheid hebben meestal niets ingevuld. Wanneer we alleen kijken naar de mensen die iets hebben ingevuld, blijkt de gezondheid geen verband te houden met het type oriëntatie. Asielzoekers kiezen vaker dan statushouders voor de toekomstgerichte oriëntatie (namelijk het verkrijgen van een status), statushouders zijn meer zelf-georiënteerd en religieus georiënteerd. Wanneer we de oriëntaties verdelen in twee groepen, de religieuze en de niet-religieuze, kiezen hoger opgeleiden relatief vaak voor een religieus georiënteerd antwoord. Mensen die in de vragenlijst eerder aangaven God verantwoordelijk te houden voor het behoud van hun gezondheid en voor hun genezing, kiezen ook vaker voor een religieus georiënteerd antwoord. Vluchtelingen en asielzoekers die een religieus georiënteerd antwoord gaven, scoorden gemiddeld hoger op het gemiddelde voor religiositeit en voor religieuze coping. Tussen moslims en christenen doet zich geen significant verschil voor.

Uit dit alles blijkt dat het al dan niet betrekken van het geloof in het omgaan met ziekte en gezondheid een belangrijk en consistent verschil is. Als mensen hulp zoeken bij een religieuze instelling, achten zij meestal ook God verantwoordelijk voor het behoud van hun gezondheid en hun genezing en geven zij ook een religieus georiënteerd antwoord op de vraag wat er zou moeten gebeuren om weer beter te worden.

...en wie zorgt daarvoor?

Een aspect van coping is de vraag wie of wat mensen verantwoordelijk stellen voor het behoud van de gezondheid of de genezing van de ziekte. Deze zogenaamde *locus of control* (plaatsing van verantwoordelijkheid, beheersing, invloedssfeer) kan extern zijn gericht, bijvoorbeeld op God of de dokter, en intern, bijvoorbeeld op de invloedssfeer van de patiënt zelf. Over het algemeen geldt dat een *interne locus of control* – mensen hebben het gevoel zoveel mogelijk zelf de touwtjes in handen te hebben – leidt tot een beter verlopend proces van coping. Pargament wijst er, zoals gezegd, op dat ook een ‘samenwerkende stijl’ deze positieve invloed heeft.

Wij hebben in ons onderzoek twee vragen opgenomen die op dit aspect ingaan. De eerste betreft de vraag wie mensen voornamelijk verantwoordelijk stellen voor het behoud van hun gezondheid; de tweede wie mensen voornamelijk ver-

antwoordelijk stellen voor het genezingsproces. De respondenten konden in beide gevallen kiezen uit 'ikzelf', 'niemand', 'God/Allah', 'voorganger', 'dokter', of 'anders'.

De antwoorden zijn als volgt verdeeld:

| Wie? | Gezondheid | | Genezing | |
|---------------|------------|-------|------------|-------|
| | Frequentie | (%) | Frequentie | (%) |
| Ikzelf | 39 | (33) | 15 | (13) |
| Niemand | 4 | (3) | 2 | (2) |
| God/Allah | 56 | (47) | 60 | (51) |
| Dokter | 4 | (3) | 25 | (21) |
| Ander | 4 | (3) | 5 | (4) |
| Subtotaal | 107 | (91) | 107 | (91) |
| Niet ingevuld | 11 | (9) | 11 | (9) |
| Totaal | 118 | (100) | 118 | (100) |

Tabel 6.4 Verantwoordelijk voor behoud van gezondheid en voor genezing

De rol die wordt toegekend aan God is in deze twee vragen erg groot, namelijk de helft, even groot dus als alle andere bij elkaar. Duidelijk zichtbaar is tevens dat een grote groep zichzelf verantwoordelijk stelt voor het behoud van de gezondheid en een grote groep de dokter verantwoordelijk houdt voor de genezing. Mensen die God verantwoordelijk houden voor het behoud van de gezondheid scoren veel hoger op het gemiddelde voor religieuze coping en het gemiddelde voor religiositeit. Mensen die God verantwoordelijk houden voor de genezing, scoren ook op beide gemiddelden veel hoger dan mensen die daarvoor zichzelf of de dokter verantwoordelijk stellen. Vanzelfsprekend kiezen sterk gelovigen veel eerder voor God; gematigd gelovigen kiezen meestal voor zichzelf als verantwoordelijke.

Vluchtelingen en asielzoekers met een goede gezondheid kiezen beduidend vaker voor zichzelf als verantwoordelijk voor het behoud van hun gezondheid dan mensen met een slechte gezondheid; deze leggen de verantwoordelijkheid voor hun slechte gezondheid liever bij God of anderen. Bij de verantwoordelijkheid voor genezing doet dit onderscheid zich niet voor. Of je nu een relatief slechte of goede gezondheid hebt, het maakt geen verschil bij de keuze of jezelf, de dokter of God verantwoordelijk is voor je genezing. Andere verschillen, zoals tussen de seksen of tussen moslims en christenen, doen zich niet voor.

Wederom blijkt dat er een groot en consistent verschil bestaat tussen de sterk gelovigen, die overwegend een religieus getint antwoord geven, en de gematigd gelovigen, die veel vaker voor een alternatief kiezen.

We laten aan de hand van enkele citaten zien hoe deze verschillende stijlen

door kunnen klinken. Duidelijke voorbeelden van een *interne locus of control*, waarbij de patiënt zelf aan de slag gaat om zijn gezondheid te behouden, zijn de volgende:

Wat ik doe om gezond te blijven? Ik heb veel hobby's en ik lees veel, bijvoorbeeld in de bijbel. Verder wandel ik vaak en zoek contact met anderen om niet te veel te piekeren. (Raed, die 'ik-zelf' had ingevuld bij de vraag naar verantwoordelijkheid voor behoud van gezondheid.)
Om mijn gezondheid te bewaren, rook ik niet, drink niet te veel en ga een beetje eerder naar bed. Als ik ergens last van heb, dan mijd ik dat. Mijn vrienden zien is ook heel belangrijk voor me. (Edith, die 'ikzelf' had ingevuld bij de vraag naar verantwoordelijkheid voor behoud van gezondheid.)

Het volgende citaat lijkt een vorm van afwachtende religieuze coping, maar er is uiteindelijk toch meer sprake van samenwerking met God. Deze vorm van religieuze coping is in de literatuur geïdentificeerd als een positieve en effectieve vorm van coping (o.a. Pargament 1997):

God kan voor genezing zorgen. Hoe? Je moet tot God bidden voor genezing en dan geeft hij je de kracht om beter te worden. Ik kan het verder niet uitleggen, maar als je ervoor zorgt dat je relatie met God goed en hecht blijft, zorgt hij voor je. (Eri, die 'God' had ingevuld bij de vraag naar verantwoordelijkheid voor genezing.)

De visie van Eri is een goed voorbeeld van de samenwerkende vorm van religieuze coping, maar er zit ook een stilzwijgende afspraak in verborgen: ik bid en zorg dat de relatie goed blijft, dan zorgt God voor mij, of hij stuurt hulp, bijvoorbeeld in de vorm van een vriend: 'Toen ik psychiatrische problemen had, heeft God een vriend naar mij toe gestuurd, waar ik mee kan praten. Zo kon ik mijn problemen oplossen.' (Ariel)

Het is niet logisch als mensen denken dat ze zelf niets hoeven te doen om gezond te worden en te blijven, en als ze denken dat ze geen gebruik hoeven te maken van de voorzieningen die ze zelf gemaakt hebben. Het is onlogisch als ze denken dat door God alles wel goed komt en ze zelf niks hoeven te doen. (Daoud)

Daoud wijst expliciet de afwachtende houding af, en neigt van een samenwerkende houding zelfs naar een zelfbesturende houding wat betreft de verantwoordelijkheid in genezing en behoud van de gezondheid.

Afwachtende vormen van coping, waarbij de verantwoordelijkheid geheel en al in handen van God wordt gelegd zijn wij ook tegengekomen. In dit hoofdstuk en het vorige zijn er al enkele gepresenteerd.

In deze kerk (pinkstergemeente, Kongolese kerk, red.) is God de werkelijkheid. Op het gebied van gezondheid betekent dit dat God ook degene is die geneest. Bepaalde ziekten zijn niet wetenschappelijk te verklaren. In het westen zou dan gezegd worden dat dit psychische ziek-

ten zijn. Wij zien deze ziekten als een ziekte van de geest en de geest (dus God) is degene die voor genezing kan zorgen. (Afrikaanse priester)

Samenvattend: het zoeken van hulp in de religieuze gemeenschap is een praktische vorm van religieuze coping. Sterk gelovigen zoeken bij gezondheidsproblemen veel vaker hulp bij God of een religieuze instantie dan gematigd gelovigen, die eerst naar een arts gaan. Als mensen hulp zoeken bij een religieuze instelling, achten zij meestal ook God verantwoordelijk voor het behoud van hun gezondheid en hun genezing en geven zij ook een religieus georiënteerd antwoord op de vraag wat er zou moeten gebeuren om weer beter te worden. Meldingen van het zoeken van hulp bij alternatieve of traditionele genezers kwamen niet voor. Daarnaast zijn er eveneens geen antwoorden gegeven waaruit blijkt dat hulp werd gezocht bij de moskee of in een informeel netwerk in Nederland.

Een derde van de respondenten is tevreden over de zorg die zij ontvangen, de helft is dat soms en de rest meestal niet. Mensen die tevreden zijn over de zorg, ontvangen ook meer hulp van de voorganger en de gemeenschap, en scoren hoger op het gemiddelde voor religieuze coping, maar niet op het gemiddelde voor gelovigheid. Het praten over het geloof met de zorgverlener is niet van invloed op de waardering. Vluchtelingen hoeven niet speciaal met hun zorgverlener te praten over het geloof, daarvoor hebben of zoeken zij andere kanalen. Christenen gaan veel vaker naar een religieuze instantie voor hulp dan moslims, inclusief de sterk gelovigen, die veel meer hulp zoeken bij de huisarts. Veel vluchtelingen en asielzoekers, vooral de mannen, ontvangen hulp van de voorganger; bij het ontvangen van hulp van de geloofsgemeenschap bestaat er geen onderscheid tussen mannen en vrouwen. Christenen ontvangen meer hulp van de voorganger dan moslims. Ongeveer de helft van de mensen helpt zelf anderen; dat is voor alle subgroepen gelijk, behalve dat mensen met een slechte gezondheid weinig hulp bieden. 20 Procent geeft een religieus georiënteerd antwoord op de vraag wanneer zij weer beter zouden zijn. De helft acht God verantwoordelijk voor het behoud van hun gezondheid en hun genezing.

‘Heilig water is bij ons geloof heel gewoon’

Voor mijn gezondheidsproblemen ga ik naar de huisarts of een specialist. In Ethiopië was dit heel anders, daar gebruikte ik het heilige water. Als je in Ethiopië ziek bent, word je door iedereen geholpen en het heilige water is bijna overal te vinden. Hoe zieker je bent, hoe langer je bij het heilige water moet blijven. Soms slapen mensen er ook bij. Dit kan zeven, veertien of zelfs eenentwintig dagen zijn. De priester gaat dan met je mee en iedere ochtend wast hij je met het heilige water en giet dat over je heen. Tegelijkertijd bidt hij voor je. Sint Gabriël en Sint Michael zijn de heiligen van het heilige water. De priester kan je ook nog insmeren met heilige olie.

Als je goed gelooft, zie je veel wonderen in Ethiopië. Arme mensen kunnen niet naar het ziekenhuis, hun medicijn is het heilige water en de heilige olie. Toen ik een tijd geleden zo’n hoofdpijn had, heb ik van de priester van de Ethiopisch orthodoxe kerk in Amsterdam, heilig water en heilige olie gekregen. Hij heeft de olie op m’n voorhoofd gesmeerd en de volgende ochtend was het over. Ook bidt hij wel eens met me en geeft hij advies.

Als ik ziek ben, lees ik vooral over Job, want toen hij ziek was, werd hij op de proef gesteld door God. Hij heeft toen veel gebeden en God heeft hem toen geholpen. Als ik ziek ben, vraag ik God om mij, net als Job, te helpen. Ook staat er in de bijbel een verhaal van Petrus. Petrus bezat de kracht om anderen te genezen, maar toen hij op een gegeven moment zelf pijn had, kon hij dat niet genezen. Hij vroeg toen aan God waarom hij zichzelf niet kon genezen en God antwoordde toen dat hij hem pijn had laten voelen, omdat Petrus God anders zou vergeten. Nu wist Petrus weer dat God er was. Als ik God zelf een tijdje vergeet, dan geeft hij mij ook pijn en dan denk ik weer aan hem. Ik ben zelf vijf jaar minder gelovig geweest en daarom voel ik me nu soms ziek. Maar het is ook het leven dat ervoor zorgt dat ik ziek ben en niet beter word. Want ik ben nog jong en zou me niet zo moeten voelen, maar dat komt doordat ik me nog steeds ‘gevangen’ voel en me niet kan ontwikkelen. Als ik iets zou kunnen doen, zou ik me beter voelen. Ik hoop dus dat dit snel gaat lukken.

Zawditu uit Ethiopië

In dit onderzoek is religieuze coping gedefinieerd als een *zoektocht naar betekenis, in relatie tot het heilige, in tijden van stress*, toegespitst op tijden van ziekte. Deze zoektocht levert niet gelijk een antwoord op, maar is wel een middel om met het ziek-zijn om te gaan. In de inleiding stelden we dat gelovigen in hun religie samenhangende systemen van interpretatie en waarden vinden, waarmee zij de gebeurtenissen in hun leven kunnen ordenen. Gebeurtenissen zoals ziekten en andere tegenslagen, zouden door het geloof van een zinvolle betekenis kunnen worden voorzien, van waaruit mensen kracht en hoop putten.

Drie aspecten van religieuze coping zijn behandeld: zingeving, bronnen van kracht, en het zoeken van hulp. Het behoeft geen vermelding dat het geloof in relatie tot de gezondheid veel meer kan behelzen dan alleen dit, zoals gezingsrituelen, al dan niet in combinatie met de overvloed aan medicinale middeltjes die de menselijke cultuur heeft voortgebracht. Die aspecten van het geloof kwamen – helaas – in dit onderzoek nauwelijks aan bod. Enerzijds is dat het gevolg van onze vraagstelling en onderzoeksopzet geweest, anderzijds heeft het ook ons verbaasd hoe weinig spontane meldingen er zijn gemaakt van traditionele, religieuze gezingsrituelen. Nieuw onderzoek zal dit aspect van religieuze coping verder moeten uitdiepen.

Bij al onze respondenten hebben wij een tamelijk eenduidige en tegelijkertijd veelzijdige personificatie van die bron van kracht en zingeving gezien: God – of Allah, maar moslims spreken net zo gemakkelijk over God als over Allah. God staat voor een zinvolle betekenis van het leven, ondanks de ellende in de wereld. Hij heeft een bedoeling met het leven in het algemeen en met ons eigen leven in het bijzonder. God blijkt eenduidig in de positieve uitstraling die respondenten in hem ervaren, maar is veelzijdig in de volstrekt persoonlijke invulling die zij daaraan geven, of zij nu moslim zijn of christen. Wij hebben God in velerlei gedaanten aangetroffen: een liefdevolle vader, die zijn bedoelingen wel heeft, maar niet kenbaar maakt; een strenge maar rechtvaardige leermeester, die straft waar nodig; een ‘eindverantwoordelijke’, die van de mensen verwacht dat zij ook zelf het nodige doen en laten om gezond te blijven; en tot

slot een ‘supporter’ die ons aanmoedigt dóór te gaan, net zoals voetballers hun kracht ontlenen aan het joelende publiek – zoals een vluchteling het zonder ironie uitdrukte.

Zingeving is ingevuld met de vraag of mensen de ziekte al dan niet aanvaarden als de les of wil van God, bijvoorbeeld een les in geduld, aanvaarding, erkenning van de grootheid van God en vertrouwen. De aanvaarding dat de ziekte een les van God is, kan het doormaken ervan dragelijker maken. Dat is evenwel geen uitgemaakte zaak gebleken. De resultaten laten zien dat lang niet alle gelovigen, ook de sterk gelovigen niet, als vanzelfsprekend het doormaken van een ziekte als een goddelijke les zien. Een aanzienlijk deel van de respondenten heeft moeite met het gegeven dat de ellende van de ziekte die zij doorstaan een les zou kunnen zijn, die voortkomt uit de wil van God.

Sommigen echter ervaren de ziekte niet alleen als les, maar ook als toets voor volharding. Wie geduld blijft opbrengen, zal vroeg of laat beloond worden. Het tegendeel kan ook: God belooft niet, maar straft, omdat je niet slaagt voor de toets die hij je stelt. We hebben enkele spontane verwijzingen naar een straffende God gehoord, maar steeds in een milde vorm; zonde, wraak en boetedoening kwamen in ons onderzoek niet voor. De straf geldt niet zozeer als vergelding, maar is afkomstig van een barmhartige vader die zijn kinderen op het rechte pad probeert te houden. Het is straffen uit liefde.

Bronnen van kracht ontlenen gelovige vluchtelingen en asielzoekers in grote getale aan hun geloof. Het gaat om een gevoel van aanwezigheid van een goddelijke kracht die kan troosten en aan wie mensen raad kunnen vragen. Bidden is voor veel mensen de meest aangewezen vorm om in contact te treden met God. Daar is geen gebouw, voorwerp of hulp van een voorganger voor nodig. Bidden is alleen tussen God en jou, en kan ook op je eigen kamer in het asielzoekerscentrum. Lezen in bijbel, koran of andere heilige boeken is voor de overgrote meerderheid eveneens een belangrijke manier van religieuze coping. Mensen spiegelen zich aan de levensverhalen van personages in de oude geschriften. Job – Ajjoeb voor moslims – verloor niet zijn vertrouwen in God, ook al werd hij getroffen door meer tegenslag dan van een mens verwacht kan worden die te dragen. Deze identificatie werkt als *empowerment*: als Job het kon, moet ik het toch in ieder geval proberen.

Mensen zoeken op zeer uiteenlopende wijze hulp voor hun ziekte. Ongeveer de helft acht uiteindelijk God verantwoordelijk voor het behoud van de gezondheid en voor genezing, maar een veel kleiner deel zoekt ook daadwerkelijk bij gezondheidsproblemen hulp in religieuze kringen. God kan echter wel aan de touwtjes trekken via de reguliere kanalen, zoals de dokter en diens medicijnen. De arts is dan het instrument van God. Zij hebben elkaar nodig om de zieke te genezen. De zieke gaat naar de dokter voor zijn kennis en medicijnen én richt zich tot God, eventueel met de tussenkomst van een voorganger, met de vraag de medicijnen te laten werken. Dit is een mooie vorm van samenwerking tussen de geneeskundige en de religieuze zorg, waarbij in concreto alleen de zieke

betrokken is. De dokter kan ook daadwerkelijk doorverwijzen naar een geestelijk verzorger of voorganger om cliënten te helpen de bronnen van kracht in hun geloof aan te boren of antwoorden te vinden op moeilijke zingevingsvragen. En andersom kan ook de voorganger een gelovige aanraden naar de huisarts te gaan.

Er bestaat een groot onderscheid tussen sterk gelovigen en gematigd gelovigen. De sterk gelovigen zoeken eerder hulp bij God, achten hem eerder verantwoordelijk voor behoud van gezondheid en genezing, zoeken en krijgen vaker hulp van een voorganger en geloofsgenoten en maken veel meer gebruik van copingstrategieën als bidden en bijbellezen dan gematigd gelovigen. Voor gematigd gelovigen is het geloof gewoon niet altijd van belang in de omgang met hun ziekte. Dat een cliënt gelovig is, betekent dus nog niet meteen dat het geloof een belangrijke rol speelt in zijn copingstrategieën – dat geldt zeker voor moslims. Veel gematigd gelovigen gaan uit van een ‘eindverantwoordelijkheid’ van God wanneer het om ziekte en gezondheid gaat. Wie ziek is gaat naar de dokter voor geneeskundige hulp, niet naar een moskee of kerk. Voor het vertrouwen dat het uiteindelijk goed zal komen, richt men zich tot God.

Maar het komt niet altijd goed. Hoe kan het dan dat God wil dat ik lijd? Dat is een belangrijke vraag voor gelovigen die geconfronteerd worden met zware tegenslagen in het leven. In dit opzicht biedt het geloof behalve steun en betekenis, ook nieuwe problemen, zoals verwarring en twijfel, waarmee gelovigen moeten zien om te gaan. Sommigen slagen erin deze pijnlijke vraag naar het *waarom* van het lijden om te zetten in een positieve, op de toekomst gerichte vraag naar het *waartoe*. Wat kan ik ermee? Dat is niet makkelijk en niet iedereen zal zonder kleerscheuren een dergelijke proces voltooien. ‘Aandacht voor zingeving’ wordt nogal eens als panacee voor gelovige cliënten in de geseculariseerde zorg gebruikt, maar daarmee zijn zij er nog niet. Het gaat om aandacht voor de *problemen* van zingeving.

Waarom deze hele exercitie van zingeving en bronnen van kracht, wanneer een rationele verklaring van de ziekte zou kunnen volstaan, ook zonder zingeving *in relatie tot het heilige*? Dat is een reële vraag van lezers en hulpverleners die zelf geen affiniteit met het geloof hebben. Voor de respondenten van dit onderzoek – en voor veel gelovigen met hen – geldt echter dat het geloof zich per definitie uitstrekt tot voorbij de grenzen van de rationele verklaring. De gelovige gelóóft, vertrouwt en weet gevoelsmatig dat God er is en een onlosmakelijk deel van zijn leven uitmaakt. Daar putten mensen kracht en troost uit, onafhankelijk van de vraag of God ziekte en tegenslag gewild heeft of niet.

Het geloof is een integraal deel van hun leven, niet meetbaar in termen van een last of een zegen. Religieuze coping is geen strategie die bij onvoldoende resultaat kan worden ingeruild voor een andere strategie, maar een zoektocht naar betekenis – waardevol, ongeacht het resultaat van het zoeken.

Literatuur

- Aroche, J. & Coello, M.J. (2004). Ethnocultural Considerations in the Treatment of Refugees and Asylum Seekers. In *Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims*. New York: Brunner-Routledge.
- Bartels, K. (2003). Gezondheidstoestand. In R. Grotenhuis (red.), *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- Berry, J.W. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. In J.S. Berry, U. Kim, T. Minde & D. Kok, *Migration and Health. Special Issue International Migration Review*, Vol. 11(3), p. 491-511.
- Bouwer, J. (2002). Diagnose van de geest? Aanzetten tot het ontwikkelen van religieuze anamnese in de hulpverlening. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6, p. 592-602.
- Buitenweg, R. (1993). Tussen godsdienst en atheïsme. Een humanist op zoek naar zin. *Zingeving en spiritualiteit. Reader HSW-conferentie, 19 januari 1993*. Driebergen: Hogeschool De Horst.
- Braakman, M. & Kaasenbrood, A. (2002). Grensgevechten. Over complicaties in de psychiatrische behandeling van asielzoekers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57 (1), p. 9-23.
- Dantzig, A. van (1995). *Is alles geoorloofd als God niet bestaat? Over geestelijke gezondheidszorg en maatschappij*. Amsterdam: Boom.
- Dijk, R. van (1989). Cultuur als excuus voor de falende hulpverlening. *Medische Antropologie*, Vol. 2, p. 131-144.
- Driessen, H. (2002). *Pijn en cultuur*. p. 100-121. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Engelhard, D. (2004). *Zorgen over terugkeer: Terugkeermigratie met gezondheidsproblemen*. Utrecht: Pharos.
- Falsetti, S.A., Resick, P.A. & Davis, J.L. (2003). Changes in Religious Beliefs Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. Vol 16(4), p. 391-398.
- Fargahi, A. (2000). Allah's wil als balsem voor de gewonde ziel; de islam in de hulpverlening. *Phaxx*. Vol. 3, p. 8-10.
- Feldmann, C.T. (1996). Medische opvang nieuwkomers: vluchtelingen en

- asielzoekers. In *Migranten en gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fetzer Institute & National Institute on Aging Working Group (1999). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. John E. Fetzer Institute, www.fetzer.org/PDF/total_fetzer_book.pdf.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol 21, p. 219-239.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books.
- Geest, S. van der & Nijhof, G. (1989). *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur: verkenningen in de medische antropologie en sociologie*. Amsterdam: Spinhuis.
- Gerritsen, A.M., e.a. (2004). Health and Health Care Utilisation among Asylum Seekers and Refugees in the Netherlands: Design of a Study. *BMC Public Health*, Vol. 4(7).
- Godee, R. (2004). *Een ster met duizend puntjes. Een scriptie over hulpverlening aan Somalische vluchtelingen*. Den Bosch: HSAO, Maatschappelijk werk.
- Gódziak, E.M. (2002). Spiritual Emergency Room: The Role of Spirituality and Religion in the Resettlement of Kosovar Albanians. *Journal of Refugee Studies*, Vol. 15(2).
- Grotenhuis, R. (red.) (2003). *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- Haveman, H.B & Uniken Venema, P. (1996). *Migranten en gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Helman, C.G. (2001). *Culture, Health and Illness*. London: Arnold.
- Hermans, H. (1994). *Een kopzorg minder. Psychotips voor alledaagse problemen*. Amsterdam: Boom.
- Heuvel, W.J.A. van den (1998). Health Status of Refugees from Former Yugoslavia: Descriptive Study of the Refugee. *Croatian Medical Journal*, Vol. 39(3), p. 356-360.
- Hoffer, C. (1994). *Islamitische genezers en hun patiënten: gezondheidszorg, religie en zingeving*. Amsterdam: Spinhuis.
- Hoffer, C. (2000). *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Hoffer, C. (2002). *GGZ, religie en allochtone cliënten; islamitische visies als voorbeeld*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Hoffer, C. (2003). De GGZ, religie en zingeving: de zorg voor cliënten met een islamitische achtergrond. In F. van Ree (red.), *GGZ en levensbeschouwing. Psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelanders*. p. 203-221. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hondius, A. & Willigen, L. van (1989). Baseline Health Care for Refugees in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, Vol. 28(7), p. 729-733.
- Hovey, J.D. (2000). *Brief Religious Coping Scale*. Toledo: University of Toledo.
- Hutschemaekers, G. & Festen, T. (2004). *Vragen naar Zin: Het perspectief van de GGZ-cliënt*. Tilburg: ksgv.

- Jong, J. de (1987). *A Descent into African Psychiatry*. Amsterdam: KIT.
- Jong, J. de (2002). *Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Socio-Cultural Context*. New York: Kluwer Academic.
- Joopma-Tieleman, P. (1996). *Godsdienst als speelruimte voor verbeelding. Een godsdienst psychologische studie*. p. 205-209. Kampen: Kok.
- Joseph, S. & Linley, P.A. (2004). Adversarial growth and positive change following trauma: Theory, research, and practice. *Ricerche di Psicologia*, Vol 27, p. 177-190.
- Kempen, G., Brilman, E., Heyink, J. & Ormel, J. (1995). *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de MOS Short-Form General Health Survey (SF-20): Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (2005). *Culture and Psychiatric Diagnosis and Treatment: What Are the Necessary Therapeutic Skills?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Koenig, H., George, L. & Siegler, I. (1988). The Use of Religion and Other Emotion Regulating Coping Strategies Among Older Adults. *The Gerontologist*, Vol. 28, p. 303-310.
- Koenig, H., McCullough, M. & Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Kramer, S., Bala, J., Dijk, R. van & Öry, F. (2003). *Making Sense of Experience: Patronen van betekenisverlening en coping van asielzoekers*. Utrecht: USBO.
- Kushner, H.S. (1983). *Als 't kwaad goede mensen treft*. Baarn: Ten Have.
- Laban, K. e.a. (2003). *Hoe helpt u mij? De ggz-praktijk voor vluchtelingen en asielzoekers die onder de ZRA-regeling vallen*. Utrecht: Pharos.
- Laban, K., Gernaat, H., e.a. (2004). Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 192(12), p. 843-851.
- Leeuwen, R. van, Tiesinga, L., Jochemsen, H. & Post, D. (2003). De samenhang tussen spiritualiteit en gezondheid bij patiënten met lichamelijke aandoeningen; een analyse van geneeskundige en verpleegkundige studies. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, Vol. 147, p. 1297-1300.
- Maat, L. & Bos, T. (2002). 's Nachts droom ik van vogels... Over psychiatrische zorg aan vluchtelingen op Phoenix. *Tijdschrift voor bezinning*, nr. 3, p. 45-55.
- Matheijer, M. (2000). *De toelating van vluchtelingen in Nederland en hun integratie op de arbeidsmarkt*. p. 76-80. Amsterdam: Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies.
- Mattlin, J.A., Wethington, E. & Kessler, R. (1990). Situational Determinants of Coping and Coping Effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 31, p. 103-122.
- Meekeren, E. van, Limburg-Okken, A. & May, R. e.a. (2002). *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenle-*

- ving. Amsterdam: Boom.
- Meisenhelder, J.B. (2002). Terrorism, Posttraumatic Stress, and Religious Coping. *Issues of Mental Health Nursing*, Vol. 23, p. 771-782.
- Menges, L.J. (1986). *Gezondheid en ziekte; gedragswetenschappelijke verkenningen*. p. 96-98. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu.
- Mesotten, B. (1996). *Binnenkijken in woorden; etymologische verkenningen*. Kapellen: Pelckmans.
- Mijs, J. (1999). Genezing via de achterdeur; bijgeloof en hulpverlening. *o/25*, Vol. 6, p. 20-23.
- Pargament, I.K. (1997). *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, I.K. e.a. (1998). Red Flags and Religious Coping: Identifying Some Religious Warning Signs Among People in Crisis. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 54(1), p. 77-89.
- Pargament, I.K., Koenig, H. & Perez, L. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 56(4), p. 519-543.
- Pieper, J. & Uden, M. van (1996). Geloof en levensbeschouwing binnen de RIAGG-hulpverlening; ex-cliënten aan het woord. *Psyche en Geloof*, Vol. 7, p. 115-127.
- Pieper, J. & Uden, M. van (2000). *Geestelijke verzorging op Van Gogh: Onderzoek onder cliënten van het Vincent van Gogh Instituut naar hun geloof/ levensbeschouwing en hun behoefte aan geestelijke verzorging*. Venray: Vincent van Gogh Instituut.
- Pieper, J. & Uden, M. van (2001). *Geestelijke verzorging op De Fontein; Onderzoek onder cliënten van De Fontein naar hun geloof/ levensbeschouwing en hun behoefte aan geestelijke verzorging*. Utrecht: De Fontein.
- Pieper, J. & Uden, M. van (2003). Geloof en levensbeschouwing binnen het referentiekader van psychotherapeuten. In F. van Ree (red.), *GGZ en levensbeschouwing; psychiatrische hulpverlening aan Nederlanders en medelanders*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Praag, J. P. van (1978). *Grondslagen van humanisme*. Meppel: Boom.
- Procee, H., Kortmann, F. & Kempen, H. (1993). *Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg*. Baarn: Ambo.
- Ramsaran, R. e.a. (2003). *Wankele waarden: levenskwesties van Moslims belicht voor professionals*. Utrecht: Forum.
- Ree, F. van (2003). *GGZ en levensbeschouwing; Psychiatrische hulpverlening aan Nederlanders en medelanders*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Ridder, D. de, Depla, M., Severens, P. & Malsch, M. (1997). Beliefs on Coping with Illness: A Consumer's Perspective. *Social Science and Medicine*, Vol. 44(5), p. 553-559.
- Roelandt, Th. & Veenman, J. (1986). *Minderheden: sociale positie en voorzieningengebruik; Achtergrondstudie 1986 van rapportagesysteem. Toegankelijkheid en Evenredigheid*. Rotterdam: ISEO.

- Rohlof, H., Bala, J. & Waning, A. van (1996). Omgaan met stress en trauma's. Vluchtelingen en coping. *Phaxx*, Vol. 3, p. 6-9.
- Rohlof, H., Groenenberg, M. & Blom, C. (2001). *Vluchtelingen in de GGZ. Handboek voor de hulpverlening*. Utrecht: Pharos.
- Roy, A. de, e.a. (1997). *Beroep: Geestelijk verzorger*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schiller, P. L. & J. S. Levin (1988). Is there a Religious Factor in Health Care Utilization?: A Review. *Social Science and Medicine*, Vol. 27(12), p. 1369-1379.
- Shadid, W. (1993). Intercultural communication in the medical care sector. *Culture, Development and Communication*. Leiden: CNWS, p. 70-91.
- Snyder, C.R. (1999). *Coping: The Psychology of What Works*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Spaink, K. (1992). *Het strafbare lichaam: De orenmaffia, kwakdenkers en het placebo-effect*. Amsterdam: De Balie.
- Stemers-Van Winkoop, M. (2001). *Geloven in zorg. Omgaan met geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit in de gezondheidszorg*. Baarn: HB Uitgevers.
- Straten, C. van (2003). Religies in het Geestelijk Centrum; Spanningsvelden tussen algemeen geestelijk begeleiden en het aanbieden van een levensbeschouwelijk referentiekader, oftewel spanningsvelden tussen algemene en specifieke spiritualiteit. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, Vol. 27, p. 15-21.
- Straten, C. van (2004). Spiritualiteit en religie in de zorginstelling. Aandachtvelden van de Geestelijke Verzorging. *vn Va-Krant*, september 2004, www.vnva.nl.
- Straten, C. van (2004). *Religieuze coping en wat dat kan betekenen voor vluchtelingen*. Lezing op conferentie 'God zal voor mij zorgen', 9 december 2004, Utrecht: Pharos.
- Sundquist, J., Iglesias, E. & Isacson, A. (1995). Migration and Health: A Study of Latin American Refugees, Their Exile in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 13(2), p. 135-140.
- Tennekes, J. (1982). *Symbolen en hun boodschap*. Assen: Van Gorcum.
- Tennekes, J. (1985). Cultuur en cultuurverschillen. *Migrantenstudies*, Vol.1, p. 17-39.
- Tennekes, J. (1993). *De onbekende dimensie. Over cultuur, cultuurverschillen en macht*. Apeldoorn: Garant.
- Tepper, L., e.a. (2001). The Prevalence of Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 52(5).
- Tichelman, P. (1996). God has an answer to all your problems. Genezingssessies binnen een Ghanese pinkstergemeente in Amsterdam-Zuidoost. *Medische Antropologie*, Vol. 8(2).
- Tillo, G. van (2000). Toevluchtsoord in tijden van nood. *Phaxx*, Vol. 3, p. 5-7.
- Underwood, L. & Teresi, J. (2002). *The Daily Spiritual Experience Scale: Development, Theoretical Description, Reliability, Exploratory Factor Analysis, and Preliminary Construct Validity Using Health-Related Data*. Boston: The Society of Behavioral Medicine.
- Vries, S. de (2002). *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.

- Warmerdam, J. & Tillaart, H. van den (2002). *Arbeidspotentieel en arbeidsmarktloopbanen van vluchtelingen en asielgerechtigden; een verkennend onderzoek naar ervaringen van nieuwkomers op de Nederlandse arbeidsmarkt*. Nijmegen: OSA.
- Watters, C. (2001). Emerging Paradigms in the Mental Health Care for Refugees. *Elsevier Science Ltd. online*.
- Willigen, L. & Hondius, A. (1992). *Vluchtelingen en gezondheid: Deel I. Theoretische beschouwing omtrent medische klachten van vluchtelingen in de eerstelijnszorg*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Willigen, L. & Hondius, A. (1992). *Vluchtelingen en gezondheid: Deel II. Empirisch onderzoek naar medische klachten van vluchtelingen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Withuis, J. (2002). *Erkenning. Van oorlogstrauma naar klaagcultuur*. p. 151-175. Amsterdam: Bezige Bij.
- Witvliet, C.V.O. e.a. (2004). Posttraumatic Mental and Physical Health Correlates of Forgiveness and Religious Coping in Military Veteran. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17(3), p. 269-273.

BIJLAGEN

Samenwerking psychiater en geestelijk verzorger

Douwe van der Heide (psychiater), Taco Bos (geestelijk verzorger)

De psychiater

Mevrouw Krasnovski¹ komt uit een van de voormalige deelrepublieken van de Sovjet-Unie. Ze is met haar gezin vanwege politieke problemen gevlucht. Kort na haar aankomst overleed haar man aan kanker. Enig tijd later bereikte haar het bericht dat haar zoon in het land van herkomst onder verdachte omstandigheden is omgekomen, nadat hij daarheen met zijn vrouw was teruggekeerd. Tot voor kort woonde mevrouw Krasnovski in bij haar dochter en schoonzoon, in een caravan in een asielzoekerscentrum. Ze stond daar al enige tijd onder behandeling bij een psychiater, omdat ze mensen ziet en hoort die er niet zijn, en soms in haar verwarring vernielingen aanricht in huis. Er zijn diverse soorten medicijnen uitgeteerd, maar zonder resultaat. Inmiddels is ze opgenomen in Phoenix, een gespecialiseerde kliniek van *de Gelderse Roos* in Wolfheze die met name bedoeld is voor psychotische asielzoekers en vluchtelingen.

In Phoenix komt ze eerst bij mij onder behandeling. Ze is niet voor niets doorgestuurd naar onze kliniek en het is niet te verwachten dat de gebruikelijke medicijnen en behandelingen nog gaan helpen. Het is tijd om de behandeling aan haar aan te passen, in plaats van andersom. Om de behandeling zo goed mogelijk af te stemmen op de patiënt proberen we zes vragen te beantwoorden. We noemen dat de culturele formulering.

- 1 Waaraan ontleent mevrouw Krasnovski haar gevoel van identiteit? Ze voelt zich een echte Russin, verbonden met de Russisch-orthodoxe kerk. Haar persoonlijke beleving van haar religie bevat veel magische elementen. Ze gelooft in engelen, maar ook in verscheidene soorten geesten, in wonderen en in de kracht van religieuze rituelen. Haar geloof is voor haar onlosmakelijk verbonden met haar identiteit.

¹ We gebruiken een pseudoniem en anonimiseren gegevens zoveel mogelijk om herkenning te voorkomen.

- 2 Wat vindt ze zelf het moeilijkste aspect van haar problemen? Het zit haar nog het meest dwars, is dat ze haar dochter en schoonzoon tot last is, vooral nu die het druk hebben met hun eerste kind. Bovendien is ze bang dat de geesten die zij waarneemt haar gezin kwaad zullen doen. En ze denkt dat niemand haar wil geloven.
- 3 Wat is haar eigen verklaring voor haar problemen? ‘Dat hoort u toch te weten?’, is haar eerste reactie. Als ze er toch iets meer over vertelt, blijkt dat de plaaggeest een van de artsen is, die haar man behandelden. Ze denkt dat deze hem destijds heeft vermoord met een injectie (‘dat gebeurt immers wel vaker in Nederland...’) en dat hij nu ook uit is op haar dood. Bovendien vermoedt ze dat hij ook is betrokken bij de dood van haar zoon. Deze arts is niet de enige die haar lastigvalt. Ook haar overleden man en zoon verschijnen regelmatig aan haar, vooral ’s nachts. Soms zijn ze boos op haar en daar wordt ze erg verdrietig van. Ze weet verder niet, waarom haar dit alles overkomt.
- 4 Waaraan ontleent zij kracht en wat is voor haar ondermijnend? Haar dochter en schoonzoon geven veel om haar ondanks de problemen die ze veroorzaakt, en ze geniet ook erg van haar kleinkind. Haar geloof biedt haar ook veel kracht en steun. Ondermijnend is dat ze woont in een overbevolkt asielzoekerscentrum. ’s Nachts kan ze nauwelijks slapen door het lawaai van de burens, die haar uitlachen omdat ze haar gek vinden. Ze lijdt erg onder het uitzichtloze bestaan van haar gezin in het centrum en onder het uitblijven van een verblijfsvergunning. Ze maakt zich veel zorgen over de toekomst.
- 5 Hoe beïnvloedt dit alles haar relatie met de hulpverlener? Ze raakt altijd een beetje in de war als hulpverleners haar als een gelijke behandelen. Ze heeft een traditioneel beeld van dokters en schrijft bijna magische krachten toe aan de moderne geneeskunde; daarom is ze er trouwens ook bang voor. Ze voelt zich nog het meest op haar gemak bij psychiaters die zich als een ‘echte’ dokter gedragen. Te veel vragen die niet direct verband lijken te houden met haar klachten, maken haar achterdochtig, inclusief deze zes vragen.
- 6 Kan extra aandacht voor deze zaken de behandeling helpen? Laten we om deze vraag te beantwoorden, kijken naar een gesprek tussen mevrouw Krasnovski (K) en mijzelf (P) (met hulp van een tolk).

P: (...) Trouwens, de verpleegkundigen zeggen dat ze die nare dokter van u helemaal niet kunnen zien – wist u dat?

K: Ja, dat zeggen ze. Maar ik zie hem echt! Eerst klopt hij tegen mijn raam. En dan zie ik hem buiten, tussen de struiken, in zijn witte jas. Soms hoor ik hem ook op het dak scharrelen. Dat is heel duidelijk te horen.

P: Nou, mensen vertellen mij dat soort dingen wel eens vaker, hoor. U bent niet de enige die daar last van heeft. En telkens als de anderen kijken, is hij nét weg.

K: Precies... Hoe weet u dat?

P: Nou, van andere patiënten, die dat ook wel eens hebben. Bij hen gaat het vaak om andere personen, die ze dan ook anders noemen.

K: Hoe noemen ze het dan?

P: Volgens sommigen gaat het om geesten. Omdat ze zomaar ineens in je kamer kunnen staan, terwijl alle ramen en deuren dicht zijn.

K: Dat is bij mij ook zo!

P: Kijk eens aan. Zouden geesten je ook kunnen vermoorden?

K: Sommige geesten wel.

P: Dan hebt u wel geluk gehad. Die van u roept al tijden dat hij u dood gaat maken, maar het enige dat hij doet is op uw raam tikken en over uw dak lopen. Net alsof hij u alleen maar bang wil maken.

K: Ja, maar ik ben wel bang...

P: En wat doet u dan?

K: Dan gooi ik iets zwaars naar hem. Toen ik in het weekend in het azc was, heb ik weer een ruit kapot gegooid. Mijn dochter was zo boos op me.

P: Is dat wat je dan moet doen om een geest weg te krijgen, iets zwaars gooien?

K: Nee, dan moet je een gebed opzeggen en een bijbel of een icoon vasthouden.

P: Doet u dat ook als uw zoon aan u verschijnt?

K: Mijn zoon doet zo boos tegen me. Dan word ik bang, maar ik zou voor hem moeten bidden en hem troosten.

P: Weet u, de volgende keer moet u mij maar vertellen wat hij allemaal zegt.

Dan gaan we samen nadenken wat u het beste tegen hem kunt zeggen om hem te troosten. Maar van de bijbel en iconen heb ik niet zo'n verstand. Wilt u daarover een keer met een priester praten?

K: Ja, dat zou fijn zijn.

Wanneer een hulpverlener mevrouw Krasnovski ervan probeert te overtuigen dat haar verschijningen voortkomen uit haar eigen geest, om ze daarmee onschadelijk te maken, zal hij niet ver komen. Door aan te sluiten bij háár leefwereld kan het na verloop van tijd wel lukken deze boosaardige en machtige achtervolger te veranderen in een relatief onschuldige plaaggeest. Bovendien kan ze leren om op een adequate manier de spanning te verlagen, wanneer ze die kwelgeesten waarneemt, in plaats van – onbedoeld – vernielingen aan te richten door zware voorwerpen naar hen te gooien.

De verschijningen van haar man en zoon vertolken in wezen de gevoelens van woede, onmacht en rouw die zij doormaakt na hun overlijden. Door een gesprek aan te gaan met deze verschijningen heeft zij een uitlaatklep om met deze gevoelens om te gaan. Bij een succesvolle behandeling zal de woede van de zoon uiteindelijk omslaan in verdriet, en in een later stadium komt er wellicht ook weer ruimte voor goede herinneringen. Het bijsturen van denkbeelden en het leren omgaan met gevoelens zijn in principe gewone psychotherapeutische technieken die bij het werk van een psychiater horen.

Van iconen, de bijbel en de praktische kanten van het geloof, weet ik niet veel af, zoals ik in de dialoog al gewoon tegen de patiënt vertelde. Maar deze aspecten doen wel ter zake als de patiënt erin gelooft. Hier komt de behandelaar op het terrein van de geestelijk verzorger.

De geestelijk verzorger

Mevrouw Krasnovski blijkt open te staan voor een gesprek met mij als geestelijk verzorger. Ik maak kennis met haar in het bijzijn van de psychiater. Ons driegesprek wordt ondersteund door een telefonische tolk. De psychiater vertelt kort haar levensgeschiedenis. Hij legt onder meer uit op welke manieren mevrouw Krasnovski last heeft van de plaaggeesten. Ze knikt en herkent zich helemaal in de door hem geleverde beschrijving.

GV: Wat hebt u veel te dragen gekregen de laatste paar jaar. Uw vlucht naar Nederland, het overlijden van uw man, en kortgeleden ook dat van uw zoon. En dan is er nu die plaaggeest. Wat een moeilijke situatie.

K: Ja, heel, heel moeilijk.

GV: Gelukkig krijgt u al veel hulp van de dokter. Als u wilt, kan ik ook met u kijken naar manieren om u te helpen. Misschien valt er iets aan die geest te doen.

K: Ja, heel graag. Hij houdt me uit mijn slaap. Het is een slechte man! Hij maakt mij steeds bang.

GV: Dat u bang van hem wordt, kan ik me goed voorstellen. Het zou fijn zijn als hij u eens wat meer met rust laat. Als christenen mogen we weten dat God sterker is dan alle machten of krachten. Hij staat aan onze kant. Ik hoop, dat u daar iets van mag merken.

K: Ja, dank u wel. Ik bid zelf ook veel. Dan word ik soms weer rustig. Dan gaat de geest weg.

GV: Dat is fijn. Als u wilt, kunnen we daar een keer verder over praten. Over hoe en wat u het beste kunt bidden, als die geest u lastigvalt. Ook kunnen we samen naar de kapel gaan en daar een kaars branden bij Maria. Om uw zorgen bij God te brengen of om uw overleden man en zoon te gedenken.

K: Ja, graag, dat vind ik goed.

Mevrouw Krasnovski was gevoelig voor de archetypische autoriteit van de arts en is dat ook voor die van de geestelijke. Dat past bij haar karakter en wordt versterkt door haar cultuur en geloof. Het gezag dat ik als pastor voor haar belichaam, berust in dit beginstadium van ons contact voornamelijk op mijn kerkelijk ambt, en op het feit dat de psychiater haar naar mij heeft doorverwezen. Krasnovski vindt het helemaal geen bezwaar dat de kerkelijke denominatie van mij een andere is dan die van haarzelf. Op mijn uitleg dat ik christelijk pastor ben, maar wel van de protestantse variant, reageert ze ruimhartig: 'Dat maakt niet uit. Er is maar één God.'

Zo is er tijdens onze eerste ontmoeting al een flink beginkapitaal aan vertrouwen aanwezig; bij geestelijke verzorging is dat niet ongebruikelijk (De Roy 1997). Hoe kan de pastor vruchtbaar voortbouwen op dat initiële vertrouwen? In mijn geval betekent dit, dat ik geen pasklaar 'recept' voor een geïsoleerd probleem, zoals een geestverschijning, toepas. Ik kan wat dat betreft pas iets bete-

kenen, als uit het beginnende vertrouwen een meer persoonlijke relatie is gegroeid. Erkenning van pijn en verdriet, uitstralen van betrokkenheid en hoop, en proberen aan te sluiten bij haar belevingswereld, zijn daarbij vanzelfsprekende, maar essentiële elementen. Oogcontact, onthouden van namen en gebeurtenissen, momenten van nabijheid en humor, zijn concrete vaardigheden die ertoe doen en die passen bij de rol van pastor.

Maar mevrouw Krasnovski en haar psychiater spreken mij ook aan op het verstand dat ik dien te hebben van geesten en de bijbel. En dus zijn niet alleen relationele, maar ook pastoraal-theologische competenties aan de orde. Hoe kan ik een gids zijn in het ingewikkelde landschap van Krasnovski's geloofs- en levensvragen? Om te beginnen zoek ik aansluiting bij haar geloofsachtergrond. Ik put uit mijn eigen kennis van en ervaring met de Russisch-orthodoxe traditie. Hoewel dit niet mijn eigen traditie is, ervaar ik voldoende raakvlakken met mijn eigen geloof om haar met innerlijke overtuiging te kunnen begeleiden. Daarmee spelen meteen ook mijn eigen bijbelkennis, theologie en spiritualiteit een rol in het contact met haar.

Mijn kennis van de Russische orthodoxie is beperkt, daarom raadpleeg ik af en toe mevrouw Krasnovski zelf als informant. Zij weet dat ze me soms een beetje moet helpen, omdat ik weliswaar pastor, maar niet Russisch-orthodox ben. Geen van ons beiden lijkt dat als handicap te ervaren, het is eerder een van de bruggen waarlangs ons contact verloopt.

Hoe ziet ons contact er concreet uit? Wekelijks hebben we een gezamenlijk moment van gebed in de kerk op het ziekenhuisterrein. Daarin kan zij iets beleven van de bij haar passende devotie. De kerkbezoekjes laten we meestal voorafgaan door een kort gesprek, op mijn kamer, in de kerk, of wandelend in de buitenlucht. Een enkele keer spreken we met hulp van een telefonische tolk. We praten over haar overleden man en zoon, over hoe het gaat met haar dochter en haar gezin, maar ook over de overlast die zij ervaart van haar plaaggeest en wat ze zou kunnen doen als die zich weer meldt. Samen bedenken we dat ze dan zelf op haar eigen kamer een gebed zal uitspreken en een kaars zal branden. Met de verpleging stem ik af of dit kan en mag in het kader van de huisregels op de afdeling. Hopelijk vergroot dit haar zelfredzaamheid, niet alleen overdag maar ook 's nachts, en neemt haar angst af.

Na enkele maanden hebben we het steeds minder over de plaaggeest en meer over het verlies van haar man en zoon. Het gaat om haar verdriet, rouw en eenzaamheid. Ze begint meer te vertellen over haar overleden man en zoon, wie ze waren, en hoezeer ze hen mist. Elk gesprekje sluiten we af met het branden van kaarsen in het Mariahoekje in de kerk. We branden de eerste tijd alleen een kaars voor haar man en zoon. Soms zetten we bij die kaars een foto van de overledenen en soms zet ik er een icoonplaatje bij dat zij later, bij wijze van transitional object, kan meenemen naar haar kamer.

Ze neemt graag het voorstel over om ook voor de levenden een kaars te branden: voor haarzelf, haar dochter, kleinkind en schoonzoon. Zo brandt er naast de kaars voor het gedenken en het verdriet, ook een kaars voor het leven, de toe-

komst en de hoop. Aldus biedt het ritueel een bedding voor het benoemen en ervaren van de heftige gebeurtenissen uit het recente verleden en van gevoelens van verdriet, rouw, angst, hoop en verbondenheid, zonder dat alles hoeft te worden uitgesproken. Als gelovige vrouw ervaart ze in het ritueel bovendien iets van de geborgenheid en verbondenheid die zo kenmerkend zijn voor religieus geloof. Na afloop van deze rituele momenten moet ze altijd even haar tranen afvegen en zegt ze vaak zoiets als: 'Zo is het goed' of 'Nu ben ik rustig.'

Na verloop van tijd toont ze meer initiatief door zelf contact met me te zoeken. Een enkele maal vraagt ze me om met haar buiten op de begraafplaats kaarsen te branden. We doen dat bijvoorbeeld op de verjaardag van haar zoon en met het Russisch-orthodoxe paasfeest, waarbij ze me uitlegt hoe ze dat vroeger gewend was te vieren. Het zijn emotionele momenten, met flakkerende kaarsjes in de wind en een bijpassende, door mij uitgezochte, bijbeltekst.

Nadat we bijna een jaar lang contact met elkaar hebben gehad, eerst wekelijks en later tweewekelijks, is het tijd om afscheid te nemen. Er is voor mevrouw Krasnovski een plaats gevonden in een beschermde woonvorm. Ze neemt op een warme manier afscheid, brengt iets lekkers mee en zegt dat ze me zal missen. Ze vraagt me voor haar te blijven bidden.

Vervolg

Bij het organiseren van de hulpverlening aan buitenlandse patiënten is er de keuze tussen een apart circuit voor deze specifieke groep enerzijds en de reguliere zorg, waarop de patiënt moet worden voorbereid, anderzijds. Onze kliniek, Phoenix, kiest voor het laatste. Mevrouw Krasnovski werd voorbereid op een plaats in een beschermde woonvorm. Inmiddels is zij de eerste buitenlandse bewoner daar.

Haar nieuwe begeleiders willen graag weten hoe ze ook voor haar 'zorg op maat' kunnen bieden. Als psychiater en geestelijk verzorger van Phoenix hebben we hierover enkele malen met hen overlegd. Om te streven naar een vorm van rehabilitatie zoeken zij naar manieren om het dagelijkse functioneren van hun patiënten te verbeteren, waarbij zij rekening houden met hun beperkingen. Bij mevrouw Krasnovski betekent dit dat zij moeten leren werken met de tolkentelefoon, terwijl zij tegelijk lessen Nederlands voor haar moeten blijven organiseren. Verlangend dat Krasnovski met haar hulpverleners alleen Nederlands spreekt, heeft weinig zin, want door haar ziekte is ze niet goed meer in staat een nieuwe taal echt te leren.

Met haar nieuwe hulpverleners spreken we ook over de vraag hoe mevrouw Krasnovski een beroep kan doen op onder meer haar religieuze bronnen van kracht, als op momenten van eenzaamheid haar geesten zich weer roeren. We gaan in op de vraag welke mensen en instanties haar op religieus gebied passende zorg kunnen bieden, bijvoorbeeld pastores of vrijwilligers uit de lokale kerk, en hoe zij contacten kan zoeken met taal- en geloofsgenoten.

Volgens de laatste berichten gaat het in de beschermde woonvorm naar omstandigheden redelijk goed met mevrouw Krasnovski. Ze heeft in de groep haar plek gevonden. Af en toe komt zij voor een onderhoudsgesprek met de psychiater terug naar de Phoenix. Haar vaste woonbegeleider gaat regelmatig met haar mee naar de plaatselijke rooms-katholieke parochiekerk om daar een kaarsje te branden.

2

Methodologie en onderzoekopzet

LITERATUURONDERZOEK

In het literatuuronderzoek dat allereerst is verricht, is een selectie gemaakt van de relevante literatuur op het gebied van vluchtelingen en asielzoekers, gezondheid, coping en religie. De literatuur is bijeengezocht door middel van zoektermen in openbare catalogi, relevante wetenschappelijke tijdschriften en op aanraden van de adviescommissie en betrokken wetenschappers. Er is uitputtend, maar niet exclusief, gebruik gemaakt van de omvangrijke literatuur van Kenneth Pargament en het onderzoek dat hij met anderen op dit gebied heeft verricht. In het bijzonder zijn publicatie *The Psychology of Religion and Coping* (1997) hebben wij veelvuldig gebruikt voor de literatuurstudie. De reden hiervoor is dat het een uitvoerig handboek over religieuze coping betreft, dat ook in andere literatuur uitvoerig wordt geciteerd, en precies aansluit bij onze onderzoeksvraag. Het had geen betrekking op onze onderzoeksgroep vluchtelingen en asielzoekers. De literatuur is thematisch verwerkt in een apart hoofdstuk over dit in Nederland relatief nieuwe onderwerp. In dit hoofdstuk is relatief summier aandacht besteed aan doelgroep en gezondheidsaspecten, omdat de onderzoekers ervan uitgingen dat deze in andere publicaties van Pharos al uitvoerig aan de orde zijn geweest. Op de thema's coping, religie en religieuze coping is uitvoerig ingegaan.

EMPIRISCH ONDERZOEK

Vervolgens is een empirisch onderzoek verricht onder de doelgroep. Het gaat daarbij om de vraag op welke wijze vluchtelingen als potentiële hulpvragers gebruik maken van religieuze coping met betrekking tot gezondheidsvragen. Het gaat uitdrukkelijk niet om kwantitatieve data met betrekking tot het vóórkomen van religieuze coping onder de doelgroep, evenmin gaat het om de vraag of religieuze coping een aantoonbaar positieve invloed heeft op de gezondheid. Dit laatste aspect is uiterst moeilijk meetbaar en viel uitdrukkelijk niet binnen de opdracht van het onderzoek. We hebben wel in het literatuurhoofdstuk enige aandacht besteed aan deze vraag op basis van bestaande bronnen.

Er zijn 118 vragenlijsten ingevuld door vluchtelingen en asielzoekers. Met zestien van hen is een aanvullend diepte-interview gehouden. Daarnaast is nog met een aantal vrijwilligers en professionals gesproken en zijn enkele kerkdiensten en lesgroepen bezocht.

De vragenlijst bestaat uit 39 vragen. De lijst, als bijlage 4 achterin dit boek opgenomen, is door de onderzoekers samengesteld. Daarbij zijn enkele vragen, al dan niet in aangepaste en vertaalde vorm, overgenomen uit de *General Health Survey Short Form (SF 20)*, de *Religious Coping scale RCOPE* (Fetzer 1999), en de *Brief Religious Coping Scale* (Hovey 2000). De lijst bestaat uit vier delen: een algemeen deel (acht vragen), een deel over gezondheid en wijze van hulpzoeken (tien vragen), een deel over de beleving van het geloof (acht vragen) en een deel over aspecten van religieuze coping (veertien vragen). Er is bij de analyse één vraag komen te vervallen, over de hulp die al dan niet ontvangen werd van de kant van een *geestelijk verzorger*. Bij de verwerking en bij de interviews bleek dat deze term, hoewel uitgelegd in de toelichting, te veel misverstanden opriep. Sommigen dachten dat het betrekking had op een 'geestelijke' (zoals een dominee of imam); anderen dat het om iemand uit de 'geestelijke gezondheidszorg' ging. De vraag bleek daarmee onvoldoende valide.

De vragenlijsten zijn in eerste instantie via de sneeuwbalmethode verspreid, gebruik makend van e-mail en post. De adressen zijn aangeschreven via religieuze instellingen, gezondheidszorginstellingen en het netwerk van Pharos. Door de aard van verspreiding is de responsratio vanzelfsprekend onbekend. In de laatste fase van verspreiding zijn ook 270 vragenlijsten systematisch uitgedeeld bij de deur van het stempelkantoor van de vreemdelingendienst in het asielzoekerscentrum in Utrecht. Hiervan zijn dertig vragenlijsten (ongeveer tien procent) geretourneerd. De enquêtes konden anoniem worden ingevuld.

Het is niet bekend wat de non-respons bepaalde, maar belangrijke factoren zullen de moeilijkheidsgraad van de taal (Nederlands en Engels) zijn geweest, de gevoeligheid van het onderwerp (zeker ten aanzien van de islam, een geplaatst thema in 2004) en algemene huiver onder vooral asielzoekers om aan onderzoek mee te doen. We hebben dus niet te maken met een aselechte steekproef, maar dat is gezien de vraagstelling ook niet relevant. In bijlage 3 wordt de onderzoeksgroep op alle relevante variabelen vergeleken met algemene gegevens van de populatie vluchtelingen en asielzoekers in Nederland. Op enkele verschillen na, kunnen we zeggen dat we erin geslaagd zijn een redelijk representatieve onderzoeksgroep te vinden. Verschillen zijn zo nodig gecorrigeerd in de statistische verwerking.

De antwoorden verkregen uit de vragenlijsten zijn ingevoerd in het computerprogramma spss voor statistische verwerking. Op deze manier konden groepen binnen de onderzoeksgroep met elkaar vergeleken worden en voor een aantal clusters van vragen gemiddelden worden berekend (zie hieronder). Alle genoemde verschillen zijn significant, tenzij anders vermeld. Soms is de significantiewaarde toegevoegd, bijvoorbeeld wanneer het verschil net niet significant is, maar wel door de onderzoekers als relevant wordt beschouwd. Signifi-

cant wil zeggen dat de kans dat de verschillen op toeval berusten aanvaardbaar klein is, namelijk minder dan vijf procent ($p < .05$).

In de interviews is doorgevraagd op de aspecten van de religieuze coping die betrekking hebben op zingeving, bronnen van kracht en de wijze van hulpzoeken. De respondenten voor de interviews zijn persoonlijk benaderd via de vragenlijsten waarop naam en adres konden worden vermeld (dit was natuurlijk niet verplicht). De interviews werden afgenomen met een semi-gestructureerde vragenlijst. De ingevulde schriftelijke vragenlijst diende eveneens als uitgangspunt voor het interview. De gesprekken vonden in het Nederlands of Engels plaats of met hulp van een familielid dat vertaalde. Er is niet gewerkt met professionele tolken. De aantekeningen van de interviews zijn direct uitgewerkt.

De interviews zijn na de schriftelijke uitwerking op thema gerangschikt. De respondenten, hoewel zij zelden aandrongen op anonimiteit, hebben allemaal een nieuwe naam gekregen. Sommige delen van de uitgewerkte interviews zijn in het boek opgenomen. Deze portretten dienen ter illustratie van de onderzoeksresultaten, de tekst is daarbij soms geredigeerd.

GEMIDDELDEN VOOR RELIGIOSITEIT EN RELIGIEUZE COPING

Er zijn twee gemiddelden berekend op basis van de scores van een aantal vragen gezamenlijk. Ten eerste het gemiddelde voor religiositeit. Er is een aantal vragen opgenomen dat de geloofheid van de respondenten meet. Ten eerste vraag 19, die rechtstreeks vraagt naar de eigen inschatting van het geloof (*Hoe gelovig vindt u uzelf?*), en vervolgens de vragen 22 (praktiseren), 23 (bezoek geloofsruimte) en 24 (invloed geloof op leven). Voor deze laatste groep is met Cronbach's alfa de interne consistentie berekend, met score $\alpha = .638$. Het bleek dat de vraag naar de frequentie van het bezoek aan een geloofsruimte, zoals kerk of moskee, het minst bijdraagt aan de homogeniteit van deze subschaal; deze vraag is uit de subschaal verwijderd. De vragen 19, 22 en 24 hebben samen een interne consistentie van $\alpha = .828$. Dit is ruim voldoende om een gemiddelde score voor religiositeit op te baseren.

Ten tweede het gemiddelde voor religieuze coping. Er zijn verscheidene vragen in de enquête opgenomen die op verschillende aspecten van religieuze coping ingaan. Het gaat om de vragen naar de rol die het geloof speelt in de omgang met gezondheidsproblemen (27); gezondheidsproblemen als les van God (28); gezondheidsproblemen als wil van God (29); aandacht van God voor gezondheidsproblemen (30); steun van God bij gezondheidsproblemen (31); het putten van steun uit bidden (32) en het putten van steun uit lezen in bijbel of koran (33). Zie voor een exacte formulering van de vragen de vragenlijst in bijlage 4. Deze vragen zijn vertaald en aangepast overgenomen uit de *RCOPE* van Pargament (Fetzer 1999). Hoewel zij in de *RCOPE* voorkomen in verschillende subschalen, kunnen ze toch in dit onderzoek als een cluster van vragen worden behandeld. De interne consistentie van $\alpha = .835$ laat dit gemakkelijk toe. De vraag of mensen hun gezondheidsproblemen als de wil van God beschouwen

is het minst consistent met de andere vragen, maar het verschil was te klein om de vraag er daarom uit te laten. Dit cluster van vragen vormt de subschaal voor religieuze coping, waarvoor een gemiddelde waarde is uitgerekend. In de tekst zijn groepen vergeleken aan de hand van de gemiddelde score op deze subschaal.

CONFERENTIE

In de loop van het onderzoeksjaar is extra geld ter beschikking gesteld door de belangrijkste subsidiënt, het Europees Vluchtelingenfonds (EVF). Daarvoor is een conferentie georganiseerd op 9 december 2004. Op deze conferentie konden de eerste resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd, en hebben enkele deskundigen een inleiding gehouden of een workshop geleid. Enkele aandachtspunten die op de conferentie naar voren kwamen, zijn in deze publicatie verwerkt.

ADVIESCOMMISSIE

In de beginperiode van het onderzoek, tijdens het opstellen van het onderzoeksplan, is een adviescommissie in het leven geroepen. Deze bestond uit prof. dr. Rien van Uden (godsdienstpsycholoog, Universiteit van Tilburg en Radboud Universiteit Nijmegen); drs. Douwe van der Heide (psychiater, de Gelderse Roos/Phoenix, een afdeling voor vluchtelingen in de psychiatrische kliniek in Wolfheze); drs. Corry van Straten (geestelijk verzorger, psycho-medisch centrum Parnassia in Den Haag); drs. Patricia Schell (psycholoog, Pharos); drs. Evert Bloemen (arts, trainer/adviseur, Pharos en arts, therapeut, Altrecht – geestelijke gezondheidszorg Utrecht). Zij zijn gedurende het onderzoek twee maal bij elkaar geweest om de onderzoekers van advies te dienen. Enkelen van hen hebben een bijdrage geleverd aan de conferentie op 9 december 2004. De adviescommissie heeft een eerste versie van het manuscript van waarde vol commentaar voorzien.

FINANCIERING EN UITVOERING

Het onderzoek is mede mogelijk gemaakt door subsidies van het Europees Vluchtelingenfonds (EVF), het Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg (Fonds OGZ) en KNR Commissie projecten in Nederland (PIN).

Het onderzoek is uitgevoerd door drs. David Engelhard (onderzoeker, Pharos) en Inge Goorts, onderzoeksassistent en student antropologie aan de Universiteit Utrecht.

DANK

Dit onderzoek was onmogelijk geweest zonder de bereidheid van zoveel vluchtelingen en asielzoekers om de vragenlijst in te vullen en zich eventueel ook nog te laten interviewen. Heel veel dank daarvoor.

De volgende mensen hebben ons vanuit de adviescommissie bijgestaan en het manuscript gelezen en van waardevol commentaar voorzien: Rien van Uden, Douwe van der Heide, Corry van Straten, Patricia Schell en Evert Bloemen. Ook Taco Bos, Jurjen ten Brinke, Msizi Dube, Rene Grotenhuis, Cor Hoffer, Maria Korpershoek, Jean-Marie Luemba, Geert Mommersteeg, Sabine Nijland, Khalil Wedad, Moallem Zadeh en alle collega's van Pharos hebben ons goed geholpen, waarvoor veel dank. We willen de drie subsidiënten eveneens bedanken voor hun bijdrage.

De onderzoeksgroep van in totaal 118 mensen bestond voor twee derde uit mannen en een derde uit vrouwen. Deze verdeling komt precies overeen met die van de asielzoekers in het algemeen in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek).

Voor onze onderzoeksgroep geldt dat ruim de helft onder de 35 jaar was en de overigen erboven. Slechts acht mensen waren ouder dan 50 jaar. Over het algemeen kan gesteld worden dat de onderzoeksgroep enigszins ouder was dan de asielzoekers gemiddeld in Nederland (bij aanvraag asiel). De leeftijd is nauwelijks van invloed op de kracht die mensen kunnen putten uit hun geloof. Het verschil in leeftijdsopbouw is te verklaren door het proportioneel grote aantal alleenstaande minderjarige asielzoekers in Nederland. Deze groep is niet vertegenwoordigd in het onderzoek. Bovendien is de onderzoeksgroep al een zekere tijd in Nederland en dus ouder dan bij de asielaanvraag.

De respondenten komen in totaal uit vijftientig landen. In aflopende frequentie gaat het om Kongo (12), Afghanistan (11), Ethiopië/Eritrea (11), Irak (11), Iran (10), Syrië (10), Azerbeidzjan (6), Sierra Leone (6), Kameroen (3), Liberië (3), Oeganda (3), Somalië (3), Soedan (3), Sri Lanka (3), Yemen (3), Angola (2), Guinee (2), Nigeria (2), Turkije (2), en uit Algerije, Armenië, Bosnië, Burma, Burundi, Libanon, Pakistan, Mali, Rwanda, Rusland, Suriname, en Zuid-Afrika telkens één respondent. Eén respondent heeft zijn herkomstland niet ingevuld.

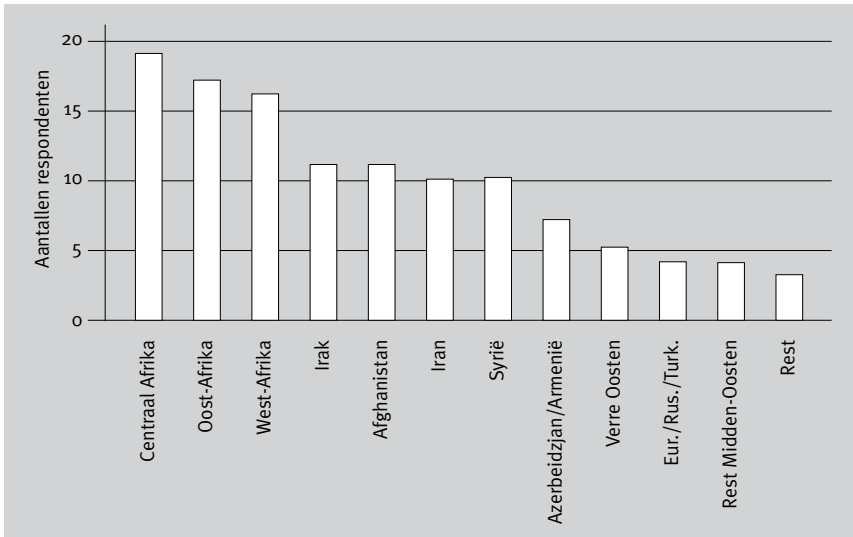
We hebben de landen van herkomst geclusterd in twaalf landengroepen. De verdeling daarvan is zichtbaar in tabel B1. Centraal Afrika betreft Angola, Kongo, Rwanda, Burundi en Oeganda; Oost-Afrika betreft Ethiopië/ Eritrea, Somalië en Soedan; West-Afrika betreft Liberia, Kameroen, Sierra Leone, Nigeria, Mali en Guinee.

Percentueel komt 44 procent uit Afrika (ten zuiden van de Sahara) en 49 procent uit Azië; de rest, 7 procent, komt uit Europa, Algerije en Suriname. Bij de verwerking zijn de respondenten meestal onderverdeeld in twee groepen: Afrika (52 respondenten) versus alle andere landen (65 respondenten).

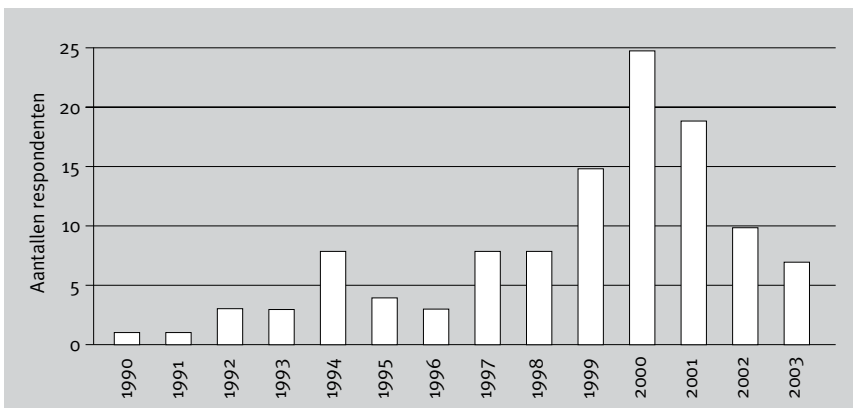
In het jaar 2000 was de verdeling van herkomstlanden van asielzoekers in

Nederland: 40 procent uit Azië, 28 procent uit Afrika en 32 procent uit Europa. De onderzoeksgroep verschilt daarmee vooral in het vrijwel geheel ontbreken van respondenten uit Europa, hetgeen in de praktijk vooral mensen uit voormalig Joegoslavië betreft. Een mogelijke verklaring is dat wij expliciet gezocht hebben naar mensen met affiniteit met het geloof. Wellicht zijn deze sterk ondervertegenwoordigd onder asielzoekers uit Europa. Verder kent de onderzoeksgroep relatief veel respondenten uit Kongo en Ethiopië. Wat betreft de overige landen is de onderzoeksgroep redelijk representatief te noemen.

De respondenten hebben in Nederland asiel aangevraagd in de volgende jaren.



Tabel B1 Landen van herkomst



Tabel B2 Jaar van asielaanvragen

Een vijfde deel is in Nederland aangekomen in het jaar 2000 en bijna de helft kwam aan in de jaren 1999-2001. De verdeling reflecteert het algemene beeld van asielzoekers in Nederland.

Wij hebben de respondenten gevraagd welke scholing en opleiding zij hebben afgemaakt. De deelnemers die hebben meegedaan aan ons onderzoek, hebben een zeer divers opleidingsniveau. Er waren vijf keuzemogelijkheden: minder dan zes jaar school, meer dan zes jaar school, maar geen beroepsopleiding, lagere beroepsopleiding afgerond, hogere beroepsopleiding afgerond, en universiteit afgerond. De respondenten zijn redelijk gelijk verdeeld over deze vijf categorieën met een lichte oververtegenwoordiging onder 'meer dan zes jaar school, maar geen beroepsopleiding' (21 procent) 'lagere beroepsopleiding afgerond' (21 procent) en 'hogere beroepsopleiding afgerond' (25 procent). Academics en personen met minder dan zes jaar opleiding vormen met elk 15 procent relatief de kleinste groepen. 5 Procent van de respondenten heeft de vraag niet beantwoord.

Wanneer we deze cijfers vergelijken met die van de asielzoekers in Nederland in het algemeen (Warmerdam & Van den Tillaart 2002), zien we dat onze onderzoeksgroep ook bij dit kenmerk een representatieve weergave vertoont van de asielzoekers- en vluchtelingenpopulatie in Nederland. Onze onderzoeksgroep is iets hoger opgeleid, in die zin dat er relatief iets minder lager opgeleiden en iets meer hoger opgeleiden zijn vertegenwoordigd. Uit ons onderzoek blijkt onder meer dat hoger opgeleiden relatief meer kracht en steun putten uit hun geloof dan lager opgeleiden. Het is aannemelijk dat hoger opgeleiden ook eerder bereid waren om de vragenlijst in te vullen. Dit verklaart het kleine verschil ten opzichte van de totale groep asielzoekers en vluchtelingen. Bij de verwerking van de gegevens zijn de asielzoekers en vluchtelingen meestal verdeeld in twee groepen, namelijk een groep met een relatief lage opleiding (tot en met zes jaar school) en een groep met een relatief hoge opleiding (vanaf lagere beroepsopleiding).

Wanneer mensen in Nederland aankomen kunnen zij als asielzoeker bepaalde cursussen volgen, zoals Nederlandse les, en wanneer zij een verblijfsstatus krijgen staan zelfs alle opleidingen voor hen open. Er is gevraagd of mensen in Nederland nog scholing hebben gevolgd (het is goed mogelijk dat de hoogst gevolgde opleiding, zoals hierboven behandeld, in Nederland is genoten). Driekwart (74 procent) heeft inderdaad in Nederland een cursus, scholing of opleiding gevolgd. Het gaat om Nederlandse les, mbo-opleidingen vooral in de richtingen zorg, techniek, horeca en economie, computer- en administratiecursussen en bijbelstudies. Nederlandse les blijkt het meest gevolgd te worden na aankomst in Nederland. Ruim 40 procent van alle respondenten heeft dit als antwoord gegeven op de vragenlijst. Mbo-opleidingen werden daarna het meest genoemd, deze groep is echter met 17 procent een stuk kleiner.

Precies andersom is het wat betreft het hebben van werk. Ongeveer een kwart van de mensen werkt, inclusief vrijwilligerswerk; logischerwijs werken

de statushouders veel meer dan asielzoekers. Op de vragenlijst is aan respondenten de mogelijkheid geboden in te vullen wat voor soort werk ze doen. Antwoorden op deze vraag varieerden sterk. Ze hadden werk gevonden als pizzakoerier, boekhouder, schoonmaker, vrijwilliger, monteur of maatschappelijk werker. Een derde van de antwoorden betrof echter een baan op vrijwillige basis en is hiermee de grootste categorie. Ook schoonmaak- en administratief werk zijn oververtegenwoordigd.

Een criterium voor deelname aan het onderzoek was dat mensen asiel in Nederland hadden aangevraagd. Het deed er niet toe of deze asielaanvraag was gehonoreerd, afgewezen of nog in behandeling was. Onze onderzoeksgroep bestaat voornamelijk uit asielzoekers.

| Status | Aantal | % totaal | % |
|------------------------------------|--------|----------|-----|
| Asielzoeker | 78 | 66 | 67 |
| Asiel bepaalde tijd | 3 | 3 | 3 |
| Asiel onbepaalde tijd | 4 | 3 | 3 |
| A-status | 5 | 4 | 4 |
| Voorlopige vergunning tot verblijf | 2 | 2 | 2 |
| Anders | 12 | 10 | 10 |
| Uitgeprocedeerd | 12 | 10 | 10 |
| Totaal | 116 | 98 | 99* |
| Ontbrekend | 2 | 2 | – |
| Totaal | 118 | 100 | – |
| * Afrondingsfouten | | | |

Tabel B3 Verblifsstatus

De status van mensen in de procedure is soms niet gemakkelijk te bepalen. Sommigen hadden eerst ‘asielzoeker’ aangevinkt en kruisten onderaan de rij ook ‘uitgeprocedeerd’ aan. Er is ook onderscheid gemaakt tussen ‘asielzoekers’ en statushouders met een asielstatus voor bepaalde of onbepaalde tijd (dit zijn de nieuwe statussen sinds de Vreemdelingenwet 2000).

Over het totaal gemeten heeft bijna een kwart (23 procent) een verblijfsstatus. Dit verschilt echter sterk per land van herkomst. De respondenten uit Iran en Syrië hebben bijvoorbeeld geen van allen een verblijfsstatus, evenmin als de mensen uit West-Afrika. Respondenten uit Afghanistan en Oost-Afrika hebben relatief vaak een status. Hier zit een zekere logica in gezien de erkenning van vluchtelingen uit landen als Afghanistan, maar deze verdeling kan ook op toeval berusten of een afspiegeling zijn van verschillen in de verblijfsduur. Het is voor dit onderzoek verder niet relevant. Wanneer we de herkomstlanden groeperen in twee groepen, Afrika versus alle andere landen, zoals we bij de verwerking veel hebben gedaan, verdwijnt dit verschil bijna helemaal.

Wij hebben bij de berekening de totale groep meestal onderverdeeld in twee groepen, statushouders en asielzoekers/illegalen.

GEZONDHEIDSASPECTEN RESPONDENTEN

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de eerste vraag uit de *MOS General Health Survey Short Form (SF 20)*, een gevalideerde vragenlijst die de algemene gezondheidstoestand meet. De vraag luidde: *Hoe is in het algemeen uw gezondheid?* Het vergelijkingsonderzoek (Gerritsen e.a. 2004) maakte gebruik van de SF 36, een langere versie en voorloper van hetzelfde meetinstrument. De vraag is echter iets anders geformuleerd: *Wat vindt u, in het algemeen, van uw gezondheid?* Ook bij de antwoordschalen zijn twee kleine verschillen: bij de SF-20 gaat het om: *uitstekend – erg goed – goed – redelijk – slecht*. Bij de SF-36 zijn de schalen: *uitstekend – zeer goed – goed – matig – slecht*. Het lijkt niet aannemelijk dat dit verschil significant van invloed is op de antwoorden. De handleiding bij de SF 20 maakt daar geen melding van.

Onderstaande tabel geeft de resultaten van beide onderzoeken weer.

| Onderzoeksgroep | % * | % ** | Gerritsen e.a. 2004 | %*** |
|---|-----|------|---------------------|------|
| Uitstekend | 9 | 8 | uitstekend | 10 |
| Erg goed | 9 | 11 | zeer goed | 13 |
| Goed | 20 | 24 | goed | 26 |
| Redelijk | 27 | 29 | matig | 33 |
| Slecht | 35 | 29 | slecht | 18 |
| Totaal % | 100 | 101 | | 100 |
| * Totaal N = 118 | | | | |
| ** In deze kolom is de onderzoeksgroep geselecteerd op Oost-Afrika (waaronder Somalië, en verder Ethiopië/Eritrea en Soedan), Afghanistan en Iran. N = 38 | | | | |
| *** N = 410 uit Somalië, Afghanistan, Iran | | | | |

Tabel B4 Beleving eigen gezondheid

RELIGIEUZE ASPECTEN RESPONDENTEN

Zes mensen hebben op de vraag *Hoe gelovig vindt u uzelf?* ingevuld 'helemaal niet gelovig' te zijn. Uit de andere antwoorden bleek dat zij geen enkele affiniteit met het geloof hadden. Deze vragenlijsten zijn buiten het onderzoek gelaten. Twee respondenten hebben deze vraag niet ingevuld. Een daarvan bleek evenwel bij de rest van de vragen (veel) affiniteit met het geloof te hebben; de ander had bij de vraag geschreven zichzelf niet als een 'religieus persoon' te beschouwen, maar wel als een 'gelovige in Jezus Christus'. Beide vragenlijsten zijn in het onderzoek opgenomen.

| Geloof | Denominatie | Aantal |
|---------------|--|--------|
| Christelijk | Protestant | 20 |
| | Pinkstergemeente | 10 |
| | Rooms-katholiek | 6 |
| | Orthodox | 3 |
| | Syrisch-orthodox, Oost-Assyrische kerk | 3 |
| | Baptist | 2 |
| | Jehova's getuigen | 2 |
| | (Nederlands) Hervormd | 2 |
| | Born again | 2 |
| | Anders | 3 |
| | Niet apart ingevuld | 27 |
| Islamitisch | Soennitisch | 12 |
| | Shi'itisch | 6 |
| | Hunifiet | 1 |
| | Niet apart ingevuld | 11 |
| Anders | Sikh | 1 |
| | Hindu | 2 |
| | Geloof in mezelf/alleen geloof in God | 3 |
| Niet ingevuld | | 2 |
| Totaal | | 118 |

Tabel B5 Religieuze denominaties

| | Onderzoeks-groep % | IND Totaal % | IND Gelovig % |
|---|--------------------|--------------|---------------|
| Geen | 2 | | |
| Niet geregistreerd, onbekend | | 42 | |
| Islam | 26 | 38 | 67 |
| Christelijk | 69 | 16 | 29 |
| Anders | 5 | 2 | 4 |
| Totaal | 100 | 100 | 56 |
| IND, gebaseerd op ruim 145 duizend dossiers uit de jaren 1996-2000. | | | |

Tabel B6 Vergelijking met algemene asielzoekerspopulatie

Uit tabel B6 kan worden afgeleid dat 56 procent van de asielzoekers bij het eerste gehoor heeft aangegeven te behoren tot een religieuze denominatie. Deze gegevens vergroten de relevantie van dit onderzoek onder gelovige vluchtelingen en asielzoekers. De onderzoeksgroep bestaat relatief uit veel meer christenen dan het algemene beeld van asielzoekers in Nederland. Dit heeft te maken met de werving van respondenten.

4

Vragenlijst (zonder uitleg)

A. Algemeen

1 Bent u

- Man
- Vrouw

2 Wat is uw leeftijd?

- < 20 jaar
- 20-35
- 36-50
- 51-65
- > 65

3 Wat is uw land van herkomst?

.....

4 Hoeveel scholing en opleiding hebt u gehad?

- < 6 jaar school
- > 6 jaar school, maar geen beroepsopleiding
- Lagere beroepsopleiding (afgemaakt)
- Hogere beroepsopleiding (afgemaakt)
- Universiteit (afgemaakt)

5 Hebt u in Nederland cursussen, scholing of een opleiding gevolgd?

- Ja
 - Nee
- Zo ja, welke?

.....

6 Hebt u op dit moment werk (inclusief vrijwilligerswerk)?

- Ja

- Nee
Zo ja, wat voor werk doet u?
- 7** In welk jaar hebt u asiel aangevraagd in Nederland?
..... (graag jaartal invullen)
- 8** Welk soort verblijfsvergunning hebt u op dit moment?
- Asielzoeker (W-document)
- Asiel – bepaalde tijd (Vreemdelingenwet 2000)
- Asiel – onbepaalde tijd (Vreemdelingenwet 2000)
- A-status (oude Vreemdelingenwet)
- vrv (oude Vreemdelingenwet)
- Anders, nl.
- Geen verblijfsvergunning: uitgeprocedeerd sinds (graag jaartal invullen)

B. Gezondheid

- 9** Hoe is in het algemeen uw gezondheid?
- Uitstekend
- Erg goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht
- 10** Als u gezondheidsproblemen hebt, welke zijn dat?
- a
- b
- c
- 11** Is uw gezondheid veranderd sinds uw vertrek uit uw land van herkomst?
- Ja, verbeterd
- Ja, verslechterd
- Nee, ongeveer gelijk gebleven
- 12** Bij wie zoekt u als eerste hulp wanneer u gezondheidsproblemen hebt?
.....
- 13** Bij wie zoekt u als tweede hulp wanneer u gezondheidsproblemen hebt?
.....

- 14** Bij wie zocht u in *uw land van herkomst* als eerste hulp wanneer u gezondheidsproblemen had?

- 15** Bij wie zocht u in *uw land van herkomst* als tweede hulp wanneer u gezondheidsproblemen had?

- 16** Ontvangt u wat u verwacht van zorgverleners in Nederland?
- Ja, meestal wel
 - Soms
 - Nee, meestal niet
- 17** Wie is er ten eerste verantwoordelijk voor het behoud van uw gezondheid?
- Ikzelf
 - Niemand
 - God/Allah
 - Voorganger
 - Dokter
 - Anders, nl.
- 18** Als u gezondheidsproblemen hebt, wie is er ten eerste verantwoordelijk voor uw genezing?
- Ikzelf
 - Niemand
 - God/Allah
 - Voorganger
 - Dokter
 - Anders, nl.

C. Geloof

- 19** Hoe gelovig vindt u uzelf?
- Erg gelovig
 - Een beetje gelovig
 - Helemaal niet gelovig
- 20** Welk geloof hebt u?
- Islamitisch (welke groepering?
 - Christelijk (welke groepering?
 - Anders, nl.
 - Geen geloof

- 21** Hebt u nu hetzelfde geloof als in uw jeugd?
- Ja
 - Nee
- Zo niet, welk geloof had u in uw jeugd?
- Islamitisch (welke groepering?)
 - Christelijk (welke groepering?)
 - Anders, nl.
 - Geen geloof
- 22** Bent u praktiserend in uw geloof?
- Ja, erg praktiserend
 - Een beetje praktiserend
 - Helemaal niet praktiserend
- 23** Hoe vaak gaat u naar de moskee, kerk of ander soort geloofsruimte?
- Eens per week, of meer
 - Twee tot drie keer per maand
 - Eens per maand
 - Eens per twee tot drie maanden
 - Een of twee keer per jaar
 - Nooit
- 24** Hoeveel invloed heeft uw geloof op uw leven?
- Erg veel invloed
 - Een beetje invloed
 - Helemaal geen invloed
- 25** Is het geloof belangrijker voor u geworden sinds uw vertrek uit uw land van herkomst?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet
- 26** Is het geloof belangrijker voor u geworden sinds u gezondheidsproblemen hebt?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet

D. Religieuze coping

- 27** Speelt uw geloof een rol in het omgaan met uw gezondheidsproblemen?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet
- 28** Ziet u uw gezondheidsproblemen als een les of aanwijzing van God/Allah?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet
- 29** Ziet u uw gezondheidsproblemen als de wil van God/Allah?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet
- 30** Als u gezondheidsproblemen hebt, hebt u dan het gevoel dat God/Allah hier aandacht voor heeft?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet
- 31** Als u gezondheidsproblemen hebt, zoekt u dan kracht, steun, raad bij God/Allah?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet
- 32** Als u gezondheidsproblemen hebt, ervaart u dan kracht, steun, hoop uit bidden of mediteren?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet
- 33** Als u gezondheidsproblemen hebt, ervaart u dan kracht, steun, hoop uit het lezen van literatuur over uw geloof, zoals de koran of de bijbel?
- Ja, erg veel
 - Een beetje
 - Nee, helemaal niet

- 34** Praat u met uw dokter of andere zorgverleners over uw geloof?
- Ja, vaak
 - Soms
 - Nee, nooit
- 35** Als u gezondheidsproblemen hebt, helpt een voorganger u dan?
- Ja, vaak
 - Soms
 - Nee, nooit
- Zo ja, waar bestaat die hulp dan uit?
.....
- 36** Als u gezondheidsproblemen hebt, helpen bekenden uit uw geloofsgemeenschap u dan?
- Ja, vaak
 - Soms
 - Nee, nooit
- Zo ja, waar bestaat die hulp dan uit?
.....
- 37** Als u gezondheidsproblemen hebt, helpt een geestelijk verzorger u dan?
- Ja, vaak
 - Soms
 - Nee, nooit
- Zo ja, waar bestaat die hulp dan uit?
.....
- 38** Als bekenden, zoals familie en vrienden, gezondheidsproblemen hebben, helpt u hen dan?
- Ja, vaak
 - Soms
 - Nee, nooit
- Zo ja, waar bestaat die hulp dan uit?
.....
- 39** Wat zou er moeten gebeuren om uw gezondheid te verbeteren?
.....

Wij danken u vriendelijk voor het invullen van deze vragenlijst!

Met een paar mensen willen wij nog graag verder spreken over dit onderwerp. Als u het goed vindt dat wij persoonlijk contact met u opnemen, wilt u dan uw naam en adresgegevens hieronder invullen? Uw informatie blijft vertrouwelijk!

Naam

Telefoon

E-mail

Straat

Postcode

Plaats

Eerder verschenen boeken

Voor een volledig overzicht en meer informatie zie www.pharos.nl.

- Erick Vloeberghs & Evert Bloemen, *Uit lijfsbehoud. Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.08.
- Evelien van Asperen, *Intercultural Communication & Ideology*. Engelse editie. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.07.
- Gezond blijven in moeilijke situaties. *Methodiek voor psycho-educatief groepswork met asielzoekers- en vluchtelingenvrouwen*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.06.
- Gezond denken en gezond doen. *Methodiek voor psychosociale groepsvoorlichting aan asielzoekers*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.05.
- Gezond blijven door onderlinge steun. *Methodiek voor het opzetten van steungroepen van asielzoekers en vluchtelingen*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.04.
- Dubravka Zarkov, *Working through the War. Trajectories of Non-Governmental and Governmental Organizations Engaged in Psycho-social Assistance to Victims of War and Family Violence in the ex-Yugoslav States*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.03.
- Admira, *Speaking of war. War Rape and Domestic Violence in the Former Yugoslavia. Trainers about their Work for Care*. Engelse editie. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.02.
- Breg van Baars, *Vrije Vogel. De voor- en doormethode toegepast in een preventieproject voor asielzoekers*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.01.
- Maria van den Muijsenbergh, *Ziek en geen papieren. Gezondheidszorg voor mensen zonder geldige verblijfspapieren*. Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.05.
- David Engelhard, *Zorgen over terugkeer. Terugkeermigratie met gezondheidsproblemen*. Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.04.
- Mirjam Blaak, David Engelhard, Frenny de Frenne & Marola Sproet, *De smaak van noedelsoep. Begeleiding van Chinese ama's in opvang en onderwijs*. Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.02.
- Sander Kramer & Marianne Cense, *Overleven op de m². Veiligheidsbeleving en strategieën van vrouwen in de centrale opvang voor asielzoekers*. Pharos / Trans-Act, 2004. Bestelnr. 9P2004.01.
- René Grotenhuis (samenstelling), *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.08.
- Evelien van Asperen, *Interculturele communicatie & ideologie*. Pharos, 2003. 2de druk. Bestelnr. 9P2003.03.
- Guus van der Veer, *Training counsellors in areas of armed conflict within a*

- community approach*. Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.02.
- Admira, *Getuigenis en verbondenheid. Oorlogsverkrachting en huiselijk geweld in voormalig Joegoslavië. Trainers over hun werk voor de hulpverlening*. Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.01.
- Guus van der Veer, *Gevluchte adolescenten. Ontwikkeling, begeleiding en hulpverlening*. Pharos, 1998-2002. 2de druk. Bestelnr. 9P2002.04.
- Ien van Nieuwenhuijzen, met bijdragen van Bram Tuk, *Bijvoorbeeld de liefde. Forumtheater bij voorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren*. Pharos, 2002. Bestelnr. 9P2002.02.
- Marola Sproet, *Vitamine C. Preventiemethode met creatieve werkvormen*. Pharos, 2002. Bestelnr. 9P2002.01.
- Maartje Goudriaan, *Met de dood in het hart. Rouw bij migranten- en vluchtelingenjongeren*. Pharos, 2001-2003. 2de druk. Bestelnr. 9P2001.02.
- Ton van Dijk (m.m.v. Godelieve van Hugte), *Wat doe je vanavond? Methodiek sociale steun vluchtelingenjongeren*. Pharos, 2001. Bestelnr. 9P2001.01.
- Sjef de Vries, *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Pharos, 2000-2002. 2de druk. Bestelnr. 9P2000.04.
- Patricia Schell & Paulien Muller, *Terugkeren: een levenslang dilemma. Methodiek voor psychosociale ondersteuning van vluchtelingen*. Pharos, 2000. 2de druk. Bestelnr. 9P2000.01.
- Truus Wertheim-Cahen (red.), *Huizen van karton. Creatieve therapie met asielzoekers, mogelijkheden en onmogelijkheden*. Pharos, 1999-2000. 2de druk. Bestelnr. 99.007.
- Hans Rohlof, Mia Groenenberg & Coen Blom (red.), *Vluchtelingen in de ggz. Handboek voor de hulpverlening*. Pharos, 1999-2001. 3de druk. Bestelnr. 99.005.
- Ildis Santini & Cristina Marsal Roig, *De deur van de hoop. Integrale multidimensionale groepstherapie voor vluchtelingen*. Pharos, 1999. Bestelnr. 99.003.
- Ton Haans (m.m.v. Harry van Tienhoven), *Het labrynt van Ares. Werkbelasting door hulpverlening aan geweldsoverlevenden*. Pharos, 1998-2004. 4de druk. Bestelnr. 98.003.



KENNISCENTRUM
VLUCHTELINGEN EN GEZONDHEID

God zal voor mij zorgen

Hulpverleners krijgen door de komst van vluchtelingen en andere migranten in toenemende mate te maken met gelovige cliënten uit andere culturen. *God zal voor mij zorgen* laat zien hoe hulpverleners – zelf gelovig of juist niet – het geloof van hun cliënten een plaats kunnen geven in de behandeling. Daarbij kunnen zij de samenwerking aangaan met geestelijk verzorgers of mensen die vanuit de religieuze gemeenschap hulp bieden.

Religieuze coping is het centrale onderwerp van *God zal voor mij zorgen*. Het bevat de resultaten van een onderzoek onder gelovige vluchtelingen en asielzoekers naar de wijze waarop zij hun geloof gebruiken bij het omgaan met ziekte. Mensen kunnen een zinvolle betekenis ontleen aan de ziekte, kracht en steun ervaren in het bidden en raad vragen aan hun geestelijke voorgangers.

De auteurs behandelen drie aspecten van religieuze coping: zingeving, bronnen van kracht, en het zoeken van hulp. Het is niet gemakkelijk om een ziekte als zinvol te aanvaarden, zo blijkt uit het onderzoek. De vraag waarom God je zo laat lijden, is immers pijnlijk. ‘Aandacht voor zingeving’ wordt soms in de geseclariseerde zorg als panacee gebruikt voor gelovige cliënten, maar daarmee zijn zij er nog niet. Het gaat om aandacht voor de *problemen* van zingeving.

Veel gelovigen voelen dat God of Allah kracht en steun biedt in de dagelijkse omgang met het ziek-zijn. Zowel God als de dokter kan hulp bieden, maar ieder op zijn eigen terrein. Zoals de genezende kracht van God en die van medicijnen ook niet zonder elkaar kunnen. *God zal voor mij zorgen* laat op indringende wijze zien wat het geloof voor vluchtelingen kan betekenen.

David Engelhard is sinoloog en werkt als onderzoeker bij Pharos.

Inge Goorts is antropoloog.