

De geestelijke gezondheid van en de psychische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine vanuit het perspectief van psychosociale hulpverleners en gevangenisimams

Een explorierend kwalitatief onderzoek in Vlaamse en Brusselse gevangenissen

Ellen Vermet

R0449034

Masterproef aangeboden tot het behalen van de graad

MASTER IN DE SOCIOLOGIE

Promotor: Prof. Dr. Veerle Draulans

Verslaggever: Prof. Dr. Ine Van Hoyweghen

Academiejaar: 2019-2020

Word count: 40016

VOORWOORD

Na mijn studies criminologie aan de KU Leuven volgde al vlug de beslissing om verder te studeren. Ik koos vol overtuiging voor sociologie, om zowel mijn kennis omtrent maatschappelijke fenomenen uit te breiden als om mijn onderzoeksvaardigheden verder te ontplooiën. Gelet op mijn criminologische achtergrond hoeft het niet te verbazen dat dit onderzoek veeleer interdisciplinair van aard is. Het onderwerp van deze masterscriptie kwam tot stand vanuit een diepgaande interesse in zowel de strafrechtsbedeling en forensische welzijnszorg als in het thema ‘culturele diversiteit’. Bovendien is het een onderzoek op vrijwel onontgonnen terrein, wat het bijzonder boeiend maakte maar ook de nodige uitdagingen met zich meebracht. Graag wil ik dan ook mijn oprechte dank betuigen aan een aantal mensen die mij hebben geholpen of bijgestaan in het onderzoeksproces en zonder wie deze masterscriptie niet mogelijk was geweest.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor professor Veerle Draulans bedanken om van bij het begin in dit onderwerp te geloven en mij de kans en vrijheid te geven deze masterscriptie te volbrengen. Naast het aanreiken van interessante inzichten en het geven van feedback bracht zij mij in contact met Iman Kastit, wiens bijdrage van wezenlijk belang was voor dit onderzoek. Mevrouw Kastit werkte vroeger als gevangenisdirecteur en is heel erg vertrouwd met zowel het gevangeniswezen als de Maghrebijnse gemeenschap. Ik ben haar erg dankbaar voor de fijne babbel, waarin zij haar oprechte interesse uitte voor het onderzoek en een aantal waardevolle ideeën en suggesties opwierp. Bovendien bracht zij mij in contact met enkele potentiële respondenten en kon ik haar altijd contacteren indien ik vragen had of moeilijkheden ondervond.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar alle tussenpersonen die mij hebben geholpen bij het vinden van respondenten. Ik denk hierbij vooral aan de gevangenisdirecties en aan de beleidscoördinatoren hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. In het bijzonder wens ik de respondenten zelf te bedanken, zonder wie ik nooit was geslaagd in het schrijven van deze masterscriptie. Ik wil graag mijn diepste respect betuigen aan alle sociale professionals en imams die ondanks de erbarmelijke leef- en werkomstandigheden binnen detentie elke dag opnieuw het beste van zichzelf geven. Berichten uit de praktijk wijzen op een toename van psychische problemen bij gedetineerden ten gevolge van de coronamaatregelen, wat vermoedelijk nog extra inspanningen vergt van het personeel. Bedankt om ook in deze bizarre tijden te blijven streven naar een menselijker detentieklimaat.

Verder wil ik ook mijn ouders, vrienden en vriend bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun en aanmoediging. Speciale dank gaat uit naar mijn ouders die mij gedurende het onderzoeksproces altijd met raad en daad hebben bijgestaan en van wie ik een tweede masteropleiding mocht aanvatten en voltooien. Tot slot wil ik mijn beste vriendin Hannelore Depickere bedanken voor haar interessante inzichten als psychologe en voor het grondig nalezen van de onderzoeksresultaten. Ook dankjewel voor alle *mental support*. Het deed mij heel veel deugd om na een gevangenisbezoek even te kunnen ventileren bij jou!

Ellen Vermet

INHOUD

VOORWOORD.....	3
LIJST VAN BIJLAGEN	6
INLEIDING.....	7
DEEL I. LITERATUUROVERZICHT.....	9
Hoofdstuk 1. De soennitische islam en zijn kijk op ziekte, (geestelijke) gezondheid en genezing.....	9
1.1 De officiële islam	9
1.2 De ontwikkeling van de geneeskunde binnen de Arabisch-islamitische wereld	10
1.3 Het islamitische volksgeloof	11
1.3.1 Het naturalistische vs. het personalistische verklaringsmodel.....	11
1.3.2 Traditionele islamitische geneeswijzen	13
Hoofdstuk 2. Culturele referentiekaders en psychopathologie	14
2.1 Het begrip cultuur	14
2.2 Westerse referentiekaders: kritische benadering	15
2.3 Maghrebijnse referentiekaders	17
2.3.1 Traditionele etiologie van psychische stoornissen	17
2.3.2 Uitingsvormen	17
2.3.3 Traditionele rituelen en behandelwijzen.....	18
Hoofdstuk 3. Soennitische moslims vs. het westerse hulpverleningsmodel	18
3.1 Barrières om psychische hulp te zoeken.....	18
3.2 Pleidooi voor een tweesporenbeleid	19
Hoofdstuk 4. Het belang van <i>cultural competent care</i>	20
4.1 Begripsomschrijving.....	20
4.2 Cultuursensitieve hulpverlening <i>intra muros</i>	21
Hoofdstuk 5. Regelgeving inzake hulp- en dienstverlening aan gedetineerden	22
5.1 Regelgeving op nationaal en internationaal niveau	22
5.2 Regelgeving op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap.....	23
DEEL II. EMPIRISCH ONDERZOEK	24
Hoofdstuk 6. Probleemstelling en onderzoeksvragen.....	24
Hoofdstuk 7. Methodologie.....	26
7.1 Kwalitatief onderzoeksdesign.....	26
7.2 Onderzoekssubjecten en procedure	26
7.3 Dataverzameling	28
7.4 Ethische aspecten.....	29
7.5 Data-analyse	29
Hoofdstuk 8. Onderzoeksbevindingen.....	30
8.1 Gedetineerden van Maghrebijnse of Noord-Afrikaanse origine.....	30
8.2 Psychopathologie bij gedetineerden van Maghrebijnse origine	31
8.2.1 Omvang en aard van psychische gezondheidsproblemen.....	31

8.2.2 Omgaan met psychische gezondheidsproblemen	33
8.3 Gedetineerden van Maghrebijnse origine vs. het westerse hulpverleningsmodel	40
8.3.1 De houding van gedetineerden van Maghrebijnse origine tegenover psychologische of psychiatrische hulpverlening	40
8.3.2 Barrières om psychische hulp te zoeken <i>intra muros</i>	41
8.3.2.1 Taalbarrière.....	41
8.3.2.2 Taboe op psychische gezondheidsproblemen en hulpverlening	42
8.3.2.3 Angst voor stigmatisering	43
8.3.2.4 Schande voor de familie.....	44
8.3.2.5 Traditioneel verklaringsmodel.....	45
8.3.2.6 Machocultuur.....	45
8.3.2.7 Geslacht van de hulpverlener	46
8.3.2.8 “Praten helpt niet”	46
8.4 Geestelijke gezondheidszorg binnen detentie.....	47
8.4.1 Bestaande hulpverleningsaanbod.....	47
8.4.2 Participatie van gedetineerden van Maghrebijnse origine	50
8.5 Psychische hulpverlening aan gedetineerden van Maghrebijnse origine	52
8.5.1 Methode toegepast door psychosociale hulpverleners	52
8.5.2 Aandacht voor religie	53
8.5.3 Aandacht voor de familiale context.....	53
8.6 De rol van de gevangenisimam bij psychische gezondheidsproblemen.....	54
8.6.1 Onderscheid tussen imam en islamconsulent	54
8.6.2 Methode toegepast door gevangenisimams	55
8.6.3 Wederzijds contact tussen psychosociale hulpverlening en gevangenisimams.....	56
8.7 Cultuursensitief werken <i>intra muros</i>	58
8.7.1 Kennis over religieuze en/of culturele aspecten	58
8.7.2 Vaardigheden.....	61
8.7.3 Attitude	64
DEEL III. SLOTBESCHOUWING	65
Hoofdstuk 9. Discussie en conclusie	65
Hoofdstuk 10. Aanbevelingen voor beleid en praktijk.....	72
Hoofdstuk 11. Beperkingen van huidig onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek.....	74
REFERENTIELIJST	75
BIJLAGEN	85

LIJST VAN BIJLAGEN

Bijlage 1. Vraag tot toestemming aan het Directoraat-Generaal Penitentiaire Inrichtingen

Bijlage 2. E-mail voor potentiële deelnemers

Bijlage 3. Interviewschema

Bijlage 4. *Informed consent*

Bijlage 5. Extra citaten bij de onderzoeksbevindingen

INLEIDING

De gevangenispopulatie wereldwijd wordt gekenmerkt door een enorme (etnisch-)culturele diversiteit (Coyle & Fair, 2018; Derluyn, Van Nuffel, Lion, Verberckmoes, De Ridder, & De Smet, 2015; Lippens, Nuytiens, & Scheirs, 2009; Rypens, 2008). Deze diverse groep creëert een variëteit aan talen, cultuur, denkbeelden en religie binnen detentie (Snacken, De Ron, & Tournel, 2009; Snacken, Keulen, & Winkelmanns, 2004). Bijna de helft (44 %) van de gedetineerden in de Belgische gevangenissen had in 2017 een buitenlandse nationaliteit. Marokkanen (9,6 %), gevolgd door Algerijnen (4,8 %) vormen hierbij de grootste groep (Beyens, Dirkzwager, & Korf, 2014; FOD Justitie, 2018). Het werkelijke aandeel gedetineerden die tot een (etnisch-)culturele minderheid behoren, ligt wellicht nog een stuk hoger (Lippens et al., 2009). Tweede of derde generatie migranten worden immers als Belg geboren, maar hebben wel een buitenlandse herkomst. Het is echter onmogelijk om de etnische origine van gedetineerden in kaart te brengen, aangezien enkel hun nationaliteit wordt geregistreerd. (Etnisch-)culturele minderheden vormen bovendien een ‘vergeten’ segment (Lippens et al., 2009).¹ Het Decreet en het Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, maar ook de Basiswet aangaande het gevangeniswezen besteden geen specifieke aandacht aan deze populatie (Lippens et al., 2009). Veel programma’s op het vlak van hulp- en dienstverlening zijn dan ook niet afgestemd op de multiculturele realiteit, waardoor gedetineerden dus veelal als een homogene groep worden behandeld (Barnoux & Wood, 2013; Westrheim & Manger, 2014). Dit zou de lage participatiegraad van (etnisch-)culturele minderheden aan dergelijke programma’s kunnen verklaren (Chamberlain, 2011; Jones, Brookes, & Shuker, 2013; Westrheim & Manger, 2014).

Uit de literatuur blijkt dat (etnisch-)culturele minderheden in de vrije samenleving meer kans hebben op depressie en andere vormen van psychopathologie (Barnoux & Wood, 2013; Jones et al., 2013). Zo zouden Marokkanen, vooral tweede generatie migranten, een verhoogd risico op schizofrenie vertonen (De Wilde, Harte, & Denzel, 2015; Selten, Veen, Feller, Blom, Schols, Camoenië, Oolders, Van Der Velden, Hoek, Rivero, Van Der Graaf, & Kahn, 2001; Veling, Selten, Veen, Laan, Blom, & Hoek, 2006). Bovendien zouden minderheidsgroepen meer geneigd zijn te vervreemden van de reguliere geestelijke gezondheidszorg of zijn ze niet vertrouwd met het aanbod. Dit leidt tot sociaal isolement en derhalve tot een verslechtering van hun psychisch welzijn (Ali & Milstein, 2012; Barnoux & Wood, 2013; El-Islam & Campbell, 2014; Jones et al., 2013). Psychisch lijden is ook eigen aan het leven in detentie. Gedetineerden hebben beduidend meer psychische gezondheidsproblemen in vergelijking met de algemene bevolking (Allen & Rich, 2007; Favril & Dirkzwager, 2019; FOD Justitie, 2018; Perry, 2010; Vyncke, Hanssens, Steenberghs, Willems, Mariën, & Jans, 2015). Het gaat dan vooral om verslavingsproblematieken, depressie en angststoornissen (al dan niet in combinatie met slaapproblemen) (De Coninck, Cosyns, & Laurent, 2011; Fazel & Seewald, 2012; FOD Justitie, 2018; Vyncke et al., 2015). Het behoren tot een (etnisch-)culturele minderheid vormt een bijkomende hindernis op het vlak van psychisch welzijn binnen detentie. Deze populatie wordt namelijk geconfronteerd met een aantal gelijkaardige problemen, zoals taal- en cultuurbarrières, moeilijkheden bij het verkrijgen van informatie over en toegang tot programma’s van hulp- en dienstverlening, geestelijke gezondheidsproblemen, sociaal isolement, racisme en discriminatie (Barnoux & Wood, 2013; Jones et al., 2013; Lippens et al., 2009; Martynowicz, 2016; Westrheim & Manger, 2014). Omwille van deze precaire positie zou de detentieperiode door (etnisch-)culturele minderheden als pijnlijker worden ervaren (Crewe, 2005; Lippens et al., 2009).

Het is duidelijk dat een detentiecontext een unieke setting creëert voor hulpverleners, aangezien het gaat om een dichte samenstelling van mensen uit heel wat verschillende culturen en contexten (Kapoor, Dike, Burns, Carvalho, & Griffith, 2013). Gelet op deze (etnisch-)culturele diversiteit en de

¹ Lippens en collega’s (2009) focussen zowel op eerste, tweede als derde generatie migranten.

dominante rol van ‘cultuur’ in het denken over psychisch lijden, is het belangrijk om te kijken hoe sociale professionals dit aspect beter kunnen integreren in hun dagelijkse praktijk (Derluyn et al., 2015; Rypens, 2008). In dit onderzoek zal de focus liggen op gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine. Gelet op hun sterke vertegenwoordiging in de Belgische gevangenispopulatie lijkt het relevant een beter begrip te ontwikkelen van hun geestelijke gezondheid en hun psychische noden en behoeften (FOD Justitie, 2018). Door deze twee groepen centraal te stellen, volgt onvermijdelijk een koppeling met de islamitische en de Maghrebijnse cultuur en de opvattingen die daarbinnen heersen over psychische problemen en het zoeken naar psychische hulp. De gedetineerdenpopulatie met een islamitische achtergrond kent in Nederland een aanzienlijke toename (Ajouaou, 2013). In België wordt de religieuze achtergrond van gedetineerden omwille van privacyredenen niet geregistreerd, maar ook hier zou het gaan om een omvangrijke groep (Snacken et al., 2004). Wetenschappelijke aandacht voor deze subpopulatie lijkt dan ook sterk gerechtvaardigd. Dit onderzoek stelt zich in eerste instantie tot doel een bijdrage te leveren aan een onderbelicht thema in de wetenschappelijke literatuur. Deze studie vormt een belangrijke eerste stap in het in kaart brengen van de visie, ervaring en beleving van psychosociale hulpverleners en gevangenisimams in het werken met gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine. Daarnaast poogt dit onderzoek een aantal aanbevelingen te formuleren inzake cultuursensitieve bejegening van deze doelgroep. De onderzoeksresultaten kunnen mogelijk nieuwe inzichten bieden aan zowel praktijkwerkers als beleidsactoren en zo bijdragen aan een verbetering van de psychologische en psychiatrische begeleiding en omkadering *intra muros*.

Deze masterscriptie valt uiteen in drie delen. Deel I bestaat uit een literatuuroverzicht als basis voor het eigenlijke empirische onderzoek. In hoofdstuk 1 wordt de soennitische islam en zijn kijk op ziekte, (geestelijke) gezondheid en genezing besproken. Hoofdstuk 2 licht allereerst het begrip ‘cultuur’ beknopt toe. Daarna volgt een kritische beoordeling van de westerse kijk op psychische gezondheidsproblemen (gebaseerd op de DSM) evenals een bespreking van de traditionele Maghrebijnse opvattingen daaromtrent. De houding van soennitische moslims ten aanzien van het westerse hulpverleningsmodel komt dan weer aan bod in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 wordt het begrip ‘*cultural competent care*’ of ‘cultuursensitieve zorg’ uitvoerig belicht, zowel vanuit een algemeen perspectief als binnen een detentiecontext. Het vijfde en laatste hoofdstuk van het literatuuroverzicht besteedt aandacht aan internationale en nationale instrumenten inzake het recht op hulp- en dienstverlening enerzijds en aan regelgeving op gemeenschapsniveau anderzijds. Deel II omvat het empirische gedeelte. De probleemstelling en onderzoeksvragen worden toegelicht in hoofdstuk 6. Dit onderzoek tracht in eerste instantie de aard en omvang van psychische problemen bij gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine in kaart te brengen alsook hoe deze zich manifesteren binnen detentie. Daarnaast wordt gepeild naar de visie, ervaring en methode of aanpak van sociale professionals en gevangenisimams in het werken met deze doelgroep. In hoofdstuk 7 komt de gehanteerde methodologie aan bod. Hierin wordt de keuze voor een kwalitatief onderzoeksdesign verantwoord, gevolgd door een bespreking van de onderzoekssubjecten en procedure, de dataverzameling en -analyse evenals enkele ethische aspecten. De onderzoeksresultaten worden uitgebreid weergegeven in hoofdstuk 8. Deel III sluit deze masterscriptie af met een slotbeschouwing. Hoofdstuk 9 voorziet in een discussie en conclusie. Aan de hand van de empirische bevindingen wordt een antwoord op de centrale onderzoeksvragen geformuleerd. Waar mogelijk wordt teruggekoppeld naar het literatuuronderzoek. Hoofdstuk 10 biedt een overzicht van de aanbevelingen voor beleid en praktijk. Tot slot worden in hoofdstuk 11 de beperkingen van het huidige onderzoek alsmede enkele suggesties voor vervolgonderzoek besproken.

DEEL I. LITERATUUROVERZICHT

Hoofdstuk 1. De soennitische islam² en zijn kijk op ziekte, (geestelijke) gezondheid en genezing

1.1 De officiële islam

De ‘officiële’ of ‘orthodoxe’ islam betreft het soennitische geloof dat binnen moskeeën, islamitische organisaties en onderwijsinstanties wordt verkondigd door schriftgeleerden en imams, ook wel de ‘orthodoxie’ genoemd (Hoffer, 2000, 2005, 2009). De officiële leer gaat terug op de openbaringen van Allah (God) zoals vastgelegd in de Koran en wordt dus door gezaghebbende autoriteiten uitgedragen. Daarnaast is ook de *shari’a* of de ‘goddelijke wet’ een fundamenteel aspect van de officiële islam. Het is een normenstelsel dat tot doel heeft het leven van elke moslim in al haar facetten te regelen (Hoffer, 2009; Motzki, 1997). De *shari’a* bezit volgens moslims een hogere rechtsgeeldigheid in vergelijking met door de mens uitgevaardigde wetgeving, vermits deze rechtsregels worden beschouwd als door God geopenbaard (Motzki, 1997). In nagenoeg heel de islamitische wereld is vandaag de dag Europees recht van kracht en kent de *shari’a* nog slechts een beperkte gelding (Peters, 1997).

De geloofsbelijdenis (*shahada*) vormt de grondslag van de islamitische geloofsleer en luidt als volgt: “*Er is geen god dan God (Allah) en Mohammed is zijn profeet*” (Hoffer, 2009). Verder zijn enkele wezenlijke aspecten van de geloofsleer: het monotheïstische karakter van de islam, het geloof in het bestaan van engelen, de duivel en demonen of geesten (djinn), het geloof in Gods openbaringen aan de mensheid, de erkenning van de profeten en in het bijzonder van Mohammed en het geloof in de Dag des Oordeels (*Yawm al-Qiyamah*)³ (Bartels, 1997; Hermans, 2007; Hoffer, 2009; Mefah, 2018). Binnen de islam heerst naast de geloofsleer ook een plichtenleer, beter bekend als ‘de vijf zuilen’. Het gaat om het geloof in Allah en in zijn profeet Mohammed (*shahada*), vijfmaal per dag bidden (*salat*), één keer per jaar aalmoezen geven, een soort armenbelasting (*zakat*), gedurende de ramadan-maand vasten (*sawm*) en tot slot eenmaal in het leven de bedevaart naar Mekka maken (*hadj*). Binnen de orthodoxe (soennitische) islam is het essentieel dat naar deze vijf zuilen wordt gehandeld (Paolucci & Eid, 2012; Zariouh, 2017). Naast deze vijf verplichtingen als moslim, bestaat ook de plicht om te zorgen voor de medemens, de naaste omgeving en voor zichzelf. Een moslim dient met andere woorden zorg te dragen voor zijn lichamelijk en psychisch welbevinden (Zariouh, 2017).

De soennitische islam kent vier grote wetscholen (*madhabs*): de Hanafitische wetschool, de Malikitische wetschool, de Sjafitische wetschool en de Hanbalitische wetschool. Islamitische gemeenschappen verschillen in het type wetschool dat wordt aangehangen. Aanhangers van de Hanafitische wetschool zijn vooral te vinden in Turkije, Afghanistan, de Balkan, Pakistan en India. In Noord-Afrika (e.g., Marokko, Algerije, Tunesië, Libië) is de Malikitische wetschool dominant. De Sjafitische wetschool is dan weer hoofdzakelijk aanwezig in Somalië, Egypte, Soedan en Zuidoost-Azië. De Hanbalitische wetschool, ter afsluiting, komt voornamelijk voor in Saudi-Arabië en de Golfstaten (Benhaddou & Le Roi, 2018; Hoffer, 2009; ‘Iyad, 2017). Elke *madhab* is genoemd naar een schriftgeleerde of imam die er eigen interpretaties van de Koran en de soenna op nahield. Bovendien maken alle *madhabs* deel uit van de officiële (orthodoxe) islam en worden ze dus alle vier

² In België en Vlaanderen maakt het merendeel van de moslims (93 %) deel uit van de soennitische stroming. Ook op wereldvlak vormt dit de grootste groep (90 %). De sjiieten, die voornamelijk in Iran leven, zijn sterk in de minderheid en vormen slechts 10 % van de moslimgemeenschap (Benhaddou & Le Roi, 2018; Hoffer, 2005). Dit onderzoek gaat over gedetineerden van Maghrebijnse en meer specifiek van Marokkaanse en Algerijnse origine. Indien het gaat om moslims, gaat het dus om soennitische moslims die de Malikitische wetschool aanhangen (‘Iyad, 2017). Ook de geconsulteerde literatuur over het onderzoeksthema heeft betrekking op deze soennitische stroming. Omwille van voornoemde redenen beperkt dit onderzoek zich dan ook tot de soennitische islam.

³ Soera 75, *Al-Qiyamah* (De Wederopstanding).

als ‘waarheid’ aangenomen. Het betreft immers slechts kleine onderlinge interpretatieverschillen (Benhaddou & Le Roi, 2018; Hoffer, 2009; ‘Iyad, 2017).

1.2 De ontwikkeling van de geneeskunde binnen de Arabisch-islamitische wereld

Gezondheid en ziekte zijn cultureel geconstrueerde categorieën (Kastit & Van Nuffel, 2008; Ypinazar & Margolis, 2006). Binnen de moslimgemeenschap heersen specifieke opvattingen over ziekte, (geestelijke) gezondheid en genezing (Ciftci, Jones, & Corrigan, 2013; Rassool, 2015). Eén fundamenteel principe binnen de islam is dat er één God is, namelijk ‘Allah’, die de schepper is van alles, ook van ziektes of aandoeningen. God beslist dus als enige over gezondheid, lijden en de dood (Aouattah, 1993; Hermans, 2007; Petkari, 2015; Ypinazar & Margolis, 2006; Zariouh, 2017). De gelovige moet ziekte opvatten als een beproeving van God. Het geduldig (*sabr*) zijn met beproevingen en ziektes leidt tot een zuivering van zonden en bijgevolg tot een verhoging van de rang in het Paradijs (*Al-Djannah*) (Abdel-Khalek, 2011; Ciftci et al., 2013; Zariouh, 2017). Het is niet omdat Allah de ultieme genezer is, dat moslims moeten wachten tot ze vanzelf genezen. Eén van de plichten als goede moslim is actief op zoek te gaan naar genezing (Ciftci et al., 2013; Zariouh, 2017). Voor elke ziekte bestaat er een (natuurlijk) middel ter genezing en het beste medicijn is de Koran zelf. Het reciteren van bepaalde Koranverzen (*ruqya*) wordt sterk aanbevolen, net als het verrichten van smeekbeden (*dua*) (Hermans, 2007; Maher, 2017; Zariouh, 2017; Zeegers, 2017). (Lichamelijke) ziektes of aandoeningen betekenen een gunst van Allah en worden beschouwd als een teken van een bezoek van God: “*God ziet mij staan, hij houdt van mij*” (Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Psychische problemen of stoornissen worden daarentegen eerder beleefd als een straf van of vervloeking door God (Aouattah, 1993; Abu-Ras, Gheith, & Cournos, 2008; Ciftci et al., 2013; Hamdan, 2007; Petkari, 2015; Rassool, 2015; Rypens, 2008; Weatherhead & Daiches, 2010). In het geval van mentale gezondheidsproblemen leeft het idee dat de *imaan* (liefde voor God) niet sterk genoeg is en men dus geen goede moslim is (Maher, 2017; Petkari, 2015; Zariouh, 2017). Heel wat moslims gaan zich dan meer toeleggen op het geloof om zo hun *imaan* te versterken. Wie over een sterke *imaan* beschikt, zou sneller worden genezen door God. Zijn of haar smeekbeden zouden immers beter worden aangehoord (Zariouh, 2017).

Drie historische ontwikkelingen karakteriseren de geschiedenis van de geneeskunde in de Arabisch-islamitische wereld (Hoffer, 1994; Maher, 2017). Vooreerst is er de Arabisch-islamitische geneeskunde, een empirische wetenschap ontstaan in de achtste eeuw die voortbouwt op de Griekse, Syrische en Indiase geneeskundige tradities (Hoffer, 1994, 2009; Maher, 2017). De Arabisch-islamitische geneeskunde heeft een sterk holistisch karakter. Zowel fysiologische, psychologische, sociale als culturele elementen worden opgenomen in diagnostiek en therapie (Hoffer, 1994, 2009). Belangrijk om te vermelden is dat ook de westerse (biomedische) wetenschap werd beïnvloed door de Arabisch-islamitische geneeskunde. Zo vormde de *Canon Medicinae* van Avicenna, een Arabische arts, een grote doorbraak binnen de geneeskunde in Europa (Chowdhury, 2016; Hoffer, 1994, 2009; Maher, 2017). In de twintigste eeuw kwam de Arabisch-islamitische geneeskunde aan haar einde onder invloed van de Europese biomedische wetenschap. In landen als Marokko en Turkije blijft deze geneeskundige traditie voortbestaan, weliswaar in afgezwakte vorm (Hoffer, 1994, 2000). Ten tweede is er de profetische geneeskunde die hoofdzakelijk bestaat uit verzamelingen van uitspraken en adviezen van de Profeet Mohammed met betrekking tot ziekte en genezing, zoals te vinden in de Koran en de Hadith⁴ (Hoffer, 1994, 2009; Maher, 2017). Deze traditie zou ontstaan zijn in de negende eeuw als reactie van orthodoxe geleerden op de Arabisch-islamitische geneeskunde als seculiere empirische wetenschap (Hoffer, 2009). Binnen de profetische geneeskunde worden er twee stromingen waargenomen die elk een verschillende visie hebben op de oorsprong van ziekte en genezing. De eerste stroming legt de nadruk op de natuurlijke oorzaken van ziekte en duidt op de in

⁴ De Hadith heeft betrekking op de uitspraken en daden van de profeet Mohammed (Abu-Ras et al., 2008; Tzeferakos & Douzenis, 2017).

de natuur beschikbare hulpbronnen ter genezing (e.g., honing, kruiden, aderlaten, *hijama*⁵) (Hoffer, 1994, 2009; Teixidor-Toneu, Martin, Puri, Ouhammou, & Hawkins, 2017; Zariouh, 2017). De tweede stroming is gebaseerd op metafysische oorzaken van ziekte: het boze oog, magie en djinns. Geloven in het onzichtbare is namelijk één van de grondbeginselen van het islamitische geloof (Mefah, 2018; Sakat, Masruri, Dakir, & Abdullah, 2015; Teixidor-Toneu et al., 2017; Zariouh, 2017). De behandeling bestaat in dit geval uit religieuze therapie in de vorm van Koranrecitaties, gebeden en amuletten (Blom, Eker, Basalan, Aouaj, & Hoek, 2010; Hoffer, 1994; Teixidor-Toneu et al., 2017; Wolffers & Bilthoven, 1984; Zariouh, 2017). Als laatste heeft ook het soefisme een belangrijke rol gespeeld in de geschiedenis van de geneeskunde (Hoffer, 1994; Maher, 2017; Stein, 2000). Het soefisme vormt de mystieke en spirituele stroming binnen de islam. Enerzijds trachten soefi's met behulp van gebeden en meditaties ziekten te genezen. Anderzijds streven zij ernaar hun aanhangers een correcte islamitische levenswijze bij te brengen. Een levenswijze met het oog op het vermijden van sociale, psychische en fysieke klachten of problemen. Het soefisme kenmerkt zich verder door heiligenverering en gebedsgenezing (Hoffer, 1994, 2009; Stein, 2000).

1.3 Het islamitische volksgeloof

1.3.1 *Het naturalistische vs. het personalistische verklaringmodel*

Belangrijk om te vermelden is dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds de 'officiële islam' en anderzijds het 'volksgeloof'. Het blijkt echter geen sinecure om een grens te trekken en aan te geven waar de officiële leer een einde neemt en het volksgeloof begint (Hoffer, 2005, 2009). De reeds besproken historische ontwikkelingen in de geschiedenis van de geneeskunde zijn in de verschillende islamitische landen samengesmolten met lokale tradities en gewoonten. Dit creëerde de grondslag voor het islamitische volksgeloof en voor de daaruit voortvloeiende geneeswijzen (Blom & Hoffer, 2012; Hoffer, 2009). Ondanks de lokale culturele verschillen tussen en binnen islamitische gemeenschappen, is het mogelijk om enkele gemeenschappelijkheden uit het volksgeloof op te lijsten (Hoffer, 1994, 2000). Meer specifiek gaat het over de visie op de mogelijke oorzaken van ziekte of tegenslag en het vertrouwen in bovennatuurlijke genezende krachten. Het islamitische volksgeloof kent zowel natuurlijke (fysieke of psychische) als bovennatuurlijke verklaringen voor ziekte (Crapanzano, 1973; Hoffer, 1994, 2005; Petkari, 2015). De naturalistische etiologie⁶ beschouwt ziekte als een natuurlijk fenomeen veroorzaakt door genetische, fysiologische- of omgevingsfactoren. Dit geldt veelal voor botbreuken, huidziekten, kinderziekten, maag- en darmklachten en vergiftiging door dierenbeten. Het personalistische verklaringmodel focust daarentegen op externe, metafysische oorzaken van ziekte of tegenslag. Het kan zowel gaan om menselijke (tovenaars of heks) als om niet-menselijke (demonen of djinns) entiteiten. Ziekte is volgens dit verklaringmodel dus niet toevallig, er zit altijd iets of iemand achter. Aan een bovennatuurlijke oorzaak wordt gedacht wanneer een ziekte lang aansleept, plotseling optreedt of wanneer een persoon veelvuldig met ziekte of onheil wordt geconfronteerd (Hermans, 2007; Hoffer, 1994; Petkari, 2015; Teixidor-Toneu et al., 2017). Ook in het geval van een psychische problematiek zijn moslims sneller geneigd zich te wenden tot de personalistische etiologie, mede doordat het naturalistische verklaringmodel of de moderne (westerse) geneeskunde hier zelden een (bevredigende) oplossing aanreikt (Al-Habeeb, 2003; Crapanzano, 1973; De Maesschalck, z.d.; El-Islam & Campbell, 2014; Hermans, 2007; Hoffer, 2005; Lopez, 2015; Petkari, 2015; Stein, 2000; Wolffers & Bilthoven, 1984; Zariouh, 2017).

In het personalistische verklaringmodel worden drie metafysische oorzaken van ziekte of onheil onderscheiden, met name zwarte magie, het boze oog en demonen of djinns. Magie ('*shour*' of '*siher*') impliceert het proberen beïnvloeden van gebeurtenissen en relaties door middel van bovennatuurlijke krachten (Bennani, 2010; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2005, 2009; Teixidor-

⁵ Een islamitische therapie of geneeswijze, ook wel 'cuppingtherapie' genoemd (Zariouh, 2017; Zeegers, 2017).

⁶ Oorzakenleer. Voor meer informatie, zie <http://anw.inl.nl/article/etiologie>

Toneu et al., 2017). Zwarte magie wordt toegepast om problemen te veroorzaken of ziekten te verwekken (Ally & Laher, 2008; Aouattah, 1993; Bennani, 2010; Hoffer, 1994, 2005, 2009; Rypens, 2008; Stein, 2000). Diverse methodes kunnen worden benut: het uitspreken van bepaalde formules of bezweringen, het voltrekken van rituelen etc. (Aouattah, 1993; Hoffer, 2009; Kastit & Van Nuffel, 2008; Petkari, 2015; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Ook is het mogelijk om met behulp van magie of tovenarij demonen of djinns op te roepen (Blom et al., 2010; Hermans, 2007). Een tweede metafysische oorzaak van ziekte of onheil is het boze oog (*'l'ayn'*), een fenomeen dat in velerlei culturen en religies optreedt. Dit geloof gaat uit van de gedachte dat elk individu in staat is om schade te berokkenen aan een ander of aan diens bezit door er simpelweg naar te kijken. Het gaat dus om een destructieve kracht waarbij de blik fungeert als actieve factor (Aouattah, 1993; Kastit & Van Nuffel, 2008; Rypens, 2008). In tegenstelling tot zwarte magie die een bewuste en opzettelijke handeling doet vermoeden, betreft het hier een soort intrinsieke eigenschap van de mens die zowel bewust als onbewust kan worden aangewakkerd. Bovendien wordt het dikwijls in verband gebracht met afgunst (Ally & Laher, 2008; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2005, 2009; Stein, 2000). Het boze oog kan uiteenlopende gevolgen hebben: wegwijnen, kindersterfte, koppels die scheiden, geld of goederen verliezen, voorwerpen die stuk gaan, krankzinnig worden etc. (Aouattah, 1993; Hermans, 2007; Rypens, 2008).

Als laatste zijn er de demonen of boze geesten die volgens het traditionele islamitische geloof djinns (*'jinn'*, meervoud: *'jnun'*) worden genoemd (Al-Habeeb, 2003; Blom & Hoffer, 2012; El-Islam & Campbell, 2014; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2005, 2009; Petkari, 2015; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Het geloof in djinns wordt van generatie op generatie overgedragen en het bestaan ervan wordt bevestigd in de Koran (Al-Habeeb, 2003; Blom & Hoffer, 2012; Dein, Alexander, & Napier, 2008; Mefah, 2018; Sakat et al., 2015; Zariouh, 2017). 'Djinn' is Arabisch voor 'geest' en betekent letterlijk: *"dat wat verborgen is voor het zicht van mensen"* (Blom & Hoffer, 2012; Murata & Chittick, 1996; Zariouh, 2017). Het gaat om intelligente, onzichtbare wezens die afzonderlijk bestaan en werden geschapen door Allah vóór de schepping van de mensheid uit rookloos vuur⁷ (Al-Habeeb, 2003; Bennani, 2010; Blom et al., 2010; Blom & Hoffer, 2012; Crapanzano, 1973; Dein et al., 2008; El-Islam & Campbell, 2014; Ghubash & Eapen, 2009; Hoffer, 1994, 2005, 2009; Mefah, 2018; Murata & Chittick, 1996; Sakat et al., 2015; Stein, 2000; Zariouh, 2017; Zeegers, 2017). Djinns worden geacht te vertoeven in de omgeving van water of onreine plekken, bijvoorbeeld begraafplaatsen, badkamers, vuilnisbelten, grotten, rivieren etc. (Blom et al., 2010; Blom & Hoffer, 2012; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2009; Stein, 2000). Bovendien zouden djinns veel karakteristieke gemeenschappelijk hebben met de mens (Blom et al., 2010; Mefah, 2018; Sakat et al., 2015). Zij kunnen denken, eten, trouwen, liefhebben, haten, boos of blij zijn en beschikken over een vrije wil (Dein et al., 2008; Mefah, 2018; Sakat et al., 2015). In tegenstelling tot de mens beschikken djinns over buitengewone krachten. Zij kunnen snel bewegen en grote afstanden afleggen, verschillende gedaanten aannemen (bijvoorbeeld zich manifesteren in een menselijke of dierlijke vorm) en de geest en het lichaam van de mens in bezit nemen, wat meteen ook hun gevaarlijkste eigenschap betreft (Blom & Hoffer, 2012; Dein et al., 2008; El-Islam & Campbell, 2014; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2009; Mefah, 2018; Murata & Chittick, 1996; Pandolfo, 2018; Sakat et al., 2015; Stein, 2000; Tzeferakos & Douzenis, 2017; Zariouh, 2017).

De mens kan op twee manieren getroffen worden door djinns. Allereerst kunnen djinns mensen 'raken', bijvoorbeeld door hen te slaan. Dit wordt ook wel *'medrub'* of *'metrush'* genoemd. Dit kan zowel asymmetrische verlammingen aan het gezicht als plotselinge blindheid of doofheid tot gevolg hebben. Het kan gaan om louter fysieke kwalen, maar er kunnen eveneens psychosomatische en/of hysterische verschijnselen optreden (Aouattah, 1993; El-Islam & Campbell, 2014; Hermans, 2007; Rypens, 2008). Daarnaast kunnen djinns ook bezit van iemand nemen. Hier kruipt de djinn als het ware in het lichaam van het slachtoffer (*meskun*) en neemt diens persoonlijkheid over (Al-Habeeb,

⁷ Soera *al-Hijr* Koran 15:27

2003; Aouattah, 1993; Bennani, 2010; Blom et al., 2010; Crapanzano, 1973; El-Islam & Campbell, 2014; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2009; Pandolfo, 2018; Rassool, 2015; Rypens, 2008; Zeegers, 2017). Bewusteloosheid, psychische verwarring, verlies van rede, flauwtes, convulsies, tremor en plotselinge veranderingen in gedrag en/of spraak zijn veelvoorkomende symptomen (*meryah*) (Al-Habeeb, 2003; Aouattah, 1993; Crapanzano, 1973; Dein et al., 2008; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2009; Pandolfo, 2018; Rassool, 2015; Rypens, 2008). Stemmingsstoornissen, psychoses of schizofrenie, tics en epilepsie zijn dan ook aandoeningen die geacht worden te zijn veroorzaakt door djinns (Hermans, 2007; Karim, Saeed, Rana, Mubbashar, & Jenkins, 2004; Lopez, 2015; Petkari, 2015; Zeegers, 2017). Er wordt gedacht aan bezetenheid wanneer men het gevoel heeft dat de patiënt ‘zichzelf niet is’. Wat gunstig is aan dit betekenisstelsel is dat de patiënt nooit verantwoordelijkheid draagt voor zijn of haar afwijkend gedrag en dat het sociale stigma dat rust op psychische stoornissen wordt vermeden (Aouattah, 1993; Bennani, 2010; El-Islam & Campbell, 2014; Ghubash & Eapen, 2009; Maher, 2017; Mefah, 2018; Pandolfo, 2018; Rassool, 2015; Wolffers & Bilthoven, 1984). Bezetenheid door een djinn ligt nu eenmaal buiten de menselijke controle (Aouattah, 1993; Mefah, 2018). Niettemin zou men zichzelf tegen bezetenheid kunnen beschermen door goed te leven en te gehoorzamen aan de woorden van Allah (Dein et al., 2008; Maher, 2017).

De Koran noch de Hadith maakt echter melding van de wandaden waartoe djinns in staat zouden zijn. Ook worden eventuele oplossingen om ervan af te komen niet behandeld in de heilige boeken. Beide vormen het resultaat van populaire interpretaties binnen het islamitische volksgeloof, waarbinnen het fenomeen ‘djinn’ verder gestalte kreeg (Bennani, 2010; El-Islam & Campbell, 2014; Hermans, 2007; Lopez, 2015; Mefah, 2018). Ondanks hun geloof in het bestaan van djinns, is de orthodoxie (de officiële leer) het oneens over de mate waarin djinns de menselijke wereld (kunnen) beïnvloeden (Dein et al., 2008; Sakat et al., 2015). Traditioneel zijn er binnen de orthodoxie twee groepen te onderscheiden. Volgens de eerste groep is het onmogelijk dat djinns iemands lichaam in bezit nemen en op die manier zorgen voor ziekte of onheil. Zij menen dat louter beïnvloeding van buitenaf mogelijk is (Dein et al., 2008; Mefah, 2018). Daartegenover staat de groep die gelooft dat een menselijk lichaam wel degelijk door een djinn in bezit kan worden genomen en kan worden ‘ziek’ gemaakt. Mensen die niet geloven in bezetenheid worden door aanhangers van deze groep als atheïsten bestempeld (Mefah, 2018). Het onderscheid tussen de ‘officiële leer’ en het ‘volksgeloof’ is ook van belang voor wat betreft de geneeswijzen die al dan niet door de islamitische orthodoxie worden aanvaard (Hermans, 2007; Hoffer, 2009). Dit wordt in het volgende onderdeel meer uitgebreid toegelicht.

1.3.2 Traditionele islamitische geneeswijzen

Islamitische patiënten hanteren vaak een bovennatuurlijk verklaringsmodel wanneer zij worden geconfronteerd met psychisch lijden (Aouattah, 1993; Blom & Hoffer, 2012; Dein et al., 2008; Drieskens, 2008; El-Islam & Campbell, 2014; Littlewood, 2004; Lopez, 2015; Petkari, 2015; Rassool, 2015; Wolffers & Bilthoven, 1984; Zariouh, 2017). Niet zelden aangespoord door familieleden, gaan zij vaak rechtstreeks of in tweede instantie te rade bij een traditionele islamitische genezer (Abu-Ras et al., 2008; Bennani, 2010; Blom & Hoffer, 2012; Hoffer, 1994; Karim et al., 2004; Petkari, 2015; Zariouh, 2017). In traditionele genezingsystemen is de genezer actief en de patiënt passief. De genezer adviseert, begeleidt, geeft instructies en stelt praktische behandelingskuren voor. De patiënt ziet de traditionele genezer als een autoritaire, ondersteunende en begripvolle figuur. De traditionele genezer erkent het belang van de familiecontext en beschouwt de familie van de patiënt als partner in het behandelings- en genezingsproces (Al-Krenawi & Graham, 2000). Moslims menen dat de westerse geestelijke gezondheidszorg te ver afstaat van de eigen cultuur en belevingswereld en/of zij zijn teleurgesteld over een eerdere behandeling binnen het reguliere circuit. In de regel zouden westerse hulpverleners dan ook pas geraadpleegd worden bij ernstig lijden, bij gebrek aan enig alternatief of wanneer traditionele behandelmethoden falen (Blom et al., 2010; Maher, 2017;

Weatherhead & Daiches, 2010; Zariouh, 2017). Om de oorzaak van ziekte of van bepaalde klachten te achterhalen en te verhelpen, wordt door islamitische genezers een beroep gedaan op tal van technieken en hulpmiddelen. Het gaat onder meer om gesprekken met cliënten en hun familie, gebeden, het voltrekken van rituelen, zoals fumigatie⁸ met kruiden, de betrokkene water laten drinken met daarin opgelost de inkt van Koranverzen, het bezoeken van een graftombe, een rituele wassing etc. (Blom et al., 2010; Hermans, 2007; Hoffer, 2009; Teixidor-Toneu et al., 2017). Af en toe worden ook meer excessieve methodes toegepast, waaronder lijfstraffen, wurging, de betrokkene onder water houden en andere vormen van exorcisme of geestuitdrijving (Al-Habeeb, 2003; Dein et al., 2008; Hermans, 2007; Hoffer, 2000; Littlewood, 2004; Petkari, 2015; Wolffers & Bilthoven, 1984; Zeegers, 2017).

Koranverzen vormen steeds een essentieel element in de behandeling (Hermans, 2007; Hoffer, 2009). Bepaalde verzen uit de Koran zouden namelijk een helende werking (*baraka*)⁹ bezitten. De meest gehanteerde therapie of geneeswijze in geval van bezetenheid, het boze oog en zwarte magie is dan ook het uitspreken van gebeden en/of recitaties uit de Koran (*ruqya*) (Blom et al., 2010; Hoffer, 1994, 2009; Maher, 2017; Mefah, 2018; Petkari, 2015; Teixidor-Toneu et al., 2017; Zariouh, 2017; Zeegers, 2017). Wanneer de patiënt bepaalde symptomen vertoont tijdens het reciteren van de verzen zou er een djinn aanwezig zijn in het lichaam. De patiënt kan zich warm en opgejaagd voelen, hevig trillen, krijsen, schuim op de mond hebben en/of in een staat van bewusteloosheid verkeren. Soms voelt de patiënt zich kalmer na het lezen van de Koran, maar vertoont hij of zij geen andere symptomen. In dit geval zou er eerder sprake zijn van een ‘depressie’ dan van ‘bezetenheid’ (Dein et al., 2008; Mefah, 2018). Het verrichten van *ruqya* is nooit de oorzaak van genezing, maar vormt slechts een middel om genezing te bereiken. Het is uiteindelijk Allah die zorgt voor genezing (Chowdhury, 2016; Hoffer, 2009; Pandolfo, 2018; Rassool, 2015; Ypinazar & Margolis, 2006; Zariouh, 2017).

Het onderscheid tussen de ‘officiële islam’ en het ‘volksgeloof’ wordt uitsluitend gemaakt door de orthodoxie, die praktijken uit het volksgeloof als ‘bijgeloof’ afschilderen. Enkel gebedsgenezing met behulp van de Koran (of andere islamitische teksten) wordt door de officiële leer aanvaard. Magische rituelen zijn dus verboden. Schriftgeleerden en imams beschrijven traditionele genezers als onorthodox en in strijd met de islamitische leer vanwege hun praktijken op basis van magie (Dein et al., 2008; Hermans, 2007; Hoffer, 2000). De genezers zelf evenals hun cliënten ervaren dit echter wel als legitiem. ‘Gewone’ moslims maken immers geen onderscheid tussen de officiële leer en het volksgeloof. Voor hen is dé islam een combinatie van de twee en zij vermengen dan ook elementen van beide tradities in hun dagelijkse leven (Hermans, 2007; Hoffer, 2000, 2005, 2009).

Hoofdstuk 2. Culturele referentiekaders en psychopathologie

2.1 Het begrip cultuur

Het begrip ‘cultuur’ wordt in de literatuur door verschillende academici en disciplines (e.g., antropologen, sociologen, psychologen) op uiteenlopende manieren gedefinieerd. Het is bijgevolg bijzonder moeilijk om te komen tot een eenduidige omschrijving (Heine, 2016; Rypens, 2008). In dit luik worden enkele definities ter illustratie weergegeven. Een diepgaande en fijnmazige analyse van het begrip ‘cultuur’ valt echter buiten het bestek van deze masterscriptie.

⁸ Ontsmetting door middel van rook. Voor meer informatie, zie http://www.ethesis.net/geneeskunde/geneeskunde_deel_I.htm

⁹ ‘*Baraka*’ of ‘zegenbrengende kracht’ is een begrip uit het islamitische volksgeloof en houdt verband met de genezing van ziekten met een metafysische oorsprong. Deze *baraka* bevond zich in de Profeet Mohammed, maar wordt eveneens toegekend aan heiligen die worden vereerd en aan bepaalde Koranverzen (Dein et al., 2008; Hoffer, 1994, 2009; Stein, 2000).

Een definitie waar vaak naar wordt verwezen, is die van David Pinto. De omschrijving van cultuur volgens Pinto (2007) luidt als volgt:

Cultuur is een evoluerend systeem van waarden, normen en leefregels. In een groep van mensen die zich lid voelen van hun groep wordt cultuur van generatie op generatie doorgegeven en zo geïnternaliseerd. Voor de mensen in een groep is hun cultuur vaak onbewust richtinggevend voor hun gedrag en hun kijk op de wereld. (p. 28)

Cultuur vormt dus een vrij dominant gegeven in het leven van de mens. Het beïnvloedt hun gedrag, hun zienswijze of levensopvatting en dus ook hun kijk op psychische gezondheidsproblemen en hulpverlening (Rypens, 2008). Heine (2016) duidt dan weer op de enorme variëteit tussen individuen van eenzelfde cultuur. Cultureel lidmaatschap beïnvloedt het leven van individuen, maar determineert het niet. Volgens Heine (2016, p. 7) verwijst het begrip ‘cultuur’ naar “*dynamic groups of individuals that share a similar context, are exposed to many similar cultural messages, and contain a broad range of different individuals who are affected by those cultural messages in divergent ways*”. Door Andary, Stolk en Klimidis (2003) wordt een overzicht van verscheidene definities aangereikt. Hieruit blijkt duidelijk dat cultuur ook in Engelstalige literatuur uiteenlopende omschrijvingen kent. Met het oog op het thema van deze masterscriptie, is volgende definitie van belang: “*Cultural rules govern illness behaviour – we learn “approved” ways of being ill*” (Andary et al., 2003, p. 27). Onze cultuur zou dus eveneens bepalend zijn voor onze manier van ‘ziek zijn’ (Ally & Laher, 2008; Rypens, 2008). Dit laatste zal worden verduidelijkt in het verdere verloop van dit hoofdstuk.

2.2 Westerse referentiekaders: kritische benadering

De classificatie- of betekenisystemen voor mentale stoornissen die momenteel van toepassing zijn in België zijn westers georiënteerd. Het belangrijkste instrument dat in het Westen wordt gehanteerd om vormen van psychopathologie te diagnosticeren, is de DSM of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Ally & Laher, 2008; Andary et al., 2003; Lopez, 2015; Vanheule, 2015; Verhaeghe, 2020).¹⁰ In de meest recente editie van de DSM (de DSM-V) wordt een psychische stoornis als volgt omschreven:

Een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. (geciteerd in Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2014, p. 1)

Daarenboven gaan “psychische stoornissen gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden” (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2014, p. 1). Een mentale aandoening wordt hier dus beschouwd als de manifestatie van een disfunctie in het individu. Het zou gaan om een disfunctie in gedrag en/of op psychisch en/of biologisch vlak (Ally & Laher, 2008; Petkari, 2015). Deze omschrijving van een ‘psychische stoornis’ wordt geacht ook van toepassing te zijn in andere culturele contexten. De DSM gaat uit van een universele toepasbaarheid en ontkent hiermee dat alle diagnostische categorieën of labels eigenlijk culturele constructies zijn (Burr & Dick, 2017; Kastit &

¹⁰ De DSM wordt echter ook sterk bekritiseerd. Eén van de voornaamste kritieken is dat de DSM-diagnostiek louter berust op een biomedische benadering en dat er dus geen rekening wordt gehouden met de invloed van context en beleving op psychisch lijden (Vanheule, 2015). Bovendien heeft de DSM een sterk stigmatiserend karakter. Elke nieuwe editie gaat gepaard met een versoepeling van bestaande criteria en met een uitbreiding van nieuwe diagnoses, waardoor meer mensen een psychiatrisch label opgeplakt krijgen. Tot slot kunnen vragen worden gesteld bij de beslissingsprocedure om bepaalde deviante gedragingen en emoties als stoornis te categoriseren (Verhaeghe, 2020).

Van Nuffel, 2008; Littlewood, in Andary et al., 2003; Vanheule, 2015). Zowel de inhoud, achtergrond als implicaties van het begrip ‘psychische stoornis’ kunnen volkomen verschillend zijn afhankelijk van cultuur tot cultuur (Andary et al., 2003; Burr & Dick, 2017; De Maesschalck, z.d.; Heezen, 1987; Kastit & Van Nuffel, 2008; Rypens, 2008; Vanheule, 2015). Het westerse (biomedische) verklaringsmodel staat haaks op hoe men binnen moslimculturen denkt over mentale aandoeningen. In het Westen worden louter objectief waarneembare en meetbare verschijnselen als reëel beschouwd, terwijl binnen de moslimgemeenschap het geloof in metafysische krachten juist sterk is ingebed (Al-Habeeb, 2003; Dein et al., 2008; Driessens, 2008; Ghubash & Eapen, 2009; Littlewood, 2004; Lopez, 2015; Rassool, 2015; Stafford, 2005; Wolfers & Bilthoven, 1984). Op basis van klinische ervaring wordt geschat dat 80 % van de moslimpatiënten die volgens een westers classificatiesysteem een psychotische stoornis hebben, uitgaan van een bovennatuurlijke oorzaak (veelal djinns) (Blom et al., 2010). Een culturele/religieuze verklaring komt dus vaak in de plaats van de westerse diagnose van psychose, depressie of van andere vormen van psychopathologie (Dein et al., 2008; Ghubash & Eapen, 2009; Lopez, 2015; Rassool, 2015; Stein, 2000).

De (etnisch-)culturele achtergrond van individuen zou een belangrijke rol spelen bij de beleving en uitdrukking van symptomen van psychisch disfunctioneren (Ally & Laher, 2008; Hayward, 1999; Kastit & Van Nuffel, 2008; Shiraev & Levy, 2013; Veen, Riemersma, Rusting, Sarucco, Starmans, Zandi, Oud, Cronenberg, Meije, & Roman, 2015). Een individu zal zijn of haar psychisch lijden uiten op een manier die toegestaan en aanvaardbaar is in de cultuur waartoe hij of zij behoort: “*Cultural rules govern illness behaviour – we learn “approved” ways of being ill*” (Andary et al., 2003, p. 27). Doorgaans wordt door antropologen een onderscheid gemaakt tussen enerzijds ‘*illness*’, het subjectieve gevoel van (psychisch) onwelbevinden van de patiënt en diens betekenisgeving, en anderzijds ‘*disease*’, een diagnosticeerbare pathologische aandoening. ‘*Illness*’ weerspiegelt het perspectief van de patiënt (en/of zijn sociale omgeving) en ‘*disease*’ dat van de professional (Blom & Hoffer, 2012; De Maesschalck, z.d.; Helman, 1981; Hoffer, 1994, 2005; Kleinman, 1980). ‘*Illness*’ en ‘*disease*’ staan lijnrecht tegenover elkaar wanneer het gaat om islamitische patiënten die hun verschijnselen toekennen aan de invloed van ‘djinns’ en biomedisch opgeleide hulpverleners die hen behandelen met antipsychotica (Ally & Laher, 2008; Blom & Hoffer, 2012; Hoffer, 2005). Terwijl westerse hulpverleners uitgaan van een neurofysiologische afwijking in de hersenen, ervaren de patiënten hun symptomen als metafysisch van aard (Blom & Hoffer, 2012; Lopez, 2015; Petkari, 2015). De vraag is hoe biomedici de kloof tussen het personalistische verklaringsmodel en hun eigen (westers) biomedisch denkkader (gebaseerd op de DSM) kunnen overbruggen (Blom & Hoffer, 2012). Hoewel ‘djinns’ (en vooral bezetenheid) naar westerse normen lijken samen te vallen met de diagnose van ‘psychose’, is dit niet altijd het geval. Uitgaan van djinns of andere bovennatuurlijke oorzaken staat niet per se gelijk aan een gestoord realiteitsbesef. Binnen moslimculturen is het vaak gewoon een manier om betekenis te geven aan bepaalde (psychische) klachten en deze inzichtelijk te maken (Lopez, 2015).

Het Culturele Formuleringsinterview opgenomen in de DSM-V wordt beschouwd als een hulpmiddel bij het diagnosticeren van cliënten met een niet-westerse origine (Lopez, 2015; Petkari, 2015; Vanheule, 2015; Veen et al., 2015). Thema’s die in het interview aan bod komen, zijn onder meer: taal, (etnisch-)culturele en religieuze identiteit, psychosociale omgeving, hulpverleningsrelatie en verklaringen voor psychisch lijden en genezing (Kapoor et al., 2013; Petkari, 2015; Rassool, 2015; Veen et al., 2015). Wanneer westerse hulpverleners een beter begrip hebben van culturele en/of religieuze betekenisystemen, zouden zij cultuurverschillen minder snel psychologiseren en/of medicaliseren (Derluyn et al., 2015; Kastit & Van Nuffel, 2008; Lopez, 2015). Hoewel het een nuttig instrument betreft om miscommunicatie in interculturele hulpverlening te vermijden, blijft het een westers model van waaruit cliënten worden benaderd (Vanheule, 2015).

2.3 Maghrebijnse referentiekaders

2.3.1 Traditionele etiologie van psychische stoornissen

De traditionele Maghrebijnse opvattingen over psychische stoornissen zijn sterk verweven met de personalistische etiologie binnen het islamitische volksgeloof (Aouattah, 1993; Rypens, 2008; Stein, 2000).¹¹ In de Maghrebijnse cultuur vormen demonen of djinns één van de belangrijkste verklaringen voor mentale gezondheidsproblemen (Bennani, 2010; Hermans, 2007; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Vanwege hun grillige aard en/of handelend uit wraak, zouden djinns zich tegen de mens keren en ziekte of de dood voortbrengen (Aouattah, 1993; Rypens, 2008). Ook het boze oog, zwarte magie en een straf van of vervloeking door God worden veelvuldig aangeduid als oorzaak van psychisch lijden (Aouattah, 1993; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Dit traditionele betekenisstelsel blijkt eveneens relevant voor immigranten van Maghrebijnse origine in westerse landen. Ook zij maken gewag van bovenvermelde metafysische oorzaken (Hermans, 2007; Kromhout, 2002; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Westers uitziende Maghrebijnen zouden echter vaak hun geloof in bovennatuurlijke krachten ontkennen uit schaamte (Kromhout, 2002; Rypens, 2008; Zariouh, 2017).

2.3.2 Uitingsvormen

In de Maghrebijnse cultuur is niet alleen sprake van externalisatie¹², maar worden mentale stoornissen ook vaak via het lichaam geuit (Andary et al., 2003; Aouattah, 1993; Rypens, 2008; van der Meer, 1978; van der Meer, 1984). Het vertalen van psychische problemen in somatische klachten of kortweg ‘somatisatie’ genoemd, is iets heel kenmerkend voor de Maghrebijnse patiënt. In de literatuur wordt daarom meermaals melding gemaakt van het ‘Noord-Afrikaans syndroom’ of het ‘mediterrane syndroom’ (Aouattah, 1993; Rypens, 2008). Deze neiging tot somatisatie kan gelinkt worden aan het sterke taboe dat rust op psychische problemen binnen de moslimgemeenschap. Psychische symptomen worden geuit als lichamelijke klachten, omdat er aan deze laatste minder stigma is gekoppeld (Ciftci et al., 2013; El-Islam & Campbell, 2014; Maher, 2017; Petkari, 2015; Zariouh, 2017). Dergelijke lichamelijke klachten kunnen zich vertalen in een uitval van functies, zoals verlamming, blindheid, doofheid etc. (El-Islam, 2008). Wanneer het gaat om depressie, wordt veelal gesproken van vermoeidheid, slapeloosheid, verlies van eetlust en maagpijn (Abu-Ras et al., 2008; Al-Krenawi & Graham, 2000). In tegenstelling tot de DSM maken wetenschappelijke studies over affectieve stoornissen in Arabische landen geen melding van stemmingsklachten bij depressieve patiënten (Al-Krenawi & Graham, 2000). Fysiek lijden wordt meer *au sérieux* genomen en geniet binnen de moslimgemeenschap een grotere sociale aanvaardbaarheid (Al-Habeeb, 2003; Al-Krenawi & Graham, 2000; Chowdhury, 2016; El-Islam, 2008; Rassool, 2015). Het uiten van psychische of emotionele *distress* evenals het zoeken naar psychische hulp, wordt veeleer beschouwd als een teken van zwakte (op persoonlijk vlak of op vlak van geloof) (Chowdhury, 2016; El-Islam, 2008; Zariouh, 2017). Ook wanneer de huisarts wordt geraadpleegd, wordt het gesprek door de patiënt beperkt tot somatische klachten (Chowdhury, 2016; Maher, 2017). Aangezien zij uitgaan van een fysieke oorsprong, verwachten zij ook dat de behandeling gelijkaardig is aan een medische behandeling voor lichamelijke aandoeningen, zowel qua duur als wat de beperkte bijdrage van de patiënt zelf betreft (Al-Krenawi & Graham, 2000; Zariouh, 2017). Zij verwachten met andere woorden ‘genezen’ te worden van hun symptomen zonder veel aspecten van hun persoonlijke leven te moeten onthullen (Al-Krenawi & Graham, 2000; Zariouh, 2017).

¹¹ Cf. *supra* 1.3

¹² De oorzaak van het (psychisch) probleem wordt buiten zichzelf gezocht en heeft vaak een bovennatuurlijk karakter (Maher, 2017; Zariouh, 2017).

2.3.3 Traditionele rituelen en behandelwijzen

In een land als Marokko bestaan, naast de biomedische gezondheidszorg, tal van islamitisch geïnspireerde therapieën, rituelen en genezers¹³ die niet altijd even orthodox zijn.¹⁴ Het islamitische volksgeloof en daarmee ook de traditionele behandelwijzen maakten hun intrede in de Belgische en Nederlandse samenleving met de komst van islamitische migranten (Blom et al., 2010; Hermans, 2007; Hoffer, 2005, 2009; Rassool, 2015; Stein, 2000; Wolffers & Bilthoven, 1984). Deze praktijken worden tot op de dag van vandaag toegepast, vooral binnen de Marokkaanse gemeenschap (Hermans, 2007; Hoffer, 2005; Rypens, 2008; Wolffers & Bilthoven, 1984).

Hoofdstuk 3. Soennitische moslims vs. het westerse hulpverleningsmodel¹⁵

3.1 Barrières om psychische hulp te zoeken

Er zijn heel wat barrières die moslims weerhouden om professionele psychische hulp te zoeken. Eén van de belangrijkste barrières is angst voor stigmatisering vanuit de gemeenschap. Wanneer iemand onthult dat hij of zij een psychische aandoening heeft, is dit een bijzonder schandelijke ervaring. Niet alleen de persoon zelf, maar diens volledige familie wordt gestigmatiseerd en uitgesloten vanwege hun associatie met psychische problemen, verslaving of zelfmoord (Abu-Ras et al., 2008; Al-Krenawi & Graham, 2000; Chowdhury, 2016; Ciftci et al., 2013; Petkari, 2015; Rassool, 2015; Sayed, 2003). Er is met andere woorden sprake van een ‘associatief stigma’ (El-Islam, 2008; El-Islam & Campbell, 2014). Moslims kiezen er dan ook vaak voor om hun psychische problemen te verzwijgen en niet op zoek te gaan naar gepaste (professionele) hulp (Ciftci et al., 2013; El-Islam, 2008). Zij zoeken veelal hun heil in de Koran. Indien de behoefte aan hulp en ondersteuning echter te groot wordt, blijken moslims eerder geneigd om hulp te zoeken bij familieleden, traditionele genezers of bij een imam (Ali & Milstein, 2012; Ciftci et al., 2013; Petkari, 2015; Rassool, 2015; Zariouh, 2017; Zeegers, 2017). Hoewel imams veel tijd besteden aan de begeleiding en ondersteuning van moslims, hebben zij zelden een opleiding in het herkennen en de aanpak van mentale problemen genoten (Ciftci et al., 2013; Rassool, 2015). Wanneer imams getraind worden in het herkennen van symptomen van psychisch disfunctioneren, zou dit kunnen resulteren in meer doorverwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg (Abu-Ras et al., 2008).

Naast angst voor stigmatisering heeft ook het traditioneel religieus en/of cultureel betekenisstelsel invloed op het hulpzoekgedrag (Jones et al., 2013; Rassool, 2015; Snacken et al., 2004). Binnen de islam wordt een goede mentale gezondheid in verband gebracht met een onberispelijk geloof in Allah/God. Wanneer het geloof van een individu minder sterk is, zou zijn of haar innerlijke harmonie verstoord raken met (mentale) problemen tot gevolg (Ciftci et al., 2013; Hamdan, 2007; Petkari, 2015; Rassool, 2015; Sayed, 2003; Weatherhead & Daiches, 2010; Ypinazar & Margolis, 2006).¹⁶ Dit zou deels kunnen verklaren waarom moslims vaak niet durven spreken over hun psychisch welbevinden: “*mensen zouden kunnen denken dat ik geen goede moslim ben*” (Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Verder, zoals reeds besproken, vormt ook het geloof in djinns, het boze oog en zwarte magie een belemmerende factor (Ally & Laher, 2008; Rassool, 2015). Uit schaamte en angst voor onbegrip worden dergelijke verklaringen zelden besproken met westerse hulpverleners (Blom et al., 2010; Blom & Hoffer, 2012; Dein et al., 2008; Kromhout, 2002; Rypens, 2008; Zariouh, 2017).

¹³ De meest voorkomende traditionele islamitische genezer in Marokko wordt ‘*fqih*’ of ‘*feki*’ genoemd (Aouattah, 1993; Blom et al., 2010; Crapanzano, 1973; Rypens, 2008; Stein, 2000; van der Meer, 1978; Wolffers & Bilthoven, 1984).

¹⁴ Cf. *supra* 1.3.2

¹⁵ De beschikbare literatuur aangaande dit thema heeft betrekking op de soennitische moslimgemeenschap in het algemeen en kan dus verschillend zijn van de traditionele Maghrebijnse kijk op het westerse hulpverleningsmodel. Aangezien Maghrebijnen, indien moslim, behoren tot de soennitische stroming, is de kans op gelijkenissen erg groot.

¹⁶ Cf. *supra* 1.2

Een derde mogelijke barrière is het grote wantrouwen binnen de moslimgemeenschap ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg (Al-Krenawi & Graham, 2000; Rassool, 2015; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Hulpverleners worden vaak als vreemd en niet-islamitisch ervaren en zouden te ver afstaan van de culturele en/of religieuze belevingswereld van de patiënt (Abu-Ras et al., 2008; Hermans, 2007; Weatherhead & Daiches, 2010; Youssef & Deane, 2006). Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen psychiaters, psychologen, therapeuten of andere functies binnen de psychische hulpverlening. Ze worden allen beschouwd als ‘dokters voor gekke mensen’ die religieuze waarden als reële bron van troost en genezing verwerpen (Al-Krenawi & Graham, 2000; Zariouh, 2017). Ook bestaat er angst voor racisme, discriminatie en islamofobie, zeker wanneer men reeds geconfronteerd werd met negatieve ervaringen op dit vlak (Chowdhury, 2016; Lippens et al., 2009; Rassool, 2015; Weatherhead & Daiches, 2010).

De houding van familieleden tegenover psychische problemen en geestelijke gezondheidszorg speelt eveneens een rol in het hulpzoekgedrag van moslimpatiënten. Islamitische gemeenschappen vormen collectivistische familiestructuren (El-Islam, 2008; Pinto, 1994; Rassool, 2015; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). De beslissing om al dan niet professionele psychische hulp in te schakelen is hierdoor in veel gevallen een familiale aangelegenheid (Al-Krenawi & Graham, 2000; El-Islam, 2008; Rassool, 2015; Weatherhead & Daiches, 2010). Dikwijls worden patiënten door hun naaste omgeving aangespoord om een islamitische genezer te consulteren in plaats van het reguliere zorgcircuit (Hoffer, 1994). Tot slot zou ook ‘gender’ hier een rol spelen. Binnen de moslimgemeenschap zouden mannen namelijk negatiever staan tegenover het zoeken van professionele psychische hulp dan vrouwen (Ciftci et al., 2013).

Kortom, het hulpzoekgedrag van moslimpatiënten dat vaak het gebruik van informele hulpbronnen (e.g., Koran, familieleden, traditionele genezers, imams) impliceert, heeft een impact op de onderbenutting van de diensten voor geestelijke gezondheid (Al-Krenawi & Graham, 2000; Chowdhury, 2016; Petkari, 2015; Rassool, 2015).

3.2 Pleidooi voor een tweesporenbeleid

Verschillende onderzoekers wijzen op het belang van wederzijdse samenwerking en informatie-uitwisseling tussen imams, traditionele genezers en de reguliere geestelijke gezondheidszorg (Abu-Ras et al., 2008; Ali & Milstein, 2012; Blom et al., 2010; Ciftci et al., 2013; Hoffer, 2000; Kapoor et al., 2013; Padela, Killawi, Forman, Demonner, & Heisler, 2012; Rassool, 2015). Imams worden vaak gezien als vertegenwoordigers van de wil van God en zouden dan ook het behandelings- en genezingsproces faciliteren (Abu-Ras et al., 2008; Ali & Milstein, 2012; Ciftci et al., 2013; Padela et al., 2012). Zij zouden bovendien een cruciale rol spelen bij het vormgeven van attitudes binnen de gemeenschap over (psychische) ziekten en professionele hulpverlening, door moslims aan te sporen zorg te dragen voor zichzelf, een religieuze plicht (Padela et al., 2012). Bovendien kunnen zij bij de patiënt een zekere mate van geruststelling bewerkstelligen op het gebied van medicatie. Men probeert dan de patiënt duidelijk te maken dat het innemen van medicijnen niet indruist tegen de Koran en dat dit tijdens de ramadan mag worden gecontinueerd (Blom et al., 2010; Rassool, 2015). Verder kunnen zij specifieke behandelwijzen toepassen (e.g., het reciteren uit de Koran) ter aanvulling op de reguliere behandeling (Blom et al., 2010). Dit blijkt eveneens relevant in een detentiecontext. Wanneer hulpverleners het belang van religie begrijpen, kan dit zorgen voor een beter inzicht in de geestelijke gezondheid van de gedetineerde en kunnen meer effectieve behandelplannen worden opgesteld (Kapoor et al., 2013). Voor gedetineerden die aan het begin van hun detentie moeite hebben om zich aan te passen aan het gevangenisleven, kan de toegang tot een religieuze of spirituele leider zeer geruststellend zijn en een gevoel van verbondenheid met de gemeenschap creëren (Kapoor et al., 2013).

Ook bij onze noorderburen wordt gepleit voor een tweesporenbeleid, wat zich vertaalt in biomedische diagnostiek aangevuld met consultaties bij een deskundige imam of traditionele genezer (Blom et al., 2010; Hoffer, 2000). De patiënt krijgt dus de mogelijkheid om tegelijkertijd naast de klassieke hulpverlener een imam of religieus genezer te raadplegen. Dit zorgt ervoor dat het naast elkaar bestaan van de twee verklaringmodellen wordt gedoogd en dat er een behandelingstraject wordt opgestart dat zowel oog heeft voor de biomedische als voor de religieuze aspecten. Beide partijen moedigen de patiënt aan zich aan beide behandelingsmethodes te houden (Blom & Hoffer, 2012). Men wil hiermee vooral het gevoel doorbreken van ‘gevangen’ te zitten tussen de wereld van de islam enerzijds en die van de reguliere hulpverlening anderzijds (Blom et al., 2010).

Hoofdstuk 4. Het belang van *cultural competent care*

4.1 Begripsomschrijving

‘*Cultural competent care*’ of ‘cultuursensitieve zorg’ is een relatief nieuw begrip. Het is ontstaan in de Verenigde Staten en wordt vrijwel altijd geassocieerd met de gezondheidssector (Herbert MBE, 2015). Omwille van de inconsistente en verwarrende terminologie die gehanteerd wordt, heerst er een gebrek aan empirisch onderzoek hieromtrent. De term ‘cultuursensitiviteit’ wordt vaak in één adem genoemd met culturele competentie, etnische gevoeligheid, culturele diversiteit, multiculturaliteit, *cultural tailoring*, etc. (Bayer, 1994; Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia, & Butler, 2000; Schlesinger & Devore, 1995). Het gebrek aan een algemeen aanvaarde definitie leidt er echter toe dat deze termen op uiteenlopende manieren worden gedefinieerd in wetenschappelijke literatuur (Resnicow et al., 2000). In deze bijdrage worden de begrippen ‘cultuursensitiviteit’ en ‘culturele competentie’ nader toegelicht.

Het hebben van kennis over en begrip voor de migratieachtergrond van cliënten evenals daar op een juiste manier mee omgaan, vormt de grondslag van cultuursensitiviteit binnen de hulpverlening (Veen et al., 2015). Hierbij worden twee dimensies onderscheiden: ‘*surface structure*’ en ‘*deep structure*’ (Resnicow, et al., 2000). Wanneer interventies aandacht hebben voor de ‘oppervlakkige’ sociale of gedragsmatige kenmerken (e.g., taal¹⁷, voeding¹⁸, kledij, muziek) van een (etnisch-)culturele minderheidsgroep, wordt gesproken over ‘*surface structure*’ (Hodge, Jackson, & Vaughn, 2010; Resnicow et al., 2000). ‘*Deep structure*’ gaat verder en impliceert een meer fundamentele aanpassing. Meer specifiek worden sociale, culturele, religieuze, omgevings-, historische en psychologische kenmerken die invloed hebben op het gedrag van een bepaalde (etnisch-)culturele minderheid geïncorporeerd in het ontwerp, de organisatie en evaluatie van het hulpverleningsaanbod (Mier, Ory, & Medina, 2010; Resnicow et al., 2000). Dit omvat onder meer het begrijpen hoe specifieke culturen de oorzaak, het verloop en de behandeling van (psychische) ziekten waarnemen en hoe zij de rol van de hulpverlener/professional percipiëren (Janssen, 2006; Jones et al., 2013; Kortmann, 2010; Resnicow et al., 2000; Snacken et al., 2004). Hoe dan ook impliceert cultuursensitiviteit een structurele aanpak die in alle instellingen zou moeten worden geïmplementeerd. Niet alleen in organisaties binnen de gezondheidszorg, maar ook in bijvoorbeeld scholen en gevangenissen (Herbert MBE, 2015).

Culturele competentie daarentegen slaat op het vermogen van individuele hulpverleners om culturele gevoeligheid te ontwikkelen en in praktijk te brengen (Hughes & Hood, 2007; Marin, Burhansstipanov, Connell, Gielen, Helitzer-Allen, Lorig, Morisky, Tenney, & Thomas, 1995; Resnicow, et al., 2000; Veen et al., 2015). Concreet betreft dit het verstrekken van ‘zorg op maat’ aan cliënten met waarden, geloofsovertuigingen en gedragingen eigen aan de gemeenschap waartoe men behoort, ook wanneer het gaat om een minderheidsgroep. Het doel is tegemoet komen aan de sociale,

¹⁷ Bijvoorbeeld informatiebrochures die worden opgesteld in de taal van de doelgroep.

¹⁸ Bijvoorbeeld het aanbieden van halal gerechten.

culturele en taalkundige behoeften van alle cliënten (Betancourt, Corbett, & Bondaryk, 2014; De Maesschalck, z.d.). Culturele competentie is een combinatie van kennis, vaardigheden en attitude. Kennis van cultuur¹⁹ vormt het fundament, vaardigheden²⁰ wijzen in grote mate op het stellen van aangepast gedrag en een goede attitude weerspiegelt zowel een open opstelling als respect voor en interesse in cultuurverschillen (De Maesschalck, z.d.; Foronda, 2008; van Nispen tot Pannekoek & van Stralen, 2009; Veen et al., 2015). Het is evenwel niet de bedoeling (en ook niet mogelijk) om alle culturen ten gronde te kennen. Het gaat veel meer om een ‘niet weten-houding’ en het tonen van nieuwsgierigheid door vragen te stellen en de cliënt in de expertpositie te plaatsen (Derluyn et al., 2015; Zariouh, 2017). Bovendien is het van belang dat hulpverleners zichzelf voortdurend in vraag stellen, bedacht zijn op persoonlijke vooroordelen en begrijpen hoe cultuur hun eigen leven beïnvloedt. Het in ogenschouw nemen van de eigen culturele ideologie en het eigen waardensysteem gaat vaak gepaard met een oprechte interesse in de cultuur van de ander/de cliënt en een grotere gevoeligheid voor diens visie en problemen (Derluyn et al., 2015; Gailly, 2001; Giannet, 2003; Hamdan, 2007; Kastit & Van Nuffel, 2008; Roysircar, 2003).

4.2 Cultuursensitieve hulpverlening *intra muros*

De begrippen ‘culturele competentie’ en ‘cultuursensitieve zorg’ die opduiken in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg, zijn grotendeels ongekend binnen de forensische psychologie en psychiatrie (Kapoor et al., 2013). Hulpverleningsorganisaties staan veelal terughoudend tegenover het aanbieden van diensten aan (etnisch-)culturele minderheden binnen het strafrechtelijk systeem. Ze wijzen op hun gebrek aan kennis en competentie in het werken met deze populatie (Primm, Osher, & Gomez, 2005). Ook binnen detentie zou men niet in staat zijn om hulpverlening aan te bieden die aanvaardbaar en toegankelijk is voor (etnisch-)culturele minderheden en die voldoet aan hun specifieke culturele en andere behoeften (Jones et al., 2013). Men zou dus veelal hulpverlening verschaffen vanuit een westers denkkader, wat kan leiden tot een verhoging van psychologische ‘*distress*’ bij minderheidsgroepen (Jones et al., 2013). De gebrekkige aandacht voor cultuur in een gevangeniscontext is deels begrijpelijk, gelet op de moeilijkheden die gevangenen ondervinden in het verstrekken van elementaire psychische zorg aan de almaar toenemende groep van psychisch kwetsbare gedetineerden (Favril, Vander Laenen, Vandeviver, & Audenaert, 2017; Fazel & Seewald, 2012; James & Glaze, 2006; Kapoor et al., 2013). Het afnemen van het Culturele Formuleringsinterview²¹ zou een bijkomende last betekenen voor de, wegens onderbezetting, reeds overbelaste psychosociale hulpverleners binnen detentie (Kapoor et al., 2013). Bovendien zijn behoeften op het vlak van geestelijke gezondheid binnen penitentiaire inrichtingen altijd ondergeschikt aan de veiligheid (Kapoor et al., 2013). Niettemin is het van cruciaal belang om tegemoet te komen aan de (psychische) noden van gedetineerden, wil men een succesvolle re-integratie bewerkstelligen en de kans op recidive verkleinen (Chamberlain, 2011).

Het overbruggen van de taalbarrière vormt de grootste uitdaging in het werken met gedetineerden die tot een (etnisch-)culturele minderheid behoren. Hulpverlening wordt bemoeilijkt of is zelfs onmogelijk wanneer men niet tot een gemeenschappelijke taal komt. Deze taalbarrière is veelal de oorzaak van misverstanden/miscommunicatie in de relatie tussen hulpverlener en cliënt (De Maesschalck, z.d.). Ongeveer de helft van de beklaagden en veroordeelden die tot een (etnisch-)culturele minderheid behoren, beheerst de Nederlandse taal niet of onvoldoende. Dit belemmert het voeren van een degelijk gesprek (Derluyn et al., 2015). Voor het meedelen van praktische zaken kan meestal wel een gemeenschappelijke tweede taal worden aangewend. Als laatste redmiddel kunnen

¹⁹ Bijvoorbeeld kennis van bepaalde culturele en/of religieuze betekenisystemen voor psychische stoornissen.

²⁰ Bijvoorbeeld de vaardigheid om op een voor de cliënt verstaanbare wijze informatie over te brengen en indien nodig een beroep te doen op externe hulp (e.g., professionele tolken). Volgens Veen en collega's (2015) zouden heel wat hulpverleners echter niet in staat zijn om met een tolk te werken.

²¹ Cf. *supra* 2.2

ook medegedetineerden worden ingeschakeld die dezelfde taal spreken en als ‘tolk’ fungeren (Brosens, Croux, Vandeveld, Claes, & De Donder, 2017; Derluyn et al., 2015; Lippens et al., 2009). Het wordt echter problematisch wanneer het gaat om interacties die enige diepgang en/of zelfreflectie vereisen van de gedetineerde (Derluyn et al., 2015). Dit geldt in het bijzonder voor de therapeutische gesprekken die worden gevoerd door hulpverleners binnen de Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (Brosens et al., 2017). Een cultureel competente hulpverlener dient communicatief vaardig te zijn en dus in staat om deze taalbarrière te overbruggen. Dit impliceert het vermogen om mee te spreken in de taal (al dan niet met externe hulp, e.g., professionele tolk) en de codes van anderen (*codeswitchen*) (De Maesschalck, z.d.; Derluyn et al., 2015; Veen et al., 2015). Professionele tolken kunnen worden ingeschakeld via het Vlaams Agentschap voor Integratie en Inburgering.²² Er zijn echter ook beperkingen verbonden aan het werken met tolken (Derluyn et al., 2015). Ten eerste gebeurt het vertalen nagenoeg altijd consecutief en niet simultaan²³, wat een verstoring in de interactie kan teweegbrengen (Bot & Verrept, 2010; Derluyn et al., 2015). Bovendien kunnen bepaalde begrippen of fenomenen maar moeilijk vertaald worden omdat tolken niet altijd de juiste opleiding hebben genoten. Tot slot zouden zij sommige verschijnselen kenmerkend voor een bepaalde cultuur vaak onvoldoende toelichten. Ondanks deze belemmeringen wordt het inschakelen van een tolk bij hulpverleningsgesprekken als een meerwaarde ervaren (Bot, 2004; Brosens et al., 2017; Derluyn et al., 2015). In de praktijk is binnen detentie echter veel afhankelijk van de talenkennis van individuele hulpverleners, aangezien slechts zelden een beroep wordt gedaan op de diensten van een tolk (Brosens et al., 2017; Derluyn et al., 2015).

Hoofdstuk 5. Regelgeving inzake hulp- en dienstverlening aan gedetineerden

5.1 Regelgeving op nationaal en internationaal niveau

Belangrijk om te vermelden is dat alle fundamentele mensenrechten, met uitzondering van het recht op vrijheid, onverminderd van toepassing blijven op gedetineerden. Hieruit vloeit voort dat ook het recht op lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg gehandhaafd blijft (Coyle & Fair, 2018; Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.j.; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2017; Hellemans, Aertsen, & Goethals, 2009). Dit wordt zowel op internationaal als op nationaal niveau bekrachtigd door allerhande instrumenten (Lippke, 2003). Het recht van gedetineerden op het vlak van hulp- en dienstverlening ligt op internationaal niveau vervat in de ‘*European Prison Rules*’ (De Europese Gevangenisregels) en de ‘*Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*’ van de Verenigde Naties (Brosens, De Donder, Dury, & Verté, 2015; Raad van Europa, 2006; Verenigde Naties, 1955). In de Europese Gevangenisregels wordt de aandacht gevestigd op ‘buitenlandse gedetineerden’, een doelgroep met specifieke noden en behoeften (Raad van Europa, 2006). Ook de aanbeveling inzake buitenlandse gedetineerden in Europese gevangenissen speelt hier een belangrijke rol. Met het oog op een succesvolle re-integratie, wordt in deze aanbeveling een verbetering van de behandeling van buitenlandse gedetineerden gedurende hun detentieperiode nagestreefd (Raad van Europa, 2012).

In België is op federaal niveau de Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden van belang (Basiswet, 12 januari 2005; Guffens, Sempot, & Van Driessche, 2012). Hulp- en dienstverlening *intra muros* focust op zes levensdomeinen, met name cultuur, onderwijs, sport, arbeid, geestelijke gezondheidszorg en welzijn. Het aanbod kan per land en per gevangenis

²² Voor meer informatie, zie <https://integratie-inburgering.be/sociaal-tolken-en-vertalen>

²³ Simultaan tolken (gelijktijdig) impliceert dat de tolk ongeveer op hetzelfde moment met de spreker de boodschap overbrengt in de andere taal; Consecutief tolken (opeenvolgend) betekent dan weer dat de tolk eerst luistert naar de boodschap en daarna, wanneer de spreker zijn boodschap heeft afgerond, de tijd krijgt om de boodschap over te brengen in de andere taal. Voor meer informatie, zie <https://www.agii.be/thema/sociaal-tolken-en-vertalen/op-zoek-naar-een-sociaal-tolk/wat-is-consecutief-tolken>

sterk variëren (Cho & Tyler, 2013; Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.j.; Gallant, Sherry, & Nicholson, 2015; Kupers, 2005; Polfliet, 2009; Vanherk, 2015). De gevangenispopulatie wereldwijd wordt almaar meer divers, gelet op het toenemend aantal gedetineerden met een vreemde (vaak niet-westerse) nationaliteit (Coyle & Fair, 2018). Ook deze groep heeft recht op hulp- en dienstverlening gedurende hun detentieperiode. Zowel het Decreet d.d. 2013 en het Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden d.d. 2000, als de Basiswet d.d. 2005 besteden echter geen specifieke aandacht aan de positie van (etnisch-)culturele minderheden in een detentiecontext (Lippens et al., 2009). Nochtans is het van wezenlijk belang om deze gedetineerden te beschouwen als een aparte groep met specifieke noden (Raad van Europa, 2006). Het gevangeniswezen zou er op moeten toezien dat zowel het contact met de familie als met de eigen cultuur niet verloren gaat (Coyle & Fair, 2018). Ook het gevangenispersoneel moet via opleiding en vorming een beter begrip ontwikkelen van de culturele diversiteit *intra muros* en van de specifieke problemen waarmee (etnisch-)culturele minderheden geconfronteerd worden (Coyle & Fair, 2018; Raad van Europa, 2012).

5.2 Regelgeving op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap

Het ontwikkelen van het aanbod hulp- en dienstverlening *intra muros* betreft sinds de staatshervorming van 1980 een gemeenschapsbevoegdheid (Hellemans, Aertsen, & Goethals, 2009; Van Haegendoren, Lenaers, & Valgaeren, 2001; Vlaamse Regering, 2000). Het Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden vormt het ontwerp voor het uitwerken van hulp- en dienstverlening binnen de Vlaamse en Brusselse gevangenissen (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.j.; Hellemans, Aertsen, & Goethals, 2009; Vlaamse Regering, 2000). Dit Strategisch Plan werd in 2013 wettelijk verankerd in het Decreet inzake de organisatie van hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (Decreet, 8 maart 2013; Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.j.; Meyvis, Roose, & Vander Laenen, 2012; Paterson, 2013; Vanherk & Paterson, 2011). Zoals voorzien in het Decreet dient per legislatuur een Strategisch Plan te worden opgemaakt. De Vlaamse Regering dient hierin te vermelden waarop ze prioritair wil inzetten met betrekking tot het hulp- en dienstverleningsaanbod binnen detentie (Decreet, 8 maart 2013; Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.j.). In het Strategisch Plan 2015-2020 wordt het afstemmen van het hulp- en dienstverleningsaanbod op de noden en behoeften van gedetineerden als prioriteit gesteld (Vanherk, 2015; Vlaamse Regering, 2015). Men wil namelijk in de toekomst meer oog hebben voor de enorme (etnisch-)culturele diversiteit of ‘superdiversiteit’ binnen de gevangenispopulatie en dus meer behoeftegericht en minder aanbod gestuurd optreden (Vlaamse Regering, 2015).

DEEL II. EMPIRISCH ONDERZOEK

Hoofdstuk 6. Probleemstelling en onderzoeksvragen

Deze masterscriptie betreft een verkennend onderzoek naar de geestelijke gezondheid van en de psychische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine vanuit het perspectief van psychosociale hulpverleners en islamconsulenten (ook wel ‘gevangenisimams’ genoemd) werkzaam in de Vlaamse en Brusselse gevangenissen. Gelet op de enorme (etnisch-)culturele diversiteit binnen het gevangeniswezen en de dominante rol van ‘cultuur’ in het denken over psychisch lijden, is het belangrijk om te kijken hoe sociale professionals dit aspect beter kunnen integreren in hun dagelijkse praktijk (Derluyn et al., 2015; Rypens, 2008). Ook zal worden nagegaan welke mogelijkheden en (structurele) beperkingen er bestaan op het vlak van cultuursensitieve hulpverlening aan deze doelgroep. Bij cultuursensitieve hulpverlening worden de (etnisch-)culturele kenmerken, waarden, normen, gedragspatronen en overtuigingen, m.a.w. de cultuur van de doelgroep, geïncludeerd in het ontwerp, de organisatie en evaluatie van hulpverleningsprogramma’s (Resnicow et al., 2000). De toepassing hiervan binnen de (geestelijke) gezondheidszorg in de vrije samenleving bestaat al langer (Hodge, Jackson, & Vaughn, 2012; Mier et al., 2010; Resnicow et al., 2000). In welke mate dit toepasbaar is in een detentiecontext werd veel minder onderzocht.

Volgens het Decreet inzake hulp- en dienstverlening aan gedetineerden hebben alle gedetineerden recht op maatschappelijke hulp- en dienstverlening *intra muros* (Belgisch Staatsblad, 2013; Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.j.; Vlaamse Regering, 2000). Op dit moment wordt in het Decreet en het Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden echter geen rekening gehouden met de ‘superdiversiteit’ binnen de Belgische gevangenispopulatie. Ook de Basiswet aangaande het gevangeniswezen maakt hier geen melding van (Derluyn et al., 2015; Rypens, 2008; Vertovec, 2007). Er wordt geen specifieke aandacht besteed aan de positie van (etnisch-)culturele minderheidsgroepen. Nochtans is het belangrijk om rekening te houden met de specifieke noden en behoeften van alle subpopulaties (Lippens et al., 2009; Raad van Europa, 2006).

Er heerst een gebrek aan wetenschappelijk onderzoek over *cultural competent care* binnen het gevangeniswezen. Bovendien is het merendeel van de studies afkomstig uit de Verenigde Staten en wordt vooral gefocust op Afro- en Latijns-Amerikaanse gedetineerden. Over de geestelijke gezondheid van en de psychische hulpverlening aan andere (etnisch-)culturele minderheden in detentie is veel minder geweten. In dit onderzoek zal de focus liggen op gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine.²⁴ Gelet op hun sterke vertegenwoordiging in de Belgische gevangenispopulatie, lijkt het relevant een beter begrip te ontwikkelen van hun geestelijke gezondheid en hun psychische noden en behoeften (FOD Justitie, 2018).²⁵ Door deze twee groepen centraal te stellen, volgt onvermijdelijk een koppeling met de islamitische en de Maghrebijnse cultuur en de opvattingen die daarbinnen heersen over psychische problemen en het zoeken naar psychische hulp. De gedetineerdenpopulatie met een islamitische achtergrond kent in Nederland een substantiële

²⁴ Er wordt in dit onderzoek gefocust op het psychisch welzijn van een (etnisch-)culturele minderheidsgroep binnen detentie. Meer specifiek gaat het om gedetineerden met een Marokkaanse en Algerijnse origine (zowel eerste generatie migranten met of zonder de Belgische nationaliteit als tweede generatie migranten). Traditionele verklaringsmodellen voor psychosociale problemen zouden namelijk ook bij gedetineerden van Maghrebijnse origine die in België geboren zijn een belangrijke rol spelen (Aouattah, 1993; Hermans, 2007; Kastit & Van Nuffel, 2008; Rypens, 2008; van der Meer, 1984).

²⁵ Bijna de helft (44 %) van de gedetineerden in de Belgische gevangenissen had in 2017 een buitenlandse nationaliteit. Marokkanen (9,6 %), gevolgd door Algerijnen (4,8 %) vormen hierbij de grootste groep (Beyens et al., 2014; FOD Justitie, 2018). Het werkelijke aandeel gedetineerden die tot een (etnisch-)culturele minderheid behoren, ligt wellicht nog een stuk hoger. Tweede of derde generatie migranten worden immers als Belg geboren, maar hebben wel een buitenlandse herkomst. Het is echter onmogelijk om de etnische origine van gedetineerden in kaart te brengen, aangezien enkel hun nationaliteit wordt geregistreerd (Lippens et al., 2009).

groei (Ajouaou, 2013). In België wordt de religieuze achtergrond van gedetineerden omwille van privacyredenen niet geregistreerd, maar ook hier zou het gaan om een omvangrijke groep (Snacken et al., 2004). Wetenschappelijke aandacht voor deze subpopulatie lijkt dan ook sterk gerechtvaardigd. Bovendien focust vrijwel alle onderzoek op de beleving van de gedetineerde zelf en wordt nauwelijks aandacht besteed aan de actoren die daarrond werkzaam zijn. In deze studie zullen dan ook de visie, ervaring en beleving van professionals centraal staan.

Dit onderzoek stelt zich in eerste instantie tot doel een bijdrage te leveren aan een onderbelicht thema in de wetenschappelijke literatuur. Deze studie vormt een belangrijke eerste stap in het in kaart brengen van de visie, ervaring en beleving van psychosociale hulpverleners en gevangenisimams in het werken met gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine. Daarnaast poogt dit onderzoek een aantal aanbevelingen te formuleren inzake cultuursensitieve bejegening van deze doelgroep. De onderzoeksresultaten kunnen mogelijk nieuwe inzichten bieden aan zowel praktijkwerkers als beleidsactoren en zo bijdragen aan een verbetering van de psychologische en psychiatrische begeleiding en omkadering *intra muros*.

Met het oog op bovenstaande doelstelling wordt getracht een antwoord te bieden op de volgende onderzoeksvragen:

(1) In welke mate komen psychische problemen voor bij gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?

- In welke mate is er een verschil in omvang ten opzichte van de autochtone gevangenispopulatie?
- In welke mate is er een verschil in aard ten opzichte van de autochtone gevangenispopulatie?

(2) Hoe manifesteren deze psychische problemen zich binnen detentie?

- Hoe worden psychische problemen geuit door gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?
- In welke mate wordt gezocht naar psychische hulp door gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?

(3) Hoe ervaren psychosociale hulpverleners en gevangenisimams de psychische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?

- Wat is de visie van psychosociale hulpverleners en gevangenisimams op het bestaande hulpverleningsaanbod binnen detentie?
- Welke methode of aanpak hanteren psychosociale hulpverleners en gevangenisimams in het werken met gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?
- In welke mate is er sprake van wederzijds contact en samenwerking tussen psychosociale hulpverleners en gevangenisimams?
- In welke mate is er sprake van een cultuursensitieve bejegening van gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?

Hoofdstuk 7. Methodologie

7.1 Kwalitatief onderzoeksdesign

Met het oog op het beantwoorden van bovenstaande onderzoeksvragen, werd binnen deze masterscriptie gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Allereerst lijkt een kwalitatieve werkwijze het meest geschikt voor verkennend onderzoek op een nog vrijwel onontgonnen terrein (Billiet & Waeye, 2008; Mortelmans, 2010). De flexibiliteit van kwalitatieve onderzoeksmethoden (e.g., semigestructureerde interviews) stelt de onderzoeker in staat om in te spelen op nieuwe elementen die in de loop van het onderzoek opborrelen en maakt het bijgevolg mogelijk om nieuwe inzichten te genereren (Beyens & Tournel, 2010; Mortelmans, 2010). Bovendien lijkt een kwalitatieve aanpak sterk aangewezen om het perspectief en de ervaringen van de onderzoekssubjecten in kaart te brengen en uit te diepen (Beyens & Tournel, 2010). Bijzondere aandacht gaat uit naar de concrete bewoording van de bevroegde personen. Door middel van citaten tracht de onderzoeker zo dicht mogelijk bij de belevingswereld van de betrokkenen te blijven (Beyens & Tournel, 2010). Concreet gebeurt de bevraging via semigestructureerde interviews in vijf gevangenissen (vier in Vlaanderen en één in Brussel) alsook in instellingen en bij zelfstandige professionals (buiten de gevangenis) die *outrereachend* werken binnen detentie.

7.2 Onderzoekssubjecten en procedure

Dit onderzoek maakt gebruik van een doelgerichte respondentenverzameling, ook wel *purposive sampling* genoemd (Bijleveld, 2013; Boeije & Bleijenbergh, 2019; Mortelmans, 2010). Een dergelijke doelgerichte selectie met duidelijke inclusiecriteria was noodzakelijk, aangezien het gaat om een doelgroep die moeilijk op eigen houtje te bereiken is zonder *inside*-informatie en de hulp van bepaalde tussenpersonen (e.g., FOD Justitie voor de officiële toelating, gevangenisdirecties, Vlaamse beleidscoördinatoren hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, etc.).

De doelgroep werd afgebakend tot psychosociale hulpverleners (e.g., psychiaters, psychologen, criminologen, maatschappelijk assistenten, opvoeders) en gevangenisimams actief binnen het Vlaamse of Brusselse gevangeniswezen. De psychosociale hulpverleners zijn enerzijds werkzaam in de Psychosociale Dienst (PSD)²⁶ of in de zorgequipes²⁷ van de gevangenis. Beide diensten vormen een onderdeel van de FOD Justitie. Anderzijds kunnen zij ook werkzaam zijn in de diensten van de Vlaamse Gemeenschap of van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (op regionaal/gemeenschapsniveau).²⁸ Het gaat dan voornamelijk om de forensische teams binnen de Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en tal van andere diensten en vzw's (buiten de gevangenis) die psychische hulpverlening bieden *intra muros*. Tot slot worden ook zelfstandige hulpverleners (e.g., psychologen, therapeuten) opgenomen in het onderzoek, die op vraag van advocaten en/of gedetineerden eveneens *outrereachend* psychische hulp verschaffen binnen detentie. Alle deelnemers aan het onderzoek dienden de Nederlandse taal te beheersen. In totaal

²⁶ De PSD is een multidisciplinair team en bestaat meestal uit een psychiater en meerdere psychologen en maatschappelijk assistenten. De PSD heeft in hoofdzaak een adviesfunctie. Zij verleent met name advies in het kader van strafuitvoeringsmodaliteiten zoals voorwaardelijke invrijheidsstelling (VI), beperkte detentie, elektronisch toezicht (ET), penitentiair verlof en uitgangsvergunningen (UV). Ook staat de PSD in voor de psychosociale begeleiding van gedetineerden gedurende hun detentieperiode in de vorm van individuele gesprekken op regelmatige basis (Rypens, 2008). Het verstrekken van psychische hulpverlening wordt in dit onderzoek dus eerder ruim geïnterpreteerd.

²⁷ Sommige gevangenissen (e.g., Merksplas, Brugge, Sint-Gillis) beschikken over een zorgequipe die therapeutische opvang biedt aan psychisch kwetsbare gedetineerden. Mogelijke functies binnen een zorgequipe: psychiater, psycholoog, maatschappelijk assistent, psychiatrisch verpleegkundige, opvoeder etc.

²⁸ In de Vlaamse gevangenissen is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor het binnenbrengen van hulp- en dienstverlening binnen detentie. In de Brusselse gevangenissen is zowel de Franse Gemeenschap, de Vlaamse Gemeenschap als de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) hiervoor bevoegd.

hebben 25 respondenten (22 psychosociale hulpverleners en 3 gevangenisimams) deelgenomen aan het onderzoek. Het gaat om negen mannen en zestien vrouwen. In tabel 1 worden de 25 respondenten op schematische wijze weergegeven. Omwille van de anonimiteitsgarantie wordt enkel de algemene functie (psychosociaal hulpverlener of imam) in de tabel vermeld.

Tabel 1. Schematische weergave respondenten

RESPONDENT	ALGEMENE FUNCTIE	TEWERKSTELLING
1	Psychosociaal hulpverlener	PSD
2	Psychosociaal hulpverlener	PSD
3	Psychosociaal hulpverlener	zelfstandig
4	Imam	zelfstandig ²⁹
5	Psychosociaal hulpverlener	CGG + zelfstandig
6	Psychosociaal hulpverlener	Dienst Vlaamse Gemeenschap (niet CGG)
7	Psychosociaal hulpverlener	Zorgequipe
8	Psychosociaal hulpverlener	Zorgequipe
9	Psychosociaal hulpverlener	Zorgequipe
10	Psychosociaal hulpverlener	Zorgequipe
11	Psychosociaal hulpverlener	CGG
12	Psychosociaal hulpverlener	CGG
13	Psychosociaal hulpverlener	CGG
14	Psychosociaal hulpverlener	Dienst Vlaamse Gemeenschap (niet CGG)
15	Psychosociaal hulpverlener	CGG
16	Psychosociaal hulpverlener	CGG
17	Psychosociaal hulpverlener	CGG
18	Psychosociaal hulpverlener	PSD
19	Psychosociaal hulpverlener	PSD
20	Psychosociaal hulpverlener	Dienst GGC
21	Psychosociaal hulpverlener	Zorgequipe
22	Imam	FOD Justitie
23	Psychosociaal hulpverlener	Zorgequipe
24	Imam	FOD Justitie
25	Psychosociaal hulpverlener	PSD

Enmaal de onderzoekspopulatie geïdentificeerd, werd door de onderzoeker op 20 mei 2019 een toestemmingsbrief³⁰ verstuurd naar de Dienst Managementondersteuning van het Directoraat-Generaal Penitentiaire Inrichtingen (onderdeel van de FOD Justitie). Zonder officiële toelating van het DG EPI is het namelijk onmogelijk om wetenschappelijk onderzoek te verrichten binnen detentie. Concreet werd de toestemming gevraagd om interviews te mogen afnemen van psychosociale hulpverleners en imams/islamconsulenten actief in de Brusselse gevangenissen (Sint-Gillis en Vorst) en in de Vlaamse gevangenissen (Antwerpen, Merksplas, Brugge en Hasselt). Er werd voor deze gevangenissen gekozen, omwille van de grootte en het hoge percentage gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine die daar verblijven. In de brief werd benadrukt dat het interview zowel binnen als buiten de gevangenis kon plaatsvinden, afhankelijk van de voorkeur van elke individuele respondent. Omdat de toestemmingsaanvraag in die periode niet kon worden behandeld, was de onderzoeker genoodzaakt deze een tweede keer in te dienen (ditmaal op 10 september 2019).

²⁹ Werkt voornamelijk met ex-gedetineerden.

³⁰ Cf. bijlage 1

Op 19 september 2019 werd het onderzoek uiteindelijk goedgekeurd door de Centrale PSD, die deel uitmaakt van het DG EPI, en kreeg de onderzoeker de officiële toelating³¹ toegestuurd per e-mail. De onderzoeker diende deze toelating tijdens het onderzoek steeds op zak te hebben.

7.3 Dataverzameling

Wanneer de toestemming tot interviewwerk werd verkregen, stelde de onderzoeker een e-mail op voor potentiële respondenten met informatie over het opzet van de scriptie³². Het doel en het belang van de studie werden in de e-mail beklemtoond evenals het belang van confidentialiteit en anonimiteit. De respondenten werden op twee verschillende manieren gerekruteerd. Enerzijds via de gevangenisdirecties en via andere actoren werkzaam in de bovengenoemde gevangenissen (e.g., de beleidscoördinatoren hulp- en dienstverlening aan gedetineerden). De onderzoeker had dus, zoals reeds eerder vermeld, steeds de hulp nodig van tussenpersonen om de gewenste respondenten te vinden en te kunnen contacteren. Naar de gevangenissen werd zowel de e-mail met informatie over het onderzoek verstuurd, als de officiële toelating van het DG EPI (telkens in cc). Anderzijds wendde de onderzoeker zich tot de diensten op gemeenschapsniveau die verantwoordelijk zijn voor het binnenbrengen van hulp- en dienstverlening binnen detentie. Alle CGG's in Vlaanderen (die beschikken over een forensisch team) werden per e-mail en/of telefonisch gecontacteerd en gevraagd naar hun bereidheid tot medewerking. Heel wat CGG's lieten al vlug weten dat zij omwille van tijdsgebrek en/of omwille van gebrek aan expertise omtrent dit thema niet in staat zijn om mee te werken. Ook andere diensten, instellingen en vzw's actief binnen het gevangeniswezen werden benaderd. Tot slot werden ook enkele zelfstandige psychologen, therapeuten en een imam gecontacteerd, waarvan de onderzoeker 'via via' gehoord had dat zij op regelmatige basis *outreaching* binnen de gevangenis werken. Wanneer een personeelslid binnen de gevangenis of binnen één van de andere gecontacteerde instellingen zijn of haar interesse tot medewerking uitte, werd telefonisch of per e-mail contact opgenomen voor verdere afspraken.

Uiteindelijk werden interviews afgenomen van PSD-medewerkers, medewerkers van de zorgequipes en islamconsulenten in de gevangenis van Merksplas, Antwerpen, Sint-Gillis, Brugge en Hasselt. De respondenten die *outreaching* werken in de gevangenis en hun medewerking verleenden aan het onderzoek, zijn werkzaam in de volgende instellingen: CGG De Pont (Mechelen), CGG Ahasverus (Brussel), CGG Prisma (Beernem), CGG VBO (Leuven), twee andere diensten van de Vlaamse Gemeenschap en een dienst erkend door de GGC.³³ Door de intensieve wervingsprocedure bood ook personeel van andere gevangenissen (e.g., gevangenis van Turnhout, gevangenis van Beveren) haar medewerking aan. Uiteraard vonden deze interviews plaats buiten de gevangenis, aangezien de onderzoeker voor het betreden van deze gevangenissen geen toestemming had. Ook de professionals die werken op zelfstandige basis werden buiten de gevangensmuren ontmoet.

De data in dit onderzoek werden verzameld via semigestructureerde interviews. Op basis van de onderzoeksvragen en de bevindingen uit de geconsulteerde literatuur (verwerkt in het literatuuroverzicht) werd een interviewschema³⁴ opgesteld. Dit betreft een lijst met vooraf opgestelde gespreksthema's en vragen en vormt een leidraad doorheen het interview (Baarda, van der Hulst, & de Goede, 2012). De vragen werden open en ondubbelzinnig geformuleerd met als doel de respondenten zoveel mogelijk uit zichzelf te laten vertellen (Baarda et al., 2012; O'Gorman & Vander Laenen, 2010). Bij het afnemen van de interviews werd gebruik gemaakt van een dictafoon. Dit stelt de onderzoeker in staat om de interviews na afloop letterlijk uit te typen in *transcripts* en waarborgt bijgevolg de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda et al., 2012; Beyens & Tournel, 2010;

³¹ De officiële toelating werd bezorgd aan de supervisor van dit onderzoek.

³² Cf. bijlage 2

³³ Omwille van de vereiste van anonimiteit kan niet voor alle diensten de exacte benaming weergegeven worden.

³⁴ Cf. bijlage 3

Boeije & Bleijenbergh, 2019). Voorafgaand aan elk interview werd via e-mail om een expliciete toestemming gevraagd voor het gebruik van opnameapparatuur. De toestemming werd door alle respondenten verkregen. Voor de interviews die plaatsvonden in de gevangenis diende de onderzoeker telkens op voorhand de betreffende gevangenisdirectie om een bezoekerstoelating te vragen alsook om een toestemming om de dictafoon mee binnen de gevangenis te nemen. Slechts eenmaal werd het binnenbrengen van een dictafoon geweigerd, met name in de gevangenis van Sint-Gillis. Hier diende de onderzoeker het interview schriftelijk neer te pennen. De gemiddelde duurtijd van de interviews bedraagt 63 minuten. Het kortste interview duurde slechts 22 minuten, terwijl het langste interview 161 minuten in beslag nam.

7.4 Ethische aspecten

Bij aanvang van elk interview werd samen met de respondent het *informed consent*³⁵ overlopen en ondertekend. Dit betreft één van de basisprincipes bij het verrichten van kwalitatief onderzoek (O’Gorman & Vander Laenen, 2010). Via het ondertekenen van dit formulier verklaren de respondenten geïnformeerd te zijn over het doel en de methode van het onderzoek, de duur van de interviews en het belang van anonimiteit en vertrouwelijkheid in deze studie. Ook het vrijwillige karakter van de deelname evenals het recht van de respondenten om zich op elk moment terug te trekken, werd in het *informed consent* meegedeeld (O’Gorman & Vander Laenen, 2010). De onderzoeker tracht het recht op anonimiteit en vertrouwelijkheid van de deelnemers maximaal te waarborgen. Zo wordt in de beschrijving van de onderzoekssubjecten enkel de algemene functie van de respondenten (e.g., psychosociaal hulpverlener of imam) en het type dienst (e.g., CGG, PSD of zorgelijke) vermeld. Er volgt geen verdere specificering van de functie (e.g., psychiater, psycholoog etc.) en ook de link met een specifieke gevangenis of instantie wordt niet gelegd. Bij de citaten wordt gewerkt met een respondentennummer (‘respondent 1’, ‘respondent 2’ tot en met ‘respondent 25’). Meer informatie over de betreffende respondent is te vinden in de beschrijving van de onderzoekssubjecten (cf. tabel 1).

7.5 Data-analyse

Om te beginnen werden de interviews aan de hand van de audiobestanden letterlijk getranscribeerd in het tekstverwerkingsprogramma Word. Vervolgens werden de interviewtranscripties³⁶ meermaals door de onderzoeker gelezen. Dit stelde de onderzoeker in staat om vertrouwd te raken met de ruwe data en zodoende de eerste inzichten te genereren. Om de transcripties te analyseren, werd gebruik gemaakt van NVivo, een softwareprogramma voor kwalitatieve data-analyse (Decorte, 2010). Op basis van de opgenomen thema’s en subthema’s in het interviewschema en de bijkomende informatie die uit de interviews voortvloeide, werden de eerste codes opgesteld. Dit zorgde voor een aanzienlijke reductie van de data. Daaropvolgend werden gerelateerde codes samengebracht in (overkoepelende) categorieën of (sub)thema’s (Decorte, 2010). In de resultatensectie worden de (sub)thema’s die uit dit proces resulteerden op een overzichtelijke wijze weergegeven.

³⁵ Cf. bijlage 4

³⁶ De geanonimiseerde verbatims werden bezorgd aan de supervisor van dit onderzoek.

Hoofdstuk 8. Onderzoeksbevindingen

Dit hoofdstuk omvat een uiteenzetting van de resultaten van het empirisch onderzoek. Het gaat om de visie, ervaring en beleving van psychosociale hulpverleners (22) en gevangenisimams (3) actief in het Vlaamse en Brusselse gevangeniswezen. Wegens de beperkte omvang van deze masterscriptie kunnen niet alle citaten in dit hoofdstuk worden weergegeven. Bij bepaalde onderdelen worden extra citaten vermeld in bijlage.

8.1 Gedetineerden van Maghrebijnse of Noord-Afrikaanse origine

Nagenoeg alle respondenten zijn van mening dat het in de praktijk moeilijk is om een onderscheid te maken tussen gedetineerden van Marokkaanse origine enerzijds en gedetineerden van Algerijnse origine anderzijds. Eén van de redenen hiervoor is dat de nationaliteit en identiteit van gedetineerden die illegaal in België verblijven vaak niet gekend is. Voor de identificatieprocedure is België afhankelijk van de bereidwilligheid van het vermoedelijke herkomstland. Met Marokko zou er een goede samenwerking bestaan, terwijl Algerije vaak weigert zijn medewerking te verlenen en de samenwerking bijgevolg bijzonder slecht verloopt. Veroordeelde gedetineerden zonder papieren zijn op de hoogte van deze situatie en durven daar wel eens misbruik van te maken. Zij die in werkelijkheid de Marokkaanse nationaliteit hebben en willen ontsnappen aan een uitlevering of repatriëring, verklaren de Algerijnse nationaliteit te hebben en verstoren zo de identificatieprocedure.

“Het is ook altijd moeilijk in een gevangenis om te weten, wie heb ik nu voor mij hé. Heel veel van die Maghrebijnen hebben geen papieren bij. [...] Dat is heel interessant voor hen. Maar zo weet je vaak niet wie er voor je zit hé.” – respondent 2

“Maar ik ga over Noord-Afrikanen spreken. [...] Ik ga ze over één kam scheren, omdat ik denk dat er heel veel van de Algerijnse gedetineerden, dat dat eigenlijk Marokkanen zijn. [...] De Algerijnen die ik ken, waren meestal gasten die illegaal waren die zeggen ‘Algerijn’ te zijn en in de drughandel zitten, kleine straatdealers, om te overleven.” – respondent 1

Een bijkomende reden is dat tweede en derde generatie migranten in de gevangenis de Belgische nationaliteit hebben, waardoor er bij de hulpverleners niet altijd zekerheid bestaat over de werkelijke etnische origine. Dit geldt voornamelijk voor hulpverleners binnen de CGG's, waar de psychische hulpverlening vertrekt van een hulpvraag van de gedetineerde (cf. bijlage 5, citaat 1).

“Wij zijn een CGG en het principe is, een gedetineerde die moet op net dezelfde manier als iemand buiten naar een CGG kunnen stappen en zeggen: “ik heb hulp nodig, ik wil dat graag op een vrijwillige manier, ik zoek eigenlijk vertrouwen”. Wij hebben medisch beroepsgeheim, dus mensen weten dat wat ze bij ons vertellen, dat dat nooit in hun dossier bij justitie zal terechtkomen. Maar dat wil dus ook zeggen dat mensen kiezen waarover ze spreken. Dus als die mensen geen zin hebben om over hun achtergrond te spreken, dan hoeft dat ook niet. [...] Hulpverlening vertrekt niet altijd vanuit een dossier.” – respondent 11

Wanneer de nationaliteit en/of de etnische origine wel gekend is, merken de respondenten geen verschil op tussen Marokkanen en Algerijnen op het vlak van psychische problemen en stoornissen, hoe zij daarnaar kijken en of zij daar al dan niet psychische hulp voor zoeken. Eén respondent wijst op het bijgeloof dat mogelijk iets sterker aanwezig zou zijn in Marokko dan in Algerije (cf. bijlage 5, citaat 2).

“Je kan ze zien als één groep op vlak van psychische problemen en hun visie daarop. Ik zie het onderscheid in ieder geval niet. [...] Het gaat hier niet over geopolitiek of over trauma's uit het verleden als volk, dan is de Algerijnse context anders dan de Marokkaanse context, maar nu is er geen sprake van een onderscheid.” – respondent 6

Eén respondent gaat nog verder en meent dat zijn antwoorden op de vragen van toepassing zijn op de hele Arabische wereld.

“Je kan het zelfs doortrekken naar de Arabische wereld in het algemeen, op het vlak van psychische problemen, hoe men kijkt naar psychoses en dergelijke meer. Wat ik hier vertel gaat eigenlijk op voor de ganse Arabische wereld.” – respondent 4

Gelet op bovengenoemde redenen, hanteerden de respondenten tijdens de bevraging vaak een overkoepelende term zoals: ‘gedetineerden van Maghrebijnse origine’ of ‘gedetineerden van Noord-Afrikaanse origine’. In het merendeel van de gevallen werd gesproken over ‘gedetineerden van Maghrebijnse origine’, waardoor dit gemakshalve ook zal worden gebruikt door de onderzoeker in het verdere verloop van de resultatensectie. Evenwel vormen ‘gedetineerden van Maghrebijnse origine’ geen monolithische blok. Er is namelijk sprake van heel wat diversiteit binnen deze groep op vlak van taal, generatie, nationaliteit, verblijfsstatuut, familie al dan niet in België etc.

8.2 Psychopathologie bij gedetineerden van Maghrebijnse origine

In onderstaande paragrafen staat psychopathologie bij gedetineerden van Maghrebijnse origine centraal. Allereerst wordt de omvang en aard van psychische gezondheidsproblemen bij deze doelgroep toegelicht. Vervolgens wordt de manier van omgaan met psychische klachten en stoornissen in kaart gebracht. Hierbij wordt dieper ingegaan op drie uitingsvormen kenmerkend voor de Maghrebijnse gevangenispopulatie: ontkenning, somatisatie en externalisatie.

8.2.1 Omvang en aard van psychische gezondheidsproblemen

Wanneer wordt gesproken over psychische gezondheidsproblemen binnen detentie, dient om te beginnen een onderscheid te worden gemaakt tussen enerzijds gedetineerden met psychische klachten en anderzijds veroordeelden met een psychische kwetsbaarheid. Psychisch kwetsbare veroordeelden worden gekenmerkt door een ernstige psychische of psychiatrische problematiek (stoornis) en verblijven meestal op een aparte vleugel of psychiatrische annex van de gevangenis, waar een zorgequipe therapeutische opvang en begeleiding biedt.³⁷

“Psychische problemen komen inderdaad voor. Maar we moeten het nuanceren. Bijvoorbeeld iemand wiens vader of moeder is overleden en die dan depressief is geraakt. Kunnen we dan zeggen dat het hier om een psychische stoornis of aandoening gaat? Dat is van heel korte tijd. Het is niet iets chronisch. Maar je hebt dan andere mensen waarbij het om een chronische depressieve aandoening gaat. Daar zit een beetje die nuance.” – respondent 24

Psychische gezondheidsproblemen (psychische klachten, psychiatrische stoornissen en middelengebruik) komen disproportioneel meer voor bij gedetineerden ten opzichte van de algemene bevolking. Zo is het mogelijk dat mensen met psychische problemen vaker terechtkomen in de gevangenis. De psychische problemen zouden dan al duidelijk aanwezig zijn vóór de detentie.

“Sommige mensen denken van, pas als je in de gevangenis bent dat je psychologische en mentale problemen gaat ondervinden. Maar dit zijn allemaal mensen die niet in de gevangenis zijn geboren. [...] Dat zijn mensen die een leven voor hun detentie hadden, ze zijn ergens opgegroeid in een bepaalde omgeving met verschillende sociale, economische en politieke factoren die daar aanwezig zijn en die ervoor gezorgd hebben dat die persoon hier is beland.” – respondent 24

³⁷ Veroordeelden met een psychische kwetsbaarheid moeten onderscheiden worden van geïnterneerden. Geïnterneerden zijn personen die strafbare feiten hebben gepleegd, maar door een geestesstoornis niet schuldbequaam zijn en dus ontoerekeningsvatbaar worden verklaard. Internering is dan ook geen straf, maar een beveiligingsmaatregel die wordt opgelegd. Toch verblijven ook geïnterneerden in de psychiatrische annexen van de gevangenissen, hoewel het de bedoeling is dat zij op termijn allemaal doorstromen naar forensisch psychiatrische centra waar er meer aangepaste zorg kan worden geboden (Vander Beken, 2015).

Daarnaast kan de gevangeniscontext zelf een schadelijk effect hebben op de geestelijke gezondheid van mensen. Hierdoor kunnen psychische problemen ontstaan of (milde) klachten die reeds aanwezig zijn verergeren.

“[...] De omgeving zelf, de gevangenis, is een heel belangrijke factor. Die conditionerende omgeving is heel belangrijk, is bepalend zelfs. In de gevangenis kan men psychische problemen ontwikkelen. Ik denk dat ze reeds al wat psychische klachten hadden. [...] Sommige mensen waren zich er nooit van bewust dat ze geestesziek waren bijvoorbeeld. Dan kom je in de gevangenis terecht en begint alles zwaar te wegen.” – respondent 24

Een slechte geestelijke gezondheid gaat gepaard met een sterk verhoogd risico op suïcide. Verschillende respondenten wijzen op het hoge aantal suïcides en pogingen daartoe binnen de gevangenispopulatie. Gedetineerden die gelovig zijn, zouden echter een kleiner risico op zelfdoding hebben.

“Specifiek wat suïcide betreft, lijkt religie eerder een beschermende factor te zijn, dit bij alle gelovigen en dus niet enkel bij moslims. Zelfmoord is immers een zonde tegen God/Allah.” – respondent 25

Opvallend doorheen de interviews is dat medewerkers binnen de PSD's een vrij accuraat beeld hebben van de verscheidenheid aan psychische gezondheidsproblemen binnen de muren, gaande van psychische klachten tot psychiatrische stoornissen. Naast hun adviesfunctie in het kader van de strafuitvoeringsmodaliteiten, begeleiden de PSD's gedetineerden gedurende hun detentieperiode in de vorm van individuele gesprekken op regelmatige basis. Zij zien de gedetineerden dus vrij frequent, wat hun goede kennis over de geestelijke gezondheid van de gevangenispopulatie kan verklaren. De zorgequipes worden daarentegen uitsluitend geconfronteerd met de meer ernstige psychische of psychiatrische problematieken³⁸ en de CGG's doorgaans met de milde(re) psychische problemen of klachten.

“De gesprekken die gaan, bij ons dan, bij geestelijke gezondheid, die gaan vooral over detentiebeleving. Dat gaat niet zozeer over: “ik zit hier met een ernstige problematiek”. Meestal als ge echt kunt spreken van zware problematieken, dan weet ik niet of die bij ons geraken. Dat is een vraag die ik mezelf heel vaak stel.” – respondent 11

“[...] Mensen met een somberheidsproblematiek, met een depressie... Wij gaan die niet zien, wij halen die daar niet uit. Omwille van het feit, die gaan een stuk dat voor zichzelf verwerken in hun cel. Die gaan dat niet kenbaar maken, zeker als ze anderstalig zijn. Wat wij, door de manier waarop dat wij werken, het meest zien is de psychotische problematiek hé, omdat die het duidelijkst aanwezig is.” – respondent 21

De psychische gezondheidsproblemen die binnen detentie het meest frequent voorkomen zijn middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen zoals de antisociale persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornissen al dan niet middelen-geïnduceerd, depressie, angst en traumagerelateerde stoornissen³⁹. Soms is er omwille van comorbiditeit sprake van een complex geheel van psychische problemen (cf. bijlage 5, citaat 3, 4, 5 en 6).

Zowel de respondenten binnen de PSD's als deze die *outrachend* werken in de gevangenis (e.g., hulpverleners van de CGG's) zijn van mening dat gedetineerden van Maghrebijnse origine over het algemeen niet meer of minder dan autochtone gedetineerden worden geconfronteerd met psychische gezondheidsproblemen. Ook worden er geen specifieke problemen bij deze doelgroep waargenomen, psychische gezondheidsproblemen die verschillend zouden zijn van deze waarmee de autochtone populatie wordt geconfronteerd (cf. bijlage 5, citaat 7 en 8).

³⁸ De zorgequipes bieden therapeutische opvang en begeleiding aan zowel geïnterneerden als aan gedetineerden die psychisch kwetsbaar ingeschat zijn of een bepaalde vorm van ernstig psychisch lijden ervaren.

³⁹ Bijvoorbeeld een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

“[...] Het is moeilijk om echt een specifiek probleem te detecteren bij die doelgroep. Ze hebben niet meer psychische problemen als gedetineerden van hier. Wat wel een rol kan spelen, is dat ze uit het buitenland komen, dat er een cultuurshock kan zijn. Dat ze geen groot netwerk hebben in België...” – respondent 20

Voor wat betreft de psychiatrische stoornissen zoals bijvoorbeeld psychose, heerst er wat onduidelijkheid. Gedetineerden van Maghrebijnse origine met een psychotische problematiek zijn vertegenwoordigd in alle zorgequipes. De respondenten zijn het er echter niet over eens of psychose al dan niet meer voorkomt bij deze doelgroep ten opzichte van de autochtone populatie. Een wetenschappelijk onderzoek in België om hierover meer duidelijkheid te krijgen, lijkt dan ook aangewezen (cf. bijlage 5, citaat 9).

“Ik merk wel dat zo de psychotische problematiek wel in het oog springt bij dat doelpubliek. Dat merk je hier op de afdeling hoor, dat dat wel meer aanwezig is.” – respondent 10

“Het is niet dat mensen met een autochtone achtergrond per se minder psychotisch zijn. Maar ik denk sowieso... Ik heb onlangs een artikel gelezen dat er veel meer psychoses aanwezig zijn bij de Marokkaanse populatie. Maar sowieso hebben wij hier ook meer psychoses, dus in die zin is het moeilijk om dat uit te maken.” – respondent 23⁴⁰

Meerdere respondenten stellen echter wel dat gedetineerden van Maghrebijnse origine vaak het slachtoffer worden van racisme en discriminatie, wat op zijn beurt zou kunnen leiden tot een grotere kwetsbaarheid voor psychische gezondheidsproblemen (cf. bijlage 5, citaat 10 en 11).

“Vaak als we praten met hen, kom je uit op een dynamiek van onrecht. [...] Iemand die een proces had in de week nadat die aanslagen in Parijs gebeurd zijn. Die werd daar als toekomstige IS-strijder geportretteerd, wat dat die in de verste verte niet is. Dat is een man die ik al wat langer ken. Dat kwetst mensen, dat krenkt mensen, dat laat sporen na bij cliënten...” – respondent 17

8.2.2 Omgaan met psychische gezondheidsproblemen

8.2.2.1 Ontkenning

Wat betreft de aard en omvang van psychische gezondheidsproblemen *intra muros* worden er dus geen opvallende verschillen opgemerkt tussen gedetineerden van Maghrebijnse origine en de autochtone populatie. Het omgaan met deze psychische klachten en stoornissen en meer specifiek het uiten ervan, zou vaak wel op een andere manier verlopen. Om te beginnen zou volgens een tiental respondenten een psychische problematiek moeilijker worden geuit door gedetineerden van Maghrebijnse origine en zou er vooral sprake zijn van ontkenning (cf. bijlage 5, citaat 12).

“Ik denk dat ‘ontkenning’, het ‘uiten door ontkenning’, dat spreekt zichzelf wat tegen natuurlijk. Maar ik denk dat je pas na verloop van tijd dat begint te merken, dat er wel wat aan de hand is. Ze gaan niet meteen naar u komen om te zeggen, ik heb dit of dat probleem.” – respondent 1

“Iemand die zegt van: ‘ik heb psychische problemen’ of ‘ik heb het moeilijk’. Ik heb dat eigenlijk in die groep nog niet meegemaakt.” – respondent 25

Wellicht komt dit grotendeels doordat psychische klachten en stoornissen alsook het uiten ervan, binnen de Maghrebijnse cultuur zijn omgeven door schaamte en taboe. Psychische gezondheidsproblemen zijn bij deze doelgroep dan ook moeilijker te detecteren, omdat zij zelden uit zichzelf hulp zoeken, maar veeleer hun klachten verhullen. Een kritische bemerking die hier gemaakt kan worden, is in hoeverre hulpverleners dan wel de werkelijke omvang (en aard) van psychische gezondheidsproblemen bij gedetineerden van Maghrebijnse origine kunnen kennen?

⁴⁰ De gevangenis waar deze respondent werkt, situeert zich in een grootstedelijke context. Er verblijven meer gedetineerden met een migratieachtergrond dan autochtone gedetineerden. Het is bijgevolg moeilijk om deze vergelijking te maken of om hierover algemene uitspraken te doen.

“[...] Er zit heel veel schaamte op hé. De meeste klachten komen van observaties van cipiërs: “ge moet eens naar die gaan kijken, die doet raar, die is precies niet goed of hij zit ‘s nachts in een hoekske...”. Of “hij lijkt iets te horen”, dat soort zaken... Maar niet van de mannen zelf.” – respondent 2

Soms zou deze doelgroep zich bij de imam wel durven openstellen rond bepaalde klachten of ongemakken. Een imam is echter geen psycholoog of psychiater en kan vermoedelijke psychische klachten dan ook niet diagnosticeren.

“Er is sprake van psychische problemen, maar ik kan er geen cijfer op plakken. [...] Nu, zijn dat psychische problemen? Dat kan ik ook niet zeggen. Die gaan daar ook niet vaak openlijk over spreken met anderen [hulpverleners]. Daarom staat er ook geen label op wat het probleem juist is. Maar dat zijn wel mensen die eventueel dingen zien of stemmen horen, nachtmerries hebben enzovoort.” – respondent 22

Het zijn voornamelijk de respondenten van de CGG's (en andere vrijwillige hulpverleningsinstanties) die niet of nauwelijks worden geconfronteerd met dergelijke vormen van ontkenning. Dat is ook vrij logisch, aangezien zij op vrijwillige basis therapie aanbieden. Die vrijwilligheid omvat een eigen contactopname door de gedetineerde of een doorverwijzing door justitieel welzijnswerk, de PSD, de directie, de imam of aalmoezenier, een penitentiair beambte op sectie etc. In geval van een doorverwijzing is altijd ook de goedkeuring van de gedetineerde in kwestie vereist. Gedetineerden die zelf een hulpvraag indienen of hiermee instemmen, verschillen dus logischerwijze van de groep die in de ontkenningfase zit. Deze gedetineerden kiezen er zelf voor om in gesprek te gaan over hun psychische problematiek. Er kan bij deze groep dan ook een zekere mate van zelfinzicht worden verwacht.

“[...] Wij bieden vrijwillige hulpverlening, dus als ze niet tot bij ons willen komen, gaan we hen ook nooit zien. Dus dat kan een vertekend beeld scheppen. Want die dat tot bij ons geraken, daar is er natuurlijk wel al iets hé, waarover ze in gesprek willen gaan. Maar er is een groot dark number dat gewoon niet tot bij ons geraakt.” – respondent 13

Wanneer hulpverleners of imams vermoeden dat er een psychisch probleem aanwezig is, bijvoorbeeld via observaties van penitentiair beampten, gebeurt het soms dat de aangeboden hulpverlening wordt geweigerd door de gedetineerde. Zeker wanneer de familie, die binnen de Maghrebijnse cultuur een cruciale rol speelt en bijgevolg een grote invloed uitoefent op een individueel familielid, daar niet voor openstaat (cf. bijlage 5, citaat 13).

8.2.2.2 Somatisatie

Somatisatie of het lichamelijk uiten van een psychische problematiek is een tweede uitingsvorm die frequent voorkomt bij gedetineerden van Maghrebijnse origine in vergelijking met de autochtone populatie. Maar liefst vijftien respondenten maken melding van psychische klachten of stoornissen die door deze doelgroep ‘vermomd’ worden uitgelegd als een lichamelijke disfunctie. De meest voorkomende lichamelijke pijnen die worden geuit en waarvoor geen medisch aantoonbare verklaring kan worden gevonden, zijn: hartkloppingen, hoofdpijn, slapeloosheid, gebrek aan eetlust, maag- en darmklachten, spier-, gewrichts- en uitstralingspijnen.

“Voornamelijk somatisch hé. Die ervaren dan allerlei lichamelijke pijnen, die zullen niet snel spreken over dat ze een psychose hebben of dat ze psychiatrisch ziek zijn. Maar die zullen dat eerder benoemen als van, “ik heb pijn in mijn buik” of “ik heb hoofdpijn”. Dus die zullen dat vooral somatiseren.” – respondent 8

Dikwijls worden ook meer vage pijnklachten geuit (cf. bijlage 5, citaat 14).

“Ik heb veel mensen die komen en zeggen: “ik heb overal pijn, ik heb hartkloppingen, de dokter heeft mij doorverwezen omdat hij denkt dat het psychisch is, maar ik denk dat niet”. [...]” – respondent 5

Daarnaast zou volgens enkele respondenten soms de gedachte voorkomen bij gedetineerden van Maghrebijnse origine dat men sterfelijk ziek is en/of niet lang meer te leven heeft.

“Het idee dat men een heel erge ziekte onder de leden heeft, bijvoorbeeld ongeneeslijke kanker. Men vraagt vaak lichamelijke onderzoeken, al dan niet binnen of buiten de gevangenis (scan, MRI). [...] Ook sterk het gevoel hebben dat ze doodgaan, zo van: “mevrouw, ik denk dat ik ga doodgaan”. Zonder dat ze dan psychotisch zijn hé, dat is ook wel iets dat voorkomt. Of “mijn hart zal het niet lang meer trekken”. [...]” – respondent 25

De neiging tot somatisatie zou enerzijds te maken hebben met het taboe dat rust op psychische klachten en stoornissen. Dit gaat gepaard met heel wat gevoelens van schaamte en zorgt ervoor dat er haast nooit wordt gesproken over een psychische problematiek, waardoor dit bijgevolg ook niet wordt erkend. Bij gebrek aan erkenning kan er ook geen taal of begrippenkader worden ontwikkeld om bepaalde klachten te gaan benoemen.

“Dat hoort vaak bij die mannen hun schaamte hé. Dat zij het daarop afschuiven, maar objectief is dat heel zeldzaam dat mensen psychische of psychiatrische problemen krijgen door lichamelijke oorzaken. Ook niet omdat ze in de Ramadan zijn, wat er vaak van gemaakt wordt door de omgeving en cipiers, maar ik heb dat nog niet gezien dat iemand daar psychiatrisch of psychisch aan onderdoor gaat.” – respondent 2

Anderzijds zouden gedetineerden van Maghrebijnse origine somatiseren omwille van een gebrek aan zelfinzicht. Dit wordt door meerdere respondenten aangehaald. Men zou moeite hebben met het herkennen van symptomen, omdat men het niet gewoon is om over zichzelf na te denken en om stil te staan bij eigen gevoelens en emoties, laat staan om die met anderen te delen. Hulpverleners moeten deze doelgroep dan ook extra ondersteunen in het zichzelf bevragen en onderzoeken om zo de oorzaak van de problematiek te achterhalen.

“Ik denk ‘zelfinzicht’ op dat vlak dan, weten wat dat er in u omgaat, weten wat er ‘psychisch’ dan allemaal in u omgaat, dat dat ook niet altijd het sterkste punt is, zelfinzicht ontwikkelen of kijken naar zichzelf.” – respondent 18

Somatisatie is een vorm van ontkenning van psychische gezondheidsproblemen. Opnieuw is dit een uitingsvorm die niet of nauwelijks wordt ervaren door respondenten van de CGG's (cf. *supra*, 8.2.2.1). Er kan worden verwacht dat gedetineerden van Maghrebijnse origine die zelf de stap zetten naar psychische hulpverlening (of hiermee instemmen) al een zeker inzicht in hun problematiek hebben en hierover in gesprek wensen te gaan. De kans op somatisatie is hier dan ook veel kleiner. De groep gedetineerden van Maghrebijnse origine die wel wordt bereikt door de CGG's, verschilt dus van de meerderheid die de stap naar psychische hulpverlening niet zet. De CGG's zijn zich ervan bewust dat er een groot deel van deze populatie niet tot bij hen geraakt en dat er dus sprake is van een groot *dark number*.

“De groep die wij zien, die somatiseert niet. De groep die wij zien, is een groep die wil spreken.” – respondent 17

“[...] Wij zien maar een heel beperkt deel. Dus ik denk niet dat dat per se representatief is voor de algemene gedetineerdenpopulatie van die nationaliteit. Ik denk procentueel gezien dat er een heel groot aantal in de gevangenis zitten, maar als je dan kijkt procentueel hoeveel van onze cliënten die nationaliteit hebben, dat dat heel wat lager ligt.” – respondent 13

Een klein aantal respondenten wijst in dit verband op een generatieverschil. De jongere generatie van Maghrebijnse origine zou volgens hen minder somatiseren ten opzichte van de oudere generatie. De oudere generatie zou bij gebrek aan een taal of begrippenkader om bepaalde klachten psychisch te uiten, ofwel overgaan tot somatisatie ofwel zijn of haar toevlucht zoeken tot een metafysisch verklaringsmodel (cf. *infra*, 8.2.2.3). Daarentegen zou de jongere generatie, die opgroeit in een westerse samenleving en via verschillende kanalen (e.g., tv, internet, onderwijs) in aanraking komt met de thematiek van psychische gezondheidsproblemen, eigen klachten of symptomen al beter kunnen herkennen en onder woorden brengen.

“Wel, er is een duidelijk verschil tussen de oudere en de jongere generatie, omdat de jongere generatie al wat meer taal heeft om het te psychologiseren. Terwijl, de oudere generatie heeft die tussentaal nog niet, ofwel gaan ze het somatiseren ofwel gaan ze het toeschrijven aan bovennatuurlijke krachten, dus ofwel God ofwel andere krachten. Die andere krachten, dat kan de duivel zijn, djinns, het boze oog of magie.” – respondent 3

Een andere respondent wijst op het begrip ‘aktuiaalpathologie’ of ‘actuele pathologie’ als reden voor het veelvuldig somatiseren binnen deze doelgroep of meer specifiek binnen de Berbergemeenschap⁴¹. Volgens deze persoon gaat het dus niet zozeer om een generatieverschil, maar zouden vooral Maghrebijnen bij wie sprake is van een gebrekkige integratie in onze cultuur of samenleving het vermogen missen om hun (psychische) klachten of problemen te verbaliseren.

“Het gaat hier opnieuw om mensen die niet ingeburgerd zijn. Veel Maghrebijnen in België zijn wel degelijk voldoende goed ingeburgerd. In detentie heb je wel meer niet geïntegreerde Maghrebijnen.” – respondent 19

Binnen de Berbergemeenschap zou de moeder haar kind niet langer opvoeden in de eigen moedertaal, namelijk in het Berbers. Hierdoor zou het hechtingsproces verstoord raken. Het doorgeven van de moedertaal blijkt immers van cruciaal belang met het oog op een veilige hechting tussen moeder en kind, alsook met het oog op de identiteitsontwikkeling. De keuze van de moeder zou voortvloeien uit het feit dat het Berbers in zowel Marokko en Algerije (wegens racisme) als in België onbruikbaar is. Vanuit een oprechte bekommernis met de toekomst van het kind en met het oog op integratie, wil de moeder haar kind dan ook zo vlug mogelijk de landstaal (het Nederlands of Frans) aanleren. In veel gevallen spreekt zij echter zelf onvoldoende Nederlands of Frans. Bijgevolg sluipt er meer ‘harde, emotioneel niet-adequate’ dan ‘sussende, emotioneel adequate taal’ in de interactie tussen moeder en kind. Als gevolg hiervan zouden hele groepen Maghrebijnen ontstaan die vanuit een psycholinguïstisch standpunt geen voeling meer hebben met een door emoties geschraagde taal en zich derhalve moeilijk kunnen uitdrukken.

“[...] Je kan er bijna niet mee praten. Het is bijzonder moeilijk om door te dringen, of ze nu al lang in België zijn of niet. Je krijgt geen toegang meer tot die mensen, want ze hebben geen emotionele diepgang meer. Het gevolg hiervan is somatisering. Ze zijn niet in staat om hun problemen onder woorden te brengen. De eerste generatie voedde zijn kind nog op in het Marokkaans of Berbers. Het probleem treedt dus pas op bij de tweede en derde generatie, want daar ontstond de bewustwording van het belang van taal en integratie.” – respondent 19

8.2.2.3 Externalisatie

➤ Externe (niet-metafysische) oorzaak

Naast het ontkennen en/of lichamelijk uiten van psychische gezondheidsproblemen, zouden gedetineerden van Maghrebijnse origine ook vaker externaliseren in vergelijking met de autochtone populatie. Met externalisatie wordt bedoeld dat de oorzaak van het (psychisch) lijden buiten zichzelf wordt gelegd. Het zoeken naar een verklaring voor de klachten of ongemakken die men ervaart, impliceert in zekere zin wel een erkenning van ‘het zich niet goed voelen’. Een eerste vorm van externalisatie die door een kleine meerderheid van de respondenten (13) regelmatig wordt opgemerkt bij gedetineerden van Maghrebijnse origine, is het toeschrijven van het persoonlijk lijden aan externe factoren in plaats van aan een psychische problematiek. Die externe factoren kunnen zowel personen, sociale relaties, instanties als omstandigheden zijn. In veel gevallen zouden de omstandigheden binnen detentie aangeduid worden als oorzaak (cf. bijlage 5, citaat 15).

“Men geeft niet graag toe dat men psychische klachten heeft en indien wel schrijft men dit toe aan het leven in de gevangenis, het juridisch systeem... [...] Ik vind dat het soms moeilijk is om tot de kern te komen van wat dat

⁴¹ Berbers vormen nog steeds een grote groep in Marokko en Algerije.

er nu juist maakt dat ze zich niet goed voelen. [...] Ze gaan ook heel snel zeggen van: “het is door een bewaker die iets gezegd heeft” of “het is doordat ik niet kan bellen naar mijn familie”. Dus het gaat heel snel zaken van buiten zijn, die zorgen dat ze vinden dat ze zich niet goed voelen.” – respondent 25

De Maghrebijnse cultuur is een groepscultuur en dus per definitie ook een schaamtecultuur. Dit zou betekenen dat er bijzonder veel waarde wordt gehecht aan de eer en reputatie van de familie. Een familielid die kampt met een ernstige psychiatrische aandoening zoals een psychotische stoornis, betekent in veel gevallen een schande voor de ganse familie. Gelet op de taboesfeer die binnen deze cultuur hangt rond psychische gezondheidsproblemen, zou iemand met een psychotische problematiek immers vaak worden gezien als ‘zot’ of ‘gestoord’. Men zou het ook eerder bekijken als iets statisch: “iemand die zot of gestoord is, zal altijd zo blijven”. Externalisatie zou dan ook een beschermingsmechanisme vormen om de eer en reputatie van de familie in stand te houden. Als een externe factor de oorzaak van het psychisch lijden is, is het niet de fout van de gedetineerde/’psychisch zieke’. Het is dan iets dat hem of haar is overkomen. Een depressie zou in die zin vaak sneller worden aanvaard, omdat dit een gebeurtenis (een ongeluk of onrecht) impliceert die de persoon in kwestie is overkomen en waardoor hij of zij niet goed meer kan functioneren. De betrokkene wordt hier dus gepercipieerd als slachtoffer.

“Wat je meer hoort dat is, enfin, mensen die knal psychotisch zijn en waarvan heel de familie komt zeggen: “ja neen, die man is heel erg depressief, er is hem groot ongeluk overkomen, zijn vrouw heeft hem verlaten, zijn bedrijf is failliet” en weet ik veel wat nog allemaal... Dat is externalisatie hé, ik ontken mijn ‘ziek-zijn’ of gans het systeem ontkent het ‘ziek-zijn’ en geeft er een andere betekenis aan die buiten hemzelf ligt. Dat komt veel meer voor bij die doelgroep, omdat de schaamte veel groter is. Ze zouden ‘psychose’ dan eerder aan ‘depressie’ of aan eender wat toeschrijven.” – respondent 2

➤ *Metafysische oorzaak*

Het merendeel van de respondenten (17) werd in het werken met gedetineerden van Maghrebijnse origine al één of meerdere keren geconfronteerd met een tweede vorm van externalisatie. Het betreft in dit geval het toeschrijven van (psychisch) lijden aan een externe factor met een bovennatuurlijk of metafysisch karakter. Gedetineerden van Maghrebijnse origine zouden bij psychische klachten of stoornissen vaak teruggrijpen naar een cultureel en/of religieus verklaringsmodel. Het gaat om een taal of referentiekader dat sterk is ingebed in de Maghrebijnse cultuur en dus zou gekend zijn binnen alle generaties. Opnieuw kan hier verwezen worden naar de Maghrebijnse cultuur als schaamtecultuur en het belang van externalisatie als beschermingsmechanisme. Dit staat lijnrecht tegenover de westerse cultuur als schuldcultuur, waar men uitgaat van de eigen verantwoordelijkheid of het eigen aandeel en dit ook durft te onderkennen (cf. bijlage 5, citaat 16).

“Ze gaan altijd externaliseren. Ik heb problemen, maar dat is niet door mij. Het probleem is het boze oog, ik denk dat die of die persoon iets aan mij gedaan heeft, want die is tegen mij of die is jaloers op mij, die heeft magie op mij gedaan... [...] In de westerse cultuur is dat anders, daar is het van “oké, wat is er met mij en hoe ga ik daaraan werken of hoe kan ik mezelf verbeteren?” En dat is een andere insteek.” – respondent 5

De verklaringen die de respondenten soms horen bij gedetineerden van Maghrebijnse origine, zijn: djinns, het boze oog, zwarte magie, beproeving van God en straf van God. De ene verklaring komt al vaker voor dan de andere en bepaalde verklaringen zijn typerend voor (milde) psychische klachten, terwijl andere voornamelijk worden geuit in geval van ernstige psychische of psychiatrische aandoeningen. Wat psychosociale hulpverleners het meest horen, zijn de termen ‘djinns’, ‘geesten en duivels’ of ‘demonen’. Alle zeventien respondenten kwamen al één of meerdere keren in aanraking met dit fenomeen.

“In de Marokkaanse cultuur is dat toch nog wel zeer aanwezig. Misschien iets minder bij de jongere generatie, maar het is niet dat die jongere generatie er helemaal geen geloof in heeft. [...] Als het om psychische problemen gaat, is ‘de geest’ de ideale boosdoener om iemands gekheid te verklaren.” – respondent 1

Belangrijk om te vermelden is dat het vaakst over ‘djinnns’ zou worden gesproken in de context van een ernstige psychische of psychiatrische aandoening. Voornamelijk wanneer gedacht wordt aan een psychotische problematiek, zou dit door sommige gedetineerden van Maghrebijnse origine worden uitgedrukt in termen van ‘djinnns’ en ‘bezetenheid’ (cf. bijlage 5, citaat 17 en 18).

“Ik heb twee cliënten waarvan dat we vermoeden dat daar de problematiek van psychose zit, maar wat daar een dimensie in is, is het feit van bezeten te zijn en van de djinnns. Ja, dat is zeker iets waarmee we geconfronteerd worden. En dat is dan zoeken hé, tussen het islamitische perspectief en de zuiver medische benadering.” – respondent 6

Daarnaast worden de respondenten soms geconfronteerd met ‘het boze oog’, ‘het kwade oog’ of ‘zwarte magie’ als verklaring voor psychisch lijden. Zeven van de zeventien respondenten halen aan ‘het boze of kwade oog’ al één of meerdere keren te hebben gehoord in het werken met gedetineerden van Maghrebijnse origine. ‘Zwarte magie’ zou het minst geuit worden door deze doelgroep. Slechts vier van de zeventien respondenten zijn hier al mee in aanraking gekomen. Beide culturele verklaringen zouden volgens verschillende respondenten vaker voorkomen bij gedetineerden uit Sub-Sahara-Afrika, bijvoorbeeld bij gedetineerden met een Nigeriaanse of een Soedanese origine.

De imams merken echter een andere volgorde op in het type culturele verklaringen die door gedetineerden van Maghrebijnse origine worden geuit. Volgens hen zou vooral het boze oog voorkomen als verklaring voor psychische en andere problemen, pas daarna djinnns en als laatste zwarte magie (cf. bijlage 5, citaat 19).

“Het eerste is het boze oog en dan djinnns en dan zwarte magie. Dat is de volgorde. Want het boze oog is heel gemakkelijk hé. Ik zeg maar iets, ik word ontslaan en dat is doordat mensen jaloers zijn op mij en niet omdat ik mijn werk niet goed doe. Dus het boze oog, ja, dat is één van de bepalendste zaken.” – respondent 22

Naast bovenstaande fenomenen die eerder binnen de cultuur of het volksgeloof kunnen worden geplaatst, zouden er ook af en toe meer religieuze verklaringen ter sprake worden gebracht. Om te beginnen zou psychisch lijden door deze doelgroep soms worden opgevat als ‘een straf van God/Allah’. Dit kan zowel letterlijk worden benoemd als vaag worden uitgedrukt en zo voor een vermoeden zorgen bij de hulpverlener of imam dat het als ‘straf’ wordt ervaren door de gedetineerde. Slechts vijf van de zeventien respondenten werden hier al één of meerdere keren mee geconfronteerd (cf. bijlage 5, citaat 20).

“Dat hangt af van persoon tot persoon, maar er zijn heel veel mensen die dat als straf van God ervaren, de meesten ervaren dit wel zo. “Goh, ik heb toch niet...”, die schuldgevoelens dan krijgen, die denken van: “Door mijn schuld is dat en dat en dat gebeurd... Daarom straft God mij nu”. [...]” – respondent 5

Wat vaker wordt opgemerkt door de respondenten zijn verklaringen die wijzen in de richting van ‘een test of beproeving van God’. In de meeste gevallen wordt het niet zo letterlijk benoemd of weergegeven door de gedetineerden. Acht van de zeventien respondenten hebben ervaring met dit soort uitspraken of vermoeden een dergelijke verklaringsgrond (cf. bijlage 5, citaat 21).

“De psychische problemen die detentie met zich meebrengt, worden ‘gedragen’, ze horen nu eenmaal bij detentie en dus bij de straf. In die zin worden ze eerder gezien als een test of beproeving van God.” – respondent 25

Zowel ‘straf van God’ als ‘beproeving van God’ zouden een verklaringsgrond vormen voor milde psychische problemen en minder voor ernstig psychisch of psychiatrisch lijden, waar eerder naar djinnns en dergelijke zou worden verwezen. Opmerkelijk is ook dat culturele en religieuze verklaringen soms worden gecombineerd door gedetineerden van Maghrebijnse origine. Dit wordt door een beperkt aantal respondenten beschreven.

“[...] Het wordt dan ook nog eens meestal samen uitgedrukt, zo van: ‘die boze ogen worden op mij afgestuurd als beproeving van God’. Eerder dan enkel ‘beproeving van God’.” – respondent 18

Ondanks het culturele en/of religieuze referentiekader dat een belangrijke rol speelt, zou in sommige gevallen ook een andere (meer westerse) uitleg worden aanvaard. Dit vooral bij gedetineerden die behoren tot de jongere generatie, een hoger opleidingsniveau hebben en/of om diegenen die al wat ervaring hebben met therapie en/of hulpverlening in brede zin. De oudere generatie daarentegen zou zo goed als altijd terugrijpen naar culturele en/of religieuze verklaringen en dit ook veel meer uiten. Dit traditionele referentiekader is echter zo sterk verankerd in de Maghrebijnse cultuur en wordt nog steeds doorgegeven van ouders op kinderen, dat het hoe dan ook iets is wat aanwezig blijft binnen de jongere generatie (cf. bijlage 5, citaat 22).

“De meeste mensen geloven daar echt in, ik ga niet zeggen iedereen, maar de meesten wel. Het hangt ook af van hun sociaal-economische achtergrond, mensen die beter opgeleid zijn enzovoort, kijken daar misschien anders naar. [...] Onze ouders die vanuit Marokko naar hier gekomen zijn, die geloven al die zaken en die geven dat door aan hun kinderen. Dus het is al vanaf dag 1. Ook al is het kind hooggeschoold, die is daarmee opgegroeid hé, dus dat blijft iets dat bestaat.” – respondent 22

Nochtans wijzen verschillende respondenten op een groot *dark number* als gevolg van een dubbel taboe. Enerzijds rust er een taboe op het spreken over psychische problemen, wat al meermaals werd aangehaald in dit onderzoek. Anderzijds zou er ook een taboe heersen rond het benoemen van de traditionele culturele en/of religieuze verklaringen voor psychisch lijden. Gedetineerden van Maghrebijnse origine zouden er zich namelijk van bewust zijn dat een westers geschoold hulpverlener daar niet in gelooft. Zij zouden er dan ook weinig over spreken met psychosociale hulpverleners binnen detentie, uit angst om ‘zot’ verklaard en misschien zelfs geïnterneerd te worden. Derhalve kan worden verwacht dat er in werkelijkheid meer gedetineerden van Maghrebijnse origine hun toevlucht zoeken tot een traditioneel verklaringmodel dan geweten is. Dit blijkt ook duidelijk uit de bevraging van de imams. Tegen de gevangenisimam durft deze doelgroep zich wel meer openstellen hierover, wellicht omdat de imam behoort tot dezelfde culturele gemeenschap, min of meer dezelfde waarden, normen en geloofsovertuigingen heeft meegekregen en op de hoogte is van de culturele en/of religieuze verklaringmodellen en de gevoeligheden daaromtrent (cf. bijlage 5, citaat 23 en 24).

“Bovennatuurlijke krachten zoals djinns, dat horen we zeer weinig. We leven dan ook in twee verschillende werelden. In deze wereld bestaat dat niet. Als ze daarover zouden spreken met ons, daalt hun geloofwaardigheid. Ze weten dat hulpverleners hen niet zullen begrijpen noch geloven.” – respondent 19

“Bij ons zal iemand er wel sneller voor uitkomen om te zeggen van kijk, ‘ik ben bezeten, ik heb dat en dat meegemaakt.’ [...]” – respondent 24

Belangrijk om te vermelden is dat opnieuw vooral respondenten van de CGG's (of van andere hulpverleningsinstanties die werken op vrijwillige basis) weinig tot geen ervaring hebben met externalisatie van psychisch lijden bij deze doelgroep. Sowieso komen de CGG's ook minder in aanraking met de ernstige psychische en psychiatrische problematieken (bijvoorbeeld psychose), waarbij het vaakst zou worden verwezen naar een bovennatuurlijke oorzaak. Dit zou kunnen verklaren waarom deze respondenten niet of nauwelijks vertrouwd zijn met culturele en/of religieuze verklaringmodellen in het werken met cliënten van Maghrebijnse origine en zij bijvoorbeeld nog nooit van het fenomeen ‘djinns’ hebben gehoord (cf. bijlage 5, citaat 25).

“Nee, dat heb ik nog nooit gehoord. [...] Nogmaals hé, de mensen die dat wel doen, die komen waarschijnlijk niet tot bij ons hé denk ik. Waarom zouden die naar een therapeut gaan, als ze denken dat hun probleem met geesten te maken heeft?” – respondent 17

8.3 Gedetineerden van Maghrebijnse origine vs. het westerse hulpverleningsmodel

In wat volgt wordt weergegeven hoe gedetineerden van Maghrebijnse origine tegen het westerse hulpverleningsmodel aankijken. Om te beginnen wordt de houding van deze doelgroep tegenover psychologische of psychiatrische hulpverlening in kaart gebracht. Daarna wordt toegelicht welke barrières deze gedetineerden weerhouden om op eigen initiatief psychische hulp te zoeken.

8.3.1 De houding van gedetineerden van Maghrebijnse origine tegenover psychologische of psychiatrische hulpverlening

8.3.1.1 Onbekendheid

Gedetineerden van Maghrebijnse origine zijn in de eerste plaats niet of nauwelijks vertrouwd met de westerse psychologie en psychiatrie. Volgens de helft van de respondenten zouden psychische gezondheidsproblemen en hulpverlening onbekend terrein zijn voor deze doelgroep. Het westers (biomedisch) model is hoofdzakelijk gericht op pathologie en wordt gekenmerkt door een categorisering van tal van psychische problemen en aandoeningen. In de Maghrebijnse cultuur, maar ook meer algemeen in de islamitische traditie, is dit psychologisch referentiekader zelden gekend. Er zou heel wat onduidelijkheid bestaan over wat psychisch is en wat niet, ook omdat er binnen deze cultuur nauwelijks instanties of centra bestaan die daarrond werken en dus duidelijkheid kunnen verschaffen. Het gevolg hiervan is dat psychische problemen vaak niet worden (h)erkend en dat mensen met een dergelijke problematiek binnen deze gemeenschap als ‘ziek’ of ‘gestoord’ worden aanzien (cf. bijlage 5, citaat 26).

“Het lijkt alsof dat hun visie op de psychische problemen vrij beperkt is. In de zin van, wij hebben heel veel etiketteringen zal ik maar zeggen en wij hebben heel veel mogelijke diagnoses... Dat niet vatten wat dat er juist allemaal mee bedoeld wordt, waardoor dat ze ook direct zoiets hebben van: “ja maar, ge gaat mij daar niet mee gaan vergelijken”. [...]” – respondent 18

“Er is heel wat verwarring binnen de islamitische traditie tussen wat psychisch is en wat niet psychisch is. [...] Vaak mensen die psychologische problemen hebben, worden gewoon niet erkend als psychisch of worden misplaatst als zijnde ‘ziekelijk’ of ‘zieke mensen’.” – respondent 4

Ook de verschillende functies of disciplines binnen de geestelijke gezondheidszorg zouden niet of nauwelijks gekend zijn onder gedetineerden van Maghrebijnse origine. Men is vaak niet goed op de hoogte van wat nu een psycholoog is en wat zijn of haar taak precies inhoudt (cf. bijlage 5, citaat 27).

“Wat ik vaak hoor is: “wat is dat, een psycholoog?”, “kan je niets doen met religie ofzo?” Ze weten er dus minder over.” – respondent 20

Verder is men het helemaal niet gewoon om op die manier met zichzelf bezig te zijn, om stil te staan bij eigen gevoelens en emoties en om hierover in gesprek te gaan. Het zou voor de meeste gedetineerden van Maghrebijnse origine die de stap zetten naar psychische hulpverlening of die hulpverlening opgelegd krijgen een compleet nieuwe ervaring zijn.

“Nu ze zijn niet gewoon om bijvoorbeeld met een psycholoog te praten hé, om te praten over hun gevoelens, over dingen die ze hebben meegemaakt... Dat is voor iedereen nieuw hé, dat hebben ze allemaal nog nooit gedaan hé haha.” – respondent 6

Het lijkt dan ook aangewezen om bij deze doelgroep een bewustzijn te creëren rond mentale gezondheid en het soort problemen die daaromtrent kunnen optreden. Binnen detentie wordt er pas een hulpverleningstraject opgestart, indien er een zekere mate van probleembewustzijn en motivatie aanwezig is. Heel vaak zou dit bij gedetineerden van Maghrebijnse origine ontbreken. Dit komt deels door het gebrek aan een psychologisch betekenis kader om tot zelfinzicht te komen en door het gebrek

aan kennis over wat psychische hulpverlening nu juist inhoudt. Het is namelijk bijzonder moeilijk om gemotiveerd te zijn voor iets wat niet of nauwelijks gekend is. Een aantal respondenten waarschuwen voor het opdringen van een westers model en wijzen op het belang van psycho-educatie in het werken met deze doelgroep.

“En daarom ook dikwijls die miscommunicatie met gedetineerden. Wij proberen daar dan een psychologisch referentiekader op te plakken dat ze niet kennen en daarom dat ze hun psychisch probleem ook ontkennen. Als je het niet kent, kun je ook niet instemmen. Dus er is meer miscommunicatie dan onwil. [...] Het is dan onze taak om hen te informeren en te motiveren hé via psycho-educatie.” – respondent 3

8.3.1.2 Wantrouwen

Iets meer dan de helft van de respondenten stelt dat gedetineerden van Maghrebijnse origine eerder wantrouwig staan tegenover psychologische of psychiatrische hulpverlening. Er zou over het algemeen een groter wantrouwen zijn bij deze doelgroep ten opzichte van de autochtone gevangenispopulatie.

“Er is altijd wel wat argwaan, naar hoe dat wij naar hen kijken en wat dat wij van hen verwachten. [...] Over het algemeen staan ze wel wat weigerachtig tegenover de zorg.” – respondent 8

“Nog veel wantrouwiger dan onze Vlaamse gedetineerden hé.” – respondent 21

Soms zou er een regelrechte afkeer zijn van psychologen en psychiaters. Met maatschappelijk assistenten zou men dikwijls gemakkelijker in gesprek gaan, omdat dit een andere bijklank heeft. Een respondent probeert die afkeer voor alles wat gelinkt wordt aan ‘psychische hulp’ te illustreren met een citaat van een gedetineerde afkomstig uit een Berbergemeenschap:

“Ik wil geen psycholoog of psychiater of dokter meer zien! Ze willen alleen in mijn hoofd zitten en lossen geen enkele van mijn echte problemen op!” – uit dossier van respondent 25

In het bijzonder wanneer de inname van medicatie is vereist om psychische problemen te onderdrukken of onder controle te houden, kunnen er problemen optreden. Behalve in het geval van een verslavingsproblematiek, zou het vaak heel moeilijk zijn om gedetineerden van Maghrebijnse origine te overtuigen van het belang van medicatie. Ook op medicatie voor psychische problemen rust een taboe. Men heeft bovendien angst voor de verslavende gevolgen en voor het feit dat men niet langer helder zal kunnen nadenken. Als verklaring voor het weigeren van geneesmiddelen worden opnieuw meestal externe factoren naar voren geschoven.

“Men zegt dan: “je wordt er dik van”, dat is waar, van de vroegere neuroleptica werd je inderdaad dik. “Je gaat als een zombie stappen”, dat klopt, vroeger met Haldol kreeg je zo’n robotachtige motoriek. Dit halen sommigen aan om hun gebrek aan geloof in medicatie te camoufleren. Moest je er niet dik van worden en moest je er niet als een soort van marsmannetje van rondlopen, dan nog zouden ze dat weigeren.” – respondent 1

Het wantrouwen van en het weigerachtig staan tegenover psychische hulpverlening zou opnieuw het gevolg kunnen zijn van een gebrek aan kennis hieromtrent. Nogmaals dient gewezen te worden op het belang van psycho-educatie aan deze doelgroep.

8.3.2 Barrières om psychische hulp te zoeken *intra muros*

8.3.2.1 Taalbarrière

Een eerste barrière die gedetineerden van Maghrebijnse origine zou weerhouden om psychische hulp te zoeken en die door alle respondenten herhaaldelijk wordt opgeworpen doorheen de bevraging, is

de taal. Gedetineerden die onvoldoende het Nederlands of Frans beheersen, hebben het extra zwaar te verduren. Dit geldt in het bijzonder voor de eerste generatie Maghrebijnen binnen detentie.

“De grootste barrière is de taal. [...] We hebben ook mensen die echt nog eerste generatie zijn, die uit Marokko weggegaan zijn, hier komen en hier iets mispeuterd hebben en in de gevangenis komen en toch een pathologie hebben. Daar is de taal vaak ook nog eens een hele stap om te zetten hé.” – respondent 7

Gedetineerden die uitsluitend Arabisch spreken, komen zo goed als nooit binnen de psychische hulpverlening terecht. Ze worden opgesloten en hebben haast met niemand contact. Deze doelgroep is vaak onvoldoende op de hoogte van de beschikbare hulpverleningsinitiatieven binnen de muren, die ze vaak ook niet begrijpen door de taalbarrière. Men weet amper welke diensten er binnen de gevangenis actief zijn en hoe men een hulpvraag kan indienen. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de participatie van deze doelgroep aan zowel het individueel als het groepsaanbod (cf. bijlage 5, citaat 28).

“[...] Ze worden gedetineerd en dan zitten ze daar. De enige met wie ze contact hebben is eventueel de PSD, omdat ze moeten. Voor de rest weten ze niet welke andere diensten er zijn, waar ze geholpen kunnen worden. Dat is op zich een probleem. [...] Degenen die geen Nederlands spreken, die hebben het moeilijk. En het is niet zo dat ze altijd niet willen gaan of niet geholpen willen worden, maar dat is gewoon omdat ze eigenlijk niet weten welke diensten er zijn en hoe ze geholpen kunnen worden.” – respondent 22

8.3.2.2 Taboe op psychische gezondheidsproblemen en hulpverlening

Naast de taalbarrière die bij sommige gedetineerden van Maghrebijnse origine een belangrijke rol speelt, zou ook het taboe op psychische gezondheidsproblemen en hulpverlening verhinderen dat deze doelgroep de stap naar (professionele) psychische hulp zet. Dit wordt door het gros van de respondenten (17) vastgesteld. Het taboe zou niet zozeer te maken hebben met religie. Los van het feit of men nu moslim is of niet, binnen de Maghrebijnse cultuur is het *not done* om te spreken over psychische problemen en emoties. Het is dus veeleer een culturele karakteristiek. Als het psychisch probleem te sterk op de voorgrond treedt en het dus niet langer mogelijk is om het te verbergen, wordt er vaak verwezen naar een metafysische oorzaak (externalisatie) (cf. bijlage 5, citaat 29).

“Ik vermoed dat het taboe op psychologische hulpverlening groter is bij deze groep. Dit is te merken aan de wijze waarop men een voorstel voor dit soort hulpverlening tracht af te wimpelen, “ik heb dat niet nodig”, “mijn geloof geeft mij de nodige kracht”, “los maar mijn problemen hier op, dan voel ik mij direct beter”, “als ik vrij ben komt alles goed”. Soms weigert men vlakaf elk contact met een psycholoog of psychiater.” – respondent 25

Alles wat wijst op individuele zwakte en kwetsbaarheid brengt heel wat schaamte met zich mee en dient dan ook zoveel mogelijk te worden toegedekt: “als het niet wordt gezien, dan is het er ook niet”. De gedachte is dat een mens (zeker mannen) zich te allen tijde moet sterk houden en zelf zijn of haar problemen moet oplossen met de steun van de familie en van God. Door het taboe hebben mensen ook nooit geleerd om over zichzelf te reflecteren en om emoties en gevoelens te uiten. Er is namelijk geen taal of referentiekader voorhanden om dit te doen. Opnieuw kan psycho-educatie een belangrijke rol spelen, ditmaal met het oog op het doorbreken van het taboe en het creëren van openheid om met deze thematiek aan de slag te gaan (cf. bijlage 5, citaat 30).

“Mensen hebben nooit geleerd van te praten over hun gevoelens, dat is een feedback dat ik eigenlijk van heel veel mannen terugkrijg: “ge hebt mij leren praten”. Alles wordt weggestopt en over alles is er een taboe en schaamte. [...] Dat merk je nu wel, als je dan heel intensief mensen gaat begeleiden dat er ineens vanalles bovenkomt waar ze nog nooit met iemand over hebben gepraat.” – respondent 6

Heel wat respondenten wijzen op het belang van religieuze coping bij gedetineerden van Maghrebijnse origine. Religie vormt voor deze doelgroep immers een belangrijke manier om met psychische problemen om te gaan. Men probeert in de eerste plaats geduldig te zijn en kracht en troost

te putten uit het geloof in Allah. Een geduldige volharding (*sabr*) in tijden van onheil vormt een basishouding voor alle moslims en zou door Allah worden beloond.

“Die vinden wel van: “mijn geloof zal mij hier wel door helpen”. Misschien putten die wel meer vertrouwen uit: “ik keer terug in mezelf en ik ga bezig zijn met mijn geloof”. Dat valt mij wel op.” – respondent 12

Pas als het probleem onhoudbaar wordt, zouden gedetineerden van Maghrebijnse origine naar de hulpverlening toestappen. Dit zou een indicatie zijn voor hulpverleners dat er sprake is van ernstig psychisch lijden.

“Ze spreken nooit over psychische problemen. Als ze er wel over spreken, is dat voor ons een aanwijzing dat zij een lage draagkracht hebben. Het is dus al een probleem op zich als ze zich blootgeven.” – respondent 19

Gedetineerden stammen uit een culturele gemeenschap en vertegenwoordigen dus logischerwijze een stuk van die gemeenschap in hun overtuigingen en gedrag. Toch bestaat er over het algemeen een verschil tussen ‘binnen’ en ‘buiten’ in hoe men omgaat met psychische klachten en stoornissen. Het taboe om naar een psycholoog of psychiater toe te stappen, zou buiten de gevangensmuren nog veel sterker aanwezig zijn. In de vrije samenleving is de kans groter dat de gemeenschap dit te weten komt en dat dit repercussies heeft voor de toekomst van de persoon in kwestie: gaat hij of zij nog kunnen studeren, werken of trouwen? Iemand die naar een psycholoog of psychiater gaat, is namelijk ‘geestelijk gestoord’ of ‘zot’. Binnen detentie zou dit toch minder van belang zijn. Gedetineerden zitten vaker in een diepe put en willen daar op de één of andere manier uitkomen. Men zou hen daarom soms gemakkelijker kunnen overtuigen van het belang van psychische hulp. Dit verschil tussen ‘binnen’ en ‘buiten’ wordt niet alleen door de imams opgemerkt, maar ook door enkele psychosociale hulpverleners (*cf.* bijlage 5, citaat 31).

“[...] Een keer dat ze hier zitten, heb ik toch de indruk, ook door de ziekte, dat er heel veel schaamte over de boeg wordt gegooid, omdat het hier allemaal niet meer uitmaakt. Het is hier precies een eindstation. [...] De stempel van detentie drukt enorm door. Ne keer dat ge hier zit, is dat een stuk overleven. Ik weet dat dat hierbuiten soms heel moeilijk is. We horen wel dat ze dat thuis probeerden te verdoezelen enzo.” – respondent 23

Een klein aantal respondenten is van mening dat ook binnen de autochtone gevangenispopulatie sprake kan zijn van schaamte en taboe in geval van een psychische problematiek.

“Ik kan mij wel voorstellen dat mensen die uiteindelijk bij ons in begeleiding zijn, dat die met ons wel dingen bespreken dat zij dan niet zullen bespreken met de mensen in hun omgeving. [...] Misschien een stukje door dat taboe of dat die gewoonte er gewoon niet is om rond dat soort zaken te praten. Maar die ervaring heb ik ook met mensen die niet van een andere origine zijn, die echt wel weten van oké, dat is de plek waar ik over mijn problemen ga praten en bij anderen doe ik dat niet.” – respondent 15

8.3.2.3 Angst voor stigmatisering

Ook angst voor stigmatisering vormt een barrière waarmee gedetineerden van Maghrebijnse origine geconfronteerd worden. Er bestaan heel wat vooroordelen binnen de Maghrebijnse cultuur over de psychologie en psychiatrie als discipline. Wie een psycholoog of psychiater raadpleegt, is niet goed in zijn of haar hoofd, is ziekelijk en behoort bijgevolg in het gekkenhuis. Volgens iets meer dan de helft van de respondenten is deze doelgroep als de dood voor het etiket of label van ‘gek’, ‘zot’ of ‘gestoord’. De gedachte “ik ben anders dan de anderen” is heel bedreigend in een groepscultuur en zou dus ook binnen detentie blijven voortbestaan (*cf.* bijlage 5, citaat 32).

“Marokkanen zijn ook veel meer dan Belgen, als je daaraan vraagt: “gaat het niet goed?” Dan antwoorden die meestal onmiddellijk: “Ja, maar ik ben niet zot hé”. “Voel je u niet zo goed?”, “Ja ja, maar ik ben niet zot hé!” [...] Er heerst dus een soort van angst voor het etiket van ‘ik ben gek’.” – respondent 1

8.3.2.4 Schande voor de familie

Bovendien zou deze doelgroep afzien van psychische hulp uit angst om de ouders of de familie te schande te maken. Een tiental respondenten stellen dat sommige gedetineerden van Maghrebijnse origine een vorm van gêne voelen naar de naaste omgeving toe. Dit zou zowel omwille van psychische problemen zijn, als omwille van het nemen van drugs. Binnen een groepscultuur heeft het gedrag van één enkel individu effect op de eer en reputatie van de hele groep. Beslissen om psychische hulp in te schakelen, betreft dus een keuze die heel wat implicaties kan hebben voor de familiale context.

“Als ik zeg dat ik mij slecht voel en ik vertel over mijn problemen, over wat er mis is gegaan, dan gaat dit niet alleen over mij, maar gaat dit ook over mijn familie.” – respondent 1

“Dat is niet alleen met psychische problemen, ik denk ook met andere ziektes. [...] Dat is iets typisch voor de Marokkaanse cultuur. Het imago dat men naar buiten toont, is heel belangrijk. Het is belangrijk dat we goed zijn en gezond zijn. En een psychisch probleem is niet ideaal.” – respondent 22

Wanneer de familie op de hoogte is van het psychisch probleem van het familielid binnen detentie, gebeurt het soms dat zij dit maar moeilijk kunnen aanvaarden. Dit zou volgens een groot aantal respondenten meer voorkomen bij families van Maghrebijnse origine dan bij autochtone families. Men zou als het ware schrik hebben voor het ‘associatief stigma’. Dit betekent dat ook de familie of naaste omgeving van iemand met een psychisch probleem kan worden aanzien als ‘zot’ of ‘gestoord’ en bijgevolg kan worden uitgesloten door de gemeenschap.

“Een familie die een psychologisch ‘geval’ in huis heeft, wordt ook scheef bekeken, dat is de schrik die ze hebben.” – respondent 24

Men zou de aandoening of stoornis dan ook eerder ontkennen of het lijden toeschrijven aan een externe oorzaak met een bovennatuurlijk karakter, bijvoorbeeld bezetenheid door een djinn.

“De familie heeft liever dat mensen weten dat hij bezeten is, dan dat hij zot is. Als iemand bezeten is, dat kan behandeld worden. Iedereen kent die behandeling en in 9/10 kansen is dat dan opgelost. Maar als iemand gek is, is dat voor altijd.” – respondent 24

Toch is het ook hier belangrijk om te nuanceren. Volgens enkele respondenten zien sommige families wel degelijk de ernst van de psychische of psychiatrische problematiek in en beseffen zij ook dat hun familielid de gepaste zorg nodig heeft (cf. bijlage 5, citaat 33).

“De familie heeft soms een probleem met het erkennen van... Maar we hebben ook Marokkaanse families gekend die wel degelijk zeggen: “onze zoon is ziek hé, die heeft psychiatrische hulp nodig”, die dat ook konden benoemen. Het is niet dat dat zo zwart-wit is, dat dat altijd zo is.” – respondent 7

Afgezien van alle schaamte zouden de familiebanden van gedetineerden van Maghrebijnse origine veel hechter zijn in vergelijking met die van de autochtone gevangenispopulatie. Het merendeel van de respondenten merkt op dat deze doelgroep kan blijven rekenen op ondersteuning vanwege de naaste omgeving. Meestal hebben zij in tegenstelling tot de niet-Maghrebijnse gedetineerden wel nog een familie achter zich staan die erg betrokken is. Dit is opnieuw typerend voor een groepscultuur.

“Ze ontkennen dan het psychiatrisch ziek-zijn en ze weigeren medicatie, maar op het einde van het verhaal wordt er voor die mensen wel goed gezorgd hé. Dus ja, ze wijzen het een beetje meer af, maar ze compenseren dat wel doordat ze veel sterker aan mekaar hangen. Dat doen wij minder hé, voor mekaar zorgen [...].” – respondent 2

8.3.2.5 Traditioneel verklaringmodel

Verder zou ook het geloof in traditionele culturele en/of religieuze verklaringen voor psychisch lijden de stap naar professionele hulpverlening bemoeilijken. Als er sprake is van verschillende verklaringmodellen is het onmogelijk om tot een gemeenschappelijk begrip van de problematiek te komen. Volgens verscheidene respondenten zouden gedetineerden van Maghrebijnse origine hun problemen of klachten vaak als metafysisch ervaren, maar hier zelden over praten met westerse hulpverleners uit angst voor onbegrip. Er zou hier dan ook sprake zijn van een dubbel taboe: enerzijds zouden gedetineerden van Maghrebijnse origine zwijgen over psychische gezondheidsproblemen. Anderzijds zouden zij zich dikwijls schamen tegenover westerse hulpverleners voor hun culturele en/of religieuze interpretatie (cf. bijlage 5, citaat 34 en 35).

“[...] Mogelijks ook het feit dat wij als hulpverlening eerder westers ingesteld zijn en misschien niet altijd genoeg luisteren naar wat dat zij brengen, dat dat hen ook wel weerhoudt, dat ze het idee hebben van ja: “als ik zeg er schuilt een kwade geest in mij”. Als wij daar dan ongepast op reageren en wij zeggen: “we gaan u opnemen en u gedwongen medicatie geven en het probleem is opgelost”. Als wij daar verkeerd op reageren, dat zal ook wel een drempel zijn hé, als ze dat ervaren.” – respondent 8

Daarnaast zouden gedetineerden van Maghrebijnse origine vooral bang zijn dat het uiten van dergelijke verklaringen tegen psychosociale hulpverleners nadelige gevolgen heeft voor hun detentie, met name dat psychologen en psychiaters hen ‘zot’ zullen verklaren en bijgevolg zullen interneren.

“[...] Bij moslims is er vaak sprake van djinns en zwarte magie enzovoort. Een psycholoog ziet dat misschien anders en daarom gaan ze daar eigenlijk niet over praten. Omdat ze weten dat dit gevolgen kan hebben tijdens hun detentie, want dan praat ge over internering... Dus dan houden ze dat liever voor zichzelf. Met mij als imam is dat anders, als het vaak te zwaar wordt voor hen, dan gaan ze daar wel over praten en proberen ze wat advies te krijgen.” – respondent 22

Westerse hulpverleners zouden vaak onvoldoende op de hoogte zijn van het culturele en/of religieuze referentiekader van deze doelgroep. Dit geldt in het bijzonder voor de respondenten van de CGG's (cf. supra, 8.2.2.3). Het is nochtans belangrijk dat psychosociale hulpverleners hiermee vertrouwd raken. Wanneer zij kennis hebben van dergelijke verklaringgronden, zouden zij dit ook duidelijk kunnen maken door er gericht naar te vragen. Mogelijkerwijs zullen gedetineerden van Maghrebijnse origine er wel over durven praten wanneer zij merken dat het gekend is, aanvaard wordt en au sérieux wordt genomen binnen de westerse hulpverlening.

“[...] Ik kan me voorstellen dat in begeleidingen vanuit een CGG ofzo, dat dat geen dingen zijn waar ze zelfs nog maar aan denken. Terwijl, ik vind dat echt wel belangrijk, want mannen hebben ook echt wel angsten daarrond hé. Ze durven het vaak niet zeggen, omdat ze weten dat westerse hulpverleners dat niet geloven en dat niet zullen begrijpen. Dus daarom vind ik dat je ook echt in staat moet zijn om daar heel open in te staan, je mag uw eigen mening daarover hebben, maar in een begeleiding moet je aan de slag met de realiteit van de cliënten hé.” – respondent 6

8.3.2.6 Machocultuur

De machocultuur eigen aan een detentiecontext vormt eveneens een belemmerende factor. Dit geldt in principe voor alle gedetineerden, maar zou volgens een klein aantal respondenten toch iets sterker naar voren komen binnen de Maghrebijnse populatie. Men zou zichzelf een stoer imago aanmeten, waar gevoelens en emoties achter worden weggestopt. Met een psycholoog of psychiater gaan praten, zou afbreuk doen aan dit imago. Bovendien is hier ook een informeel aspect aan verbonden. Binnen een gevangeniscontext ontstaan er vaak klikjes met medegedetineerden die belangrijk zijn voor *peer support* gedurende de detentieperiode. Wanneer men zou beslissen om naar de hulpverlening toe te stappen, zou men als een verrader kunnen worden beschouwd en bijgevolg zijn informele bronnen van ondersteuning kunnen verliezen (cf. bijlage 5, citaat 36).

“[...] Ik denk dat je er u ook heel bewust van moet zijn dat er hier kliëks worden gevormd. Het is, ja, om het effe oneerbiedig te zeggen, je hebt de bende van den diejen en de bende van den anderen en als ge bij één van de twee wil horen, zul je u op die manier moeten gedragen. En je ziet ook wel dat dat dan soms rond Marokkaanse of Algerijnse families draait. Het imago dat daar dan bij past, dat dat belangrijker is dan al de rest die daar rond zit.” – respondent 18

Vooraf het groepsaanbod zou de Maghrebijnse gevangenispopulatie afschrikken, omdat de kans bestaat dat daar medegedetineerden van Maghrebijnse origine zullen aan deelnemen. In het bijzijn van iemand van de eigen culturele gemeenschap zou het immers moeilijker zijn om zich bloot te geven of om af te dalen naar de eigen gevoelswereld. Dit heeft opnieuw met de schaamtecultuur te maken die een belangrijke rol speelt in de interactie tussen twee personen van Maghrebijnse origine.

“Los van het feit dat de drempel naar de hulpverlening al hoger is, is een tweede factor die belemmerend is: ‘groepswerkingen’. En zeker groepswerkingen waar dan nog eens andere Marokkanen zitten, dat is dan nog eens moeilijker. Dat zijn allemaal drempels die denk ik niet onoverbrugbaar zijn, maar dat zijn toch drempels waar een autochtone gedetineerde minder mee worstelt.” – respondent 1

8.3.2.7 Geslacht van de hulpverlener

Voorts zou ook het geslacht van de hulpverlener meespelen in het beslissingsproces van (mannelijke) gedetineerden van Maghrebijnse origine. Een achttal respondenten zijn van mening dat deze doelgroep eerder geneigd is om met mannelijke hulpverleners in gesprek te gaan. Binnen zowel de PSD's, de zorgequipes als de CGG's zijn echter voornamelijk vrouwen tewerkgesteld.

“Het gebeurt ook dat zij wreed veel moeite hebben met het feit dat dat een vrouwelijk personeelslid is. We hebben wel onze psychiater die mannelijk is, maar dat neemt niet weg dat ik toch al een paar keer heb gemerkt van: “gij zijt een vrouw, met jou ga ik niet in dialoog”. [...]” – respondent 21

“Ze gaan het veel makkelijker tegen een man vertellen hé. En de PSD's zijn verheven van de vrouwen... Ben je al eens in een auditoria psychologie geweest? Ook maatschappelijke assistenten zijn voornamelijk vrouwen.” – respondent 1

8.3.2.8 “Praten helpt niet”

Een laatste barrière die door meerdere respondenten wordt aangehaald is het gebrek aan geloof in de helende kracht van praten. Gedetineerden van Maghrebijnse origine zouden simpelweg het nut niet inzien van praten met een psycholoog, psychiater of eender welke andere hulpverlener. Tegenstrijdig met de weerstand bij deze doelgroep om medicatie in te nemen, is het geloof dat er voor elke ziekte een geneesmiddel bestaat die het leed wegneemt. Deze doelgroep zou dus meer geloof hechten aan medicatie bij psychisch lijden, dan aan psychotherapeutische sessies.

“[...] Heel veel mensen geloven niet in praten, geloven niet dat praten ook een genezend effect kan hebben, dat ge gewoon efkes moet ventileren. Ze denken van, “praten, wat zal dat doen? Dat doet niets met mij”. Dat is nog altijd het idee van, voor elke ziekte heb je een medicijn.” – respondent 5

“Ik denk dat er in die groep ook wel veel gebruikt wordt. En dan bedoel ik niet alleen drugs hé. Maar dat ze ook heel snel een gevoel van zich niet goed voelen, dat ze daar medicatie voor willen. [...] Ik denk dat zij sneller het idee hebben: “een pilleke zal mij helpen”. [...]” – respondent 25

De verwachting bij deze doelgroep is echter wel dat het probleem is opgelost eenmaal het medicijn is ingenomen. Volgens sommige respondenten is het dan ook moeilijk om hen te overtuigen van de noodzaak om hun medicatie blijvend of voor een langere periode in te nemen om zo te voorkomen dat het fout loopt. Dit zou in de eerste plaats gelden voor antipsychotica. Bovendien zou deze doelgroep eerder geloven in het bestrijden van ‘praktische’ problemen als oplossing voor lichamelijke

of psychische klachten. Het gaat dan zowel om detentieproblemen als om bezorgdheden op vlak van administratie en financiën buiten de gevangenis. Ook het hebben van werk binnen detentie en gezinshereniging na detentie worden als ‘helpende’ factoren beschouwd, eerder dan het volgen van therapie voor psychische gezondheidsproblemen. Gedetineerden van Maghrebijnse origine zouden dus vaak verlangen naar een kant-en-klare oplossing voor hun probleem, zonder zelf veel te moeten vertellen of blootgeven over de eigen gevoelswereld (cf. bijlage 5, citaat 37).

“[...] Als ge een gesprek voorstelt van ge kunt er nog eens komen over praten. Dan zeggen ze: “ja maar tis goed, als ge dat oplost voor mij mevrouw, als ge zorgt dat ik kan bellen dan ga ik mij weer goed voelen”. Dus als je iets praktisch oplost voor hen, dan is het ermee gedaan.” – respondent 25

8.4 Geestelijke gezondheidszorg binnen detentie

Dit luik belicht enerzijds het bestaande hulpverleningsaanbod of de diensten werkzaam binnen detentie die instaan voor de geestelijke gezondheidszorg aan gedetineerden. Anderzijds wordt in kaart gebracht in welke mate gedetineerden van Maghrebijnse origine participeren aan dit hulpverleningsaanbod.

8.4.1 Bestaande hulpverleningsaanbod

Binnen de Vlaamse en Brusselse gevangenissen zijn er verschillende diensten actief die instaan voor de (psychische) hulpverlening aan gedetineerden. Eerst en vooral kan elke gedetineerde terecht bij de PSD. Het personeel van de PSD staat in voor het onthaal van nieuw binnenkomende gedetineerden alsook voor de psychologische en sociale begeleiding doorheen hun detentietraject (cf. *supra*, 8.2.1). De maatschappelijk assistenten, psychologen en psychiater(s) werkzaam binnen de PSD hebben geen therapeutische functie.⁴² De PSD oefent echter ook een adviesfunctie uit in het kader van de strafuitvoeringsmodaliteiten en heeft dus een rapportageverplichting aan de directie en de strafuitvoeringsrechtbank (SURB). Dit kan de vertrouwelijkheid van de gesprekken met de gedetineerden in het gedrang brengen. Enkele respondenten wijzen dan ook op het belang van de aanwezigheid van andere personen of diensten binnen detentie die gebonden zijn door een beroepsgeheim of discretieplicht en waar gedetineerden dus vrijuit en in vertrouwen kunnen spreken. Dit geldt onder meer voor de CGG’s, de zorgequipen en de diensten van aalmoezeniers (e.g., islamconsulenten).

“In de gevangenis zelf heb je een PSD, maar die is echt verbonden aan de FOD Justitie. De taak is ook mensen te kunnen helpen, maar zeker en vast ook expertise te kunnen doen en toestemming te geven voor uitgaansvergunningen. [...] Maar het is belangrijk dat de mensen een andere vorm van ondersteuning ook kunnen krijgen, gebonden aan het medisch beroepsgeheim. Dat de gedetineerde weet dat als hij iets zegt, dat dat nooit bij justitie terechtkomt...” – respondent 20

Verder zijn de forensische teams van de CGG’s actief binnen de muren. Zij bieden meer gespecialiseerde psychologische hulp en zijn dus gebonden door het medisch beroepsgeheim. De hulpverleners binnen de CGG’s gaan therapeutisch te werk. Dergelijke begeleidingen bestaan uit geregelde gesprekken met een therapeut, psycholoog of maatschappelijk werker en kunnen gemakkelijk enkele jaren in beslag nemen. Zoals reeds meermaals werd aangehaald, werkt het CGG op vrijwillige basis. In sommige gevangenissen zijn er ook zorgequipen aanwezig die eveneens gebonden zijn door het beroepsgeheim.⁴³ Ook deze vorm van psychische hulp heeft een vrijwillig karakter, althans wanneer het gaat om veroordeelden.

⁴² Het gaat hier om hulpverlening in de brede zin van het woord en dus niet om therapie.

⁴³ Zorgequipen bieden zowel individuele hulpverlening als groepsactiviteiten aan.

“Dat is vrijwillig, als ze dat zelf niet willen moeten ze daar niet in, toch als het geen geïnterneerden zijn hé. Das ook via de PSD en mensen die rond die persoon staan die zeggen van: “die gedetineerde zou daar wel baat bij hebben”. Maar de beslissing ligt wel bij de persoon zelf, als die dat zelf niet ziet zitten, moet dat niet.” – respondent 13

Daarenboven kunnen gedetineerden een beroep doen op Justitieel Welzijnswerk (JWW) als onderdeel van het CAW. Dit voor het herstel van of het intensifiëren van familiale netwerken en gezinsnetwerken, trajectbegeleiding alsook voor praktische ondersteuning tijdens detentie (e.g., het zoeken van een woonst of administratieve zaken).⁴⁴

Het gros van de respondenten geeft aan dat de randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle psychische hulpverlening binnen detentie ontbreken. Het bestaande hulpverleningsaanbod zou ontoereikend zijn voor de gehele gevangenispopulatie en in het bijzonder voor gedetineerden van Maghrebijnse origine. Door een acuut gebrek aan mensen en middelen blijven heel wat hulpvragen onbeantwoord en zouden gedetineerden met psychische gezondheidsproblemen vaak in de kou blijven staan. Dit heeft uiteraard implicaties voor het (latere) re-integratieproces en dus voor het risico op recidive, zeker wanneer de psychische problematiek nauw verweven is met de gepleegde feiten (cf. bijlage 5, citaat 38 en 39).

“De psychiatrische hulpverlening aan gestraften, zowel aan Belgen als aan Maghrebijnen, is insufficiënt. Vaak zijn er twee psychiaters, één zorgpsychiater en één PSD psychiater. Voor die mannen is dat dus slechts één hé. Het gebeurt ook wel eens dat er een gevangenis zonder vaste psychiater zit. Je kunt dat geen kwaliteitsvolle zorg noemen hé. Als dat nog niet in orde is, wat zou je dan denken dat er cultuurspecifieke hulp kan geboden worden...” – respondent 2

Bovendien biedt de gevangenis volgens het merendeel van de respondenten geen veilige context voor intensieve therapie sessies. Het verstrekken van psychotherapie op de tweede lijn zou bijzonder moeilijk zijn, zeker in grote gevangenissen die kreunen onder de overbevolking.⁴⁵ Gedetineerden die stimuli krijgen in psychotherapie moeten dit meenemen in hun cel en hebben vaak weinig gezonde sociale contacten. Het zou dan ook allesbehalve evident zijn om die prikkels in hun cel te verwerken. Bij beperkte groepen, dus in kleinere gevangenissen, zou therapie wel mogelijk zijn.⁴⁶ In veel gevallen zou de aard van de therapie dus eerder laagdrempelig zijn. Daarenboven speelt het veiligheidsaspect binnen detentie een cruciale rol en het feit dat hulpverleners enkel op korte termijn kunnen werken. Op lange termijn is men afhankelijk van het oordeel van de gevangenisdirectie of van een rechtbank. Dit betekent dat het vaak moeilijk is om gedurende de detentieperiode ten volle aan het psychisch probleem te werken, wat opnieuw gevolgen heeft voor het (latere) re-integratieproces in de samenleving.

“Een gevangenis is geen veilige omgeving om therapie te doen. Die mensen, als ge een gesprek hebt, er komt een trauma naar boven. Ge kunt die niet laten terugkeren naar hun cel waar ze met twee andere mensen zitten en waar ze eigenlijk vast zitten.” – respondent 11

“In de gevangenis staat in eerste instantie de veiligheid voorop. [...] Dus ik denk in een gevangenis kan je niet veel meer doen dan pre-therapie hé. Alles in een gevangenis is ondergeschikt aan de veiligheid. En niet alleen aan de veiligheid hé. Als je een traject uitwerkt en de man wordt getransfereerd, komt vrij of wordt omwille van discipline verwijderd, ben je hem kwijt hé. Het is dus heel moeilijk om een continu proces uit te bouwen.” – respondent 1

Tevens benadrukken sommige respondenten het gebrek aan afgestemde zorg en hulpverlening binnen de muren. Er zou onvoldoende overleg en informatie-uitwisseling plaatsvinden tussen de verschillende actoren in dit domein. Voornamelijk het contact of de samenwerking tussen de diensten van de Vlaamse Gemeenschap (e.g., CGG) en de diensten die onder de FOD Justitie vallen, wordt als

⁴⁴ Deze vorm van hulpverlening is dus vooral praktisch van aard.

⁴⁵ Dit geldt voornamelijk voor de Brusselse gevangenissen.

⁴⁶ Bijvoorbeeld in de gevangenis van Leuven-Centraal, waar er een opendeurregime is en gedetineerden zich vrij kunnen bewegen in het gebouw.

ontoereikend ervaren. Dit werd ook door de onderzoeker zelf vastgesteld. Zo werd het soms duidelijk tijdens de bevraging dat psychosociale hulpverleners van verschillende diensten binnen dezelfde gevangenis elkaar niet of nauwelijks kennen. De respondenten pleiten voor een meer op elkaar afgestemde hulpverlening en een intensievere samenwerking, zeker wanneer dezelfde gedetineerden/cliënten worden begeleid (cf. bijlage 5, citaat 40).

“Iedereen werkt zo wel wat op zijn eilandje. Je hebt de medische dienst, maar dat echt zo justitie, en de verpleger en de psychiater, maar we hebben daar eigenlijk nooit contact mee. Maar omgekeerd zoeken die met ons ook geen contact, terwijl dat wij wel gemeenschappelijke cliënten hebben. Soms zouden we wel eens willen overleggen. Ik vind die moeilijk benaderbaar.” – respondent 16

Voor gedetineerden van Maghrebijnse origine is geen specifiek individueel of groepsaanbod uitgewerkt op structureel niveau. In bepaalde gevangenissen zouden er wel al eens activiteiten worden georganiseerd die wat meer gericht zijn op deze doelgroep of op de moslimpopulatie binnen detentie. Dergelijke initiatieven verschillen sterk van gevangenis tot gevangenis en zijn bovendien afhankelijk van het beschikbare budget en van de welwillendheid van individuele hulpverleners (cf. bijlage 5, citaat 41).

“Onlangs hebben we in de gevangenis van X ook een gespreksgroep georganiseerd en daar was de insteek dan een soera uit de Koran, het Yusuf verhaal. Het is dan niet dat alleen moslims daaraan hebben deelgenomen hé, het was een heel diverse groep. Maar dan krijg je eens mannen die je anders, bij een andere lessenreeks misschien niet bereikt hé. Het is een kwestie van mensen te triggeren en aan te spreken in dingen die voor hen belangrijk zijn.” – respondent 6

Ook is er binnen elke gevangenis een gevangenisimam of islamconsulent aan het werk. De Maghrebijnse gevangenispopulatie (die moslim is) zou heel frequent een beroep doen op dit aanbod. De imam wordt door deze doelgroep beschouwd als een autoriteit en vertrouwensfiguur.

“De imam bereikt veel meer mensen dan wij, hij bereikt mensen die bij ons in therapie zijn, maar ook heel veel mensen die wij niet kennen.” – respondent 17

“Over het algemeen zijn gedetineerden heel open en kunnen ze heel veel beroep doen op ons en ze doen dit ook.” – respondent 24

Helaas zou de moslimpopulatie te groot zijn tegenover het aantal islamconsulenten dat ingezet wordt door justitie. Moslimgedetineerden die behoefte hebben aan een gesprek, kunnen dus niet altijd (onmiddellijk) terecht bij de imam. Uit pure noodzaak zouden zij zich soms tot andere diensten wenden die weinig tot geen ondersteuning kunnen bieden bij de theologische vragen waarmee deze doelgroep mogelijk worstelt.

“De imam is maar alleen hé. Er is maar één imam. Dus als er nu gewoon meerdere imams zouden zijn [per gevangenis]... Maar daar is ook geen budget voor.” – respondent 10

“Wat ik bijvoorbeeld zie is dat sommige van mijn cliënten in gesprek gaan met de aalmoezenier of met de moreel consulent, eigenlijk gewoon om een babbeltje te kunnen doen, omdat die vaak meerdere dagen in de gevangenissen zijn of wat meer tijd hebben. [...] Dat is echt een middelending vanuit de overheid ook hé, ofwel zetten we daarop in ofwel niet. En daar ervaar ik wel echt een nood hoor.” – respondent 6

Het bestaande hulpverleningsaanbod binnen detentie zou volgens het merendeel van de respondenten onvoldoende afgestemd zijn op de noden en behoeften van gedetineerden van Maghrebijnse origine. Volgens sommige respondenten dient dan ook meer ingezet te worden op het diversifiëren van het aanbod, om op die manier gedetineerden te bereiken die anders niet of nauwelijks worden bereikt. Men is geen voorstander van een volledig afzonderlijk aanbod. Dit zou namelijk kunnen leiden tot een aparte hulpverlening wat vermeden dient te worden. Wel is er nood aan een ‘aanbod op maat’ met bijzondere aandacht voor taal en religie. Ook dit vergt extra mensen en middelen van justitie (op federaal niveau) en/of van de Vlaamse Gemeenschap (cf. bijlage 5, citaat 42).

“Het hulpverleningsaanbod is onvoldoende afgestemd op deze doelgroep, meer dan onvoldoende! [...] In principe zijn die diensten er voor iedereen in de gevangenis, maar het blijft een doelgroep denk ik waar echt nog wel extra inspanningen moeten rond geleverd worden. [...] Je kunt met uw aanbod er echt wel voor zorgen dat je mannen bereikt die je anders misschien niet bereikt. Ik denk dat we daar nog veel meer moeten op inzetten.”
– respondent 6

Andere respondenten wensen niet zozeer wijzigingen op het niveau van het aanbod, maar eerder op het niveau van de individuele hulpverlener. Volgens hen zouden hulpverleners hun manier van omgaan of interageren met de Maghrebijnse gevangenispopulatie kunnen bijschaven. Dit wordt later in deze resultatensectie besproken, wanneer het gaat over de aanpak of methode die psychosociale hulpverleners toepassen in het omgaan met gedetineerden van Maghrebijnse origine (cf. *infra*, 8.5.1).

“Ik denk het probleem is niet zozeer dat het behoeftaanbod moet gedifferentieerd worden, dat vind ik niet, wel de manier, de interactiestijl, vind ik vaak ontoereikend. Die kan verbeteren tussen hulpverleners en Marokkanen en Algerijnen.” – respondent 1

8.4.2 Participatie van gedetineerden van Maghrebijnse origine

Binnen detentie is zowel hulpverlening op vrijwillige basis als gedwongen hulpverlening (opgelegd door justitie) mogelijk. Voor wat de vrijwillige hulpverlening betreft⁴⁷, is er sprake van een opmerkelijk lage participatie van gedetineerden van Maghrebijnse origine. In het bijzonder binnen de CGG's zou deze doelgroep sterk ondervertegenwoordigd zijn, wat ook al eerder werd vermeld (cf. bijlage 5, citaat 43).

“Zolang dat er geen hulpvraag van die mannen komt of van de beklaagden helemaal al niet, dan gaat dat niet door naar het zorgteam. Hetzelfde geldt voor het CGG, zolang dat zij geen hulpvraag hebben, dan worden die daar niet aangemeld. Dus dan valt er al een heel gros van degenen die hier binnen zitten, dat valt er gewoon uit. Dus die hebben de gevangenis van binnen en van buiten gezien, maar nooit geen hulpverlener in zijn pure vorm zal ik maar zeggen.” – respondent 18

Naast de barrières die deze doelgroep weerhouden om op eigen initiatief psychische hulp te zoeken en dus te participeren aan het hulpverleningsaanbod, zou er nog een andere reden zijn voor de lage participatiegraad: het gebrek aan proactief werken binnen de gevangensmuren. Dit wordt door meerdere respondenten aangeklaagd. Het begint al bij de manier waarop het beschikbare hulpverleningsaanbod wordt bekendgemaakt aan de gedetineerden. De informatieverstrekking omtrent het aanbod gebeurt hoofdzakelijk in het Nederlands en op schriftelijke wijze, dus via folders of informatiebrochures. Vaak raken die folders of brochures kwijt, worden ze niet gelezen of worden ze wel gelezen, maar begrijpen de gedetineerden niet wat er staat omwille van de taalbarrière en/of de moeilijkheidsgraad van het document. Wanneer de informatieverstrekking mondeling gebeurt, zou die geregeld op het verkeerde moment plaatsvinden (cf. bijlage 5, citaat 44).

“Ik denk dat er in de gevangenis een heel grote groep van mensen zit, die tegen het einde van hun detentie misschien niemand gezien hebben, behalve de PSD. [...] Gewoon wat briefkes rondgeven, sommige mannen hebben echt wel wat meer nodig dan eens één keer een briefke te krijgen. Of tijdens een onthaalgesprek als je net in de gevangenis zit. Als je nog maar een week in de gevangenis zit en je krijgt al een onthaalgesprek, sorry maar die mannen hunne kop staat op dat moment nog wel... Die slaan dat niet op hé dan, van ge kunt daar en daar en daar terecht...” – respondent 6

Als gevolg van deze gebrekkige communicatiestrategie zouden gedetineerden kampen met een kennistekort omtrent het beschikbare hulpverleningsaanbod en dus omtrent de diensten binnen detentie waar ze met hun (psychische) problemen terecht kunnen. Bovendien zouden zij dikwijls niet

⁴⁷ Dit geldt dan vooral voor de diensten van de Vlaamse Gemeenschap (e.g., de CGG's en andere hulpverleningsinitiatieven die op vrijwillige basis werken) en voor de zorgteams die in bepaalde gevangensmuren aanwezig zijn, waar hulpverlening vertrekt van de hulpvraag van de gedetineerde.

goed weten hoe een hulpvraag te formuleren en/of in te dienen.⁴⁸ Dit kan tot schrijvende toestanden leiden, waarbij gedetineerden met een psychische of emotionele problematiek wachten op cel in de veronderstelling dat er ooit iemand zal komen om mee in gesprek te gaan.

“Mensen zijn dat ook niet gewoon van, één, ge moet de diensten al kennen, twee, ge moet goed weten wat je wil vragen. Terwijl mannen dikwijls in eerste instantie gewoon efkes een luisterend oor nodig hebben en van daaruit kan je dan wel een hulpvraag detecteren. [...] Een opmerking dat zo vaak terugkwam bij mensen van, “amai, ge zijt de eerste die wij hier zien”. Dan zeg ik, ja maarja, ge hebt die dienst en die, eigenlijk had je die wel allemaal een briefje kunnen schrijven om te vragen van langs te komen, maar die informatie hadden ze niet opgeslagen. Dus zij zijn wel aan het wachten, van, alé wanneer gaat er hier nu eindelijk eens iemand met mij komen babbelen. Omdat ze het systeem dus eigenlijk gewoon onvoldoende kennen.” – respondent 6

Een aantal respondenten pleit voor een veel uitgebreider individueel aanbod, zodanig dat de gedetineerden proactief en *outreaching* kunnen worden benaderd. Dit betekent dat de diensten binnen detentie niet langer wachten op een hulpvraag om in actie te komen, maar zelf naar de gedetineerden toestappen en letterlijk op de celdeur kloppen. De proactieve en *outreaching* hulpverlener is iemand die heel intensief, nabij en aanklampend mensen gaat coachen en ondersteunen (cf. bijlage 5, citaat 45).

“Als ik kijk naar het justitieel welzijnswerk of naar de CGG’s, zij werken voornamelijk op vraag, dus dat wil zeggen, een gedetineerde schrijft een rapportbriefje: “kan jij eens afkomen, want ik heb een vraag voor u”. Wij doen dat niet, wij gaan direct aan de celdeur kloppen en zeggen: “hallo, ik ben hier voor u, kan ik iets voor u betekenen? Laat ons eens samen zitten, ik zou u eigenlijk gewoon graag willen leren kennen in eerste instantie”. Er moet daar zelfs geen concrete hulpvraag liggen, want ik ga ervan uit dat elke mens die in de gevangenis zit sowieso als vraag heeft, “ik heb nood aan mijn hart een keer te luchten”. [...]” – respondent 6

Deze aanpak is vandaag de dag eerder uitzondering dan regel. Het is een manier van werken die enkel wordt toegepast in functie van de aanpak van radicalisering⁴⁹, alsook op enkele afdelingen van de gevangenis van Merksplas en Vorst. Waar een proactieve en *outreaching* aanpak wordt angewend, merkt men geen verschil op in participatie tussen de Maghrebijnse doelgroep en de autochtone gevangenispopulatie. Dit wijst wellicht op het drempelverlagende effect van deze werkwijze (cf. bijlage 5, citaat 46).

“Hier zie ik ook geen verschil. Maar ik denk dat dat te maken heeft met hoe ons hulpverleningsprogramma georganiseerd is. [...] We gaan zelf actief naar mensen toe, dus het is niet dat wij wachten tot ze een vraag stellen. Dat vertekent het beeld een beetje.” – respondent 23

Verskillende respondenten willen deze aanpak niet langer beperkt zien tot een afdeling of vleugel van enkele gevangenissen of tot de mensen met een terro-statuu⁵⁰. Men wil dit daarentegen gerealiseerd zien in alle Vlaamse en Brusselse gevangenissen. Dit zou de mate van participatie en dus het psychisch welzijn van gedetineerden van Maghrebijnse origine bevorderen. Een hoge participatiegraad zou bovendien een gunstige invloed uitoefenen op het latere re-integratieproces in de samenleving (cf. bijlage 5, citaat 47 en 48).

Deze proactieve en aanklampende manier van werken wordt echter gedwarsboomd door een groot tekort aan mensen en middelen. Vooral de forensische teams van de CGG’s zouden onderbemand zijn en met lange wachtlijsten kampen. Het therapeutisch begeleiden van een gedetineerde kan gemakkelijk enkele jaren duren. Dit maakt dat er goed werk kan geleverd worden, maar dat de doorstroom ontzettend traag is. Ondanks de goede wil van deze hulpverleners is het voor hen quasi onmogelijk om nog extra inspanningen te leveren richting een doelgroep die sowieso al minder wordt bereikt (cf. bijlage 5, citaat 49 en 50).

⁴⁸ Ook de autochtone gevangenispopulatie kan met deze problemen geconfronteerd worden.

⁴⁹ Wat vandaag de dag binnen detentie de hoogste prioriteit krijgt.

⁵⁰ Gedetineerden die in de gevangenis zitten wegens radicalisering.

“Waarom nemen we geen tijd om op de gedetineerden af te stappen? Omdat we BEDOLVEN zijn in de gedetineerden die al tot bij ons geraken en we nemen niet de ruimte om nog andere dingen te doen. Dus wie dat niet tot bij ons komt, daar weten we niets over. We zijn zodanig bezig... We hebben zo'n lange wachtlijsten. Het is geen excuus, maar wel een realiteit.” – respondent 14

8.5 Psychische hulpverlening aan gedetineerden van Maghrebijnse origine

In dit luik wordt de methode of aanpak van psychosociale hulpverleners binnen detentie in het omgaan met gedetineerden van Maghrebijnse origine kort geschetst, alsook de moeilijkheid waarmee hulpverleners soms worden geconfronteerd als gevolg van het externaliseren van psychische gezondheidsproblemen. Daarnaast wordt toegelicht in welke mate er binnen detentie aandacht wordt besteed aan zowel religie als aan de familiale context van deze doelgroep.

8.5.1 Methode toegepast door psychosociale hulpverleners

Vooreerst worden gedetineerden van Maghrebijnse origine door de meeste respondenten op eenzelfde manier bejegend als de autochtone gevangenispopulatie. Toch wijst een klein aantal respondenten op het belang van een specifieke interactiestijl en gesprekstechnieken. Om te beginnen zou het langer duren om een vertrouwensband aan te gaan met gedetineerden van Maghrebijnse origine. Het is dan ook niet aan te raden om in de eerste gesprekken gevoelige onderwerpen aan te snijden. Daarnaast is het van belang om deze doelgroep op een meer voorzichtige wijze te benaderen met het oog op het maken en behouden van contact. Daarbij dient het benoemen van de psychische problematiek zoveel als mogelijk te worden vermeden, gelet op het taboe dat rust op psychische gezondheidsproblemen binnen de Maghrebijnse gemeenschap (cf. bijlage 5, citaat 51 en 52).

“Wij gaan naar die ouders of naar die persoon en we weten dat er waarschijnlijk een psychologisch probleem is, maar we gaan dat toch wel ruimer kaderen en op een heel voorzichtige manier aanbrengen, anders riskeer je hem of de familie toch wel te verliezen.” – respondent 24

Bovendien dient voldoende tijd en aandacht te worden besteed aan psycho-educatie. Dit geldt niet alleen voor de Maghrebijnse doelgroep, maar voor alle etnische minderheden binnen detentie die niet of nauwelijks vertrouwd zijn met het westerse hulpverleningsmodel en met de verschillende disciplines of functies daarbinnen.

“We kunnen misschien wel nog meer uitleggen van, dat doen we hier, dat is het aanbod. [...] Voor alle vreemde culturen is het heel belangrijk om uit te leggen van, zo kijken wij naar hulpverlening, dit is het model dat wij hanteren, arts-patiënt... Dat kan je verwachten, iets voorstellen, een gemeenschappelijk begrip vinden van wat aan de hand is enzovoort... Ik denk dat dat heel belangrijk is.” – respondent 23

Verder zouden verschillende respondenten soms moeite hebben om een cultureel en/of religieus fenomeen te onderscheiden van een psychotische problematiek. Wanneer gedetineerden van Maghrebijnse origine het hebben over djinns, het boze oog of zwarte magie, zouden psychosociale hulpverleners daar vrij snel het label ‘psychotisch’ opplakken. Dit zou grotendeels het gevolg zijn van een gebrek aan kennis over traditionele culturele en/of religieuze verklaringenmodellen die kenmerkend zijn voor de Maghrebijnse gemeenschap. Het schept een heel ander beeld wanneer bepaalde uitingen kunnen gekaderd worden binnen de cultuur en/of religie van mensen.

“Als hij dat vertelde dat er dus kwade geesten, djinns waren, dan luister je daarnaar, maar je merkt bij uzelf vind ik wel, je gaat dat direct rationaliseren. Je gaat direct zeggen van ja, hij heeft een psychose, alé in uw achterhoofd hé, hij heeft een psychose gehad. Of oei, zou hij nog medicatie pakken? Terwijl die mens dat daar eigenlijk zit te vertellen. Omdat dat zo, ja, voor ons moeilijk is om aan te nemen dat dat voor hen werkelijkheid is.” – respondent 25

“Ge moogt de diagnose ‘psychose’ maar stellen als je een beleving hebt die niet bij uwe cultuur hoort. Als mijn tante nonneke vroeger afkwam dat God haar geroepen had om in het klooster te gaan, mocht ge niet zeggen “dat is een auditieve hallucinatie” hé. [...] In sommige Berberstreken zitten die djinns en het boze oog in hun cultuur. Ik heb ooit eens de fout gemaakt hé, om iemand psychotisch te vinden omdat hij last had van het boze oog en die helemaal platgespoten, maar dat helpt niet hoor.” – respondent 2

8.5.2 Aandacht voor religie

In tegenstelling tot in de vrije samenleving zou religie binnen de gevangenis muren bijzonder sterk aanwezig zijn. Heel wat gedetineerden putten kracht uit het religieuze geloof gedurende hun detentieperiode.⁵¹ De meeste gedetineerden van Maghrebijnse origine zouden moslim zijn. De islam zou zowel naar identiteitsvorming als naar houvast een belangrijke rol spelen binnen deze doelgroep. Zij zouden veelvuldig hun heil zoeken in de Koran. Een respondent probeert de kracht die gedetineerden van Maghrebijnse origine putten uit hun geloof te illustreren met een voorbeeld uit een dossier:

“Persoon 1: kan zeer slecht tegen lawaai, het minste geluid van medegedetineerden kan hem irriteren. Hij heeft een monocel, maar klaagt geregeld over lawaai van anderen. Hij heeft periodes waarin hij zich ‘minder goed’ voelt. Betrokkene bidt dan vaker luidop en zingt Koranverzen. Hij haalt hier ‘vreugde’ uit, aldus betrokkene. Hij herhaalt voor zichzelf ook steeds dat Allah ervoor zorgt dat alles goed komt, waardoor hij moeilijke momenten doorkomt.” – uit dossier van respondent 25

Slechts een minderheid van de respondenten peilt naar het belang dat gedetineerden van Maghrebijnse origine hechten aan religie. Nochtans zou het volgens een aantal respondenten belangrijk zijn om religie actief te bevragen. Wanneer iemand kracht en rust vindt in het bidden of in het reciteren van de Koran zou de hulpverlener dit mee kunnen ondersteunen en als tool aanwenden in de psychische hulpverlening aan deze doelgroep (cf. bijlage 5, citaat 53).

“[...] Religiebeleving, eigenlijk zou dat wel een thema moeten zijn hé, ook als het gaat over psychisch welbevinden, vaak is dat nog een houvast hé voor mensen. Ik denk niet dat je een moslim kan begeleiden, zonder het ooit over religie te hebben. Dat lijkt mij toch een beetje vreemd, alé, als het iemand is die echt religieus is hé, die echt gelooft.” – respondent 6

8.5.3 Aandacht voor de familiale context

In tegenstelling tot de autochtone gevangenispopulatie hebben gedetineerden van Maghrebijnse origine zo goed als altijd een sterke band met hun familie. Zij zouden kunnen blijven rekenen op emotionele en financiële steun van de naaste omgeving gedurende het hele detentietraject (cf. bijlage 5, citaat 54).

“Vlamingen zijn harder daarin denk ik: “ge hebt een fout gemaakt, wij laten u vallen, zoek het maar uit!” Terwijl, zij kunnen altijd rekenen op steun van de familie, die familie blijft komen. Dat is een groot verschil met onze Vlaamse gedetineerden. [...] Ge merkt dat, die worden echt mee gedragen nog door hun familie, dat is echt een heel groot verschil.” – respondent 17

De sterke verbondenheid en het intensieve contact tussen familieleden binnen de Maghrebijnse gemeenschap is kenmerkend voor een groeps cultuur. Dit betekent dat de familie een grote invloed uitoefent op het gedetineerde familielid en dat de mening van de naasten (vooral van de ouders) zwaar doorweegt bij beslissingen. De hulpverlener dient hier dan ook rekening te houden met de wil van meerdere actoren. Zeker wanneer het gaat om zware psychiatrie en er dus behandeling en/of opname nodig is, zou het van cruciaal belang zijn om de familie te betrekken. In dit geval wordt aangeraden om te werken met bemiddelaars. Bemiddelaars zijn vaak broers of zussen van de gedetineerde. Zij

⁵¹ Dit geldt voor alle religies (christelijk, islamitisch...).

zijn met beide systemen vertrouwd en vormen de schakel tussen hulpverlener en ouders. Zich rechtstreeks tot de ouders richten zou immers heel wat schaamte opwekken: “het is mijn schuld, ik ben een slechte moeder”. Vaak zou de naaste omgeving niet goed begrijpen wat er precies aan de hand is en alternatieven voorstellen die niet altijd werkzaam zijn. Hoe sterker het geloof in de traditionele culturele en/of religieuze verklaringenmodellen aanwezig is binnen een familie, hoe moeizamer het contact zou verlopen. Het betrekken van en het luisteren naar de familie zou hoe dan ook een gunstige invloed uitoefenen op de vertrouwensband tussen gedetineerde en hulpverlener (cf. bijlage 5, citaat 55).

“Dat is veel belangrijker voor die doelgroep. Ik denk als je de familie niet een stuk meehebt, dat het moeilijker wordt. Ze hebben vaak ook heel veel respect voor de ouders nog, dus ja, hun betrokkenheid is belangrijk. [...] Het feit dat je contact hebt met zijn familie, dat verbetert de band vind ik, onder mekaar, dus tussen hulpverlener en gedetineerde.” – respondent 25

“En ook een stuk naar vertrouwen toe hé, ik merk ook wel dat dit mijn positie naar de mannen toe soms ook nog wel versterkt. Als ze het fiat hebben van de mama ofzo... Dus in die zin speelt dat groepsaspect of dat gemeenschapsaspect ook wel mee hé.” – respondent 6

De mate waarin de naaste omgeving van de gedetineerde betrokken wordt in het hulpverleningsproces is sterk afhankelijk van gevangenis tot gevangenis. Het uitnodigen van de familie zou niet in alle gevangenissen en/of op alle afdelingen van een gevangenis mogelijk zijn. Veel zou afhangen van hoe de directie daartegenover staat. Daarenboven moeten individuele hulpverleners bereid zijn om initiatieven te nemen richting de familie. De familiale context zou het minst worden betrokken in de begeleidingen van de CGG's (cf. bijlage 5, citaat 56).

“[...] De CGG's hebben absoluut niet de gewoonte van familie te betrekken. Terwijl ik denk alé, ik vind dat zo essentieel. Zowel tijdens uw traject als tijdens uw begeleiding. De context en de omgeving is een sterke ondersteunende factor. Ook met het oog op re-integratie enzo hé, hoe meer je uw netwerk kan versterken, hoe groter de kans ook dat de re-integratie zal slagen hé.” – respondent 6

8.6 De rol van de gevangenisimam bij psychische gezondheidsproblemen

In wat volgt staat de rol van de gevangenisimam bij psychische klachten of stoornissen centraal. Allereerst wordt het onderscheid tussen imam en islamconsulent verduidelijkt. Daarna wordt de meest toegepaste techniek door imams in geval van psychisch lijden toegelicht, met name ‘*ruqya*’. Tot slot wordt de mate van wederzijds contact tussen gevangenisimams en de psychosociale hulpverlening weergegeven, alsook de wenselijkheid van het implementeren van structureel overleg tussen beide actoren.

8.6.1 Onderscheid tussen imam en islamconsulent

De termen ‘imam’ en ‘islamconsulent’ worden in het gevangeniswezen geregeld door elkaar gebruikt. Toch bestaat hier een onderscheid tussen. ‘Imam’ is een religieuze term en verwijst naar iemand met religieuze kennis die het gebed voorgeeft en waar mensen met religieuze vragen bij te rade gaan. Bovendien heeft een imam een tien jaar durende opleiding genoten, vaak in een traditionele Koranschool in een moslimland. ‘Islamconsulent’ is daarentegen een term die wordt gehanteerd door justitie om te verwijzen naar een persoon met een religieuze autoriteit die vanuit een bepaalde levensbeschouwing of religie werkt voor gedetineerden die een bepaalde religie aanhangen. Naast ‘islamconsulenten’ zijn er ook ‘moreel consulenten’, ‘katholieke consulenten’ en ‘protestantse evangelische consulenten’ actief binnen detentie. Het adjectief ‘consulent’ komt dus van justitie. Een islamconsulent is niet noodzakelijk een imam. Er is geen specifiek diploma vereist om islamconsulent te worden. Dit kan dus iemand zijn met een theologische bachelor in geestelijke verzorging of in een andere richting. Binnen detentie zijn islamconsulenten wel vaak tegelijk imams.

“Dus een imam heeft een meer uitgebreide kennis, gaat bijvoorbeeld de Koran vanbuiten kennen, gaat preken kunnen geven en gebeden kunnen leiden enzovoort, terwijl dat niet noodzakelijk geldt voor een islamconsulent. In de gevangenis werken alleen islamconsulenten, dat is tenminste de titel die we hebben gekregen. Maar de meesten die werken als islamconsulent zijn ook imam. Dus ik persoonlijk, ik ben ook een imam.” – respondent 22

Tot op vandaag bestaat er geen curriculum voor islamconsulenten. Men dient minimaal te beschikken over een bachelordiploma, maar binnen welke studierichting wordt niet omschreven. Meerdere respondenten, waaronder ook de gevangenisimams zelf, hekelen het gebrek aan psychologische kennis bij heel wat islamconsulenten. Zij pleiten dan ook voor een degelijke theologische opleiding aangevuld met een aantal menswetenschappelijke vakken zoals psychologie en sociologie. Niettemin zou het bijzonder moeilijk zijn om dit te realiseren, aangezien het beroep vandaag de dag al weinig aantrekkelijk is. Dit zou komen door het lage loon en het gebrek aan sociale rechten. Bovendien zouden islamconsulenten zelf instaan voor hun vervoerskosten. Dit is een pijnlijke situatie, gelet op het feit dat sommige van hen actief zijn in meerdere gevangnissen verspreid over het ganse grondgebied en zich veel (en vaak ver) moeten verplaatsen (cf. bijlage 5, citaat 57).

“Onze gedetineerden vandaag de dag in de gevangnissen hebben zoveel meegemaakt, komen uit oorlogsgebieden, hebben een trauma of hebben een thuissituatie gekend die enorm fragiel is. Daar is zo'n geprofessionaliseerde hulpverlening nodig. Als je een moslimconsulent echt bekwaam wil, dan heb je een aantal vereiste diploma's nodig, bijvoorbeeld psychologie. Maar men vindt nu al te weinig moslimconsulenten...” – respondent 4

8.6.2 Methode toegepast door gevangenisimams

De enige methode of therapie die door gevangenisimams wordt toegepast is ‘*ruqya*’ of het reciteren van de Koran. Deze techniek kent een breed toepassingsgebied en zou zowel op psychische als op lichamelijke klachten een heilzaam effect hebben. De Koranteksten kunnen zowel worden gelezen als gezongen. Het wordt gezien als een vorm van meditatie en het zou een kalmerende uitwerking hebben op de persoon die het ondergaat. Bepaalde helers/*raqi*'s buiten de gevangenis muren zouden *ruqya* ook toepassen wanneer een moslim meent bezeten te zijn of in geval van zwarte magie of het boze oog. Hierbij dient de *raqi* een reeks specifieke Koranverzen te reciteren en daarbij te letten op bepaalde klachten of symptomen die kunnen optreden bij de betrokkene. Elke *raqi* heeft een soort van richtlijn ter beschikking om te toetsen of het om bezetenheid, het boze oog of om zwarte magie gaat. Wanneer na twee of drie sessies geen symptomen optreden, kunnen traditionele verklaringen worden uitgesloten en kan worden uitgegaan van een psychische problematiek. Binnen de moslimgemeenschap, zowel in het Westen als in de islamitische wereld, zijn er voor- en tegenstanders van deze praktijk. De diagnose die de *raqi* na een dergelijke test buiten de gevangenis muren stelt, valt buiten de interpretatie van de twee primaire bronteksten van de islam (de Koran en de soenna). Bijgevolg zou de grote meerderheid van de moslimgeleerden heel kritisch omgaan met dergelijke praktijken. Wanneer binnen detentie een moslimgedetineerde zijn psychisch lijden toeschrijft aan bovennatuurlijke krachten, zouden gevangenisimams veeleer in gesprek gaan met de gedetineerde en een luisterend oor en morele bijstand bieden. De citaten bij deze subparagraaf vormen een illustratie van hoe deze praktijk/test buiten de gevangenis muren kan worden uitgevoerd; ze weerspiegelen niet de persoonlijke mening van de respondent. De ‘je, we, ge-vorm’ in deze citaten moet als vertelstijl begrepen worden (cf. bijlage 5, citaat 58).

“Vanuit een islamitisch perspectief gaat men heel anders hiermee om, in de zin van, men probeert dat te testen. [...] Men zegt van kijk, we gaan eens efkes zien of dat gij wel echt bezeten bent of niet. Dat gebeurt aan de hand van het reciteren van bepaalde Koranische verzen en dergelijke, ruqya genaamd. Wanneer die persoon geen bepaalde nare symptomen ervaart, dan zeg je van oké, u als persoon bent niet bezeten, u voldoet niet aan die criteria. Dan gaan we verder, wat doen we dan, dan sluiten we dat uit. U bent niet bezeten, maar er is wel een

ander probleem, een psychologisch probleem. Dat helpt om mensen beter te kunnen doorverwijzen naar psychologen en therapeuten.” – respondent 24

De bevroegde gevangenisimams nemen een bijzonder kritische houding aan ten opzichte van traditionele verklaringen en in het bijzonder ten opzichte van bezetenheid. In de Koran is een heel hoofdstuk gewijd aan djinns, dus het bestaan ervan wordt niet ontkend. Wat wel in vraag wordt gesteld, is in hoeverre djinns in staat zijn om een mentale controle uit te oefenen over de mens. Wanneer een traditionele verklaring kan worden uitgesloten, zouden de imams de gedetineerde informeren over het beschikbare hulpverleningsaanbod binnen detentie en hen aanraden om met een hulpverlener in gesprek te gaan. Vanuit een islamitisch perspectief zou immers worden aangemoedigd om een beroep te doen op alles wat nuttig is voor het welbevinden en welzijn van een persoon. Gevangenisimams zouden dus een belangrijke complementaire rol spelen in de psychische hulpverlening binnen detentie. Niettemin blijkt het heel moeilijk om gedetineerden die onterecht menen bezeten te zijn, van het tegendeel te overtuigen (cf. bijlage 5, citaat 59 en 60).

“Dat is ook een probleem dat ik bijvoorbeeld heb als imam is om die mensen te overtuigen van: “misschien heb je geen djinn, misschien heb je maar een psychisch probleem dat gewoon kan behandeld worden”. Maar bij ons of bij moslims is het vaak zo van oké, als ik dingen zie of hoor, dan is het gewoon djinn en dan zijn ze vaak overtuigd. Dan zie je ook vaak dat ze in het verleden bij een imam zijn geweest die hen ook heeft overtuigd dat ze last hebben van djinn en dan blijft het daar bij. Maar dat is vaak niet het geval.” – respondent 22

8.6.3 Wederzijds contact tussen psychosociale hulpverlening en gevangenisimams

In het merendeel van de gevallen is er geen samenwerking tussen de psychosociale hulpverleners en de gevangenisimams. Een klein aantal respondenten spreekt van een (minimaal) informeel contact, maar meestal kent men elkaar niet of nauwelijks. Telkens wordt gewezen op het beroepsgeheim als reden voor het gebrek aan wederzijds contact.

“Die imam, die is hier, maar ik kan daar met moeite een gezicht op plakken. We zien die eigenlijk weinig.” – respondent 8

“Goh, eigenlijk zien wij die niet zoveel. Die hebben ook hun beroepsgeheim zal ik maar zeggen, dus die kunnen ook niet zomaar alles delen met ons. Dat is hetzelfde voor de zorg. De zorg gaat ook niet hun informatie delen met ons, omwille van hun beroepsgeheim.” – respondent 18

In het kader van de aanpak van radicalisering wordt dan weer wel geregeld informatie uitgewisseld en overleg gepleegd.

“Er is geen samenwerking met de psychische hulpverlening binnen detentie, dan bedoel ik de CGG’s hé. De enige informatiedoorstroom die we hebben, dat is als het gaat over radicalisering. Daar hebben we casusoverleg en een ronde tafelgesprek om de drie maanden.” – respondent 22

De bevroegde imams zouden de gedetineerden wel informeren over de diensten voor psychische hulpverlening binnen detentie en indien nodig hen doorverwijzen naar een psycholoog of psychiater. Zij zijn zich echter bewust dat niet alle islamconsulenten hiertoe bereid zijn. Er zouden immers verschillen zijn in opleiding, kennis en contacten met andere diensten. Sommige islamconsulenten zouden heel open zijn en met iedereen contact maken, maar anderen zouden eerder gesloten zijn en zich uitsluitend toeleggen op hun eigen werk of functie (cf. bijlage 5, citaat 61).

“Die samenwerking met collega’s is voor mij persoonlijk wel aan het verbeteren, maar ik hoor van collega’s het tegenovergestelde: “ik communiceer helemaal niet met anderen”, “ze zijn allemaal hetzelfde”, enzovoort... Dus het hangt van persoon tot persoon af. Over het algemeen proberen islamconsulenten zich meer en meer te betrekken bij andere instanties, maar het zijn nog baby’s stapjes.” – respondent 24

Slechts op één afdeling van één van de gevangenis opgenomen in deze studie is er een formele vorm van samenwerking en informatie-uitwisseling geïmplementeerd tussen de gevangenisimam, penitentiair beampten, PSD en directie. Op initiatief van de directie van die afdeling wordt om de veertien dagen samengekomen en overleg gepleegd rond bepaalde dossiers. Op andere afdelingen binnen die gevangenis, waar soms nog meer gedetineerden van Maghrebijnse afkomst verblijven, wordt dit niet toegepast. Ondanks het beroepsgeheim van de verschillende betrokken diensten, is het dus wel mogelijk om met elkaar in gesprek te gaan en noodzakelijke informatie te delen. Veel hangt ook af van de bereidwilligheid van de directie. Het wederzijds contact wordt door de betrokken actoren als een meerwaarde ervaren.

“Persoonlijk vind ik dat dat wel goed loopt, zeker om de 14 dagen zitten we samen. [...] Daar is ook directie bij en daar zijn ook mensen van bewaking bij. Daar wordt algemeen gesproken, ook over de psychische toestand van mensen. Dat heeft zeker een meerwaarde, omdat de imam dan een aantal elementen kan aanbrengen die ons tot een beter begrip brengen van waarom dat hij hem zo of zo gedraagt of die dingen zegt. De imam is open, maar ook niet in die mate open dat hij denk ik het contact met de gedetineerden, dat persoonlijk contact dat hij heeft, dat hij dat gaat beschamen of dat hij ergens een beroepsgeheim gaat doorbreken ofzo. Het is op een andere manier. Dus dat loopt wel goed eigenlijk.” – respondent 25

De betrokken imam zou in de toekomst willen evolueren naar structureel overleg, dus naar een uitbreiding over alle afdelingen van de gevangenis en daarbij ook andere actoren (e.g., CGG, JWW, zorgequipe) betrekken. Gevangenisimams en hulpverleners verschillen qua vertrekpunt en techniek, maar hebben eenzelfde doel voor ogen: het welzijn en welbevinden van gedetineerden bevorderen. Een goede wisselwerking tussen beide zou ertoe kunnen leiden dat gedetineerden die hun psychische problemen als metafysisch ervaren en hierover niet (durven) spreken met een psycholoog of psychiater, alsnog kunnen worden doorverwezen en geholpen.

“[...] We streven allemaal naar hetzelfde doel, maar iedereen bewandelt momenteel zijn eigen pad. Als we de handen in elkaar kunnen slaan en die richting volgen, eenzelfde richting, dat zou wel heel goed zijn. [...] Er is wel nog altijd beroepsgeheim, maar we kunnen details weglaten. Dus je ziet die nuance en die flexibiliteit die dan optreedt. We proberen op zoek te gaan naar een gemeenschappelijke grond om elkaar te begrijpen en we wisselen informatie uit.” – respondent 24

Het kleine aantal respondenten dat soms op informele wijze samenwerkt, benadrukt de meerwaarde die wordt ervaren. Gevangenisimams zouden immers duidelijkheid kunnen scheppen over traditionele culturele en/of religieuze verklaringen, migratiegeschiedenis, familiestructuur en socio-economische status van Maghrebijnse gezinnen. Bovendien zou de imam een grote rol spelen bij het bevorderen en ondersteunen van medicatietrouw bij gedetineerden van Maghrebijnse origine (cf. bijlage 5, citaat 62).

“Bijvoorbeeld samen met de imam eens de familie uitnodigen en een aantal zaken bespreken. [...] Dan krijg je ook wel wat meer feeling, wat meer gevoel van, wie zijn die mensen, hoe leven die? Ze komen ook uit verschillende klassen bijvoorbeeld. De imam kan dat dan wat duiden. Die kan dan bijvoorbeeld zeggen van: “dat is gewoon veel meer een conservatieve Berberfamilie, dan dat dat iemand is die geradicaliseerd is”. Dus dat is voor mij ook interessant om weten natuurlijk en zo kom je wel wat dichterbij mekaar.” – respondent 25

“Bij sommige cliënten word ik geconfronteerd met het verhaal van de djinns. Ge moet wel weten vanwaar dit komt en welke positie dit inneemt binnen de islam. Het is op zo'n momenten dat ik bijvoorbeeld ook wel met een islamconsulent samenwerk [...]. Omdat ik dan met hem van gedachten kan wisselen en een beetje met ons twee wat intervisie doen, van hoe gaan we dat hier nu aanpakken.” – respondent 6

Ook voor de imams zelf blijkt overleg en samenwerking met de hulpverlening bijzonder nuttig, zeker voor degenen die weinig of geen psychologische achtergrond hebben (cf. *supra*, 8.6.1).

“Ik vind dat dat er wel mag zijn en dat is ook heel nuttig voor ons, dat helpt ook de islamconsulent die die psychologische bagage niet heeft. Dat wij niet genoodzaakt zijn om aan zelfstudie te gaan doen of extra cursussen of studies in psychologie te gaan volgen.” – respondent 24

Het merendeel van de psychosociale hulpverleners staat positief ten opzichte van een intensiever contact met de gevangenisimam wanneer het hen wordt gevraagd (cf. bijlage 5, citaat 63).

“Als ge bijvoorbeeld zo vragen hebt van: “die gedetineerde vertelt dat en dat aan mij, maar hoe moet ik daarmee omgaan?” Ik denk dat je wel vragen kunt stellen dan aan zo’n mensen, dat dat het therapeutisch behandelingsplan ook makkelijker zou laten verlopen.” – respondent 9

Slechts een minderheid is zelf vragende partij voor een hechter samenwerkingsverband en dus voor de mogelijkheid om op geregelde tijdstippen samen te zitten voor overleg en/of informatie-uitwisseling.

“Het samenwerkingsverband met de islamconsulent zou veel hechter kunnen worden hé. Dat zijn dingen waarvan dat ik denk, pas op, dat is een hele goeie die wij hebben hé, maar als ge die niet continu ter beschikking hebt, wordt het moeilijk om samen te werken. Dus ja, er is heel wat werk nog aan de winkel hé, willen we die mensen op een goede manier kunnen verder helpen. Een verdere samenwerking met de islamconsulent zou voor ons zeer verrijkend zijn.” – respondent 21

De bevroegde imams betwijfelen echter of de psychosociale hulpverlening binnen detentie hun rol als islamconsulent *au sérieux* neemt en of er dus wel enige interesse is om samen te werken. Er zou sprake zijn van een botsing tussen twee werelden, waarbij de wetenschappelijke of rationele wereld van de westerse psychologie en psychiatrie niet altijd openstaat voor de religieuze, of in hun ogen ‘irrationele’, wereld van de islam.

*“De vraag is ook, wordt dit erkend? Jouw bevindingen of jouw beschrijvingen als islamconsulent, wordt dit *au sérieux* genomen? Hoe gaan zij daarmee om? Zien ze het gewoon als een verhaaltje? Het definieert wel het leven van een persoon, een gedetineerde, dus voor die is het wel heel belangrijk. [...] Dit geldt niet enkel voor islamconsulenten, maar voor alle aalmoezeniers of consulenten. Hoe wordt ernaar gekeken? Hebben wij een bepaalde meerwaarde? Is die meerwaarde zo groot dat men tot samenwerking zou overgaan?” – respondent 24*

“Er bestaat een enorm diepe kloof tussen de forensische hulpverlening, de aalmoezenier en de imam. Forensische hulpverleners zijn leken, zijn atheïsten, die staan pal tegenover religieuzen. De forensische hulpverlening is daarenboven de macho hulpverlening van de geestelijke gezondheidszorg. Er werd hen gevraagd om hard te zijn. [...] Men wijst vaak op ‘ons beroepsgeheim’ als uitvlucht om geen contact te moeten leggen.” – respondent 19

8.7 Cultuursensitief werken *intra muros*

In wat volgt worden de culturele competenties van de psychosociale hulpverlener binnen detentie onder de loep genomen. Hierbij wordt het klassieke onderscheid gehandhaafd tussen kennis over religieuze en/of culturele aspecten, vaardigheden en attitude.

8.7.1 Kennis over religieuze en/of culturele aspecten

Zoals reeds eerder vermeld binnen deze resultatensectie, zouden psychosociale hulpverleners vaak onvoldoende op de hoogte zijn van het traditionele culturele en/of religieuze referentiekader voor psychisch lijden binnen de Maghrebijnse gemeenschap. Ook hun kennis omtrent de islam zou eerder beperkt zijn. Gelet op het hoge aantal moslimgedetineerden bij wie religie een onderdeel van de identiteit vormt, wordt dit door verschillende respondenten als problematisch omschreven. Bovendien zouden deze kennistekorten soms ongewenste en pijnlijke situaties tot gevolg hebben. Om dit te illustreren, wordt een casus besproken over een gedetineerde van Marokkaanse origine met de Belgische nationaliteit die reeds meermaals werd behandeld met antipsychotica wegens psychoses waarbij hij een gevaar kan vormen voor anderen, in het bijzonder bewakend personeel. De betrokkene begint ’s nachts te roepen, luidop verzen te reciteren uit de Koran, te stampen en te slaan op de celdeur. Hij wenst hier niet over in gesprek te gaan met de PSD of de directie, dus wordt de gevangenisimam

ingeschakeld. De betrokkene vertelt aan de imam over zijn beleving, over wat voor hem ‘werkelijkheid’ is. Een korte samenvatting van dit gesprek wordt weergegeven in bijlage (cf. bijlage 5, citaat 64).⁵²

De betrokkene zou volgens de imam kampen met een psychotische problematiek. Meer specifiek zou hij lijden aan een hypochondrische waan, achtervolgingswaan, auditieve en visuele hallucinaties en thanatofobie (fobie voor de dood). Door het luidop reciteren van Koranverzen, denkt de directie en de PSD echter onmiddellijk in de richting van radicalisering. De gevangenisimam benadrukt dat dit niets te maken heeft met radicalisering. De gedetineerde is ernstig psychisch ziek en bovendien heel erg angstig. In zijn beleving is het bewakend personeel en de directie bezeten door een demon. Het zijn ‘kwelduivels’ die hem willen pijn doen en doden. Het reciteren van de Koran zou dan het verdedigingsmechanisme zijn dat optreedt om zichzelf tegen een aanval te beschermen. Hij weet namelijk dat duivels en geesten kunnen verdreven worden door Gods woord en almacht, want ze kunnen dat niet aanhoren. De gedetineerde zou dus zijn geloof gebruiken als bezwering om die duivels en geesten af te wenden.

“Eenmaal een bewaker binnenkomt zet hij de Koran harder op via radio en cd-speler, eerder uit angst, omdat hij denkt dat de bewaker een demon is. [...] Vanuit het personeel krijg je dan de vraag van: “Is die dan aan het radicaliseren in de gevangenis?” Dan komt daar dus nog iets bij, dan denk je van oh god, van het ene probleem maakt men dan een tweede probleem. Dan zeg ik, die persoon is gewoonweg psychisch ziek. Het is een heel moeilijk fenomeen. Het komt ook doordat ze er nauwelijks iets van kennen. En dat probeer ik dan een beetje te verklaren.” – respondent 24

Bij gedetineerden van Maghrebijnse origine die een psychose doormaken, zouden de wanen en/of hallucinaties dikwijls geassocieerd zijn met culturele en/of religieuze aspecten. Binnen een detentiecontext is dit echter problematisch, omdat vandaag de dag heel snel de link wordt gelegd met radicalisering. Sinds de terroristische aanslagen in Frankrijk en België is er een enorm bewustzijn ontstaan rond radicalisering binnen het Belgische gevangeniswezen, mede onder invloed van het publieke en politieke debat (cf. bijlage 5, citaat 65).

“Wat dat we merken is dat mensen die psychotisch zijn van die origine, die gaan heel vaak binnen de symptomen van psychose religieuze elementen naar voor dragen. Dat is heel dikwijls verweven met hun religie, dat is echt opvallend. [...] Het probleem is dat je ook van die cultuur veel te weinig kent om duidelijke linken te leggen van waarom zeg je wat dat je zegt hé. Er worden ook strijdvaardige en geradicaliseerde dingen dan naar voren gebracht, waardoor je dan nog meer achteruitgaat en denkt van: “wat is dat hier nu? Is dat een psychose of is die man aan het radicaliseren?” Maar ja, ik zeg het, ik voel me niet... Ik weet onvoldoende over de inhoud van die cultuur.” – respondent 21

Ook in andere gevangnissen doen zich soortgelijke situaties voor. Het lijkt erop dat de psychische hulp en begeleiding aan gedetineerden telkens ondergeschikt is aan een repressieve veiligheidslogica in het licht van de aanpak en preventie van radicalisering en extremisme. Gedetineerden van Maghrebijnse origine en/of moslimgedetineerden die voor andere feiten hun straf uitzitten en houvast vinden in hun geloof, zouden soms onterecht worden beschouwd als ‘potentiële terroristen’. Het (de)radicaliseringsdiscours zou dan ook *collateral damage* veroorzaken bij deze doelgroep. Het uitblijven van psychische hulp en begeleiding is daarenboven bijzonder nefast, aangezien dit verband houdt met een hoger risico op recidive na vrijlating.

“Zeker in de actuele context vind ik het zelf belangrijk dat je noties hebt van de islam. [...] Het is niet omdat iemand bidt en een foto van Mekka in zijn cel heeft hangen, dat hij geradicaliseerd is. Ik heb een gast en bij een cel-controle werd er een soera gevonden, Soera Al Baqarah, dat is de tweede soera van de Koran. [...] En iedereen zo van: “oei, oei, oei”. Ja, iedere moslim heeft dat of kan daaruit reciteren. Maar als je natuurlijk in dit klimaat iets vindt dat wat op Arabisch lijkt, oei, oei, oei.” – respondent 1

⁵² De onderzoeker kreeg inzage in het verslag dat de gevangenisimam opstelde naar aanleiding van dit gesprek.

“Momenteel zijn er op sectie 20 twee mensen die zo van die problemen hebben, ja, die een soort psychose hebben hé, je kan het heel duidelijk zien gewoon aan de manier waarop ze spreken. Maar in plaats van die mensen te helpen, wordt er gesproken over radicalisering enzovoort. Omdat ze dan vaak terug naar hun religie gaan en dan beginnen ze, ja, ik zeg maar iets, hun baard te laten groeien, te bidden of over geloof te spreken. [...] Die hulp komt heel traag of gewoon helemaal niet en dan wordt er gewoon opgelet op hun gedrag en zorgen dat ze geen problemen gaan veroorzaken. Maar hen echt helpen, dat gebeurt niet.” – respondent 22

Het soms foutief interpreteren en problematiseren van bepaalde gedragingen van gedetineerden van Maghrebijnse origine en/of moslimgedetineerden door psychosociale hulpverleners en penitentiair beampten, wijst op het belang van een meer intensieve samenwerking en informatie-uitwisseling met de gevangenisimam. Imams kunnen namelijk informatie en duiding verschaffen hieromtrent en zo vermijden dat er te snel conclusies worden getrokken (cf. bijlage 5, citaat 66).

“Als we nu een Dracula film gaan bekijken bijvoorbeeld... Omdat hulpverleners en PSD-leden hierover geen opleiding hebben gevolgd, ben ik als islamconsulent soms genoodzaakt om dergelijke voorbeelden te geven. Dan zeg ik oké, kijk, een Dracula film bijvoorbeeld, die vampier heeft zoveel kracht, maar die kan niet tegen knoflook of die kan niet tegen een kruis, omdat daar een bovennatuurlijke kracht aan verbonden is. Dit is vergelijkbaar met de Koranrecitaties.” – respondent 24

Heel wat psychosociale hulpverleners zijn zich bewust van hun gebrekkige kennis over zowel de Maghrebijnse verklaringsmodellen voor psychisch lijden als over de islam. De meerderheid is vragende partij voor een opleiding of vorming hieromtrent. In het verleden zouden wel al cursussen aangeboden zijn, maar die werden nooit herhaald. Helaas zou het budget binnen justitie voor opleidingen beperkt zijn.

“[...] Justitie en opleidingen, dat is tot het minimum beperkt hé. Wij mogen heel blij zijn als we eens één of twee keer in een jaar iets kunnen doen, dan zijn wij al super content. En veelal moeten we het dan nog zelf betalen, dus dat beperkt ook de mogelijkheden hé.” – respondent 21

Als er vandaag de dag vanuit justitie iets wordt georganiseerd rond deze thematiek, gaat het zo goed als altijd om opleidingen in functie van de aanpak van radicalisering en terrorisme. Opnieuw wordt niet vanuit een culturele bril gekeken, maar staat het veiligheidsperspectief voorop. Dit beïnvloedt de aard van de kennis die psychosociale hulpverleners aangereikt krijgen. Bovendien zou dit ertoe kunnen leiden dat gedetineerden van Maghrebijnse origine en/of moslimgedetineerden die voor andere feiten in de gevangenis zitten over dezelfde kam worden geschoren als geradicaliseerde gedetineerden en worden benaderd als ‘potentiële terrorist’ (cf. bijlage 5, citaat 67 en 68).

“Er zijn wel opleidingen rond “de maatschappij beschermen tegen terroristen”. Dit komt totaal anders binnen bij hulpverleners. Die opleidingen worden onder andere door staatsveiligheid gegeven, er wordt daar soms letterlijk gezegd: “laat ze elkaar maar uitmoorden in Syrië”. Heel wat hulpverleners walgen er dan ook van. Die opleidingen zijn dus helemaal niet bevorderlijk voor de psychische hulpverlening aan die doelgroep.” – respondent 19

“Ik vind dat we daar ook sowieso in tekort schieten, dat we daar ook veel meer uitleg of vorming over zouden moeten krijgen, sowieso. [...] Er zijn specifieke opleidingen voor mensen die gaan werken met geradicaliseerde gedetineerden. Maar ik vind dat al een negatievere insteek dan, we gaan het gewoon over religie en cultuur hebben en de positieve dingen en de mooie dingen daaraan. Daar hebben we meer nood aan en dat zou dat klimaat hier soms ook verbeteren.” – respondent 25

Daarnaast moeten opleidingen worden aangeboden die niet uitsluitend gericht zijn op psychosociale hulpverleners, maar ook op degenen die het dichtst betrokken zijn bij de gevangenispopulatie: het bewakend kader. Ook penitentiair beampten zouden omwille van een gebrekkige kennis over culturele en/of religieuze aspecten soms bepaalde gedragingen verkeerd interpreteren of problematiseren.

“De mensen die dan in de bewaking staan zeggen dan bijvoorbeeld: “Ja maar ja, hij bidt vijf keer op een dag”. Ja maar dat geeft niet, dat is cava. Ma ge verstaat dat ze daar dikwijls veel meer dingen gaan problematiseren,

die wij eigenlijk geen probleem gaan vinden. En dat schiet tekort. Er moeten veel meer opleidingen daarrond komen voor de personeelsleden in het algemeen.” – respondent 25

Tevens maken meerdere respondenten melding van onbegrip, ongelijke behandeling en racistisch gedrag door penitentiair beampten ten aanzien van gedetineerden van Maghrebijnse origine. Dit zou bijzonder polariserend werken en het ‘wij-zij’ denken voeden, zeker in een context als de gevangenis waar superdiversiteit heerst en er dus veel etnische minderheden samen verblijven. Met het oog op een beter klimaat en een succesvolle re-integratie, zou men in een dergelijke omgeving net meer moeten inzetten op inclusie. Gelet op hun nauw contact met de gevangenispopulatie, zouden penitentiair beampten een grote invloed kunnen uitoefenen op het psychisch welbevinden en welzijn van gedetineerden. Verschillende respondenten wijzen dan ook op het belang van een betere screening van het bewakend personeel in de toekomst (cf. bijlage 5, citaat 69).

“Cliënten botsen echt veel op racisme en discriminatie, vaak is dat ook gewoon hun beleving hé, dat dat dan niet per se... Bijvoorbeeld als hen iets geweigerd wordt dat zij dan denken van: “dat is omdat ik een buitenlander ben”, terwijl dat dat niet zo is. Maar vaak... Bijvoorbeeld als Vlaams Belang zo goed gescoord had met de verkiezingen dat ik superveel gedetineerden, daarom niet per se buitenlandse hé, maar ook gewoon Vlaamse gedetineerden hoor zeggen dat superveel beampten toekwamen: “waaaaaw das super goed!” Alé, dan voelt ge u niet welkom hé.” – respondent 13

8.7.2 Vaardigheden

Verder zouden ook de cultuursensitieve vaardigheden van psychosociale hulpverleners binnen detentie eerder beperkt zijn. Zij zouden er namelijk niet in slagen om informatie over het beschikbare hulpverleningsaanbod op een voor alle gedetineerden begrijpelijke wijze over te brengen (cf. supra, 8.4.2). Bovendien zouden psychosociale hulpverleners voor hulpverleningsgesprekken niet altijd een beroep willen (of kunnen) doen op de ondersteuning van een tolk. Psychische hulpverlening is dus niet voor elke gedetineerde even toegankelijk. Niet iedereen krijgt de kans om hulp toe te laten of te weigeren. In bepaalde gevallen, bijvoorbeeld wanneer iemand enkel Arabisch of Berbers spreekt, is psychische hulpverlening omwille van de taalbarrière gewoon niet mogelijk (cf. bijlage 5, citaat 70).

“Als wij een gesprek hebben met iemand die geen Nederlands, Frans, Engels, Duits een beetje spreekt, dan is dat al een probleem. Stel, iemand spreekt alleen Arabisch, ik heb zo iemand en die mens kan zich bijna niet verstaanbaar maken. Dan moeten wij ofwel werken met een telefonische tolk, wat ook al niet evident is. Ofwel moet je op zoek gaan naar iemand die de taal spreekt onder de andere gedetineerden, waar ik mij ook al vragen bij stel. Alé, om maar te zeggen, specifiek naar die doelgroep toe, dat is een heel armoedige affaire eigenlijk.” – respondent 25

Daarenboven zou de taalbarrière problemen opleveren voor het stellen van een diagnose. Wanneer de communicatie tussen de gedetineerde en de hulpverlener niet goed verloopt, is die laatste afhankelijk van informatie van het parket en van vonnissen. Dit kan leiden tot een verkeerde diagnosestelling. Wanneer psychosociale hulpverleners er niet in slagen om de juiste diagnose te stellen, kan ook niet de gepaste zorg en begeleiding worden aangeboden aan de gedetineerde.

“Wij hebben hier, zeer onlangs ook nog, een man gehad die anderstalig is en dan sta je daar hé, dat is een ramp hé. Die Arabisch spreekt of gebrekkig Frans, maar waarbij dat je heel moeilijk de diagnostische afweging kunt maken van, is die man psychotisch of niet of is er een persoonlijkheidsproblematiek aanwezig of dergelijke? Dus ge blijft eigenlijk in het duister tasten als het gaat over diagnose, waardoor dat je ook heel moeilijk kunt inschatten van, wanneer wordt die man gevaarlijk en wanneer niet?” – respondent 21

Verder zijn er ook gedetineerden van Maghrebijnse origine die Nederlands of Frans spreken en begrijpen, maar van wie het niet de moedertaal is. Over alledaagse zaken zou dan makkelijk kunnen gecommuniceerd worden, maar gesprekken die de nodige diepgang vereisen (bijvoorbeeld in therapie) verlopen heel moeizaam.

“Ik begeleid nu een Marokkaanse man waar ik echt van voel van er zit meer in, er zit effectief meer in, maar het komt er niet uit omdat de taal beperkt is... Dat is heel jammer. [...] En ge voelt dat die heel veel heeft meegemaakt. Die geeft maar oppervlakkig iets mee, maar mocht ik de taal beheersen, mocht ik Arabisch beginnen praten, ik denk dat dat direct al een heel verschil zou maken.” – respondent 10

Bij psychosociale hulpverleners zou er een zekere mate van terughoudendheid zijn om met een tolk te werken. De forensische teams van de CGG's zouden zowel een afspraak kunnen maken met de Vlaamse Tolkentelefoon als een beroep kunnen doen op de fysieke aanwezigheid van een tolk. Toch zou hier volgens heel wat respondenten nauwelijks gebruik van worden gemaakt. Gedetineerden die de Nederlandse, Franse of Engelse taal niet machtig zijn, zouden dan ook niet terecht kunnen bij het CGG. Psychosociale hulpverleners binnen de CGG's zouden dus maar weinig moeite doen om de taalbarrière te overbruggen, wat hoogstwaarschijnlijk voor een groot deel het gevolg is van de overbelasting van die centra (cf. bijlage 5, citaat 71).

“Dat wil ook zeggen dat mensen die de taal niet spreken, stel dat zij wel die hulp zouden willen, ik kan die onmogelijk naar een CGG sturen in de gevangenis. Stel dat er plaats is en die mag direct komen, dat zal niet lukken, alleen al door de taalbarrière.” – respondent 25

“Wat wel eigen is aan onze werking, alé wij zien maar een heel beperkte groep. Dat zijn ook de mensen die Nederlands spreken en begrijpen, dus wij sluiten eigenlijk al wel een grote groep uit. Wij kunnen dus niet echt heel algemene uitspraken doen over die doelgroep.” – respondent 16

Wanneer uitzonderlijk toch wordt beslist door een hulpverlener binnen het CGG om een tolk te betrekken in het hulpverleningsgesprek, zou dit door beide partijen (hulpverlener en gedetineerde) als positief worden ervaren. Deze vaststelling duidt op het belang van een meer frequent gebruik van gekwalificeerde tolken in de toekomst. Om dit te realiseren, dient eerst het personeelstekort binnen de CGG's aangepakt te worden.

“[...] Uiteindelijk hebben we toch een psycholoog bij het CGG bereid gevonden die het wel zag zitten om met een tolk aan de slag te gaan en uiteindelijk is dat een succesvolle begeleiding geworden. En zelfs de aanwezigheid van die tolk, dat zei mijn cliënt dan ook wel, eigenlijk vond hij dat nog een meerwaarde. [...] Zo voor en na was er daar toch wel een gesprekje en die voelde zich daar ook wel op zijn gemak bij. Dat werd toch als een positieve begeleiding ervaren en ook door de psycholoog die dat toen gedaan heeft.” – respondent 14

Ook andere hulpverleningsdiensten binnen detentie zouden niet altijd een tolk inschakelen. Ter verklaring daarvan worden verschillende redenen aangevoerd. Ten eerste wordt de tussenkomst van een tolk als problematisch ervaren van zodra een therapeutisch proces wordt aangegaan en mensen moeten afdalen naar hun gevoelswereld. De aanwezigheid van een derde persoon zou immers het opbouwen van een vertrouwensband tussen hulpverlener en cliënt, wat sowieso al moeilijk verloopt in een detentiecontext, kunnen verstoren.

“We zouden dat in principe kunnen doen, maar ik opteer ervoor om dat niet te doen. Ten eerste, als je naar zo'n telefoon moet bellen, naar zo'n tolkdienst, ge weet niet wie daar aan de lijn zit. [...] Ze moeten zich heel kwetsbaar opstellen hier en als dat één-op-één al zo moeilijk is, die vertrouwensrelatie die er totaal nog niet is, als er daar dan nog een derde persoon bij zit... Dat is heel moeilijk hé.” – respondent 12

Ten tweede zou de gevangenis als bureaucratische organisatie het in praktijk heel moeilijk en lastig maken voor hulpverleners om een gesprek te regelen in aanwezigheid van een tolk. Er moeten allerlei toelatingen worden aangevraagd, er moet een lokaal beschikbaar zijn, de gedetineerde zelf moet op het moment van de afspraak beschikbaar zijn etc. Dikwijls zijn er ook verschillen tussen gevangenis en onderling waarmee rekening moet worden gehouden.

“Ge kunt eigenlijk niet op voorhand plannen hé. Wij hebben wel een hele lijst van oké, die mensen zouden we graag die dag zien, maar dan is dat van: die heeft nu bezoek, die is eigenlijk naar de raadkamer, die zijn advocaat is hier nu, die andere heeft geen goesting om te komen, die is ziek... Er kunnen heel veel redenen zijn... [...] Om dan een tolk te regelen die moet betaald worden, wie gaat dat betalen? Alé, eigenlijk is dat, ja, alé, praktisch zeer omslachtig.” – respondent 15

“Al die toelatingen die nodig zijn om een sociaal tolk toe te laten binnen de gevangenis, de agenda van die sociale tolk moet ook nog voor die dag schikken natuurlijk, die moet tijd hebben... Die kunnen niet altijd onmiddellijk komen. Dat is problematisch.” – respondent 22

Vaak zou het eenvoudigweg niet mogelijk zijn om een tolk in te schakelen voor hulpverleningsgesprekken omwille van het beperkte budget binnen justitie. Bij gebrek aan een tolk of personeelslid die de taal van de gedetineerde machtig is, wordt soms een beroep gedaan op medegedetineerden. Hulpverleners stellen zich vragen bij de kwaliteit en betrouwbaarheid van deze informatie en doen dit dan ook liever niet. Voornamelijk voor het overbrengen van praktische zaken of feitelijkheden wordt gebruik gemaakt van medegedetineerden. Voor diepgaande gesprekken is dit minder toepasbaar, aangezien psychosociale hulpverleners moeten vermijden dat er gevoelige informatie wordt medegedeeld (cf. bijlage 5, citaat 72).

“Het gebeurt ook dat we met gedetineerden, andere gedetineerden werken. We doen dat niet graag, want uiteindelijk hebben we geen flauw idee van wat die twee tegen mekaar aan het zeggen zijn. Of we werken met bijvoorbeeld eens iemand van het personeel die vrijwillig taalt en Arabisch kent, maar dan moet ge al chance hebben dat die mens in huis is. [...] Hier zijn heel weinig mensen van andere origines, die hier werken hé.” – respondent 21

Een grote meerderheid van de respondenten is van mening dat er binnen detentie meer moet worden ingezet op profielen die affiniteit hebben met de Maghrebijnse doelgroep. Dit kunnen hulpverleners zijn met dezelfde herkomst als de gedetineerden, maar dat hoeft niet per se. Het belangrijkste zou zijn dat het gaat om mensen die heel open en onbevooroordeeld gedetineerden van Maghrebijnse origine tegemoet kunnen treden en die in staat zijn om hun eigen referentiekaders te bevragen en zichzelf niet boven iemand anders te stellen. Bovendien moeten zij beschikken over kennis van de Maghrebijnse cultuur en van de islam, alsook het Arabisch en/of Berbers machtig zijn. Dit zijn allemaal zaken die drempelverlagend zouden kunnen werken. Kortom, er is nood aan mensen met ‘street credibility’ die dus enige ervaring hebben met de Maghrebijnse gemeenschap (cf. bijlage 5, citaat 73).

“Ik denk ook dat het belangrijk is dat er hier hulpverleners zijn die meer aansluiting vinden bij die doelgroep. Ik denk dat het zeer belangrijk is om als hulpverleners een beetje ook een afspiegeling te zijn van uw doelgroep en dat zijn wij absoluut niet. [...] Omdat wij de cultuur niet altijd meehebben, de finesse van hoe loopt die samenleving, wat is de plaats van man en vrouw... [...] We zijn dus zeker niet voldoende uitgerust om die mensen te begeleiden.” – respondent 8

“Meer inzetten op meertalige hulpverleners. [...] Nu is het vooral Nederlandstalige hulpverlening hé. We zijn natuurlijk ook in België, maar met de multiculturele samenleving zou je wel kunnen zeggen, moesten wij iemand hebben die Arabisch spreekt, dan kunnen wij de doelgroep die Arabisch spreekt bereiken en nu kan dat niet.” – respondent 13

Volgens meerdere respondenten zou het een enorme meerwaarde zijn wanneer gedetineerden van Maghrebijnse origine in hun moedertaal kunnen vertellen, zeker als het gaat over een psychische problematiek. Praten over de eigen gevoelswereld zou namelijk een woordenschat vergen die niet in een tweede taal voorhanden is (cf. bijlage 5, citaat 74).

“Sommigen vertellen ook liever in hun eigen taal, ge hebt bijvoorbeeld spreekwoorden en gezegden en beeldspraak, heel veel in het Berbers. Ik praat Berbers, maar ik praat ook Arabisch of Frans. Ik geef in verschillende talen therapie. [...] Ik heb er ook veel die Nederlandstalig zijn, maar ineens komt daar dan een zin in het Marokkaans bijvoorbeeld, dan leggen ze het in hun eigen taal uit. Dat heeft meer gewicht dan dat je dat in het Nederlands gaat vertalen, dan heeft dat totaal geen kracht, dan denk je van, wat zegt die nu?” – respondent 5

Het hebben van dezelfde achtergrond of dezelfde religie belijden als de cliënt of gedetineerde zou soms contraproductief zijn. Wanneer zowel de gedetineerde als de hulpverlener van Maghrebijnse origine zijn, is het mogelijk dat de schaamtecultuur een rol begint te spelen en dat de gedetineerde niet durft afdalen naar zijn gevoelswereld. Voor bepaalde onderwerpen (bijvoorbeeld traditionele

verklaringsmodellen) zou dat er net voor zorgen dat mensen sneller vertrouwd zijn en dus sneller dingen gaan vertellen, terwijl dat in andere gevallen net een drempel kan vormen.

“Die cliënt van mij zegt ook wel dat dat heel afhankelijk is met wie dat hij in gesprek gaat. [...] Hij zegt: “als ik met een imam ga praten of als ik met u ga praten, ik ga wel niet hetzelfde zeggen”. Alé bijvoorbeeld, bij mij kan hij perfect vertellen over het feit dat hij wiet smooft, omdat hij zegt van: “gij gaat dat niet afkeuren, want jij zijt een westerse vrouw, maar dat ga ik nooit tegen een imam vertellen of tegen de deradicaliseringsconsulent die ook moslim is”. Hetgeen dat hij uit, is dan wel afhankelijk van wat gaat aanvaard worden en wat niet.” – respondent 13

8.7.3 Attitude

Zo goed als alle respondenten geven blijk van een nieuwsgierige en open houding richting gedetineerden van Maghrebijnse origine. Verschillende psychosociale hulpverleners wijzen op het belang van het stellen van vragen aan de cliënt/gedetineerde. Het gaat er om zichzelf in de *‘not-knowing’*-positie te plaatsen en de gedetineerde in de expertpositie als specialist van zijn cultuur en religie. Zeker binnen het gevangeniswezen waar hiërarchische relaties quasi altijd de boventoon voeren, zou het belangrijk zijn om zichzelf als hulpverlener naast de gedetineerde te plaatsen. Bovendien zou dit het opbouwen van een vertrouwensrelatie ten goede komen (cf. bijlage 5, citaat 75).

“En wat ook helpt, ge vertelt wat ge zelf over de cultuur weet en ge vraagt aan uw cliënt om het verhaal aan te vullen en te vervolledigen. Cultuursensitief werken, gij als hulpverlener/therapeut bent specialist in uw vak, maar uw cliënt is specialist in zijn cultuur. Als je iets niet weet over een cultuur of als je vreest dat je met een vooroordeel zit, vraag het hem dan.” – respondent 1

Toch zouden volgens een aantal respondenten niet alle westerse hulpverleners op die manier te werk gaan. Sommige hulpverleners binnen detentie zouden zich niet bewust zijn van hun eigen vooroordelen over bepaalde etnische groepen en van hun neiging tot stereotypering. Bovendien zou er binnen detentie nog te weinig ruimte worden geboden aan gedetineerden van Maghrebijnse origine om zichzelf uit te drukken. Hulpverleners zouden meer aandacht moeten hebben voor culturele en religieuze aspecten en voor de manier waarop dit invloed kan uitoefenen op individuele gedragingen en percepties van gedetineerden. Dit laatste zou ook actief moeten worden bevraagd in hulpverleningsgesprekken (cf. bijlage 5, citaat 76).

“Ik denk dat sommige mensen, of ik hoop op zijn minst dat ze wel in de minderheid zijn, maar ook binnen de hulpverlening zijn mensen aan de slag die toch vooroordelen hebben. En als eerste contacten fout lopen of als mensen in het eerste contact het gevoel hebben van, “oei, die denkt zus of zo over mij...” Ook dat is een drempel hé...” – respondent 6

DEEL III. SLOTBESCHOUWING

Hoofdstuk 9. Discussie en conclusie

In dit onderdeel wordt een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvragen en wordt de link gelegd met relevante bevindingen uit het literatuuronderzoek. De geestelijke gezondheid van en de psychische hulpverlening aan (etnisch-)culturele minderheden in een detentiecontext is tot op heden een onderbelicht thema binnen de wetenschappelijke literatuur. Gelet op de enorme (etnisch-)culturele diversiteit binnen het gevangeniswezen en de dominante rol van ‘cultuur’ in het denken over psychisch lijden, is het belangrijk om te kijken hoe sociale professionals dit aspect beter kunnen integreren in hun dagelijkse praktijk (Derluyn et al., 2015; Rypens, 2008). Deze bijdrage vormt een belangrijke eerste stap in het in kaart brengen van de visie, ervaring en beleving van psychosociale hulpverleners en gevangenisimams in het werken met gedetineerden van Maghrebijnse origine⁵³, de grootste (etnisch-)culturele minderheidsgroep binnen de Belgische gevangenispopulatie (Beyens et al., 2014; FOD Justitie, 2018). Daarnaast poogt dit onderzoek een aantal aanbevelingen te formuleren inzake cultuursensitieve bejegening van deze doelgroep. De onderzoeksbevindingen kunnen mogelijk nieuwe inzichten bieden aan zowel praktijkwerkers als beleidsactoren en zo bijdragen aan een verbetering van de psychologische en psychiatrische begeleiding en omkadering *intra muros*. De data werden verzameld met behulp van semigestructureerde interviews met 25 respondenten (22 psychosociale hulpverleners en 3 gevangenisimams) in vijf gevangenissen alsook in instellingen en bij zelfstandige professionals (buiten de gevangenis) die *outreaching* werken binnen detentie.

Drie hoofdonderzoeksvragen staan centraal in dit onderzoek. De eerste hoofdonderzoeksvraag luidt als volgt: *‘In welke mate komen psychische problemen voor bij gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?’*. Deze werd opgedeeld in twee deelvragen die respectievelijk de omvang en aard van psychische gezondheidsproblemen bij deze doelgroep in kaart trachten te brengen. Zowel uit de literatuur als uit het huidige onderzoek blijkt dat psychische gezondheidsproblemen (psychische klachten, psychiatrische stoornissen en middelengebruik) disproportioneel meer voorkomen bij gedetineerden ten opzichte van de algemene bevolking (Allen & Rich, 2007; Favril & Dirkwager, 2019; FOD Justitie, 2018; Perry, 2010; Vyncke et al., 2015). Dit onderzoek stelt geen verschil vast tussen gedetineerden van Maghrebijnse origine en de autochtone gevangenispopulatie inzake omvang en aard van psychopathologie. Algemeen genomen zouden beide groepen in gelijke mate en met dezelfde psychische gezondheidsproblemen kampen. Mogelijks zou de confrontatie met racisme en discriminatie wel kunnen leiden tot een grotere psychische kwetsbaarheid bij de Maghrebijnse populatie, wat ook in de literatuur wordt aangehaald (Barnoux & Wood, 2013; Jones et al., 2013; Lippens et al., 2009; Martynowicz, 2016; Westrheim & Manger, 2014). Voor wat de psychotische problematiek betreft, heerst er wat onduidelijkheid. Sommige respondenten menen dat psychose meer voorkomt bij de Maghrebijnse populatie ten opzichte van de autochtone gedetineerden, terwijl anderen dit ontkennen of niet met zekerheid kunnen stellen.

Het omgaan met psychische gezondheidsproblemen door de Maghrebijnse gevangenispopulatie wordt uitgediept in de tweede hoofdonderzoeksvraag: *‘Hoe manifesteren deze psychische problemen zich binnen detentie?’*. Hierbij volgt een opdeling in twee deelvragen. De eerste deelvraag peilt naar de manier waarop gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine psychische klachten en stoornissen uiten. Zowel uit het literatuuronderzoek als uit de interviews blijkt dat dit vaak anders verloopt dan bij de autochtone gevangenispopulatie (Rypens, 2008). Allereerst zou een psychische

⁵³ In de praktijk kan heel moeilijk een onderscheid worden gemaakt tussen ‘gedetineerden van Marokkaanse origine’ enerzijds en ‘gedetineerden van Algerijnse origine’ anderzijds. Wanneer de nationaliteit en/of etnische origine wel gekend is, wordt er geen verschil opgemerkt tussen Marokkanen en Algerijnen op het vlak van psychische gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag. Gelet op voornoemde redenen, sprak het merendeel van de respondenten tijdens de bevraging over ‘gedetineerden van Maghrebijnse origine’. Gemakshalve wordt deze overkoepelende term ook gebruikt door de onderzoeker om de empirische bevindingen toe te lichten.

problematiek moeilijker worden geuit door deze doelgroep en zou er vooral sprake zijn van ‘ontkenning’. Daarnaast maken heel wat respondenten melding van de neiging tot ‘somatisatie’. Veelvoorkomende (onverklaarde) lichamelijke pijnen zijn hartkloppingen, hoofdpijn, slapeloosheid, gebrek aan eetlust, maag- en darmklachten, spier-, gewrichts- en uitstralingspijnen. Dit komt overeen met het literatuuronderzoek, waarin wordt gesteld dat fysiek lijden meer *au sérieux* wordt genomen en een grotere sociale aanvaardbaarheid geniet binnen de moslingemeenschap (Abu-Ras et al., 2008; Al-Habeeb, 2003; Al-Krenawi & Graham, 2000; Chowdhury, 2016; Ciftci et al., 2013; El-Islam, 2008; El-Islam & Campbell, 2014; Maher, 2017; Petkari, 2015; Rassool, 2015). Tot slot wordt ook ‘externalisatie’ aangehaald als een uitingvorm kenmerkend voor de Maghrebijnse gevangenispopulatie. Het ‘zich niet goed voelen’ zou zowel worden toegeschreven aan externe niet-metafysische factoren (e.g., slechte detentieomstandigheden, conflict met bewaker, het juridisch systeem) als aan metafysische of bovennatuurlijke krachten (e.g., djinns, het boze oog, zwarte magie, beproeving van God, straf van God)⁵⁴. Dergelijke bovennatuurlijke oorzaken voor psychisch lijden zijn diep verankerd in de Maghrebijnse cultuur en zouden nog steeds van generatie op generatie worden doorgegeven. Het bestaan van ‘djinns’ wordt bovendien bevestigd in de Koran (Al-Habeeb, 2003; Blom & Hoffer, 2012; Dein et al., 2008; Hermans, 2007; Mefah, 2018; Sakat et al., 2015; Zariouh, 2017). Wat psychosociale hulpverleners het meest horen, zijn de termen ‘djinns’, ‘geesten en duivels’ of ‘demonen’ en dit vooral in de context van ernstige psychische of psychiatrische aandoeningen. Wanneer bijvoorbeeld de diagnose ‘psychose’ wordt vermoed, zouden sommige gedetineerden van Maghrebijnse origine hun klachten veeleer wijten aan de invloed van of bezetenheid door een ‘djinn’. Volgens de gevangenisimams zou vooral ‘het boze oog’ worden aangewezen als oorzaak van psychische en andere problemen. Ook hulpverleners worden met deze verklaringsgrond geconfronteerd, zij het in mindere mate. Slechts zelden zou over ‘zwarte magie’ worden gesproken binnen de Maghrebijnse doelgroep. Naast deze culturele verklaringen (geassocieerd met het volksgeloof) wordt er ook weleens een meer religieuze interpretatie ter sprake gebracht. Het opvatten van psychisch lijden als ‘een test of beproeving van God’ zou het vaakst worden opgemerkt door de respondenten. Dit laatste komt niet overeen met het literatuuronderzoek, waaruit blijkt dat psychische problemen vooral worden beleefd als ‘een straf van God’ (Aouattah, 1993; Abu-Ras, Gheith, & Cournos, 2008; Ciftci et al., 2013; Hamdan, 2007; Petkari, 2015; Rassool, 2015; Rypens, 2008; Weatherhead & Daiches, 2010). Denken in termen van djinns of andere bovennatuurlijke oorzaken staat niet per se gelijk aan een gestoord realiteitsbesef en dus aan een psychotische problematiek. Dergelijke interpretaties moeten dan ook met de nodige omzichtigheid worden benaderd, wat zowel in enkele interviews als in het literatuuronderzoek wordt aangehaald (Blom & Hoffer, 2012; Lopez, 2015; Petkari, 2015).

De neiging tot ontkenning, somatisatie en/of externalisatie bij gedetineerden van Maghrebijnse origine kan enerzijds worden verklaard door het taboe dat rust op psychische problemen binnen de Maghrebijnse cultuur. Iemand met een psychische problematiek (e.g., psychose) zou immers vaak worden gezien als ‘zot’ of ‘gestoord’. Anderzijds zou ook een gebrekkig zelfinzicht een rol spelen. Men zou moeite hebben met het herkennen van symptomen van psychisch disfunctioneren, omdat men het niet gewoon is om over zichzelf na te denken, om stil te staan bij eigen gevoelens en emoties. Een klein aantal respondenten wijst in dit verband op een generatieverschil. De oudere generatie zou bij gebrek aan een taal of begrippenkader om bepaalde klachten psychisch te uiten, ofwel overgaan tot somatisatie ofwel zijn of haar toevlucht zoeken tot een metafysisch verklaringsmodel. Daarentegen zou de jongere generatie, die opgroeit in een westerse samenleving en via verschillende kanalen (e.g., tv, internet, onderwijs) in aanraking komt met de thematiek van psychische gezondheidsproblemen, eigen klachten of symptomen al beter kunnen herkennen en verbaliseren. De interviewresultaten komen in elk geval overeen met de bevindingen uit het literatuuronderzoek, waarin wordt aangetoond dat de (etnisch-)culturele achtergrond van mensen hun manier van ‘ziek

⁵⁴ Het merendeel van de respondenten werd al één of meerdere keren geconfronteerd met een dergelijk cultureel en/of religieus verklaringsmodel.

zijn' beïnvloedt (Ally & Laher, 2008; Hayward, 1999; Kastit & Van Nuffel, 2008; Rypens, 2008; Shiraev & Levy, 2013; Veen et al., 2015). De drie uitingsvormen aangehaald door de respondenten bevestigen de definitie van Andary en collega's (2003, p. 27): "*Cultural rules govern illness behaviour – we learn "approved" ways of being ill*". Als laatste is het belangrijk om te vermelden dat respondenten van de CGG's (en andere diensten/therapeuten die werken op vrijwillige basis) niet of nauwelijks worden geconfronteerd met deze uitingsvormen. Dit komt omdat zij slechts een beperkt segment van de Maghrebijnse gevangenispopulatie bereiken, met name degenen die zelf een hulpvraag indienen (of hiermee instemmen) en die dus al een zeker inzicht in hun problematiek hebben. Bovendien komen de CGG's (in tegenstelling tot de PSD en zorgequipes) vooral met de meer milde psychische problemen of klachten in aanraking, wat kan verklaren waarom zij nog nooit van het fenomeen 'djinns' hebben gehoord. Deze respondenten zijn zich ervan bewust dat er een grote groep gedetineerden van Maghrebijnse origine niet tot bij hen geraakt en dat er dus sprake is van een groot *dark number*.

De tweede deelvraag behandelt het hulpzoekgedrag van gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine. Cultuurgebonden opvattingen over psychisch lijden zouden niet alleen invloed hebben op hoe individuen een psychische problematiek percipiëren en er betekenis aan geven, maar eveneens op hun hulpzoekgedrag. Dit blijkt zowel uit de interviews als uit het literatuuronderzoek (Al-Krenawi & Graham, 2000; Chowdhury, 2016; Petkari, 2015; Rassool, 2015). De analyse van de resultaten toont aan dat het hulpzoekgedrag van de Maghrebijnse doelgroep verschilt van dat van de autochtone gevangenispopulatie. Gedetineerden van Maghrebijnse origine zetten zelden spontaan de stap naar psychische hulpverlening. Zij zouden zich veeleer terugtrekken op cel en hun klachten verbergen. Een vraag die zich hier opwerpt, is in hoeverre de hulpverlening dan wel een accuraat beeld heeft van de werkelijke omvang (en aard) van psychische gezondheidsproblemen bij deze gedetineerden? Als eerste zou de houding van deze doelgroep tegenover het westerse hulpverleningsmodel kunnen verklaren waarom een hulpvraag uitblijft. Volgens de helft van de respondenten zijn gedetineerden van Maghrebijnse origine niet of nauwelijks vertrouwd met de westerse psychologie en psychiatrie. Zowel de diagnostische categorieën als de verschillende functies/disciplines binnen de geestelijke gezondheidszorg vormen veelal onbekend terrein (e.g., wat is een psycholoog?). Psychische problemen worden dan ook vaak niet (h)erkend binnen de Maghrebijnse cultuur en mensen met een dergelijke problematiek worden als 'ziekelijk' bestempeld. Ook zou deze doelgroep meer wantrouwig staan tegenover psychische hulpverlening in vergelijking met de autochtone gevangenispopulatie. Vooral op medicamenteuze behandelingen zou afwijzend worden gereageerd. Soms wordt een regelrechte afkeer waargenomen voor alles wat gelinkt is aan 'psychische hulp' (e.g., psychologen, psychiaters ...). Ook uit de literatuur blijkt dat psychische hulpverleners vaak worden afgedaan als 'dokters voor gekke mensen' (Al-Krenawi & Graham, 2000; Zariouh, 2017).

Daarenboven worden diverse barrières genoemd die deze doelgroep kunnen weerhouden om psychische hulp te zoeken *intra muros*. 'Taal' is de eerste barrière die herhaaldelijk in alle interviews alsook in de literatuur wordt aangeduid als de grootste uitdaging in het werken met (etnisch-)culturele minderheden binnen detentie (Brosens et al., 2017; Derluyn et al., 2015). Gedetineerden die het Nederlands of Frans onvoldoende machtig zijn, hebben het extra zwaar te verduren. Zij komen haast nooit binnen de psychische hulpverlening terecht.⁵⁵ Het taboe op psychische gezondheidsproblemen en hulpverlening vormt een tweede belangrijke barrière. De Maghrebijnse cultuur is een groeps cultuur en dus per definitie ook een schaamte cultuur. Alles wat wijst op individuele zwakte en kwetsbaarheid dient zoveel mogelijk te worden toegedekt: "als het niet wordt gezien, dan is het er ook niet". Het is binnen deze cultuur dan ook *not done* om (professionele) hulp te zoeken en over emoties en gevoelens te praten. Zoals ook uit het literatuuronderzoek blijkt, probeert men geduldig te zijn en kracht en troost te putten uit het geloof in Allah. Een geduldige volharding (*sabr*) leidt tot een

⁵⁵ Dit geldt in het bijzonder voor de eerste generatie Maghrebijnen binnen detentie.

zuivering van zonden en bijgevolg tot een verhoging van de rang in het Paradijs (Abdel-Khalek, 2011; Ciftci et al., 2013; Zariouh, 2017).

Twee andere barrières verwijzen eveneens naar dit taboe: ‘angst voor stigmatisering’ en ‘schande voor de familie’. Volgens iets meer dan de helft van de respondenten zijn gedetineerden van Maghrebijnse origine als de dood voor het etiket of label van ‘gek’, ‘zot’ of ‘gestoord’. De gedachte “ik ben anders dan de anderen” is heel bedreigend in een groeps cultuur en zou dus ook binnen detentie blijven voortbestaan. Bovendien zou deze doelgroep afzien van psychische hulp uit angst om de ouders of familie te schande te maken, wat ook in de literatuur wordt beschreven. Binnen collectivistische culturen heeft het gedrag van één enkel individu effect op de eer en reputatie van de hele groep. Beslissen om psychische hulp in te schakelen, betreft dus een keuze die heel wat implicaties kan hebben voor de familiale context (Al-Krenawi & Graham, 2000; El-Islam, 2008; Pinto, 1994; Rassool, 2015; Rypens, 2008; Weatherhead & Daiches, 2010). Een groot aantal respondenten merkt op dat Maghrebijnse families vaker moeite hebben om een psychische problematiek te aanvaarden in vergelijking met autochtone families. Zowel in de literatuur als in de interviews wordt melding gemaakt van een ‘associatief stigma’ (Abu-Ras et al., 2008; Al-Krenawi & Graham, 2000; Chowdhury, 2016; Ciftci et al., 2013; El-Islam, 2008; El-Islam & Campbell, 2014; Petkari, 2015; Rassool, 2015; Sayed, 2003). Dit betekent dat ook de naaste omgeving van een ‘psychisch zieke’ als ‘gestoord’ kan worden beschouwd en zodoende kan worden uitgesloten door de gemeenschap. Men zou het mentaal probleem dan ook vaak ontkennen en/of toeschrijven aan een externe factor. Door een externe factor aan te duiden, wordt de ‘psychisch zieke’ veeleer gepercipieerd als ‘slachtoffer’ van een groot ongeluk of onrecht. Zowel in de literatuur als in de interviews wordt ‘externalisatie’ omschreven als een soort van cultureel beschermingsmechanisme om de eer en reputatie van de familie hoog te houden en schande te vermijden (Aouattah, 1993; Bennani, 2010; El-Islam & Campbell, 2014; Ghubash & Eapen, 2009; Maher, 2017; Mefah, 2018; Pandolfo, 2018; Rassool, 2015; Wolffers & Bilthoven, 1984). Volgens verschillende respondenten zou het taboe op psychische problemen nog veel sterker bestaan in de vrije samenleving. Daar is de kans groter dat de gemeenschap dit te weten komt en dat dit repercussies heeft voor de toekomst van de betrokkene en zijn familie: gaat hij of zij nog kunnen studeren, werken of trouwen? De gevangenis is daarentegen een aparte wereld waar mensen in eerste instantie proberen te overleven. Men zou hen daarom soms gemakkelijker (dan buiten) kunnen overtuigen van het belang van psychische hulp.

Verder zou ook het geloof in een traditioneel verklaringmodel de stap naar professionele hulpverlening bemoeilijken, wat correspondeert met de bevindingen uit het literatuuronderzoek (Ally & Laher, 2008; Blom & Hoffer, 2012; Dein et al., 2008; Rassool, 2015; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Diverse respondenten spreken over een dubbel taboe: naast het verhullen van een psychische problematiek zouden gedetineerden van Maghrebijnse origine zich ook dikwijls schamen voor hun culturele en/of religieuze interpretatie van psychisch lijden. Zij zouden er dan ook weinig over spreken met psychosociale hulpverleners binnen detentie, uit angst om ‘zot’ verklaard en misschien zelfs geïnterneerd te worden. Derhalve kan worden verwacht dat er in werkelijkheid meer gedetineerden van Maghrebijnse origine uitgaan van een traditioneel verklaringmodel dan geweten is, wat zowel blijkt uit de bevraging van de gevangenisimams als uit het literatuuronderzoek (Bennani, 2010; Hermans, 2007; Kromhout, 2002; Rypens, 2008; Zariouh, 2017). Een volgende barrière betreft de machocultuur eigen aan een detentiecontext. Dit geldt in principe voor alle gedetineerden, maar enkele respondenten menen dat dit toch iets sterker naar voren komt binnen de Maghrebijnse populatie. Men zou zichzelf een stoer imago aanmeten, waar gevoelens en emoties achter worden weggestopt. Ook zouden er vaak klikjes worden gevormd met medegedetineerden (veelal van dezelfde origine), die belangrijk zijn voor *peer support* gedurende de detentieperiode. Bij het raadplegen van een psycholoog of psychiater zou men als een verrader kunnen worden beschouwd en bijgevolg zijn informele bronnen van ondersteuning kunnen verliezen. Voorts zou ook het geslacht van de hulpverlener een belangrijke rol spelen. Binnen detentie zijn voornamelijk vrouwelijke hulpverleners tewerkgesteld. Gedetineerden van Maghrebijnse origine zouden echter eerder geneigd

zijn om met mannen in gesprek te gaan. Tot slot wordt zowel in de literatuur als in de interviews het gebrek aan geloof in ‘de helende kracht’ van praten als barrière genoemd. De gedachte ‘voor elke ziekte bestaat een medicijn’ maakt dat deze doelgroep simpelweg het nut niet inziet van psychotherapeutische sessies (Al-Krenawi & Graham, 2000; Zariouh, 2017). Ook zouden zij eerder geloven in het bestrijden van ‘praktische’ problemen als oplossing voor hun leed.

De derde en laatste hoofdonderzoeksvraag bestaande uit vier deelvragen luidt als volgt: ‘*Hoe ervaren psychosociale hulpverleners en gevangenisimams de psychische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?*’. De eerste deelvraag peilt naar de visie van de respondenten op het bestaande hulpverleningsaanbod binnen detentie. Het gros daarvan bekritiseert dit aanbod als ontoereikend. Een acuut gebrek aan mensen en middelen zorgt ervoor dat heel wat gedetineerden met psychische problemen in de kou blijven staan. Uit de interviews blijkt bovendien dat de gevangenis geen veilige context biedt voor intensieve therapie sessies. Dit geldt in het bijzonder voor grote gevangenis en die kreunen onder de overbevolking. Daarnaast wordt ook de primaire focus op het veiligheidsaspect evenals het gebrek aan afgestemde zorg en hulpverlening aangekaart. Dit laatste werd tevens door de onderzoeker opgemerkt tijdens de bevraging. Zo werd soms duidelijk dat psychosociale hulpverleners van verschillende diensten binnen dezelfde gevangenis elkaar niet of nauwelijks kennen. Dit alles maakt het veelal moeilijk om gedurende de detentieperiode ten volle aan het psychisch probleem te werken en heeft uiteraard implicaties voor het (latere) re-integratieproces, zeker wanneer de psychische problematiek nauw verwoven is met de gepleegde feiten.

Daarenboven is de geestelijke gezondheidszorg *intra muros* weinig cultuursensitief, wat aansluit bij de bevindingen uit het literatuuronderzoek (Jones et al., 2013; Kapoor et al., 2013). Op structureel niveau is geen specifiek individueel of groepsaanbod uitgewerkt voor gedetineerden van Maghrebijnse origine (noch voor moslims in het algemeen). Ook de organisatie van cultuurspecifieke activiteiten is sterk afhankelijk van het beschikbare budget per gevangenis en van de welwillendheid van individuele hulpverleners. Het religieuze aanbod wordt eveneens als ontoereikend beschouwd. De moslimpopulatie blijkt namelijk te groot tegenover het beperkte aantal islamconsulenten dat wordt ingezet door justitie. Verder wordt ook het gebrek aan proactief werken binnen detentie bekritiseerd. Dit zou, naast de houding van de Maghrebijnse gevangenispopulatie tegenover het westerse hulpverleningsmodel en de diverse barrières, eveneens de lage participatiegraad van deze doelgroep aan het hulpverleningsaanbod verklaren. Om te beginnen zou over het beschikbare aanbod op gebrekkige wijze worden gecommuniceerd. De informatieverstrekking gebeurt hoofdzakelijk in het Nederlands en op schriftelijke wijze, dus via folders of informatiebrochures. Vaak raken die folders of brochures kwijt, worden ze niet gelezen of begrepen de gedetineerden niet wat er staat omwille van de taalbarrière en/of de moeilijkheidsgraad van het document. Het gevolg is dat gedetineerden vaak simpelweg niet weten bij wie ze terecht kunnen met hun psychische problemen en hoe ze een hulpvraag moeten formuleren en/of indienen. De geestelijke gezondheidszorg *intra muros* is echter vraaggericht georganiseerd. De kans is dan ook reëel dat heel wat gedetineerden met een psychische of emotionele problematiek onzichtbaar blijven.

De methode of aanpak die psychosociale hulpverleners en gevangenisimams hanteren in de hulpverlening aan gedetineerden van Maghrebijnse origine vormt het onderwerp van de tweede deelvraag. Over het algemeen wordt door psychosociale hulpverleners op eenzelfde manier omgegaan met deze doelgroep als met autochtone gedetineerden. Een beperkt aantal respondenten duidt op enkele aandachtspunten aangaande de interactiestijl. Ten eerste zou het langer duren om een vertrouwensband aan te gaan met deze doelgroep, waardoor gevoelige onderwerpen in de eerste gesprekken ten stelligste dienen vermeden te worden. Daarnaast is het van belang om deze doelgroep op een meer voorzichtige wijze te benaderen met het oog op het maken en behouden van contact. Daarbij dient het benoemen van de problematiek zoveel als mogelijk te worden vermeden, gelet op het taboe dat rust op psychische problemen binnen de Maghrebijnse gemeenschap. Belangrijk is ook dat voldoende tijd en aandacht wordt besteed aan psycho-educatie. Dit geldt volgens de respondenten

voor alle (etnisch-)culturele minderheden binnen detentie die niet of nauwelijks vertrouwd zijn met het westerse hulpverleningsmodel en met de verscheidenheid aan disciplines of functies daarbinnen. Verder peilt slechts een minderheid van de respondenten naar het belang dat deze doelgroep hecht aan religie. Nochtans zou het volgens een aantal respondenten belangrijk zijn om dit actief te bevragen. Men stelt immers vast dat religie en religieuze coping voor gedetineerden van Maghrebijnse origine (die moslim zijn) een belangrijke rol spelen bij het omgaan met psychische problemen. Tot slot benadrukken meerdere respondenten het belang van het betrekken van de familiale context in het hulpverleningsproces. Een Maghrebijnse gedetineerde is sterk onderhevig aan de mening van zijn/haar naaste omgeving, wat typerend is voor een groepscultuur. Wanneer de familie gekant is tegen psychologische of psychiatrische hulp is de kans bijzonder groot dat ook de gedetineerde zelf dit zal afwijzen. Het actief betrekken van en het luisteren naar de familie zou een gunstige invloed uitoefenen op de vertrouwensband tussen gedetineerde en hulpverlener. Het uitnodigen van familieleden is echter niet in alle gevangenissen en/of op alle afdelingen mogelijk. Veel zou afhangen van de bereidwilligheid van de betreffende directie en van individuele hulpverleners. De familiale context zou het minst worden betrokken in de begeleidingen van de CGG's.

Ook de rol van gevangenisimams bij psychisch lijden valt niet te miskennen. De methode of therapie die zij toepassen en die ook in de literatuur wordt beschreven, is het reciteren van Koranverzen, kortweg '*ruqya*' genoemd (Blom et al., 2010; Hoffer, 1994, 2009; Maher, 2017; Mefah, 2018; Petkari, 2015; Teixidor-Toneu et al., 2017; Zariouh, 2017; Zeegers, 2017). Dit zou zowel op psychische als op lichamelijke klachten een heilzaam effect hebben. Bepaalde helers/*raqi's* buiten de gevangensmuren zouden *ruqya* ook toepassen wanneer een moslim meent bezeten te zijn of in geval van zwarte magie of het boze oog. Wanneer binnen detentie een moslimgedetineerde zijn psychisch lijden toeschrijft aan bovennatuurlijke krachten, zouden gevangenisimams veeleer in gesprek gaan met de gedetineerde en een luisterend oor en morele bijstand bieden. Verder zouden de bevraagde imams de gedetineerde informeren over het beschikbare hulpverleningsaanbod binnen detentie, hen aanraden een psycholoog of psychiater te raadplegen en indien nodig hen doorverwijzen. Vanuit een islamitisch perspectief wordt namelijk aangemoedigd om een beroep te doen op alles wat nuttig is voor het lichamelijk en psychisch welbevinden, wat ook in de literatuur wordt aangehaald (Ciftci et al., 2013; Padela et al., 2012; Zariouh, 2017). Zij zijn zich echter bewust van het feit dat niet alle imams hiertoe bereid zijn, wat kan worden verklaard door verschillen in opleiding, kennis en contacten met andere diensten.

De mate van wederzijds contact en samenwerking tussen de psychosociale hulpverlening en de gevangenisimams staat centraal in de derde deelvraag. In het merendeel van de gevallen kent men elkaar niet of nauwelijks en is er dus geen samenwerking noch overleg. Het kleine aantal respondenten dat soms op informele wijze samenwerkt, benadrukt de meerwaarde die wordt ervaren. Gevangenisimams zouden immers duidelijkheid kunnen scheppen over traditionele culturele en/of religieuze verklaringenmodellen voor psychisch lijden, migratiegeschiedenis, familiestructuur en socio-economische status van Maghrebijnse gezinnen. Bovendien zou de imam een grote rol spelen bij het bevorderen en ondersteunen van medicatietrouw bij gedetineerden van Maghrebijnse origine (of moslims in het algemeen), wat ook wordt aangehaald in de literatuur (Blom et al., 2010; Rassool, 2015). Ook voor de imams zelf blijkt overleg en samenwerking met de hulpverlening bijzonder nuttig, zeker voor degenen die weinig of geen psychologische achtergrond hebben. Het merendeel van de psychosociale hulpverleners staat positief ten opzichte van een intensiever contact met de imam wanneer het hen wordt gevraagd. Slechts een minderheid is zelf vragende partij voor een (hechter) samenwerkingsverband en dus voor de mogelijkheid om op geregelde tijdstippen samen te zitten voor overleg en/of informatie-uitwisseling. De bevraagde imams betwijfelen echter of de psychosociale hulpverlening binnen detentie hun rol als islamconsulent *au sérieux* neemt. Er zou sprake zijn van een botsing tussen twee werelden, waarbij de wetenschappelijke of rationele wereld van de westerse

psychologie en psychiatrie niet altijd openstaat voor de religieuze, of in hun ogen ‘irrationele’, wereld van de islam.

De vierde en laatste deelvraag peilt naar de mate waarin gedetineerden van Maghrebijnse origine cultuursensitief worden bejegend. Aan de hand van de klassieke driedeling in de literatuur (kennis, vaardigheden en attitude) worden de culturele competenties van psychosociale hulpverleners *intra muros* onder de loep genomen (De Maesschalck, z.d.; Foronda, 2008; van Nispen tot Pannerden & van Stralen, 2009; Veen et al., 2015). Wat het kennisaspect betreft, zijn psychosociale hulpverleners vaak onvoldoende op de hoogte van het traditionele culturele en/of religieuze referentiekader voor psychisch lijden binnen de Maghrebijnse gemeenschap. Ook hun begrip van de islam en de daaraan verbonden religieuze praktijken zou eerder beperkt zijn. Deze kennistekorten hebben soms ongewenste en pijnlijke situaties tot gevolg. Bij gedetineerden van Maghrebijnse origine die een psychose doormaken, zouden de wanen en/of hallucinaties dikwijls verweven zijn met culturele en/of religieuze aspecten. Binnen een detentiecontext is dit echter problematisch, omdat vandaag de dag heel snel de link wordt gelegd met radicalisering. Gedetineerden van Maghrebijnse origine (en/of moslims in het algemeen) die voor andere feiten hun straf uitzitten en houvast vinden in hun geloof, zouden soms worden beschouwd als ‘potentiële terrorist’, terwijl dat vaak helemaal niet het geval zou zijn. Het (de)radicaliseringsdebat zou dan ook *collateral damage* veroorzaken bij deze doelgroep. Meerdere respondenten geven aan dat de psychische hulp en begeleiding aan gedetineerden telkens ondergeschikt is aan een repressieve veiligheidslogica in het licht van de aanpak van radicalisering. Wil men een succesvolle re-integratie bewerkstelligen en de kans op recidive verkleinen, is het nochtans van cruciaal belang om tegemoet te komen aan de psychische noden van gedetineerden (Chamberlain, 2011). Heel wat psychosociale hulpverleners zijn zich bewust van hun gebrekkige kennis hieromtrent. De meerderheid is vragende partij voor een opleiding of vorming. Helaas zijn de opleidingsbudgetten binnen justitie beperkt en zou bij de uitwerking en organisatie opnieuw het veiligheidsperspectief primeren. Zo goed als alle opleidingen hebben vandaag betrekking op de aanpak en preventie van radicalisering, terwijl opleidingen rond cultuursensitief werken ontbreken. Dit beïnvloedt de aard van de kennis die psychosociale hulpverleners (en penitentiair beambten) aangereikt krijgen en bijgevolg ook de manier waarop zij met deze doelgroep omgaan.

Verder zouden ook de cultuursensitieve vaardigheden van psychosociale hulpverleners eerder beperkt zijn. Zij zouden er immers niet in slagen om informatie over het beschikbare hulpverleningsaanbod op een voor alle gedetineerden begrijpelijke wijze over te brengen. Ook zou zowel volgens de literatuur als volgens de interviewresultaten binnen detentie slechts zelden een beroep worden gedaan op de diensten van een tolk. In de praktijk is dan ook veel afhankelijk van de talenkennis van individuele hulpverleners (Brosens et al., 2017; Derluyn et al., 2015). Ten eerste menen respondenten dat de aanwezigheid van een derde persoon het opbouwen van een vertrouwensband tussen hulpverlener en cliënt, wat sowieso al moeilijk verloopt in een detentiecontext, kan verstoren. Ten tweede zou de gevangenis als bureaucratische organisatie het in praktijk heel moeilijk en lastig maken voor hulpverleners om een gesprek te regelen in aanwezigheid van een tolk. Ook de overbelasting van de CGG’s evenals het beperkte budget binnen justitie zouden vaak een rol spelen. De geestelijke gezondheidszorg *intra muros* is dus niet voor iedereen even toegankelijk. Wanneer een gedetineerde bijvoorbeeld enkel Arabisch of Berbers spreekt, wordt psychische hulp omwille van de taalbarrière onmogelijk. Zowel uit het literatuuronderzoek als uit de interviewresultaten blijkt dat bij gebrek aan een tolk of personeelslid die de taal van de gedetineerde spreekt, soms een beroep wordt gedaan op medegedetineerden. Dit kan alleen voor het overbrengen van praktische zaken en is niet toepasbaar voor diepgaande gesprekken in een hulpverleningscontext (Brosens et al., 2017; Derluyn et al., 2015; Lippens et al., 2009). De beperkingen op het vlak van kennis en vaardigheden buiten beschouwing gelaten, wordt wel een cultuursensitieve attitude waargenomen. Zo goed als alle respondenten geven blijk van een nieuwsgierige en open houding richting gedetineerden van Maghrebijnse origine. Ze zijn zich bewust van hun eigen (westers) referentiekader, spreken over de gedetineerde als ‘de expert’ met betrekking tot zijn cultuur en religie en wijzen op het belang van het stellen van vragen bij

onduidelijkheid. Toch beweren een aantal respondenten dat niet alle hulpverleners binnen detentie op die manier te werk gaan. Sommige hulpverleners zouden zich niet bewust zijn van hun eigen vooroordelen over bepaalde etnische groepen en van hun neiging tot stereotypering.

Hoofdstuk 10. Aanbevelingen voor beleid en praktijk

Aan de hand van de onderzoeksbevindingen worden een aantal aanbevelingen geformuleerd inzake cultuursensitieve bejegening van Maghrebijnse gedetineerden (of moslims in het algemeen) gelet op de sterke verwevenheid tussen de Maghrebijnse en de islamitische cultuur. Deze aanbevelingen weerspiegelen de persoonlijke visie van de onderzoeker, maar leunen sterk aan bij wat door de respondenten wordt bepleit.

Allereerst is beleidsmatige aandacht vereist voor de ‘superdiversiteit’ binnen detentie, een thema dat momenteel ontbreekt in nationale en Vlaamse regelgeving inzake hulp- en dienstverlening *intra muros* (Lippens et al., 2009). Het gevolg hiervan is dat het bestaande hulpverleningsaanbod nauwelijks rekening houdt met de specifieke noden en behoeften van (etnisch-)culturele minderheden, waardoor zij minder participeren aan dit aanbod (Barnoux & Wood, 2013; Chamberlain, 2011; Jones et al., 2013; Westheim & Manger, 2014). Het huidige onderzoek bevestigt dit voor gedetineerden van Maghrebijnse origine. Het uitwerken van een ‘**aanbod op maat**’ met **bijzondere aandacht voor taal en religie** zou kunnen zorgen voor een toenemende participatie van deze doelgroep. Ook de informatieverstrekking over het beschikbare hulpverleningsaanbod evenals de vraaggerichtheid binnen de hulpverlening dient in dit verband te worden herzien. In plaats van te vertrekken van een concrete hulpvraag van de gedetineerde dient geëvolueerd te worden naar een **outreachinge en proactieve benadering**. Dit betekent dat de hulpverlener niet langer een afwachtende houding aanneemt, maar daarentegen zelf op de gedetineerden afstapt (e.g., aankloppen aan celdeur). Deze aanpak is vandaag beperkt tot gedetineerden met een terro-statuuut en tot bepaalde afdelingen van enkele gevangenissen. Gelet op het drempelverlagende effect lijkt het aangewezen om deze aanpak te veralgemenen. De sociale professionals die dit reeds toepassen, merken namelijk geen verschil op in participatie tussen de Maghrebijnse doelgroep en de autochtone populatie. Een hoge participatiegraad bevordert het psychisch welbevinden en zou bovendien een gunstige invloed uitoefenen op het (latere) re-integratieproces. Een dergelijke intensieve coaching en ondersteuning van gedetineerden is vandaag de dag niet mogelijk wegens een chronisch personeelstekort. Vooral de forensische teams van de CGG’s zouden onderbemand zijn en met lange wachtlijsten kampen. Dergelijke hervormingen vereisen dus extra mensen en middelen van zowel het federale niveau (FOD Justitie) als van de Vlaamse Gemeenschap.

Daarnaast zijn er goede redenen om het religieuze aanbod, met name het beperkte aantal gevangenisimams, uit te breiden. De onderzoeksresultaten tonen aan dat de Maghrebijnse gevangenispopulatie (die moslim is) heel veel steun en kracht put uit deze contacten. Het lijkt bovendien aangewezen om een **samenwerkingsverband** te creëren tussen de gevangenisimams enerzijds en de diensten die psychische hulpverlening (in ruime zin) verschaffen anderzijds. Dit pleidooi voor een tweesporenbeleid wordt eveneens in de literatuur gevoerd (Abu-Ras et al., 2008; Ali & Milstein, 2012; Blom et al., 2010; Ciftci et al., 2013; Hoffer, 2000; Kapoor et al., 2013; Padela et al., 2012; Rassool, 2015). Imams kunnen een belangrijke complementaire rol spelen naast de reguliere geestelijke gezondheidszorg *intra muros*. Zij kunnen gedetineerden met een psychische problematiek aanmoedigen om de stap te zetten naar professionele psychische hulp. Gevangenisimams en hulpverleners verschillen qua vertrekpunt en techniek, maar streven eenzelfde doel na: het bevorderen van het welzijn en welbevinden van gedetineerden. Een goede samenwerking tussen beide zou ertoe kunnen leiden dat gedetineerden die hun psychische problemen als metafysisch ervaren en hierover niet (durven) spreken met een psycholoog of psychiater, alsnog kunnen worden doorverwezen en geholpen. Ook het gegeven dat psychosociale hulpverleners soms gedragingen

foutief interpreteren en problematiseren als ‘tekenen van radicalisering’, duidt op het belang van een meer intensieve samenwerking en informatie-uitwisseling met de imam. Imams kunnen namelijk informatie en duiding verschaffen hieromtrent en zo vermijden dat er te snel conclusies worden getrokken.

Als voornaamste aanbeveling wordt het **inzetten op ‘meertaligheid’** binnen het hulpverleningskader naar voren geschoven. Momenteel zijn er nauwelijks meertalige hulpverleners actief binnen detentie. Ook de moeilijkheid om een tolk in te schakelen (*cf.* logge toelatingsprocedure) evenals de beperkingen verbonden aan het werken met een tolk, maken het opstarten van een hulpverleningstraject soms onmogelijk. Het aannemen van meertalige hulpverleners is dan ook van wezenlijk belang om de taalbarrière te overbruggen en zodoende een grotere groep gedetineerden te bereiken. Dit zou het bovendien mogelijk maken voor gedetineerden om zich uit te drukken in hun moedertaal, wat het spreken over gevoelens en emoties in hulpverleningsgesprekken vergemakkelijkt. Concreet moet worden ingezet op mensen die het Arabisch en/of Berbers machtig zijn en die tevens een zekere vertrouwdheid hebben met de Maghrebijnse gemeenschap. Dit laatste impliceert zowel kennis van culturele aspecten als van de islam.

Verder moeten hulpverleners sterker inzetten op **psycho-educatie** in het werken met deze doelgroep. Vandaag de dag wordt pas een hulpverleningstraject opgestart wanneer er een zekere mate van probleembewustzijn en motivatie aanwezig is. Bij gedetineerden van Maghrebijnse origine zou dit echter vaak ontbreken. Dit kan het gevolg zijn van een kennistekort aangaande psychische problemen en hulpverlening (wat houdt het juist in?) en/of van de misvattingen of vooroordelen die hieromtrent bestaan. Psychische hulpverlening is voor deze doelgroep veelal een compleet nieuwe ervaring. Hulpverleners dienen dan ook in eerste instantie een bewustzijn te creëren rond mentale gezondheid en rond mogelijke problemen op dit vlak. Ook bij het ontwikkelen van zelfinzicht en het in gesprek gaan over eigen gevoelens en emoties dienen zij deze doelgroep extra te ondersteunen. Door het taboe hebben mensen nooit geleerd om over zichzelf te reflecteren en om emoties en gevoelens onder woorden te brengen. Daarnaast kan een gebrek aan motivatie en een eerder passieve houding bij Maghrebijnse gedetineerden het gevolg zijn van hun keuze voor religieuze coping. Het geloof in God vormt een belangrijke ondersteuningsbron voor deze doelgroep, des te meer gedurende de detentieperiode. Het lijkt dan ook aangewezen om in hulpverleningsgesprekken meer aandacht te besteden aan **religie** en dit eventueel als ‘tool’ of ingang aan te wenden. Ook dient meer te worden stilgestaan bij aspecten van de Maghrebijnse cultuur als groeps cultuur en dus bij het belang van de **familiale context**.

Tot slot dient justitie meer budget vrij te maken voor **opleidingen of vorming** rond cultuursensitief werken *intra muros*. Gelet op de gevangenis en de ‘superdiverse omgevingen’ is het gebrek aan dergelijke opleidingen bijzonder frappant. In plaats van het veiligheidsperspectief voorop te plaatsen en te focussen op de thematiek van (de)radicalisering, dient meer vanuit een culturele bril te worden gekeken. Er is met andere woorden nood aan opleidingen die de positieve aspecten van cultuur en de constructieve rol van de islam (religie als ondersteuningsbron) benadrukken. Wat daarin zeker aan bod moet komen, zijn de culturele en/of religieuze verklaringsgronden voor psychisch lijden. Het is belangrijk dat sociale professionals hiermee vertrouwd raken, zodat zij dit ook gericht kunnen bevragen. Mogelijkerwijs zullen gedetineerden van Maghrebijnse origine een culturele en/of religieuze interpretatie sneller uiten, wanneer zij merken dat het gekend is, aanvaard wordt en *au sérieux* wordt genomen binnen de reguliere hulpverlening. Deze opleidingen moeten openstaan voor iedereen werkzaam binnen het gevangeniswezen en in het bijzonder voor het bewakend personeel. Zij zijn immers het dichtst betrokken bij de gedetineerden en hebben dan ook een grote invloed op hun psychisch welbevinden.

Hoofdstuk 11. Beperkingen van huidig onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek

Ter afsluiting van deze masterscriptie worden kort de beperkingen van het eigen onderzoek besproken evenals enkele suggesties voor verder onderzoek. Allereerst kan het gebruik van een kwalitatieve onderzoeksmethode (e.g., semigestructureerde interviews) tot gevolg hebben dat de geldigheid en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten in het gedrang komen. Ondanks de nadruk op het belang van anonimiteit en vertrouwelijkheid in deze studie, kan niet geheel worden uitgesloten dat respondenten uit schrik voor mogelijke gevolgen beslissen om bepaalde informatie achterwege te laten gedurende de bevraging. Hetzelfde geldt voor het risico op sociaal wenselijke antwoorden (Bijleveld, 2013; Billiet & Waage, 2008). Daarnaast zou ook het aspect van 'vrijwillige deelname' de empirische bevindingen kunnen kleuren. De visie, ervaring of beleving van sociale professionals en gevangenisimams die deelnamen aan het onderzoek zou aanzienlijk kunnen afwijken van de visie, ervaring of beleving van degenen die een deelname weigerden. Bij een aantal respondenten werd door de onderzoeker een persoonlijke affiniteit met de Maghrebijnse cultuur vastgesteld (e.g., zelf van Maghrebijnse origine of een partner, vrienden of kennissen met die achtergrond). Deze groep zou dan ook potentieel een andere kijk kunnen hebben op de geestelijke gezondheid van en de psychische hulpverlening aan de Maghrebijnse gevangenispopulatie in vergelijking met de groep die niet werd bevestigd. Ook de invloed van de onderzoeker op het begrijpen van de Maghrebijnse (en islamitische) cultuur en dus op het interpreteren van de bevindingen uit zowel de literatuur als het empirisch onderzoek, valt niet te ontkennen. De onderzoeker is zelf ook een cultureel wezen dat beïnvloed en/of gedreven wordt door eigen (westerse) culturele denkbeelden, waarden en normen. Door middel van een voortdurende zelfreflectie, een diepgaande interesse in en een open houding ten aanzien van culturele diversiteit werd niettemin getracht deze beïnvloeding zoveel als mogelijk te beperken.

Als laatste dient ook het exploratieve karakter van deze masterscriptie te worden onderlijnd. Deze studie tracht in essentie nieuwe en interessante inzichten te genereren op een nog vrijwel onontgonnen terrein. Het is dan ook aangewezen verder onderzoek te verrichten naar de geestelijke gezondheid van en de geestelijke gezondheidszorg aan (etnisch-)culturele minderheden in een detentiecontext, een onderbelicht onderzoeksdomein. Allereerst dient de prevalentie van psychotische stoornissen bij de Maghrebijnse gevangenispopulatie in kaart te worden gebracht, een thematiek waar tot op heden veel onduidelijkheid rond bestaat. Daarnaast moeten academici oog hebben voor de situatie van andere (etnisch-)culturele minderheidsgroepen binnen detentie, bijvoorbeeld voor gedetineerden uit Sub-Sahara-Afrika. Uit het huidige onderzoek komt immers naar voren dat ook zij, meer dan gedetineerden van Maghrebijnse origine, spreken over 'zwarte magie' en 'het boze oog' in de context van psychisch lijden. Deze studie verschaft tot slot de nodige aanknopingspunten voor verder onderzoek naar de invloed van het (de)radicaliseringsdebat op de moslimpopulatie *intra muros*. Hoe ervaren moslimgedetineerden dit debat? In welke mate voelen zij zich al dan niet gevisieerd? In welke mate heeft het repressieve detentieklimaat in functie van de aanpak en preventie van radicalisering en extremisme een weerslag op hun leven in de gevangenis? Dit zijn enkele van de vragen die voorlopig onbeantwoord blijven wegens een gebrek aan wetenschappelijk onderzoek hieromtrent in België.

REFERENTIELIJST

- Abdel-Khalek, A. M. (2011). Islam and mental health: A few speculations. *Mental Health, Religion & Culture, 14*(2), 87-92. doi: 10.1080/13674676.2010.544867
- Abu-Ras, W., Gheith, A., & Cournos, F. (2008). The Imam's Role in Mental Health Promotion: A Study at 22 Mosques in New York City's Muslim Community. *Journal of Muslim Mental Health, 3*(2), 155-176. doi: 10.1080/15564900802487576
- Ajouaou, M. (2013). Geestelijke verzorging in penitentiaire inrichtingen: zorg zonder targets. *Tijdschrift voor Criminologie, 55*(2), 206-220.
- Al-Habeeb, T. A. (2003). A pilot study of faith healers' views on evil eye, jinn possession, and magic in the kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine, 10*(3), 31-38.
- Ali, O. M., & Milstein, G. (2012). Mental Illness Recognition and Referral Practices Among Imams in the United States. *Journal of Muslim Mental Health, 6*(2), 3-13.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health & Social Work, 25*(1), 9-22.
- Allen, S. A., & Rich, J. D. (2007). Prisons and Mental Health. *The New England Journal of Medicine, 356*(2), 197-198. doi: 10.1056/NEJMc066572
- Ally, Y., & Laher, S. (2008). South African Muslim Faith Healers Perceptions of Mental Illness: Understanding, Aetiology and Treatment. *Journal of Religion and Health, 47*(1), 45-56. doi: 10.1007/s10943-007-9133-2
- Andary, L., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2003). *Assessing Mental Health Across Cultures*. Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press Pty. Ltd.
- Aouattah, A. (1993). *Ethnopsychiatrie maghrébine: représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*. Paris: L'Harmattan.
- Baarda, B., van der Hulst, M., & de Goede, M. (2012). *Basisboek Interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Barnoux, M., & Wood, J. (2013). The specific needs of foreign national prisoners and the threat to their mental health from being imprisoned in a foreign country. *Aggression and Violent Behavior, 18*(2), 240-246. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.012>
- Bartels, E. (1997). Centrale geloofsvoorstellingen. In H. Driessen (Ed.), *In het huis van de islam: geografie, geschiedenis, geloofsleer, cultuur, economie, politiek* (pp. 107-123). Nijmegen: SUN.
- Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden, Belgisch Staatsblad, 1 februari 2005.
- Bayer, R. (1994). AIDS prevention and cultural sensitivity: are they compatible? *The American Journal of Public Health, 84*(6), 895-898.
- Belgisch Staatsblad. (2013). 8 maart 2013 - Decreet betreffende de organisatie van hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Geraadpleegd op 7 maart 2019, via http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2013/04/11_1.pdf#Page41
- Benhaddou, K., & Le Roi, E. (2018). *Halal of niet? Alle vragen omtrent islam en onderwijs in Vlaanderen beantwoord*. Gent: Borgerhoff & Lamberigts.
- Bennani, J. (2010). Psychanalyse au Maroc. *Topique, 110*(1), 7-21. doi: 10.3917/top.110.0007

- Betancourt, J. R., Corbett, J., & Bondaryk, M. R. (2014). Addressing disparities and achieving equity: cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest*, *145*(1), 143-148. doi: 10.1378/chest.13-0634
- Beyens, K., Dirkzwager, A., & Korf, D. (2014). Detentie en gevolgen van detentie: onderzoek in Nederland en België. *Tijdschrift voor Criminologie*, *56*(2), 3-30. doi: 10.5553/TvC/0165182X2014056002001
- Beyens, K., & Tournel, H. (2010). Mijnwerkers of ontdekkingsreizigers? Het kwalitatieve interview. In T. Decorte & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 199-232). Leuven & Den Haag: Acco.
- Bijleveld, C. (2013). *Methoden en Technieken van Onderzoek in de Criminologie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Billiet, J., & Waege, H. (2008). *Een samenleving onderzocht: methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Antwerpen: Uitgeverij de boeck.
- Blom, J. D., Eker, H., Basalan, H., Aouaj, Y., & Hoek, H. W. (2010). Hallucinaties toegedicht aan djinns. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *154*(3), 121-124.
- Blom, J. D., & Hoffer, C. (2012). Djinns. In J. D. Blom, & I. E. C. Sommer (Red.), *Hallucinations: Research and Practice* (pp. 235-247). Boston: Springer.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. B. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bot, H. (2004). Werken met tolken in de geestelijke gezondheidszorg, een nieuwe gespreksvorm. *Tijdschrift klinische psychologie*, *34*, 129-136.
- Bot, H., & Verrept, H. (2010). Taalbijstand en culturele bemiddeling. In J. de Jong & S. Colijn (Red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 321-334). Utrecht: De Tijdstroom.
- Brosens, D., Croux, F., Vandevelde, S., Claes, B., & De Donder, L. (2017). Participatie van niet-Belgische gedetineerden in Vlaamse en Brusselse gevangnissen: Een helikopteroverzicht van acties en projecten. *Fatik: Tijdschrift voor strafbeleid en gevangeniswezen*, *34*(156), 4-15.
- Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2015). Participation in Prison Activities: An Analysis of the Determinants of Participation. *European Journal on Criminal Policy and Research*, *22*(4), 669-687. doi: 10.1007/s10610-015-9294-6
- Burr, V., & Dick, P. (2017). Social constructionism. In B. Gough (ed.), *The Palgrave Handbook of Critical Social Psychology* (pp. 59-80). Londen: Palgrave Macmillan.
- Chamberlain, A. W. (2011). Offender Rehabilitation: Examining Changes in Inmate Treatment Characteristics, Program Participation, and Institutional Behavior. *Justice Quarterly*, *29*(2), 183-228. doi: 10.1080/07418825.2010.549833
- Cho, R. M., & Tyler, J. H. (2013). Does Prison-Based Adult Basic Education Improve Postrelease Outcomes for Male Prisoners in Florida? *Crime & Delinquency*, *59*(7), 975-1005. doi: 10.1177/0011128710389588
- Chowdhury, N. (2016). Integration Between Mental Health-Care Providers and Traditional Spiritual Healers: Contextualising Islam in the Twenty-First Century. *Journal of Religion and Health*, *55*(5), 1665-1671. doi: 10.1007/s10943-016-0234-7
- Ciftci, A., Jones, N., & Corrigan, P. W. (2013). Mental Health Stigma in the Muslim Community. *Journal of Muslim Mental Health*, *7*(1), 17-32.

- Coyle, A., & Fair, H. (2018). *A Human Rights Approach to Prison Management: Handbook for Prison Staff (Third Edition)*. University of London: Institute for Criminal Policy Research.
- Crapanzano, V. (1973). *The Hamadsha: a study in Moroccan ethnopsychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Crewe, B. (2005). The sociology of imprisonment. In Y. Jewkes (ed.), *Handbook on prisons* (pp. 123-151). Cullompton: Willan Publishing.
- De Coninck, G., Cosyns, P., & Laurent, V. (2011). *Jaarverslag (2011-2014) van de Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen*. Brussel: Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen.
- Decorte, T. (2010). Kwalitatieve data-analyse in het criminologisch onderzoek. In T. Decorte & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 441-471). Leuven & Den Haag: Acco.
- Decreet van 8 maart 2013 betreffende de organisatie van hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, Belgisch Staatsblad, 11 april 2013.
- Dein, S., Alexander, M., & Napier, A. D. (2008). Jinn, Psychiatry and Contested Notions of Misfortune among East London Bangladeshis. *Transcultural Psychiatry*, 45(1), 31-55. doi: 10.1177/1363461507087997
- De Maesschalck, S. (z.d.). *Cultuursensitieve zorg in een palliatieve context* [PowerPoint-presentatie]. Geraadpleegd op 6 november 2019, via <https://www.nvkvv.be/file?fle=695556&ssn=1c5260b4d657c10387b22cc07bdadc55ff446283>
- Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (z.j.). *Hulp aan gedetineerden*. Geraadpleegd op 23 februari 2019, via <https://www.departementwvg.be/welzijn-en-samenleving-hulp-en-dienstverlening-aan-gedetineerden-hulp-en-dienstverlening-aan>
- Derluyn, I., Van Nuffel, J., Lion, L., Verberckmoes, S., De Ridder, J., & De Smet, S. (2015). Kwetsbare forensische groepen. In C. Wittouck, K. Audenaert, & F. Vander Laenen (Red.), *Handboek forensische gedragswetenschappen* (pp. 365-391). Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- De Wilde, S., Harte, J., & Denzel, D. (2015). Psychiatrische patiënten in detentie: het belang van etnische achtergrond. *PROCES*, 94(5), 288-301. doi: <http://dx.doi.org/10.5553/PROCES/016500762015094005003>
- Drieskens, B. (2008). *Living with djinns. Understanding and dealing with the invisible in Cairo*. Londen: Saqi Books.
- El-Islam, M. F. (2008). Arab Culture and Mental Health Care. *Transcultural Psychiatry*, 45(4), 671-682. doi: 10.1177/1363461508100788
- El-Islam, M. F., & Campbell, R. A. (2014). "Satan has afflicted me!" Jinn-possession and mental illness in the Qur'an. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 229-243. doi: 10.1007/s10943-012-9626-5
- Favril, L., & Dirkzwager, A. (2019). De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. *Tijdschrift voor Criminologie*, 61(1), 5-33. doi: 10.5553/tvc/0165182x2019061001001
- Favril, L., Vander Laenen, F., Vandeviver, C., & Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders,

- Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 19-28. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.10.005
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 200(5), 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. (2017). Gezondheidszorg in Belgische gevangenen: huidige situatie en toekomstige scenario's. Geraadpleegd op 21 oktober 2019, via https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_293As_Gezondheidszorg_Belgische_gevangenen_Synthese.pdf
- FOD Justitie. (2018). Jaarverslag 2017 Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen. Geraadpleegd op 19 november 2019, via https://justitie.belgium.be/sites/default/files/jaarverslag_dg_epi_2017.pdf
- Foronda, C. L. (2008). A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 207-212. doi: 10.1177/1043659608317093
- Gailly, A. (2000). *Ontmoeting met de cultureel 'andere'*. Jaargang 18, nr. 1. Brussel: Cultuur en Migratie vzw.
- Gallant, D., Sherry, E., & Nicholson, M. (2015). Recreation or rehabilitation? Managing sport for development programs with prison populations. *Sport Management Review*, 18(1), 45-56. doi: 10.1016/j.smr.2014.07.005
- Ghubash, R., & Eapen, V. (2009). Postpartum Mental Illness: Perspectives from an Arabian Gulf Population. *Psychological Reports*, 105(1), 127-136. doi: 10.2466/PR0.105.1.127-136
- Giannet, S. (2003). Cultural competence and professional psychology training: creating the architecture for change. *Journal of Evolutionary Psychology*, 24(3-4), 117-127.
- Guffens, H., Sempot, L., & Van Driessche, K. (2012). Basiswet interne rechtspositie gedetineerden: de opstart van de overlegorganen in de Belgische gevangenen. *Panopticon*, 33(2), 171.
- Hamdan, A. (2007). A Case Study of a Muslim Client: Incorporating Religious Beliefs and Practices. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 35(2), 92-100.
- Hayward, P. (1999). Culture and Mental Illness: A Client-Centered Approach. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 103-105.
- Heezen, S. (1987). De betekenis van culturele antropologie voor de psychiatrie. Benaderingswijze en toepassingsgebieden. In P. A. Q. M. Lamers (Red.), *Hulpverlening aan migranten: de confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu.
- Heine, S. J. (2016). *Cultural Psychology*. New York: W. W. Norton.
- Hellemans, A., Aertsen, I., & Goethals, J. (2009). Gevangenis en samenleving 2009: een externe evaluatie van het Vlaams Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. *Fatik: Tijdschrift voor Strafbeleid en Gevangeniswezen*, nr. 121, 17-22.
- Helman, C. G. (1981). Disease versus illness in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31(230), 548-552.
- Herbert MBE, A. (2015). Cultural competence in criminal justice: The right kind of training can play a helpful role. *Human Resource Management International Digest*, 23(5), 39-42. doi: 10.1108/HRMID-05-2015-0080

- Hermans, P. (2007). *De wereld van de djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen*. Amsterdam: Bulaaq.
- Hodge, D. R., Jackson, K. F., & Vaughn, M. G. (2010). Culturally sensitive interventions for health related behaviors among Latino youth: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1331–1337. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.05.002
- Hodge, D. R., Jackson, K. F., & Vaughn, M. G. (2012). Culturally Sensitive Interventions and Substance Use: A Meta-analytic Review of Outcomes among Minority Youths. *Social Work Research*, 36(1), 11–19. doi: 10.1093/swr/svs008
- Hoffer, C. (1994). *Islamitische genezers en hun patiënten: Gezondheidszorg, religie en zingeving*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Hoffer, C. (2000). *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland: een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Hoffer, C. (2005). ‘Psychose’ of ‘djinn’: verklaringmodellen en interculturele communicatie in de GGZ. *Patient Care/Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie*, 4, 141–146.
- Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Hughes, K. H., & Hood, L. J. (2007). Teaching Methods and an Outcome Tool for Measuring Cultural Sensitivity in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 57–62. doi: 10.1177/1043659606294196
- ‘Iyad A. Q. (2017). *Pilaren van de islam*. Den Haag: Stichting ’t Kennishuys.
- James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). Bureau of Justice Statistics Special Report: Mental health problems of prison and jail inmates. Geraadpleegd op 17 november 2018 via <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>
- Janssen, J. (2006). Multiculturaliteit achter tralies. *Tijdschrift voor Criminologie*, 49(2), 206–209.
- Johnson, L. M. (2008). A place for art in prison: Art as a tool for rehabilitation and management. *Southwest Journal of Criminal Justice*, 5(2), 100–120.
- Jones, L., Brookes, M., & Shuker, R. (2013). An Exploration of Cultural Sensitivity: The Experiences of Offenders Within a Therapeutic Community Prison. *Race and Justice*, 3(2), 144–158. doi: 10.1177/2153368713483324
- Kapoor, R., Dike, C., Burns, C., Carvalho, V., & Griffith, E. E. H. (2013). Cultural competence in correctional mental health. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 273–280. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.016
- Karim, S., Saeed, K., Rana, M. H., Mubbashar, M. H., & Jenkins, R. (2004). Pakistan mental health country profile. *International Review of Psychiatry*, 16(1-2), 83–92. doi: 10.1080/09540260310001635131
- Kastit, I., & Van Nuffel, J. (2008). De psychosociale dienst, ook expert in cultuur? *Panopticon*, 29(6), 48–51.
- 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.
- Kortmann, F. (2010). *Transculturele psychiatrie van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.

- Kromhout, M. (2002). *Marokkaanse jongeren in de residentiële hulpverlening: een exploratief onderzoek naar probleemvisies, interculturalisatie en hulpverleningsverloop*. Amsterdam: SWP Uitgeverij B.V.
- Kupers, T. A. (2005). Toxic masculinity as a barrier to mental health treatment in prison. *Journal of Clinical Psychology, 61*(6), 713-724. doi: 10.1002/jclp.20105
- Lippens, V., Nuytiens, A., & Scheirs, V. (2009). Different profiles, different pains! Diversiteit en detentiebeleving: nood aan een gedifferentieerde strafuitvoering? In T. Daems, P. Pletincx, L. Robert, V. Scheirs, A. van de Wiel, & K. Verpoest (Red.), *Achter Tralies in België* (pp. 113–144). Gent: Academia Press.
- Lippke, R. L. (2003). Prisoner access to recreation, entertainment and diversion. *Punishment & Society, 5*(1), 33–52. doi: 10.1177/1462474503005001045
- Littlewood, R. (2004). Possession states. *Psychiatry, 3*(8), 8-10. doi: 10.1383/psyt.3.8.8.43392
- Lopez, M. (2015). *Asiel en detentie, waar een hulpverlener zijn grenzen bereikt. Psychosociale ondersteuning van asielzoekers in een gesloten setting*. Antwerpen – Apeldoorn: Garant Uitgevers.
- Maher, N. (2017). 'Het spookt in mijn hoofd'. *Islamitische visie over psychische problemen* [PowerPoint-presentatie]. Geraadpleegd op 11 maart 2019, via http://www.hieronymus.be/wp-content/uploads/2013/08/Lezing_09-feb-2017.pdf
- Marin, G., Burhansstipanov, L., Connell, C. M., Gielen, A. C., Helitzer-Allen, D., Lorig, K., Morisky, D. E., Tenney, M., & Thomas, S. (1995). A research agenda for health education among underserved populations. *Health Education & Behavior, 22*(3), 346-363. doi: 10.1177/109019819402200307
- Martynowicz, A. (2016). Not so multicultural prison: Polish prisoners in a transitional prison system. *Criminology & Criminal Justice, 16*(3), 337-349. doi: 10.1177/1748895815599579
- Mefah, J. B. T. (2018). Jinn and its Effects on Muslim Society. *Global Journal of Archaeology & Anthropology, 6*(4), 1-3. doi: 10.19080/GJAA.2018.06.555694
- Meyvis, W., Roose, R., & Vander Laenen, F. (2012). Van private reclassering naar maatschappelijke dienstverlening aan justitiecliënteel. In R. Roose, F. Vander Laenen, I. Aertsen, & L. Van Garsse (Red.), *Handboek forensisch welzijnswerk: ontwikkeling, beleid, organisatie & praktijk* (pp. 27–46). Gent: Academia Press.
- Mier, N., Ory, M. G., & Medina, A. A. (2010). Anatomy of Culturally Sensitive Interventions Promoting Nutrition and Exercise in Hispanics: A Critical Examination of Existing Literature. *Health Promotion Practice, 11*(4), 541–554. doi: 10.1177/1524839908328991
- Mortelmans, D. (2010). Het kwalitatief onderzoeksdesign. In T. Decorte & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 75-118). Leuven & Den Haag: Acco.
- Motzki, H. (1997). Het ontstaan van het islamitisch recht. In H. Driessen (Ed.), *In het huis van de islam: geografie, geschiedenis, geloofsleer, cultuur, economie, politiek* (pp. 240-258). Nijmegen: SUN.
- Murata, S., & Chittick, W. C. (1996). *The Vision of Islam: The Foundations of Muslim Faith and Practice*. London: Tauris.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2014). *Q&A-lijst: Vijftien veel gestelde vragen over de DSM-5*. Geraadpleegd via <https://www.nvvp.net/home>

- O'Gorman, A., & Vander Laenen, F. (2010). Ethische aspecten van het kwalitatief onderzoek. In T. Decorte & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 531-557). Leuven & Den Haag: Acco.
- Padela, A. I., Killawi, A., Forman, J., Demonner, S., & Heisler, M. (2012). American Muslim perceptions of healing: key agents in healing, and their roles. *Qualitative health research*, 22(6), 846-858. doi: 10.1177/1049732312438969
- Pandolfo, S. (2018). *Knot of the soul: madness, psychoanalysis, Islam*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Paolucci, G., & Eid, C. (2012). *De islam en het Westen: 111 vragen aan Samir Khalil Samir*. Tielt: Lannoo.
- Paterson, N. (2013). Het Vlaamse Decreet hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: tussenhalte of eindstation? *Fatik: Tijdschrift voor strafbeleid en gevangeniswezen*, 31(138), 20-25.
- Perry, M. (2010). Muslims in Prison: Challenge and Change in Britain and France. *Immigrants & Minorities*, 28(1), 99-101. doi: 10.1080/02619281003612715
- Peters, R. (1997). De hedendaagse toepassing van het islamitisch recht. In H. Driessen (Ed.), *In het huis van de islam: geografie, geschiedenis, geloofsleer, cultuur, economie, politiek* (pp. 259-277). Nijmegen: SUN.
- Petkari, E. (2015). Explanatory models of mental illness: a qualitative study with Emirati future mental health practitioners. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(9), 738-752. doi: 10.1080/13674676.2015.1091447
- Pinto, D. (1994). *Interculturele communicatie: Dubbelperspectief door de drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen van cultuurverschillen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pinto, D. (2007). *Interculturele communicatie: Een stap verder*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Polfliet, K. (2009). De Vlaamse hulp- en dienstverlening aan gedetineerden of hoe de nieuwe wegen vaste vorm krijgen... In T. Daems, P. Pletinx, L. Robert, V. Scheirs, A. van de Wiel, & K. Verpoest (Red.), *Achter Tralies in België* (pp. 205–220). Gent: Academia Press.
- Primm, A. B., Osher, F. C., & Gomez, M. B. (2005). Race and Ethnicity, Mental Health Services and Cultural Competence in the Criminal Justice System: Are we Ready to Change? *Community Mental Health Journal*, 41(5), 557-569. doi: 10.1007/s10597-0056361-3
- Raad van Europa. (2006). *Commentary to Recommendation Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (2006)*. Geraadpleegd op 18 maart 2019, via <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>
- Raad van Europa. (2012). *Recommendation CM/Rec(2012)12 of the Committee of Ministers to member States concerning foreign prisoners (2012)*. Geraadpleegd op 18 maart 2019, via <https://pjp-eu.coe.int/documents/3983922/6970334/CMRec+%282012%29+12+concerning+foreign+prisoners.pdf/a13a6dc6-facd-4aaa-9cc6-3bf875ac8b0f>
- Rassool, G. H. (2015). Cultural Competence in Counseling the Muslim Patient: Implications for Mental Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 321-325. doi: 10.1016/j.apnu.2015.05.009
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 271– 290. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO

- Roysircar, G. (2003). Religious Differences: Psychological and Sociopolitical Aspects of Counseling. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 25(4), 255-267. doi: 10.1023/B:ADCO.0000005525.71147.e8
- Rypens, K. (2008). *Een verkenning van de traditionele Marokkaanse etiologie van psychische stoornissen. Aanzet om te komen tot een meer adequate psychodiagnostiek en doorverwijzing* [intern document]. Brussel: FOD Justitie.
- Sakat, A. A., Masruri, M., Dakir, J., & Abdullah, W. N. W. (2015). The Jinn, Devil and Satan: A Review on Qur'anic Concept. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(5), 540- 546. doi: 10.5901/mjss.2015.v6n5s1p540
- Sayed, M. A. (2003). Psychotherapy of Arab patients in the West: uniqueness, empathy, and "otherness". *American Journal of Psychotherapy*, 57(4), 445-459.
- Schlesinger, E. G., & Devore, W. (1995). Ethnic Sensitive Social Work Practice: The State of the Art. Special Issue on Social Work with Minority and Ethnic Groups. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 22(1), 29-58.
- Selten, J. P., Veen, N., Feller, W., Blom, J. D., Schols, D., Camoenië, W., Oolders, J., Van Der Velden, M., Hoek, H. W., Rivero, V. M. V., Van Der Graaf, Y., & Kahn, R. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 178(4), 367-372. doi: 10.1192/bjp.178.4.367
- Shirayev, E. B., & Levy, D. A. (2013). *Cross-Cultural Psychology: Critical Thinking and Contemporary Applications (5th ed.)*. Boston/New York: Pearson Education, Inc.
- Snacken, S., De Ron, A., & Tournel, H. (2009). *Aanbevelingen voor het optimaliseren van vorming, opleiding en arbeidstoeleiding binnen de gevangenen in Vlaanderen. Eindrapport 2009*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Snacken, S., Keulen, J., & Winkelmanns, L. (2004). *Buitenlanders in de Belgische gevangenen: knelpunten en mogelijke oplossingen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Stafford, B. (2005). The Growing Evidence for Demonic Possession: What Should Psychiatry's Response be? *Journal of Religion and Health*, 44(1), 13-30. doi: 10.1007/s10943-004-1142-9
- Stein, D. (2000). Views of mental illness in Morocco: Western medicine meets the traditional symbolic. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11), 1468-1470.
- Teixidor-Toneu, I., Martin, G. J., Puri, R. K., Ouhammou, A., & Hawkins, J. A. (2017). Treating infants with frigg: linking disease aetiologies, medicinal plant use and care-seeking behaviour in southern Morocco. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 13(4), 1-13. doi: 10.1186/s13002-016-0129-4
- Tzeferakos, G. A., & Douzenis, A. I. (2017). Islam, mental health and law: a general overview. *Annals of General Psychiatry*, 16, 1-6. doi: 10.1186/s12991-017-0150-6
- Vander Beken, T. (2015). Strafrechtsbedeling en wetsovertreders met een psychiatrische problematiek. In C. Wittouck, K. Audenaert, & F. Vander Laenen (Red.), *Handboek forensische gedragswetenschappen* (pp. 31-51). Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- van der Meer, Ph. J. (1978). Psychische ziekten bij Marokkaanse migranten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 122(41), 1555-1558.
- van der Meer, Ph. J. (1984). *Omgaan met Marokkanen: regels, omgangsvormen, het psychosociale gesprek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Van Haegendoren, M., Lenaers, S., & Valgaeren, E. (2001). *De Gemeenschap achter de tralies. Onderzoek naar de behoeften van gedetineerden aan maatschappelijke hulp- en dienstverlening*. Diepenbeek: SEIN, Limburg Universitair Centrum.
- Vanherk, G., & Paterson, N. (2011). Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden strategisch plannen: wat valt er te vieren, maar vooral: wat ligt er voor ons? *Fatik: Tijdschrift Voor Strafbeleid En Gevangeniswezen*, 29(132), 20–26.
- Vanherk, G. (2015). Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Strategische planning en beleidsaanpak. *Panopticon*, 36(6), 562-667.
- Vanheule, S. (2015). *Psychodiagnostiek anders bekeken: kritieken op de DSM: Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek*. Tiel: Lannoo Campus.
- van Nispen tot Pannerden, P. J. M. & van Stralen, A. C. M. (2009). *Culturele competentie: de verrijking door verschillen*. Assen: Van Gorcum.
- Veen, N., Riemersma, M., Rusting, T., Sarucco, M., Starmans, R., Zandi, T., Oud, M., Cronenberg, I., Meije, D., & Roman, A. (2015). *Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 6 november 2019, via https://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2016/04/AF1393-Cultuursensitief-Addendumbij-de-Multidisciplinaire-Richtlijn-MDR-Schizofrenie_Binnenwerk_Web.pdf
- Veling, W., Selten, J. P., Veen, N., Laan, W., Blom, J. D., & Hoek, H. W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: A four-year first-contact study. *Schizophrenia Research*, 86(1), 189-193. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.010
- Verenigde Naties. (1955). *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. Geraadpleegd op 19 februari 2019, via https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UN_Standard_Minimum_Rules_for_the_Treatment_of_Prisoners.pdf
- Verhaeghe, P. (2020). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Amsterdam: Prometheus.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024-1054. doi: 10.1080/01419870701599465
- Vlaamse Regering. (2000). *Strategisch plan van de Vlaamse Gemeenschap. Missie, krachtlijnen, ambities, strategieën en kritische succesfactoren*. Brussel: Interdepartementale Commissie Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Geraadpleegd op 24 februari 2019, via <http://wvg.vlaanderen.be/welzijnjustitie/gedetineerden/strategischplanhulpdienstverleningangedetineerden.pdf>
- Vlaamse Regering. (2015). *Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: Strategisch plan 2015-2020*. Geraadpleegd op 24 februari 2019, via https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/strap_gedetineerden_2015_2020_definitief.pdf
- Vyncke, V., Hanssens, L., Steenberghs, E., Willems, S., Mariën, D., & Jans, A. (2015). *Onderzoeksrapport 'Gezondheidsprofiel gedetineerden'*. Gent: Universiteit Gent. Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnszorg.
- Weatherhead, S., & Daiches, A. (2010). Muslim views on mental health and psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(1), 75-89. doi: 10.1348/147608309X467807

- Westrheim, K., & Manger, T. (2014). Iraqi Prisoners in Norway: Educational Background, Participation, Preferences and Barriers to Education. *Journal of Prison Education and Reentry*, 1(1), 6–19. <http://dx.doi.org/10.15845/jper.v1i1.593>
- Wolffers, I., & Bilthoven, T. E. (1984). Arts en samenleving: Profetische geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 128(20), 964-967.
- Youssef, J., & Deane, F. P. (2006). Factors influencing mental-health help-seeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(1), 43-66. doi: 10.1080/13674670512331335686
- Ypinazar, V. A., & Margolis, S. A. (2006). Delivering Culturally Sensitive Care: The Perceptions of Older Arabian Gulf Arabs Concerning Religion, Health, and Disease. *Qualitative Health Research*, 16(6), 773-787. doi: 10.1177/1049732306288469
- Zariouh, M. (2017). *Hoe kijken moslims naar psychisch welzijn?* [intern document]. Mechelen: Praktijk Hanswijk.
- Zeegers, M. (2017). *Ik was een van hen: drie jaar undercover onder moslims*. Amsterdam: Uitgeverij Podium.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Vraag tot toestemming aan het Directoraat-Generaal Penitentiaire Inrichtingen

KU LEUVEN

FACULTEIT SOCIALE WETENSCHAPPEN
PARKSTRAAT 45
3000 LEUVEN, BELGIE



Ellen Vermet
Leikendreef 4
8200 BRUGGE
E-mail: ellen.vermet@student.kuleuven.be
GSM: 0470/60 57 47

Leuven, 17 mei 2019

Marijke D'haeseleer
Dienst Managementondersteuning
Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen
Waterside
Willebroekkaai 33
1000 BRUSSEL

Aanvraag toegang tot de gevangenis voor onderzoek 'cultuursensitieve hulpverlening binnen detentie'

Geachte mevrouw D'haeseleer,

Mijn naam is Ellen Vermet, ik ben 24 jaar en afkomstig uit Brugge. In 2017 ben ik afgestudeerd als criminoloog en momenteel volg ik een master sociologie aan de KU Leuven. Voor mijn masterscriptie doe ik onderzoek naar de geestelijke gezondheid van en de psychische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine vanuit het perspectief van psychosociale hulpverleners en islamconsulenten/imams werkzaam binnen het Vlaamse gevangeniswezen. Ook wil ik nagaan welke mogelijkheden en beperkingen er bestaan op het vlak van cultuursensitieve hulpverlening aan de moslimgemeenschap binnen detentie en meer specifiek aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine. Mijn promotor bij deze studie is professor Veerle Draulans.

Voor mijn onderzoek ben ik op zoek naar psychosociale hulpverleners (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers etc.) en islamconsulenten/imams werkzaam binnen detentie die bereid zijn tot een semigestructureerd interview. Het interview kan zowel binnen als buiten de gevangenis plaatsvinden, afhankelijk van wat de respondent zelf verkiest. Het interview heeft betrekking op hun werk in de gevangenis. Meer specifiek zoek ik professionals werkzaam binnen de Brusselse gevangenissen (Sint-Gillis en Vorst) en binnen de gevangenis van Antwerpen, Merksplas en Brugge, gelet op de grootte van deze gevangenissen en de grote concentratie van gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine die daar verblijven.

Ik ben onder meer geïnteresseerd in het volgende:

In welke mate komen psychische problemen voor bij gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine?

Hoe manifesteren deze psychische problemen zich binnen detentie? bv. In welke mate worden psychische problemen toegeschreven aan een lichamelijke oorzaak? Is er sprake van attributie aan



bovennatuurlijke krachten, zoals djinns? Is er sprake van schaamtegevoelens omwille van het grote taboe dat rust op psychische problemen?

Hoe wordt door professionals werkzaam binnen detentie met deze psychische problemen omgegaan?

Wat is de visie van diverse professionals (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en islamconsulenten/imams) over het bestaande hulpverleningsaanbod binnen detentie en in hoeverre achten zij dit aanbod afgestemd op de psychische noden en behoeften van gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine? Of is er evt. een specifiek aanbod (specifieke activiteiten, programma's en andere structurele maatregelen) uitgewerkt voor deze doelgroep (of voor de moslimgemeenschap in het algemeen) binnen detentie?

Welke methoden/werkwijzen hanteren psychosociale hulpverleners en islamconsulenten/imams in het werken met gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine? In welke mate ervaren zij bepaalde uitdagingen of problemen in hun hulpverleningsrelatie met deze twee groepen en welke strategieën hanteren ze hierbij? (bv. taalbarrière, culturele verwachtingen met betrekking tot het geslacht van de hulpverlener, verschil in visie op psychische ziekte en behandeling etc.).

Welke mogelijkheden (interventies, methodieken, evt. samenwerkingsverbanden) suggereren psychosociale hulpverleners en islamconsulenten/imams om het psychisch welzijn (en zo de re-integratie) van deze twee groepen te bevorderen en welke beperkingen worden ervaren? Is er al dan niet sprake van wederzijdse samenwerking en overleg tussen psychosociale hulpverleners en islamconsulenten/imams met betrekking tot deze twee groepen?

Bij eventuele onduidelijkheid en/of wanneer u meer informatie wenst omtrent mijn onderzoek, ben ik steeds bereid u persoonlijk alle duiding te verschaffen.

Alvast hartelijk dank voor een spoedig antwoord!

Met vriendelijke groeten,

Ellen Vermet
Masterstudente sociologie

Professor Veerle Draulans
Genderstudies - Faculteit Sociale Wetenschappen
Centrum voor Sociologisch Onderzoek (CESO)

Bijlage 2. E-mail voor potentiële deelnemers

Geachte mevrouw, heer

Mijn naam is Ellen Vermet, ik ben in 2017 afgestudeerd als criminoloog en momenteel bezig met een master sociologie aan de KU Leuven. Ik ben zo vrij om u te contacteren in verband met mijn masterscriptie. Voor mijn masterscriptie doe ik onderzoek naar de geestelijke gezondheid van en de psychologische/psychiatrische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine vanuit het perspectief van psychosociale hulpverleners en islamconsulenten. Deze verkennende studie stelt zich tot doel een bijdrage te leveren aan een onderbelicht thema in de wetenschappelijke literatuur: de geestelijke gezondheid van en de geestelijke gezondheidszorg aan (etnisch-)culturele minderheden in een detentiecontext. Gelet op de aanwezigheid van een aanzienlijk aantal gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine in de Belgische gevangenispopulatie, werden deze twee groepen centraal gesteld. Mijn onderzoek werd reeds goedgekeurd door het DG EPI (*cf. bijlage*).

Ik ben onder meer geïnteresseerd in de islamitische en Maghrebijnse visie op psychische problemen en op het westerse hulpverleningsmodel, in welke mate psychische problemen voorkomen bij gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine, hoe deze zich binnen detentie manifesteren en hoe door professionals in de gevangenis met deze psychische problemen wordt omgegaan (In welke mate ervaren zij bepaalde uitdagingen en/of problemen in hun hulpverleningsrelatie met deze twee groepen? Is er binnen detentie al dan niet ruimte voor cultuursensitieve hulpverlening? In welke mate worden er specifieke gesprekstechnieken toegepast in de omgang met/hulpverlening aan deze gedetineerden? Welke mogelijkheden (interventies, methodieken, evt. samenwerkingsverbanden) suggereren psychosociale hulpverleners en islamconsulenten om het psychisch welzijn (en zo de re-integratie) van deze twee groepen te bevorderen en welke beperkingen worden ervaren? etc.).

Concreet ben ik dus op zoek naar psychosociale hulpverleners (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers...) en islamconsulenten werkzaam in de Vlaamse en Brusselse gevangenissen die bereid zijn tot een gesprek/interview over bovenvermeld onderwerp. Ik vroeg mij af of u mij zou kunnen helpen bij het vinden van dergelijke personen die ik zou kunnen bevragen? Het interview neemt +- 1,5 uur in beslag en vindt plaats op een locatie die voor de respondenten het best uitkomt. Uiteraard worden de onderzoeksresultaten op anonieme wijze verwerkt en wordt de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de gegevens in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.

Alvast hartelijk dank voor uw antwoord!

Met vriendelijke groeten,

Ellen Vermet
Masterstudente sociologie

Bijlage 3. Interviewschema

TOPICS	INTERVIEWVRAGEN	REFERENTIE
PERSOONLIJKE GEGEVENS	<ul style="list-style-type: none"> • Geslacht • Functie <ul style="list-style-type: none"> - <i>Psychosociale hulpverlener?</i> - <i>Gevangenisimam (islamconsulent)?</i> 	
GEESTELIJKE GEZONDHEID VAN GEDETINEERDEN VAN MAROKKAANSE EN ALGERIJNSE ORIGINE	<ul style="list-style-type: none"> • In welke mate is er sprake van een psychische problematiek <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>bij gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> 2) <i>bij gedetineerden van Algerijnse origine?</i> • Worden gedetineerden van Marokkaanse origine volgens u meer of minder geconfronteerd met psychische problemen in vergelijking met autochtone gedetineerden? (<i>Zelfde vraag stellen voor gedetineerden van Algerijnse origine</i>) • Indien meer of minder, wat is volgens u de reden hiervoor? • Wat zijn de meest voorkomende psychische klachten/problemen <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>bij gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> 2) <i>bij gedetineerden van Algerijnse origine?</i> 	<p>(Ali & Milstein, 2012; Barnoux & Wood, 2013; De Wilde, Harte, & Denzel, 2015; Jones et al., 2013; Selten, Veen, Feller, Blom, Schols, Camoenië, Oolders, Van Der Velden, Hoek, Rivero, Van Der Graaf, & Kahn, 2001; Veling, Selten, Veen, Laan, Blom, & Hoek, 2006).</p> <p>(Al-Habeeb, 2003; Ally & Laher, 2008; Bennani, 2010; Blom et al., 2010; De Coninck, Cosyns, & Laurent, 2011; El-Islam, 2008; Fazel & Seewald, 2012; Maher, 2017; Vyncke, Hanssens, Steenberghs, Willems, Mariën, & Jans, 2015).</p>
CULTURELE/RELIGIEUZE BETEKENISGEVING AAN EN UITING	<ul style="list-style-type: none"> • Op welke wijze worden psychische problemen/klachten geuit 	

<p>VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN BINNEN DETENTIE</p>	<p><i>1) door gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) door gedetineerden van Algerijnse origine?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke betekenis/verklaring wordt aan de psychische problemen/klachten toegekend <i>1) door gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) door gedetineerden van Algerijnse origine?</i> <p>Somatisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welke mate worden psychische problemen geuit als lichamelijke klachten? <i>1) door gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) door gedetineerden van Algerijnse origine?</i> • Om welke lichamelijke klachten gaat het meestal? <i>1) bij gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) bij gedetineerden van Algerijnse origine?</i> <p>Externalisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welke mate worden psychische problemen opgevat als een straf van God (bv. omwille van een gebrekkig geloof/twijfelen aan God) <i>1) door gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) door gedetineerden van Algerijnse origine?</i> • In welke mate worden psychische problemen opgevat als een test/beproeving van God <i>1) door gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) door gedetineerden van Algerijnse origine?</i> 	<p>(Chowdhury, 2016; Dein et al., 2008; Ghubash & Eapen, 2009; Rassool, 2015; Stafford, 2005).</p> <p>(Abu-Ras et al., 2008; Al-Habeeb, 2003; Al-Krenawi & Graham, 2000; Chowdhury, 2016; Ciftci et al., 2013; El-Islam, 2008; Maher, 2017; Rassool, 2015).</p> <p>(Dein et al., 2008; Maher, 2017).</p> <p>(Abu-Ras et al., 2008; Ciftci et al., 2013; Rassool, 2015; Weatherhead & Daiches, 2010).</p>
---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • In welke mate worden psychische problemen geattribueerd aan bovennatuurlijke krachten/een metafysische oorzaak? <i>1) door gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) door gedetineerden van Algerijnse origine?</i> • Om welke bovennatuurlijke/metafysische krachten gaat het meestal? 	<p>(Al-Habeeb, 2003; Ally & Laher, 2008; Bennani, 2010; Blom & Hoffer, 2012; Crapanzano, 1973; Dein, Alexander, & Napier, 2008; Drieskens, 2008; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2005, 2009; Karim, Saeed, Rana, Mubbashar, & Jenkins, 2004; Littlewood, 2004; Maher, 2017; Meftah, 2018; Rypens, 2008; Sakat et al., 2015; Stein, 2000; Wolffers & Bilthoven, 1984).</p>
<p>HET TABOE OP PSYCHISCHE PROBLEMEN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG BINNEN DE MOSLIMGEMEENSCHAP</p>	<p>Houding</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe staan gedetineerden van Marokkaanse origine volgens u tegenover psychologische/psychiatrische hulpverlening? (<i>Zelfde vraag stellen voor gedetineerden van Algerijnse origine</i>) <p>Taboe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kunt u iets vertellen over het taboe dat rust op psychische problemen binnen de moslimgemeenschap? • In welke mate ervaart u dit/merkt u dit op doorheen de hulpverlening <i>1) aan gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) aan gedetineerden van Algerijnse origine?</i> <p>Schaamte</p>	<p>(Rypens, 2008).</p> <p>(Ciftci et al., 2013).</p> <p>(Blom et al., 2010; Blom & Hoffer,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> In welke mate merkt u gevoelens van schaamte op (in geval van psychische problemen) <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>bij gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> 2) <i>bij gedetineerden van Algerijnse origine?</i> 	<p>2012; Ciftci et al., 2013; Dein et al., 2008; El-Islam, 2008; Rassool, 2015).</p>
<p>BESTAANDE HULPVERLENINGSAANBOD BINNEN DETENTIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kunt u iets vertellen over het bestaande hulpverleningsaanbod binnen detentie? In welke mate acht u het bestaande hulpverleningsaanbod afgestemd op de noden en behoeften <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>van gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> 2) <i>van gedetineerden van Algerijnse origine?</i> In welke mate is er een specifiek hulpverleningsaanbod (specifieke activiteiten, programma's) uitgewerkt voor <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> 2) <i>gedetineerden van Algerijnse origine?</i> Kunt u iets vertellen over de participatie aan psychische hulpverlening <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>van gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> 2) <i>van gedetineerden van Algerijnse origine?</i> - Indien hoge participatie - <i>Mogelijke reden(en)?</i> - Indien lage participatie - <i>Mogelijke reden(en)?</i> In welke mate wordt gevraagd naar een imam/islamconsulent? <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>door gedetineerden van Marokkaanse origine met psychische problemen?</i> 2) <i>door gedetineerden van Algerijnse origine met psychische problemen?</i> 	<p>(Barnoux & Wood, 2013; Lippens, Nuytiens, & Scheirs, 2009; Martynowicz, 2016; Westrheim & Manger, 2014).</p> <p>(Chamberlain, 2011; Jones, Brookes, & Shuker, 2013; Martynowicz, 2016; Westrheim & Manger, 2014).</p> <p>(Abu-Ras et al., 2008; Bennani, 2010; Blom et al., 2010; Blom & Hoffer, 2012; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2005, 2009; Maher, 2017; Rassool,</p>

		2015; Weatherhead & Daiches, 2010; Wolffers & Bilthoven, 1984).
<p>VERWACHTINGEN VAN DE PSYCHOLOGISCHE/PSYCHIATRISCHE HULPVERLENING BINNEN DETENTIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn volgens u de verwachtingen die gedetineerden van Marokkaanse origine hebben van de psychologische/psychiatrische hulpverlening binnen detentie? <i>(Zelfde vraag stellen voor gedetineerden van Algerijnse origine)</i> • In welke mate merkt u hier een verschil op met de verwachtingen van autochtone gedetineerden? 	<p>(Al-Krenawi & Graham, 2000; Ally & Laher, 2008; Blom & Hoffer, 2012; El-Islam, 2008; Hosper, Konijn, & Vollebergh, 2001; Janssens et al., 2005; Timmerman & Vanderwaeren, 2001).</p>
<p>BARRIERES BIJ HET ZOEKEN NAAR PSYCHOLOGISCHE/PSYCHIATRISCHE HULPVERLENING</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In welke mate zijn er barrières aanwezig die gedetineerden van Marokkaanse origine weerhouden om psychische hulp te zoeken? <i>(Zelfde vraag stellen voor gedetineerden van Algerijnse origine)</i> • Indien barrières, welke zijn dan volgens u de belangrijkste? 	<p>(Abu-Ras et al., 2008; Ali & Milstein, 2012; Al-Krenawi & Graham, 2000; Ciftci et al., 2013; Chowdhury, 2016; El-Islam, 2008; Hermans, 2007; Janssen, 2006; Jones et al., 2013; Maher, 2017; Rassool, 2015; Sayed, 2003; Snacken et al., 2004; Weatherhead & Daiches, 2010; Youssef & Deane, 2006).</p>
<p>DE EIGENLIJKE HULPVERLENING AAN GEDETINEERDEN VAN MAROKKAANSE EN ALGERIJNSE ORIGINE</p>	<p>Methode/werkwijze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe gaat u om met psychische problemen <i>1) bij gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) bij gedetineerden van Algerijnse origine?</i> • In welke mate hanteert u dezelfde of een andere methode/werkwijze (bv. specifieke gesprekstechnieken) in 	

	<p>vergelijking met autochtone gedetineerden? (Vraag voor hulpverleners)</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welke mate informeert u naar het belang dat de gedetineerde hecht aan religie? (Vraag voor hulpverleners) • In welke mate besteedt u aandacht aan religieuze/culturele betekenissen/verklaringsmodellen? - Bv.: <i>In welke mate houdt u hier rekening mee bij de diagnose?</i> - Bv.: <i>In welke mate integreert u bepaalde islamitische overtuigingen en praktijken in het hulpverleningsproces/de eigenlijke behandeling?</i> (Vraag voor hulpverleners) • In welke mate doet u een beroep op de tussenkomst van een imam/islamconsulent (ter vervanging of aanvulling van de reguliere behandeling) <i>1) in geval van gedetineerden van Marokkaanse origine met psychische problemen?</i> <i>2) in geval van gedetineerden van Algerijnse origine met psychische problemen?</i> (Vraag voor hulpverleners) • Wat is volgens u de reden(en) hiervoor? • In welke mate treedt u op/komt u tussen in geval van psychische problemen <i>1) bij gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> <i>2) bij gedetineerden van Algerijnse origine?</i> (Vraag voor imams/islamconsulenten) • Welke methode/werkwijze past u meestal toe in geval van psychische problemen (bv. 	<p>(Abdel-Khalek, 2011; Abu-Ras et al., 2008; Ally & Laher, 2008; Hamdan, 2007; Maher, 2017; Rassool, 2015; Weatherhead & Daiches, 2010; Ypinazar & Margolis, 2006).</p> <p>(Abu-Ras et al., 2008; Ali & Milstein, 2012; Blom et al., 2010; Blom & Hoffer, 2012; Chowdhury, 2016; Ciftci et al., 2013; Dein et al., 2008; Ghubash & Eapen, 2009; Kapoor et al., 2013; Padela, Killawi, Forman, Demonner, & Heisler, 2012; Rassool, 2015).</p>
--	---	---

	<p>depressie, psychotische klachten, angststoornissen...)</p> <p>1) bij gedetineerden van Marokkaanse origine?</p> <p>2) bij gedetineerden van Algerijnse origine? (Vraag voor imams/islamconsulenten)</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welke mate verwijst u door naar de professionele psychiatrische of psychologische hulpverlening? 1) bij gedetineerden van Marokkaanse origine? 2) bij gedetineerden van Algerijnse origine? (Vraag voor imams/islamconsulenten) • Wat is volgens u de reden(en) hiervoor? • In welke mate heeft u kennis van psychische problemen en stoornissen? (Vraag voor imams/islamconsulenten) • Hoe staat u tegenover een opleiding/training rond psychische problemen en stoornissen? (<i>Met betrekking tot het herkennen en de aanpak van een psychische problematiek</i>) (Vraag voor imams/islamconsulenten) • In welke mate is er sprake van wederzijds overleg en informatie-uitwisseling (<i>tussen imam/islamconsulent en de reguliere hulpverlening binnen detentie</i>)? (Vraag voor zowel imams als hulpverleners) • Indien wederzijds overleg en informatie-uitwisseling, hoe ervaart u dit? (Vraag voor zowel imams als hulpverleners) <p>Het belang van de familiale context binnen de moslimgemeenschap (i.h.b. bij ziekte)</p>	<p>(Blom et al., 2010; Dein et al., 2008; Hermans, 2007; Hoffer, 1994, 2000, 2009; Maher, 2017).</p> <p>(Abu-Ras et al., 2008; Ciftci et al., 2013; Rassool, 2015).</p> <p>(Abu-Ras et al., 2008; Ciftci et al., 2013; Rassool, 2015).</p> <p>(Abu-Ras et al., 2008; Ali & Milstein, 2012; Blom et al., 2010; Blom & Hoffer, 2012; Rassool, 2015).</p>
--	---	--

- In welke mate worden familieleden betrokken in het hulpverleningsproces?
1) familieleden van gedetineerden van Marokkaanse origine?
2) familieleden van gedetineerden van Algerijnse origine?
- Indien betrokken, hoe gebeurt dit?

(Al-Krenawi & Graham, 2000; El-Islam, 2008).

Beleving van de eigenlijke psychologische/psychiatrische hulpverlening

- Hoe ervaart u de psychische hulpverlening
1) aan gedetineerden van Marokkaanse origine?
2) aan gedetineerden van Algerijnse origine?
- In welke mate ervaart u de psychische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse origine gelijkaardig of verschillend aan de hulpverlening aan autochtone gedetineerden?
- Op welke vlakken gelijkaardig?
- Op welke vlakken verschillend?
(Zelfde vraag stellen voor gedetineerden van Algerijnse origine)

(Ali & Milstein, 2012; Al-Krenawi & Graham, 2000; Blom et al., 2010; El-Islam, 2008; Maher, 2017; Rassool, 2015).

(Blom et al., 2010; Blom & Hoffer, 2012; Dein et al., 2008; Favril, Vander Laenen, Vandeviver, & Audenaert, 2017; Fazel & Seewald, 2012; Giannet, 2003; Hamdan, 2007; James & Glaze, 2006; Kapoor et al., 2013; Roysircar, 2003).

Mogelijkheden voor cultuursensitief werken *intra muros* (het aanbieden van psychische hulpverlening ‘op maat’)

- Welke mogelijkheden ziet u binnen een detentiecontext om het psychisch welzijn te bevorderen
1) van gedetineerden van Marokkaanse origine?
2) van gedetineerden van Algerijnse origine?

	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u aanbevelingen voor de psychologische/psychiatrische hulpverlening binnen detentie <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>aan gedetineerden van Marokkaanse origine?</i> 2) <i>aan gedetineerden van Algerijnse origine?</i> • Hoe denkt u over cultuursensitief werken/cultuursensitieve hulpverlening binnen detentie? <ul style="list-style-type: none"> <i>Hoe stelt u zich dat voor?</i> • In welke mate worden er opleidingen/vorming aangeboden rond cultuursensitief werken in een detentiecontext? • In welke mate worden er opleidingen/vorming aangeboden rond de culturele en religieuze aspecten van de islam? 	<p>(Al-Krenawi & Graham, 2000; Blom et al., 2010; Blom & Hoffer, 2012; Dein et al., 2008; Janssen, 2006; Jones et al., 2013; Maher, 2017; Rassool, 2015; Resnicow et al., 2000; Snacken, Keulen, & Winkelmanns, 2004).</p>
--	--	--

Bijlage 4. *Informed consent*

Geïnformeerde toestemming

Titel van het onderzoek:

De geestelijke gezondheid van en de psychische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine vanuit het perspectief van psychosociale hulpverleners en gevangenisimams

Een explorerend kwalitatief onderzoek in Vlaamse en Brusselse gevangenis

Naam + contactgegevens onderzoeker:

Ellen Vermet

E-mail: ellen.vermet@student.kuleuven.be

GSM: 0470/60 57 47

Doel van het onderzoek:

Dit onderzoek stelt zich in eerste instantie tot doel een bijdrage te leveren aan een onderbelicht thema in de wetenschappelijke literatuur. Deze studie vormt een belangrijke eerste stap in het in kaart brengen van de visie, ervaring en beleving van psychosociale hulpverleners en gevangenisimams in het werken met gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine. Daarnaast poogt dit onderzoek een aantal aanbevelingen te formuleren inzake cultuursensitieve bejegening van deze doelgroep.

Gelet op de aanwezigheid van een aanzienlijk aantal gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine in de Belgische gevangenispopulatie, werden deze twee groepen centraal gesteld in deze studie.

Methodologie:

De data worden verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews met psychosociale hulpverleners (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers...) en islamconsulenten/imams werkzaam binnen het Vlaamse en Brusselse gevangeniswezen.

Duur van het interview:

+/- 1,5 uur

- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
- Ik weet dat ik zal deelnemen aan een bevraging over mijn eigen ervaringen als professional werkzaam binnen het Vlaamse of Brusselse gevangeniswezen (en meer specifiek in het werken met gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine), over mijn visie op de psychologische/psychiatrische hulpverlening binnen detentie (o.a. het bestaande hulpverleningsaanbod) en over de mogelijkheden en beperkingen van een cultuursensitief

hulpverleningsaanbod (hulpverlening op maat) aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine.

➤ Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen enkel nadeel voor mij mag/zal ontstaan.

➤ Ikzelf of anderen kunnen baat bij dit onderzoek hebben op volgende wijze:

De onderzoeksresultaten kunnen mogelijk bijdragen aan een verbetering van de omkadering door professionele psychologische/psychiatrische hulpverlening en meer specifiek aan de uitbouw van cultuursensitieve hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine (hulpverlening op maat van de gedetineerde, afgestemd op zijn specifieke kenmerken en behoeften).

➤ De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.

➤ Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek. De onderzoeker mag mij hiervoor contacteren op het volgende e-mailadres:

...

➤ Voor vragen, opmerkingen of eventuele bezorgdheden omtrent deze studie kan ik contact opnemen met:

Ellen Vermet (onderzoeker)

E-mail: ellen.vermet@student.kuleuven.be

GSM: 0470/60 57 47

Professor Veerle Draulans (promotor)

E-mail: veerle.draulans@kuleuven.be

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

Datum:

Naam en handtekening respondent

Naam en handtekening onderzoeker

Bijlage 5. Extra citaten bij de onderzoeksbevindingen

8.1 Gedetineerden van Maghrebijnse of Noord-Afrikaanse origine

Citaat 1: *“Vaak hebben ze de Belgische nationaliteit. Ik vraag ook bij aanmelding welke nationaliteit ze hebben, als ik zie dat ze een Arabische naam hebben. Dan vraag ik waar hun ouders vandaan zijn gekomen, wanneer ze in België zijn aangekomen... Om een beetje een beeld te krijgen.”* – respondent 17

Citaat 2: *“[...] Ik ben nu wel zelf van Marokkaanse origine, maar de Maghreb op zich, zeker als het gaat over Marokko en Algerije, buiten dat Algerije werd gekoloniseerd voor 120 jaar door de Fransen is er weinig verschil tussen beide landen. Beide zijn Malikitisch. Op psychologisch vlak vertrekt men vanuit dezelfde basis, bestaan er dus geen grote verschillen. Marokko is nog heel traditioneel, bijgeloof komt daar heel vaak voor, misschien ietske meer dan bij Algerijnen.”* – respondent 4

8.2 Psychopathologie bij gedetineerden van Maghrebijnse origine

8.2.1 Omvang en aard van psychische gezondheidsproblemen

Citaat 3: *“[...] Een andere groep is eigenlijk een klassieke groep die een afhankelijkheidsproblematiek heeft, dus eigenlijk een drugproblematiek en van daaruit psychotisch decompenseren of andere problemen ontwikkelen. Bij een deel zien we ook dat het samenhangt met traumatische ervaringen, maar dat is niet bij iedereen het geval.”* – respondent 7

Citaat 4: *“In eerste instantie zijn het eigenlijk druggerelateerde problemen. [...] Volgens de klassieke termen ook antisociale persoonlijkheden.”* – respondent 1

Citaat 5: *“[...] Ik merk ook zelf in mijn gesprekken dat we heel vaak botsen op een onderliggende thematiek van trauma, trauma's opgelopen tijdens de kindertijd. Ook depressie en persoonlijkheidsstoornissen komen voor.”* – respondent 6

Citaat 6: *“[...] Zaken die ze zien of horen die er niet zijn, bijvoorbeeld iemand die de engel Gabriel dagelijks ontmoet. Angstaanvallen die ze in het midden van de nacht krijgen, vaak heeft dat te maken met posttraumatische stress. Nachtmeries, angstaanvallen, depressie...”* – respondent 22

Citaat 7: *“In echte psychiatrie, in psychologische problemen, zie ik geen verschil tussen autochtone gedetineerden en Marokkaanse gedetineerden voor wat betreft de echte klassieke DSM-problemen. Dat zij wel worstelen met identiteitsproblemen, meer dan Belgische gedetineerden, daar ben ik het wel absoluut over eens. Volgens mij is identiteitsverwarring geen DSM-criterium. Als je naar DSM-criteria kijkt, zie ik weinig verschillen.”* – respondent 1

Citaat 8: *“Alle gedetineerden die wij zien hebben een psychische problematiek. En wij zien een groep mensen van Belgische origine, maar wij zien ook een groep mensen van Maghrebijnse origine. En ik kan niet zeggen dat die meer of minder problematiek hebben.”* – respondent 16

Citaat 9: *“We hebben hier wel wat mensen die psychose-gevoelig zijn, in sommige gevallen gaat dat om een schizofreen proces, vaak is dat ook drugs geïnduceerd. Maar of dat er statistisch gezien meer mensen met een psychiatrische problematiek of met een psychose zijn uit die landen, daar durf ik geen antwoord op geven.”* – respondent 8

Citaat 10: *“Dat is een populatie die echt onder druk staat. Racistisch gedrag door mensen van buiten of van agenten [penitentiair beambten] in de gevangenis, dat kan een invloed hebben op uw geestelijke gezondheid en indirect tot psychische problemen leiden.”* – respondent 20

Citaat 11: *“Wat je natuurlijk wel ziet, is dat deze groep bijvoorbeeld geconfronteerd wordt met racisme en discriminatie wat vaak ook een grote impact heeft op iemand zijn identiteitsontwikkeling en op zijn welbevinden, wat mogelijk ook tot psychische problemen kan leiden. Dus in die zin, denk ik dat er wel noden zitten die soms wat anders kunnen zijn dan bij autochtone gedetineerden.”* – respondent 6

8.2.2 Omgaan met psychische gezondheidsproblemen

8.2.2.1 Ontkenning

Citaat 12: *“Ik heb eigenlijk nog geen enkele ex-gedetineerde of gedetineerde doorverwezen gekregen die inzicht had in zijn probleem. Dat begon allemaal met ontkenning.”* – respondent 3⁵⁶

Citaat 13: *“Sommige mensen willen niet toegeven dat er een psychologisch probleem is. [...] Dit maken we wel vaak mee, dat er gewoon mensen zijn die dit in de doofpot steken en dat ze er totaal niet over willen spreken. Het ergste is natuurlijk als dit ook door de ouders in de hand wordt gewerkt. Dat ze gewoon ontkennen en zelfs de hulp weigeren. Dan vormen ze een muur en geraak je daar niet meer door.”* – respondent 24

8.2.2.2 Somatisatie

Citaat 14: *“Eerder wel somatisch. Alé, dat ze gemakkelijker hoofdpijn hebben of last en dan een heel vaag beeld van draaien rond de buik. [...] Zo die dingen en dat het veel moeilijker is om andere zaken soms te bespreken.”* – respondent 18

8.2.2.3 Externalisatie

Citaat 15: *“Wel dat ze de reden van hun slecht voelen wel heel gemakkelijk op de dingen rondom hen gaan leggen. Er is bijna nog een grotere drift dan onder mijn andere cliënten van: “het is de schuld van het gevang en dat marcheert hier niet en ik voel mij slecht en gij moet mij hieruit halen!” En zo heel weinig eigen aandeel.”* – respondent 14

Citaat 16: *“Afhankelijk van tot welke culturele referentiegroep je behoort, bestaat er specifieke taal om bepaalde klachten te uiten. [...] En of je het gaat psychologiseren, dat heeft te maken met of het erkend wordt in uw referentiegroep en of het geen taboe is. Maar wat er wel bestaat, is het uitdrukken via de religieuze verklaringsmodellen die al wel bestaan, waar men wel al een kader voor heeft. Wat wij een psychose noemen in de medische wereld, wordt in veel culturen ‘bezetenheid’ genoemd. De symptomen worden daar ook op dezelfde manier beschreven.”* – respondent 3

Citaat 17: *“Djinn ga je niet bij iedereen horen hoor, dat is bij mensen die echt zware problemen hebben. Dus gewoon als iemand een nachtmerrie heeft gehad, dan gaat hij niet over djinn beginnen spreken. Maar mensen die echt zware problemen hebben, psychose enzovoort, die gaan dan vaker over djinns spreken.”* – respondent 22

Citaat 18: *“Bij de mannen die dan echt een geestesstoornis hebben, in de zin van psychotisch of die zaken, daar heb je wel meer dat aspect. Mensen die dan stemmen horen ofzo, gaan dan ook al gemakkelijker zeggen van: “het is een djinn die mij beïnvloed heeft”. Omdat ze geen andere verklaring direct kunnen vinden voor wat er juist gebeurd is.”* – respondent 18

Citaat 19: *“Het komt wel voor, absoluut, het is er wel en zeker wat betreft het boze oog, omdat het effect ervan veel minder is dan zwarte magie of bezetenheid. Ik zou zeggen, eerst het boze oog, dan bezetenheid en dan zwarte magie, in die lijn.”* – respondent 24

Citaat 20: *“Soms merk je wel dat mensen zeggen van: “dit is hetgeen dat mij gegeven is en daar moet ik mee verder”. ‘Straf van God’ heb ik nog niet vaak horen uitspreken, maar wel van, dat ze zoiets hebben van: “Hier moet ik mee leven, dit is wat mijn pad is, dat is hetgeen dat voorzien is voor mij”. [...]”* – respondent 8

Citaat 21: *“[...] De meeste mensen gaan dat zien als een beproeving van God en niet als een straf van God. Dat hangt ook af van persoon tot persoon. Iemand die goed bezig is en zo’n probleem heeft gehad, zal dit zien als een beproeving: “ik word gewoon beproefd door God en ik moet gewoon sterk blijven”. Iemand die slecht bezig is of denkt dat hij slecht bezig is, gaat dat misschien wel zien als een straf. Maar niet in de zin dat hij gedoemd is ofzo, maar: “nu is het tijd om wakker te worden, te stoppen en mijn leven te veranderen”. Dus meer als een waarschuwing eigenlijk.”* – respondent 22

Citaat 22: *“[...] Bij de jongere generatie, zeker als ze naar een therapeut komen, dan beginnen ze met de psychologische taal en afhankelijk van de problematiek zal daar dan al dan niet het bovennatuurlijke ook bijkomen. Maar het is iets dat altijd bestaat als aanwezig, een te raadplegen referentiekader.”* – respondent 3

⁵⁶ Met een migratieachtergrond.

Citaat 23: *“Ik denk dat je nog een pak dark number hebt, omdat gedetineerden weten of gaan pas met die verklaringen afkomen wanneer ze absoluut zeker zijn als ze dit in vertrouwen kunnen zeggen en dat ze niet nog zotter gaan genoemd worden als dat ze zijn.”* – respondent 1

Citaat 24: *“[...] Het komt voor, absoluut. Deze gedetineerden praten er niet vaak over met psychologen, omdat ze er zich bewust van zijn dat psychologen dat niet begrijpen.”* – respondent 22

Citaat 25: *“Ne keer dat ze tot bij mij komen, wil dat al zeggen dat ze er al iets meer voor open staan, dan al degenen die niet tot bij mij geraken. En aangezien dat we zo'n grote groep missen... Dat is zo'n beetje een aanvoelen, maar we weten dat dat minder goed matcht hé...”* – respondent 14

8.3 Gedetineerden van Maghrebijnse origine vs. het westerse hulpverleningsmodel

8.3.1 De houding van gedetineerden van Maghrebijnse origine tegenover psychologische of psychiatrische hulpverlening

8.3.1.1 Onbekendheid

Citaat 26: *“Onbekend is ook onbemind, men weet er heel weinig over. De psychologie is niet echt een materie dat echt door en door gekend is. [...] Je moet het kunnen uitleggen met heel menselijke taal, zonder mensen af te schrikken, want al die termen en al die dingen...”* – respondent 4

Citaat 27: *“Kennen jullie het verschil tussen een psycholoog en therapeut? Want ik ben therapeut, ik ben geen psycholoog, ik ben geen dokter. Maar ze noemen mij wel dokter. [...] Er hangt een heel raar beeld rond hulpverlening en psychologische hulpverlening.”* – respondent 5

8.3.2 Barrières om psychische hulp te zoeken *intra muros*

8.3.2.1 Taalbarrière

Citaat 28: *“De informatie geraakt niet snel bij die mensen hé. [...] Degenen die geen Nederlands spreken, voor die mensen is dat sowieso zo hé. Het enige wat ze krijgen is een infobrochure in het Arabisch eventueel of in het Frans en daarin staat wat allemaal van hen verwacht wordt en bezoek enzovoort en dat is het. En voor de rest weten ze niet welke hulp er eigenlijk is binnen de gevangenis... Dus die weten alleen hetgeen wat ze nodig hebben om te overleven en voor de rest niets.”* – respondent 22

8.3.2.2 Taboe op psychische gezondheidsproblemen en hulpverlening

Citaat 29: *“Dat is een groot taboe. [...] Mensen proberen dus echt niet over psychische problemen te praten. En als het teveel wordt, dan is er vaak sprake van djinns of zwarte magie enzovoort, maar nooit van een psychisch probleem. Terwijl in de meeste gevallen is het wel een psychisch probleem.”* – respondent 22

Citaat 30: *“Hij praat nu wel over zijn emoties bij mij, maar hij zegt dat hij daar vaak van verschiet dat hij dat doet. [...] Hij gaat nooit denk ik toegeven als het echt echt niet gaat, hij zegt dat ook zelf van: “ge gaat mij nooit horen wenen”. Hij toont dat niet snel aan anderen, omdat ze ook zo opgevoed zijn om dat niet te doen.”* – respondent 13

Citaat 31: *“Mijn cliënt zegt dat ook: “Oeh... Bij ons naar een psycholoog gaan, dat gebeurt NOOIT en moest ik niet in de gevangenis zitten, ik zou dat ook NOOIT doen!”* – respondent 13

8.3.2.3 Angst voor stigmatisering

Citaat 32: *“[...] Angst om geïnterneerd te worden en dat geïnterneerd tot daar toe, maar vooral dat ‘stigma’. Zo van: “ik ben liever crimineel dan dat ik een psychiatrische patiënt ben”. Dat vind ik confronterend... Zo van, ja, ik wil hier niet als ‘zot’ beschouwd worden.”* – respondent 7

8.3.2.4 Schande voor de familie

Citaat 33: *“Men heeft dikwijls al heel veel gedaan thuis om dat een beetje te bedekken, om dat zelf op te vangen totdat het niet meer gaat en dan komen ze in een straatje terecht van criminele feiten en dan is het zo van: “los het op! Nu is het aan de maatschappij om zijn verantwoordelijkheid te nemen”. [...]” – respondent 23*

8.3.2.5 Traditioneel verklaringsmodel

Citaat 34: *“De grootste barrière denk ik is gewoon het feit dat ze weten dat de persoon met wie ze spreken hun probleem niet begrijpt of niet gaat begrijpen, gewoon omdat de samenleving daar heel anders naar kijkt. En daarom gaan ze nooit over die problemen praten...” – respondent 22*

Citaat 35: *“Ik heb ooit eens een gast gehad en bij een cel-controle wordt er onder zijn hoofdkussen een zakje met een wit poeder aangetroffen. Het wordt in beslag genomen, er wordt politie op gestuurd en die man moet bij de directeur komen. De directeur vraagt: “wat is dat?” Waarop die man antwoordt: “dat is zout”. Niemand geloofde hem. “Waarom leg jij zout onder uw hoofdkussen?” “Dat kan ik niet zeggen, dat kan ik echt niet zeggen”, zei die man. Ik kende die man goed, ik had daar een goede band mee. Die man wou dat wel tegen mij zeggen. Hij zei: “ik leg dat eigenlijk onder mijn hoofdkussen tegen de boze geesten”. [...] Het was effectief zout, want de politie test dat dan en dat bleek zout te zijn. Hij was te beschaamd om dat te zeggen. Hij dacht van, ik heb liever dat ze denken dat het drugs zijn, dan dat ze denken dat ik zot ben.” – respondent 1*

8.3.2.6 Machocultuur

Citaat 36: *“Wat ook een rol kan spelen en zeker in de gevangenis, is dat je je beschaamd kan voelen tegenover de andere gedetineerden. Je moet zeker niet tonen dat je bij een psycholoog gaat. Wat betekent dat? Dat je problemen hebt? Dat je een meisje bent? Dat is soms een barrière.” – respondent 20*

8.3.2.8 “Praten helpt niet”

Citaat 37: *“Meestal is het zo van: “los het op”. Eigenlijk verwachten ze dat: “los het op, los mijn probleem op, dan ben ik ervan af”. Ze verwachten wel een stuk dat iemand het voor hen doet. [...] En als ge dan terugspeelt van: “ja, maar gij gaat er iets voor moeten doen”, dan zeggen ze van: “ow, ow, ow, dat was niet de afspraak”. Dus dat merkt ge wel, zo van: “los het maar op!” – respondent 18*

8.4 Geestelijke gezondheidszorg binnen detentie

8.4.1 Bestaande hulpverleningsaanbod

Citaat 38: *“Dat is denk ik een probleem dat sowieso geldt voor heel het gevangeniswezen, voor heel de populatie, dat er te weinig hulpverlening is om, zeker naar vrijheid toe en preventie om herval te voorkomen, dat er veel meer moet ingezet worden op hulpverlening naar de volledige populatie en ook zeker voor die doelgroep, want daar is dan zo goed als niets voor hé.” – respondent 8*

Citaat 39: *“Ik zou verder blijven investeren in contact, in het ontmoeten van mensen, in het kunnen spreken met mensen... Nu hebben wij die kans vaak niet, zitten mensen heel lang op cel. Terwijl dat allemaal heel erg contraproductief is. Men weet dat allemaal wel, maar toch gaat men dan besparen op zorgpersoneel. Het moet altijd met minder en minder. Dan krijg je mensen die hier soms zitten te vegeteren...” – respondent 23*

Citaat 40: *“Maar er is geen structureel overleg hé, alé een paar keer per jaar misschien, maar ja... Dat zijn allemaal losse eindjes hé.” – respondent 2*

Citaat 41: *“Wij hebben wel muziektherapie hier, die muziektherapeut heeft zichzelf ook wat verdiept in die cultuur, die spreekt ook wat de taal of die gaat op zoek naar de interesses en de muziekinstrumenten die dat daar gebruikt worden. Dat vind ik wel mooi aan die muziektherapie die hier gegeven wordt, dat die therapeut daar echt mee bezig is en zich bewust is van die verschillende culturen.” – respondent 10*

Citaat 42: *“Mogelijks is het wel zo dat we wat meer ‘op maat’ dingen kunnen doen. [...] We moeten daar wat meer op werken, omdat dat toch een grote groep is, we moeten ons daar toch wat harder op focussen. Misschien moet er wel een klein beetje positieve discriminatie zijn hé, dat we een bepaalde groep wat meer betrekken of wat meer dingen laten doen, die op hun maat zijn. Want nu starten wij vanuit ons westers model...” – respondent 8*

8.4.2 Participatie van gedetineerden van Maghrebijnse origine

Citaat 43: *“Die stellen de vraag veel minder. [...] De echte ernstige psychiatrische pathologieën bij die mensen, die krijg je op het vizier omdat het gemeld wordt uit observaties. Dat iemand niet meer eet, teruggetrokken is, zwaar depressief in zijn cel zit of dat iemand psychotisch is of iets anders raar doet, maar dat ze het zelf komen vragen. Dat gebeurt zelden.”* – respondent 2

Citaat 44: *“Wij worden geacht zo mondig te zijn om de hulp te gaan zoeken die we nodig hebben en die hulp ook te vinden. Dit geldt in een geïndividualiseerde samenleving. Zwakke mensen zijn hiertoe echter niet in staat, laat staan mensen die niet ingeburgerd zijn en dus de taal totaal niet machtig zijn. Ze hebben dat ooit eens onderzocht, je moet een IQ van boven de 110 hebben en de taal machtig zijn om overheidsdocumenten te begrijpen...”* – respondent 19

Citaat 45: *“[...] Wij stappen er echt naartoe. [...] Wat dat zo bijzonder is aan onze afdeling, is dat we er zo dicht bijstaan en het ook mondeling kunnen vragen en uitleggen. Want soms schrikt het wat af of ze hebben zoiets van: “misschien is dat toch niets voor mij” of “hoe moet ik dat hier doen?”, dan kunnen wij hen wel wat bijstaan.”* – respondent 10

Citaat 46: *“[...] In die drie jaar is er exact één iemand die gezegd heeft: “het is heel lief, maar neen, danku”. Maar zelfs dan nog gaan wij blijven af en toe onze kop eens laten zien en vragen of we toch niet iets kunnen doen. Dus ja, zij participeren in het aanbod dat wij doen en haken ook niet af ofzo hé.”* – respondent 6

Citaat 47: *“Eigenlijk zou dit gewoon voor elke gedetineerde moeten kunnen hé. In se denk ik dat iedereen daarbij gebaat is en dat dit echt wel uw welbevinden ten goede komt. [...] Daar ligt zeker nog heel wat marge hé, om de dingen anders aan te pakken.”* – respondent 6

Citaat 48: *“Het is een grote groep hé. Dus op zich denk ik wel dat we als gevangenis daar meer op mogen inspelen. Omdat het nu sowieso vaak dweilen met de kraan open is, omdat we die mensen te weinig bereiken, die blijven te onzichtbaar, de problemen worden vaak niet te gronde aangepakt.”* – respondent 8

Citaat 49: *“Ze kunnen dat ook gewoon niet, van dan ook nog een doelgroep te gaan zoeken die ze eigenlijk minder bereiken, van daar dan ook nog eens proactief te gaan werken. Terwijl dat ik vind, dat zou echt hulpverlening van de toekomst moeten zijn hé in de gevangenis, maar dan moet daar iets tegenover staan.”* – respondent 6

Citaat 50: *“Wij zijn verzadigd, meer dan... Alé ik bedoel, we hebben een wachtlijst van meer dan 65 mensen. Dat betekent dat ze ook giga lang moeten wachten. De wachttijd bij ons bedraagt op dit moment tussen de 3 en de 3,5 jaar voor een individueel traject, als je dat buiten tegen iemand zegt dan... Buiten moeten de mensen één jaar wachten en dan worden ze al zot. [...] Dus ja, geef ons meer geld en geef ons meer personeel, dan proberen we iedereen te helpen.”* – respondent 17

8.5 Psychische hulpverlening aan gedetineerden van Maghrebijnse origine

8.5.1 Methode toegepast door psychosociale hulpverleners

Citaat 51: *“Minder confronterend, minder benoemend en heel sterk op de relatie werken, meer op de relatie werken. [...] Het is in een groeps cultuur zeer onbeleefd dat een vreemdeling, eigenlijk een externe, dat die meteen ter zake komt en over persoonlijke zaken begint te praten. Dat is compleet not done. De soep moet eerst warm gemaakt worden alvorens ge ze kunt eten, tis geen gazpacho. Sommige collega's beginnen meteen met een man tijdens een eerste gesprek over de feiten te spreken, die zijn die kwijt. Mijn eerste twee à drie gesprekken gaan bijna nooit over het dossier.”* – respondent 1

Citaat 52: *“In plaats van als we anders zeggen, we nemen vier weken de tijd om iemand te leren kennen, gebeurt het soms wel dat we er zes of acht weken van maken, om die mensen de tijd te geven om ons te leren kennen en om vertrouwen op te bouwen. Dus dat gebeurt. In die mate passen we ons wel aan aan hen.”* – respondent 8

8.5.2 Aandacht voor religie

Citaat 53: *“Heel veel hulpverleners vragen niet naar het geloof van hun cliënten, maar ge moet, als ge iemand voor u hebt, een Marokkaan bijvoorbeeld of een Afrikaan, als je denkt van, die heeft waarschijnlijk een islamitische achtergrond of een andere religieuze achtergrond, vraag dan naar hun geloof: “geloof jij? In wat geloof jij?” En als ik dingen niet begrijp, dan vraag ik daar ook naar hé.”* – respondent 5

8.5.3 Aandacht voor de familiale context

Citaat 54: “[...] Heel grote families en die willen daar dan ook allemaal zijn om die gedetineerde terug te zien. Daar word je wel warm van als ge dat ziet, dat is wel een groot verschil met de autochtonen.” – respondent 10

Citaat 55: “Dat contact met de familie kan soms heel intensief zijn. Ge kunt niet anders. [...] Bij geïnterneerden is dat zo en af en toe bij gedetineerden ook. Als je daar de familie niet mee hebt, gaat dat nooit lukken, gaat die man dat nooit doen, we hebben dat al genoeg gehad. Ze willen opgenomen worden, ze zien hun familie: “Alé maat, ge gaat ons toch niet te schande maken hé”. En dan willen ze niet.” – respondent 1

Citaat 56: “Wat dat we wel doen is proberen initiatieven te nemen, alé ik probeer dat toch te doen, om vooruit te geraken, door bijvoorbeeld samen met de imam eens de familie uit te nodigen en een aantal zaken te bespreken en je merkt dat de gedetineerde die dan bijvoorbeeld toch nog sterk de invloed van de vader ondervindt, dat die dat wel waardeert om dat dan samen te doen. Dan krijg je ook wel wat meer feeling, wat meer gevoel van, wie zijn die mensen, hoe leven die?” – respondent 25

8.6 De rol van de gevangenisimam bij psychische gezondheidsproblemen

8.6.1 Onderscheid tussen imam en islamconsulent

Citaat 57: “[...] Omdat er eigenlijk ook heel veel islamconsulenten zijn die geen psychologische achtergrond hebben. Dat is ook een probleem langs de andere kant, ik geef dat eerlijk toe. [...] De opleiding van islamconsulenten moet ruimer zijn, moet worden uitgebreid.” – respondent 24

8.6.2 Methode toegepast door gevangenisimams

Citaat 58: “Hoe passen we dit toe? Iemand die zegt bezeten te zijn of getroffen door zwarte magie of het boze oog of dergelijke. Op dat moment, tijdens een gesprek zelf, zeg ik van oké, we gaan eens efkes de test doen. Op dat moment ga ik Koranverzen reciteren. Gods woorden zijn het meest krachtig. Die duivels die die persoon eigenlijk onder controle houden, kunnen niet zozeer tegen Gods woorden en dan ontstaat er vanalles en nog wat, dus ander gedrag, dan spreekt men eigenlijk in klanktaal. Ook kotsen of een hele zware voet, men kan zijn voeten dan niet meer voelen of duizelig zijn en zich draaiërig voelen, dat zijn allemaal symptomen die kunnen optreden. Je moet dan kijken, treedt dit op of niet?” – respondent 24

Citaat 59: “Het enige wat ik echt probeer te doen is te luisteren, de persoon laten uitpraten, vragen stellen en dan zo twijfel proberen te creëren en dan als ik kan overtuigen om toch naar een psycholoog te gaan of naar een psychiater om over zijn probleem te praten.” – respondent 22

Citaat 60: “Wanneer ik met een moslimgedetineerde daarover spreek, om hem te kunnen helpen moet ik ook in zijn verhaal gaan. Dus ik kan niet van bij het begin zeggen van: “dat klopt niet of dat is niet zo”. Dan probeer ik zo te zeggen van kijk: “bekijk andere opties, zoek hulp ergens anders, alles wat kan helpen is goed”. Maar dat is heel moeilijk.” – respondent 22

8.6.3 Wederzijds contact tussen psychosociale hulpverlening en gevangenisimams

Citaat 61: “Ik probeer er ook echt over te spreken tijdens de erediensten. [...] Dan zeg ik van kijk, het is misschien een psychologisch probleem, een mentaal probleem, maak gebruik van de instanties die hier aanwezig zijn, want dit probleem belemmert jou als mens zijnde om beter te kunnen functioneren in deze omgeving. [...] Het zou u kunnen helpen als er een bepaald traject voor u wordt opgestart, maak er gebruik van, het kan heel voordelig voor u zijn. Ik probeer het wat te overbruggen en die spanning te verlichten richting psychische hulpverlening, ik probeer dus, in andere termen, een beetje dat taboe te doorbreken.” – respondent 24

Citaat 62: “Na een derde gesprek met die persoon heb ik die overtuigd om die pillen in te nemen. Ik zie het dus als complementair en samenwerkend eigenlijk. Ik ga dan die persoon gaan overtuigen en ik zeg dan van ja, maak daar gebruik van, neem die pillen, dat zijn generische pillen, dat is voor uw eigen welzijn en welbevinden.” – respondent 24

Citaat 63: “Het is altijd beter dat ge mekaar wat kent hé of dat ge tenminste weet van, wie is dat? En omgekeerd, als zij merken van: “die gedetineerde heeft nood aan psychische begeleiding”. Als ze ons eens gezien hebben, dat ze misschien ook rapper aan ons gaan denken van naar ons door te verwijzen ofzo. Dat zou zeker geen kwaad kunnen om mekaar eens één of twee keer op een jaar te zien.” – respondent 15

8.7 Cultuursensitief werken *intra muros*

8.7.1 Kennis over religieuze en/of culturele aspecten

Citaat 64:

“De dokters kunnen niets ontdekken, maar ik weet zeker dat ik geesten en duivels kan zien, want ik word door hen soms aangevallen in mijn slaap in het midden van de nacht. Zo voel ik steken in mijn armen en heb ik spierkrampen waardoor deze verstijfd...”

Mijn vraag daarop was: wat doe je dan? Hij antwoordde: *“Gods naam meerdere malen hardop zeggen ‘Allahu Akbar’ (God is Machtig/Groot). Of luidop de Koran opzetten. Want dat verjaagt hen en dan zie ik hen niet meer.”*

“Ze (duivels en geesten) zitten achter mij aan en hebben het specifiek op mij gemunt. Ik ben een slachtoffer. Deze schepsels (duivels en geesten) kunnen bepaalde vormen aannemen. Maar niemand hier kan hen zien en ze praten soms tegen mij, ze zeggen: einde v/d wereld is nabij en jij gaat sterven.”

Hierop vroeg ik: zoals welke (menselijke) vormen, kind, vrouw, man, buitenaards? Hij antwoordde: *“Menselijk, in man en vrouw. Meestal in de gedaantes van bewakers en directieleden, ze hebben grote roodgekleurde branderige ogen.”*

Maar bewakers moeten af en toe door het luikje kijken of de celdeur openen. Hoe reageer je dan daarop vroeg ik? Hij zei: *“Ik kan dat zien aan hun ogen. En dan door luidkeels Gods Woorden (Koran) te reciteren of de Koran luid aanzetten. Soms verdwijnen die meteen, soms niet.”*

“Heb een sterk gevoel dat ik doodga, ik kan het niet vermijden dus wacht ik erop (hierna wordt hij wat onrustig en krijgt hij tranen in zijn ogen). Omdat de Dajjal⁵⁷ (of de valse messias of de antichrist) mij dat voortdurend zegt. Ik zie die zelfs verschijnen op het televisiescherm terwijl de tv uitstaat.”

Citaat 65: *“[...] Een tijd geleden is er hier een man geweest, maar die man is uiteindelijk geïnterneerd geweest omdat hij opstoten had van psychoses met religieuze wanen eigenlijk. Misschien omdat een stuk dat die wanen, hoe moet je dat zeggen, dat die wanen meer verbonden zijn met hun eigen cultuur, dat ze dan sneller op het religieuze terechtkomen en dat is hier een probleem in de gevangenis, omdat men heel snel geneigd is om te denken van: “is daar sprake van radicalisering?” Dus dan wordt er op die manier naar gekeken, terwijl dat eigenlijk mensen zijn met een psychische problematiek.” – respondent 25*

Citaat 66: *“Wanneer het duidelijk een psychisch probleem is, dan is het belangrijkste dat iedereen die betrokken is het ook zo durft te zien als een psychisch probleem en niet als radicalisering of als iets anders, want dat helpt gewoon niet. Ik gaf dat ooit als voorbeeld van kijk, moest er nu iemand rondlopen, een niet-moslim, die zijn baard laat groeien en zegt van: “ik ben Jezus”, dan gaat niemand twifelen dat dat een psychisch probleem is. Als een moslim zijn baard laat groeien en “Allahoe akbar” zegt, dan is het een terrorist. [...] Wat ik jammer vind, is het feit dat ze niet geholpen worden. Je hebt echt niet veel tijd nodig om te zien dat die persoon een psychisch probleem heeft.” – respondent 22*

Citaat 67: *“Ik vind bijvoorbeeld dat PSD’ers op zijn minst een basis moeten hebben over etnopsychiatrie. Nu, je kan niet verwachten dat ze daar zelf naar op zoek gaan, dat moet aangeboden worden. Maar op dit moment wordt heel hard gefocust op terrorisme... Er is wel een tijdje aandacht voor geweest, maar dat is iets wat je moet herhalen. Ondertussen zijn er al weer 100 nieuwe mensen die dit niet hebben gehad.” – respondent 1*

Citaat 68: *“Ik weet wel, nu met heel het ding rond radicalisering, dat er iets meer rond islam ook wordt uitleg gegeven. Maar dan nog wordt dat soms beperkt tot dat groepje en niet per se rond: “wat nu met die psychische problemen?” [...]” – respondent 18*

Citaat 69: *“[...] Die man waar ik nu aan denk, die begrijpt de taal niet zo heel goed. Hij probeert Nederlands te praten en de Marokkaanse taal te mijden als hij met ons in contact gaat of Engels of Frans te mijden. Hij wil echt Nederlands spreken. Maar ge merkt bij bewaking en zelfs bij begeleiders onbegrip soms. Hij vertelt dan: “ik kan dan gaan werken en probeer dan iets goed te doen, ik probeer te lachen ofzo, ik kan vanalles doen, maar ik krijg nooit een vrolijk gezicht terug”. Bij bewakend personeel in een werkhuis wordt hij vaak niet begrepen. Ze zeggen dan: “das een ambetanterik hé...” Das dus heel spijtig.” – respondent 10*

⁵⁷ *“Dit is een concept gerelateerd aan het einde der tijden, zeer bekend in de Christelijke en Islamitische eschatologie. De antichrist staat in beide religies voor de ultieme manifestatie van het kwaad in een menselijk wezen.” – respondent 24*

8.7.2 Vaardigheden

Citaat 70: *“Gedetineerden die enkel Arabisch spreken komen nooit tot bij de hulpverlening terecht. Omdat ze ook, wanneer ze bij die hulpverlening zijn, dan is er ook sprake van een tolk bijvoorbeeld die daarbij moet komen enzovoort en dan is dat altijd een probleem. Ik weet niet hoe de hulpverleners daarnaar kijken, maar ja, sowieso dat gebeurt niet zo snel.”* – respondent 22

Citaat 71: *“Dat er nog altijd in de geestelijke gezondheidszorg zeer weinig met tolken wordt gewerkt. [...] Ik herinner mij vooral als ik in het algemeen welzijnswerk werkte, dan namen wij voor het minste de tolkentelefoon erbij en in de GGZ hoor ik daar amper van. Terwijl dat het echt wel mogelijk is. Als ik dan moet denken, geen hulpverlening voor die mensen die enkel die taal kunnen, dus die geen Nederlands of Engels kunnen of hulpverlening met een tolk, dan denk ik dat de hulpverlening dat wel eens zou kunnen proberen.”* – respondent 14

Citaat 72: *“Dat is echt heel sec, info die ze moeten weten, alé, de need to know en niet de nice to know. Dus ge weet niet in hoeverre, wat ze met die informatie gaan doen, of dat dat tegen die mensen gebruikt kan worden? Dus dan gaat ge daar ook niet verder op ingaan.”* – respondent 18

Citaat 73: *“Ik denk dat we soms ook wel nood hebben aan meer hulp om ons werk daar beter in te kunnen doen, want alé, ge moet ook eerlijk zijn, bij ons, binnen de groep van de PSD bijvoorbeeld, werkt er niemand met een migratieachtergrond. Soms denk ik, dat zou gemakkelijk zijn als we ook een collega hadden die daar wat meer in thuis was. Want als we met de imam samenzitten, kan hij zoveel aanbrengen dat ons kan helpen, maar dat is gewoon te weinig hé.”* – respondent 25

Citaat 74: *“De gevoeligheden kunnen anders liggen in een taal, waardoor dat het ook moeilijker wordt voor hen soms om bepaalde dingen te gaan uitleggen. [...] Dat geldt ook als de Nederlandse taal hun eerste taal niet is, dan kunt ge soms heel rare dingen zeggen of komt het soms heel raar over wat dat ze zeggen, terwijl ze het op een heel andere manier bedoelen moesten ze het in hun eigen taal kunnen zeggen.”* – respondent 18

8.7.3 Attitude

Citaat 75: *“Ik ben echt zo iemand dat de persoon laat zijn wie hij is en ook wat probeert interesse te hebben in die hun leefwereld en roots en ik denk dat dat echt wel helpt, omdat dat dan juist het gesprek opent. Ge merkt ook als ik dan bijvoorbeeld vraag “oh, kunt ge mij eens een Marokkaans woord leren?”, die mannen zijn daardoor verrast: “Aaaah, wilde gij dat leren?”, dan hebt ge de rol van expert niet te hard. Ge zet u dan een beetje naast de cliënt.”* – respondent 10

Citaat 76: *“Dat zeg ik ook aan de collega’s, jullie moeten niet verlegen zijn om te vragen naar godsdienst, want dat maakt gewoon deel uit van die persoon. Dat zit verweven, religie zit verweven in die persoon. Dat mis ik wel bij heel veel witte hulpverleners.”* – respondent 5