

Op zoek naar rust in de ziel *Rahat el baal*

De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen

W.M. de Vries · C.H.M. Smits

Summary: Searching for rest in one's soul: the experience of mental health complaints in older Moroccan immigrants

The number of Moroccan elderly in the Netherlands is growing. Although many have mental health problems, the mental health services have difficulties in reaching them. This study reports on the experience of mental health problems of elderly Moroccan migrants, their search for help and their view on the role of the mental health services. Twenty-two Moroccan elderly (11 men, 11 women) aged 55-75 were interviewed with a semi-structured questionnaire. From the interviews and observations it appeared that these elderly experience their health as bad. When asked, they deny mental health problems. Stress and dejection are not experienced as relating to mental health but as part of life associated with ageing, living in a foreign country, having physical, social and financial problems. The elderly feel that God sets them these tasks to overcome by themselves. Achieving rest in one's soul is central in this process. There is a taboo on serious mental health problems and people are ashamed of them. Only people who neglect religious prescriptions can to be affected by mental health problems. The elderly Moroccans hardly consult mental health services for these problems because then it would become clear that they cannot overcome their problems by themselves. Furthermore, the mental health services are unknown. Therefore, those services have to pay attention to the specific experience of mental complaints of elderly Moroccans. By offering psycho-education the mental health services may come within reach of those elderly.

Samenvatting Het aantal Marokkaanse ouderen in Nederland groeit de komende jaren sterk. Hoewel hun

geestelijke gezondheid te wensen over laat, weet de GGZ hen nog slecht te bereiken. Het hier gerapporteerde onderzoek is gericht op de beleving van en omgang met problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen, de oplossingen die zij hiervoor zoeken en de rol die ze daarbij zien voor de GGZ. Voor het onderzoek werden semi-gestructureerde interviews afgenomen bij 22 Marokkaanse ouderen van 55-75 jaar, 11 mannen en 11 vrouwen. De analyse van de uitgeschreven en vertaalde interviews en observatieformulieren laat zien dat deze ouderen hun gezondheid als slecht ervaren. Psychische problemen worden vaak ontkend. Problemen zoals spanningen, stress en somberheid worden niet als psychisch ervaren, maar als onderdeel van het leven. Ze hangen samen met het ouder worden, het leven 'in den vreemde', lichamelijke, sociale en financiële problemen. Mensen dienen deze problemen, als een beproeving van God, zelf op te lossen door te zorgen voor rust in de ziel. Ernstige psychische problemen zijn omgeven met taboe en schaamte. Deze problemen treffen alleen hen die de religieuze voorschriften verwaarlozen. De ouderen doen bij problemen met de geestelijke gezondheid nauwelijks een beroep op de hulpverlening, omdat in dat geval duidelijk zou worden dat de problemen niet in eigen kring kunnen worden opgelost. Er is grote onbekendheid over de hulp die de GGZ kan bieden. De GGZ dient rekening te houden met de beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen en een psycho-educatief aanbod verder te ontwikkelen. Op deze manier zal het bereik van de geestelijke gezondheidszorg voor deze ouderen verbeteren.

Keywords Marokkaanse ouderen · beleving · geestelijke gezondheid

W.M. de Vries (✉)
cultureel antropoloog, Trimbos-instituut, Programma
Ouderen, Utrecht

Inleiding

Marokkaanse mannen zijn vanaf de jaren zestig en zeventig als arbeidsmigrant naar Nederland gekomen. In de jaren zeventig en tachtig volgden veel vrouwen en kinderen in het kader van gezinshereniging. Het aanvankelijk als tijdelijk geachte verblijf in Nederland werd daarmee voor velen een permanent verblijf. De eerste generatie arbeidsmigranten behoort inmiddels steeds vaker tot de ouderen (55⁺). De Marokkanen vormen na de Surinamers en Turken de grootste groep allochtone ouderen in Nederland. In 2003 waren er bijna 23.000 Marokkaanse ouderen in Nederland. De prognose is dat dit aantal in 2020 is toegenomen tot 53.500.¹ De meeste Marokkaanse ouderen wonen in de Randstad. Van de Amsterdamse ouderen is in 2003 3 procent van Marokkaanse afkomst. De verwachting is dat dit aandeel in de komende jaren zal toenemen.²

Over de gezondheidssituatie van deze ouderen wordt steeds meer bekend. Ruim 40 procent van de Marokkaanse ouderen in Nederland van 55 jaar en ouder ervaart de eigen gezondheid als slecht of zeer slecht. Van de autochtone Nederlanders kwalificeert slechts ruim 10 procent van deze leeftijdscategorie de eigen gezondheid als (zeer) slecht.³

Over de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen in Nederland is nog weinig bekend. In onderzoek onder Marokkaanse ouderen in Amsterdam^{4,5} is in vergelijking met autochtone ouderen een zeer hoge prevalentie van depressieve klachten vastgesteld. Deze hoge scores roepen vragen op over de beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen.

Hoewel veel oudere allochtonen lijken te kampen met psychische problematiek, maken Marokkaanse ouderen nog weinig gebruik van hulpverleners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.^{6,7} Marokkaanse ouderen bezoeken deze minder dan andere groepen als Turkse, Surinaamse, Antilliaanse en autochtone Nederlandse ouderen. Eén procent van de Marokkaanse ouderen heeft in 2003 een geestelijk hulpverlener bezocht tegen 4 procent van de autochtone ouderen.¹

Bij de geestelijke gezondheidszorg lijken vraag en aanbod niet goed op elkaar afgestemd te zijn. Aan de vraagzijde kan de beleving van psychische problematiek een rol spelen.^{8,9} Het is niet duidelijk in hoeverre onbekendheid met de GGZ, de ervaren toegankelijkheid, of negatieve ervaringen, verwachtingen en attitudes bijdragen aan het lage GGZ-gebruik. Mogelijk spelen andere copingstijlen en de beschikbaarheid van andere hulpbronnen (persoonlijkheid, geloof, sociale steun)¹⁰ of traditionele genezers¹¹ hierbij een rol. Aan de aanbodzijde lijken er communicatie- en

diagnostiekproblemen te zijn.^{7,12,13,14} De GGZ, en zeker de ouderenpsychiatrie, krijgt op organisatieniveau een onvoldoende voor interculturalisatie¹⁵.

Door inzicht in de beleving van psychische problematiek bij Marokkaanse ouderen kan de kwaliteit van het GGZ-aanbod verbeteren. De onderzoeksvragen die tot dit inzicht kunnen leiden zijn:

1. Hoe beleven Marokkaanse ouderen in Nederland problemen met de geestelijke gezondheid?
2. Wat doen Marokkaanse ouderen om problemen met de geestelijke gezondheid op te lossen? Bij wie zoeken Marokkaanse ouderen hulp voor hun problemen?
3. Welke plaats heeft de GGZ volgens hen hierin?

Methoden

Geestelijke gezondheid is een moeilijk bespreekbaar onderwerp voor Marokkaanse ouderen. Spreken over problemen met de geestelijke gezondheid is omgeven met taboe en schaamte.^{10,13} Aan het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten bij deze groep kleven enkele serieuze bezwaren.^{16,17} Om een situatie te creëren waarin dit onderwerp wel bespreekbaar wordt, is voor dit onderzoek naar de beleving van psychische problemen gekozen voor een kwalitatieve methodologie met semi-structureerde interviews en observaties. Door semi-structureerde interviews kunnen respondenten in hun eigen bewoordingen vertellen hoe ze problemen met de geestelijke gezondheid ervaren. Observaties kunnen bijdragen tot inzicht in non-verbaal gedrag.

Respondenten: selectie en kenmerken

Er zijn 22 interviews gehouden met Marokkaanse ouderen (elf mannen en elf vrouwen) van 55 jaar en ouder. Daarnaast zijn ook 22 Turkse ouderen geïnterviewd. Over deze ouderen wordt afzonderlijk gepubliceerd, omdat zij verschilden van de Marokkaanse respondenten (achtergrondkenmerken, beleving van psychische problemen, bekendheid met de gezondheidszorg). De respondenten namen eerder deel aan de in 2000 gehouden Amsterdamse Gezondheidsmonitor (AGM) van de Amsterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD).^{4,18} Bij de AGM waren uit de algemene bevolking 304 autochtone en 299 Marokkaanse ouderen van 55-74 jaar als respondent betrokken. Van de Marokkaanse ouderen stemden 30 mannen en 40 vrouwen ermee in dat hun naam werd doorgegeven voor ons onderzoek.

Bij de samenstelling van de steekproef van de respondenten is een theoretische selectie toegepast.¹⁹ Om inzicht te krijgen in de beleving van psychische problemen is het

van belang dat de respondenten in een aantal opzichten van elkaar verschillen. Er is gestreefd naar variatie in depressieve problemen (veel, enige en geen depressieve problemen) op grond van CES-D scores²⁰ van de AGM respondenten. Hiervoor is gekozen omdat verondersteld kan worden dat het hebben van psychische problemen van invloed is op de beleving ervan en de visie erop. Ook is gestreefd naar variatie in huwelijks staat en de samenstelling van het huishouden vanwege de centrale rol van de familie in de Marokkaanse cultuur.

De mannelijke respondenten waren gemiddeld 67 jaar, de vrouwelijke 68. Alle mannen zijn gehuwd en hun echtgenote woont in Nederland. Zeven mannen hebben een (aanzienlijk) jongere vrouw en nog thuiswonende, veelal jonge, kinderen. Hierdoor bevinden zij zich in een andere levensfase dan de meeste vrouwelijke respondenten. De oudere mannen zijn nog druk met het vaderschap, terwijl de meeste oudere vrouwen zich op het grootmoederschap kunnen richten. Vier vrouwen zijn weduwe. Hiervan woont één weduwe alleen, de anderen wonen samen met kinderen. Eén weduwe is na de dood van haar man door haar dochter naar Nederland gehaald.

Zestien respondenten zijn afkomstig van het platteland in Marokko. Een aantal respondenten is vanwege de zoektocht naar werk en een beter leven meerdere malen gemigreerd: in Marokko van het platteland naar een grote stad en vandaar naar Nederland. De helft van de respondenten is Berber, de helft Arabisch. Dit weerspiegelt niet geheel de achtergrond van de in Nederland wonende Marokkanen, waarvan naar schatting ca. 80 procent een Berberachtergrond heeft.

De meeste respondenten hebben in hun geboorteland geen onderwijs genoten en zijn analfabeet. Slechts één van de 22 respondenten heeft lager onderwijs gevolgd. Eén man kan vloeiend Nederlands spreken. Alle vrouwen en ook de rest van de mannen hebben grote moeite met de Nederlands taal.

De mannen hebben in het verleden in de industrie of bouw gewerkt, maar zijn nu niet meer actief in het arbeidsproces. De geïnterviewde vrouwen hebben niet buitenshuis gewerkt. Voor hun inkomen zijn de ouderen nu afhankelijk van een (gedeeltelijke) uitkering (WAO of bijstand), AOW of een bescheiden pensioen.

Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in twee rondes. Na tien interviews (vijf mannen, vijf vrouwen) heeft een eerste analyse plaatsgevonden en evaluaties met de interviewers. Op basis hiervan is de vragenlijst enigszins aangepast. Na de analyse van nog eens twaalf interviews (zes mannen, zes vrouwen) van de tweede interviewronde achtten de onderzoekers het punt van theoretische

verzadiging bereikt²¹: de data bevatte voldoende informatie om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Van de 70 beschikbare adressen zijn 51 gebruikt: 26 van de Marokkaanse mannen en 24 van Marokkaanse vrouwen. Er waren tien weigeringen en negentien mogelijke respondenten waren niet te traceren, overleden, ziek of na drie pogingen niet thuis aangetroffen. De resterende 29 adressen zijn ongebruikt gebleven.

De ouderen zijn persoonlijk benaderd en thuis geïnterviewd door tweetalige Marokkaanse interviewers. De interviewers zijn getraind in het afnemen van de semi-structureerde vragenlijst en hebben een introductie gehad over psychische problematiek en de voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. De sekse van de interviewer kwam overeen met die van de respondent. De respondenten hebben ingestemd met een interview op basis van *informed consent*. Veel Marokkaanse ouderen hebben problemen met de Nederlandse taal. Bijna 60 procent van hen heeft altijd moeite met het voeren van een gesprek in het Nederlands.³ De gesprekken zijn daarom in de moedertaal gevoerd zodat de respondenten hun gevoelens en meningen vrij kunnen uiten. De instructie aan de interviewers was de respondenten alleen te interviewen. Bij de mannen is dit gelukt, bij de vrouwen niet. Slechts één vrouw, een alleenwonende weduwe, is alleen geïnterviewd. Bij de overige vrouwen was een echtgenoot of dochter aanwezig.

De semi-structureerde vragen gingen over de komst naar Nederland, het ouder worden, de omgang met en beleving van psychische problemen, eigen oplossingen en het zoeken naar hulp. De interviewers kregen de instructie door te vragen en aan te sluiten bij de begrippen van de ouderen zelf. Om de respondenten te stimuleren te spreken over geestelijke gezondheid, hebben we de vragenlijst inductief opgebouwd. We hebben eerst gevraagd naar hoe de respondent zich in de afgelopen weken voelde. Daarna volgde een vraag over de geestelijke gezondheid in het algemeen: Sommige mensen hebben problemen in hun hoofd, hoe is dit bij u? Ten derde stelden we concrete vragen over problemen: Heeft u last van onrust, somberheid, gespannenheid, angst, vergeetachtigheid, stemmen horen of heeft u er ooit last van gehad? Sommige vragen werden aanvankelijk vrij summier of indirect beantwoord. In de tweede interviewronde zijn daarom twee casussen toegevoegd: één casus over depressie, één over dementie. De casussen stimuleerden de respondenten te spreken over hun ervaringen met psychische problemen en hun omgang hiermee.

In aanvulling op de interviews hebben de interviewers na afloop van het interview voor elke respondent een observatielijst ingevuld. Hierop gaven zij aan hoe respondenten non-verbaal reageerden op de vragen en hoe

de sfeer van het gesprek was. De onderzoeker heeft de interviews geëvalueerd met de interviewers in telefoongesprekken en een interviewersbijeenkoms.

Analyse

De interviews over psychische problemen duurden ongeveer één uur. De gesprekken zijn op band opgenomen. De band is woordelijk uitgewerkt en door beëdigde tolk/vertalers vertaald in het Nederlands. Eén respondent gaf geen toestemming voor bandopname. Het interview is in dat geval door de interviewer zo snel mogelijk na het interview uitgewerkt.

De interviews zijn per respondent geanalyseerd en voor de groep Marokkaanse vrouwen en mannen apart. Hiertoe zijn analysetabellen gemaakt waarbij de antwoorden op de vragen naast elkaar zijn gezet en vergeleken. De interviews zijn besproken in een multidisciplinair onderzoeksteam en met de interviewers. Er is met andere woorden sprake van een cyclisch proces¹⁹ van interviewen, verwerken, analyseren en weer terugkoppelen naar de interviewers in het veld. Door gerichte verzameling heeft de analyse zo op een systematische wijze vorm gekregen.

Resultaten

Lichamelijke gezondheid

Op de vraag hoe ze zich in de afgelopen weken voelden, antwoorden vrijwel alle ouderen dat ze lichamelijke gezondheidsproblemen hebben. Op één man na noemen alle mannen één of meer lichamelijke problemen: astma, diabetes, gewrichtspijn, hernia, maagklachten, nierstenen, duizeligheid. Vier mannen hebben tijdens hun werk een ongeluk gehad waardoor ze blijvend lichamenlijk letsel hebben opgelopen. Ook de meeste vrouwen noemen lichamelijke gezondheidsproblemen: diabetes, hoge bloeddruk, last van gewrichten, slecht kunnen lopen.

Gekte

Op de vraag naar hun geestelijke gezondheid antwoorden vrijwel alle respondenten dat zij geen problemen hebben. Zij roepen hierbij God aan.

"Wie in God gelooft, heeft niet van dergelijke problemen".

De respondenten koppelen de termen geestelijke gezondheid en psychische problemen aan 'gekte' of 'gestoordheid'. Zij maken impliciet een onderscheid tussen deze problemen en problemen die bij het leven en het ouder worden horen. We noemen deze laatste problemen daarom

levensproblemen. Vooral mannen proberen vragen over problemen met de geestelijke gezondheid af te houden. Sommigen reageren geïrriteerd en wantrouwend op deze vraag. Een man die goed Nederlands spreekt, zegt hierover:

"Als je aan iemand vraagt of hij psychische problemen heeft, zal hij daar nooit en te nimmer voor uitkomen. En als je het op de man af vraagt, zal hij antwoorden dat het heel lang geleden is, en dat hij daar nu geen last meer van heeft".

Mensen die aan psychische problemen lijden praten volgens de respondenten onsamenhangend of spreken wartaal, horen stemmen, kunnen niet meer aan religieuze verplichtingen voldoen zoals bidden of rituele wassing of – en dit geldt voor vrouwen – kunnen niet meer huishoudelijke taken uitvoeren zoals eten bereiden of gastvrijheid verlenen aan bezoekers.

'Gekte' treft, volgens de ouderen, iemand die niet leeft naar de voorschriften van de islam. Deze mensen kunnen benaderd worden door duivelse influisteringen (*waswas*) die psychische problemen veroorzaken.

"Als een mens gelovig is en zich in een situatie bevindt van rituele reinheid en altijd God dient, kan hij niet worden benaderd door de duivel met zijn influisteringen (*waswas*). Zijn geest blijft dan helder en God zal hem behoeden voor die duivelse influisteringen, dus van die geestelijke problemen".

Over 'gekte' spreken de Marokkaanse ouderen niet openlijk. Uit de evaluaties met de interviewers komt naar voren dat bij twee respondenten een familielid met ernstige klachten (psychoses, verslaving) verstoten is als lid van de familie. Dit bleek na afloop van het gesprek toen de opnameapparatuur was uitgezet. Verstoting vindt plaats als er in de Marokkaanse gemeenschap roddels over een gezin de omloop doen dat de eer van de familie is geschonden. Een vrouw vertelde bijvoorbeeld aan de interviewster, toen zij even alleen (zonder de man) waren, dat ze een dochter heeft die op straat zwerft en veel problemen heeft. Zij was een tijdje naar Marokko gestuurd in de hoop daar beter te worden. Toen dat niet heeft geholpen is het contact met haar verbroken. De vrouw zegt daarover veel verdriet te hebben. Voor de buitenwereld moet het kind echter verstoten worden en mag het verdriet niet geuit worden.

Over dementie spreken de respondenten weinig. Naar aanleiding van de casus in de tweede interviewronde zeggen sommige respondenten dat de verschijnselen te maken hebben met ouderdom. Dementie wordt niet als ziekte herkend. Iemand met deze verschijnselen moet volgens de respondenten voor zover mogelijk binnen de familie verzorgd worden. Zo'n persoon wordt als verloren en afgeschreven beschouwd. Alleen God kan zo iemand nog helpen. Andere respondenten lijken de beschreven symptomen van dementie niet te herkennen.

Levensproblemen

De ouderen spreken weliswaar terughoudend over psychische problemen, maar de meeste respondenten spreken na enig doorvragen wel over hun problemen met de geestelijke gezondheid. Mannen noemen somberheid, gespannenheid, onrust, hoofdpijn en zich gesloopt voelen. Als de interviewer een aantal mogelijke problemen opnoemt zeggen vrijwel alle mannen - naast vergeetachtigheid - één of meerdere van de volgende problemen bij zichzelf te herkennen: onrust, somberheid, nergens zin in hebben. Ze benoemen dit niet als psychische problemen, maar als problemen die bij het leven en het ouder worden horen.

Problemen die vrouwen na doorvragen noemen zijn: somberheid, zich bedrukt voelen, snel kwaad worden, malen in het hoofd, zich afzonderen, huilen, niet naar buiten willen, vergeetachtigheid. Als de interviewster een rijtje met mogelijke klachten opnoemt, herkennen vrijwel alle vrouwen één of meer van de volgende klachten bij zichzelf: onrust, somberheid, gespannenheid, vergeetachtigheid.

Ook over levensproblemen spreken de meeste respondenten terughoudend. Bij vrouwen lijkt deze terughoudendheid ook te maken te hebben met de aanwezigheid van een echtgenoot of dochter bij het interview. Vooral de aanwezigheid van de man drukte een zwaar stempel op het interview, omdat hij doorgaans de antwoorden gaf. Als een echtgenoot echter even afwezig was, spraken sommige vrouwen wel over hun problemen. Een vrouw vertelde bijvoorbeeld aan de interviewster dat ze zich ziek, somber en opgesloten voelt. Als haar man even later binnenkomt zegt hij tegen de interviewster:

"Ik weet niet wat ze je heeft verteld. Ze is een klein beetje ziek, maar daar heeft ze medicijnen voor. Het gaat goed met haar".

De oorzaken van levensproblemen liggen volgens de mannen vooral in problemen in relaties, met name als vrouw of kinderen een man niet gehoorzamen. De mannen hebben veel kritiek op Nederland. Ze vinden dat de samenleving met de jeugd te coulant omgaat en dat de straffen bij wetsovertredingen te licht zijn. Enkele mannen klagen over hun vrouw, die volgens hen sinds hun komst naar Nederland niet meer naar hen luistert. De mannen zeggen hierdoor gespannen te raken en gezondheidsproblemen te krijgen.

Andere mannen zijn verbitterd geraakt doordat ze al jaren aan de kant van de samenleving staan. Alle geïnterviewde mannen staan buiten het arbeidsproces, sommigen al jaren lang. Een aantal van hen is arbeidsongeschikt geraakt door lichamelijke problemen, opgelopen in risicovolle bedrijfstakken. De mannen maakten lange werkdagen om geld te sparen voor hun

familie in het land van herkomst en kampen nu met lichamelijke problemen. Anderen zijn bij reorganisaties, volgens henzelf onterecht, in de WAO terechtgekomen. Hun verbittering wordt versterkt door de hardere houding van Nederlanders ten aanzien van migranten in de afgelopen jaren.

"Eerst smeekten ze je om te komen werken, nu willen ze het liefst dat je verdwijnt".

Verder zeggen vooral de mannen met het ouder worden moeite te hebben met het 'leven in den vreemde':

"Elke Marokkaan die ouder wordt lijdt, ook al heeft hij zijn kinderen hier. Hij blijft wensen om terug te keren naar Marokko. Hij kwam hier met de gedachte om voor een bepaalde tijd te blijven. Nu groeit zelfs de derde generatie hier op".

Een aantal mannen heeft ambivalente gevoelens. Ze voelen zich nergens thuis: niet in Nederland en niet meer in Marokko. Anderen willen graag naar Marokko terugkeren, maar hun vrouw en kinderen willen hier blijven. Financieel is het in Nederland beter dan in Marokko en men is gewend geraakt aan het voorzieningsniveau op het gebied van de gezondheidszorg, maar ook bijvoorbeeld de infrastructuur (elektriciteit, stromend water). Soms wil een man terug en zijn vrouw niet, wat tot spanningen in het huwelijk kan leiden.

Ook de oudere vrouwen zien problemen in de familie ("ondeugdelijke kinderen") als de belangrijkste oorzaak van hun levensproblemen. Sommige vrouwen zijn teleurgesteld dat ze van hun kinderen weinig steun ervaren. ("Ze moeten voor ons zorgen, ze zijn onze kinderen toch?"). Verder heeft een aantal vrouwen zorgen om kinderen die in Marokko zijn achtergebleven. Zij missen deze kinderen en voelen zich schuldig over hen. Volgens hen is de situatie in Marokko veel minder rooskleurig dan in Nederland vanwege de hoge werkloosheid, het gebrek aan medicijnen en de lagere kwaliteit van de voorzieningen. Dikwijls ondersteunen de ouders deze kinderen financieel. Eén vrouw vertelt dat zij en haar man in Nederland wonen, terwijl al haar kinderen in Marokko wonen. Het oudere echtpaar kan echter niet naar Marokko terugkeren vanwege de ernstige diabetes van de vrouw waarvoor in Marokko de nodige faciliteiten ontbreken.

Een aantal vrouwen zegt weinig contact te hebben met mensen buiten de familie. Sommigen zeggen sociale contacten te vermijden vanwege de angst voor roddel.

"Ik praat niet veel met anderen. Als je met anderen praat, krijg je alleen maar problemen en geroddel".

Enkele oudere vrouwen komen amper hun huis uit, uit angst voor roddel of omdat hun echtgenoot dit niet toestaat. Het gebrek aan sociale contacten leidt er toe dat de vrouwen hun problemen en zorgen voor zichzelf houden en slechts met hun dochters kunnen delen.

Vrouwen die geen problemen ervaren met familie of anderen zeggen "rust in de ziel" (*rahat el baal*) te hebben.

"Iemand die te eten en te drinken heeft, kleren om zijn lijf heeft, rust in zijn ziel heeft en vroom is, waarom zou zo iemand psychische problemen krijgen?"

Hulp zoeken

Marokkaanse ouderen proberen in eerste instantie gezondheidsproblemen zelf op te lossen. Voor lichamelijke problemen gaan Marokkaanse ouderen dikwijls naar de huisarts. Ze verwachten hier medicijnen of een doorverwijzing naar een specialist. Als ze deze niet krijgen, zijn ze teleurgesteld en voelen ze zich niet begrepen. In Marokko worden wel kruidenmengsels bij gezondheidsproblemen gebruik, een *fqih* (Islamitische genezer) of een graf van een heilige bezocht. De geïnterviewde ouderen zeggen dit niet te doen. Ze benadrukken dat het raadplegen van een *fqih* op gespannen voet staat met de officiële islamitische leer en dat alleen God genezing kan brengen. Enkele respondenten zeggen wel eens een *fqih* te hebben geraadpleegd toen ze nog in Marokko woonden.

Voor ernstige psychische problemen ('gekke') zien de meeste Marokkaanse ouderen geen oplossing. Mensen die hier aan lijden zijn verloren en moeten worden opgegeven. Het enige wat rest is bidden en deze mensen zo goed mogelijk proberen te verzorgen binnen de familie.

Levensproblemen proberen de ouderen eerst zelf op te lossen. De problemen zien ze als een beproeving van God die ze zelf moeten zien te overwinnen. Dit vergt een innerlijke strijd (*jihad an_nafs*) tegen zichzelf en de eigen tekortkomingen. Wie deze strijd wint gaat naar de hemel. Bidden en rituele wassing kunnen helpen bij het overwinnen van deze strijd en *rahat el baal*, rust in de ziel te krijgen. Oudere mannen gaan bijvoorbeeld dikwijls vijf maal per dag naar de moskee, als deze niet te ver van hun woning is. Vrouwen bidden vooral thuis. Sommige vrouwen gaan op vrijdag naar de moskee, waar steeds vaker aparte ruimtes voor vrouwen beschikbaar zijn. Ook het ondernemen van een bedevaart naar Mekka (*Hadj*) brengt "rust in de ziel".

Als het niet lukt om de levensproblemen zelf met hulp van God op te lossen, bespreken de ouderen de problemen met familieleden. Enkele vrouwen zeggen dat het helpt om afleiding te zoeken, bijvoorbeeld naar het park of de moskee gaan om met andere vrouwen te praten, familie of bekenden te ontmoeten of op kleinkinderen te passen.

Enkele respondenten zeggen zich beter te voelen als ze jaarlijks een aantal maanden naar Marokko gaan om familie en vrienden te bezoeken. Ook het aangename klimaat draagt hieraan bij. Anderen geven aan dat ze

wel vaker naar Marokko zouden willen gaan, maar dat hun financiële situatie dit niet toestaat.

GGZ-hulp

Weinig van de geïnterviewde Marokkaanse ouderen zijn bekend met het Nederlandse zorgaanbod voor mensen met ernstige psychische problemen en levensproblemen. Enkele oudere mannen hebben wel via de moskee van de term GGZ of RIAGG gehoord, maar ze weten meestal niet welke hulp deze instanties kunnen bieden. Bij de vrouwen is de term niet bekend of wordt de term GGZ verward met GG&GD. Enkele zeggen, als de interviewer uitlegt welke hulp de GGZ kan bieden, hier wel een beroep op te willen doen als God dit wil en de huisarts hen stuurt. Anderen voelen hier niets voor, iemand zegt:

"Daar ga ik echt niet naar toe. Wat Allah heeft voorbeschikt, zal geschieden. Zij kunnen niets doen".

Het zoeken van hulp bij een Nederlandse instantie wordt als een schande gezien, omdat een familie niet in staat is de eigen problemen op te lossen. Een vrouw van wie de echtgenoot stemmen hoort en erg onrustig is, zegt:

"Ik wil niet dat mijn man naar die instantie (GGZ) gaat. Als mijn vrienden en kennissen dat zouden horen, gaan ze hem voor gek verklaren. Allah is groot, hij zal ons helpen".

In geval van 'gekke' denkt men dat er niets aan is te doen. Sommigen zeggen dat het niet nodig is om naar de GGZ te gaan, omdat alleen God hulp kan bieden. Pas als er sprake is van ernstige overlast of de situatie onhoudbaar wordt, komt men bij de hulpverlening terecht. Een respondente waarvan een zoon in een GGZ-instelling opgenomen is geweest, is achteraf positief over de verleende hulp aan haar zoon.

Bij levensproblemen komt het zoeken van hulp van buiten, zoals de GGZ, bij de meeste respondenten niet als mogelijkheid op. Zij accepteren deze problemen als behorend bij het leven die ze zelf of eventueel met hulp van familieleden moeten oplossen. Het accepteren van hulp van buiten wordt als een nederlaag gezien. Bovendien is het bij de ouderen onbekend dat de GGZ ook hulp kan bieden bij levensproblemen.

Discussie

Wij onderzochten de beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen, de oplossingen die ze hiervoor zoeken en de rol van de GGZ bij het zoeken naar hulp. Voor de geestelijke (on)gezondheid maken de ouderen impliciet een onderscheid tussen ernstige psychische problemen zoals schizofrenie of dementie enerzijds, en levensproblemen als

depressieve problemen en stress anderzijds. Het begrip psychische problemen associëren zij met 'gekke'. Dit treft alleen degenen die zich niet als een goed moslim gedragen en zijn daardoor omgeven met taboes. Om stigmatisering van de gemeenschap te voorkomen worden deze problemen zolang mogelijk voor de buitenwacht verborgen gehouden. De problemen worden alleen binnen de familie besproken. Soms komt het voor dat de familie de banden met het familielid verbreekt, omdat de familie-er geschonden is en de schande te groot is.

"Levensproblemen" die in de westerse termen wel "psychosociale problemen" worden genoemd zien de Marokkaanse ouderen als problemen die men moet accepteren als bij het leven of het ouder worden horend. De ouderen geven aan in het dagelijks leven wel last van dergelijke problemen te hebben. De problemen worden voor zichzelf of binnen de familie gehouden. Iemand dient dit als beproeving van God zelf te overwinnen door te bidden. De oorzaken van deze problemen liggen in het leven zelf: het ouder worden, problematische relaties met partner of kinderen, de moeilijke positie van de oudere migrant met een lage sociaal-economische status in een land dat hen steeds minder waardeert.

De ouderen doen bij problemen met de geestelijke gezondheid ('gekke' en levensproblemen) nauwelijks een beroep op de hulpverlening. Een beroep op de Nederlandse hulpverlening brengt schaamte met zich mee, omdat dan duidelijk wordt dat de problemen niet in eigen kring kunnen worden opgelost. Bovendien zijn de ouderen niet goed bekend met de hulp die kan worden geboden. Vaak verwarren ze de GGZ met de GG&GD. Toch zeggen sommige ouderen wel de GGZ te bezoeken indien de huisarts dit zou voorschrijven.

We kunnen de bevindingen op verschillende manieren verklaren. De omgang met het taboe op ernstige psychische problemen moet worden gezien binnen de context van een cultuur waarin de familie centraal staat. Binnen een familie wordt veel waarde gehecht aan familie-er. De mannen hebben het gezag over vrouwen en kinderen^{22,23} en bewaken de familie-er. 'Gekke' bedreigt de familie-er en betekent gezichtsverlies, vooral voor de man als hoofd van de familie. Een man zal daarom alles doen om te voorkomen dat ernstige psychische problemen van een familielid bekend worden in de gemeenschap.

De oorzaken van de levensproblemen hangen samen met de stressvolle situatie van de oudere migranten.²⁴ Op individueel niveau zijn vooral de mannelijke respondenten teleurgesteld over hun leven zoals het is gelopen. Ze zijn niet rijk teruggekeerd naar Marokko zoals bij hun komst naar Nederland de bedoeling was, hun kinderen zijn van hen vervreemd geraakt en van een status als man en als oudere²² is amper sprake. De Marokkaanse oudere

vrouwen hebben vooral problemen met het sociale isolement waarin ze zich dikwijls bevinden. Ze kunnen hun zorgen met weinigen delen. In de Marokkaanse gemeenschap vormt de sterke sociale controle een bron van spanning. Vrouwen dienen steeds op hun hoede te zijn dat zij of een (meestal vrouwelijk) familielid de familie-er niet schendt. De angst voor roddel binnen de eigen gemeenschap is diep geworteld, waardoor sociale contacten worden gemeden.

Op relationeel niveau zijn er spanningen binnen de familie en soms binnen de gemeenschap. De familierelaties zijn door de migratie naar Nederland dikwijls veranderd. Door de lange afwezigheid van de vader en de migratie is de relatie van de vader met zijn kinderen dikwijls problematisch. Ook de relatie met de vrouw staat soms onder druk als zij tijdens de afwezigheid van de man een zelfstandigheid heeft ontwikkeld die niet meer past binnen het beeld dat de echtgenoot heeft van de echtelijke rolverdeling.

Ook hun marginale positie in de samenleving brengt bij de ouderen spanningen teweeg, met name bij mannen. Velen voelen zich afgedankt op de arbeidsmarkt, zijn afhankelijk van een (gedeeltelijke) uitkering en worden door de Nederlanders met een toenemend wantrouwen bejegend.

Bij het verklaren van de houding van de Marokkaanse ouderen ten opzichte van de gezondheid moeten we ons rekenschap geven van hun socialisatie in Marokko.²⁵ Samenhangend met het hierboven beschreven familie-model is er een zorgmodel waarbij familieleden voor elkaar zorgen.^{22,26} Een persoon met gezondheidsproblemen, ook problemen met de geestelijke gezondheid, krijgt daarom zorg binnen de familie. Pas als de persoon thuis bij de familie niet meer te handhaven is, wordt hulp van buiten geaccepteerd.

In Marokko bereikt de geestelijke gezondheidszorg veel minder cliënten dan in een land als Nederland. De GGZ is in Marokko vooral geconcentreerd in de grote steden. De respondenten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen zijn overwegend opgegroeid op het Marokkaanse platteland, ver verwijderd van instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Alleen alternatieve genezers zoals *fqihs* of kruidendokters zijn hier binnen bereik voor gezondheidsproblemen.²⁷ Hoewel er ook in Nederland *fqihs* en kruidendokters actief zijn¹¹ zeggen de respondenten deze niet te raadplegen, omdat alleen God beschikt over gezondheid. Het raadplegen van een *fqih* voor gezondheidsproblemen valt buiten de Islamitische leer.

Deze studie kent enige beperkingen. Het spreken over persoonlijke problemen veronderstelt vertrouwen tussen respondent en interviewer. Het eenmalige karakter van de interviews beperkte het opbouwen van een

vertrouwensband. Toch bleek dat de respondenten, naarmate het interview vorderde, meer vertrouwelijke informatie vertelden.

Bij een eenmalig gesprek kan de respondent een beeld van zichzelf geven waarvan hij of zij verwacht dat de interviewer dit wil horen. Aan deze beperking is tegemoet gekomen door de interviewers tevens observaties te laten verrichten. Verder hebben de onderzoekers de interviews na afloop intensief geëvalueerd met de interviewers waarbij aandacht is besteed aan de betekenisgeving van datgene wat respondenten vertelden.

De interviewers zijn voor dit onderzoek getraind, maar hadden vooraf geen ervaring met semi-kwalitatieve interviews. Zij bleken moeite te hebben met het doorvragen. Dit heeft ook te maken met de cultuur van respect voor de ouderen. Door zorgvuldige training en monitoring van de interviewers ontwikkelde hun vaardigheid van semi-kwalitatief interviewen gaandeweg.

De interviews vonden plaats bij de respondent thuis. De vrouwen waren moeilijk alleen te interviewen. Dit is alleen gelukt bij een alleenwonende weduwe. Als representant van de familie wilde de man bij het interview aanwezig zijn en doorgaans gaf hij de antwoorden op de vragen die aan de vrouw gesteld werden. Het observeren van non-verbaal gedrag van vrouwen en de opmerkingen die de vrouwen maakten wanneer ze even alleen waren met de interviewer, waren hierbij een belangrijke aanvulling op de data.

De interviewers waren Arabischtalige Marokkanen met enige kennis van Berbertalen. De helft van de respondenten heeft een Berber achtergrond. De Arabische afkomst van de interviewers kan de betekenisgeving van de Berberrespondenten hebben beïnvloed. Verder hebben vooral oudere Berber vrouwen moeite met de Arabische taal. Daardoor was tijdens de interviews met deze vrouwen sprake van improvisatie: een dochter of echtgenoot vertaalde de vragen of gaf voor de vrouw de antwoorden. Dit heeft consequenties voor de datakwaliteit.

Ondanks deze beperkingen kwamen door de respectvolle interviewstijl en inductieve opbouw van het interview uiteindelijk veel persoonlijke zaken ter sprake. De bevindingen zelf, en de individuele en sekseverschillen laten de rijkdom van de data zien. Alle onderzoeksvragen konden worden beantwoord.

De Nederlandse GGZ dient bij haar zorg voor Marokkaanse ouderen rekening te houden met de beleving van de problemen zoals die uit dit onderzoek is gebleken. De beleving van de Marokkaanse ouderen sluit niet aan bij de referentiekaders van de Nederlandse hulpverleners en de manier waarop binnen zorgprogramma's het hulpaanbod uitgaat van psychiatrische diagnostiek. Ook de onbekendheid met het verschijnsel GGZ vraagt om gericht beleid. Er zal aan de Marokkaanse gemeenschap meer psycho-

educatie gegeven moeten worden en voorlichting over de hulpverleningsmogelijkheden van de GGZ, ook voor ouderen. Deze voorlichting zal laagdrempelig moeten zijn en rekening houden met de achtergrond van de ouderen. De cursus Lichte Dagen, Donkere Dagen²⁸, een cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve problemen, en de cursus Stap voor stap²⁹ voor oudere Turken en Marokkanen met angstproblemen, zijn hiervan voorbeelden. Momenteel is een cursus integratieve reminiscentie voor oudere Turken en Marokkanen met depressieve klachten in ontwikkeling.³⁰

Vooraf oudere Marokkaanse vrouwen zijn vanwege hun veelal geïsoleerde leven nauwelijks op de hoogte van de hulpmogelijkheden. De onbekendheid met de Nederlandse zorginstellingen hangt samen met het lage opleidingsniveau, problemen met de Nederlandse taal en de geringe participatie aan de Nederlandse samenleving. Informatieve huiskamerbijeenkomsten over ouder worden, geestelijke gezondheid, welbevinden en zorg voor Marokkaanse oudere vrouwen zoals die recent zijn ontwikkeld³¹, zijn een manier om deze vrouwen te bereiken.³²

De hulpverleners binnen de GGZ kunnen op een aantal manieren beter rekening houden met de behoeften van Marokkaanse ouderen die bij hen in zorg komen. Het gaat daarbij om bejegeningaspecten en kennis over de achtergrond van deze cliënten. Tegelijkertijd is duidelijk dat een oudere Marokkaanse cliënt ook een individu is, en iemand met problemen met de geestelijke gezondheid. De hulpverlener moet deze aspecten zo goed mogelijk proberen te onderscheiden. Dit kan door tijdens het contact met de oudere goed te observeren en bij verschillende bronnen informatie over de persoon te verzamelen. Deze bronnen kunnen naast de oudere zelf, de partner, kinderen en eventueel andere hulpverleners zijn.³³

Een beroep op de hulpverlening brengt voor oudere Marokkanen schaamte met zich mee, omdat dan duidelijk wordt dat de problemen niet in eigen kring kunnen worden opgelost. Het kan daarom voor alle betrokkenen beschamend zijn wanneer psychische problemen ter sprake komen. Een hulpverlener moet zich er goed van bewust zijn welke informatie hij in tegenwoordigheid van partner en familie geeft. Een duidelijke uitleg over oorzaken en remedies van problemen is hoe dan ook op zijn plaats. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat de meeste ouderen weinig opleiding hebben genoten, meestal analfabeet zijn en niet gewend zijn aan abstract taalgebruik. Vanwege de sterke sociale controle in de Marokkaanse gemeenschap is het belangrijk bij Marokkaanse ouderen vertrouwelijkheid en het beroepsgeheim van een hulpverlener te benadrukken. Ook moet een hulpverlener de tijd nemen voor het opbouwen van een vertrouwensband.

In dit onderzoek zijn Marokkaanse ouderen zelf aan het woord gelaten over de beleving en omgang met problemen met de geestelijke gezondheid. Het aantal Marokkaanse ouderen zal de komende jaren toenemen. Daardoor zal het aantal personen met deze problemen groeien. Met de bevindingen van dit onderzoek kunnen hulpverleners de zorgbehoefte van oudere allochtonen beter inschatten en het hulpaanbod beter afstemmen op de hulpvraag. Hierdoor kan het bereik en de kwaliteit van het GGZ-aanbod voor deze ouderen verbeteren. Door psycho-educatie kunnen de problemen van de Marokkaanse ouderen in een voor hen herkenbaar kader worden geplaatst, waardoor het voor hen gemakkelijker wordt de zorg te verkrijgen die zij willen.

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw met een bijdrage van het VSB-fonds en Nationaal Fonds Ouderenhulp.

Literatuur

- Schellingerhout, R. *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
- Gemeente Amsterdam. *Dienst Onderzoek en Statistiek. Kerncijfers Amsterdam 2004*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2004.
- Dagevos J. *De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes. Voorstudie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001.
- Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. *Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam. Gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2001.
- Wurff FB van der, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Stek ML, Smits CHM, Spijker J, Verhoeff AP. *Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands*. *The Journal of Affective Disorders* 2004; 83: 33-41.
- Polikar L, Wennink HJ, Hosper K, Smits C. *De allochtone cliënten van de geestelijke gezondheidszorg*. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 2000; 78: 263-265.
- Have M ten, Rodrigues M, Bijl R. *Hulpverlening aan allochtone vrouwen met psychische problemen. Het hulpaanbod voor Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse, Turkse en Marokkaanse vrouwen met psychische problemen*. Utrecht: NcGv, 1996.
- Escobar JI. *Cross-cultural aspects of the somatization trait*. In: *Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38: 174-180.
- Kemper F. *Religiositeit, etniciteit en welbevinden bij mannen van de eerste generatie Marokkaanse moslimmigranten*. Nijmegen: Uitgeverij Katholieke Universiteit, 1996.
- Sterman D. *Een olijfbom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op de behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1996.
- Hoffer CBM. *Volksgehoof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen*. Amsterdam: Thela Thesis, 2000.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RvZ, 2000.
- Kloosterboer D, Yilmaz B. *De leefsituatie van moslimouderen in Rotterdam*. Rotterdam: Nisbo, 1997.
- Hosper K, Hof S van't, Knipscheer J. *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ: een inventarisatie van klachten, oorzaken, hulpvragen en hulpaanbod vanuit het perspectief van hulpverleners en cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
- Wennink HJ, Boomstra R, Meeuwissen JAC. *Een onvoldoende voor interculturalisatie. Quick scan naar de mate van interculturalisatie van instellingen in de GGZ en verslavingszorg*. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- Spijker J, Wurff FB van der, Poort EC, Smits CHM, Verhoeff AP, Beekman ATF. *Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004; 19: 538-544.
- Smits CHM, Vries WM de, Beekman ATF. *The CIDI as an instrument for diagnosing depression in older Turkish and Moroccan labour migrants: an exploratory study into equivalence*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 20:436-445.
- Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Reijneveld SA. *Zelfredzaamheid en zorggebruik van de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migrantenouderen*. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2003; 4: 202-209.
- Malterud K. *Qualitative research: standards, challenges and guidelines*. *Lancet* 2001; 358: 483-488.
- Beekman ATF, Deeg SJH, Van Limbeek J, Braam AW, Vries MZ de, Tilburg W van. *Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D): Results from a community-based sample of older adults in the Netherlands*. *Psychol Med* 1997; 27: 231-235.
- Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine, 1967.
- Abraham E. *Oudere mensen zijn als bomen die schaduw geven. Oudere Marokkaanse vrouwen en mannen in de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1996.
- Geertz H. *The meaning of family ties*. In: C. Geertz, H. Geertz & L. Rosen (eds.), *Meaning and order in Moroccan society: Three essays in cultural analysis*. Cambridge University Press, 1979.
- Knipscheer J, Kleber R. *Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening*. *De Psycholoog* 1998; 4: 151-157.
- Reysoo F. *Ziektebeleving en hulpzoekgedrag van Marokkaanse vrouwen in Leiden: een exploratief onderzoek*, in: A. Richters & K. van Vliet (red) *Gezondheidsvoorlichting aan Marokkaanse vrouwen in Leiden. Verslag van drie deelonderzoeken*, 1999.
- Vries W de. *Verlaten door de familie. Impressies van een Marokkaans verzorgingshuis*. *Denkbeeld* 2004; 6: 20-24.
- Vries, WM, Smits, CHM. *Verdwaald in Nederland. Het welbevinden van de eerste generatie Marokkaanse plattelandsmigranten*. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2005; 1: 86-94.
- Can M, Voordouw I. *Lichte Dagen, Donkere Dagen. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten. Handreiking voor cursuscoördinatoren en -begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.
- Vries, W de, Smits C. *Stap voor stap. Een preventieve cursus voor Turkse en Marokkaanse ouderen met angstklachten. Handleiding en draaiboek*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Smits C. *Ontwikkeling van de integratieve reminiscentiemethodiek voor oudere Turken en Marokkanen*. *Projectvoorstel*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Vries, W de, Smits C. *Geestelijke gezondheid en ouder worden. Informatieve huiskamerbijeenkomsten voor Turkse en Marokkaanse oudere vrouwen*. *Handboek en draaiboek*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Vries W de, Smits C. *Geestelijke gezondheid en ouder worden. Ontwikkeling van informatieve huiskamerbijeenkomsten voor Turkse en Marokkaanse oudere vrouwen*. *Procesevaluatie*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Vries W de, Smits C. *Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Een handreiking voor de praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.