



ANTROPOLOGIE EN GEZONDHEIDSZORG

Een latrelatie met potentie

In de medische literatuur is nogal eens een pleidooi te lezen voor een antropologisch perspectief op gezondheid en ziekte. Maar wat betekent dat eigenlijk precies? En waarin schuilt het belang van een antropologisch perspectief? Kortom: welke rol is er voor antropologen weggelegd in de gezondheidszorg?

ROB VAN DIJK

Om te kunnen beoordelen wat de antropologie, meer specifiek de medische antropologie, voor de gezondheidszorg kan betekenen, zal ik eerst kort schetsen wat de kern ervan is. De medische antropologie is het specialisme binnen de culturele antropologie dat zich richt op de gezondheidsgerelateerde aspecten van het menselijk leven. Medisch antropologen gaan ervan uit dat het wereldbeeld en de leefsi-

tuatie van mensen in belangrijke mate bepalen hoe zij denken over gezondheid en ziekte en hoe zij daarmee omgaan. Mensen verwoorden in hun verhalen over ziekte niet alleen wat zij in hun lichaam ervaren; hun verhalen vertellen meer. Het gaat ook over hun leefsituatie, hun relaties met anderen en over betekenis- en zingevingsvragen als: waarom is mij dit overkomen en hoe moet het verder met mijn leven?

▲ Hulpverleners moeten zowel letten op de culturele achtergrond als het individuele aspect.

RELATIVISTISCH WERELDBEELD

Wat mensen als ziekte beschouwen, hoe zij vorm geven aan hun ziek zijn en op welke wijze ze proberen ziekte af te wenden is geen universeel gegeven, maar is tijd- en contextgebonden. Dat is op zich niet opzienbarend. Geen arts zal ontkennen dat het denken over gezondheid ►

► door de eeuwen heen is veranderd. Wat antropologen aan deze opvatting toevoegen is dat dit gegeven van tijd- en contextgebondenheid ook geldt voor de westerse gezondheidszorg met haar wetenschappelijke onderbouwing en pretenties van algemene geldigheid en superioriteit. Ze wijzen bijvoorbeeld op het magische geloof in de macht van de medische technologie.

Antropologen hebben een relativistisch wereldbeeld. Het is een wereldbeeld dat ervan uitgaat dat culturen niet statisch en geïsoleerd zijn, maar altijd veranderlijk en gemengd. Dat houdt niet in dat ze alle culturen als uniek en onvergelijkbaar beschouwen. Het betekent dat 'we gedrag en opvattingen van onbekende anderen altijd kunnen interpreteren als betekenisvol, zónder ermee in te stemmen of te geloven dat we in hun plaats hetzelfde zouden doen', aldus Sjoerd de Jong in het boek *Een wereld van verschil* (2008).

Medisch antropologen proberen de diversiteit in het denken over gezondheid en ziekte in kaart te brengen. Ze spreken

ken te doen over de cultuur van een bevolkingsgroep. De Marokkaanse gemeenschap omvat tegenwoordig zowel importbruidsgoms uit het Rifgebergte als hooggeschoolde vrouwen die in Nederland geboren zijn. Wat we zien is dat de beschikbare cultuurinformatie vaak nog het beeld schetst van homogene herkomstgroepen. Er is weinig aandacht voor de diversiteit daarbinnen, noch voor de overeenkomsten met autochtone bevolkingsgroepen met een vergelijkbare sociaal-economische status of maatschappelijke positie.

Naast het accent leggen op groepen, hebben antropologen ook de neiging het accent te leggen op cultuurverschillen, op wat in Nederlandse ogen vreemd is. De ziektebeleving en het ziektegedrag van migranten beschouwden ze aanvankelijk vooral als cultureel bepaald. In het verleden schuwden antropologen niet vergaande uitspraken te doen, bijvoorbeeld dat Marokkaanse migranten geen psychische ziekten kennen, en gingen ze vooral in op

achtergronden, maar eerder met onzekerheid over het toepassen van die kennis in de dagelijkse praktijk. Dat sluit aan bij bevindingen van Hans Harmsen in zijn promotieonderzoek. Harmsen signaleert dat huisartsen niet zozeer problemen hebben in de omgang met 'traditionele' of 'moderne' migranten, maar met degenen die níét in deze tweedeling passen. Antropologen kunnen bij uitstek behulpzaam zijn bij het interpreteren en toepassen van cultuurinformatie in individuele gevallen. Ze kunnen helpen bij het vertalen van 'vreemde' verhalen van patiënten.

CULTUREEL GEKLEURD

De toegevoegde waarde van de antropologie voor de gezondheidszorg schuilt in nog een tweede aspect: inzicht krijgen in het eigen ethnocentrisme. De antropologie benadrukt dat ieder kijkt naar 'de zieke ander' cultureel gekleurd is. Objectiviteit bestaat ook in de medische wereld niet. Dit inzicht kan gezondheidswerkers helpen zich bewust te worden van hun eigen ethnocentrisme en te leren relativeren wat zij als natuurlijk en vanzelfsprekend ervaren. Antropologen hebben aangetoond dat het 'vreemde' en 'exotische' van migranten, met andere woorden de zaken die Nederlandse hulpverleners zien als de cultuur van de ander, tegelijkertijd ook hetgeen is waar hulpverleners de meeste moeite mee hebben. Onverklaarbare lichamelijke klachten veranderen zo van medisch probleem tot onderdeel van de culturele kloof. Wat niet naadloos aansluit bij de Nederlandse ziektebeleving of -presentatie wekt klaarblijkelijk verwarring. Wie stelt dat Marokkanen kampioen somatiseren zijn, zoals een huisarts mij ooit toevertrouwde, ziet over het hoofd dat de meerderheid van de wereldbevolking op deze wijze gezondheidsklachten uit. Het valt hier op omdat in Nederland psychologisieren van niet-somatische gezondheidsproblemen de voorkeur geniet. Het ziektegedrag van de ander noemen we 'theatraal', omdat wij een ingetogen klachtenpresentatie meer gepast vinden. De vreemde ander is kortom niet los te zien van onze eigen kijk op de wereld.

BEWIJSKAARTEN

Hulpverleners en antropologen staan voor de opdracht recht te doen aan het unieke van het individu en daarbij oog te

'Cultuur is tegenwoordig wat vroeger religie was: een middeltje tegen alle kwalen'

over verklaringsmodellen en *idioms of distress*. Zo zien ze het somatiseren van problemen niet zozeer als symptoom van een ziektebeeld, maar vooral als een vorm van communicatie, als een manier om geestelijk, lichamelijk of sociaal onwelbevinden te uiten. Ze hebben oog voor de functie en betekenis van op het eerste gezicht vreemd ogende rituelen, zoals het mobiliseren van sociale steun door een *wassi* of een *winti-pré* binnen de Surinaams-creoolse gemeenschap.

MIDDEL TEGEN ALLE KWALEN

Antropologen beschrijven bij voorkeur het wereldbeeld van groepen, sociale groepen, en de gedragspatronen waarin deze groepen hun beelden vormen en doorgeven. Dergelijke cultuurinformatie is echter per definitie een vereenvoudiging van een werkelijkheid die veel complexer in elkaar zit. Mensen identificeren zich bijvoorbeeld niet met één maar met verschillende sociale groepen. Zo is iemand niet alleen een hoogopgeleide therapeut, maar is hij ook geboren in Turkije, maakt hij deel uit van een Arabisch-talige minderheid, is hij in religieus opzicht aleviet en in politiek opzicht links georiënteerd.

Door de toename van verschillen binnen de herkomstgroepen van migranten is het steeds moeilijker algemene uitspra-

exotische verschijnselen als demonposessie. Dit culturaliseren van gezondheid en ziekte leidde ertoe dat individuele en sociaal-economische kenmerken van migranten naar de achtergrond verdwenen. Deze benadering werkte in de hand dat gezondheidswerkers alles wat ze niet begrepen bij migranten al snel als cultureel specifiek wegzetten. De filosoof Margalit zegt daarover: 'Cultuur is tegenwoordig wat vroeger religie was: een middeltje tegen alle kwalen' (*de Volkskrant*, 19-11-2006). Deze culturalistische benadering, die migranten als het ware bevestigt in hun anders zijn, kan een contraproductief en stigmatiserend effect hebben.

Betekent dit nu dat de antropologie niets te bieden heeft aan de gezondheidszorg en, sterker nog, een ongewenst accent legt? Nee, dat zou te kort door de bocht zijn: antropologische informatie, cultuurinformatie, kan wel degelijk een functie hebben in de gezondheidszorg, mits op maat gesneden en goed toegepast. Uit een recente Britse studie blijkt dat de problemen van hulpverleners met migranten niet samenhangen met een gebrek aan kennis over hun culturele

Mensen denken vaak in culturele archetypen: dé Berber uit de Rif, dé Turkse boer uit Anatolië

hebben voor zijn maatschappelijke context, waarvan de culturele achtergrond een onderdeel is. Zo'n zestig jaar geleden stelden de Amerikaanse antropologen Kluckhohn en Murray al dat ieder mens tegelijkertijd is als ieder ander, als sommige anderen en als niemand anders. In het algemeen denkt men vaak in culturele archetypen: dé Berber uit de Rif, dé Turkse boer uit Anatolië, het Surinaams-creoolse gezin gecentreerd rond oma of moeder. Het gevaar hiervan is dat de uniekheid van mensen, hun individualiteit, niet opvalt of uit beeld verdwijnt. Is somatiseren bijvoorbeeld louter en alleen ingegeven door de cultuur of heeft het ook te maken met het medicaliseren van de samenleving, met de 'bewijskracht' van lichamelijke klachten in het kader van de ziektewetuitkering? Illustratief in dit kader is dat een Turkse arbeidsgeschiedte met mij steeds sprak over 'bewijskaarten' als het ging om verwijzingen naar de tweede lijn.

Is alles wel cultureel wat men zo benoemt of spelen er andere zaken? Een migrant kan bijvoorbeeld stellen niet te willen spreken over relationele problemen omdat dit in zijn cultuur niet gebruikelijk is. Maar is dit de werkelijke reden van zijn weigering? Er kan ook sprake zijn van culturele camouflage, een excuus om verder

▼ **Antropologen hebben oog voor functie en betekenis voor vreemd ogende rituelen zoals bijvoorbeeld een *wassi* of een *winit-pré*.**

vorsen in de persoonlijke sfeer af te weren. De cultuurinformatie waarin antropologen voorzien is met andere woorden niet instant toepasbaar, geen gebruiksaanwijzing. Steeds moet de hulpverlener de relevantie van de informatie beoordelen in het licht van de individuele patiënt. Dit is een absoluut vereiste om stereotypering, volgens Arthur Kleinman een van de hoofdzonden in de gezondheidszorg (*do no harm by stereotyping*) te voorkomen. Zo bekende een psychotherapeute dat ze,

De cultuurinformatie waarin antropologen voorzien is geen gebruiksaanwijzing

toen een Turkse patiënte vertelde regelmatig bij haar moeder in bed te slapen, geen reden zag om hierover door te vragen zoals ze bij autochtone vrouwen wel zou doen. Ze interpreteerde het gedrag van de vrouw als niet-vreemd voor 'de Turkse cultuur'. Dit voorbeeld onderstreept de noodzaak om altijd oog te houden voor zowel de culturele achtergrond als het individuele en het bijzondere van een patiënt.

LAT BIEDT POTENTIEEL

De medische wetenschap focust zich op unieke patiënten met een algemeen menselijke constitutie en de antropologie houdt zich vooral bezig met de vraag waarin groepen mensen zich al dan niet onderscheiden van anderen. Tegenstrijdig of

juist aanvullend? Naar mijn mening kunnen de antropologie en de medische wetenschappen elkaar veel vertellen en aanvullend zijn maar is het een illusie om te denken dat zij elkaars verhaal kunnen vertellen. Antropologen zijn geen hulpverleners en gezondheidswerkers zijn geen sociale wetenschappers. Bij besprekingen van patiënten betrap ik mezelf er geregeld op meer oog te hebben voor sociaal-culturele dan voor intrapsychische of somatische aspecten.

Antropologie kan aanvullend zijn omdat het in de gezondheidszorg niet alleen gaat om het vaststellen van organische afwijkingen, maar ook om het duiden van de interpretaties die patiënten toekennen aan lichamelijke gewaarwordingen. Als een Marokkaanse patiënt het heeft over influisteringen van *djinns*, zou de psychiater dat niet als vanzelfsprekend moeten afdoen als symptoom van een psychotische stoornis. De praktijk leert dat dergelijke automatische gevolgtrekkingen niet altijd juist zijn. Antropologen kunnen hulpverleners helpen voelsprietten te ontwikkelen voor de betekenis van het verhaal van de ander, en een houding van bevreemding op te bouwen over het vanzelfsprekende van het eigen handelen. De culturele formulering en het culturele interview zijn daarvoor bijvoorbeeld geschikte instrumenten.

Een antropologisch perspectief kan bijdragen aan het vermijden van twee valkuilen: enerzijds de ethnocentrische reflex, waarbij hulpverleners eigen uitgangspunten buiten twijfel stellen, en anderzijds de professionele hersenverlamming, waarbij hulpverleners de ander exotiseren (het anders zijn benadrukken), zich onmachtig voelen en hun professionele kennis onbenut laten. Het is geen zaak hulpverleners tot medisch antropologen om te scholen. Een latrelatie – een eigen domein, maar wel voortdurend in dialoog – is het alternatief met de meeste potentie. ●

Rob van Dijk is medisch antropoloog en consultant interculturele zaken bij Bavo Europeoort (Rotterdam), onderdeel van de Parnassia Bavo Groep. De auteur dankt Dirck van Bekkum, Simon Groen, Huub Beijers en Gerdien Tempelman voor het delen van hun inspirerende gedachten. De literatuur waarop dit artikel is gebaseerd is op te vragen bij de redactie.



FOTO: TEAKE ZUIDEMA / HH