

## Cultuursensitieve zorg in de geestelijke gezondheidszorg: van 'savoir-faire' naar 'savoir-être'

*Stefaan Plysier, oktober 2014*

De taak van de hulpverlener is altijd complex geweest. De oplossingen die voor patiënt A hun optimale nut bewezen hebben, blijken bij patiënt B met een ogenschijnlijk zelfde problematiek helemaal niet te werken. Sociale leefomstandigheden, financiële toestand, persoonskenmerken,... het zijn allemaal factoren die van elke patiënt een unieke patiënt maken. Als hulpverlener leren we, vaak met vallen en opstaan, met deze veelheid aan factoren om te gaan. Het maakt ons tot een betere hulpverlener die in staat is oplossingen te bieden op maat van de patiënt. De cultuur van de patiënt is daarbij één van de factoren die een invloed heeft op hoe we gaan hulpverlenen. Alleen blijken veel hulpverleners bij deze factor heel wat aarzeling te vertonen: ben ik wel voldoende op de hoogte van de cultuur van de patiënt, begrijpt de patiënt wel waar ik met hem naar toe wil, ben ik met mijn tools als hulpverlener wel voldoende in staat om iemand uit een andere cultuur te helpen? Het zijn vragen die de angst van de hulpverleners verwoorden. Het zijn ook de vragen waardoor ze gaan twijfelen of zelfs afhaken. In dit artikel wil ik verder ingaan op waar we cultuur in de hulpverleningsrelatie kunnen plaatsen en wat we er wel of niet kunnen mee aanvangen.

### **Kiezen tussen culturalistisch en universalistisch?**

Als we als hulpverlener spreken over cultuur hebben we het al gauw over de etnisch-culturele kenmerken van de patiënt. Hij of zij heeft dan vanuit zijn of haar religie of etnische afkomst een andere manier van omgaan met elkaar of van kijken naar een probleem. Deze andere manier van kijken van de patiënt naar het probleem bemoeilijkt dan vaak het hulpverleningsproces. Zowel hulpverlener als hulpvrager vinden dat de ander hen omwille van de culturele achtergrond niet begrepen heeft met vaak als resultaat een vroegtijdig beëindigen van de hulpverlening. Bij deze etnisch-culturele invulling van het begrip cultuur, wordt cultuur vaak gezien als een statisch gegeven. De hulpverlener vereenzelvigd dan bijvoorbeeld dé Marokkaanse cultuur met de cultuur van zijn Marokkaanse patiënt. De cultuur van de patiënt wordt behandeld als een vaststaand gegeven die bovendien vaak naast of tegenover deze van de westerse cultuur staat. Deze invulling leidt echter de aandacht af van de ongrijpbaarheid van cultuur. In de realiteit is cultuur namelijk niet zo eenvoudig te vatten als deze statische opvatting laat uitschijnen. Van Dijk (2004) heeft het over cultuur als een Fremdkörper. De statische opvatting van cultuur als een geheel van waarden en normen dat het gedrag van individuen stuurt, is volgens hem achterhaald en onbruikbaar voor de praktijk. Het is echter wel een cultuurbegrip dat binnen de hulpverlening heel lang impliciet of expliciet gehanteerd werd en nog steeds wordt.

De voornaamste reden daarvan is omdat het de hulpverlener een zekerheid geeft. Het biedt de illusie de cultuur te kunnen begrijpen en dus ook te kunnen controleren, alsof een aantal onverklaarbare gedragingen eindelijk gevat kunnen worden in dat wat we cultuur noemen. Op die manier neemt het de angst weg om met het oncontroleerbare om te gaan. Cultuur wordt als het ware getemd door het te definiëren.

De zogenaamde 'culture bound syndromes' zijn misschien wel de bekendste exponent van dit culturalistisch denken. De etnopsychiatrie probeerde namelijk bovenop de bestaande westerse classificatie van mentale ziektebeelden een aantal cultureel gebonden syndromen te classificeren. De idee was dat er zich in een aantal niet-westerse culturen specifieke ziektebeelden voordoen die in het Westen niet voorkomen. Zo verscheen er vanuit de etnopsychiatrie veel literatuur over fenomenen als amok, koro, latah, susto, enzovoort... Het ging hierbij telkens om een omschrijving van dysfunctioneren binnen een omliggende culturele groep. Vaak boden deze ziektebeelden ook een uitweg voor moeilijk te verklaren gedragingen of mentale klachten bij allochtone patiënten. Deze etnografische benadering van cultuur is typerend voor de periode waarin kolonisering hoogtij viert en waarin niet alleen exotisch voedsel, kledij en architectuur naar het Westen geïmporteerd wordt maar ook exotische ziektebeelden. Zonder iets te willen afdoen van de inventiviteit waarmee de toenmalige psychiaters deze ziektebeelden in kaart hebben gebracht, moeten we toch in vraag stellen of deze manier van culturaliseren wel de meest geschikte is voor de hulpverlening.

Hulpverleners verzamelen etnografisch materiaal in boeken en hopen ze via culturele insiders een zo precies mogelijke cognitieve constructie te kunnen opbouwen van de cultuur van de patiënt. Volgens Gailly (2008) is dit een manier om zoveel mogelijk controle te krijgen op het culturele aspect binnen de hulpverleningsrelatie. Het gevaar van deze controlerende benadering is dat we door deze 'culturele korst' (Bennegadi, 2009) blind worden voor elke vorm van evolutie in de cultuurbeleving die de patiënt meemaakt. Ze stigmatiseert de patiënt per definitie. Elk individu beleeft zijn cultuur namelijk op een unieke manier. Cultuur loopt niet door de straat en zit ook nooit voor je in de praktijk. Polsen naar de cultuur van de patiënt kan dus alleen via de patiënt verlopen. Wat je over de cultuur van de patiënt wil weten zal in grote mate afhangen van hoe het hulpverleningsproces loopt. Daar waar je merkt dat jij en de patiënt elkaar niet meer helemaal volgen, kun je bij deze patiënt gaan polsen naar sociale, psychologische en eventueel...culturele elementen als één van de mogelijke oorzaken voor de storingen in de hulpverleningsrelatie.

Een compleet tegenovergestelde benadering van het culturalistisch denken van de 'culture bound syndromes' is de zogenaamde universalistische benadering. Een hardnekkige mythe bij hulpverleners is dat cultuur zich enkel bij de patiënt bevindt en dat wij als een neutrale actor en met een cultuurloze blik naar het probleem van de patiënt kijken. Westerse ziektebeelden zoals bijvoorbeeld depressie zouden volgens deze opvatting in elke cultuur voorkomen. Het cultuurgevoelige aspect zou er dan vooral in bestaan dat de hulpverlener enkel nog wat rekening dient te houden met wat cultureel gekleurde gewoontes bij de patiënt. Deze mythe vond zijn oorsprong samen met de opkomst van de positief wetenschappelijke benadering van de bio-medische wereld. Daarin creëerde het credo van 'meten is weten' de illusie van op de objectieve kern van een medisch probleem te stoten. Het klopt inderdaad dat een bloeddrukmeter of een röntgenscanner moeilijk enige subjectiviteit verweten kan worden. De beslissing om een bloeddrukmeter te gebruiken is echter wél subjectief en kan als dusdanig als een culturele keuze bestempeld worden.

## Naar een cultuurgevoelige hulpverlening

Waar de 'culture bound syndromes' nog laten uitschijnen dat je als hulpverlener als het ware ook antropoloog moet zijn van de culturen waarmee je werkt, wordt vandaag cultuursensitieve hulpverlening niet meer gezien als iets voor een select groepje van specialisten met voldoende kennis over een bepaalde cultuur. Veeleer dan de nadruk te leggen op de etnografische kennis van andere culturen wordt gekeken naar wat nodig is om de hulpverleningsrelatie in het hier en nu zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Rekening houden met cultuur wordt meer en meer als een onderdeel gezien van een kwalitatieve hulpverlening die door elke hulpverlener moet kunnen aangeboden worden.

Cultuurgevoelige hulpverlening vertrekt vanuit het idee dat het enige universele, en dus neutrale, waar we kunnen van uitgaan is dat lijden universeel is, dat het overal ter wereld voorkomt. In elke cultuur zullen ook de volgende drie vragen gesteld worden: hoe kan ik lijden herkennen? Wat is de mogelijke oorzaak van dit lijden? Hoe kunnen we het lijden stoppen? Hoe universeel deze vragen ook zijn, de antwoorden hierop zijn cultuur gekleurd, ook in ons Westers ziektesysteem. Of lijden als een ziekte gezien wordt of niet, is een maatschappelijke afspraak.

Zo toonde Edward Shorter reeds dat de manier waarop mentaal lijden uitgedrukt wordt, verandert doorheen de geschiedenis. Symptomen zijn volgens hem vormen van sociale communicatie van een 'psychologisch conflict'. De symptomen van mentale stoornissen passen zich aan de verwachtingen van de therapeut aan. Als duidelijkste voorbeeld daarvan gelden de psychogene verlammingen waarover Freud op het einde van de 19<sup>e</sup> eeuw melding maakte als symptomen van stress. Al gauw vond het fenomeen plaats bij heel veel vrouwen van de Weense hogere klasse. Dergelijke verlammingverschijnselen worden vandaag noch bij de Weense vrouwen, noch in de rest van Europa, teruggevonden. De symptomen maken namelijk geen deel meer uit van hoe stress verklaard wordt.

Watters (2010) geeft aan dat ook vandaag ziektebeelden constant in evolutie zijn. Zo haalde in 1994 in Hong Kong het overlijden van een jonge vrouw de krantenkoppen. De vrouw overleed nadat ze systematisch weigerde te eten. Het verschijnen in de pers zorgde voor heel wat verontwaardiging bij de publieke opinie. Het publiek wou een verklaring van wat met de vrouw gebeurd was. Nadat de pers berichtte over de, westerse, diagnose Anorexia Nervosa, deed niet alleen de diagnose zich steeds meer voor in Hong Kong. Patiënten meldden zich ook steeds meer aan met een van de hoofdsymptomen van Anorexia Nervosa: de vrees om dik te worden. Tot dan toe kwam de vrees om dik te worden in Japan zelden tot nooit voor, ook niet bij de overleden vrouw die de krantenkoppen haalde. Een nieuw symptoom werd plots maatschappelijk aanvaard...

Hoewel mentaal lijden als universeel beschouwd wordt, toch bestaan er nog heel wat talen om dit lijden uit te drukken. Het vinden van een gemeenschappelijke taal is daarom cruciaal om een relatie hulpvrager-hulpverlener op gang te brengen. 'Ik denk dat ik het probleem van mijn patiënt begrepen heb' is zowat de meest onacceptabele fout die een hulpverlener kan maken. Goede hulpverlening begint met het begrijpen van de vraag die de hulpvrager jou stelt. Hoe verder de taal van de hulpverlener en hulpvrager uiteen liggen, hoe moeilijker het wordt de hulpvraag exact te begrijpen. Indien mogelijk proberen we de patiënt zich in zijn of haar moedertaal te laten

uitdrukken. Werken met tolken is daarbij zeker geen overbodige luxe. Maar ook zonder tolk kan een gemeenschappelijke taal nagestreefd worden. Gemeenschappelijke taal gaat namelijk verder dan het louter linguïstische aspect. Zo kan ook de gespecialiseerde hulpverleningstaal van een psycholoog, verpleger of sociaal assistent drempelverhogend werken. Als je er als hulpverlener niet in slaagt een woordenschat te gebruiken die aansluit op de leefwereld van de patiënt wordt de kans op een succesvolle hulpverlening ook kleiner.

Naast de gemeenschappelijke taal in enge zin, zijn ook de impliciete omgangscodes tussen patiënt en hulpverlener van belang: wat mag en kan een patiënt vragen, hoe hoort een hulpvrager te reageren?

Zo wist een Nigeriaans vrouw het volgende te vertellen over dokters:

*'The way healthcarers introduce themselves is often too fast. It is important to explain thoroughly how you work. It's difficult to trust a caregiver. Trust isn't always found because of the speed in which caregivers got to the problem instead of learning to know the person before them. The healthcare system touches very fast some items which can't be touched yet which evokes often resistance from the patient'*

*'When I go to the doctor, I don't get any information. I don't know what to say when I'm with a doctor. When I had to take off my clothes, I called my sister, just to make sure that they weren't going to use me for an experiment. They didn't explain me what an MRI was? It's all about information!'*

### **It's all in the attitude**

Bij hulpverlening is er per definitie sprake van een hulpverleningsrelatie. De relatie zorgvrager-hulpvrager zorgt voor een interactie tussen de patiënt en de hulpverlener. Beiden gebruiken hun eigen culturele representaties over ziekte en gezondheid, over hoe een patiënt en een hulpverlener zich tegenover elkaar moeten gedragen. Als hulpverlener moet je telkens opnieuw bereid zijn de relatie tussen jou en de volgende patiënt te gaan herdefiniëren. Een hulpverleningsrelatie ligt nooit vooraf vast. De hulpverleningsrelatie is geen vaststaand gegeven maar een creatie, opnieuw en opnieuw. De attitude van de hulpverlener moet met deze onzekerheid om kunnen, zo niet vervalt hij in een fixatie van hoe hulpverlening er moet uitzien. Deze attitude is niet alleen nodig om de hulpverleningsrelatie telkens opnieuw af te stemmen. Ook het samen tot begrip van het mentaal lijden van de patiënt komen is telkens een unieke creatie tussen patiënt en hulpverlener. Uiteraard gebruik je als hulpverlener je eigen professionele referentiekader maar het zal telkens een samen zoeken zijn naar hoe het lijden kan begrepen en genezen worden. Hulpverlening wordt op zo'n moment in de eerste plaats een ambacht, eerder dan een toepassing van een aantal technische ingrepen.

Eisenberg verwoordde het belang van de cultuursensitieve houding als volgt:

*'The decision to seek medical consultation is a request for interpretation...Patient and doctor together reconstruct the meaning of events in a shared mythopoesis...Once things fall in a place; once experience and interpretation appear to coincide; once the patient has a coherent "explanation" which leaves him no longer feeling the victim of the inexplicable and the uncontrollable, the symptoms are, usually, exorcised.'* (L. Eisenberg, 1981)

Vaak gaan we als hulpverlener de culturele code (Rapaille, 2008) niet bij de hand hebben om samen met de patiënt tot deze 'explanation' te komen. Cultuurgevoelige hulpverlening betekent in dit geval ook de aanvaarding dat je als hulpverlener soms moet zeggen 'Ik weet het niet, kunt u het mij uitleggen?'.

### **De rol van medische antropologie : van 'savoir-faire' naar 'savoir-être'**

Tot slot wil ik nog het belang van de rol van antropologie in het huidige hulpverleningslandschap benadrukken. Antropologie was in zijn beginjaren ook een kind van zijn, koloniale, tijd en richtte zich op de eerste plaats op het categoriseren van culturen als een vaststaand gegeven. Dit kwam vooral tot uiting in de reeds bovengenoemde etnopsychiatrie. De laatste decennia is de focus van de antropologie en meer bepaald de medische antropologie, verschoven naar het hulpverleningsveld en de hulpverleningsrelatie als object van onderzoek. De kwestie van cross-culturele verschillen is voor de medische antropologie niet langer cruciaal. De scheidingslijn tussen identiteit en anders zijn loopt niet langer meer gelijk met de etnische scheidingslijn. De situatie van vluchtelingen en migranten wordt niet zozeer gezien als een louter probleem van taal of cultuur. Taal en cultuur worden gewoon gezien als één van de factoren die deel uitmaken van hun precare situatie, waar ook nog andere delen van de populatie toe behoren.

Antropologie kan ons helpen, niet in de eerste plaats om de cultureel andere patiënt te begrijpen, maar om niet minder dan het ganse hulpverleningsveld als cultureel fenomeen mee te laten evolueren naar een nog meer kwalitatieve zorg. Meer nog dan een 'savoir-faire', het weten hoe je iets moet doen, bevordert medische antropologie een 'savoir-être'. Het helpt de hulpverlener zich niet zozeer te focussen op enkel het cultuurspecifieke maar vooral op de patiënt met zijn problemen, zijn lijden en de sociale realiteit waarin de hulpverlening plaatsvindt.

### **Bibliografie**

- de Jong, J. &. (2010). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. (J. &. de Jong, Red.) Utrecht: De Tijdstroom.
- Eisenberg, L. (1980). *The relevance of sociale science for medicine*. Boston: Reidel Pub co.
- Engelbrecht, M. (2013). *De onttovering vande waanzin: hoe het psychologisch mensbeeld het magische verdrong*. Amsterdam: Polak & Van Gennep.
- Gailly, A. (2008). Cultuurgevoelige hulpverlening: het lijkt politiek correct maar wat is de inhoud? *Cultuur, Migratie en Gezondheid*, 3, 152-163.
- Saillant, F. (2006). *Medical Antghropology: regional perspectives and shared concerns*. (F. &. Saillant, Red.) Oxford: Blackwell Publishing.
- van Dijk, R. (2004). Cultuur als Fremdkörper in de gezondheidszorg: beschouwing over de betekenis van het begrip cultuur in de gezondheidszorg. *Cultuur, Migratie en Gezondheid*, 1, 2-15.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: the globalization of teh american psyche*. New York: Free Press.