

It's culture, but not as we know it: cultuursensitieve zorg in tijden van superdiversiteit

Stefaan Plysier

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2019, 49(3), 183-190 |

Inleiding

De taak van geestelijke gezondheidswerkers is altijd complex geweest. De oplossingen die voor patiënt A optimaal werken, blijken bij patiënt B, met ogenschijnlijk dezelfde problematiek, helemaal niet te werken. Sociale leefomstandigheden, financiën, persoonlijkheidskenmerken enzovoort, het zijn allemaal factoren die van elke patiënt een uniek geval 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 wordt vaak als een van de vele factoren gezien die van invloed is op onze manier van hulpverlenen. Alleen: cultuur blijkt voor veel hulpverleners vaak aanleiding te zijn tot buitenproportionele aarzeling en onmacht. Ben ik wel voldoende op de hoogte van de cultuur van mijn patiënt? Begrijpt mijn 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 of waardoor hulpverleners zelfs afhaken.

In deze bijdrage wil ik nader ingaan op de plaats die we cultuur in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) kunnen geven en wat we er al dan niet mee kunnen doen.

Tussen culturalisme en universalisme

Als we als hulpverlener spreken over cultuur hebben we het al gauw over de etnisch-culturele kenmerken van de patiënt. Bij deze etnisch-culturele invulling wordt cultuur vaak

als een duidelijk afgebakend, statisch gegeven gezien. De patiënt wordt dan beschouwd als behorende tot een groep met dezelfde religieuze of etnische afkomst. 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 en bovendien vaak naast of tegenover de westerse cultuur geplaatst. Deze etnische afkomst zou de patiënt anders doen kijken naar zijn psychisch lijden, wat gevolgen heeft voor de manier waarop het genezingsproces gezien wordt. Bij deze benadering wordt de cultuur van de patiënt vaak als oorzaak aangeduid van het vroegtijdig stokken van een hulpverleningsproces.

Deze culturalistische invulling leidt echter de aandacht af van de ongrijpbaarheid van cultuur. In de realiteit is cultuur namelijk niet zo eenvoudig te omschrijven 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 culturbegrip dat binnen de hulpverlening heel lang impliciet of expliciet gehanteerd werd en waarvan velen zich trouwens nog steeds bedienen. De voornaamste reden hiervan is dat het de hulpverlener 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 en het te doorgronden.

Etnopsychiatrie en culturalisme

De etnopsychiatrie is misschien wel de bekendste exponent van culturalistisch denken. Etnopsychiatrie probeerde namelijk bovenop de bestaande westerse classificatie van psychische ziektebeelden een aantal cultuurgerelateerde syndromen te classificeren. Het idee was dat er zich in een aantal niet-westerse culturen specifieke ziektebeelden voordoen die in het Westen niet voorkomen.

Vaak bieden culturele verklaringen een uitweg voor moeilijk te verklaren gedragingen of psychische klachten bij allochtone patiënten. Deze etnografische benadering van cultuur was typerend voor de periode waarin kolonisatie hoogtij vierde en waarin niet alleen exotisch voedsel, kledij en architectuur in het Westen geïmporteerd werd, maar ook exotische ziektebeelden. Zonder iets te willen afdoen aan de inventiviteit waarmee de toenmalige psychiaters deze ziektebeelden in kaart hebben gebracht, moeten we echter toch de vraag stellen of deze manier van culturaliseren wel de meest geschikte is voor de huidige hulpverlening.

In zijn boek *The geography of madness: Penis thieves, voodoo death, and the search for the meaning of the world's strangest syndromes* beschrijft Bures (2016) hoe specifieke lokale culturele invloeden tot heel lokale psychische ziektes kunnen leiden. Binnen de DSM worden deze ziektes 'culture-bound syndromes' genoemd. De auteur wijst er echter op dat dit niet enkel geldt voor wat wij als culture-bound syndromes bestempelen zoals bijvoorbeeld koro, een psychische stoornis waarbij de patiënt bang is dat zijn penis zal verschrompelen, maar ook voor de in onze hulpverleningswereld meer vertrouwde syndromen waarbij biologische factoren in het ontstaan een rol spelen, zoals ADHD, schizofrenie, anorexia.

Hulpverleners verzamelen etnografisch materiaal via boeken en hopen 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' blind worden voor elke vorm van evolutie in de cultuurbeleving van de patiënt. 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. Het peilen van 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 de wijze waarop het hulpverleningsproces verloopt. Wanneer je merkt dat jij en de patiënt elkaar niet meer helemaal begrijpen, kun je bij deze patiënt zoeken naar sociale, psychologische en eventueel culturele elementen als een mogelijke oorzaak voor de storingen in de hulpverleningsrelatie.

Kruispuntdenken¹: voorbij de ethnoblik

Het zogenaamde kruispuntdenken overstijgt dit etnocultureel classificeren. Kruispuntdenken gaat uit van het idee dat identiteit geconstrueerd wordt door een mengvorm van de eigenschappen die iemand zichzelf wil toe-eigenen en die iemand van buitenaf opgelegd worden. Zo is ieders identiteit een mengvorm van etniciteit, leeftijd, gender, sociale klasse en religie. Ondanks deze gelaagde insteek slaagt het kruispuntdenken er zelf ook moeilijk in om los te komen van de categorisering als betekenisstelsel. De combinaties van categorieën worden weliswaar veel complexer en er is voor ieder individu wel een individueel/uniek 'cultureel DNA' te vinden, maar als het over geestelijke gezondheid gaat, biedt het kruispuntdenken onvoldoende soelaas. Culturele invloeden overstijgen namelijk in ruime mate de genoemde identiteitscategorieën. Cultuur zit in elke vezel van ons handelen en waarnemen, ook daar waar niemand er zich nog van bewust is. Zo laat Fainzang (2003) de impact van cultuur zien op de plaats waar iemand thuis zijn medicatie opbergt.

Aan het andere eind van het spectrum bevindt zich de zogenaamde universalistische benadering. Vanuit die invalshoek hoort cultuur enkel bij de patiënt en zijn we zelf de neutrale actor die met een cultuurloze blik naar het probleem van de patiënt kijkt. Westerse ziektebeelden zoals depressie zouden volgens deze opvatting in elke cultuur voorkomen. Het cultuurgevoelige aspect zou er dan vooral in bestaan dat de hulpverlener enkel wat rekening dient te houden met de cultureel gekleurde gewoontes bij de patiënt. Deze mythe vond zijn oorsprong, samen met de opkomst van de positief wetenschappelijke benadering, in de biomedische wereld. Daarin creëerde het credo van 'meten is weten' de illusie dat er voor elk medisch probleem een objectieve kern te vinden is met een daarbij passende behandeling. 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. De antropoloog Johannes Fabian verwoordde het ooit met: 'Why do we know and they believe?', of vertaald naar de klinische praktijk: waarom 'geloofd' iemand in een djinn en 'weet' de psycholoog dat het een vorm van stress is?

Van cultuursensitiviteit naar diversiteitssensitiviteit?

Het laatste decennium wordt, vooral onder impuls van beleidsgeoriënteerde kringen, veelvuldig gebruikgemaakt van de term superdiversiteit. Het is een aanvaarde term geworden om de multiculturele maatschappij van de eenentwintigste eeuw te omschrijven. De term werd oorspronkelijk gebruikt om de populatieveranderingen in Zuidoost-Engeland te omschrijven (Vertovec, 2007), maar vond vervolgens meer en meer mondiale weerklank (Meissner & Vertovec, 2015).

De term superdiversiteit wijst terecht op de demografische transformatie die er de laatste decennia gaande is. Morland (2018) heeft het over meer groen, minder blank en meer grijs: een populatie die de komende decennia gemiddeld ouder wordt, minder blank wordt en meer naar de stad trekt. Maar het gebruik van de term superdiversiteit is echter voor de ggz niet zonder risico's. Wat blijft er namelijk over nadat we systematisch alle diversiteit gediversifieerd hebben? Het eindresultaat is opnieuw het autonome individu, de hoeksteen van een neoliberale samenleving (Bradby, Green, Davison & Krause, 2017)

Het weinig kritisch gebruik van categorieën als leeftijd, gender, etnische groep of migratiestatus weerhoudt de ggz er nog steeds van om zijn eigen culturele verhaal in vraag te stellen. De superdiverse context verschilt van een multiculturele setting in die zin dat er gewoonweg te veel diversiteit is om alle specifieke kenmerken ervan te kennen: "Iedereen is anders, dus kan je onmogelijk met al die achtergronden rekening houden." Door de overdaad aan diversiteit dreigt deze dus genormaliseerd te worden, waardoor er een soort on-

verschilligheid dreigt te ontstaan voor diezelfde diversiteit (Wessendorf, 2014). Of zoals Margaret Thatcher het in de jaren tachtig van de vorige eeuw poneerde: “There’s no mere culture, there are only individuals.”

Van cultuur in de hulpverlening naar cultuur van de hulpverlening

Waar de culture-bound syndromes nog laten doorschemeren dat je als hulpverlener als het ware ook antropoloog moet zijn van de culturen waarmee je werkt, wordt cultuursensitieve hulpverlening niet meer gezien als iets voor een select groepje van specialisten met voldoende kennis van een bepaalde cultuur. Vooral in de huidige medische antropologie wordt veeleer gekeken naar wat nodig is om de hulpverleningsrelatie in het hier en nu zo optimaal mogelijk te laten verlopen, dan dat de nadruk wordt gelegd op de etnografische kennis van andere culturen. Aandacht voor de culturele achtergrond van de patiënt en zijn omgeving wordt daarbij als een onderdeel gezien van een kwalitatieve hulpverlening die door elke hulpverlener moet kunnen aangeboden worden.

Cultuurgevoelige hulpverlening stelt dat het enige universele en dus neutrale idee waar we van uit kunnen gaan is dat lijden 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 cultureel gekleurd, ook in ons westers ziektesysteem. Of lijden als een ziekte gezien wordt of niet, is een maatschappelijke afspraak. Zo toonde Shorter (geciteerd in Watters, 2010) reeds dat de manier waarop psychisch lijden wordt uitgedrukt, verandert in de loop van de geschiedenis. Symptomen zijn volgens hem vormen van sociale communicatie over een ‘psychologisch conflict’. De symptomen van psychische stoornissen passen zich aan aan de verwachtingen van de therapeut. Als duidelijkste voorbeeld daarvan gelden de psychogene verlammingen als symptomen van stress waarvan Freud op het einde van de negentiende eeuw melding maakte. Algauw vertoonden heel veel vrouwen van de Weense hogere klasse dit fenomeen. Dergelijke verlamingsverschijnselen worden vandaag de dag noch bij de Weense vrouwen, noch in de rest van Europa waargenomen. De symptomen maken namelijk geen deel meer uit van de manier waarop stress getoond wordt aan de omgeving.

Naar een multivocaal zorgsysteem

Welke bril heeft de ggz dan nodig om zich klaar te maken voor de steeds diverser wordende maatschappij? Kaufman stelt in zijn boek *Whiteshift* (2018) voor om over een multivocale in plaats van een multiculturele maatschappij te spreken. De mens is de enige diersoort

op aarde die in staat is om symbolen met een eigen betekenis te creëren. Multivocaliteit betekent dat er verschillende betekenissen aan eenzelfde symbool gegeven kunnen worden. Een Belgische vlag aan het raam hangen, kan een symbool van steun aan de Rode Duivels betekenen, maar het kan evengoed betekenen dat iemand zich afzet tegen het flamingantisme. Ook in de gezondheidszorg komt multivocaliteit voor: een psycholoog heeft bijvoorbeeld niet voor iedereen dezelfde connotatie. Voor sommigen kan naar een psycholoog gaan een teken van zelfzorg zijn, terwijl het voor anderen juist een teken van zwakte betekent. Maar ook diagnoses, symptomen en behandelingen zijn niet zo neutraal als ze op het eerste gezicht lijken. Zo kan ook de gespecialiseerde hulpverleningstaal van een psycholoog, verpleegkundige of sociaal assistent drempelverhogend werken. Als je er als hulpverlener niet in slaagt een woordenschat te gebruiken die aansluit bij de leefwereld en de betekenisgeving van de patiënt, wordt de kans op een succesvolle hulpverlening kleiner. Hoewel psychisch lijden als universeel wordt beschouwd, zijn er toch heel wat manieren om dit lijden uit te drukken en te begrijpen. Watters (2010) wijst erop dat hoe meer manieren we hebben om naar psychisch lijden te kijken, des te meer manieren we ook zullen hebben als antwoord op dat psychisch lijden. Een globalisering van het westers psychiatrisch denken betekent volgens hem een monoculturalisering en dus verarming van het mogelijke therapeutische aanbod. Het begrijpen van deze multivocaliteit is daarom niet alleen cruciaal om een relatie hulpvrager-hulpverlener op gang te brengen, maar ook om de kansen op herstel zo groot mogelijk te houden.

Hoe kunnen we de zorg zo inrichten dat ze met deze multivocaliteit rekening houdt? Kleinman duidde in *The illness narratives* (1989) reeds op de noodzaak van het samengaan van het verhaal van de hulpverlener met dat van de patiënt en zijn omgeving. Zowel het herkennen van symptomen, als van de oorzaken en hun genezing zijn volgens deze auteur een cultureel product. Kwalitatieve hulpverlening begint met de overtuiging van beide partijen, hulpvrager en hulpverlener, dat ze de ander begrijpen én dat de ander hen begrijpt. Hoe verder de taal van de hulpverlener en hulpvrager uiteen liggen, hoe moeilijker het wordt de hulpvraag en het aangeboden hulptraject goed te begrijpen. Kleinmans benadering vinden we vandaag, decennia later, terug als bijlage in de DSM-5: het Cultural Formulation Interview.

Naast het samengaan van de narratief van de hulpvrager en hulpverlener is het van essentieel belang dat ook de ggz en zijn ziektesysteem zichzelf als een cultureel fenomeen percipieert. Nog te vaak presenteert de hulpverlening zorg als een neutrale zone waar enkel uitgevoerd wordt wat ooit ergens wetenschappelijk bevonden werd. Wil ons gezondheidsstelsel kwalitatiever worden, dan zal het zich bewust moeten worden van zijn betekenislagen. Métraux (2018) spreekt in dit verband over een 'openhartoperatie': de tot nu toe gebruikte manieren om de hulpverlening op te smukken zijn volgens hem niet meer dan 'maquillage met culturele gloss'.

Conclusie

De laatste decennia kende cultuursensitieve zorg veel gedaantes. De eerste generatie cultuursensitieve zorg streefde nog vooral kennis van het 'culturele vreemde' na, om daarna op zoek te gaan naar vaardigheden om met het 'culturele andere' om te gaan. Telkens moest echter worden geconcludeerd dat kennis en vaardigheden niet volstonden als antwoord op de diversiteit in de maatschappij. De recentste generatie van cultuursensitieve zorg belicht veel meer het belang van een open en respectvolle basisattitude. Maar hoe concreter we deze attitude proberen te omschrijven, des te meer wordt het duidelijk dat we met onze hulpverlening heel moeilijk in staat blijken om naar onszelf als cultureel fenomeen te kijken. Alle aanpassingen en toevoegingen ten spijt, lijkt onze hulpverlening nog verdacht veel op wat ze was. Gailly (2008) en later Métraux (2018) pleiten voor een culturele totaalanalyse van ons westers zorgsysteem en dat zowel op het vlak van de organisatie als van de kennistheoretische opvattingen. De kennis is snel verzameld, de aan te leren vaardigheden zijn te overzien, maar de ggz heeft behoefte aan een soort denken, handelen en zijn die de huidige bakens opnieuw uitzet. In het beste geval wordt het een hulpverlening die migratie niet als een deficit tegenover onze heersende normen ziet, maar eerder als een kans om zijn eigen multivocaliteit te begrijpen. Werkelijke, politiek correcte, cultuursensitieve hulpverlening raakt veel meer aan de fundamenteën van de hulpverlening dan dat we tot nu toe konden vermoeden. Wat zijn de mogelijke rollen van de burger, de hulpverlening en de maatschappij bij kwetsbare mensen die sociaal en psychisch lijden? Het gaat hierbij wel degelijk over cultuur(sensitieve zorg), maar niet zoals we dit tot nu toe kennen...

Noot

1. Kruispuntdenken geeft erkenning aan het feit dat niemand eendimensioneel is, maar wel een gelaagde identiteit heeft die ontstaat op een kruispunt van veel deelidentiteiten en ervaringen.

Literatuur

- Bradby, H., Green, G., Davison, C., & Krause, K. (2017). Is superdiversity a useful concept in European medical sociology? *Frontiers in Sociology*, 1, 17. doi:10.3389/fsoc.2016.00017
- Bures, F. (2016). *The geography of madness: Penis thieves, voodoo death, and the search for the meaning of the world's strangest syndromes*. New York, NY: Melville House.
- Fainzang, S. (2003). Les médicaments dans l'espace privé: gestion individuelle ou collective. *Anthropologie et Sociétés*, 27, 139-154. doi:10.7202/007450ar

- Gailly, A. (2008). Cultuurgevoelige hulpverlening: het lijkt politiek correct maar wat is de inhoud? *Cultuur, Migratie en Gezondheid*, 3, 152-163.
- Kaufmann, E. (2018). *Whiteshift: Populism, immigration and the future of white majorities*. London, UK: Allan Lane.
- Kleinman, A. (1989). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York, NY: Basic Books.
- Meissner, F., & Vertovec, S. (2015). Comparing superdiversity. *Journal for Ethnic and Racial Studies*, 38, 541-555. doi:10.1080/01419870.2015.980295
- Métraux, J.C. (2018). *Migratie als metafoor*. Brussel: Politeia.
- Morland, P. (2018). *The human tide: How populations shape the modern world*. New York, NY: Public Affairs.
- 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.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its Implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30, 1024-1054. doi:10.1080/01419870701599465
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. New York, NY: Free Press.
- Wessendorf, S. (2014). *Commonplace diversity. Social relations in a super-diverse context*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Personalia

Stefaan Plysier is psycholoog en werkt rond cultuursensitieve zorg bij het Steunpunt Geestelijke Gezondheid en het CGG Brussel.

E-mail: stef.plysier@skynet.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.