

## Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening

Rob van Dijk

Knelpunten in de hulpverlening aan migranten zijn in het verleden verklaard door te wijzen op de vreemde cultuur van de hulpvrager. Deze verklaring raakt de laatste tijd in diskrediet omdat de cultuur van de migrant te veel wordt gezien als een replica van de dorpscultuur in zijn land van herkomst. De gangbare cultuurkennis kan daardoor voor de hulpverlener ondeugdelijk gereedschap zijn. In deze context gaat het cultuurargument fungeren als alibi voor een falende hulpverlening. Structurele gebreken in de gezondheidszorg en het handelen van de hulpverlener blijven buiten beschouwing. Gepleit wordt voor een dynamisch cultuurbegrip in de analyse van de interactie tussen migranten en hulpverleners.

Veel is de laatste jaren geschreven over de gezondheidszorg aan migranten uit het Middellandse Zeegebied en hun gezinnen. Sinds het begin van de jaren zeventig heeft de stroom publikaties gelijke tred gehouden met het groeiend aantal hulpverleningscontacten van deze bevolkingsgroep. Afgaande op de literatuur krijgt men de indruk dat vele contacten een moeizaam en soms een frusterend en vruchteloos verloop hebben. Bij Turken en Marokkanen lijkt het hulpverleningsapparaat het meest te haperen. Ik beperk mij in het navolgende tot deze twee groepen.

Taalbarrière en cultuurverschillen komen naar voren als de belangrijkste oorzaken van de problemen in de hulpverlening aan migranten. Het ogenschijnlijk vreemde in hun gedrag en uitingswijze wordt geïnterpreteerd in termen van een andere, exotische cultuur. Cultuurverschillen staan aan het begin van een oorzaakgevolgketen en leiden uiteindelijk tot interpretatiefouten en inadequate of inefficiënte hulpverlening (Eppink 1982:289). Kennis van de culturele achtergronden is daarom onontbeerlijk voor een adequate hulpverlening.

Een grote vraag naar informatie over de culturele achtergronden van migranten is het gevolg van deze analyse. De weinige deskundigen onder de hulpverleners worden 'uitgemolken'. Antropologen laten zich verleiden uit hun veldwerkervaringen te putten om het gedrag van deze hulpvragers in Nederland begrijpbaar te maken. Islamologen krijgen vragen over exegese van de koran voorgelegd. De stemming is optimistisch en te omschrijven als "give us the tools and we do the job". Een dergelijke reactie is niet uitzonderlijk. Barna merkt bij interculturele trainingsprogramma's voor ontwikkelingswerkers een vergelijkbaar proces op. "To counteract the anxiety, clients demand the only thing they know to dispel the feeling: culture-specific information. Trainers comply by offering a smattering of the language, 'getting-around information', and whatever do's and don'ts they believe are appropriate" (1983:34).

Nu, 20 jaar na de komst van de eerste migranten uit de wervingslanden – de gastarbeiders zijn inmiddels medelanders – zijn andere geluiden te horen, met name uit de hoek van de geestelijke gezondheidszorg. Zo concludeert Sieval (1987) dat de migrantenproblematiek alleen te begrijpen is met behulp van migratiekennis, volgens haar iets wezenlijk anders dan cultuurkennis. Zij vindt het niet meer zo relevant te weten wat bepaalde cultuuridealen in het land van herkomst zijn of waren. Belangrijker is de betekenis en de lading die de migratiesituatie eraan geeft. Ook Vriens (1988:75) merkt vanuit de zwakzinnigenzorg op dat kennis van de cultuur niet genoeg is.

Is deze cri de coeur het sein dat de wissels om moeten? Heeft cultuurkennis als must afgedaan? De aandacht verschuift van de cultuur van de migrant naar het bijzondere van het individu en zijn systeem. Een sociologische benadering lijkt de cultureel-antropologische af te lossen. Maatschappelijke positie, marginalisatie, minderheidsvorming en multi-problem-family komen in de plaats van culture-shock, cultuurbotsing en acculturatieproblemen. Het is tenslotte modern de nadruk te leggen op de mogelijkheden van professionele vaardigheden, flexibiliteit en creativiteit. Volgens Van der Linden-Osinga (1988:402) is bijvoorbeeld in het geval van gezinstherapie aan migranten het ontbreken van specifieke culturele kennis geen belemmering. Het afstemmen van de hulpverlening op de allochtone hulpvrager is dan vooral een kwestie van professionaliteit.

Uit deze signalen is op te maken dat cultuurkennis de hooggespannen verwachtingen niet waar heeft kunnen maken. Meerdere redenen zijn hiervoor aan te voeren. Bekend is dat louter kennis nog niet deskundig maakt. Barna (1983:38) meent zelfs dat een op kennisvermeerdering gerichte aanpak een verlamme schijnzekerheid te weeg kan brengen. Deskundigheid betreft behalve kennis ook vaardigheden, attitude en visie. Zo kunnen volgens Van der Meer (1984:196) hulpverleners met een 'positieve houding', gecombineerd met enige basiskennis al een heel eind komen. Die ontwikkeling hangt ook samen met het gehanteerde cultuurbegrip en de aard van de geboden cultuurkennis. Cultuur is in deze visie een patiëntgebonden variabele met wortels in een verleden. Cultuurkennis betreft dan vooral informatie over de traditionele leefwijze in het land van herkomst. Dit beeld komt met name naar voren in de vele artikelen, readers en compendia die in de slip-stream van enkele toonaangevende publikaties verschenen zijn en heeft zich verankerd in de denkwereld van menig hulpverlener.

Ik stel mij in deze bijdrage niet tot doel cultuur als verklaringkader voor het ziektegedrag van Marokkanen en Turken af te wijzen, maar om kanttekeningen te plaatsen bij de wijze waarop het is toegepast in de hulpverlening aan deze groep.

### **Cultuurkennis als recept voor een falende hulpverlening**

Alvorens in te gaan op het cultuurbegrip in de literatuur is een opmerking over de kwaliteit van het geschrevene op zijn plaats. Gebrekkige kwaliteit is zeker een factor die heeft bijgedragen aan de ontluistering van cultuur als verklaringkader. Ondanks het feit dat daar alle redenen toe is, is het niveau van vele publikaties echter zelden ter discussie gesteld. Pennestrijd is in dit veld een zeldzaamheid; critici zijn schaars. Uitzonderingen zijn Shadid en Van Koningsveld (1982, 1983a, 1983b) en Spruit (1987).

Vooral de kritiek van de eersten is niet mals. Zij signaleren onjuistheden over elementaire zaken betreffende de islam, ongefundeerde generalisaties, het 'verklaren' van excessen tot normale facetten van de cultuur, ethnocentristische uitspraken en vooroordelen. "Het is", zo concluderen zij vernietigend, "typerend voor de Nederlandstalige literatuur over de hulpverlening aan buitenlanders dat (...) ongeadstrueerde beweringen over hele bevolkingsgroepen zonder enige bewijsvoering straffeloos kunnen worden gedaan" (1985:4). Klakkeloos worden dergelijke beweringen op hun beurt weer door andere auteurs overgenomen, waardoor allerlei mythen over de cultuur van migranten een lang leven hebben.

In de publikaties zoekt men veelal tevergeefs naar een definitie van het begrip cultuur. De cultuurverschillen achten de schrijvers mogelijk zo evident dat een nadere begripsbepaling niet overwogen wordt. Om het impliciete beeld van cultuur boven water te halen, kunnen we ons afvragen wat de geboden cultuurkennis feitelijk inhoudt.

Een eerste kenmerk van de cultuurkennis is de sterke fixatie op het – voor de Nederlandse hulpverlener – uitzonderlijke of exotische, zoals demonpossessione bij Marokkanen. De aandacht gaat uit naar cultuurverschillen, die stevast verschijnen als fundamenteel en storend in de hulpverlening. Weinig aandacht is er voor de grote mate van heterogeniteit binnen en tussen andere culturen. Moeiteloos verdwijnen vele culturen in de Mediterrane smeltkroes en gaan individuele verschillen op in 'de Turk' of 'de Marokkaan'. Cultuur verenigt zich zo tot versimpelde cultuurpatronen, tot een aantal 'sleutelementen'. In de praktijk komen slechts enkele items aan de orde: religieuze voorschriften, man-vrouw-rolpatronen, opvattingen over ziekte en ziektegedrag. Het betreft ofwel feitelijkheden – de regels tijdens de Ramadan – ofwel zeer algemene typeringen – het 'eer-schaamte-complex'. De andere culturele achtergrond is tenslotte niet zelden gereduceerd tot het islamiet-zijn. De Turkenkunde of Marokkologie is dan doorspekt met islamologie. Kortom, het gaat meestal om wat Dieleman en Van der Laan (1983:344) de drie G's van de vreemde cultuur noemen: godsdienst, gezinsleven en gebruiken.

De vraag naar cultuurkennis heeft een sterk utilitaristische grondslag. Ze moet oplossingen geven voor de concrete problemen in de spreekkamer. Het aanbod is, met andere woorden, sterk op de vraag gericht. Uit de literatuur is een lange lijst van problemen te destilleren: expressief klaaggedrag, aggraveren en simuleren van ziekten, vage klachten, onbespreekbaarheid van het psychosociale, moeizame consulten met vrouwen, weerstand bij bepaalde onderzoeken, overvloedig of onjuist geneesmiddelengebruik, 'medical shopping', enzovoorts. Door de taalbarrière en gestoken in een exotisch jasje lijkt de migrant zich hierin te onderscheiden van zijn Nederlandse lotgenoot. De herleiding van deze problemen tot de afwijkende cultuur van de hulpvrager is dan een logische stap. Deze cultuurkloof tracht men vervolgens te dichten met praktische cultuurkennis.

Naudin e.a. (1987) geven een aantal van dergelijke 'culturele' verklaringen uit de literatuur weer. De problemen in de hulpverlening aan migrantenvrouwen – het contact met een mannelijke arts, het lichamelijk onderzoek – vinden hun oorsprong in de traditionele scheiding tussen mannen en vrouwen, tussen buitenwereld en binnenwereld. Cultuurverschillen, die zich uiteten in communicatieproblemen en verschillen in verwachtingspatroon tussen arts en patiënt, leiden onder meer tot een theatrale presentatie

van de klachten. Achter 'vage klachten' – koude knieën – zoekt men een symbolische betekenis. De onbespreekbaarheid van het privé- en gezinsleven hangt samen met eer en schande en met de opdeling van de sociale omgeving in in-group en outgroup. Door de cultureel bepaalde groepsband zijn migranten niet gewend met een hulpverlener, een buitenstaander, over de eigen moeilijkheden te spreken.

Verder merken zij op dat het de patiënt uit het mediterrane gebied typeert dat hij zijn vage klachten uitsluitend als somatisch presenteert. "Dat lichamenlijk gevoelde pijnen psychisch veroorzaakt kunnen worden ligt buiten zijn bevattingsvermogen" (1987:1018). Shadid en Van Koningsveld (1983:86-89) geven een bloemlezing van vaak geventileerde opvattingen over dit onderwerp: Marokkanen en Turken zouden het onderscheid tussen lichaam en geest niet hanteren en geen psychische ziekten in de westerse betekenis kennen.

Kortom het sekseverschil, het niet behoren van de hulpverlener tot de in-group, het geloof van de hulpvrager in magie en djinns, zijn afwijkende visie op het psychische en zijn exotische symboliek vormen voor de hulpverleners belangrijke verklaringen voor het falen van de hulpverlening. Er is hier sprake van culturaliseren; het gedrag van de migrant wordt herleid tot zijn traditionele cultuur. Spruit (1987:212) concludeert dan ook dat men de verklaring voor de meeste moeilijkheden bijna altijd denkt te vinden in de – van de Nederlandse – afwijkende cultuur van de migrant. De diagnose is cultuurverschil; het recept cultuurkennis.

### **Cultuur: replica en alibi**

De publikaties tonen een migrant die met zijn pyjama en de verhalen over gouden bergen ook een bundeltje waarden, normen en gebruiken inpakt voor zijn vertrek naar Nederland. De cultuur vormt zijn ideologische bagage. Tussen de cultuur van de bewoner van Ulupinar of Ain Taoujdade en van de Turkse of Marokkaanse migrant in de Randstad wordt weinig verschil gezien. Veranderingen in inzichten, leefwijze, gedragsregels en gewoonten als gevolg van het leven als migrant blijven buiten beschouwing. Zo verklaart Jongmans (1977) het wantrouwen van Marokkanen tegen artsen door te verwijzen naar het wantrouwen van plattelanders tegen stadsbewoners en ambtenaren in Noord Afrika. Het migrantenbestaan versterkt hooguit de traditie; de migrant wordt islamitischer dan Mohammed (Bakker 1989:14). Het accent komt daardoor vooral te liggen op de cultuurverschillen en veel minder op de overeenkomsten. Een bespiegeling over het dorpsleven, de islam en de traditionele geneeswijzen is dan ook een verplicht hoofdstuk in de standaard-publikatie over migranten. Eer en schande, de vijf zuilen, de djinns en het boze oog vormen de belangrijkste ingrediënten. Cultuur is traditie; cultuur van migranten een replica van de cultuur in het land van herkomst. Kortom, uitgangspunt is een statisch cultuurbegrip.

Wie uitgaande van het hierboven gestelde een verklaring zoekt voor het problematisch ziektegedrag van de migrant, komt uit bij de periode vóór de migratie, bij het socialisatieproces in het land van herkomst. Jongmans (1978:806) beveelt dan ook aan: "Men moet niet hier de patiënt in studie nemen, maar zich concentreren op het ziek zijn in Noord Afrika, op de plichten, normen en waarden die het leven van alledag

regeren in Noord Afrika." Dit betekent dat het falen van de hulpverlening toegeschreven wordt aan factoren die dateren van vóór het contact tussen hulpverlener en migrant. Het zijn 'geïmporteerde' kenmerken of eigenschappen van de migrant. Andere mogelijke oorzaken, zoals de werkwijze en attitude van de hulpverlener (Grol 1983) of het medisch model dat de gezondheidszorg domineert (Iemhof 1979), blijven buiten beschouwing. "De hulpverlener ziet cultuur als vanzelfsprekende oorzaak van alle ellende en wordt zo ontheven van de taak zich te verdiepen in het lijden van de patiënt", aldus Drakapoulou (1985:40). Van der Linden-Osinga (1988:394) spreekt in deze dan ook over cultuurverschillen en taalproblemen als alibi's. De hulpverlener kan na het consult zijn handen in onschuld wassen. Het probleem ligt bij een ander. De volgende opmerking van een huisarts is karakteristiek voor deze situatie: "Ik vraag niet naar het huwelijk en het gezin bij Turkse patienten vanwege de taal en cultuurbarrière. Ik denk dat ik toch standaard-antwoorden krijg en dat ze vinden dat ik er niets mee te maken heb" (Van Dijk 1987:124).

Op deze wijze functioneert cultuur van de hulpvrager als een veilige verklaring voor de falende hulpverlening en het achterwege blijven van handelen. De hulpverlener krijgt geen vat op de klachten, kan ze niet duiden en geen genezing of vermindering van het probleem bewerkstelligen. Het lukt hem niet zijn visie op de aard van de klachten over te dragen. De gerezen gevoelens van onmacht en frustratie worden door het culturele etiket verzacht en gecamoufleerd. In de terminologie van Bömer (1984) is hier sprake van tertiaire ziekte winst. De winst is deze keer echter niet voor de patiënt, maar voor de behandelaar.

### Valkuilen van het statisch cultuurbegrip

Cultuurkennis die beperkt is tot exotica of louter kennis van het dorpsleven in Marokko en Turkije, zit vol met valkuilen voor de hulpverlener. Deze kennis blijkt in een aantal gevallen een ondeugdelijk gereedschap te zijn. Verder verhult zij een wezenlijke factor die van invloed is op het ziektegedrag van migranten, namelijk de hulpverlening zelf. Recent onderzoek in Nederland en daarbuiten toont de beperkte waarde van het vigerende aanbod van cultuurkennis.

#### *Ondeugdelijk gereedschap*

Op verschillende wijzen kan de gangbare cultuurinformatie de hulpverlener op het verkeerde been zetten. Vanzelfsprekend hebben ongegronde beweringen een averechtse uitwerking op de hulpverlening. Shadid en Van Koningsveld (1983:59) menen dat het onderscheid in-group/out-group voor een beter begrip van het gedrag van de individuele migrant geen enkel nut heeft en juist bijdraagt tot het ontstaan van misverstanden. Spruit (1987:240) merkt op dat de hardnekkige mythe dat Marokkanen geen niet-somatische oorzaken van ziekte kennen, verreikende consequenties heeft voor de behandeling.

Wie alleen oog heeft voor het exotische van de andere cultuur ziet bovendien over-

eenkomsten met autochtone groepen over het hoofd. Donovan (1986:52-52) geeft bijvoorbeeld aan dat rachitis onder migranten niet louter of vooral verklaard kan worden op grond van eetgewoonten, kledingvoorschriften of uitgaansrestricties voor moslimvrouwen en wijst op parallellen met arme bevolkingsgroepen in Engeland rond de eeuwwisseling.

Wie zich vooral oriënteert op het Turkse of Marokkaanse dorpsleven mist de ontwikkelingen die zich in het land van herkomst voltrekken, zoals modernisering en urbanisatie. In Marokko constateert Moussaoui (1981) veranderingen in de uitingswijze van depressie als gevolg van deze processen, terwijl Chung-Chou Chu e.a. (1983) op symptomatologische verschillen wijzen tussen schizofrenen van het platteland en uit de steden in Turkije.

Wie zich baseert op cultuurkennis die de effecten van aanpassingsprocessen in het land van migratie niet verdisconteert, loopt het gevaar zich van informatie te bedienen die eerder belemmerend dan verhelderend werkt. De literatuur maakt op een aantal plaatsen melding van veranderingen in ziekteconcepten en gedrag onder invloed van het migrantenbestaan. Zo maakt Peeters (1986:683) melding van het ontstaan van een nieuw, psychosociaal verklaringsmodel onder Marokkanen in België. Er is volgens hem op het niveau van perceptie en attitude sprake van discontinuïteit tussen het traditioneel Marokkaanse gezondheidszorgsysteem en dat van Marokkaanse migranten. Aan de hand van een aantal voorbeelden uit de literatuur zullen we deze laatste valkuil illustreren.

De gangbare cultuurkennis, met name wat betreft omgangsregels en taboes, kan voor hulpverlener meer barrières opwerpen dan slechten. Het boze oog komt in de literatuur naar voren als oorzaak van onheil en ziekte. In een verhandeling over het gezondheidszorgsysteem in Turkije vermeldt Gailly (1982:8) dat loftuigingen, vooral over kinderen, gezien worden als uiting van het boze oog. De spreker is jaloers. Wat heeft deze informatie voor praktische betekenis voor de Nederlandse hulpverlener? Moet hij angstvallig waken voor het complimenteren van de jonge ouders (Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders 1981:19)? Volgens Mirdal (1988:331) zijn echter zelfs migranten die weinig contact hebben met de autochtonen, tolerant wat betreft overtredingen van culturele regels. Zij komt tot de slotsom dat Turkse moeders in Denemarken alleen bang zijn voor het boze oog van andere Turken. Ze geloven niet dat de complimenten van Denen hun kinderen kunnen schaden.

Een ander voorbeeld uit de taboesfeer is het verrichten van lichamelijk onderzoek bij migrantenvrouwen door mannelijke artsen. Uitgaande van de segregatie van de seksen bij migranten acht men dit problematisch (Naudin e.a. 1987:1010, Gründemann 1985:83). "Het is een uiting van respect jegens de buitenlandse vrouw haar niet met een mannelijke arts of verpleger alleen te laten en met name inwendig onderzoek door een vrouw te laten uitvoeren", raadt Schmidt aan (geciteerd in Pool en Van Huis 1985:9). Staat een mannelijke huisarts nu op culturele gronden buiten spel? Pool en Van Huis menen dat dit niet het geval is. Uit hun onderzoek in een huisartsenpraktijk komt naar voren dat bij driekwart van de Marokkaanse vrouwen door de (mannelijke) huisartsen in- of uitwendig onderzoek van de buik is verricht. Van der Most van Spijk (1985:191) rapporteert dat een derde van de Marokkaanse vrouwen en de helft van de Turkse geen bezwaar hebben tegen lichamelijk onderzoek door een mannelijke arts.

Shadid en Van Koningsveld (1983:107) concluderen dan ook dat de weerstand tegen behandeling door een niet-seksegeneet afneemt met de duur van het verblijf in Nederland. Taboes en culturele regels lijken meer flexibiliteit te kennen dan de literatuur ze toestaat. Voor Van der Linden-Osinga (1988:402,403) zijn culturele normen geen statisch gegeven. Wanneer de relatie tussen hulpverlener en hulpvrager goed is, worden volgens haar veel 'overtredingen' van culturele regels geaccepteerd.

De cultuurkennis kan ook valse verwachtingen wekken. Kentenich (1984) geeft aan hoe informatie over culturele achtergronden aanleiding kan geven tot een verkeerde beeldvorming. Op grond van het beeld van bevallen in een Turks dorp (natuurlijk thuis, bijgestaan door familie en burens, borstvoeding) leefden bij medewerkers van een Berlijnse kraamkliniek – aanhangers van Leboyer's visie op natuurlijke bevalling – hoge verwachtingen ten aanzien van Turkse vrouwen. De desillusie was groot, toen bleek dat hun voorkeur uitging naar technische ingrepen, bevallen zonder familie, geen kind op de buik, een lang kraambed en flesvoeding. Zonder tegenspraak accepteren Turkse vrouwen volgens Kentenich bij het betreden van de kraamkamer de techniek en medische handwijzen die zich daar aanbieden. Zij gedragen zich in dezen niet anders dan de Duitse vrouwen uit de lagere sociaal-economische klassen.

Relevante veranderingen in het ziektegedrag blijven ten slotte verhuuld. Sachs (1983:130,207) constateert onder Turkse vrouwen in Zweden veranderingen in de criteria voor het aanvaarden van de ziekenrol. Veel van hen geraken door loonarbeid – buitenshuis werken zonder mannelijke toezicht – in een nieuwe, contradictoire situatie. Bij lichamelijke klachten biedt de ziekte wet een mogelijkheid de conflicten die hieruit voortvloeien te ontlopen. Het hebben van pijn is in dit verband een legitiem, maar nieuw argument om de ziekenrol aan te nemen. Als symptoom is pijn echter traditioneel een onvoldoende reden om ontlast te worden van de huishoudelijke taken. Dit heeft tot gevolg dat zij doorgaans niet eerst de familie raadplegen, maar zich rechtstreeks tot een arts wenden. Een belangrijke stap in het proces van ziek worden en genezen, het consulteren van de directe omgeving, wordt zo overgeslagen.

### *Camouflage van structurele gebreken*

De tweede categorie valkuilen heeft te maken met het verhullend karakter van de geboden verklaringen die zich baseren op dit cultuurbegrip. Volgens Bennani (1980:29) markeert de zieke Marokkaan de structurele tekortkomingen van het moderne zorgapparaat. De exotische verklaring verhuult echter deze tekortkomingen. De vreemde cultuur lijkt zo schuldig te zijn, niet ons verzorgingssysteem.

Het handelen van de hulpverlener draagt echter ook bij aan het ontstaan en instandhouden van het als problematisch ervaren ziektegedrag van migranten. Illustratief is het somatiseren van migranten. De volgende uitspraak is typerend voor een belangrijk deel van de literatuur: "Migrant somatiseren hun psychische problemen vaak in sterke mate. Het somatiseren van psychische klachten kan men niet los zien van de centrale plaats die het lichaam in mediterrane culturen inneemt" (Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders 1987:20). Deze visie is ook te beluisteren bij hulpverleners. Zo wijten huisartsen het somatiseren doorgaans aan de cultuur van de patiënt (Van

der Most-van Spijk 1985, Van Dijk 1985 en 1987). Dit leidt tot uitspraken als: "Bij Turken en Marokkanen is er geen enkel entree wat betreft het psychosociale" en "Marokkanen zijn kampioen somatiseren" (Van Dijk 1985:78,96).

Afgaande op de literatuur en het dagelijks spraakgebruik van hulpverleners is somatiseren een onderdeel van de traditionele cultuur, een onveranderbare eigenschap van de migrant. Het heeft een overwegend negatieve connotatie en is een wezenlijke barrière voor de hulpverlening. Uit mijn onderzoek onder Turkse arbeidsongeschikten komt echter naar voren dat het somatiseren ook te zien is als een resultante van een leerproces dat door de migratie een nieuwe impuls gekregen heeft (Van Dijk 1987). Het is deels te verklaren uit het feit dat lichamelijke klachten voor deze groep een veilige vorm van protest zijn en een sociaal aanvaardbare verklaring vormen voor het falen als migrant, arbeider, echtgenoot en ouder. Deels hangt het somatiseren ook samen met de visie op en het functioneren van de huisarts bij deze migranten. De huisarts is bovenal of uitsluitend somaticus, de heler van lichamelijke kwetsuren. Enerzijds beïnvloedt dit beeld de selectie van klachten die hem gepresenteerd worden en de wijze waarop deze geuit worden. Anderzijds reproduceert het handelen van de huisarts dit beeld en versterkt het de opvatting dat er iets lichamelijks aan de hand is. Deze structurerende uitwerking van verwachtingen van en ervaringen met de gezondheidszorg op de wijze van presenteren van klachten door migranten is door verschillende auteurs naar voren gebracht (Ifrah 1980, Moussaoui en Ferrey 1985, Anderson 1987).

Huisarts en migrant staan voor de gezamenlijke opgave te komen tot een werkbare definitie van de situatie. Ze moeten overeenstemming zien te bereiken over wat er met de patiënt aan de hand is. Door verschillen in gehanteerde verklaringsmodellen en verwachtingen ontstaat een interactie waarin het lichaam tot arena van de hulpverlening wordt. Er is sprake van een marginale communicatie, waarbij de ene partij de lichamelijke klachten zo duidelijk mogelijk probeert te presenteren en de andere voortdurend op zoek is naar symptomen van ziekte. Op zoek naar de juiste manier om zich uit te drukken, gebruikt de migrant wat hij ziet als de taal van de huisarts. Dat is de taal van het lichaam en de pijn.

Omdat hij het psychosociale onbespreekbaar acht, ziet de huisarts zijn mogelijkheden beperkt tot medisch-technisch, op het lichaam gericht handelen. Hij tracht allereerst door uitgebreid onderzoek eventuele somatische stoornissen uit te sluiten. Lichamelijk onderzoek verwordt daarbij soms tot een routineus ritueel. Onbegrijpelijke open vragen – wat kan ik voor u doen? wat denkt u er zelf van? – ondermijnen daarbij het vertrouwen in het vakmanschap van de arts. Dubbele boodschappen – niets gevonden, toch medicijnen of nader onderzoek – en schijnbare ontkenning of niet serieus nemen van de klachten – er is niets aan de hand – manoeuvreren de migrant in een situatie waarin zijn lichamelijke gewaarwordingen als enig betrouwbaar kompas overblijven.

Uit mijn onderzoek onder Turkse arbeidsongeschikten (Van Dijk 1987) blijkt dat het psychosociaal functioneren niet per definitie onbespreekbaar is. Niet het thema, maar veeleer het moment en de wijze waarop de arts dit onderwerp ter sprake brengt, lijkt de interactie te blokkeren. De huisarts betreft het psychosociale pas in het hulpverleningscontact wanneer somatiek uitgesloten is en hij op zoek gaat naar problemen als mogelijke oorzaak van persisterende lichamelijke klachten. Op dat moment ont-

kent de arts in de ogen van de arbeidsongeschikte niet alleen de reëel gevoelde pijn, maar ondergraaft tevens de enig veilige verklaring voor zijn falen. Een nog expressievere uiting van de lichamelijke klachten is het gevolg. Ook elders wordt de vermeende onbespreekbaarheid van het psychosociale ter discussie gesteld. Volgens Mirdal (1985:293-294) is het onjuist te stellen dat Turkse vrouwen niet in staat zijn hun emoties onder woorden te brengen. Zij kunnen weldegelijk praten over verdriet, schuldgevoelens, heimwee, zorgen en angst, zij het in relatie tot hun lichamelijke klachten. Ook Sieval (1987:780) meent dat bij de meest hardnekkige somatiserende klant nog bereidheid bestaat in te gaan op de problematische gevolgen van de ziekte op het privé en gezinsleven.

Uit het voorafgaande valt te concluderen dat het benadrukken van de lichamelijke klachten en de bespreekbaarheid van het psychosociale in het hulpverleningscontact met migranten in belangrijke mate afhankelijk van context is. De bespreekbaarheid groeit naarmate een vertrouwensrelatie zich ontwikkelt. Het somatiseren is als het ware de barometer voor de vertrouwensrelatie tussen migrant en hulpverlener. Limburg-Okken en Jansen (1987:780) onderschrijven deze stellingname. Zij geven aan dat bij Turkse en Marokkaanse cliënten van de RIAGG de taalbarrière en de somatische klachtenpresentatie parameters vormen voor de mate waarin onderling vertrouwen groeit. Hoe hechter het contact des te minder worden somatische klachten gepresenteerd en vormt de taal een obstakel.

### Naar een dynamisch cultuurbegrip

De voorbeelden in de vorige paragraaf hebben één ding gemeen. Ze maken gewag van veranderingen in de cultuur van de migrant na de migratie: ziektebeleving en -gedrag passen zich aan. Op zich is dit niets nieuws. Antropologen hebben al decennia gewezen op cultuurverandering onder invloed van contacten tussen volken, moderniseringsprocessen, en dergelijke. Ook degenen, die feiten aandragen over het ziek-zijn in den vreemde, zijn zich hiervan bewust. Zo wijst Creighton (1977), erop dat culturele voorstellingen over ziekte en gezondheid plastisch zijn. Zij en anderen (zie bijvoorbeeld Eppink 1982:11 en Heezen 1987:13) komen echter niet verder dan te stellen dat cultuur aan verandering onderhevig is en concretiseren niet wat dit betekent voor de beleving en het gedrag van migranten ten aanzien van ziekte. Het is verbazingwekkend, dat de literatuur over gezondheidszorg aan migranten is blijven steken in een visie waarin het statisch cultuurbegrip feitelijk overheerst. Deze situatie is des te opmerkelijker omdat in de discussies over etniciteit en identiteitsontwikkeling al jaren een situationele of dynamische interpretatie van cultuur een belangrijke rol speelt (zie bijvoorbeeld Roosens 1982, Vermeulen 1984, Saharso 1985, Terpstra en Hahn 1985, Van Soest en Verdonk 1988). Naar het waarom valt slechts te gissen. Mogelijk heeft de aanhoudende vraag van hulpverleners naar praktische, direct bruikbare informatie, en het ontbreken van een traditie van toegepaste medische antropologie gericht op in Nederland verblijvende etnische minderheden hierbij een rol gespeeld.

Wat moeten we verstaan onder een dynamisch cultuurbegrip? Vermeulen (1984:13) maakt onderscheid tussen een ascriptieve en een situationele interpretatie van cultuur.

De ene benaderingswijze zal cultuur vooral zien als traditie, de ander als meer gerelateerd aan de maatschappelijke context waarin deze wordt geproduceerd en vorm krijgt. In deze laatste visie is cultuur een model voor en van de realiteit, een beeld van de mens, zijn omgeving en onderlinge relatie die als blauwdruk voor het handelen fungeert. Tennekes (1985:25,28) verwijst naar het werk van Geertz en spreekt van een geheel van regels voor denken en handelen dat is afgestemd op de gegeven werkelijkheid. De bron van alle cultuurverandering zoekt hij in de confrontatie met feitelijkheden waarin de modellen niet voorzien en het daaruit voortvloeiend spanningsveld met het gedrag.

Als, zoals Tennekes stelt, onderzoek naar cultuurverandering zich zou toespitsen op de wijze waarop zich nieuwe denkwijzen en handelingspatronen ontwikkelen, dan vormen migranten een onderzoeksterrein bij uitstek. Immers, de migratie kan gezien worden als een breuk in het proces van vermaatschappelijking, van toeëigening van maatschappelijke ervaring. De migratie dwingt de migrant tot aanpassing aan de nieuwe omgeving. Dat geldt ook voor ziektegedrag en -beleving. Immers, het traditionele zorgsysteem valt grotendeels weg, terwijl de beschikbaarheid van moderne gezondheidszorgvoorzieningen enorm toeneemt. De migrant wordt geconfronteerd met nieuwe disciplines en ziekteconcepten. De materiële voorwaarden voor het ziekzijn wijzigen zich sterk.

Van Soest en Verdonk (1988:97) nemen bij migranten een snelle cultuurverandering waar. Mogelijk is het daarom beter te spreken van een migrantencultuur (Van Dijk en Schoenmakers 1983, Castles 1984, Mirdal 1988). Migrantencultuur is dan de resultante van het samentreffen van oplossingen van migranten voor nieuwe conflictsituaties in de Nederlandse maatschappij (Van Dijk en Schoenmakers 1983:357). Wie het over de cultuur van de Marokkanen en Turken wil hebben moet derhalve niet allereerst en alleen op reis gaan in de Rif en Centraal Anatolië, maar ook een bezoek brengen aan de Utrechtse wijk Lombok of aan de Pijp in Amsterdam.

Naar aanleiding van de geciteerde opmerking van Sieval wil ik stellen dat niet een ander soort kennis nodig is, maar een ander, dynamisch, cultuurbegrip. Een dynamische visie op cultuur werpt nieuwe vragen op. Inzicht zal verkregen moeten worden in de wijze waarop het denken over ziekte en gezondheid onder invloed van de migratie en het migrantenbestaan verandert en welke factoren hierbij een rol spelen. Methoden zullen ontwikkeld moeten worden om deze inzichten bruikbaar en overdraagbaar te maken aan hulpverleners. Een groot aantal vragen presenteert zich: Op welke terreinen is de penetratie van moderne ziekteconcepten het grootst? Welke overeenkomsten zijn er wat betreft het denken en handelen over ziekte tussen migranten en vergelijkbare groepen autochtonen? Welke verschillen in ziektebeleving en -gedrag zijn te constateren tussen de generaties en tussen de migrantengroepen? Welke factoren beïnvloeden het hulpzoekgedrag, met name de keuze van de hulpverlening? In welke mate wordt nog gebruik gemaakt van traditioneel geneeskundige handelingen? Onder welke omstandigheden wordt (hernieuwd) teruggegrepen naar traditionele ziekteconcepten en behandelwijzen?

Slechts een onderzoekprogramma vanuit deze optiek biedt inzicht in de continuïteit en discontinuïteit in de ziektebeleving en het ziektegedrag van migranten. Pas dan zal ook de verantwoordelijkheid van het land van migratie ten volle duidelijk worden.

## Noten

Rob van Dijk studeerde culturele antropologie in Utrecht. Hij verrichtte onder meer onderzoek naar de eerstelijns hulpverlening aan allochtone arbeidsongeschikten en naar processen van somatische fixatie bij Turkse WAO-ers. Momenteel is hij als beleidsmedewerker Geestelijke Gezondheidszorg verbonden aan het Nederlands Centrum Buitenlanders in Utrecht.

De auteur dankt Jos Schoenmakers en Hans Bart voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

## Literatuur

- Anderson, J.  
1987 Migration and health: perspectives on immigrant women. *Sociology of Health & Illness* 9 (4):410-439.
- Bakker, H.  
1989 Arts en cliënt. Transculturele revalidatiegeneeskunde met betrekking tot migranten. In: H. Bakker (red) *Revalidatie en migranten*. Amsterdam: VU-uitgeverij, pp. 11-19.
- Barna, L.  
1983 The stress factor in intercultural relations. In: D. Landis en R. Brislin (eds) *Handbook of intercultural training*. Vol II. New York: Pergamon Press, pp. 19-50.
- Bennani, J.  
1980 *Le corps suspect*. Parijs: Galilée.
- Bömer, L.  
1984 Strategisch ziek zijn. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 10 (6):391-404.
- Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders.  
1981 *De buitenlandse patiënt*. Bunnik: BVGB.  
1987 *De buitenlandse patiënt. Turken en Marokkanen in de Nederlandse gezondheidszorg*. Bunnik: BVGB.
- Castles, S.  
1984 *Here for good. Western Europe's new ethnic minorities*. London: Pluto Press.
- Chung-Chow, C., M. Soa Yuc Lee, H. Sallach, e.a.  
1983 Symptom differences between urban and rural schizophrenics in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry* 32 (3):65-72.
- Creyghton, M.  
1977 Ziek zijn en ziekingedrag in Noord Afrika. *Medisch Contact* 32 (16):500-503.
- Dieleman, A. & J. van der Laan  
1983 Eens een Marokkaan, altijd een Turk. *Psychologie en Maatschappij* 7 (3):341-349.
- Donovan, J.  
1986 *We don't buy sickness. It just comes*. London: Gower.
- Drakapoulou, C.  
1985 Ze hebben een andere cultuur. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* 3 (4):38-42.
- Dijk, R. van  
1985 *Mijn gezondheid is gebarsten als glas. Arbeidsongeschikte Marokkanen en Turken in de eerstelijns in Bos en Lommer*. Amsterdam: OSA.  
1986 *De dokter vertelde dat ik niet meer beter word. Turkse arbeidsongeschikten en somatische fixatie*. Amsterdam: OSA.
- Dijk, R. van & J. Schoenmakers  
1983 Migrantenkultuur en psychiese stoornis. *Psychologie en Maatschappij* 7 (3):349-376.

- Eppink, A.  
1982 *Cultuurverschillen en communicatie*. Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Gailly, A.  
1982 Etnogeneeskunde en -psychiatrie bij Turken. *Kultuurleven* 49 (1):67-80.
- Grol, R.  
1983 *Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Gründemann, R.  
1985 *Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg*. Leiden: NIPG.
- Heezen, S.  
1987 De betekenis van de culturele antropologie voor de psychiatrie; benaderingswijze en toepassingsgebieden. In: P. Lamers (red.) *Hulpverlening aan migranten. De confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg*. Alphen a/d Rijn: Samsom, pp. 13-26.
- Iemhoff, A.  
1979 *Klacht en interpretatie in geneeskunde en gezondheidszorg. Een kritiek van het medisch verklarings- en behandelingsmodel*. Nijmegen: Link.
- Ifrah, A.  
1980 *Le Maghreb déchiré. Tradition, folie et migration*. Claix: La Pensée Sauvage.
- Jongmans, D.  
1977 Eer en zelfrespect; de Noordafrikaanse boer en de overheid. *Medisch Contact* 32 (16):509-513.  
1978 Het denken over gezondheid en ziekte in Noord Afrika. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 56: 805-808.
- Kentenich, H., P. Reeg & L. Wehkamp (red.)  
1984 *Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank?* Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- Limburg-Okken, A. & W. Jansen  
1987 Psychiatrie praktijkervaring met Marokkaanse en Turkse cliënten bij de RIAGG Stad Utrecht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 42 (7/8):770-785.
- Linden-Osinga, M. van der  
1988 Gezinstherapie met migranten; een bruikbare methodiek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 43 (4):394-405.
- Meer, Ph. van der  
1984 *Omggaan met Marokkanen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.  
1987 De antropologische invalshoek bij psychiatrische diagnostiek van allochtone patiënten. In: P. Lamers (red.) *Hulpverlening aan migranten; de confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg*. Alphen a/d Rijn: Samsom, pp. 109-118.
- Mirdal, G.  
1985 The condition of tightness; the somatic complaints of Turkish migrant women. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 71: 287-296.  
1988 The interpreter in cross-cultural therapy. *International Migration* 26 (3):327-335.
- Most-van Spijk, M. van der  
1985 *Gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam*. Amsterdam: GG & GD.
- Moussaoui, D.  
1981 La dépression chez les migrants; indicateur de tendance évolutive pour la psychiatrie Maghrebine. *Psychopathologie Africaine* 17 (1/2/3):163-166.
- Moussaoui, D. & G. Ferrey  
1985 *Psychopathologie des migrants*. Paris: PUF.
- Naudin, R., L. Stegmann & G. Bonarius  
1987 Mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg. *Medisch Contact* 42 (33): 1017-1021.

- Peeters, R.  
1986 Health and illness of Moroccan immigrants in the city of Antwerp, Belgium. *Social Science & Medicine* 22 (6): 679-685.
- Pool, A. & K. van Huis  
1985 *Marokkaanse vrouwen in de huisartsenpraktijk van het Dirk van Nimwegencentrum*. Amsterdam: OSA.
- Roosens, E.  
1982 Etnische groep en etnische identiteit. In: J. van Amersfoort H. Entzinger (red.) *Immigrant en samenleving*. Deventer: Van Loghum Slaterus, pp. 99-122.
- Sachs, L.  
1983 *Evil eye or bacteria. Turkish migrant women and Swedish health care*. Stockholm: Stockholm Studies in Social Anthropology.
- Saharso, S.  
1985 De tweede generatie: (voor eeuwig) verloren russen twee culturen? *Psychologie en Maatschappij* 9 (3):371-385.
- Shadid, W. & P. van Koningsveld  
1982 Arts en buitenlandse werknemer onder de loupe. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* 60 (21): 571-576  
1983a *Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.  
1983b Buitenlandse werknemers en de wetenschap van het carbon. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* 61 (10): 351-353.
- Sieval, Z.  
1987 Een systeemvisie bij migrantenproblematiek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 42 (7/8):801-810.
- Soest, R. van & A. Verdonk  
1988 Etnische identiteit. De psychologische betekenis van afkomst. *De Psycholoog* 23: 97-104.
- Spruit, I.  
1987 Moroccan immigrants and health care in the Netherlands; a confrontation of cultural systems. *Research in the Sociology of Health Care* 5: 201-247.
- Tennekes, J.  
1985 Cultuur en cultuurverschillen. *Migrantenstudies* 1 (1):17-39.
- Terpstra, J. & A. Hahn  
1985 *Een problematische ontmoeting. Psychosomatische hulpverlening aan jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Vermeulen, H.  
1984 *Etnische groepen en grenzen. Surinamers, Chinezen en Turken*. Weesp: Wereldvenster.
- Vriens, A.  
1988 Zijn cultuurverschillen een voldoende uitgangspunt in de hulp- en zorgverlening door de inrichting? In: H. van Esch e.a. (red.). *Een kwestie van cultuur? Lijnen in de hulpverlening aan Turkse en Marokkaanse ouders en hun verstandelijk gehandicapte kind*. Utrecht: Nederlands Genootschap ter Bestudering van Zwakzinnigheid en Zwakzinnigenzorg, pp. 67-79.