

Discussie en commentaar

Kan Community Based Rehabilitation samengaan met andere geneeswijzen?

Ingeborg Ponne

G. van der Hulst schrijft in het vorige nummer van dit tijdschrift dat samenwerking met traditionele genezers binnen Community Based Rehabilitation (CBR)-projecten (nog) onmogelijk is. Zij bestrijdt hiermee de bewering van D. Burck dat traditionele genezers CBR-werkers bij uitstek zijn. Beiden baseren hun stelling op empirisch onderzoek in het Goromonzi district in Zimbabwe. Een samenwerking met traditionele genezers in CBR-projecten is binnen de huidige doelen en uitgangspunten van CBR zoals die zijn geformuleerd in rapporten van de WHO inderdaad onmogelijk. Voor de toekomst van CBR lijkt mij het echter onontbeerlijk dat er wat verandert aan die uitgangspunten en dat traditionele genezers een plaats krijgen binnen CBR-projecten.

Tot op heden gaan de WHO, CBR-beleidsmakers en veel biomedisch opgeleid CBR-uitvoerend personeel ervan uit dat personen met een beperking in ontwikkelingslanden kampen met een tekort aan revalidatiemogelijkheden. Zij vinden dan ook dat personen met een beperking in die landen snel hulp (van het westen) nodig hebben. Deze hulp, die de vorm van CBR-projecten kan hebben, moet de positie van personen met een beperking in de samenleving verbeteren door revalidatie en attitudeveranderingen. De WHO gaat uit van wijdverspreide negatieve attitudes ten aanzien van beperkten in ontwikkelingslanden. In een WHO-rapport van 1981 staat hierover het volgende:

Social segregation of disabled persons is extremely widespread in developing countries (...). In many societies the disabled are very often segregated because of deeprooted fears and beliefs, originated from age-old cultural and religious convictions, for instance that the disabled are possessed or under divine punishment. Such negative attitudes are rather rule than exception (WHO 668, 1981: 13).

Inderdaad, als men uitgaat van bovenstaande lijkt een samenwerking met traditionele genezers binnen CBR onmogelijk. Traditionele genezers hebben immers ook deze lokale culturele en religieuze overtuigingen. Ik vind deze uitgangspunten voor CBR

echter ongenueanceerd en stigmatiserend. Burck (1989) maakt duidelijk dat in het Goromonzi district lang niet alle attitudes ten aanzien van personen met een beperking volgens westerse concepten gedesintegreerd zijn door negatieve attitudes. In tegenstelling tot in veel westerse landen zijn veel personen met een beperking in het Goromonzi district volledig geïntegreerd in de samenleving. Soms zijn de attitudes zelf zo positief dat personen met een beperking een positie krijgen die verheven is boven die van personen zonder beperking. Dit wordt veroorzaakt door eeuwenoude culturele en religieuze overtuigingen. Wat de attitude ten aanzien van personen met een beperking in het Goromonzi district is, hangt af van de oorzaak van de beperking welke wordt bepaald bij de diagnose van de traditionele genezer. Deze oorzaken kunnen volgens traditionele genezers in het Goromonzi district natuurlijk, cultureel of goddelijk zijn. Afhankelijk van de oorzaak wordt een behandelpun opgezet en kan fysieke en sociaal-politieke revalidatie plaatsvinden. Wat de traditionele genezer als oorzaak van de beperking en als de beperking zelf ziet en welke beperkten volgens hem kunnen worden gerevalideerd, komt niet overeen met biomedische concepten over beperkingen, fysieke revalidatie en integratie of uitsluiting van beperkten.

Een van de doelen van CBR die naar voren komt in rapporten van de WHO over revalidatie in ontwikkelingslanden is dat CBR uit moet gaan van door de lokale bevolking geformuleerde revalidatiebehoefden. In de praktijk wordt die lokale behoefte meestal bepaald door westers of biomedisch opgeleid personeel, met biomedische ideeën over wat een beperking en revalidatie is. Deze ideeën verschillen van de ideeën van de traditionele genezers en de lokale bevolking zelf. CBR-beleidsmakers en uitvoerend personeel gaan uit van biomedische concepten. CBR richt zich dus op personen die volgens de biomedische geneeskunde een beperking hebben en fysiek en/of sociaal gerevalideerd kunnen worden. Traditionele genezers en het grootste deel van de lokale bevolking gaan uit van de van de lokale, traditionele geneeskunde bij het bepalen van wie en wat er gerevalideerd dient te worden. Beperkten die volgens biomedische opvattingen gerevalideerd moeten worden, kunnen volgens de concepten van de traditionele geneeskunde al gerevalideerd zijn in fysieke of sociaal-politieke zin of niet eens beperkt zijn. Verder kan volgens dezelfde concepten revalidatie voor bepaalde beperkten ook onmogelijk of onzinnig zijn. Voor deze personen is een lokaal georganiseerde westerse revalidatie geen oplossing. Oefeningen om je spieren beter te laten functioneren hebben pas zin als ook de oorzaak van de beperking wordt aangepakt. Binnen de traditionele geneeskunde van het Goromonzi district kan een beperking veroorzaakt worden door het verbreken van taboes, zoals het onvolledig betalen van de bruidsprijs. Zolang hier niets aan wordt gedaan, hebben fysiotherapeutische oefeningen om de beperking te verminderen in de ogen van de lokale bevolking geen zin. Van sociale en politiek (her)integratie kan na een westerse revalidatie dan ook veelal geen sprake zijn.

Een samenwerking met traditionele genezers binnen CBR-projecten kan pas ontstaan als beide partijen het erover eens zijn wie de beperkten zijn en wie of wat er gerevalideerd dient te worden. Dat is nu dus (nog) niet het geval. Maar als CBR echt uit zou gaan van lokale concepten van wat een beperking is en wie de personen met een beperking zijn, van de lokale revalidatiebehoefte dus, zoals beschreven door Burck

(1989), kan een samenwerking met traditionele genezers binnen CBR-projecten wel degelijk ontstaan. Traditionele genezers zijn dan inderdaad de CBR-werkers bij uitstek. Zij zijn degenen die vanwege hun beroep kennis bezitten over wat in hun gemeenschap de hulpvraag van de personen met een beperking is en wie als beperkte gezien worden.

Voor de toekomst van CBR lijkt het mij noodzakelijk meer dan nu uit te gaan van concepten over beperkingen die leven bij van de gemeenschap waarvoor de CBR bedoeld is. Tot op heden worden de projecten gedragen door een westerse culturele visie en biomedische concepten. CBR-beleidsmakers en uitvoerend personeel zitten nog teveel gevangen in het web van de biomedische wetenschap. Daardoor kunnen zij de lokale hulpvraag slechts in beperkte mate beantwoorden. Als de CBR-beleidsmakers er niet in slagen concepten van lokale traditionele geneeskunde te leren waarderen of accepteren, is er weinig hoop voor de toekomst van CBR in het Goromonzi district van Zimbabwe. Wie gaat immers een fysieke oplossing zoeken voor een beperking met een cultureel of goddelijke oorzaak?

Literatuur

Burck, D.

1989 *'Kuoma Rupandi' (The parts are dry). Ideas and practices concerning disability and rehabilitation in a Shona ward.* Leiden: Afrika-Studiecentrum.

Hulst, G. van der

1994 Revalidatiewerkers en hun cliënten: Community Based Rehabilitation op het platteland van Zimbabwe. *Medische Antropologie* 6(2): 290-306.