

Cultureel bepaalde ziektebeleving en geneeswijzen

Een exploratief onderzoek onder patiënten van Surinaams-Antilliaanse, Ghanese en Marokkaanse afkomst in negen Amsterdamse huisartspraktijken

PETRA DIJKMAN
MARTEN DE HAAN

Dijkman P, De Haan M. Cultureel bepaalde ziektebeleving en geneeswijzen. Een exploratief onderzoek onder patiënten van Surinaams-Antilliaanse, Ghanese en Marokkaanse afkomst in negen Amsterdamse huisartspraktijken. Huisarts Wet 1999;42(5):205-10.

Doel Meer inzicht verkrijgen in het gebruik van traditionele geneeswijzen, het bezoek aan traditionele genezers en de hiermee samenhangende cultureel bepaalde beleving van ziekte bij migranten.

Methoden Via negen huisartsen werden patiënten van Surinaams-Antilliaanse, Marokkaanse en Ghanese afkomst uitgenodigd voor een interview. Insluitcriteria waren 30 jaar of ouder, frequent spreekuurbezoek (>5x in afgelopen 12 maanden), geen eenduidige somatische of psychische aandoening ter verklaring van het frequente spreekuurbezoek.

Resultaten De helft van de in totaal 67 patiënten had in de afgelopen vier jaar een traditionele genezer in Nederland en/of in het land van herkomst bezocht. Twaalf patiënten maakten gebruik van traditionele geneeswijzen, meestal op advies van hun familieleden. De meesten bespraken dit niet met de eigen huisarts. Als belangrijkste reden hiervoor werd opgegeven dat de huisarts er niet naar vroeg.

Conclusie Traditionele geneeswijzen hebben vaak grote betekenis voor de patiënt en kunnen anderszijds ingrijpend zijn. Daarom lijkt het belangrijk dat huisartsen er in de intake-fase van het consult naar vragen.

Afdeling Huisarts-, Verpleeghuis en Sociale Geneeskunde, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.
Mw. P. Dijkman, huisarts (destijds in opleiding);
prof.dr. M. de Haan, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: prof.dr. M. de Haan.

Inleiding

Ideëën over de oorzaken en de behandeling van ziekten zijn sociaal en cultureel bepaald.¹ Dat geldt ook voor ziektegedrag.² Het aantal mensen in de wereld dat hun geboorteland verlaten heeft en zich gevestigd heeft in een volkomen andere omgeving, is groter dan ooit.³ Des te belangrijker is het om te komen tot een intercultureel begrip. De literatuur bevestigt de indruk van huisartsen, dat het contact met migranten vaak moeizamer is, en dat tussen arts en patiënt sprake kan zijn van wederzijds onbegrip.^{4,5}

Behalve een taalbarrière kunnen ook het culturele verschil in de beleving van de ziekte en een verschil in de verwachtingen aanzien van de therapie een rol spelen.^{6,7} Bovendien hebben veel migranten een relatief lage sociale status, terwijl etniciteit een onafhankelijke (negatieve) gezondheidsdeterminant kan zijn. Er zijn dus goede redenen om migranten te beschouwen als een kwetsbare groep binnen de gezondheidszorg.^{8,9}

Het aantal publicaties over geneeskundige zorg voor migranten is relatief klein. Onderzoek gaat vaak over kwantitatieve aspecten. De resultaten wijzen soms in een andere richting dan men gevoelsmatig zou denken. Het aantal consulten in achterstandswijken, waar relatief veel migranten wonen, blijkt niet dramatisch hoger te liggen dan elders, mogelijk zelfs integendeel.^{10,11} Onlangs werd beschreven dat Turken, Marokkanen en Surinamers weliswaar wat vaker de huisarts consulteren dan Nederlanders, maar dat de consulten gemiddeld korter duren.¹² De auteurs suggereren als oorzaak, naast verschillen in gezondheidsproblemen, ook communicatieproblemen en culturele verschillen in het gebruik van de huisartsenzorg.

Het ligt in de rede dat inzicht in de wijze waarop allochtone patiënten denken over ziekte en daarmee omgaan, kan bijdragen tot verbetering van de zorg voor deze groep, en daarmee ook tot meer werkplezier voor de dokter. Wij verrichtten daarom een inventariserend onderzoek naar de cultureel bepaalde achtergronden van klachtbeleving en ziektegedrag van drie

groepen migranten in een aantal Amsterdamse huisartspraktijken.

Methode

Aan veertien Amsterdamse huisartsen in wijken met veel migranten werd gevraagd om medewerking; twaalf van hen stemden toe. Van negen huisartsen werden uiteindelijk patiënten ingesloten. Alle huisartsen waren van Nederlandse afkomst.

Gekozen werd voor drie groepen patiënten, elk met een specifieke culturele achtergrond die veel voorkomt in de desbetreffende wijken: Surinamers/Antilliaanen, Ghanezen en Marokkanen. De huisartsen werd gevraagd een uitnodigingsbrief (in het Nederlands, Frans, Engels of Arabisch) mee te geven aan patiënten die voldeden aan de volgende criteria:

- migrant van de eerste of tweede generatie, uit één van de drie geselecteerde groepen;
- leeftijd 30 jaar of ouder;
- minimaal vijf huisarts-patiëntcontacten in de afgelopen twaalf maanden;
- geen eenduidige somatische of psychiatrische aandoening die het frequente spreekuurbezoek zou kunnen verklaren.

Deze selectie was mede gebaseerd op de verwachting dat juist in deze groepen een cultuurspecifieke omgang met klachten te vinden zou zijn.

De patiënten werden in de periode oktober 1997 tot maart 1998 geïnterviewd door een hun onbekende huisarts-in-opleiding, die door hun eigen huisarts bij hen was geïntroduceerd. Dat gebeurde aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, met vragen als:

- Welke klachten heeft u?
- Hoe beïnvloeden die klachten het dagelijks leven?
- Geeft de familie u adviezen?
- Bezoekt u een traditionele genezer?
- Bent u recent (<4 jaar) nog in land van herkomst geweest en zo ja, hebt u daar nog medische hulp gezocht?

Deze laatste vraag is opgenomen, omdat bijvoorbeeld Marokkaanse migranten een

geheel ander ziektegedrag kunnen vertonen tijdens een bezoek aan Marokko.¹³

De interviews duurden minimaal 45 en maximaal ongeveer 150 minuten. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de non-respons.

Surinaamse en Antilliaanse patiënten

In totaal werden vijftien mannen en twaalf vrouwen van Surinaamse afkomst geïnterviewd, en één man en acht vrouwen van Antilliaanse afkomst. De gemiddelde leeftijd was 45 jaar.

De top-5 van gerapporteerde klachten was:

- klachten van het bewegingsapparaat;
- hoofdpijn, vermoeidheid, nervositeit/angst;
- maag/darmklachten;
- slaapstoornissen;
- algehele malaise.

De meeste patiënten noemden meer dan één klacht.

De top-5 klachten waarvoor traditionele geneeswijzen (*kader*) werden gebruikt of de hulp van een traditionele genezer werd ingeroepen, was:

- klachten van het bewegingsapparaat;
- nervositeit/angsten, hoofdpijn, vermoeidheid;
- maag/darmklachten;
- slaapstoornissen;
- huidproblemen.

Zestien patiënten hadden in afgelopen vier jaar een bezoek aan traditionele genezers gebracht: tien in Nederland, vijf in Suriname/Antillen en één in beide landen. De meesten hadden dit vaker dan eenmaal gedaan; meestal betrof het een serie behandelingen. Twaalf patiënten waren tevreden over de behandeling, vier lieten zich er negatief over uit. Van deze laatste vier patiënten waren er twee zeer angstig geworden door de behandeling, één vond de behandeling veel te duur en één vond de behandeling te kort werken. Veertien patiënten waren tevreden over hun eigen huisarts. De twee die niet tevreden waren, gaven daarvoor 'tijdgebrek tijdens het consult' als reden op.

Slechts drie patiënten bespraken hun bezoek(en) aan traditionele genezers met de eigen huisarts. De meest opgegeven redenen om het niet te vertellen waren: tijdgebrek, de huisarts snapt het toch niet, en de huisarts vraagt er niet naar.

Twaalf patiënten zeiden dat zij gebruik hadden gemaakt van traditionele geneeswijzen of geneesmiddelen, meestal op advies van oudere familieleden:

- rituele baden, vaak met rozenblaadjes;
- speciale kruidenwindsels;
- speciale mengsels van voedingsmiddelen met kruiden;
- speciale dranken;
- oliën, onder meer zevengeest-olie om het lichaam mee te wassen of in te smeren.

Geen van hen besprak deze gebruiken met de huisarts.

Casustiek

• *Patiënt A*, een 33-jarige Surinaamse vrouw, heeft klachten van hoofdpijn, slecht slapen, spanningen, nekpijn en rugpijn, waardoor haar concentratie minder is en zij het gevoel heeft dat haar geheugen slecht functioneert. Zij bezoekt voor deze klachten zeer frequent haar huisarts. Haar klachten ontstonden nadat haar schoonzus zwarte magie tegen haar had bedreven. Vervolgens kreeg patiënte een miskraam; dit was voor haar het bewijs dat de zwarte magie grip op haar had. Zij heeft drie keer een bonoman bezocht, die de vervloeking ongedaan had gemaakt. Desondanks voelt patiënte zich genoodzaakt om bij iedere klacht de hulp van haar huisarts in te roepen, om bevestigd te krijgen dat de vervloeking niet opnieuw iets ernstigs veroorzaakt. Deze onzekerheid, vertelt zij, veroorzaakt voor een deel haar klachten. Ze heeft haar huisarts nooit op de hoogte gebracht van dit alles.

• *Patiënt B*, een 32-jarige Surinaamse man die graag beroepsvoetballer wil worden, heeft klachten van zijn knie; hij bezoekt hiervoor bij herhaling zijn huisarts. De fysiotherapeut en de orthopeed konden er niets van maken. Bij navraag blijkt patiënt ervan overtuigd dat er een vernietigende *kromanti winti* in zijn knie zit, die hem dwarszit bij het voetballen. Hij func-

tioneert sociaal volkomen normaal, is niet angstig of verward en heeft zeker geen wanen of hallucinaties. Zolang patiënt zijn knie maar met speciale oliën insmeert, gaat het prima. Toch blijft hij bezorgd, omdat kromanti winties zeer vernietigend kunnen zijn. De huisarts weet hier niets van.

• *Patiënt C*, een Surinaamse vrouw van 35 jaar, bezoekt de huisarts frequent wegens slecht slapen, angsten en somberheid. Ze heeft in het verleden een hepatitis-B-infectie doorgemaakt; daarna werd ze steeds angstiger, en hield de deuren van haar huis voortdurend op slot. Uiteindelijk ontdekte ze dat deze klachten te maken hadden met een *bakroë proforjorka*, een vervloeking door een vriendin uitgesproken. Ze bezocht met medeweten van haar huisarts een bonoman, die haar met rituele baden, een amulet en door het oproepen van *apoukoe* (een positieve winti-kracht) de bakroevervloeking ongedaan maakte. Patiënte voelt zich nu een stuk beter.

• *Patiënt D*, een 43-jarige Surinaamse man, heeft last van gewrichtsklachten, waarvoor hij frequent de huisarts bezoekt. Hij is er zeker van dat deze klachten veroorzaakt worden door een *fjo fjo*, een oude familieruzie in zijn vaders familie. Het probleem is echter dat zijn moeder niet meer leeft, en hijzelf niet weet wie zijn vader is. In het afgelopen jaar is hij speciaal naar Suriname gereisd om aldaar een oude geneesheer te bezoeken, die hem behandeld heeft met Indiaanse kruiden en sneetjes in de huid en wierookstokjes. Deze behandeling hielp goed, maar is voor patiënt in Nederland niet uitvoerbaar. Zijn huisarts weet hier niets van.

Ghanese patiënten

Er werden negen Ghanezen geïnterviewd, vier mannen en vijf vrouwen; gemiddelde leeftijd 38 jaar. De belangrijkste klachten waren: hoofdpijn (bij vijf patiënten) en klachten van het bewegingsapparaat.

Acht patiënten hadden de afgelopen vier jaar een herbalist (*kader*) bezocht: drie in Nederland en vijf in Ghana. De drie die in Nederland gingen, waren tevreden.

Van de vijf die in Ghana gingen, waren er vier tevreden. Eén was zeer negatief, omdat de klachten juist waren verergerd. De enige patiënt die niet naar traditionele genezers ging, deed dit om principiële red-

nen niet, omdat zij als christen vond dat er te veel magie door de herbalisten werd bedreven. Opvallend was dat de bezoekers van een herbalist in Ghana vaak kruiden mee terugnamen naar Nederland.

Geen van de patiënten besprak het bezoek aan de traditionele genezer met de huisarts, met name omdat deze er niet naar vroeg. Vijf patiënten waren tevreden over de eigen huisarts en vier matig tevreden.

Winti

Winti (ook wel *wenoe*, *komfo* of *jeje* genoemd) kan worden omschreven als een Afro-Amerikaanse godsdienst waarin centraal staat het geloof in verpersoonlijkte bovennatuurlijke wezens die van een mens bezit kunnen nemen en zijn bewustzijn uitschakelen, waarna zij verleden, heden en toekomst kunnen openbaren en ziekten van bovennatuurlijke aard kunnen genezen, maar ook veroorzaken.¹⁴ Surinamers zijn naar oorsprong onder te verdelen in Indianen (de oorspronkelijke bewoners van het gebied), Creolen (de Afro-Surinamers), Hindoestanen, Javanen en Chinezen.¹⁵ In het Surinaamse winti-geloof bestaat een syncretisme tussen het Afrikaanse, het christelijke en het Indiaanse geloof. De Hindoeïstische en Javaanse invloeden zijn van recent datum en minder herkenbaar in de rituele gebruiken. Verder zijn er joodse invloeden, met name met betrekking tot de voedselgeboden en rituele reinheidsvoorschriften. Zo is het woord *kasiri* (rein) afgeleid van het woord *kosher*.

Men hecht een centrale betekenis aan de vier oerelementen: aarde, lucht, water en vuur. De winti-religie gaat uit van een intensief verkeer tussen natuur en bovennatuur. Er wordt gestreefd naar een harmonieus evenwicht tussen mens en natuur. De winti-goden zijn natuurgeesten, ook wel elementaire geesten genoemd, omdat zij verbonden zijn aan de vier oerelementen. Belangrijke winties en hun betekenis zijn: *Asisi Aisa* (vrouwelijk, moederlijk, aarde), *Bakroe* (verzameling van boosaardige geesten), *Kromanti* (luchtgod, vaak boosaardig) en *Watra mama* (godin van het water).

Verder speelt de invloed van overleden voorouders een belangrijke rol in de beleving en de beïnvloeding van het leven. *Jorkas* (de geesten van de overledenen) kunnen zowel gunstige als kwade invloeden hebben, bijvoorbeeld bij een onopgelost conflict. Het kan dan ook zeer belangrijk zijn om deze geesten bij een onverklaarde ziekte tevreden te stellen. *Kabras* zijn voorouders die christelijk gedoopt zijn en een positieve invloed hebben. De *kra* staat voor de individuele menselijke geest en heeft in de regel een beschermende functie. Een *fjo fjo* is een magische ziekte, die is ontstaan door een

(oude) familieruzie of door het uitspreken van een vervloeking door een (overleden) familielid.

Misbruik van winti noemt men *wisi*, ofwel boze magie. De *fodoe*-cultus is een onderdeel van de winti-cultus. Volgens het Surinaamse volksgeloof vindt de *fodoe* zijn oorsprong in de aarde en wordt daarom gronwinti (aardgod) genoemd. Hij wordt gesymboliseerd met een slang. Deze winti heeft een eigen eredienst, waarbij rituelen worden toegepast om mens of dier te beïnvloeden, en om raad en steun van de goden te krijgen. In combinatie met geesten is de *fodoe* boosaardig; de rituelen dienen om de *fodoe* van de geesten te scheiden. De *fodoe* kan zich uiten in een mens, als deze in trance is, en zo bijvoorbeeld een genezende of ziekmakende werking hebben. Er zijn allerlei rituelen die een familie in sommige situaties zorgvuldig moet onderhouden om niet een vloek van een *fodoe* over zich af te roepen.

Een winti-beleving of winti-trance voldoet niet aan de criteria van een psychose volgens de DSM IV-R. Wel kan er een winti-psychose ontstaan. Dit komt echter veel minder voor dan de winti-beleving of winti-trance.¹⁶ De traditionele genezer, de *bonoman* of *bonovrouw* (ook wel geschreven als *bonuman* of *-vrouw*) kan door middel van rituelen, het in trance brengen of het oproepen van goede winties, genezend werken en vervloekingen ongedaan maken. Deze medicijnman of *-vrouw* wordt dan ook geraadpleegd bij psychische en langdurige onverklaarde ziekten. Een *wisiman* of *wisivrouw* zal boze magie bedrijven.¹⁷

Bij de overdracht van de winti spelen vrouwen een belangrijke rol. Moeders, grootmoeders en oudere vrouwen dragen de winti-geheimen en rituelen over op de jongeren. Dit gebeurt vooral bij ziekten, inwijdingen of rituele baden. Mannen hebben meer de functie om het ritueel te leiden. Voor iemand die vanuit zijn winti-beleving hulp gaat zoeken bij traditionele genezers in Nederland, is het moeilijk om het kaf van het koren te scheiden. De genezers staan niet onder controle en hun tarieven wisselen sterk. Zo kunnen sommige behandelin-

gen oplopen tot duizenden guldens. Ook wordt niet (altijd) eerst verwezen naar een reguliere arts, terwijl dit soms achteraf noodzakelijk was geweest. Patiënten gaan daarom vaak eerst bij (oudere) familieleden om raad vragen. Er zijn voorbeelden bekend van een fatale afloop van winti-behandelingen bij patiënten die reguliere medische zorg nodig hadden.¹⁸

De Antilliaanse cultuur is meer westers georiënteerd en Afrikaanse invloeden lijken een geringere rol te spelen. Toch bestaat ook hier de winti-cultus, zij het meer op de achtergrond. De winti lijkt bij Antillianen een wat negatievere betekenis te hebben. Zij spreken van *brua*, afgeleid van het Spaanse woord voor heks, of ook wel van *black magic*.¹⁹ Afgezien van populaire volksverhalen, gewoonten bij begrafenissen en andere openbare uitingen, leven de belangrijkste Afrikaanse invloeden vooral ondergronds voort. Het lijkt erop dat de meeste Antillianen de angst voor de geesten van gestorvenen min of meer hebben verdrongen, maar hier en daar worden actieve vormen van geestenbezwering beoefend.

Brua vertoont sterke overeenkomsten met de *fodoe*-riten. De meest populaire vorm van *brua* is het oproepen door een medium van de *spiritu* (= geesten) van voorouders en bekenden. Individueel wordt *brua* in negatieve zin gebruikt door het benutten van kaarsen die bij een dode hebben gebrand. Een brandende dodenkaars op een foto of een stukje papier met de naam van een vijand erop geschreven kan de tegenstander onheil en ziekten berokkenen.

Een bekende verschijning in het volksgeloof is de *homber chiki*, het kleine mannetje: een soort kabouter die bescherming biedt aan degenen die hem huisvesten, maar een kwaadaardige invloed kan hebben op anderen. *Zumbies* zijn dwaalgeesten die mensen in de war brengen of doen verdwalen. Er is een levendige volksgeneeskunde die, behalve van de mediums (*bonoman* of *-vrouw*), gebruik maakt van bepaalde kruiden en dode insecten. Zo zijn er natuurlijke geneeswijzen tegen kiespijn, menstratiepijnen, impotentie en kinderziekten.

Casuïstiek

• *Patiënt E*, een 32-jarige Ghanese man, heeft bij een gevecht een hoofdtrauma opgelopen. Zijn vrienden brachten hem

rechtstreeks naar een herbalist en niet naar een huisarts of EHBO, want, zo vertelt patiënt, het hoofdtrauma kon zijn spirituele beleving schaden. Hij kreeg van de herba-

list een inwrijfmiddel voor de hoofdhuid en een drank van gekookte schors en kruiden. Voor dit consult betaalde hij 150 gulden, wat hij er graag voor over had, want

Herbalisten

De westers georiënteerde geneeskunde in Ghana heeft zich in de afgelopen jaren steeds beter ontwikkeld. Een probleem blijft echter het gebrek aan artsen. Een Ghanese dokter had in 1996 gemiddeld 22.000 patiënten. Verder is er een gebrek aan middelen en zijn de kosten van de gezondheidszorg, gezien de armoede op met name het platteland hoog.

Naast de westerse geneeskunde is er een bloeiende traditionele geneeskunde. Het grootste deel van de Ghanese bevolking vertrouwt voor zijn geestelijk en lichamelijk welzijn op de kruidendokter (herbalist) of de fetisj-priester. Dat is lang niet altijd ten onrechte, door de lange traditie van kruidengeneeskunst is veel kennis opgedaan van de werking van inheemse plantensoorten. Hiernaar wordt ook wetenschappelijk on-

derzoek gedaan. Internationale bekendheid geniet het *Centre for Scientific Research into Plant Medicine*, een officieel overheidsinstituut.²⁰

De herbalisten zijn grofweg onder te verdelen in twee typen:

- De opgeleide herbalisten (niet spiritueel ingesteld) hebben de professie geleerd door in de leer te gaan bij een oudere herbalist, of door zelf studie te maken van de lange traditie van de kruidengeneeskunde. Behalve kruiden worden (boom)wortels, schors en dierlijke producten gebruikt. De opleiding van deze herbalisten is een lange weg, vaak zijn zij jarenlang het hulpje van een oudere herbalist. De benadering van ziekten is biomedisch en gebaseerd op empirisch onderzoek.
- De spiritueel ingestelde herbalisten zijn

meer bovennatuurlijk ingesteld en hechten in de regel meer waarde aan rituelen dan aan kruiden etc. Deze groep is meestal niet opgeleid maar bevangen door een roeping, bijvoorbeeld in een droom, om het vak te gaan beoefenen. Deze groep is onder te verdelen in drie typen:

- herbalisten die genezen via manipulatie van geesten; zij werken met bo, ama of dzo – bovennatuurlijke krachten die ontstaan door beïnvloeding van de geestelijke wereld;
- herbalisten die genezen via de manipulatie van de vooroudergeesten van de patiënt; deze groep wordt ook wel Togbewo genoemd;
- herbalisten die naast de kruidengeneeskunde ook werken met christelijke rituelen.²¹⁻²³

Islam en islamitische volksgeneeskunde

De visie van de islam op magie, waarzeggerij en toekomst-voorspellen is een afwijzende. Voortdurend wordt de lezer van de Koran erop gewezen, dat er buiten de zichtbare wereld nog een onzienlijke wereld bestaat, maar volgens de Koran kunnen alleen de boodschappers van God er kennis van nemen en die kennis op juiste wijze overdragen. Het gebruik van medicijnen behoort tot de profetische leefwijze en is voor moslims een goed voorbeeld, zoals wordt vermeld in de uitspraak van de profeet 'Qada en qadar – laten de mensen medicijnen gebruiken!²⁴

De officiële islam stelt grenzen aan de genezende activiteiten van moslim-geestelijken. Ze moeten zich beperken tot het reciteren van bepaalde verzen uit de Koran en mogen alleen amuletten vervaardigen met Koranverzen. Ze mogen geen geld vragen voor deze activiteiten.²⁵

Daarnaast is er het islamitisch volksgeloof. Volgens de islamitische volksgeneeskunde hebben ziekten, naast natuurlijke oorzaken, ook – of zelfs voornamelijk – bovennatuurlijke oorzaken. Dit geldt vooral als een ziekte lang gaat duren of plotseling optreedt. Als oorzaak wordt dan gedacht aan zwarte magie, het boze oog of boze geesten.²⁶ Het islamitische volksgeloof is gebaseerd

op de Arabisch-islamitische geneeskunde, het soefisme (algemene aanduiding voor mystieke stromingen binnen de islam), tradities van de nomaden, het oude Berbergeloof uit de pre-islamitische periode en andere lokale tradities en gewoonten.²⁷ Marokko ligt bezaaid met heilige plaatsen, meestal graven van heiligen: de *maraboets*. Deze maraboets hebben een zegenende kracht, de *baraka*. Deze baraka is een goddelijke kracht die onder meer bescherming biedt tegen het boze oog. Maraboets kunnen baraka overdragen; deze plaatsen worden bezocht door mensen die op zoek zijn naar genezing van ziekten, of het ongedaan maken van klachten van psychische of sociale aard. Een andere vorm van baraka bevindt zich in Koranteksten en vrome gebeden, in amuletten, in heilige teksten en zelfs in het water waarin de inkt is opgelost waarmee de heilige tekst is geschreven.²⁸

Naast de maraboets spelen welgezinde en kwaadaardige geesten een grote rol: de *djinns* (enkelvoud: djinn; veel woorden als djinnah = waanzin, djinân, djannah, djinayah, etc. betekenen allemaal: iets dat voor het oog verborgen blijft). Men kan zich beschermen tegen djinns door het dragen

van amuletten of door bijvoorbeeld stoffen te gebruiken waar djinns niet tegen kunnen zoals wierook en zout.

Ook magie speelt in het dagelijks leven in Marokko een belangrijke rol. Bepaalde vrouwen hebben zich gespecialiseerd in deze zwarte kunsten en hun hulp wordt voornamelijk ingeroepen bij problemen als onvruchtbaarheid, impotentie, abortus, ziekten en de dominantie van mannen. Zwarte magie kan op verschillende manieren worden bestreden: met contra-magische rituelen, amuletten of het uitspreken van formules. Het boze oog is het verschijnsel dat een individu een ander schade kan berokkenen door naar iemand of iemands bezit te kijken; het wordt vaak geassocieerd met jaloezie. Men kan zich ertegen beschermen door het dragen van blauwe kralen of amuletten. Het grote amuletten- en spreukenboek, de *Shamsul maarif al-kubra*, is een magische encyclopedie, die spreuken voor amuletten bevat.

De *fqi*h (meervoud: fuqaha of taleb) is de bekendste Marokkaanse traditionele genezer.²⁹ Fuqaha maken amuletten, bedrijven magie, bestrijden djinns en het boze oog. Zij kunnen ook boosaardig zijn en kwade krachten oproepen.^{30,31}

de herbalist heeft de negatieve invloed die deze klap op zijn hoofd zou kunnen hebben, ongedaan gemaakt. Hij bespreekt dit niet met zijn huisarts.

- *Patiënt F*, een 37-jarige Ghanese man, heeft al jaren last van bonkende hoofdpijnen achter zijn ogen, waardoor hij regelmatig zijn werk moet verzuimen. Hij bezoekt hiervoor frequent zijn huisarts. Omdat hij weinig vertrouwen heeft in de herbalisten in Nederland, reist hij naar Ghana voor een bezoek aan een traditionele genezer die ook de spirituele geneeskunde bedrijft. Na een lang ritueel waardoor de klachten eerst verergerden, zoals de herbalist hem ook voorspelde, is hij bevrijd van de geesten. In Nederland keren zijn klachten weer terug. Hij vertelt dit niet aan zijn huisarts, omdat deze er niet naar vraagt. Hij is redelijk tevreden over zijn huisarts.

Marokkaanse patiënten

In totaal werden twaalf mannen en tien vrouwen van Marokkaanse afkomst geïnterviewd; gemiddelde leeftijd 40 jaar. De belangrijkste gerapporteerde klachten waren:

- hoofdpijn;
- vermoeidheid/algehele malaise;
- klachten van het bewegingsapparaat;
- slecht slapen, Spanningen/angsten;
- gynaecologische klachten.

De meeste patiënten noemden meer dan één klacht.

Klachten waarvoor de hulp van een traditionele genezer (*kader*) werd ingeroepen waren:

- hoofdpijn;
- vermoeidheid/algehele malaise;
- klachten van het bewegingsapparaat;
- slecht slapen;
- gynaecologische klachten.

Negen patiënten hadden een traditionele genezer bezocht: vier in Nederland, drie in Marokko en twee in Nederland én Marokko. De behandelaars waren: een niet-traditioneel islamitische imam (6×), een streng islamitische imam (2×) en een vrouwelijke Marokkaanse genezeres/waarzegster (1×). Alle patiënten ondergingen diverse

behandelingen, en allen waren hierover tevreden.

Slechts één patiënt besprak dit met de eigen huisarts. De belangrijkste reden om het niet te bespreken, was dat de huisarts er niet naar vroeg. Slechts drie patiënten waren niet tevreden over het contact met hun huisarts.

Casuïstiek

- *Patiënt G*, een 33-jarige Marokkaanse vrouw, bezoekt frequent haar huisarts vanwege hoofdpijklachten, menstruatiestoornissen, spanningen, obesitas en nekklachten. Ze wordt geregeld door *djinns* bezeten, waardoor haar man op die momenten geen seksueel contact met haar kan hebben. Hij heeft al duizenden gulden uitgegeven aan een mannelijke Marokkaanse traditionele genezer, maar zonder resultaat. Bij navraag vertelt patiënte dat zij haar echtgenoot seksueel opdringerig vindt; op zulke momenten komen de *djinns*. De moeder van patiënte denkt dat haar dochter ongeneeslijk zal blijven. Patiënte heeft het probleem met de *djinns* en het bezoek aan de traditionele genezer niet met de huisarts besproken.

- *Patiënt H*, een 30-jarige Marokkaanse man, bezoekt de huisarts in verband met onder andere angsten, hoofdpijn en labiliteit. Door deze klachten moet hij regelmatig verzuimen van zijn werk. Zijn moeder en schoonmoeder hebben hem aangeraden contact op te nemen met een imam, omdat hij ervan overtuigd is dat iemand hem tijdens een bezoek aan Marokko – uit jaloezie – heeft beïnvloed met het boze oog. De behandeling bij de imam helpt niet en kost veel geld. Patiënt is van plan om binnenkort terug te gaan naar Marokko om zich daar verder te laten behandelen. Hij heeft dit niet met zijn huisarts besproken.

- *Patiënt I*, een 53-jarige Marokkaanse man, bezoekt de huisarts regelmatig met klachten van algehele malaise, hoofdpijn en rugpijn. Hij is dit jaar nog in Marokko geweest en bezocht daar een imam. Hij kreeg een medicijn in de vorm van een drankje met daarin een opgelost stukje papier met een Korantekst. Dit hielp hem goed. Hij heeft dit niet met zijn huisarts besproken, omdat deze hem er niet naar

vroeg. Hij is erg tevreden over het contact met zijn huisarts.

Beschouwing

Aangezien we een sterk geselecteerde groep patiënten hebben geïnterviewd – patiënten die wilden praten over hun traditionele kijk op ziekten en hun gebruik van traditionele geneeswijzen – zijn generaliserende uitspraken op basis van dit onderzoek niet mogelijk. Ook moet de waarde van achtergrondkennis over traditionele geneeswijzen worden gerelativeerd. Immers: zoveel hoofden, zoveel zinnen. De ene Marokkaan is de andere niet, en een Javaanse Surinamer is niet te vergelijken met een Creool. En een Nederlander die in Ghana behandeld wordt door een plaatselijke arts die één A4'tje gelezen heeft over het ziektegedrag en -gevoel bij Europeanen, zal zich als patiënt wellicht ook niet volledig begrepen voelen.

Het opvallendst is, dat de meeste patiënten het gebruik van traditionele geneeswijzen, of het bezoek aan een traditionele genezer niet met de eigen huisarts bespraken, met name 'omdat de huisarts er niet naar vroeg'. Anderzijds gaf de overgrote meerderheid van de patiënten wel aan tevreden te zijn over het contact met hun huisarts. Waarschijnlijk volgen veel migranten een tweesporenbeleid: de huisarts wordt geconsulteerd om lichamelijke oorzaken op te sporen en uit te sluiten; tegelijkertijd zijn er aspecten aan de aandoening die zo cultuur-eigen zijn, dat daarvoor alleen de traditionele geneeswijzen soelaas kunnen bieden.

Aangezien een traditionele behandeling ingrijpend kan zijn voor de patiënt, is het belangrijk dat de huisarts hier expliciet naar informeert. Het onderwerp is voor veel patiënten niet taboe; ze willen er wel over praten, als de huisarts het maar ter sprake brengt. De huisarts kan gebruik maken van de normale werkwijze: het verhelderen van de hulpvraag, inclusief het vragen naar de reactie van de patiënt en diens omgeving op de klachten, de eventueel zelf ingestelde behandeling en de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van

de huisarts. De noodzaak hiertoe geldt zeker voor mensen van allochtone afkomst met een vrij hoge consultatiefrequentie en met klachten die medisch niet goed te duiden zijn. Enige extra aandacht voor de achtergrond van deze klachten en de eigen aanpak ervan kan het begrip tussen arts en patiënt vergroten. En dat strekt tot wederzijds voordeel.

Literatuur

- 1 Nijhof G, Van der Geest S. Ziekte, gezondheid en cultuur. Verkenningen in de medische antropologie en sociologie. Amsterdam: Het Spinhuis, 1989.
- 2 Schuddeboom C, et al. De buitenlandse patiënt. Bunnik: Bureau voorlichting gezondheidszorg buitenlanders, 1989.
- 3 Hofstede G. Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen. Amsterdam: Contact, 1991.
- 4 Leeftang RLI. Hulp zoeken bij de huisarts. Hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse herkomst. Leiden: Lidesco, 1994.
- 5 Banning H. In gesprek met migranten. Leer- en werkboek interculturele communicatie. Baarn: Nelissen, 1993.
- 6 Kortmann FAM. Echt en vermeend simuleren bij allochtonen. Een coping-mechanisme bij sociale problemen. Med Contact 1991;50:1516-8.
- 7 De Haan M, Hofstee HH. Bestaat er een bijzondere huisartsgeneeskundige zorg voor buitenlanders? Huisarts Wet 1988;31(Suppl):60-3.
- 8 Mackenbach JP. Ongezonde verschillen. Assen: Van Gorcum, 1994.
- 9 Asbreuk H, De Vries W. Gezondheidszorg en illegalen: delen in de zorg? Tien jaar De Witte Jas. Amsterdam: CIP, 1995.
- 10 Reijneveld SA. De werklust van huisartsen in achterstandsbuurt in Amsterdam: komen hun patiënten vaker? Ned Tijdschr Geneeskd 1995;139:2043-7.
- 11 Huls F. Allochtonen en hun gezondheid. Index (Centraal Bureau voor de Statistiek) 1998;5:12-4.
- 12 Weide MG, Foets M. Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk. Huisarts Wet 1998;41:179-83.
- 13 Verrept H, Schillemans L. Ziektegedrag van Marokkaanse migranten met vakantie in Marokko. Ned Tijdschr Geneeskd 1994;138:337-9.
- 14 Wooding CJ. Geesten genezen. Ethnopsychiatrie als nieuwe richting binnen de Nederlandse antropologie. Groningen: Konstapel, 1984.
- 15 Stephen HJM. Winti en hulpverlening. Een bijdrage aan de gezondheidszorg in multicultureel Nederland. Amsterdam: H.J.M. Stephen, 1995.
- 16 Stephen HJM. De macht van de Fodoe-winti. Fodoe rituelen in de winti-cultus in Suriname en Nederland. Amsterdam: Karnak, 1986.
- 17 Kanhai ID. Surinamers en de gezondheidszorg. Verslag symposium 4 april 1990 in het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam. Utrecht: SLFWS, 1990.
- 18 Gerhards AH, Van den Bosch J, et al. Een patiënt met een gegeneraliseerde actinomyose. Casuïstische mededeling. Ned Tijdschr Geneeskd 1997;141:2301-5.
- 19 Kikkert OH, Bekman AAM. Drempelvrees. Een boek over Curaçao aan de vooravond van de afhankelijkheid. Assen/Amsterdam: Van Gorcum, 1977.
- 20 Moerkamp J. Ghana. Amsterdam / 's-Gravenhage: Koninklijk Instituut voor de Tropen / NOVIB, 1997.
- 21 Komla Tsey. Traditional medicine in contemporary Ghana. A public policy analysis. Soc Science Med 1997;7:1065-74.
- 22 Twumasi PA. Ghana Today no 13. Ghana: traditional healing. Accra-Tema: Ghana Publishing Corporation, 1987.
- 23 Ventevogel P. Whitemans things. Training and detaining healers in Ghana. Amsterdam: Het Spinhuis, 1996.
- 24 Van Bommel A. Islam en ethiek in de gezondheidszorg. Den Haag: Oase, 1994.
- 25 De Wit W, De Wolff B. Allochtonen en gezondheidszorg in Noord-Brabant. Een onderzoek naar de relatie tussen allochtonen en de gezondheidszorg in Noord-Brabant. Tilburg: Wetenschapswinkel Katholieke Universiteit Brabant, 1991.
- 26 Pranger D, et al. Islam en gezondheidszorg. Baarn: Ambo, 1997.
- 27 Lentjes W. Marokko. Amsterdam / 's-Gravenhage: Koninklijk Instituut voor de Tropen / Novib, 1995.
- 28 Hoffer C. Islamitische genezers en hun patiënten, gezondheidszorg, religie en zingeving. Amsterdam: Het Spinhuis, 1994.
- 29 Serman D. Een olijfbom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families. Amsterdam, Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1996.
- 30 Hoffer C. Reguliere therapieën en islamitische geneeswijzen. De paradox van de integratie van medische systemen. Med Contact 1997;18:572-4.
- 31 Van Dijk P. Geneeswijzen in Nederland. Compendium van alternatieve geneeswijzen. Deventer: Ankh-Hermes, 1993. ■

Abstract

Dijkman P, De Haan M. Culturally defined attitudes towards diseases and treatment. An exploratory survey of patients with a Surinam-Antillian, Ghanese or Moroccan background, in nine general practices in Amsterdam. Huisarts Wet 1999;42(5):205-10.

Goal To gain insight in the use of traditional treatments, visits to traditional healers and related culturally defined experience of disease in migrant patients with Surinam-Antillian, Moroccan and Ghanese background.

Method Literature review and structured interviews with 36 Surinam-Antillian, 22 Moroccan and 9 Ghanese patients. Patients with above-mentioned backgrounds were invited through their GPs for an interview. Criteria: age thirty or over, frequent visits to the clinic (>5 times in the past 12 months), no clear somatic or psychiatric diseases that can count for the frequent visits to the clinic.

Results Of the 67 patients that were interviewed, 33 visited a traditional healer in the Netherlands or in the country of birth, or both, in the past four years. Twelve patients made use of traditional treatments, mostly advised to do so by their relatives. The majority of these patients did not discuss these visits to traditional healers with their own GPs, mainly because these GPs didn't ask about it.

Conclusion Since traditional treatments can be radical and important to the patient, it is advised that GPs inquire after those treatments during the consultation. It seems that many migrant patients have a two-way policy: On the one hand they ask their own GP for help, on the other hand they use traditional treatments.

Correspondence Prof.dr. M. de Haan, Department of General Practice, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, Netherlands.