

De toegevoegde kracht: geneesmiddelen bij tien Guiziga families in Noord Kameroen

Karin de Graaf en Sjaak van der Geest

Vergroten westerse geneesmiddelen de mogelijkheden van het zieke individu om zichzelf te redden en zo te ontkomen aan de sociale controle die vooral bij ziekte groot kan zijn? Onderzoek bij enkele families in Noord-Kameroen laat zien dat medicijnen niet altijd die 'bevrijdende' werking hebben. De oude opvatting dat een geneesmiddel zijn kracht ontleent aan de persoon die het verstrekt, wordt ook vaak toegepast op westerse medicijnen. Zo blijft de zieke vaak afhankelijk van een ander die de kracht tot genezen als een persoonlijke kwaliteit bij zich draagt.

De inherente kracht

Het overheersende beeld in de - tot nu toe schaarse - antropologische studies van 'westerse' geneesmiddelen is dat mensen deze middelen zien als substanties die veranderingen in het menselijk lichaam tot stand brengen. Die kracht, meent men, hebben ze van zichzelf. Wie een genees-middel heeft, beschikt letterlijk over een middel waarmee hij zich kan genezen. Hij hoeft geen beroep meer te doen op de kennis en kunde van anderen. Dit heeft belangrijke sociale en culturele implicaties. Als geneesmiddelen gezien worden als substanties die een kracht van zichzelf hebben, brengen zij ook 'bevrijding' van de sociale banden die juist in het geval van ziekte het meest kunnen knellen. Zelf-medicatie wordt dan een populair alternatief voor het bezoek aan een medisch of ritueel specialist.

De 'bevrijdende' kracht van het geneesmiddel moet gezien worden tegen de achtergrond van medische tradities die ziekte en genezing beschouwen als sociale evenementen bij uitstek. Als men de oorzaak van een ziekte terugvoert tot een probleem van menselijke relaties, dan ligt het voor de hand dat men ook het herstel van de gezondheid via zulke relaties laat verlopen. Deze sociale dimensie van medische tradities is voor veel samenlevingen beschreven door antropologische onderzoekers. Een bekend voorbeeld is Janzens (1978) studie onder de Bakongo in het westen van Zaïre. Ziekteklachten die niet onmiddellijk overgaan worden gewoonlijk in verband gebracht met sociale conflicten en overtreddingen. De mensen waarmee men het meest verkeert, de familieleden, worden betrokken bij het genezingsproces. Janzen duidt ze aan met 'therapy managing group'. Op die wijze worden ziekte en genezing belangrijke instrumenten voor het uitoefenen van sociale controle. Schuldbekenenis en het zich onderwerpen aan het familiegezag zijn frequente 'ingrediënten' van de therapie.

In zo'n situatie zijn medicijnen die de therapeutische kracht in zich hebben en die men individueel kan kopen inderdaad 'bevrijdend'. Noch in de verwerving, noch in het gebruik van deze producten behoeft men van anderen afhankelijk te zijn. In die zin zijn medicijnen een indrukwekkend teken van het individualise-

ringsproces dat zich wereldwijd en ook in Afrika lijkt te voltrekken. Zij zijn het resultaat van grotere persoonlijke vrijheid omdat zij als handelswaar deel uitmaken van een markt-economie waarin individuen in toenemende mate hun eigen belangen kunnen behartigen (mits zij over financiële middelen beschikken). Het privé verdienen van geld maakt ook de privé aanschaf van producten zoals medicijnen mogelijk. Anderzijds zijn geneesmiddelen ook dragers van individualisering. Zoals hierboven reeds uiteen is gezet, bieden zij een zieke de mogelijkheid om zich aan de controle van anderen te onttrekken, juist op een moment dat die controle onontkoombaar lijkt.

Het is dan ook te verwachten dat de aantrekkingskracht van medicijnen het grootst is als de 'kwaal' waarvoor ze gebruikt worden de patiënt in sociale moeilijkheden kan brengen. Dat is vooral het geval als die kwaal een overtreding zou verraden of de patiënt anderszins in verlegenheid zou brengen. Men kan daarbij ondermeer denken aan seksueel-overdraagbare ziektes, aan ziekte-symptomen die zich vertonen op plaatsen van het lichaam die sterk met schaamte geassocieerd worden, aan ziektes die in de plaatselijke etiologie uitdrukkelijk met een overtreding in verband gebracht worden en aan abortus provocatus. Het is aannemelijk dat het gebruik van westerse medicijnen buiten professionele medische controle met name in zulke situaties zal voorkomen, maar degelijk onderzoek hiernaar is nog nauwelijks uitgevoerd.

Dit brengt ons bij zelfmedicatie. In diverse publicaties is er reeds op gewezen dat in de meeste zogenoemde ontwikkelingslanden zelfmedicatie nog frequenter wordt gepraktiseerd dan in het Westen en dat die zelfmedicatie zich ook uitstrekt tot middelen die officieel slechts op doktersrecept verstrekt mogen worden. Onderzoekers hebben daar diverse verklaringen voor gesuggereerd. Een daarvan is dat de artsen die de medicijnen dienen voor te schrijven vaak moeilijk bereikbaar zijn. Het informele circuit van de medicijnverkoop heeft zich daaraan aangepast en maakt het mogelijk de middelen ook zonder een arts te bemachtigen. In veel gebieden zou wegens de permanente afwezigheid van een arts strikte naleving van de wet zelfs catastrofale gevolgen kunnen hebben. Maar ook waar artsen wel bereikbaar zijn, kan een consult bij een van hen zoveel verlies van tijd en geld betekenen dat mensen er vaak de voorkeur aan geven de gewenste medicijnen zelf te kiezen. In een dergelijke situatie ontwikkelt zich een uitgebreide lekenkennis van geneesmiddelen. Mensen bewaren oude recepten om een volgende keer zichzelf te kunnen helpen. Ze wisselen ervaringen uit met familieleden en burens en laten zich voorlichten door medicijnverkopers. Op die manier verwerven zij zich een hoge mate van onafhankelijkheid, terwijl professionele gezondheidswerkers zich - terecht - zorgen maken over de kwaliteit en praktische gevolgen van deze farmaceutische leken-kennis.

Alland (1970:170) beschrijft een dergelijke situatie voor een bevolkingsgroep in het oosten van Ivoorkust. Bij de Abron heeft men gewoonlijk meer vertrouwen in geneesmiddelen dan in de arts die ze verstrekt. Dat is niet zo verwonderlijk, aldus Alland, want artsen komen soms nauwelijks in aanraking met patiënten en hun 'versierselen' zijn weinig indrukwekkend. Artsen worden dan ook dikwijls als 'overbodige aanhangsels' bij medicijnen beschouwd. Als het enigszins mogelijk is,

zal men daarom bij het verkrijgen van een geneesmiddel de tussenkomst (lees: barrière) van een arts trachten te vermijden.

Bij een onderzoek onder schoolleerlingen in Ghana werd een soortgelijke tendens aangetroffen. Vaak bleek dat de leerlingen westers-opgeleide artsen niet zozeer waardeerden om hun persoonlijke kwaliteiten maar om de geneesmiddelen die zij verstrekten (Bleek 1979:98-103). Ook hier ging de belangstelling dus vooral uit naar de medicijnen.

Inmiddels zijn er talloze publikaties die er op wijzen dat het gebruik van medicijnen buiten artsen om, in vele landen van de Derde Wereld is ingeburgerd. Deze ontwikkeling zou niet mogelijk geweest zijn als medicijnen niet op grote schaal gezien werden als substanties die hun therapeutische kracht in zich hebben.

Westerse geneesmiddelen worden zo de 'onvergezeldde bagage' waarmee nieuwe denkbeelden en waarden in andere culturen binnengevoerd worden. Een van die denkbeelden zou men 'naturalisering' kunnen noemen, waarmee hier bedoeld wordt dat complexe, vaak sociale, verschijnselen voorgesteld worden als behorende tot de natuur. Problemen in de sociale sfeer worden hierdoor concreet gemaakt en lijken gemakkelijker oplosbaar te worden. De natuurwetenschappelijke optiek, voorzover die de werkelijkheid tot materie tracht te reduceren, is een exponent van dit naturaliserende denken. Westerse medicijnen zijn de tastbare producten van deze denkwijze, en dragen de boodschap van dat denken met zich mee. Het vertrouwen in de werkzaamheid van medicijnen, dat nu wijd en zijd wordt aangetroffen in niet-westerse culturen, doet vermoeden dat deze ontwikkeling naar een naturaliserend denken daar reeds ver gevorderd is.

De toegevoegde kracht

Het onderzoek¹ dat een van ons ondernam bij enkele Guiziga families in Noord-Kameroen werd opgevat vanuit het zojuist beschreven perspectief. Verondersteld werd dat leden van deze gemeenschap therapeutische strategieën ontwikkeld hadden, gebaseerd op toenemende zelfmedicatie met westerse medicijnen. De verwachting was dat deze ontwikkeling een verschuiving zou laten zien van vertrouwen in genezers naar vertrouwen in geneesmiddelen, van mensen naar dingen, van personifiëring naar naturalisering². Het onderzoek zou een beschrijving moeten geven hoe dat proces zich op familie-niveau voltrok en hoe de betrokkenen de nieuwe produkten en ideeën integreerden in de reeds aanwezige voorstellingen omtrent ziekte en genezing. Voorbeelden van soortgelijk onderzoek naar her-interpretatie van westerse medicijnen waren voorhanden in publicaties over Guatemala (Logan 1977), Sierra Leone (Bledsoe en Goubaud 1985) en Zuid India (Nichter 1980). Maar ons onderzoek leidde tot geheel andere inzichten.

Het veldwerk werd uitgevoerd in Djarengol-Kodek, een dorp op vijf km afstand van de centrale markt van de Noord-Kameroenese stad Maroua, twee km buiten haar stadsgrenzen. Het dorp hoort eerder bij de stedelijke zone van Maroua dan bij het achterliggende platteland. Meer dan de helft van de inwoners van het dorp zijn Guiziga, een van de ongeveer vijftig bevolkingsgroepen van Noord-Kame-

roen. De Guiziga bewoonden oorspronkelijk de vlakte rondom Maroua. In de negende eeuw veroverden moslem groepen Maroua en haar omgeving en de Guiziga vluchtten de bergen in om aan hen te ontsnappen. Nu is er echter een trek in omgekeerde richting waar te nemen. De laatste twintig jaar vestigen de Guiziga zich weer rondom de stad en zij strijken vooral neer in Djarengol-Kodek. De families waarbij het onderzoek is uitgevoerd behoren tot deze populatie.

Alhoewel alle families uit dezelfde omgeving komen, zijn hun geschiedenissen zeer verschillend. De motieven om vlakbij Maroua te gaan wonen zijn bij elke familie anders. Soms zijn het familie-conflicten op religieus gebied die mensen bewogen hebben te vertrekken uit hun dorp van afkomst. Soms hebben politieke en economische overwegingen een rol gespeeld bij de vestiging in het dorp: sommigen wilden zich onttrekken aan de zeer nauwe traditionele familiebanden, anderen verhuisden juist om die banden aan te halen. Beslissingen worden echter steeds meer genomen op grond van persoonlijke overtuigingen en belangen en zijn steeds minder gebaseerd op sociale consensus. Zo vindt er een geleidelijke overgang plaats naar een meer mobiele, stedelijke samenleving.

In deze stedelijke omgeving kan men op allerlei manieren aan westerse medicijnen komen. Maroua zelf heeft een provinciaal staatsziekenhuis, waar (blanke) artsen elke dag open spreekuur houden. De medicijnen die hier voorgeschreven worden kunnen in zeer beperkte mate in het ziekenhuis verkregen worden, maar dienen meestal in de plaatselijke apotheek gekocht te worden. Daarnaast heeft Maroua een semi-privé ziekenhuis waar mensen in overheidsdienst ('les fonctionnaires') terecht kunnen. De stad telt verder twee gezondheidscentra, beide van de staat, en in Djarengol-Kodek is er nog een gezondheidscentrum van Zwitserse zendelingen dat een zeer goede naam heeft en patiënten van heinde en ver trekt. De mensen in Djarengol-Kodek vinden zelf dat ze het goed getroffen hebben en maken ook veel gebruik van het centrum. In de ruimere omgeving van Maroua bevinden zich nog vele andere medische voorzieningen, grote en kleine, sommige met een eigen specialisme, zoals de oogheelkundige kliniek op twintig km. afstand van Maroua. Kort samengevat kan gezegd worden dat in Djarengol-Kodek (en dat geldt ook voor de stad Maroua en omgeving) medicijnen redelijk gemakkelijk verkrijgbaar zijn. Men is vooral gewend om geneesmiddelen via de gezondheidscentra in de buurt aan te schaffen.

Tien families werden intensief gevolgd in hun medicijngebruik. Elke twee weken werden zij bezocht en werd er nagegaan wat er gebeurd was op het gebied van ziekte en gezondheid. De interviews werden afgenomen met behulp van een tolk, omdat de onderzoekster de plaatselijke taal niet sprak. Het werken met een tolk heeft een consequentie gehad voor de presentatie van de interviews. De antwoorden op de gestelde vragen staan niet in de ik- maar in de hij- of zij-vorm. De onderzoekster stelde de vragen en de tolk rapporteerde de antwoorden terug in de derde persoon enkelvoud. In die vorm zijn de gesprekken dan ook opgetekend en weergegeven in dit artikel.

Tijdens gesprekken met leden van de tien families bleek al spoedig dat de vooronderstellingen van de onderzoekster niet klopten; het idee dat westerse geneesmiddelen een inherente kracht hebben, onafhankelijk van de persoon die

GENEESMIDDELEN EN CULTUUR

ze voorschrijft of verstrekt, bleek lang niet altijd zo duidelijk aanwezig. De verwachting dat deze mensen een eigen kennis en ervaring opgebouwd zouden hebben die hen in staat stelde zelfstandig met deze middelen om te gaan bleek eveneens onjuist. De onderstaande fragmenten van de veldwerknootities laten iets zien van de houding die de betrokkenen tegenover westerse medicijnen innamen. Het eerste fragment is afkomstig uit een gesprek met Alioum (28 jaar, gezinshoofd):

Zelfs als het gezondheidscentrum ver weg zou zijn, zou Alioum er met zijn gezin naar toe gaan.

Kent hij geen goede inheemse genezer die dichtbij woont?

Het is moeilijk om iemand te vinden die goed is in behandelingen met traditionele middelen. Alioum woont nu al twaalf jaar bij de stad en de inheemse dokters wonen ver weg 'en brousse'. Hij kent ze niet meer. Hij weet niet meer welke je kunt vertrouwen en welke niet. Ondertussen hebben de blanken goede diensten bewezen. Ze zijn te vertrouwen. Als zij geneesmiddelen voorschrijven komt het uit goede handen. Natuurlijk zijn er ook goede traditionele genezers. Die hebben ook vertrouwen en respect afgedwongen en voegen ook 'het goede woord' toe aan het medicijn. Ze wonen nu echter ver weg en worden dichtbij een stad toch wel verdrongen door de dispensaires.

Als de onderzoekster bij Natanaël (32 jaar, gezinshoofd) het erf betreedt, hoort zij dat zijn dochter Aisiatou (drie jaar) juist ziek is geweest. Natanël vertelt:

Haar hele lichaam was heet en ze had er ook diarree bij.

Wat hebben zij toen gedaan?

Ze zijn direct naar het centrum gegaan. Ze is toen genezen met de medicijnen van het ziekenhuis.

Welke kleur en smaak hadden de medicijnen?

De pillen die ze kreeg waren zo zoet als honing, maar dat deed er niet toe. Het was belangrijker dat de dokter de goede medicijnen gaf.

Heeft de dokter dat ook gedaan?

Ja, in dit centrum (Djarengol-Kodek) is de dokter goed. De Franse dokter heeft veel kennis en weet wat hij doet. De westerse dokters hebben goede medicijnen meegebracht. De artsen en verpleegkundigen in de dispensaire dragen een goede geest bij zich. Dat heeft een goede uitwerking op de medicijnen. Als je bijvoorbeeld zo erg ziek wordt dat je er aan doodgaat, dan kun je nog niet zeggen, dat het de pillen zijn die dat veroorzaakt hebben. De genezers hebben de kennis en bepalen de medicijnen. We moeten hen vertrouwen. Als er iemand doodgaat aan een ziekte is dat de wil van God.

Wat Natanël zegt over medicijnen is niet eenduidig. Enerzijds benadrukt hij dat de kwaliteit van de medicijnen in het gezondheidscentrum beter is - wat zou kunnen wijzen op geloof in de inherente effectiviteit van deze middelen - maar even later benadrukt hij dat de kwaliteit van de medicijnen afhankelijk is van de persoonlijkheid van degene die ze verstrekt. Die ambiguïteit kwam voortdurend naar voren tijdens het onderzoek. In dit artikel concentreren we ons echter op één kant van de medaille, de kant die ons het meest verraste, de personalistische.

Het laatste, nu volgende citaat komt uit aantekeningen van een gesprek met Ndoedja, een oude vrouw. De vrouw had juist last van buikpijnen gehad.

Kent ze de oorzaak van de buikpijn?

Nee, die kent ze niet, maar ze is ook geen dokter. Alleen de dokters weten dat en die moeten het kunnen genezen. De blanke dokters zijn daar tegenwoordig goed in. Die hebben laten zien wat ze kunnen.

Heeft de dokter haar buikpijn kunnen genezen?

Ja, ze heeft de dispensaire in het dorp bezocht en daar wisten ze het wel. Daar kan men op vertrouwen. Maar genezers die te vertrouwen zijn, zijn uiteindelijk aangesteld door God, de enige die de oorzaak van ziektes kent. Als het vertrouwen er is en een goede geest vergezelt het medicijn, als 'het goede woord' wordt toegepast, dan komt het wel goed.

Alle drie citaten suggereren dat deze mensen, hoewel ze veelvuldig gebruik maken van moderne medicijnen, deze middelen niet louter zien als substanties die een eigen therapeutische kracht hebben. Voor hen blijven deze substanties tevens verbonden met de persoon die ze verstrekt heeft. De kracht van het medicijn lijkt een afgeleide van de kracht van die persoon. De populariteit van westerse geneesmiddelen wijst niet op een transformatie van het locale personalistische denken naar een naturaliserende levensbeschouwing. Als men wenst te spreken van een her-interpretatie van deze geneesmiddelen in de plaatselijke cultuur, dan zou men kunnen zeggen dat deze - van oorsprong - natuur-producten hun 'neutraliteit' en 'zelfstandigheid' verloren hebben en zijn opgenomen in een personalistisch denken. Het maakt weldegelijk iets uit van wie het produkt afkomstig is. Soms lijken de informanten slechts te zeggen dat het de deskundigheid van een genezer vereist om het geschikte geneesmiddel te vinden; soms blijkt echter dat de invloed van die persoon veel verder gaat. Diverse keren werd er gewag gemaakt van 'het goede woord' dat het medicijn zijn werking verleent. Op creatieve wijze wordt zo een westers produkt in een personalistische cultuur opgenomen. Het wordt gelezen in de termen van het oude eigen vertoog. De 'onvergezeldde bagage', zou men kunnen zeggen, is op een andere 'bestemming' aangekomen. Het onderzoek laat immers zien dat de wijde verspreiding en het frequente gebruik van westerse medicijnen niet noodzakelijk betekent dat de gebruikers ervan minder personalistisch zijn gaan denken.

Diverse auteurs hebben trouwens benadrukt dat in de door hen beschreven maatschappij de persoonlijke relatie tussen patiënt en genezer van het grootste belang bleef in het therapeutische proces. Van der Veen (1979) wijst in zijn studie naar 'onder-gebruik' van medische voorzieningen in India vooral op de sociale implicaties van die relatie. Alleen patiënten die een veelzijdige ('multi-stranded') relatie met een arts hebben, vertrouwen erop dat deze hen ook inderdaad zal helpen. De persoonlijke betrokkenheid van de arts is van cruciale betekenis voor een goede afloop van de behandeling.

Gould (1977), die arts en antropoloog is, en eveneens onderzoek verricht heeft in India, komt tot een soortgelijke conclusie. Zodra men hem in het dorp had leren kennen en waarden, kwamen de bewoners hem ook om advies vragen over allerlei gezondheidsproblemen. Zijn goede relatie met de bewoners maakte ook zijn geneesmiddelen acceptabel. Het vertrouwen in hem werd doorgetrokken naar zijn geneesmiddelen. Hoewel de nuances van de 'toegevoegde kracht' vaak moeilijk aan te geven zijn, lijkt het onmiskenbaar dat ook in deze drie voorbeelden een sterke personalistische tendens aanwezig blijft.

Overigens zou het onjuist zijn te stellen dat deze personalistische interpretatie van de effectiviteit van een geneesmiddel een exclusief niet-westers verschijnsel is. De leken-perceptie van geneesmiddelen in het Guiziga dorp in Kameroen komt verrassend dicht bij antropologische interpretaties van de effectiviteit van

medicijnen en bij discussies over het placebo-effect. Zo heeft Helman (1984) gewezen op de invloedrijke rol van de persoonlijkheid van degene die een geneesmiddel verstrekt. Die persoonlijkheid constitueert mede het effect van het geneesmiddel. Hoe verschillend de Guiziga-dorpeling en de antropoloog ook mogen zijn, beiden blijken in de toegevoegde kracht het woord te geloven.

Afhankelijkheid en geheimhouding

Dit vertrouwen op de genezer impliceert tevens een zeker gebrek aan zelfvertrouwen bij de patiënten in het Guiziga dorp. Zoals reeds is gezegd, ontbrak bij hen een actieve gewoonte van zelfmedicatie met westerse produkten. De mogelijkheid om zich, via deze medicijnen, los te maken van de bemoeienissen van anderen en zelfstandig genezing te zoeken, werd nauwelijks benut. Het 'bevrijdend' karakter van medicijnen, zoals door Whyte (1988) beschreven voor Oost-Afrika, werd door de Guiziga niet herkend. Zij bleven zich zeer afhankelijk van medische specialisten opstellen en cultiveerden een niet-weten, omdat "de genezer het toch beter wist".

Uit de gesprekken bleek dat dit niet-weten niet iets nieuws is. Ook tegenover hun traditionele genezers huldigden de Guiziga blijkbaar het standpunt dat dezen wisten wat goed voor hen was. De genezers van hun kant omringden hun praktijken met veel geheimzinnigheid hetgeen de afhankelijkheid van hun patiënten nog deed toenemen.³ De volgende notitie, die verslag doet van een gesprek met Bello, een oude man, illustreert dit traditionele niet-weten en laat zien hoe die houding in de nieuwe situatie gecontinueerd wordt:

Het zijn de inheemse genezers die de medicijnen kennen.

Kent hij zelf geneeskrachtige kruiden of planten?

Nee, zelf heeft hij die nooit gekend en hij weet er nu nog niets van. Hij kan toch ook niet achterhalen wat de ziekte is.

Wat doet de inheemse dokter?

Die stelt de diagnose en bepaalt welke behandeling toegepast moet worden. Als hij het niet kan stuurt hij de patiënt door naar een andere genezer.

Gaat hij vaak naar een 'eigen' dokter?

Vroeger toen er alleen traditionele genezers waren, ging hij daar naar toe.

En wat deed hij toen de dispensaire opkwam?

Als hij ziek werd ging hij eerst naar de traditionele genezer en als dat niet hielp ging hij naar de dispensaire.

En wat doet hij nu?

Dat is langzaam veranderd. Toen de dispensaire er al een tijdje was, bezocht hij die, als hij de westerse geneesmiddelen even goed vond als de traditionele middelen. Nu gaat hij meteen naar de dispensaire. Het is gemakkelijk en goed en zo dichtbij.

Dit gesprek, evenals enkele andere, suggereert dat niet-weten en vertrouwen in anderen als een vorm van culturele herinterpretatie van westerse geneesmiddelen beschouwd kan worden. In het geciteerde onderzoek van Logan (1977) en Bledsoe en Goubaud (1985) wordt bij herinterpretatie vooral gedacht aan eigenschappen van het geneesmiddel; ideeën over kleur, smaak en 'temperatuur' van traditionele middelen worden ook toegepast bij het gebruik van nieuwe therapeutische substanties. Het onderzoek bij de Guiziga families laat zien dat eigenschappen

van voorschrijvers en gebruikers van medicijnen niet minder aandacht verdienen als men het gebruik van westerse geneesmiddelen tracht te begrijpen vanuit een lokale traditie. Wat vroeger bij de Guiziga gold voor de kruiden, dat men keuze en toepassing overliet aan de experts, geldt nu voor moderne medicijnen.

Conclusie

Het onderzoek bij de Guiziga plaatst een belangrijke voetnoot bij observaties die de explosieve toename van moderne zelf-medicatie in niet-westerse samenlevingen beschrijven als een symptoom van een groeiende individuele onafhankelijkheid. Het idee dat de commerciële verspreiding van westerse medicijnen leden van 'traditionele' samenlevingen in staat stelt zich aan allerlei vormen van sociale controle te onttrekken en zelfstandig naar herstel van gezondheid te zoeken, wordt niet bevestigd door de bevindingen bij deze tien Guiziga families. De traditionele opvatting dat men zich - min of meer blindelings - dient over te geven aan de deskundigheid en 'het goede woord' van de genezer blijft overeind in het gebruik van westerse medicijnen. Deze middelen worden op ambivalente wijze binnengehaald. Enerzijds lijkt men wel te erkennen dat ze een inherente kracht hebben, maar men tracht nauwelijks zich van die kracht meester te maken. De andere kant van de paradox is namelijk dat men tegelijkertijd de werkzaamheid van deze farmaceutische produkten koppelt aan de persoon van degene die ze verstrekt of voorschrijft. Deze personalistische perceptie van farmaceutische werkzaamheid ontmoedigt zelfmedicatie. De westerse geneesmiddelen worden opgenomen in een traditie die gekenmerkt wordt door een grote afhankelijkheid van patiënten ten opzichte van genezers en door een waas van geheimzinnigheid rond de praktijken van genezers.

Noten

1. Het veldwerk waarop dit artikel gebaseerd is, was een doctoraal leeronderzoek dat van maart tot oktober 1986 werd verricht door Karin de Graaf. Een uitgebreider verslag van het onderzoek treft men aan in haar doctoraal-scriptie (De Graaf 1988). De andere auteur, Sjaak van der Geest, was als supervisor bij dat onderzoek betrokken.
2. De begrippen 'personalistisch' en 'naturalistisch' zijn ontleend aan Foster (1976), die deze classificatie vooral toepast op etiologisch denken. In een personalistische etiologie wordt de oorzaak van ziekte gezien als het werk van een "sensate agent". In een naturalistische verklaring daarentegen wordt ziekte gezien als verstoring van een natuurlijk evenwicht. De auteur benadrukt dat deze twee denkwijzes elkaar niet uitsluiten. In dit artikel worden de beide begrippen niet zozeer toegepast op ziekte-verklaring maar op ideeën over de juiste behandeling. Fosters begrippen-paar heeft veel stof tot discussie geboden (zie o.a. Kleinman 1978, Foulks 1978, Van der Veen 1984).
3. Geheimhouding in niet-westerse medische tradities is een onderwerp dat meer aandacht verdient dan het tot nu toe gekregen heeft. De suggestie dat Afrikaanse denksystemen zich zouden kenmerken door geheimhouding en afgeslotenheid (closure) terwijl het westers

GENEESMIDDELEN EN CULTUUR

wetenschappelijk denken juist confrontatie met concurrerende visies zou zoeken en uit zou blinken in openheid (openess) heeft reeds aanleiding gegeven tot heftige debatten (zie ondermeer Horton 1967 en 1982). Enkele publikaties die aandacht besteden aan geheimhouding bij Afrikaanse genezers zijn Buckley (1985), Last (1981) en Reynolds (1986). Met name Buckley, die lange gesprekken heeft gevoerd met twee Yoruba genezers, gaat uitgebreid in op het afhankelijkmakend karakter van hun praktijken. De medicinale kruiden krijgen pas hun kracht als die wordt opgeroepen door de incantaties van de specialist. Buckley (1985:180) concludeert:

The patient has physical needs (to cure his illness) and he has the physical means (medicinal plants) with which to satisfy these needs. What he lacks is the knowledge with which he may transform raw nature into a cultural object with which he can satisfy his needs. Such knowledge is denied him in order to create a dependency. The relationship between herbalist and patient is constituted by a dialectic of secrecy and revelation, determined by the fact that medical knowledge is a secret.

Literatuur

Alland Jr., A.

1970 *Adaptation in cultural evolution: an approach to medical anthropology*. New York: Columbia University Press.

Bledsoe, C.H. & M.F. Goubaud

1985 The reinterpretation of Western pharmaceuticals among the Mende of Sierra Leone. *Social Science and Medicine* 21 (3):275-82.

Bleek, W.

1979 The doctor and the herbalist: views by Ghanaian school pupils. In: Van der Geest & Van der Veen 1979: 91-110.

Buckley, A.D.

1985 *Yoruba medicine*. Oxford: Clarendon Press.

Foster, G.M.

1976 Disease etiologies in nonwestern medical systems. *American Anthropologist* 78:773-82.

Foulks, E.F.

1978 Comments on Foster's "Disease etiologies in nonwestern medical systems". *American Anthropologist* 80:660-1.

Geest, S. van der & K.W. van der Veen (eds)

1979 *In search of health: essays in medical anthropology*. Amsterdam: Antropologisch-Sociologisch Centrum.

Geest, S. van der & S.R. Whyte (eds)

1988 *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer.

Gould, H.A.

1977 Modern medicine and folk recognition in rural India. In: Landy 1979:495-503.

Graaf, K. de

1988 'Het goede woord': Gebruik van westerse medicijnen bij de Guiziga in Noord-Kamerun. Utrecht/Amsterdam: Doctoraal scriptie Culturele Antropologie.

- Helman, C.
1984 *Culture, health and illness*. Bristol: Wright-PSG.
- Horton, R.
1967 African traditional thought and and Western science. *Africa* 37:50-71, 155-87.
1982 Tradition and modernity revisited. In: M. Hollis & S. Lukes (eds) *Rationality and relativism*. Oxford: Blackwell, pp. 201-60.
- Janzen, J.M.
1978 *The quest for therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A.
1978 What kind of model for the anthropology of medical systems? *American Anthropologist* 80:661-5.
- Landy, D. (ed)
1977 *Culture, disease and healing: studies in medical anthropology*. New York: Macmillan.
- Last, M.
1981 The importance of knowing about not knowing. *Social Science and Medicine* 15B (3):387-92.
- Logan, M.H.
1977 Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine. In: Landy 1979:487-95.
- Nichter, M.
1980 The layperson's perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context. *Social Science and Medicine* 14B:225-33.
- Reynolds, P.
1986 The training of traditional healers in Mashonaland. In: M. Last & G.L. Chavunduka (eds) *The professionalisation of African medicine*. London: International African Institute, pp. 165-88.
- Veen, K.W. van der
1979 Western medical care in an Indian setting: the Valsad-District in Gujarat. In: Van der Geest & Van der Veen 1979:145-58.
1984 Classification and pluralism of medical systems. In: J. Meulenbeld (ed) *Proceedings of the International Workshop on Priorities in the Study of Indian medicine*. Groningen: Institute of Indian Studies, pp.345-81.
- Whyte, S.R.
1988 The power of medicines in East Africa. In: van der Geest & Whyte 1988:217-33.