

De in- en uitgebeelde ziekte: lichamelijke klachten in cultureel perspectief

'Je ne me porte pas si bien ce mois-ci'
Monsieur Argan in *Le Malade Imaginaire*

Sjaak van der Geest*

Na een korte introductie van het antropologisch en medisch-anthropologisch perspectief bespreekt de auteur de antropologische visie op lichamelijke klachten. Klachten over gezondheid hebben een uitgesproken cultureel karakter. Vier aspecten lijken daarbij vooral belangrijk: de 'bodem' van klachten, dat wil zeggen de situatie waarin gevoelens van onbehagen en ziekte ontstaan, is altijd per definitie een menselijke situatie dus

een sociaal-culturele; de wijze waarop de klacht geuit wordt, is aangeleerd; de verklaring die men bedenkt voor het ontstaan van de klacht wordt door de cultuur aangereikt; en ten slotte gaat de ervaring van de klacht, de lichamelijke sensatie van pijn en ongemak, door een cultureel filter. Twee voorbeelden uit Mali en Tanzania illustreren het betoog.

De belangstelling van de cultureel antropoloog die onderzoek doet naar gezondheidsklachten gaat vooral uit naar het sociale en culturele karakter van die klachten. De ziekte wordt beschouwd als een cultureel verschijnsel: de oorsprong van de klacht ligt in de cultuur, de manier waarop hij wordt geuit en verklaard is gebaseerd op culturele regels en voorstellingen, zelfs de ervaring van pijn en ongemak wordt in sterke mate door de cultuur bepaald. Dat geldt voor lichamelijke klachten in 'verre' culturen én in onze eigen maatschappij.

Het medisch-anthropologisch perspectief

Alvorens in te gaan op het culturele karakter van lichamelijke klachten is het wellicht nuttig enkele specifieke aspecten van de medisch-anthropologische benadering toe te lichten.

* Medische Antropologie, Universiteit van Amsterdam, Oudezijds Achterburgwal 185, 1012 DK Amsterdam.

INTERPRETATIE

De wetenschappelijke pretenties van de meeste antropologen zijn bescheiden. Ooit hadden zij de natuurwetenschap als voorbeeld en trachtten zij culturele verschijnselen te *verklaren* op dezelfde wijze als men dat deed in de natuurwetenschap: door het opsporen van regelmatigigheden die na veel experimenteren tot wetten met een voorspellende kracht verheven werden. Die ambitie is nu vrijwel uitgestorven. Een antropoloog is nu al blij als hij in staat is te begrijpen wat mensen om hem heen doen en zeggen en hij zijn inzicht kan opschrijven op een manier die ook voor buitenstaanders begrijpelijk is. Geertz (1973) heeft het doel van de interpretatieve antropologie treffend verwoord in zijn commentaar op de knipoog. Men kan een knipoog zakelijk beschrijven als het even sluiten en weer openen van één oog. Men kan proberen de knipoog te beschrijven in fysiologische termen. Maar uit beide soorten beschrijving blijkt nog niet of men iets begrepen heeft van deze kortstondige lichamelijke reactie. De antropoloog vraagt zich af: wat gebeurt hier eigenlijk? Wat betekent dit oogreflex? Om die vraag te beantwoorden moet hij

van alles te weten zien te komen over de cultuur en haar symbolen, bijvoorbeeld hoe mensen hun lichaam gebruiken om boodschappen uit te wisselen. Maar dat is niet voldoende. Om te achterhalen wat A bedoelt met zijn knipoog naar B, die door C niet opgemerkt wordt, moet hij weten wat A, B en C met elkaar gemeen hebben, hoe zij zich tot elkaar verhouden, enzovoort.

Het voorbeeld van de knipoog is verhelderend, omdat we weten wat een knipoog is in onze eigen cultuur en we ons kunnen voorstellen dat een vreemdeling erdoor misleid kan worden. Als we een voorbeeld zouden nemen uit een voor ons vreemde cultuur, zouden we misschien ontdekken dat we het verschijnsel niet alleen niet begrijpen, maar het zelfs niet opmerken.

PARTICIPERENDE OBSERVATIE

De gebruikelijke methode om te komen tot bevredigende interpretaties is participerende observatie. Mee-maken wat de anderen bevelen, voelen wat zij voelen, brengt ons het dichtst bij Geertz' vraag: wat is hier aan de hand? Ook hier staan antropoloog en natuurwetenschapper ver van elkaar. Zich inleven in het celweefsel onder zijn microscoop brengt de bioloog niet verder in zijn onderzoek. Voor de antropoloog, daarentegen, is die verplaatsing in de positie van de ander haast een *sine qua non*. De antropoloog die 'er niet geweest is' en het niet heeft meegemaakt, weet niet waar hij over spreekt.

Het betekent dat de antropoloog eigenlijk nooit in staat is een goed en definitief onderzoeksvoorstel in te dienen. Pas aan het einde van zijn onderzoek weet hij wat de juiste vragen zijn en waar hij naar moet kijken. En dan nog ... Niet-antropologen zijn hier vaak verbaasd over en ergeren zich aan zijn vaagheid.

Een mooi – misschien wat vergaand – voorbeeld van participerende observatie is wat Anja Krumeich overkwam tijdens haar onderzoek naar ideeën en praktijken rond zwangerschap, bevalling en zorg voor kleine kinderen op het Caribische eiland Dominica. De moeders antwoordden beleefd op al haar vragen, maar waren ook terughoudend. Ze hadden het gevoel overhoord te worden of ze het wel goed deden. Ze probeerden zo veel mogelijk de 'goede' antwoorden te geven. Toen de onderzoekster echter zelf zwanger werd, van een Dominicaanse man, veranderden de vrouwen plotseling hun tactiek en kwamen ze ongevraagd met allerlei adviezen voor het onervaren zwangere meisje dat de onderzoekster nu was. En toen het kind geboren was gingen zij door met adviezen hoe de baby verzorgd diende te worden. De informatie die de onderzoekster kreeg was niet

meer het resultaat van interviews, maar kwam op *natuurlijke* wijze (Krumeich, 1994), de droom van iedere antropoloog.

'EMIC POINT OF VIEW'

Het is al gezegd. Het gaat de antropoloog niet zozeer om een verklaring van buiten af, maar om de ideeën van de betrokkenen zelf: hoe zien zij hun wereld, wat denken zij van de regering, de lokale autoriteiten, het ziekenhuis, de bureaus? Met een term ontleend aan de linguïstiek wordt de visie van de insider aangeduid als *emic*. Ook in de medische antropologie is die vraagstelling belangrijk: hoe zien de zieke en zijn omgeving de ziekte? *Emic* blijft echter altijd een streven. De buitenstaander (wat de antropoloog bijna altijd is) zal er nooit geheel in slagen de visie van de insider te achterhalen.

CULTUUR

Veel antropologen hebben een ongemakkelijke relatie met het begrip natuur (en natuurwetenschap). Wij leven in een maatschappij waar natuurwetenschappelijke verklaringen als *echt* en tot op zekere hoogte definitief worden gezien. De betekenis van de term 'natuur' in onze taal is significant: wat deel uitmaakt van de natuur kan niet betwijfeld worden, spreekt vanzelf. Het territorium van de natuur blijkt zich bovendien uit te breiden. Steeds meer aspecten van de samenleving worden tot fysieke werkelijkheid gereduceerd. De natuurwetenschap heeft een grote retorische kracht en haar technische successen zijn een tastbaar bewijs van haar gelijk: de kern van de werkelijkheid is natuur, de rest is toevoeging, decoratie.

Antropologen verzetten zich tegen deze hegemonie van de natuur en het 'natuurlijke' denken. Het debat *nature versus nurture* is zo oud als de antropologie zelf. Met wisselend succes hebben antropologen betoogd dat wat mensen met elkaar doen en denken niet – of niet afdoende – biologisch verklaard kan worden, maar dat de cultuur gedrag en gedachte mede bepaalt. Een beroemd – en berucht – voorbeeld is Margaret Mead die probeerde te bewijzen dat de puberteit geen biologisch bepaald verschijnsel is maar iets cultureels. In Samoa zouden jongeren in het geheel geen last hebben van de problemen waarmee hun leeftijdgenoten in de Verenigde Staten worstelden.

De meeste antropologen houden vast aan twee standpunten. Het eerste luidt: er is niets dat niet cultureel is. Alles wat in het gezichtsveld van mensen komt, wordt al-

leen daardoor al cultuur omdat het in menselijke betekenis wordt gevat. Natuurverschijnselen als het weer, de bergen, de rivieren, maken deel uit van de menselijke cultuur. Het woord natuur zelf is een door mensen toegekende categorie van de werkelijkheid.

Ten tweede verzetten zij zich tegen de ontologische prioriteit die aan de natuurwetenschappelijke verklaring van de werkelijkheid wordt toegekend. In de dagelijkse ervaring van mensen blijkt dat de natuurwetenschappelijke lezing van een bepaald verschijnsel vaak juist marginaal en irrelevant is en op geen enkele manier invloed uitoefent op de beleving ervan. De eerder genoemde knipoog is een voorbeeld. De fysiologische verklaring ervan doet niet ter zake als we ons verdiepen in de betekenis van de knipoog (vergelijk Nijhof & Van der Geest, 1989). Die stellingname, zullen we zien, heeft grote consequenties voor de antropologische visie op ziekte.

CONTEXT

Wat voor woorden geldt (dat zij slechts betekenis hebben in een context), geldt ook voor menselijke ideeën en praktijken. Een antropoloog die tot een zinvolle interpretatie van menselijk gedrag wil komen, heeft geen andere keus dan dat gedrag in zijn context te plaatsen – of beter: te laten. Ook om die reden is directe aanwezigheid door participerende observatie onontbeerlijk. Ook hier is er een groot verschil met de natuurwetenschappelijke benadering die het object vaak uit zijn context haalt, isoleert en in het lab opsplijst in kleinere eenheden. Daarna kan het onderzoek pas beginnen.

Dat verschil in benadering tussen *in vitro* en *in vivo* is goed zichtbaar in studies naar de werkzaamheid van geneesmiddelen. In het ideale biologische onderzoek zullen de proefpersonen zodanig gemanipuleerd worden, dat alle contextuele factoren uitgeschakeld zijn en het 'werkelijke' effect gemeten kan worden. De context wordt hier ervaren als een storend element terwijl hij voor de antropoloog juist een constituerend deel van mens-zijn is. Mensen zijn nooit contextloos. De werkzaamheid van het medicijn komt juist mede tot stand door de context waarin het gebruikt wordt.

RELATIVERING

De traditionele aandacht voor andere culturen heeft veel antropologen relativerend gemaakt in twee opzichten namelijk, ten aanzien van hun eigen cultuur en ten aanzien van alle culturen. Door hun confrontatie met andere wijzen van denken en handelen hebben zij afgeleerd hun eigen cultuur als de enig mogelijke en als vanzelf-

sprekend te zien. Een logische conclusie is dat geen enkele cultuur vanzelf spreekt. Een zekere allergie voor sciëntisme en etnocentrisme heeft sommigen gevoerd tot een algemeen cultuurrelativisme; geen enkele cultuur is beter of slechter dan een andere. Lemaire (1976) heeft dat relativisme scherp bekritiseerd en de filosofische onhoudbaarheid ervan aangetoond. In de praktijk blijken antropologen wel degelijk culturele voorkeuren te hebben, maar een sterke relativisering van de verworvenheden van de eigen cultuur is ongetwijfeld een typisch kenmerk van antropologen.

Twee voorbeelden van lichamelijke klachten

Twee willekeurig gekozen voorbeelden van lichamelijke klachten uit de antropologische literatuur leiden de discussie over het culturele karakter van klachten in.

EEN BLINDE IN MALI

Hielscher en Sommerfeld (1985) hebben onderzoek gedaan in een gebied in Mali waar veel blindheid voorkomt, volgens medici als gevolg van schistosomiasis en onchocerciasis. Zij zijn nagegaan welke termen en verklaringen de bewoners voor hun gezondheidsproblemen hebben. Ze benadrukken dat er geen sprake is van eenvoudige één-op-één relaties tussen lokale (Bambara) en biomedische termen. Na een beschrijving van hun onderzoek, de medische voorzieningen in de streek en de belangrijkste etiologische concepten bespreken zij twee specifieke lokale ziekten, *nyènkènè bilènkè* ('rode urine') en *mara* (gewoonlijk vertaald als 'onchocerciasis'). Gesprekken met de dorpelings leren dat er verschillende verklaringen voor *mara* bestaan: een vliegje (of een ander insect), slecht voedsel, slecht drinken, het zout van transpiratie.

Als zij zich vervolgens verdiepen in de persoonlijke geschiedenis van drie blinden komen er weer andere verklaringen naar voren. Hier volgt een korte samenvatting van een casus. Madu, een boer van ongeveer 35 jaar, gehuwd, vader van drie kinderen, is al enige jaren blind. Hij vertelt het volgende verhaal:

As it is done in our village here, after I had eaten the night meal, I went to work in the fields until the first cock crowed. When there was no moonlight, I lit a lamp. I grew sweet potatoes, yams, millet, peanuts, all that. Every year my harvest was so huge that I could pay all my taxes and still pay for an ox.

Here among the Bambaras, the people are jealous of you if you work a lot. To give me this trouble, a white bean with a black spot was put

in my way. It resembled an eye, and the black spot represented the black spot of the eye. To do a thing like this, the magician takes the bean and, while murmuring the name of the victim along with other words, scratches the black spot. Then he burns everything and hides it under a stone. If it is put into your way, and if your foot passes over it, then its heat rises and enters into all of your body. When that had happened, when night arrived, I didn't see anything. When day came, I saw well, and I worked. Yet when I looked at things at some distance, my vision wasn't clear. I often had a headache. Even now, when I have a small wound, the blood that you see is black. When it started, the people said it was *mara* ...

When someone has eye trouble, you stay at your house, if there are other workers. But if there are no other workers, you must go to work. To get food for my family, I went to work under the sun day after day, with the sweat and the dust continuing to pollute my eyes. I came to be filled with regret. I could no longer do what I had done before, but I still took care of my business.

Now I grow millet, I grow peanuts, but if I'm alone, I cannot weed. Some people came to influence the woman I married. It was because of the eye trouble that the people told her to leave, that I couldn't do anything anymore. I married another woman. During the dry season, I go out into the world as a marabout for the people, some give me millet, others chickens, and some also money. During the rainy season I work in the fields (Hielscher & Sommerfeld, 1985, p. 478).

EEN ZIEK KIND IN TANZANIA

Van Hekken (1986) heeft antropologisch onderzoek gedaan in een klein Nyakyusa dorp in het zuidoosten van Tanzania. Haar boek gaat over politiek, religie, economie, huwelijk en verwantschap en bevat 137 casussen, verhalen over gebeurtenissen in het dorp. Meestal zijn dat conflicten tussen familieleden. Een overheersend thema in deze studie is de sociale controle die door de buren wordt uitgeoefend. De muren hebben oren: mensen horen alles van elkaar. Ik schat dat in de helft van de geciteerde verhalen een buurman of buurvrouw zich in een conflict mengt. Deze controlerende rol van buren is op vernuftige wijze ingebouwd in het verklaringsmodel van ziekte en tegenslag. De 'adem van de mensen', het vermogen van buren om iemand ziek te maken of zelfs te doden door het uiten van 'verbazing', is een eufemisme voor afkeuring en ergernis. Een informant legt uit wat ermee bedoeld wordt:

Stel je voor, een vader heeft ruzie met zijn zoon. Als nu die vader een slechte vader is dan zal hij tegen zijn buren gaan klagen: 'Mijn zoon bezorgt me niets dan ellende, hij schijnt zich niet te realiseren dat ik zijn vader ben.' Dan gaan de buren onderling praten en binnen korte tijd zegt iedereen: 'We zijn verbaasd over die jongen' ... en hij wordt ziek. Nu kan hij alleen nog maar beter worden als de buren zich verzoenen ... Als de vader een goede vader is die zijn kinderen niet wil doden, dan zal hij antwoorden als een buurman vraagt: 'Wat was dat voor een lawaai bij jullie?' 'Oh, mijn zoon en ik hadden ruzie, maar het is al bijgelegd', of 'Ik heb mijn zoon een standje gegeven.' Dan doen de buren niets (p. 70).

Niet de voorouders of heksen vormen het grootste gevaar maar de buren. 'Het zijn de mensen die het doen', zegt iemand, 'de doden kunnen niets.' Het onderstaande fragment is een woordenwisseling tussen twee broers, Singulile en Ambilikile. Laatstgenoemde heeft lange tijd voor het kind van zijn broer gezorgd terwijl deze in het buitenland was. Op een dag wordt het kind ziek. Ambilikile brengt het kind naar de gezondheidspost en betaalt de medicijnen. Enkele dagen later komt Singulile opgewonden verklaren dat onenigheid in de familie de oorzaak is van de ziekte van zijn kind.

Op dat moment komt Ambilikile binnen. Singulile begint meteen opnieuw. Al gauw valt Ambilikile hem in de rede en zegt: 'Stommerd, anderen hebben je opgestookt, daarom kwam je hierheen rennen. Wat praat je over de "adem van mensen". Weet je niet dat er een God is?' ... 'Singulile, dit is mijn kind, hoewel jij het verwekt hebt. Toen jij in Johannesburg was, ging ik altijd met jouw zieke kinderen naar de dokter. Had je toen soms ruzie met je vrouw? Mijn kinderen hebben dezelfde ziekte gehad. Betekent dat dat mijn vrouw en ik ruzie maakten?' ... Als je een kwestie met je vrouw hebt, ga dan naar je celleider (buurthoofd, SvdG), maar praat niet over de 'adem' in mijn huis. Ben jij een christen!' (Van Hekken, 1986, p. 260-261).

Klachten als deel van de cultuur

Vier aspecten lijken vooral belangrijk als we de cultuurlijkheid van lichamelijke klachten willen verduidelijken: de 'bodem' van klachten, dat wil zeggen de situatie waarin gevoelens van onbehagen en ziekte ontstaan, is altijd per definitie een menselijke situatie, dus een sociaal-culturele; de wijze waarop de klacht geuit wordt; de verklaring die men bedenkt voor het ontstaan van de klacht; en ten slotte de ervaring van de klacht, de lichamelijke sensatie gaat door een cultureel filter.

DE 'BODEM'

Dat klachten hun oorsprong hebben in het gedrag en de ervaringen van mensen behoeft weinig betoog. Rijstbouwers die blootsvoets in de modder vermengd met koemest werken, worden geïnfecteerd met mijnworm terwijl de andere bewoners van het dorp, die geen rijst verbouwen, geen last hebben van de ziekte. Eetgewoonten, roken, drinken, zwaar, eentonig of vuil werk, werkloosheid, eenzaamheid en gespannen sociale relaties hebben hun weerslag op het welbevinden van mensen. Dat inzicht is gemeengoed in het denken van zowel artsen als leken en vormt de basis van de epidemiologie die de verspreiding van ziekte tracht te relateren aan demografische, geografische en sociaal-culturele variabelen.

COMMUNICATIE

Een klacht heeft een luisterend oor nodig om klacht te kunnen zijn. Ziekte heeft bijna altijd sociale consequenties. De zieke kan zijn werk niet – of slechts gedeeltelijk – doen. Hij wil zich onttrekken aan allerlei sociale verplichtingen, is in mineurstemming, lust bepaald eten en drinken niet, enzovoort. Deze gevolgen van zijn lichamelijke conditie dienen uitgelegd te worden aan zijn omgeving. Hij moet zich excuseren voor zijn on sociaal gedrag. De wijze waarop hij anderen informeert over zijn conditie bepaalt voor een groot gedeelte of hij begrip en sympathie ontvangt of verwijten en onbegrip. Bovendien moet de zieke vaak een beroep doen op anderen omdat hij zelf niet in staat is bepaalde dingen te doen. En als de klacht ernstiger wordt heeft hij anderen nodig om hem te verzorgen, naar de dokter te brengen, langs de apotheek te gaan, enzovoort.

De communicatie die de zieke voert met zijn omgeving is voor een groot deel cultureel bepaald. Hij dient de 'juiste toon' te treffen als hij de ander wil overtuigen dat hij inderdaad ziek is en er recht op heeft tijdelijk ontzien te worden. In de ene cultuur zal hij zijn klachten moeten prononceren, in de andere zal datzelfde gedrag juist argwaan wekken en hem niet de gewenste sympathie opleveren. Daar verwacht men juist dat iemand zich stoïcijns gedraagt en wordt een klacht op meer subtiele wijze aan de anderen doorgeseind. Wat hier geloofwaardig is, wordt elders als 'aanstelleritis' beschouwd.

Vrouwelijke werknemers in een Japanse fabriek van micro-elektronica in Maleisië raakten in 1980 bezeten van kwade geesten. Zij begonnen te gillen en te vechten en verzetten zich heftig tegen pogingen van mannelijke opzichters hen tot bedaren te brengen. Ze verklaarden dat ze besprongen werden door geesten die zich schuil hielden in de toiletten. Ong (1988), die dit voorval beschreven heeft, ziet het gedrag van deze jonge vrouwen als een uiting van diepe morele en psychische verwarring over de situatie waarin zij door hun werk verkeerden. Wat de fabriekarbeidsters voelden was, volgens Ong, een omverwerping van hun vertrouwde leefwereld. In de fabriek waren zij beroofd van de beschutting die de familie en het dorp geboden hadden en werden ze blootgesteld aan morele, seksuele en fysieke chaos. Factoren als het werktempo en de hygiënische condities in de fabriek en de gedwongen overschrijding van *gender*-grenzen culmineerden in een intens gevoel van lichamelijke en psychisch onbehagen. In de Maleisische cultuur was de uitbarsting van bezetenheid een effectief middel om dit onbehagen kenbaar te maken. In Nederland zou een ander middel nodig zijn: ziekteverzuim of een meer ac-

tief verzet in de vorm van een klacht aan de ondernemingsraad of een werkonderbreking. Dit culturele verschil van uiting van de klacht weerspiegelt niet alleen een andere opvatting over hoe men zich dient te beklagen over slechte werkomstandigheden, maar ook een verschil in sociale voorzieningen tussen Nederland en Maleisië. De Maleisische vrouwen kunnen zich geen ziekteverzuim of werkonderbreking permitteren. In het door Van Hekken beschreven geval bedient Singulile zich van het idioom dat in de Nyakyusa cultuur usance is: klagen over onenigheid in de familie. Zoals vaak het geval is, is de uiting een dubbel signaal: sociaal en medisch is er iets mis. De blinde man in Mali uit zijn klacht eveneens in sociale termen. Hoe men ziekte meedeelt aan anderen is iets wat men leert. Het maakt deel uit van het culturele erfgoed.

DE VERKLARING

Verklaringen van ziekte zijn bij uitstek sociaal en cultureel. Het culturele karakter bestaat in het feit dat men bij het geven van een verklaring afhankelijk is van wat het culturele erfgoed aanbiedt als mogelijkheid. Het 'materiaal' waar de verklaring van gemaakt wordt moet voorradig zijn. Bij de Azande, een volk in het grensgebied van Zaire en Soedan, waarover Evans-Pritchard (1937) een klassieke studie heeft geschreven, is hekserij het belangrijkste bouw materiaal waarvan men zich kan bedienen. Het werk van heksen wordt aangevoerd als verklaring voor iedere vorm van ongeluk. Een zieke bij de Azande ontkomt derhalve niet aan hekserij als een verklaring voor zijn problemen, evenmin als een zieke in onze maatschappij ontkomt aan een arsenaal van verklaringen die de bio-geneeskunde biedt, zoals bacterie, virus, celwoekering.

Bij de Nyakyusa in Tanzania is de 'adem van de buren' een voor de hand liggende verklaring, bij de Bambara van Mali kan men kiezen tussen een 'natuurlijke' verklaring, 'zwarte magie', geesten, hekserij en 'noodlot' (Hielscher & Sommerfeld, 1985, p. 274-275). In Jemen (en zeer veel andere culturen) is men geneigd bij ziekte eerst te denken aan het 'boze oog' (Underwood & Underwood, 1981). In sommige culturen is dat de jaloeze en kwaadwensende blik van iemand, maar elders kan de ziekte veroorzaakt worden door de oogopslag van iemand die zich van geen kwaad bewust is. In beide gevallen draagt de verklaring tevens een advies voor preventie: verberg je rijkdom, loop niet te koop met je geluk en welvaren.

Het zou onjuist zijn hieruit op te maken dat mensen bij het zoeken naar de oorzaak van hun klacht gebonden

zijn aan een beperkt aanbod van culturele mogelijkheden. In de meeste gevallen is de manoeuvreerruimte tamelijk groot. Het geval van de blinde man in Mali is een voorbeeld. Vele oorzaken worden als mogelijkheid geopperd en als men doorpraat komen er nog andere verklaringen naar boven. Eerst is er sprake van een vliegje, later van jaloezie. Die verklaringen sluiten elkaar echter niet uit. Vaak zijn ze cumulatief. De actie van de jaloezige dorpsgenoot verklaart waarom de vlieg deze persoon gestoken heeft. In andere gevallen kunnen verklaringen elkaar wel uitsluiten. In het Tanzaniaanse geval worden elkaar bestrijdende verklaringen als wapens gebruikt in het dispuut tussen de twee broers. In de onenigheid over de oorzaak van de ziekte van het kind speelt een theologisch debat mee: traditioneel versus christelijk. Zoals we straks zullen zien spreekt de ziekteverklaring niet alleen over de ziekte. Hij is tegelijkertijd een krachtige sociaal-culturele en religieuze plaatsbepaling van de spreker.

Kleinman (1980), die het concept *explanatory model* geïntroduceerd heeft, benadrukt dat een explanatory model van persoon tot persoon kan verschillen. Ik zou daar aan toe willen voegen: van situatie tot situatie. Vaak is de situatie waarbinnen de verklaring gepresenteerd wordt doorslaggevend voor de inhoud van de verklaring. Van belang is bijvoorbeeld wie er spreekt. Als de patiënt een verklaring geeft voor zijn ziekte zal die in de meeste gevallen neerkomen op een zelfexcuus. De oorzaak kan sociaal geneutraliseerd worden door een natuurlijke bron aan te wijzen (virus; 'het is mij overkomen') of door anderen de schuld te geven. Deze tweede optie wordt veelvuldig gekozen in culturen waar ziekte verstrengeld is met sociale relaties. Door de afgunst van anderen aan te wijzen als de oorzaak benadrukt de zieke op fijnzinnige manier zijn eigen voortreffelijkheid. Maar anderen de schuld geven is ook in onze eigen maatschappij een veel gebruikte strategie. De schuld kan gelegd worden bij het werk, de collega's op het werk, de partner, de kinderen, het milieu, de maatschappij. Slechts in uitzonderlijke gevallen zal een zieke zichzelf aanwijzen als de hoofdschuldige. Hij kan coquetteren met zijn slechte leefwijze: roken, drinken, te hard werken (eigenlijk een compliment aan zich zelf). Een andere mogelijkheid is dat de zelfbeschuldiging door de omgeving is afgedwongen of een hulpkreet is van een 'burn-out case'. Zelfbeschuldigingen van hekserij behoren vaak in deze laatste categorie thuis (vgl. Field, 1960).

Waar een ander aan het woord is, neemt de kans toe dat de zieke zelf de schuld krijgt van zijn ziekte, vooral als de relatie tussen die ander en de zieke gespannen of vijandig is. In culturen waar personalistische oorzaken van

ziekte gebruikelijk zijn, kan dat betekenen dat de zieke zelf van hekserij wordt beschuldigd of verdacht wordt van een overtreding waarvoor hij gestraft wordt door de voorouders. Hem kan ook verweten worden lichtzinnig gepronkt te hebben met zijn geluk, waardoor hij de afgunst van anderen heeft gewekt. In het Ghanese dorp waar ik zelf onderzoek heb gedaan, werden onvruchtbaarheid, miskramen en het sterven van jonge kinderen vaak geweten aan de moeder die haar kinderen opofferde aan haar hekserijpraktijken (vgl. Bleek, 1975). In onze eigen cultuur is *victim blaming* eveneens een bekend verschijnsel, een verklaring die de niet-zieken zich tegenover de zieken kunnen permitteren en waarmee zij zich tegelijkertijd trachten te onttrekken aan mogelijke verplichtingen ten opzichte van de zieke. Het slachtoffer wordt daarmee dubbel *victim*: van de ziekte en van de beschuldiging.

Een derde categorie van ziekteverklaarders zijn artsen. Hun belang schuilt in de productie van een verklaring die kort en zakelijk is (niet te veel tijd kost tijdens het spreekuur), die hun toestaat een zekere afstand te bewaren tegenover de patiënt en die een doeltreffende behandeling toestaat (dat is: een verklaring die terug te vinden is in het pathologieboek, voorzien van duidelijke therapeutische richtlijnen). Voor artsen in een ziekenhuis is het stellen van een diagnose tevens een daad waarmee zij zich situeren in hun relaties met collega's. Competitie, macht en prestige in de ziekenhuiscultuur worden in diagnoses tot uitdrukking gebracht (vgl. Berg, 1993).

Kortom, het vinden van een verklaring voor een lichamelijke klacht is een sociale daad die zich bedient van cultureel bepaalde mogelijkheden. Het produceren van een verklaring is geen puur medisch-diagnostische act, maar is ingebed in een sociale situatie. Bovendien zijn verklaringen een vorm van communicatie waarmee men compassie of afwijzing kan tonen, liefdevolle zorg of vijandschap.

DE ERVARING

Ook wat men voelt is een cultureel artefact. Lichamelijke klachten zijn gesitueerd in een web van sociaal-culturele en psychologische betekenissen. De wijze waarop een ziekte wordt verklaard en getoond, bepaalt mede wat het betreffende individu *voelt*. Iedere klacht is in die zin tevens 'inbeelding'. Men interpreteert een lichamelijke sensatie op een bepaalde wijze en die zingeving gaat meespelen in de sensatie. Het lichaam, stelt Merleau-Ponty in zijn *Phénoménologie de la perception*, is ook op onbewust of vóór-reflexief niveau een

subject dat deel heeft aan de betekenisproductie. Kwant (1968, p. 43-44) heeft die visie als volgt samengevat:

Wij zijn reeds zingevende existentie ... op een niveau waar wij ons nog niet bewust zijn van onszelf en waar wij niet vrij zijn. De oriëntatie van de ruimte, de seksuele zin, de verschillende zintuiglijke zinvelen en de samenhang tussen deze zijn het resultaat van onze dialoog met de wereld. Maar deze dialoog wordt gevoerd op een diepte waarin wij met ons reflecterend bewustzijn niet kunnen doordringen. ... Onder mij als bewust subject is er dus een ander subject dat vóór-bewust en vóór-persoonlijk is. Dit subject is het lichaam zelf, want alle vormen van zin die op dit niveau ontstaan, hangen klaarblijkelijk samen met de structuur van het lichaam.

Als Merleau-Ponty het heeft over een dialoog met de wereld, dan is dat een culturele wereld. Het lichaam zuigt de cultuur in zich op zonder dat de mens zich dat bewust is. Die vóór-reflexieve zingevende ervaring (paradoxen zijn onmisbaar als men over het lichaam spreekt) komt met name duidelijk naar voren in de ervaring van lichamelijke pijn. Hetzelfde symptoom (eigenlijk kan men dat zo niet zeggen, want sociale en culturele verscheidenheid produceert ook verschillende symptomen) veroorzaakt verschillende gevoelens naar gelang de betekenis die het krijgt toebedeeld. Als het symptoom gezien wordt als gevolg van een vijandige daad is het onderdeel van een zorgwekkende situatie die tot veel erger kan leiden en waar men – terecht – wakker van ligt. Als het symptoom geduid wordt als het gevolg van een onschuldige virusinfectie die over drie dagen voorbij is, doet dat veel minder 'pijn'.

Medisch-antropologen hebben er op gewezen dat sommige 'ziektes' in sommige culturen in het geheel niet gevoeld worden, omdat de symptomen niet als symptomen van een ziekte beschouwd worden. Er wordt dan ook geen aandacht aan besteed. Dat geldt voor ziektes met een sterk psychosomatisch karakter, bijvoorbeeld het menopauze-syndroom of voor psychische problemen, bijvoorbeeld 'depressie' (zie Waxler, 1977; Kleinman & Good, 1985; Richters, 1991), maar ook voor somatische klachten zoals 'malaria' (Harley, 1941), 'schistosomiasis', zweren (Harley, 1941), en 'mazelen' (Topley, 1970). De namen van de ziekten zijn tussen aanhalingstekens geplaatst om aan te geven dat die namen zelf culturele producten zijn die deel uitmaken van het betekenisproces dat bepaalde lichamelijke verschijnselen tot ziekte verklaart en andere ongemerkt laat passeren. De Amerikaanse antropologe Dettwyler (1994, p. 46) hoorde tijdens haar onderzoek in Mali dat rode urine bij een jongen niet beschouwd werd als een symptoom van de ziekte schistosomiasis maar als een teken dat hij 'volwassen' was, vergelijkbaar met de eerste menstruatie van een meisje.

Conclusie: in- en uitbeelding

De term 'psychosomatische klachten' is misleidend in de zin dat hij suggereert dat er ook klachten zijn die alleen somatisch zijn. Dat is een vergissing. De term mag misschien handig zijn als een *short-hand* voor artsen om snel onderscheid te maken tussen klachten die meer en minder beïnvloed zijn door de verbeelding van de patiënt. In strikte zin is de term echter een pleonasme en een overblijfsel van een dualistische visie op lichaam en geest. Ieder lichaam heeft een culturele identiteit. Geen enkele lichamelijke ervaring onttrekt zich aan het stelsel van betekenissen waar het lichaam-subject deel van uitmaakt.

In die zin wordt iedere klacht in- en uitgebeeld en is iedere ziekte een in- en uitgebeelde ziekte. De inbeelding bestaat hierin dat het zieke individu (en zijn naaste omgeving, en de arts) gebruik maakt van het repertoire van beelden dat de cultuur beschikbaar heeft en die beelden gebruikt om naam en betekenis te geven aan de lichamelijke ervaring. Die toekenning van een beeld constitueert mede de werkelijkheid, dat wil zeggen de ervaring van het opspelende lichaam, de klacht.

Tegelijkertijd is iedere klacht uitbeelding, sociale communicatie waarmee mensen aan elkaar mededeling doen van lichamelijke gevoelens. Ook die communicatie is echter niet zelfbedacht, maar een gift van de cultuur waartoe de klager behoort.

In dit artikel is het culturele karakter van de klacht opgesplitst in vier aspecten. Dat was nuttig om analytische en compositorische redenen, maar die opsplitsing doet de spontane ervaring van het spreken over en voelen van pijn geweld aan. Wat 'bodem' genoemd is, is tegelijkertijd 'verklaring' en presentatie van de klacht, en dus ook een deel van de lichamelijke ervaring. Wat 'communicatie' is genoemd, is nagenoeg altijd een impliciete interpretatie (verklaring) van de ziekte. En wat 'verklaring' heet is ook een communicatiemiddel met een groot retorisch vermogen.

Door naar andere culturen te kijken komt de culturele dimensie van de natuurwetenschappelijke geneeskunde in beeld. Er is sprake van een Aha-Erlebnis: als zij, dan ook wij. Als hun boze oog en hun hekserij cultuur zijn, dan ook onze natuurwetenschap. Naturalisering, het tot natuur terugbrengen van menselijke ervaringen, is een effectieve culturele daad waarmee de werkelijkheid onder controle wordt gebracht. Hoezeer naturalisering bezit heeft genomen van ons denken blijkt uit de titel van Molière's komedie: wat ingebeeld is, is niet natuur en dus niet echt.

After a brief introduction of the anthropological and medical anthropological perspective, the author discusses the anthropological view of somatic complaints. Such complaints are distinctly cultural. Four aspects seem particularly relevant: the 'floor' of the complaint, the situation in which the health problem develops, is always, by definition, a human, and therefore a social-cultural situation; the way of expressing the complaint has been acquired by learning; the explanation of the health problem is derived from dominant cultural beliefs; and, finally, the experience itself, the bodily sensation of pain and discomfort, passes through a cultural filter. Two examples, from Mali and Tanzania, illustrate the argument.

LITERATUUR

- Berg, M. (1993). Wat dokters doen: Een studie van klinisch werk. *Medische Antropologie*, 5, 2, 191-207.
- Bleek, W. (1975). *Marriage, inheritance and witchcraft: A case study of a rural Ghanaian family*. Leiden: Afrika-Studiecentrum.
- Dettwyler, K.A. (1994). *Dancing skeletons: Life and death in West Africa*. Prospect Heights: Waveland.
- Evans-Pritchard, E.E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Clarendon.
- Field, M.J. (1960). *Search for security: An ethno-psychiatric study of rural Ghana*. London: Faber & Faber.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Harley, G.W. (1941). *Native African medicine, with special reference to its practice in the Mano Tribe of Liberia*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Hekken, P.M. van (1986). *Leven en werken in een Nyakyusa dorp*. Leiden: Afrika-Studiecentrum.
- Hielscher, S., & Sommerfeld, J. (1985). Concepts of illness and the utilization of health-care services in a rural Malian village. *Social Science & Medicine*, 21, 4, 469-481.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A., & Good, B. (red.) (1985). *Culture and depression. Studies in the anthropological and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Krumeich, A. (1994). *The blessings of motherhood: Health, pregnancy and child care in Dominica*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Kwant, R.C. (1968). *De wijsbegeerte van Merleau-Ponty*. Utrecht: Aula.
- Lemaire, T.O.N. (1976). *Over de waarde van cultuur. Een inleiding in de cultuurfilosofie: tussen eurocentrisme en relativisme*. Baarn: Ambo.
- Nijhof, G., & Geest, S. van der (1989). Inleiding: Ziekte, gezondheidszorg en cultuur. In S. van der Geest & G. Nijhof (red.), *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur: Verkenningen in de medische antropologie en sociologie*. (pp. 1-10). Amsterdam: Het Spinhuis.
- Ong, A. (1988). The production of possession: Spirits and the multinational corporation in Malaysia. *American Ethnologist*, 15, 1, 28-42.
- Richters, A. (1991). *De medisch antropoloog als verteller en vertaler: Met Hermes op reis in het land van de afgoden*. Delft: Eburon.
- Topley, M. (1970). Chinese traditional ideas and the treatment of disease: Two examples from Hongkong. *Man*, 5, 421-437.
- Underwood, P., & Underwood, Z. (1981). New spells for old: Expectations and realities of Western medicine in a remote tribal society in Yemen, Arabia. In N.F. Stanley & R.A. Joshe (red.) *Changing disease patterns and human behaviour* (pp. 271-297). London: Academic Press.
- Waxler, N.E. (1977). Is mental illness cured in traditional societies? A theoretical analysis. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 1, 3, 233-255.