

[gepubliceerd in: C.W. Aakster & J.W. Groothoff (red) *Medische Sociologie: Sociologische perspectieven op ziekte en zorg*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2003, pp. 47-55]

`Ziekte': sociale en culturele aspecten

Sjaak van der Geest

Organizer

Antropologische studies leveren ons niet alleen informatie over andere culturen op, maar plaatsen ook onze eigen cultuur in een ander licht. Dat geldt heel bijzonder voor de medische verworvenheden van onze cultuur. We presenteren eerst een drietal voorbeelden van ziekte in verschillende culturen, waarna we nader zullen ingaan op ziekte-uiting, ziekte-verklaring en ziekte-ervaring.

1. Drie voorbeelden

1.1 Chirindi in Zimbabwe

Jacobson-Widding, een Zweedse antropologe, heeft in Zimbabwe onderzoek gedaan naar opvattingen over ziekte. Toen ze eens op het punt stond uit een dorp te vertrekken om naar het provinciale ziekenhuis te gaan, kwam een vrouw naar haar toe en vroeg haar een telegram te sturen naar haar zoon in de hoofdstad Harare. Hij moest onmiddellijk thuis komen, zei ze, want zijn vrouw, die bij haar inwoonde, was begonnen te hoesten. De antropologe vroeg haar daarop of het niet beter was als zij haar schoondochter meenam naar het ziekenhuis. De vrouw keek haar geschokt aan: wat kon de *dokter* daar nu aan doen? Nee, alleen haar echtgenoot kon haar helpen. Vervolgens legde ze uit dat haar schoondochter onlangs een miskraam had gehad en daardoor in een hete toestand verkeerde. Haar man was in Harare voor zijn militaire dienst en, zei ze, "Iedereen weet wat mannen in Harare doen als hun vrouw er niet bij is." En nu had zijn vrouw die hoest, *chirindi*. Zijn escapades in de hoofdstad hadden de hete toestand waarin zijn vrouw verkeerde nog verergerd. Hij moest onmiddellijk thuis komen en met haar slapen om de hitte terug te dringen. Als hij niet snel naar huis kwam en nog een andere vrouw ginds bezocht, zou zijn vrouw zeker sterven (Jacobson-Widding, 1989:30-1).

1.2 Bezetenheid in Maleisië

In 1978 werden in een Amerikaanse fabriek in Maleisië waar microscopen worden gemaakt, 120 vrouwelijke werknemers getroffen door 'bezetenheid'. De fabriek moest drie dagen dicht en een traditionele genezer werd ingehuurd om de plaats te reinigen met een offerritueel. Rond diezelfde periode werden in een ander Amerikaans bedrijf vijftien vrouwen en in een Japanse fabriek 21 vrouwen door soortgelijke problemen getroffen. Een van de werkneemsters in deze laatste plaats herinnerde zich dat een vrouw ergens in de fabriek plotseling begon te gillen wat onmiddellijk werd overgenomen door andere vrouwen. Zij begonnen 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 lichamelijk en psychisch onbehagen. (Ong, 1988).

1.3 Een dwarslaesie in Nederland

Een dwarslaesie is een beschadiging van het ruggenmerg die een onderbreking veroorzaakt van de zenuwen die door het ruggenmerg lopen. Deze onderbreking leidt tot een verlamming van de spieren onder het niveau van de ruggenmergbeschadiging, uitval van de waarneming van aanraking, pijn, warmte en kou, incontinentie en impotentie, en stoornissen in bloeddruk en zweetafscheiding. De meest voorkomende oorzaken van een dwarslaesie zijn verkeers- en sportongevallen. Men schat dat er per jaar tussen de 200 en 465 mensen in Nederland een dwarslaesie oplopen. Witteveen (1997:15-17), aan wie ik deze gegevens ontleen, citeert het volgende verhaal van iemand met een dwarslaesie:

Mijn leven bestaat uit plannen en organiseren. Vooral omdat ik alleen woon. Ik moet 's avonds op tijd thuis zijn, want dan komt de wijkverpleging me in bed leggen. En 's morgens komen ze me er weer uithalen. Dat is wel heel anders dan vroeger. Toen kon ik eindeloos doorzakken in het café. Niemand hield mijn tempo bij, ik had enorm veel energie en was altijd in voor leuke dingen; sporten, op vakantie gaan, uit eten, feestjes met vrienden, werken. Ik genoot van het leven.... Toen kreeg ik dat auto-ongeluk en waren alle leuke dingen in één keer voorbij. Einde verhaal. Ik heb zoals dat in

vaktermen heet een 'hoge' dwarslaesie. Eén van mijn nekwervels is gebroken, waardoor ik tot aan mijn schouders verlamd ben. Mijn schouders, armen en polsen kan ik bewegen, maar mijn vingers zijn krachteloos en ik heb alleen op bepaalde plekken op mijn armen nog gevoel. Ik voel in feite met mijn ogen. Als ik iets wil pakken of aanraken, kijk ik met mijn handen mee... Ik heb geleerd om mensen dingen te vragen: wil je dit even daar neer leggen, of wil je me dat aangeven? Soms voel ik me echt een zeur. Vooral als mensen zeggen: of zal ik het hier neerleggen? Dat vind ik zo irritant! ... Het is moeilijk om niet steeds te vergelijken met vroeger, want ik ben nog niets vergeten. Ik weet nog hoe het is om te lopen of te dansen. De foto die boven mijn tafel hangt, is gemaakt op een eilandje. T-shirtje pakken en er op uit. Daar denk ik nog vaak aan. Ook als ik koffie of thee drink met een rietje, flitst de herinnering aan 'even die beker vast pakken' door mijn hoofd. En op feestjes zit ik de hele avond in mijn rolstoel aan een tafeltje te kijken naar al die dansende mensen. Dan voel ik me een opa.

2. Medische antropologie

De medisch antropoloog, een naaste collega van de medisch socioloog, beschouwt gezondheid, ziekte en genezing als sociale en culturele verschijnselen. Hij is vooral geïnteresseerd in wat deze verschijnselen betekenen voor de meest betrokkenen. Menselijk gedrag verklaart zelden zichzelf. Het behoeft uitleg. Een antropologische beschrijving van een ziekte of een genezingsproces is daarom altijd tevens een interpretatie. Daarvoor put de schrijver zowel uit wat de betrokkenen hem hebben verteld als uit zijn eigen ervaringen en inzichten. De interpretatie pendelt voortdurend tussen 'emic' (het insiders perspectief) en 'etic' (de visie van de buitenstaander).

Naast interpretatie is context een sleutelterm voor antropologisch onderzoek. Menselijke ideeën en gedragingen verwerven pas betekenis binnen een specifieke context. Een antropologische beschrijving dient daarom ruime aandacht te besteden aan die context. Zoals men zich een taal niet eigen maakt door het leren van afzonderlijke woorden maar door het leren verstaan en spreken van hele zinnen en agglomeraties van zinnen, zo leert men een cultuur slechts kennen als een contextueel geheel.

De favoriete methode om tot die ideale mix van inzichten te komen is de participerende observatie, waarbij de onderzoeker zoveel mogelijk optrekt met de mensen bij wie hij onderzoek verricht. Hij kan met eigen ogen en oren waarnemen in welke situatie mensen wat zeggen en wat doen. Binnen de participerende observatie is conversatie - niet het interview - de meest geëigende wijze om inzicht te verwerven. Bij een 'normale conversatie' wordt de informant niet gedwongen zich uit te drukken in de begrippen en categorieën van de

onderzoeker maar krijgt hij alle ruimte zijn 'eigen verhaal' te doen.

De boven gegeven voorbeelden van ziekte in drie verschillende maatschappijen laten zien hoezeer gezondheidsklachten zijn ingebed in de sociale en culturele leefwereld van de betrokkenen. Ziekte, een verschijnsel dat men geneigd is te plaatsen in het aseptische domein van de geneeskunde, is tegelijkertijd een brandpunt van sociale en culturele betekenissen. Wat mensen denken en doen betreffende ziekte is verbonden met talloze andere facetten van hun leven. Tijdens een ziekte ziet men wat mensen belangrijk vinden, waar zij in geloven, hoe zij zich tot elkaar verhouden en wie macht heeft.

Twee van de drie casussen zijn typische voorbeelden van antropologisch onderzoek. Ze lijken, zoals zoveel antropologisch materiaal, het exotische en totaal anders-zijn van het denken in verre culturen te benadrukken. Wat doen ze in een handboek medische sociologie dat bestemd is voor Nederlands onderwijs? Ze lijken een primitief, uitstervend denken te tonen, en daarmee de superioriteit van de Westerse natuurwetenschappelijke geneeskunde te bevestigen.

Als we deze twee beschrijvingen echter nauwkeuriger bestuderen, blijken ze een nieuw en verhelderend licht te werpen op het denken en handelen in onze eigen medische traditie. Ze hebben veel gemeen met de derde casus die een Nederlands voorbeeld beschrijft. Alle drie casussen presenteren zich uitdrukkelijk als *culturele* voorstellingen van ziekte. We kunnen daarin drie momenten onderscheiden, van eenvoudig naar ingewikkeld: (1) ziekte wordt op een bepaalde manier geuit, (2) verklaard en (3) ervaren ('gevoeld').

3. Ziekte-uiting

Een ziekteklacht heeft een luisterend oor nodig om klacht te kunnen zijn. Gevoelens van onbehagen worden meegedeeld aan anderen in de hoop dat dezen ze inderdaad ook zullen delen. Ziekte heeft altijd sociale consequenties. Wie ziek is, krijgt te maken met anderen. Hij moet zich onttrekken aan werk of andere bezigheden en zal zich bij iemand afmelden. Misschien heeft hij ook hulp van anderen nodig; familieleden gaan voor hem zorgen, burens bewijzen een dienst, een genezer wordt ingeschakeld. In al die gevallen moet hij anderen op de hoogte stellen van zijn probleem; er dient een signaal te komen dat hij inderdaad ziek is.

Die ziekte-uiting is in sterke mate cultureel voorgeschreven. Als zijn signaal niet geloofwaardig is, zal hij niet het begrip en de hulp ontvangen die hij wenst. Het is dus zaak passende woorden te kiezen en zich op de juiste wijze te gedragen. In de ene cultuur geeft de zieke veelvuldig blijk van pijn, in de andere niet, omdat klagen over pijn daar juist achterdocht wekt. Wat op de ene plek serieus genomen wordt, beschouwt men elders als 'aanstelleritis'.

De Maleisische vrouwen, in het tweede voorbeeld, gaven blijk van hun onwelbevinden

op een manier die in een Nederlandse werkplaats zeker niet begrepen zou zijn. Voor de vrouwen zelf en hun naaste omgeving waren de uitingen van geestenbezetenheid echter een adequaat signaal om hun probleem tot uitdrukking te brengen. In Nederland zou een ander middel nodig zijn: ziekteverzuim of een meer actief 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.

Lewis (1976:57) schrijft over zijn onderzoek bij de Gnau in Papua-Nieuw Guinea dat iemand die ernstig ziek is zich afzondert in een donkere hut. Hij doet de deur op slot, weigert bepaald voedsel en tabak, smeert zich in met as en doet zelfs zijn peniskoker af. Voor zijn naasten is dit een duidelijk teken dat het heel slecht met hem gaat en ze weten nu wat ze moeten doen. Dit gedrag zou bij ons heel anders geïnterpreteerd worden en tot vervelende misverstanden kunnen leiden. In onze eigen cultuur hoort een ander soort uiting van ziekte. Wie zich niet goed voelt, kruipt onder de wol en neemt de koorts op. De thermometer is evenzeer communicatiemiddel als koortsopnemer. Dankzij dit handig instrumentje kan iemand zijn omgeving overtuigend duidelijk maken dat hij werkelijk ziek is. Ook het recept of verwijfsbriefje van de huisarts heeft zo'n communicatief effect.

Hoe men ziekte meedeelt aan anderen ligt niet natuurlijk vast maar is iets wat men leert. Het maakt deel uit van het culturele erfgoed. Het hoort net zo goed bij de 'opvoeding' als het aanleren van andere vaardigheden, zoals taal, etiquette, en ambacht.

4. Ziekte-verklaring

Ook de verklaring van ziekte heeft een sociaal en cultureel karakter. De drie voorbeelden waarmee dit hoofdstuk begon illustreren dit op overtuigende wijze. Voor de moeder in Zimbabwe was het gevaar voor haar schoondochter vooral gelegen in de overmaat van 'hitte' die het seksuele gedrag van haar zoon op afstand veroorzaakt had. De fabriekarbeidsters in Maleisië schreven hun kwaal toe aan geesten die zich van hen meester trachtten te maken.

Voor de Nederlandse jongeman met en dwarslaesie is de oorzaak van zijn handicap een auto-ongeluk. Het woord 'ongeluk' drukt goed uit dat er geen diepere oorzaak gezocht wordt. Hij heeft geen geluk gehad maar on-geluk, pech. En verder is er de technische verklaring: een van zijn nekwerfels is gebroken waardoor hij tot zijn schouders verlamd is.

Foster (1976) heeft de termen 'personalistisch' en 'naturalistisch' voorgesteld om de twee belangrijkste richtingen aan te duiden die een ziekte-verklaring kan uitgaan: ofwel er is

opzet in het spel, er zit iemand achter, iemand heeft `schuld'; ofwel de ziekte is een natuurlijk verschijnsel dat gewoon `gebeurt'. Beide verklaringmodellen maken het mogelijk iets tegen de ziekte te ondernemen. Als er een persoon achter zit, kan men tot `sociale actie' overgaan: men kan het betreffende wezen aanspreken en met dreigementen of geschenken overreden zijn ziekmakende praktijken te staken. Als de ziekte `natuurlijk' is, kan men op technische wijze ingrijpen en proberen de schade te repareren.

In twee van de drie voorbeelden wordt een personalistische verklaring genoemd. Men denkt daarbij aan antropomorfe wezens die de ziekte teweeg brengen: voorouders, geesten, demonen, maar ook nog levende personen zoals heksen, bezitters van het boze oog of gewoon een achteloze echtgenoot. In de meeste gevallen is de personalistische verklaring vermengd met een naturalistische. Dat is heel duidelijk te zien in het voorbeeld uit Zimbabwe. Het probleem is de `hete' toestand van de schoondochter, maar de achterliggende oorzaak dáárvan is het laakbare gedrag van de zoon. Heet-koud-verklaringen van ziekte worden over de gehele wereld aangetroffen en zijn bijzonder prominent in de Ayurvedische geneeskunst in Zuidelijk Azië en in humorale theorieën in Latijns Amerika. Andere naturalistische ziekteverklaringen richten zich op de circulatie van vloeibare substanties door het lichaam, op het proces van `verdroging', of op de aanwezigheid van `vuil' in het lichaam. Ook de biomedische verklaring kan men beschouwen als `naturalistisch'.

Het type van verklaring maakt deel uit van de betreffende cultuur. Het ligt voor de hand dat het dominante denken in een bepaalde samenleving zijn stempel drukt op de verklaring die voor een ziekte geboden wordt. Waar de voortdurende aanwezigheid van voorouders en hun bemoeienis met de dagelijkse gang van zaken centraal staat in de belevingswereld, zal men gauw geneigd zijn bij ziekte en tegenslag aan deze voorouders te denken. Elders zullen hekserij, of de wisselvalligheden van het klimaat die rol vervullen. Over het algemeen mag men verwachten dat personalistische verklaringen zich vooral voordoen in samenlevingen waar mensen sterk van elkaar afhankelijk en op elkaar betrokken zijn, en dat de verklaringen `onzijdiger' worden naarmate een maatschappij individualistischer wordt. Maar dat is zeker geen `regel'. Het is ook goed mogelijk dat bepaalde leden van een samenleving onpersoonlijke verklaringen zoeken om te ontsnappen aan de sterke sociale controle die in hun traditie bestaat. Het is bijvoorbeeld heel aannemelijk dat de populariteit van westerse geneesmiddelen in Afrika mede te danken is aan het feit dat zij zieke mensen de mogelijkheid geven hun ziekte te behandelen zonder inmenging van ouderen en andere gezagsdragers, zoals Whyte (1988) suggereert.

Dat brengt ons tot het sociale karakter van de ziekte-verklaring. In zijn klassieke studie over hekserij, orakels en magie bij de Azande schrijft de Britse antropoloog Evans-Pritchard (1937) dat hekserijbeschuldigingen niet alleen bevredigend zijn omdat zij een verklaring geven

voor een ziekte of ongeval, maar ook omdat die verklaring sociaal relevant is. Daarmee bedoelt hij dat een ziekte de Azande de mogelijkheid biedt iemand te beschuldigen, bij voorkeur iemand op wie men niet gesteld is, iemand die men niet vertrouwt. Dat principe werkt - hoe subtiel ook - bij iedere ziekte-verklaring. Een ziekte zet via de geboden verklaring allerlei sociale processen in gang. Met medische termen wordt emotionele gehechtheid bevestigd en ontkend en worden conflicten uitgevochten en bijgelegd.

Een en ander betekent dat een ziekte-verklaring niet alleen bepaald wordt door een cultureel idioom maar ook door sociale kenmerken als positie en relatie. Welke verklaring men aanhangt wordt medebepaald door wie men is en hoe men zich verhoudt tot de zieke.

Niemand beschuldigt graag zichzelf. De patiënt zal daarom geneigd zijn zijn eigen ziekte toe te schrijven aan de kwade wil van anderen ofwel aan een neutrale, naturalistische oorzaak. Mensen uit zijn omgeving, vooral degenen die hem niet goed gezind zijn, zullen eerder de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf leggen. Hij heeft de regels overtreden of de woede van iemand gewekt. In onze biomedische cultuur zijn er ook talloze mogelijkheden van 'victim-blaming': hij leeft roekeloos, drinkt, rookt of eet te veel, vrijt onveilig, rijdt te hard. Volgens een oud volksgezegde kan zelfs een (dikke) bult iemands eigen schuld zijn.

Artsen en andere genezers ontkomen evenmin aan de sociale druk die van de ziekte-verklaring uitgaat. Zij streven *hun* maatschappelijke belangen na bij het stellen van een diagnose. Dat wil zeggen dat zij geneigd zullen zijn een verklaring te produceren die hen in staat stelt hun werk te doen, een behandeling te beginnen en een klant aan zich te binden. En als de genezer de klant om een bepaalde reden niet wenst, kan hij hem altijd 'doorsturen' voor een andere diagnose.

5. Ziekte-ervaring

Tot nu toe is over 'ziekte' gesproken als over een duidelijke entiteit, iets dat concreet is, dat aangetroffen wordt. De manier waarop ziekte *geuit* en *verklaard* wordt, mag dan van cultuur tot cultuur verschillen, de ziekte zelf lijkt zich aan die culturele relativiteit te onttrekken. Men zou de indruk krijgen dat achter de variaties van uiting, verklaring en benaming zich universele ziekten schuilhouden. Maar die visie is niet houdbaar. De ziekte zelf is behalve een pathofysiologisch verschijnsel ook een cultureel product. Dat lijkt in tegenspraak met de universele benaming van ziekten zoals 'diabetes', 'kanker', 'mazelen', 'reuma', 'TB', enzovoort. De universele status van deze ziektes is echter zelf al het resultaat van een culturele daad. De cultuur is een bepaald - natuurwetenschappelijk - standpunt dat ziekte reduceert tot enkele principes en geen oog heeft voor de specifieke betekenis en vorm die de ziekte heeft in een samenleving.

Gevoelens van wel- of niet-welbevinden zijn niet los te maken van hun culturele context. Wat ziekte is, wordt bepaald door wat men heeft leren zien als zodanig. Wat in de ene cultuur als handicap of abnormaal gezien wordt, kan elders heel anders ervaren worden. Wat de fabriekarbeidsters in Maleisië voelden was volgens Ong een omverwerping van hun vertrouwde leefwereld. In de fabriek waren ze beroofd van de beschutting die de familie en het dorp geboden hadden en blootgesteld aan morele, seksuele en fysieke chaos. Het zal duidelijk zijn dat deze ervaring met zijn acute expressie nauw gebonden is aan de cultuur van de betreffende vrouwen. Deze 'ziekte' bestaat bij ons niet.

De ziekte van de vrouw uit Zimbabwe is een ander voorbeeld. Binnen die cultuur en in die situatie (na een miskraam; haar man ver van huis) is haar hoesten een symptoom van een uiterst gevaarlijke ziekte. Het zou een vergissing zijn de ernst van haar toestand weg te wuiven. Omdat haar ziekte als gevaarlijk gezien wordt, *is* hij ook gevaarlijk. De betekenis die aan een symptoom gegeven wordt, bepaalt hoe men zich voelt, hoe ziek men is. De betekenis *is* de ziekte.

In het verhaal van de jongeman met een dwarslaesie is het vooral het overgeleverd zijn aan de hulp van anderen dat zijn 'ziekte' bepaalt. In een cultuur waar 'jong', 'energiek' en 'vrij' tot de hoogst geschatte waarden behoren, vernietigt de dwarslaesie in een klap deze ideale eigenschappen. Alle leuke dingen zijn voorbij. Hij voelt zich een opa terwijl hij kijkt naar de dansende lichamen van anderen.

6. Conclusie

Medisch antropologen hebben zich tot voor kort vooral gericht op *andere* culturen. Daardoor hebben zij, ongewild, bijgedragen aan de overtuiging dat ideeën over ziekte *elders* een culturele aangelegenheid zijn, terwijl theorieën over ziekte in *onze* maatschappij medisch zouden zijn. Wij hebben wetenschappelijke verklaringen voor ziekte en onze behandelwijzen zijn op die wetenschap gebaseerd. 'Wetenschap' betekent kennis die boven de cultuur staat. 'Cultuur' verwijst naar wat toevallig gegroeid is, 'wetenschap' naar wat noodzakelijk is. Er zijn vele culturen, er is maar één wetenschap.

Die suggestie is nog versterkt door twee populaire begrippen in de medische antropologie: *illness* en *disease*. Met deze twee begrippen heeft men - terecht - willen wijzen op de verschillende definities van ziekte die artsen en patiënten hanteren. Ook al geven zij dezelfde naam aan een bepaalde klacht, de betekenis van die term kan aanzienlijk verschillen. Wat de patiënt en zijn omgeving denken, wordt met *illness* aangeduid, wat de arts denkt heet *disease*. In *illness* zit allerlei 'ruis', sociaal, cultureel en psychologisch. Volkse opvattingen maken deel uit van *illness*, de angst van de patiënt, de spanningen in zijn leven, de frustraties op zijn werk.

Illness is vol duisterheid en contradictie, en telkens weer anders, afhankelijk van cultuur, situatie, persoon. *Disease* daarentegen zou ondubbelzinnig zijn, een duidelijk omschreven en vaststaand begrip.

Via de omweg van de studie van andere culturen is men zich echter gaan realiseren dat die uitzonderingspositie voor *disease* onhoudbaar is, en wel om twee redenen. Ten eerste is de ondubbelzinnigheid van biomedische termen een illusie. Tussen artsen - en andere gezondheidswerkers - bestaan veel variaties in diagnosestelling. Niet alleen als zij van verschillende culturen afkomstig zijn, ook binnen één cultuur. In de praktijk is de betekenis van biomedische termen veel meer onderworpen aan toevallige factoren dan men op grond van het pathologieboek zou denken.

Maar ook als er een volmaakte eensgezindheid zou bestaan in het professionele biomedische denken en handelen, zou dat natuurlijk niet betekenen dat de natuurwetenschappelijke geneeskunde geen cultureel verschijnsel is. De uitspraak van een arts over een ziekte is niet minder cultureel dan die van een patiënt. In dat opzicht zijn *illness* en *disease* van hetzelfde laken een pak. Beide begrippen komen voort uit cultuur. *Illness* verwijst veelal naar heterogene en veranderlijke culturen, *disease* naar de professionele en relatief homogene en hegemonistische cultuur van de medische wetenschap.

In hun beschrijvingen van exotische culturen hebben antropologen de 'ander' gebruikt als contrast voor een - vaak ethnocentrische - definitie van zichzelf. Ook in de medische antropologie lag die contrastwerking voor de hand. Ideeën over heksen, voorouders, geesten en heet-koudbalans in andere culturen vormden de afbakening van de natuurwetenschappelijke geneeskunde. Impliciet bevestigden zij dat alleen de westerse geneeskunde wetenschappelijk, rationeel, kortom 'waar' was.

Maar die visie is nu grotendeels verlaten. Andere samenlevingen worden nu eerder als spiegels gezien waarin wij ook onszelf als exotisch ontdekken. Na alles 'ginds' tot cultuur verklaard te hebben, ziekte-uiting, ziekte-verklaring en tenslotte de ziekte zelf, komt de onvermijdelijke vraag: en hoe zit dat met ons? Via de omweg van andere culturen realiseren wij ons dat ook onze uitingen, verklaringen en definities *cultuur* zijn. De Ainu in Japan spreken over hun lichaam en over ziekte in termen die ontleend zijn aan hun onmiddellijke fysieke omgeving van dieren, land en water (Ohnuki-Tierney 1981). In Zimbabwe bestaat de 'omgeving' uit ideeën over heet (gevaarlijk) en koel (veilig), dus is ook hun spreken en denken over ziekte ervan doortrokken.

De medische wetenschappers in onze eigen maatschappij doen niet anders. Ook zij spreken over ziekte in woorden en beelden die in *hun* cultuur de dominante werkelijkheidsvisie uitmaken. De logica van ons natuurwetenschappelijk wereldbeeld strekt zich uit over onze

uiting, verklaring en ervaring van ziekte. Ziekte wordt gezien als een mechanisch defect, een chemisch of biologisch probleem. In onze communicatie met anderen (familie, arts, collega) trachten we dat defect of probleem te lokaliseren en 'technisch' te verklaren. De geloofwaardigheid van dat signaal hangt af van de mate waarin de ziekte wordt uitgedrukt in termen en beelden die passen in de cultuur. Wat land en water voor de Ainu zijn, is voor ons de fysica: een reservoir van verklaringen. De verklaring die de fysica biedt gaat vervolgens de beleving van de ziekte bepalen: we *voelen* de hoge bloeddruk, de verschoven wervel, het zwakke hart, de maagzweer, de ontstoken lever. Het beeld van de ziekte is de ziekte zelf geworden.

De spiegel van andere culturen leert ons nog meer. Iedere samenleving presenteert haar visie als waar. Onze verbazing over het onwrikbaar geloof van anderen in *hun* verklaringmodel richt zich vervolgens op ons *eigen* denksysteem. Wat zij doen, doen wij ook. Dat is immers cultuur: datgene wat men geleerd heeft als relevant en waar beschouwen. De zekerheid die de cultuur biedt, helpt ons te overleven. Het zou ondoenlijk zijn bij iedere keuze alle alternatieve mogelijkheden af te wegen. Geloof in de juistheid van het eigen denken maakt het leven eenvoudig.

Cultuur is, in zekere zin, wat de oogkleppen voor een paard zijn. Het richt onze blik op een beperkt gedeelte van de werkelijkheid. We kunnen dat gedeelte beter zien, *omdat* we de rest niet zien. De natuurwetenschappelijke geneeskunde is erin geslaagd objectief en tastbaar te maken wat zich als subjectief, ongrijpbaar en ambigu, als een 'gevoel van onbehagen', aandiende. Geneeskunst, in iedere cultuur, begint met de kunst van het concreet maken. Maar *wat* 'concreet' is, dicteert de cultuur.

Samenvatting

Medisch-antropologisch onderzoek leert dat 'ziekte' per cultuur verschillend gedefinieerd kan worden. De wijze waarop gevoelens van onbehagen en gezondheidsklachten aan anderen worden kenbaar gemaakt is afhankelijk van sociale en culturele codes. Ook de verklaring van ziekte en ervaringen van pijn en ongemak zijn ingebed in sociale conventies en culturele percepties en waarden. Mensen zijn ziek voor zover de cultuur waarin zij leven hun ervaringen als 'ziekte' erkent. Dit inzicht helpt ons het verschijnsel ziekte in onze eigen cultuur een plaats te geven.

Literatuursuggesties

Currer, C. & M. Stacey (eds), *Concepts of health, illness and disease: A comparative*

perspective. Oxford: Berg, 1986.

Geest, S. van der & G. Nijhof (red), *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1989.

Helman, C., *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1995.

Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

Geraadpleegde literatuur

Evans-Pritchard, E.E.

1937 *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.

Foster, G.M.

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

Jacobson-Widding, A.

1989 Notions of heat and fever among the Manyika of Zimbabwe. In: A. Jacobson-Widding & D. Westerlund (eds) *Culture, experience and pluralism. Essays on African ideas of illness and healing*. Stockholm: Almqvist & Wicksell, pp. 27-44.

Lewis, G.

1976 A view of sickness in New Guinea. In: J.B. Loudon (ed) *Social anthropology and medicine*. London: Academic Press, pp. 49-103.

Ohnuki-Tierney, E.

1981 *Illness and healing among the Sakhalin Ainu. A symbolic interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ong, A.

1988 The production of possession: spirits and the multinational corporation in Malaysia. *American Ethnologist* 15 (1): 28-42.

Whyte, S.R.

1988 The power of medicines in East Africa. In: S. van der Geest & S.R. Whyte (eds) *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer, pp. 217-34.

Witteveen, E.

1997 Over hulpverlening en verschillen in betekenisgeving. Doctoraal scriptie Medische Antropologie, Universiteit van Amsterdam.