

Gesprekken over ziekte in een Kameroenees dorp: een kritische reflectie op medisch-antropologisch onderzoek¹

Robert Pool

Inleiding

Medische antropologie pretendeert een interdisciplinaire onderneming te zijn waarin antropologie en medische wetenschap gecombineerd worden om problemen van ziekte beter te begrijpen en vervolgens op te lossen. Echter, de veronderstellingen die in deze benadering schuil gaan, veronderstellingen over wat de problemen zijn, hoe ze ontdekt moeten worden en wat de beste oplossingen zijn, zijn eenzijdig en etnocentrisch en leiden in de praktijk tot spanningen, tegenstrijdigheden en het eenzijdig opleggen van oplossingen, en maken veel medische antropologie tot een vorm van cultureel imperialisme. In concrete gevallen van de bestudering van ziekteverschijnselen in andere culturen is er vaak een botsing tussen het vast stellen van 'de werkelijkheid', de 'echte ziekte' of 'het ware probleem' (en het opleggen van de daarmee samenhangende oplossing) aan de ene kant en het respecteren en in hun waarde laten van inheemse verklaringen en oplossingen aan de andere kant. De medische antropoloog wil meestal een positieve bijdrage leveren aan het oplossen van problemen (b.v. ziekte of ondervoeding), en zo zijn steentje bijdragen aan 'ontwikkeling'. Maar deze bijdrage is afhankelijk van het innemen van een standpunt m.b.t. de waarheid van westerse medische kennis tegenover inheemse kennis van ziekteverschijnselen, de aard en richting van het ontwikkelingsproces, en de vraag of deze ontwikkeling überhaupt wenselijk is. Deze keuze voor de uitgangspunten, categorieën en verklaringen van de westerse geneeskunde wordt niet gemaakt *na* een vergelijking van de twee systemen en in overleg met de mensen ter plaatse, maar gaat *vooraf* aan die vergelijking. De probleemstelling is juist gebaseerd op deze impliciete keuze vooraf. Het probleem dat onderzocht wordt, en de oplossing die aangedragen zal worden, zijn al aanwezig in, en worden van tevoren al geconstitueerd door, deze uitgangspunten. Problemen en oplossingen worden niet samen vastgesteld maar van bovenaf opgelegd.

Deze uitgangspunten zijn in het kort: dat er een objectieve werkelijkheid bestaat los van het waarnemend subject; dat deze werkelijkheid toegankelijk is d.m.v. het toepassen van de juiste methodologie; dat de westerse medische wetenschap toegang heeft tot een deel van deze werkelijkheid; en tenslotte dat samenlevingen ontwikkelen, dat de westerse samenlevingen verder ontwikkeld zijn dan de rest, en dat de uitkomst van het ontwikkelingsproces in de niet-westerse landen een toestand is die lijkt op de huidige westerse situatie.

Gegeven de geschiedenis van de westerse geneeskunde, en die van de medische antropologie daarna, is het niet zo verbazingwekkend dat het op biomedische veronderstellingen gebaseerd is. De belangrijke vraag is: is dat wenselijk? Omdat biomedische categorieën als objectief gezien worden, wordt ziekte genaturaliseerd: het wordt getransformeerd van een cultureel in een (schijnbaar) natuurlijk verschijnsel. Figlio (1978) heeft laten zien dat de schijnbaar natuurlijke en objectieve aard van medische feiten de sociale verhoudingen verbergt die een centrale rol spelen in de constituëring van ziekte. Medische feiten en theorieën lijken natuurlijk en onafhankelijk van sociale verhoudingen te staan, maar worden mede door die verhoudingen tot stand gebracht.

Het probleem, volgens Figlio, is dan niet zozeer dat niemand dit door heeft. Er zijn waarschijnlijk weinigen die zullen ontkennen dat sociale en culturele factoren een rol spelen in ziekte. Problematisch is dat er steeds een lijn getrokken wordt tussen wat bepaald is en wat autonoom, natuurlijk is. En waar deze lijn getrokken wordt is afhankelijk van sociale en historische factoren. Figlio zegt:

So while I doubt that there is much disagreement about the importance of the 'social' for our understanding of medicine - either in its historical or its contemporary context - I suspect that the social rootedness of medical ideas can always be affirmed with just enough generality to empty it of meaning. A point is always reached in the argument at which a line is drawn between the social realm of practice, behavior, influence, etc. and an *autonomous* natural world or scientific/medical concepts/facts (Figlio 1978:590).

In dit artikel kijk ik terug op mijn onderzoek naar een voedingsziekte, kwashiorkor, in Kameroen. Ik bespreek, bij wijze van zelf-kritiek, de manier waarop de bovengenoemde veronderstellingen het onderzoek hebben beïnvloed en laat zien hoe ik geprobeerd heb ze te overstijgen. Door veldwerk als een communicatief proces te zien is het mogelijk een basis te scheppen voor een dialoog tussen verschillende culturele perspectieven. De medische antropologie heeft het potentieel in zich om een meer coöperatieve en gelijkwaardige relatie tussen westerse en traditionele geneeskunde tot stand te brengen.

Eerst geef ik de redenen voor de gekozen probleemstelling aan, om vervolgens een korte beschrijving te geven van het onderzoek. Ik laat zien hoe ik met een aantal biomedische begrippen en uitgangspunten begon en geleidelijk door een proces van vertaling in communicatieve interactie met informanten een overgang kon maken naar inheemse begrippen. Dit gaf mij toegang tot een andere wereld van betekenissen, die toch betrekking hadden op hetzelfde verschijnsel: het syndroom dat wij kwashiorkor noemen. Ik suggereer dat een meer relativistische benadering van ziekte, gebaseerd op 'reception theory', een alternatief kan bieden voor de objectivistische obsessie van medische antropologen met 'echte' ziektes, en een basis kan vormen voor de gelijkwaardige waardering van inheemse en biomedische begrippen. Tenslotte geef ik aan dat de constellaties van betekenis die ik beschrijf noodgedwongen fragmentarisch zijn en niet op de conventionele manier als een samenhangend systeem weergegeven kunnen worden. In navolging van Fabian zie ik de kennis die de antropoloog in het veld opdoet en mee naar huis neemt in de vorm van teksten, als een product dat hij samen met zijn informanten heeft geproduceerd. Het idee dat veldwerk een proces is waarin kennis gezamenlijk *geproduceerd* wordt, kan gezien worden als een poging om tot een meer gelijkwaardige en communicatieve verhouding met de ander te komen.

Het onderzoeksvorstel

De titel van mijn onderzoeksvorstel was: "Culturele aspecten van voedingspraktijken en hun betekenis voor ziekte en gezondheid bij kinderen in West Kameroen". De doelstelling van het onderzoek werd omschreven als: "Middels antropologisch onderzoek inzicht verwerven in culturele aspecten en praktijken van voeding en ziekte bij kinderen, en op basis van deze inzichten aanbevelingen doen voor de verbetering van voeding bij kinderen en het geven van effectieve gezondheidsvoorlichting".

De motivering van het onderwerp kwam in het kort hier op neer: Er is veel sociaal-wetenschappelijke literatuur waaruit blijkt dat armoede de belangrijkste oorzakelijke factor is in het ontstaan en voortbestaan van ondervoeding (en vele andere ziektes) in de Derde Wereld. Maar er zijn ook goede redenen om aan te nemen dat culturele factoren hier een belangrijke rol spelen, vooral in situaties waar voldoende financiële en voedingsmiddelen beschikbaar zijn, terwijl er toch veel ondervoeding voorkomt. Uit onderzoek is gebleken dat culturele factoren extra van belang zijn als het gaat om ziekte en ondervoeding bij kleine kinderen.

In de Noord-West Provincie van Kameroen heeft onderzoek aangetoond dat er ondanks een goede voedselvoorziening en een betrekkelijke hoge levensstandaard veel ondervoeding bij kleine kinderen voorkomt. Van de kinderen jonger dan vijf jaar is dertig procent chronisch en één procent acuut ondervoed. De hypothese was dat deze ondervoeding waarschijnlijk te wijten was aan culturele factoren, d.w.z. traditionele ideeën en praktijken die strijdig zijn met biomedische inzichten. Het onderzoek was erop gericht deze factoren op te sporen.

Het dorp

Het onderzoek vond plaats in het dorp Tabenken, in de Noord-West Provincie van Kameroen. Tabenken heeft 10.000 tot 15.000 inwoners. Dezen wonen in compounds verspreid over een gebied ongeveer zo groot als Amsterdam. Het dorp is (in de droge tijd) vier uur rijden van de dichtstbijzijnde stad. De mensen leven van zelfvoorzieningslandbouw, met koffie als handelsgewas. Belangrijkste voedselgewassen zijn mais, aardappels, yams, cocoyams, pinda's, bonen, bananen en enkele spinazie-achtige groenten. Al deze gewassen zijn in betrekkelijk grote hoeveelheden aanwezig. De meest voorkomende ziekte is malaria. Deze summier gegevens over het dorp zijn voldoende als achtergrond voor mijn aantekeningen over ondervoeding.

Kwashiorkor

Kwashiorkor is een spectaculaire ziekte: Het kind wordt apathisch en krijgt een miserebele uitdrukking op zijn gezicht. Het lijdt aan oedeem – de benen, armen en het gezicht zwellen op, later ontstaan er zweren op de opgezette delen en de haren worden rood of geel. De westerse medici definiëren kwashiorkor als een voedingsziekte. Zij zien het als een vorm van acute PEM (protein-energy malnutrition), en de belangrijkste oorza-

kelijke factor is volgens hen een tekort aan eiwit en energie. De etiologie van kwashiorkor is complex, en bovendien veranderen de biomedische theorieën over kwashiorkor geregeld. Zo heeft men, sinds het syndroom ontdekt werd, afwisselend de nadruk gelegd op niacine-tekort, eiwit-tekort, eiwit- en energie-tekort (Cassidy 1982). In sommige recente studies aarzelt men om veel nadruk te leggen op een enkele oorzakelijke factor en gaat men uit van een complexe wisselwerking tussen verschillende factoren zoals ondervoeding, ziekte, slechte woonomstandigheden, lage landbouwproductie, etc. (Pacey & Payne 1985). Er zijn ook onderzoekers die beweren dat kwashiorkor geen ondervoedingsziekte is maar een gevolg van aflatoxine vergiftiging (Hendrickse 1985).

Volgens plaatselijke biomedische deskundigen in het gebied waar ik mijn onderzoek heb verricht is de achterliggende oorzaak de 'onwetendheid' van de dorpsbewoners m.b.t. de juiste voeding voor kleine kinderen. Op deze veronderstelling baseren ze dan ook hun voorlichtingspraatjes. Ook antropologen die onderzoek doen naar de culturele factoren bij ondervoeding ('cultural blocks') richten zich meestal op deze 'onwetendheid'.

Volgens eerder onderzoek (URCNNS 1978) zou één procent van de kinderen in het onderzoeksgebied aan acute ondervoeding lijden. Dit was ook min of meer de situatie die ik in Tabenken aantrof. De meeste gevallen van acute ondervoeding die ik tegenkwam waren kinderen met kwashiorkor. Aangezien de symptomen van deze ziekte zo duidelijk zijn was het niet moeilijk om patiënten met kwashiorkor te achterhalen en op een gegeven moment kende ik 25 gevallen. Gedurende mijn hele verblijf zag ik slechts één geval van marasmus en één geval van marasmic kwashiorkor (andere vormen van acute ondervoeding).

Aanvankelijk beperkte ik me tijdens interviews tot vragen over de 'oorzakelijke' factoren (vanuit een biomedisch perspectief): het soort voedsel dat aan het kind gegeven werd, zijn eetgedrag, de ziektegeschiedenis, etc. Vervolgens onderzocht ik de 'culturele achtergrond' van deze factoren: hoe mensen over voeding dachten, hun ideeën over wat wel en niet goed was voor kleine kinderen, de traditionele etiologie, de redenen voor een bepaalde therapiekeuze, etcetera.

In een aantal gevallen kon ik het kind observeren tijdens behandeling in het ziekenhuis of het plaatselijke gezondheidscentrum, of bij een traditionele genezer. Ik besprak deze gevallen ook uitgebreid met de betrokken gezondheidswerkers en de ouders van het kind.

Kwashiorkor and Ngang

Vanaf het begin van mijn onderzoek wilde ik zoveel mogelijk in de plaatselijke taal, het Limbum, werken. Mijn toegang tot die taal, en dus tot het inheemse discours, was aanvankelijk zeer beperkt en is slechts langzaam en moeizaam gegroeid tijdens mijn in totaal twee jaar durende verblijf. Als gevolg daarvan kon ik slechts geleidelijk overgaan van Engelse/biomedische naar Limbum/niet-biomedische termen.²

Mijn eerste toegang tot de wereld van het inheemse discours was d.m.v. het woord 'ngang'³. 'Ngang' was aanvankelijk voor mij slechts een vertaling van 'kwashiorkor'.

Ik ging er vanuit dat als mijn informanten het over *ngang* hadden, ze hetzelfde bedoelden als wanneer ik het over kwashiorkor had. Dit bleek echter niet het geval te zijn. Langzamerhand werd mij duidelijk dat de betekenissen van beide termen elkaar slechts gedeeltelijk overlappen. Bepaalde biomedische verschijnselen die voorkomen bij kwashiorkor, zoals hypoalbumenemia⁴, zijn niet onderdeel van *ngang*. En veel kenmerken van *ngang* vallen buiten het kwashiorkor syndroom. Zo is er b.v. een 'droge' *ngang* zonder oedeem. Medicijnmannen kunnen *ngang* in pasgeboren babies vaststellen aan de hand van een soort huiduitslag. Door deze babies ritueel te behandelen met palmwijn kan voorkomen worden dat ze later een gevaarlijker vorm van *ngang* krijgen. Volgens sommigen is er ook een verband tussen *ngang* en tweelingen. *Ngang* heeft niets te maken met voeding. De overeenkomst in betekenis tussen 'ngang' en 'kwashiorkor' bestaat dus slechts uit een aantal opvallende symptomen: verkleuring van haar en huid, apathie, oedeem. Geen van deze essentiële kenmerken van kwashiorkor is echter noodzakelijk voor het vaststellen van *ngang*. *Ngang* kan dus variëren van een syndroom dat op grond van uiterlijke symptomen niet te onderscheiden is van kwashiorkor, tot een syndroom dat er geen enkele overeenkomst mee vertoont.

Kwashiorkor en Bfaa

In ongeveer dezelfde tijd dat ik kennis maakte met 'ngang' als vertaling van 'kwashiorkor' kwam ik ook het woord 'bfaa' tegen. 'Bfaa' betekent letterlijk 'fout' maar een aantal informanten zei dat 'bfaa' het juiste Limbum woord voor kwashiorkor was. Over de betekenis van het woord 'bfaa' en de relatie tussen 'bfaa' en 'ngang' was veel onenigheid. Volgens sommigen betekende 'bfaa' alleen 'fout' en niets anders. De ziekte waar ik in geïnteresseerd was heette *ngang* volgens deze informanten. Volgens anderen was 'bfaa' juist een synoniem voor 'ngang'. 'Bfaa' zou een ouderwets woord zijn en de meeste mensen gebruikten tegenwoordig 'ngang', maar ze bedoelden hetzelfde. Tenslotte waren er mensen die beide termen gebruikten om verschillende fasen van dezelfde ziekte aan te duiden. Voor deze mensen was *ngang* de vroege fase, als er sprake was van huiduitslag, terwijl *bfaa* het verder gevorderde stadium was, gekenmerkt door oedeem.

De meeste mensen zagen *bfaa* als een soort ziekte, maar net als *ngang* had het niets met voeding te maken. *Bfaa* had wel meestal dezelfde uiterlijke kenmerken als kwashiorkor, met name oedeem. De ziekte *bfaa* werd vaak in verband gebracht met 'fouten'. Hiermee werd meestal ernstige fouten (abominaties) bedoeld, zoals incest, moord, zelfmoord en verwonding. *Bfaa* was een ziekte die volwassenen en kinderen kon treffen. Als een kind *bfaa* kreeg, betekende dat dat de ouders of voorouders ergens een 'fout' hadden begaan. Deze 'fout' moest recht gezet worden door rituele reiniging om het kind beter te maken. De preciese aard van de fout werd d.m.v. divinatie vastgesteld. Vaak speelde hekserij een indirecte rol bij deze *bfaa*. Men dacht dat heksen gebruik maakten van de 'fouten' van mensen om ze de ziekte *bfaa* te geven. Het was ook mogelijk dat de persoon met *bfaa* zelf een heks was die slachtoffer was geworden van zijn eigen boosaardige krachten. *Bfaa* beperkt zich, i.t.t. kwashiorkor, niet tot kinderen. Mensen waren het echter niet met elkaar eens over de rol van hekserij in het ontstaan van zowel *ngang* als *bfaa*.

Kwashiorkor, Ngang of Bfaa?

De vraag die nu gesteld moet worden (en die ik mezelf voortdurend stelde tijdens het onderzoek) luidt: Waar ging het onderzoek eigenlijk over? Of liever, waar hoort dit soort onderzoek over te gaan? Aanvankelijk ging het uitsluitend over kwashiorkor. Mijn overgang naar inheemse termen, en mijn geleidelijke kennismaking met de betekenissen van deze termen richtte mijn aandacht steeds meer op *ngang* en *bfaa*. Ik begon ook steeds meer tijd te besteden aan het interviewen van traditionele genezers die gespecialiseerd waren in de behandeling van *ngang* en *bfaa*.

Was dit verantwoord? Was het juist om case-studies te maken van kinderen die volgens inheemse definities *ngang* of *bfaa* hadden maar geen kwashiorkor? En als een kind wel kwashiorkor had volgens biomedische maatstaven, maar een medicijnman zocht de oorzaak in een geval van zelfmoord dat niet ritueel recht gezet was, was het dan juist om dat te onderzoeken, i.p.v. uitsluitend aandacht te besteden aan het eiwitgehalte van het diët of de leeftijd waarop het kind gespeend werd? Wat was de 'echte' ziekte en wat behoorde slechts tot de culturele voorstellingen? Voor een biomedische arts is het antwoord niet moeilijk, maar waar moet een antropoloog vanuit gaan? Is het juist om het biomedisch gedefinieerde kwashiorkor als *disease* te zien, en de rest naar de categorie van *illness* te verbannen? Dit lijkt misschien eenvoudig maar is dat allerm minst. Wat denken de inheemsen zelf eigenlijk over het verschijnsel? Hun uitspraken erover zijn zo uiteenlopend dat het onmogelijk is om er meer dan oppervlakkige generalisaties over te maken. Een beschrijving van 'het inheemse medische systeem' zou misschien mogelijk zijn, maar het zou niet meer zijn dan een ideaaltypische constructie van mijn kant. Het zou slechts een representatie zijn die de schijn wekt 'de werkelijkheid' daar te weerspiegelen.

Het werd mij in de loop van het onderzoek steeds duidelijker dat het biomedische begrip waar ik van uitgegaan was, ondervoeding, en verwante begrippen zoals voeding, ziekte en diët, cultuur-specifiek waren. Tegelijkertijd realiseerde ik mij dat de zogenaamde culturele context in sterke mate biomedisch bepaald was. Waarom zouden onderwijs, socio-economische status, voorstellingen m.b.t. voedsel, enz. relevant zijn voor het verklaren van bepaalde lichamelijke problemen in een Afrikaans dorp (en niet b.v. hekserij of de activiteiten van voorouders)? Het waren schijnbaar universeel geldende contextuele determinanten van gezondheid, gebaseerd op biomedische ideeën over wat gezondheid is. Met andere woorden, wat als de relevante context beschouwd wordt hangt af van impliciete veronderstellingen, voorafgaand aan het onderzoek, over wat de antwoorden op de onderzoeksvragen zouden moeten zijn. Dus de antwoorden op de probleemstelling (welke sociaal-culturele factoren spelen een rol in het ontstaan van ondervoeding?) worden al verondersteld in de selectie van relevante contextuele factoren (status, onderwijs, traditionele voorstellingen, etc), en er wordt impliciet vanuit gegaan dat inheemse etiologieën, voor zover zij afwijken van de biomedische, bijgevoel zijn (*beliefs* en *geen knowledge*). Ik wil hier niet ontkennen dat er een correlatie kan bestaan tussen deze factoren en ondervoeding, maar beweer dat deze correlatie slechts betekenis heeft binnen de context van het biomedische discours, d.w.z. binnen de discursieve praktijk van een bepaalde interpretatieve gemeenschap, en dat deze geen beroep kan doen op een geprivilegieerde toegang tot de objectieve werkelijkheid. Der-

gelijke correlaties bieden misschien een uitstekende biomedische verklaring, maar als verklaring gaan zij voorbij aan hoe de betrokken mensen zelf het verschijnsel zien. Als een dergelijke verklaring naar inheemse ideeën verwijst, is het alleen als 'cultural blocks', d.w.z. verkeerde ideeën.

Hoe problematisch dit was werd duidelijk toen ik de overgang maakte van Engelse (biomedische) naar Limbum termen. Ik begon met een letterlijke vertaling van de Engelse termen in het Limbum, maar heel gauw bleek dat er veel meer aan de hand was. Het proces van vertalen sloeg een brug tussen twee betekeniswerelden en maakte het steeds meer mogelijk toegang te krijgen tot de conceptuele wereld van mijn informanten.

Maar deze overbrugging leidde tevens tot een dilemma. De Limbum⁵ termen, die ik aanvankelijk slechts zag als vertalingen van Engelse/biomedische, bleken later een heel andere betekenis te hebben. Ik werd me bewust dat ik een studie trachtte te maken van inheemse ideeën ('the native's point of view') over ziekte en ondervoeding, terwijl het centrale begrip, ondervoeding, juist van buiten geïntroduceerd werd. Er bestond niet eens een Limbum woord voor, en het hele idee dat ziekte veroorzaakt kon worden door gebrek aan bepaalde voedingsstoffen was vreemd aan de traditionele etiologie. Het gevolg was dat elke poging om het denken van binnenuit te begrijpen mij tevens steeds verder weg voerde van het verschijnsel ondervoeding. Bovendien bleek dat sommige vormen van ondervoeding, b.v. chronische ondervoeding, voor de gewone mensen daar onzichtbaar waren. M.a.w. er bestond helemaal geen 'native's point of view' over ondervoeding. Dit dilemma lijkt mij inherent aan veel medisch antropologisch onderzoek.

Ziekte als 'tekst'

Een mogelijke oplossing voor deze problemen kan zijn ziekte, in dit geval kwashiorkor/*ngang/bfaa* te benaderen op dezelfde manier als er in 'reception theory' naar literaire teksten gekeken wordt. Als men uitgaat van biomedische veronderstellingen, moet men ziekte objectiveren: bepaalde ziektes – b.v. ondervoeding – bestaan echt; je kunt de symptomen zien, ze zijn objectief vast te stellen. Deze positie acht ik onhoudbaar. Hetzelfde geldt voor een extreem relativistische houding waarin alle verklaringen en ervaringen van ziekte als gelijkwaardig beschouwd worden. Er zijn wel degelijk criteria op grond waarvan men kan beslissen welke verklaringen het meest adequaat of aannemelijk zijn, maar deze zijn niet universeel; ze gelden slechts binnen bepaalde interpretatieve gemeenschappen (Bernstein 1983).

Volgens Fish (1980) bestaat er niet zoiets als *de* letterlijke betekenis van een tekst. Een zogenaamde letterlijke betekenis kan slechts tot stand komen als *gevolg* van een bepaalde interpretatie. In principe staan teksten open voor een oneindig aantal interpretaties. In de praktijk, echter, is het aantal aanvaardbare interpretaties op elk gegeven ogenblik beperkt. Aanvaardbare en onaanvaardbare interpretaties worden niet van elkaar onderscheiden door te verwijzen naar de letterlijke inhoud van de tekst, want die bestaat niet. Ze worden vastgesteld d.m.v. (impliciete) afspraken binnen interpretatieve gemeenschappen (zie ook Nijhof 1989).

Er is volgens Fish altijd een tekst, waarnaar verwezen wordt, maar die tekst staat *nooit* los van zijn interpretatie. De letterlijke betekenis van een tekst is altijd een functie van interpretatie. Die interpretatie gebeurt soms op zo'n primair niveau dat het lijkt alsof datgene wat het oplevert bestaan heeft voordat enige interpretatie plaatsvond. Het heeft daarom geen zin je te beroepen op bewijzen uit de tekst, want wat als bewijs moet gelden, wordt juist door interpretatie vastgesteld. Er is dus geen betekenis zonder interpretatie. Een zin die geen interpretatie nodig lijkt te hebben, is reeds het resultaat van interpretatie.

In een antropologische benadering zou ziekte op dezelfde wijze gezien moeten worden. Een ziekte heeft dezelfde ontologische status als een literaire tekst: Er is wel een ziekte, er *zijn* symptomen, maar ze bestaan *niet* los van de (voor)interpretaties van de mensen die ze waarnemen en proberen te begrijpen. Vanuit dit perspectief is ziekte niet een objectief bestaande toestand of entiteit maar iets dat geconstitueerd wordt door interpretaties, gebaseerd op bepaalde veronderstellingen. Ziekteverschijnselen die heel duidelijk bestaan en geen interpretatie nodig lijken te hebben, zijn al het gevolg van een interpretatie. Rabinow en Sullivan (1979:6) drukken het als volgt uit: "...there is no outside, detached standpoint from which to gather and present brute data. There is no privileged position, no absolute perspective, no final recounting".

Dit heeft problematische gevolgen voor het onderscheid dat gemaakt wordt tussen *illness* en *disease*. Disease is ziekte gezien door de biomedische deskundige: een objectieve toestand of entiteit vastgesteld door een arts aan de hand van neutrale technieken en een superieure interpretatie. Illness daarentegen wordt gezien als iets subjectiefs, een klacht zoals die wordt waargenomen, ervaren en geïnterpreteerd door de leek. In een conventionele benadering zou kwashiorkor de disease zijn, terwijl *ngang* en *bfaa* verbannen zouden worden naar de categorie van illness. Een relativistische benadering, zoals boven geschetst, leidt automatisch tot de oplossing van het onderscheid tussen illness en disease. Alles wordt illness, disease wordt niets anders dan biomedische illness.

Zo'n stellingname zou leiden tot problemen voor medisch geschoolde antropologen die in een inter-culturele setting werkzaam zijn.

In practice, at work in a sea of infectious disease, how can western physicians in poor countries internalise any other taxonomy than their own and be able to function effectively? Should they even try? (Prins 1981:178).

Prins wijst erop dat Gilbert Lewis, zoals de meeste medische antropologen, ervoor kiest om ziektes als objectieve, biologische entiteiten of toestanden te zien, die geïnterpreteerd kunnen worden los van historische en culturele factoren. Voor hem zou dit nodig zijn om een vergelijkende studie van de culturele factoren die samen hangen met ziekte überhaupt mogelijk te maken. Als wij dit niet deden, zouden wij gedwongen zijn om uit te gaan van de ziekte-definities van de cultuur die wij onderzoeken, en "...the mass of undiagnosed but objectively present illness which Lewis, as a physician, found in the Sepik" (Prins 1981:179) over het hoofd zien.

Dit lijkt mij voor de antropoloog echter een schijnprobleem. Als wij ziekteverschijnselen of – een ander voorbeeld – religieuze verschijnselen bestuderen, is het niet noodzakelijk om uit te gaan van een a priori onderscheid tussen wat bepaald wordt (cultuur, illness) en wat autonoom is (natuur, disease). We moeten kritisch reflecteren op onze

vooronderstellingen over wat wij denken dat echt bestaat en wat wij denken dat slechts bestaat in de verbeelding van onze informanten. Zoals Geertz zegt:

The thing to ask about a burlesqued wink or a mock sheep raid [of ziekte of hekserij] is not what their ontological status is. It is the same as rocks on the one hand and dreams on the other -they are things of this world. The thing to ask is what their import is: what it is...that, in their occurrence and through their agency, is getting said (Geertz 1973:10).

Ik ben het wel met Prins eens dat het in de praktijk niet mogelijk om eerst hier in het Westen een hele medische ideologie te internaliseren en dan bij aankomst in een andere cultuur deze vooronderstellingen tijdelijk opzij te zetten of uit te schakelen om je vervolgens helemaal te vereenzelvigen met een andere manier van denken. Het gaat om een geleidelijke overgang, een interactie of dialoog, tussen verschillende perspectieven, zonder dat een perspectief al bij voorbaat verworpen wordt als niet-objectief. Het gaat om een communicatieve praxis waarin kennis *geproduceerd* wordt.

De productie van kennis

Het is niet mogelijk *zonder* vooronderstellingen naar een andere cultuur te gaan en daar bepaalde verschijnselen, zoals ziekte, te bestuderen. Zonder de vooronderstellingen uit de eigen cultuur en kennis over de andere cultuur zou men niet eens weten waar men naar moest kijken. Het is juist de aanwezigheid van ideeën die maakt dat bepaalde dingen opvallen. Die ervaring leidt vervolgens tot een discussie met de mensen die die bewuste zaak juist gewoon vinden. Het feit dat ik kwashiorkor als ondervoedingsziekte zag, dat ik zocht naar ideeën van mensen over ondervoeding en een verband probeerde te leggen tussen die ideeën en kwashiorkor zorgde ervoor dat ik de inheemse ideeën over dat syndroom vreemd vond en met mensen erover in discussie ging. Wat Bernstein schrijft over het begrijpen van kunstwerken of het verleden geldt ook voor de antropologisch benadering van andere culturen:

The task of hermeneutical understanding is not to (deceptively) convince us that we can somehow abstract ourselves from our own historical context, or that it is even conceivable to think that by some pure act of empathy we can leap out of our situation and 'into' the minds of the creators of works of art or historical subjects. Meaning and understanding are not psychological processes, discrete events, or states of mind, they are essentially and intrinsically *linguistic* (Bernstein 1983:126).

In mijn onderzoek ben ik begonnen met bepaalde biomedische begrippen en langzaam, d.m.v. discussies met informanten, overgestapt op inheemse begrippen. Deze overgang begon als een loutere vertaling van Engelse, biomedische, termen in het Limbum en liep uit op een exploratie van betekenis-constellaties die geen directe verband meer hadden met de oorspronkelijke biomedische begrippen. Die constellaties waren echter wel cruciaal om te begrijpen hoe mensen dachten, en handelden m.b.t. het syndroom dat wij kwashiorkor noemen. Overigens was er wel enig verband tussen de betekenissen van de verschillende termen: 'kwashiorkor', 'ngang', 'bfaa'. Als dat niet zo geweest was had ik ze ook niet als (gedeeltelijke) vertalingen van elkaar kunnen gebruiken zie ook Rosaldo 1980:261).

Deze constellaties van betekenissen bestaan niet ergens in de hoofden van de mensen

als 'kennis', maar worden (gedeeltelijk) geproduceerd tijdens het etnografische proces van veldwerk. Er is dus geen 'etnomedisch systeem' of 'traditionele etiologie' dat bestaat los van de concrete gevallen van interactie waarin het geactualiseerd wordt. Medische kennis, zoals ik geprobeerd heb aan te geven in mijn korte beschrijving, is negatief: fragmentatie en incoherentie zijn normaal (Fabian 1987a).⁶ Dit geldt niet alleen voor de medische kennis van mijn informanten, maar ook voor mijn etnografische kennis van hun kennis. Dit volgt uit de manier waarop veldwerk gedaan wordt.

Interactie begint als ik een informant confronteer met mijn vragen, met mijn Engelse, biomedische begrippen, of met mijn versie van zijn inheemse ideeën, en probeer zijn vertalingen en ideeën uit te lokken. Maar het is niet louter een kwestie van vragen stellen en antwoorden krijgen. Het gaat niet alleen om stukjes informatie die als delen van een legpuzzel in elkaar passen, om uiteindelijk een coherent beeld van het geheel te geven. Ik *confronteer* mensen met mijn vragen en *dwing ze na* te denken over vragen en verbanden waar ze anders misschien nooit over zouden nadenken, niet omdat mijn vragen zo slim of moeilijk zijn, maar juist omdat ze zo simpel en vanzelfsprekend zijn. Omdat ik 'anders' ben vallen mij dingen op die voor hen vanzelfsprekend zijn. De discussies worden gestuurd en de inhoud daarvan wordt deels bepaald door confrontatie en provocatie. Mijn aanwezigheid als 'blanke dokter' die onderzoek doet naar ziekte is al voldoende om mensen uit te dagen over bepaalde dingen na te denken en te spreken.⁷

Discussies en interviews kunnen ook niet zomaar afgebakend worden in tijd, ruimte en betekenis. Het is heel gewoon dat een informant een vraag onbeantwoord laat, naar huis gaat, erover nadenkt, in de kroeg met vrienden bespreekt en later terug komt met een voorlopig antwoord. Met dit antwoord confronteert hij mijn eigen voorlopige antwoord, in de tussentijd geformuleerd op grond van andere gesprekken met andere informanten. Zo blijven de antwoorden steeds voorlopig. Betekenis hangt van allerlei factoren af: wie praat, met wie, in welke context, met welk doel, met welke voorkennis, en in welke taal (of talen)?

Het opnemen en letterlijk uitschrijven van gesprekken leidt er niet toe dat de letterlijke betekenis ook vastgesteld wordt (zie Fish 1980). In tegendeel, bij het herlezen van interview-teksten wordt juist duidelijk hoe veranderlijk en context-gebonden betekenis is. Voordat ik vertrok naar het veld werd ik geadviseerd om interviews op te nemen met een cassette recorder, maar slechts de 'relevante' delen uit te schrijven. Maar wat is relevant? Iets wat niet relevant lijkt op het moment van uitschrijven kan dat later wel zijn. In mijn eerste interviews, bijvoorbeeld, toen ik me uitsluitend richtte op biomedisch gedefinieerde kwashiorkor, kwamen onderwerpen als zelfmoord, incest, hekserij, vroege behandeling voor *ngang*, etc., vaak aan de orde. Omdat ik alle interviews in hun geheel had opgeschreven zijn deze opmerkingen bewaard gebleven. Als ik me beperkt had tot opmerkingen die op dat moment voor mij 'relevant' waren, had ik juist datgene gemist wat voor mijn informanten het belangrijkste was.

Dus wat relevant is in een interview kan veranderen, voor mij en voor mijn informant. En hoe ik de uitspraken van mijn vroegere informanten gebruik in mijn publicaties en verslagen is ook niet neutraal. Ook citeren is een symbolische daad (Crick 1982:30). Toen het einde van mijn onderzoek naderde kwam de volgende gedachte in mij op. Hoewel antropologen willen voorkomen dat collega's citeren van hun voorlopige

drafts, construeren zij zelf vaak hele kosmologieën of etnomedische systemen uit wat eigenlijk de eerste drafts van hun informanten zijn (en het zijn nog wel verbale drafts). Ik vroeg me af waarom informanten niet de kans zouden krijgen om hun eigen teksten te commentariëren en veranderen. Dit drong tot me door toen ik een discussie had met mijn assistent Lawrence over de betekenis van 'bfaa'. Hij was mij iets aan het vertellen dat precies het tegenovergestelde was van wat hij mij een aantal weken tevoren gezegd had. "Maar nu spreek je jezelf tegen", zei ik, "vorige keer heb je het tegenovergestelde beweerd". "Nee, niet waar", zei hij. "Ik weet het zeker" antwoordde ik, "want ik heb de transcriptie van dat interview hier". "Laat zien" zei hij, en trok het papier uit mijn hand. Nadat hij enkele minuten in stilte had zitten lezen zei hij: "Ja, dat weet ik nog, maar dat is niet wat ik echt bedoelde. Ik heb er over nagedacht, en wat ik je nu verteld heb is wat ik echt denk" (In het licht hiervan kan men de vraag stellen welke waarde wij nog kunnen hechten aan de resultaten van eenmalige enquête-interviews).

Dergelijke gebeurtenissen roepen problemen op voor een antropologie die ervan uitgaat dat veldwerk-interviews een vorm van informatie-overdracht zijn, en dat de taak van veldwerk het verzamelen van data is. Fabian pleit daarentegen voor een *performatieve* opvatting van etnografie en plaatst die tegenover *informatieve* etnografie. Hij verwierpt de veronderstelling dat informant kante en klare *informatie* in hun hoofd hebben, die ze, als ze daarom gevraagd worden, kunnen oproepen en uiten in discursieve uitspraken, die de antropoloog dan verzamelt als data. Informatie kan alleen voortkomen uit opvoering, *performance*.

What has not been given sufficient consideration is that about large areas and important aspects of culture no one, not even the native, has 'information' that can simply be called up and expressed in discursive statements. This sort of knowledge can be represented -made present- only through action, enactment, or 'performance'. In fact, once one sees matters in this light, the answers we get to our ethnographic questions can be interpreted as so many cultural performances.... Performances,... although they can be asked for, are not really responses to questions. The ethnographer's role, then, is no longer that of questioner; he is but a provider of occasions, a *catalyser* in the weakest sense, and a *producer*... in the strongest (Fabian 1987b:5).

'Performance' is dus niet louter een opvoering van een reeds bestaand script, maar het scheppen, samen met anderen, van iets nieuws. Het is het resultaat van de handelingen van verschillende mensen die samen werken om aan hun ervaringen en ideeën vorm te geven (Fabian 1987b:13). In dat opzicht waren mijn gesprekken over kwashiorkor, *ngang* en *bfaa* 'performances'. Wat ik van die gesprekken bewaard heb in de vorm van teksten zijn niet verzamelde data maar gezamenlijke producten. Daarom kunnen het ook geen reflecties zijn van inheemse ideeën over ziekte.

Conclusies

Puttend uit ervaringen tijdens mijn onderzoek naar 'ondervoeding' in Kameroen, heb ik geprobeerd aan te tonen dat de biomedische vooronderstellingen in medische antropologie leiden tot een objectivistische opvatting over kennis van ziekte. In zo'n benadering wordt objectieve kennis van ziekte gezien als een prerogatief van de westerse ge-

neeskunde; problemen van ziekte en gezondheid in andere culturen worden uitsluitend gedefinieerd in termen van het westers biomedische discours, en de oplossingen van deze problemen worden reeds verondersteld in de manier waarop het probleem geformuleerd is. Onderzoek wordt uitgevoerd en oplossingen worden van bovenaf opgelegd zonder dat het object van deze bemoeienissen, de ander, daar iets over te zeggen heeft.

Ik ben van mening dat de benaderingen die ik boven besproken heb, Fabian's ideeën over 'performance' en het relativisme van Fish, Bernstein⁸ en Geertz, ons dichter bij een oplossing brengen. Door objectivistische vooronderstellingen los te laten en etnografische kennis als een gezamenlijk product te zien, en door gelijkwaardige en communicatieve interactie primair te stellen kan de medische antropologie voorkomen dat zij een instrument van westers cultureel imperialisme blijft. De medische antropologie moet los komen van de hiërarchische opvatting van de relatie tussen antropoloog en informant, tussen degene die vragen stelt en degene die antwoorden geeft (Fabian 1987b:11).

Noten

De auteur is afgestudeerd in de culturele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij heeft onderzoek gedaan naar opvattingen over voeding en ziekte in Gurajat, India en in Kameroen.

- 1 Het onderzoek waarop dit artikel is gebaseerd is mogelijk gemaakt door een beurs van WOTRO (nr. W52-370).
- 2 Er was een ingewikkelde linguïstische situatie. Naast Limbum, de inheemse taal, en Engels was er ook Pidgin Engels, plus de invloed van een aantal andere talen uit naburige streken. Om het betoog eenvoudig te houden beperk ik me hier tot Limbum en Engels.
- 3 Als ik de term bedoel, zet ik het woord tussen enkele aanhalingstekens ('ngang') en als ik het begrip bedoel, schrijf ik het woord cursief (*ngang*).
- 4 Tekort van een bepaald eiwit in het bloed.
- 5 Het vertaalprobleem had eigenlijk betrekking op drie talen, te weten Engels, Pidgin en Limbum, maar, zoals gezegd, beperk ik me nu tot de vertaal-situatie tussen Engels en Limbum.
- 6 Om dit duidelijk te maken zou ik eigenlijk de letterlijke teksten van verschillende discussies en dialogen weer moeten geven. Ik heb dat gedaan in mijn proefschrift maar in het bestek van dit artikel is dat niet mogelijk. Ik volsta daarom met een korte beschrijving.
- 7 De meeste blanken in het gebied zijn missionaris of arts. Het was al gauw duidelijk voor de mensen dat ik geen missionaris was. Ik deed onderzoek naar ziekte en werd daarom voor dokter aangezien.
- 8 Bernstein's doel is "to move beyond objectivism and relativism" (Bernstein 1983).

Literatuur

- Bernstein, R.
1983 *Beyond objectivism and relativism: Science, hermeneutics and praxis*. Oxford: Blackwell.
- Cassidy, C.M.
1982 Protein-energy malnutrition as a culture-bound syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry* 6:325-345.
- Crick, M.
1982 Recasting witchcraft. In M. Marwick (ed), *Witchcraft and sorcery* (2nd edition), Harmondsworth: Penguin, pp. 343-364.

URCNNS

- 1978 *United Republic of Cameroon National Nutrition Survey*. Washington: Agency for International Development.
- Fabian, J.
1983 *Time and the other: How anthropology makes its object*. New York: Colombia University Press.
1987a Presence and representation: the other and anthropological writing. Amsterdam, ongepubliceerd.
1987b Reflections on performance. Amsterdam, ongepubliceerd.
- Figlio, K.
1978 Chlorosis and chronic illness in 19th century Britain: the social constitution of somatic illness in a capitalist society. *International Journal of Health Services*, 8(4):589-617.
- Fish, S.
1980 *Is there a text in this class. The authority of interpretive communities*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Geertz, C.
1973 *The Interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Hendrickse, R.G.
1985 Kwashiorkor: 50 years of myth and mystery. Second P.H. van Thiel Lecture, Institute of Tropical Medicine, Rotterdam-Leiden.
- Nijhof, G.
1989 Nominalisatie en naturalisering in de gezondheidszorg. In: Van der Geest, S. en G. Nijhof (Red) *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur*. Ter perse.
- Pacey, A. & P. Payne (eds).
1985 *Agricultural development and nutrition*. London: Hutchinson.
- Prins, G.
1981 What is to be done? Burning questions of our movement. *Social Science and Medicine*, 15B: 175-183.
- Rabinow, P. & W. M. Sullivan (eds.)
1979 *Interpretive social science*. Berkeley: University of California Press.
- Rosaldo, M.
1980 *Knowledge and passion. Ilongot notions of self and social life*. Cambridge: Cambridge University Press.