

Over epilepsie en samenwerking met traditionele genezers en profeten in Swaziland: hoe geïnspireerde genezing het onderspit delft

Ria Reis

In dit artikel wordt opnieuw de mogelijke rol van traditionele genezers in de basisgezondheidszorg ter discussie gesteld, en wel in relatie tot de controle van epilepsie. Epilepsiepatiënten in Swaziland blijken vooral behoefte te hebben aan een inbreng van geïnspireerde genezers. In Afrika worden samenwerkingsprogramma's echter gedomineerd door kruidendokters. Ambivalente opvattingen over geïnspireerde genezers op het niveau van de WHO zijn daar mede debet aan. De voorkeur voor een integrale behandeling van epilepsie en het vertrouwen dat zij bij de bevolking genieten, brengen de auteur ertoe te pleiten voor samenwerking met juist die genezers die zich op inspiratie beroepen.

Toen de WHO in 1978 de integratie van de traditionele geneeskunde in de basisgezondheidszorg als formeel beleidsadvies lanceerde, stond vast dat antropologen de verdere ontwikkelingen met argusogen zouden volgen; zij hadden immers zelf een constructieve bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit advies. Uit de evaluaties die sindsdien verschenen zijn, blijkt dat het laatste decennium niet alleen minder vorderingen, maar ook andersoortige ontwikkelingen te zien heeft gegeven dan was verwacht. Zo zijn aan de kant van de genezers 'kruidendokters' de dialoog met de westerse gezondheidszorg gaan domineren ten koste van andere typen genezers, zoals mediums van vooroudergeesten en gebedsgenezers (Chavunduka & Last 1986: 262; Pillsbury 1982: 1827). Er lijkt een negatief verband te zijn tussen de mate waarin een genezer zich beroept op inspiratie door een hogere macht en de mate waarin samenwerking met hem wordt gezocht.

Chavunduka en Last maken aannemelijk dat dit verschijnsel door een samenspel van factoren werd veroorzaakt. Zo noemen zij het in veel Afrikaanse landen geldende verbod op genezingspraktijken die zich op het bovennatuurlijke beroepen, de toegenomen populariteit van kruidendokters door kerstening en modernisering, de stimulans vanuit de farmaceutische industrie, en de aantrekkelijkheid van nieuwe organisaties voor juist die genezers die traditioneel minder georganiseerd waren (Chavunduka & Last 1986: 263-4). Ik wil het belang van hun verklaring niet aanvechten, maar het stoort mij dat de plannenmakers van de WHO, waaronder antropologen, buiten schot blijven. In dit artikel wil ik laten zien dat de doelstelling

van de WHO vanaf het begin werd gekenmerkt door een ambivalente houding ten opzichte van 'geïnspireerde genezers' en dat hierdoor de dominantie van herbalisten in de kaart is gespeeld.¹ De vraag dringt zich daarbij op of deze ambivalentie correspondeert met de betekenis die men op lokaal niveau aan 'geïnspireerde genezing' hecht.

Het 'multi-level perspectief' dat Van der Geest, Speckmann en Streefland (1990) in relatie tot de basisgezondheidszorg aanbevelen, geeft een handvat om te laten zien hoe op verschillende niveaus van sociale organisatie grenzen worden gesteld aan wat men in het kader van integratie of samenwerking onder 'traditionele geneeskunde' wenst te verstaan. Voor mijn betoog kan ik volstaan met een vergelijking van twee ver uiteenliggende niveaus: het internationale beleid en het gezichtspunt van gebruikers van de gezondheidszorg, in mijn geval de epilepsiepatiënten die het onderwerp vormden van mijn onderzoek in Swaziland.² Aan de orde komt ook de medische antropologie, die als schakel tussen deze twee niveaus bij uitstek heeft bijgedragen aan de productie van denkbepelden omtrent traditionele genezers.

Overigens ben ik niet de eerste die tracht vanuit een multi-level perspectief naar de traditionele geneeskunde in Swaziland te kijken. Onder een andere noemer, *World Systems Analysis*, onderzocht Enid Gort de relaties tussen globale, regionale, nationale en lokale ideeën en belangen met betrekking tot de promotie van de traditionele geneeskunde. Zij kwam tot de conclusie dat het beeld van de traditionele geneeskunde zoals dat op internationaal en nationaal niveau wordt gehanteerd, niet overeenstemt met het beeld dat leeft onder de rurale bevolking, en evenmin met de realiteit van veranderende traditionele instituties. Een discrepantie die de planning van participatie van genezers in gezondheidszorgprogramma's bij voorbaat negatief belast (Gort 1987:25,26). Dit artikel kan daarom worden gezien als een bijdrage aan een discussie die met betrekking tot Swaziland door haar werd gestart.

In tegenstelling tot Gort benader ik het probleem van integratie of samenwerking echter vanuit een specifiek ziektebeeld: epilepsie. Anders dan in de westerse wereld, waar epilepsie primair onder het specialisme neurologie valt, wordt deze ziekte in Swaziland, net als in andere Afrikaanse landen, tot het domein van de psychiatrie gerekend. Als zodanig maakt epilepsie een belangrijk deel uit van het poliklinisch patiëntenaanbod. Om een idee te geven: in 1987 werd landelijk 62% van de consulten bij psychiatrisch verpleegkundigen als epilepsie geregistreerd. De vraag die ik mij hier allereerst stel, namelijk of het in het licht van de teleurstellende ontwikkelingen überhaupt nog wel zin heeft energie te besteden aan samenwerkingsplannen, moet dan ook worden gelezen als de vraag naar het nut van dergelijke plannen in het kader van de epilepsiebestrijding.

Epilepsie: een rol voor genezers?

Op een kwade dag verloor Samson Mamba, die toen 14 jaar was, plotseling het bewustzijn, viel trekkend met armen en benen op de grond, liet zijn urine lopen en beet in een tien-minuten-durende aanval zijn tong kapot. Zijn hevig geschrokken ouders dachten onmiddellijk aan een traditionele ziekte en brachten hem daarom naar een traditionele genezer, die hun vermoedens bevestigde. Hier waren

tilwane, diergeesten, in het spel. Een boosdoener moest hen via voedsel hebben toegediend. Had de jongen niet kort tevoren over buikpijn geklaagd? Hij kreeg medicijnen om het kwaad uit te drijven, maar de behandeling faalde: er ging geen maand voorbij zonder een aanval. Vier traditionele genezers die in de jaren daarna werden bezocht, wezen *tilwane* als oorzaak aan. Slechts nadat een *femba* was uitgevoerd, een ritueel om de kwade geesten te verdrijven, voelde Samson zich wat beter, maar na een maand werd hij opnieuw teleurgesteld. Hij was al in de twintig toen hij zich op aanraden van een goede vriend aansloot bij een genezingskerk. Op zijn ziekte had ook deze stap echter geen effect. Het duurde veertien jaar voor Samson hulp zocht in een kliniek, en niet nadat hij had gehoord dat er elke week een specialist kwam voor *sifosekuwa*, de ziekte van het vallen. De behandeling door deze specialist, die een psychiatrisch verpleegkundige bleek te zijn, was hoopgevend: drie maanden gingen zonder aanvallen voorbij. Maar zijn genezing bleek schijn: toen hij stopte met de tabletten kwam de ziekte onverminderd terug. Na nog een laatste poging bij een traditionele genezer gaf hij de moed op en besloot zich bij zijn lot neer te leggen.

Aldus het beknopte relaas van een epilepsiepatiënt in Swaziland. Een relaas dat op tenminste één punt niet representatief is: het merendeel van de 164 mensen met epilepsie die wij in de loop van ons onderzoek interviewden, kwam binnen een jaar na de eerste aanval bij een arts of verpleegkundige terecht. Daarentegen is Samsons verhaal wel illustratief voor twee kenmerkende eigenschappen van het hulpzoekgedrag van epilepsiepatiënten in Swaziland: de meeste mensen gaan eerst te rade bij een traditionele genezer of gebedsgenezer, en eenmaal onder behandeling bij een kliniek haakt een belangrijk deel na een paar maanden weer af. In onze onderzoeksgroep zocht 74% in de loop van zijn ziekte zijn toevlucht tot meerdere geneeswijzen.³

Op grond van vergelijkbare gegevens stelt Makhubu (1978) dat het toneel voor de integratie van het westerse met het traditionele systeem in Swaziland vanuit de patiënten bezien al is ingericht. Voor haar is dit één van de argumenten om vóór een structurele integratie tot op het niveau van het Ministerie van Gezondheidszorg te pleiten. Hetzelfde gegeven wordt echter ook wel gebruikt als argument om verdere discussie over integratie overbodig te verklaren. Sommige wetenschappers, door Van der Geest 'de laconieken' genoemd, vragen zich af waarom men de therapiekeuzen niet aan de patiënten zelf overlaat. Van integratieplannen komt in Afrika in de praktijk immers weinig terecht. Patiënten en genezers bepalen hun keuzen uiteindelijk zelf (Van der Geest 1984: 31).

Ik meen echter dat in het kader van de epilepsiebestrijding een laconieke opstelling onverantwoord is. Gezien de bijdrage die de westerse geneeskunde aan de preventie en behandeling van epilepsie kan leveren, is een houding van niet willen ingrijpen in de therapiekeuzen van mensen met epilepsie aanvechtbaar. Een zo effectief mogelijke controle van epileptische aanvallen is van groot belang alleen al met het oog op de soms zeer ernstige consequenties, zoals brandwonden, verlammingen, of geestelijke retardatie (in onze onderzoeksgroep resp. 10%, 4% en 5%; cf. Draat 1982: 283). Uit onze gegevens blijkt dat de kans op dergelijke onomkeerbare gevolgen aanzienlijk kleiner is voor mensen die slechts van de westerse gezondheidszorg gebruik maken.⁴ Als men eerst hulp zoekt bij een genezer, kan diens interpretatie een verder uitstel van het bezoek aan een kliniek veroorzaken.

Zo menen sommige genezers dat iemand met *tilwane* gevaar loopt als hij naar de dokter gaat: door injecties kunnen de 'dieren' waardoor de patiënt bezeten is naar buiten komen en hem doden (cf. Green 1985: 282).

Nu zou zo'n vertraging geen probleem zijn als men met traditionele behandelmethoden goede resultaten zou boeken. Maar dit is niet het geval. De meeste genezers die wij spraken, gaven aan dat in hun ervaring epilepsie een zeer moeilijk en vaak niet te genezen ziekte is. Aan de kant van de patiënten werd bij 65% van de behandelingen door genezers geen enkel effect gerapporteerd en bij 18% een lichte verbetering, terwijl bij slechts 2% de aanvallen wegbleven. Voor de westerse gezondheidszorg lagen de cijfers precies omgekeerd: 67% van de patiënten die onder reguliere behandeling van de kliniek waren, gaf aan geen aanvallen meer te hebben, terwijl bij allen sprake was van tenminste een aanzienlijke verbetering. De bijdrage die de westerse gezondheidszorg kan leveren aan de behandeling van epilepsie is ontegenzeggelijk groot.

Die bijdrage is niet beperkt tot het beheersen van de aanvalsfrequentie. Epilepsie komt in Afrika meer voor dan in de westerse wereld. In ons onderzoeksgebied vonden wij een prevalentie van 1,5%, ongeveer drie maal hoger dan men in een evengrote populatie in Nederland kan verwachten.⁵ Het feit dat kleine kinderen door frequente ziekte-episodes een grotere kans op koorts-convulsies hebben, die als ze onbehandeld blijven tot hersenbeschadiging kunnen leiden, is een van de veelgenoemde oorzaken van de hogere prevalentie van epilepsie in Afrika. Onvoldoende zorg bij zwangerschap en bevalling, maar bijvoorbeeld ook ondervoeding en bepaalde infectieziekten zoals syfilis en tbc, kunnen eveneens epilepsie veroorzaken. Ook zijn er vermoedens dat de in Afrika soms plaatselijk zeer hoge prevalentie van epilepsie te wijten is aan de parasiet *Taenia Solium* die in ondoorbakken varkensvlees voorkomt en die cysticercosis in de hersenen kan veroorzaken (Draat 1982: 281; Luijk & Smits 1969: 47). Voor de bestrijding van epilepsie is de preventieve zorg dus van groot belang.

De twee kenmerken van het keuzegedrag van epilepsiepatiënten in Swaziland, waarvoor Samsons verhaal model stond, namelijk het in eerste instantie hulpzoeken buiten de westerse gezondheidszorg en het onderbreken van de behandeling, zijn daarom wel degelijk problematisch. Met andere woorden, de 'de facto arbeidsverdeling' tussen de westerse en traditionele sectoren waarover Green en Makhubu (1984: 1073) spreken, werkt voor epilepsiepatiënten ongunstig uit. Etiologische denkbeelden blijken een belangrijke rol in deze arbeidsverdeling te spelen. Traditionele genezers zien epilepsie als een ziekte waarbij zowel natuurlijke als bovennatuurlijke factoren in het spel kunnen zijn en benadrukken hun onmisbaarheid als er sprake is van bijvoorbeeld hekserij. Aan de kant van patiënten blijkt dat diegenen die in eerste instantie aan hekserij of andere bovennatuurlijke oorzaken denken, meer dan anderen hun toevlucht tot traditionele genezers nemen.⁶ Bij de cultureel aan de Swazi verwante Zulu wordt epilepsie volgens Ngubane (1977: 23) als een natuurlijke ziekte beschouwd, en zij stelt dat patiënten daarom gemakkelijk de overstap naar westerse medicijnen maken. Als men zich tot doel stelt de invloed van de westerse gezondheidszorg op epilepsie te vergroten zou men zich er dus voor moeten inspannen om genezers en mensen met epilepsie van de 'natuurlijkheid' van het ziektebeeld te overtuigen. Aangezien traditionele genezers voor epilepsie-

patiënten vooralsnog een feitelijke eerste lijn in de gezondheidszorg vormen, ligt het voor de hand daartoe met hen samen te werken. Maar het is duidelijk dat een 'samenwerking' in die vorm er uiteindelijk slechts op is gericht hen wat epilepsie betreft de markt uit te werken.

Er zijn echter redenen om ervoor te pleiten dat in de plannenmakerij ten aanzien van de epilepsiebestrijding aan het begrip samenwerking meer inhoud wordt gegeven. Er is immers een grens aan de oplossing die de westerse geneeskunde aan epilepsiepatiënten te bieden heeft. Volgens de moderne medische denkbeelden gaat het bij epilepsie om een chronische aandoening van het centraal zenuwstelsel, gekenmerkt door herhaalde aanvallen die samenhangen met een overactiviteit van hersencellen.⁷ Als er geen aanwijsbare oorzaken worden gevonden die men kan aangrijpen, zoals een infectieziekte of een tumor, bestaat de therapie in hoofdzaak uit het vinden van een op de patiënt toegesneden behandeling, gericht op een evenwicht tussen een zo effectief mogelijke controle van de aanvallen en zo min mogelijk bijwerkingen van de medicijnen. In de meeste gevallen is men dus niet in staat de ziekte werkelijk weg te nemen. Samsons teleurstelling, toen hij na drie maanden westerse behandeling nog steeds epilepsie bleek te hebben, is wat dat betreft zeer begrijpelijk.

Lijden aan epilepsie betekent het moeten leren leven met chroniciteit, met soms jarenlang medicijngebruik, en als de behandeling niet volledig effectief is – wat ook in Nederland voor zo'n 40% van de patiënten opgaat – leren leven met de wetenschap dat er altijd onverwacht een aanval kan optreden. Epilepsie kan iemands toekomst radicaal veranderen, bijvoorbeeld omdat men zijn studie moet onderbreken, een beroep onmogelijk wordt gemaakt, of omdat men problemen ondervindt bij het zoeken naar een huwelijkspartner. Van de 164 patiënten in onze onderzoeksgroep maakte 30% een of meerdere sociale of psychische problemen expliciet. Voor mensen die slechts van de westerse gezondheidszorg gebruik maken, bleek de kans op dergelijke gevolgen niet minder dan voor hen die ook genezers bezochten. De westerse gezondheidszorg heeft wat de psycho-sociale begeleiding van epilepsiepatiënten betreft dan ook een flinke hoeveelheid boter op het hoofd. De stigma's waarmee mensen met epilepsie in onze maatschappij nu nog geconfronteerd worden, waren tot voor kort tevens in de professionele benadering terug te vinden. Zo leerden verpleegkundigen nog in 1964 dat bij de meeste epilepsiepatiënten karakterdegeneratie optreedt (Knaven et al. 1986: 2, 55).

De laatste decennia hebben op dit vlak een kentering te zien gegeven. Psychische en sociale aspecten krijgen meer aandacht. Men weet nu bijvoorbeeld dat iemands psycho-sociaal functioneren de aanvalsfrequentie kan beïnvloeden. En juist met betrekking tot het psycho-sociale vlak wordt algemeen erkend dat de bijdrage van traditionele genezers in Afrika vooralsnog onvervangbaar is (Green 1980: 498-9). Ik meen dat dit niet louter mag worden toegeschreven aan het feit dat zij het wereldbeeld met hun patiënten delen. Het is bijvoorbeeld nog onduidelijk in hoeverre etiologische denkbeelden aan het welbevinden van patiënten of aan processen van stigmatisering bijdragen. Uit recent onderzoek in Groot-Brittannië blijkt dat het denkbeeld, dat epilepsie een fysieke oorzaak heeft, als extreem bedreigend kan worden ervaren. Erfelijkheid is een verklaring die niet alleen de patiënt, maar ook zijn nageslacht en familie in ruimere zin kan stigmatiseren

(Scambler 1989: 28, 77). En hoewel de stigma's waarmee epilepsiepatiënten in Afrikaanse samenlevingen te maken krijgen in de literatuur vaak zonder meer worden verbonden met het geloof in hekserij, blijken er toch samenlevingen te zijn waar een dergelijk geloof geen stigma tot gevolg heeft.⁸ Elders heb ik betoogd dat denkbeelden die de oorzaak van ziekte buiten de patiënt zoeken, juist een destigmatiserend effect kunnen hebben (Reis 1990).

Het is dus mogelijk dat de etiologische denkbeelden die mensen met epilepsie ertoe brengen in eerste instantie hun toevlucht tot traditionele genezers te zoeken, uiteindelijk een intrinsieke positieve bijdrage aan hun welbevinden leveren. Deze constatering confronteert ons met een dilemma als we de traditionele tegen de westerse behandeling afwegen. Ik meen dan ook dat in relatie tot de bestrijding van epilepsie de mogelijke inbreng van de traditionele geneeskunde serieus overwogen moet worden. Het is voor epilepsiepatiënten van belang dat integratie of samenwerking onderwerp van discussie blijft: niet alleen vormen genezers gewoonlijk de eerste lijn in de geestelijke gezondheidszorg en is samenwerking een basisvoorwaarde om patiënten in een vroeg stadium met de westerse behandeling in aanraking te brengen, tevens sluit een rol voor de genezers aan bij het moderne medisch denken waarin wat epilepsie betreft het belang van een integrale aanpak onderkend wordt.

Kruidendokter, waarzegster en gebedsgenezer

Eenmaal de beslissing voor samenwerking genomen, rijst de vraag welk type genezer daarvoor in aanmerking komt. Men kan net als in de rest van zuidelijk Afrika globaal drie typen onderscheiden. Naast de waarzegster, de *sangoma* (mv. *tangoma*), had vanouds de kruidendokter, de *inyanga yemitsi/lugedla* (mv. *tinyanga/tingedla*), zijn praktijk. Sinds de jaren twintig is daar de gebedsgenezer/profeet bijgekomen.⁹ Tussen de eerste twee is er traditioneel een zekere taakverdeling. De *sangoma* is in de eerste plaats diagnosticus. Men schakelt hem of haar in om achter de oorzaak van de ziekte te komen, en om te vragen naar welke behandelaar men moet gaan. De *lugedla* is als specialist op het gebied van medicijnen vooral behandelaar.

In de praktijk is het niet altijd duidelijk met welk type genezer men te maken heeft. In de eerste plaats is er verwarring door de term *inyanga*. Deze heeft de algemene betekenis van dokter of specialist en kan zowel een *sangoma* als een *lugedla* aanduiden.¹⁰ Bovendien beperken de meeste *tangoma* zich niet tot diagnose en verwijzing; zij hebben hun eigen kennis van genezende planten en velen zijn tegenwoordig specialist in de veelgezochte *femba*, het eerder genoemde uitdrijvingsritueel. Ook wordt een *lugedla* wel rechtstreeks door patiënten benaderd, en stelt dan diagnoses. Wat de gebedsgenezer betreft, zijn therapeutisch arsenaal bestaat hoofdzakelijk uit gebed, handoplegging en gezegend water, maar er zijn er ook die van traditionele medicijnen gebruik maken.

Hoewel er in de medische praktijk zeker sprake is van overlapping, ligt er een essentieel verschil in de bron van kennis waarop men zich beroept. De geneeskraft van de *lugedla*, gewoonlijk een man, berust hoofdzakelijk op door een leerproces verkregen technische kennis. Kruidendokter wordt men door vrijwillig voor dat beroep te kiezen. Bij de *sangoma*, meestal een vrouw, gaat het minder om een

beroep dan om een zijnswijze. Zij ontleent haar diagnostische inspiratie aan de voorouders die haar hebben aangewezen om voor hen als medium te dienen. De gebedsgenezer, in Swaziland meestal een man, beroept zich eveneens op inspiratie door een hogere macht, maar dan in het christelijk idioom. De kracht om te genezen wordt geïnterpreteerd als een gave van de Heilige Geest.

Het onderscheid tussen de *lugedla* enerzijds en de *sangoma* en gebedsgenezer anderzijds stemt overeen met Helmans dichotomie van 'seculiere' en 'heilige' genezers (Helman 1990: 58). Maar deze terminologie roept herinneringen op aan het in de sociale wetenschappen invloedrijke Durkheimiaanse onderscheid tussen 'het profane' en 'het heilige', waarin veelomvattende denkbeelden over de samenleving besloten liggen die bovendien aan fundamentele kritiek onderhevig zijn (cf. Lukes 1975: 24-8). Ik geef er de voorkeur aan te spreken over geïnspireerde en niet-geïnspireerde genezers, termen die specifiek verwijzen naar datgene waarop men meent dat de geneeskracht van een genezer berust en daarmee ook naar datgene waaraan genezers hun legitimatie ontleenen. De *sangoma* en de gebedsgenezer beschikken over iets waar het de herbalist aan ontbreekt: zij ontleenen een belangrijk deel van hun legitimatie aan de band die zij hebben met een hogere macht.

Dit onderscheid heeft in de context van een integratie van genezers in de gezondheidszorg een actuele waarde gekregen: waar professionele organisaties van traditionele genezers zijn opgericht, blijken deze zowel in leiderschap als in lidmaatschap gedomineerd te worden door herbalisten (Chavunduka & Last 1986: 262). Een vergelijking van samenwerkingsprojecten in verschillende landen laat zien dat het vooral om traditionele vroedvrouwen ging; als traditionele genezers werden benaderd betrof het herbalisten (Pillsbury 1982: 1827).

Het is moeilijk te zeggen in hoeverre een dergelijke dominantie van niet-geïnspireerde genezers ook voor Swaziland geldt. Wat de traditionele genezers betreft, de oproep van de toenmalige koning van Swaziland aan het eind van de jaren zeventig, om onder auspiciën van het Ministerie van Gezondheidszorg een organisatie op te zetten, heeft slechts zeer beperkt succes gehad. Conflicten tussen wetenschappers die werden uitgenodigd of zich geroepen voelden om aan het proces van integratie bij te dragen, conflicten tussen het Ministerie en hulporganisaties, en tussen genezers onderling, hebben er toe geleid dat er weliswaar officieel een organisatie van traditionele genezers is opgericht, maar dat deze maar een deel van hen vertegenwoordigt. Ik heb geen gegevens over de typen genezers die zich bij de organisatie hebben aangesloten. De leider van de vereniging presenteert zich als 'natuurgenezer' en refereert op zijn visitekaartje aan de homeopathie. Ook op districtsniveau wordt het gezicht van de organisatie door mannelijke genezers bepaald, een gegeven dat op zich kan verwijzen naar een dominantie van herbalisten, maar de twee leden van de organisatie in het Shiselwenidistrict die ik gesproken heb, zeiden *sangoma* te zijn.

Duidelijk is dat de organisatie slechts in zeer beperkte mate als gesprekspartner van de gezondheidszorg functioneert. Vast staat ook dat gebedsgenezers helemaal niet werden benaderd. Weliswaar hebben de meeste genezingskerken in Swaziland zich aangesloten bij de 'Swaziland League of African Churches', maar deze organi-

satie is vooralsnog slechts gesprekspartner van andere organisaties van kerken en niet van de gezondheidszorg.¹¹

Kijken wij naar concrete samenwerkingsprojecten: een van de twee door de regering gesteunde gezondheidszorgprojecten waarbij traditionele genezers betrokken zouden worden, het 'Rural Health Motivator Training Program', wist nauwelijks genezers te bereiken. En een ander veelbelovend project, het 'Oral Rehydration Project', is door strubbelingen en politieke factoren vastgelopen. Om kort te zijn, men kan moeilijk spreken van een dominantie van herbalisten in de samenwerking met de westerse gezondheidszorg, omdat er in de praktijk nog nauwelijks samengewerkt wordt.

De WHO en geïnspireerde genezers

Het feitelijk gebrek aan samenwerking wil niet zeggen dat er geen strijd wordt gevoerd over de kwestie welke genezers competent zouden zijn om met de westerse gezondheidszorg samen te werken. Vooralsnog is dat vooral een strijd met beelden: belangengroepen construeren hun eigen beeld van de traditionele geneeskunde om dat vervolgens te propageren of te verwerpen. Het gaat daarbij om een min of meer publiekelijk debat. In de dagbladen, met name in het Engelstalige discussieforum 'The Swazi Times', vonden de afgelopen jaren bijna dagelijks confrontaties over het onderwerp plaats, bijvoorbeeld tussen voorvechters van de Swazi traditie en evangelische kerken.¹²

Historisch en economisch gezien is in de eerste plaats de stem van de WHO belangrijk. Het Ministerie van Gezondheidszorg is voor haar projecten in belangrijke mate afhankelijk van internationale ondersteuning. Internationale hulporganisaties, zoals de United States Agency for International Development (USAID), die van cruciale invloed is op de basisgezondheidszorg, volgen in het toekennen van hulp richtlijnen van de WHO. De WHO zelf heeft veel bemoeienissen in Swaziland, zoals bijvoorbeeld in het opbouwen van een voor Afrikaanse begrippen bijzonder goede psychiatrische infrastructuur. Een eerste vraag is dus of en hoe geïnspireerde genezers deel uitmaken van het beleid ten aanzien van de traditionele geneeskunde zoals dat door de WHO in haar campagne voor integratie werd aanbevolen.

Gort geeft een beschrijving van de verschillende factoren die op het niveau van de WHO de formulering van een doelstelling gericht op integratie van traditionele genezers beïnvloed hebben. Speelden bij minder ontwikkelde landen vooral nationalisme en politiek activisme een rol, bij westerse landen overheerste een defensieve houding tegenover beschuldigingen van cultuurimperialisme én de noodzaak tot bezuinigen. Kritische rapporten die wezen op het gevaar traditionele genezers over één kam te scheren of hun centrale rol in de gemeenschap te overdrijven, vonden nauwelijks gehoor (Gort 1987: 45-62).

De WHO signaleert het onderscheid tussen verschillende typen genezers wel, maar in de planning van programma's die integratie of samenwerking tot doel hebben, wordt het beeld van de traditionele geneeskunde vereenvoudigd als was zij in handen van een homogene groep. Impliciet worden niet-geïnspireerde genezers echter bevoordeeld. Zo behoeft het geen betoog dat er geen WHO programma's

zijn die specifiek geïnspireerde genezers als doelgroep hebben. Daar staat bijvoorbeeld de beslissing van de WHO (en de EEG) tegenover om in Swaziland een project te subsidiëren met als hoofdbestanddeel de analyse van traditionele medicijnen.¹³

Men zou de ambivalente politiek zoals die in de jaren zeventig door de WHO ten aanzien van de relatie tussen geïnspireerde en niet-geïnspireerde geneeskunde werd ontwikkeld als volgt kunnen omschrijven: men heeft oog voor het feit dat naast de technische kennis van genezende substanties specifieke etiologische denkbeelden en daarop gebaseerde methoden onlosmakelijk deel uitmaken van de traditionele geneeskunde; men is zich ervan bewust dat een nadruk op traditionele medicijnen de aandacht afleidt van verdienstelijke holistische aspecten; integratie is erop gericht het beste te kiezen uit het traditionele en westerse denken; daartoe moeten traditionele methoden wetenschappelijk getoetst worden; daarom staat bij voorbaat vast dat geïnspireerde genezing in het integratieprogramma moeilijk opgenomen kan worden (WHO 1978).

Deze cirkelredenering waarin aan de verdiensten van geïnspireerde genezing slechts lippen dienst wordt bewezen, is in feite kenmerkend voor de paradox van twee gelijktijdig onderschreven doelstellingen:

1. niet te oordelen over de traditionele geneeskunde tenzij binnen haar eigen cultureel kader, om beschuldigingen van ethnocentrisme voor te zijn;
2. de traditionele geneeskunde te verheffen tot eenzelfde status als de westerse geneeskunde door met westerse middelen haar effectiviteit en wetenschappelijke basis te bewijzen.

Fassin en Fassin beschrijven deze paradox in de casus van een door de WHO gesteunde Beninese arts die een gezondheidscentrum van officieel erkende traditionele genezers wil oprichten en wiens oplossing van de paradox erin bestaat te geloven “dat kwakzalvers dan wel vanzelf zullen verdwijnen” (Fassin & Fassin 1988: 355). Evenzo lijkt de WHO aan te sturen op een oplossing waarbij genezers die claimen dat hun kunde op een speciale relatie met een hogere macht berust – ‘helaas’ – moeten verdwijnen.

De antropoloog als makelaar

De paradoxale houding van de WHO volgt de bedding van het in Afrika gangbare uit koloniale tijden stammende verbod op praktijken gebaseerd op het geloof in hekserij. In Swaziland is sinds het einde van de vorige eeuw zelfs het advies om een ‘witchdoctor’ te raadplegen strafbaar; onder deze term wordt ook de *sangoma* begrepen.¹⁴ Chavunduka en Last (1986) – beiden sociale wetenschappers en de eerste bovendien herbalist – noemen dit als meest voor de hand liggende verklaring voor de dominantie van herbalisten. Een factor die bij hen niet aan de orde komt, is de invloed van de sociale wetenschappers, die door internationale hulporganisaties werden ingeschakeld om hun deskundigheid te wijden aan de integratie van genezers in de basisgezondheidszorg, i.e. wetenschappers die de opdracht hebben wat leeft op het lokale niveau te vertalen in, of te verbinden met wat het internatio-

nale niveau beroert, en die daarom per definitie als schakel of makelaar tussen die niveaus beschouwd moeten worden.

In Swaziland betreft dit vooral de antropoloog Green, die een constructieve rol in alle belangrijke op samenwerking gerichte projecten heeft gespeeld. Ik acht zijn visie op geïnspireerde genezers in deze context dan ook van belang. In 1979 schreef Green een rapport ten behoeve van de planning van de geestelijke gezondheidszorg in Zuidoost Afrika (Green 1979). Daarin benadrukt hij allereerst de grote rol die genezers in Afrika feitelijk spelen in de behandeling van geestelijk ontregelde mensen. Hij is bijzonder positief over de rol van de 'shamaan'. Vervolgens ontwerpt hij een typologie van genezers om vast te kunnen stellen met welke genezers samenwerking de meeste kans van slagen heeft. De criteria die hij daarvoor gebruikt zijn "eerlijkheid en goede bedoelingen", variërend van minder naar meer kwakzalverij, en empirische oriëntatie. Hij komt dan tot de conclusie dat "(...) healers of the herbalist type seem to be the best candidates for collaboration with modern health practitioners. It should be emphasized, however, that shamans may play a vitally important role in their respective societies, in which case their authority should not be purposely undercut (...) even if they are not particularly good candidates for collaboration" (Green 1979: 73). Gebedsgenezers vallen bij voorbaat uit de boot.

In 1980 verscheen in het tijdschrift *Medical Anthropology* een op dit rapport gebaseerd artikel, waarin Green zijn voorkeur in twee hypothetische generalisaties presenteert: "(...) herbalists tend to be trusted in their own communities and they tend to be willing to share their knowledge with outsiders, so long as the latter are motivated by a sincere desire to learn (...) herbalists tend to make the best candidates for training or collaborative efforts by health officials" (Green 1980: 503).

Zijn argumentatie is interessant. In de eerste plaats onderscheidt hij de 'sorcerer-healer' van de 'herbalist', implicerend dat deze typen eenduidig in de werkelijkheid aan te treffen zijn. Maar bij hekserij en tovenarij gaat het meestal om verdachtmakingen en vermoedens, en zoals ik in een volgende paragraaf zal aantonen, maakt in Swaziland juist de herbalist de grootste kans om als 'sorcerer-healer' beschouwd te worden. Zijn oordeel over de gebedsgenezers baseert Green onder andere op een verslag over Botswana dat aantoonde dat alle gezondheidswerkers tezamen genomen (dus ook de traditionele genezers, die overigens niet in verschillende typen werden onderscheiden) er het minst voor voelen samen te werken met gebedsgenezers. Ook in een studie over Mali die hij aanhaalt, spelen attitudes van werkers in de gezondheidszorg een belangrijke rol. Maar waarom zou de gemakkelijkste weg, namelijk die de voorkeur heeft van gezondheidswerkers, ook de beste moeten zijn? Zijn bespreking van een derde studie, van Warren over de Bono in Ghana, is hoogst ambivalent. Hoewel het duidelijk is dat de Bono bij geestesziekten vooral hulp bij de 'diviner-priest' zoeken en dat men diens rol in de behandeling van dergelijke ziekten niet moet onderschatten, ziet Green daarin geen reden tot samenwerking. Integendeel, herbalisten zouden getraind kunnen worden om te assisteren in de moderne medische behandeling van geestesziekten.

In feite bepleit hij de samenwerkingspolitiek aan het type genezer aan te passen. Vertaald naar de situatie in Swaziland stelt hij dat de *sangoma* zoveel mogelijk met rust gelaten moet worden, een houding die overeenkomt met wat Dunlop een politiek van 'non-interventie' noemt. De meer empirisch gerichte *lugedla* moet men

trachten te organiseren om met hen samen te werken, de 'selectieve legalisering' die Dunlop noemt (Dunlop 1975: 585).

De implicatie van deze tweeledige keuze, gebaseerd op de gedachte dat het 'traditionele medische systeem' gescheiden van het moderne kan hlijven functioneren, is duidelijk. De samenwerking met de kruidendokters geschiedt op termen van de westerse gezondheidszorg. Gezien de superieure westerse technieken is de kans groot dat deze kruidendokters daarbinnen nooit meer dan een marginale plaats zullen innemen. Maar de goedbedoelde terzijdestelling van de geïnspireerde genezers leidt eveneens tot marginalisering. Want samenwerkingsprogramma's leveren genezers wel degelijk voordelen op. Green noemt in een later artikel een toename van prestige, het verwerven van vaardigheden, uitbreiding van hun praktijk en extra inkomsten uit de verkoop van eenvoudige geneesmiddelen (Green 1988: 1128). En Gort beschrijft 'moderne' genezers als meer succesvol naarmate zij zich minder aan de traditionele rolverdeling houden: de genezer die claimt door de voorouders geroepen te zijn maar in feite als herbalist werkt en de genezer die creatief gebruik maakt van westerse en traditionele elementen, hebben tegenwoordig meer inkomsten dan het klassieke type genezer (Gort 1989: 1102).¹⁵ Met andere woorden, wat heeft de *sangoma* eraan dat haar positie 'niet opzettelijk' wordt ondermijnd, als zij tot een soort traditioneel reservaat wordt veroordeeld en de herbalist zijn positie door de dialoog met de moderne gezondheidszorg aanhoudend kan versterken?

De eerdergenoemde paradox is dus ook bij medisch antropologen te vinden. Hoe positief men de rol van de geïnspireerde genezers ook waardeert, men kan hen niet tegemoetreden, omdat daarmee de principes ondergraven worden waarop de westerse gezondheidszorg rust. Men zou de deur openen voor kwakzalvers. Dat dit dilemma reëel is, doet niet af aan het feit dat de dominantie van herbalisten in samenwerkingsprojecten in dit geval inoefelijk beschouwd kan worden als een onverwachte uitkomst van tien jaar beleid. Hun uitverkiezing was een expliciete doelstelling van dat beleid.

Lokaal niveau: denkbeelden van patiënten

Dalen wij nu af naar de denkbeelden van diegenen om wie de strijd in wezen wordt gevoerd, maar die daarin nauwelijks partij vormen, de patiënten. Welk beeld hebben mensen die met epilepsie geconfronteerd worden over de traditionele geneeskunde en welke waarde kennen zij toe aan geïnspireerde genezers? Ik had over dit onderwerp met patiënten in discussie kunnen gaan om zo een beeld te krijgen van de ideeën die zij daarover koesterden. Dat is niet gebeurd, omdat de waardering van het inspirationale voor mij in die fase van het onderzoek niet als thema was uitgekristalliseerd. De gesprekken met patiënten werden zoveel mogelijk langs de lijn van een chronologisch verhaal geconstrueerd. Dat betekende dat ik vroeg naar de omstandigheden van de eerste aanval, waar het gebeurd was, wie er getuige van waren geweest, wat men in eerste instantie had gedacht, of men hulp zocht en bij wie, wie de beslissing daartoe nam, wat de gekozen hulpgever had gezegd en gedaan, of de aanvallen toen wegbleven, enzovoort. De keuzes die men in de loop der tijd zegt te hebben genomen (en die voor een deel geverifieerd konden worden met

behulp van anderen, familieleden, Rural Health Motivators, of voorzover men voor de westerse gezondheidszorg koos, met behulp van verpleegkundigen en de psychiatrische kliniekaart¹⁶), geven echter naar mijn mening een goed beeld van de betekenis die patiënten aan geïnspireerde genezing hechten. Zij logenstraffen het idee dat er aan de kant van patiënten een verschuiving is naar een meer 'mechanische' rationaliteit, zoals Chavunduka en Last opmerken (Chavunduka & Last 1986: 263).

Als we kijken naar de hulpverlener bij wie men na de eerste aanval te rade ging, zien we dat ongeveer de helft (84) van de 164 geïnterviewden zei in eerste instantie een traditionele genezer of gebedsgenezer geraadpleegd te hebben. Bij 40 van hen betrof dit een *sangoma* of profeet.¹⁷ Kijken we naar de volgende stap in het hulpzoekproces, dan valt op dat 23 van de 44 patiënten die eerst een *lugedla* of *inyanga* bezochten toch nog een gebedsgenezer of *sangoma* raadpleegden voor ze de kliniek aandeden. Met andere woorden, 75% van de mensen die na omwegen in de kliniek belandden, was reeds gezien door een geïnspireerde genezer. Richtten we ons op de 48 patiënten die na hun bezoek aan de kliniek toch weer genezers bezochten, dan wordt het beeld nog scherper: bij een kwart van hen werd een *lugedla* betrokken, maar een meerderheid (38) consulteerde een *sangoma* of gebedsgenezer. Geïnspireerde genezers komen bij 95 patiënten voor in hun relaas, dat is 78% van de patiënten die buiten het westers systeem hulp zochten (58% van het totaal). Voor *lugedla* is dit 39% (29% van het totaal). De verwarring rond het begrip *inyanga* is overigens van invloed op de cijfers. Als men deze in navolging van Green en Makhubu beschouwt als *sangoma*, kan men stellen dat 86% van de patiënten die buiten de kliniek hulp zochten geïnspireerde genezers aandeed, maar als men voor *inyanga lugedla* leest, consulteerde 63% niet-geïnspireerde genezers. Hoe dan ook, men moet concluderen dat geïnspireerde genezers, i.e. de *sangoma* en de gebedsgenezer, in het zoeken naar genezing van epilepsie in de praktijk minstens even belangrijk zijn als de kruidendokter.

Interessant is waarom aan de geïnspireerde genezer zo'n grote waarde wordt toegekend. Op de rechtstreekse vraag waarom men in eerste instantie voor een bepaalde genezer had gekozen was het antwoord vaak voorspelbaar of ontwijkend: men zei de genezer nu eenmaal te kennen of men verwees naar de raadgeving van burenen. In het relaas over de eerste ervaring met epilepsie kwamen echter andere factoren naar voren. Bij ongeveer een derde van de patiënten werd benadrukt hoe de omgeving geschrokken was en hoe men absoluut niet geweten had wat ervan te denken: een goede reden om te kiezen voor een genezer die gespecialiseerd is in het stellen van een diagnose. Weer een derde zei de eerste aanval meteen geïnterpreteerd te hebben als het gevolg van hekserij, eveneens een reden om hulp te zoeken bij geïnspireerde genezers. Voorouders of de Heilige Geest zijn bij machte dergelijk bovennatuurlijk kwaad te onthullen en te bestrijden.

En waarom raadpleegde zo'n relatief grote groep mensen na confrontatie met de westerse behandeling toch weer een, in de meeste gevallen geïnspireerde, genezer? Van de 48 mensen die de behandeling daadwerkelijk onderbraken, gaven er 19 de schuld aan omstandigheden, zoals verhuizing of gebrek aan geld voor de bus, of aan het feit dat hun familie of een genezer druk op hen had uitgeoefend. De overigen schaarden zich aan de zijde van Samson Mamba: ook de westerse behandeling werd als niet-bevredigend ervaren. Sommigen dachten dat ze genezen waren toen de

aanvallen een tijdje wegbleven. Mijn gegevens wijzen erop dat naarmate de behandeling effectiever is, men de behandeling eerder stopt! De acceptatie van epilepsie als chronische ziekte is problematisch. Genezers vertelden dat het denkbeeld van een ongeneeslijke ziekte die desondanks behandeld wordt niet in het traditionele denken past. De opvatting van ziekte als een toegevoegd kwaad brengt een opvatting van genezing met zich mee die bestaat in het verdrijven van het kwaad. De westerse behandeling van epilepsie is niet grondig genoeg, want de ziekte blijft onder de oppervlakte sluimeren. Maar misschien zijn er geen cultuurspecifieke verklaringen nodig: chroniciteit lijkt overal moeilijk te accepteren (cf. Trostle 1988).

Er waren ook mensen die een meer specifieke ontevredenheid uitspraken. Men had bezwaar tegen het dagelijks slikken van medicijnen en patiënten en hun familie bij wie epilepsie tot onherstelbare beschadigingen had geleid, of deel uitmaakte van een meeromvattend probleem, zoals bij geretardeerde of anderszins gehandicapte kinderen, ervoeren het wegnemen of verminderen van de aanvallen als onvoldoende. De keuze voor een genezer die de vraag naar het waarom kan beantwoorden, en die de plaats van de soms gehandicapte patiënt binnen zijn naaste omgeving kan (her)definiëren is in het licht van zingevingsproblematiek begrijpelijk.

Vertrouwen in de genezer is daarbij essentieel, maar in tegenstelling tot wat Green voor herbalisten in het algemeen veronderstelt, is mij juist opgevallen hoe ambivalent de bevolking tegenover de *lugedla* staat. Zijn kennis is technisch en moreel neutraal en kan daarom zowel in goede als in kwade zin gebruikt worden. Men raadpleegt een *lugedla* niet alleen voor medicijnen om ziekte te genezen, maar ook voor medicijnen om ziekte te veroorzaken. Hij is naast therapeut ook verkoper en het hangt van zijn persoonlijke integriteit af of hij scrupules heeft op dat terrein. De ambivalentie in de waardering van juist de meest technisch georiënteerde onder de genezers komt dramatisch tot uiting in de publieke consternatie rond de in Swaziland regelmatig voorkomende rituele moorden, waarbij sommigen van hen betrokken zouden zijn. Ngubane beschrijft hoe deze algemeen veroordeelde praktijk in feite een logisch uitvloeisel vormt van de principes waarop het traditionele denken over voor- en tegenspoed gebaseerd is. Als ritueel specialist moet een traditionele genezer soms wel adviseren een mens als zondebok en gave aan hogere machten te offeren (Ngubane 1986). Maar men meent dat een *sangoma* met deze praktijk onmogelijk van doen kan hebben. De voorouders die haar tot genezer hebben gemaakt zouden een betrokkenheid bij het doden van een mens uit winstbejag zwaar straffen (cf. Chavunduka & Last 1986: 269).

Overigens geldt iets dergelijks voor de gebedsgenezer, gezien de macht over het kwaad die door hen die erin geloven aan de Heilige Geest wordt toegekend. Toch worden gebedsgenezers in de publieke opinie soms wel met de – in Ngubane's terminologie – 'sinistere' kant van traditionele genezing geassocieerd (Ngubane 1986). Het zal geen verbazing wekken dat dit vooral profeten treft die van traditionele medicijnen gebruik maken en die daarom dicht bij de *lugedla* staan.¹⁸

Wat een mogelijke samenwerking tussen de verschillende typen genezers betreft, vonden de meeste patiënten dat men niet tegelijkertijd verschillende medicijnen moet gebruiken, omdat men dan het effect niet kan beoordelen. Niettemin kwam uit de chronologische verhalen vaak de combinatie van westerse met traditionele behandelingen naar voren. Van de 119 patiënten die meerdere genezers bezochten,

deed een derde dit gelijktijdig. Vooral de combinatie van westers medicijn met geïnspireerde genezers deed zich vaak voor.¹⁹ Dit betekent niet dat patiënten een integratie van de traditionele geneeskunde met de westerse gezondheidszorg wensen. Het is iets heel anders zelf naast het ziekenhuis iemand te bezoeken die je vertrouwt, dan bijvoorbeeld in het ziekenhuis geconfronteerd te worden met onbekende traditionele genezers. Een gebeurtenis in het ziekenhuis in de hoofdstad mag als voorbeeld dienen. Daar ontstond grote paniek onder de moeders op de kinderafdeling toen een groep traditionele genezers op uitnodiging van het Ministerie van Gezondheidszorg de afdeling bezocht. Immers, de ambivalentie die men tegenover genezers ervaart, is niet alleen terug te voeren op hun mogelijke betrokkenheid bij het veroorzaken van tegenspoed. Traditionele medicijnen en de dampen die na gebruik om iemand heen blijven hangen, kunnen zelfs als ze goedbedoeld zijn ziekten veroorzaken, met name bij kleine kinderen.²⁰

Bovendien vormen epilepsiepatiënten geen homogene groep. Mensen die zichzelf tot een evangelische kerk rekenen doen bijvoorbeeld aanzienlijk minder dan anderen een beroep op genezers. In gesprekken kwam regelmatig het verbod van dergelijke kerken naar voren tegen het zoeken van hulp buiten de westerse geneeskunde. Ook de keuzen die zich traditioneel noemende mensen en leden van zionistische kerken maken verschillen van elkaar. Hoewel beide categorieën ongeveer evenveel van traditionele genezers gebruik maken, komt bij de eerste een bezoek aan de gebedsgenezer nauwelijks voor. Dat betekent dat een samenwerking 'rond het bed' van een specifieke patiënt in feite alleen kan plaatsvinden op initiatief van die patiënt of zijn familie, of van de genezer bij wie hij zich heeft aangemeld. Genezers worden bovendien ook individueel beoordeeld, want er zijn nu eenmaal bekwame en minder bekwame genezers. Dit gaat ook op voor de *sangoma*. Het doorstaan van de training en initiatie is één ding; de mate waarin de voorouders met hun uitverkoren nakomeling tevreden zijn en dit in juiste diagnoses en effectieve genezingen laten zien is een tweede. Men kan dus niet spreken van dé patiënt die een beeld van dé traditionele genezer heeft. Niettemin valt over het geheel genomen het beeld in het nadeel van de kruidendokters uit.

Het dilemma van de kruidendokter

Greens belangrijkste argumenten om kruidendokters voor samenwerking uit te kiezen, blijken althans wat Swaziland betreft op losse schroeven te staan. Zijn hypothese dat met name kruidendokters het vertrouwen van de bevolking hebben (Green 1980: 503) gaat hier niet op. Er is echter nog een argument om kritisch tegenover zo'n samenwerking te staan.

De *lugedla* heeft als belangrijkste bezit zijn kennis van rituelen en medicijnen. Deze heeft hij zich in de loop van jaren, vaak via een 'stage' bij een verwante kruidendokter, eigen gemaakt. In tegenstelling tot de geneeskracht van geïnspireerde genezers, die onvervreemdbaar is omdat die primair berust op de persoonlijke relatie die hogere machten met die genezers zijn aangegaan, is de geneeskracht van een herbalist niet aan hem persoonlijk gebonden. Om een goede concurrentiepositie te bereiken is het voor hem noodzakelijk zijn kennis zoveel mogelijk uit te breiden,

bijvoorbeeld met westerse technieken. Tegelijkertijd moet hij die kennis zoveel mogelijk geheim houden. Er is bij deze genezers derhalve geen traditie van samenwerking of onderling overleg (cf. Ngubane 1986: 199).

Tangoma kennen echter wel een traditionele organisatievorm en onderlinge samenwerking. Zij zijn hun carrière gewoonlijk begonnen met een ernstige ziekte, die na enige tijd werd gediagnostiseerd als teken dat de voorouders hen als spreekbuis opeisten. De enige manier om van een dergelijke ziekte te herstellen, is een training te ondergaan, waarin men leert de onvrijwillig verkregen bovennatuurlijke krachten ten bate van anderen aan te wenden. Zo'n training vindt in Swaziland plaats bij een *sangoma* die op dat punt een reputatie heeft opgebouwd. In zekere zin kan men spreken van een 'school': er worden verschillende mensen tegelijkertijd opgeleid; de training duurt meestal enkele jaren en verloopt via geritualiseerde fasen; de graduatie vindt plaats met de groep waarmee men is opgeleid; en wat zeer belangrijk is, het contact met de leermeesteres en collegae blijft daarna in stand. Bijeenkomsten van *tangoma* dienen onder andere om kennis uit te wisselen en probleemgevallen te bespreken.

Zo werden wij in de laatste fase van ons veldwerk door een *sangoma* uitgenodigd om een deel van de initiatie van zo'n jaargroep bij te wonen. Zeven aspirant-genezers, onder wie één man, waren aan het einde van een tweejarige opleiding gekomen en moesten nu bewijzen dat zij door de voorouders geaccepteerd werden. Bij het ritueel waren minstens 40 genezers uit het hele land aanwezig, allen ooit opgeleid door de imposante leermeesteres in wier huis het ritueel gehouden werd. Aanwezig was ook een lichte aspirant-genezers die nog maar een jaar in training was, 'kinderen' zoals ze door de anderen genoemd werden. De initiatie was, net als de training zelf, voor een groot deel openbaar en het uit de omgeving toegestroomde publiek deelde in de spanning toen een van de kandidaten dreigde voor een zware test te falen en in de euforie toen zij uiteindelijk toch slaagde. Het doorstaan van de training en het lidmaatschap van een vermaarde 'school' is een van de grondvesten van de reputatie van een *sangoma*. Anderzijds moet zij door haar persoonlijke uitoefening van de macht die haar door haar voorouders wordt gegeven haar reputatie zien te vestigen en te behouden. Daarbij oefent de 'school' een zekere controle uit. Machtsmisbruik of andere overtredingen van de ongeschreven wetten waarop het vertrouwen van de bevolking in de *sangoma* is gebouwd, kunnen rekenen op afkeuring en sociale sancties (cf. Ngubane 1986: 199).

Wat de gebedsgenezers betreft, de meesten van hen maken deel uit van grotere religieuze bewegingen die regelmatig bijeenkomen en die kerken en kerkjes over heel zuidelijk Afrika verenigen. Bovendien worden er vanuit de beweging van genezingskerken pogingen ondernomen tot een formulering van uitgangspunten van de leer en tot een organisatie van trainingsprogramma's.

De kruidendokter onderscheidt zich dus door de afwezigheid van een traditie van samenwerking met en sociale controle van 'vakgenoten'. Meer dan de andere typen genezers bevindt hij zich in het krachtveld van twee soorten legitimiteit. De stelling van Fassin en Fassin dat men meer geïnteresseerd is in rationeel-wettelijke legitimering naarmate de traditionele legitimering minder sterk is, gaat zeker voor hem op (Fassin & Fassin 1988: 355; cf. Chavunduka & Last 1986: 264). Maar de *lugedla* heeft in het versterken van zijn zwakkere legitimiteitsbasis twee opties.

Eenzijds kan hij trachten traditionele legitimiteit op te eisen, die de ambivalentie van de bevolking doet verminderen. Het moderne type genezer, dat Gort beschrijft, is daar een voorbeeld van. Een band met de voorouders wordt wel geclaimd, maar speelt in zijn praktijk nauwelijks meer een rol. Anderzijds is de legitimiteit die een associatie met de westerse gezondheidszorg kan bieden, aantrekkelijk. Daarvoor moeten zij echter hun technische, niet-geïnspireerde kant benadrukken, de kant die het publiek juist zoveel angst inboezemt.²¹

Het is niet verwonderlijk dat de genezers die met deze dilemma's worden geconfronteerd, een defensieve houding aannemen tegenover de verdenkingen van het publiek. Zij distantiëren zich openlijk van praktijken die hun goede naam bedreigen, en beroepen zich daarbij op ethische principes, die in feite geen deel uitmaken van het traditionele denken over goed en kwaad (Ngubane 1986: 195-6). Het beeld van de traditionele geneeskunde wordt door hen omgevormd tot een beeld waarin enerzijds de verdiensten van technische kennis worden benadrukt en anderzijds aspecten die niet binnen de westers-christelijke moraal passen, als on-Swazi of niet-professioneel worden bestempeld. Vooral nog lijkt de bevolking niet onder de indruk van deze constructies.²²

Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat er wat het onderscheid tussen geïnspireerde en niet-geïnspireerde genezers betreft een discrepantie is tussen het internationale en het lokale niveau. Internationale organisaties en hun consultants staan meestal afwijzend tegenover geïnspireerde genezers, omdat een keuze voor samenwerking met deze groep de principes waarop de westerse gezondheidszorg rust zou ondergraven. Hoewel de therapeutische verdiensten van met name de *sangoma* worden geprezen, kiest men – impliciet dan wel expliciet – voor samenwerking met die genezer die het meest 'empirisch georiënteerd' is, de herbalist. Vanuit de bevolking wordt juist dit type genezer echter met wantrouwen gezien. Het aspect dat hem een aantrekkelijke partner maakt voor de westerse gezondheidszorg, maakt hem op het lokale niveau ambivalent en gevaarlijk.

Dit dilemma overziend, zou men kunnen beslissen geen verdere pogingen tot samenwerking te ondernemen. Met betrekking tot epilepsie, een ziekte waarvoor de westerse gezondheidszorg een meer effectieve behandeling te bieden heeft, is deze keuze onaanvaardbaar: genezers vormen nu eenmaal een feitelijke eerste lijn in de gezondheidszorg en hun denkbeelden zijn van invloed op de keuzen van mensen met epilepsie. Het is daarom in ieder geval noodzakelijk dat men zich in de voorlichting over epilepsie niet alleen op patiënten, maar op genezers in het algemeen richt.

Als ik over *samenwerking* spreek, bedoel ik daarmee meer dan beïnvloeding van het traditionele door het dominante westerse systeem. Een samenwerking die erin bestaat dat belangrijke verworvenheden van de traditionele geneeskunde bewaard blijven en mogelijk verder ontwikkeld worden, zou naar mijn mening wat epilepsie betreft juist op geïnspireerde genezers gericht moeten zijn. Het argument dat een samenwerking met geïnspireerde genezers minder kans van slagen heeft omdat de

uitgangspunten waarop hun activiteiten berusten meer verschillen van die van de westerse wetenschap, gaat niet op en leidt bovendien tot verdere marginalisering van de traditionele geneeskunde. Men zou juist samenwerking moeten zoeken met genezers die een functie vervullen waar de westerse gezondheidszorg niet toe in staat is. Wat betreft epilepsie zullen bijdragen van de traditionele geneeskunde meer op het psychosociale vlak dan in de kwaliteit van haar medicijnen liggen. Dit sluit aan bij de ideeën van de antropologie en de transculturele psychiatrie over de verdiensten van geïnspireerde genezers op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

Wanneer men de behoeften van de patiënten als uitgangspunt neemt, is het misschien mogelijk de discrepanties tussen het internationale en lokale niveau te overstijgen. Gegevens ontleend aan de therapiekeuzen van epilepsiepatiënten laten zien dat er naast de westerse behandeling vooral behoefte is aan de inbreng van een door hen gekozen geïnspireerde genezer. Dit type geniet meer dan de herbalisten het vertrouwen van de bevolking. Een bijkomende factor is dat zowel de *tangoma* als de gebedsgenezers een vorm van organisatie kennen die een morele code ondersteunt en vorm geeft. Ngubane vergelijkt de 'scholen' van *tangoma* en de controle die zij over hun leden uitoefenen met de rol van kerken voor priesters én met de rol van medische organisaties voor dokters (Ngubane 1986: 199). Een overeenkomst in medisch ethische codes en het daarop gebaseerde vertrouwen van patiënten lijkt belangrijker als basis voor samenwerking dan een gelijkheid in empirische oriëntatie.

Noten

Ria Reis studeerde culturele antropologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Zij is momenteel als assistent-in-opleiding verbonden aan het Antropologisch-Sociologisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam en doet onderzoek naar culturele pluraliteit en de controle van epilepsie in Swaziland.

1. Een eerdere versie van dit artikel werd gepresenteerd op het Seminar "Cognitieve Aspecten van Gezondheidszorg", georganiseerd door de Deelgroep Gezondheidszorg van de Werkgroep Schakelingen, Leiden 16-11-1990. Ik dank de deelnemers aan het seminar, in het bijzonder Jogen Bakker en Els van Dongen voor hun commentaar op die versie.
2. Ik woonde van augustus 1985-oktober 1988 in Swaziland. Mijn onderzoek vond plaats in de laatste anderhalf jaar van mijn verblijf en werd uitgevoerd in samenwerking met R.W.J. Baas, die als arts in het National Psychiatric Centre werkte. Het onderzoek verliep ruwweg in drie fasen. Stonden allereerst gesprekken met traditionele genezers en profeten op het programma, in de tweede fase werden met behulp van een tolk en een open vragenlijst in zeven over het land verspreide klinieken gesprekken gevoerd met 91 epilepsiepatiënten. De derde fase had onder andere als doelstelling in contact te komen met patiënten die niet of niet meer van de westerse gezondheidszorg gebruik maakten. Daartoe concentreerden wij ons op een ruraal gebied in het noorden van het land, waar wij 73 patiënten of hun familieleden interviewden.
3. Om dit te specificeren: 26% bezocht slechts de kliniek, 30% bezocht daarnaast een traditionele genezer, 9% een genezingskerk en 32% maakte gebruik van alle drie de systemen. Van onze onderzoeksgroep onderbrak 40% de westerse behandeling voor kortere of langere tijd.
4. Van de 42 mensen die alleen de kliniek gebruikten, had slechts één een onomkeerbare beschadiging opgelopen, van de 121 overigen 29. Uit dit statistisch verband kan men niet zonder meer causaliteit

afleiden: patiënten die door hun epilepsie gehandicapt raakten, zochten ook hulp bij traditionele genezers omdat verlammingen of retardatie binnen de westerse geneeskunde ongeneeslijk zijn. Maar uit de gesprekken bleek dat onherstelbare beschadigingen vaak voor de gang naar het ziekenhuis opgelopen werden en de keuze voor het ziekenhuis bespoedigden. Traditionele genezers vatten het oplopen van brandwonden vaak op als teken dat zij voor hun patiënt weinig meer kunnen doen.

5. Vergelijk Draat 1982: 278. Aan de uitkomsten van het onderzoek op het gebied van de prevalentie van epilepsie zal ik te zijner tijd een apart artikel wijden.
6. Van degenen bij wie hun epilepsie een natuurlijk stempel kreeg raadpleegde 61% in eerste instantie een arts, tegenover slechts 27% van degenen die natuurlijke oorzaken vermoedden.
7. Diagnostisch is ook in de moderne gezondheidszorg vooral de *anamnese*, i.e. het relaas van de patiënt en zijn omgeving, van belang. Aanvullend kan men gebruik maken van verder onderzoek, bijvoorbeeld EEG-onderzoek, maar afwijkingen aan het EEG gaan niet altijd gepaard met klinische epilepsie, en soms is het omgekeerde het geval. Met andere woorden, epilepsie is een ziekte die wordt herkend aan een beschrijving van specifieke symptomen, die toegeschreven worden aan bepaalde oorzaken, en die met een specifieke verzameling van medicijnen behandeld worden.
8. Zie bijvoorbeeld Hurst et al. 1961, geciteerd in Van Luijk & Smits 1969: 52.
9. Er is verschil van mening of men de gebedsgenezers moet zien als een derde type traditionele genezer of als een geheel nieuwe categorie. Buitenstaanders, waaronder sociale wetenschappers benadrukken vaak de overenkomsten met het traditionele denken. Gebedsgenezers zelf leggen de klemtoon op hun christen zijn en beschouwen zich in geen geval als traditionele genezers. Aangezien de patiënten in mijn onderzoek hen consequent van traditionele genezers onderscheidden, behandel ik hen hier als een aparte categorie. Vergelijk Kuper 1969: 162; Gort 1986: 93; Green & Makhubu 1984: 1072; zie ook Ngubane 1977: 190 voor de Zulu, en Cheetham & Cheetham 1976: 40 voor de Xhosa).
10. Green en Makhubu menen dat *inyanga* in specifieke zin voor *sangoma* staat, terwijl Gort, met Ngubane voor de Zulu, meent dat de term de herbalist aanduidt. Het is mijn indruk dat patiënten geneigd zijn de term *inyanga* vooral te gebruiken voor mannelijke genezers, of die nu wel of niet door de voorouders geïnspireerd worden.
11. Overigens is het vormen van deze organisatie door wijlen koning Sobhuza van Swaziland gestimuleerd. De koningin-moeder is sinds jaar en dag de patrones van de Afrikaanse genezingskerken, die nationaal gezien een erkende plaats in het traditionele systeem verworven hebben. Zo zijn bijvoorbeeld de leiders van de belangrijkste genezingskerken prominent aanwezig bij het centrale Swazi ritueel, de *incwala*.
12. Dit beantwoordt aan wat Fassin en Fassin beschrijven als "a shift in the debate from the scientific scene towards the public scene through the mass media" (Fassin & Fassin 1988: 356).
13. Het feit dat deze actie olie op het vuur gooide van de machtsstrijd tussen verschillende belanghebbenden in Swaziland, een machtsstrijd die uiteindelijk de samenwerking met genezers stagneerde, illustreert hoe denkbeelden op internationaal niveau lokale ontwikkelingen kunnen beïnvloeden. Op het regionale niveau ga ik hier niet in. Gort geeft daarvan naar mijn mening een uitstekende beschrijving. Zij verbindt de groeiende waardering in Zuid Afrika voor plannen om traditionele genezers in de gezondheidszorg in te schakelen met de ideologie van Apartheid die de gezondheidszorg in Zuid Afrika beheerst.
14. Crimes Act 1989 no.6, ch.4. Overigens wordt in de jurisprudentie het geloof in hekserij aan de kant van aangeklaagden soms als verzachtende omstandigheid aangemerkt (zie bijvoorbeeld de uitspraak in Crime Case no.17/79 in het Hooggerechtshof van Swaziland waar de beschuldigde een oude vrouw had omgebracht, omdat hij meende door haar behekst te zijn).

15. In het noordelijk gebied waar ik onderzoek deed, was van de verschuiving die Gort in haar onderzoeksgebied aantrof overigens minder sprake.
16. In het gebied waarop wij ons in de derde fase concentreerden, was het Rural Health Motivator systeem als eerste ingevoerd en functioneerde het beter dan in andere gebieden. Een RHM, meestal een eenvoudige boerin, is door de hoofdman in haar gebied aangewezen en heeft de verantwoording over 40 tot 50 boerderijen in haar buurt. Er wordt van haar verwacht dat zij deze regelmatig bezoekt en nauw contact houdt met de lokale kliniek. De maandelijkse betaling van een kleine vergoeding vindt ook daar plaats.
17. Van de 67 mensen die eerst een traditionele genezer raadpleegden, bezochten er 24 eerst een *lugedla*, 23 een *sangonia* en 20 zeiden naar een *inyanga* te zijn geweest; 17 mensen bezochten eerst een gebedsgenezer.
18. Ngubane noemt een getal van zes moorden per jaar (Ngubane 1986: 194). Om enige voorbeelden te geven van de reële angst voor deze 'sinistere' praktijken: in 1984 werd een *inyanga* door het traditionele gerechtshof verbannen. Hij had bekend iemand medicijnen te hebben gegeven om diens broer te betoveren, met het resultaat dat deze broer nog steeds ziek was (The Observer 14-5-84). Tijdens mijn verblijf in Swaziland hebben zich verscheidene rituele moorden voorgedaan, waarbij genezers betrokken waren (zie bijvoorbeeld The Swazi Times 6-5-86). Een van de mensen die op de doodstraf wachtten was zo'n *inyanga*. In 1983 was sprake van een rituele moord door een profeet van de Jericho sekte. In de kranten verschijnen regelmatig berichten over lichamen die opgegraven worden om zo aan delen voor medicijnen te komen (zie The Observer 3-11-1987). Een van de reguliere epilepsiepatiënten in een van de psychiatrische klinieken is een geretardeerde jongen die het spraakvermogen verloren heeft bij een poging tot rituele moord. Dergelijke gebeurtenissen kleuren de denkbeelden van de bevolking.
19. Acht patiënten combineerden de westerse behandeling met een *sangoma*, 18 met een gebedsgenezer, 8 met een *lugedla* en 5 combineerden meerdere typen tegelijk.
20. The Swazi Times, 8-6-84.
21. Zie The Observer 21-11-84 over vragen van de senaat aan de Minister van Gezondheidszorg. Vergelijk ook Ngubane 1986.
22. Vergelijk bijvoorbeeld twee woedende reacties van de president van de Associatie van traditionele genezers: "We don't eat people!" (The Swazi Times, 20-12-84) tegen beschuldigingen van betrokkenheid bij rituele moorden; en "Tinyanga may halt nightshifts" (The Swazi Times 21-01-88) tegen het feit dat velen de genezers pas als het donker is bezoeken.

Literatuur

- Chavunduka, G.L. & M. Last (eds)
1986 *The professionalisation of African medicine*. Manchester: Manchester University Press.
- Draat, P.J.E.M.
1982 Epilepsie in Afrika. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 4: 278-93.
- Fassin, D. & E. Fassin
1988 Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal. *Social Science and Medicine* 27 (4): 353-7.
- Geest, S. van der
1984 Bijscholing van de medicijnman. *Intermediair* 20 (33): 29-33.
- Geest, S. van der, J.D. Speckmann & P.H. Streefland
1990 Primary health care in a multi-level perspective: towards a research agenda. *Social Science and Medicine* 30 (9): 1025-34.

- Gort, E.
 1987 Changing traditional medicine in rural Swaziland, a world systems analysis. Doct. thesis. New York, Columbia University.
 1989 Changing traditional medicine in rural Swaziland: the effect of the global system. *Social Science and Medicine* 29 (9): 1099-104.
- Green, E.C.
 1979 *Planning psychiatric services for Southeast Africa*. Mental Health Policy Monograph Series 2. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University.
 1980 Roles for African healers in mental health care. *Medical Anthropology* 4 (4): 489-522.
 1985 Traditional healers, mothers and childhood diarrheal disease in Swaziland: the interface of anthropology and health education. *Social Science and Medicine* 20 (3): 277-85.
- Green, E. & L. Makhubu
 1984 Traditional healers in Swaziland: toward improved cooperation between the traditional and modern health sectors. *Social Science and Medicine* 18 (12): 1071-79.
- Helman, C.G.
 1990 *Culture, health and illness*. London: Wright.
- Knaven, Fr.H.J., H. Meinardi & C. Peper (red)
 1986 *Integrale epilepsiebehandeling*. Amsterdam: Elsevier.
- Lukes, S.
 1975 *Émile Durkheim, his life and work: a historical and critical study*. New York: Harper & Row publishers, Inc. (Peregrine books).
- Luijk, J.N. van, & H. Smits
 1969 Epileptics: outcasts or revered people?. *Social Studies in Epilepsy* 7: 46-59. London: International Bureau for Epilepsy.
- Makhubu, L.P.
 1978 Toward the integration of traditional and modern medicine. Kwaluseni: University of Swaziland (Swadev paper).
- Ngubane, H.
 1977 *Body and mind in Zulu medicine*. London: Academic Press.
 1986 The predicament of the sinister healer. In: Chavunduka & Last 1986: 165-89.
- Pillsbury, B.L.K.
 1982 Policy and evaluation perspectives on traditional health practitioners in national health care systems. *Social Science and Medicine* 16: 1825-34.
- Reis, Ria
 1990 De oorzaak ligt buiten mij, ziekte als onschuld en protest in Swazi en Zulu verklaringen. Paper gepresenteerd op The 1990 Principles Congress, 13-17 August 1990. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Scambler, Graham
 1989 *Epilepsy. The Experience of Illness Series*. London: Tavistock/Routledge.
- Trostle, James A.
 1988 Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine* 27 (12): 1299-308.
- WHO
 1978 *The promotion and development of traditional medicine*. Report of a WHO meeting. World Health Organization Technical Report Series 622, Geneva: WHO.