

## Boekbesprekingen en signalementen

Wegens de lange periode van stilzwijgen tussen het laatste nummer van de Nieuwsbrief Medische Antropologie en dit eerste nummer van het nieuwe tijdschrift zullen in deze rubriek ook publicaties van iets oudere datum besproken of gesignaleerd worden.

Craig R. Jones, Ron Stall, Sandra M. Gifford, eds., *Anthropology and Epidemiology - An Interdisciplinary Approach to the Study of Health and Disease*. Dordrecht, Reidel, 1986, IX, 352 pp. Index. Prijs: f 165,00, hardbound.

De ideeën voor dit boek zijn voortgekomen uit gesprekken tussen epidemiologen en medisch antropologen van het 'Department of Epidemiology and International Health and Medical Anthropology Program of the University of California', San Francisco, en de 'School of Public Health of the University of California', Berkeley. Vooral van de kant van de medisch antropologen bleek een toenemende belangstelling voor interdisciplinaire samenwerking te bestaan. De grote stimulator van deze belangstelling was de arts-epidemioloog-antropoloog Frederick Dunn. Vanaf de jaren zeventig heeft hij zich ingezet voor een integratie van antropologie met epidemiologie. Een van de resultaten hiervan was een door twee van de redacteurs georganiseerde bijeenkomst over deze integratie tijdens de 1983 conferentie van de American Anthropological Association. Deze sessie werd de directe aanleiding tot dit boek. Nog vele discussies moeten tijdens de voorbereiding hiervan gevolgd zijn. Ondanks de diversiteit aan thema's en benaderingswijzen is het boek namelijk een samenhangend geheel geworden, wat gezien de complexiteit van de problematiek waar het om gaat geen gemakkelijke opgave is geweest. Twaalf auteurs hebben uiteindelijk in onderling overleg een bijdrage geleverd voor dit boek, dat uit een voorwoord en elf artikelen bestaat.

Wij kunnen dit boek verwelkomen als een belangrijke stimulans tot een kritische reflectie op de epidemiologie. Het wijst zowel op de eenzijdigheden van deze discipline als op ingangen voor de antropologie om bijdragen te leveren aan de opheffing hiervan.

De epidemiologie bestudeert de verspreiding van ziekten en het causale web van ziektedeterminanten. Gedragsfactoren van psychologische, sociale, economische en culturele aard maken een belangrijk onderdeel uit van dit causale web. Deze factoren bevatten vaak elementen welke ook behoren tot het aandachtsveld van de medische antropologie en zij vormen dan ook basis voor de complementariteit van beide disciplines.

Het doel van het boek is een zo groot mogelijke variëteit aan epidemiologisch-antropologische benaderingen bij de bestudering van zeer verschillende veel voorkomende ziektecategorieën bij elkaar te brengen. Onderzoeksalternatieven variëren van het verlevendigen van epidemiologische data met etnografisch materiaal tot de directe geïnvolveerdheid van antropologen in epidemiologisch onderzoek. De onderzoekslokaties en -populaties van de studies variëren van culturen van de 3e en 4e wereld tot blanke, stedelijk Amerikaanse subculturen. Onderzoeksthema's zijn: diarree in Brazilië, mortaliteits- en morbiditeits frequenties onder verschillende etnische groepen in Thailand, AIDS in San Francisco, relatie tussen hypertensie en migratie van Samoa naar Californië, borsttumoren en het concept 'risico', koloniale stress onder de Inuit jongeren in Noord-Canada en de noodzaak van een kritische reflectie op de epistemologische vooronderstellingen van de epidemiologie, een 'insider's view' op aan alcohol gerelateerd gedrag van mensen in de tweede fase van hun leven en het belang van kwalitatief onderzoek voor de ontwikkelingen van 'theoretische epidemiologie', de noodzaak van het integreren van epidemiologische en antropologische kennis voor het identificeren van psychosociale aandoeningen bij kinderen.

Dunn en Craig gaan in het inleidende hoofdstuk in op de problemen en mogelijkheden van de complementariteit. Een probleem is dat zowel conceptueel als operationeel de methodologie van antropologie en epidemiologie zo verschillend is. Zo is het analytisch focus van epidemiologie gericht op grote groepen. Haar methode is kwantitatief en 'horizontaal' en heeft tot doel het bereiken van betrouwbaarheid en herhaalbaarheid. Het spectrum van epidemiologische vragen is beperkt en meestal gespecificeerd voor de aanvang van het onderzoek. Het gaat om de bestudering van ziekte als 'disease' (ziekte volgens biomedisch model). Het analytisch focus van de antropologie is kleine groepen. Haar etnografische methode is kwalitatief en 'verticaal' en gericht op het bereiken van validiteit en precisie. Het gaat daarbij om het begrijpen van de sociale en culturele context van 'illness' (ziekte zoals geconceptualiseerd en ervaren door de leek).

Niettegenstaande de vele raakvlakken tussen beide disciplines en de mogelijkheid dat beide elkaar goed zouden kunnen aanvullen voor een beter begrip van ziekte en preventie moet Trostle in zijn twee artikelen over de geschiedenis van beide disciplines en hun voorlopers (1840-1970) toch constateren dat deze geschiedenis te karakteriseren is als een "history of benign neglect". De samenwerkingsprojecten die Trostle bespreekt beschouwt hij dan ook als een uitzondering op deze algemene trend.

Dit boek, het eerste in zijn soort<sup>1</sup>, hoopt dan ook aan het begin te staan van een koerswijziging. Het beoogt met name een antropologische visie op de epidemiologie te geven. Daarbij gaat het dan vooral om een sociaal-cultureel antropologische en geen fysisch-biologische antropologische blik. In de verschillende studies wordt erop gewezen hoe kwalitatief onderzoek de basis kan leggen voor kwantitatief onderzoek en omgekeerd. De antropologische inbreng in epidemiologisch onderzoek wordt bijvoorbeeld belangrijk gevonden voor het ontwikkelen van geschikte meettechnieken, het ontwerpen van cultuursensitieve vragenlijsten of interview instrumenten, en voor het vergemakkelijken van toegang tot de te onderzoeken gemeenschappen. Kwalitatieve methoden kunnen betekenis en een diepergaandere sociale en culturele dimensie toevoegen aan kwantitatieve metingen. Deze kunnen op hun beurt richting geven aan

kwalitatief onderzoek door te wijzen op systematische relaties tussen variabelen die verdere diepteanalyse vereisen. In alle opgenomen studies wordt vanuit verschillend perspectief op de beperktheden van de epidemiologie gewezen en op de verschillende vormen van samenwerking die tussen antropologen en epidemiologen denkbaar zijn. Deze kan een zeer nauwe samenwerking betreffen die Dunn een 'antropologie in de epidemiologie' noemt of een samenwerking die van meer indirecte aard is. Vooral wordt aandacht besteed aan de antropologie van een aantal ziektebeelden en de vraag hoe deze antropologie epidemiologisch onderzoek van de betreffende ziektebeelden zou moeten aanvullen. De 'antropologie van hartziekte' bijvoorbeeld kan inhouden dat de antropoloog wijst op risicofactoren zoals sociale structuur, sociale netwerken, etnische identiteit, gemeenschapsorganisatie en de perceptie hiervan door de betrokkenen, thema's die gewoonlijk buiten het aandachtveld van de hartspecialist en epidemioloog liggen. Inzicht in deze factoren gevoegd bij inzicht in individueel risico nemend gedrag zijn eveneens van belang voor de preventie en bestrijding van ziekten.

De bijdrage van Sandra Gifford valt gedeeltelijk buiten het door Dunn en Janes aangegeven kader van dit boek, in die zin dat haar bijdrage niet expliciet de samenwerking tussen antropologie en epidemiologie betreft, maar ingaat op de etnografische bestudering van epidemiologische kennisproductie en op problemen die toepassing van epidemiologische kennis in de klinische praktijk met zich meebrengt. Ik besteed hier extra aandacht aan deze studie, daar zij belangrijke aanknopingspunten biedt voor een kritische reflectie op de epidemiologie. Juist in een tijd waarin hooggespannen verwachtingen leven ten aanzien van de rol van de epidemiologie in de volksgezondheid, lijkt mij deze reflectie uitermate relevant<sup>2</sup>.

Gifford deed veldwerk in een epidemiologie- en chirurgie-afdeling van een opleidingsziekenhuis en in een privé-kliniek. Zij bestudeerde daar de transformatie van het epidemiologisch concept 'risico' in de klinische praktijk en de invloed hiervan op de levens van vele vrouwen bij wie een goedaardige borsttumor gediagnosticeerd werd. Deze transformatie levert vele ambiguiteiten op. Het concept 'risico' heeft fundamenteel verschillende betekenissen in de epidemiologie, de klinische geneeskunde en in lekenervaringen van gezondheid en ziekte. Voor de *epidemioloog* is risico een objectief, gepersonaliseerd, kwantitatief, wetenschappelijk concept dat relaties binnen grote populaties beschrijft. Door de *arts* wordt risico opgevat als de representatie van een teken van toekomstige 'disease' (een klinische entiteit) waaraan een vrouw lijdt, en als een klinische onzekerheid wat betreft diagnose. 'Epidemiologisch risico' als een meetbare onzekerheid, vertegenwoordigd door de wetten van probabiliteit staat hier dan tegenover een 'klinisch risico' als een niet te meten onzekerheid, omdat numerieke waarschijnlijkheden niet zomaar toepasbaar zijn. Voor *vrouwen* is risico de ervaring van een niet-gezonde toestand. Risico wordt door hen na informatie van de arts meestal getransformeerd in een symptoom van een ziekte waar een vrouw vanaf dat moment aan lijdt of in de toekomst aan zal gaan lijden. Wanneer 'risico' eenmaal ervaren is als 'illness', is de vrouw 'at risk' voor verdere medicalisatie. Vrouwen worden gediagnosticeerd als lijdend aan risicofactoren op dezelfde wijze als lijdend aan een 'disease'. *Klinisch wordt een fysische toestand gecreëerd die de arts nu kan beheersen*. 'Risico' wordt een fysische realiteit die gemanipuleerd en beheerst kan worden door het 'at risk' aangedane individu of orgaan te behandelen. De gewenste klinische uitkomst is

het verwijderen van zowel klinisch als leken 'risico'. Dit transformatieproces kan voorgesteld worden als de medicalisatie van 'risico'. Het resulteert in grotere klinische beheersing van onzekerheid door een *onzekere* 'disease'-toekomst te vervangen door een *zekere* staat van slechte-gezondheid. De medicalisatie van risico neemt verder de macht van het individu weg om zelf een toestand van gezondheid en 'illness' te definiëren. In plaats daarvan ervaart zij een toestand van ziek zijn. Binnen het huidige medische denken en handelen kan men niet tegelijkertijd gezond en 'at risk' zijn. Individuen met minder risico zijn eenvoudigweg minder ziek dan degenen met meer risico.

De studie van Gifford is een voorbeeld van een studie die wijst op de gevolgen van *volksgezondheidsprogramma's* op *individuele* levens. Het betreft hier programma's die mensen doorlichten op door epidemiologisch onderzoek bepaalde risico factoren (=tekens van toekomstige 'disease'). Deze hebben 'preventieve' maatregelen tot doel welke mensen tegen risico 'immuniseren'. Een van de gevolgen hiervan, waar Gifford tegen protesteert, is medicalisering van individuen in plaats van politieke en economische interventies.

De problematiek waar het hier om gaat is echter complexer dan Gifford en ook andere auteurs in dit boek aangeven. De aard van deze problematiek dwingt zowel antropologie als epidemiologie om zich grondig te verdiepen in de diverse ontwikkelingen van sociaalwetenschappelijke theorievorming die zich met de complexe en dualistische verbinding tussen individu en samenleving bezighouden. Daarin worden vragen opgeroepen inzake de ontologische status van individu en samenleving, en de daaruit afgeleide epistemologische vraagstukken inzake de aard van psychische en sociale ziektefactoren, hun relaties en kennis hieromtrent. Dan zal duidelijk worden dat het een illusie is om te menen dat door de wijziging van sociale factoren, op causale wijze psychische factoren (in een door de epidemiologie gewenste richting) zullen wijzigen. We raken hier aan het vraagstuk van de mogelijkheden van interventiekunde en de eventuele bijdragen van antropologie en sociologie.

De rol van de (medische) antropologie ten aanzien van de epidemiologie waar zij zich als kritische wetenschap wil opstellen is methodologisch minder problematisch. Wordt in veel epidemiologisch werk vooral over *risico-nemend* gedrag gesproken, dan kan de antropologie tevens de 'schuldvraag' stellen en wijzen op het veel meer voorkomen van *afgedwongen* *risicodragend* gedrag. Bovendien kan zij de kennis-antropologische en -sociologische vraag stellen: waarom zo opeens deze toegenomen belangstelling voor epidemiologisch onderzoek? Er is een voor de hand liggend antwoord. Epidemiologische kennis is van belang voor de *preventieve* geneeskunde. Gezien de 'economische crisis' in de gezondheidszorg is in kringen van beleidsmakers en politici dit soort kennis dan ook momenteel veel gevraagd. Echter ook hier moet men zich bewust zijn van het veel voorkomende verschijnsel van de 'Heterogonie der Zwecke'. Gifford's studie kunnen wij als een illustratie hiervan beschouwen. Aan de hand van statistische indicatoren worden mensen tot ziek verklaard en gemedicaliseerd die zich niet ziek voelen. Epidemiologisch onderzoek dat bedoeld is ten voordele van mensen zal zich ook op andere manieren (vooral bij de economisch zwakkeren) in hun nadeel kunnen keren. Het is de vraag of de voorgestane 'kwalitatieve' etnografische methoden de kans krijgen en methodisch in staat zijn dat tij te keren.

Dunn en Janes noemen in hun inleiding de volgende onderwerpen als veelbelovende

gebieden voor bijdragen van de antropologie aan de toepassing van epidemiologische kennis: internationale gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorgpreventie onder etnische groepen en preventie van aandoeningen die zich ontwikkelen als een direct resultaat van sociale interactie, zoals alcohol en drugsverslaving, en AIDS.

Dit boek is echter vooral van belang als exploratie van mogelijkheden voor verschillende vormen van integratie van epidemiologische en antropologische methoden en kennis. De redacteurs hopen dat hun werkstuk belangstelling stimuleert onder antropologen voor het onderzoeken van problemen die in het epidemiologisch veld liggen, en een bijdrage levert aan een interdisciplinaire wetenschap van menselijke gezondheid en ziekte. Hoe moeilijk dit is wordt duidelijk bij het lezen van dit boek. Men realiseert zich daarbij steeds de methodologische complexiteit van het integreren van disciplines van een zo verschillende wetenschapstraditie. Ook al moet de grote, langdurende gezamenlijke inspanning die aan dit boek ten grondslag gelegen heeft exceptioneel genoemd worden, het kan vooralsnog niet meer bieden dan een bescheiden bijdrage aan deze doelstelling.

De vooruitzichten voor een verdere ontwikkeling van de door Dunn en Janes voorgestelde integratie lijken mij niet rooskleurig gezien de huidige ontwikkelingen en prioriteiten in de geneeskunde. Methodologisch is er nauwelijks verschil tussen de problemen die zich voordoen wanneer medisch antropologen *in klinische praktijken* participeren (mogen)<sup>3</sup> of wanneer zij deelnemen aan epidemiologische 'praktijken'. Enkele auteurs uit het hier besproken boek hebben als antropoloog een opleiding tot 'Public Health' gevolgd en zijn daardoor bekend geraakt met werkwijzen, doelstellingen en concepten van de epidemiologie. Het is onwaarschijnlijk dat antropologen iets kunnen veranderen aan hun ondergeschiktheid ten opzichte van de zogenaamd objectieve en konkrete epidemiologie. Het feit dat de antropoloog niet alleen moet erkennen dat zijn kennis in hoge mate een relatieve interpretatie of constructie van de werkelijkheid is en geen logisch produkt van een of ander algoritme, en het feit dat hij er de epidemioloog op moet wijzen dat ook *zijn* data voor een beschrijving en analyse van problemen slechts relatief adequaat zijn, zal zijn positie in multi- of interdisciplinaire verbanden niet ten goede komen. Hoe kan de antropoloog met zijn relatieve kennis een tegenwicht bieden aan gezaghebbend professioneel discours dat zich baseert op een empiristische alomvattendheid? In dit boek worden voornamelijk antropologische visies op de relevantie van de antropologie voor de epidemiologie gepresenteerd. Of epidemiologen en beleidsmakers in geneeskundige onderzoeks- en opleidingsinstituten van deze relevantie te overtuigen zijn en bereid zijn daar consequenties uit te trekken, betwijfel ik.

## Noten

- 1 Een vergelijkbare bundel over de relatie antropologie en epidemiologie is A. Kleinman en B. Good, eds. *Culture and depression – studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press (1985), al is het thema van deze studie meer toegespitst. Ook dit boek kwam tot stand op basis van bijeenkomst tijdens de American Anthropological Association (1982). In een volgend nummer van dit tijdschrift zal aan dit boek aandacht besteed worden.

- 2 Sinds enkele jaren wordt aan medische faculteiten een belangrijke plaats ingeruimd voor epidemiologisch onderzoek en onderwijs. Ik onderken het belang van statistische cijfers als een van de wegwijzers in preventie en in klinisch handelen. Het gaat mij echter te ver wanneer een vakgroep die zich bezig gaat houden met epidemiologie en biostatistiek zich vakgroep 'Theoretische Geneeskunde' noemt en uitsluitend op grond van epidemiologisch en biostatistische kennis een 'normatieve geneeskunde' wil ontwikkelen (zie het gesprek tussen de journalist Feenstra en Prof. Miettinen van de vakgroep Theoretische Geneeskunde van de VU in de Volkskrant van 8 november 1986).
- 3 Zie bijvoorbeeld N.J. Chrisman en T.W. Maretzki, *Clinically applied anthropology – anthropologists in health science settings*. Dordrecht: Reidel, 1982.

Annemiek Richters

Carol Laderman, *Wives and midwives: childbirth and nutrition in rural Malaysia*. Berkeley: University of California Press, 1983. 267 pp. Prijs: \$37.75 (hard cover), ca \$10.- (paper).

In dit boek rekent Laderman af met de opvatting dat het traditionele postpartum dieet in ruraal Maleisië de oorzaak zou zijn van ondervoeding. Zij baseert zich daarbij op haar onderzoek in Merchang, een district in Trengganu, Oost-Maleisië. Het bijzondere van dit onderzoek is dat etnografisch werk gecombineerd wordt met bloedonderzoek.

De centrale vraag van het onderzoek was: Hoe adaptief is het postpartum dieet van de onderzochte populatie? Hieraan ligt een algemenere vraag naar de adaptiviteit van traditionele culturen ten grondslag. Bij de beantwoording van deze onderzoeksvraag komt een belangrijk thema naar voren dat als een rode draad door het boek loopt: de discrepantie tussen formele gedragsregels en feitelijk gedrag.

De relatie tussen ideologie en gedrag is complex. Mensen gedragen zich niet als automaten die de in een betreffende cultuur geldende regels strikt opvolgen. In specifieke situaties worden deze regels vaak bijgesteld. Deze discrepantie tussen ideologie en feitelijk gedrag noemt Laderman "behaviour flexibility in the face of ideology". Deze flexibiliteit wordt mogelijk door het bestaan van regels om regels te breken. Hierdoor wordt het adaptief potentiaal van een cultuur vergroot.

Het is onder meer op grond van deze flexibiliteit, die ook geldt voor voedseltaboes, dat Laderman eerdere onderzoekers bekritiseert. Dezen baseerden zich op de formele regels die er voor het voedselgebruik in de postpartum periode bestaan en waren van mening dat deze regels bepalend zijn voor het gedrag van mensen. Op grond daarvan concludeerden zij dat de opvattingen over het postpartum dieet in ruraal Maleisië de belangrijkste determinant zijn van de slechte voedingstoestand van jonge moeders.

Een ander thema dat Laderman aansnijdt, is medisch antropologisch onderzoek. Wanneer medische antropologie gebruikt wordt om bioculturele adaptatie te bestuderen, verdient een *geïntegreerde* benadering de voorkeur, waarin een 'objectieve' biomedische benadering gecombineerd wordt met een symbolische en ecologische benadering.

Laderman verricht een biochemische analyse van het normale dieet, het dieet tijdens de zwangerschap en het postpartum dieet. Het effect van deze diëten bepaalt ze door

het bloed van de vrouwen die deze diëten volgen te analyseren. Daarnaast wijdt ze in haar boek vele pagina's aan het beschrijven van het ecologisch, economisch en symbolisch raamwerk waarbinnen het postpartum dieet in Maleisie geplaatst moet worden. Zij beschrijft onder meer huwelijks- en echtscheidingsregels, voedselclassificatie, het ziektemodel, opvattingen omtrent conceptie, zwangerschap en bevalling en de rol van traditionele en regeringsvroedvrouwen.

Ik zal mij hier beperken tot een bespreking van de voedseltaboes tijdens de postpartum-periode en een korte weergave van het ziektemodel in Trengganu, zoals Laderman dat beschrijft. Dit ziektemodel vormt de basis van het postpartum dieet.

Voedsel, ziekte en ziektebehandeling worden geclassificeerd volgens een warm-koud systeem. 'Warm' en 'koud' zijn in dit verband geen aanduidingen van temperatuur, maar abstracte kwaliteiten die aan voedsel of ziekten worden toegekend. Voor deze classificatie zijn algemene regels en individuele ervaringen de criteria. Wanneer iemand bijvoorbeeld ontdekt dat voedsel, dat als 'koud' geclassificeerd wordt, op hem een warme uitwerking heeft, zal hij geneigd zijn dit als warm te classificeren. Ziekten kunnen ontstaan door een overmaat aan 'koude' of 'warmte'. De behandeling is er meestal op gericht om door voedsel of geneesmiddelen met de tegenovergestelde kwaliteit de balans te herstellen. Soms ook wordt een mengsel van 'warm' en 'koud' met de juiste 'temperatuur' gegeven.

Het warm-koud principe komt niet ter sprake bij het samenstellen van het dagelijks dieet, maar speelt pas een rol als door ziekte blijkt dat het natuurlijk evenwicht verstoord is. Ook wanneer mensen ziek worden door bovennatuurlijke oorzaken speelt het warm-koud systeem een rol. De bovennatuurlijke kracht kan het evenwicht verstoren en zo ziekte veroorzaken. Wanneer een patiënt voor een dergelijke ziekte behandeld wordt, is het niet voldoende het warm-koud evenwicht te herstellen. De *bomob* (traditionele genezer) zal ook de 'orde' in het universum moeten herstellen, want door die verstoorde orde heeft de bovennatuurlijke kracht die bewuste persoon aan kunnen vallen.

Een derde oorzaak van ziekte is 'wind', die het evenwicht tussen aarde, lucht, vuur en water verstoort. Ziekten veroorzaakt door 'wind' hebben te maken met de frustratie van bepaalde verlangens. Aarde, lucht, vuur en water worden gezien als de vier elementen waaruit de wereld, en ook de mens, bestaat. *Bisa*, weer een ander element in het humorale systeem van Maleisië, heeft betrekking op (magische) kracht. Bepaalde voedselsoorten zijn *bisa* en verergeren reeds aanwezige kwalen wanneer iemand zich in een bepaalde levensfase bevindt (bijvoorbeeld in de post-partum periode).

Het humorale systeem kan gezien worden als een symbolisch systeem dat metaforen aanreikt voor het begrijpen van bepaalde gebeurtenissen. Als patiënten reageren op de incantaties van de *bomob* komt dat doordat de 'warmte' van de bovennatuurlijke krachten is opgeheven door de 'koude' van de *bomob*. Tegelijkertijd versterkt de empirische ervaring het systeem door het in de realiteit te verankeren. Het bewijs van de validiteit van het systeem is des te overtuigender, naarmate het geleverd wordt ten tijde van ziekte of een andere gevaarlijke situatie. Door de symbolische structuur krijgen ervaringen betekenis. Zonder deze empirische bevestiging zou het systeem wankelen.

Tijdens de postpartum periode moeten vrouwen 'warme' voedingsmiddelen tot zich nemen, waardoor ze van een aantal etenswaren verstoken blijven. Toch krijgen de

meeste vrouwen wel genoeg essentiële voedingsstoffen binnen. Zoals gezegd, bestaat er een enorme variatie in de interpretatie van de regels. Deze variatie komt tot uiting in het uitproberen van verschillende soorten voedsel. Dorpsvroedvrouwen adviseren hun patiënten om na de eerste bevalling allerlei soorten voedsel te proberen: eerst 'warm' voedsel, daarna voedsel dat *sedehana* ('warm' noch 'koud') is, en, als er geen ongewenste reacties optreden, tenslotte ook 'koud' voedsel. Het hangt van de voorzichtigheid of moed van de individuele vrouw af of ze haar dieet beperkt voor de volle 40 dagen, voor een gedeelte van die tijd of helemaal niet. Er zijn vrouwen die niets willen riskeren en hun dieet ook na de eerste baby aanzienlijk beperken. Koud water en een aantal vissoorten zijn tijdens de postpartum periode ook verboden. De vis die wel toegestaan wordt, is er een die veel voorkomt en goedkoop is.

Om de invloed van het postpartum dieet op de gezondheid van vrouwen na te gaan analyseerde Laderman driemaal (tijdens het eerste en derde trimester en postpartum) het bloed van negen vrouwen. Van twee vrouwen waren de gegevens niet volledig. Eén van de vrouwen bleek zich in een deficiënte voedingstoestand te bevinden. Waarschijnlijk had dit te maken met economische factoren. Drie vrouwen hadden een thiamine-deficiëntie na onproblematiese waarden van dit vitamine tijdens de zwangerschap. Mogelijk was hier sprake van een voorbijgaande deficiëntie of had het postpartum dieet een reeds bestaande lichte deficiëntie verergerd. Bij één – rijkere – vrouw, die vlees, eieren en andere voedingsmiddelen van hoge kwaliteit kon kopen, was de thiaminespiegel tijdens de postpartum periode gestegen. Voor de andere gemeten waarden trof Laderman geen grote verschillen aan tussen die van het begin van de zwangerschap en die na het postpartum dieet. Wel stelde zij een stijging vast in het hemoglobinegehalte van twee rijkere vrouwen. Dit alles wekt de indruk dat het niet zozeer de formele voorschriften van het postpartum dieet zijn die de voedingsstatus bepalen, maar dat de sociaal-economische status van een vrouw het belangrijkste is.

Behalve bloedwaarden voor bepaalde stoffen is ook het gemiddelde geboortegewicht een belangrijke indicator van de voedingsstatus van moeders. Laderman verzamelde het geboortegewicht van 50 willekeurige kinderen die de laatste drie jaar in Merchang geboren waren en constateerde op grond daarvan dat de voedingsstatus van de moeders in Merchang goed was.

Ladermans conclusie is dat kennis van de ideologie onvoldoende is om het gedrag van mensen te verklaren. Westerse onderzoekers hebben vaak geschreven dat onwetendheid met betrekking tot de relatie tussen voedsel en gezondheid en het star vasthouden aan 'verkeerde' tradities de belangrijkste oorzaken van ondervoeding zijn. Laderman brengt daar het volgende tegen in.

Maleisiërs geloven dat rijst essentieel is om te overleven en dat vis nodig is voor kracht. Zij erkennen dus wel degelijk dat er een relatie is tussen voeding en gezondheid. Verder worden de regels niet star opgevolgd, maar flexibel toegepast. Die flexibiliteit heeft westerse onderzoekers ten onrechte doen besluiten dat het hier om een chaotische verzameling gewoonten gaat, dat het een slecht geleerde ideologie betreft of dat hieruit individuele weerstand tegen de ideologie blijkt.

Gedrag kan alleen begrepen worden als de structuur van de denkwijze en de 'regels om de regels te breken' bekend zijn. Hierdoor wordt het effect van bepaalde regels ook heel anders dan men zou verwachten. Flexibiliteit treft men uiteraard niet uitsluitend



bij de Maleisiërs aan, maar wordt in elke cultuur gevonden.

Laderman heeft een boeiende case-study geschreven. Toch zijn er twee punten waar ik een opmerking over wil maken. Het eerste betreft het begrip 'flexibiliteit' in de toepassing van regels. Laderman schetst het beeld van een stelsel van primaire en secundaire regels, waarbij de secundaire regels de 'regels om de regels te breken' zijn. Als wij die in ogenschouw nemen zal gedrag beter voorspelbaar of achteraf verklaarbaar worden, zo schrijft zij in haar conclusie. Deze bewering draagt het gevaar in zich dat wij mensen opnieuw gaan beschouwen als automaten. Ditmaal zijn het dan niet de eenvoudige (waar Laderman tegen ageert), maar automaten die volgens een ingewikkelder stelsel van regels werken.

De tweede opmerking betreft het 'objectieve' bewijs dat Laderman levert van het feit dat traditionele voedingstaboes op zich geen oorzaak van ondervoeding zijn. Zij baseert zich op gegevens van slechts zeven vrouwen, wat uiteraard onvoldoende is voor statistische conclusies. Deze cijfers bieden slechts een aanwijzing die een interessante hypothese vormt voor verder onderzoek. Het is jammer dat Laderman niet ingaat op de objectiviteit van de bloedanalyses. Het bloed analyseren van mensen die zelf een heel ander dan biomedisch beeld van hun bloed hebben en de uitkomsten van die analyse 'objectief' noemen, roept epistemologische vragen op die in dit boek niet ter sprake komen.

Karin Fijn van Draat

Ivan Wolffers, *Changing traditions in health care, Sri Lanka*. Utrecht: Uitgeverij Veen, 1987. 227 pp. Prijs: f 47,50.

In april 1987 promoveerde de arts Ivan Wolffers op bovengenoemd proefschrift. Centraal daarin staat het veranderingsproces dat traditionele genezers ondergaan als gevolg van de modernisering van de Sri Lankaanse samenleving. Patiënten veranderen hun gedragspatroon in het consulteren van genezers en het gebruik van medicijnen. Willen traditionele genezers zich handhaven in de veranderende samenleving dan moeten zij zich aanpassen.

De auteur past een 'marktmodel' toe op de gezondheidszorg; hij gaat er van uit dat de aanbodzijde (artsen, traditionele beoefenaars) ondergeschikt is aan de vraagzijde (patiënten). In het eerste deel van het proefschrift wordt tegen de achtergrond van een historisch overzicht (eerste hoofdstuk) ingegaan op de verhouding tussen de 'moderne westerse' en de 'traditionele inheemse' geneeskunde.

In het tweede hoofdstuk presenteert de auteur zijn onderzoeksperspectief: het marktmodel. Hij staat een pragmatische benadering voor, waarmee hij echter voorbij gaat aan een aantal essentiële theoretische vragen en de gebruikte begrippen niet of nauwelijks defineert. De ruiltheorie van Blau hanteert hij voor het bepalen van 'care market'. Foster's ideeën acht hij bruikbaar voor het bepalen van de vraagzijde, terwijl de aanbodzijde wordt benaderd vanuit een transactionalistisch perspectief. Wolffers stelt zich de centrale vraag: wie zijn de ondernemers in de gezondheidszorg? De ondernemers (entrepreneurs) zijn dan die bemiddelaars, die vernieuwingen in de samenleving intro-

duceren. Door combinatie van deze 'ondernemers' en de mogelijke rolaanpassingen van traditionele genezers (ontleend aan Landy) komt hij tot een typologie van mogelijke reacties van inheemse genezers op de dominantie van de moderne medische cultuur: (1) Traditionele inheemse beoefenaren gedragen zich sterk competitief door het eigen karakter van de traditionele geneeswijze te benadrukken; (2) Traditionele specialisten vinden een 'niche' in de markt; hun reactie is het zich specialiseren op een bepaald kennisterrein of -gebied, waar de moderne medische wetenschap minder effectief is; (3) 'Moderne traditionele beoefenaren nemen nieuwe therapeutische technieken over en verlenen deze diensten tegen lagere kosten.

In het derde hoofdstuk beschrijft Wolffers het algemene gezondheidszorgsysteem in Sri Lanka waarbij de religieuze component echter weinig uit de verf komt. Hij geeft een beschrijving van het moderne medische systeem, het inheemse Ayurveda, Siddha en Yunani en de Public Health sector. De medische systemen blijken in hoge mate georganiseerd te zijn, en staan min of meer naast elkaar.

In het tweede deel van zijn proefschrift worden de resultaten van het onderzoek besproken dat zowel kwantitatief als kwalitatief materiaal bevat (verkregen via documenten-analyse, observaties en interviews). De hypothese "onder druk van het dominant medisch systeem en/of andere aspecten van modernisering passen beoefenaren van traditionele geneeswijzes hun gedragingen aan de nieuwe marktomstandigheden aan" wordt getoetst in twee lokaties, Nagar, een plaats vlak bij de hoofdstad en Rudugama, een dorp in het zuiden van het land. Wolffers gaat ervan uit dat de gewijzigde vraag van de patiënten de traditionele beoefenaren tot andere behandelingsmethoden dwingt. Hij maakt geen onderscheid tussen feitelijk en potentieel gebruik en de patronen die hij signaleert verschillen niet aanzienlijk in de twee gebieden. De dorpen vlakbij de stad zullen meer toegang hebben tot en gebruik maken van 'moderne geneeswijze'.

In de hoofdstukken 6 en 7 geeft hij de beschrijvingen van de verschillende traditionele genezers. Deze cases zijn levensecht en Wolffers maakt hier maar al te duidelijk dat het onjuist is traditionele genezers over één kam te scheren. Hij geeft een vrij genuanceerd beeld van verschillen in werkwijze en behandeling, maar gaat voorbij aan de culturele en cognitieve kenmerken van genezers en patiënten. Hij brengt het gedrag van de mens terug tot dat van de 'homo economicus'. Bovendien worden boeddhistische opvattingen met betrekking tot ziekte en gezondheid teveel buiten beschouwing gelaten. Wolffers' conclusie is o.a. dat 50% van de traditionele genezers moderniseert. Hij voorspelt dat traditionele specialisten binnen één generatie verdwenen zullen zijn. Wie zich echter verdiept in de Sri Lankaanse samenleving zal juist opmerken dat er een toename is in het gebruik van traditionele genezers gespecialiseerd in de behandeling van bijvoorbeeld slangebieten en botbreuken. Wolffers' eigen cijfers benadrukken dit ook. Er bestaan zelfs redenen om aan te nemen dat men, vanwege de politieke problemen waar het land mee te kampen heeft, meer en meer aan tradities zal vasthouden. Wolffers ondersteunt zijn betoog ondermeer met een Homals analyse, die echter, door de uitsluiting van traditionele specialisten, het ontbreken van een 'fit' en van een analyse van de verticale dimensie van weinig belang is voor de ondersteuning van het betoog. Het gebruik van de analyse als een continuum van modernisering, waarop aangegeven kan worden in welke fase de traditionele beoefenaar zich bevindt suggereert meer

'duidelijkheid' dan uit het onderzoek blijkt.

In het laatste hoofdstuk geeft Wolffers zijn hier al eerder genoemde visie op de toekomst van de traditionele gezondheidszorg weer. Een toename in de concurrentie tussen de verschillende typen genezers valt te verwachten. Het is veranderen of verdwijnen. De auteur eindigt met enkele concrete aanbevelingen. Het marktmodel biedt volgens hem ook mogelijkheden voor planners en beleidsmakers. Zo is er binnen Primary Health Care een belangrijke rol weggelegd voor traditionele genezers indien bestaande gezondheidszorgvoorzieningen worden aangevuld in plaats van vervangen.

Ligt de zwakte van deze studie misschien in de geringe theoretische diepgang, de kracht ligt in het ter sprake brengen van een uiterst actuele problematiek in de gezondheidszorg van vele Derde Wereld maatschappijen. Voor degenen die zich bezig houden met onderwerpen als de overlevingskansen van niet-westerse culturen, de wenselijkheid van samenwerking tussen beoefenaars van diverse medische tradities, of de distributie van geneesmiddelen in ontwikkelingslanden, alsook voor hen die de ontwikkeling in gezondheidszorg in Sri Lanka volgen, bevat dit proefschrift veel nieuwe, zelfs opzienbarende informatie.

Anke van der Kwaak

John G. Kennedy, *The flower of paradise*. Dordrecht: Kluwer, 1987. 274 pp., 58 foto's. Prijs: f 58,00 (paperback), f 150,00 (gebonden).

Rode uit Kusmah of sterke uit Taizi, Jabel Sabr of de superieure Wadi Dahr; er is voor iedere beurs qat te krijgen op de markt. Voordat men op weg gaat naar het huis van een vriend of kennis, wordt de gewenste soort zo vers mogelijk gekocht. Tussen twee en half drie 's middags wordt de trap beklommen naar de Muffrai, de hoogste kamer van het huis. In deze speciaal hiervoor gebouwde ruimte zal men de middag met anderen al kauwend doorbrengen. Iedereen neemt een plaats in die bij zijn status past. De belangrijke gasten zitten tegenover de ramen, vanwaar zij mijmerend van de fraaie omgeving zullen kunnen genieten. De qat, die ieder voor zichzelf meebracht, begint men nu blaadje voor blaadje te kauwen (niet doorslikken). Tegelijkertijd gaat de waterpijp rond en af en toe wordt een verfrissende slok genomen. Een levendige conversatie komt op gang. Er wordt zaken gedaan, over politiek gepraat en geroddeld; alles kan besproken worden. Aan de hilariteit komt langzaam een eind, wanneer de aanwezigen na een uur of twee al kauwend langzaam wegzakken in individuele overpeinzingen. Men geniet van de gedachtenstroom die de qat op gang brengt en die maakt dat menigeen zich dichter bij Allah voelt. Tegen zessen verlaten de gasten de kamer en ieder gaat zijns weegs. Ze nemen ieder voor zich nog wat de tijd om weer met beide benen op de grond te komen. Over een dag of twee zullen de meesten weer zo'n sessie bijwonen.

Deze qat-sessies vinden dagelijks op grote schaal plaats in Noord-Yemen. Meer dan driekwart van de bevolking kauwt: mannen, vrouwen en kinderen vanaf een jaar of twaalf. Er is geen land waar zo massaal druggebruik aangetroffen kan worden als hier. Iedereen kent qat en de effecten van dit legale middel. Overtreedt iemand een regel onder invloed ervan, dan blijkt hiervoor veel begrip opgebracht te kunnen worden. Een

politie die betrapt werd bij het plegen van een inbraak, zou volgens Arabische wetten een hand afgehakt moeten worden. Omdat hij onder invloed was van (slechte) qat, werd hij geëxcuseerd en kreeg hij slechts een paar dagen cel (blz. 125).

Toch blijkt qat een controversiëel middel te zijn. In 1972 probeerde de toenmalige premier het te verbieden, maar hij stuitte op enorme tegenstand en moest van zijn voorname afzien. De meest gebruikte argumenten tegen qat luiden als volgt: Doordat het uiterst bederfelijke waar betreft (binnen 24 uur na het plukken moeten de bladeren geconsumeerd worden) is export onmogelijk. Qat levert dus geen deviezen op voor Noord-Yemen, maar kost wel enorme hoeveelheden arbeid en tijd (tot 2 miljoen werkdagen per dag op circa 5 miljoen inwoners). Andere gewassen zoals koffie en graan worden steeds minder verbouwd, terwijl de qat-productie nog steeds groeiende is. Ten slotte zou qat de gezondheid ondermijnen, het is immers een verdovend middel.

In dit boek gaat Kennedy na wat de waarde van deze argumenten is. Met behulp van zeer veel data van economische, botanisch-chemische, medische en antropologische aard, en niet in de laatste plaats door zijn eigen kauw-ervaring, weet hij veel misverstanden rond qat uit de weg te ruimen. Qat mag dan geen deviezen binnen brengen, het levert wel enorm veel werkgelegenheid op. Door de toegenomen qat-productie is de opbrengst per vierkante meter flink gestegen, zonder dat dit ten koste ging van andere gewassen. De productie daarvan is namelijk gedaald onder invloed van de internationale conjunctuur. Qat heeft ze niet van de akkers verdrongen, want het wordt verbouwd op nieuwe, voor andere gewassen ongeschikte grond. De gezondheidsproblemen die door qat zouden worden veroorzaakt of verergerd, blijken slechts in een klein aantal gevallen met qat-gebruik samen te hangen.

Twee punten in het betoog van Kennedy roepen vragen bij me op. De eerste hiervan heeft betrekking op de financiële draagkracht van de huishoudens in Yemen. Volgens tegenstanders eist het qat-gebruik aanzienlijke offers van de armere delen van de bevolking. Ook Kennedy zelf draagt uitvoerige cijfers aan, die bevestigen dat huishoudens met lage inkomens niet zelden bezuinigen op voedsel om de consumptie van qat in stand te houden (blz. 168). Vervolgens zwakt hij dit weer af door te stellen, dat deze cijfers enkel uit steden afkomstig zijn. Op het platteland, waar het merendeel van de bevolking woont, zou de situatie anders zijn. Daar liggen de kosten voor qat lager, zo stelt hij. Hij geeft twee voorbeelden van personen die in staat zijn de eindjes bij elkaar te knopen, terwijl ze op papier te weinig geld hebben om van rond te komen. Verdere data ontbreken. Wellicht heeft hij gelijk en is het slechts een urbaan probleem, maar uit het weergegeven materiaal is dat niet af te leiden.

Een tweede vraag rijst met betrekking tot Kennedy's betoog over het (al dan niet) verslavend karakter van qat. Hij komt tot de conclusie dat het qat-gebruik in Yemen zo'n hoge vlucht heeft genomen, doordat de qat-sessie een zo belangrijke plaats in het sociaal verkeer heeft. Degene die niet bij de sessie aanwezig is, plaatst zichzelf in een uitzonderingspositie en blijft verstoken van belangrijke sociale contacten. Dit staat los van de chemische eigenschappen van de drug, want ook zij die niet 'stoned' worden, nemen deel aan deze bijeenkomsten. Kennedy zet zijn bewering kracht bij door erop te wijzen, dat qat-kauwers wanneer ze in het buitenland verblijven moeiteloos zonder hun 'dope' kunnen. Verschilt qat hierin nu wel zoveel van andere verdovende middelen?

Een kennis van me woonde in Brabant voordat hij in Amsterdam kwam studeren. Op de middelbare school rookte hij met zijn vrienden jarenlang hasj. Toen hij naar de hoofdstak verhuisde stopte hij er abrupt mee. Hij had er nooit iets aangevonden, zo zei hij. Hij rookte omdat zijn vrienden dat ook deden. Spa-drinkers krijgen aan de borreltafel vaak te horen, “Doe niet zo ongezellig, neem er nou een”. Ook de aspirant hasjroker wordt op vergelijkbare wijze uitgenodigd om mee te doen. Niet toevallig heet het geliefde rookwaar (een sigaret met hasj) ‘joint’.

Via vrienden komt iemand met drugs in contact. Men gelooft allang niet meer in het bestaan van de dealer die op het schoolplein zijn minderjarige slachtoffers langzaam verslaafd maakt (de pushersmythe). In de groep, waartoe de prille gebruiker wil behoren, is druggebruik een belangrijk onderdeel van de sociale handelingen. Wil hij als lid geaccepteerd worden, dan zal hij ook moeten gebruiken. Het is juist dit lidmaatschap dat de verslavingsproblematiek zo groot maakt.

Zeer veel heroïnegebruikers (gebruikers dus van een fysiek sterk gewennende drug in tegenstelling tot qat) zijn reeds vele malen afgekickt en een periode clean geweest. Ze hadden de lichamelijke afhankelijkheid daarmee doorbroken, maar zijn toch in grote getalen weer begonnen. Een oude heroïnegebruiker vertelde me: “Na het afkicken val je in een groot gat. De mensen denken dat je nog steeds gebruikt en vertrouwen je niet, terwijl je oude vrienden alleen maar met dope bezig zijn. Het beste is om meteen te emigreren.” Hiernaast een regel van Kennedy: “It is not simply the pains of physical withdrawal from the drug which pull the Yemeni qat user back again and again, but more powerful negative effects of ‘social withdrawal symptoms’, i.e., experiences of deprivation of the joys of companionship and comradeship which the qat-session almost unfailingly provides” (blz. 209). In beide gevallen is het druggebruik gekoppeld aan de sociale wensen van het individu. De groepering waarvan het individu lid is, of dat nu de Amsterdamse drugs-scene of het land Noord-Yemen is, ‘eist’ in beide gevallen dat hij een verdovend middel gebruikt. Aanwezigheid tijdens de qat-sessie even als participatie in de drugsscene, is nooit helemaal geloofwaardig als men niet gebruikt.

Kennedy beschrijft qat in Noord-Yemen als een katalysator in het sociaal verkeer. Veel qat wordt in de sessies gebruikt (hoeveel daar buiten?). Daarom kent Kennedy dit instituut een belangrijke rol toe in de Yemenitische samenleving. Doordat het een middel betreft dat enkel in dit land gebruikt wordt – op grote schaal bovendien – blijft het een speciaal geval. Maar juist wanneer hij met nadruk op het sociale karakter van dit druggebruik wijst, worden er veel overeenkomsten met andere (meer of minder) verdovende middelen zichtbaar: hasj- en heroïnegebruik vinden niet geïsoleerd plaats. En wat te denken van de westerse café’s, waar alcohol al eeuwenlang de tongen los maakt, of het kopje koffie dat om tien uur ’s ochtends buurvrouwen en collega’s nader tot elkaar brengt?

Frank Gemert.

Tullio Maranhão, *Therapeutic discourse and Socratic dialogue. A cultural critique*. Madison: University of Wisconsin Press, 1986. 276 pp. Prijs: \$22.50 (gebonden).

Maranhão confronteert in zijn boek het psychotherapeutisch discours met het filosofisch discours van Socrates. Die confrontatie analyseert hij vanuit een occupatie met het probleem van de status van taal en tekst. In het therapeutisch discours worden problemen van existentiële aard in talige vormen voorgesteld en ook talig behandeld. Daarin schuilt volgens Maranhão een probleem: is het wel mogelijk in de existentiële realiteit te interveniëren via de taal? Hij zoekt naar een antwoord in een analyse van een tweetal psychotherapeutische praktijken, die van de psychoanalyse en de gezinstherapie, en in een confrontatie van deze met het discours van de Socratische dialoog.

Maranhão vindt drie strategieën volgens welke gepoogd wordt het probleem tot een oplossing te brengen: in de eerste wordt de realiteit gelijkgesteld aan de talige narratieve herinnering, in de tweede wordt de realiteit gedacht als geconstrueerd in de dialoog en in de derde worden teksten gezien als stolsels van kennis over de realiteit. In de narratio wordt de wereld gelijkgesteld aan datgene wat de verteller zich in zijn verhaal herinnert. Het gezag van zijn verhaal is afhankelijk van de sociale erkenning die de verteller geniet. In de dialoog daarentegen wordt de realiteit in argumentaties geconstrueerd en verkrijgt dát beeld van de realiteit gezag waarover consensus wordt bereikt. De strategie tenslotte waarin de tekst prioriteit heeft, verleent dispensatie aan het geheugen en stelt de dialoog als onnodig voor.

De problematisering van de verhouding tussen existentie en taal rekent Maranhão tot de drijfveren van degenen die de dominerende westerse culturele bewegingen van filosofie, religie, wetenschap, politiek en therapie uitmaken. De therapeutische beweging heeft in het bijzonder van doen met de strategieën die ter oplossing van het probleem zijn aangedragen. In het verhaal van de cliënt, in de therapeutische dialoog en in teksten die therapeutische kennis representeren, manifesteert zich voortdurend de vraag naar de verhouding tussen talige vormen en de existentiële wereld waar zij over zeggen te gaan. Voor welke van de drie strategieën wordt in het therapeutisch discours gekozen? Welke domineert in elk van de psychotherapeutische praktijken? Dat zijn de vragen die Maranhão zich stelt.

In zijn poging tot een antwoord confronteert Maranhão de psychotherapeutische praktijk met de Socratische. In de Socratische dialogen wordt er van getuigd dat de oplossing van het probleem niet gezocht kan worden in de eliminatie van de existentiële realiteit of de representatie daarvan. Kennis kan naar Socrates' inzicht niet worden gedacht als een kopie van een realiteit, maar is geworteld in de menselijke 'ziel' en kan daarom alleen in dialogen tot ontwikkeling komen. Daarmee stelde Socrates ook de tekst ter discussie, aldus Maranhão. Teksten verbreken de relatie tussen kennis en de ziel van de spreker. Niemand kan er op den duur voor verantwoordelijk worden gesteld. Tekstuele uitingen kunnen eindeloos blijven voortbestaan zonder op kritiek te hoeven antwoorden. Maar ook verhalen brengen in de ogen van Socrates geen kennis, omdat zij het gehoor uitnodigen tot passiviteit en acceptatie. Socrates verkiest het discours van de mondelinge dialoog als bron van kennis.

Psychotherapieën komen maar gedeeltelijk met zulke dialogen overeen. Zij vinden weliswaar in dialogische situaties plaats, maar deze zijn – naar oordeel van Maranhão

– “deeply informed by the constitution of therapy in texts”. Psychotherapeutische kennis is in zijn woorden “getekstualiseerd”. Ongeclausuleerde dialoog kan de dominantie van tekst in het domein van therapie, maar ook in dat van de westerse cultuur, aantasten, aldus Maranhão.

Maranhão’s boek is een beredeneerd en geïnformeerd pleidooi om de Socratische dialoog in de therapeutische interactie te herstellen. Psychoanalytici laten zich naar Maranhão’s oordeel te zeer leiden door teksten waarin de symboliek van het zieleleven modelmatig en apriori wordt verklaard. Hij stelt hen daarvoor aansprakelijk. Analytici “push the problem into the mechanics of the psyche”. Maar ook gezinstherapeuten ontkomen niet aan zijn kritiek. Ook zij beschrijven hun psychotherapeutische dialogen alsof zij er controle over hadden. Beide categorieën therapeuten gedragen zich alsof de spanning in menselijke relaties kan worden opgelost door de toepassing van een systeem van (beschreven) kennis waarover noch de therapeut noch de cliënt zeggenschap heeft. Onderhandeling en compromis worden daardoor uit de behandeling gebannen. In zulke therapieën wordt het Socratische ideaal van de dialoog nooit bereikt vanwege de creatie van een spreker “who maintains the right to edit the conversation in the name of therapy and cure”. De cultuur van het schrift wordt hiervoor door Maranhão verantwoordelijk gesteld: “pitching textual knowledge as a form of knowledge without coming to grips with the antidialogical nature of texts”. In dat opzicht maakt de psychotherapeutische beweging naar het oordeel van Maranhão deel uit van westerse filosofische stromingen, waarin kennis eerst werd geïdentificeerd met geschreven teksten en later met taal in het algemeen. De “enclosure of knowledge within language” door zulke in de westerse cultuur dominante filosofen als Frege, Russell en Wittgenstein ziet Maranhão als bewijs voor zijn karakterisering, al ziet bij in de afnemende glorie van het structuralisme tekenen van een kerend tij waarin de linguïstiek niet langer het woord heeft over de taal en kennis niet langer isomorf is met de taal. De dialoog kan zowel in wetenschap als therapeutische praktijk worden hersteld door wegen te exploreren waarin het denken en handelen in termen van ‘modes of discourse’ de oude functies van de dialoog kan revitaliseren.

Maranhão ontdekt de analyse van en de discussie over de geestelijke gezondheidszorg van kortzichtigheid. De situering van deze zorg in twee geprononceerde vormen van historische ‘tekstualisering’ van de westerse wereld – filosofie en psychotherapie – werpt een onvermoed licht op de institutionalisering van de geestelijke gezondheidszorg, waarin teksten van handleidingen figureren als de plaatsen waar de dialoog wordt ontkracht en de monoloog wordt gevestigd. In zijn aandacht voor de rol van taal en tekst schaaft Maranhão zich bovendien in de rijen van degenen die aandacht vragen voor het talige van het maatschappelijke en het maatschappelijke van het talige. Zijn verzet tegen een linguïstische benaderingswijze van deze talige praktijken zet hem op het spoor van discoursanalytici en tekstsociologen die eveneens op zoek zijn naar ordeningen in het taalgebruik die niet door grammatica of stijl worden beregeld, maar in maatschappelijke vertogen hun voedingsbodem vinden. Daar echter ontspoot ook Maranhão naar mijn idee. Zijn opvatting van tekst als een instantie van monoloog verhindert hem te zien hoe in de productie en lezing van geschreven teksten steeds weer nieuwe dialogische processen gestalte krijgen. Dat is wat verwonderlijk nu het dialogische karakter van teksten zo centraal staat in de teksttheorie en het werk van degene

die dit idee van intertekstualiteit als eerste verwoordde – Michail Bachtin – zoveel furore maakt. Het monologische dat Maranhão aan teksten toeschrijft is geen kenmerk van teksten als zodanig, maar een gevolg van maatschappelijke praktijken waarin een tekst tot een instantie van monoloog wordt gemaakt.

Gerhard Nijhof

Bernard Hours, *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris: L'Harmattan, 1985. 165 pp.

Hours is als medisch antropoloog verbonden aan het franse onderzoeksinstituut ORSTOM en heeft in Zuid-Kameroen onderzoek gedaan naar sociale problemen in verschillende soorten gezondheidszorgvoorzieningen. Er waren twee staatsposten bij het onderzoek betrokken: één dispensaire en één ziekenhuis, beide gesitueerd in Douala. Daarnaast heeft Hours twee plattelandsposten bezocht, één semi-privé en één missie-privé post, beide in de Zuid-West Provincie. Door middel van observaties en interviews heeft hij de volgende aspecten bestudeerd: faciliteiten (beschikbare ruimtes, instrumenten etc.), de inmenging van de overheid, beschikbaarheid van medicijnen, mate van zorg voor de zieken, de moraal, en ideeën die onder staf en patiënten leven.

Ten eerste beschrijft hij het reilen en zeilen in de twee staatsposten. Het blijkt dat de staatsposten over weinig algemene voorzieningen beschikken. Er is sprake van een ontoereikend gezondheidszorgsysteem dat onder andere resulteert in een voortdurend tekort aan medicijnen. De leiding wordt belemmerd in het uitvoeren van haar taken door de slechte organisatie vanuit het staatsgezondheidszorgsysteem en moet roeien met de riemen die ze heeft. Dokters worden laag betaald vergeleken met hun collega's in de particuliere gezondheidszorg. Ze voelen zich daardoor niet gewaardeerd. Ze vinden dat ze door gebrek aan faciliteiten hun kwaliteiten niet optimaal kunnen gebruiken. Ze zijn niet in staat tegemoet te komen aan de wensen van de patiënten en raken gedemoraliseerd. De leidinggevende artsen wentelen hun machteloze woede af op het verplegend personeel, dat eveneens gedemotiveerd raakt. Het personeel wordt bovendien bekritiseerd door patiënten die vinden dat ze onvriendelijk, niet behulpzaam en ondeskundig zijn. Dit alles levert spanningen op tussen patiënten en verpleegkundigen. Het personeel reageert woede en frustratie op elkaar en op patiënten af. De laatsten voelen zich benadeeld en blijven zoveel mogelijk weg.

...le manque de médicaments nie et détruit la position sociale des infirmiers qui dès lors refoulent les malades. Ce même manque de médicaments constitue pour les malades le signe de la négation de leur intégration sociale, représentée par la fréquentation d'un hôpital public (p. 159).

Een extra frustratie voor verpleegkundigen is dat hun verwachtingen ten aanzien van deze baan niet uitkomen. Ze kunnen hun medische kennis, opgedaan tijdens hun opleiding, niet toepassen in de dagelijkse praktijk. Verpleegkundigen hadden ook andere verwachtingen ten opzichte van de status die een baan in de gezondheidszorg hun zou geven. Over het algemeen is het werk als verpleegkundige statusverhogend voor de



persoon zelf en voor de sociale omgeving, maar niet in het geval van een slecht functionerende post, zonder respect afdwingende voorzieningen en zonder medicijnen die men voor eigen gebruik zou kunnen aanwenden. Door de slechte verstandhouding tussen alle betrokkenen in de staatsgezondheidszorg, veroorzaakt door het slechte functioneren van het systeem, heeft men ook geen vertrouwen in elkaar.

Als tweede beschrijft Hours de gang van zaken in de semiprivé post. Dit laat al een heel ander beeld zien. Ook hier zijn niet zulke goede faciliteiten aanwezig. De problemen die debet zijn aan het slecht functioneren van de staatsgezondheidszorg werken door in dit type gezondheidscentrum. Het gebrek aan medicijnen is hier een voorbeeld van. Toch blijkt dit gebrek aan middelen geen negatieve invloed te hebben op de algehele moraal, de zorg voor de zieken en de onderlinge verhoudingen. Hours vertelt dat dit komt, omdat alle betrokkenen een persoonlijke band met elkaar hebben. Het is een post op het platteland, waar dokter, verpleegkundigen en patiënten dezelfde culturele achtergrond hebben en samenleven in één gemeenschap. Bij de staatsposten in Douala is dit niet het geval; daar is men als vreemden voor elkaar.

Buurtschap levert bij de semi-privé kliniek persoonlijke relaties op die leiden tot betere personele verhoudingen en vriendschappelijke relaties met patiënten. Mensen werken samen en patiënten worden als gelijken gezien. Er kan een vertrouwen tussen de betrokkenen in de gezondheidszorg ontstaan. Uit deze beschrijving blijkt dat gebrek aan faciliteiten niet noodzakelijk tot een slechte relatie tussen verzorgers en verzorgden hoeft te leiden.

Als derde type beschrijft Hours de situatie in de privé-sector aan de hand van een missiepost. De organisatie van de missiepost is in particuliere handen, waardoor zij flexibeler kan optreden en zich kan aanpassen aan de plaatselijke situatie. Een effectief distributiebeleid draagt zorg voor de geregelde aanvoer van noodzakelijke medicijnen. Op deze manier is, volgens Hours, aan de basisvoorwaarden voldaan: een goede structuur en aanwezigheid van medicijnen. De missiepost kan effectief werken, omdat er goede voorzieningen zijn. Patiënten krijgen een vriendelijke behandeling en er is een harmonieuze relatie tussen de staf onderling. Volgens Hours illustreert deze privé dispensaire het belang van een 'pharmacie villageoise', die bevoorrad wordt met essentiële medicijnen, georganiseerd vanuit een eigen aankoop- en distributiebeleid.

Hours concludeert, dat de staatsgezondheidszorg slecht functioneert en dat gezondheidszorg beter wordt waar overheidsinmenging minder is. De belangrijkste oorzaak van het slecht functioneren van de gezondheidszorg is het tekort aan goede medicijnen, stelt hij herhaaldelijk vast. Patiënten zijn van mening dat de staat hun bewust kwaad doet: 'l'état sorcier' (p. 158).

Hours schetst een levendig beeld van de dagelijkse problemen in de kameroenese gezondheidszorg. Het is jammer dat hij zijn bevindingen niet relateert aan die van andere onderzoekers in Kameroen.

Karin de Graaf

Lisbeth Sachs, *Evil eye or bacteria? Turkish migrant women and Swedish health care*. Stockholm: Department of Social Anthropology, University of Stockholm, 1983. 257 pp.

Deze studie geeft de resultaten weer van een empirisch onderzoek naar de ervaringen van hulpverleners en cliënten in de Zweedse gezondheidszorg. Het bespreekt de manier waarop vrouwen, afkomstig uit een dorpsgemeenschap in Turkije, omgaan met ziekte in een omgeving die nieuw en vreemd voor hen is, nl. in Tensta, een voorstad van Stockholm. Sachs geeft aan dat een wetenschappelijke medische technologie alleen niet voldoende is om op adequate wijze om te gaan met de gezondheidproblemen van de Turkse vrouwen. Diagnose en behandeling blijven bij een gebrek aan culturele kennis veelal beperkt tot puur technische handelingen, waarbij geen vertrouwensrelatie kan ontstaan.

Het onderzoek van Sachs maakte deel uit van een groter opgezet onderzoek dat als doel had te komen tot 'an understanding of the behaviour of patients from a different culture in the light of their cultural antecedents' (p.x.) en werd uitgevoerd rondom en in een gezondheidscentrum voor kinderen. Het boek is ingedeeld in zes hoofdstukken en twee bijlagen waarin respectievelijk het veldwerk en het Zweedse gezondheidszorg-systeem nader worden toegelicht.

Het eerste hoofdstuk bespreekt de begrippen 'sickness and health' vanuit een cultureel perspectief. Het tweede beschrijft de achtergrond van Turkse vrouwen. De gegevens daarvoor zijn gebaseerd op bestaand etnografisch materiaal, aangevuld met gegevens uit twee bezoeken aan Turkije in 1977 en 1978. Naast een algemene beschrijving van de regio en de migrantenstroom die in de 50er jaren op gang kwam, geeft Sachs voorbeelden van het ziektegedrag van vrouwen ten opzichte van hun mannen. Het laatste onderwerp in dit hoofdstuk, het inschakelen van een *boca* (een Koran-leraar) tijdens een ziekte, vormt de overgang naar hoofdstuk 3 waar nader wordt ingegaan op de verklaringen van de vrouwen zelf voor ziekte en ongeluk en op de wijzen waarop deze opvattingen leiden tot maatregelen voor preventie en behandeling van ziekten.

Een van de vooronderstellingen die ten grondslag liggen aan de indeling van ziekten bij Turkse vrouwen, is dat de oorzaak van ziekten *buiten* de persoon ligt. Ziekteoorzaken kunnen in twee categorieën worden ingedeeld 'bemiddeld' of 'onbemiddeld'. Dat wil zeggen dat ziekte hetzij door een persoon of geest (*nazar*, *büyü*, *cins*) hetzij door kou of hitte wordt veroorzaakt. Bij de Turkse vrouwen in Tensta is ook het begrip 'microbe' ingeburgerd en ingedeeld in de categorie van 'onbemiddelde' ziekteoorzaken.

Hoofdstuk 4 bespreekt de situatie waarin de vrouwen in Tensta wonen en werken en beschrijft hoe zij zich daar aan aangepast hebben. Het grootste deel van de bevolking in Tensta is van buitenlandse afkomst. Hoofdstuk 5 bevat enige casestudies waarin het contact van Turkse vrouwen met de Zweedse gezondheidszorg beschreven wordt. In hoofdstuk 6 tenslotte volgt een aantal cases die laten zien op welke manieren ziekte-processen beïnvloed worden door de (on)kundigheid van de specialisten in Stockholm.

Concluderend schrijft Sachs dat de ideeën die deze vrouwen hebben ten aanzien van ziekte, ongeluk en dood voortdurend onderhevig zijn aan externe invloeden, met name

door hun contacten met de Zweedse gezondheidszorg. De aard van het contact kan bestaande ideeën versterken of juist ondermijnen. De effectiviteit van onbekende (Zweedse) geneeswijzen moet proefondervindelijk worden vastgesteld, daarna zal pas een integratie in het denkpatroon kunnen plaatsvinden.

Het boek is voor een breed publiek geschreven. De beschrijving van deze vrouwen is, in tegenstelling tot veel Nederlandse literatuur over het onderwerp, beslist niet 'exotiserend'. Sachs legt de nadruk op de culturele logica van het handelen van deze vrouwen en op hun kundigheid in het omgaan met ziekte, zoals die van hun kinderen. Dit boek is voor artsen en andere welzijnswerkers die te maken hebben met buitenlandse vrouwen zeer verhelderend.

Frances Weijn

Jon P. Kirby, *God, shrines and problem-solving among the Anufo of Northern Ghana*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 1986. 368 pp. Prijs: DM 85,00.

Dit is op de eerste plaats een studie in de religieuze antropologie maar, zoals verwacht kan worden van een Afrikaanse etnografie, bevat het tal van raakpunten met de medische antropologie. De Anufo zijn een kleine bevolkingsgroep (ongeveer 30.000) in het uiterste noord-oosten van Ghana. Kirby beschrijft hun cultuur als een voortdurende poging om problemen waar men mee geconfronteerd wordt op te lossen. Binnen die problemen neemt ziekte uiteraard een grote plaats in. De Anufo definiëren hun problemen vooral in religieuze en personalistische termen. Tegenslag wordt voornamelijk gezien als het gevolg van acties van wezens uit de onzichtbare wereld, bijvoorbeeld van voorouders die hun nakomelingen straffen voor tekortkomingen door hun bescherming op te heffen totdat het verzuim of de overtreding is goedge maakt. De Anufo zijn voortdurend in de weer met het raadplegen van orakels en waarzeggers om de oorzaak van hun problemen te leren kennen en juiste maatregelen te kunnen treffen. Iedere ziekte die niet binnen korte tijd geneest leidt zo tot een overdenking van het recente verleden waarbij met name onenigheid binnen de familie beschouwd wordt als een mogelijke oorzaak van het probleem. Kirby illustreert dit aan de hand van de lange ziektegeschiedenis van een vrouw.

Door het veelvuldig contact met andere bevolkingsgroepen, en door de invloed van Islam en koloniaal gezag heeft zich een uiterst gecompliceerd en pluralistisch systeem van voorzieningen en oplossingen ontwikkeld. Zo zien de Anufo zich voortdurend voor een groot aantal alternatieven geplaatst die stuk voor stuk beproefd kunnen worden totdat er één gevonden is die 'werkt'.

Hun religieuze interpretatie van de werkelijkheid verbindt zich met een uiterst pragmatische instelling. De Anufo zijn zeer adaptief en voegen alles wat 'werkt' aan hun universum toe, echter nadat ze het 'passend' hebben gemaakt. Islamitische technieken en biomedische voorzieningen worden vertaald naar het Anufo denken. Het gebruik van antibiotica wordt probleemloos gecombineerd met offers aan de voorouders of aan de 'Spirits of the wild'.

De Anufo zien ziekte zeker niet uitsluitend in religieuze personalistische termen.

Aanvankelijk zullen ze vooral de 'naturalistische' aspecten van een ziekte benadrukken. Kirby merkt op dat ziekte in het algemeen niet zo zeer gezien wordt als een tekort aan iets maar als een overvloed aan ongecontroleerde vitaliteit. Een medicijn is een middel waarmee die wilde kracht getemd kan worden. Mensen worden geboren met in zich 'de kiemen' (mijn term, S.v.d.G) van allerlei ziektes. Zolang de mens die ziektes-in-aanleg kan beheersen, is hij gezond.

Gezondheid is echter meer dan het temmen van de ziektes. Uiteindelijk gaat het om de ontplooiing van de persoonlijkheid, om vruchtbaarheid en welstand die vervolgens weer ondergeschikt zijn aan de eindbestemming van de mens: het bereiken van de status van voorouder (of dit ook voor vrouwen geldt blijft onbesproken, vreemd genoeg). Volgens Kirby zien de Anufo alle problemen die zij tijdens hun leven ondervinden als obstakels voor het bereiken van dat einddoel. Succes in dit leven houdt de belofte in dat dat eind-ideaal gerealiseerd zal worden. Hoewel Kirby die conclusie niet trekt, lijkt de Anufo levensstijl een Afrikaanse variant van Webers thesise over de Protestantse ethiek te demonstreren. Een gezond en gelukkig leven zijn de beste garantie voor het verwerven van de voorouder-status. Een kaleidoscoop van maatregelen moet die gezondheid en dat geluk waarborgen.

Sjaak van der Geest

Michel Taussig, *Shamanism, colonialism and the wild man. A study in terror and healing*. Chicago/London: Chicago University Press, 1987. xix + 517 pp. Prijs: \$ 29.95 (cloth).

De belangstelling voor wat men als een antropologie van terreur en geweld zou kunnen omschrijven, kent sedert enige tijd een opmerkelijke hausse. Van de recente publicaties rond dit onderwerp verdient het voorliggende werk in velerlei opzicht de aandacht, ook al omdat het terreur in een medisch antropologisch perspectief plaatst.

Etnografisch bestrijkt het boek de driehoek die Columbia, Peru en Ecuador met elkaar verbindt, met zijn geografische tegenstellingen tussen hoog- en laagvlakte en de daarmee verbonden gemoraliseerde topografie van berg en woud, orde en wanorde, beschaafd en primitief. Tegelijkertijd overstijgt de thematiek echter de etnografische beperking van de latijns-amerikaanse context.

Op meesterlijke wijze graaft Taussig naar het verband tussen geweld, terreur en genezing, en dit op verschillende niveaus. Het betoog van de auteur vertrekt daarbij van de officiële rapporten die Roger Casement -beroemd geworden door zijn aanklacht tegen de gruwelen in het Leopoldistische Congo, en ook voor de lezers van Conrads biografie geen onbekende- en W. Hardenburg schreven naar aanleiding van de terreur in de wouden van de Putumayo, aan de voet van de Andes, waar de Peruviaanse Amazonemaatschappij in het begin van deze eeuw het absolute monopolie van de rubber-exploitatie bezat. Deze duik in het verleden verbindt Taussig met zijn eigen veldwerk in de zeventiger en tachtiger jaren bij indiaanse genezers uit de Putumayo.

Het samenbrengen van deze twee tijd-ruimtes confronteert de lezer met merkwaardige verschuivingen en constanten in de Putumayo-ideologie en verleent aan het betoog

van de auteur een spanning die het hele boek schraagt en de thematiek in al zijn complexiteit naar voren brengt. Daarbij komt het paradoxale gegeven dat dezelfde klasse van blanke kolonisten die aan het begin van deze eeuw verantwoordelijk was voor de brute uitroeiing van duizenden indianen, vijftig jaar later deze indianen opzoekt om genezing te vinden en via een hallucinogene therapie verlost te worden van allerlei vloeken.

Aan de hand van het esthetisch-marxistisch gedachtengoed van Benjamin, Adorno en Brecht, interpreteert Taussig de paradoxen die wortelen in deze historische periode, de daaruit voortvloeiende culturele uitwerking van een 'poetica van de terreur', en de manier waarop het internationale kapitalisme de excessen van de Putumayo atrociteiten omwerkt tot ritueel van het productieproces. Op genuanceerde wijze ontleedt hij hoe het verhandelen van rubber veel meer impliceerde dan een louter economische transactie, hoe het rubber-fetichisme ook verbonden was met het verhandelen van een koloniale beeldentaal over de indiaan en diens magische primitiviteit, in een wisselwerking van wat Taussig noemt "the commodification of magic and the magic of commodification" [p. 261]. Deze koloniale verbeeldingskracht bleek in staat om het fysieke geweld tegenover de indiaan te transcenderen tot een haast fantasmagorische sociale kracht waarin realiteit en fictie van de rubber-exploitatie werden verweven tot een 'cultuur van de terreur'.

Dit leidt rechtstreeks naar een tweede niveau in de analyse van de auteur, met name de problematiek rond alteriteit en cultuurconflict die voortvloeit uit de koloniale en missionaire beeldvorming van de primitief. Taussig ontvecht de tegenstrijdige krachten die in deze beeldvorming zijn vervat. Zo illustreert hij uitvoerig hoe de koloniale betekenisgeving van de Putumayo realiteit gefundeerd is in een oer-mythologie rond de magie van de *auca*, de wilde mens, de indiaan in het bewustzijn van de kolonist. Hij laat tevens zien hoe de rubbermaatschappij hierop inspeelde en, al dan niet bewust, een propaganda voerde rond een imaginaire kwaliteit van 'primitieve wildheid' in de indiaan die ze als weinig meer dan slaaf te werk stelde. Het is deze mythologie die verantwoordelijk is voor de paranoia en de wreedheden van de kolonisten. Tegelijk toont Taussig aan hoe dezelfde mythologie de grondslag vormt voor de motieven van de kolonisten om bij indiaanse shamans genezing te zoeken, en dit juist omwille van hun verfoeilijke indiaan-zijn, in een mengeling van minachting, haat, vrees en ontzag. De twee akties zijn niet alleen met elkaar verbonden, ze zijn ook afhankelijk van elkaar: het misprijzen voor en de daaruit voortspuitende geweldpleging tegen de indiaan zijn de voorwaarden voor een totaal geloof in de magische krachten van diezelfde indiaan.

Eenzelfde paradox legt Taussig bloot in de missionaire literatuur van de Capucijnen tijdens het hoogtepunt van de rubberindustrie, en in de populaire religieuze iconografie van de jaren zeventig. In beide bronnen worden de indianen uitgebeeld als degenen die de miraculeuze verschijningen van allerhande heiligen aan de christelijke bezetter openbaren, vanuit een heidense kracht die put uit de onschuld én de wildheid van hun indiaan-zijn.

Met zijn veldnotities, uitvoerige dialogen en impressionistische beschrijvingen van de hallucinogene *Yagé*-genezingsessies waaraan hij deelnam, maakt Taussig duidelijk op welke manier deze paradoxen blijven doorwerken in de therapeutische relatie tussen de sjamaan en diens cliënt. Het beeld van de wilde sjamaan bezit een grote therapeuti-

sche kracht en catalyseert de genezing: het is slechts vanuit de chaos van zijn wildheid dat de shaman een genezende kracht kan putten. Die kracht schuilt juist in zijn anders-zijn en treedt slechts in werking door “the interplay of otherness” tussen genezer en patiënt. Taussig brengt zo een merkwaardig tijdsperspectief in zijn relaas. De genezing ziet hij als een cyclus van ziekte, redding en transformatie, “stemming from the active engagement with *history* that affliction depends upon for its cure” [p. 142]. Het verleden van waaruit zowel de ziekte als de genezing worden geconstrueerd is voor hem een “active construction of the past original to every new present” [p. 142]. Taussig is dus niet geïnteresseerd in het verleden van vastliggende objectieve feiten en gebeurtenissen, maar tracht daarentegen te achterhalen hoe geschiedenis en herinnering op elkaar inwerken en een impliciet sociaal weten tot stand brengen. De beeldvorming rond de indiaan en de terreur die hij ondergaat leidt naar het derde, en belangrijkste niveau in Taussigs analyse: de problematiek van representatie. Om welke indiaan en om wiens terreur gaat het uiteindelijk in de historische bronnen en in het discours van de hedendaagse boeren en kolonisten? Hoe te komen tot een demythologisering, tot alternatieve representaties van de koloniale verbeelding? Voor Taussig is het antwoord op deze cruciale vragen verweven met een narratologische problematiek. Naast de representatie van de ‘ander’ onderzoekt hij ook hoe de terreur in een narratieve structuur gestalte krijgt. De vorm-problematiek van het spreken over terreur heeft immers ook politieke implicaties. Voor Taussig kan de werkelijkheid van de terreur niet worden losgekoppeld van de interpretatie van de werkelijkheid en bestaat de waarheid van de terreur in de wijze waarop ze wordt gepresenteerd. Degene die de beeldvorming rond de terreur bepaalt, bezit een reële macht. Taussigs ambitie is een representatie van de terreur die radicaal verschilt van een melodramatische en fictionele voorstellingswijze. Tegelijk distantieert hij zich ook van de banaliteit van een zogenaamd objectieve weergave van de geweldpleging. Wat hij tracht te bereiken is: “to see the myth in the natural and the real in magic” [p.10]. Hij maakt hierbij een uitspraak van Conrad tot zijn devies: “to penetrate the veil while retaining its hallucinatory quality”. Het gaat hierbij niet om het esthetiseren van het geweld, maar om een zo juist mogelijke weergave van het ambiguë karakter ervan. Consequent ontwikkelt Taussigs stijl zich dan ook als een magisch-realisme, in een poging om het onuitspreekbare en onvoorstelbare in woorden weer te geven.

Ik kan me voorstellen dat sommigen zich zullen ergeren aan zijn literaire stijl. Vele critici hebben zijn betoog impressionistisch, anecdotisch of redundant genoemd. Persoonlijk denk ik dat dit boek niet anders geschreven had kunnen worden. Taussigs experimentele – en bij wijlen flamboyante – schrijfstijl is niet gratuit, maar vormt een onlosmakelijk geheel met de inhoud en illustreert de kern van het betoog. Het levert een meeslepend proza op dat de grenzen tussen etnografie, literatuur en geschiedschrijving doet vervagen. Het demonstreert dat de moderne etnografie het aan zichzelf verplicht is zijn vormentaal voortdurend te herdenken. Dat is één van de grootste verdiensten van dit innoverende werk.

Filip De Boeck

Una Maclean & Christopher Fyfe (eds), *African medicine in the modern world*. Seminar Proceedings No. 27. Centre of African Studies, Edinburgh, 1987. 219 pp. Prijs: £5.95 (inclusief verzending).

Deze publicatie, eenvoudig 'ge-offset', bevat tien bijdragen van een conferentie in Edinburgh, in december 1986. De titel van de conferentie vinden we terug in die van dit boekje.

Het thema staat in de belangstelling: wat hebben autochtone Afrikaanse medische tradities te bieden aan gezondheidszorg in dit continent? Wie ook maar iets gelezen heeft van de medisch antropologische literatuur over Afrika zal echter begrijpen dat die vraag niet beantwoord gaat worden. Het ligt niet in de lijn van de antropoloog een waardeoordeel over tradities te vellen, tot opluchting van sommigen, maar tot ergernis van anderen, diegenen die iets willen *doen*.

Sinds de officiële proclamatie van de Wereldgezondheidsorganisatie in 1978 dat Afrikaanse regeringen meer gebruik zouden moeten maken van 'traditionele' genezers is er wel veel over dit - toen provocerende - idee geschreven, maar de beleidsmakers van gezondheidszorg in Afrika weten nu nauwelijks meer dan tien jaar geleden over de 'inpasbaarheid' van lokale genezers in het nationale systeem. Experimenten zijn er maar in zeer beperkte mate geweest, en over de resultaten ervan valt, zo blijkt, meer te twisten dan met zekerheid te zeggen. Tegenstanders worden haast nooit voorstanders en het omgekeerde is even zeldzaam. Vijf bijdragen handelen over deze thematiek. Het aardigste, en meest optimistische stuk is dat van Kargbo, een gynaecoloog uit Sierra Leone die zich, na het voltooien van zijn specialisme in Engeland, vol enthousiasme in het werk stort. Hij ontdekt echter dat de prenatale klinieken die hij superviseert wel redelijk veel zwangere vrouwen trekken maar dat de bevallingen slechts een vijfde van dat aantal uitmaken. Langzamerhand dringt het tot hem door dat de vrouwen verreweg de voorkeur geven aan een bevalling onder de hoede van een lokale vroedvrouw. Ze hebben vele bezwaren tegen de zorg die de kliniek biedt; het grootste is dat de verpleegsters en vroedvrouwen er te jong zijn en geen idee hebben van 'hoe het hoort' in hun cultuur. Voor de gynaecoloog is dat een aanleiding om met de oude dorpsvroedvrouwen te gaan praten en stapje voor stapje hun kennis en ervaring te integreren in die van de klinieken.

Kargbo's experiment is - niet toevallig - het eenvoudigste voorbeeld van samenwerking tussen Afrikaanse en Westerse medische zorg. Wat vroedvrouwen doen is immers niet zo ver verwijderd van wat in Westerse ogen 'rationeel' en 'efficiënt' is. Zodra religieuze opvattingen de praktijk binnendringen slaat de wetenschappelijke welwillendheid echter om in het tegendeel. Ironisch genoeg is het grootste deel van de Afrikaanse geneeskunst juist 'vergeven' van religie.

Een spectaculair en modern voorbeeld hiervan, dat indertijd ook de internationale pers gehaald heeft, vormt de voormalige Katholieke aartsbisschop van Lusaka, Zambia, Milingo. Zijn gebedsgenezingen werden niet alleen wenkbrauwfronsend door de medische wetenschap gade geslagen, maar waren ook de kerkelijke autoriteiten een doorn in het oog. Milingo werd naar Rome 'gepromoveerd' waar hij zijn activiteiten nu voortzet. Hastings houdt een interessant betoog over dit geval, zich baserend op teksten van Milingo zelf. Milingo vertaalt de traditionele kosmologie in een Christelijk idi-

oom. De heks wordt een 'vleesgeworden duivel' en kan vervolgens met een exorcisme verdreven worden. Een andere bijdrage, van Hackett, laat eveneens zien hoe het denken over gezondheid vermengd wordt met christelijke symbolen (en commercie). Haar onderzoek werd uitgevoerd in de Nigeriaanse stad Calabar. Milingo's geval is een treffend voorbeeld van wat in geheel Afrika plaats vindt: autochtone ideeën en waarden worden ingepast in het nieuwe en dominante discours; dat is de taal van wetenschap en commercie maar evenzeer, en dat zal voor meningen verrassend zijn, de taal van christendom en bijbel. Deze 'inpassing' is echter van een totaal andere orde dan die welke de beleidsmakers op het oog hadden toen zijn een integratie van westerse en traditionele gezondheidszorg bepleitten.

Sjaak van der Geest

Wim Hoogbergen en Marjo de Theije (redactie). *Vruchtbaar onderzoek. Essays ter ere van Douwe Jongmans*. ICAU mededelingen van de vakgroep Culturele Antropologie, Rijksuniversiteit Utrecht no 24, 1988. 196 pp. Prijs: f 20,00.

De titel van deze afscheidsbundel verwijst naar de oratie van Professor Jongmans, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de interculturele studie der menselijke vruchtbaarheid in 1983. In een interviewfragment geeft Jongmans een persoonlijke terugblik op zijn onderzoek op het gebied van family planning en voorstellingen rondom vruchtbaarheid. Het is jammer dat men daarbij een presentatie in de vorm van een monoloog heeft gekozen. Uitspraken zoals "als je je vak goed kent moet je ook ergens uit een vliegtuig gedropt kunnen worden en afgezien van de taal moet je dan onderzoek kunnen doen" nodigen uit tot discussie. De specifieke gevoeligheden op het terrein van man-vrouw relaties en seksualiteit die in het vervolg van het gesprek benadrukt worden, illustreren de betrekkelijkheid van zo'n uitspraak.

De bijdrage van Staarman, Stappers en Verheij bevat een verslag van hun onderzoek in Nederland naar de waarde van kinderen als 'enjoyable good', een begrip dat door Jongmans werd geïntroduceerd als tegenwicht tegen rationeel-economisch benaderingen. Omdat de onderzoeksters de respondenten zoeken in de kring van familie en bekenden speelt hier het probleem van distantie en betrokkenheid. Zij trachten dit probleem gedeeltelijk op te lossen door middel van wederzijdse evaluaties van hun interviews.

Barendrechts bijdrage "Mams, je wordt oma...? Over geboorteregeling en anticonceptie in Libelle" tracht door middel van inhoudsanalyse van damesbladartikelen een beeld te geven van de verschuiving in opvattingen over anti-conceptie en geboorteregeling. Dit artikel illustreert hoe onproductief 'aselectheid' kan zijn in de analyse van tijdreeksen. De onderzoekster gaat bij haar onderzoek uit van de jaargangen 1963, 1968, 1973 en 1978. Zij schrijft dat de jaargang 1963 meteen afviel omdat er met geen woord gesproken werd over geboorteregeling en merkt op dat dit opmerkelijk is, omdat een dalend geboortecijfer doet vermoeden dat vrouwen zich toen wel met dit onderwerp bezighielden. Ze gaat echter niet in op de vraag wanneer een keerpunt optrad en of het misschien toeval is dat er in 1963 geen melding werd gemaakt van geboortere-



geling. Wat belet een onderzoeker af te wijken van de oorspronkelijke keuze en te kijken naar de jaargangen 1962 en 1964 tot 1968?

Van Dijk onderzoekt aan de hand van levensgeschiedenissen van ex-Indiëgangers in hoeverre destijds gangbare opvattingen over de gemakzucht van de Hollandse huisvrouw correctie behoeven. Uit zijn verzamelde cases blijkt dat de *totoks* of *pur sang Hollanders*, zoals zij genoemd werden, weldegelijk een belangrijke rol speelden bij de opvoeding van hun kinderen.

Douwes draagt een hoofdstuk bij uit haar publikatie over Tamil theeplukkers in Sri Lanka. In deze bijdrage wordt gewezen op de discrepantie tussen het overweldigende succes van sterilisatie en de afwijzing van voorbehoedsmiddelen. Hoewel spreken over seksualiteit een taboe is bij de Tamil is Douwes er toch in geslaagd een beeld te schetsen van de seksualiteit bij Tamil vrouwen.

In de bijdragen van Naus en van Beek staan sociaal-culturele aspecten van kindersterfte centraal. Naus wijst in haar literatuurstudie op de nadelige invloed van abrupt spenen. Zij concludeert dat dit gebruik niet op biologische maar op sociaal-culturele factoren gebaseerd is. Van Beek analyseert bij de Kapsiki van Noord Kameroen het verschil in kindersterfte bij de smeden en niet-smeden. De belangrijkste factor is de grotere huwelijksstabiliteit bij de eerstgenoemden. Huwelijksmobiliteit lijkt abrupt spenen in de hand te werken. Een zwak punt in van Beeks 'controlled comparison' is dat de gegevens over de betreffende groepen uit verschillende perioden stammen. De gegevens over de smeden werden in 1972-73 verzameld terwijl die over de gehele populatie door de franse demograaf Podlewski in 1966 werd gepubliceerd.

Meuldijk en Voorman beschrijven etnomedische opvattingen onder zwangere en zogende vrouwen in de provincie Yogyakarta op Java. Het begrip evenwicht speelt een belangrijke rol in deze opvattingen. De auteurs pleiten voor de invoering en integratie van traditionele begrippen binnen de moderne gezondheidszorg. De vraag hoe zij deze integratie zien en hoe deze tot stand moet komen wordt vermeden.

Het laatste artikel in de bundel is een bijdrage van van Santen over arbeidsverdeling tussen de sexen in de Khroumerie (Tunesië). In haar analyse maakt het begrip onderdrukking plaats voor dat van complementariteit. Haar conclusie dat de keuzemogelijkheden voor vrouwen nihil zijn en dat vrouwen die niet aan hun seksegenusidentiteit wensen te voldoen niets anders rest dan gek te worden, geeft aan dat arbeidsverdeling ook vanuit een ander perspectief geanalyseerd moet worden.

De bundel besluit met een bibliografie van het werk van Jongmans. Een blik daarin geeft een indruk van diens veelzijdige belangstelling en laat zien dat Jongmans voortdurend gericht was op de praktische toepassing van antropologische kennis. Deze oriëntatie is terug te vinden in een aantal bijdragen aan "Vruchtbaar onderzoek".

Chris de Beet

Kaja Finkler, *Spiritualist healers in Mexico: successes and failures of alternative therapeutics*. South Hadley, MA: Bergin & Garvey Publ., 1985. 255 pp. Prijs: \$14.95.

Finkler beschrijft in deze studie vanuit een symbolisch perspectief de functie van spiri-

tuele genezing in een kleine Mexicaanse provincieplaats. Zij onderzoekt het resultaat van deze therapie vanuit het gezichtspunt van de mensen die er gebruik van maken. Tevens gaat zij na welk verband er bestaat tussen sociale en economische factoren en het therapeutisch systeem.

Het spiritualisme is in de eerste plaats een godsdienst die haar wortels heeft in de Joods-Christelijke traditie. Zij veronderstelt het bestaan van geesten, met wie de mens kan communiceren. Tijdens veelvuldige en zorgvuldig geplande tempeldiensten geven de belangrijke personages binnen het spiritualisme, Jehova, Christus, de maagd Maria en Vader Elias, de stichter van de beweging in Mexico, boodschappen door aan de tempelgangers via mediums die in trance zijn. De aanhangers van het spiritualisme die zichzelf zien als het uitverkoren volk, dienen strikt te gehoorzamen aan 22 geboden. De beloning is de bescherming van God. Finkler legt een verband tussen de opkomst van de beweging in de tweede helft van de vorige eeuw en de toenemende industrialisering die tot verstoring van bestaande sociale structuren leidde.

Binnen de context van de tempel zijn er dagen waarop spirituele genezers patiënten behandelen. Meestal zijn de genezers ex-patiënten die een langdurige therapie hebben ondergaan en in het kader hiervan ook veel diensten hebben bijgewoond. Na een periode van inwijding, waarin zij de techniek van het in trance raken leren, worden zij zelf genezer.

Finkler was tijdens de periode van haar onderzoek assistente van een genezeres. Zo kon zij van nabij constateren dat een genezer veel patiënten snel achter elkaar ziet en dat er nauwelijks sprake is van een persoonlijke band tussen de genezer en de patiënt. Dit bracht haar tot de conclusie dat de toegepaste techniek als belangrijker gezien wordt dan de persoon van de genezer. Meestal is er sprake van een reiniging, die het einde van de zieke-rol symboliseert en van het voorschrijven van kruiden. Ook hier is strikte gehoorzaamheid geboden; het antwoord op een eventuele vraag is vaak: "Doe wat ik zeg".

Voor het beoordelen van de resultaten van de behandeling door de genezers, maakte Finkler gebruik van een kwantitatieve methode, de Cornwall medical index, en van open interviews. Die index is een ja-nee vragenlijst, met items die zowel de lichamelijke als de emotionele toestand betreffen. Finkler paste hem aan aan de Mexicaanse omstandigheden. Over het algemeen is er in een kwart van de gevallen sprake van succes, in ruim een derde van de gevallen is er sprake van falen en voor de overige gevallen is het resultaat niet duidelijk. Succes komt vooral voor bij lichte diarree, bij eenvoudige gynaecologische problemen, bij niet ernstige psychiatrische pathologie en bij gesomatiseerde syndromen. Finkler schrijft het succes ten dele toe aan de effectiviteit van de voorgeschreven theeën en andere kruidenmengsels. Belangrijker is, zeker bij gesomatiseerde syndromen en bij psychiatrische problematiek, de symbolische waarde van de handelingen die de genezers uitvoeren. Handelingen verricht door westerse artsen, die in het Mexicaanse stadje voor iedereen bereikbaar zijn, hebben uiteraard ook een symbolische betekenis. Maar deze symboliek past niet in de belevingswereld van veel mensen met vaag omschreven klachten. Finkler ziet beide geneeswijzen als complementair.

Wat betreft de relatie tussen sociale en economische omstandigheden en therapeutische systemen, stelt Finkler dat de spirituele genezing sociale actie belemmert. Ziekte wordt individueel bekeken en de behandeling neemt de oorzaken van de ziekte niet

weg. Bij de therapie ligt de nadruk op het klakkeloos opvolgen van de adviezen; ook tijdens de diensten in de tempel is absolute gehoorzaamheid geboden. De schrijfster gaat ook nog na of de mensen die regelmatig bij de tempelgenezer komen, uit een andere sociale groep komen dan de mensen die dit niet doen. Dit blijkt niet het geval te zijn.

Samenvattend: Finkler geeft een goede beschrijving van de genezingsmethoden van spirituele genezers en levert een plausibele verklaring voor hun aantrekkingskracht. Zij illustreert dit met veel sprekende voorbeelden. Bij de beoordeling van de resultaten van de behandeling, combineert zij het gebruik van kwalitatieve en kwantieve methoden. Zij ziet dit als een goede manier om niet-westerse therapieën te kunnen beoordelen. Het feit dat bijna 40% van de antwoorden in de categorie 'niet te beoordelen' of 'andere' valt, doet haar ten onrechte niet aan deze methode van onderzoek twijfelen. Jammer is dat de, overigens heel aannemelijke bewering dat het spiritualisme en de daarbij behorende geneeswijze tot sociaal conformisme leidt, onvoldoende in het onderzoek wordt uitgewerkt.

Marijke Stegeman

Mario Braakman (red) *Gezondheidszorg en cultuur kritisch bekeken*. Medisch-antropologische opstellen aangeboden aan Prof. Dr. Vincent F.P.M. van Amelsvoort. Groningen: Konstapel, 1986. 248 pp. Prijs f 20,-.

Dit vriendenboek bevat naast informatie over leven en werk van Vincent van Amelsvoort, een tiental artikelen van Nederlandse medisch antropologen. Zij bespreken, voorafgegaan door een inleiding door Braakman, globaal twee thema's: de kritische beoefening van de medische antropologie en het naast elkaar bestaan van moderne en lokale medische systemen.

Wat 'kritische antropologie' inhoudt wordt uiteen gezet in het hoofdstuk van Bonsel en Richters. In hun bespreking van de medische antropologie in de V.S. laten zij zien dat de westerse geneeskunde, maar ook de medische antropologie in haar streven deze laatste van dienst te zijn, een behoudende functie heeft. Men concentreert zich op individuele gevallen, of zelfs op afzonderlijk lichaamsdelen, en negeert de onrechtvaardige sociale en economische structuren waarin de zieke mens zich bevindt. Toch zijn het deze structuren die een belangrijke rol spelen bij de verdeling en verspreiding van ziekten. Bonsel en Richters spreken zich uit tegen dit kritiekloos toepassen van de medische antropologie met als eerste doel het ondersteunen van het westers geneeskundig systeem.

Andere interpretaties van het begrip 'kritisch' zijn te vinden in de hoofdstukken van Huizer en Muller. Huizer ziet het voortbestaan en het opleven van traditionele geneeskunde als reacties op de dominantie van het westerse medische systeem. Muller beschrijft het bevrijdend potentieel van de geneeskunde van Peruaanse Indianen. Deze zou hun inzichten kunnen opleveren die hen in staat stellen te strijden voor een beter bestaan.

Het tweede thema, het naast elkaar bestaan van verschillende medische systemen, met alle problemen die zich daarbij voordoen, lijkt echter een veel belangrijker plaats

in de bundel in te nemen. Pot laat zien hoe belangrijk het is dat (tropen-)artsen hun eigen kennis relativeren en meer begrip krijgen voor de opvattingen van hun patiënten; van der Geest wijst op het gebrek aan kennis van de achtergronden van het gebruik van westerse geneesmiddelen, zonder voorschrift, door leken; Hamel schrijft de populariteit van Afrikaanse genezingskerken toe aan het feit dat zij ruimte bieden aan traditionele gewoonten en opvattingen en Gerrits geeft een voorbeeld van de toepassing van inheemse concepten bij de uitvoering van een epilepsie-project. De overige drie hoofdstukken door Hoogesteger, Barten & van der Veen en Buschkens beschrijven voornamelijk de problemen die zich voordoen bij de introductie en uitvoering van westerse gezondheidszorg in respectievelijk Mexico, Nicaragua en Somalië.

Wat in deze tweede serie hoofdstukken het meest opvalt, is het toegepaste karakter en de afwezigheid van de kritische benadering zoals die door Bonsel en Richters bepleit wordt. De auteurs houden zich namelijk in de eerste plaats bezig met de problematiek rond de geslaagde introductie en uitvoering van de westerse gezondheidszorg. Ze zijn slechts 'kritisch' in de zin dat ze nadenken over de zwakheden van dit medisch systeem om vervolgens te proberen deze zwakheden te verbeteren. Het functioneren van het systeem zelf wordt echter niet nader bekeken.

Als de artikelen in deze bundel representatief zijn voor de medische antropologie in Nederland, dan blijkt deze veel overeenkomsten te hebben met die in Amerika. Ook de Nederlandse antropoloog ziet de waarde van zijn vak vooral in de bijdrage die het kan leveren aan de verbetering van westerse zorg in niet-westerse gebieden.

Gezien het toegepaste karakter van de meeste artikelen, is de titel van de bundel nogal misleidend. Hoewel Braakman in zijn inleiding een poging doet om de verschillende artikelen in een kritisch kader te plaatsen, blijft er een merkwaardige tegenstelling bestaan tussen de kritische toon van Bonsel en Richters en de praktische benadering bij de meeste andere auteurs.

Anja Krumeich

Vincent van Amelsvoort & Frits Muller, *Snijvlak: gezondheidszorg tussen twee werelden*. Boskoop (Postbus 244): Macula, 1986.143 pp. Prijs: f 17,- (plus f 4,50 porto).

'Snijvlak' heeft twee betekenissen waarmee de auteurs van deze 17 gebundelde opstellen spelen. Er is het snijvlak van het ontleedmes, symbool van de medische professie, maar ook in overdrachtelijke zin bruikbaar, verwijzend naar de ontleding van een ingewikkeld probleem. Er is ook het snijvlak uit de meetkunde, het vlak waarlangs een lichaam wordt doorgesneden, het grensgebied van twee werelden.

De auteurs geven in een populaire stijl, tal van voorbeelden van misverstanden en problemen die kunnen ontstaan als gezondheidszorg culturele of economische grenzen oversteekt. Aan het woord zijn twee 'tropenartsen' met een grote belangstelling voor de culturele en politieke context waarin gezondheidszorg gepleegd wordt. Beiden hebben ook een ruime ervaring op dat terrein. De eerste zes stukjes gaan over medisch-antropologische gezichtspunten, de volgende vijf over politieke implicaties en de laatste zes bevatten praktijkvoorbeelden.

Men zou de auteurs kunnen verwijten dat zij soms wel erg generaliserend spreken over hun onderwerp, vooral wanneer het over *de* Afrikanen, of 'niet-westerse' culturen gaat, maar zij zijn zelf de eersten om op dit euvel te wijzen. Wie populariserend en onderhoudend over dit onderwerp wil schrijven, ontkomt niet aan enige zwart-wit tekening. Wie dit voor lief neemt, zal in dit boekje veel aansprekende voorbeelden en commentaren aantreffen die betrekking hebben op problemen van westerse gezondheidszorg in 'niet-westerse' culturen. Van Amelsvoort (en Hamel in één hoofdstuk) schrijft vooral over culturele botsingen, Muller over politieke, maar ik kon me niet aan de indruk onttrekken dat soms de auteurs zelf nauwelijks een botsing met elkaar voorkomen. Culturele categorieën werken nu eenmaal vaak depolitiserend, terwijl het er Muller juist om te doen is duidelijk te maken dat het in gezondheidszorg altijd om politiek gaat.

Dat neemt niet weg dat de opstellen van van Amelsvoort, geardeerd met toepasselijke anecdotes, mij het meest aanspraken. Zijn beschouwingen over verschillen in tijdsbegrip, over 'brain drain', bloedtransfusie, lijfstraffen en gezondheidsvoorlichting zijn rake typering van complexe problemen waar menig een mee geconfronteerd kan worden die zich in de buurt van het snijvlak bevindt. Ook de bijdrage van Hamel, die wijst op een merkwaardige paradox in de rol van kerken in gezondheidszorg, is de moeite waard. Vooral artsen die elders gaan werken of daar gewerkt hebben zullen veel van hun gading vinden, mits zij, met instemming van de auteurs, een en ander met een korreltje zout nemen.

Sjaak van der Geest

## Signalementen

Anja Krumeich, *Gezondheid en gezondheidszorg in Suriname: een geannoteerde bibliografie (1900-1985)*. Amsterdam: Cansa, Universiteit van Amsterdam, 1988. 92 pp. Prijs: f 15,-.

Deze bibliografie is op overzichtelijke wijze ingedeeld in vijf thematische hoofdstukken: Westerse gezondheidszorg, Medische missie en zending, Voeding, Moeder- en kindzorg, Volksgeneeskunde en religie. Het merendeel van de 467 titels is voorzien van een korte inhoudsbeschrijving en een vindplaats. In de inleiding wordt uiteengezet welke zoekmethode gehanteerd is. De bibliografie kan onderzoekers veel tijd besparen bij het zoeken naar literatuur en kan op deze manier een aanzet vormen voor de ontwikkeling van de medische antropologie van Suriname. De uitgave kan schriftelijk besteld worden bij het Antropologisch-Sociologisch Centrum, Cansa publicaties, Oudezijds Achterburgwal 185, 1012 DK Amsterdam.

Murray Last & G.L. Chavunduka (eds), *The professionalisation of African medicine*. Manchester: Manchester University Press, 1986. 293 pp. Prijs: £29.95 (hard cover).

Deze inleiding bevat, naast een inleiding en conclusie, twaalf artikelen over acht landen: Bénin, Botswana, Ghana, Malawi, Nigeria, Tanzania, Zambia en Tanzania. Eén artikel gaat over zuidelijk Afrika in het algemeen, en één heeft niet direct betrekking op een bepaalde regio. De engelstalige landen zijn sterk oververtegenwoordigd.

De meeste bijdragen gaan niet zozeer over 'professionalisering' (een uiterst ambigu begrip overigens), maar beschrijven hoe traditionele genezers trachten te overleven onder de dominantie van westerse geneeskunde. Vaak bestaat die strategie uit een gedeeltelijke capitulatie voor de principes van deze laatste, maar zoiets kan men moeilijk professionalisering noemen. De bijdragen werden eerder gepresenteerd op het International African Seminar dat in 1983 in Botswana gehouden werd. Een interessant onderwerp dat in diverse bijdragen ter sprake komt, is de productie en reproductie van medische kennis, en de geheimhouding waarmee dat vaak gepaard gaat. Wat verder opvalt, is de grote welwillendheid waarmee alle auteurs over traditionele genezers schrijven. Kritiek op hen is blijkbaar een taboe in de medische antropologie, zoals Morton Glasser onlangs (1988) opmerkte in *Social Science Medicine*.

Rais Akhtar (ed), *Health and disease in Tropical Africa: geographical and medical viewpoints*. Chur (Switzerland): Harwood Academic Publishers, 1987. 520 pp. Prijs: \$ 140.- (hard cover).

Deze bundel bevat 24 artikelen over de verspreiding van ziekte en problemen van gezondheidszorg in Sub-Sahara Afrika. De redacteur heeft vooral gezocht naar bijdragen met een medisch-geografische benadering. De meeste hoofdstukken handelen over epidemiologische onderwerpen, ecologische aspecten van ziekte, de gevolgen van 'ontwikkeling' voor gezondheid, en over de -vaak ongelijke- verspreiding van gezondheidszorgvoorzieningen. Zeven bijdragen hebben een algemeen karakter, vijf hebben betrekking op Nigeria, drie op Tanzania, twee op Ethiopië, Sierra Leone en Zambia, en aan Ghana, Kenia en Soedan wordt één artikel gewijd. Deze wat 'ongelijke regionale verspreiding', met name de afwezigheid van Franstalig Afrika, laat zich moeilijk combineren met de ambitie een tekstboek te produceren voor onderwijs over ziekte en gezondheidszorg in Afrika. De prijs zal menigeen afschrikken.

B.M. du Toit & I.H. Abdalla (eds), *African healing strategies*. Buffalo: Conch Magazine LTD, 1985. 279 pp. Prijs: \$ 20.- (paper), \$ 39.95 (cloth).

Dit is een bundel van vijftien artikelen die voor het meerendeel gepresenteerd zijn op een conferentie over 'African Healing Strategies' die in 1984 werd georganiseerd door het Center for African Studies van de University of Florida. Het eerste deel is getiteld 'Healing and religion'. Het bevat vier interessante bijdragen over de invloed van de Islam en de Arabische geneeskunst op gezondheidszorg in Africa en zes over de invloed

van Christendom en 'Westerse' geneeskunde. Het tweede deel, 'Healing and science', bevat vijf bijdragen waarvan er drie over puur technisch-medische onderwerpen handelen. Een belangrijk thema dat in acht van de vijftien bijdragen ter sprake komt, is de integratie of samenwerking tussen Westerse en autochtone Afrikaanse geneeskunde. De bundel heeft geen verbindende inleiding of conclusie en de verschillende bijdragen zijn van ongelijke kwaliteit.

John H. Morgan (ed), *Third World medicine and social change. A reader in social science and medicine*. Lanham MD: University Press of America, 1983. 317 pp. Prijs: \$ 15.- (paper).

In deze bundel van 22 niet eerder gepubliceerde artikelen komt een groot aantal onderwerpen aan de orde waar medische antropologen in geïnteresseerd zouden kunnen zijn: volksgeneeskunst, de invloed van Westerse geneeskunde op maatschappelijke verandering, primary health care, dorpsgezondheidswerkers, hekserijgeloof, medisch pluralisme, arts-patiënt relaties, psychiatrie, enzovoorts. Helaas zijn vele bijdragen van geringe kwaliteit en ontbreekt iedere organisatie in het boek. De redacteur heeft geen inleiding geschreven en licht zijn 'keuze' slechts toe met de opmerking dat hij de auteurs de grootst mogelijke vrijheid heeft gelaten.

David Sanders with Richard Carver, *The struggle for health. Medicine and the politics of underdevelopment*. Basingstoke/ London: Macmillan Education, 1985. 232 pp. Prijs: £ 12.- (hard back), £ 2.95 (paper back).

In dit boek wordt de gebrekkige gezondheid in de Derde Wereld gezien als het gevolg van 'onderontwikkeling'. Gezondheidszorg, zo schrijft de auteur, kan hier weinig aan veranderen, ja dient en legitimeert zelfs onderontwikkeling. Sanders, een kinderarts uit Zimbabwe, en Carver, een journalist, ondersteunen hun betoog met een overvloed aan citaten, figuren, tabellen en illustraties. In de laatste twee hoofdstukken laten zij zien hoe gezondheidszorg ook bevrijdend kan werken en bijdragen tot politieke verandering. Het boek, dat op de eerste plaats geschreven is voor gezondheidswerkers in arme landen, doet enigszins gedateerd aan vanwege de eenzijdige nadruk op politiek-ekonomische verklaringen en de verheerlijking van ontwikkelingen in China.

P.E.M. Engelkes, *Health for all? Evaluation and monitoring in a comprehensive Primary Health Care project in Colombia*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1989. Distributie: Kon. Instituut voor de Tropen, Mauritskade 63, 1092 AD Amsterdam. 205 + xxi pp. Prijs: f 48,-.

In dit proefschrift, rijkelijk voorzien van tabellen, figuren en foto-illustraties, wordt eerst uitgebreid een PHC project in de Chocó Provincie in Colombia geëvalueerd, volgens vijf evaluatiemethoden. Daarna worden deze methoden zelf op hun doeltreffend-

heid geëvalueerd. De studie laat zien hoe moeilijk het is 'harde' resultaten van PHC aan te wijzen en hoezeer verbetering van gezondheid verweven is met talloze andere facetten van het dagelijks leven. Een uitvoerige bespreking van dit proefschrift volgt in een later nummer van Medische Antropologie.

WHO, *Intersectoral action for health. The role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all*. Geneva: WHO, 1986. 150 pp. Prijs: Sw. fr. 24.-

Deze publicatie is een pleidooi voor intersectorale samenwerking ter bevordering van gezondheid, zoals reeds in 1978 in het Alma Ata document werd aanbevolen. Uitgangspunt van dat pleidooi is de overtuiging dat de verbetering van gezondheid niet zozeer afhangt van gezondheidszorg maar van ontwikkelingen in andere sectoren zoals landbouw, voeding, watervoorziening, onderwijs, huisvesting, enzovoorts. Dit uitgangspunt wordt alom bevestigd, maar heeft toch zelden geleid tot een effectieve intersectorale samenwerking in gezondheidsbeleid.

Het rapport begint met Resolutie 39.22 van de World Health Assembly waarin tot intersectorale samenwerking wordt opgeroepen. Een korte inleiding schetst de achtergrond van deze problematiek en hoofdstuk 1 handelt over 'equity and health'. De volgende drie hoofdstukken bespreken drie sectoren die van cruciaal belang zijn voor gezondheid: landbouw en voeding (2), onderwijs en communicatie (3) en milieu, water en huisvesting (4). Het rapport eindigt met samenvattende conclusies en 19 aanbevelingen. De publicatie is luxe uitgevoerd met verhelderende illustraties, met 52 vignettes waarin case studies worden gepresenteerd ter ondersteuning van het betoog, en met een overzichtelijke bibliografie.

*Health Policy & Planning. A Journal on Health in Development*. Oxford: Oxford University Press. Persoonlijk abonnement: £22.-

Dit nieuwe tijdschrift, onder redactie van medewerkers van de London School of Hygiene and Tropical Medicine, bestaat sinds 1985 en verschijnt vier maal per jaar. Het is vooral gericht op beleid en planning van gezondheid in ontwikkelingslanden. Het bevat naast gewone artikelen recensies en besprekingsartikelen, nieuws en informatie en een originele rubriek getiteld 'Ten best books in ...', waarvoor steeds een ander onderwerp gekozen wordt. Het tijdschrift kan besteld worden op het volgende adres: Journals Subscriptions Department, Oxford University Press, Walton Street, Oxford OX2 6DP, U.K.