

Boekbesprekingen

American Ethnologist Volume 15, Number 1 (1988), Theme issue: Medical Anthropology, edited by Davydd Greenwood, Shirley Lindenbaum, Margaret Lock, and Allan Young. 190 pp. Prijs (los nummer): US \$ 12.50 (te bestellen bij: American Ethnologist, 1703 New Hampshire Ave, N.W., Washington, DC 20009, USA).

Medische antropologie is, samen met feministische antropologie, waarschijnlijk het snelst gegroeide specialisme binnen de culturele antropologie van de afgelopen vijftien jaar. Die ontwikkeling kan niet verklaard worden uit het 'nut' van het specialisme bij het oplossen van medische problemen wereldwijd en ook niet uit de relatief gunstige vooruitzichten voor medisch antropologen op de arbeidsmarkt, al zullen beide overwegingen geen schade hebben gedaan aan haar populariteit. De belangrijkste verklaring voor de spectaculaire groei van het specialisme moet waarschijnlijk gezocht worden in het feit dat 'het medische' zo'n fascinerend onderwerp is voor antropologisch onderzoek. Ziekte (de klacht van de patiënt, de diagnose van de genezer) en therapie lenen zich bij uitstek voor het ter discussie stellen van het 'natuurlijke', een klassieke bezigheid in de antropologie.

De vragen die antropologen sinds een eeuw in de ban houden, zijn onder meer: wat is cultuur; waar ligt de grens tussen wat natuurlijk bepaald en wat door mensen verworven is; hoe overleven mensen in hun natuurlijk milieu; is het mogelijk over de mens te spreken in termen van universele criteria; hoe verhoudt het individu zich ten opzichte van de gemeenschap; en wat is de relatie tussen het cognitief-symbolische en het praktisch handelen van de mens? Al deze vragen laten zich uitstekend stellen binnen de medische antropologie. Het specialisme stelt de antropologie derhalve in staat haar wetenschappelijk perspectief te verscherpen. Naast de dienstbaarheid van de – toegepaste – medische antropologie aan de geneeskunde is er dus ook de ondergeschiktheid van het medische aan de – theoretische – antropologie. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat de diverse theoretische oriëntaties van de culturele antropologie met vrucht zijn toegepast in de medische antropologie. Men denke slechts aan functionalistische en ecologische oriëntaties, aan de diverse marxistische stromingen, aan het transactionalisme en aan de huidige interesse in symbolische, linguïstische en semantische benaderingen. De mogelijkheden en beperkingen van de verschillende gezichtspunten zijn door hun toepassing in de medische antropologie vaak verduidelijkt.

Het belang van de medische antropologie voor de ontwikkeling van de culturele an-

tropologie in het algemeen blijkt ook uit het themanummer dat het tijdschrift *American Ethnologist* aan dit specialisme gewijd heeft. De redacteurs benadrukken in hun inleiding dan ook het antropologisch karakter van de medische antropologie. In de negen bijdragen is er nauwelijks sprake van bevindingen en conclusies die direct bruikbaar zijn voor de planning of de praktijk van gezondheidszorg. Het gaat veeleer om vragen naar de culturele betekenis van verschijnselen in de medische sfeer. Met dit themanummer hopen de redacteurs dan ook een beeld te geven van de culturele antropologie in het algemeen via de invalshoek van de medische antropologie.

Vier van de negen bijdragen zijn gesitueerd in Latijns-Amerika, twee in Noord-Amerika, twee in Azië (Maleisië en Japan), en een in Afrika (Soedan). Alle auteurs en redacteurs zijn werkzaam aan Noordamerikaanse universiteiten. Het tijdschrift mag dan de naam hebben 'internationaal' te zijn, dit nummer doet haar letterlijke naam eer aan, want het netwerk van de redactie blijkt nog tamelijk 'American' te zijn. We mogen dan ook constateren dat ontwikkelingen in de medische antropologie elders in de wereld niet vertegenwoordigd zijn in dit nummer.

Opvallend is verder dat zes van de negen artikelen haast uitsluitend over vrouwen gaan. De twee eerste handelen over bezetenheid van vrouwen in Soedan en Maleisië. Lock schrijft over een nieuwe Japanse ziekte, het 'menopauze-syndroom', en Farmer over 'slecht bloed', een ziekte bij arme vrouwen in Haïti. Browner en Perdue onderzoeken of vrouwen in een Mexicaanse gemeenschap hun kennis over vruchtbaarheidsregeling verborgen weten te houden voor hun mannen (het antwoord is ontkennend). Garro beschrijft de individuele verschillen en de consensus in ideeën over 'hoge bloeddruk' in een indianengemeenschap in Canada. Foster kijkt terug naar zijn vroeger werk en ontwikkelt een nieuwe visie op heet-koud-verklaringen in Mexico. Lows bijdrage gaat over gezingscultussen die zich richten op twee, als heiligen vereerde artsen in Costa Rica en Venezuela. Zij ziet dit verschijnsel als een symptoom van de medicalisering van religieuze cultussen en van de groeiende macht van de medische sector. Hopper tenslotte beschrijft de situatie van daklozen in New York en relateert die aan opvattingen over hun psychiatrische problemen.

Twee bijdragen aan dit nummer verdienen bijzondere aandacht. Aihwa Ong heeft onderzoek gedaan naar dramatisch gevallen van 'bezetenheid' bij vrouwen werkzaam in multinationale bedrijven in Maleisië. In 1978 was er bijvoorbeeld een incident in een Amerikaanse fabriek voor microscopen waarbij niet minder dan 120 vrouwelijke werknemers betrokken waren. De fabriek werd voor drie dagen gesloten en een traditionele genezer werd ingehuurd om de plaats te reinigen met een offerritueel. In datzelfde jaar werden in een ander Amerikaans bedrijf 15 vrouwen door bezetenheid getroffen en in 1980 ondergingen 21 vrouwen in een Japanse fabriek hetzelfde lot. Ong zet haar visie op de gebeurtenissen af tegen die van de fabrieksmanagers. Volgens de laatsten was hier slechts sprake van een overblijfsel uit de traditionele cultuur. Ong benadrukt echter dat het ging om een 'moderne' culturele uiting waarmee vrouwen hun plaats trachtten te bepalen in een totaal nieuwe situatie. Zij ziet de bezetenheid als een protest tegen de strakke fabriekdiscipline en tegen de overschrijding van traditionele grenzen tussen mannen en vrouwen. Deze verwarrende situatie wordt door haar geplaatst tegen de achtergrond van de snelle industriële ontwikkeling die Maleisië doormaakt. Pikant in deze studie is dat het traditionele genezers zijn die, in opdracht van de fabrieksdirec-

tie, een bijdrage leveren aan de medicalisering van een voornamelijk sociaaleconomisch probleem.

De bijdrage van Foster is interessant, omdat die een 'her-interpretatie' van zijn eigen werk in Mexico impliceert. Foster wijst erop dat het principe van tegengestelden (heet versus koud) niet zozeer een recept voor curatief handelen is, maar veeleer een rationalisering van iets dat men reeds ondernomen heeft. Hij komt hierop door meer aandacht te besteden aan de tegenstrijdige verklaringen die mensen aflegden ten aanzien van heet en koud. Foster concludeert dat deze lokale theorieën over ziekte en genezing culturele instrumenten zijn die op een flexibele en opportunistische wijze gebruikt worden. In die zin verschillen ziekte-theorieën niet van ideeën over afstamming, politieke alliantie, religie of wat dan ook: ze dicteren niet menselijk gedrag maar staan veeleer ten dienste van mensen die er gebruik van maken als hun dat uitkomt. Het is jammer dat Foster bij het schrijven van deze reflectie nog niet kennis had genomen van het artikel van Tedlock (1987) die erop wijst dat de logica van de heet-koud-verklaring vooral gezien moet worden als een rationalisatie van de onderzoeker-antropoloog.

Het themanummer eindigt met besprekingen van zestien publikaties op het terrein van de medische antropologie.

Literatuur

Tedlock, B.

1987 An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America. *Social Science & Medicine* 24 (12): 1069-83.

Sjaak van der Geest

Anthony D. Buckley, *Yoruba medicine*. Oxford: Clarendon Press, 1985. 275 pp. Prijs: £25.00 (hard cover).

In 1969 arriveerde Buckley in Nigeria voor twee jaar antropologisch veldwerk onder Yoruba-genezers. Hij had een moeilijke start. Eerst probeerde hij met een groot aantal kruidendokters in contact te komen in de hoop dat hij hun sessies zou kunnen bijwonen en tussen de bedrijven door met hen discussiëren over hun medicijnen. De genezers waren verbijsterd en verontwaardigd. Het was voor hen uitgesloten dat een vreemdeling zomaar hun geheime kennis zou noteren. De extreem hoge bedragen die ze eisten voor hun eventuele medewerking, waren afdoende om Buckley van zijn idee af te brengen. Zijn tweede plan was om de kennisvergaring op traditionele wijze te realiseren: als leerling bij een meester. Hij trad inderdaad in dienst bij een genezer na betaling van een bepaald bedrag, maar zijn hoop op een 'spoedcursus' (twee jaar in plaats van vier) bleek ijdel. De meester was niet bereid zijn kennis zo snel aan hem te openbaren. Helemaal onder aan de ladder beginnen was echter te veel voor deze antropoloog. De relatie tussen meester en leerling verslechterde en Buckley vertrok, vol frustraties.

Na deze twee mislukkingen keerde het tij echter. Buckley slaagde er toch in – hoe,

komen we niet te weten – goede relaties op te bouwen met enkele specialisten in de Yoruba-geneeskunde (die hoofdzakelijk op kruiden is gebaseerd). Het grootste struikelblok bleek echter dat vragen naar recepten van geneeskunde onmogelijk was. De recepten werden zorgvuldig geheim gehouden. Buckley slaagde erin deze vicieuze cirkel te doorbreken toen hij op de markt een Yoruba-receptenboek ontdekte. Het bestaan van een dergelijke publikatie lijkt op het eerste gezicht in tegenspraak met het beginsel van geheimhouding van recepten, maar Buckley's verklaring past in de ontwikkeling die de Yoruba-samenleving doormaakt onder invloed van islam en christendom, twee religies met een grote verering voor het boek. Daarbij komt nog de commerciële prikkel die elk geheim te gelde wil maken. (Een vergelijkbaar geval in de Nederlandse maatschappij is de recente publikatie door een oncollegiale psycholoog van de 'juiste' antwoorden van allerlei psychologische toetsen). Met het receptenboekje achter de hand was Buckley nu in staat de vraag naar de samenstelling van het recept over te slaan en meteen te gaan praten over de diverse ingrediënten, een onderwerp dat wel bespreekbaar was.

Het boek dat Buckley ons nu presenteert – en dat voortgekomen is uit zijn proefschrift van 1982 aan de University of Birmingham – bestaat voor het grootste deel uit gesprekken die hij heeft gevoerd met twee genezers, Fatoogun en Adebawo. De eerste is een priester van de Ifa-cultus, met een voorliefde voor filosofische discussies. Hij beschikt bovendien over een enorme kennis van verzen en incantaties. Adebawo is meer een praktischgerichte kruidendokter. Hij spreekt – in tegenstelling tot Fatoogun – vloeiend Engels. Buckley citeert voortdurend zijn twee sleutelinformanten die onvermoeid antwoorden op zijn eindeloze reeks vragen over kruiden en ziektes. Tussen de citaten door is Buckley aan het woord. Hij legt zijn interpretaties en exegeses aan de lezer voor, waarbij hij 43 maal zijn betoog in een schematische figuur tracht te verduidelijken.

Voordat ik de strekking van deze studie tracht samen te vatten, is het van belang op te merken dat Buckley's benadering sterk lijkt op de structuralistische werkwijze van Lévi-Strauss. Het gedachtengoed van de twee genezers wordt van begin tot eind weergegeven in termen van binaire opposities. Buckley ziet hun medische kennis als een Kuhniaans paradigma, opgebouwd volgens de strikte logica van opposities die elkaar in evenwicht houden.

Op het eenvoudigste niveau, door Buckley 'Image I' genoemd, wordt gezondheid gezien als een toestand van evenwicht. De ziektekiemen zijn wel in het lichaam aanwezig, maar zij zijn onder controle en leveren in die toestand zelfs een bijdrage aan het normale functioneren van het lichaam. Zonder de aanwezigheid van de ziektekiemen zou een vrouw zelfs geen kind kunnen voortbrengen. Er is pas sprake van 'ziekte' als de ziektekiemen te veel in aantal worden en 'overstromen' uit de zak waarin zij zitten opgeborgen. Zo'n wildgroei kan onder meer veroorzaakt worden door een overmaat van (vooral zoet) voedsel, drank en seks. De ziekte kan bestreden worden door matiging in leefgewoonten en door het gebruik van medicijnen met een tegengestelde werking. Opvallend, aldus Buckley, is dat ziekte gezien wordt als iets dat reeds aanwezig is, terwijl volgens de gangbare biomedische opvatting ziekte meestal voortkomt uit een invasie van buitenaf.

Gezondheid als een toestand van evenwicht wordt echter ook uitgedrukt in termen

van een structuur van kleuren: rood en wit verborgen in de zwarte omhulling van de huid. Ziekte of gevaar dreigt als aan deze kleur-ordening getornd wordt. Dat is het geval als het bloed zwart wordt of als het rood en wit zich aan de oppervlakte van het lichaam vertonen. De structuur van de kleuren hangt nauw samen met opvattingen over 'verborgen' en 'openbaar'. Gezondheid is dan ook tevens het juiste evenwicht tussen deze twee begrippen.

Tot zover is het betoog gemakkelijk te volgen. Daarna gaat Buckley over 'Image II' spreken, de meer esoterische hoofdstukken van de Yoruba-geneeskunst, die onmogelijk in het bestek van deze bespreking zijn samen te vatten. Over de Yoruba-religie, met haar uitgebreid pantheon van goden en geesten, is inmiddels een bibliotheek vol geschreven. Het geheime en ambigue karakter van de Yoruba-religie maakt het er niet eenvoudiger op en heeft er toe bijgedragen dat de diverse auteurs – Yoruba en niet-Yoruba – het verre van eens zijn met elkaar. Die verwarring over de juiste interpretatie 'borrelt over' naar de medische kennis die op een aantal punten het terrein van de religie betreedt. Ik zal me beperken tot slechts enkele thema's in Buckley's uiterst rijke en ingewikkelde uiteenzetting.

Centraal staat het beeld van de kookpot gedragen door drie stenen die tot symbool van de gehele Yoruba-wereld dient, zoals Buckley in een spreekwoord, omgeven door geheimzinnigheid, wordt meegedeeld. Dit beeld leent zich tot de eenvoudige analogieën en opposities die reeds eerder ter sprake zijn gekomen (controle versus 'overkoken', zwart versus rood/wit, verborgen versus zichtbaar) maar blijkt ook veel ingewikkelder gedachten te 'bevatten'. Buckley gaat uitgebreid in op de symboliek van getallen, de vele associaties ontleend aan de palmboom, en opposities zoals links-rechts, mannelijk-vrouwelijk en binnen-buiten. De tegenstellingen worden gerelateerd aan die tussen de kwade Sonponno, god van de pokken, en de goede god Ifa.

De ambigüiteit wordt nog scherper in beeld gebracht in het zevende hoofdstuk waar Buckley de rol van incantaties (toverformules) in de medische praktijk bespreekt. De *incantaties moeten niet beschouwd worden als culturele context van de toediening van medicijnen*; zij maken volgens Buckley deel uit van de medische technologie. Zij zijn niet gericht tot de patiënt, die er overigens ook niets van verstaat, maar tot het medicijn. Zij roepen de kracht van het medicijn wakker en maken het 'compleet'. De incantatie openbaart de werking van het medicijn, maar verbergt die ook, omdat de tekst vol grillige woordspelingen zit die voor velerlei uitleg vatbaar zijn. Een ander belangrijk aspect van de incantatie is dat de macht over het medicijn bij de specialist blijft, want zonder de – geheime – incantatie is het krachteloos. De genezers exclusieve kennis van de incantatie houdt de patiënt gevangen. De 'bevrijding' die uitgaat van het geneesmiddel dat buiten de professionele genezer om bemachtigd en ingenomen wordt, wordt in het traditionele Yoruba-systeem belemmerd. Door het privé-eigendom van de medische kennis, zegt Buckley met een Marxistische variant, vervreemdt de patiënt van zichzelf.

Het lijdt geen twijfel dat Buckley een uiterst ingenieus boek heeft geschreven waar, met name in de Yoruba-wereld, lang over gesproken zal kunnen worden, niet is het minst, omdat het ook veel vragen oproept. Ik noem er vier. Ten eerste kan men twijfels hebben over zijn claim dat dit een 'emic' studie is. Hij doet die uitspraak onder meer als hij aan het eind van zijn betoog de aanhangers van een symbolische antropologie

verwijt dat ze hun metaforen en metonymia's opleggen aan hun informanten (waarover later meer). De vraag dringt zich op of het structuralisme van Buckley geen impositie is. Zijn beide sleutelinformanten komen in ieder geval uit zijn studie naar voren als twee doorgewinterde Lévi-Straussianen. Het wekt verbazing dat nergens blijkt dat hij zijn twee gesprekspartners heeft geconfronteerd met zijn aantekeningen, in een poging het 'emic' gehalte van zijn studie te verhogen. Het vermoeden rijst dat de 'emici- teit' van zijn betoog weleens een 'etic' oorsprong kan hebben. In ieder geval doet hij geen moeite dat vermoeden bij de lezer weg te nemen.

Een tweede probleem dat mij bij het lezen gehinderd heeft, is dat er nauwelijks enige context bij het verhaal geboden wordt. De bredere context van de Yoruba-samenleving, de aanwezigheid van concurrerende denk- en geneeswijzen bijvoorbeeld, ontbreekt totaal. Wat mij echter nog bezwaarlijker voorkomt is het achterwege laten van informatie over de micro-context, de setting van de gesprekken tussen de genezer en de antropoloog, hun relatie tot elkaar, hun betrokkenheid en belang bij de gesprekken en de uitkomst van het onderzoek, enzovoort. Die context is onmisbaar als men bij benadering de betekenis van de gesprekken tracht te peilen. De historische en antropologische discussies over de wijze waarop kennis – in de veldwerksituatie en elders – geproduceerd wordt, lijken totaal voorbij gegaan te zijn aan Buckley, die de antwoorden van zijn informanten als kant en klare, onproblematische, informatie presenteert. Het is ironisch dat de woorden van de twee genezers zonder context verschijnen op een moment dat antropologen er meer dan ooit van doordrongen zijn dat er geen betekenis zonder context bestaat.

Het derde probleem schuilt in de discrepantie tussen de weidse titel van het boek en de bescheiden omvang van het onderzoek. Er wordt – terecht overigens – geen poging gedaan de representativiteit van de beide sleutelinformanten vast te stellen. Het is niet onwaarschijnlijk dat hun ideeën voor een gedeelte idiosyncratisch zijn, te meer zo, gezien het geheime karakter van medische kennis waardoor verbreiding van ideeën en het ontstaan van een consensus bemoeilijkt wordt.

Tenslotte de merkwaardige uithaal naar symbolische antropologie, aan het einde van zijn boek. Het is moeilijk te begrijpen dat een auteur, na zoveel suggesties gegeven te hebben betreffende symbolische associaties in het denken van zijn informanten, een symbolische interpretatie van zijn bevindingen zo ongenueanceerd afwijst. Zijn argument dat zijn gesprekspartners zelf nooit met een symbolische verklaring op de prop- pen kwamen is absurd. Wat geldt voor de symbolische benadering, dat het een etic perspectief is waarmee men dieper tracht door te dringen in een etnografische tekst en deze relateert aan andere teksten, gaat immers ook op voor de structuralistische benadering die Buckley zelf heeft toegepast. Buckley's boek had een treffend voorbeeld kunnen zijn bij het betoog van Beck (1978) dat metaforen de verbinding leggen tussen twee denkwijzen, die van de associatie en de analogie en die van het rationele ver- toog. Het is die verbinding die zo opvallend ontbreekt in deze intrigerende en complexe studie.

Literatuur

Beck, B.E.F.

1978 The metaphor as a mediator between semantic and analogic modes of thought. *Current Anthropology* 19 (1): 83-97.

Sjaak van der Geest

A. Deigner (Redaktion), *Medizin und Kultur – Drie Grundseminare in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie – Entwürfe einer Propädeutik für Studenten der Medizin und der Ethnologie*. Modellversuch Lehrangebot Medizin in Entwicklungslander, Materialien Nr. 12. D. Sich, H.J. Diesfeld, A. Deigner, M. Habermann (Hrsg.), Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen am Südasiainstitut der Universität Heidelberg, 1988. 184 pp. Besteladres: Im Neuenheimer Feld 324, 6900 Heidelberg.

Dit boek is bedoeld als inleidende literatuur bij drie van de vijf cursussen 'Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie' (KMA) die het Instituut voor Tropische Geneeskunde van de Universiteit van Heidelberg voor studenten in de geneeskunde en de culturele antropologie elk semester verzorgt. Het cursusmateriaal bestaat uit thematische literatuur, films, casussen en ervaringsverslagen. Een presentatie ervan wordt in het boek ingeleid door vijf korte hoofdstukjes over de rol van de KMA in gezondheidsplanning in ontwikkelingslanden, onderwijs in KMA, de etnografische methode, de situatie van geneeskundestudenten in de cursussen, en oefeningen in een gedifferentieerde waarneming van 'het zelf' en 'het vreemde' en in ondervragingstechnieken. De onderwerpen van de cursussen waarover verslag gedaan wordt zijn: 'enige grondconcepten van de KMA', 'genezer en genezen in culturele context' en 'ziekte en ziek zijn in culturele context'. Er wordt steeds ingegaan op onderwijsdoeleinden, didactische aanpak, inhoud, lesmateriaal en ervaringen die met eerdere cursussen zijn opgedaan. Van enkele onderwerpen die in de medische antropologie centraal staan, wordt bovendien een samenvatting van bestaande basisliteratuur gegeven.

De doelstelling van de cursussen is kennisoverdracht met betrekking tot de culturele dimensie van geneeskundige systemen en met name over wat de schrijvers als de "adembenemende", wereldwijde veranderingen daarin zien. In navolging van de interpretatieve Amerikaanse medische antropologie worden geneeskundes evenals talen, godsdiensten en verwantschapssystemen als culturele systemen geconceptualiseerd en onderzocht. Volgens de auteurs is deze benadering tot nu toe veronachtzaamd, zowel in de westerse wereld als in ontwikkelingslanden. Pas als deze lacune is opgevuld, kan de dynamiek van de culturele veranderingen die door de kosmopolitisering van de westerse geneeskunde op gang gebracht is, geëvalueerd worden. Elke (toekomstige) arts moet zich van zijn positie en verantwoordelijkheid in deze veranderende context bewust worden.

Om die reden worden de cursussen ook van belang geacht voor antropologen die het gezondheidspersoneel dat in ontwikkelingslanden werkzaam is, van dienst zijn.

Zij kunnen er mede toe bijdragen dat de wereldwijde modernisering van geneeskunde-systemen werkelijk 'heilzaam' is en niet tot allerlei vormen van vervreemding leidt. Al tijdens de cursussen ervaren de cursisten soms op pijnlijke wijze de vele blokkades die het vervullen van een cultureel kritische rol in de weg staan. De auteurs wijzen er op dat interdisciplinair bruikbare grondconcepten die voor een zinvolle communicatie tussen geneeskunde en culturele antropologie noodzakelijk zijn, vrijwel geheel ontbreken.

Een geneeskunde-studente verwoordt in een geciteerde brief de problemen die zij had moeten overwinnen om een van de cursussen tot een goed einde te brengen. Zo moest zij bijvoorbeeld leren het gehele waardensysteem van de westerse geneeskunde, dat zij in de medische opleiding moeiteloos tot zich genomen had, tot op haar grondslagen kritisch te ondervragen. Een van de resultaten van de paradigmawisseling die zij daarvoor had ondergaan, was dat zij er van overtuigd geraakt was dat KMA als een verplicht studieonderdeel in het medische curriculum opgenomen zou moeten worden.

Uiteraard kan gewezen worden op veel zaken die in het boek niet, dan wel te beperkt aan de orde komen. En het is zeer wel mogelijk wetenschapstheoretische en methodologische bezwaren en punten voor diepgaande discussie op te sommen. Een korte boekbespreking leent zich daar echter niet toe. Ik wil er veeleer op wijzen dat het bijzondere van dit boek is dat er naar gestreefd is een balans te zoeken tussen een (wetenschaps)theoretische en toegepaste aanpak. Voorts is het vermeldenswaard dat aan dit boek een reeds tienjarige ervaring met onderwijs en onderzoek in de KMA en documentatie van literatuur op dit terrein ten grondslag ligt. Dat is daarom zo bijzonder omdat in de meeste instituten voor Tropische Geneeskunde de cultuurvergelijkende medische antropologie niet of nauwelijks aan de orde komt. In Heidelberg is men reeds lang overtuigd van het belang ervan voor gezondheidszorg in ontwikkelingslanden en ook in eigen land. Het is vooral de directeur van dit instituut, de arts en hoogleraar Diesfeld, die met steun van de overheid in deze een stimulerende en coördinerende rol gespeeld heeft.

De opzet van het boek maakt het uniek onder medischantropologische uitgaven. In de Angelsaksische literatuur is een dergelijk leerboek dat de hierboven vermelde doelstellingen nastreeft niet te vinden. Todd en Ruffini (1979) en Hill (1985) kunnen weliswaar behulpzaam zijn bij het opzetten van cursussen in verschillende medisch-antropologische thema's maar zijn als leerboek voor studenten niet bruikbaar.

De auteurs van *Medizin und Kultur* stellen zich zeer bescheiden op en staan open voor aanvullingen en kritiek. Een breed, nieuw en dynamisch studieveld als dat van de medische antropologie geeft daar ook zeker aanleiding toe. Dat neemt echter niet weg dat deze introductie in de medische antropologie zeer de moeite waard is om kennis van te nemen. Ik beveel het een ieder aan die bij medisch-antropologisch onderwijs betrokken is, of die dit 'vak' wenst te introduceren in curricula van tropeninstituten en medische faculteiten. Bovendien kan het een stimulans zijn om te komen tot een Nederlandse inleiding in de medische antropologie. In Nederland en Vlaanderen is zo langzamerhand voldoende expertise en belangstelling aanwezig die een dergelijke uitgave mogelijk maakt en wettigt.

Literatuur

Hill, Carole E., ed.

1985 *Training manual in medical anthropology*. A special publication of the American Anthropological Association and the Society for Applied Anthropology Number 18. Washington: American Anthropological Association.

Todd, Harry F. & Julio L. Ruffini, eds.

1979 *Teaching medical anthropology* - model courses for graduate and undergraduate instruction. Special publication No. 1. Washington: Society for Medical Anthropology.

Annemiek Richters

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. XXI + 205 pp. Prijs: f 48,00. Te bestellen bij: K.I.T., Mauritskade 63, 1092 AD Amsterdam.

In mei 1989 verdedigde Elly Engelkes in de aula van de Universiteit van Amsterdam haar proefschrift gebaseerd op onderzoek naar vijf evaluatie-methoden die in de periode 1981-1985 werden toegepast op een comprehensive Primary Health Care (PHC) project in één van de armste gebieden van Colombia. Gedurende de betreffende periode was zij als medisch adviseur en later als coördinator werkzaam bij dit door DGIS gesteunde project.

De rivier de Atrato in de provincie Chocó speelt een belangrijke rol in het leven van de lokale bevolking: als vervoersweg, leverancier van vis, vuilstortplaats, was- en badplaats en ligplaats voor de traditionele drijvende toiletten. Ook voor het project vormt de rivier een belangrijk aanknopingspunt: door de slechte hygiënische omstandigheden komen er onder andere veel diarree en parasitaire ziekten voor onder de bevolking.

Het PHC-project strekt zich uit over 42 dorpen aan de Atrato en bereikt 8,5% van de rurale bevolking in dit gebied, aanzienlijk minder dan de 80% die het project in zes jaar hoopte te bereiken. Als oorzaken worden aangegeven: de moeilijke bereikbaarheid gezien de ligging in het tropische oerwoud, de uitgestrektheid van het gebied even groot als Nederland, de bevolkingsdichtheid van slechts 5/km² en de geringe belastinginkomsten uit bier, alcohol en loterij, die dienen ter financiering van de overheidsgezondheidszorg.

Het project heeft tot doel om moderne medische zorg binnen het bereik van de rurale bevolking te brengen en verbetering van de gezondheidssituatie te bewerkstelligen. Hierbij wordt samengewerkt met de reguliere gezondheidszorg, die nadat de Nederlandse financiering in 1988 afloopt, de activiteiten van het project moet overnemen. Gezien de enorme sociale en economische problemen waarmee Colombia te kampen heeft, is het sterk de vraag of deze opzet haalbaar is. Toen in 1984 de Nederlandse betrokkenen een begin maakten met het overdragen van de financiering van routine-activiteiten aan de Colombiaanse overheid, bleek al spoedig dat PHC geen hoge prioriteit heeft. Als gevolg hiervan liepen de resultaten van het PHC-project terug. Gezien

de recente ontwikkelingen als gevolg van de 'oorlogsverklaring' aan de drugsmafia, moeten we ons afvragen in hoeverre positieve veranderingen vallen te verwachten. Deze 'drugsoorlog' eist een hoge tol; in de periode 1981-1985 was moord reeds de vijfde doodsoorzaak, voor mannen tussen 15 en 44 jaar zelfs de belangrijkste.

Gezien de sociale, politieke en economische omstandigheden ondervindt PHC zowel op lokaal als op nationaal niveau veel problemen bij haar ontwikkeling. Op lokaal niveau speelt naast de geringe financiële middelen ook de instabiliteit van de bevolking een belangrijke rol. Engelkes beschrijft bijvoorbeeld hoe in een dorp veel mensen weggetrokken op het moment dat de prijs van marihuana sterk daalde op de wereldmarkt. Op nationaal niveau ontbreekt het de Colombiaanse overheid aan geld, aan politieke wil en mogelijkheden om dit project op dezelfde voet voort te zetten. Engelkes vraagt zich hierbij ook af in hoeverre het voor een arm land als Colombia mogelijk is om promotoras, gezondheidswerksters, te betalen voor hun werkzaamheden. Bijkomend probleem is dat de meeste dorpen slechts 50-200 inwoners hebben. Een oplossing zou kunnen zijn om promotoras te betalen naar het aantal mensen dat ze bereiken en daarnaast meer mensen uit het dorp op vrijwillige basis te betrekken bij het project.

De kern van het proefschrift is de analyse van vijf evaluatie-methoden die werden toegepast op het PHC-project in Chocó. Hoewel de PHC-strategie reeds tien jaar van kracht is, is er betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar evaluatie-methoden van PHC-projecten en -programma's.

Het onderzoek van Engelkes is uniek. Allereerst vond de vergaring van onderzoeksgegevens niet plaats binnen een wetenschappelijk, universitair verband, maar geschiedde door medewerkers en betrokkenen bij een PHC-project in een 'real life' situatie. Het doel van het onderzoek was het verzamelen van gegevens ten behoeve van beleidsformulering. Na terugkeer in Nederland besluit Engelkes de unieke omstandigheid te benutten om de gegevens over één PHC-project verkregen door middel van vijf verschillende methoden van beleidsgericht onderzoek, wetenschappelijk te toetsen.

De studie bestaat uit drie delen: 1. de analyse van de verzamelde gegevens, met aandacht voor de strategie van comprehensive PHC en de ondernomen project-activiteiten; 2. de analyse van de evaluatie-methoden in relatie tot de daarmee verzamelde gegevens; 3. de ontwikkeling op basis van de analyses van een evaluatiemodel dat tot voorbeeld kan dienen voor comprehensieve PHC-projecten en -programma's.

Vijf evaluatie-methoden zijn bij de beleidsonderzoeken gehanteerd. Allereerst is gebruik gemaakt van de CIMBER-methode, die ontwikkeld is door het Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural ten behoeve van een PHC-project in de Colombiaanse provincie Cali. Het CIMBER monitoring system is een periodiek onderzoek naar de lokale gezondheidssituatie: promotoras leggen volgens een vastgesteld tijdschema huisbezoeken af en verzamelen daarbij op verschillende kaarten gegevens over individuen, gezinnen, economische en hygiënische omstandigheden, enzovoorts. Tweemaal per jaar worden deze gegevens samen met een supervisor geëvalueerd en visueel vertaald in een zogenoemde 'health flag'. De dorpsbewoners kunnen zo de ontwikkelingen zien wat betreft de ondervoeding bij kinderen, het aantal gevaccineerde kinderen, het aantal gezinnen waar geen drinkwater wordt gekookt en dat niet beschikt over een toilet. Jaarlijks worden alle gegevens door een statisticus verwerkt in

een rapport over het hele gebied. De CIMBER-methodologie voldoet echter niet omdat de culturele, sociaal-economische en klimatologische omstandigheden in Chocó sterk verschillen van Cali. Dit leidt er toe dat er irrelevante vragen worden gesteld in het monitoring system. Ook het handboek van promotoras is ongeschikt voor gebruik in Chocó. Tenslotte bestaat het takenpakket van de promotoras uit veel administratieve activiteiten hetgeen ten koste gaat van andere meer voorlichtende activiteiten. Het projectteam besluit een onderzoek te doen op basis waarvan de CIMBER-methode kan worden bijgesteld.

De keuze valt op een cross-sectional survey. Er worden gegevens verzameld om inzicht te krijgen in de lokale morbiditeit, mortaliteit en de achterliggende oorzaken. Op basis van deze gegevens wordt de CIMBER-methode, het handboek voor de promotoras, de medicijnvoorziening en de inhoud van de gezondheidsvoorlichting bijgesteld. Door het onderzoek uit te voeren in zowel project- als in controledorpen probeert het team tevens inzicht te krijgen in de eerste resultaten van project-activiteiten, zoals het aanleggen van drinkwatervoorzieningen.

De volgende evaluatie vindt plaats aan de hand van door Engelkes aangepaste WHO-protocollen. Na de vorige twee evaluatie-methoden waarbij objectief met een medisch blik het project bekeken wordt, komen nu de opvattingen en behoeften van bevolking, promotoras, traditionele vroedvrouwen en gezondheidspersoneel aan bod. Bovendien zijn deze en de volgende evaluatie-methode procesmatig van aard in tegenstelling tot de voorgaande die meer statistische methoden zijn. Onder meer met behulp van interviews wordt onderzocht in hoeverre de bevolking het PHC-project accepteert, hoe de doorverwijzing van patiënten naar gezondheidscentra verloopt, in hoeverre er verandering in kennis en gedrag bij de bevolking valt te constateren en hoe de samenwerking met de traditionele en de reguliere gezondheidszorg is. Hierbij is er extra aandacht voor het oorzaken van succes en/of belemmeringen van voortgang van het project.

Eind 1985 wordt er een participatoire evaluatie gehouden. De sociaal werker uit het projectteam organiseert een aantal dorpsbijeenkomsten waarop de bevolking gevraagd wordt naar haar visie op problemen en prioriteiten ten aanzien van gezondheid. Tevens worden de componenten en resultaten van het project besproken. Met behulp van deze methode, die mij doet denken aan de methode van Paolo Freire, wordt de bevolking aangemoedigd om haar eigen situatie te bestuderen, problemen te verwoorden en oplossingen te zoeken.

Het project wordt, zoals gebruikelijk bij DGIS, tenslotte elke twee jaar onderworpen aan een bilaterale externe evaluatie. Hierbij worden tijdens korte bezoeken door Nederlandse consultants documenten, rapporten, en dergelijke bestudeerd en interviews gehouden met vertegenwoordigers van de betrokken groepen. Deze evaluaties leiden voornamelijk tot suggesties voor het management- en beleidsniveau van het project.

Deze verschillende evaluaties worden door Engelkes uitvoerig besproken aan de hand van hun methodologie en de uitvoering. De verzamelde gegevens analyseert zij vervolgens aan de hand van de volgende criteria: betrouwbaarheid, validiteit, relevantie, kostenaspect, feedback van informatie, gebruik van informatie in planning en onverwachte bij-effecten van de evaluatie. Ik zal hier in dit kader niet verder op in gaan.

Op basis van haar analyse van de vijf evaluatie-methoden komt Engelkes tot een evaluatiemodel ten behoeve van comprehensieve PHC-projecten en -programma's. Zij meldt daarbij nadrukkelijk dat het een voorstel betreft dat aan de lokale omstandigheden van een PHC-project moet worden aangepast. Het Chocó-project heeft voldoende bewezen dat het overplanten van een PHC-project van één regio naar een ander zelden tot gewenste resultaten leidt. Met die waarschuwing in het achterhoofd, presenteert zij een evaluatiemodel met de volgende kenmerken:

- 1 een planningsfase, waarin samen met de bevolking wordt geïnventariseerd wat de gevoelde behoeften zijn op het gebied van gezondheid. Op basis van de uitkomsten kan worden vastgesteld welke indicatoren worden gehanteerd en wat relevante vragen en gegevens zijn voor het 'monitoring system';
- 2 een jaarlijkse evaluatie van de output, oftewel de dekking van de als effectief bekend staande gezondheidszorg (inclusief traditionele gezondheidszorg) en van de outcome, oftewel de resultaten op het gebied van ziekte- en sterftecijfers;
- 3 een evaluatie met aangepaste WHO-protocollen, aangevuld met meer participatieve elementen om inzicht te krijgen in de effectiviteit van de vastgestelde dekking en in de procesfactoren waaraan aandacht geschonken moet worden om effectiever te zijn;
- 4 externe evaluaties, bijvoorbeeld eens in de drie jaar, als het verzamelen van gegevens effectiever en betrouwbaarder geschiedt. De uitvoering van deze evaluaties door lokale consultants kunnen een enorme kostenbesparing betekenen;
- 5 een survey elke vijf jaar, uit te laten voeren door lokaal personeel in samenwerking met de bevolking om te weten komen hoe de situatie, al dan niet onder invloed van het project, is veranderd.

Engelkes is van mening dat de evaluatie van een PHC-project de nodige problemen oplevert. Het meten van het effect van een PHC-project is moeilijk, omdat veel meer factoren de gezondheid beïnvloeden dan alleen medisch ingrijpen. Dus moet er bij comprehensieve PHC rekening mee worden gehouden dat naast de invloed van gezondheidszorgvoorzieningen, ook sociaal-economische omstandigheden, omgevingsfactoren en de participatie een belangrijke rol spelen in hetgeen bereikt wordt. In de participatoire evaluaties merkten dorpsbewoners op hoe moeilijk het was om hun gedrag te veranderen naar aanleiding van de gezondheidsvoorlichting. Hieruit blijkt dat om het gewenste resultaat te bereiken er van twee kanten energie in moet worden gestoken.

Als men deze punten in overweging neemt, lijkt het inderdaad een goed uitgangspunt om, zoals Engelkes voorstelt, de bevolking te betrekken in de planningsfase. Hiermee brengt zij een essentiële wijziging aan in het evaluatieverloop, door de bevolking al in het eerste stadium aan het woord te laten. Naast inventarisatie van de door de bevolking gevoelde noden en behoeften, kunnen er tevens op basis van deze gegevens in samenspraak met de bevolking projectdoelen worden geformuleerd. Het is van belang om hierbij de evalueerbaarheid van deze doelen in het oog te houden. Daarnaast wordt de bevolking door deze werkwijze medeverantwoordelijk gemaakt voor het bereiken van de gestelde projectdoelen en zal meer gemotiveerd zijn in het nastreven ervan. Het is van groot belang om met de bevolking tevens te bespreken hoe de feedback zal plaats-

vinden. Immers feedback werkt motiverend. Bij snelle rapportage van onderzoeksgegevens kan er doeltreffend worden gesproken over de achtergrond van succes of falen en kan het beleid op korte termijn worden bijgesteld.

Ten aanzien van het monitoring system kan worden opgemerkt dat dit, zoals Engelkes concludeert, veel tijd en energie opslokt van promotoras. Door het strak volgen van de vragenlijsten die aan de hand van een tijdsplanning moeten worden afgewerkt, gaat kostbare tijd verloren aan administratieve handelingen, terwijl doeltreffend handelen op basis van de actuele situatie er bij in schiet. Zo wordt bijvoorbeeld family planning aan de orde gesteld in het monitoring system op een willekeurig moment in plaats van dat er uit wordt gegaan van de behoefte aan informatie bij de vrouw, bijvoorbeeld op het moment dat na een bevalling geboorteregeling te overwegen is. Door het inschakelen van meerdere dorpsgenoten kan het monitoring system sneller en effectiever worden bijgehouden. Voor de promotoras werkt dit tijdbesparend, zodat zij zich met meer aandacht op andere activiteiten kunnen richten.

Engelkes heeft met haar studie een waardevolle bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van evaluatie-methoden voor PHC-projecten en -programma's. Het feit dat haar onderzoek gebaseerd is op gegevens verzameld in een 'real life' situatie heeft geleid tot een grote bruikbaarheid en waarheidsgetrouwheid. Deze studie zal andere projecten kunnen behoeden voor valkuilen en problemen waarmee het PHC-project in Chocó werd geconfronteerd. Desondanks zullen zich ongetwijfeld nieuwe problemen aandienen. Het evaluatie-model van Engelkes betekent echter een aanwinst voor projecten die in een startfase verkeren, en maakt vroegtijdige ontdekking van problemen mogelijk. De realisatie van het gepresenteerde model staat en valt echter met de bereidheid van donor-organisaties om de formulering van projectdoelen uit handen te geven en financiële middelen voor evaluaties beschikbaar te stellen.

Jeanette Wasscher

Louis Golomb, *An anthropology of curing in multiethnic Thailand*. Illinois Studies in Anthropology No. 15. Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1985. 314 pp. Bibliografie, index. Prijs: US \$23.95.

Dit boek is niet het eerste werk dat profiteert van Kennedy's Peace Corps-initiatief uit het begin van de jaren zestig. In de tweede helft van de jaren zeventig en begin jaren tachtig vestigden onder meer de dissertaties van D. Johnston, C. Reynolds, D. Haas en B. Batson een nieuwe norm op het gebied van de studie van Thailand dank zij hun meer dan een decennium tevoren als Peace Corps-vrijwilliger opgedane vertrouwdeheid met de Thaise taal en cultuur. Ook Louis Golomb behoort met zijn in 1973-74 uitgevoerde onderzoek onder de Thai sprekende bevolking van Kelantan in Maleisië tot deze groep (*Brokers of Morality: Thai Ethnic Adaptation in a Rural Malaysian Setting*. Honolulu: University Press of Hawaii, 1978). Dank zij deze achtergrond had hij in 1978 aan negen maanden veldwerk genoeg om een door antropologen in Thailand nauwelijks beroerd terrein in kaart te brengen. Deze studie is daarvan het resultaat.

Het veldwerkmateriaal bestaat hoofdzakelijk uit 97 interviews met boeddhistische

en islamitische traditionele genezers werkzaam op vier verschillende plaatsen in Thailand. Op de in Centraal-Thailand gelegen onderzoekslocaties, Ayudhya en Bangkok, vormen de moslims een minderheid van respectievelijk 4% en 6%. Op de locaties in het zuiden neemt hun aandeel in de bevolking toe: 30% in Songkhla en zelfs 77% in het tegen de Maleisische grens gelegen Pattani. Hoe zuidelijker, hoe duidelijker ook etnisch verschil naar voren komt. Ook al zijn de rond Ayudhya en Bangkok wonende moslims afstammelingen van krijgsgevangenen die meer dan honderd jaar geleden naar Centraal-Thailand werden gevoerd en later de gelegenheid kregen zich zelfstandig te vestigen, in uiterlijk onderscheiden zij zich amper van de boeddhistische Thais en zij voelen zich ook Thai zonder voorbehoud. Dat is een groot verschil met de situatie in Pattani, waar de politieke loyaliteit van de moslim-bevolking ('Malay' Thais) zeker niet bij Thailand ligt en een militant separatisme een brede aanhang heeft – althans ten tijde van het onderzoek.

De interviews zijn niet bedoeld als representatieve steekproef en worden evenmin zo behandeld. Ook van hun herkomst uit een onderzoeker-informant-interactie zijn in de tekst de sporen uitgewist. De auteur behandelt ze als ruwe data waaruit hij onder gebruikmaking van de beschikbare etnografische en theoretische literatuur zijn tekst geweven heeft. Dat resulteert in een beschrijving van een variëteit aan magisch-animistische geneeswijzen binnen hun sociale context. Het laatste houdt in, dat de nadruk niet ligt niet op een schets van schriftelijke of mondelinge tradities, maar op de feitelijke interactie tussen cliënten en genezers en daarbij weer vooral op de interactie tussen moslims en boeddhisten in verschillende situaties die met ziekte en genezing verband houden. Het boek vertoont de variatie – of zo men wil het gebrek aan eenheid – die van een etnografie is te verwachten. Hier valt het misschien meer op omdat er niet de gebruikelijke compensatie is van een voor de hand liggende geografische of sociale eenheid zoals een dorp of verwantschapsgroep. Evenmin wordt er aan de verschillen tussen de vier gebieden waaruit het onderzoeksmateriaal afkomstig is systematisch aandacht besteed.

Nadat in het eerste hoofdstuk de bedoeling van het onderzoek, de onderzoekslocaties, de herkomst van de moslim-minderheid in Thailand en de relaties tussen moslims en boeddhisten op de plaatsen van onderzoek zijn geschetst en nadat in het tweede hoofdstuk een historische beschrijving van de oorsprong en vermenging van verschillende religieuze en magisch-animistische invloeden in Zuidoost-Azië is gegeven, begint in hoofdstuk 3 een caleidoscopische presentatie van het eigenlijke onderzoeksmateriaal.

Dit derde hoofdstuk belicht de diversiteit van genezers, van kruidengeleerden tot zweerders van bovennatuurlijke krachten. Het vierde hoofdstuk maakt duidelijk hoe weinig deze geneeswijzen zich gelegen laten liggen aan de formeel-religieuze leer van de islam of het boeddhisme. Hoofdstuk 5 maakt korte metten met een gangbaar vooroordeel door juist de systematiek (in de zin van experiment en trial and error benadering) in traditionele geneeswijzen bloot te leggen. Het zesde hoofdstuk behandelt de reactie van traditionele geneeswijzen op introductie van de moderne geneeskunde en de aanpassingen die dit tot gevolg had. Pas in het zevende hoofdstuk is nadrukkelijk aan de orde wat de titel als hoofdgerecht belooft: magie en genezing in inter-etnische relaties. Dan volgt in hoofdstuk 8 een (fascinerende) interpretatie van bezetenheid en

de aangewende therapie. Wat resteert in de twee laatste hoofdstukken zijn kliekjes en conclusies.

Op enkele onderwerpen die mij in deze studie getroffen hebben, wil ik nader ingaan. Het gaat daarbij om thema's die dwars door het boek heenlopen. Golomb heeft een verfrissende kijk op het 'eeuwige' probleem van de verhouding tussen de grote tradities van boeddhisme en islam enerzijds en de wijdverbreide magisch-animistische praktijken anderzijds. Bij hem heerst niet de notie van een scherpe tegenstelling waarbij aan het geschrevene de maatstaf voor orthodoxie wordt ontleend en hetgeen daar niet aan voldoet als vervalsing, restant of oneigenlijk aangroei wordt gezien. De verwevenheid van grote traditie en lokale praktijken wordt niet alleen nadrukkelijk gesteld, maar ook overtuigend aangetoond. Zo laat Golomb zien dat invloeden vanuit Zuid- en West-Azië niet alleen medische (lees: priesterlijk-orthodoxe) kennis inhielden, maar ook magische technieken. Juist aan deze op het genezen en voorkomen van ziekte gerichte manipulatie kent hij een belangrijke rol toe in de verbreiding van boeddhisme en islam. Zo is de bemoeienis van Thaise monniken met genezen volgens hem geen oneigenlijke en heimelijke activiteit, maar een wezenlijk aspect van hun rol als "a major receptacle and transmitter of magical-animistic knowledge" (p. 62). Met andere woorden, boeddhisme en islam kunnen niet zonder het magisch-animisme. Ze hebben aan genezers in de rol van culture brokers hun verbreiding te danken en zijn er sterker door geworden. Nog steeds geldt, dat in een crisissituatie maar weinig boeddhisten of moslims er in slagen binnen het orthodoxe raamwerk naar oplossingen te zoeken.

Door de scherpe tegenstelling tussen orthodoxe traditie en magisch-animistische praktijken op te lossen wordt ook de tegenstelling tussen islam en boeddhisme minder scherp. Hoewel in de perceptie van de betrokkenen de oorsprong van de islam in Mekka ligt en die van het boeddhisme ver daarvandaan, in India en Ceylon, blijken beide tradities een groot aantal gemeenschappelijk elementen te bevatten en niet uitsluitend te putten uit bronnen die niets met elkaar gemeen hebben. Golomb laat op meerdere plaatsen zien hoe diep pluralistisch zowel boeddhistische als moslim-geneeswijzen zijn. Noch boeddhisten noch moslims worden een contradictie of inconsistentie gewaar tussen boeddhistische of moslim-verklaringen van ziekte en animistische verklaringen. Er is blijkbaar een door orthodoxie bezeten theologiserende geest voor nodig om hierover in verwarring te raken.

De flexibiliteit van dit pluralistische geheel van ideeën en gebruiken komt fraai naar voren in het zevende hoofdstuk over het antwoord van de traditionele geneeswijzen op de moderne geneeskunde, een van de meest homogene van het boek. Formule-achtig omschrijft Golomb dat de westerse geneeskunde in Thailand een aanvulling op de magisch-animistische geneeswijzen is en niet een transformatie er van zoals blijkbaar in India het geval is. Dit complementaire karakter blijkt uit het zich terugtrekken van traditionele genezers op terreinen waar de westerse geneeskunde niet bij voorbaat superieur is, uit de bereidheid van genezers tot doorverwijzen en ook uit het tempo waarmee moderne ideeën over bijvoorbeeld bacteriën tegenwoordig door genezers worden geïncorporeerd. Er ontwikkelt zich met andere woorden een arbeidsdeling waarbij beide geneeswijzen "complementary roles" aannemen. Traditionele genezers vinden hun kracht vooral in het bewerken van 'herstel van evenwicht'. Tegenover de onpersoonlijke, emoties ontkennende en slechts een paar minuten in beslag nemende dokterscon-

sulten in het ziekenhuis heeft de genezer een reeks van technieken beschikbaar om de gemoedstoestand te manipuleren. "Thai illness categories permit a patient's condition to be diagnosed as a general state of ill-being brought on by any of a great variety of causes such as bad karma, spirit attack, taboo violation, negligence in religious observance, soul loss, or elemental imbalance." (p. 132)

Tot de meest intrigerende passages van het boek behoren die over *rook prasaat* (ze-nuwziekte) als een moderne aandoening. Golomb lijkt te beweren dat traditionele bezetenheid in een stedelijke omgeving steeds meer de vorm aanneemt van *rook prasaat*. Het argument daarvoor ontleent hij aan de observatie dat beide aandoeningen verreweg het meest bij vrouwen voorkwamen en voorkomen. Dertien jaar geleden observeerde ik zelf in een ziekenhuis in Bangkok de typische, meestal in combinatie optredende kenmerken van deze ziekte: een gevoel van overspannenheid en lusteloosheid, hoofdpijn, hartkloppingen of andere fysieke klachten die steeds samengaan met het besef dat de oorsprong in 'teveel denken' ligt. Ook daar was het patroon kenmerkend voor vrouwelijke patiënten.

In de interpretatie van Golomb beginnen bezetenheid en *rook prasaat* trekken te vertonen van een culture bound syndrome in de betekenis die onder meer door Littlewood en Lipsedge eraan geven. Vooral de nadruk van deze auteurs op gedrag waarvoor de betrokkenen niet verantwoordelijk wordt gesteld, op de dramatische kwaliteit van dit gedrag en de interpretatie ervan als een strategie van de machteloze in situaties die hij of zij niet kan beheersen, zijn bij Golomb te herkennen. Ik ben er van overtuigd dat het mogelijk moet zijn een bijzondere samenhang te demonstreren van bezetenheid en *rook prasaat* met de definitie van de vrouwelijke rol in de Thaise cultuur. Helaas laat Golomb het bij tentatieve interpretaties naar aanleiding van het onderzoeksmateriaal. Zelfs zijn bewering over *rook prasaat* als stedelijke transformatie van bezetenheid is op grond van het materiaal zelf amper plausibel te maken.

Het boek is geen studie over etniciteit in Thailand. Daarvoor ontbreekt enige aandacht voor andere etnische groepen in het onderzoeksgebied (met name Chinezen en Indiërs) en worden ook de meest voor hand liggende vragen niet gesteld (bijvoorbeeld over de van bovenaf geregisseerde constructie van Thais-zijn). Etniciteit verschijnt in dit onderzoek vooral als een articulator van genezende kracht. Wat daarmee wordt bedoeld is met de volgende voorbeelden te verduidelijken: genezers van de etnische outgroup gelden vaak als bijzonder kundig en krachtig, vooral op het 'verboden' terrein van liefdesmagie en toverij; wanneer het bezoek aan de genezer van de eigen groep (ingroup) geen effect heeft, wordt vaak op zo discreet mogelijke wijze die van de outgroup opgezocht; verder valt op dat geesten van de outgroup bijzonder worden gevreesd en dat de wijze waarop ze worden geportretteerd vaak de werkelijke gevoelens van de ingroup over de outgroup onthult.

De bespreking in termen van ingroup en outgroup, waarbij Thaise boeddhisten, Thaise moslims en 'Malay' moslims afwisselend ingroup en outgroup kunnen zijn, suggereert een misleidende symmetrie in de verhouding tussen moslims en boeddhisten. Waar de Thaise cultuur domineert, is aan de aanduiding *khaek* voor moslims een onomkeerbare minderheidsstatus verbonden. De auteur laat zelf zien dat in Pattani de gespannen etnische verhoudingen er toe leiden dat het vasthouden aan traditionele therapie wordt gezien als een uiting van etnische solidariteit en een blijk van verzet

tegen de moderne 'Thaise' geneeskunde.

Incidenteel maakt Golomb melding van verschillen tussen boeddhisten en moslims in Thailand die bij mij de behoefte aan een meer systematische uitwerking oproepen: moslims hebben vaak typische beroepen (slachter, verkoper van rundvlees, bewaker), moslim-genezers zijn meer bedreven in massage en de behandeling van botbreuken, Thaise genezers daarentegen hebben een betere kennis van kruiden, delen hun kennis makkelijker onderling. Bij de 'Malay' moslims worden zowel mannen als vrouwen bezeten, maar bij de Thais voornamelijk vrouwen. Met name ten aanzien van verhouding tussen de seksen doemen er af en toe verschillen op die voor zijn interpretatie van bezetenheid en *rook prasaat* van belang hadden kunnen zijn.

De kracht van het boek ligt in de rijk geschakeerde, thematisch geordende beschrijving van de pluralistische wereld van genezers en hun patiënten in een Zuidoostaziatisch land. Weinig thema's worden misschien compleet en systematisch behandeld, maar vele komen op een verfrissende en stimulerende wijze ter sprake. De aanwezigheid van een fijnmazig register vergemakkelijkt het bovendien meteen de passages te vinden die bij de belangstelling van de lezer aansluiten.

Han ten Brummelhuis

M. Harper & W. Momm, *Self-employment for disabled people: experiences from Africa and Asia*. Geneve: ILO, 1989. 85 pp. Prijs: 15 sFr.

Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie is ongeveer 10% van de wereldbevolking gehandicapt. In Afrika en Azië alleen al gaat het om zo'n 200 miljoen gehandicapten. De revalidatie van gehandicapte mensen in ontwikkelingslanden is een vrij specifieke en in omvang beperkte activiteit, maar als vorm van ontwikkelingshulp zeker niet onbelangrijk: het betreft hier humanitaire hulp aan mensen die met recht de armsten van de armen genoemd kunnen worden.

De publikatie van Harper en Momm gaat over een deelaspect van revalidatie namelijk arbeids-revalidatie. Arbeids-revalidatie heeft tot doel om door (her)intreden van gehandicapten in het arbeidsproces hun zelfstandigheid en integratie in de maatschappij te bevorderen. In hun studie richten de auteurs zich met name op 'self-employment' als middel om dit doel te bereiken. Zij wijzen erop dat zelfstandig ondernemerschap niet voor alle gehandicapte mensen een uitkomst is en dat het ook zeker niet gezien moet worden als de oplossing voor al hun problemen. Wel stellen zij, mijns inziens terecht, dat 'self-employment' voor veel gehandicapten in ontwikkelingslanden het meest realistische alternatief is, gelet op het gebrek aan banen in de formele sector. Daarnaast biedt het informele circuit volgens beide auteurs vrij lucratieve mogelijkheden tot het scheppen van banen voor deze groep gehandicapte werkzoekenden. De studie van Harper en Momm is enerzijds op gericht om bij beleidmakers en hulpverleners het idee weg te nemen dat gehandicapte mensen 'hulpeloze stakkers' zijn die het vooral van liefdadigheid moeten hebben. Anderzijds is het de bedoeling om gehandicapte mensen in Azië en Afrika met plannen om een eigen zaakje te beginnen op realistische wijze een hart onder de riem te steken.

De kern van het boek wordt gevormd door een bloemlezing uit 53 case studies van kleine ondernemingen van gehandicapten in Afrika en Azië (onder andere Gambia, Indonesië, India, Kenya, Filippijnen en Zimbabwe). De gepresenteerde case studies zijn in drie groepen verdeeld: ondernemingen die nog steeds steun ontvangen, ondernemingen die vroeger steun ontvingen en zelfstandig opererende zakenlieden. Door deze onderverdeling achten de auteurs het mogelijk een goed beeld te geven van de diversiteit van problemen waarmee kleine zelfstandigen in de informele sector in de loop van hun ontwikkeling te maken krijgen; want dat er voor gehandicapte ondernemers erg veel hindernissen te nemen zijn, wordt in de case studies in elk geval wel duidelijk.

De beschreven ondernemingen varieerden van winkeltjes-invan-alles-en-nog-wat en diverse vormen van nijverheid (kleermakerij, schoenmakerij, radio- en televisiereparatie) tot massage-salon en busonderneming. Het merendeel van deze projecten stond onder leiding van een lichamelijk gehandicapte, die al dan niet werd bijgestaan door familieleden, maar er worden in de studie ook coöperaties van gehandicapten en andere minder formele samenwerkingsverbanden beschreven. Projecten met/voor geestelijk gehandicapten komen in de studie niet voor terwijl vrouwen in vrijwel alle besproken projecten sterk ondervertegenwoordigd zijn.

Het voornaamste probleem waarmee de gehandicapte ondernemer te maken krijgt, blijkt dat van de financiering te zijn. De hulp die gehandicapten in dat opzicht geboden wordt verschilt van land tot land. In twintig van de 53 cases vond financiering plaats door middel van een gift, in dertien gevallen spaarde de gehandicapte zelf het bedrag bijeen en in acht gevallen sprong de familie bij. Slechts in twaalf gevallen werd door een bank of een donor-organisatie een lening verstrekt. De auteurs wijzen op de problemen rond leningen aan gehandicapte ondernemers. Zelfs als zij er in slagen een lening te krijgen, is de kans dat ze door allerlei externe factoren niet in staat zijn het geleende bedrag terug te betalen vrij groot en het risico dat ze daarmee nemen in feite onaanvaardbaar. Gelet op de relatief kleine bedragen die met het opstarten van dit soort ondernemingen gemoeid zijn, pleiten de auteurs voor giften in plaats van leningen. Het probleem rond de financiering illustreert trouwens een meer algemene tendens in de problemen waar gehandicapte ondernemers mee te maken krijgen. Of het nu de afzetmarkt, aanvoer van grondstoffen, effectieve training en bijscholing of financiële administratie betreft, de problemen van gehandicapte ondernemers verschillen niet wezenlijk van de problemen waarmee vrijwel alle kleine ondernemers in de informele sfeer in Azië en Africa te maken krijgen. Niet voor niets was slechts in één van beschreven cases een duidelijke relatie te leggen tussen de handicap/gezondheidstoestand van de ondernemer en problemen in de bedrijfsvoering.

Direct rijst dan de vraag of het niet stigmatiserend werkt om een studie te wijden aan de ervaringen van gehandicapte ondernemers als deze ervaringen bij nader inzien weinig specifiek voor deze groep blijken te zijn en of er eigenlijk wel specifieke problemen voor gehandicapte ondernemers zijn. Uit eigen ervaring weet ik dat dit laatste wel het geval is. Het is daarom jammer dat in de studie niet meer aandacht is besteed aan gehandicapte ondernemers aan beide uitersten van het spectrum. Nadere informatie over de redenen waarom gehandicapte ondernemers af moesten haken nog voor hun onderneming goed en wel begonnen was, alsmede inzicht in de factoren die bijgedragen hebben tot het blijvend succes van ondernemingen aan het andere eind van het

spectrum, had wellicht de meer specifieke problematiek van gehandicapte ondernemers duidelijker aan het licht gebracht.

Ten slotte lijkt het mij ook niet mogelijk het potentieel van deze kleine inkomen-genererende projecten te beoordelen los van de maatschappij waarin ze zich voordoen. De constatering van Momm en König (1989: 504) dat na jaren van experimenteren de 'community based rehabilitation'-benadering, waarbij het opzetten van dit soort kleine inkomen-genererende projecten een belangrijke rol speelde, niet het beoogde succes heeft gesorteerd, is in dit opzicht veelzeggend. Het feit dat de auteurs van dit artikel aangeven dat ILO zich op grond van deze bevindingen in de toekomst meer zal gaan bezighouden met manieren en methodes om de steun van de familie en omgeving voor dit soort projecten te verwerven, biedt wellicht toch weer toekomst perspectief voor 'gehandicapt ondernemerschap' en 'community based rehabilitation'.

Literatuur

Momm, W. & König, A.

1989 Community integration for disabled people, a new approach to their vocational training and employment. *International Labour Review* 128 (4): 497-509.

Dee Burck

Paul ten Have, *Sequenties en formuleringen. Aspecten van de interactionele organisatie van huisartssprekeurgesprekken*. Dordrecht: Foris Publications, 1987. 367 pp. Prijs: f 45,00.

In een tijd waarin menig onderzoeker zich bezighoudt met betekenisgeving en betekenisgevingsprocessen in communicatie tussen bijvoorbeeld artsen en patiënten, is het boek van Ten Have een welkome, ongebruikelijke studie. We vinden hierin nu eens niet een poging om via bestudering van verbale uitingen van mensen idiosyncratische en sociale betekenissen op te sporen door middel van semantische netwerken, cognitieve modellen, en dergelijke. Ten Have richt zich op situaties waarin verzorging plaats vindt: huisarts-sprekeurgesprekken. Zo valt zijn studie binnen de 'verzorgingssociologie'. Doordat de studie zich bezighoudt met de organisatie van dergelijke gesprekken, valt ze ook onder de etnomethodologie – de studie van procedures waarmee mensen normale situaties scheppen – en wel een speciale vorm ervan: de conversatieanalyse (CA). CA is een analyse waarbij de conversatie als een basisvorm wordt beschouwd, waarin een heel scala van interactionele technieken wordt gebruikt. Deze studie heeft als doel te komen tot een nadere bepaling van de vorm waarin het algemene repertoire van menselijke interactie gebruikt wordt in specifieke genres verzorgingsgesprekken (p. 11). De vooronderstelling daarbij is dat mensen door het gebruik van het algemene repertoire op een specifieke wijze een bepaalde situatie doen ontstaan die een situatie maken tot wat ze voor mensen is (interactionele organisatie). Deze studie handelt dus over de vraag *hoe* mensen hun klachten bespreken, *hoe* een gesprek begint of eindigt,

enzovoort; niet *waarom* mensen dat doen. Het gaat in de analyse om de handelingen die via taalvormen verricht worden.

Het boek bestaat uit drie delen. Het eerste deel geeft inzicht in het materiële en formele object van de studie en de achtergronden van de benadering. De ideeën van de CA steunen hoofdzakelijk op de inzichten van Garfinkel en Sachs. Etnomethodologische studies zijn over het algemeen intensieve studies, die niet enkel de praktijk van mensen analyseren, maar ook hun visie, alledaagse kennis en verklaringen. Ze pretenderen een 'etnomethodologische onverschilligheid', een non-engagement (p. 32;300). De CA, een sterk beperkte etnomethodologische toepassing, is volgens sommigen problematisch. Het materiële object is namelijk enkel de directe interactie in gesprekken (transcripties van band- en videoopnamen) en de analyse beperkt zich tot de beschrijfbare systematiek in geordende procedures. De benadering van de CA roept vragen op, zoals: wat te zeggen van het non-verbale aspect in de communicatie; moet de context (in heel ruime zin) niet in de analyse betrokken worden; wat kan men met een dergelijk onderzoek doen? Op deze vragen wordt in het derde deel ingegaan. Daarin vinden we een discussie over de oplossing van het probleem van de verhouding van de common sense als resource (hulpbron) en als topic (onderwerp van onderzoek). Het laatste hoofdstuk van het derde deel bevat een exploratie van mogelijke implicaties en toepassingen van de CA.

Het tweede deel is het centrale deel van het boek. Om vorm te geven aan het basisidee van de CA – voorbeelden van natuurlijke interactie analyseren als produkten van het systematisch gebruik van beschrijfbare 'devices' – heeft Ten Have twee soorten materiaal verzameld: adviesgesprekken in een radioprogramma (Germaine) en huisarts-spreekuurgesprekken. Beide worden als asymmetrisch gekarakteriseerd en zijn probleemgericht. Er worden twee analytische thema's ontwikkeld: sequenties en genres. In zeven hoofdstukken worden deze thema's gedemonstreerd in empirisch materiaal. De basisvorm van sequentiëring is, zo blijkt, driedelig: de eerste positie (initiatief) bevat de presentatie en discussie over het probleem door de cliënt; de tweede positie (respons) het aanbieden van oplossingen door de professional en de derde positie (commentaar) het accepteren van de oplossing door de cliënt. Dat geldt voor de adviesgesprekken per telefoon. Deze basisvorm geldt voor zowel de actuele interactie als de 'over-all' structurele organisatie. In de huisarts-spreekuurgesprekken is de structuur gecompliceerder. De respons van de huisarts is dubbel: diagnose en advies of behandeling. Bovendien is tussen vraag en antwoord meestal sprake van een vorm van onderzoek. De globale en de specifieke interactie zijn te beschrijven met hetzelfde sequentie-model, maar men moet dan weten dat in de specifieke interactie – het feitelijk gesprek – de professional de sequenties initieert en afrondt. Hij of zij opent bijvoorbeeld het spreekuurgesprek met de uitnodiging aan de cliënt de reden van het bezoek te vertellen.

Het tweede thema houdt zich bezig met de opbouw van het spreekuurgesprek als een bepaald type interactie, een genre. Ten Have beschrijft hoe uit het algemene repertoire van menselijke interactie bepaalde 'devices' geselecteerd worden om het spreekuurgesprek te maken wat het is. Hij laat in hoofdstuk 4 overeenkomsten en verschillen van het gesprek met twee andere genres zien: 'therapy-talk' en 'troubles telling'. Deze vormen komen binnen een huisarts-spreekuurgesprek af en toe voor. Bij aanwezigheid van derden blijkt dat het twee-partijenkarakter van het spreekuur en de opvattingen

over verantwoordelijkheid naar voren komen. Ten Have werkt dat in hoofdstuk 5 uit aan de hand van spreekuurgesprekken, waar kinderen, echtgenoten of een observator aanwezig zijn. Dan blijkt dat derden altijd geassocieerd worden met een van de andere partijen. Het zevende hoofdstuk van het tweede deel is gewijd aan de wijze waarop 'afwijkingen' van de gebruikelijke gang van zaken gestalte krijgen, zoals door patiënten genomen initiatieven (bijvoorbeeld vragen), of door artsen gegeven minder terughoudende reacties op verstrekte informatie, zoals waardeoordelen of 'oh'-reacties. Deze afwijkingen van de globale structuur stellen participanten in staat in speciale omstandigheden te handelen en speciale taken uit te voeren.

Het boek van Ten Have is lezenswaardig en nauwkeurig. De opbouw is 'rond' tussen de theorie is het empirisch materiaal geklemd en eventuele kritische vragen worden beantwoord. De studie wil niet meer zijn dan een analyse van de 'openbaarheid' van gesprekken en beoogt geen totale interpretatie. Als zodanig is het boek ook interessant voor medisch antropologen. De medische antropologie houdt zich de laatste jaren met name bezig met 'illness': de 'beleefde' ziekte. Weliswaar is de CA geen analysetechniek die de culturele en individuele betekenis van ziekte kan interpreteren (gespreksfragmenten uit specifieke organisatorische contexten laten zich moeilijk interpreteren als de onderzoeker niet beschikt over uitgebreide kennis van de organisatie zelf), maar is wel belangrijk voor een analyse van *hoe* bedoelingen en vooronderstellingen van participanten betekenis krijgen in de interactie. Het is immers de oppervlakte, die we direct warnemen, en door een zorgvuldige analyse daarvan wordt de onderzoeker met vragen over betekenissen geconfronteerd. Dat de medisch antropoloog vaak niet uit de cultuur, waarin hij onderzoek doet afkomstig is, hoeft in de CA geen onoverkomelijk bezwaar te zijn. Informanten zijn dan zinvol.

Els van Dongen

Kris Heggenhougen with Paola Sesia-Lewis *Traditional medicine and primary health care: an introduction and selected annotated bibliography*. EPC Publication van het Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine no 18, 1988. vi+74 pp. Prijs: £5 (inclusief verzending).

Na enkele jaren in de belangstelling te hebben gestaan, is dan nu een deel uit de serie EPC Publications gewijd aan 'traditionele' gezondheidszorg en 'primary health care' (PHC). Hierin wordt in vogelvlucht een overzicht gegeven van de belangrijkste thema's binnen dit aandachtsveld. De publikatie is duidelijk bedoeld voor de niet-gespecialiseerde lezer, die snel enige kennis over het onderwerp wil opdoen. Als zodanig is het een zeer leesbaar en nuttig overzicht. De auteurs zijn zich bewust dat er hiaten zitten in hun werk en geven aan dat vele thema's niet opgenomen, of slechts zijdelings aangestipt konden worden. Voor de meer geïnteresseerde lezer zijn de zeer lange lijst van referenties en de bibliografie van belang.

De belangstelling voor 'traditionele' vormen van gezondheidszorg is ontstaan naar aanleiding van de introductie van PHC als strategie voor 'health for all in the year 2000'. Omdat bleek dat allopathische gezondheidszorg niet in staat was dit te realiseren, werd het potentieel van de 'traditionele' medische systemen als mogelijkheid naar voren ge-

schoven. Van de studies hierover en de daarin behandelde thema's geven Heggenhousen en Sesia-Lewis een gedegen overzicht.

De auteurs behandelen allereerst de discussie over de definitie van 'traditionele' gezondheidszorg. Terecht wordt opgemerkt dat niet alle 'traditionele' genezers over één kam te scheren zijn. Er zijn verschillende indelingen te maken: naar formele status, professionaliteit, methode van genezing, training of naar aanleiding van de kwaal die behandeld wordt. Evenals in de voorhanden zijnde literatuur wordt ook hier extra aandacht gegeven aan de 'traditional birth attendants'.

De doeltreffendheid (efficacy) van 'traditionele' gezondheidszorg wordt behandeld aan de hand van drie subthema's: haar genezingskracht in biomedische zin, haar psychologische kracht en haar sociale doeltreffendheid. In deze evaluatie komt de 'traditionele' gezondheidszorg als potentieel zeer doeltreffend naar voren. De aandacht van wetenschappers en beleidsmakers dit onderwerp blijkt dan ook zeer zeker terecht. Wel volgt direct de waarschuwing, dat 'traditionele' gezondheidszorg niet boven kritiek verheven is, en dat ze altijd als onderdeel van een specifieke omgeving bekeken moet worden. Ze is een goede aanvulling op allopathische gezondheidszorg, maar zeker geen vervanging ervan.

Dit brengt de auteurs op de thema's samenwerking en coöptatie. Een werkelijke verbetering van gezondheidszorg in rurale gebieden voor de allerarmsten kan, dacht men, slechts worden bereikt door samenwerking of integratie van de verschillende medische systemen. Wegens hun uiteenlopende culturele achtergrond en de daaruit voortkomende statusverschillen is die samenwerking echter zeer moeilijk gebleken. Met name de structurele superioriteit van de allopathische gezondheidszorg stond die ontwikkeling in de weg. De auteurs geven een aantal voorbeelden van samenwerking, die in de literatuur beschreven zijn. Vreemd genoeg wordt hier niet het project 'Primary Health Training for Indigenous Healers' in Ghana genoemd. Over dit experiment van samenwerking tussen ziekenhuispersoneel en lokale genezers is inmiddels zeer veel geschreven en ook is er een film, 'Bono Medicines', over gemaakt. Wel dient daarbij opgemerkt te worden dat – zoals zo vaak het geval is – alleen de succesjaren van het project in beeld komen. Er is dringend behoefte aan onderzoek naar de effecten van dergelijke projecten op de langere termijn.

Erkenning en ondersteuning van overheidswege is van groot belang voor de mogelijkheden van 'traditionele' genezers een bijdrage te leveren aan de gezondheidszorg in het algemeen. Zonder die ondersteuning zal 'traditionele' geneeskunst nooit een eigen plaats kunnen innemen naast de allopathische gezondheidszorg. De auteurs wijzen op de richtlijnen van het departement voor 'traditionele' gezondheidszorg van de WHO, die voor nationale overheden de mogelijkheden en randvoorwaarden aangeven van een grotere betrokkenheid van 'traditionele' genezers bij de algehele gezondheidszorg. Een strategie om meer professionele erkenning te verwerven is het opzetten van organisaties voor 'traditionele' genezers, die de belangen van deze genezers behartigen en de kwaliteit van hun werk bewaken.

In hun bibliografie gaan de auteurs in op 49 verschillende artikelen en boeken over 'traditionele' gezondheidszorg, in ruime zin. De schrijvers hebben een breed beeld willen geven van wat er zoal geschreven is. Daarbij is het positief, dat ook Spaanstalige artikelen zijn opgenomen.

De tijd lijkt rijp om over te gaan naar een tweede fase in de studie van 'traditionele' gezondheidszorg. Onderzoek kan zich nu gaan richten op concrete gevallen van samenwerking tussen allopathische en 'traditionele' gezondheidszorg. Zulk onderzoek zou ondernomen moeten worden vanuit een interdisciplinair perspectief: studie van biomedische effectiviteit, op korte en langere termijn, dient gecombineerd te worden met de antropologische case study benadering. Het is enigszins verontrustend dat er nog zo weinig van dergelijk onderzoek is uitgevoerd.

Arjan Agema

Jacobson-Widding, A. & D. Westerlund (eds.), *Culture, experience and pluralism: essays on African ideas of illness and healing*. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala Studies in Cultural Anthropology 13, Distributed by Almqvist & Wiksell International, Stockholm, 1989. 308 pp. Prijs: 164 Zw. Kr.

De laatste jaren hebben de Uppsala Studies in Cultural Anthropology een reputatie verworven. Dit werk is het dertiende deel van de reeks en het eerste dat geheel gewijd is aan ziekte en genezing in Afrika bezuiden de Sahara. Het boek bevat vijftien nieuwe bijdragen van Scandinavische antropologen en godsdienstwetenschappers. Ofschoon sommige bijdragen ook centraal en zuidelijk Afrika bestrijken en één bijdrage handelt over de betekenis van ziek-zijn in noordelijk Nigeria, ligt het zwaartepunt op Oost-Afrika. De titel zelf geeft de opbouw van het boek in drie van elkaar onderscheiden delen weer. Elk van deze delen laat een verschillende onderzoekstraditie met betrekking tot ziekte en genezing op het Afrikaans continent aan bod komen.

De aanpak in het eerste deel wordt door de samenstellers omschreven als een cultuur-antropologische benadering. De veronderstelling die aan de essays uit dit eerste deel ten grondslag ligt, is dat er geen afzonderlijk domein van denken en handelen bestaat dat kan worden omschreven als het 'medische systeem' van een bepaalde cultuur. De bijdragen zetten zich af tegen een doorgedreven adjectief-antropologie, in casu medische antropologie, die het medische systeem van een bepaalde samenleving als een autonome eenheid gaat bestuderen. De auteurs trachten daarentegen concepties van ziekte, diagnose en behandeling te verbinden met ruimere 'folk methods', cultureel geconstrueerde classificatie-systemen en deze te relateren aan meer omvattende symbolische systemen, zoals noties van warm en koud, de classificatie van kleuren, 'gender' en botanische of ruimtelijke metaforen. Als zodanig dragen deze essays bij tot de identificatie van de onderliggende classificatorische principes van aan elkaar gerelateerde waarden binnen een bepaalde cultuur.

Het tweede deel beoogt een socio-psychologische benadering van de ziektebeleving. Voor mij is dit het minst samenhangende deel van de bundel. Er wordt aandacht geschonken aan de persoonlijke ervaring en de emotionele implicaties van het groepsbehoren met betrekking tot het ziek-zijn. De bijdragen aan dit deel bestrijken uiteenlopende thema's en fenomenen zoals hekserij, bezetenheid, vervloeking, ongeluk, en schuldbekenenis. De onderliggende vraag die deze diverse onderwerpen verbindt, is de vraag naar de inhoud van Afrikaanse noties omtrent zelf en persoon, die volgens

Jakobson-Widding worden gekenmerkt door de ambivalentie tussen individu en samenleving of tussen een socio- en een egocentrisch begrip van de persoonlijkheidsstructuur.

Het laatste deel, tenslotte, behandelt de pluraliteit van en de verschillende wijzen van interactie tussen duidelijk onderscheiden oorzakelijkheidstheorieën en medische traditie. Alle essays uit deze laatste sectie, waarvan sommige tot de beste uit de bundel behoren, benadrukken het open en flexibele karakter dat 'medische systemen' in Afrika kenmerkt. In tegenstelling tot de auteurs in het eerste deel, zijn de meeste uit de laatste sectie wel geneigd om medische praktijken en concepties te bestuderen als onafhankelijke eenheden die niet verbonden zijn met meer omvattende symbolische systemen.

Het is niet mogelijk om binnen dit korte bestek elk van de individuele bijdragen te bespreken. Zoals kan worden verwacht bij een dergelijke bundeling, zijn niet alle bijdragen van eenzelfde niveau. Ook passen ze niet alle even goed in de wat arbitraire dieldeling van dit boek. Tenslotte overlappen sommige artikelen elkaar en zijn bepaalde bevolkingsgroepen (zoals de Masai) of streken (zoals Tanzania) wat oververtegenwoordigd, wat soms een zeker gevoel van 'deja lu' bij de leer teweeg brengt. Als geheel wordt deze verdienstelijke bundel echter gekenmerkt door zijn homogeniteit. Het programmatisch en stimulerend-provocerend sluitstuk van Reynolds Whyte resumeert bijvoorbeeld een belangrijk thema dat in vele andere bijdragen, al of niet expliciet aan bod kwam: het afnemende belang van 'religieuze' factoren, zoals de rol van voorouders en andere spirituele entiteiten, en een groeiende secularisatie, individualisering en 'medicalisering' van Afrikaanse concepten van ziekte en genezing. Ofschoon sommige conclusies in verband met deze ontwikkeling (zoals Westerlunds bewering dat de *nkisi* nog nauwelijks een rol spelen in de Kongo-etiologie) wat voorbarig en ongenueanceerd klinken, lijkt deze ontwikkeling inderdaad belangrijk genoeg om er in de toekomst verder uitgebreid aandacht aan te besteden.

Als geheel verdient deze verzameling van essays het zeker om gelezen te worden. Niet alleen biedt ze een staalkaart van wat de Scandinavische antropologie ons op dit ogenblik te bieden heeft, maar de bijdragen en de onderwerpen die erin worden behandeld, weerspiegelen ook de verschillende invalshoeken die vandaag in het nog steeds groeiende domein van de medische antropologie aan bod komen.

Filip De Boeck

Joop T.V.M. de Jong, *A descent into African psychiatry*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1987. Academisch proefschrift. 253 pp. Prijs: f 48,00.

De Jong brengt in zijn proefschrift op weldoordachte wijze verslag uit van zijn ervaring als psychiater in Guinée-Bissau. De rijkdom van een dergelijke ervaring kan nauwelijks worden onderschat: in het contact tussen de westerse psychiatrie en de Afrikaanse realiteit worden de tegenstellingen tussen de beide culturen blootgelegd.

Vaak wordt een verslag van een dergelijke ontmoeting tussen twee culturele systemen geschreven vanuit een teleurstellend gebrek aan methodologische visie, waardoor het

werk te oppervlakkig of subjectief wordt. De Jong weet echter deze klip grotendeels te omzeilen. Hij kreeg de verantwoordelijkheid over een gezondheidszorgprogramma dat werd gesponsord door de overheid van Guinée-Bissau, kent de psychiatrische epidemiologie van het land en pakt de zaak van af het begin grondig aan. Daarnaast toont hij ook interesse voor de Afrikaanse realiteit die hij in het eerste deel bestudeert vanuit medisch- en psychiatrisch-antropologische perspectieven. Toch laat de articulatie tussen de beide benaderingen in het boek soms te wensen over. De etnografische methode die De Jong gebruikt om de tradities en het dagelijkse leven van de bevolking te bestuderen, en de statistische methode die wordt aangewend in de epidemiologische hoofdstukken, zijn niet echt tot een eenheid verwerkt. Misschien is zijn geloof in de westerse psychiatrie te groot om zelf alle gevolgtrekkingen uit zijn antropologische bevindingen te trekken. Het zou meteen het gebruik van statistische instrumenten en een gestandaardiseerde nosografie moeilijker hebben gemaakt. Zo betwijfelt de auteur bijvoorbeeld of de lokale cultuur in staat is om een psychisch dysfunctioneren te herkennen en te behandelen. Inderdaad lijkt het nogal evident dat de lokale traditie niet beschikt over exacte equivalenten van onze nosografische categorieën en bijvoorbeeld niet in staat zal zijn om de evolutie van een schizofrenie om te buigen wanneer het proces van chronische dissociatie eenmaal is ingetreden. Maar men kan niet anders dan constateren dat in Guinée-Bissau en elders in Afrika de meeste gevallen van acute psychotische syndromen deze evolutie naar chronische dissociatie juist weten te vermijden. En zou dit niet, al was het maar ten dele, op rekening kunnen worden geschreven van de culturele karakteristieken, wanneer we constateren hoezeer de houding tegenover een mentaal gestoorde in een Afrikaans dorp afwijkt van de Europese? Verschillende auteurs uit de school van Dakar (Collomb, Ortigues, Zempléni) hebben overigens aangetoond dat de traditionele genezer, en de hele gemeenschap met hem, over specifieke therapeutische antwoorden beschikt voor psychische problemen, die worden geclassificeerd volgens een ons niet vertrouwde nosografie.

De Jong betwist echter het bestaan van een dergelijke uitgebreide classificatie. Misschien heeft hij gelijk. Nochtans weten we hoe moeilijk het is om het culturele kennisniveau juist in te schatten aan de hand van interviews met individuen wier kennis onvermijdelijk steeds partieel is. Het is noodzakelijk een onderscheid te maken tussen volkswijsheid en de kennis van specialisten, in dit geval de genezers. Het is de kennis van deze laatsten die de gedragingen van de niet-specialisten zal beïnvloeden, zelfs al zijn dezen zich daar niet van bewust, noch in staat om deze kennis voor de onderzoeker te verwoorden. De nosografie die door Zempléni in Senegal werd beschreven, is gebaseerd op wat hij noemt "de traditionele representaties van de mentale ziekte". Het gaat om vier explicatieve modellen die verwijzen naar twee categorieën van 'geesten' en twee vormen van schadelijke krachten die worden veroorzaakt door menselijke handelingen. Wanneer De Jong uitweidt over het kosmologisch systeem van de Guineaanse animisten, lijkt hij me – ondanks zijn eerdere ontkenning van het bestaan van een uitgebreid classificatiesysteem (p. 29) – de basis te leggen voor een lokale nosografie waarvan de grondprincipes niet zo heel erg verschillen van systemen die elders, van Senegal tot de grote Afrikaanse meren, ook bestaan.

De gedetailleerde klinische case-studies die De Jong ons voorlegt, verwijzen vaak naar dit 'kosmologisch' referentiekader. De auteur maakt echter geen gebruik van hun clas-

sificatorische eigenschappen, vooreerst omdat hij geen andere nosografie dan de zijne, namelijk de westerse, aanvaardt, en ten tweede omdat zijn belangstelling vooral uitgaat naar het onderzoeken van de psychopathologische consequenties van sociale veranderingen, eerder dan naar het weergeven van een juist beeld van de traditionele kennis terzake. De wijze waarop deze invalshoek wordt uitgewerkt, is een van de verdiensten van het boek. Anderzijds getuigt de wijze waarop De Jong sommige antropologische verworvenheden naast zich neerlegt toch van een zekere lichtzinnigheid. We denken hierbij aan klassieke onderscheid dat Evans-Pritchard maakt tussen 'witchcraft' en sorcery, toch een belangrijk onderscheid voor een juist begrip van genezingstechnieken (p. 232, noot 10). De auteur maakt daarentegen wel methodisch gebruik van de indeling van Kleinman in een leken-, een volks- en een professionele sector van gezondheidszorg. De eerste sector bestaat uit de huis-, tuin- en keukenmiddeltjes van de niet-specialisten. De tweede sector is gebaseerd op de traditionele kennis en technieken van de genezers, terwijl de professionele sector gebruik maakt van de kennis en technieken van de westerse geneeskunde. De auteur toont op pertinente wijze hoe deze drie sectoren simultaan door dezelfde mensen worden gebruikt en reikt ook verklaringen aan waarom een gezondheidszorgsector wordt verkozen of geweigerd, en wat de implicaties zijn van een dergelijke keuze voor de ziektegeschiedenis van de patiënten. Hierbij toont hij soms zijn onwrikbaar geloof in de superioriteit van de westerse gezondheidszorg. Volgens mij blijkt deze superioriteit slechts daar waar het een organische etiologie betreft. Zoals men in Senegal zegt: "Geneesmiddelen kalmeren slechts de ziekte; genezers helen haar."

De Jong beschrijft welke functie elk van deze drie sectoren – in mindere of meerdere mate – vervult: zin geven aan het lijden, verzorgen, het herstellen van de communicatie tussen de zieke en zijn entourage. Hij vergelijkt de drie sectoren en hun respectievelijk explicatief model en opnieuw valt de vergelijking voor De Jong positief uit voor het westerse systeem. Hij analyseert voortreffelijk de communicatiemoeilijkheden die er bestaan tussen de drie domeinen, tussen de representanten van die domeinen en bij elke patiënt zelf. Maar hij benadrukt onvoldoende de onevenwichtigheid die werd geïntroduceerd door de hiërarchie tussen enerzijds het biomedische systeem gesteund door de overheid en anderzijds de traditionele genezingsystemen, die in de paradoxale situatie verkeren dat ze nog steeds het vertrouwen genieten van brede lagen van de bevolking, maar desondanks niet worden erkend door de overheid.

Een lang hoofdstuk wordt gewijd aan een profetische beweging, de Jangue-jangue, die het hele land in beroering bracht en voor ernstige politieke onrust zorgde. De authenticiteit en de frisheid van dit relaas is fascinerend. De Jong schetst het portret van een samenleving waarin de traditionele structuren trachten te overleven temidden van de snelle sociale veranderingen. Hij toont hoe een 'sectarische' beweging als de Jangue-jangue het verzet van de plattelandsbevolking tegen deze voortschrijdende culturele veranderingen incarneert. Tegelijkertijd echter is de beweging zelf een factor van aanpassing en verandering van de traditionele concepties waarvan het behoud wordt bepleit. Op deze wijze illustreert de Jangue-jangue de aanpassing van een gemeenschap aan de veranderingen die ze ondergaat. Ze is wat A. Touraine een 'mouvement social' heeft genoemd en waarin hij de werkelijke factor van 'voortuitgang' ziet. De politieke machthebbers van Guinée-Bissau daarentegen noemen zich wel progressief, maar po-

gen de bestaande sociale orde in stand te houden door zich te verzetten tegen dergelijke bewegingen. Dat deze culturele en politieke strijd wordt gevoerd tegen de achtergrond van – en met als inzet – de mentale gezondheid van de bevolking is geen toeval. In elke samenleving vindt men mentale afwijkingen. De psychoplastiek – de keuze van een syndroom en de wijze waarop er vorm aan wordt gegeven – verschilt echter van samenleving tot samenleving en van periode tot periode binnen één enkel samenlevingsmodel. We denken hierbij bijvoorbeeld aan de frequentie van ‘hysterie’. De vaststelling van haar symptomen wordt beïnvloed door de sociale en culturele contradicties die leven in de samenleving waarvan ook de patiënt deel uitmaakt. Aandacht voor deze culturele context kan ons naar nieuwe ontdekkingen voeren.

Het tweede deel van het boek biedt een reflectie op de te volgen strategie in de gezondheidszorg. In 1976 ondernam de WHO een ‘Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health into Primary Care’. De auteur legde het programma van deze studie in 1983 voor aan de minister van volksgezondheid van Guinée-Bissau en op basis hiervan werd een enquête uitgevoerd. Uit eerder onderzoek was reeds gebleken dat de globale psychiatrische morbiditeit (12%) in Guinée-Bissau vergelijkbaar is met die in andere ontwikkelingslanden (10% tot 18%), maar gekenmerkt wordt door een hoger aantal psychoses. De nieuwe enquête bestudeerde onder meer of en in welke mate mentale problemen worden herkend door gezondheidswerkers zonder specifieke opleiding dienaangaande. Het blijkt dat zij slechts een-derde van de patiënten die door gespecialiseerde artsen werden gediagnostiseerd, ook als zodanig weten te herkennen en voor het overige in 12% van de gevallen op onjuiste gronden een positieve diagnose stellen. Er is dus een betere opleiding nodig, wanneer men de aanbevelingen van de WHO wil volgen om van deze gezondheidswerkers de steunpilaren te maken van een gezondheidszorgprogramma. Men kan zich evenwel ook de vraag stellen op welke basis men beslist of een diagnose al dan niet correct is. Een ‘vergissing’ kan een juist antwoord betekenen in een andere nosografische classificatie. Noch het rapport van de WHO, noch de studie van De Jong geven een antwoord op deze vraag.

In Guinée-Bissau levert de vergelijking van rurale en urbane zones met betrekking tot de gezondheidszorg geen grote verschillen op. Dit is in contrast, zegt de auteur, met de uitgebreide studie van Dohrenwend (1974) die meer psychoses vond in de rurale zones, terwijl het aantal neuroses en persoonlijkheidsproblemen opmerkelijk hoger lag in urbane zones.

De studie van de mentale gezondheid van kinderen levert volgens de auteur weinig significante resultaten op. Hierbij zou ik de aandacht willen vestigen op een opmerking die vanuit antropologisch oogpunt interessant is. De Jong constateert de lage graad van mentale achterstand en vraagt zich hierbij af of dit misschien te wijten is aan infanticide van abnormale kinderen. Omdat hij niet over feitenmateriaal beschikt, verwijst hij hierbij naar ‘wat men hierover vertelt’: de geruchten waarmee een samenleving op ideologische wijze uitdrukking geeft aan zijn problemen en spanningsvelden. Dit betekent uiteraard niet dat deze geruchten geen grond van waarheid zouden bevatten. Enkele bladzijden verderop echter deelt De Jong ons mee dat de Guineaanse samenleving niemand omwille van een mentale ziekte zou stigmatiseren of uitstoten. Gaat het hier om een contradictie? Mijns inziens niet helemaal, wanneer men voor ogen houdt dat infanticide, als deze praktijk al zou bestaan, ook moet worden verklaard vanuit andere

culturele premissen dan die welke aan een eugenetische bekommernis ten grondslag liggen.

De studie van de sociale representaties van mentale stoornissen verdient het te worden ontwikkeld vanuit een meer antropologisch onderbouwde basis; dit wil zeggen, vanuit een dieper inzicht in de plaatselijke kenniscategorieën en de wijze waarop deze worden gehanteerd naast de westerse nosologie. Het is slechts op deze manier dat psychiaters in staat zullen blijken te ontsnappen aan culturele misverstanden. De Jong uit de wens dat de volkse visie op mentale stoornis zich zal transformeren. Ik ben geneigd hem en zijn westerse collega's, van wie ook ik deel uitmaak, uit te nodigen zelf de helft van de weg af te leggen.

Het laatste hoofdstuk bevat de beschrijving van een 'Residential Psychiatric Healing Centre' dat recentelijk werd opgericht op aanwijzingen van de auteur. Hij slaagt erin de bouw van een 'modern' hospitaal, gebaseerd op het asiel-model, te vermijden, maar ofschoon hij aanvankelijk was gewonnen voor de formule van het 'therapeutische dorp', moest hij toch toegeven dat vele van deze dorpen na verloop van tijd aan hun lot werden overgelaten, zowel door de overheid als door de medische staf en dit juist omwille van hun 'primitivisme'. De formule die tenslotte werd aangehouden, en door hem beschreven wordt, is weliswaar modern maar niet over-gestructureerd en staat zo dicht mogelijk bij de traditionele habitat. Het is een formule die waarschijnlijk het minst offensief is voor een psychiatrische instelling in de Afrikaanse context: de auteur betracht een openheid naar de buitenwereld met behoud van de verwantschapsrelaties tussen de patiënt en diens familie.

Tot slot bespreekt De Jong het voor en tegen van samenwerking tussen de biomedische en de traditionele genezers. Hij is van mening dat zo'n samenwerking momenteel is uitgesloten. Ik ga niet over de hele lijn akkoord met zijn argumentatie, maar zijn conclusie lijkt me correct en dit omwille van een reden die zelden wordt vermeld: de traditionele genezers kunnen doeltreffend werk verrichten voor een groot deel van de psychiatrische patiënten op voorwaarde dat zij beschermd worden tegen de culturele agressie van de westerse waarnemers, die soms blij geven van het een ontstellend gebrek aan cultureel respect. De confrontatie met technieken en ideeën die vreemd zijn aan het traditionele referentiekader, en financiële afhankelijkheid van de overheid zouden hun tradities waarschijnlijk in groot gevaar brengen.

Daniël Schurmans
(vertaling F. De Boeck)

Roy E. Jordaan, *Folk medicine in Madura (Indonesia)*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden. Academisch proefschrift, 1985, 381 pp. Prijs: f 15,00.

Dit proefschrift komt voort uit het Madura-project van het Programma Indonesische Studiën van de Rijksuniversiteit Leiden. Het doel van dit project, inmiddels met zes dissertaties afgesloten, was het verzamelen van etnografisch materiaal over verschillende aspecten van de Madurese cultuur en samenleving. Binnen dat kader houdt Jordaan zich bezig met opvattingen over ziekte en dood. Vanuit de Leidse structuur-

antropologische benadering zoekt hij naar corresponderende inheemse conceptuele onderscheidingen tussen etnomedische opvattingen en andere aspecten van de cultuur. Een belangrijke conceptuele correspondentie blijkt vooral te bestaan in de algemene notie van 'evenwicht' en in het analoog gebruik van verschillende classificatieprincipes (heet-koud; nat-vochtig; binnen-buiten; links-rechts) in rituelen en de inheemse geneeskunde.

Door de etnografische doelstelling van het project wordt de etnomedische vraagstelling in een brede sociaal-culturele context behandeld. In de eerste hoofdstukken geeft Jordaan een uitvoerig beeld van de sociaal-economische structuur van de bestudeerde dorpssamenleving en van de politiek-religieuze verhoudingen. De bevolking ziet zichzelf als bestaande uit twee klassen: de 'binnenlieden' en de 'buitenlieden'. Die scheidslijn loopt ruwweg parallel met beroepsverdeling (niet-vissers versus vissers), de verdeling tussen rijk en arm en met religieuze oriëntatie (modern versus traditionalistisch-islamitisch).

In hoofdstuk 4 wordt een uitvoerige beschrijving van Madurese rituelen gegeven en worden twee soorten rituelen onderscheiden: *rokat* en *rasol*. Belangrijk blijkt de notie van 'evenwicht', zowel met betrekking tot natuurlijke als bovennatuurlijke verhoudingen. *Rokat*-rituelen zijn gericht op afweer en bezwering van zich aandienend onheil (natuurrampen, ziekte, droogte) en op herstel van verstoord evenwicht. *Rasol*-rituelen zijn gericht op handhaving van het juiste evenwicht tussen krachten die het welzijn van individu en gemeenschap bepalen. Beide vormen van ritueel kennen communale en individuele varianten.

In hoofdstuk 5 volgt een beschrijving van de 'verborgen orde': opvattingen over ruimtelijke oriëntatie, tijdsberekeningen, voorspellingstechnieken, de geestenwereld en magische kennis en krachten (*elmu towa*). Madurezen zien het natuurlijke en bovennatuurlijke als nauw verweven, in die zin dat de natuurlijke wereld sterk bepaald wordt door de bovennatuurlijke. Men maakt echter wel duidelijk onderscheid tussen beide werelden: het bovennatuurlijke manifesteert zich vooral in het exceptionele en abnormale. 'Abnormaal' als afwijking van het gewone en gebruikelijke kan tot uiting komen in zowel negatieve (rampen, tegenslag, ziekte) als positieve zaken (voorspoed, kracht, speciale gaven).

In de hoofdstukken 6 en 7 worden typen inheemse genezers beschreven, gebruik en eigenschappen van inheemse kruiden, therapeutische alternatieven en opvattingen over oorzaken van ziekte. Inheemse genezers worden geclassificeerd op een magisch-medisch continuüm, afhankelijk van de mate waarin hun deskundigheid berust op religieus-magische krachten en/of technische kennis en vaardigheden. De meeste genezers baseren zich op een combinatie van beide.

Een belangrijke factor bij de keuze van de therapie is het begrip *juddhu* ('passend', 'bij elkaar horend') dat verwijst naar het bestaan van een speciale band tussen patiënt, genezer en medicijn. Dezelfde combinatie van ziekte, medicijn en genezer kan voor de ene persoon wel, maar voor de andere niet effectief zijn. Dit begrip geldt zowel voor moderne als traditionele genezers.

Jordaan levert uitvoerig kritiek op Fosters typologie van personalistische en naturalistische systemen. Dit onderscheid heeft voor Madura wel een heuristische waarde. Madurezen onderscheiden zowel bovennatuurlijk als natuurlijk veroorzaakte ziekten.

Ziekten die plotseling optreden en/of gekenmerkt worden door dramatische symptomen, worden gewoonlijk toegeschreven aan 'supernatural agents'. Daarnaast kent men ziekten veroorzaakt door verstoring van het interne of externe equilibrium van het lichaam. Volgens Foster is in een samenleving ofwel het principe van de 'persoonlijk gerichte agent' of het 'onpersoonlijke evenwichtsprincipe' dominant. Madurezen gebruiken echter zowel het ene als het andere etiologische principe voor dezelfde ziekte. In andere gevallen worden beide principes toegepast op dezelfde ziekte, maar voor verschillende stadia. Van dominantie kan men moeilijk spreken en de typologie van Foster is daarom praktisch niet toepasbaar. Een volgend punt van kritiek betreft de notie van equilibrium. Foster acht deze notie exclusief voor 'naturalistische' etiologieën en ziet daarom in dit soort gevallen geen rol van betekenis voor religie en magie. In Madurese opvattingen heeft 'evenwicht' echter betrekking op natuurlijke en bovennatuurlijke verhoudingen en vormen medicijn, magie en religie deel van dezelfde ondeelbare werkelijkheid. Een derde punt van kritiek richt zich op het belang dat Foster toekent aan etiologische principes, omdat daarmee de keuze van behandeling en genezers zou worden bepaald. Jordaan laat zien dat voor verschillende ziekten niet het bepalen van de oorzaak, maar van de symptomen beslissend is voor de keuze van een adequate behandeling.

Als alternatief voor een benadering gebaseerd op etiologische principes, presenteert Jordaan een benadering waarin de notie van balans en harmonie centraal staat. In dit model wordt de normale menselijke situatie gezien als een middenpositie tussen de uitersten voorspoed en tegenslag, symbolisch voorgesteld als 'coolness' en 'hotness'. Balans heeft in dit model betrekking op zowel natuurlijke als bovennatuurlijke krachten en verhoudingen. In dit perspectief wordt ziekte gezien als een speciale vorm van tegenslag ten gevolge van disharmonie.

Deze benadering heeft een aantal implicaties. Gezondheid betekent niet een optimale fysieke situatie, maar een 'normale' toestand waarin zekere marges voor dysfunctioneren zijn verdisconteerd. Wat als normaal ervaren wordt, hangt af van het gangbare morbiditeitspatroon. Zo zien Madurezen bijvoorbeeld trachoma en symptomen van anemie niet als ziekte maar als normale verschijnselen. Niet alle afwijkingen van het normale worden gezien als ziekte. Afhankelijk van de vraag naar welke kant de balans is doorgeslagen, wordt onderscheid gemaakt tussen negatieve (meer 'hotness') en positieve (meer 'coolness') afwijkingen. Wanneer de balans naar het positieve doorslaat wordt een 'health disturbance' niet gezien als 'illness', maar als een speciale 'gave'. Jordaan geeft verschillende voorbeelden van fysieke en mentale afwijkingen die gezien worden als een 'gave' (hazelip, horrelvoet, mongolisme, bezetenheid).

In het laatste hoofdstuk geeft Jordaan een overzicht van ziekte-clusters zoals die worden onderscheiden door de Madurezen. Daarbij wordt vooral gekeken naar de interactie tussen diagnose, etiologische opvattingen en keuze van therapie. Van de beschreven ziekte-clusters is *tombuwan* (letterlijk: dat wat groeit) het interessantste. *Tombuwan* omvat een categorie ziekten die begint met koorts en pijn, gevolgd door 'erupties' op de huid en daarna koortsdaling (mazelen, waterpokken). Bij verschijnselen van koorts anticipeert men op *tombuwan* als mogelijke uitkomst. De behandeling van de patiënt is er op gericht de koorts naar buiten te krijgen, wat moet blijken uit veranderingen van de huid. Aan die veranderingen kan men dan de precieze aandoening bepalen. Ver-

keerde behandeling kan er toe leiden dat de ziekte zich terug trekt en 'naar binnen gaat'. Typhus, malaria, t.b.c of zelfs de dood worden gezien als mogelijke gevolgen hiervan. Tegen deze achtergrond is te begrijpen waarom Madurezen, die als 'needle-minded' beschouwd worden, huiverig zijn een moderne arts te raadplegen in geval van koorts. Uit de beschrijving van *tombuwan* blijkt ook duidelijk het primaat van diagnose over etiologie en het gebruik van classificatie principes als binnen-buiten en heet-koud.

De clusters 'psychische stoornissen' en 'kinderziekten' worden minder vanuit het participantenperspectief beschreven. Ook komt het procesmatige van inheemse diagnoses hier minder duidelijk naar voren.

Een kanttekening wil ik wel maken bij het gebruik dat Jordaan maakt van het begrip 'normaal'. In zijn kritiek op animistische theorieën stelt hij dat daarin voorbijgegaan wordt aan het feit dat mensen weldegelijk onderscheid maken tussen het natuurlijke en het bovennatuurlijke. Dat onderscheid zit in de associatie die zij leggen tussen 'normaal' en 'natuurlijk' enerzijds en 'abnormaal' en 'bovennatuurlijk' anderzijds (p. 158). Jordaan stelt hier 'abnormaal' gelijk met *bovennatuurlijk*. Volgens zijn harmonie-model is een 'illness' ook een afwijking van het normale. 'Abnormaal' is hier echter niet zonder meer gelijk aan 'bovennatuurlijk'. Dit roept de vraag op of het niet de mate van abnormaliteit is die de aanleiding vormt om bovennatuurlijk ingrijpen te veronderstellen. Een andere mogelijkheid is dat abnormaliteit een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde is voor de veronderstelling dat er bovennatuurlijke factoren in het spel zijn.

Uit etnografisch oogpunt is het boek ongetwijfeld een aanwinst. Minder bekend en nieuw materiaal over Madura wordt bij elkaar gebracht en vanuit een coherent perspectief geanalyseerd. Die analyse krijgt nog een bredere relevantie, omdat vanuit het begrip 'etnologisch studieveld' conceptuele overeenkomsten worden gezocht met andere gebieden uit de regio Zuidoost-Azië (met name Java, Maleisië en de Filipijnen). Jordaan's benadering van tegenslag en gezondheid als een complexe evenwichtstoestand met positieve en negatieve afwijkingen lijkt mij heel bruikbaar voor bredere toepassing, zeker voor Java. Bij lezing van de analyses over 'abnormaliteit', 'harmonie' en 'evenwicht' had ik voortdurend de stimulerende sensatie dat zijn model voor Javaanse situaties was opgesteld. Dat zegt niet alleen iets over de culturele overeenkomsten tussen beide eilanden, maar ook over de mate waarin Jordaan er in geslaagd is de visie van de participanten te achterhalen en in een theoretisch perspectief te plaatsen.

Marten Reurink

Vicente Navarro, *Crisis, health & medicine: a social critique*. London: Tavistock Publications, 1986.

Vicente Navarro is als politiek-econoom verbonden aan de John-Hopkins Universiteit in Baltimore. Zijn boek bevat zeven afzonderlijk geschreven en gepubliceerde essays, die zodanig zijn bewerkt dat ze als een geheel kunnen worden gelezen. Het totaal levert een analyse op van gezondheid en gezondheidszorg in de V.S., waarbij hij de thema's

in een veel breder perspectief plaatst dan medici middels hun bio-medische benadering plegen te doen. Hij ziet gezondheidszorg als "the specific material condensation of a relationship of forces among classes and class fractions given in a specific conjuncture" (p. 248).

Navarro stelt dat gezondheidszorg in kapitalistisch georiënteerde landen zich in een crisis bevindt, die wordt gekenmerkt door stijgende kosten en uitgaven in combinatie met een relatieve ineffectiviteit en ongelijke toegang tot de zorg. Hij erkent de positieve aspecten van de bio-medische benadering. Met name de medisch-technische mogelijkheden. De crisis in de gezondheidszorg in de V.S. verklaart hij door de gezondheidszorg te plaatsen binnen het totale sociaal-economische bestel. Dan blijkt dat ook andere sociale en ideologische instituties, zoals onderwijs, openbaar vervoer en sociale voorzieningen in een crisis verkeren. Daarbij wordt het kapitalisme als politiek-economisch stelsel gezien als oorzaak van de sectorale crisissen.

Het kapitalisme, zegt Navarro, wordt gekarakteriseerd door de noodzaak tot accumulatie en concentratie van kapitaal. Hij gaat in op de gevolgen hiervan voor gezondheid en gezondheidszorg. Hij beschrijft hoe in de V.S. de Rechten van de Mens worden geïnterpreteerd; legt verbanden tussen arbeidsproces en gezondheid; en betoogt hoe de (medische) wetenschap in het voordeel van de bourgeoisie werkt; laat zien hoe politici die beslissingen betreffende de gezondheidszorg moeten nemen, worden gemanipuleerd door het kapitaal; maakt duidelijk dat de kapitalistische landen de gezondheid en gezondheidszorg in ontwikkelingslanden ondergraven.

Oplossingen voor de crisis in de gezondheidszorg liggen op het politiek-economische vlak. Er is een transformatie nodig van kapitalistische naar socialistische zorg. Deze transformatie kan slechts plaats vinden door een strijd, waarbij op nationaliteit, sekse of ras gebaseerde tegenstellingen ondergeschikt worden aan klassetegenstellingen. De arbeiders dienen controle te krijgen over de kennis en productie van gezondheid en gezondheidszorg.

Het betoog van Navarro klinkt nu, vier jaar na het verschijnen van zijn boek, zeer gedateerd maar raakt nog steeds de kern van veel problemen binnen de huidige gezondheidszorg. Deze komen onder meer voort uit machtsverschillen zowel op nationaal als internationaal niveau. De slechte gezondheidsstatistieken en de gebrekkige kwaliteit van de gezondheidszorg in bijvoorbeeld de ontwikkelingslanden is niet te verklaren op basis van medische factoren, maar zijn het gevolg van politiek-economische verhoudingen. Oplossingen voor de crisis zullen dan ook daarop gericht moeten zijn. Individu-gerichte technische oplossingen, die nu vaak worden nagestreefd, veranderen niets aan de situatie.

De politieke verandering die Navarro voorstaat, zal zeker een eerlijkere verdeling van gezondheid en gelijkere toegang tot de gezondheidszorg geven. Daarbij concentreert Navarro zich echter te veel op systemen als oorzaak voor slagen of falen van een bepaalde benadering van de crisis. Hij lijkt te vergeten dat systemen doorgaans door individuen worden gevormd, gebruikt en misbruikt. Als hij betoogt dat de wetenschap volledig in dienst van de bourgeoisie staat, vergeet hij dat hij zelf als wetenschapper de gegevens van collega's gebruikt om een anti-bourgeoisie-theorie te ontwikkelen. Niet de wetenschap stelt zich in dienst van de bourgeoisie, maar de wetenschappers doen dat. Uiteindelijk zal ook de door hem noodzakelijk geachte omwenteling door

individueen georganiseerd en uitgevoerd moeten worden.

Piet Kessels

Emiko Ohnuki-Tierney, *Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. 242 pp. Prijs: £7.95 (paperback), £22.50 (hard cover).

Het boek van Emiko Ohnuki-Tierney gaat over de socio-culturele patronen die ten grondslag liggen aan de concepten van ziekte, gezondheid en de hierop gerichte activiteiten in het huidige Japan. De meeste antropologische studies over medische systemen behandelen geneeswijzen in niet-geïndustrialiseerde sectoren van de derde wereld of bij etnische minderheden en rurale bevolkingsgroepen in geïndustrialiseerde samenlevingen. Volgens de schrijfster bestaan er nog maar weinig studies die een overzicht geven van de medische systemen in samenlevingen die vergelijkbaar zijn met Westerse landen. Daarom wil zij dan ook een beschrijving geven van de medische systemen in het urbane Japan.

De onderliggende doelstelling van het boek is kritiek te leveren op het idee dat modernisering een 'rationeel' individu zou produceren, wiens gedrag steeds minder beïnvloed wordt door symbolische dimensies. De schrijfster gaat er vanuit dat elk geïmporteerd medisch systeem "goes through a profound transformation in the recipient culture before it becomes a viable cultural institution" (p. 73). Daarbij verwerpt zij het idee dat in samenlevingen waar pluralistische medische systemen zich voordoen – en dat zijn eigenlijk alle samenlevingen – deze systemen gezien moeten worden als onafhankelijk van elkaar. Immers alle medische systemen werken op elkaar in en door deze interactie ondergaan zij veranderingen. De auteur wil illustreren dat ondanks industrialisatie en wetenschappelijke ontwikkeling, Japanse concepten en gedrag met betrekking tot ziekte en gezondheid nog steeds voor een groot deel gebaseerd zijn op oude culturele patronen en tegelijkertijd samengaan met biomedische idiomen.

Het boek bestaat uit twee delen. Het eerste deel beschrijft de dagelijkse hygiënische praktijken en opvattingen van de Japanse bevolking in relatie tot gezondheid en ziekte. In het tweede deel komen de verschillende medische systemen aan bod. Ohnuki-Tierney laat zien hoe deze systemen zijn ingebed in de Japanse cultuur en presenteert daarbij een beeld van het pluralisme in dat land. Zij trekt in haar boek vergelijkingen met de situatie in de Verenigde Staten, dat als model fungeert voor het westers medische systeem. Het boek is echter geenszins een systematische vergelijking.

In het eerste deel laat de schrijfster zien hoe noties van 'schoon' en 'vuil' geassocieerd worden met noties van 'binnen' en 'buiten', en 'boven' en 'beneden'. In de dagelijkse hygiënische activiteiten worden deze ideeën opgenomen in een ruimtelijke classificatie waarbij het (eigen) huis met 'binnen' en 'schoon' wordt geassocieerd en de huisdrempel de grens vormt met het 'vuile' buiten. De associatie met 'boven' en 'beneden' komt tot uiting door bijvoorbeeld het in de hal laten staan van de schoenen waarmee men van buiten komt (beneden, buiten, vuil). Deze abstracties spelen een rol in de ervaring van het eigen lichaam. Terwijl het onderlichaam met 'vuil' wordt geassocieerd, wordt

het bovenlichaam als schoner ervaren, zij het dat juist in het bovenlichaam zich die delen bevinden die het meest in contact komen met 'buiten'. Dit resulteert in het vaak reinigen van deze lichaamsdelen; het wassen van de handen of het gorgelen van de keel. Men ademt immers door de keel de door anderen bezoedelde buitenlucht in. Bij het baden zien we deze ideeën ook terug. Baadt men in het Westen vaak 's ochtends en voor men ergens naar toe gaat, in Japan spelen noties van het van buiten (vuil) naar binnen (schoon) gaan een zo'n belangrijke rol dat men zich juist 's avonds en bij terugkomst in huis baadt. Niet alleen in het dagelijkse concrete gedrag spelen deze abstracties een rol. De genoemde opposities (schoon/vuil; binnen/buiten; boven/beneden) hebben niet alleen betrekking op het dagelijkse concrete gedrag, maar houden ook verband met morele waarden (rein/onrein; goed/kwaad) en met de oppositie leven versus dood en ziekte. Hierdoor krijgen de dagelijkse hygiënische activiteiten ook de betekenis van een symbolische reiniging. Daarnaast spelen de begrippen 'binnen' en 'buiten' en hun associaties ook een rol in de sociale stratificatie van mensen. Vroeger werden mensen met 'vuile' beroepen, zoals degenen die te maken hadden met de dood van dieren of mensen, vaak letterlijk buiten de gemeenschap geplaatst; zij woonden aan de rand van het dorp. Om dezelfde reden hebben werkers in de gezondheidszorg lange tijd een lage status gehad. Belangrijk is dat 'buiten' zowel met positieve als met negatieve krachten geassocieerd wordt. Natuurlijke elementen kunnen zowel ziekte veroorzaken als genezen. Deze ambiguïteit is ook van toepassing op het sociaal culturele vlak. Bijvoorbeeld Westerlingen, die geassocieerd worden met 'buiten', kunnen vijanden en veroorzakers van epidemieën zijn zoals vroeger werd verondersteld, maar kunnen ook positief beoordeeld worden, omdat zij technologie en medicijnen brengen. De enige manier waarop de negatieve krachten kunnen worden beheerst, is door het 'buiten' alleen langs cultureel vastgestelde wegen toe te laten of tegemoet te treden. De dagelijkse hygiënische activiteiten hebben derhalve ook een symbolische betekenis; zij kunnen worden beschouwd als rituelen waarmee de invloed van 'buiten' onder controle gehouden wordt.

Hoe wordt nu in Japan tegen gezondheid en ziekte aangekeken? In vroegere 'culture and personality studies' werd de Japanse cultuur nogal eens afgeschilderd als hypochondrisch: men vond dat de Japanse bevolking gepreoccupeerd werd door ziekte. Voor de auteur heeft deze typering vooral te maken met de nadruk die men in Japan legt op het lichamelijke welzijn, de openheid over ziekte en (de daarmee samenhangende acceptatie) van ziek zijn. Ik zal in het kort ingaan op enkele aspecten die de schrijver in dit verband aanhaalt.

Ten eerste de concepten *jibyo* en *taishitsu*. *Jibyo* (letterlijk: meedragende ziekte) is de term voor ziekten of aandoeningen die men tijdens het leven met zich meedraagt en die zich van tijd tot tijd doen gelden. *Taishitsu* is de algemene naam voor de verschillende aangeboren constituties van de mens. Belangrijk hierbij is dat men inzicht moet hebben in zijn of haar eigen *taishitsu*, omdat gezondheid een 'tijdelijke' conditie is: gezondheid is een delicate balans tussen de *taishitsu* en externe factoren. De zwakte van de *taishitsu* moet worden gecompenseerd door aangepast gedrag en voeding. Veel Japanners zijn zich opmerkelijk bewust van hun *taishitsu* en zijn hier erg open over.

Een tweede aspect betreft de relatie die gelegd wordt tussen het somatische en het psychische. Hoewel in Japan veel aandacht wordt besteed aan wat de auteur noemt 'psychobehaviouristic abnormalities' (emotionele klachten als depressiviteit en irrita-

tie, introversie, excessief transpireren of kortademigheid), krijgen deze klachten alleen aandacht als lichamelijke symptomen en worden bijna niet verklaard vanuit psychodynamische principes. Deze klachten krijgen vooral aandacht binnen de traditionele geneeswijzen als *kanpo*. Men zoekt verklaringen voor de meest voorkomende ziekten in atmosferische storingen en fysiologische factoren als *taishitsu* en *shinkei* (letterlijk: zenuwen). De onderliggende verklaring voor ziekte ligt in een verstoorde balans van het lichaam. Dit in tegenstelling tot een holistische benadering waarbij alle ziekten gerelateerd worden aan psychologische factoren en de eenheid van psyche en soma in de mens wordt benadrukt. De schrijfster waarschuwt dan ook tegen het al te makkelijk holistisch noemen van traditionele geneeswijzen, met name in Japan. Voor Japan introduceert zij het begrip fysiomorfisme als niet-psychologische ziekte-etilogie in plaats van het begrip somatisering, omdat dit laatste begrip gewoonlijk impliceert dat de oorzaak van ziekte op het psychologische vlak ligt en tevens kan inhouden dat de oorzaak alleen op het somatische vlak kan liggen. Vanuit deze achtergrond valt te verklaren waarom in Japan weinig aandacht is voor psychotherapieën en deze ook niet vanuit het Westen zijn overgenomen. De therapieën die (traditioneel) enigszins op dit terrein komen hebben alle als kenmerk dat ze geen nadruk leggen op de psychologische verklaringen maar, op de acceptatie van het eigen 'ik' en de sociale omgeving. Binnen deze therapieën ligt niet zozeer de nadruk op het individu of op de veranderingsprocessen van het individu, maar meer op diens verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn sociale omgeving en de opdracht met de eigen beperkingen te leven.

Ten slotte is van belang te wijzen op de bijzondere houding ten opzichte van een ernstige ziekte zoals kanker. In tegenstelling tot de algemene openheid over ziekte worden ernstige ziekten in gesprekken vaak vermeden. De door de arts gestelde diagnose wordt vaak niet aan patiënten verteld. Daar tegenover staat weer de positievere houding, en soms zelfs idealisering, van zelfmoord. Ohnuki-Tierney speculeert hoe deze ogenschijnlijke tegenstrijdige houdingen tot ziekte en dood met elkaar zijn te verenigen. Zij beschrijft hoe de Japanse bevolking zich de boeddhistische doctrine met betrekking tot 'karma', opgevat als een fatalistische determinatie van het leven, nooit geheel eigen heeft gemaakt. Er is sprake van een pragmatisch fatalisme waarbij alleen de minder ernstige ziekten tot de gedachtenwereld worden toegelaten. Tegen deze ziekten kan men 'agressief' ten strijde trekken, onder andere met behulp van magie. Men neemt daarmee het lot in eigen handen en benadrukt dat het leven beheersbaar is. De mens (cultuur) overwint de natuur. Dit verklaart de 'negatieve' houding ten opzichte van ernstige ziekten, zoals kanker, waarbij het individu geen controle meer heeft en de natuur zal overwinnen. In deze situaties prefereert men de illusie van het 'niet weten'. De soms positieve houding ten opzichte van zelfmoord, wanneer deze volgens bepaalde rituelen is uitgevoerd wordt verklaard uit het feit dat in deze situatie individuen de controle over het leven tot het eind behouden. Een proces waarbij de natuurlijke dood wordt getransformeerd naar een culturele institutie. Een overwinning van cultuur over natuur (pp. 60-74).

In het tweede deel van het boek gaat de auteur in op de verschillende medische systemen in Japan. Zij behandelt hier *kanpo*, de enige traditionele geneeswijze die is geïnstitutionaliseerd, en de bio-geneeskunde. Zij geeft de voorkeur aan deze laatste term omdat 'westerse' geneeskunde niet laat zien hoe deze geneeskunde geïmporteerd in een

andere cultuur ook door deze cultuur wordt getransformeerd. Naast de hoofdstukken over *kanpo* en de bio-geneeskunde handelen twee hoofdstukken over de rol van religie als medisch systeem in de Japanse cultuur. De auteur vindt dat de rol van religie in relatie tot de gezondheidszorg in een maatschappij te vaak buiten beschouwing wordt gelaten.

De *kanpo*-geneeswijze komt voort uit de traditionele Chinese geneeswijze en is waarschijnlijk in de zesde eeuw in Japan geïntroduceerd. Het belangrijkste en meest centrale concept binnen deze geneeswijze is *shokogun*. Hoewel dit letterlijk een cluster (*gun*) van symptomen (*sho*) en tekenen van voortschrijdende ziekte (*ko*) betekent, heeft het niet dezelfde betekenis als syndroom (het patroon van symptomen van een ziekte) in de biogeneeskunde. *Shokogun* betreft de constellatie van symptomen welke al dan niet een specifieke ziekte bepalen. *Shokogun* omvat zowel symptomen omschreven door de *kanpo*-arts alsook alle symptomen beschreven door de patiënt. *Sho(kogun)* omvat derhalve een cultureel herkenbaar vertrek van de gewenste positie van de patiënt. De behandeling van de uiteindelijk te constateren aard van de balansverstoring van het lichaam wordt bepaald door de *shokogun*, *jibyo* en *taishitsu* van de patiënt. Naast deze karakteristieken zijn ook de sekse, leeftijd en de natuurlijke omgeving van groot belang. De behandelingen bestaan vooral uit het reguleren van de dagelijkse gewoonten, waarbij voeding van groot belang is. Daarnaast worden kruidenmengsels voorgeschreven die werken op het hele lichamelijke systeem. Deze medicinale behandeling kan worden aangevuld met acupunctuur. De *kanpo*-geneeswijze kent geen chirurgie. Dit zou de interne balans van het lichaam alleen maar verstoren. De laatste jaren is er een toenemende belangstelling voor *kanpo* in Japan. Ohnuki-Tierney verklaart dit vanuit het falen van de bio-geneeskunde en het nieuwe epidemiologische patroon dat Japan deelt met andere geïndustrialiseerde landen, namelijk het meer en meer voorkomen van chronische en degeneratieve ziekten. Daarnaast zijn de *kanpo* medicijnen er nu in pilvorm (standaardisatie van de kruidenmengsels) en vrij verkrijgbaar.

Japan heeft nog vele tempels en heiligdommen die druk bezocht worden, en er is een levendige 'handel' in talismannen en dergelijke. In twee case studies wordt het hedendaagse belang en het gebruik van 'bedevaartsoorden' en 'talismannen' beschreven. Hoofdstuk zeven behandelt meer de symbolische interpretatie van de medische rollen van religie. Onderscheid wordt hierbij gemaakt tussen de twee grote religies in Japan: het boeddhisme en het shintoïsme. Hoewel beide zich vermengen, is er sprake van een dichotomie; boeddha's worden vooral aangeroepen voor problemen die te maken hebben met de dood. Plaatsen en gebruiken met betrekking tot het shintoïsme komen naar voren in zaken rondom geboorte, groei en het leven in het algemeen. Het belangrijkste aspect van de vele goden is hun heilzame functie. Zoals met vele christelijke heiligen zijn de goden verbonden met vrij specifieke rollen en functies zoals het genezen van bepaalde ziekten of het beschermen tegen ongelukken. Veel goden worden geassocieerd met de notie van 'grenzen'. Hiermee komt de Ohnuki-Tierney terug op het eerste deel van het boek waar onreinheid wordt gekoppeld aan marginaliteit in de ruimte, de grens waar zich de culturele 'bacteriën' bevinden. De goden in deze ruimte krijgen een bewakingsfunctie.

Een tweede patroon dat de schrijfster ontwaart, is dat vreemde goden een ambivalente macht bezitten, zowel goed als slecht. Alle bovennatuurlijke wezens, los van de religie

waartoe ze behoren (ook het boeddhisme is getransformeerd), zijn gerangschikt in de symbolische culturele structuren. Ook zij worden met de grens of het 'buiten' geassocieerd en bezitten derhalve een dualistische macht. Door het bezoeken van heiligdommen en het gebruik van talismannen worden de goden positief beïnvloed en worden hun negatieve krachten onder controle gehouden.

In twee hoofdstukken wordt ingegaan op de positie van de biogeneeskunde in Japan. De scheiding tussen de bio-geneeskunde en de *kanpo* (en religie) is niet zo groot als de afstand tussen de gevestigde medische wereld en de alternatieve geneeswijzen in het Westen. Doktoren kunnen zowel in de *kanpo* als in de bio-geneeskunde zijn opgeleid of hanteren beide. Dit doet zich veel vaker voor dan in het Westen. Bio-geneeskunde en *kanpo* verwijzen vaak naar elkaar. Er bestaat een interactie gebaseerd op wederzijdse erkenning. Ook op andere wijze laat de auteur zien hoe de bio-geneeskunde is ingebed in de Japanse cultuur. Een voorbeeld hiervan is het ontstaan van 'bijzondere' specialismen en het belang dat gehecht wordt aan bepaalde vormen van onderzoek. Dit is gebaseerd op een andere opvatting over het belang van de bepaalde lichaamsdelen. De buik neemt bijvoorbeeld traditioneel een vergelijkbare symbolische plaats in als het hart en de hersenen in de westerse cultuur: het is de zetel van affectie en intellect. Opvallend is ook het geringe aantal specialisten op het gebied van de neurologie en psychiatrie.

De opname in het ziekenhuis vindt Ohnuki-Tierney bij uitstek een situatie waarin culturele waarden normen zich doen gelden en ook bestudeerd kunnen worden. Karakteristiek vindt zij de lange ziekenhuisopname, zelfs bij minder ernstige ziekten. Het grote belang dat gehecht wordt aan iemands gezondheidstoestand, resulteert in een uitgebreide verzorging (vertroeteling in westerse ogen, van zieken. Ook uit de Japanse reactie op ziekte (*ansei*: vrede, rust en vooral bedrust) vloeit een langere opname voort. De nadruk op verbondenheid met de ander, in tegenstelling tot het Westen, waar individualiteit meer voorop staat, betekent ook dat de familie nauw bij de opname en het ziekteproces is betrokken. Deze notie is zo sterk dat het niet ongewoon is dat de familie met de arts overlegt waarna de familie bepaalt wat wel en niet aan de patiënt verteld wordt. Kenmerkend is ook het verschijnsel van de 'surrogaat-patiënt' in de poliklinische situatie waarbij bijvoorbeeld een familielid naar de arts gaat, die soms op grond van wat deze vertelt een eerste behandeling voorschrijft.

De verbondenheid met de ander blijkt ook uit de enorme toeloop van bezoek tijdens de opname. Juist dan wordt de sociale identiteit van de patiënt benadrukt en bevestigd. Deze bezoeken hebben een verplichtend karakter binnen een grotere kring dan alleen de directe familie, maar kan zich zelfs uitstrekken naar werkgevers. Daarnaast is het behoud van de persoonlijke integriteit van de patiënten in de ziekenhuizen erg belangrijk. In tegenstelling tot het Westen ligt de nadruk niet op de privacy. In Japan wordt hier minder belang aan gehecht getuige bijvoorbeeld de 'open' spreekkamers. Wel probeert men zoveel mogelijk de anonimiteit van patiënten tegen te gaan.

In het afsluitende hoofdstuk bespreekt Ohnuki-Tierney het medisch pluralisme, een term die zij overigens misleidend vindt, omdat elke cultuur of maatschappij meerdere medische systemen kent. Elk medisch systeem is in een cultuur ingebed en gaat deel uit maken van eenzelfde socio-culturele eenheid. Het is dan ook niet verwonderlijk dat mensen gebruik maken van diverse systemen: er hoeft immers geen sprake te zijn

van conflicterende keuzen. Hoezeer de drie beschreven medische systemen in Japan, *kanpo*, religie en bio-geneeskunde deel uitmaken van dezelfde cultuur, op het institutionele vlak zijn het gescheiden systemen. Wat is nu het belang van de drie systemen ten opzichte van elkaar? De auteur beantwoordt deze vraag vanuit het perspectief van de tijd en vanuit het oogpunt van effectiviteit. Vroeger speelden vooral de religie en de *kanpo* een grote rol, maar met de introductie van de bio-geneeskunde namen deze systemen in betekenis af. De laatste jaren is echter te zien hoe de traditionele geneeswijzen en religie weer in betekenis toenemen. Wat de effectiviteit betreft, bij preventie spelen de drie systemen een gelijkwaardige rol. Bij acute aandoeningen is de bio-geneeskunde de belangrijkste, terwijl bij chronische, degeneratieve en terminale situaties juist de beide andere geneeswijzen de voorkeur krijgen. De drie geneeswijzen worden echter steeds gezien als complementair aan elkaar.

Emiko Ohnuki-Tierney behandelt in haar boek aspecten van de Japanse cultuur in relatie tot ziekte en gezondheid. Op heldere wijze laat zij niet alleen zien hoe de bevolking van het moderne urbane Japan zich in haar alledaagse gedrag laat leiden door traditionele symbolische dimensies, maar tevens toont zij aan hoe de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg is ingebed in de Japanse cultuur. Hoewel zij verwijst naar theorieën vanuit de symbolische en medische antropologie staan deze theorieën niet op de voorgrond. Dit maakt het boek toegankelijk voor een breed publiek maar het roept tevens vragen op. Ohnuki-Tierney kiest voor een symbolische benadering van de gezondheidszorg waarbij de visies en ervaringen van de 'gewone' Japanner haar uitgangspunt vormen. De organisatie van de gezondheidszorg wordt hierdoor niet duidelijk. Omdat de sociaal-economische context van de gezondheidszorg geen aandacht krijgt, blijft het beeld van de wijze waarop men in het hedendaagse Japan met ziekte omgaat enigszins incompleet. Toch is het boek zeer de moeite waard en iedereen aan te raden die geïnteresseerd is in de Japanse cultuur, traditionele geneeswijzen, de cross-culturele vergelijking van medische systemen en arts-patiënt-relaties.

Johan Oomen

M.L. Rodrigues de Areia, *Les symboles divinatoires. Analyse socio-culturelle d'une technique de divination des Cokwe de l'Angola (ngombo ya cisuka)*. Coimbra: Centro de Estudos Africanos, Instituto de Antropologia, Universidade de Coimbra, 1985. 555 pp, illustraties, bibliografie.

Voorliggend werk van de Portugese antropoloog Rodrigues de Areia is een lijvige analyse van de *ngombo ya cisuka*, een interpretatieve oraculaire divinatietechniek die wordt aangetroffen in een uitgestrekt gebied dat zuidelijk Zaïre, Angola, en een deel van Zambia en Namibia omvat. Dit geografisch domein valt ongeveer samen met het verspreidingsgebied van de bevolkingsgroepen die direct of indirect verbonden zijn met de Luunda-nucleus in het zuidwesten van Shaba. Maar ofschoon deze vorm van divinatie wordt aangetroffen bij Luunda, Ndembu, Ovimbundu, Ngangela en andere groepen, zijn het toch vooral de Cokwe die aan de *ngombo* vorm hebben gegeven en de techniek

in stand hebben gehouden. De auteur voerde het veldwerk waarop zijn analyse steunt, voornamelijk uit in en rond Dundo, het hart van Cokwe-land in het noordoosten van Angola.

Lezers die vertrouwd zijn met het werk van V.W. Turner, kennen zijn beschrijving van deze *ngombo*-divinatie die bestaat uit het opwerpen van kleine figuurtjes en substanties van dierlijke of botanische oorsprong door middel van een divinatiemand. Gezien de grote interregionale verspreiding van de *ngombo ya cisuka* kan het belang van deze divinatie-techniek nauwelijks worden onderschat. Opmerkelijk is vooral de grote homogeniteit in de samenstelling van de divinatiemand, de benoeming van de voorwerpen en de wijze waarop de consultatie wordt uitgevoerd. Daarom mag het verwonderlijk heten dat er tot op heden zo weinig aandacht aan deze *ngombo* werd besteed. Afgezien van het werk van Turner bestaat de hele literatuur rond de *ngombo* uit een handvol artikelen die vaak niet meer behelzen dan een fragmentarische opsomming van de inhoud van de mand. En het is geen geheim dat Turner zelf nooit een consultatie bijwoonde. Het bleef dus wachten op een alomvattend werk, dat de *ngombo ya cisuka* in meer detail te boek zou stellen, zoals een Maupoil het deed voor de geomantische divinatie in West-Afrika. Laat het meteen gezegd zijn dat het werk van Rodrigues de Areia naar mijn gevoel slechts zeer ten dele deze verwachtingen inlost.

Langs de ene kant is het een minitieuze uitgewerkte opsomming, waarin de divinatorische voorwerpen gedetailleerd en nauwkeurig worden beschreven. Ter vergelijking: Turner omschreef een 28-tal voorwerpen; Rodrigues geeft een uitgebreide omschrijving van het drievoudige aantal. Dit is op zich een niet geringe verdienste. Vooral de delen over de vele plantaardige en dierlijke substanties die deel uitmaken van het repertorium van de divinatiemand, bevatten veel nauwkeurige informatie. Tegelijkertijd echter wekt het lezen van de vele feitjes en feiten een zekere wrevel op. De auteur plaatst voortdurend zijn eigen gegevens naast het reeds gepubliceerde materiaal van anderen, die hij (te) uitvoerig citeert, waardoor het geheel zelden het niveau van de catalogus overstijgt. Dit maakt ook dat er weinig reflectie wordt geboden over de aard van de divinatie. Als dusdanig komen de bedoelingen die de auteur met dit werk heeft ("l'étude approfondie des techniques divinatoires pouvait constituer une clé adéquate pour appréhender les cultures traditionnelles de cette région" (p. 7)), niet helemaal uit de verf. De auteur doet eigenlijk nergens meer dan ons wat slecht opgewarmde kiekjes voorschotelen, afkomstig van de feestmaaltijd die reeds door Turner en anderen was bereid. Het resultaat is soms moeizaam verteerbaar. Voortbouwend op het onderscheid dat door Turner werd aangegeven tussen exegetische, operationele en positionele dimensies voor de interpretatie van symbolische betekenisgeving, komt hij tot inzichten die nauwelijks vernieuwend kunnen worden genoemd.

Door aan de eerste – exegetische – dimensie (dat wat de waarzeggers zelf over de divinatorische voorwerpen zeggen) prioriteit te verlenen, reduceert hij de divinatorische handeling meteen ook tot een louter talig, functioneel discours ('discours-outil'): "tout se réduit à une question de langage" (p. 464), "le devin manipule les symboles pour en obtenir un discours efficace" (idem). Hiermee gaat hij voorbij aan heel wat aspecten van betekenisgeneratie in het orakel die zich buiten het strikt talige situeren. Eenzelfde substantivistische opvatting kenmerkt ook de uiterst functionalistische symbooltheorie die de auteur er op na houdt. Zijn argument dat de 'symbolische objecten'

een arbitraire associatie leggen tussen betekenis en betekenaar en dus 'irrationeel' en 'onlogisch' (p. 440) zijn, of dat het symbolisch divinatorisch proces zijn oorsprong vindt in non-cognitieve processen of het onderbewuste, ruikt dan weer naar een aftandse positivistische filosofie die de divinatie nog maar eens probeert te vatten door haar etiketten als 'pre-wetenschappelijk' op te kleven. Mijns inziens doet een dergelijke benadering afbreuk aan de kwalitatieve eigenheid en de cognitieve complexiteit van het divinatorisch proces, dat niet in dergelijke termen kan worden gevat. Helemaal erg wordt het wanneer de auteur dan de "efficacité des symboles" gaat verklaren vanuit een relatie met het 'occulte'. Hij ziet de divinatorische seance als een "irruption du divin" (p. 463) die de personen en de omstandigheden verbindt met "l'occulte omniprésent" (p. 452). De initiërende trance die de kandidaat-waarzegger doormaakt, wordt door de auteur gezien als een bezetenheid door de *hamba Ngombo*, omschreven als 'dieu'. Een dergelijke opvatting is volgens mij gefundeerd op een totaal verkeerd en reductionistisch begrip van de initiële trance, evenals van de centrale Cokwe notie van *hamba*, die veel complexer is dan de positieve en bovennatuurlijke 'goddelijke' kracht die de auteur er van maakt.

Wat betreft de operationele dimensie: ook daar zijn de gemiste kansen legio. Nergens krijgt de lezer een duidelijk inzicht in de wijze waarop een divinatorische diagnose tot stand komt, welke de onderliggende etiologische kaders zijn die door de waarzegger worden gehanteerd, welke de eventuele causale verbanden zijn die worden gelegd, of op welke manier configuraties van voorwerpen worden geïnterpreteerd. De enkele excerpten die de auteur ons geeft van consultaties die hij bijwoonde, worden niet ingebed in het situationele verloop, in de geschiedenis en de ontwikkeling waarin de consultatie dient te worden geplaatst en volstaan niet om een duidelijk beeld te geven van de onderliggende logica van binaire opposities die volgens de auteur (in navolging van Turner en Retel-Laurentin) het divinatorisch proces bepalen. Bovendien wordt, mijns inziens, een veel te zware nadruk gelegd op de integrerende, behoudsgezinde functie van de divinatie, waardoor ook een verkeerd en simplistisch portret van de waarzegger zelf wordt geschetst. Divinatie wordt gereduceerd tot "réparation sociale" (p. 454) en de waarzegger tot "garant de l'ordre social" (p. 461): "L'intervention du devin se situe à la frontière entre le monde de l'ordre qu'il symbolise et le monde du désordre qu'il dénonce" (idem). De waarzegger en de divinatie worden zo herleid tot een louter één-makende, stabiliserende factor. Nochtans geeft de auteur zelf aan hoe de waarzegger verbonden is met de politieke ideologie en hoe de traditionele macht gedeeltelijk zichzelf legitimeert door haar verbondenheid met de nachtelijke contra-wereld van de heks. Een meer uitgewerkte analyse van de verhouding tussen de figuur van de waarzegger, de heks en de traditionele politieke autoriteit zou ongetwijfeld een veel dynamischer, ambivalenter en minder harmonisch beeld van de waarzegger opleveren. Meteen zou de auteur ook zijn omschrijving van de *mahamba* als louter positieve krachten hebben moeten herzien. Nu is het door hem gehanteerde onderscheid tussen (positieve) *mahamba* en (negatieve) *wanga* ('hekserij') veel te simplistisch en beantwoordt bovendien niet aan de Cokwe-reëliteit.

Wat tenslotte de positionele dimensie betreft: Turner was van oordeel dat divinatorische symbolen bij de Ndembu uiteindelijk weliswaar eenduidig zijn, maar anderzijds toch ook een multireferentieel betekeniskarakter bezitten via de emotionele resonantie

die ze oproepen bij het individu. Elders ontwikkelde hij trouwens wel een multidimensionaal symboolconcept, dat werd gekenmerkt door zijn 'multivocality' en 'polysemy', en waardoor plaats wordt geboden voor het genereren van nieuwe betekenissen. Deze dimensie wordt door Rodrigues de Areia teruggeschroefd. Het is slechts op de allerlaatste plaats dat we volgens hem iets kunnen leren uit symboolconfiguraties en de wijze waarop verschillende betekenisaspecten in elkaar grijpen. Zijn symboolconcept is een statisch concept binnen een coherent en eenduidig systeem van betekenissen, waarin "les significations marginales, opposées ou contradictoires, apparaissent d'avantage comme un accident que comme le fonctionnement normal du système" (p. 447). Zo snijdt hij ook de pas af voor een innovatieve analyse die oog heeft voor de divinatie als performatief drama en proces van articulatie waarin op creatieve wijze betekenis wordt gegenereerd en getransformeerd.

De slotsom: als encyclopedisch naslagwerk kan dit boek, met zijn uitvoerig feitenmateriaal en rijke illustraties, een dienst bewijzen aan al wie zich interesseert voor divinatie in Afrika bezuiden de Sahara. Op theoretisch en interpretatief vlak voldoet dit werk mij echter niet. Tot slot nog dit: de tekst wemelt van de slordigheden: druk- en spellingfouten stapelen zich bladzijde na bladzijde op, de lezer wordt verwezen naar blanco pagina's, waar een kaart had moeten staan, en de bibliografie is niet altijd accuraat.

Filip De Boeck

Earl E. Sharp (ed.), *Virtue and medicine. Explorations in the character of medicine*. Philosophy and Medicine 17. Dordrecht: Reidel, 1985. 378 pp. Prijs: f 165,00.

'Virtue and Medicine' is, zoals bijna alle delen van de 'Philosophy and Medicine'-reeks, een verzameling essays handelend over de (medisch-)ethische betekenis van deugdtheorieën. Het boek is in vier secties ingedeeld: historische analyse (vier bijdragen), deugdtheorieën (vier bijdragen), deugd en geneeskunde (zeven bijdragen) en kritiek (vier bijdragen). Vrijwel alle bijdragen zijn schatplichtig aan MacIntyre's 'After Virtue', waarin Aristoteles tegen Nietzsche wordt uitgespeeld. Zijn these is dat in onze cultuur de moraal van Nietzsche overheerst, hetgeen geleid heeft tot een gefragmenteerde en geïndividualiseerde moraliteit waaraan niemand meer houvast heeft. Wat overgebleven is, is een formalistisch en juridisch systeem van rechten en plichten, dat alleen vanwege de sancties en het welbegrepen eigenbelang gehoorzaamd wordt. Niemand voelt zich meer verantwoordelijk voor het grotere geheel of handelt belangeloos vanuit een innerlijke drijfveer, kortom is deugdzaam. Het recept van MacIntyre luidt: herstel van oude waarden en deugden in kleine, zogenaamde 'moral communities'.

De meeste bijdragen zijn geschreven door Amerikaanse filosofen, ethici en theologen, waaronder bekende namen als Beauchamp en Veatch. Daarnaast zijn er enkele bijdragen van medici, waaronder Pellegrino. Na lezing van het boek bleef ik met enkele fundamentele vragen achter. De aangesneden problematiek is vooral van toepassing op de Amerikaanse situatie, waar ethiek sterk legalistisch wordt geïnterpreteerd. Deze juridisering heeft geleid tot een strak keurslijf dat voorafgaat aan de concrete arts en patiënt. Voor alles dekt de arts zich juridisch in. Van een werkelijke ontmoeting tussen

arts en patiënt, waar vroeger nog wel eens over gesproken werd, kan dan geen sprake zijn. Toch is het maar de vraag of een deugdtheorie hier een goed alternatief is. Ten eerste wordt deze theorie als een allesomvattend kader gepresenteerd en kan dus precies zo'n keurslijf worden als de legalistische visie. Dit probleem komt nauwelijks aan de orde in het boek; alleen de bijdrage van Nielsen gaat enigszins in die richting.

Ten tweede zijn deugdzame bedoelingen, in tegenstelling tot resultaten, niet te toetsen. Dit probleem wordt in de bijdragen van Beauchamp en Veatch, beiden behorend tot het legalistische kamp, besproken.

Ten derde is de toepasbaarheid van de deugdtheorie op de geneeskunde problematisch. Vooral in de bijdragen van Wartofsky (filosoof) en Erde (medicus) komt dit tot uitdrukking. Filosofen, theologen en ethici hebben, ook in ons land, veelal een ongereflecteerde en éénimensionale opvatting over wat geneeskunde is. Daarmee wordt geen recht gedaan aan de pluriforme verschijningsvorm van de geneeskunde, die bijvoorbeeld uit medisch-antropologisch onderzoek naar voren is gekomen. De ééndimensionale opvatting is dan ook meestal het produkt van de theorie die wordt toegepast. Een pluriforme verschijningsvorm vraagt daarentegen om meerdere ethische theorieën naast elkaar. Het voorliggende boek gaat maar ten dele op deze vragen in, hetgeen ik als een gemis beschouw. Bovendien stuit een Europese 'vertaling' soms op moeilijkheden gezien de verschillen in gezondheidszorgsysteem en maatschappijvisie. Daarom: aanbevolen voor een overzicht van de problematiek, maar niet als een diepgaande studie die op voorhand relevant is voor de Europese situatie.

Arko Oderwald

Richard B. Sheridan. *Doctors and slaves: A medical and demographic history of slavery in the British West Indies, 1680-1834*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. 420 pp. Prijs: £25.00 (hard cover).

De studie van Sheridan is gebaseerd op gegevens die in de periode vanaf 1970 werden verzameld in archieven en bibliotheken in Engeland, Noord-Amerika en het Caraïbisch gebied. Het doel van zijn project is tweeledig. In de eerste plaats wordt getracht inzicht te krijgen in de oorzaken van het lage voortplantingsniveau en hoge sterftecijfers en de daarmee samenhangende natuurlijke afname van de slavenpopulatie in de periode vóór de emancipatie. In de tweede plaats wordt gekeken naar de rol van de medische voorzieningen die op de plantages werden geïntroduceerd. Sheridan kiest voor een ecologisch perspectief. Hij richt zich op omgevingsfactoren die biologisch/organisch of sociaal-cultureel van aard zijn in hun onderlinge samenhang, en op de invloed die ze hebben op reproductie en sterfte. Het unieke plantagesysteem zoals dat zich in het Caraïbisch gebied ontwikkelde, wordt geplaatst in het kader van het wereldsysteem. Economische en politieke factoren op macroniveau worden in verband gebracht met specifieke omgevingsfactoren en micro-economische factoren die op zeer directe wijze het leven en welzijn van de individuele slaaf beïnvloeden. We kunnen hierbij denken aan werklust, dieet, kleding, behuizing en medische voorzieningen op de plantage.

In tegenstelling tot de slavenpopulaties van de Noordamerikaanse koloniën die zichzelf in stand konden houden en zelfs een aanmerkelijke groei vertoonden, overtroffen de sterftecijfers in het Caraïbisch gebied in het algemeen de geboortecijfers. Om zich van voldoende arbeidskrachten te verzekeren zagen de plantagehouders zich genoodzaakt om op grote schaal nieuwe slaven uit Afrika te recruterén. De plantagehouders dachten veelal op korte termijn. De slaaf was voor hen van belang zolang deze productieve arbeid kon verrichten. Zij hadden daarom meer aandacht voor productie dan voor reproductie; meer aandacht voor productie voor marktgewassen (suikerriet) dan voor het telen van voedselgewassen. Dit had tot gevolg dat men voor voedsel afhankelijk was van aanvoer van overzee. Dit leidde tot voedseltekorten, vooral in tijden van oorlog of in periodes waarin orkanen woedden. Door de eenzijdige en gebrekkige voeding was de mortaliteit onder de slaven hoog. Pas aangekomen slaven hadden grote aanpassingsproblemen en velen van hen stierven kort na aankomst. Toch gaven de plantagehouders er de voorkeur aan te kopen in plaats van te 'fokken'. Men recruteerde bij voorkeur mannen en zag liever dat de slavinnen zware lichamelijke arbeid verrichtten dan dat zij zich met de verzorging van hun kinderen bezig hielden. Het was in de ogen van de planters goedkoper slaven te importeren dan reproductie en gezinsleven aan te moedigen.

Na het verbod op de slavenhandel in 1808 waren de plantagehouders afhankelijker van de reproductieve capaciteiten van de slavinnen en werden er ook maatregelen genomen die ten doel hadden de sterftecijfers omlaag te brengen. Een middel hiertoe was de invoering van een grootschalig programma van medische zorg. Op vrijwel iedere plantage werd een hospitaal gebouwd en werden artsen uit Europa aangesteld. Sheridan acht deze maatregelen van weinig nut, omdat de meeste artsen weinig inzicht hadden in de lokale omstandigheden en weinig vertrouwen genoten bij de slaven. Zij konden weinig doen aan de slechte werkomstandigheden, armoede en slechte voeding. Van de plantagehouders ondervonden zij veel tegenwerking, omdat zij vaak meenden dat de slaven een ziekte voorwendden om zich te onttrekken aan de zware arbeid op de plantage. Bovendien waren de medicijnen die werden gebruikt (kwik, antimonium, morfine), vooral bij overdosis gevaarlijk en soms dodelijk. Sheridan oordeelt positiever over de zwarte genezers die traditionele kruiden en wortels gebruikten. Aan deze middelen konden dikwijls curatieve eigenschappen worden toegeschreven. In het geval dat zij niet hielpen, schaadden zij ook niet.

Sheridans studie wordt gekenmerkt door een zorgvuldig gebruik van de beschikbare bronnen. Zoveel mogelijk worden geschriften geëvalueerd in het licht van de positie die de schrijver innam. Het ecologische perspectief laat de relatie tussen de wreedheid van de slavernij en specifieke omgevingsfactoren zien. Het is echter niet altijd duidelijk hoe deze factoren in de loop van de tijd variëerden.

Het boek is de meest volledige beschrijving van de rol van medische zorg op Westindische plantages. Het is aanbevolen literatuur voor ieder die belang stelt in de verspreiding en invloed van westerse medische ideeën en in de demografie van plantagesamenlevingen.

Chris de Beet

Kathryn V. Staiano, *Interpreting signs of illness. A case study in medical semiotics*. Approaches to Semiotics 72. Berlin/New York/Amsterdam: Mouton de Gruyter, 1986. XVII + 284 pp., foto's, bibliografie, index, 3 appendices. Prijs: DM 118,00 (hard cover).

Dit boek is gebaseerd op 17 maanden veldwerk (verspreid over de periode 1979-1984) in Punta Gorda, een plaatsje aan de zuid-kust van Belize, het voormalige Brits Honduras. Het is een etnomedische studie van de Garinagu, beter bekend als de Garifuna of 'Black Caribs' die in Punta Gorda de helft van de bevolking uitmaken. De Garinagu wonen langs de Atlantische kust van Belize, Guatemala en Honduras. Het zijn afstammelingen van gevluchte Westafrikaanse slaven uit het Caraïbisch gebied die zich met de oorspronkelijke indiaanse bewoners, de Cariben en Arowakken, hebben vermengd.

Staiano begint haar studie met een theoretische uiteenzetting van het (medisch-)semiotisch perspectief. Hierbij baseert ze zich niet op de Europese linguïstische traditie van de Saussure, maar op de bredere filosofische semiotiek van Charles S. Peirce. Ze zet in hoofdstuk 1 uitvoerig het Peirciaans semiotisch begrippenapparaat uiteen en spitst dit toe op ziekte en gezondheid. Hierna volgt een historische, politieke en culturele beschrijving van de plurale samenleving van Belize en Punta Gorda. In hoofdstuk 4 gaat ze in op de Garifuna cultuur: de verwantschapsregels, de vrij losse seksuele en huwelijksrelaties en de economische activiteiten. Hoofdstuk 5 beschrijft de vier etiologische categorieën van de Garifuna. Ziekte komt voort uit: 1. interacties zich afspelend binnen het individu zelf; 2. interacties tussen het lichaam en de natuurlijke en culturele omgeving; 3. sociale interacties met anderen; 4. interacties met spirituele wezens. In het daarop volgende hoofdstuk geeft ze aan welke therapeutische alternatieven de Garifuna ter beschikking staan: zelf-medicatie, hulp van de familie, traditionele genezers en vroedvrouwen, therapeutische ceremonies en de officiële westerse gezondheidszorg. Speciale aandacht wordt besteed aan dromen van zowel de patiënt als de genezer omdat die therapeutisch en ook diagnostisch van belang geacht worden. Staiano laat vier genezers uitvoerig aan het woord over hun diagnostiek en therapie, hetgeen een levensecht beeld oplevert van hun visies en handelingen. In hoofdstuk 7 volgen twaalf ziektegeschiedenissen die de lezer inzicht verschaffen in het ziektegedrag van de Garifuna en andere inwoners van Punta Borda. De zieke consulteert diverse therapeutische specialisten na elkaar of tegelijkertijd, herdefinieert zonodig zijn of haar ziekte en zoekt naar andere oorzaken en verklaringen als genezing uitblijft of als de sociale omgeving dat noodzakelijk vindt.

In hoofdstuk 8 volgen enkele conclusies. Een van de belangrijkste is dat het interpreteren van symptomen en het integreren ervan tot syndromen, ziekten en oorzaken zeer flexibel is en afhankelijk van de sociale en culturele omgeving van de zieke. Dezelfde symptomen kunnen toegeschreven worden aan verschillende ziekten en oorzaken. Symptomen kunnen middels interpretatie gemanipuleerd worden om een gewenste biologische en sociale toestand te bereiken en zijn voorwerp van discussie en onderhandelingen met familie en genezers. Het onderhandelen leidt tot de selectie van één van de vele betekenissen van een symptoom met het doel tot een interpretatie van de situatie te komen die cultureel acceptabel is en leidt tot die therapie die men het meest geschikt acht.

Aan het boek zijn tenslotte drie appendices toegevoegd met lijsten van respectievelijk etnomedische uitdrukkingen en door de Garifuna gebruikte westerse en traditionele geneesmiddelen met hun indicaties.

Staiano's boek wordt geleid door twee doelstellingen: 1. het beschrijven van de medische opvattingen en praktijken van de Garifuna in Punta Gorda en 2. het aanwenden van een Peirciaans medisch-semiotisch kader om de processen van communicatie en interpretatie rondom ziekte en gezondheid in kaart te brengen en inzichtelijker te maken.

In de eerste doelstelling is Staiano zeker geslaagd. Over de Garifuna en Belize is weinig gepubliceerd en dit boek bevat een schat aan informatie voor (medische) antropologen en andere geïnteresseerden.

In de tweede opgave is Staiano minder doeltreffend. Hier wreekt zich het hanteren van een a priori geconstrueerd, massief theoretisch (in dit geval medisch-semiotisch) bouwwerk. Staiano slaagt er niet in de kloof tussen theorie en empirie te dichten. In het voorwoord en hoofdstuk 1 wordt een groots theoretisch perspectief uiteengezet (overigens een aanbevelenswaardige inleiding in de medische semiotiek) dat in de rest van het boek slechts mondjesmaat terug te vinden is tussen de vele empirische beschrijvingen. De empirie wordt, haast Hegeliaans, door Staiano meer gebruikt om de juistheid van het semiotisch perspectief te illustreren dan dat het semiotisch begrip-apparaat iets extra's toevoegt aan de beschrijvingen of bijgesteld wordt aan de hand van de onderzoeksbevindingen. In de medische antropologie reeds langer bekende inzichten worden in een nieuwe, semiotische taal gegoten, maar dat leidt niet tot nieuwe gezichtspunten, een gemiste kans aangezien de medische semiotiek deze potentie weldegelijk heeft. Zij reikt de antropoloog immers een meta-taal aan die zich niet stoort aan de grenzen tussen academische disciplines en maakt het mogelijk om processen, zich afspelend in lichaam, geest en sociale omgeving vanuit één en hetzelfde paradigma te bestuderen. Hoewel Staiano dit unificerende karakter van de medische semiotiek in het theoretische eerste hoofdstuk vermeldt – ze schrijft daar over communicatie en interpretatie (inter-individueel) en proprioceptie/endosemiotiek/biosemiotiek (intra-individueel) – komt deze synthese vanuit culturele en biologische codes in de rest van haar boek niet meer aan de orde.

Het boek telt nogal veel drukfouten, heeft een onvolledige bibliografie en is duur.

Mario Braakman