

Moderniseringsprocessen en de gezondheid van vrouwen

Annemiek Richters

De invloed van moderniseringsprocessen in de Derde Wereld op de gezondheid van vrouwen is een relatief nieuw aandachtsgebied in de medische antropologie. Dit artikel geeft een overzicht van thema's op dit terrein die de afgelopen vijftien jaar in de vrouwen-gezondheidsbeweging naar voren gebracht zijn. Op basis van enkele etnografische studies over de vrouw als genezer en de vrouw als patiënt wordt gewezen op de noodzaak van een feminisering van de medische antropologie en meer cultuurvergelijkend onderzoek naar de complexe relaties tussen veranderende politiek-economische omstandigheden, sekse-geslachtsverschillen, cultuur, ziekte-ervaring, ziekte-expressie en prevalentie en incidentie van klachten en kwalen van vrouwen. Deze noodzaak is een van de aanleidingen voor de conferentie 'Gender, Health and Development' die in oktober 1990 te Amsterdam gehouden zal worden.

In het najaar van 1990 zal een conferentie gehouden worden over het thema 'Gender, Health and Development'. De bedoeling van deze bijeenkomst is een kennismaking tussen Engelse, Belgische en Nederlandse medisch antropologen en een bespreking van ontwikkelingen in de medische antropologie ten aanzien van het gekozen thema.¹ Dit artikel is een terreinverkenning van het thema en presenteert een aantal aspecten die de afgelopen jaren onderwerp van onderzoek zijn geweest.

Inleiding

Toen ik een aantal jaren geleden korte tijd als arts in de regio Eldoret-Kisumu van West Kenia werkte, kwam ik in aanraking met een verschijnsel dat in een notedop het onderwerp van dit artikel weergeeft. In dat gebied woonden arme boeren, die hoofdzakelijk landbouw bedreven voor eigen gebruik en hun overschotten naar de markt brachten, totdat zich in het gebied een moderne suikerfabriek vestigde. Vanaf dat moment voltrok zich het volgende, geheel voorspelbare, scenario. De boeren werden overgehaald hun grond met suikerriet te beplanten. Zij kregen aan het begin van het seizoen de jonge spruiten, moesten vervolgens hun grond onkruidvrij houden, en zodra het riet rijp was dit kappen, waarna het door vrachtauto's van de fabriek werd opgehaald. Voor hun arbeid kregen ze een weekloon, en aan het einde van het seizoen werd, naar gelang de opbrengst van hun grond, een eenmalige betaling voor het suikerriet gedaan.

Aangezien het voor de fabriek van belang was dat er zoveel mogelijk aaneengesloten percelen met suikerriet kwamen, werden de boeren onder druk gezet om aan het 'ontwikkelingsproject' mee te doen. Vrouwen speelden in de besluitvorming nauwelijks

een rol. Omdat aldra bleek dat de boeren niet mooi in rechte rijen plantten, onvoldoende tussen het gewas wieden, en niet altijd op tijd het riet oogstten, besloot de fabriek na enige jaren om het planten, onderhoud en kappen geheel in eigen hand te nemen. De boeren hoefden nog slechts toe te kijken en aan het einde van het seizoen hun geld te halen. Niet alleen ontstond er voedselgebrek doordat het bouwland geheel voor de suikerproductie gebruikt werd, maar het niets meer om handen hebben bracht voor de boeren allerlei problemen met zich mee, zowel binnen hun gezin als daarbuiten.

Het belangrijkste was daarbij dat zich in het gebied een prostitutie-enclave gevestigd had, die vooral bestond uit vrouwen die voor het oorlogsgeweld gevlucht waren uit Zuid-Soedan en Ethiopië, en weinig anders konden doen dan zich als prostituee in leven te houden. Het gevolg hiervan was dat veel mannen de halfjaarlijkse opbrengst van hun suikerriet naar de enclave brachten, en in plaats van met geld, met geslachtsziekten thuiskwamen. En die brachten ze uiteraard prompt over op hun vrouwen. De ziekte werd in het Kiswahili 'ugonjwa ya wanawake' (de 'vrouwenziekte') genoemd.

Het landbouwmoderniseringsproces in de regio had dus voor vrouwen tot gevolg dat zij 1) geen voedsel meer voor het gezin hadden, 2) aan geslachtsziekten leden, 3) een echtgenoot hadden die alcoholist was en ook aan geslachtsziekten leed, 4) in armoede zelf maar prostituee werden om 'een centje bij' te verdienen. De noodzaak hier toe werd nog versterkt toen door het overschot op de wereldsuikermarkt, en de ongunstige concurrentiepositie van de suikerfabriek vanwege haar geografische ligging, de opbrengsten voor de boeren achteruit liepen.

Met dit voorbeeld wil ik niet zozeer schetsen hoe slecht doordacht ontwikkelingsprojecten soms zijn (dat weten we immers al), noch hoezeer de bevolking in het algemeen onder dit soort mislukkingen lijden kan (ook dat is in zijn algemeenheid reeds lang bekend). Het gaat mij er vooral om er op te wijzen dat vrouwen als gevolg van moderniseringsprocessen vaak in een situatie terecht komen die slechter is dan de toch al niet florissante toestand waarin ze voordien verkeerden. De Keniase 'vrouwenziekte' heeft weer nadelige gevolgen voor de vruchtbaarheid, de belangrijkste garantie voor een menswaardig bestaan van vrouwen. De oorzaken van deze ziekte moeten echter niet in eerste instantie bij de vrouw gezocht worden, maar in processen op macroniveau. Door zich te concentreren op de vrouw, die de cohesie en het voortbestaan van de groep in gevaar zou brengen, wordt de aandacht afgeleid van een keten van oorzakelijke factoren waarvan de oorsprong ver buiten haar ligt.

Een van de belangrijkste doelstellingen van de medische antropologie is de bestudering van allerlei vormen van onwelbevinden in hun sociaal-culturele context. De focus van dit artikel is de modernisering waarbinnen vrouwen trachten hun eigen gezondheid – en die van anderen die van hen afhankelijk zijn – te verbeteren, te handhaven, of terug te winnen. Het is vooral de vrouwen-gezondheidsbeweging die de aandacht gericht heeft op deze problematiek. Hier ligt mijns inziens het vertrekpunt voor een feminisering van de medische antropologie.

In de meeste studies op het terrein van vrouwen-gezondheidsproblematiek ligt de nadruk op sociaal- culturele omstandigheden, die de gezondheid van vrouwen en hun rol in de gezondheidszorg negatief beïnvloeden. Steeds meer feministisch antropologen stellen daar, op grond van etnografisch onderzoek, de strijdbaarheid van vrouwen in

moeilijke leefsituaties tegenover. Beide accenten zijn echter nodig. Beleidsmakers stellen meestal de vraag: wat maakt vrouwen ziek en hoe kunnen wij hen genezen? Een andere vraag is echter minstens zo belangrijk: wat houdt, of hield, vrouwen gezond, en hoe zijn deze gezondheid bevorderende mechanismen in een snel veranderende wereld te versterken?

De internationalisering van de vrouwen-gezondheidsbeweging

In de jaren zestig begon in de Verenigde Staten, wat wel 'de tweede feministische golf' genoemd wordt. In die periode en in dat land ligt ook het begin van de 'vrouwen-gezondheidsbeweging'. Vrouwen kwamen bij elkaar om te praten over thema's als bevalling en borstvoeding. Hun bezwaren richtten zich vooral tegen de toenemende medicalisering van het geboorteproces. Zij verdedigden het 'natuurlijke' van bevallingen en voerden pleidooien voor thuisgeboorte en autonome, dat wil zeggen niet aan ziekenhuizen gelieerde, geboortecentra. In deze praatgroepen werd de kiem gelegd voor een gezondheidszorg *door* en *voor* vrouwen. Deze zorg ging zich geleidelijk aan ook op andersoortige, specifieke vrouwenproblemen richten. Zo ontstond een 'vrouwenhulpverlening', die zich grotendeels naast de bestaande reguliere gezondheidszorg verder ontwikkeld heeft. De Amerikaanse initiatieven hiertoe zijn vrij snel door West-Europese landen overgenomen.

Sindsdien is er sprake van een explosieve groei van activiteiten² en literatuur op het terrein van 'Vrouwen, Gezondheid, en Gezondheidszorg'. Een van de eerste publicaties die internationaal bekendheid kreeg was de uitgave in 1971 van *Our Bodies, Our Selves* van de Boston Women's Health Collective. Dit boek is in verschillende talen vertaald. Eerst in de heruitgave van 1984 wordt echter ook aandacht besteed aan de gezondheidsproblemen van vrouwen in de niet-westerse wereld (zie Diskin 1984).

De internationalisering van de vrouwenbeweging, gericht tegen vormen van onderdrukking die geografische en culturele grenzen overschrijden, vestigde de aandacht van westerse activisten ook op de gezondheid van vrouwen in de Derde Wereld. Amerikaanse en Europese vrouwen gingen zich realiseren dat zij vaak ongewild en onbewust bijdroegen aan de uitbuiting van vrouwen buiten hun landsgrenzen. Het succes van hun acties om bijvoorbeeld gezondheidbedreigende anticonceptie-middelen van de Westerse markten te verwijderen, had als gevolg dat deze gedumpt werden in de Derde Wereld. Vrouwen daar kregen meestal geen enkele informatie over de gevaren van het gebruik ervan voor hun gezondheid (zie DelVecchio Good 1980). Geleidelijk aan werden steeds meer gegevens verzameld over de gezondheidsproblemen van vrouwen in de Derde Wereld en zijn deze ook zelf hun aandeel gaan leveren in de ontwikkeling van een internationaal perspectief op vrouwen, gezondheid en gezondheidszorg (zie Blair 1981, ISIS 1981, Aguwa 1983, Rutabanzibwa-Ngaiza et al. 1985).

De bijdrage van de medische antropologie aan deze ontwikkeling is tot voor kort minimaal geweest. Gezien het sterk viricentrisch karakter van de geneeskunde en, in mindere mate, van de culturele antropologie, de twee disciplines waarin de medische antropologie wortelt, is dat niet erg verwonderlijk. Onder invloed van ontwikkelingen in de feministische antropologie en van feminiseringsprocessen in de geneeskunde vol-

trok zich in de jaren tachtig echter geleidelijk een kentering. Vrouwen werden zichtbaar en hoorbaar in medisch-antropologische studies, sekse- geslachtsverschillen als structureringsmechanismen van culturen en maatschappijen werden steeds meer herkend, en een feministische transformatie van (wetenschaps-)theoretische orientaties en methoden van onderzoek kwam op gang.

Waarom speciale aandacht voor de gezondheid van vrouwen?

Speciale aandacht voor gezondheidsproblemen van, en gezondheidszorg voor vrouwen is niet alleen nodig omdat veel van deze problemen lange tijd miskend geweest zijn. Op twee manieren rechtvaardigen ook kwantitatieve gegevens deze aandacht. In de eerste plaats is de ziekte-incidentie bij vrouwen groter dan bij mannen. Bovendien spelen vrouwen een centrale rol waar het gaat om gezondheidszorg. Ze zijn de grootste groep gebruikers van de gezondheidszorg, maar vormen als 'hidden carers' (Graham 1985) eveneens de meerderheid van gezondheidswerkers in *alle* gezondheidszorg in de wereld. Wij moeten daarbij niet alleen aan de professionele, openbare gezondheidszorgvoorzieningen denken, maar vooral ook aan volks- en leken-gezondheidszorg (zie Pizurki e.a. 1987).

Alhoewel vrouwen een centrale rol spelen als consumenten en als producenten van gezondheidszorg, loopt in vele landen hun invloed op de gezondheidszorg zelfs terug. Het is moeilijk om aan te tonen dat daarin de oorzaak gelegen is van het feit dat in de meeste maatschappijen de gezondheid van vrouwen afneemt, zelfs in de rijkere landen waar nieuwe, vaak medisch of sociaal-cultureel geïnduceerde ziekten (bijvoorbeeld anorexia nervosa) zich voordoen. Maar zelfs als er geen oorzakelijk verband bestaat, is de toenemende ziekte-incidentie voldoende reden om alarm te slaan. Dit temeer daar vrouwen daardoor een belangrijke doelgroep voor de farmaceutische industrie geworden zijn (zie bijvoorbeeld McDonell 1986).

Over de hele wereld worden vrouwen bovendien geconfronteerd met de ontkenning van reproductieve rechten, met huiselijk geweld, met verkrachting en racisme, met seksisme en onderdrukking van lesbisch zijn, met gezondheidsbedreiging op de werkplaats, met economische exploitatie en met de gevolgen van oorlogen. Daarnaast worden vrouwen vrijwel universeel beschouwd als lust- en bezitsobjecten, en moeten zij beantwoorden aan bepaalde ideeën over schoonheid en 'vrouwelijkheid'. Als zodanig vormen zij in grote delen van de wereld een belangrijke markt voor schoonheidsproducten en middelen tegen het ouder worden. Ook de plastische chirurgie heeft bij deze markt een belang. Elders moeten vrouwen verminkingen als besnijdenis en voetenbinden toelaten teneinde aan bepaalde erotische, seksuele- of maagdelijkheidsnormen te voldoen.

In wat nu volgt zal ik enkele van de belangrijkste thema's betreffende 'vrouwen, gezondheid, en gezondheidszorg' aan de orde stellen zoals deze in de recente feministische literatuur besproken worden³. Een zekere mate van generalisatie is daarbij onvermijdelijk. Eerst wanneer veel meer feitelijke onderzoeksgegevens voorhanden zijn, zal het vrouwen mogelijk worden om over hun situatie in het algemeen, en die van hun gezondheid in het bijzonder, met recht en reden te generaliseren.

Modernisering en de gezondheid van vrouwen

Gezondheidszorg en medicalisering

Gezondheid wordt in ontwikkelingslanden steeds meer gedefinieerd in reductionistische termen van de westerse geneeskunde. Sociale en politiek-economische factoren zoals water, voedsel, lucht, levensstijl of stress, worden daarbij veronachtzaamd. De meeste landen investeren dan ook nog steeds grote bedragen in curatieve, hoog technologische geneeskunde. Deze is niet alleen extreem duur, maar vraagt ook om moderne, westerse instituties en hoog opgeleid personeel. Het zijn voornamelijk mannen die hiervoor in aanmerking komen en dus ook de leidinggevende posities in de gezondheidszorg bezetten.

Dit nieuwe type 'kosmopolitische geneeskunde' is meestal alleen maar beschikbaar voor de stedelijke elite die voor deze 'moderne' zorg kan betalen. Lange-termijn investeringen, zoals de eliminatie van allerlei soorten milieuvervuiling, het verschaffen van water, hygiënische verzorging, toegang tot voedsel en vaccinatie – maatregelen die uiteindelijk een gelijke standaard van goede gezondheid voor de meerderheid zouden kunnen garanderen – worden echter over het hoofd gezien. Deze tendens werkt met name in het nadeel van vrouwen, die bovendien financieel vaak minder in staat zijn gebruik te maken van hetgeen aan moderne geneeskunde geboden wordt.

Terwijl de macht van de medische professie (mannen) toeneemt, vermindert het aandeel van vrouwen in het verlenen van gezondheidszorg, en dus hun medezeggenschap daarin. Daarmee verliezen vrouwen een belangrijk stuk sociaal aanzien, waardoor hun mogelijkheden tot onderhandeling over de levenssituatie van henzelf en anderen sterk beknot wordt. Tegelijkertijd daalt ook de zeggenschap van vrouwen over hun eigen lijf en leven. Zwangerschap en geboorte, maar ook sociale aspecten van hun leven, worden steeds meer gezien als medische problemen die om een medische oplossing vragen.⁴

Gezondheid als ontwikkelingsconcept

Waar vrouwen *wel* toegang hebben tot enigerlei vorm van moderne gezondheidszorg is deze vaak inadequaat, niet afgestemd op hun behoeften, en bovendien (te) duur. Sinds de zeventiger jaren staat 'primary health care' (PHC) en hieraan gerelateerd 'zelf-hulp' weliswaar centraal, maar dat komt gewoonlijk neer op het toebedelen aan vrouwen van de zoveelste onbetaalde, niet erkende verplichting binnenshuis. De sekse-gebonden rolpatronen in het gezin leiden ertoe dat zelfhulp een extra belasting voor de vrouw wordt. In het PHC rapport van Alma Ata staat dat vrouwen vooral gedurende de *toepassing* van preventieve maatregelen een aanzienlijke bijdrage kunnen leveren aan PHC, terwijl mannen vooral kunnen bijdragen door *vorm te geven* aan het 'community health system'. Door (de zorg voor) gezondheid een onderdeel te maken van het moderniseringsdenken, en de mate van gezondheid van een volk als een indicator voor zijn vooruitgang op te vatten, krijgen vrouwen er plichten bij die zij nauwelijks kunnen dragen, terwijl tegelijkertijd een deel van de traditionele sociale macht, die voor de reali-

satie van die plichten onontbeerlijk is, van hen afgenomen wordt.

Het is duidelijk dat de gezondheid van vrouwen in de Derde Wereld en hun rol in gezondheidszorgsystemen en instituties, niet los gezien kan worden van de bredere sociaal-economische context. Langzamerhand groeien bijvoorbeeld de aanwijzingen dat door moderniseringsprogramma's in de Derde Wereld de armoede van vrouwen eerder toe- dan afgenomen is. Deze 'feminisering van de armoede' heeft op haar beurt zijn weerslag gehad op de gezondheid van vrouwen en hun vermogen nieuwe taken op zich te nemen (zie bijvoorbeeld Sharma 1989).

Bevolkingspolitiek, moeder- en kindzorg

Niettemin is PHC als een vooruitgang te beschouwen als zij zich richt op problemen van de gezondheid van vrouwen op alle daartoe relevante terreinen. Tot nu toe werden vrouwen, wanneer ze al apart aandacht kregen, voornamelijk gezien in hun rol van voortbrengsters en verzorgsters van kinderen. De traditionele ingrediënten voor activiteiten op het gebied van 'vrouwen en gezondheid' waren de zorg voor moeder en kind. Daarbij kreeg het kind in het algemeen meer aandacht dan de moeder. Vooral bij de laatste werd nauwelijks aandacht gegeven aan haar ondervoeding, haar lichamelijke oververmoeidheid, en de psychische druk die door haar sociale en culturele omgeving veroorzaakt werd.

Ook in de bevolkingspolitiek die met het oprichten van de United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) in 1969 op gang kwam, werden vrouwen in het algemeen als niet veel meer dan reproductieve wezens beschouwd. De bezorgdheid over de snelle bevolkingsgroei leidde tot een agressief beleid dat tot doel had hoe dan ook de vruchtbaarheid van vrouwen in de Derde Wereld af te remmen. Aan dit beleid lag het geloof ten grondslag dat bevolkingstoename massale verhongering, sociale disruptie, geweld en armoede zou veroorzaken. In de bevolkingspolitiek gaat het meestal niet zo zeer om het bevorderen van de gezondheid van vrouwen, als wel om het afremmen van de groei van de bevolking. Deze benadering heeft tot gevolg gehad dat de gezondheid van vrouwen voornamelijk gedefinieerd werd in termen van reproductieve capaciteit. Daardoor kwam het thema 'gezinsplanning' centraal te staan in het ontwikkelingsdenken en werd de gezondheid van de vrouw slechts een afgeleide daarvan.

Deze aanpak van de bevolkingsproblematiek heeft er weinig toe bijgedragen dat vrouwen meer zeggenschap over hun eigen lijf en leven konden verwerven. Er is in de loop der jaren een krachtige 'population control establishment' ontstaan. Daarin is weinig te bespeuren van een brede visie op de relatie tussen de gezondheid van vrouwen en het aantal geboorten. Te veel ontbreekt nog het besef dat behalve een toenemend bewustzijn bij vrouwen over hun kindertal, ook meer aandacht voor de verbetering van de gezondheid van vrouwen van belang is. Gezonde kinderen, ook al zijn het er, volgens voorschrift maar twee, zijn weinig gebaat met een zieke, zwakke, of depressieve moeder.

Abortus, anticonceptie en sterilisatie behoren wat de gezondheid van vrouwen betreft tot de allerbelangrijkste probleemgebieden. Er is voldoende bewijsmateriaal dat afgedwongen sterilisatie, belemmeringen voor sterilisatie, diverse schadelijke vormen

van anticonceptie, restrictieve abortuswetgeving, illegale abortus en nieuwe reproductieve technologieën veelal ten nadele van de gezondheid van vrouwen werken. Alhoewel in de Derde Wereld abortus bijvoorbeeld meer levens eist dan Aids, krijgt de Aids-epidemie veel meer aandacht.

Voeding

Vrouwen spelen een centrale rol in de produktie en bereiding van voedsel. In ontwikkelingslanden zijn 50 tot 90 percent van de producenten van voedingsgewassen vrouwen. In alle landen van de wereld zijn het voornamelijk vrouwen die voedsel bereiden. Deze situatie komt echter niet overeen met de mate van controle die vrouwen hebben over de produktie en consumptie van voedsel. Een complex netwerk van factoren is hier de oorzaak van. Door de verminderde toegang tot land, door het door het kolonialisme en de recentere handelsovereenkomsten beïnvloede landbouwbeleid, door de migratie van het platteland naar de steden, door de prioriteiten van voedings-multinationals, door de veranderingen in consumptiepatronen, door goedbedoelde voedselhulp, en door toenemende voedingskosten, verliezen vrouwen steeds meer de centrale plaats die zij vroeger hadden op het gebied van voedsel en voeding.

Om verschillende redenen zijn het vooral vrouwen die aan ondervoeding leiden. Als babies worden meisjes vaak eerder gespeend dan jongens en wordt aan meisjes minder voedsel gegeven. Het resultaat hiervan is dat in sommige Aziatische en Afrikaanse landen meisjes gedurende de eerste vijf levensjaren minder overlevingskansen hebben dan jongens.⁵ Zonder voldoende eiwit, calcium en vitamine D gedurende de groei, is de kans groot dat de bekkenbeenderen klein en misvormd worden, wat later moeilijkheden zal geven bij bevallingen. Als volwassenen moeten vrouwen hun zware dagelijkse arbeid combineren met hun reproductieve functies. Beide levenstaken versterken hun behoeften aan voeding. Zwangerschap en lactatie stellen speciale eisen aan het lichaam. Maar de slechte gezondheid van vrouwen maakt het onmogelijk dat hun voedsel voldoende voor deze extra belasting aangewend kan worden.

Ondervoeding wordt ook nog veroorzaakt doordat opofferingen ten behoeve van kinderen vrijwel universeel tot het 'moederschap' gerekend wordt. Door uit haar eigen mond te sparen wat aan de kinderen gegeven wordt, worden vrouwen gedwongen mee te werken aan hun eigen ondervoeding. Zo ontstaat het 'moederlijk depletie syndroom', dat door herhaalde zwangerschap en niet aflatende arbeidsdruk chronisch wordt. Vrouwen worden daardoor vroeg oud en raken snel versleten. Anemie, waaraan de helft van niet-zwangere vrouwen en ongeveer tweederde van de zwangere vrouwen in ontwikkelingslanden lijdt, verhoogt het risico van ziekte en dood van zowel moeders als kinderen.

Er is in de meeste Derde-Wereldlanden een vicieuze cirkel ontstaan waarin arme, ondervoede moeders in hun groei achtergebleven babies voortbrengen, die dan opgroeien tot ondervoede kinderen en adolescenten en uiteindelijk zelf weer arme en ondervoede moeders worden met in hun groei achtergebleven babies. De discussie over borstvoeding dan wel flesvoeding hangt nauw met deze problematiek samen. De, vooral door Westerse feministen in gang gebrachte Nestlé boycot heeft als resultaat gehad dat borst-

voeding weer gestimuleerd wordt. De ideologische motieven daarbij waren fraai, maar men heeft zich onvoldoende afgevraagd, of het juist is borstvoeding te stimuleren bij moeders die zelf ernstig ondervoed zijn.

Water

In ontwikkelingslanden zijn het vooral de vrouwen en meisjes die voor de aanvoer van het water zorgen. Ze moeten daarvoor vaak lange afstanden met een zware last lopen. Dit heeft nadelige gevolgen voor hun gezondheid. Bovendien brengen vrouwen meer tijd dan mannen door met het werken in water. Ze worden zo meer dan mannen blootgesteld aan via het water overgebrachte ziekten als diarree, polio, typhus, schistosomiasis, rivierblindheid en malaria. En door de centrale rol die zij met het huishoudelijk werk inneemt is de vrouw dan weer diegene die dergelijke besmettingen op de andere gezinsleden kan overbrengen.

Critici hebben het vermoeden uitgesproken dat een belangrijke reden van de onderschatting van een goede watervoorziening is, dat het aanvoeren van water de taak van vrouwen is. Het is daarom, menen zij, dat er onvoldoende pogingen ondernomen zijn om goede en bereikbare waterbronnen te verschaffen.

Van de zijde van antropologen is echter gewezen op enkele complicerende factoren, bijvoorbeeld dat het halen van water voor vrouwen soms een van de weinige mogelijkheden tot onderling sociaal contact is. Bovendien is een van de redenen voor polygamie dat er meerdere vrouwen nodig zijn om onder primitieve omstandigheden een huishouden goed te laten verlopen. Moderne watervoorzieningen hebben soms tot gevolg dat met name de oudere vrouwen verstoten worden en zo in een gemarginaliseerde situatie van armoede, ondervoeding en ziekte terecht komen.

Overbelasting

Zoals eerder is opgemerkt, heeft veel werk van vrouwen lichamelijke overbelasting tot gevolg. Bestonden aanvankelijk haar taken uit bezigheden in en om het huis, het halen van water en het werk in de zelfvoorzieningslandbouw; thans zien we dat daar laag betaalde, vaak zware, arbeid aan wordt toegevoegd. Te denken valt hier aan werk in de assemblage van electronica, en aan werk als cassière in supermarkts, als huishoudster en als prostituee. In textiel-, electronica-, en agro-industrieën verrichten vrouwen 80-90 % van het werk waarvoor weinig opleiding nodig is. De problemen die dit op het terrein van de gezondheid veroorzaakt, zijn wel bekend vanuit onderzoek in de geïndustrialiseerde wereld. De problemen in de Derde Wereld wijken daar niet van af. Maar omdat de multinationals evenals de nationale en lokale werkgevers lagere lonen voor vaak langere werktijden in veelal ongezondere werkomstandigheden betalen, is de situatie waarin vrouwen in de Derde Wereld zich bevinden slechter dan die van Westerse vrouwen. Werkgevers beweren dat ze meewerken aan de emancipatie van vrouwen door hun betaald werk te geven, maar vrouwelijke arbeiders verdienen wereldwijd echter 40 - 60 % minder dan mannen.

Hun slechte economische situatie maakt dat vrouwen in Derde-Wereldlanden niet omwille van 'emancipatie', maar uit bittere financiële noodzaak betaalde arbeid buitenshuis zoeken. En omdat zij vrijwel altijd de voornaamste verantwoordelijkheid voor de kinderen en het huishouden moeten dragen, hebben vrouwen daardoor een dubbele werkbelasting. Het is duidelijk dat dit lange termijn effecten op de gezondheid heeft, die zich uiten in oververmoeidheid, geestelijke en lichamelijk stress, en toenemende vatbaarheid voor infecties. Bovendien zijn er steeds meer aanwijzingen dat vrouwen ook de gezondheidsproblemen die hun mannen in hun werksituaties opdoen, overnemen.

Toerisme

Toerisme wordt een steeds belangrijker bron van inkomen in de Derde Wereld. Een van de trekpleisters is de beschikbaarheid van vrouwen als prostituees. Vrouwen worden hiertoe gedwongen door slechte economische omstandigheden. De winst komt echter niet bij hen terecht, maar bij de 'touroperators', bij de hotels die veelal in buitenlandse handen zijn, bij de reisbureaus, bij de pooiers, en bij vele anderen die direct of indirect bij prostitutie betrokken zijn. De kwalijke gevolgen van deze ontwikkelingen voor de gezondheid van vrouwen zijn langzamerhand bekend geworden. Vooral de incidentie van geslachtsziekten bij vrouwen neemt gestadig toe. Voor de duizelingwekkende modernisatie van steden als Bangkok, Manila, en Nairobi is niet alleen een prijs betaald in de vorm van een aantasting van hun traditionele leefwijze; vrouwen betalen voor die modernisatie ook met de verminking van hun lichaam en geest.

Geestelijke gezondheid

Het is vanuit de psychiatrie bekend hoezeer de ontkenning, de onderwaardering of de bewuste verminking van eigenschappen van invloed kan zijn op het geestelijk welzijn van mensen. Daarbij hebben vrouwen in de Westerse wereld lange tijd in een situatie verkeerd die slechts zeer langzaam verandert. Het naar eigen gevoel goed kunnen functioneren, het hebben van een authentiek gevoel van identiteit en eigenwaarde, het kunnen en mogen uiten van gevoelens en het bezitten van een sociale status zijn zaken die, door het merendeel van de vrouwen in de Westerse wereld, nog maar mondjesmaat gerealiseerd zijn.

Omdat de geestelijke gezondheid van vrouwen in de Derde Wereld tot voor kort een weinig bestudeerd onderwerp was, is er op dit terrein nog weinig bekend dat het beeld uit klassieke etnografieën kan aanvullen, corrigeren of vervangen. Er zijn echter aanwijzingen dat de door het westen geïntroduceerde 'domesticatie-processen' van de vrouw in ontwikkelingslanden (zie Rogers 1981) haar geestelijke gezondheid op negatieve wijze beïnvloeden. Het 'huisvrouwensyndroom' zou al niet meer iets typisch westers zijn (zie Richters 1989).

Gezondheidszorgbeleid door en voor vrouwen

Uit bovenstaande korte opsomming blijkt dat ondanks grote culturele, geografische en sociaal-economische verschillen de kwetsbaarheid van vrouwen voor een aantal lichamelijke en psychische aandoeningen universeel is. De bewustwording daarvan heeft tot gevolg gehad dat de vrouwengezondheidsbeweging een van de belangrijkste activiteiten van de internationale vrouwenbeweging geworden is. Dit kwam voor het eerst tot uiting op de Derde Internationale Vrouwen en Gezondheid Bijeenkomst die in 1981 in Genève plaatsvond en waaraan 500 vrouwen afkomstig uit 35 landen deelnamen.

Op die bijeenkomst werd duidelijk dat vrouwen overal met vergelijkbare problemen geconfronteerd worden; problemen die voortkomen uit het feit dat vrouwen onderhevig zijn aan wetten, gewoonten en vooronderstellingen die hun 'inferioriteit' institutionaliseren. Uit de talrijke inleidingen en discussies kwam naar voren dat voor de overgrote meerderheid van vrouwen geldt dat zij onvoldoende zeggenschap over hun eigen lichaam hebben. De volgende conclusies en aanbevelingen werden tijdens deze bijeenkomst geformuleerd (ISIS 1981):

- Paramedische werkers zijn cruciaal in het verschaffen van basale gezondheidsvoorzieningen. Het erkennen van de belangrijke rol die vrouwen daarin spelen en het organiseren van eenvoudige trainingen die afgestemd zijn op vrouwen en gegeven worden door vrouwen, is fundamenteel voor de verbetering van de gezondheid van vrouwen in het bijzonder en van de samenleving in het algemeen.
- Er bestaat een dringende behoefte aan kennis van, en ervaringen met de zogeheten 'zachte' genezingsmethoden.
- Een internationaal vrouwen netwerk voor het verspreiden van informatie over alle aspecten van anticonceptie bestaat reeds (ICASC = International Contraception, Abortion and Sterilization Campaign). Voor een aantal aspecten van anticonceptie (veiligheid, legaliteit, beschikbaarheid, tegengaan van experimenteren, betere onderzoeks-programma's) is nog steeds extra aandacht nodig. Frequent werd ook benadrukt dat anticonceptie-onderzoek niet alleen op vrouwen gericht moet zijn, maar door vrouwen moet worden uitgevoerd en gesuperviseerd. Personen en organisaties die de reproductie van vrouwen manipuleren zijn te vinden in regeringen, multinationale ondernemingen, kerken, medische establishments en anti-abortus organisaties. Voor een effectieve bestrijding van hun activiteiten is een internationale campagne noodzakelijk.
- Vrouwen hebben adequate, aangepaste technologieën nodig bij de productie en de bereiding van voedsel en het halen en behandelen van water. Deze technologieën kunnen het best door vrouwen ontworpen en ontwikkeld worden. Borstvoeding moet gestimuleerd worden. Aangezien zwangerschap, geboorte en borstvoeding een aanslag zijn op de voedingsstatus van vrouwen, spelen anticonceptie en de spreiding van de geboorte van kinderen in deze voedingsstatus een belangrijke rol. Ook het onderzoek en het beleid op het terrein van bevolkingspolitiek zou door vrouwen gedaan moeten worden. Ze zouden er op zijn minst bij betrokken dienen te worden.
- Overwerk, stress, seksuele misbruiken, gevaren op de werkplek en geweld hebben alle een negatieve invloed op de gezondheid van vrouwen. De oorsprong hiervan ligt in het in hoge mate seksistisch karakter van vele maatschappijen. Daardoor wor-

den vrouwen ondergewaardeerd en gediscrimineerd, of eenvoudigweg als seksobjecten beschouwd. Bovendien leven vrouwen in een wereld waarvan grote delen niet veilig te betreden zijn voor langdurige perioden van de dag. Ook in vreedstijd geldt voor veel vrouwen vrijwel permanent een uitgaansverbod. De veranderingen die nodig zijn om deze situatie te doorbreken zijn niet beperkt tot maatregelen op het gebied van gezondheidszorg.

Oplossingen om vrouwen in staat te stellen weer een bijdrage te leveren aan de handhaving en verbetering van de gezondheid van hun gemeenschap, moeten gezocht worden in het overdragen van kennis. Verder dient de klinische isolatie van zowel de arts als de zieke persoon ten opzichte van de gemeenschap verminderd te worden. Het demopoliseren van kennis en het de-isoleren van de zieke impliceert het feminiseren van medische kennis en van de processen waarmee deze kennis verbreid wordt. Feminisering van kennis en van de structuur van de gezondheidszorg betekent tegelijkertijd de democratisering daarvan. Deze 'oplossingen' werden door Fatima Mernissi (Marokko) geformuleerd in de lezing "Genocide can be bloodless" waarmee zij het congres over 'Women, Health and International Development' in 1982 opende (Michigan State University).

We moeten echter erkennen dat er vele factoren zijn die de beoogde veranderingen van gezondheidszorgsystemen ten aanzien van de behoeften van vrouwen belemmeren. De belangrijkste daarvan zijn:

- Culturele waardesystemen en politieke ideologieën die ertoe neigen de politieke, economische en sociale belangen van vrouwen te onderwaarden, waardoor vrouwen minder dan mannen participeren in beslissingsprocessen op alle niveaus.
- Politieke economieën waarin niet een rechtvaardig deel van de nationale hulpmiddelen wordt bestemd voor de behoeften van vrouwen.
- Het ontbreken van coördinatie en coöperatie binnen overheids- en semi-overheidsinstituten die verantwoordelijk zijn voor het initiëren en implementeren van programma's die aansluiten op de gezondheidsbehoeften van vrouwen.
- Het gilde-achtige karakter van verschillende groepen van professionele gezondheidswerkers, en de invloed daarvan op de aard en kwaliteit van de gezondheidspraktijken, de opleidingsvereisten, en de inhoud van curricula. Hierdoor wordt het aantal gezondheidszorgwerkers niet alleen beperkt gehouden maar moeten deze zich tevens sterk conformeren, hetgeen de relevantie van hun bekwaamheden voor de gezondheidsbehoeften van de bevolkingen van Derde wereld landen, met name van vrouwen, niet ten goede komt.
- Een gebrek aan infrastructurele voorzieningen, medicijnen en supervisie op de kwaliteit van de gezondheidszorg speciaal voor vrouwen die in rurale of anderszins geïsoleerde gebieden wonen.

Er zijn inmiddels bijna tien jaar verstreken sinds de genoemde bijeenkomst in Genève. De inspanningen van vrouwen om hun gezondheidssituatie te verbeteren zijn het afgelopen decennium enorm geweest. Over de resultaten van deze inspanningen zijn nog onvoldoende gegevens voorhanden.

Feminisering van de medische antropologie

Wanneer de medische antropologie door middel van haar analyses een bijdrage wil leveren aan de versterking van de rol van vrouwen in de gezondheidszorg en aan een betere zorg voor vrouwen, kan zij niet om de feministische antropologie heen.⁶ Feministisch-antropologische studies hebben duidelijk gemaakt hoe weinig (medisch) antropologen eigenlijk weten over de levens, de behoeften en de interesses van vrouwen en de wijze waarop vrouwen zichzelf en de wereld waarin zij leven percipiëren. De feministische 'ontdekking' van vrouwen heeft antropologen echter geleidelijk aan wel gevoelig gemaakt voor de wijzen waarop sekse en geslacht het sociale leven beïnvloeden.

'Geslacht' is een begrip dat met name binnen de feministische antropologie en vrouwenstudies in het algemeen, gesteld wordt tegenover sekse. Sekse verwijst naar de biologische eigenschappen van vrouwen en mannen. Geslacht (genus, 'gender')⁷ naar het geheel van aangeleerde, niet-lichamelijke eigenschappen op basis waarvan iemand als vrouw of man (aan)gezien wordt. Geslacht duidt dus de sociaal-cultureel bepaalde kenmerken van mannen en vrouwen aan. Met het sekse/geslacht onderscheid keren vrouwen zich tegen deterministische opvattingen die het geslachtsverschil biologisch funderen en vervolgens daaruit een 'natuurlijke' maatschappelijke positie voor vrouwen afleiden.⁸

Deze deterministische opvattingen bestaan niet alleen in de westerse medische gezondheidszorg zoals deze geïntroduceerd is in Derde-Wereldlanden, maar zijn ook lange tijd gehanteerd in de medische antropologie. Een belangrijke vraag voor de medische antropologie is dan ook niet alleen hoe westerse ideeën over 'de vrouw' antropologische studies in het verleden beïnvloed hebben (cf. Jordanova 1980), maar ook hoe ze nu nog het denken en handelen van gezondheidswerkers en gezondheidszorgplanners in niet-westerse culturen beïnvloeden, en wat de gevolgen hiervan voor vrouwen (gewest) zijn. We zagen reeds dat opvattingen over het 'moederschap' een zeer beperkte aandacht voor vrouwen in 'moeder- en kindzorg' tot gevolg heeft gehad.

De rol die niet-westerse vrouwen zelf speelden in de handhaving van gezondheid van de groep waartoe zij behoorden, heeft in het verleden weinig of slechts oppervlakkig aandacht gekregen van antropologen. De bronnen die vrouwen tot hun beschikking hebben om macht in hun maatschappij te verwerven zijn niet altijd onderkend. Vrouwen speelden echter vaak een ritueel zeer belangrijke rol. Ook omdat gezondheid en gezondheidszorg meestal zeer eng gedefinieerd werden en men zich vooral op de rol van de genezer richtte, heeft de rol die vrouwen speelden in het handhaven van gezondheid op lange termijn, niet de aandacht gekregen die zij verdient.

Wel veelvuldig bestudeerd zijn die ziekten die 'vrouwelijkheid' symboliseren, zoals geestesbezetenheid en hysterie. De verschillende vormen van geestesbezetenheid worden vaak beschouwd als een middel voor vrouwen om hun verzet te uiten tegen de stress die hun machteloosheid met zich meebrengt. Het persoonlijk lijden van een persoon in de vorm van depressie, weigering om te eten, flauw vallen en braken, worden vaak beschouwd als onbewuste oplossingen van problemen die terug te voeren zijn op de sociale structuur van de betreffende maatschappij. Feministische antropologen hebben er echter op gewezen dat deze verschijnselen echter ook geanalyseerd kunnen

worden als geïnstitutionaliseerde vormen van protest en als (groeps-)strategieën voor het overwinnen van de contradicties en ambivalenties in de bestaande culturele constructies van 'vrouwelijkheid'.

Een kritiek van enkele feministische antropologen (zie bijvoorbeeld Spring 1978) is dat 'lichamelijke' ziekte ('disease') niet gezien wordt als een belangrijk aspect van bezetenheidsculten en rituelen. Vele antropologen⁹ die schrijven over geestesbezetenheid, interpreteren de betreffende verschijnselen als 'psychosomatisch' in plaats van als 'organisch' en geven aan dat geestesbezetenheid 'slechts' palliatief is voor die psychosomatische ziekten die veroorzaakt worden door disharmonieën in de sociale orde. In navolging van Evans-Pritchard hebben antropologen geprobeerd te luisteren naar antwoorden op de 'waarom-ik vraag' in relatie tot bezetenheid, maar daarbij nagelaten ook de fysiologische conditie van de betrokken personen in ogenschouw te nemen.

Het gevolg hiervan is geweest dat bezetenheidsrituelen vooral gezien werden in relatie tot symbolisch-sociale *stoornissen*. Dit accent heeft geleid tot een massa studies die zich vrijwel beperken tot het 'symbolische' van niet-westerse mensen. Bezetenheidsrituelen worden echter ook toegepast waar het gaat om somatische aandoeningen. Literatuur vanuit die optiek, die aantoonde hoe dergelijke aandoeningen herkend worden, welke mogelijkheden gehanteerd worden bij de behandeling van ziekten, en wat de relaties zijn tussen bezetenheidsrituelen en individuele genezing, ontbreekt echter vrijwel geheel. Er bestaan echter ook geen studies van de therapeutische effecten van de veranderde bewustzijnsstaat in bezetenheid, of van de gezondheid van de patiënten na de 'behandeling'. Dit wekt de indruk dat 'bezeten' mensen niet 'echt' ziek zijn, dat ze mystieke kracht tegen hun familieleden gebruiken, en dat ze hun 'bezetenheid' steeds gebruiken om aandacht van anderen te krijgen.

Er zijn in het algemeen nog weinig studies door antropologen gedaan naar de relaties tussen organische, psychische, sociale en culturele aspecten van gezondheid, ziekte en genezen. Veel auteurs blijven bezetenheid zien als een (legitieme) manier voor vrouwen om hun frustraties, angsten, eisen en kritiek in een door mannen gedomineerde (patrilineaire of matrilineaire) maatschappij te uiten. Vaak wordt gezegd dat wanneer bezetenheidsrituelen plaats vinden voor een vrouw die 'reproductieve problemen' heeft, haar probleem terug te voeren is op sociale conflicten die inherent zijn aan haar status als vrouw in die maatschappij.

Symbolische systemen en geneeskundige praktijken zijn overigens niet onveranderlijk. Met name toen traditionele gezondheidszorgsystemen geconfronteerd werden met de westerse geneeskunde traden transformaties op met daarmee gepaard gaande veranderingen in de positie van de vrouw in de gezondheidszorg en de maatschappij in het algemeen. Feministische antropologen hebben de laatste jaren veel onderzoek gedaan naar de arbeidsverdeling tussen de seksen, de bronnen van sociale macht en invloed¹⁰, en de veranderingen ten gevolge van moderniseringsprocessen. Deze veranderingen hebben niet alleen een weerslag gehad op de positie en rol van vrouwen als genezers, maar ook op de klachten en kwalen van vrouwelijke patiënten. Om een indruk te geven van deze veranderingen geef ik in het kort de inhoud van vijf belangwekkende feministisch-antropologische studies op dat terrein weer.

De vrouw als genezer

Door de geschiedenis heen hebben vrouwen een belangrijke rol gespeeld bij het verzorgen van zieken en bij het pogen hen te genezen. De opkomst van de 'moderne' geneeskunde heeft die rol in belangrijke mate teruggedrongen. Pogingen om vrouwen toe te laten tot de officiële geneeskunde tonen aan dat dat het gemakkelijkst is waar het om hand- en spandiensten aan de geneeskunde gaat (verpleging). Om toegelaten te worden tot de 'echte' geneeskunde hebben vrouwen een harde strijd moeten voeren (Aletta Jacobs, Catharine van Tussenbroek), en moeten zij dat nog steeds. Gedurende, maar ook na hun medische opleiding moeten ze zich 'initiatieriten' laten welgevalen die gericht zijn op conformering aan de 'mannelijke' geneeskunde. De meeste vrouwelijke artsen komen vervolgens aan de periferie van het echte medische bedrijf terecht, bijvoorbeeld als huisarts, verpleeghuisarts, schoolarts.

Ook in niet-westerse maatschappijen is met de introductie van de westerse geneeskunde het proces op gang gekomen waarbij vrouwen het recht ontnomen werd om geneeskunde uit te oefenen.

Vrouwelijke genezers bij de Kaytej in Australië (Bell 1982, 1983)

Bell beschrijft ceremoniën van vrouwen die een sleutel vormen tot het begrijpen van de veranderende rol van Kaytej vrouwen (Australische 'Aborigines') op het terrein van gezondheid. Door allerlei sociaal-economische ontwikkelingen is het voor vrouwen onmogelijk geworden om de gezondheid, het geluk en de harmonie van het verleden terug te vinden. Het land dat zij bewerkten, hun onafhankelijke basis voor handelen, is immers verloren gegaan. Het gevolg daarvan is dat niet opgeloste conflicten tussen mannen en vrouwen toenemen. Vrouwen verliezen steeds meer hun onafhankelijkheid en raken gemarginaliseerd.

De Kaytej vrouwen verdedigen de stelling dat zij vroeger competente voedsters waren van mensen en land, en dat zij in deze rol aanzien hadden. De introductie van blanke instituties had onder meer tot gevolg dat zij niet langer het beheer over hun vruchtbare leven hadden en dat een gevoel van inadequaatheid zich van hen meester maakte. Vrouwen hebben toen nieuwe vormen ontwikkeld om uitdrukking te geven aan hun bezorgdheid en zorg. Ondanks de veranderingen van de laatste honderd jaar gaan zij er nog steeds van uit dat zij de voedsters van het land en de mensen zijn en de draagsters van de sociale relaties.

Hoe zij die veranderingen in hun leven zien, drukken zij uit in hun ceremoniën. In het verleden waren die ceremoniën vooral gericht op levenscrises, zoals geboorte, dood, en menarche, en op de gezondheid van de kleine familiegemeenschap waarin mensen het grootste gedeelte van het jaar leven. Nu zijn die ceremoniën vooral gericht op het oplossen van conflicten in de grotere, meer diffuse groepen die door de Australische overheid in nederzettingen zijn ondergebracht.

Volgens Bell is er dus geen reden om deze vrouwen alleen maar voor te stellen als machteloze slachtoffers van een patriarchaal en kolonialistisch systeem. Ondanks de vele beperkingen zoeken deze vrouwen weer naar mogelijkheden om actief vorm te

geven aan hun eigen leven en dat van de gemeenschap waarvoor zij zich verantwoordelijk voelen.

Vrouwelijke genezers onder de Sakhalin Ainu in Japan (Ohnuki-Tierney 1980, 1981)

Volgens Ohnuki-Tierney bestaan er onder de Ainu, zoals bij de meeste jagers en verzamelaars, geen voltijdse specialisten op politiek, religieus of medisch gebied. In het algemeen weten Ainu-vrouwen meer over de behandeling van gewone ziekten dan mannen. Dit komt omdat de meeste geneesmiddelen verzameld worden door vrouwen. In het geval van ernstiger en gecompliceerder ziekten, door de auteur 'metafysische ziekten' genoemd, wenden de Ainu zich tot sjamanen. Deze deeltijd medisch specialisten zijn de enigen die zulke ziekten kunnen diagnosticeren en genezen. Tot voor kort waren er ongeveer evenveel mannelijke als vrouwelijke sjamanen, maar tegenwoordig zijn er veel meer vrouwelijke. Dit zou het gevolg kunnen zijn van de veel snellere overname van de verworvenheden van moderniseringsprocessen door mannen dan door vrouwen.

Wat echter niet is veranderd is het feit, dat net als in het verleden, mannelijke sjamanen invloedrijker zijn dan vrouwelijke. Zij kunnen een rite op grootse wijze uitvoeren, terwijl vrouwelijke sjamanen hun riten op meer bescheiden manier gestalte geven. Sjamanen zijn religieuze en medische specialisten, toneelspelers en politici achter de schermen. De sjamanistische loopbaan, die open staat voor iedereen ongeacht sekse- of verwantschapsstatus, verschaft een ongelimiteerd potentieel voor het uitoefenen van niet-geformaliseerde macht voor diegenen die dat verkiezen.

Deze toegankelijkheid is van vitaal belang voor het interpreteren van de rol van vrouwen in de Ainu maatschappij. Het geeft hun de mogelijkheid om aan hun ondergeschikte positie te ontsnappen. Het Ainu medische 'sjamanistische' systeem is zo opgezet dat ervaren jagers en vissers moeten vertrouwen op de kunde en het inzicht van ouderen, minder bedeelde en vrouwen. De culturele waardering van het sjamanisme lijkt vroeger echter groter geweest te zijn dan nu. Ohnuki-Tierney veronderstelt dat de sjamaan in kleine maatschappijen hoger gewaardeerd werd dan in grotere. De toetreding was niet beperkt tot personen met een bepaalde maatschappelijke status of van een bepaald geslacht. In grootschalige maatschappijen is het sjamanisme cultureel en maatschappelijk minder belangrijk en wordt daarmee het terrein voor de sociaal marginalen, waaronder vrouwen. De ontwikkelingen die Ohnuki-Tierney bij de Ainu beschrijft, geven aan dat dit volk langzaam opgenomen wordt in de moderne Japanse samenleving en dat dit nadelige gevolgen voor de macht van vrouwen heeft, zeker waar het hun invloed op de gezondheidszorg betreft.

Vrouwelijke genezers bij de Aowin van Zuid-West Ghana (Ebin 1982)

Bij de Aowin traden tot ongeveer vijftien of twintig jaar geleden zowel mannen als vrouwen als medium op. Sedert kort ontvangen mannen echter opleidingen die hen voor betere banen kwalificeren. Nu zijn het alleen vrouwen die de rol van medium

en bewaarder van tradities op zich nemen. Zij houden zich bezig met het welzijn van de gemeenschap in het algemeen en met reproductieve problemen van vrouwen in het bijzonder.

Vruchtbaarheid is een belangrijk begrip in het alomvattende wereldbeeld van de Aowin, en behoort tot de kern van de relatie van de mens met de sociaal-culturele en mystieke wereld. Onvruchtbaarheid wordt door een vrouwelijk medium gezien als een verschijnsel van disharmonie met de gemeenschap waarvan men deel uit maakt. Voor de mannelijke genezer, die tegenwoordig voornamelijk een kruidenkundige is, is zwangerschap en geboorte echter geen sociaal verschijnsel. Het wordt door hem, evenals in de Westerse geneeskunde, beschouwd als een op zich zelf staande fysiologische gebeurtenis. Onvruchtbaarheid hoeft dan niet beschouwd te worden als de uitdrukking van een negatieve relatie met de gemeenschap, maar wordt beschouwd als een lichamenteel probleem.

De benadering door de mannelijke herbalist van de fysiologische aspecten van aandoeningen van vrouwen is daardoor heel anders dan die van het vrouwelijke medium en haar wereldbeeld. Sommige herbalisten gebruiken hun kennis van de motoren van vrachtauto's om de dynamiek van de menselijke fysiologie te verklaren. De mannelijke genezers hebben in het algemeen meer kans zich bij te scholen en westerse praktijken in hun genezingstechnieken te incorporeren. Of hun invloed daardoor toeneemt en de vaak juiste kennis en vaardigheden van vrouwelijke media hierdoor al dan niet in het gedrang komt, laat Ebin in het midden.

Vrouwelijke genezers in Egypte (Nelson 1975)

In Egypte hebben traditionele vrouwelijke genezers een machtige positie binnen de gemeenschap. Zij danken deze aan hun geneeskundige kennis en de rol die zij spelen in de handhaving dan wel bedreiging van de morele orde. Hun macht wordt geassocieerd met het bovennatuurlijke en stoelt op de angst die mannen hebben voor de seksualiteit van vrouwen. Het is niet alleen door genezen, maar ook door hekserij, magie en waarzeggerij dat vrouwen in het algemeen het leven van mannen beïnvloeden.

Door het Ministerie van Gezondheid in Egypte worden traditionele vrouwelijke genezers, zoals de *daya* (traditionele vroedvrouw), echter als regressieve krachten gezien die modernisering tegenhouden. Vrouwen worden gestimuleerd op westerse leest geschoelde opleidingen te volgen tot vroedvrouw en verpleegster. Verpleging wordt echter geassocieerd met prostitutie en ondergeschiktheid en is daarom een van de minst gewaardeerde vrouwelijke beroepen in Egypte. Nelson stelt naar aanleiding van deze situatie de volgende vraag: in hoeverre tast deze ontwikkeling de machtspositie van vrouwen aan en treedt hierdoor een verlies op van vrouwelijke symboliek in de morele orde van de maatschappij en haar genezingssystemen?

Meer algemeen kunnen wij ons afvragen of en in hoeverre de modernisering van de geneeskunde in de Derde Wereld momenteel leidt tot een afname van invloed van vrouwen op de symboolvorming binnen genezingssystemen en de structurering van deze systemen. Of leidt modernisering tot het naast elkaar voortbestaan van verschillende medische systemen: een door mannen gedomineerd professioneel systeem, en een

gemarginaliseerd vrouwelijk systeem dat gebaseerd is op ervaringsdeskundigheid? Moeten vrouwen streven naar de integratie van beide systemen of zich op hun 'eigen terrein' terugtrekken? Deze vragen zijn niet alleen in de Derde Wereld maar ook in de westerse wereld actueel.

De vrouw als patiënt

Moderniseringsprocessen kunnen niet alleen negatieve gevolgen hebben voor vrouwen waar het hun traditionele rol als genezers betreft, maar ook waar het gaat om hun kwetsbaarheid voor ziekte en hun eventuele verzorging en genezing.

Er bestaat een uitgebreide literatuur over verschillen in symptomatologie tussen westerse mannen en vrouwen en over de hogere frequentie van klachten van vrouwen. Toch wijzen statistieken uit dat vrouwen niet alleen in het westen maar soms ook in andere delen van de wereld langer leven dan mannen. Vroegere verklaringen van deze verschijnselen werden teruggevoerd op biologische verschillen tussen de seksen en werden vooral verbonden met de reproductieve en hormonale functies van vrouwen. Dit soort verklaringen is de laatste jaren in diverse studies aangevochten. De auteurs daarvan zoeken vooral naar sociaal structurele en psychosociale verklaringen voor het verschijnsel. Over deze problematiek zijn de volgende drie, met elkaar samenhangende, stellingen regelmatig in de literatuur terug te vinden:

- 1 Het hoort meer bij het vrouwelijke dan het mannelijke rolpatroon om openlijk uitdrukking aan ziekte te geven.
- 2 De sociale rollen van vrouwen brengen meer stress met zich mee dan die van mannen, waardoor vrouwen meer ziek zijn.
- 3 Vrouwen hebben meer tijd om ziek te zijn dan mannen.

De eerste twee stellingen zouden zowel opgaan in geïndustrialiseerde maatschappijen als in landen van de Derde Wereld. Op de laatste stelling hebben feministen veel kritiek geleverd. De bewijsvoering kan hier kwantitatief van aard zijn, en het is daarom gemakkelijker deze stelling te weerleggen dan de twee voorafgaande. Zo heeft een studie van twee gemeenschappen in Ghana aangetoond dat vrouwen daar gemiddeld 40,2 uur vrije tijd per maand hebben, terwijl dit voor mannen 103,2 uur is (Shaw-Taylor 1981).

Finkler (1985a en b) tracht in haar studies over sekse-verschillen in symptomatologie in Mexico het gehele complex van stellingen te toetsen. Het belang van Finklers onderzoek is dat dit een van de eerste studies is waarin expliciet wordt ingegaan op de gevolgen van moderniseringsprocessen voor de gezondheid van vrouwen.

Het onderzoek vond plaats op het Mexicaanse platteland onder de armste laag van de bevolking. Een groepering die sinds kort de invloed ondervindt van sociaal-economische processen die de traditionele situatie totaal veranderen. Dit brengt met zich mee dat op velerlei gebieden binnen en buiten de gezinssituatie spanningen ontstaan die vaak tot conflicten aanleiding geven. Conflicten die op hun beurt weer allerlei ziekten en kwalen tot gevolg hebben. Uit haar onderzoek blijkt dat vrouwen meer dan mannen aan chronische aandoeningen lijden. Drie-kwart van alle bezoekers aan spirituele genezers zijn vrouwen. Finkler vroeg zich af hoe dat komt, als vrouwen en

mannen aan dezelfde sociaal-economische en politieke omstandigheden zijn blootgesteld.

Bij het zoeken naar een antwoord op die vraag ging Finkler er van uit dat er op het platteland van Mexico een ongelijke relatie bestaat tussen mannen en vrouwen. Vrouwen worden buitengesloten van economische en politieke beslissingen, en mishandeling van vrouwen komt veel voor. Op grond hiervan is het plausibel dat vrouwen meer onderhevig zijn aan de psychische spanningen die bij hun positie als vrouw behoren dan mannen. Maar zo eenvoudig bleek het niet te liggen. Dit soort oorzakelijke redeneringen om een verschil in morbiditeit tussen mannen en vrouwen te verklaren, blijkt niet altijd op te gaan. Binnen de groepering die Finkler bestudeerde bleek bijvoorbeeld weinig verzet te bestaan tegen traditionele rolverschillen. De vraag waarvoor Finkler toen geplaatst werd, was hoe het ziekte-incidentieverschil dan wel verklaard zou kunnen worden. Zij kwam er uiteindelijk achter dat de ziekten die aan de spirituele genezers gepresenteerd worden, vooral gesomatiseerde existentiële en psychologische problemen zijn, zoals bijvoorbeeld 'depressie'. In inheemse verklaringen wordt een grote variëteit van symptomen toegeschreven aan emoties, zoals rouw om de dood van familie of vrienden. Vele van Finklers informanten verklaarden hun problemen vanuit specifieke gebeurtenissen in hun leven: slechte huwelijksrelaties en mishandeling ten gevolge van het alcoholgebruik van de echtgenoot; tragische gebeurtenissen zoals de dood van een kind.

Om twee redenen lijden vrouwen meer dan mannen door het verlies van een kind. De moederrol vormt de basis voor de eigenwaarde van een vrouw en wanneer een kind sterft, wordt de moeder als de direct schuldige aangewezen door de vader. Haar wordt dan verwaarlozing van het kind verweten. Gezien de slechte economische situatie waarin deze vrouwen verkeren, waardoor de sterfte van een kind vrijwel permanent dreigt, leven vrouwen dus onder de voortdurende druk van de kans op vermindering van hun gevoel van eigenwaarde. Een druk die op den duur ernstige gevolgen voor de geestelijke gezondheid kan hebben. Door een verbetering van de gezondheidszorg en sociaal-economische omstandigheden zal de kindersterfte verminderen, hetgeen tevens van invloed zal zijn op de incidentie van somatische klachten die voortkomen uit de angst om kinderen te verliezen of uit de wanhoop over de dood van kinderen.

In haar analyse van de hoge ziektefrequentie van Mexicaanse vrouwen heeft Finkler dus meer oog voor de complexiteit van dit vraagstuk dan men kan verwachten in studies die zich beperken tot, of uitgaan van de drie hier boven genoemde vooronderstellingen over ziekte en ziektegedrag van vrouwen. In plaats van zich te beperken tot stereotype parameters, heeft zij naar specifieke culturele, sociaal-psychologische en sociaal-structurele variabelen gezocht. Toen die zichtbaar werden bleek de uiteindelijke oorzaak van het verschil in ziekte-incidentie gezocht te moeten worden in de snelle infiltratie van de vrije markt economie in de Mexicaanse plattelandscultuur. Die infiltratie heeft vrouwen meer lasten en plichten bezorgd dan ze dragen konden, en bedreigde tegelijkertijd de traditionele structuren en idiomen die vrouwen een zekere geborgenheid boden.

Inmiddels zijn er ook andere medisch-antropologische studies verschenen die tot een soortgelijke conclusie komen. Zo is er het werk van Ong (1987, 1988) over de 'productie' van geestesbezetenheid en de transformatie van emotionele syndromen bij vrou-

wen in dienst van een multinationale onderneming in Maleisië. Deze transformatie betreft een verandering van de bevolkingsgroep die aan deze aandoeningen lijdt, de incidentie van geestesbezetenheid, haar betekenis, de ervaringen die deze aanvallen veroorzaken en de plaats waar zij zich voordoen. Ook heeft het idioom dat vrouwen ter beschikking stond om angst en protest te uiten zich gewijzigd. Dat is nu een idioom van onderwerping en externe controle.

Ong volgt de traditionele interpretatie van geestesbezetenheid. Geestesbezetenheid was volgens haar voor Maleise vrouwen een manier om zich te verzetten tegen de macht en de autoriteit van mannen, zonder daarvoor gestraft te kunnen worden. Als 'slachtoffers' van machten die buiten hun wil om bezit van hun namen konden ze immers niet aansprakelijk gesteld worden voor hun gedrag. Die situatie verandert echter volkomen als er niet meer van wordt uitgegaan dat het om iets gaat dat zich buiten de wil van vrouwen om voltrekt. In de moderne industrie wordt geestesbezetenheid als ziekte geïnterpreteerd. Vrouwen worden hiervoor verantwoordelijk gesteld en bestraft. De leiding van de fabrieken ziet bezetenheid als een denkbeeldige ziekte van arbeidsters die de orde verstoren. Naar haar mening zouden deze vrouwen gewend zijn thuis een leven van ledigheid te slijten en nu moeite hebben om zich aan te passen aan de fabrieksdiscipline. Zoals vaak gebeurt, wordt ook hier het arbeidzame leven van vrouwen ten onrechte ontkend.¹¹

De studie van Ong illustreert hoe de westers medische herdefinitie van het lijden van vrouwen en de behandeling ervan met grote hoeveelheden psychofarmaca leidt tot de verinnerlijking van emoties bij vrouwen. Als gevolg daarvan vermindert het repertoire van waardeoordelen, kritiek en protest dat vrouwen traditioneel tot hun beschikking hadden. De transformatie van geestesbezetenheid in een ziekte-idioom betekent dat het individu en niet de sociale context als de oorzaak van het probleem beschouwd wordt. Ook hier zijn het uiteindelijk processen van modernisering en industrialisering die de belangrijkste risicofactoren voor hun welbevinden vormen.

Diverse studies suggereren dat het hier om een algemene trend gaat. Een van de gevolgen van de invoering van westerse opvattingen over 'de natuur van de vrouw' in de Derde Wereld is dat de traditionele balans tussen bescherming en gevaar wordt verstoord. Enerzijds kan modernisering tot adequate vormen van preventie en therapie leiden. Anderzijds veroorzaken wijzigingen in bestaande cultuurpatronen juist voor vrouwen problemen, vooral in psychosomatisch opzicht.

De studies waar ik naar verwezen heb, tonen dat vrouwen in de Derde Wereld ondanks alles, doorgaan vorm te geven aan hun eigen leven. Op grond van empirische wordt steeds meer verzet aangetekend tegen studies waarin vrouwen worden afgeschilderd als louter slachtoffers van hun eigen fysiologische constitutie, hun psychische tekortkomingen, hun reproductieve eigenschappen, of van hun oppressieve levensomstandigheden (zie Richters 1990). Dat neemt niet weg dat feministische onderzoeksters het dominante methodologische paradigma van het cultureel relativisme terzijde blijven schuiven en kritiek blijven uitoefenen op misstanden in culturen van Derde-Wereldlanden waar vrouwen vaak in erbarmelijke omstandigheden leven. Het blijkt nodig er op te wijzen dat modernisering die omstandigheden vaak niet verbeterd heeft. Cultureel relativisme continueert de bestaande misstanden, onwil en negatieve vooronderstellingen ten aan-

zien van vrouwen. Culturele kritiek is nodig, maar dient vrij van etnocentrisme en paternalisme te zijn.

Ter afsluiting

De opzet van dit artikel was te wijzen op het belang van het thema 'Vrouwen, Gezondheid en Moderniseringsprocessen' voor de geneeskunde in het algemeen, en de medische antropologie in het bijzonder. Ik heb er op willen wijzen dat moderniseringsprocessen over de hele wereld voor vrouwen gepaard gaan of zijn gegaan met verlies van macht om te onderhandelen over de aspecten van hun fysieke en sociale leven. Internationale economische ontwikkelingen, maar ook de talrijke sociaal-culturele projecten die westerse instanties in de Derde Wereld hebben uitgevoerd, hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld. Teneinde de toenemende ongelijkheid tussen mannen en vrouwen en de consequenties daarvan voor de gezondheid van vrouwen te verklaren, moet aandacht besteed worden aan de vooronderstellingen die ontwikkelingsplanners hebben over de aard van de vrouw en haar 'natuurlijke' plaats in de maatschappij.

Hedendaags *feministisch-antropologisch* onderzoek richt zich op de machtsbronnen die vrouwen ontnomen worden, maar ook op de middelen die vrouwen gevonden hebben of zouden kunnen gebruiken om hun positie in de maatschappij te handhaven of te versterken. De nog schaarse medisch-antropologische studies op dit terrein richten zich bijvoorbeeld op activiteiten van vrouwen die bijdragen tot het verbeteren van hun eigen gezondheidstoestand en van die van de gemeenschap waar zij toe behoren. Een vergelijking met zogenoemde zelfhulpgroepen in de westerse wereld ligt daarbij voor de hand.

Ik heb mij moeten beperken tot slechts enkele aspecten van de veelsoortige en veelvormige relaties tussen veranderende politiek-economische omstandigheden, sekseslachts-verschillen, cultuur, ziekte-ervaring, ziekte-expressie, prevalentie en incidentie van klachten en kwalen van vrouwen. Er zijn veel meer cultuurvergelijkende studies nodig om over deze relaties gefundeerd generaliserende uitspraken te doen. De genoemde conferentie heeft tot doel reeds gevormde inzichten te toetsen en een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van nieuwe ideeën over de sociale, culturele, economische en psychische aspecten van het welzijn van vrouwen.

Noten

De auteur heeft na haar artsexamen culturele antropologie, sociologie en filosofie gestudeerd. Zij heeft gewerkt in diverse klinische settings in Nederland, Kenia, Malawi, Barbados en Indonesië en richt zich in haar onderzoek vooral op vrouwen, gezondheid en cultuur. Momenteel is zij verbonden aan de vakgroep Metamedica van de Faculteit Geneeskunde in de Vrije Universiteit van Amsterdam. Zij dankt Filip De Boeck, Eduard Bonsel, Sjaak van der Geest en Anneke Marrée voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.

- 1 Zie voor meer informatie onder Berichten, elders in dit nummer.
- 2 De 'Gids Vrouwenhulpverlening en Vrouwegezondheidszorg' is een indicatie van deze activiteiten. In de in 1988 door VIA (Vrouwenhulpverlening, Informatie en Advies) uitgegeven gids zijn ongeveer 800 adressen van vrouwenhulpverleningsorganisaties en initiatieven vrouwegezondheidszorg in Nederland opgenomen.
- 3 Zie Sector Paper Women and Development No. 3. Women and health - Policy on an operational footing: main points & checklist. Directorate General for International Cooperation/Ministry of Foreign Affairs, The Netherlands, March 1989.
- 4 Het nieuwste medicaliserings probleem voor vrouwen is de nu op wereldwijde schaal toegepaste in vitro fertilisatie. Vrouwen die zich hiervoor lenen worden onderworpen aan een serie gevaarlijke experimentele procedures en worden als proefkonijnen gebruikt in de grote internationale competitie van het produceren van babies in het laboratorium (Klein 1989:229). Zie, voor een analyse van de actieve participatie van vrouwen zelf aan medicaliseringsprocessen, Riessman 1983.
- 5 De levenskansen van meisjes worden recentelijk reeds vóór de geboorte verkleind. De mogelijkheid de sekse van de foetus vast te stellen heeft bijvoorbeeld in India tot een toename van het aantal abortussen geleid. Tijdens een conferentie in Bangalore, India, over 'welfare of women and fertility awareness' werd door de inleider van deze conferentie verwezen naar een studie over abortus: van de ongeveer 8.000 abortussen die gedurende één jaar in een 'bepaalde stad' hadden plaatsgevonden, bleken er 7.900 gevallen op een vrouwelijke foetus betrekking te hebben (The Times of India, Bangalore, January 12, 1990). Zie ook Ramanamma 1990.
- 6 Zie voor een aantal Nederlandse feministisch-antropologische studies bijvoorbeeld twee themanummers van *Antropologische Verkenningen* 5(2) juni 1986 en 5(4) december 1986.
- 7 De door Jansen (1983) voorgestelde vertaling van het Engelse begrip 'gender' in 'genus' en niet in 'geslacht' heeft in de Nederlandse feministische literatuur navolging gevonden.
- 8 Andere theoretische begrippenparen die centraal staan in de feministische antropologie, en die relevant zijn voor de studie van vrouwen in de context van gezondheid en gezondheidszorg, zijn: privé-publiek, natuur-cultuur particularistisch-universalistisch en productie-reproductie. Ook de aanduiding van vrouwen als 'muted group' (zie bijvoorbeeld McClain 1989) is een belangrijk theoretisch concept.
- 9 Zie bijvoorbeeld de bekend geworden studie van Lewis 1972.
- 10 Zie bijvoorbeeld Strathern 1987 voor de macht die vrouwen ontlenden aan hun 'eigen modellen'.
- 11 Zie bijvoorbeeld Kimball en Craig 1988 die nader ingaan op de zware arbeidsomstandigheden als stressfactoren van Maleise plattelandsvrouwen in Brunei.

Literatuur

Aguwa, Margaret I. (ed)

- 1983 Women, health, and international development. Michigan State University. Proceedings of Conference on Women, Health and International Development, October 1982, East Lansing, Michigan.

Bell, Diane

- 1982 Women's changing role in health maintenance in a central Australian community. In: Janice Reid (ed) *Body, land and spirit: health and healing in Aboriginal society*. St. Lucia: University of Queensland Press, pp. 197-225.
- 1982 *Daughters of the dreaming*. Melbourne: McPhee Gribble.

Blair, Patricia W. (ed)

- 1981 Health needs of the world's poor women. Washington D.C.: Equity Policy Center. Based on the proceedings of the International Symposium on Women and Their Health, June 1980, Post Deposit, Maryland.

- DeVecchio Good, Mary-Jo
 1980 Of blood and babies: the relationship of popular Islamic physiology to fertility. *Social Science & Medicine* 14B:147-56.
- Diskin, Vilunya
 1984 Developing an international awareness. In: Boston Women's Health Collective, *The new 'Our bodies, ourselves'*. New York: Simon and Schuster, pp. 611-21.
- Ebin, Victoria
 1982 Interpretation of infertility: the Aowin people of South-West Ghana. In: Carol P. MacCormack (ed) *Ethnography of fertility and birth*. London: Academic Press, pp. 141-61.
- Feministische Antropologie
 1986 Themanummers *Antropologische Verkenningen* 5(2) en 5(4).
- Finkler, Kaja
 1985a Symptomatic differences between the sexes in rural Mexico. *Culture, Psychiatry & Medicine* 9(1):27-59.
 1985b *Spiritualist healers in Mexico: successes and failures of alternative therapeutics*. South Hadley, MA: Bergin & Garvey.
- Graham, Hilary
 1985 Providers, negotiators and mediators: women as the hidden carers. In: E. Lewin and V. Oleson (eds) *Women, health and healing: towards a new perspective*. New York/London: Tavistock, pp. 25-53.
- ISIS International Bulletin
 1981 Nr. 20. Third International Meeting on Women and Health. Geneva.
- Jansen, Willy
 1983 Hoe vertalen we gender?. In: *Kongresbundel Winteruniversiteit Vrouwenstudies*. Nijmegen: SUN, pp. 175-9.
- Jordonova, Ludmilla J.
 1980 Natural facts: a historical perspective on science and sexuality. In: C. MacCormack & M. Strathern (eds) *Nature, culture and gender*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 42-70.
- Kimball, Linda A. & Shawna Craig
 1988 Women and stress in Brunei. In: Patricia Whelehan et al. *Women and health: cross-cultural perspectives*. Granby, Mass.: Bergin & Garvey, pp. 170-82.
- Klein, Renate D.
 1989 Resistance: from the exploitation of infertility to an exploration of in-fertility. In: Renate Klein (ed) *Infertility: women speak out about their experiences of reproductive medicine*. London: Pandora Press, pp. 229-96.
- Lewis, I.M.
 1972 *Religieuze extase*. Utrecht: Het Spectrum (vertaald uit het engels).
- McClain, Carol
 1989 Reinterpreting women in healing roles. In: C. McClain (ed) *Women as healers: cross-cultural perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press, pp. 1-21.
- McDonnell, Kathleen (ed)
 1986 *Adverse effects: women and the pharmaceutical industry*. Penang: International Organization of Consumers' Unions.
- Mernissi, Fatima
 1983 Genocide can be bloodless. In: Aguwa 1983: 1-6.
- Nelson, Cynthia
 1975 Reconceptualization of health care. In: V. Oleson (ed) *Women and their health: research implications for a new era*. Department of Health, Education and Welfare, No. (HRA) 77-3138.

- Ong, Aihwa
 1987 *Spirits of resistance and capitalist discipline: factory workers in Malaysia*. Albany N.Y.: State University of New York Press.
 1988 The production of possession: spirits and the multinational corporation in Malaysia. *American Ethnologist* 15(1):28-43.
- Ohnuki-Tierney, Emiko
 1980 Shamans and 'imu': among two Ainu groups. *Ethos* 8(3):204-29.
 1981 *Illness and healing among the Sakhalin Ainu: a symbolic interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pizurki, Helena et al.
 1987 *Women as providers of health care*. Geneva: World Health Organization.
- Ramanamma, A.
 1990 Female foeticide and infanticide a silent violence. In: Sushma Sood (ed) *Violence against women*. Jaipur (India): Arihant, pp. 71-93.
- Richters, Annemiek
 1989 The cultural pathologies of development: socio-cultural impacts of development on mental health. Conference paper, Seminar on the Impact of Development, Andalas University, Padang, Indonesia. Te verschijnen in conference proceedings.
 1990 The construction of emotions in the context of modernisation processes: between adjustment and protest, Te verschijnen in conference proceedings The International Congress on Mental Health Care for Women, nr. III, Between selfhelp and professionalism. Amsterdam: Stichting De Maan.
- Riessman, Catherine K.
 1983 Women and medicalization: a new perspective. *Social Policy* 14:3-18.
- Rogers, Barbara
 1981 *The domestication of women: discrimination in developing societies*. London: Tavistock.
- Rutabanzibwa-Ngaiza, Jean et al.
 1985 *Women and health. A review of parts of sub-Saharan Africa, with a selected annotated bibliography*. EPC Publication Number 6. London: Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Sharma, Miriam
 1989 Women's work is never done: dairy 'development' and health in the lives of rural women in Rajasthan. *Economic and Political Weekly*, April 29, pp. 38-45.
- Shaw-Taylor, Ruth
 1981 Signs of mental stress in Ghana. In: Blair 1981:18-22.
- Spring, Anita
 1978 Epidemiology of spirit possession among the Luvale of Zambia. In: J. Hoch-Smith and A. Spring (eds) *Women in ritual and symbolic roles*. New York: Plenum Press, pp. 165-91.
- Strathern, Marilyn (ed)
 1987 *Dealing with inequality: analysing gender relations in Melanesia and beyond*. New York: Cambridge University Press.