

Boekbesprekingen

C.W. Aakster, R. van Wijk en P.A. van Dijk (red.), *Integrale geneeskunde. Een inleiding*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1989, 317 pp. Prijs: f 49,50.

Met de term 'integraal' verwijst de redactie naar verschillende inhouden. In de inleiding staat de term voor de onderlinge samenhang tussen drie belangrijke dimensies. Integrale geneeskunde wordt dan "een manier van denken, een manier van handelen, een manier van zijn." Elders hanteert de redactie een andere omschrijving van integrale geneeskunde: "problemen met ziekten, gezondheid en zorgverlening zijn problemen van complete mensen." De term 'integrale geneeskunde' slaat op compleetheid én individualiteit. Het gaat om mensen die in voortdurende wisselwerking met hun omgeving verkeren, die een eenheid van lichaam en geest zijn en die een verleden, een heden en een toekomst hebben. Een der auteurs, Bergsma, verwijst in zijn bijdrage naar Querido die met integrale geneeskunde bedoelde aan te geven dat "geneeskunde die zich op onderdelen richt, te kort doet aan de patiënt, daarmee ook aan diens gezondheid en daarmee langs een omweg ook aan diens ziekte. De integrale geneeskunde heeft het over 'illness', een inkluderend begrip. De reguliere geneeskunde is vaak onduidelijk waar men het over heeft, maar meestal gaat het over 'disease' alleen."

Na deze summier definitie van integrale geneeskunde wordt dit idee uitgewerkt. Daartoe worden door de redactie voornamelijk twee denkpijlers uitgezet. In de eerste denkpijl "theoretische achtergronden" genoemd, komt bij verscheidene auteurs vooral de systeemtheorie over de hiërarchie in levende organismen aan bod. Voor de integrale geneeskunde blijkt deze theorie zeer bruikbaar. Voor de redactie is het een gelegenheid om de polen 'reductionisme' en 'holisme' te integreren. De bijdragen zijn goed geschreven en origineel. Dat de baanbreker van deze theorie, de Belgische biochemicus Prigogine, nauwelijks vermeld wordt is merkwaardig, maar dat de grondlegger van de systeempathologie, de Nederlandse Marco de Vries, nergens ter sprake komt is onbegrijpelijk. Zijn inzichten vanuit onderzoek in helings- en genezingsprocessen en zijn bijdrage in de opleiding van hulpverleners in de school voor medische synthese te Rotterdam mochten in dit werk niet ontbreken.

Een tweede uitgewerkte denkpijl wordt "toepassingsgebieden" genoemd. Dit deel omvat acht hoofdstukken over alternatieve geneeswijzen. De meeste auteurs hebben zich niet de moeite getroost iets te schrijven dat aansluit bij het kernthema. "Hoe integraal zijn alternatieve geneeswijzen?" is een vraag die zich onontkoombaar

opdringt aan de lezer. Voor het antwoord heeft de redactie blijkbaar meer belangstelling dan de auteurs zelf.

Naast deze denkpijlers, die de twee hoofdlijnen van het boek uitmaken, wordt een aantal zijlijnen uitgewerkt. Hierin komen zeer interessante elementen aan bod, als het placebo, de duale relatie, de autonomie van de patiënt, het kwalitatief onderzoek, de huisartsgeneeskunde als alternatief; zelfs alternatieve financieringsvormen worden besproken. In deze zijlijnen zal de antropoloog zich het meest in zijn element voelen, hoewel hij voor specifieke themata als de context van het helingsproces, het symbolische, het visuele, het vrouwelijke op zijn honger moet blijven. Een radicale stap naar 'gezondheid' kan fraai ingewerkt worden in het 'integrale' en 'cultuur en gezondheid' maakt deel uit van de systeemtheorie, maar dit alles blijft afwezig. Dat ook het transculturele volledig buiten beeld blijft is voor een boek uit een multicultureel land vreemdend.

De redactie heeft met deze bundel met bijdragen van vele auteurs een vooruitstrevende inleiding willen aanbieden aan studenten, practici en meer theoretisch geïnteresseerden. Hoewel de alternatieve practici de titel hebben omgebogen naar "hoe integraal zijn alternatieve geneeswijzen?", is dit werk in zijn geheel verdienstelijk en zijn de inspiraties omtrent 'integrale geneeskunde' bruikbaar.

Hugo Stuer

H. Bakker, red., *Revalidatie en migranten*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1989, 167 pp. Prijs: f 42,50.

Al jaren wonen grote groepen buitenlanders in Nederland. Hoewel enige wederzijdse aanpassing heeft plaatsgevonden, zijn problemen in de hulpverlening aan deze mensen nog niet verdwenen. Daarom proberen hulpverleners 'handvaten' te vinden om deze problemen aan te kunnen pakken. In dat kader moet dit boek, uitgegeven onder auspiciën van de Vereniging van Revalidatieartsen ter gelegenheid van een basiscursusdag, gezien worden. Door bijdragen op te nemen over revalidatiewerkzaamheden in ontwikkelingslanden hoopten de samenstellers, de Werkgroep Transculturele Revalidatiegeneeskunde, dat de bundel ook door een wijder publiek gelezen zou worden.

De zestien hoofdstukken zijn over drie thema's verdeeld. Het deel 'Theoretische inleidingen' bevat bijdragen die betrekking hebben op communicatie tussen hulpverlener en patiënt: omgangsstrategie, aspecten van communicatie, beleving van handicaps en vooroordelen. Het tweede deel, 'Praktische aanwijzingen', behelst hoofdstukken met informatie over migrantengroepen, hun ziekten, en aspecten van de sociale wetgeving die voor hen van belang zijn en behandelt zaken die geassocieerd worden met revalidatie en migranten. 'Empirische ontleding', het laatste deel, is een veelsoortig geheel. Het bevat een beschrijving van allochtone revalidanten van één centrum waarin tevens besproken wordt in hoeverre de artsen 'transculturele problemen', belemmerend vonden voor de revalidatie; een bewerking van voordrachten voor de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde over grondbegrippen in de revalidatie; syllabi over het gebruik van de ADL Screening Sheet (Activities of Daily Living); een uiteenzetting

over de gevaren van verzending van tweedehands revalidatiemateriaal naar ontwikkelingslanden; en een vertaalde voordracht uit 1976 over de baat die de Dominicaanse Republiek heeft gehad bij buitenlandse revalidatie-experts.

Het streven van de samenstellers een inleiding te geven in de problematiek van de omgang tussen revalidatieartsen en patiënten afkomstig uit andere culturen kan alleen maar toegejuicht worden; of dit boek nuttig zal zijn als een dergelijke inleiding is echter de vraag. Zowel de samenstelling als de inhoud roept vragen op.

De titel wekt de indruk dat het boek over de behandeling van in Nederland wonende buitenlanders zal gaan. Er wordt in de bijdragen echter vaak verwezen naar elders. Soms worden zaken genoemd die in deze context niet relevant zijn, zoals de houding ten opzichte van vrouwelijke eeneïge tweelingen in Centraal Afrika. Datzelfde geldt soms voor de achtergrondinformatie. Zo wordt in een algemene beschrijving van de bevolking van Marokko gemeld dat “de naar Israël geëmigreerde joden daar als ‘typische Marokkanen’ (messetrekkers) gelden en vaak ook nog een portret van koning Hassan in hun kamer hebben hangen!” Daarnaast is de opname van bijdragen over revalidatie in ontwikkelingslanden weinig gelukkig. Deze hoofdstukken – ondergebracht in het deel ‘Empirische ontleding’ – staan los van de rest van het boek. Merkwaardigerwijs bevat dit deel slechts één bijdrage met – zeer summere – empirische gegevens over de behandeling van buitenlandse patiënten in Nederland.

Ook op inhoud is een en ander aan te merken. In de beoogde theoretische inleiding in Deel I is van analyse nauwelijks sprake: aspecten van communicatie worden beschreven, aangevuld met voorbeelden van ‘miscommunicatie’ en aanwijzingen hoe dit tijdens consulten te voorkomen is; eerder een onderwerp voor het deel ‘Praktische aanwijzingen’. Dat deel bevat echter alleen – weinig systematisch gepresenteerde – achtergrondinformatie over de migranten. Het hoofdstuk dat cijfers pretendeert te geven over migranten, spreekt voornamelijk over Marokkanen. Een ander hoofdstuk presenteert slechts willekeurige gegevens over Marokko, Turkije, de Islam, de mediterrane cultuur, Surinamers in Suriname en Nederland, Chinezen en Molukkers, meestal zonder verbanden te leggen met revalidatie. Het hoofdstuk over ‘Speciële revalidatie’ bestaat tenslotte uit een bonte verzameling onderwerpen die in alfabetische volgorde, zonder enige andere lijn, worden opgesomd. De indruk wordt gewekt dat de onderwerpen alleen maar als handvat voor de auteurs fungeren om enkele praktijkbevindingen te kunnen noemen.

Afgezien van het feit dat veel hoofdstukken niets met het toegewezen thema te maken hebben, zijn ze veelal anekdotisch van aard of stippen alleen maar zaken aan waarover de lezer wellicht meer wil weten; enige diepgang ontbreekt. Zo wordt in het hoofdstuk ‘Gevoelswaarde en beleving in een transcultureel perspectief’ kort beargumenteerd dat er verschillende ‘werkelijkheden’ bestaan en dat hulpverleners bedacht moeten zijn op hun eigen ethnocentrisme. Drie voorbeelden geven aan hoe dezelfde gebeurtenis verschillend geïnterpreteerd kan worden. Geëindigd wordt met de opmerking: “Oplossingsmethoden – door ervaring ingegeven – blijken vaak zinvol, te meer als de betreffende personen gehoord en gehonoreerd worden.” Mijns inziens zouden enkele praktijkvoorbeelden van dergelijke oplossingen hier zeker op hun plaats geweest zijn.

Men blijft met de indruk achter dat de auteurs weldegelijk iets te melden hebben aan hun collega’s, maar dat hun informatie te kort en onsamenhangend gepresenteerd

wordt. De uiteenlopende herkomst van de bijdragen is hier mogelijk ook debet aan. Naast elkaar zijn nieuwe en bestaande artikelen te vinden alsmede stukken die de neerslag vormen van studiebijeenkomsten. Als onderdelen van een werkboekje voor een basiscursusdag, waar ze vermoedelijk als uitgangspunten voor discussie functioneerden, kon men de bijdragen als zodanig opnemen; voor publikatie in een boek voor een breder publiek was echter redactionele bewerking nodig geweest. Deze had in ieder geval moeten zorgen voor een betere indeling, een notenapparaat, literatuurverwijzingen, een toelichting bij de tegenspraak tussen verschillende stukken, en enige context voor de gegeven achtergrondinformatie. Bij dat laatste zou samenwerking met medisch antropologen niet overbodig zijn geweest.

Diverse interessante punten hadden verder uitgewerkt kunnen worden. Hierbij denk ik onder meer aan de opmerking van Meyers en anderen dat de cliënt als persoon, niet als individu benaderd moet worden, aangezien hij altijd deel uitmaakt van een sociale groep, aan de ontwikkeling van 'community-based rehabilitation' vanuit de revalidatiecentra en aan De Vreedes onderscheid tussen 'evaluatie' (het expliciteren van toegekende waarde) en 'assessment' (het vaststellen van de toestand en eventuele vergelijking met baseline data en/of doelen) en hoe dit in de revalidatiepraktijk gehanteerd wordt.

Geconcludeerd moet worden dat dit boek meer had kunnen opleveren. Misschien treffen revalidatieartsen er enige nuttige praktische aanwijzingen in aan; mijns inziens zouden die echter waardevoller geweest zijn als ze in een duidelijker kader waren geplaatst. De antropoloog heeft dit boek helaas weinig te bieden.

Maria de Bruyn

J.N.Breetvelt, *Dualisme en integratie. Een studie van de factoren die een rol spelen bij het hervinden van identiteit bij opgeleide Afrikanen*. Kampen, Uitgeversmaatschappij J.H.Kok, 1989. 183 pp. Prijs: f 27,50.

De titel doet het niet direct vermoeden, maar dit is een theologisch proefschrift van de hand van een medicus met als concrete vraag: hoe moet het verder met de missie- en zendingsziekenhuizen in Afrika gezien de toenemende financiële problemen en, belangrijker nog, gezien de gestaag voortschrijdende afrikanisering? Niet dat de auteur tegen afrikanisering zou zijn. Integendeel, hij beschouwt dit terecht als een noodzakelijke en verheugende ontwikkeling, maar het weerhoudt hem er niet van te constateren dat er juist op dat gebied grote problemen liggen. Zo wordt er over de managementkwaliteiten van Afrikaanse arts-directeuren door hun Europese ondergeschikten nogal negatief geoordeeld. Er vallen verwijten van autocratie, gebrek aan planning, nepotisme enzovoorts, zonder dat men zich realiseert dat Afrikaanse artsdirecteuren veel minder vrij en onafhankelijk zijn in het nemen van beslissingen dan men zou verwachten. Dit alles was aanleiding voor de auteur om zich expliciet te bezinnen op de achtergronden van dit fenomeen. Het nam uiteindelijk de vorm aan van een onderzoek naar de waardenpatronen van opgeleide Afrikanen, gebaseerd op zijn persoonlijke ervaringen als ondergeschikte Nederlandse arts werkend in Nigeria, op tien jaar ervaring met medi-

sche ontwikkelingssamenwerking. Daarnaast baseerde hij zich op literatuurstudies, enerzijds op het gebied van Afrikaanse romankunst, anderzijds op dat van Afrikaanse theologie. Hij poogt op grond daarvan een denkmodel te ontwikkelen, dat hem en anderen behulpzaam kan zijn bij het beter leren verstaan van de situatie van de opgeleide Afrikaan. Dit met name in het proces van overdracht van kennis en verantwoordelijkheid voor eigen instituten en programma's. Kenmerkend voor dit geheel is de ongelijkwaardige relatie tussen de Afrikaanse traditie en het Westen, in Breetvelts terminologie aangeduid als 'dualisme'. Daartegenover staat, zoals duidelijk zal zijn uit de hoofdtitel, als na te streven doelstelling het begrip 'integratie'.

Breetvelts beschouwingen leiden hem onder andere naar de Afrikaanse traditionele genezing en de religieuze factor, want de Afrikaanse traditie zoals deze tot uiting komt in het denken en doen van medicijnpersonen en kerkelijke genezers, is ook heden ten dage nog in opvallende mate religieus. Een en ander blijkt ook uit de twee laatste hoofdstukken waarin een aantal bewegingen beschreven worden, met name op het gebied van gezondheidszorg en van de interreligieuze dialoog, die men als spontane integratiebewegingen zou kunnen bestempelen. De term 'integratie' blijkt echter niet alleen te slaan op de gelijkwaardige evaluatie van afrikaanse en westerse culturen, c.q. medische subculturen, maar ook op de daadwerkelijke integratie daarvan, zoals deze gestalte krijgt in een aantal kleinschalige gezondheidsprogramma's, die volledig geafrikaniseerd zijn, een zekere mate van medische professionaliteit en een stabiele organisatievorm hebben. De talloze (samen meer dan 6,000!) genezingskerken van christelijke origine, die vrijwel overal in Afrika ten zuiden van de Sahara, vallen hier dus in principe buiten, omdat de meesten ervan zich beperken tot een variant van gebedsgenezing. Integratiebewegingen in de meer strikte zin van het woord zijn echter betrekkelijk zeldzaam, gezien het feit dat de combinatie van Afrikaanse en westerse geneeswijzen in één persoon of in een samenwerkingsverband van meerdere personen niet gemakkelijk te realiseren is.

De meer directe bekommernis van de auteur gaat echter uit naar de problemen binnen de van origine westerse kerken – de voormalige missie- en zendingskerken – en de grote medische programma's die eigen zijn aan deze kerken. Beide lijden aan een grote mate van dualisme en aan een inferioriteitscomplex, waardoor – in ieder geval binnen de gezondheidszorg – de instellingen een valse kopie lijken te zijn van westerse instellingen. Hoe dit probleem op te lossen? Binnen de gevestigde kerken wordt volgens de auteur steeds sterker de roep om een bevrijdingstheologie gehoord. Een van de belangrijkste vertegenwoordigers hiervan buiten Zuid-Afrika is Engelbert Mveng wiens visie past binnen Breetvelts denkmodel. Mveng stelt dat bevrijding inherent hoort bij de boodschap van het Evangelie en dat het goede nieuws van die bevrijding in eerste instantie voor alle armen bedoeld is. Theologie, wil ze haar functie vervullen, is altijd en overal een bevrijdingstheologie. Bevrijding in dit geval betekent dat de Afrikaan zijn eigen identiteit herwint en zich daardoor ontworstelt aan het hem structureel opgedrongen inferioriteitscomplex. Hierin klinken echo's door van Franz Fanons 'koloniaal syndroom' met als significant verschil dat Fanon in de eerste plaats dacht aan gewapend verzet als remedie tegen dat syndroom. De uiteindelijke aanbeveling is tweevoudig: schaalverkleining van medische instellingen en programma's en mentaliteitsverandering van hen, die daarbij betrokken zijn, met name het opgeleide personeel van

zowel Afrikaanse als Europese origine.

Er zullen waarschijnlijk maar weinig geïnteresseerden zijn, zelfs onder de niet-kerkelijk georiënteerden, die de auteur in dezen niet zouden willen bijvallen. Toch vraag ik me af of hier niet enkele zaken door elkaar lopen, die we beter van elkaar gescheiden kunnen houden. Het betreft namelijk de meervoudige betekenis, die in dit proefschrift aan de term integratie wordt gegeven. Allereerst refereert het aan twee verschillende medische tradities, de traditioneel Afrikaanse en de westerse, die samen een geheel zouden kunnen vormen, zij het onder bepaalde voorwaarden en met bepaalde restricties. Want het zal wel niet de bedoeling zijn dat de traditionele geneeskunde in zijn geheel wordt overgenomen. In de tweede plaats refereert de term integratie aan de minderwaardige positie, die de Afrikaanse cultuur en medische subcultuur innemen in het bewustzijn van Europeanen en, niet zelden, ook van Afrikanen. Het hieraan corresponderende actiepunt is de zonet vermelde mentaliteitsverandering. De vraag is nu: wie heeft er behoefte aan wat? Heeft de Afrikaanse geneesheer-directeur er behoefte aan Afrikaanse geneeswijzen binnen zijn ziekenhuis toe te laten in combinatie met de westerse geneeswijze, waar hij toch vooral de vertegenwoordiger van is? Misschien wel, maar heel waarschijnlijk is het niet. Heeft de charismatische leider van de kleine genezingsbewegingen, die aan het einde van het boek genoemd worden, behoefte aan mentaliteitsverandering in de zin als hier beschreven? Ook hier weer: misschien wel, waarschijnlijk niet. Het typische van deze figuren is juist hun overtuiging dat ze het beste, of het best mogelijke, representeren. Zij hebben het koloniaal syndroom al een eind achter zich gelaten.

Een derde hier nog niet genoemde betekenis van integratie heeft te maken met het verschil tussen arm en rijk, waarop wordt gezinspeeld in de bevrijdingstheologie. De achterliggende bedoeling daar is dat de verantwoordelijken de armen bijstaan zich uit hun lot te bevrijden en met name speciale aandacht aan hen schenken in het medisch werk. Ook hier kan er geen twijfel bestaan over het nut van een dergelijke inspanning, maar de vraag is of dit een opdracht is, die specifiek aan geschoold medisch personeel moet worden meegegeven.

Aan dit boek liggen dus uiteindelijk niet één maar drie fundamentele problemen ten grondslag. Alle drie zijn ze de moeite van het overwegen waard, maar de combinatie ervan in een denkmodel doet bij mij toch een vraag rijzen. Laten we beginnen met iets waar we geen moeite mee hebben: er kan geen twijfel over bestaan dat de ex-patriate moet proberen het denkpatroon van zijn arts-directeur te begrijpen om aldus tot een beter oordeel over hem te komen. Maar wat moet hij met de integratie van Afrikaanse geneeskunde en het bereiken van de armsten en zelfs allerarmsten? De kans is niet gering dat dezelfde arts-directeur daar geen boodschap aan heeft en het zelfs als een nieuwe westerse gimmick opvat, bedoeld om hem zijn zekerheden te ontnemen. Het hoeft natuurlijk niet zo te zijn, maar het zou me niet verbazen als het in de meeste gevallen daar op uitdraaide. Om een voorbeeld te geven uit een aanpalend gebied: hoeveel Afrikaanse bisschoppen voelen zich niet bedreigd door progressieve missionarissen met als uiteindelijke gevolg telkens weer oploeiende conflicten en een steeds dichter aanleunen tegen Rome? Het is te hopen dat de toekomstige medische ontwikkelingshulpers de door Breetvelt aangereikte suggesties ter harte zullen nemen. Maar ik zou u aanraden de eerste onvoorwaardelijk toe te passen en met de twee andere wat terughoudender

te zijn.

Mathieu Schoffeleers.

S. Fainzang, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Cahiers de l'Homme 29), 1989. 109 pp. Prijs: FF 90.

“We need to anthropologize the West: show how exotic its constitution of reality has been; emphasize those domains most taken for granted as universal (this includes epistemology and economics); make them seem as historically peculiar as possible; show how their claims to truth are linked to social practices and have hence become effective forces in the social world.” Dit citaat van Paul Rabinow (1986:241) verwoordt de opzet van Fainzangs programmatische boekje. De laatste jaren zijn antropologen zich steeds meer gaan bezighouden met het thuisfront, in casu de westerse cultuur. Meer en meer groeit het besef dat veldwerk ‘in den vreemde’ slechts tenvolle betekenis krijgt wanneer het wordt aangevuld met een terugkeer naar de eigen samenleving, en wanneer het wordt gezien als een horizon die de dialoog tussen culturen mogelijk maakt (Todorov 1988) of een kritiek op de eigen samenleving vorm geeft (Marcus & Fischer 1986). Met haar boek over ziekte en ziektebeelden in een Parijse randgemeente bewandelt ook Fainzang deze weg terug. Na een studie over de interpretatie van ziekte en therapie keuze bij de Bisa van Burkina Faso, keert zij terug naar Frankrijk. Het boek brengt verslag uit van haar tweede veldonderzoek, ditmaal in Ville-des-Bois, een gemeente die, zoals haar naam al laat vermoeden, een onduidelijke positie inneemt tussen stad en platteland, en voor het overige gekenmerkt wordt door haar heterogene populatie van autochtonen, Parijse inwijkelingen en een belangrijke migrantengroep van voornamelijk Portugese en Tzigan afkomst. Dit socioculturele pluralisme weerspiegelt zich in de beschikbare gezondheidszorg, die een breed scala bestrijkt van gemeentelijke gezondheidsdiensten, magnetiseurs, waarzeggers en traditionele genezers. De auteur tracht haar Afrikanistische zienswijze toe te passen op deze pluralistische randstedelijke realiteit en op de gangbare sociologische interpretaties van ziekte in de geïndustrialiseerde wereld. In die zin beschouwt Fainzang de terugkeer naar de eigen cultuur dan ook niet als een proces van ‘terugplooiing’, maar als een opening naar een maatschappelijke context die radicaal verschilt van de Afrikaanse.

Zij vertrekt vanuit de hypothese dat zowel in Afrika als in het Westen de praktische interpretaties van ziekte zelden of nooit autonoom zijn. Zij overstijgen het strikt medische domein en zijn verbonden met de socio-politieke en historische context. Fainzang ziet een structurele gelijklopendheid van interpretatie en representatie van ziekteprocessen in de Westerse en Afrikaanse context. Vanuit deze hypothese tracht ze vervolgens bloot te leggen hoe eenzelfde interpretatie-logica van ziekte en ongeluk verschillend wordt georiënteerd in beide regio's. Theoretisch laat de auteur zich inspireren door de traditionele functionalistische modellen. Het verschijnsel ziekte is voor Fainzang onlosmakelijk verbonden met het sociaal proces. Ze gaat ervan uit dat het spreken over ziekte een spreken is over spanningen tussen individuen en groepen. Een ziekte

uiten is zich uitspreken over de relatie met de ander en impliceert eventueel een oordeel over de aard van die relatie. Volgens de auteur beoogt dit spreken uiteindelijk een beschuldiging van de persoon of de instantie die verantwoordelijk wordt geacht voor het verschijnen van de ziekte. Het is dit interpretatiemodel van beschuldiging dat een belangrijke rol zal spelen in de gedragingen van de betrokkenen, in het verder verloop van de ziekte en het zoeken naar een adequate therapie. De verantwoording van de diagnose ligt niet in het verdwijnen van de ziekte bij de behandeling, maar in het verdwijnen van de veronderstelde oorzaak, de beschuldigde instantie.

De vorm die de beschuldigingen kunnen aannemen, verschillen naargelang de culturele (Afrikaanse/Westerse) realiteit. Fainzang onderscheidt vier typen beschuldiging: zelfbeschuldiging, beschuldiging van de nabije ander, beschuldiging van de vreemde ander en tenslotte beschuldiging van de maatschappij. Tussen de Franse en Afrikaanse context vallen parallellen en verschillen op. Zelfbeschuldiging en de beschuldiging van de ander worden in beide culturen aangetroffen. Het voornaamste verschil is dat in Frankrijk de interpretatie van de ziekte niet dezelfde sociale functie vervult als in Afrika. Dit heeft te maken met het privé-karakter van de beschuldiging, die contrasteert met de publieke beschuldiging van hekserij zoals we die kennen uit de Afrikaanse etnografie. Verder is er een verschil tussen verantwoordelijkheid en intentionaliteit. Waar het in Afrika doorgaans de nabije ander is die wordt beschuldigd, is het in de Westerse context vaker de vreemde ander. Deze heeft, in tegenstelling tot de nabije ander, niet steeds de *intentie* om het kwaad te veroorzaken. Veeleer draagt hij het kwaad op intrinsieke wijze in zich en is daardoor wel *verantwoordelijk* voor het kwaad. Een laatste verschil betreft de beschuldiging van de maatschappij, frequent in de Franse context, maar afwezig in de Afrikaanse. Fainzang noemt deze vierde beschuldigingsvorm dan ook een uiting van een 'étiologie contestataire' die kenmerkend zou zijn voor het Westen, terwijl de Afrikaanse etiologie veeleer een 'étiologie conservatrice' is die de bestaande sociale structuren bestendigt in plaats van ze ter discussie te stellen.

Enkele bedenkingen dringen zich bij lezing van dit boek op. Vooreerst valt het eigenlijke feitenmateriaal waarop de interpretatie van Fainzang steunt nogal mager uit. Bijna het hele boek bestaat uit de theoretische formulering van hypothesen, maar slechts een tiental pagina's worden gewijd aan casussen, die dan nog in hun meest rudimentaire skeletvorm worden weergegeven en niet beantwoorden aan de verwachtingen. Ondanks de waarschuwing van de auteur dat het boek slechts een tussentijds verslag brengt van haar onderzoek, kan ik me niet aan de indruk dat de olifant uiteindelijk slechts een muis heeft gebaard. Wie zich het boek wil lezen moet het dan ook meer beschouwen als een – weliswaar stimulerende – programmaverklaring, dan als een afgerond werkstuk.

Een tweede bezwaar vind ik de uitsluitend sociologische – en uiteindelijk zeer traditioneel functionalistische – interpretatie van de auteur. Ofschoon zij haar werk zelf situeert op het breukvlak tussen functionalistische en cognitief-symbolische stromingen binnen de antropologie, maakt ze deze bewering althans in het tweede deel – nergens helemaal waar. Zo geeft ze bijvoorbeeld wel aan dat de keuze voor een bepaalde therapie verbonden is met de perceptie die de patiënt heeft van zijn eigen lichaam en met het gebruik dat de therapeutische instellingen van dit lichaam maken, maar nergens maakt ze duidelijk wat die perceptie van het lichaam dan wel inhoudt, welke de symbolische

lichaamsmodellen zijn, of hoe het ziektebeeld verbonden is met een gearticuleerd symbolisch systeem. Haar interpretatie situeert zich bijna uitsluitend op het talige vlak. Mijn appreciatie van Fainzang's werkstuk is dan ook nogal gemengd. Helder geformuleerd en origineel van opzet, bevat het een aantal boeiende hypothesen die tot verder onderzoek kunnen inspireren, maar een "anthropologie de la maladie en France" is het geenszins geworden.

Literatuur

- Fainzang, S.
1986 *'L'intérieur des choses'. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris: L'Harmattan.
- Marcus, G.E. & M.M.J. Fischer
1986 *Anthropology as cultural critique. An experimental moment in the human sciences*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Rabinow, P.
1986 Representations are social facts: modernity and post-modernity in anthropology. In: Clifford, J. & G.E. Marcus (eds), *Writing culture. The poetics and politics of ethnography*. Berkeley: University of California Press, pp 234-61.
- Todorov, T.
1988 Knowledge in social anthropology. *Anthropology Today* 4 (2): 2-5.

Filip De Boeck

Stephan Frankel, *The Huli Response to Illness*. Cambridge Studies in Social Anthropology, Cambridge: Cambridge University Press, 1986, 201 pp.

Deze studie van Stephan Frankel is het resultaat van twee jaar professionele betrokkenheid bij de gezondheidszorg in Papua Nieuw Guinea, gevolgd door drie onderzoeksperiodes bij de Huli in de Southern Highlands aldaar. In het boek gebruikt de auteur zijn ervaringen als medicus en onderzoeker voor een analyse van de reacties op ziekte in dit deel van Melanesië. Het doel van dit werk is gegevens bij elkaar te brengen over zowel de traditionele benadering van ziekte door de Huli, als de reacties op en het gebruik van nieuwe vormen van medische zorg. Na inleidende beschouwingen over de theoretische achtergronden van de studie en de recente geschiedenis van de Huli, bestaat het grootste deel van het boek uit een overzicht van de voorkomende ziekten, de Huli-interpretatie van deze ziekten en hun symptomen en de motieven voor het kiezen van de verschillende traditionele en geïntroduceerde vormen van behandeling.

Frankel's stelling is dat de huidige diversiteit in gedragsopties (Westerse gezondheidszorg, christelijke geneeswijzen, traditionele geneeswijzen, compensatie-eisen) door de Huli in principe op dezelfde wijze gebruikt wordt als de vroegere diversiteit in de traditionele geneeswijzen. Medisch pluralisme is niet het gevolg van de recente introductie van westerse religie en gezondheidszorg, maar was al een essentieel onderdeel van de

medische praktijk bij de Huli. Het huidige gebruik van verschillende opties reflecteert niet primair een preoccupatie met de conceptuele verschillen tussen traditionele en geïntroduceerde behandelingsmethoden. In feite moeten deze gedragsopties gezien worden als alternatieve, vaak parallelle strategieën binnen de 'medische cultuur' van de Huli.

Alhoewel de strekking van Frankels betoog mij aannemelijk lijkt, is zijn argumentatie maar gedeeltelijk overtuigend. Zo ondersteunt hij zijn argument herhaaldelijk met referenties aan het individualisme en pragmatisme van de Huli (pp. 44, 49, 180, 186). De mogelijke achtergronden van deze attitudes worden echter nauwelijks toegelicht, zodat deze opmerkingen feitelijk fungeren als non sequitur's in zijn betoog. Daarnaast is de argumentatie sterk afhankelijk van de invulling van het concept 'medische cultuur' zoals dat door de auteur gebruikt wordt. Even afgezien van de intrinsieke waarde van het concept, worden de mogelijke contouren van een dergelijke medische cultuur slechts schetsmatig aangeduid. Dit is gedeeltelijk te wijten aan de gefragmenteerde presentatie van onderzoeksmateriaal. Alhoewel de vele, vaak interessante gegevens duidelijk maken dat de auteur zeer vertrouwd is met zijn onderwerp, is hij er mijns inziens niet in geslaagd om de complexe ideeën, keuzes en acties verbonden met ziekte volledig te integreren met meer algemene aspecten van de Huli-cultuur en zijn recente geschiedenis. Het beeld dat daarom vooral blijft hangen van het gedrag van de Huli is dat van een cultureel pragmatisme dat herinneringen oproept aan gedateerde ideeën over de zogenaamde 'loosely structured societies' in Melanesië.

Daartegenover staat dat het boek een waardevol en gedetailleerd overzicht geeft van de verschillende reacties op ziekte in deze samenleving. Frankels nadruk op het belang van onderzoek naar zogenaamde 'triviale' klachten en ziektebeelden zoals hoesten, verkoudheid, verzwikte enkel, buikpijn, etcetera is mijns inziens terecht. De vele diagrammen betreffende de relaties tussen deze (en andere) klachten, 'gender', leeftijd, afstand tot hulppost, gekozen medische zorg, en dergelijke zijn interessant en verhelderend. Daarnaast bevat de historische inleiding boeiend materiaal over de (rituele) betrekkingen tussen de Huli en naburige groepen van het Great Papuan Plateau. Over het geheel genomen is Frankels boek daarom een waardevolle bijdrage tot het studiegebied, zij het dat het niet volledig slaagt als geïntegreerde etnografie van de Huli benadering van ziekte.

A.G. van Beek

Charles M. Good, *Ethnomedical systems in Africa. Patterns of traditional medicine in rural and urban Kenya*. New York/London, The Guilford Press, 1987. 375 pp. Prijs: \$30.00.

Charles Good is van huis uit geograaf en dat komt in dit boek heel duidelijk naar voren: het valt te rangschikken onder de categorie medische geografie. De nadruk in deze publicatie ligt op de ruimtelijke ordening van de ziekte en van de medische systemen. Good geeft een uitgebreide beschrijving van Kenia vanuit de optiek van gezondheid en ziekte, maar richt zich daarbij vooral op de etnische groep Kamba.

Het boek bestaat ruwweg uit vier delen. Allereerst geeft Good in hoofdstuk 2 en 3 een overzicht van de politieke geschiedenis van Kenia, van de geografie, de demografie (urbanisatie) en de klassestructuur. Hij laat zien hoe al deze factoren samenhangen met de epidemiologie (morbiditeit en mortaliteit) en met de ontwikkeling van de medische systemen. Hij specificceert deze ontwikkelingen door een beschrijving te geven van de geschiedenis van de Kamba in Machakos District, met name het gebied rond de Kilungu Hills. Vervolgens beschrijft hij in hoofdstuk 4 en 5 de epidemiologie en de medische faciliteiten in het gebied van de Kilungu Hills. De verschillende categorieën inheemse genezers en hun spreiding komen aan de orde, terwijl daarnaast kort ingegaan wordt op therapiekeuze en de inheemse behandeling van ziekten. In hoofdstuk 6, 7 en 8 behandelt Good inheemse genezers in drie wijken van Nairobi. Ook hier wordt bijzondere aandacht gegeven aan de Kamba's. Gekeken wordt naar de spreiding van inheemse genezers, hun demografische kenmerken, hoe ze georganiseerd zijn en welke ziekten zij voornamelijk behandelen. Vervolgens wordt ingegaan op de therapiekeuze en de behandelwijzen van de inheemse genezers. *Bijzondere aandacht krijgt het gebruik van kruiden.* Tot slot in hoofdstuk 9 en 10 houdt Good, in navolging van Chavunduka, een pleidooi voor coöperatie tussen biomedische genezers en inheemse genezers.

Good heeft in dit boek vooral aansluiting gezocht bij Kleinman en Janzen. Opmerkelijk is echter dat, alhoewel hij voortdurend de begrippen Explanatory Model en Therapy Managing Group hanteert, deze nergens worden gebruikt in de beschrijving van onderzoeksresultaten.

In de titel komt de ambivalentie van deze publikatie duidelijk naar voren. De lezer zal zich afvragen of dit boek een case-study is van het medisch pluralisme in Kenia of een beschrijving van medisch pluralisme in geheel Afrika. Good heeft zich ingelezen in de (medisch) antropologische literatuur en kan deze bijdragen op waarde schatten. Het boek laat zich dan ook als een uitgebreide literatuurbespreking lezen, waarbij alles duidelijk wordt uitgelegd en inzichtelijk gemaakt. Zijn eigen onderzoeksgegevens worden vaak tussen neus en lippen door vermeld. Het boek probeert echter een beschrijving te geven van medisch pluralisme in Kenia, en men kan zich afvragen of al deze literatuur wel zonder meer van toepassing is op Kenia. In ieder geval is het niet altijd duidelijk of Good nu de situatie in Kenia beschrijft zoals hij die daar tijdens zijn onderzoek aantrof, en daarmee eerdere publikaties over medisch pluralisme in Afrika probeert te bevestigen, of dat hij een literatuuroverzicht wil bieden en soms voorbeelden aanhaalt uit Kenia. Het eerste lijkt de opzet, maar een duidelijk onderscheid tussen eigen bevindingen en aangehaalde literatuur is er niet altijd.

Als belangrijkste oorzaak van deze ambivalentie zie ik de geringe duidelijkheid omtrent zijn eigen onderzoeksmethoden. Praktisch nergens wordt beschreven hoe het onderzoek werd opgezet, welke observaties en interviews werden gedaan en met welk doel; alleen uitkomsten worden gemeld. Aangezien de beschrijvingen van Good grotendeels opgevuld worden met argumenten en beschrijvingen uit literatuur veelal over andere onderzoeksgebieden, wordt gesuggereerd dat de aangehaalde bevindingen van toepassing zijn op Goods onderzoeksobject, wat te betwijfelen is. Het is goed mogelijk dat de aangehaalde beschrijvingen en analyses wel van toepassing zijn, maar dan zou het volgens mij goed zijn geweest als Good dit expliciet had vermeld en aangetoond. Meer duidelijkheid over de zijn eigen veldonderzoek en de gevonden resultaten, had

de waarde van dit boek aanmerkelijk verhoogd. In ieder geval is de opmerking "Although Kenya's health care system is the ultimate focus of discussion here, my argument is *partly* based on the evidence from other African countries" (p. 299; mijn cursivering) in het laatste hoofdstuk, niet geheel juist. Bovendien is het jammer dat Good andere publikaties over medisch pluralisme zo weinig kritisch benadert. Zo ontnemt hij zich de mogelijkheid nieuwe observaties te doen of nieuwe argumenten en analysemethoden te ontwikkelen.

Op enkele plaatsen in het boek licht Good een tip van de sluier over zijn onderzoeksmethoden op. Zo beschrijft hij een enquête onder patiënten in het Kenyatta National Hospital, waarbij vragen gesteld werden over consultaties van inheemse genezers en het gebruik van traditionele geneesmiddelen. De ervaring heeft geleerd dat een dergelijke werkwijze geen goede resultaten oplevert, omdat patiënten bang zijn voor kritiek of zelfs repressailles van verpleegsters en ander ziekenhuispersoneel vrezen. Good maakt verder veel gebruik van officiële cijfers van de overheid en van statistieken van klinieken. Ook hiervan is bekend dat deze cijfers meestal niet betrouwbaar zijn.

Een en ander neemt niet weg dat *Ethnomedical Systems in Africa* een goed geschreven boek is dat inzicht geeft in het medisch pluralisme. De combinatie van medisch-antropologische, epidemiologische en geografische inzichten maakt het een bruikbaar boek voor ieder die zich bezig houdt met gezondheidszorg in Kenia en andere Afrikaanse landen. Good heeft zeer veel literatuur over medisch pluralisme in Afrika op een knappe wijze weten te incorporeren, zonder dat het overzicht verloren gaat. Zijne interdisciplinaire aanpak maakt het bovendien een 'volledige' beschrijving.

Cor Jonker

A. Limburg-Okken, *Migranten in de psychiatrie*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1989, 182 pp. (verkorte handelsuitgave dissertatie RUU 1989). Prijs: f39,50.

De laatste jaren is het aantal migranten dat een beroep op de geestelijke gezondheidszorg doet sterk toegenomen. Dat is geen goed teken. Maar er is een geluk bij dat ongeluk: de aandacht voor migranten is eveneens toegenomen en is veranderd. De gekke gastarbeider met zijn exotische problemen wordt meer en meer een mens met gecompliceerde dimensies. Het inzicht groeit dat het geestelijk ongeluk dat hem heeft getroffen, veelal een cumulatie van sociale ongelukken is. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg zijn er recent veel publikaties over dit onderwerp verschenen. Annechien Limburg-Okken, als psychiater verbonden aan de RLAGG-Stad Utrecht, heeft met haar proefschrift een belangrijke bijdrage aan de kennis van de problematiek van Marokkanen en Turken in Nederland geleverd. Zij behandelt vragen als: hoe kunnen klachten en symptomen geïnterpreteerd en diagnostisch geordend worden; hoe moet worden omgegaan met het uiten van psychische nood door middel van lichamelijke klachten (somatisatie) en met bezetenheid; wat zijn de effecten van sociale achterstelling op het psychisch functioneren; wat zijn de mogelijkheden voor transcultureel begrip en vertaling van de subjectieve belevingen van migrantcliënten?

Het boek bestaat uit twee delen. In het eerste wordt een beknopt overzicht gegeven

van de literatuur op het gebied van de transculturele psychiatrie. Het begrippenpaar 'illness-disease' en het begrip 'stress' worden gepresenteerd als gereedschap voor transcultureel onderzoek. Daarna spitst de aandacht zich toe op publikaties uit Westeuropese landen die reeds langer ervaring hebben met klachten, diagnostiek en therapie inzake Turkse en Marokkaanse migranten.

In het tweede deel brengt de schrijfster haar eigen, ruime ervaring op dit terrein ter sprake. Zij introduceert een voor migranten bruikbaar anamneseprotocol en diagnostisch classificatiesysteem. Daarmee wil zij een richtsnoer bieden voor de transculturele bestudering van wat ik het lijden van migranten zou willen noemen. Alhoewel het boek zeker hen die dat nog niet zijn, wakker kan schudden voor de ernstige problemen waarmee migranten te kampen hebben, is het ook dubbelzinnig omdat het niet zonder risico is waar het om medisch-sociale controle en macht over sociale problemen gaat. Dat is zeker niet de bedoeling van de schrijfster, maar het is wel het gevolg van haar werkwijze. Voor ik daar op in ga, wil ik echter een opmerking maken over de titel van het boek.

Alhoewel het boek voornamelijk over eerste-generatie Marokkanen en Turken gaat, meent Limburg-Okken dat de algemene titel acceptabel is "omdat een belangrijk deel van het geschrevene in feite opgaat voor alle migranten" (p. 11). Dat standpunt is aanvechtbaar. De in Nederland aanwezige migrantenpopulatie is op velerlei wijze zeer divers, en subgroepen zijn op verschillende gronden dikwijls intern zeer verdeeld. Door dat niet aan de orde te stellen, maar een homogenisering te bepleiten kan het begrip 'migranten' als abstractie gehanteerd worden die stigmatisering en stereotypering vergemakkelijkt, zelfs in de hand werkt.

Limburg-Okken slaagt er niet in haar stellingname dat migranten aan de sociale psychiatrie een spiegel voorhouden waarin de gevestigde werkwijze nog eens met nieuwe ogen bekeken kan worden, waar te maken. Uiteindelijk bekijkt ze de gevestigde werkwijze niet opnieuw, maar poetst ze hooguit hier en daar wat op. Dat komt vooral door de wijze waarop het begrippenpaar ziektebeleving - ziekte (illness/disease) door haar gebruikt wordt. Dit onderscheid is bedoeld om de tegenstelling cultureel bepaalde psychische aandoening - universeel psychische aandoening, die in de transculturele psychiatrie zo vaak een belangrijke rol speelt, te reduceren. Een verdienste van het begrippenpaar is dat het hulpverleners in de gezondheidszorg attent maakt op het feit dat er veel meer lijden is dan de medische wetenschap kan omvatten. Daar is inderdaad alle reden voor. Maar dan moet het middel niet erger zijn dan de kwaal. Dat is in dit boek wel het geval. De schrijfster specificeert het begrippenpaar illness/disease zoals doorgaans gebruikelijk is. De migrantcliënt lijdt aan iets subjectiefs, een 'illness', die door de hulpverlener wordt omgezet tot iets objectiefs, een 'disease' (p. 23), die met behulp van DSM-III (Diagnostic Statistical Manual) geassocieerd kan worden. Zo wordt aan lijden, dat vele oorzaken, vormen en inhouden kan hebben, een enkelvoudige betekenis gegeven, die ons op een dwaalspoor kan leiden. Niet alleen wordt wat sociaal van oorsprong kan zijn gemedicaliseerd. Maar bovendien wordt door de vertaling het probleem van de migrant omgezet in de westerse categorieën die betrekking hebben op het denken en handelen van de blanke, middenklasse, Amerikaanse man die voor DSM-III model heeft gestaan.

Weliswaar wordt de migrant zo van iemand met een exotisch gedrag, omgemuut tot

iemand die lijdt aan een ziekte met een officiële status, maar de vraag is of hij daar baat bij heeft. Het is immers in veel gevallen vooralsnog twijfelachtig of de bij de diagnose behorende therapie voor migranten effectief is.

Een voorbeeld geeft aan tot welke verwarring dergelijk gebruik van het 'illness/disease' onderscheid kan leiden. Limburg-Okken onderschrijft dat somatiseren opgevat kan worden als een authentieke uiting van de beleving van neerslachtigheid en dat somatiseren en psychologiseren authentieke vormen van ziektebeleving zijn (p. 25). Neerslachtigheid kan afhankelijk van de context, beleefd worden als somatische klacht, bijvoorbeeld lage rugpijn, of als depressie. In de taal van 'illness/disease' worden terecht beide zo een vorm van 'illness'. Maar in het tweede deel van het boek vindt er een transformatie plaats. De gesomatiseerde 'illness' wordt geherconceptualiseerd tot gesomatiseerde depressie. Depressie wordt daardoor geïdentificeerd als de onderliggende ziekte en krijgt de status van 'disease'. De verwarring komt hierop neer: somatisatie onderscheidt zich geheel van depressie, depressie is de onderliggende ziekte bij somatiseren. In het laatste geval is elke sociaal-culturele differentiatie verdwenen. Het is alsof men zegt: de samba en de wals zijn beide authentieke dansen, maar de wals is de onderliggende structuur van de samba.

Zonder het begrippenpaar 'illness/disease' zou het boek veel makkelijker te begrijpen zijn: depressie en somatisatie zijn onderscheiden vormen van lijden, beide vormen de neerslag van dezelfde oorzaken – sociale achterstelling, falen, verlies, vernedering. De schrijfster gaat echter verder. Zij wil ook zeggen dat depressie niet alleen een vorm van lijden is, maar ook een universele ziekte. Daar zit een etnocentrisch luchtje aan.

Het tweede analytisch instrument dat Limburg-Okken gebruikt, is het stress-begrip. Het hele boek is met 'stress' doordrenkt. Daarmee worden dan die sociale factoren bedoeld die mensen kwetsbaar maken voor ziekte. De schrijfster heeft uit de literatuur dertien pathogene stressoren gedestilleerd (pp. 4647). Migranten worden daarmee uit hun dagelijkse werkelijkheid van botsende klasse- en groepsbelangen getild en via een 'illness/disease' diagnose geplaatst in een "wolk van stressoren, c.q. stressbeleving" (p. 133). Maar wanneer er geen sociaalpolitieke theorie gebruikt wordt die het ontstaan en de aard van die stressoren verklaart, en de belangen die daar vaak achter schuil gaan, belemmert deze wolk eerder het zicht op de oorzaak en de aard van de psychische stoornissen, dan dat ze die verheldert. Limburg-Okken besteedt wel aandacht aan de in de praktijk merkbare effecten op de psychische gezondheid van politieke besluiten (p. 164). Maar vervolgens wordt de psychiatrische technologie opgetrommeld als moderne oplossing van individuele stress geproduceerd door politieke veranderingen. Wat hier in feite plaatsvindt is een subtiele omkering waarin de sociale informatie, die in de stressoren verpakt zit via de taal van het medisch discours, wordt omgebouwd tot informatie over individuen. Door deze de-contextualisering wordt therapie voornamelijk individueel ('psychosociaal') en subjectief ('begeleiding'). Dit impliceert dat de aandacht voor sociale misstanden die nog in stressoren aanwezig is, verschoven wordt naar die voor het eigen (on)vermogen van de patiënt om met de situatie om te gaan. Ook Limburg-Okken stelt dat de klachten van de migrantcliënten meestal worden toegeschreven aan eigen onvermogen (p. 123) en niet aan de sociale omstandigheden. Dat onvermogen wordt dan tegenwoordig niet meer teruggevoerd tot het ras van de migrant, maar tot zijn cultuur.

Aangezien nergens in het boek expliciet naar voren komt dat de gehele migrantenproblematiek ook aan de orde gesteld kan worden in het kader van het feitelijk onthouden van formeel toegewezen gelijke rechten aan migranten, brengt het boek uiteindelijk weinig nieuws. Het kan zelfs onbedoelde, negatieve effecten hebben. Limburg-Okken heeft zeker zowel een veelzijdig beeld van de migrantenproblematiek geschetst, alsook van de wijze waarop die gestalte krijgt in de geestelijke gezondheidszorg. Aangezien het echter het 'blaming the victim' niet geheel heeft kunnen uitbannen is het niet een voorbeeld geworden van het radicale scepticisme dat deze problematiek verdient en waar zo veel etnische minderheden al zo lang op wachten. Haar voorgestelde modificaties zullen niet tot werkelijke transformaties leiden.

Dhoerin Balraadjsing

Margaret Lock en Deborah Gordon (eds), *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988. VIII + 558 pp. Prijs: f195,- (hardbound), f75,- (paperback).

In vele studies van kleinschalige, niet-geïndustrialiseerde samenlevingen toonden antropologen aan dat medische kennis en medisch handelen onverbreekbaar verbonden zijn met de cultuur in haar geheel. *Biomedicine examined* laat zien dat onze gespecialiseerde en hoogtechnologische geneeskunde een produkt is van de geïndustrialiseerde, kapitalistische samenleving en daar ook de sporen van draagt.

Deze omvangrijke bundel artikelen is onder redactie van de Canadese antropologe Margaret Lock en de Amerikaanse antropologe Deborah Gordon in de reeks *Culture, Illness and Healing* gepubliceerd. In dit boek is de cultuur van de hedendaagse geneeskunde het object van een antropologische analyse. In de inleiding stelt de redactie dat zij vooral wilde nagaan welke waarden en sociale processen aan de basis liggen van de medische praktijk, het medisch onderzoek en het medisch onderwijs.

Een eerste constatering is dat dit boek weinig informatie bevat die voor de arts in zijn dagelijkse praktijk direct bruikbaar is. In dit opzicht onderscheidt het zich bijvoorbeeld van Helmans veel geprezen *Culture, health and illness* (Bristol: Wright, 1990) dat wel voor de arts bruikbare elementen bevat.

In een eerste reeks artikelen worden de waarden, normen en concepten onderzocht die aan de basis liggen van onze geneeskunde. Dit deel bestaat uit drie filosofisch georiënteerde bijdragen, die niet altijd even oorspronkelijk zijn, maar wel een grondige analyse geven van het ontstaan, de evolutie en de betekenis van de fundamentele concepten in ons denken over ziekte en gezondheid. Uiteraard wordt gewezen op het reductionistisch karakter van veel medisch ingrijpen en medisch onderzoek. Bovendien wordt duidelijk gemaakt dat dit verschijnsel onderdeel uitmaakt van een tot voor kort algemeen aanvaarde visie op wat de werkelijkheid is en hoe de wetenschap deze moet bestuderen.

Daarna volgt een reeks bijdragen die verschillende aspecten van de geneeskunde behandelen zoals de opleiding tot arts (de studie van de geneeskunde als overgangsrите) en de wijze waarop de geneeskunde evolueert en zich aanpast aan nieuwe culturele

ontwikkelingen. Daarna volgen artikelen over hoe bepaalde levensfasen – het baby-zijn, de menopauze, het sterven – door de geneeskunde gedefinieerd worden en historisch gezien meer en meer gemedicaliseerd zijn. Vooral de bijdrage van Muller en Koenig over het sterven, in het bijzonder over het ogenblik waarop artsen een patiënt als stervend beschouwen, is van belang.

In twee bijdragen, over de weigering van Japanse kinderen om naar school te gaan en over 'Nervios' in Costa Rica, wordt uiteengezet hoe deze symptomen verbonden zijn met de alledaagse cultuur van de betrokkenen. Ook de wijze waarop wester-geschoolde artsen op deze symptomen reageren blijkt sterk cultureel bepaald. Wat vooral interessant is, is de vaststelling dat de geneeskunde in haar beoefening, ondanks de ogenschijnlijk stevige verankering in de natuurwetenschappen, in belangrijke mate cultuurspecifiek is.

In het laatste deel van het boek wordt gerapporteerd over drie veldstudies, verricht in medische settings in Canada en de Verenigde Staten. Taylor beschrijft het overbrengen van slecht nieuws in een Canadese kankerkliniek. Koenig en Barley beschrijven de ingebruikname van nieuwe technologieën in de geneeskunde. Koenig snijdt een belangrijk thema aan: uit de literatuur en haar eigen veldonderzoek blijkt dat de toepassing van technologie veel minder rationeel gebeurt dan men zou vermoeden. Er wordt veel geïnvesteerd in dure technologie die vooral verbazingwekkend is, maar vaak alleen bruikbaar is voor zeer weinig voorkomende ziekten. Ook de wijze waarop vooral in de beginfase omgegaan wordt met nieuwe apparatuur, blijkt uit het onderzoek van Barley verrassend ongeorganiseerd te zijn.

Biomedicine examined lijdt aan het bekende euvel van bundels: een duidelijke rode draad ontbreekt. De indruk wordt gewekt dat men de grootste moeite heeft moeten doen om de artikelen in zeven categorieën onder te brengen. Daar staat tegenover dat de meeste bijdragen van zeer hoog niveau zijn. Dit boek brengt de lezer in contact – mede door de literatuurverwijzingen – met boeiend onderzoek binnen de sociale wetenschappen op het terrein van de geneeskunde. Net zoals de andere werken uit de reeks *Culture, Illness and Healing*, is deze bundel daarom een must voor wie zich voor de antropologie (en sociologie) van de geneeskunde interesseert. Het is dan ook teleurstellend dat Kluwer besloten heeft te stoppen met deze reeks.

Hans Verrept

Jan Rolies (redactie), *De gezonde burger. Gezondheid als norm*. Nijmegen, SUN, 1988, 208 pp. Prijs: f 29,50.

Dit is een boeiend boek. In het bijzonder voor medisch antropologen die zich immers bezighouden met het 'cultureel' in opvattingen over ziekte en gezondheid. De trefend gekozen titel suggereert in eerste instantie verhandelingen over het recht op gezondheid dat voor iedere (Nederlandse) staatsburger geldt. In zijn inleiding geeft Rolies dat ook aan; de huidige situatie waarin de vraag om zorg oneindig is en het aanbod structureel beperkt als gevolg van een nieuw overheidsbeleid gericht op een vermindering van de kosten voor de gezondheidszorg, nodigt uit tot "een kritische, zowel wijsge-

rige als historische analyse van de uitgangspunten, de grondvoorwaarden en vooronderstellingen van de huidige gezondheidszorg.” Hoewel het boek zich volgens de redacteur in het bijzonder richt “tot de beleidsmakers op het gebied van de gezondheidszorg” vrees ik dat die categorie te weinig oplossingen in dit boek zal vinden.

De ondertitel, ‘Gezondheid als norm’, verwijst naar het vooral wijsgerige karakter van de bijdragen. Er werkten zes auteurs aan mee met een uitgesproken filosofische achtergrond en drie met een opleiding als arts die gecombineerd werd door formele studies op het gebied van de filosofie, culturele antropologie en/of sociologie. Kortom een interessante groep met vragen die in de huidige discussie over de gezondheidszorg weinig aan bod komen.

In het eerste deel van de bundel wordt onder andere door een bespreking van de theorieën (en commentaren daarop) van denkers als Hobbes, Nietzsche, Foucault, Baudrillard en Sloterdijk de historische verankering geschetst van het huidige denken over optimale gezondheidszorg. In het tweede deel wordt, naast analyses van de term ‘gezond’ als een normatief begrip in de geneeskunde, gezondheidswetenschappen en psychiatrie, aandacht besteed aan actuele onderwerpen, zoals de burgerlijke plicht tot gezond leven en het vraagstuk van de rechtvaardige verdeling van beperkte gezondheidsmiddelen. Het is uiteraard niet mogelijk om in het korte bestek van deze bespreking recht te doen aan de gevarieerde en soms diepgravende inhoud van dit boek. Na een aanduiding van een belangrijk en in verschillende bijdragen terugkerend thema, zal ik mij dan ook beperken tot een summiere omschrijving van de verschillende hoofdstukken.

In de discussie over de uitgangspunten en vooronderstellingen in het moderne denken over (het recht op) gezondheid blijkt steeds weer dat individualisme daarin een dominerende rol speelt. Een belangrijk kenmerk daarvan is, dat de mens zichzelf beschouwt als “het zingevend en scheppend centrum van de wereld” (Rolies, p. 19). Een vooronderstelling die overigens door een aantal auteurs, op grond van meer of minder expliciet gemaakte wijsgerige of religieuze argumenten, wordt afgewezen. Nauw verbonden met de gedachte van het individu als de ‘locus operandi’ in menselijke samenlevingen, is uiteraard het idee van een maakbare en beheersbare wereld. In vrijwel alle bijdragen aan deze bundel wordt aangetoond hoe zeer de ideologie van de gezondheid dienstbaar is (gemaakt) aan juist die laatste idealen. In termen van Foucault ontstaat daardoor echter ook de paradoxale situatie van iedere individuele patiënt die zich “om zijn eigen bestwil en juist voor zijn gezondheid of zelfs om zijn leven te redden moet overgeven aan een wetenschappelijk deskundige die hem met alle mogelijke technische middelen letterlijk te lijf gaat” (Karskens, p. 71). Oderwald (p. 138) geeft aan hoe die spanning, “of nog beter, het gevecht tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid” als het ware genegeerd kan worden door een ideologie van autonome individuen die de wereld (kunnen) beheersen. Tengevolge van maatschappelijke en intellectuele ontwikkelingen in de westerse samenleving wordt het immers als de normale, gezonde, situatie gezien wanneer een mens greep heeft op zijn omgeving en zijn eigen lot kan bepalen.

Rolies bespreekt in het eerste, algemeen verkennend artikel, de ontwikkeling van het gezondheidsdenken in onze samenleving. Daar wordt zo’n groot belang gehecht aan gezondheid dat gesproken kan worden van een gezondheidscultus, met alle gevolgen vandienvoor de omvang en de aard van de gezondheidszorg en de gezondheidsmarkt.

Manenschijn gaat in zijn *Gezondheid in de burgerlijke filosofie: de onderwerping van*

het lichaam vooral in op het denken van Hobbes en zijn volgelingen en commentatoren. Hij laat zien hoe een aantal centrale thema's steeds duidelijker naar voren komt. Daarin is sprake van een uiterst individuele beleving van het lichaam. Deze voorstelling van zaken is nauw verbonden met het concept van burgerlijk 'bezitsindividualisme': het individu wordt gezien als de 'bezitter' van zijn eigen persoon en capaciteiten (pp. 31-32 en 41). Deze reeds in de zeventiende eeuw geformuleerde kenmerken waren toen medisch nauwelijks realiseerbaar. Het verrassende voorbeeld van de geslachtsverandering door hormonale en chirurgische behandeling laat zien welk een belangrijke rol overwegingen van beheersing spelen. Het 'gekozen' en geconstrueerde lichaam kan immers alleen door een levenslange hormoonbehandeling behouden blijven.

De Bleeckere analyseert in zijn artikel *Een filosofie in het teken van de grote gezondheid* Nietzsches bespiegelingen over de 'kleine, moderne gezondheid'. Een bijdrage die voor helder begrip een grote kennis van Nietzsches werk eist. Het is een pleidooi voor een 'grote gezondheid', waarin volgens "de optiek van het leven ieder lichaam een complex en apart-voelenddenkend en voortdurend bewegend organisme is". Dit in tegenstelling tot de "moderne negatieve machtswil van de geneeskunde" die "alle lichamen onder ene, abstracte noemer van het lichaam brengen" wil. Onduidelijk blijft in hoeverre dit pleidooi niet vooral het doortrekken is van de uiterst individualiserende vooronderstellingen in de burgerlijke samenleving.

In *Biopolitiek en de gezonde mens* gaat Karskens in op Foucaults analyses van de moderne geneeskunde. Hij wil daarin vooral aantonen dat deze niet alleen een kritiek heeft geleverd op de disciplinerende werking van hetgeen hij de 'biopolitiek' heeft genoemd: de door de overheid getroffen maatregelen voor controle van de bevolking, de onttrekking van tijd en arbeid met zo min mogelijk openlijke dwang. Volgens Karskens is minstens zo'n belangrijke bijdrage Foucaults inzicht dat: "kritiek op het te technische en reducerende karakter van de geneeskunde dient te doorzien hoe dit samenhangt met de opvatting van de individuele mens als een gezond levend wezen." Terwijl "kritiek op de aanpassende en normaliserende invloed van de geneeskunde moet doorzien dat deze normalisering ook ons zelfbegrip als uniek individu of subject heeft voortgebracht." (p. 87). Inzicht kortom in de beide facetten van de eerder genoemde spanning tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid.

In een bespreking van de lichamelijkheid als thema in het denken van Baudrillard en Sloterdijk, *Het lichaam als teken van leven* gaat Van Gils op een associatieve en weinig analytische manier in op de filosofische betekenis van het denken over gezondheid. Een betekenis die zich volgens hem uitstrekt "tussen leven en dood en berust op de principiële onbekendheid van de mens met zijn eigen lichaam, alsook op de onbegrijpelijkheid van dat gegeven" (p. 89). De verkenning en het in kaart brengen van het lichaam, zo typerend voor de ontwikkeling van de moderne geneeskunde, heeft overigens wel geleid tot een perspectief op ziekte en gezondheid waarin de aandacht zich steeds meer richtte op delen van het menselijke lichaam, zoals weefsels en cellen. In dat reductionistische beeld is gezondheid een objectief te beschrijven eigenschap die het idee van "een waarde vrije gezondheidswetenschap" mogelijk maakte, zoals Ten Have (p. 112) zegt in zijn artikel *Gezondheid tussen beschrijving en waardering*. Hij onderscheidt twee typen theorieën van gezondheid. Het reeds genoemde reductionisme, is karakteristiek voor het zogenoemde analytische perspectief, terwijl in het holistische

perspectief vragen centraal staan zoals: hoe voelt iemand zich, waartoe is hij in staat, functioneert hij goed? Een soortgelijk onderscheid wordt in de medische antropologie momenteel aangeduid met de termen 'disease' en 'illness'.

In de bijdrage van Oderwald *Ideologie van de dood? Over gezondheidsideologie* komt die onderscheiding opnieuw aan de orde. Aanleiding is de WHO-definitie van gezondheid. Daarin wordt nadrukkelijk gesteld dat gezondheid meer is dan afwezigheid van ziekte, omdat het een toestand van totaal lichamelijk en psychisch welbevinden veronderstelt. Zoals Oderwald terecht zegt, wordt in die definitie afgerekend met de gedachte dat ziekte en gezondheid louter lichamelijk zijn. Hij laat echter aan de hand van een analyse van televisieprogramma's over 'gezonder' en 'ongezonder gedrag' zien hoezeer de opvattingen over een toestand van totaal welbevinden aansluiten bij het westerse beheersbaarheidsideaal. Zijn betoog mondt dan ook uit in de eerder aangehaalde paragraaf waarin hij die gezondheidsideologie ziet als ziekmakend omdat ze de component van afhankelijkheid te nadrukkelijk ontkent.

Richters bijdrage, *Psychiatrische classificering en geestelijke gezondheid: een feministisch-antropologische kritiek*, plaatst de discussie over de universele toepasbaarheid van een classificatiesysteem voor geestelijke 'afwijkingen' nadrukkelijk in een vergelijkend cultureelantropologisch perspectief. Eerst laat zij aan de hand van goedgekozen voorbeelden zien dat de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) een sociale constructie is en "als zodanig tijd-, plaats- en conceptgebonden" (p. 149). Daarna analyseert zij naar analogie hoe depressie in de westerse wereld gezien kan worden als 'cognitieve dissonantie' tussen verschillende ziens- of zijnswijzen. Uitgaande van een feministisch perspectief betoogt zij dat vrouwen in een wereld leven die van hen enerzijds "de zorg voor het nabije verwacht", terwijl ze anderzijds "moeten voldoen aan de eisen van een gedifferentieerde en geïndividualiseerde wereld waarin ze van het concrete, nabije moeten kunnen abstraheren naar het algemene, rationele en abstracte. Veel meer dan de meeste mannen worden zij geconfronteerd met cognitieve dissonantie" (p. 171). Depressie is daarvan een gevolg en de definiëring van depressie is gewoonlijk een bevestiging van het bestaande beeld van 'zwakke' vrouwen.

In het laatste hoofdstuk gaat Pijnenburg in op *Verdelingsproblemen in de gezondheidszorg*. Ook dat is een overwegend wijsgerige beschouwing en ik kan me voorstellen dat beleidsmakers die, om te beginnen, wat over dit ogenschijnlijk heel concrete probleem willen weten, niet worden aangemoedigd om verder te lezen in dit overigens heel interessante boek. De titels van de hoofdstukken geven immers al aan dat er moeilijke vragen gesteld worden, waarop geen pasklare antwoorden komen. Voor beleidsmakers met denkbeelden van een maakbare wereld kan dat irritant zijn.

Klaas van der Veen

A.M.G. Rutten, *Apothekers en chirurgijns, gezondheidszorg op de Benedenwindse Eilanden van de Nederlandse Antillen in de negentiende eeuw*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989, 331 pp. Prijs: f79,50.

Als farmaceut had Rutten in de eerste plaats belangstelling voor de geschiedenis van

de farmacie en van de apothekers op de ABC-eilanden, Aruba, Bonaire en Curaçao. Maar omdat, zoals hij terecht stelt, over de gezondheidszorg op deze eilanden nog maar weinig bekend is, besloot hij ook deze bij zijn onderzoek te betrekken. De nadruk ligt op Curaçao, het grootste eiland en zetel van het koloniale bestuur. Over dit eiland bestaat de meeste informatie.

De westerse geneeskunde werd in de eerste helft van de negentiende eeuw voornamelijk uitgeoefend door scheepschirurgijns. Verschillende van hen kregen na een aantal jaren genoeg van het leven aan boord en vestigden zich in Willemstad. Wie geluk had, werd daar als stadschirurgijn benoemd; de overigen waren vrij gevestigd. In de loop van de eeuw nam het aantal aan universiteiten afgestudeerde artsen toe. 'Ziekenhuisjes' waren er voor speciale groepen: de militairen, de slaven, de armen. Geestelijk gestoorde en leprozen verbleven tezamen in het 'Lazarushuis' of 'Dolhuys', waar af en toe ook ongewenste personen werden ondergebracht. De eerste hospitalen waren voor de op het eiland gelegerde Nederlandse troepen. Het eerste burgerhospitaal werd in 1855 opgezet door de roomskatholieke missie en gerund door zusters Franciscanessen uit Breda, die zelf (onbevoegd) geneesmiddelen bereidden, waarvoor de grondstoffen door het militair hospitaal werden geleverd.

De autochtone bevolking was in sterke mate ingesteld op zelfhulp. Families die zich dat konden veroorloven, waren in het bezit van een medicijnkist, zoals die aan boord van schepen aanwezig was. De kisten werden verkocht met inhoud en een instructieboek. Er was een groot aantal huismiddelen in omloop, voor het merendeel gemaakt uit plantaardige en dierlijke grondstoffen. Aloë bijvoorbeeld werd aangewend om diverse kwalen te bestrijden, als laxerend middel en om een abortus op te wekken. Het wordt overigens nog steeds gebruikt bij de bereiding van medicijnen en cosmetica.

Autochtone genezers waren de *curiosos*, die zich vooral specialiseerden in het bereiden van kruidenmengsels, en *bruha-makers*, die zich van magie bedienden en hun macht zowel ten goede als ten kwade aanwendden. Uit diverse bronnen komt het gebruik van psychoactieve middelen (bereid uit daturaplanten) naar voren en Rutten stelt dat dit een mogelijke verklaring is voor de in omloop zijnde verhalen over slaven die konden vliegen. Het verband tussen bepaalde hallucinogene middelen en het vliegen van heksen werd al eerder gesuggereerd door Michael Harner.

Toen het aantal gevestigde apothekers toenam, gingen ze samen werken met de autochtone specialisten. *Curiosos* en *bruha-makers* haalden een deel van de ingrediënten die zij nodig hadden, bij de apotheek en patiënten vroegen apothekers soms om de door deze genezers verschaft middelen te onderzoeken op doelmatigheid. Patiënten kochten in de apotheek ook middelen die geacht werden ziekte en onheil te voorkomen, zoals kamfer, blauwsel en kwik. Vrouwen schaften er uit alcohol en etherische oliën gemaakte gelukswatertjes aan, zoals 'Sigame, Joven' (Volg mij, jongeman) en Liefdesbloem. Ook kon men bij de apotheek terecht voor 'Awa Berde', om een vijand schade te berokkenen. Apothekers maakten op grote schaal reclame in de plaatselijke krant en hadden steeds een grote hoeveelheid niet-medische produkten in voorraad: "gedroogde pruimen, kandisuiker, jopenbier in halve en kwart flessen, rhum, beste witte wijnazijn, goede zwarte inkt, corenten, pepermunt, koekjes, gitaren- en vioolsnaren en zuigglazen." Wat dat betreft is er niet zo heel veel veranderd, ook nu nog verkopen de apotheken allerlei soorten wijnen en likeuren, zoete en zoute koekjes, parfums en

cosmetica.

De negentiende-eeuwse apotheker was vertrouwenspersoon en raadgever. Op verzoek van de patiënt koos hij een geneesmiddel uit dat bij bepaalde klachten verlichting moest brengen. Een bezoek aan de apotheek had een sterk sociaal karakter: de klanten bespraken hun kwalen en wisselden ervaringen uit.

Rutten stelt dat de overheid er naar streefde om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren, maar dat om allerlei redenen daar niet zoveel van terecht kwam. Er werden geregeld verordeningen uitgebracht, maar aan de uitvoering daarvan schortte vaak het een en ander. Controle op naleving van gestelde regels was er nauwelijks en sancties op overtredingen ontbraken. Dat de gezondheidstoestand op Curaçao gunstig was vergeleken met Suriname, moet vooral aan het klimaat worden toegeschreven. Opmerkelijk is de sterke preoccupatie van Antillianen met ziekte en dood. Een aanzet tot verklaring daarvan moet nog worden geleverd.

Rutten heeft het zich in deze studie zeker niet gemakkelijk gemaakt. Hij heeft een groot aantal bronnen geraadpleegd, tal van archieven doorgeploegd en een indrukwekkende hoeveelheid literatuur doorgenomen. Zo is er een schat van gegevens verzameld, maar het is jammer dat de auteur zich niet meer beperkingen heeft opgelegd. Een zeer grote hoeveelheid onderwerpen wordt aangesneden, zowel in de medische sector als betrekking hebbend op demografie, vegetatie, de organisatie van het bestuur, etcetera. Het verband tussen de reeksen op zich interessante gegevens is niet altijd duidelijk en af en toe heeft de lezer het gevoel een uitermate boeiende kaartenbak met onderzoeksdata door te nemen. Verschillende van de in enkele alinea's of op een enkele pagina behandelde zaken zouden op zich al een onderwerp voor een dissertatie kunnen zijn. Het lezen van *Apothekers en Chirurgen* is niet steeds een genot vanwege de vloed van feiten en details en de geringe mate van analyse en interpretatie. De auteur geeft wel veel informatie, maar plaatst die nauwelijks in een bredere etnografische context. Dit is een prima boek om iets in op te zoeken, maar dat betekent wel echt zoeken want een zakenregister ontbreekt.

Eva Abraham