

Boekbesprekingen

D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*. Parijs: Presses Universitaires de France, 1990. 263 pp. Prijs: 148 FF.

Analyse van het lichaam in verschillende culturen brengt aan het licht dat het 'natuurlijke' lichaam en de daaraan verbonden persoonsbeleving een socio-culturele constructie is. Lichaam en persoonsbeleving zijn niet afzonderlijk te vatten (hoofdstuk 1). Dit geldt evenzeer voor het moderne lichaam.

De historische opgang van kennis en wetenschap, in casu anatomie en fysica, heeft met zich meegebracht dat het anatomisch lichaam (hoofdstuk 2) en het machinaal lichaam (hoofdstuk 3) sterk tot de verbeelding van de moderne mens spreken. Dit betekent geenszins dat andere vormen van kennis, zoals ancestrale, populaire, en traditionele kennis, niet van belang zouden zijn. De spanningen tussen deze verschillende vormen van kennis zijn ook terug te vinden in de moderne lichaamsbeleving (hoofdstuk 4).

Het lichaam wordt echter niet alleen via kennis aangesproken, maar ook via zijn zintuiglijkheid (hoofdstuk 5). De dagelijkse leefwereld is het resultaat van een uiterst subtiele zintuiglijke beïnvloeding met als gevolg dat het lichaam er als veilig, vertrouwd en vanzelfsprekend verschijnt. Het lichaam laat zich als het ware vergeten (hoofdstuk 6).

Het lichaam is niet alleen bron van vervulling, maar ook bron van tekortkoming. Zo is het ouder wordende lichaam een schrikbeeld (hoofdstuk 7). Lichaamsbevrijdende praktijken schieten als paddestoelen uit de grond (hoofdstuk 8).

De geneeskunde in het algemeen (hoofdstuk 9) en haar technieken in het bijzonder (hoofdstuk 10) slagen er meer en meer in om het lichaam en zijn 'bezitter' van elkaar los te koppelen. Moderne samenlevingen maken, in tegenstelling tot traditionele, een onderscheid tussen lichaam en persoon. Het moderne lichaam is de objectieve zetel van de soevereine ego. In het moderne lichaam situeert zich de cesuur met de anderen, de kosmos (de wereld) en zichzelf. De centrale stelling van dit boek luidt dat in de moderniteit de mens een lichaam *heeft* in plaats van *is* (hoofdstuk 11). Dit brengt Le Breton tot de vraag hoever een samenleving kan gaan in het ontkoppelen van persoon en lichaam zonder de menselijke identiteit in haar humaniteit onherstelbaar te ontwrichten.

Dit boek behandelt op een rijke en boeiende wijze verschillende aspecten van het moderne symbolische lichaam. Voor wie niet vertrouwd is met de symbolische antropologie is het misschien een moeilijk boek, maar zeker de moeite van het lezen

waard. Jammer genoeg wordt de toegankelijkheid ervan bemoeilijkt door het ontbreken van een gesystematiseerde literatuurlijst en een index met trefwoorden en auteurs.

Eddy Springael

Deliane Jannette Burck, *Kuoma rupandi (The parts are dry). Ideas and practices concerning disability and rehabilitation in a Shona ward*. Leiden: Afrika-Studiecentrum, 1989. 220 pp. Prijs: f 25,00.

Het Community-based rehabilitation programma (CBR), dat beoogt alternatieve diensten voor personen met een handicap op te zetten, vormde de achtergrond van het onderzoek waar deze publikatie verslag van doet. Het doel van de studie is aan te tonen hoe, met behulp van antropologische kennis, CBR kan bijdragen aan een kwalitatief betere zorg voor gehandicapten in rurale gebieden. De auteur weegt daarbij niet het lokaal medisch systeem af tegen het wetenschappelijk model, maar bestudeert de mogelijkheden van een meer holistisch, geïntegreerde aanpak. Met het onderzoek hoopt zij een bijdrage te leveren aan de beleidsvorming en projectimplementatie op het gebied van CBR. De waarde van de antropologie als een wetenschap is niet alleen afhankelijk van de ontwikkeling van theoretische perspectieven, maar ook van zijn praktische toepasbaarheid in het alledaagse leven en in ontwikkelingsprojecten. Het is in de mate dat het onderzoek hierin slaagt dat haar belang dient te worden vastgesteld.

Het rapport, een academisch proefschrift aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, bestaat behalve de introductie en een afsluitend hoofdstuk uit twee delen. Het eerste deel geeft een samenvatting van de literatuur en beslaat vier hoofdstukken. De verzamelde veldwerkdata worden gepresenteerd in het tweede deel dat drie hoofdstukken omvat.

Trouw aan de tradities van antropologisch onderzoek, heeft de onderzoekster gewerkt in een relatief klein gebied, waarbij geprivilegeerde relaties werden uitgebouwd met dertig personen met handicaps, familieleden, relevante anderen en traditionele genezers. Case studies en interviews vormen de basis van de studie. Van belang voor de praktische toepasbaarheid van het onderzoek is dat de keuze van het onderzoeksgebied en de onderzoeksopzet niet in overleg met de regeringstructuren tot stand is gekomen. Evenmin was het onderzoek geïntegreerd in het dagelijks werk van de onderzoekster dat nochtans rechtstreeks met revalidatie te maken had. "Any relationship between the research activities and my daily work had to be avoided" (p.7).

In hoofdstuk 2 maakt de lezer kennis met het veldwerkgebied. De economische situatie, de administratieve structuren en organisatie, de culturele opzet en de geschiedenis van land en volk worden uiteengezet.

Hoofdstuk 3 geeft een analyse van de wetenschappelijke component van het medisch systeem in het veldwerkgebied. Algemeen aanvaarde definities wat betreft revalidatie, zoals gepropageerd door de Verenigde Naties, refereren niet naar

concepten in de lokale medische systemen. Voor- en nadelen van geïnstitutionaliseerde en gemeenschapsgerichte revalidatie worden afgewogen. Een heroriëntatie van het medisch systeem op de eerstelijns zorg is de aanleiding geweest voor de ontwikkeling van CBR. Economische motieven waren doorslaggevend voor het beleid: meer mensen bereiken met minder middelen. Ook ideologische motieven waren van belang: mensen meer betrekken. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft voor de uitbouw van CBR vooral gesteund op het wetenschappelijk medisch model en de economische motieven en voor de implementatie van het concept gerekend op de participatie van de gemeenschap. De auteur trekt de pertinentie van het ideologisch motief in twijfel. Het ontstaan van de geïnstitutionaliseerde aanpak is volgens haar te wijten aan verminderde mogelijkheden van familie en gemeenschap om zorg te dragen voor zieke en gehandicapte personen. Aangezien de uitgebreide familie meer en meer evolueert naar het kerngezin blijkt een beroep op traditionele vormen contradictoir te zijn.

Verder geeft dit hoofdstuk een overzicht van statistische informatie over de gehandicapte populatie en van de historische ontwikkeling van de medische component in Zimbabwe.

De traditionele component van het medisch systeem in het veldwerkgebied is het onderwerp van hoofdstuk 4. Het is een van de sterkste hoofdstukken in de studie. Hierin wordt de relatie tussen cultuur en handicap duidelijk. De auteur onderscheidt twee velden: een waar de mens controle over heeft en een dat buiten zijn controle ligt. Sommige handicaps, zoals tuberculose, melaatsheid en epilepsie worden beschouwd als 'een gift van God' en vallen buiten de controle van de mens. Ze worden geacht natuurlijke oorzaken te hebben waar de mens, in tegenstelling tot oorzaken van culturele aard, geen macht over heeft. Wat betreft deze culturele oorzaken worden drie factoren onderscheiden: de geesten van dode menselijke wezens, de levende menselijke wezens en de intermediairen tussen de levenden en de doden. In de interpretatie van de oorzaak van handicaps wordt met deze factoren rekening gehouden. Daarvan uitgaande stelt de auteur dat een handicap niet in de eerste plaats een fysiek of biologisch fenomeen is, maar een conditie die in verband staat met cultuur en religie. De fysieke aspecten van ziekten met een culturele oorzaak zijn slechts symptomen van onderliggende sociale en culturele problemen. In de afsluitende paragraaf van dit hoofdstuk interpreteert de auteur gegevens uit de literatuur. Ze doet hierin enkele 'gevaarlijke' uitspraken. Zo stelt zij dat er een consensus is of was over het niet erg gunstige lot van de gehandicapten in de Zuidelijk-Afrikaanse regio. Ze geeft opmerkelijk weinig voorbeelden van positieve bejegening van gehandicapten. Bij de analyse van de infanticide van gehandicapte kinderen valt een algemeen tekort aan aandacht voor de context op, onder meer voor de ceremonieën die gepaard gaan met het doden, en die verklaren dat het doden geen moorden is. De auteur brengt gehandicapten, tweelingen en *kutula*-kinderen allemaal onder in de categorie 'gehandicapten'. Dit is verwarrend gezien dit noch aan categorieën van het wetenschappelijk systeem beantwoordt, noch aan die van het lokaal medisch systeem.

In hoofdstuk 5 wordt het theoretisch kader van de studie aangereikt. Op basis van een samenvatting van de literatuurstudie kiest zij ervoor het medisch systeem, waarin ziektegedrag en revalidatiepraktijken een plaats vinden, in zijn religieuze en

culturele context te beschrijven. Bij de omschrijving van het begrip medisch systeem maakt zij gebruik van de definitie van Kleinman. Als belangrijkste onderscheidende factor tussen traditionele en wetenschappelijke geneeskunde in de Zimbabwe context noemt zij de locus van controle. In het traditionele model is dat de sociaal-culturele situatie, in het wetenschappelijke model het lichaam. Er worden drie theoretische stellingnamen met betrekking tot de positie van personen met een handicap tegenover het medisch beroep en maatschappij en vice versa onderscheiden. De eerste is de stellingname van Parsons, die stelt dat de maatschappij gedragsnormen ontwikkelt om ziekte onder controle te houden. De theorie ontwikkeld door Goffman is complementair met die van Parsons en gaat in op de inspanningen van het individu om aanvaard te worden door de maatschappij. In de theorie van Murphy et al. tenslotte worden zowel het maatschappelijke gezichtspunt als dat van het individu samengevat in de term liminaliteit. De auteur sluit aan bij deze theorie om zowel de rol en positie van personen met een handicap als de reacties van de maatschappij te beschrijven.

De presentatie van de onderzoeksgegevens in het tweede deel van de studie gaat in op drie aspecten van handicaps: de ervaring en verklaringen van personen met een handicap en hun verwanten, de diagnose en behandeling door traditionele genezers en de sociale positie van personen met een handicap in de maatschappij in meer algemene termen. Elk van de drie hoofdstukken wordt ingeleid met een aantal case studies.

In hoofdstuk 6 worden ideeën en gevoelens van personen met handicaps, hun verwanten en relevante anderen gepresenteerd. Handicaps worden naar oorzaken onderscheiden. Een natuurlijke oorzaak verwijst zowel naar handicaps die een fysieke oorzaak hebben en een simpele medische behandeling vergen, als naar handicaps die niet behandeld kunnen worden. Een culturele oorzaak betekent dat de handicap verwijst naar culturele of sociale problemen in de familie en/of gemeenschap. Naast de oorzaak is ook de terminologie en verklaring voor een beperkt aantal handicaps onderzocht. De auteur concludeert dat er een hiërarchie bestaat inzake het analyseren van verschillende oorzaken en dat verschillende interpretaties mogelijk zijn.

In hoofdstuk 7 komen diagnose en behandeling van handicaps aan de orde. Het blijkt dat in 75 percent van de bestudeerde gevallen een traditionele genezer minstens één keer geconsulteerd werd. Op grond van een analyse van de gehanteerde terminologie concludeert de auteur dat niet alle condities die in de wetenschappelijke geneeskunde als handicap worden beschouwd ook als *kuremara* (handicap) beschouwd worden door de informanten en traditionele genezers en dat omgekeerd niet elk geval van *kuremara* een handicap is vanuit wetenschappelijke gezichtspunt. Opvallend is dat ook geen duidelijk onderscheid tussen ziekte (*kurwara*) en handicap (*kuremara*) wordt gemaakt. De verklaringen van traditionele genezers voor ziekten en handicaps worden vervolgens beschreven in de tekst.

Kuoma rupandi, de titel van het proefschrift, verwijst naar een handicap, die in wetenschappelijke geneeskunde paralyse, hemiplegie en misschien ook paraplegie genoemd wordt. De handicap wordt veroorzaakt door het stilvallen van de bloedcirculatie in verschillende delen van het lichaam wat verlamingsverschijnselen en het afsterven van het vlees veroorzaakt. In hun diagnose en behandeling van deze

handicap maken traditionele genezers onderscheid tussen natuurlijke en culturele oorzaken van ongeluk, ziekte en handicap. Genezers dienen eerst de oorzaak te bepalen. Er blijkt unanimititeit te zijn over het verklarend model waarop traditionele genezers zich bij de diagnosestelling baseren. De auteur besluit dat er een relatie is tussen de gemaakte diagnose en de gevolgde behandeling, doch geen causale relatie. Het kritische punt is wanneer het bloed niet meer vloeit. Herstel wordt dan uitgesloten: de delen zijn droog.

Hoofdstuk 8 gaat dieper in op de (sociale) positie van personen met handicaps. De auteur beschrijft hierin de verschillende factoren die de positie van personen met een handicap in de gemeenschap beïnvloeden, evenals hun vooruitzichten voor revalidatie. Ze stelt dat de meeste personen met handicaps moeilijkheden en lijden hebben ondergaan, doch staaft dit niet met vergelijkend materiaal over de algemene bevolking. Opmerkelijk is dat voor de sociale status en positie van personen met een handicap dezelfde criteria gelden als voor personen zonder handicaps. De invloed van de economische positie van gehandicapten schat de auteur lager in dan andere factoren zoals familielevens en cultureel/religieuze positie. In het algemeen stelt zij dat de economische positie van personen met een handicap die een familie hebben, vergelijkbaar is met die van andere mensen uit de streek. De situatie van diegenen die nog onder vaders dak wonen, is echter problematischer. Onderwijs als beïnvloedende factor voor de positie van de persoon met een handicap is niet diepgaand uitgewerkt. Wel wordt het als een belangrijke factor voor revalidatie beschouwd. In ongeveer de helft van de bestudeerde gevallen zijn familie- of relatieproblemen genoteerd. Huwen blijkt een belangrijke conditie voor integratie te zijn, in die mate zelfs dat ongehuwd blijven meer dan veel fysieke, sensorische of mentale condities als een factor beschouwd wordt die leidt tot een handicap. De invloed van politieke status en culturele en religieuze positie op de sociale positie van de personen met handicaps is niet duidelijk op te maken uit de tekst.

De auteur classificeert tenslotte de besproken gevallen in drie groepen: volledig sociaal-geïntegreerden, personen met handicaps zonder perspectief in termen van sociale of economische verbetering en mensen wier positie nog niet volledig bepaald is. De slotzin van dit hoofdstuk is belangrijk:

Indien revalidatie bedoelt integratie van individuen met een handicap teweeg te brengen, dan zouden we misschien, in plaats van beroepstraining en psychologische counseling bij te brengen, revalidatiewerkers moeten leren hoe ze effectief de bestaansfactoren kunnen manipuleren of de traditionele genezers hierin betrekken (p. 152).

De auteur geeft echter niet aan hoe dat zou moeten gebeuren.

In het afsluitende hoofdstuk worden een samenvatting van de data, analysepunten en aanbevelingen gegeven. De auteur komt terug op het uitgangspunt van CBR en stelt dat dit programma niet zo goedkoop is als men aanvankelijk dacht. Dit idee is alleen te verdedigen met het argument dat er betere zorg kan verstrekt worden aan zieken en gehandicapten, omdat het de cultuur en de thuissituatie van de patiënt bij de behandeling betreft. Dit argument heeft echter nog niet veel aandacht gekregen, omdat meer dan professionele argumenten economische van belang zijn geweest.

De opzet van de studie was aan te tonen hoe CBR kan bijdragen aan een betere zorg voor personen met een handicap. Daarvoor was inzicht nodig in de wijze waarop een handicap gezien en ervaren wordt in de cultuur en de gemeenschap waarin de persoon met een handicap leeft. De studie heeft inderdaad hieraan bijgedragen. Of de toepassing van de onderzoeksresultaten ook effect hebben in termen van verbetering van revalidatieprogramma's dient nog bewezen te worden. Dit kan bemoeilijkt worden door de geïsoleerde opzet van de studie.

Als punt voor nadere analyse wordt gesteld dat het bestudeerde medisch systeem gekarakteriseerd is door communalisme in plaats van individualisme en door externe in plaats van interne controle. Het blijkt dat hoe ernstiger een conditie beschouwd wordt, hoe verder de oorzakelijke verklaring van het individu geplaatst wordt. In het wetenschappelijke model is het net omgekeerd: de nadruk wordt meer en meer op de controle van de interne lichaamsprocessen gelegd, al naar gelang de conditie ernstiger wordt.

In een veranderende maatschappij, zo stelt de auteur, ligt het belang van CBR in de bijdrage aan het behouden van een holistische aanpak van geneeskunde. Het uitgangspunt van de studie was na te gaan hoe CBR bij kan dragen aan een betere zorg van/voor personen met handicaps. Om een beter begrip van handicaps te verwerven werd ingegaan op de lokale terminologie en verklaringen, de professionele diagnoses en behandelingspraktijken, en de sociale positie, die gehanteerd kunnen worden als indicatoren voor het soort revalidatiediensten dat nodig is. Wanneer deze indicatoren toegepast worden op de drie categorieën van personen met handicaps, namelijk gerevalideerde, liminale en deviante personen, blijkt er een relatie tussen te bestaan. Burck weegt vervolgens de relevantie van CBR voor de drie genoemde categorieën. Eerst en vooral is er de groep van vrij goed geïntegreerde gehandicapten. Ten tweede is er een groep waarvan het onwaarschijnlijk is dat hun positie verbeterd kan worden. CBR dient zich voor deze groepen te richten op een consolidatie van hun positie en het creëren van secundaire winst in economische en educatieve termen. De derde groep, bestaande uit personen met handicaps in een liminale positie, zou de eerste doelgroep van CBR moeten zijn. CBR kan bij deze groep op drievoudige wijze assisteren: medische rehabilitatie voor een optimalisering van hun fysieke conditie, interventie van traditionele genezers om onderliggende culturele problemen op te lossen en aanwending van gemeenschapskrachten om een geschikte huwelijkspartner te vinden. Verder kunnen beroepsrevalidatie en inkomen-genererende projecten een man met een handicap helpen om de bruidsprijs te betalen, zodat hij een gerespecteerde man kan worden, of een vrouw helpen om babyvoedsel en kleren te kopen, zodat zij een gerespecteerde moeder kan zijn. Institutionele revalidatie wordt niet uitgesloten in het geval het individu met een handicap niet in staat zal zijn om een acceptabele positie in de gemeenschap te bekomen. Aan het eind komt de auteur nogmaals terug op de belangrijke rol die traditionele genezers in het revalidatieproces kunnen spelen. Ze worden beschouwd als de gemeenschapsrevalidatiewerkers par excellence.

Patrick Devlieger

Mark N. Cohen, *Health and the rise of civilisation*. New Haven: Yale University Press, 1990. xii + 281 pp., Prijs: £ 19,50 (hardcover).

Onder antropologen, maar ook onder anderen met culturele belangstelling, bestaat al heel lang de opvatting, dat de levenswijzen en de levenskansen van primitieve volkeren in de loop der eeuwen door de toenemende ontwikkeling en beschaving geleidelijk, en soms aanzienlijk, verbeterd zijn. Cohen bestrijdt deze opvatting: volgens hem zijn primitieve, kleine en eenvoudige samenlevingen, of men nu terug gaat naar de prehistorie of naar afgelegen gebieden op onze wereldbol, er heden ten dage beter aan toe dan grote en hoger ontwikkelde groepen, vooral wat hun gezondheidstoestand betreft. Hij beargumenteert deze stellingname zeer gedetailleerd.

De meest primitieve samenlevingen bestaan uit kleine groepen van enkele tientallen mensen die in hun levensonderhoud voorzien door de jacht en het verzamelen van in het wild groeiend plantaardig voedsel, door Cohen als jagers-verzamelaars aangeduid. Deze kleine gemeenschappen leiden een nomadisch bestaan. Ze leven aanvankelijk vooral van de jacht op groot wild. Hierbij is sprake van opmerkelijk weinig 'bedrijfsongevallen' en een opmerkelijk hoog nuttig effect, dat wil zeggen betrekkelijk weinig uren arbeid voor het verwerven van de noodzakelijke dagelijkse hoeveelheid calorieën.

Na verloop van kortere of langere tijd neemt de wildstand af en moet er steeds verder gereisd worden om eetbaar plantenvoedsel te vinden. Het boerenbedrijf met landbouw en veeteelt ontstaat. Er is sprake van de vorming van dorpen en grotere gemeenschappen, vermindering van intermenselijk contact (minder burenhulp), toenemende specialisatie, organisatorische problemen, gezagsverhoudingen etcetera. Dit leidt tenslotte tot de moderne stadsculturen met machtsverhoudingen, rangen en standen.

Onze opvatting van de geleidelijke vooruitgang van de levensomstandigheden bij de moderne westerse mens is volgens Cohen vooral gebaseerd op die van de betere standen volgens Cohen. Hij weet aannemelijk te maken dat het arme deel van de bevolking er in allerlei opzichten slechter aan toe is dan hun primitieve voorgangers uit de prehistorie. Zo hebben nomaden veel minder kans op parasitaire infecties, doordat zij regelmatig van woonplaats veranderen, waardoor geen cumulatie van vervuiling optreedt. In kleine groepen met weinig onderling contact komen verder epidemieën van infectieziekten praktisch niet voor. De voeding is gevarieerder en bijna altijd beter van samenstelling dan die van de eenvoudige moderne westerling. Vele moderne beschavingsziekten, zoals diabetes, hart- en vaatziekten en sommige vormen van kanker, worden tenslotte bij primitieven vrijwel niet gevonden.

Op systematische wijze wijdt Cohen aan ieder aspect van zijn betoog een hoofdstuk. Het boek begint met een subtiele beschouwing is over 'primitief' en 'beschaafd'. Achtereenvolgens komen in de daaropvolgende hoofdstukken aan bod: gedrag en gezondheid, de ontwikkeling van de menselijke samenleving, de geschiedenis van infectieziekten en de veranderingen in het menselijk dieet. In een hoofdstuk over de gezondheidstoestand van de hedendaagse jagers-verzamelaars behandelt hij een groep in de Kalahari-woestijn in Afrika die nog bijna onder prehistorische omstandigheden leeft. Het vormt een zeer levendig hoofdstuk, omdat Cohen

het herhaaldelijk niet eens is met de mening van zijn vakgenoten, die deze groep bestudeerd hebben. Daarna volgt een uitvoerige beschouwing over de informatie die prehistorische skeletten kunnen leveren over gezondheidstoestand, en over de betrouwbaarheid van de conclusies die men daar uit kan trekken. Er zijn over de hele wereld verspreid enkele duizenden skeletten bewaard gebleven, maar over het algemeen het best geconserveerd en bestudeerd in Noord-Amerika. Het laatste hoofdstuk is een heldere samenvatting.

Het voorafgaande is nauwelijks meer dan een zeer globale schets van de grondgedachte van Cohens werk, waarin vooral geen sprake is van een romantische verheerlijking van het primitieve bestaan. Integendeel, van het begin tot het eind wordt zijn grondgedachte tot in de kleinste details beargumenteerd, steunend op een indrukwekkende eruditie en een fenomenale kennis van zaken. Zijn beschouwing telt 142 pagina's, gevolgd door 82 pagina's van soms zeer uitvoerige noten en 96 pagina's literatuur. Ook de index van 15 pagina's is volledig en ter zake.

Het is een goed geschreven, zakelijk en meesterlijk boek. Het lijkt mij onwaarschijnlijk dat iemand in staat zal zijn de grondstelling, dat de algemene gezondheidstoestand afneemt met het toenemen van de beschaving, even overtuigend te weerleggen.

F. Dekking

Ellen Corin, Suzanne Lamarre, Pierre Migneault & Michel Tousignant (eds) *Regards anthropologiques en psychiatrie - Anthropological perspectives in psychiatry*. Montréal: GIRAME, 1987. IX + 278 pp. Paperback. Te bestellen bij GIRAME, Departement d'Anthropologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. "A", Montréal, Qc.H3C 3J7, Canada. Prijs onbekend.

In dit boek zijn de bijdragen gebundeld van een in Montréal gehouden tweedaags colloquium dat als doelstelling had de exploratie van het grensgebied tussen antropologie en psychiatrie. De basisvraag was hoe de antropologie bij kan dragen aan een vernieuwing van psychiatrische praktijken. Van de 24 deelnemers (clinici en sociale wetenschappers) waren er 16 afkomstig uit Quebec, drie uit Ontario en de overige vijf uit Engeland, Frankrijk, Italië en de VS. Evenals het door GIRAME (Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie) uitgegeven tijdschrift *Santé, Culture, Health* is dit boek tweetalig, maar het Frans voert de boventoon. Slechts vijf van de 25 bijdragen zijn in het Engels. Deze nemen echter wel meer dan een-derde van het boek in beslag. Zij zijn voorzien van een korte Franse samenvatting.

Men krijgt de indruk dat de organisatoren (twee psychologen en twee psychiaters) de deelnemers geheel vrij hebben gelaten in de keuze van hun onderwerp. De behandelde onderwerpen zijn evenals de benaderingswijzen ervan namelijk zeer divers. Zij variëren van door clinici gepresenteerde verslagen en analyses van interculturele communicatieproblemen in de psychiatrische praktijk en literatuurstudies over de invloed van cultuur op verschillende vormen van psychopathologie,

tot de weergave van zeer gedetailleerd etnografisch en statistisch sociaal-wetenschappelijk onderzoek. De vooronderstellingen van de in de westerse cultuur gesocialiseerde clinicus of onderzoeker en van de antropologie en psychiatrie als westers-wetenschappelijke disciplines vormen de rode draad. Voorts wordt steeds opnieuw de mate waarin de cultuur van invloed is op de diagnostiek, de behandeling, het beloop, de betekenissen en de context van psychische aandoeningen tot thema gemaakt.

Het voorwoord is geschreven door de directeur van het Hopital Douglas te Montréal waar het colloquium gehouden werd, en de introductie door de aan dit ziekenhuis verbonden psychiater Migneault. De daarop volgende artikelen zijn in vijf secties onderverdeeld. De eerste vier daarvan worden afgesloten door een synthese.

In sectie I, *De culturele referentie*, geeft Biheau een overzicht van aanknopingspunten voor een antropologische benadering in de psychiatrie. Welke grenzen tussen beide disciplines zijn reeds overschreden en welke obstakels liggen nog voor ons? Zemplemi analyseert de magische effectiviteit van genezingspraktijken in Afrika en eindigt met de hypothese dat de psychische mechanismen die hij daar onderkent, ook (zij het in een andere vorm) in westerse genezingspraktijken werkzaam zijn. Lock gaat naar aanleiding van een uitgebreid vergelijkend onderzoek naar de menopauze in Noord-Amerika en Japan nader in op de sociaal-culturele constructie van dit verschijnsel. Zij weerlegt de in de medische wereld aangetroffen bewering dat de menopauze relatief eenvoudig te benaderen is omdat het beeld duidelijk zou zijn. Tousignant geeft een kort literatuuroverzicht van de culturele constructie van emoties.

Sectie II, *Het culturele verschil en zijn invloed*, begint met een bijdrage van Chandrasena waarin deze illustreert hoe cultuur- en taalverschillen in klinische praktijken tot foute interpretaties en tot mislukken gedoemde therapieën kunnen leiden. De inmiddels overleden transcultureel psychiater Murphy gaat in op de relatie tussen immigratie en geestesziekte en de stereotypering van de vreemdeling. Pandolfi deed onderzoek onder vrouwen in een dorp op het Italiaanse platteland. Zij wijst erop dat een psychotherapeut hun lichaamstaal en de symboliek en magie van het bloed eerst goed moet kennen teneinde hun problemen te begrijpen en effectieve hulp te verlenen. Interculturele communicatieproblemen worden op weer andere wijze aan de orde gesteld door Sterlin in zijn bespreking van de cultuurspecificiteit van psychische problemen bij Haitianen in een psychiatrische kliniek in Montréal. De socioloog Brown, wiens studie naar de sociale oorsprong van depressiviteit bij vrouwen in de wijk Camberwell in London grote bekendheid gekregen heeft, vergelijkt samen met Prudo zijn bevindingen met onderzoeksgegevens verzameld op twee Schotse eilanden. De auteurs geven zeer gedetailleerd aan hoe de vorm van affectieve aandoeningen evenals de ernst en het beloop ervan gerelateerd zijn aan de mate waarin deze vrouwen geïntegreerd zijn in de traditionele cultuur van de eilanden.

Sectie III, *Cultuur en psychiatrische praktijken*, begint met een kritische, door Foucault geïnspireerde, analyse van Scheper-Hughes van de de-institutionalisering van psychiatrische patiënten in de VS en Italië. De auteur baseert zich onder meer op haar eigen antropologisch onderzoek in een Ierse wijk van Boston en het werk

van de Italiaanse psychiater Basaglia. Corin geeft een verslag van een nog lopend etnografisch onderzoek onder mensen in Montréal die ooit als schizofreen gediagnosticeerd zijn, of die nog steeds schizofrenie-symptomen vertonen. Zij gaat na wat de psychische, sociale en culturele factoren zijn die de reïntegratie van deze mensen in de samenleving bevorderen dan wel tegenhouden, en thematiseert het begrip gemeenschap. Apollon bespreekt de gewoonlijk veronachtzaamde rol van de vader in mythen en psychosen. Guay begint met de stelling dat er geen sociale psychiatrie kan zijn zonder gemeenschap en geen echte gemeenschap zonder integratie van de psychotische ervaring. Als vertegenwoordigster van een gezondheidsactiegroep uit de arme wijk Pointe Saint-Charles van Montréal probeert zij aan te geven waarom deze groep van mening is dat Pointe Saint-Charles een gemeenschap is, en hoe men ondanks vele moeilijkheden en contradicties het beschreven psychiatrische perspectief in praktijk brengt.

Sectie IV, *Diverse perspectieven: psychiatrische ex-patiënten en alternatieven in de geestelijke gezondheidszorg*, bestaat uit drie korte bijdragen van respectievelijk Migneault, Dore en Deschamps over alternatieve hulpbronnen voor de geestelijke gezondheidszorg, de muren van de psychiatrie en een slotwoord. Er volgt echter nog een sectie V met als titel *Epiloog en perspectieven*. De vier organisatoren van de conferentie, tevens samenstellers van het boek, geven daarin ieder een nabeschouwing over het colloquium. De lezer die moeite heeft een samenhang tussen de gelezen artikelen te ontdekken, kan te rade gaan bij Corin. Onder de titel *La référence anthropologique dans la pratique clinique* geeft zij een goed overzicht van de vele thema's die in de bundel aan de orde geweest zijn, en haalt de onderliggende gemeenschappelijke vragen naar boven. Daarmee wordt nog eens samengevat wat de raakvlakken tussen de antropologie en psychiatrie zijn.

Ondanks, of misschien juist wel dankzij, zijn heterogeniteit slaagt het boek erin de 'leek' te overtuigen van het belang van de antropologie voor de psychiatrie. Iemand die een systematische inleiding in de psychiatrische antropologie verwacht, komt echter bedrogen uit. De 'ingewijde' raad ik aan selectief met het boek om te gaan.

Het bijzondere van deze bundel is dat hij ontstaan is uit een samenwerkingsverband (GIRAME) van klinici en sociale wetenschappers. In Nederland heeft men ooit ook een poging tot een dergelijke samenwerking ondernomen, resulterend in de werkgroep Transculturele Psychiatrie. Antropologen mochten deze werkgroep wel bijwonen, maar geen deel uitmaken van het bestuur. En, voor zover mij bekend, heeft het bestuur nooit een antropoloog als spreker uitgenodigd. De klinici die aan dit boek hebben bijgedragen, hebben zich vanuit hun praktijkervaringen gedwongen gevoeld zich in de antropologie te verdiepen. Alleen al hun openheid en kwetsbare opstelling in de verslaggeving van hun ervaringen maakt het boek de moeite van het lezen waard.

Bibeau wijst er aan het begin van het boek op dat Montréal sinds 1956 door het werk van de artsen E. Wittkower, H.B.M. Murphy en R. Prince in zekere zin het centrum van de transculturele psychiatrie geworden is. Met de activiteiten van GIRAME speelt Montréal nu ook een toonaangevende rol in de etnopsychiatrie, de antropologisch georiënteerde psychiatrische kliniek en de sociale en gemeenschaps-

psychiatrie. Diegenen die op de hoogte willen blijven van deze ontwikkeling verwijs ik naar het reeds genoemde tijdschrift *Santé, Culture, Health*.

Annemiek Richters

Sjaak van der Geest & Susan Reynolds Whyte (eds) *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988. xiii + 393 pp. Prijs: f 160,00 (hardbound).

Westerse geneesmiddelen behoren tot de meest gebruikte en door medisch antropologen minst bestudeerde therapeutische opties in ontwikkelingslanden. Economische, medische en macrosociale studies zijn er in overvloed, maar weinig is bekend over hoe westerse geneesmiddelen op lokaal niveau verkregen worden, hoe ze gebruikt worden en welke culturele overwegingen hierbij een rol spelen. Dit boek vormt een belangrijke aanzet om in deze lacune te voorzien. Het is een bundeling van deels originele, deels reeds eerder gepubliceerde studies waarin de lokale context van commerciële, veelal westerse geneesmiddelen centraal staat.

Het eerste deel van de bundel handelt over de lokale distributie van westerse geneesmiddelen. Aan de orde komen de farmaceutische industrie, apotheken, traditionele genezers en de informele sector, die alle een rol spelen bij de geneesmiddelenvoorziening. Het tweede deel bestaat uit artikelen waarin de betekenisverlening en de culturele context van geneesmiddelen centraal staan.

Ferguson bijt de spits af met een studie van de medische volkssector in een stadje in El Salvador. Als gevolg van de vrije verkoop van door farmaceutische industrieën geproduceerde geneesmiddelen is er een 'commerciële farmaceutische sector' ontstaan waarin vooral de armere bevolkingsgroepen hun heil zoeken. De apotheken spelen een centrale rol in deze sector. Het veelal ongeschoolde personeel vervult een soort tolkfunctie tussen de biomedische en de plaatselijke medische tradities, die elkaar in de apotheek ontmoeten. Ten gevolge van deze commerciële farmaceutische sector is er een medicaliseringsproces op gang gebracht bestaande uit een toenemende afhankelijkheid, niet van de medische stand zoals in het westen, maar van een specifieke vorm van therapie en van de instituties en personen die deze farmaceutische middelen aanleveren. Deze afhankelijkheid van farmaceutische producten resulteerde in wat Ferguson drie vormen van commerciogenese (door commercie geïnduceerde ziekte) noemt:

1. een culturele vorm (popularisering van medische tradities, de teloorgang van sommige vormen van inheemse geneeswijzen, en de opkomst van nieuwe specialisten zoals injectie-dokters);
2. een sociale vorm (farmaceutische geneesmiddelen onttrekken aan de bevolking inkomsten zonder dat ze daar op de langere termijn beter van worden; de neiging bestaat om het ziekteprobleem op te lossen middels de consumptie van geneesmiddelen in plaats van het verbeteren van de leefomstandigheden);
- en 3. een klinische vorm (de nieuwe geneesmiddelen leiden tot nieuwe ziekten zoals allergieën; door verkeerd gebruik ontstaan nieuwe risico's).

Of men de culturele en sociale gevolgen van het consumeren van commerciële geneesmiddelen in navolging van Ferguson als ziekten moet beschouwen lijkt me twijfelachtig. Wel vormen de begrippen 'medicalisering' en 'commerciogenese' interessante theoretische aanwinsten.

Stond bij Ferguson de apotheek centraal als leverancier van westerse geneesmiddelen, in de korte bijdrage van Wolffers zijn dat de traditionele genezers van Sri Lanka. Wolffers beschouwt het voorschrijven van moderne geneesmiddelen door deze genezers als een aanpassing aan het moderniseringsproces, een kwestie van overleven. Traditionele genezers trachten hun winsten te maximaliseren en schrijven voor wat de klant/patiënt vraagt. De producenten van westerse geneesmiddelen creëren deze vraag. Toch zijn er ook veel traditionele genezers (zoals degenen die hun opleiding volgden aan het Gampaha Instituut) die weigeren deze moderne produkten voor te schrijven. Wolffers noemt hen wel, maar betreft ze niet in zijn analyse. Deze Gampaha-genezers laten zich blijkbaar niet leiden door commerciële motieven en ondermijnen daarmee de conclusies van de auteur dat traditionele genezers in Sri Lanka kleine ondernemers zijn die inspelen op de vraag van de markt.

Ugalde en Homedes richten zich op het verstrekken van westerse geneesmiddelen door een plattelandskliniek in de Dominicaanse Republiek. De situatie die ze op het platteland aantreffen, werd gekarakteriseerd door een inefficiënte en dubieuze openbare gezondheidszorg. Er was sprake van een grote afhankelijkheid van westerse geneesmiddelen. Maar liefst 58 percent van de kosten die de bevolking aan haar gezondheid besteedde, werd uitgegeven aan deze middelen. In de onderzochte plattelandskliniek werkte een arts en werden gratis geneesmiddelen verstrekt. Het aantal bezoekers van de kliniek daalde drastisch zodra de voorraad geneesmiddelen uitgeput raakte. Het verstrekken van gratis medicijnen leidde tot een onnodig hoog gebruik en tot verspilling. Ook waren de financiële uitgaven hoog voor diegenen die naar de stad moesten om ze te kopen. Met het doel de uitgaven voor geneesmiddelen te beperken werd een experimentele gemeenschapsapotheek naast de kliniek opgezet alwaar essentiële geneesmiddelen continu in voorraad waren en tegen een lage prijs gekocht konden worden. Dit leidde tot een reductie in de onkosten voor de boeren, de fluctuaties in het kliniekbezoek verdwenen en een bezoek werd meer als medisch consult beschouwd en niet meer als een manier om aan geneesmiddelen te komen. De kliniek/apotheek maakte winst en de kwaliteit van de zorg verbeterde. De gemeenschapsapotheek leidde tot financiële decentralisatie en lokale autonomie. Ondanks het feit dat een aantal problemen bleef bestaan is het de overweging meer dan waard om dergelijke initiatieven elders, mits aangepast aan de lokale situatie, na te volgen.

Kloos e.a. presenteren de resultaten van een kwantitatieve studie naar het ziekten- en koopgedrag met betrekking tot westerse geneesmiddelen in vier stadswijken van de Ethiopische hoofdstad Addis Ababa. De meeste families bleken bij ziekte geen therapeutische actie te ondernemen. Een-vijfde deel van de onderzochte populatie bleek westerse geneesmiddelen te kopen. De overigen maakten gebruik van huismiddeltjes of bezochten overheids- of privé-klinieken. Steeds vaker werden westerse geneesmiddelen voor zelfmedicatie aangewend. De hogere sociale klassen maakten meer gebruik van westerse geneesmiddelen dan de lagere. Verkeerde informatie

en verkeerd gebruik van deze middelen waren in Addis Ababa wijdverbreid. De auteurs sluiten hun artikel af met tien ziektegeschiedenissen ter illustratie van selectie en gebruik van westerse medicijnen. Hieruit blijkt het belang van sociale netwerken en de economische en geografische toegankelijkheid bij het verkrijgen en het kiezen van geneesmiddelen.

Logan verrichtte een kwantitatief onderzoek naar de rol van apothekers bij het verstrekken van vrij verkrijgbare, westerse geneesmiddelen en het belang van zelfdiagnose en -medicatie. Ze nam een steekproef onder de vrouwen in een kleine Mexicaanse stad en legde hun een aantal hypothetische vragen voor. Hieruit bleek dat westerse geneesmiddelen de voornaamste wijze van zelfmedicatie was en dat men bij ziekte meestal de apotheker consulteerde. Dit laatste omdat deze meer als sociale gelijke werd gezien en anders dan bij de arts geen financiële vergoeding vroeg voor advies. De apothekers diagnostiseerden en schreven geneesmiddelen voor. Mede gezien het gezondheidsrisico van deze praktijken pleit Logan voor een verbetering van de opleiding van de apothekers, voor volkseducatie via de media over vrij verkrijgbare geneesmiddelen en voor het invoeren van een 'essential drugs program'.

Van der Geest bespreekt de formele en informele geneesmiddelendistributie in het zuiden van Kameroen. De formele sector (gezondheidszorgfaciliteiten van de overheid en kerken, apotheken) en de informele sector (winkeliers, marktverkopers, rondtrekkende handelaren en marskramers, personeel van medische instellingen) zijn nauw met elkaar verbonden en complementair aan elkaar. De informele verkopers verkrijgen hun westerse geneesmiddelen via de officiële apothekers en medisch personeel of via smokkel uit Nigeria. Ze verkopen hun geneesmiddelen door aan de armere lagen van de bevolking die de apotheker niet wil of kan bedienen. Deze informele sector voldoet meer aan de behoeften van de Kameroenees dan de apotheken: de financiële en geografische bereikbaarheid is groter, de sociale afstand is kleiner en ze zijn dag en nacht bereikbaar. De nadelen van de informele sector zijn dat de producten soms van inferieure kwaliteit zijn, er minder keus is en de medische kennis van de verkopers beperkt is. De relatie tussen de formele en informele sector is ongelijk. Ze lijken te concurreren, maar werken in feite samen op ongelijke basis waarvan de formele sector financieel profiteert. De auteur adviseert de informele sector te behouden en te verbeteren, omdat anders een deel van de bevolking geen toegang tot westerse geneesmiddelen meer heeft.

Afdhal en Welsch nemen in hun bijdrage niet de westerse medicijnen tot onderwerp van studie maar de commerciële jamu-middelen in Indonesië. Jamu zijn natuurlijke, traditionele Indonesische geneesmiddelen op industriële wijze geproduceerd door Indonesische bedrijven. Deze industriële productie begon begin deze eeuw met kleinschalige huisindustrie in diverse plaatsen op Java. Het aantal kleine producenten van jamu groeide sterk en leverde aan plaatselijke afzetmarkten. Door het tekort aan westerse geneesmiddelen tijdens de Japanse bezetting begonnen ook Indonesische artsen jamu-middelen voor te schrijven. Na de oorlog stapten ze daar weer van af, maar de bevolking bleef echter jamu veelvuldig gebruiken. In de jaren '60 en '70 moderniseerde de jamu-industrie, het voorbeeld van de westerse farmaceutische industrie volgend. De onderlinge concurrentie tussen jamu-bedrijven nam toe en er ontstond produkt-specialisatie. Ook kregen jamu-middelen een

modern tintje. De industrie goot de traditionele middelen in een moderne vorm (onder andere door de verpakking te wijzigen) om ook de consument uit de middenklasse aan te spreken. Sinds het midden van de jaren '70 steeg de productie gestaag, resulterend in 350 grote bedrijven en enkele duizenden kleine producenten die een derde deel van de totale farmaceutische markt in Indonesië in handen hebben. De populariteit van jamu verklaren de auteurs uit de promotie van deze middelen via informele netwerken, de consument is overtuigd van de effectiviteit en jamu geldt als traditioneel én modern tegelijk hetgeen deze middelen extra aantrekkelijk maakt.

Dit artikel van Afdhal en Welsch is waardevol zowel vanwege de aandacht die ze vestigen op een nog nauwelijks bestudeerd verschijnsel, namelijk de commercialisering van traditionele geneesmiddelen, alsook vanwege het in dergelijke studies zelden gehanteerde historisch perspectief.

Met Unschuld's artikel begint het tweede deel van de bundel met bijdragen over de lokale culturele dimensies van westerse geneesmiddelen. Hij beschrijft en vergelijkt in zijn bijdrage klassiek-Europese en Chinese theorieën over de werking van geneesmiddelen. In Europa ontstonden dergelijke theorieën al in de tweede eeuw na Christus (Galenus), terwijl ze in China pas in de twaalfde tot veertiende eeuw tot stand kwamen. Het belangrijkste verschil tussen de Europese en Chinese theorieën zijn de verschillende cognitieve tendensen in de formatie van farmacologische doctrines. In Europa streefde men naar één dominant, homogeen paradigma waardoor kennis die dit paradigma tegensprak, als onwaar werd beschouwd. De Chinese traditie nam diverse paradigmata op in één complexe syncretistische kennisstructuur waardoor deze dan ook niet vrij kon zijn van interne contradicties. In het China van nu vindt er een confrontatie plaats tussen westerse en Chinese geneeswijzen. Unschuld spreekt de verwachting uit dat de Chinese geneeswijzen en geneesmiddelen een rol in de gezondheidszorg zullen blijven spelen, maar in toenemende mate zullen vervreemden van hun theoretische achtergrond.

Unschuld's werkwijze en cultuurbegrip hebben weinig met antropologie te maken. Voortdurend worden de westerse en Chinese cultuur gelijkgesteld aan het intellectuele produkt van enkele elitaire schrijvers. Of en hoe de gewone bevolking met dergelijke abstracte theoretische bouwwerken omgaat wordt nergens vermeld. Over hoe dergelijke verschillende theoretische tendensen wortelen in sociale en culturele processen in Europa en China wordt met geen woord gesproken. De lezer moet het doen met de niet nader verklaarde open deur dat het verschil tussen Chinese en Europese farmacologische systemen het resultaat is van verschillende culturele contexten die de formatie van kennis vorm gaven.

Sussman onderzocht het gebruik en de betekenisverlening van zowel westerse als traditionele geneesmiddelen op het multi-etnische eiland Mauritius. Westerse geneesmiddelen beschouwt men over het algemeen als sneller en krachtiger werkend. Wel kunnen ze in tegenstelling tot kruiden bijwerkingen veroorzaken. Vandaar dat men gewoonlijk tegen acute ziekten westerse middelen slechts gedurende korte tijd gebruikt om bijwerkingen te voorkomen. Kruiden worden bij chronische ziekten gebruikt, omdat men ze kan blijven slikken zonder bang te hoeven zijn voor bijwerkingen. Tenslotte bespreekt Sussman ook het ziektegedrag op Mauritius. In eerste instantie kent men aan een ziekte een natuurlijke oorzaak toe. De eerste stap

is dan ook meestal het gebruik van de gemakkelijk toegankelijke en goedkoopste remedies: westerse of traditionele geneesmiddelen. Pas als deze falen neemt men een bovennatuurlijke oorzaak aan en gaat met te rade bij religieuze specialisten.

Whyte's bijdrage staat in scherp contrast met de voorgaande. Sussman houdt zich strikt aan de grenzen van de medische sector. Whyte plaatst de geneesmiddelen in een breder kader. Ze legt een verband met de sociale veranderingen die in Oost Afrika plaatsvinden en hanteert deels een historisch perspectief. Hoewel de empirische gegevens ontleend zijn aan haar veldwerk bij de Nyole in het oosten van Oeganda, zijn haar conclusies verstrekkender. Ze stelt dat de incorporatie van westerse geneesmiddelen deel uitmaakt van een algemenere trend om lijden eerder te behandelen met substanties dan met de traditionele rituele manipulaties van sociale relaties. Geneesmiddelen en rituelen vormen de alternatieven waaruit de Nyole een keuze moeten maken. Tegenspoed, waaronder ziekte, veroorzaakt door voorouders of clangeesten vereist onderhandeling, het geven van geschenken en het brengen van offers in een openbaar ritueel. Westerse geneesmiddelen vormen een manier om zich aan de verplichtingen van rituele therapie te onttrekken. De geneeskracht van geneesmiddelen ligt volgens de Nyole in het medicijn zelf. Ze bevatten inherente krachten die buiten de moreel gereguleerde sociale relaties liggen. Deze meer individualistische toepassing van verhandelbare substanties wordt als bevrijdend ervaren, als men ze vergelijkt met de verplichtingen en uitgaven die nodig zijn voor een rituele genezing. Een andere belangrijke conclusie van Whyte is dat de grote waardering voor uitheemse geneesmiddelen al lang bestond vóór de introductie van moderne farmaceutische geneesmiddelen. Exotische geneesmiddelen van verre komaf waren reeds lang zeer populair bij de Nyole. Het kapitalistische systeem schiep niet de vraag naar uitheemse middelen, maar de interne sociale veranderingen in de Nyole-samenleving zelf zijn daar verantwoordelijk voor.

Hoewel Whyte die sociale veranderingen uitgebreider had kunnen beschrijven en specifiek had kunnen relateren aan het gebruik van geneesmiddelen, zijn haar conclusies verfrissend. Ze blijft niet steken in een empirische opsomming van hoe de situatie is, maar gaat verder in op de vraag naar het waarom en maakt zo een begin met een gedegen stuk theorievorming over de in deze bundel behandelde problematiek.

Het artikel van Niehof is een vreemde eend in de bijt. Haar bijdrage handelt noch over westerse noch over commerciële traditionele geneesmiddelen. Wel geeft ze in een uitgebreide tabel een aantal traditionele geneesmiddelen weer (waaronder commerciële jamu-middelen) met de lokale en wetenschappelijke namen van ingrediënten en de therapeutische indicaties. Haar bijdrage is een klassieke medisch-anthropologische studie over traditionele Madurese geneesmiddelen. Ze verschaft een goede kijk op heersende ideeën en praktijken onder de vrouwelijke bevolking van Madura rondom zwangerschap, geboorte en kraambed. Westerse geneesmiddelen zijn er wel, maar worden in de hierboven genoemde context niet gebruikt.

Haar kritische theoretische opmerkingen over de heet-koud-oppositie zijn misplaatst. Ze stelt een 'drie-dimensionaal' model voor als verbetering van een in de literatuur aangetroffen al te simplistisch twee-dimensionaal model waarbij heet = ziek en koud = gezond. De stroom van publikaties over dit onderwerp waar-

door de laatste twee decennia een heel wat genuanceerder beeld over heet-koud concepten tot stand is gekomen lijkt aan haar te zijn voorbijgegaan.

Bledsoe en Goubaud bespreken de wijze waarop westerse geneesmiddelen worden opgenomen in het traditionele therapeutische systeem van de Mende in Sierra Leone. Doordat westerlingen een lang en gezond leven is beschoren, worden westerse geneesmiddelen door de Mende zeer gewaardeerd. Deze middelen worden via de apotheken en de informele sector verkregen en veel toegepast bij zelfmedicatie. In de keuze van het juiste geneesmiddel spelen de uiterlijke kenmerken de belangrijkste rol. De voor de Mende cultuurvreemde geneesmiddelen worden door middel van de eigen culturele logica geherinterpreteerd. Zo meenden de meeste informanten dat de grootste pil de krachtigste werking ontloopte. Ook de toedieningsvorm (injectie, capsule) en de temperatuur speelt een rol in de evaluatie. Kleur en smaak van het geneesmiddel vormen middels het 'similia similibus curentur'-principe aanwijzingen voor de ziekte die ermee genezen kan worden. Zo werd een anti-bilharzia middel vanwege de gele kleur gebruikt tegen malaria, omdat bij deze ziekte de urine erg geel is. Ook de kosten van geneesmiddelen spelen een grote rol. Zodra men beter begint te worden stopt men uit financiële overwegingen met de medicatie, terwijl op medische gronden de kuur moet worden afgemaakt. Tot slot wijzen de auteurs op de gevaren van zelfmedicatie met westerse producten zoals verkeerd gebruik en overdosering met zelfs dodelijke gevolgen.

MacCormack en Draper presenteren de resultaten van een kwantitatieve studie naar het ziektegedrag bij diarree en ORS-gebruik (Oral Rehydration Salts) in Jamaica. De belangrijkste symptomen die ouders ertoe aanzet om hulp te zoeken voor hun kind met diarree zijn: toegenomen frequentie van darmbewegingen, braken, koorts en slijm bij de ontlasting. Meestal wordt allereerst thuis geprobeerd iets te doen. Het merendeel geeft het kind kokosmelk of vruchtensap; slechts één percent dient thuis ORS toe. Achtenzestig percent zoekt na een vergeefse thuisbehandeling verdere hulp. Vrouwen die een diarrée-polikliniek bezochten werden, nadat ze een voorlichtingspraatje over ORS hadden gevolgd, door de auteurs ondervraagd. Slechts een-derde had de boodschap begrepen. De meeste vrouwen verklaarden de werking van ORS in traditionele termen. Daartoe aangezet door de gezondheidswerkers staakten veel vrouwen het gebruik van de effectieve traditionele kokosmelk en stapten over op het veel duurder ORS of op ineffectieve westerse zoutbevattende geneesmiddelen.

Burghart beschrijft hoe de integratie van westerse injecties in de Ayurvedische therapie heeft plaatsgevonden. Injecties zijn in India en andere Zuid-Aziatische landen zeer populair. Spuiten worden ook door de traditionele Ayurvedische genezers veel gebruikt. Sommige Ayurvedische geneesmiddelen worden zelfs speciaal geproduceerd voor gebruik per injectie. Dit integratieproces beschrijft hij op idiografische wijze aan de hand van een brahmaanse Ayurvedisch genezer. Deze genezer incorporeerde naar eigen zeggen in de jaren '50 de westerse diagnostiek en therapie in zijn praktijk. In de jaren '60 keerde hij terug tot de zuivere Ayurvedische traditie en verstootte de westerse geneesmiddelen met uitzondering van penicilline. Penicilline-injecties werden door hem vaak toegepast. Vanwege de grote vraag naar penicilline kon hij dit middel niet uitbannen. Om penicilline in overeenstemming

te brengen met zijn Ayurvedische principes moest hij het middel herinterpreteren. Volgens hem komt álle medische kennis voort uit de Ayurvedische geschriften, zo ook de westerse medische kennis en geneesmiddelen. De westerlingen zijn de oorspronkelijke kennisbron vergeten. Door deze opvatting kon deze Ayurvedische genezer penicilline zonder 'wroeging' in zijn praktijk gebruiken.

Hoewel leuk als anekdote schiet Burgharts benadering naar sociaal-wetenschappelijke maatstaven duidelijk tekort in het beschrijven of verklaren van het wijdverbreide gebruik van injecties in het Ayurvedisch therapeutische systeem.

Etkin geeft in haar bijdrage een literatuuroverzicht van, en kritiek op, de wijze waarop onderzoekers de werkzaamheid van inheemse geneesmiddelen bestuderen. Ze pleit ervoor om de werkzaamheid van traditionele geneesmiddelen niet louter vanuit een biomedische paradigma te bestuderen (zoals het onderzoek naar de farmacologische activiteit van kruiden). Men dient ook te kijken naar hoe er in de desbetreffende cultuur over effectiviteit gedacht wordt en welke therapeutische resultaten men nastreeft. In de literatuur worden inheemse medische concepten vaak genegeerd. Ook moet men dergelijke emic opvattingen niet afdoen als louter symbolisch van aard, maar kijken naar de mogelijke fysiologische uitkomst van ogenschijnlijk symbolisch beargumenteerde therapie. Verder moet men het procesmatige karakter van therapeutische handelingen in de gaten houden. Het therapeutisch proces kan uit verschillende fasen bestaan, waarbij elke fase afzonderlijke doelstellingen kan hebben. Zo behandelen de Hausa een wond allereerst met irriterende planten (met de bedoeling het vuil eruit te verwijderen) die leiden tot bloedingen en ettervorming hetgeen naar biomedische criteria het probleem slechts verergert. In een latere fase past men bloedstelpende, ontstekingsremmende en helende planten toe. Als men slechts naar één fase van het proces kijkt kan men een dergelijke therapie verkeerd beoordelen. Hoewel Etkin slechts literatuur over inheemse geneesmiddelen bespreekt, stelt ze dat ook voor westerse geneesmiddelen geldt dat er sprake is van een culturele constructie van werkzaamheid en dat onderzoekers zich bewust moeten zijn van het procesmatige karakter van therapeutische handelingen.

In zijn afsluitend artikel schrijft Van der Geest dat dit boek gezien moet worden als een eerste stap in de richting van een nieuw onderzoeksgebied: de studie van westerse geneesmiddelen in hun sociale en culturele context. Het wordt hoog tijd dat de 'cultuurvrije' geneesmiddelen 'gedenaturaliseerd' worden en bezien worden als een cultuurprodukt van een zeker niet waardevrije wetenschappelijke traditie. Hij onderscheidt vijf elkaar overlappende onderzoeksthema's waarop een dergelijke farmaceutische antropologie zich in de toekomst zou kunnen richten: 1. de produktie en handel (de context waarin geneesmiddelen worden gemaakt en verkocht); 2. het voorschrijven van geneesmiddelen door artsen (onder andere de symbolische betekenis ervan, de kennis die de arts heeft over hetgeen hij voorschrijft en de commerciële belangen die meespelen); 3. de distributie (formele en informele distributiekkanalen, verkoop door leken, en toepassing van westerse middelen door traditionele genezers); 4. het gebruik (zelfmedicatie en de contexten waarin dit gebeurt, het hoe en waarom van dit gebruik en welke ideeën hierbij een rol spelen) en 5. de werkzaamheid (de culturele dimensie ervan en het placebo-effect). De praktische relevantie van dergelijk onderzoek en meer in het algemeen

de rol van de antropoloog in medische ontwikkelingsprogramma's ligt in het aanbieden van een holistische kijk op het probleem, het benadrukken van cultureel relativisme, het waarschuwen tegen een verkeerd begrip in cross-culturele communicatie en het voorstellen van geschiktere onderzoeksmethoden bij problemen die zich in medische programma's voordoen.

De onderzoeksthema's die Van der Geest aangeeft kunnen met gemak nog verder worden uitgebreid zoals onderzoek naar de historische context en het komen tot een adequate theorievorming over westerse geneesmiddelen al dan niet binnen de context van een ontwikkelingsland. Maar, zoals de auteur ook al aangeeft, wat is de praktische relevantie van dergelijk onderzoek? Blijft het een academische bezigheid of kan er iets mee gedaan worden om geconstateerde problemen helpen op te lossen? Een antropologische blik maakt een probleem vaak nog problematischer maar daarmee niet onoplosbaar. Het beste voorbeeld van relevant farmaceutisch antropologisch onderzoek in deze bundel is ongetwijfeld het onderzoek van Homedes en Ugalde. Zij constateren niet slechts de ingewikkeldheid van het probleem, maar komen op grond van hun onderzoeksresultaten tot een bepaald beleid om dat probleem op te lossen, en implementeren en evalueren dit ook ter plekke. Aldus was hun onderzoek duidelijk van nut voor de onderzochten en blijkt dat een medisch antropoloog in een lokaal ontwikkelingsproject het best op zijn plaats is.

Mario Braakman

Lindsay Granshaw & Roy Porter (eds.) *The hospital in history*. London/New York: Routledge, 1989. 273 pp. Prijs: f 131,00.

Engelse 'ziekenhuizen' in de middeleeuwen, liefdadigheid in Florence tussen 1100 en 1500, honderd jaar kankerziekenhuizen en de bureaucratisering van twintigste-eeuwse ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Dit is slechts een greep uit de verzameling interessante onderwerpen die in het korte bestek van *The Hospital in History* aan de orde zijn. De meeste artikelen zijn bewerkingen van een lezingen, die in 1986 en 1987 op het Wellcome Institute¹ in Londen werden gehouden met als doel een nieuw licht te werpen op de geschiedenis van ziekenhuizen.

De tien auteurs zetten zich af tegen het beeld van 'ziekenhuizen' dat uit de traditionele geschiedschrijving naar voren komt. Daarin worden deze voorgesteld als instellingen die uit filantropische overwegingen werden opgericht door religieuzen of leken en bedoeld waren voor de verzorging van zieke armen. Een dergelijke interpretatie doen de schrijvers af als "dry institutional history", een naïeve benadering die volgens hen geen recht doet aan de enorme verschillen tussen 'ziekenhuizen', noch aan de ingrijpende veranderingen in functie die deze sinds de middeleeuwen hebben ondergaan. Door nieuwe vragen te stellen, die een socioloog 'meer sociologisch' zou noemen, en door nieuwe bronnen te onderzoeken willen de schrijvers van deze bundel een meer alledaags beeld schetsen van de cultuur in verschillende 'ziekenhuizen' en van veranderingen in hun plaats ten opzichte van de 'buitenwereld'. 'Ziekenhuizen' moeten worden onderzocht als microkosmos van

de samenleving: soms als speelbal van politieke verwickelingen, soms als resultante van veranderende stratificatieverhoudingen, steeds als meer dan een instelling waar zieken terecht konden.

Drie groepen krijgen een centrale plaats in het boek: de filantropen en de weldoeners – wie waren dat en hoe was hun relatie met het ziekenhuis; de patiënten – wat waren hun kwalen en hun verwachtingen; en anderen die aan liet ziekenhuis waren verbonden, zoals dokters, verpleegsters en financieel beheerders – welke functie vervulden ‘ziekenhuizen’ voor hen. Om deze interessante vragen draait het boek, maar ze komen niet in ieder hoofdstuk allemaal aan bod. Afhankelijk van de belangstelling van de auteurs en van hun specialismen komen de lezers de ene keer vooral veel te weten van de motieven van weldoeners en worden zij de andere keer vooral geïnformeerd over de patiënten en andere ‘inmates’. De schrijvers kregen – of namen – bij de keuze van hun vraagstelling een grote vrijheid. Daardoor ontbreekt een grote lijn in deze verzameling artikelen. In de inleiding staat dat er geen monolithisch ‘hospitaal’ uit de bundel naar voren komt. Dat zou gezien de grote variatie aan instellingen die met dat begrip worden aangeduid, ook verkeerd zijn geweest. Men kan zich zelfs afvragen of de inhoud van het boek inderdaad een behandeling is van ‘the hospital in history’. ‘Ziekenhuis’ en ‘hospital’ zijn termen die verwijzen naar hedendaagse instellingen voor verpleging en genezing van zieken, maar in de bundel worden ze ook toegepast op het verleden. Dan zijn het niet meer dan verlegenheidstermen, waaronder zowel de middeleeuwse luizen voor leprozen, voor armen, voor pelgrims en behoeftige reizigers vallen als twintigste-eeuwse, sterk gespecialiseerde kinderklinieken. Als de schrijvers zich aan een paar hoofdthema’s hadden laten binden, was er een betere aansluiting gekomen tussen de verschillende studies en had het boek aan samenhang gewonnen. Het was dan meer geworden dan een verzameling meer en minder interessante artikelen en misschien hadden enkele algemene uitspraken gedaan kunnen worden over bijvoorbeeld veranderingen in de clientèle van ‘ziekenhuizen’ of over functieverschuivingen; over veranderingen in de relaties tussen enerzijds ‘ziekenhuizen’, anderzijds weldoeners, artsen en de staat.

Een paar bevindingen van onderzoek dat het beste beantwoordt aan het programma dat de auteurs zichzelf hebben opgedragen, zal ik hieronder samenvatten. Het is bekend dat de instellingen voor zieken en armen, die misschien nog het beste met het begrip ‘gasthuizen’ kunnen worden aangeduid, tot ver in de negentiende eeuw niet veel meer te bieden hadden dan kost en onderdak, maar het is interessant om te lezen hoezeer zieken in deze instellingen eeuwenlang in de minderheid waren. Wie ziek was, vormde een extra belasting voor het personeel en verschillende categorieën zieken werden dan ook door strenge toelatingsprocedures van een verblijf in een ziekenhuis uitgesloten. Zo werden leprozen in algemene ‘ziekenhuizen’ altijd geweerd, terwijl chronisch zieken, terminale patiënten, gewonden, kreupelen, mensen met vallende ziekten of met infectieziekten, lammen, zwangere vrouwen en zuigelingen in sommige instellingen werden buiten gesloten. Dronkaards of mensen die als oplichters werden ontmaskerd, waren al helemaal niet welkom. Een nog stringenter beleid voerden de instellingen die uitsluitend bedoeld waren voor een bepaalde groep, zoals voor de Florentijnse handwerkslieden die tot een gilde behoorden.

In het middeleeuwse Engeland verschaften noch de leprozenhuizen, noch de armenhuizen, noch de gasthuizen voor reizigers enige medische hulp. De 'ziekenhuizen' die wel waren bedoeld voor het huisvesten van zieken, waren sterk in de minderheid: ongeveer tien percent van het totaal. Als er al sprake was van behandeling, dan bestond deze uit bedrust en warmte, uit iets meer reinheid en goed voedsel. De kosten van medicijnen vormden een onbelangrijke post in de kasboeken. Ze werden of helemaal niet vermeld of ze waren bijzonder laag – nog geen vijf percent van de totale kosten uitgegeven in het San Matteo-ziekenhuis in het laat-middeleeuwse Florence (en in dat bedrag was de reparatie aan bedden nog inbegrepen).

Verskillende artikelen laten zien dat liefdadigheid niet alleen te begrijpen is in termen van religieuze gevoelens; rationele berekening was evenzeer van belang. De zorg voor zieken maakte deel uit van de armenzorg en moet geplaatst worden in de lokale dynamiek van bescherming, patronage en sociaal conflict. Dat blijkt vooral uit de mooie studie van Sandra Cavallo over de verhouding tussen de filantropen, 'ziekenhuizen' en hun clientèle in het achttiende-eeuwse Turijn. Het waren niet alleen de fatsoenlijke en behoeftige armen die voor steun onder beheer van een 'ziekenhuis' in aanmerking kwamen, maar ook andere groepen werden begunstigd. Zo stichtten kooplieden een fonds om mensen uit hun eigen gelederen, wier sociale prestige in het geding was, voor sociale daling te behoeden. Deze 'shamefaced poor' werden in het geheim gesteund, onder meer door dochters uit nette families een bruidsschat te geven. Dergelijke maatregelen beschermden de ontvangers van liefdadigheid en deze konden zowel behoren tot de oude elites die hun positie wilden behouden, als tot de sociaal stijgende nieuwe elites. Een toename van deze vorm van ondersteuning viel in Turijn samen met verschuivingen in de sociale hiërarchie en met sociale conflicten. Ook de verschuiving in het beheer van liefdadigheid van filantropen naar de staat interpreteert Cavallo als een gevolg van veranderingen in stratificatiepatronen, van een verdringing van oude door nieuwe elites.

Geven was een plicht, maar het was ook een genoegen om liefdadig te zijn. Over de 'gift relation' tussen filantropen en provinciale 'ziekenhuizen' in het achttiende-eeuwse Engeland schrijft Roy Porter. Geven was een persoonlijk plezier en een teken van eigen gevoeligheid, waardoor weldoeners zich van anderen konden onderscheiden. Daarnaast speelde mercantilistisch eigenbelang een rol. Als armen ziek werden, moesten ze zo snel mogelijk weer aan het werk worden geholpen en bij voorkeur op een zo voordelig mogelijke wijze. 'Ziekenhuizen' zouden minder verspillend zijn dan liefdadigheid ad hominem. In dergelijke instellingen kon een betere selectie plaats vinden tussen patiënten bij wie zorg iets opleverde en mensen aan wie iedere steun verloren was.

Tussen filantropen en 'ziekenhuizen' bestonden ook rechtstreeks ruilrelaties. Zo verwierven weldoeners door schenkingen de zeggenschap over één of meer bedden – zij konden dan zelf bepalen welke patiënten van dat bed gebruik mochten maken. Goedkope leningen waren een ander privilege dat weldoeners van het ziekenhuis genoten. Het komt in het boek ettelijke malen ter sprake dat de vroege gasthuizen betrokken waren bij financiële transacties. Kennelijk beschikten zij als één van de weinige instellingen in die tijd over de administratie die daarvoor noodzakelijk was.

Rijke burgers konden hun bezit nalaten aan de vijftiende-eeuwse Florentijnse 'ziekenhuizen' of zij belegden hun geld daarin tegen een gunstig rentepercentage. Dergelijke activiteiten werden gecombineerd met vormen van ondersteuning. Weduwen vermaakten bijvoorbeeld hun vermogen aan 'ziekenhuizen' en kregen in ruil daarvoor een gegarandeerd inkomen voor de rest van hun leven.

Lindsay Granshaw schrijft over de functie die ziekenhuizen in de negentiende eeuw hadden voor zich specialiserende artsen. Zij ziet de opkomst van specialistische klinieken niet als resultaat van veranderingen in denkbeelden in de geneeskunde, maar brengt deze in verband met de carrièrekansen die dergelijke instellingen boden aan ambitieuze dokters die niet tot de 'inner circles' behoorden. Nieuw was dat de oprichters geen filantropen waren. Hun activiteiten ondervonden daarom veel verzet vanuit de gevestigde medische wereld – interessante ziektegevallen, vaak juist de gegoede patiënten, zouden op deze manier onthouden worden aan algemene ziekenhuizen. Maar vanaf het einde van de negentiende eeuw was het tij gekeerd en hadden specialistische artsen zich juist een elitepositie ten opzichte van collega's weten te verwerven.

The Hospital in History is een boek geschreven door historici – één artikel is geschreven door een arts – en deze historische achtergrond is in verschillende opzichten merkbaar. Al staan de onderzoekers een benadering van de geschiedenis voor die sterk sociologisch is georiënteerd, toch zijn op hun werk de stereotiepe verwijten van sociologen aan historici van toepassing. Velen van hen blijven erg dicht bij hun – vaak prachtige – materiaal. Ze gaan veelal beschrijvend te werk. Slechts een enkeling is geïnteresseerd in een analyse van onderliggende structuren. Wie het boek heeft gelezen, is van alles te weten gekomen over gasthuizen en ziekenhuizen in verschillende tijden en op verschillende plaatsen. In ontwikkelingen in de functie van ziekenhuizen heeft hij echter weinig inzicht gekregen. Wel is dan duidelijk geworden dat het hier om een bijzonder interessant onderzoeksgebied gaat, dat in Nederland nog niet veel aandacht heeft gekregen. De schrijvers zijn inventief geweest in het zoeken naar nieuwe bronnen en ze geven in een uitvoerig notenapparaat een schat aan verwijzingen. Daarin en in de vragen die het oproept, is hun boek inspirerend en biedt het vele aanknopingspunten voor een breed opgezet onderzoeksprogramma.

Noten

1. The Wellcome Institute for the History of Medicine heeft naast een uitgebreide collectie primaire en secundaire bronnen op het gebied van de geschiedenis van de geneeskunde een eigen academische staf die banden onderhoudt met University College London. Het instituut geeft twee tijdschriften uit: *Medical History* en *Current Work in the History of Medicine*. Ook andere symposia hebben een boek als eindprodukt, zoals W.F. Bynum, R.S. Porter, M. Shepherd (eds.), *The anatomy of madness: essays in the history of psychiatry*, 2 vols., Tavistock, 1985.

Rineke van Dalen

Thomas Halper, *The misfortunes of others. End-stage renal disease in the United Kingdom*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. 219 pp. Prijs: £ 25.- (hard cover).

In 1989 waren er in Nederland 3000 nierpatiënten die regelmatig gedialyseerd werden; slechts 121 van hen ontvingen die behandeling thuis. In datzelfde jaar kregen 398 mensen een nieuwe nier ingeplant; in 111 gevallen werd de nier afgegoten (gegevens: RENINE, Rotterdam). In ons land komt iedereen die dat wenst in aanmerking voor haemodialyse. In Engeland ligt dat anders. De voorzieningen zijn lang niet toereikend om alle nierpatiënten te bedienen. En degenen die geholpen worden, ondergaan hun behandeling in de meeste gevallen thuis, wat aanzienlijk goedkoper is dan in een centrum of ziekenhuis. "Die Engelsen lopen een stuk achter bij de rest van de Westerse beschaving," aldus een waarnemer uit de Nederlandse gezondheidszorg, "toeristen die aan een nierziekte lijden, kunnen beter ergens anders op vakantie gaan."

Thomas Halper onderzoekt in zijn boek *The misfortunes of others* hoe het komt dat de voorzieningen voor terminale nierpatiënten in Engeland te kort schieten en wat er gebeurt als er gekozen moet worden. Hoe gaat de selectie dan in zijn werk? Wie beslist op grond waarvan?

Volgens de statistieken sterven er ieder jaar ongeveer 3000 mensen in Engeland en Wales aan 'terminale nierziekte'. Het bijzondere van deze ziekte is dat hij zelden echt genezen wordt, maar dat een dialyse-behandeling de patiënt in staat stelt met zijn kwaal te leven. Zonder die behandeling zou hij zeer snel aan de ziekte overlijden. In minstens drie opzichten is de behandeling derhalve uniek. De effectiviteit ervan is spectaculair; het gaat om leven of dood. Omdat de dialyse echter geen genezing brengt maar het leven slechts verlengt, moet de behandeling voor onbepaalde tijd worden voortgezet, gewoonlijk drie maal per week, vele jaren lang. Daardoor is de dialyse een zeer dure behandeling. Daarnaast is er de mogelijkheid een niertransplantatie te ondergaan. De wachtlijst voor deze operatie is echter lang. In 1986 was het aantal wachtenden in het Verenigd Koninkrijk twee keer zo groot als het aantal van degenen die dat jaar een transplantatie ondergingen.

Het dood-of-leven karakter van de dialyse-behandeling legt een zware verantwoordelijkheid op de schouders van degenen die moeten beslissen wie wel en wie niet voor behandeling in aanmerking komt. Halper heeft getracht dat weinig toegankelijke gebied van de medische zorgverlening in kaart te brengen: wie zijn er betrokken bij de beslissingen over toewijzing van behandeling en hoe gaan deze beslissers om met hun verantwoordelijkheid? Hoe komen zij tot hun besluiten?

Halper maakt een onderscheid tussen de allocatie van voorzieningen op macro- en op micro-niveau. Op macro-niveau neemt een groot aantal partijen en instanties deel aan de discussie over toewijzing van middelen voor behandeling van nierpatiënten: de politieke en bureaucratische gezagsdragers op nationaal, regionaal en districts-niveau, in het bijzonder binnen de National Health Service, de politieke partijen, de industrie, de medische professie, de patiënten, de media en het grote publiek. Halper merkt op dat er geen sprake is van een consistent beleid. Toewijzingen en afwijzingen lijken vooral voort te komen uit ad hoc beslissingen. Soms heeft emotionele betrokkenheid de overhand, soms koele bureaucratische efficiëntie.

De belangrijkste bijdrage van Halpers studie ligt echter in zijn analyse van het besluitvormingsproces op het micro-niveau. Nadat van hogerhand is vastgesteld hoeveel beschikbaar is voor de behandeling van nierpatiënten (te weinig om aan de vraag te voldoen), staan vooral huisartsen en specialisten voor de moeilijke taak uit te maken wie wel en wie niet voor behandeling in aanmerking komt. De patiënt zelf heeft volgens de schrijver nauwelijks een stem in het kapittel. Willoos ondergaat deze wat er over zijn hoofd heen besloten wordt. Halpers conclusie over dit besluitvormingsproces kan in enkele zinnen worden samengevat. De beslissers zeggen objectieve, medische criteria te hanteren, maar als die criteria aan nader onderzoek onderworpen worden, blijken ze verre van objectief te zijn. Achter het medisch woordgebruik blijken het juist niet-medische, tamelijk arbitraire overwegingen te zijn die bepalen wie wel en wie niet is 'uitverkoren'. De inschatting bij welke patiënt de behandeling het meest succes zal hebben - een van de medische criteria - blijkt bijvoorbeeld zeer subjectief te zijn.

Een belangrijk criterium dat wordt gehanteerd, is leeftijd; patiënten boven de 65 worden in het Verenigd Koninkrijk zelden tot behandeling toegelaten. Redenen die genoemd worden, zijn dat oudere patiënten gewoonlijk een veelvoud aan kwalen hebben (dus het therapeutisch effect van de behandeling zal beperkt zijn), dat behandeling bij hen duurder is (wat ten koste gaat van andere gegadigden) en dat de prognose voor hen slechter is dan voor jongeren. De ene 65-jarige is echter de andere niet. En wat gebeurt er als iemand die op zijn zestigste voor behandeling werd toegelaten de leeftijdsgrens overschrijdt? Het stopzetten van diens behandeling wordt unaniem als onmenselijk ervaren. Maar is dat 'onmenselijker' dan het afwijzen van een 65-jarige die een dialyse-behandeling zou moeten beginnen?

Wat 'onmenselijk' genoemd wordt, heeft niet zozeer betrekking op de beslissing *sec*, maar op de situatie waarin die genomen wordt. De confrontatie tussen medicus en patiënt bij een eerste afwijzing is veel minder pijnlijk dan bij een eventueel besluit een lopende behandeling stop te zetten, omdat de patiënt de 'pensioenge-rechtigde leeftijd' bereikt heeft. In het eerste geval kan de arts plausible medische gronden aanvoeren waarom dialyse 'geen oplossing biedt' voor de patiënt, bijvoorbeeld: zijn hart zou het niet verdragen. Die 'leugen' (Halpers terminologie) werkt in het tweede geval niet. Halper zegt terecht dat leeftijd een substituut wordt voor de beslissing, een vlucht voor de verantwoordelijkheid.

Zo komt Halper tot wat in mijn ogen zijn belangrijkste waarneming is. De objectieve 'harde' criteria zijn er vooral om de stress te verlichten van degenen die de besluiten moeten nemen. Zij kunnen zich erachter verbergen. Het geloof in de eenduidigheid en onpartijdigheid van de gehanteerde criteria biedt niet alleen troost aan de - afgewezen - patiënt, maar ook - en vooral - aan de gepijnigde medicus: "However flawed a medical criterion age may be, in short, it is plainly of immense value to decision makers seeking to avoid stress, guilt, and discomfort and to save time and effort by trading their discretion for the automatic implementation of a principle" (p. 126).

Halper heeft in deze case study de dilemma's en tegenstrijdigheden in beeld gebracht die zich voordoen bij medische beslissingen. Hij doet dat met mededogen, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de medicus. Beiden zitten gevangen in een systeem dat niet, zoals hij overtuigend aantoont, noodzakelijk gegeven is, maar

door mensen gemaakt. De ontoereikende toewijzing van middelen op macro-niveau is geen natuurfeit, maar het resultaat van politiek.

Sjaak van der Geest

Cecil G. Helman, *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*. London: Wright, 1990. Second edition, 284 pp. Prijs: f 50,80.

Voor veel mensen ligt de aantrekkingskracht van de antropologie in de confrontatie met het exotische. Van medisch antropologen verwacht men dat ze zich bezig houden met andere culturen, met gezondheidsproblemen van buitenlandse arbeiders en met verre volken en hun geneeskundige systemen (ethnomedicine). Dat zij zich juist in toenemende mate interesseren voor hun eigen cultuur en de cultuurgebondenheid van het eigen medisch systeem zal voor velen een verrassing zijn. Wanneer Helman opvattingen over menstruatie beschrijft, geeft hij niet in de eerste plaats de menstruatiehutten van de Zulu als voorbeeld, maar beschrijft hij de ideeën van Britse mijnwerkersvrouwen van nu. In hoofdstuk 9, *Ritual and the management of misfortune*, maakt hij een schitterende vergelijking tussen de curatieve riten die plaats vinden bij de Ndembu in Zambia, en een ander genezingsritueel: het spreekuur van een huisarts in Engeland. Helman zal menig gezondheidswerker een schok bezorgen door zijn systematische verwijzing naar de 'vreemde' ideeën die wij hebben over het functioneren van ons lichaam, over de werking van een geneesmiddel of over voedsel. Medische rituelen zijn niet alleen belangrijk voor de Aboriginal, maar ook voor Tante Leen. Wat is tenslotte het verschil tussen een Marokkaanse moeder die haar kind een koordje omdoet om het Boze Oog af te weren, en de bioregulator, die zelfs gedragen wordt door televisie-sterren in Hilversum? Op deze manier levert het boek van Helman een belangrijke bijdrage aan de de-exotisering van de medische antropologie.

Helman stelt in de inleiding dat het doel van zijn boek is om enkele basisgedachten en onderzoeksgebieden in de medische antropologie te presenteren. Het is in de eerste plaats bedoeld voor mensen, die werkzaam zijn in de gezondheidszorg of betrokken zijn bij gezondheidsvoorlichting en medische ontwikkelingssamenwerking. In de tweede plaats is het boek bestemd voor studenten in deze studierichtingen en in de sociologie en antropologie. Het publiek tot wie Helman zich richt, is breed en over het algemeen weinig bekend met theorievorming in de sociale wetenschappen. De auteur heeft daarom gekozen voor een oriëntatie op toegepaste medische antropologie.

Elk hoofdstuk van het boek begint met een summier theoretisch raamwerk bij een onderwerp, dat geïllustreerd wordt met verschillende 'case histories'. Zo begint het hoofdstuk *Culture and pharmacology* met een uitleg over wat onder 'total drug effect' en 'placebo effect' moet worden verstaan, waarna een illustratie volgt aan de hand van het placebo-effect bij de behandeling van angina pectoris. De kracht van het boek ligt juist in deze praktische, toegepaste oriëntatie. *Culture, Health and Illness* is een zeer leesbaar boek voor de geïnteresseerde leek, bevat een keur aan

levendige, haast anekdotische voorbeelden. Dit onderscheidt Helmans inleiding van de meeste andere studieboeken. Behalve een prettig leesboek is het ook een geschikt leerboek. Het is helder geschreven. Begrippen worden verklaard en toegelicht, nergens verdwaalt de lezer in jargon. Dit zijn dan ook de redenen waarom dit boek (waarvan de eerste druk in 1984 verscheen) zijn weg gevonden heeft naar tal van opleidingen, ook in medische curricula.

Hoewel het boek een uitstekende inleiding geeft in de theorievorming in de medische antropologie en een summier overzicht geeft (met literatuurverwijzingen) van bestaand onderzoek, is er echter wel het een en ander op aan te merken. Terwijl het boek uitblinkt in helderheid en zijn talloze voorbeelden, vind ik het theoretische deel vaak zwak. Een inleiding over de ontwikkeling van de medische antropologie als wetenschappelijke discipline en haar voornaamste theoretische oriëntaties ontbreekt. Bij de uitleg van diverse theoretische concepten suggereert Helman het bestaan van een consensus over die begrippen. Ook expliciteert hij zijn eigen benadering en opvattingen niet. Wanneer er sprake is van een overduidelijk conflict in opvattingen (zoals bijvoorbeeld de discussie rond de training van traditionele genezers en de samenwerking tussen hen en vertegenwoordigers van de westerse geneeskunde) wordt zijn beschrijving oppervlakkig, 'neutraal'. Conflicten lijken haast niet te bestaan. Iemand die enigszins is ingewijd in dit onderwerp of in de antropologische theorie, zal zich aan deze vlakheid ergeren.

Aan een aantal kritieken op de eerste druk is Helman tegemoet gekomen. Een belangrijke tekortkoming, die nu is rechtgezet, was dat er geen speciale aandacht bestond voor zaken als 'gender', reproductie en geboorte, seksualiteit en medicalisering van vrouwenlevens. Helman heeft een heel nieuw hoofdstuk toegevoegd waarin aan deze onderwerpen centraal staan.

In de introductie tot de tweede uitgave besteedt Helman verder aandacht aan het gevaar van het misbruiken van het concept cultuur, bijvoorbeeld door de vorming van stereotypen en 'victim blaming'. Hij benadrukt telkens, dat de culturele factoren die een rol spelen in ziekte en gezondheid alleen begrepen kunnen worden in hun totale maatschappelijke context. Vaak betreft dit politiek-economische kwesties. Maar men kan zich afvragen of dit boek niet juist meehelpt aan de 'culturalisatie' van gezondheidsproblemen van de armen. Een duidelijk voorbeeld hiervan vind ik het hoofdstuk *Diet and Nutrition*. Natuurlijk stelt Helman cultuur niet verantwoordelijk voor alle gevallen van ondervoeding, maar de opzet van het hoofdstuk legt toch wel erg veel nadruk op culturele factoren en erg weinig op armoede, sociaal-economische en politieke achtergrond. Na lezing van dit boek kan men gemakkelijk tot de conclusie komen dat het medisch gedrag van mensen in de eerste plaats cultureel wordt bepaald. En dat, terwijl blijkt dat moeders in de sloppenwijken van Lima zich schuldig voelen als zij geen westerse medicijnen voor hun kind kunnen kopen, omdat deze te duur zijn! Uit armoede kiezen voor een traditionele genezer, dat komt maar al te vaak voor. Antropologen moeten mijns inziens niet de fout maken zich alleen te bekommeren om de 'acceptability' van medische voorzieningen, als 'availability', 'accessability' en 'affordability' allesbehalve gegarandeerd zijn.

Voor veel (aanstaande) gezondheidswerkers is Helmans boek de eerste kennis-making met het medisch-antropologisch gedachtengoed en vakgebied. Ik kan mij

niet anders voorstellen dan dat dit voor iedereen een plezierige kennismaking is. Dat is belangrijk, omdat de gezondheidszorg en de sociale wetenschappen toch nog veel te weinig van elkaar willen weten. Maar toch is het de vraag of daarmee het boek ook niet zijn doel voorbijschiet. Het is zo vriendelijk en weinig polemisch geschreven dat het op niemands tenen trapt. Zeker niet op die van het medisch establishment. Tot een kritische ondervraging van het biomedisch denkkader komt Helman niet.

De culturele constructie van ziekte door de leek wordt door hem wel overtuigend beschreven: 'illness' is de subjectieve ervaring van de patiënt. Het omvat niet alleen de ervaringen van het ziek-zijn, maar ook de betekenis die de patiënt (en zijn sociale omgeving) aan deze ziekte verlenen. Maar wanneer Helman het perspectief van de dokter beschrijft, 'disease', spreekt hij alleen over de wetenschappelijke rationaliteit van het model, dat alles wat niet meetbaar of objectiveerbaar is als minder belangrijk beschouwt. Zijn kritiek op deze gerichtheid op 'disease' is, dat dit eenzijdig is: de arts heeft alleen aandacht voor het fysieke. Volgens Helman zou de arts 'illness' en 'disease' moeten behandelen. Inderdaad leert de medische student van vandaag de hulpvraag van de patiënt te verhelderen. Aan de kritiek lijkt men dus aardig tegemoet te komen. Maar in al deze opvattingen wordt het perspectief van de patiënt steeds als subjectief, irrationeel en cultureel-gekleurd voorgesteld, terwijl de objectieve en rationeel-wetenschappelijke diagnose die de arts stelt boven alle kritiek is verheven. Terecht suggereert Van der Geest in *Medische Antropologie* (1989/2) dan ook, dat het impliciete, nauwelijks bewuste uitgangspunt van veel medisch antropologen (inclusief Helman) lijkt te zijn, dat de eigen wetenschappelijke geneeskunde niet een cultureel verschijnsel is.

Opvallend is dat het hoofdstuk van Helman over 'cross-cultural psychiatry' een heel ander beeld geeft: hier is een hele paragraaf gewijd aan de culturele invloeden op de psychiatrische diagnose. Psychische ziekte, daarover laat Helman geen enkele twijfel bestaan, is een relatief concept. De biologische benadering, die suggereert dat er universele diagnostische categorieën voor gekte (psychische ziekte) zijn op te stellen, wordt uitgebreid bekritiseerd. De vraag die zich onmiddellijk opdringt is, of dit ook niet geldt voor andere diagnostische categorieën. De voorbeelden van 'culture bound syndromes' en 'folk illnesses' (de verschillen hiertussen zijn mij overigens niet duidelijk geworden) die Helman geeft, maken duidelijk, dat dezelfde constellatie aan symptomen totaal verschillend begrepen (en behandeld) kan worden in een andere maatschappelijke context.

Het is jammer, dat Helman de uitdaging, om de biomedische premissen van de 'objectieve' ziektewerkelijkheid ter discussie te stellen, niet oppakt. Zijn boek zal dan ook niet kunnen rekenen op de storm van reacties die Illich losmaakte. De grenzen van de geneeskunde heeft Helman helaas niet overschreden.

Anneloes van Staa

Sudhir Kakar, *Intimate relations. Exploring Indian sexuality*. Chicago, Chicago University Press, 1989. 161 pp. Prijs: \$ 21.75.

McDaniel, J., *The madness of the saints. Ecstatic religion in Bengal*. Chicago/London: Chicago University Press, 1989. xi + 335 pp. Prijs: \$ 45 (hard cover), \$ 16.95 (paper).

'Bingo!', moet de uitgever gedacht hebben toen hij *Intimate Relations* van de Indiase psychoanalyticus en antropoloog S. Kakar opnam in zijn fonds. In India heeft dit boek al een bestseller-carrière als Penguin paperback achter de rug en een schreeuwerige bijsluiter roept ook ons op tot kopen: "Explore sexuality in India with one of India's leading psychoanalysts!". De titels van de hoofdstukken verraden eenzelfde frontale aanval op uw en mijn beurs. *Scenes from marriages*, prijst hoofdstuk 2 zichzelf luidkeels aan; *Lovers in the dark*, haast hoofdstuk 3 zich hierop uit te roepen; *The sex wars*, tracht hoofdstuk 4 zijn voorgangers te overstemmen. En wie van ons, potentiële kopers, kan zijn nieuwsgierigheid bedwingen om niet meteen in hoofdstuk 6, *Gandhi and women*, te gaan neuzen?

Kakars relaas ontgoochelt de opgeroepen bestseller-verwachtingen niet. Zoals het een bestseller betaamt is het een vlot geschreven, evocatief en badinerend relaas over de relaties tussen Indiase mannen en vrouwen, hun emotionaliteit, hun verwachtingen ten aanzien van elkaar, of over de seksuele strategieën waarvan zij gebruik maken. Zoals veel bestsellers is dit boek echter ook vrij oppervlakkig en vrijblijvend, en verhult de meeslepende pen van de auteur te vaak de banaliteit van sommige van zijn conclusies.

Het uitgangspunt van Kakar is eenvoudig, maar spreekt tot de verbeelding: de relaties tussen de seksen in het Hindu huwelijk worden gekarakteriseerd door conflicten en 'sexual misery'. Dit conflict is tweevoudig en wordt – in een notedop – gekenmerkt door de angst van mannen voor de echtgenote als vrouw en seksueel wezen enerzijds en de ontgoocheling, woede en haat van vrouwen tegenover hun mannen die hen niet de verlangde intimiteit en liefde weten te schenken, anderzijds. Kakar exploreert dit mijnenveld door middel van de seksuele fantasieën en idealen die volgens hem bij Hindu mannen en vrouwen over elkaar bestaan. Deze kunnen het best worden ontdekt in de verschillende narratieve vormen die het huidige India rijk is. "The preferred medium of instruction and transmission of psychological, metaphysical and social thought in India", bezweert de auteur ons, "continues to be the story" (p.1). In elk van de hoofdstukken staat een andere verhaalvorm centraal: de roman, de veelbesproken Indiase cinema, volksvertellingen, life histories van vrouwen uit de slums van Delhi, autobiografieën (van, jawel, Gandhi), en het relaas in de psychoanalytische sessie. De verschillende verhaalvormen die Indiërs zien, horen, vertellen of zingen worden voortdurend herwerkt in hun eigen levens, net zoals de mannelijke en vrouwelijke protagonisten uit deze verhalen 'symbolic revealers' zijn van een "much larger universe" (p.4), het universum van de fantasie, die een brug slaan tussen verlangen en realiteit.

Kakars tocht door de verschillende verhaalvormen toont een fantastische en fascinerende caleidoscoop van mannelijke en vrouwelijke prototypes: de vrouw als moeder, heilige en hoer; de huisvader als 'male chauvinist pig'; de schoonbroer als seksueel object; de vader-dochter-relatie; Freudiaanse, Jungiaanse en Kleiniaanse moeders en hun zonen; minnaars als fallische slangen; de verbondenheid van

ascetische Hindu celibatairen met het moederlichaam en nog veel meer. Voor de auteur zijn deze culturele ideeën en idealen van mannelijkheid en vrouwelijkheid, zoals ze zich in hun mythische proporties manifesteren in verschillende narratieve vormen, verbonden met de "innermost experience of the self" (p.131) van Hindu mannen en vrouwen. Als afrikanist kan ik moeilijk beoordelen of het conflictueuze familie- en huwelijksmodel dat zo tevoorschijn komt, zich ook als dusdanig in de Indiase realiteit manifesteert. De massale belangstelling voor dit boek in India zelf wijst misschien in die richting.

Men kan zich de vraag stellen of men straffeloos kan extrapoleren tussen fictie en realiteit. Kan men vanuit een love-story op het witte doek het huwelijksleven van een volkswrouw uit Delhi belichten? Tenslotte zijn de huwelijksperikelen van Kathleen Turner en Michael Douglas in de film *War of the Roses* toch ook niet noodzakelijk exemplarisch voor wat er in het doorsnee Vlaamse of Nederlandse huisgezin 'aan de knikker' is? Vloeit het door de auteur ontdekte conflictueuze karakter van de relaties tussen de beide seksen niet eerder voort uit zijn keuze om vooral gebruik te maken van verhaalvormen? Het is nu eenmaal één van de ongeschreven 'lois du roman' dat over probleemloze liefde niet veel te vertellen valt; of zoals Tolstoj in de beroemde openingszin van *Anna Karenina* al opmerkte: "Alle gelukkige gezinnen lijken op elkaar, elk ongelukkig gezin is ongelukkig op zijn eigen wijze." Kakar gaat op dit probleem niet echt in. In die zin maakt het boek zijn pretenties niet waar: het blijft een open vraag in hoeverre de auteur 'Indian sexuality' heeft ontleed. Daarvoor is het bestreken domein te fragmentarisch. Zelfs binnen de beperking van het narratieve thema kan men zich afvragen waarom Kakar de *ghazals* niet bespreekt, de beroemde Indiase love-songs die het hele gamma van middeleeuwse minnedichten tot populaire schlagers bestrijken. Daarnaast ontbeert dit boek al te duidelijk het wat meer klassieke, antropologische feitenmateriaal en benadrukt het te veel de psychoanalytische lezing van de auteur zelf. Kakar tracht deze leemte wat op te vullen met goedklinkende gemeenplaatsen over een herwaardering van het culturele in het (psychoanalytische) onderzoek over seksualiteit, identiteit, persoonlijkheid en emotie. Nergens echter blijkt dat hij de recente antropologische literatuur terzake heeft doorgenomen.

Van een heel ander gehalte is *The Madness of the Saints*, een gedetailleerde studie van religieuze extase in de Bengali devotie. In een grondige analyse van extatische beleving in de *bhakti* traditie vertrekt ook McDaniel vanuit geschreven bronnen en narratief materiaal: theologische Sanskriet teksten, hagiografieën en uitgebreide interviews met heilige mannen en hun volgelingen. In tegenstelling tot het voorgaande boek presenteert ze echter geen generaliserende theorie (in dit geval over afwijkend religieus gedrag), maar levert een empathische in-depth studie die wortelt in een uitgebreid veld- en bronnenonderzoek. Het boeiende aan haar analyse is dat ze niet een zoveelste beschrijving geeft van de formele rituele weg en opleiding die leidt tot spiritueel inzicht door middel van een nadruk op discipline, ascese en rituele kennis, maar dat ze de Indiase spiritualiteit benadert vanuit een minder traditionele invalshoek: die van de a-causale, spontane extase. In tegenstelling tot de rituele extase wordt spontane extase niet bereikt door het gradueel verwerven van kennis of het naleven van rituele regels en voorschriften, maar door een plotse intuïtie die zich bij elk individu op een andere wijze manifesteert. Als zodanig is de

spontane extase geen produkt van een spirituele traditie. Het is een plotseling verworven inzicht, een gift die aan het individu wordt verleend en op een veel chaotischer en intensievere manier wordt beleefd en geïntegreerd in het leven van de 'uitverkorene' dan het gradueel en formeel verworven inzicht beschreven in de theologische teksten. McDaniel onderzoekt deze meer volkse vorm van religieuze extase of 'divine madness' en zoekt daarbij naar de elementen die de paradoxale figuur van de heilige man onderscheiden van de door-de-weekse gek. Tevens gaat ze na welke de disruptieve effecten zijn die het directe contact met het heilige op de persoonlijkheid van deze mensen heeft, en welke processen van legitimatie van de waanzinnige soms – niet altijd – een heilige maken.

Voor diegenen die geïnteresseerd zijn in de psychiatrische aspecten van Ayurveda of de volkse interpretatiemodellen van waanzin in India, biedt dit boek door zijn fascinerende invalshoek een welkome aanvulling op meer conventionele beschrijvingen van de verbanden tussen waanzin en religie.

Filip De Boeck

Arthur Kleinman, *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press, 1988. 237 pp. Prijs: onbekend.

Na twintig jaar gewerkt te hebben op het grensvlak van antropologie en psychiatrie, achtte Kleinman de tijd rijp voor een kritische reflectie op de westerse psychiatrische professie. Als tegenreactie op de dominerende biologische psychiatrie ontvouwt hij in dit boek een persoonlijke en antropologische visie op wat de hedendaagse psychiatrie is en zou moeten zijn. Laverend tussen extreme cultuurrelativisten en biologisch-reductionisten omschrijft hij zijn eigen standpunt als cultureel-interactionalistisch: cultuur en biologie, de sociale omgeving en het individu beïnvloeden elkaar wederzijds. Hij pleit voor een antropologische visie binnen de psychiatrie die psychische ziekten opvat als het resultaat van "the creation of experience by physical stuff interacting with symbolic meanings" (p.3).

Kleinman begint zijn boek met een bespreking van de psychiatrische diagnostiek. Een psychiatrische diagnose is een semiotisch proces, een interpretatie van de ervaringen van de patiënt. Wat psychiatrische diagnostiek zo moeilijk maakt, is dat biologische stoornissen slechts ten dele of helemaal niet aan symptomen ten grondslag liggen. Subjectieve ziekteverschijnselen worden dan ook herleid tot psychiatrische ziektecategorieën die niet door de biologie zijn opgelegd, maar door de westerse psychiatrie zijn geconstrueerd. Hierdoor zijn diagnostische interpretaties voor een belangrijk deel cultureel bepaald. Om een etnocentrische diagnostiek te vermijden stelt hij dat niet slechts rekening gehouden moet worden met 'reliability' (verificatie van observaties tussen waarnemers onderling), maar ook met 'validity' (verificatie van de psychiatrische categorieën). De psychiater moet zelf-kritisch zijn en voortdurend de dialoog zoeken tussen zijn eigen diagnostisch systeem en de ervaringen en interpretaties van zijn patiënt. "Validity is the negotiated outcome of this transforming interaction between concept and experience in a particular

context" (p.12). Kleinman beschouwt de validiteit van een diagnose als een soort antropologische begripsvorming van de betekenis van een observatie in een plaatselijke culturele context.

Vervolgens inventariseert en analyseert Kleinman de methoden en bevindingen van transcultureel onderzoek naar psychische stoornissen. Dit onderzoek wordt gekenmerkt door een verborgen professionele ideologie die universalia benadrukt en culturele bijzonderheden verwaarloost. Dergelijk onderzoek met grote steekproeven en statistisch significante resultaten heeft het nadeel van oppervlakkigheid. Diepgang wordt bereikt door antropologisch onderzoek (te vergelijken met psychotherapie) waarbij intensieve langdurige relaties ontstaan. Dit soort onderzoek maakt goed in 'validity' wat het mist in 'reliability'. Vandaar dat hij ervoor pleit beide soorten onderzoek te combineren.

Wat heeft transcultureel psychiatrisch onderzoek tot nu toe opgeleverd? De belangrijkste psychische stoornissen blijken wereldwijd diagnostiseerbaar, maar het symptomenpatroon verschilt sterk per cultuur. Bij angststoornissen en depressies overheersen in niet-westerse samenlevingen somatische symptomen. Schuld en depressie zijn veel minder nauw aan elkaar gerelateerd dan in westerse samenlevingen. Dit is mogelijk een gevolg van de in het westen heersende joods-christelijke traditie, maar kan ook een methodologisch artefact zijn, omdat schuld zich in andere culturen op een andere wijze kan uiten (bijvoorbeeld in een idioom van hekserij zoals bij de Ashanti). Een van de meest provocerende bevindingen van transcultureel onderzoek is dat trance en bezetenheid alomtegenwoordig zijn in niet-westerse samenlevingen en in het premoderne westen. Het seculiere westen heeft het individu de toegang ontzegd tot deze panhumane dimensies van het zelf. Het zelf is vervreemd van ongerefleeteerde, niet-gemedieerde ervaring.

In hoofdstuk 4 gaat de auteur in op de invloed die sociale relaties en culturele betekenissen uitoefenen op ontstaan en beloop van psychische stoornissen. Deze invloed is inmiddels door vele studies aangetoond. Kleinman zet vraagtekens bij het dominerende concept dat tracht te verklaren hoe deze beïnvloeding plaats vindt. Hij noemt dit het 'stress, social support, illness onset' model. Dit model stelt dat stressoren het gezonde evenwicht van een individu voortdurend bedreigen. Is het individu niet in staat om met 'coping skills' en sociale steun deze stressoren op te vangen, dan ontstaan psychische problemen. Kleinmans kritiek is dat dit stress-model de complexe sociale wereld tot twee dimensies reduceert: stress en steun. Hierdoor blijft veel van het sociale leven buiten beschouwing. Bovendien beschrijven beide dimensies niet de dialectische relatie tussen macrosociale processen en persoonlijke belevenissen die gemedieerd worden door het lokale sociale systeem (zoals gezin, werk en gemeenschap). Hij poneert deze dialectische relatie als een nieuw theoretisch model om de invloed van sociale en culturele factoren op psychische ziekten te verklaren.

In het vijfde hoofdstuk bespreekt Kleinman het antropologische onderzoek dat hij verrichtte onder twee groepen psychiaters: Amerikaanse en Chinese. Hieruit blijkt dat Amerikaanse psychiaters het individu centraal stellen, de intiemste delen van de ziel trachten bloot te leggen en tot psychologische interpretaties neigen. Chinese psychiaters benadrukken het interpersoonlijke en trachten door moralistische aansporingen de zieke te genezen. Hij concludeert dat psychiaters in hun

handelen beïnvloed worden door de instituties waarin ze werken, hun persoonlijke ervaringen op hun werk en privé en door de cultuur en 'school' waartoe ze behoren.

In hoofdstuk 6 vergelijkt hij westerse psychotherapie met geneeswijzen in niet-westerse culturen. Een belangrijke overeenkomst in het genezen is het gebruik van symbolen. Uit de tot nu toe beschikbare gegevens destilleert Kleinman vier universele en structurele stadia die essentieel lijken te zijn om langs symbolische weg genezing te bewerkstelligen. In het eerste stadium wordt de aanwezigheid verondersteld van een symbolische brug ('the sociosomatic linkage') tussen persoonlijke ervaringen, sociale relaties en culturele betekenissen die in het tweede stadium geactiveerd wordt voor een afzonderlijk persoon. In het derde stadium stuurt de genezer de therapeutische verandering middels mediërende symbolen die voor de desbetreffende patiënt zijn afgezonderd van het algemene betekenisstelsel. In het laatste stadium versterkt de genezer de overgang van het individuele psychofysiologische proces naar een symbolische code en manipuleert deze code om genezing te bewerkstelligen.

Kleinman besluit zijn boek door het nut aan te geven van de antropologie voor de psychiatrie. In feite doet hij dat in zijn hele boek. De psychiatrie kan gebruik maken van etnografische gegevens. Ze kan antropologische methoden toepassen in de kliniek en een cultureel perspectief hanteren. Ook pleit hij voor cross-cultureel onderzoek om het universele karakter van psychische ziekten vast te leggen en om een internationale validiteit van psychiatrische categorieën op te kunnen stellen. Cross-cultureel onderzoek moet als antidotum dienen tegen het professioneel ethnocentrisme van een blanke westerse middenklasse.

Kleinman, hoewel van de hak op de tak springend en zich voortdurend herhalend, houdt in dit boek een overtuigend pleidooi voor transcultureel onderzoek en een cultuurgevoelige psychiatrie. Hij geeft aan wat de antropologie voor de psychiatrie kan betekenen. Het is dan ook primair een boek geschreven voor collega-psychiaters. Daarmee blijft hij een medicus practicus, op zoek naar een betere, transcultureel gecorrigeerde diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen door het in consult roepen van de antropologie. De antropologisch geschoolde lezer ziet zijn eigenwaarde opgevijseld, maar vindt verder slechts bekende gezichtspunten en een karikatuur van zijn vak. Herhaaldelijk schotelt Kleinman zijn lezers dé antropologische visie voor alsof er binnen de antropologie slechts één uniform perspectief zou bestaan. Verder wacht de antropoloog tevergeefs op de bespreking van het belang van de psychiatrie voor de antropologie. Toegegeven, Kleinman is het te doen om een cultuurkritiek van de psychiatrie, daarin is hij zeker geslaagd. Als antropoloog echter kijk ik nog steeds reikhalzend uit naar die andere overzichtsstudie waarin psychiatrische studies van deviant denken en gedrag binnen andere culturen ten dienste staan van etnografisch onderzoek om zodoende onze kennis van de Ander te verrijken en te verdiepen.

Mario Braakman

Kroeber Anthropological Society Papers No. 69-70, 1989. 133 pp. Prijs \$ 20.-. Verkrijgbaar bij: Department of Anthropology, University of California, Berkeley, CA 94720. USA.

Om de twee jaar ongeveer geeft de Kroeber Anthropological Society een collectie 'papers' uit die op haar jaarlijkse studiedag gepresenteerd zijn. Het dubbelnummer dat hier besproken wordt, bevat vijf bijdragen over medische antropologie en vier over psychologische antropologie. Die twee 'noemers' is ongeveer alles wat deze heterogene artikelen aan elkaar bindt. De redacteur van de serie komt niet verder dan de opmerking dat ondanks alle verscheidenheid, twee thema's er uit springen: "The importance of culture in its broadest sense" en "the interrelationship between culture, society and the individual." Slechts één auteur, Charles Leslie, doet een poging zijn bijdrage af te stemmen op het werk van Kroeber.

Mij rest daarom niet veel meer dan een korte schets te geven van de meest waardevolle artikelen in de bundel. Margaret Lock verwerpt Susan Sontags pleidooi (in haar populaire boekje 'Illness as a metaphor') voor een afschaffing van de metaforische betekenis van ziektes als bizar. Kan men mensen hun metaforen ontnemen? Is het mogelijk ziekte te reduceren tot hun 'objectieve' entiteit? Lock laat, aan de hand van haar onderzoek naar 'menopauze' bij Japanse vrouwen, zien dat metaforen niet alleen aan ziekte worden toegevoegd, maar dat zij de ziekte ook *maken* of *zijn*. Vandaar komt zij tot de interessante suggestie - die tegelijkertijd echter dicht bij Sontags naïeve advies komt - om negatieve metaforen (= ziekte) te vervangen door positieve (= welbevinden). Zo zou de angst voor de naderende aftakeling en dood, die de menopauze tot ziekte maakt, plaats kunnen maken voor "something more positive". Lock is hier wel erg vaag, maar denkt waarschijnlijk aan het aanzien dat Japanse vrouwen op middelbare leeftijd verwerven en aan gevoelens van voldaanheid over hetgeen zij in hun leven tot stand hebben gebracht. In Locks verdediging kan wel gesteld worden dat de negatieve betekenis van menopauze vanuit het Westen aan Japanse vrouwen wordt opgedrongen. Als dat mogelijk is, waarom dan ook niet een nieuw - en vrolijker - idee aan hen trachten op te dringen?

Kleinman beschrijft in een kort, maar boeiend betoog de ontwikkeling van zijn denken in de medische antropologie. In de eerste tien jaar was zijn aandacht vooral gericht op de culturele en cognitieve aspecten van ziekte en trachtte hij met behulp van cognitieve analyses cross-culturele vergelijkingen te trekken tussen medische systemen en de resultaten van zijn analyse toe te passen in de medische praktijk en opleiding van artsen. In die periode werd hem vaak verweten dat hij geen oog had voor de maatschappelijke oorzaken/achtergronden van ziekte. Hij lijkt zich deze kritiek te hebben aangetrokken. De afgelopen zes jaar, schrijft hij, is zijn aandacht verschoven naar de "social sources of that category of human misery that we call health problems". Verder tracht hij een brug te slaan tussen de symbolische betekenis van ziekte en die maatschappelijke context. Aan de hand van de ontroerende geschiedenis van een sociaal ontredderde en zieke Chinese vrouw laat hij zien hoe de 'ellende' van macro-sociale structuren afdaalt naar de situatie van individuele mensen en 'ziekte' wordt.

Leslie schetst een onderdeel van de Indiase inheemse geneeskunst waarover praktisch niets bekend is: de ontwikkeling van een bloeiende multinationale farma-

ceutische industrie van Ayurvedische en Unani producten. De schatting is dat in 1980 rond de 3000 firma's per jaar ongeveer 3,5 miljoen kilo aan medicijnen produceerden met een waarde van meer dan 50 miljoen rupees (toen ongeveer 15 miljoen gulden). Hun productie- en verkoopsysteem is vaak zeer professioneel en sommige medewerkers hebben een opleiding gehad aan Amerikaanse universiteiten. Leslie wijst op het paradoxale karakter van deze commerciële ontwikkeling, want zij vond - en vindt - plaats in een periode dat het réveil van een eigen Indiase medische traditie reeds was opgegeven, althans door de elite. Voor het grote publiek blijken lokale interpretaties van ziekte en traditionele therapieën echter nog springlevend.

In de overige twee bijdragen houdt Scheper-Hughes een pleidooi voor een kritische toegepaste medische antropologie (zich afzettend tegen een medische antropologie die zich onderwerpt aan de natuurwetenschappelijke geneeskunde) en schrijft Taussig dertig 'sjamanistische' pagina's over sjamanistische genezing. Taussigs publikaties worden steeds onbegrijpelijker. Daarmee is niet gezegd dat ze minder interessant worden. Voor een hardnekkige lezer - wat ik niet ben - vormen ze misschien wel een schatkamer van ideeën.

Het tweede deel van de collectie, gewijd aan psychologische antropologie, bevat vier bijdragen van respectievelijk Crapanzano, Edgerton, Shweder en het echtpaar Spindler. Het interessantste is ongetwijfeld Shweders betoog over 'ghost busters' in de antropologie. Hij verwijt antropologen dat ze een scheiding maken tussen de 'objectieve' cultuur en de motivaties en ethische regels die aan een cultuur worden ontleend. Ze zijn geneigd om morele gedragingen toe te schrijven aan - valse - denkbeelden over goden, geesten, heksen, enzovoort. Shweder is van mening dat het onvermogen van antropologen om de beweegredenen van hun informanten serieus te nemen een erfenis is van Nietzsches afwijzing van de moraal en een symptoom van een onoverwonnen positivisme dat alleen 'empirisch' waarneembare feiten registreert. Over dit laatste verwijt zullen veel hedendaagse antropologen verontwaardigd zijn. Kortom, Shweder bekritiseert zijn collega's dat ze na hun eigen geloof verloren te hebben, ook dat van hun informanten trachten weg te verklaren (vandaar 'Ghost busters'). Hij pleit daarentegen voor een hereniging van het objectieve en subjectieve, het zichtbare en onzichtbare in één brede definitie van cultuur. Ook voor de medische antropologie is die aanbeveling van groot belang.

Sjaak van der Geest

Michel Laguerre, *Afro-Caribbean folk medicine*. South Hadley, Mass.: Bergin & Garvey Publishers, 1987. 120 pp. Prijs onbekend.

De studie van medische tradities van de zwarte bevolking in het Caribisch gebied verkeert volgens Laguerre nog in een beginstadium. Bovendien wekken de huidige studies de indruk dat deze tradities (nog) geen coherent medisch systeem vormen met een eigen innerlijke logica. Laguerre wil deze mythe ontkrachten en laten zien

dat de Afro-Caribische volksgeneeskunde wel degelijk een samenhangend geheel vormt en symbolische betekenisgeving bezit.

Ondanks de culturele en sociale verschillen tussen de landen binnen het Caribisch gebied meent Laguerre toch een algemene beschrijving te kunnen geven, omdat de overkomsten groter zijn. Het materiaal voor het boek is afkomstig van veldwerk in Haïti, de Dominicaanse Republiek en Martinique, van korte bezoeken aan Curacao en Jamaica en uit de literatuur.

Na een korte inleiding over de geografie van de Afro-Caribische volksgeneeskunde, de gehanteerde analytische perspectieven en de toenemende marginalisering van de volksgeneeskunde, geeft Laguerre in het tweede hoofdstuk een overzicht van de ontwikkelingen in de slaven-geneeskunde. In het derde hoofdstuk beschrijft hij hoe lekenkennis op medisch gebied wordt doorgegeven.

De daaropvolgende drie hoofdstukken zijn gewijd aan de eigenlijke volksgeneeskunde. Hoofdstuk 4 gaat over de genezers en hun positie in de Caribische samenleving en hoofdstuk 5 bevat een beschrijving van lekenopvattingen over het functioneren van het menselijk lichaam in relatie tot ziekte.

Volgens Laguerre spelen de verschillende eigenschappen van het bloed daarin een belangrijke rol. Opvattingen over bloed staan in dit hoofdstuk dan ook centraal. Het zesde hoofdstuk is gewijd aan gebedsgenezing ('faith-healing'), volgens Laguerre een andere belangrijke component van de Afro-Caribische volksgeneeskunde.

In het laatste hoofdstuk, de conclusies, geeft Laguerre een interpretatie van de beschrijvingen in de voorafgaande hoofdstukken. Hij tracht aan te tonen dat de Afro-Caribische geneeskunde inderdaad een volledig, op-zich-zelf-staand medisch systeem is, compleet met een grammatica om fysiologische en psychologische symptomen te interpreteren en te begrijpen en met genezers en therapeutische tradities.

Omdat materiaal over volksgeneeskunde in het Caribisch gebied schaars is, is het betoog van Laguerre waardevol. Helaas wordt die waarde enigszins teniet gedaan doordat hij nogal krampachtig probeert om al zijn materiaal in het keurslijf van één medisch systeem onder te brengen. De volksgeneeskunde in dit gebied is opgebouwd uit elementen van verschillende perioden en culturen. Hoewel Laguerre deze rijkheid en complexiteit onderkent, doet hij haar onvoldoende recht. Hij wil namelijk zo graag een samenhangend medisch systeem presenteren, dat hij te veel nadruk legt op de algemene elementen. Daardoor geeft hij, in zijn streven aan te tonen dat het hier om een volwassen medisch systeem gaat, mijns inziens een te beperkt beeld van de volksgeneeskunde in het Caribisch gebied.

Anja Krumeich

Annemarie Mol en Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*. Nijmegen: SUN, 1989. 300 pp. Prijs f. 39,50.

In de theorievorming over de geneeskunde stonden traditioneel de sociologische en de filosofische benadering ver van elkaar. De eerste onderzocht het maatschappelijk belang van de geneeskunde en deed dit vooral vanuit een historisch oogpunt; de filosofische benadering ging vooral in op enkele centrale termen uit de geneeskunde zoals 'ziekte' of de tegenstelling 'lichaam-geest'. Er zijn nochtans redenen genoeg om een verwevenheid van medische taal en sociale werkelijkheid aan te nemen en te onderzoeken. De taal geeft namelijk steeds aan hoe een deel van de werkelijkheid wordt gestructureerd en, in het geval van de medische taal, ook hoe deze wordt overmeesterd. Ik citeer het, door de auteurs aangehaald, voorbeeld van de toenemende dominantie van artsen over vroedvrouwen in de verloskunde waardoor de sociale betekenis van een bevalling veranderde.

Met het terugdringen van de vroedvrouwen is ook een benadering teruggedrongen waarin 'baren' niet in de eerste plaats als een lichamelijke, maar als een sociale activiteit begrepen wordt. Tot de zaken waar het bij de traditionele vroedvrouw om ging, hoorde ook het vaststellen van het vaderschap, omdat de vrouw tijdens de pijnlijkste weeën zijn naam verklappen zou. De vroedvrouw was bovendien betrokken bij het leven van moeder en kind in de eerste tijd na de bevalling. Al die zaken zijn in de gynaecologie niet aan de orde. Niet voor angst of voor familieperikelen, maar voor de contractiekracht van de baarmoederspieren bestaat in dat vak een uitgebreide vocabulaire (p.47).

De bedoeling van het boek van Annemarie Mol en Peter van Lieshout is de sociale realiteit van de geneeskunde te bestuderen vanuit haar relatie tot de taal die de geneeskunde voortbrengt. Deze koppeling van een sociologische en filosofische benadering werd reeds eerder gerealiseerd in twee theorieën die omstreeks 1970 los van elkaar ontstonden: de medicaliseringstheorie van Freidson en Zola en de normaliseringstheorie, waarmee vooral het werk van Michel Foucault wordt bedoeld. De medicaliseringstheorie wijst vooral op de toenemende macht van de arts door zijn oordelen over 'ziek' en 'gezond' als ging het om objectieve feitelijkheden, terwijl beide termen morele begrippen zijn, waarvan de moraliteit verborgen is. Het werk van Freidson toont aan de hand van empirische gegevens dat het hierbij om heel andere waarden gaat dan het 'collectieve belang' en dat de zogezegde 'collectieve waarden' die de geneeskunde nastreeft, eerder een claim zijn om de autonomie van een professie te rechtvaardigen.

De normaliseringstheorie toont aan hoe de werkelijkheid wordt geordend door het onderscheid normaal/afwijkend, waarin de geneeskunde een vooraanstaande rol speelt. Het normale wordt geïntegreerd in de orde; het afwijkende wordt als ruis uitgesloten. Hierin staan juridische normen en medische normen tegenover elkaar: juridische normen werken door uitsluiting (bijvoorbeeld de gevangenis), terwijl medische normen door insluiting werken, namelijk het ordenen van het leven in het genezen.

Op beide theorieën gaat het boek uitgebreid in alsook de nakomelingen die ze voortbrachten. Enerzijds gaf de medicaliseringstheorie aanleiding tot hernieuwde

marxistische en feministische beschouwingen over de geneeskunde. Ze leidde ook tot de protoprofessionaliseringsgedachte van Habermas: reeds de taal van de leek is gemedicaliseerd. Anderzijds vond de normaliseringstheorie weerklank in het werk van Castel (F) met zijn kritiek op de toenemende psychologisering van de maatschappij, en van Armstrong (GB) dat de gedachte uitwerkt dat het klemmender worden van de orde die de geneeskunde aanbrengt, gepaard gaat met het kleiner worden van de zaken waarop ze zich richt (waarmee vooral de huisartsgeneeskunde wordt bedoeld). Tenslotte is er het werk van Arney en Bergen (USA). In één zin samengevat zeggen zij daarin dat door haar denken in 'problemen' de geneeskunde steeds meer orde creëert, wat leidt tot de 'tirannie van de harmonie'.

De validiteit van de medicaliserings- en de normaliseringstheorie pogen de auteurs te toetsen door een empirisch onderzoek, het kroonstuk op hun werk.

Ze hebben daartoe het taalgebruik van enkele vooraanstaande tijdschriften uit de geestelijke gezondheidszorg en de huisartsgeneeskunde bestudeerd. Ze namen alle nummers door van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* en van *Huisarts en Wetenschap* die over de periode 1945-1985 verschenen. Omdat *Huisarts en Wetenschap* pas sinds 1958 verschijnt, werden ook het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* en *Medisch Contact* geraadpleegd. Het doel is het "inbreken in de hermeneutische cirkel". De auteurs verduidelijken: "De woorden hebben alleen betekenis in de onderlinge samenhang van de teksten waarin ze staan en de discussies waarvan ze deel uitmaken. Pas na veel lezen en herlezen dringen de betekenissen zich op" (p. 86).

De auteurs stellen aan dit materiaal twee vragen: wat is het werkterrein van de geneeskunde, en hoe stellen artsen zich de mensen voor. Uit hun materiaal blijkt hoe beide vragen door de tijd heen totaal verschillend beantwoord zijn. Het empirisch ingaan op deze twee vragen zet vraagtekens bij de medicaliserings- en de normaliseringstheorie. Wat betreft de eerste vraag, het onderwerp van de geneeskunde, blijkt dat de geneeskunde het over veel meer heeft dan over het onderscheid ziek/niet ziek, (vandaar dat 'ziek' het 'woord' niet is). En ook de polariteit normaal/afwijkend blijkt van ondergeschikt belang: vele problemen in de geneeskunde zijn namelijk gelaagd.

Achter de huwelijksproblemen die achter het alcoholisme steken, kunnen problemen op het werk schuilgaan of omgekeerd, en het gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden kan te maken hebben met de verdeling van het betaalde werk, en dat weer met het maatschappelijke systeem, en dat als het moet weer met iets anders (p. 151).

Dit maakt dan ook verschillende behandelingsstrategieën mogelijk. Tenslotte is er het niet te miskennen conversationeel karakter van de (huisarts-)geneeskunde dat zich niet tot een dergelijke polariteit laat herleiden. Wat betreft de vraag hoe de geneeskunde de mensen ziet, blijkt uit empirische gegevens dat aspecten van de medicaliseringstheorie reeds in de huisartsgeneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg aanwezig waren tegelijk met het opkomen van deze theorie in de sociologie! Dit wijst erop dat in de geneeskunde steeds al sociologisch gedacht werd, maar de medicaliseringstheorie had, door zich in een meta-positie te plaatsen tegenover de geneeskunde, hiervoor geen oog.

De kritiek op de normaliseringstheorie is genuanceerder. In deze theorie betekent het luisteren naar patiënten steeds het constitueren van die patiënten. Na het 'kijken' van de negentiende eeuw (het koppelen van de anatomopathologie aan de klinische geneeskunde) snoert het netwerk verder dicht door het zogenaamde luisteren naar patiënten. Daardoor vindt ook op dit niveau de disciplinerende plaats. Ik denk in dit verband aan de kritiek op Freud die men bij Foucault, Deleuze en Guattari terugvindt. De auteurs menen echter aan de hand van hun empirische gegevens te kunnen tegenwerpen dat in het luisteren de mens telkens 'een nieuwe gestalte' krijgt en dat de wijze waarop dit gebeurt telkens anders is. In de geneeskunde gaat het niet over de opname in één orde, maar in het scheppen van verschillende ordeningen tegelijk.

In het laatste hoofdstuk worden enkele algemene conclusies getrokken. Allereerst gaan de auteurs in op de vraag of de kritiek op de medicaliseringstheorie en de normaliseringstheorie deze hun politieke slagkracht ontnemt. Het is echter de vraag of beide theorieën wel zo'n sterk politiek instrument vertegenwoordigen. De medicaliseringstheorie mag dan wel tot doel hebben de artsen het alleenrecht op het oordelen in te perken, door het toewijzen van 'de biologische feiten' tot het strikte domein van artsen ontkent ze de maatschappelijke implicaties van die feiten. Door het benadrukken van het belang van leken-oordelen verliest ze uit het oog waartoe het eenzijdig steunen van dergelijke oordelen kan leiden.

Wat de normaliseringstheorie aangaat is het de vraag wat de maatschappelijke relevantie kan zijn van een niet-normaliserend spreken dat zich in de marge van de dominante orde ophoudt. Beide theorieën worden vervolgens hun statisch karakter verweten. De medicaliseringstheorie denkt in termen van 'domeinen' waardoor de arts tegenover de leek wordt geplaatst. De normaliseringstheorie erkent naar één orde tegelijk, waarin een spreken mogelijk is. Met behulp van het denken van Michel Serres stellen de auteurs de noodzaak van meerdere ordeningen tegelijk. "Ordenen duidt geen enkelvoudige entiteit in de ruimte aan, maar een heterogene verzameling activiteiten" (p. 264). Concreet pleiten de auteurs voor een gedifferentieerde aanpak, maar naar concrete problemen toe in plaats van alles vanuit één theorie te zien. Naast Serres zie ik hier mogelijkheden tot inspiratie vanuit Deleuze en Guattari die spreken over 'mille plateaux' waarbij elk 'plateau' haar eigen taal, haar eigen intensiteit heeft.

Een volgende opmerking betreft de beperktheid van deze studie. Alleen teksten uit de huisartsgeneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg werden gelezen. Echter, "de geneeskunde bestaat niet alleen uit teksten: bloeddrukmeters, onderzoektafels, wachtkamers en spanlakens. (...) Een volgende stap in het analyseren van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg bestaat eruit ook dergelijke elementen in het onderzoek te betrekken" (p. 266), te 'lezen', te bestuderen in hun onderlinge verhoudingen en variabiliteit.

Een laatste opmerking geeft het doel van dit alles weer: 'De strategie van het verschil maken'. Een dergelijke onderzoek toont namelijk hoe tussen opeenvolgende periodes grondige verschillen bestaan. Dit opmerken van een verschil ('verschil maken') "...opent discussies waar tevoren niets te bediscussiëren leek" (p. 272). Het zet heel wat zogenaamde vaste waarden, die men zich toemeet, op de helling. "Wie verschil maakt, vertrekt vanuit de 'praktijken'. Aangezien daar niets buiten of boven

staat, is geen enkele praktijk naar absolute maatstaven beter dan een andere" (p. 275).

Na lezing kan ik me niet aan de indruk onttrekken dat dit een belangrijk boek is. Het is een zorgvuldige verwerking van (recente) literatuur en van het materiaal geput uit medische tijdschriften. Het belangwekkende vind ik vooral de methode: het 'lezen' van een periode huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg. Dit lezen moet vele onderzoekers in deze vakgebieden wel vreemd overkomen, want het is zo zeldzaam aanwezig in hun wetenschappelijk werk. Het besluit van de studie is eigenlijk een pleidooi voor een open en gedifferentieerd werken in de geneeskunde. Dit besluit dient mijns inziens door de voorstanders van consensusbepalingen en standaardisering in de geneeskunde ernstig te worden genomen: dreigen zij namelijk niet te vervallen tot een reductionistische één-dimensionale benadering?

Bedenkingen heb ik wel bij het relativisme waartoe deze studie besluit: dreigt men hierbij op zijn beurt niet te vervallen in een babbelcultuur waarbij alles om het even is? Een mogelijke aanwijzing om dit 'therapeutisch nihilisme' te mijden kan liggen in het beschouwen van de beweging die de geneeskunde, en de discussies over de geneeskunde, op dreef houdt. Het zou hier kunnen gaan om een onvervreemdbare ethische dimensie die in elke hulpverleningsrelatie vervat ligt. 'Ethisch', niet als verwijzing naar een ethische theorie, maar wel door de afwezigheid van elke theorie: in de brute materialiteit van een relatie (in dit geval tussen patiënt en arts).

Tenslotte vraag ik me af of men in deze studie de normaliseringstheorie niet wat eenvoudig heeft voorgesteld om een contrast met het eigen denken te ontwikkelen. Er zijn boeken, zoals *De mensen hebben geen leven* van J. Weyel (1973), die een verandering brachten in het denken van de huisartsgeneeskunde. Je zou wensen dat *Ziek is het woord* niet een gelijkaardig effect teweegbrengt. Maar dan besef je dat dit wellicht niet kan, omdat dit werk van de arts teveel vraagt om uit zijn positie te stappen.

Tom Jacobs

Robert Mol, *Doctor on Saba: health care and disease in a Caribbean family practice*. Proefschrift ter verkrijging van het doctoraat in de geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Delft: Eburon, 1989. 302 pp. Prijs: f 45,-.

In zijn proefschrift *Doctor on Saba* bespreekt R. Mol de gezondheidszorg op het eiland Saba waar hij in de periode 1983-1986 als overheidsarts werkzaam was. Mol begint met een overzicht van de geschiedenis van Saba en geeft verder informatie over bevolking, demografie, politieke organisatie, economie, geografie, klimaat en vegetatie (deel A). Vervolgens worden de geschiedenis en de huidige structuur van de gezondheidszorg op het eiland beschreven (deel B).

Deel C, *The study*, begint met een gedetailleerd overzicht van twee dagen uit het werk van de auteur, een in zijn praktijk in The Bottom en een in Winwardside.

Daarbij is Mol vooral geïnteresseerd in morbiditeitspatronen en de motivatie van de bevolking om de arts te raadplegen.

Om zijn studie een bredere basis te geven heeft hij bovendien deelgenomen aan het zogenaamde transitie-project van de Universiteit van Amsterdam. De doeleinden van dit project waren het bestuderen van de relaties tussen de redenen voor consulteren, de diagnose van de arts, de therapeutische ingrepen en de veranderingen (transities) die zich kunnen voordoen tijdens de ziekte-episode. Met deze studie wilde men inzicht verkrijgen in morbiditeitspatronen en medische processen in (huisarts)-praktijken in verschillende Nederlandse gemeenten om zo te komen tot een episode-georiënteerde epidemiologie.

De bijdrage van Mol bestond uit het registreren, classificeren en analyseren van alle klachten die gedurende een jaar in zijn praktijk op Saba behandeld werden. De resultaten van de studie worden besproken in hoofdstuk 7 van het proefschrift en omvatten onder meer informatie over gebruik van de gezondheidszorg (algemeen en naar leeftijd, geslacht, etnische en sociaal-economische achtergrond, lokatie en vorm van verzekering), de redenen voor consultatie, diagnostiek, behandelingsmethoden, de meest voorkomende problemen en verwijzingen (binnen en buiten de Primary Health Care). Bovendien wordt een en ander vervolgens vergeleken met de resultaten van het onderzoek in gemeenten in Nederland. De verwijzingspatronen komen vervolgens in hoofdstuk 8 nog eens uitgebreid aan de orde.

In het negende hoofdstuk doet Mol verslag van zijn studie naar mortaliteit en doodsoorzaken in de periode 1944-1986 en beschrijft hij veranderingen in de gezondheid van de bevolking van Saba in deze periode. Deel C bevat verder nog een hoofdstuk gewijd aan huid-tumors en een over groei en ontwikkeling van kinderen op Saba. Een laatste hoofdstuk bestaande uit conclusies en aanbevelingen sluit zowel deel C als het proefschrift af.

Het proefschrift geeft een duidelijk overzicht van geschiedenis, opbouw en problematiek van de gezondheidszorg op Saba, onder andere door middel van een beschrijving van de dagelijkse praktijk van een arts en een nauwkeurige weergave van morbiditeits- en mortaliteitspatronen gebaseerd op een eenjarige studie. De waarde van dit werk moet vooral gezocht worden in zijn beschrijvend karakter. In dat opzicht levert het een interessante bijdrage aan de literatuur over gezondheidszorg in het Caribisch gebied.

Anja Krumeich

Kathryn Allen Rabuzzi & Robert W. Daly (eds) *Literature & Medicine (Volume 8) The cultures of medicine*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press, 1989. 189 pp. Prijs: \$ 18.45 (individuals), \$ 28.50 (institutions). Adres uitgever: 701 W. 40th St., Suite 275, Baltimore, Maryland 21211, USA.

Literature & Medicine is een tijdschrift dat éénmaal per jaar verschijnt. Ieder jaar kiest men, binnen het raakvlak van literatuur en geneeskunde, een specifiek thema (zie einde van deze bespreking). Het thema van de achtste jaargang, 'Cultures of

medicine' is echter rijkelijk vaag. Het nummer bevat twaalf bijdragen over zeer uiteenlopende onderwerpen. Zoekend naar een gemeenschappelijke noemer kom ik bij het volgende uit: alle bijdragen zeggen iets over een tekst die weer verband houdt met aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. Verder zijn de besproken teksten afkomstig uit de meest diverse culturen: China begin deze eeuw, Frankrijk eind 19e eeuw, Canadese indianen, Amerikaanse katholieken, Japan in de 11e eeuw, Duitsland tussen de wereldoorlogen en het oude Griekenland.

Sommige bijdragen zijn gewijd aan teksten die *over* ziekte en geneeskunde gaan, andere aan teksten die een rol spelen *binnen* de gezondheidszorg. Een voorbeeld van het laatste is het artikel van Robert Orsi, over brieven die Amerikaanse katholieken schrijven naar het heiligdom van de 'zalige' Margaretha van Castello in Louisville, Kentucky. Deze Margaretha werd in 1287 in Umbria, Italië geboren en stierf in 1320. Zij was zwaar gehandicapt, maar maakte diepe indruk op haar omgeving door de wijze waarop zij haar ongeluk droeg. Tijdens haar leven al was haar heiligheid en geestelijke macht wijd en zijd bekend. Rond 1980 stichtten Dominicanen haar heiligdom in de VS en propageerden haar als patroon voor gehandicapten en anti-abortusactivisten. Dit sloeg onmiddellijk aan en Margaretha werd spoedig een toeverlaat voor vele Amerikaanse katholieken in lichamelijke of geestelijke nood. Zij schreven brieven waarin zij haar vertelden over hun problemen en om hulp vroegen.

Orsi benadrukt dat het schrijven van deze brieven een daad is waarmee zieken en ongelukkigen hun wereld herscheppen. Het op papier zetten van de problemen is een vorm van overwinning. Hun ervaring van pijn en lijden wordt veranderd door de constructie van een verhaal over die ervaring. De afgeslotenheid van tijd en ruimte waarin het lijden hen gebracht heeft, wordt door de brief ongedaan gemaakt. Het effect van deze brieven op het welbevinden van de schrijvers, aldus Orsi, laat een aspect van geneeskunde zien dat men bij de huidige dominantie van medische technologie dreigt te vergeten: de helende kracht van het woord.

Een voorbeeld van literatuur *over* geneeskunde is het fascinerende artikel van Barbara Pope over Emile Zola's roman 'Lourdes' (1894), het eerste deel van de trilogie 'Lourdes-Rome-Paris'. Pope beschrijft zowel de inhoud van het verhaal als de historische context waarin de roman tot stand kwam en door het publiek ontvangen werd. September 1891 passeerde Zola bij toeval Lourdes en werd getroffen door de dramatiek van de duizenden zieke pelgrims die er verlichting of genezing van hun kwaal zochten. Het jaar daarop bezocht hij Lourdes opnieuw met de uitdrukkelijke bedoeling er een roman over te schrijven. Hij interviewde de organisatoren van het pelgrimsoord en de zieken zelf en observeerde alle belangrijke gebeurtenissen die er tijdens het bezoek van een zieke in Lourdes plaats vonden: het bidden van de rozenkrans onderweg in de trein, het mislezen en biechthoren van de priesters, de nachtelijke kaarsprocessie met het Allerheiligste Sacrament. Het was tijdens dit laatste evenement dat de meeste wonderen gebeurden.

Zola's boek is op de eerste plaats een dramatisch verhaal over mensen. Hoofdpersoon is een priester, Pierre Froment, die een jonge verlamde vrouw, Marie, begeleidt op haar bedevaart. Froment is ten prooi aan geloofstwifels en hoopt in Lourdes daarvan bevrijd te worden. Marie zoekt genezing voor haar ziekte. Zij geneest inderdaad, maar het is juist die 'genezing' die Froment nog meer aan het

twijfelen brengt. Pope laat echter zien dat Zola's boek ook een ideeënroman is. Het centrale thema van het verhaal weerspiegelt een intellectuele discussie in het Frankrijk van die tijd: bestaan wonderen? In het verhaal komt een dokter Beauclair voor die van mening is dat ziekte soms een gevolg is van autosuggestie en dat een dergelijke ziekte slechts overwonnen kan worden door een sterke emotionele schok die de patiënt beweegt zichzelf geheel anders te zien. Zola heeft ongetwijfeld Beauclairs opvattingen ontleend aan die van de Franse neuroloog Charcot (1825-1893) die in die trant geschreven had over hysterie en genezing door geloof. Voor Beauclair is dat precies wat er met Marie gebeurt: de lange vermoeiende reis, de gespannen verwachtingen en de nachtwake bij de grot de avond tevoren hebben haar voorbereid op het moment waarop zij de ziekte van zich af zal werpen: als de priester met de monstrans bij haar stilhoudt en de kreten van de pelgrims hun hoogtepunt bereiken, voelt zij een krachtige schok in zich en roept dat zij genezen is. Voor de gelovigen bevestigt haar genezing de waarheid van het geloof, voor de sceptici, waaronder Froment - en Zola - bewijst het 'wonder' juist de superioriteit van de rede.

In de roman treffen we echter nog meer intellectuele discussies aan, zoals Pope laat zien. Behalve zijn mening over geloof en rede vlecht Zola nog de toenmalige ideeën over mannen en vrouwen door zijn verhaal. Mannen zijn rationeel en kritisch, vrouwen zijn onderworpen aan hun gevoelens. De voornaamste rol van vrouwen in de maatschappij is die van het kinderen voortbrengen. Pope laat tenslotte zien hoe Zola's boek bestreden wordt door de katholieke macht van die tijd.

Voor de medisch antropoloog is Zola's roman op de eerste plaats een kostbaar tijdsdocument dat een ontwikkeling in het denken over geloof en ziekte haarscherp registreert. Pope's artikel is een meesterlijke registratie van die registratie.

Ook een andere bijdrage handelt over literatuur als spiegel van medische strijd: Alfred Wang bespreekt twee Chinese auteurs die in hun werk de confrontatie tussen de traditionele Chinese en de Westerse geneeskunde een centrale plaats geven. Hij analyseert twee korte verhalen van Lu Hsun (1881-1936) en twee in de VS geschreven autobiografische romans van de nu nog levende Maxine Hong Kingston.

De twee bijdragen die hier uitgebreid besproken zijn, vormen het hoogtepunt van deze publikatie. De overige artikelen zijn van mindere kwaliteit. Een ander probleem van dit nummer, waar ik al op gewezen heb, is de vaagheid van het thema. Eerdere nummers van dit tijdschrift, te beginnen bij jaargang 2, hebben de volgende thema's: Images of healers, The physician as writer, Psychiatry and literature, Uses and abuses of literary concepts in medicine, General issue, Literature and bioethics. Al deze nummers zijn voor \$16.45 (vooruit te betalen) verkrijgbaar (adres zie boven). Het is mij niet bekend of deze voorafgaande nummers specifiek aan één thema gewijd zijn.

Sjaak van der Geest

H. P. Uniken Venema, *Toen ik hier kwam was ik kerngezond. De gezondheid van Turken in Nederland*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989. 262 pp. Prijs: 39,50.

Over de gezondheid van Turkse migranten in Nederland is inmiddels veel geschreven. De vraag of zij nu zieker of gezonder zijn dan Nederlanders is vaak gesteld, maar zelden op grond van een enigszins omvangrijk kwantitatief onderzoek beantwoord. De weinige onderzoeken waarin deze vraag serieus aan de orde gekomen is, betroffen vergelijkingen tussen de Turkse populatie en een hooguit naar sekse of leeftijd onderscheiden Nederlandse populatie. Een tweede kenmerk van veel publikaties is dat ze vooral de hulpverlener aan het woord laten. Het belang van deze studie van Uniken Venema is dat zij Turkse Rotterdammers en hun autochtone buurtgenoten zelf onderzoekt en hun gezondheidstoestand, ervaren gezondheid en ziektegedrag vergelijkt.

Toen ik hier kwam was ik kerngezond is de handelseditie van het proefschrift van Uniken Venema. Het doel van het onderzoek waarvan dit boek verslag doet is feitelijk tweeledig: het ontwikkelen en testen van een gezondheidsenquête als onderzoeksinstrument en het beantwoorden van de vragen of er verschillen in gezondheid en ziektegedrag tussen Turkse en autochtone Rotterdammers bestaan, hoe deze verklaard kunnen worden en wat dit voor betekenis heeft voor het gemeentelijk beleid inzake de gezondheid van migranten. Het onderzoek beperkt zich tot de lichamelijke gezondheid. Deze dubbele doelstelling weerspiegelt zich in opbouw van het boek. De publikatie gaat uitgebreid in op de opzet en uitvoering van het onderzoek, de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoeksinstrument en de samenstelling van de onderzoeksgroep. In hoofdstuk zes tot en met tien komen achtereenvolgens de gezondheidstoestand, de ervaren gezondheid, de determinanten van gezondheid en het ziektegedrag van de onderzoeksgroepen aan de orde. De onderzoekster constateert daarbij overeenkomsten en verschillen met de resultaten van een vergelijkbaar onderzoek naar de gezondheid van Turkse inwoners van Antwerpen, dat in dezelfde tijdsperiode werd verricht. Na de presentatie van haar onderzoeksresultaten stelt de schrijfster tenslotte de consequenties ervan voor het gemeentelijk beleid aan de orde en komt zij tot enkele aanbevelingen. In de bijlagen treft de lezer onder meer de zeer uitgebreide vragenlijst die tijdens het onderzoek de Turkse en Nederlandse respondenten is voorgelegd.

In het onderzoek werden twee methoden voor data-verzameling gebruikt: een mondelinge gezondheidsenquête en half-gestructureerde interviews. Elke respondent werd daarbij door een interviewer uit de eigen etnische groep ondervraagd.

Bij de gezondheidsenquête bestond de onderzoeksgroep uit personen tussen de 16 en 69 jaar. Voor elke Turkse respondent werd een Nederlandse gezocht van dezelfde leeftijd en geslacht en bovendien woonachtig in dezelfde straat. Niet voorkomen kon worden dat kleine verschillen in socio-economische status bleven bestaan. De onderzoeksgroep bestond uit 248 Turken en 241 Nederlanders; de helft van beide groepen was vrouw. De Turkse onderzoeksgroep werd als representatief beschouwd voor de gehele Turkse populatie in Rotterdam. Met 18 Turken en 17 Nederlanders werden voorts half-gestructureerde interviews gehouden.

Het onderzoek steunt zwaar op de gestructureerde gezondheidsenquête, een lijst met 180 vragen en talloze subvragen cq verzoeken aan de interviewer tot doorvragen. De verwerking van de onderzoeksdata wordt zeer gedetailleerd weergegeven en verantwoord met de nodige statistische gegevens. De verwerving ervan krijgt veel minder aandacht. Men kan zich bij het afnemen van deze uitgebreide enquête in gemiddeld 1,5 uur bij Turken en in 1,2 uur bij Nederlanders afvragen of een dergelijk vragenvuur geen effect heeft op de kwaliteit van de respons. De onderzoekster gaat uit van de *at face value* van de in een eenmalig contact verkregen informatie. Op generlei wijze heeft zij, bijvoorbeeld door middel van vervol-gesprekken, zicht trachten te krijgen op vertekeningen ten gevolge van de onderzoekscontext.

De onderzoeksresultaten geven een beeld te zien dat afwijkt van wat op basis van de literatuur te schetsen is. Belangrijkste constatering is dat de gezondheidstoestand van de Turkse onderzoeksgroep in grote lijnen overeenkomt met die van de Nederlandse onderzoeksgroep. Verhoudingsgewijs evenveel Turken en Nederlanders verklaren tenminste een chronische klacht te hebben. Hetzelfde geldt voor het melden van gezondheidsklachten in de veertien dagen voorafgaande aan het interview. Turken blijken echter wel iets meer klachten en meer chronische aandoeningen te hebben. Verder zijn er tussen Nederlandse en Turkse mannen verschillen te zien. De Turkse mannen hebben meer klachten en aandoeningen, terwijl tussen beide groepen vrouwen geen verschillen te constateren zijn. De aard van deze klachten vertoont in veel opzichten overeenkomsten. Het voorkomen van maagklachten verschilt weinig in tegenstelling tot wat vele publikaties vermelden. De onderzoeksresultaten brengen Uniken Venema tot de conclusie dat de bezorgdheid over de gezondheid van migranten zoals die uit de literatuur blijkt niet geheel gerechtvaardigd is: grote verschillen worden niet gevonden.

Anders dan bij de gezondheidstoestand zijn er wel verschillen te constateren bij de ervaren gezondheid. Deze is bij Turkse respondenten slechter dan bij Nederlandse. Ook hier zijn de grootste verschillen tussen de beide groepen mannen, terwijl de beide groepen vrouwen een tussenpositie innemen. Hierbij valt op te merken dat Uniken Venema onder meer de Vragenlijst voor Ervaren Gezondheid (VOEG) als onderzoeksinstrument hanteert. Deze lijst is, zoals zij zelf ook aangeeft, niet eenduidig te interpreteren. De VOEG is ook te zien als een indicator van het algemeen onwelbevinden, die mede veroorzaakt wordt door psychische en sociale klachten. Op de vraag of er bij Turken sprake is van meer (gesomatiseerde) psychische problematiek gaat zij evenwel niet in.

Wat betreft het ziektegedrag blijkt uit het onderzoek dat de Turkse respondenten vaker dan de Nederlandse de huisarts bezoeken en minder vaak de tandarts, terwijl er in het bezoek aan de specialist geen verschillen zijn. Het bezoek aan de traditionele genezers door Turkse respondenten blijkt laag te zijn: slechts 5% bezocht in het afgelopen jaar een traditioneel genezer. Eenzelfde percentage van de Nederlanders bezocht een 'alternatieve' genezer.

De vergelijking met de resultaten van een vergelijkbaar onderzoek in Antwerpen geeft stof tot nadenken. Turkse respondenten in Rotterdam ervaren hun gezondheid als minder goed dan de Antwerpse vergelijkingsgroep. In Antwerpen is zowel gezondheidstoestand en ervaren gezondheidstoestand van Turkse mannen beter dan die van Turkse vrouwen, terwijl in Rotterdam de ervaren gezondheid van de

mannen juist slechter is. Verder blijken Turken in Antwerpen minder vaak de huisarts te bezoeken dan de Turken in Rotterdam. Veel verklaringen voor de verschillen in ervaren gezondheid tussen Turken en Nederlanders (bijvoorbeeld gezondheidsrisico's die het migrantenbestaan met zich mee brengt) worden hierdoor discutabel. Voor dit verschil geeft de schrijfster enkele hypothetische – vrij gezochte – verklaringen. Ze oppert dat in Antwerpen de Turken meer mogelijkheden hebben hun 'oude' gedragspatronen voor te zetten. Hechte(re) sociale netwerken als reactie op een meer negatieve houding van de Belgische samenleving zouden door hun bufferfunctie een positief effect op de gezondheid hebben.

Uniken Venema stelt na afweging van vele factoren dat verschillen in ervaren gezondheid tussen Turken en Nederlanders in Rotterdam te maken kan hebben ongunstige financiële positie, slechte huisvesting en een cumulatie van problemen. Socio-economische status – ondanks matching bleven verschillen bestaan tussen Nederlanders en Turken in opleidings- en beroepsniveau – blijft over als enige factor.

Verschillen in bezoekfrequentie aan de huisarts zijn voor wat betreft de Rotterdamse populaties volgens haar vooral het gevolg van de factor 'ervaren gezondheid'. Turken zijn sneller geneigd bij gezondheidsklachten de huisarts te bezoeken. Zij hebben nauwelijks alternatieven voor huisartsbezoek. Overeenkomsten tussen het gezondheidszorgsysteem in Turkije en België, waardoor minder 'nieuw' ziektegedrag aangeleerd hoeft te worden, meer contacten met familieleden alsook de remmende werking van een eigen financiële bijdragen bij huisartsbezoek zouden bij Turkse Belgen leiden tot een lagere bezoekfrequentie vergeleken met Turkse Nederlanders.

In haar aanbevelingen stelt de schrijfster terecht dat het beleid te veel zich baseert op een analyse van problemen die hulpverleners ervaren. Terecht bepleit zij meer aandacht voor het perspectief van de gebruiker alsmede voor het bestrijden van vooroordelen en stereotiepe opvattingen over de gezondheid van migranten bij hulpverleners. Gezien de hoge bezoekfrequentie bij de huisarts en de lage bij de tandarts bepleit zij in het eerste geval vergroting van de mogelijkheden tot 'zelfzorg' en in het tweede voorlichting. Opmerkelijk is dat hier het ziektegedrag van de Nederlandse onderzoeksgroep de maatstaf is geworden voor de beoordeling van het ziektegedrag van de Turken.

Toen ik hier kwam was ik kerngezond is gezien de invalshoek en de vergelijking tussen Turkse en Nederlandse Rotterdamers een belangrijke bijdrage aan de discussie over de gezondheid van migranten. Het onderzoek levert op basis van een redelijk grote steekproef gegevens, die gangbare stellingnamen uit de literatuur ter discussie stelt. De vergelijking met soortgelijk onderzoek in Antwerpen roept echter tevens nieuwe vragen op. Op deze vragen geeft het onderzoek geen bevredigende antwoorden. De publikatie is allereerst een presentatie van onderzoeksresultaten. Van een bijdrage aan de theorievorming is geen sprake.

Rob van Dijk