

Boekbesprekingen

Willem F.L. Buschkens, *Community health in the developing world. The case of Somalia*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1990. 117 pp. Tabellen, foto's, kaarten, index. Prijs: f29,50.

Buschkens was gedurende een aantal jaren verbonden aan de Medische Faculteit van de Nationale Universiteit van Somalië in Mogadishu in het kader van een samenwerkingsproject met de Rijksuniversiteit Leiden. Het boek is gebaseerd op studie- en discussiemateriaal dat werd samengebracht ten behoeve van deelnemers aan de post-doctorale cursus 'Community Medicine', die aldaar door de auteur in de periode 1984-1989 werd opgezet. Het kreeg uiteindelijk de vorm van een handboek voor studenten in de geneeskunde, dat hen vertrouwd moet maken met de omgeving waarin zij hun beroep uit zullen oefenen.

In zijn inleiding beschrijft Buschkens de historische ontwikkeling van de 'moderne' geneeskunde in niet-westerse landen. Daarbij refereert hij kritisch naar de modellen van de basisgezondheidsdiensten (Basic Health Services) en van de essentiële gezondheidszorg (Primary Health Care).

Vervolgens worden dertien bladzijden gewijd aan de geschiedenis van land en volk van Somalië, waarbij onder meer de invloeden vanuit het Arabisch schiereiland, Zanzibar, Egypte, Portugal, Frankrijk en Engeland ter sprake komen. Bij zijn onafhankelijkheid erfde Somalië de overblijfselen van twee verschillende koloniale machten, Italië en Engeland. In 1969 werd Somalië een 'Democratische Republiek', met een politiek gericht op eigen ontwikkeling, alfabetisatie en gelijke rechten voor de vrouw. De strijd tegen Ethiopië om het bezit van de Ogaden bracht economische stagnatie en een ernstig vluchtelingenprobleem (10% van de ongeveer 9 miljoen inwoners). Een snelgroeiende verstedelijking (25% van de bevolking in 1986), overbegrazing, droogte, het permanente probleem van de vluchtelingen, vermindering van de uitvoer van vlees, en interne spanningen hadden een negatief effect op het ontwikkelingsproces. De steeds groeiende uitgaven voor de openbare gezondheidszorg vormden een zware belasting voor het nationale budget. De dramatische ontwikkelingen van het afgelopen jaar komen in dit hoofdstuk niet meer aan de orde.

Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de belangrijke gezondheidsproblemen, waarbij veel aandacht wordt besteed aan de vrouwenbesnijdenis, ondervoeding en

druggebruik (*kauwde*). Het vierde hoofdstuk is gewijd aan het traditionele systeem van gezondheidszorg, waarvan het historisch gegroeide pluralistische aspect wordt benadrukt. De auteur besteedt ook aandacht aan de diverse beoefenaars en hun positie ten opzichte van de moderne gezondheidszorg. De recente ontwikkeling in deze laatste sector van een individueel-curatieve naar een meer maatschappijgerichte en preventieve benadering wordt eveneens behandeld. De auteur beschrijft de structuren en verantwoordelijkheden vanaf 1980, en de problemen waarmee men te kampen heeft. Speciale aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling van Primary Health Care.

Het laatste hoofdstuk behandelt de vorming van het medisch personeel, het ontstaan van de Nationale Universiteit en de Faculteit der Geneeskunde. Hier komen zowel de problemen in de opleiding aan bod, als de pogingen die de verantwoordelijke personen ondernemen om de scholing van de artsen beter te laten aansluiten bij hun toekomstige taak.

De inhoud van dit goed gedocumenteerde boek beantwoordt aan zijn opzet: het is nuttig voor de vorming van het gezondheidspersoneel, waarbij nieuwe inzichten en houdingen ten aanzien van toekomstige taken worden overgebracht. Het kan ook als gevalstudie worden gebruikt bij de opleiding van artsen buiten Somalië. Voor degenen die rechtstreeks te maken krijgen met de Somalische gezondheidszorg is het boek een uitstekende inleiding in de problemen van het land. Toch moet opgemerkt worden dat het boek niet ontsnapt aan de veel voorkomende conceptuele verwarring rond Primary Health Care; structuur en type zorg worden met elkaar verward en de basisgezondheidsdiensten worden geplaatst tegenover de essentiële zorg. Meer duidelijkheid op dit punt zou de publikatie ten goede komen. Buschkens documenteert het zoeken van beleidmakers naar een meer aangepaste vorm van gezondheidszorg en naar oplossingen voor een aantal problemen waar zij mee te kampen hebben binnen de structuren van die zorg. Onbeantwoord blijft echter de vraag naar de rol van de belemmerende factoren voortkomend uit interne (nationale) en externe spanningsvelden, die in zoveel landen in Afrika de toekomst onzeker blijven maken en de resultaten van zoveel goede inspanningen teniet doen. Hiernaar wordt – misschien met reden? – te sporadisch verwezen.

Sam Annys

A. Eppink, *Het masker van de pijn. Psychosomatische klachten bij allochtonen*. Muiderberg: Coutinho, 1990. 133 pp. Prijs: f 27,50.

Achter pijnklachten zonder lichamelijke oorzaak verbergen zich vaak psychosociale of psychische problemen. Voor artsen en therapeuten vormen verschillen in communicatie-code met allochtone patiënten een struikelblok in hun speurtocht naar het ware gezicht van de hulpvraag. Deze gedachte vormt de rode draad van *Het masker van de pijn*, een bundeling van negen eerder gepubliceerde artikelen en een originele bijdrage van de hand van de psychotherapeut Eppink. De artikelen zijn afkomstig uit medische, psychologische en juridische tijdschriften en stammen uit

de periode 1980-1989. Deze publikatie beoogt de inhoud van deze bijdragen beter toegankelijk te maken voor medische en psychosociale hulpverleners in de hoop hen op weg te helpen bij diagnosestelling en behandeling.

In de inleiding stelt Eppink dat achter 'onduidelijke' of 'vage' lichamelijke klachten van migranten drie problemen liggen: het ontbreken van voldoende sociale vaardigheden, het gemis aan een sociaal netwerk en psychosociale problemen samenhangend met het migratieproces. Daarbij benadrukt hij dat bij het benoemen van de cultuur van de migrant niet de fout gemaakt mag worden deze te vereenzelvigen met de 'thuiscultuur', waarmee hij doelt op de culturele wortels en tradities in het land van herkomst. De cultuur van de migrant en daarmee ook diens symptomen zijn onder invloed van de migratie aan verandering onderhevig.

In de bundel behandelt de auteur diverse onderwerpen. Sommige bijdragen gaan daarbij vooral in op gesignaleerde problemen of vraagstukken uit de hulpverlening aan allochtonen (lees: Marokkaanse en Turkse mannen) in Nederland. Andere schetsen veeleer de verschillen tussen westerse en niet-westerse samenlevingen wat betreft gezondheidsproblematiek en behandeling. Aan de orde komen onder meer: cultuur en communicatie; cross-culturele psychotherapeutische behandeling; cross-culturele gedragsbeoordeling; verschillen en overeenkomsten tussen psychotherapie en ethotherapie; pijnbeleving en pijnreactiviteit; rouwverwerking; ziektebeleving en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling; seksualiteit. Eppink doet daarbij uitspraken die nog steeds actueel zijn. Zo komt hij na analyse van dossiers van arbeidsongeschikte migranten tot de conclusie dat er geen sprake is van duidelijke patronen van gepresenteerde klachten ('gastarbeidersyndroom') en weinig blijkt van een symbolische verwoording van klachten duidend op specifieke stoornissen of ziekten, zoals 'koude knieën' die zouden duiden op impotentie). Individuele patiënten uiten hun psychische en lichamelijke welbeleving op hun eigen manier. In een andere bijdrage, waarin hij verslag doet van een onderzoek van internationale literatuur komt hij tot de conclusie dat een rechtlijnig verband tussen migratie en gezondheidsklachten niet aan te tonen is. Sociale netwerken blijken een bufferfunctie te vervullen tussen migratiestress en gezondheidsproblemen. Elders geeft hij aan dat tussen psychotherapie en ethotherapie vele overeenkomsten blijken te zijn, hoe verschillend ze op het eerste gezicht ook lijken. Beide trachten de patiënt weerbaarder te maken en oorzakelijke factoren in het sociale netwerk te beïnvloeden. Het verschil ligt vooral in de expliciete benadering van de problemen door westerse psychotherapeuten.

Bij herlezen van de originele teksten bleken redactionele ingrepen beperkt te zijn gebleven tot het invoegen van kopjes, het in beperkte mate weglaten van minder relevante passages en in een enkel geval het opnieuw ordenen van de teksten. Het omdopen van de verschillende artikelen in 'hoofdstukken' heeft de samenhang echter niet vergroot. De artikelen zijn los van elkaar bewerkt. Dit leidt ertoe dat er nogal wat herhalingen te bespeuren zijn. Op dergelijke kritiek anticiperend stelt Eppink dan ook dat hoofdstukken afzonderlijk te lezen zijn. Wat verder opvalt is dat de diepgang van de 'hoofdstukken' varieert als gevolg van de verschillen in doel en publiek van de oorspronkelijke stukken.

De consistentie in het denken van Eppink komt in de bundel duidelijk naar voren. Zijn uitgangspunt blijft door de jaren heen vrijwel hetzelfde als verwoord in zijn

Cultuurverschillen en communicatie (1981). Hij stelt dat cultuurverschillen communicatieproblemen en interpretatiefouten in de hulpverlening veroorzaken. Voor Eppink staan cultuurverschillen gelijk aan verschillen in communicatie-codes. Zich baserend op Bernstein, Douglas en Watzlawick komt hij tot een viertal communicatie-codes, te onderscheiden op twee assen: impliciet versus expliciet en groepsgericht versus persoonsgericht. In feite gaat het steeds om twee combinaties: impliciet/groepsgericht en expliciet/persoonsgericht. Voor de hulpverlener is het daarom van belang op basis van inzicht in de culturele context de juiste vragen op de juiste wijze te kunnen stellen. Zijn benadering is daarbij niet die van de antropoloog, maar die van de praktijkgerichte psychotherapeut, wiens primaire belang het is communicatie met individuele (allochtone) cliënten tot stand te brengen.

Eppinks classificatie is grofmazig en stereotyperend genoemd en op de achterliggende schijnbare onveranderlijkheid van cultuur is van verschillende kanten kritiek geleverd (zie bijvoorbeeld Tennekes 1985). Eppink laat in deze bundel een kans liggen om op deze kritiek te reageren en zijn werkmodel te verfijnen. Slechts indirect komt deze kritiek aan de orde in zijn inleiding, waarin hij zoals gezegd het statische cultuurbegrip bekritiseert. De migrantencultuur als produkt van traditie en migratie wordt door hem in verschillende artikelen benadrukt. Wat daarbij echter opvalt is dat nergens wordt uitgelegd wat deze cultuurverandering inhoudt en wat de consequenties ervan zijn voor de gehanteerde communicatie-codes. Het bestaan van de migrantencultuur wordt niet met empirisch materiaal gestaafd. Daarentegen benadrukt hij op verschillende plaatsen dat bij veel Turken en Marokkanen hun (semi)analfabete plattelandsachtergrond doorslaggevend is voor die culturele context (bijvoorbeeld p. 74). De gepostuleerde veranderingen in de cultuur lijken verder geen effect te hebben op het vlak van de communicatie-codes. De door Eppink gehanteerde definitie van het hulpverleningsconflict (een individuerichte, expliciete hulpverlener versus een groepsgerichte, impliciete hulpvrager), alsmede de gepropageerde aanpak (onder meer impliciete communicatie met behulp van parabels, metaforen en nonverbale handelingen) wordt er niet door beïnvloed. Met andere woorden: migranten blijven gevangen in de communicatie-code van hun land van herkomst, impliciet en groepsgericht, hun migrantencultuur ten spijt.

Ondanks deze kritiek heeft het herlezen van Eppinks artikelen mij er nogmaals van bewust gemaakt dat hij als een der eersten deze thema's, die nog steeds actueel zijn, heeft aangekaart en door middel van onderzoek een aantal mythen heeft ontzenuwd. Voor wie op de hoogte is van Eppinks ideeën, biedt de bundel weinig nieuws. Degenen die met zijn werk kennis willen maken, vinden hier inspirerende gedachten van een psychotherapeut met een jarenlange praktijkervaring.

Literatuur

Tennekes, J.
1985 Cultuur en cultuurverschillen. *Migrantenstudies* 1 (1): 17-39.

Rob van Dijk

Helga E. Fink, *Religion, disease and healing in Ghana. A case study of traditional Dormaa medicine*. München: Trickster Verlag, 1990. 361 pp. Prijs: 58 DM.

Deze dissertatie van de sociaal pedagoog en antropoloog Helga Fink is gebaseerd op enkele jaren veldwerk in het Dormaa district in West-Ghana. Het boek is zowel een etnografie van de opvattingen en praktijken van het Dormaa volk ten aanzien van religie en geneeskunde als een studie naar de mogelijkheden en perspectieven om het werk van traditionele genezers en personeel van de moderne gezondheidszorg te coördineren in een gezondheidsproject. Fink deed haar onderzoek in combinatie met het opzetten van een dergelijk project, het Dormaa Healer Project.

Fink had gesprekken met de 'historicus' aan het hof van de Dormaa koning en was een van de eersten om de orale geschiedenis van de Dormaa te beschrijven, waardoor de paragraaf over de historische achtergrond vrij uitgebreid is. In sommige opzichten wijkt de lezing van de Dormaa af van de gangbare lezing die sterk geënt is op de Asante, hun traditionele vijanden. De sociale structuur van de Dormaa is, zoals bij de andere Akan-volken, hiërarchisch geordend, waarbij de koning en de koningin-moeder de belangrijkste figuren vormen. De koning en zijn hof vertegenwoordigen de hoogste politieke autoriteit, de staatshogepriesters en -priesteressen de spirituele autoriteit. Koning en koningin-moeder dragen echter wel de eindverantwoordelijkheid voor de verering van de voorouders, de menselijke spirituele krachten.

Zoals in veel personalistische medische systemen geldt ook voor de Dormaa dat hun opvattingen over ziekte niet begrepen kunnen worden zonder kennis van hun religieuze opvattingen. De traditionele religie wordt weliswaar door de meerderheid van de Dormaa niet meer volledig onderschreven, maar heeft nog steeds een grote invloed in het dagelijks leven. Een groot gedeelte van het boek is dan ook gewijd aan beschrijvingen van de diverse categorieën goden en hun priesters. De levensbeschouwelijke opvattingen van de Dormaa wijken niet wezenlijk af van die van andere Akan-volken. De hoogste macht wordt vertegenwoordigd door *Onyame* (de oppergod en schepper). *Onyame* wordt niet rechtstreeks aanbeden; dit gebeurt via de bemiddeling van goden waarvan er zeer velen zijn.

Het aantal priesters van *abosomerafo* (goden die ziekten genezen en heksen verdrijven) is in de afgelopen decennia toegenomen, terwijl het aantal priesters van de oude Tano-riviergoden, die hoger in de religieuze hiërarchie staan, afgenomen is. Deze ontwikkeling is een reactie op de snelle sociale veranderingen in de Dormaa maatschappij, die hebben geleid tot een toename van hekserijbeschuldigingen. De priesters van de *abosomerafo* worden steeds meer geraadpleegd en er ontstaan nieuwe *abosomerafo*, terwijl oude goden nieuwe functies verkrijgen. De *abosome-rafo*, die frequent bij vermoedens van hekserij geraadpleegd worden, versterken volgens Fink de culturele veranderingen, omdat zij individualisme bevorderen. Het zijn juist de mensen die niet meer volledig in het traditionele systeem geïntegreerd zijn (succesvolle zakenlui, leraren en ambtenaren) die bescherming zoeken bij de heiligdommen van de *abosomerafo* om zich te wapenen tegen hekserij en zwarte magie die hen zou kunnen belemmeren bij het bereiken van hun individuele ambities.

In eerste instantie zeggen de mannelijke informanten tegen Fink dat mannelijke priesters meer kracht bezitten dan vrouwelijke. Toch blijkt bij nadere beschouwing

dat aan de vrouwen een grotere kracht wordt toegeschreven. Dat heeft te maken met de godin Amodini die de incarnatie in elke vrouw is van de aarde-godin Asase Yaa en in de vagina zetelt. De identificatie van Amodini wordt door Fink als een van de belangrijkste resultaten van haar onderzoek beschouwd. Door deze ontdekking komt volgens haar het menstruatietaboe in een ander licht te staan. De uitsluiting van menstruerende vrouwen van deelname aan religieuze activiteiten komt niet door 'onreinheid' van het bloed, maar juist doordat menstruatiebloed zo puur en krachtig is. Menstruatiebloed heeft door Amodini een enorme kracht die zowel ten goede als ten kwade kan worden aangewend en mannen zijn er daarom bang voor. Bij het menstruatietaboe gaat het om een poging van de samenleving om de creatieve en destructieve spirituele krachten van vrouwen onder controle te krijgen. Het menstruatietaboe en de houding tegenover Amodini reflecteert de ambivalente houding van de Dormaa ten opzichte van vrouwen.

Voor de Dormaa bestaat de mens uit drie afzonderlijke entiteiten: *onipadua* (lichaam), *okra* (ziel) en *sunsum* (geest). De *okra* is door het opperwezen gegeven en wordt door God naar de aarde gestuurd met een opdracht of lot (*nkrabea*). De *okra* van een mens is onveranderbaar en gaat na de dood van zijn bezitter terug naar zijn oorsprong van waaruit hij eventueel weer opnieuw naar de aarde gestuurd kan worden. De *sunsum* staat voor het karakter, de aanleg en de intelligentie van een mens. De *sunsum* is veranderbaar gedurende het leven. Bij de dood van een mens wordt de *sunsum* een vooroudergeest die, afhankelijk van de levensloop van de betrokkene, op aarde blijft rondzolen.

Voor genezing gaan de Dormaa zowel naar de westerse gezondheidszorg als naar de traditionele Dormaa genezers waarvan er twee soorten zijn, de priester-genezers en de herbalisten. De eersten staan in zeer hoog aanzien en hebben een centrale functie in de Dormaa religie. De laatsten beschikken over minder kennis dan de priester-genezers en kunnen ook niet bezeten raken door een godheid. Het behandelen van ziekten met een bovennatuurlijke oorzaak gebeurt meestal door de priester-genezers, terwijl de herbalisten zich volgens Fink meer bezig houden met fysieke klachten die met kruiden en mineralen worden genezen.

Het langste hoofdstuk van het boek wordt besteed aan een inleiding in de Dormaa geneeskunde. Het woord voor ziekte is *yadee*, hetgeen 'iets pijnlijks' betekent, waarbij niet alleen op fysieke pijn gedoeld wordt. Ziekte bij de Dormaa is zowel een individuele gebeurtenis als een verstoring van de sociale en kosmische orde die ontstaat door overtreding van sociale normen. Geneeskunde is erop gericht de harmonie te herstellen: binnen een persoon (tussen *onipadua*, *okra* en *sunsum*), tussen mens en God en tussen mens en natuur.

In de Dormaa geneeskunde wordt een onderscheid gemaakt tussen natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken. Finks aanvankelijke veronderstelling dat de meeste ziekten een bovennatuurlijke oorzaak hebben, werd door haar onderzoek niet bevestigd. Als ze van de publikaties van D.M. Warren over de naburige Techiman-Bono was uitgegaan, had ze deze veronderstelling niet gemaakt. Ze bevestigt nu wat Warren reeds in 1974 over de Techiman-Bono schreef, namelijk dat bij de meeste ziekten aan een natuurlijke oorzaak gedacht wordt. In gevallen waar het genezingsproces moeizaam of langdurig verloopt worden door de Dormaa bovennatuurlijke krachten als mogelijke oorzaak in beschouwing genomen. Overigens kan elke ziekte

een bovennatuurlijke component hebben. Meestal worden hekserij of andere bovennatuurlijke krachten gezien als slechts één van meerdere oorzaken. Alleen krop en elephantiasis van het scrotum zijn dermate beladen ziektes, dat ze altijd een bovennatuurlijke oorzaak toegeschreven krijgen. Overigens treffen deze ziekten altijd een tovenaar of heks zelf.

Fink maakt een onderscheid tussen 'biologische' en 'sociale' diagnoses. Voor een biologische diagnose wordt de in de westerse geneeskunde gebruikelijke manier van benadering toegepast met anamnese en lichamelijk onderzoek. Bij de 'sociale' diagnose wordt ook gebruik gemaakt van divinatie. De uitkomst van een diagnose hangt deels af van de beoordeling van de patiënt zelf, in het bijzonder wanneer er gekozen moet worden tussen een 'natuurlijke' en 'bovennatuurlijke' etiologie. Soms bestaan er duidelijke regels, wanneer een ziekte als 'natuurlijk' dan wel 'bovennatuurlijk' geassocieerd dient te worden. Fink komt met het voorbeeld van *babasa* (vertaald met 'geslachtsziekte'): indien het door regelmatig bezoek aan prostituées wordt opgelopen, wordt de kwaal als 'natuurlijk' gezien, terwijl dezelfde ziekte als 'bovennatuurlijk' geassocieerd wordt, als het om een overspelige man gaat wiens jaloerse echtgenote een medicijnman heeft geraadpleegd. Ditzelfde voorbeeld staat overigens ook in een artikel van Warren uit 1979, waar Fink niet naar verwijst.

Fink heeft aan de hand van diepte-interviews met vier geselecteerde priester-genezers een ziekteclassificatiesysteem opgesteld dat ze later gecontroleerd heeft bij alle 62 onderzochte genezers. Ook op dit punt is ze duidelijk schatplichtig aan Warren. Haar model vertoont zowel in opbouw en weergave van de gegevens als inhoudelijk zeer grote gelijkenis met dat van Warren uit 1974, maar Fink noemt hem in het bijna honderd pagina's tellende hoofdstuk slechts in een eindnoot waarin ze meedeelt dat "the schematic description of Dormaa medicine was developed in accordance with Warren's basic structure of Bono medicine".

Fink wijdt veel aandacht aan de wijze waarop ziekte geassocieerd wordt en gaat nauwelijks in op de betekenis van de ziekte zelf. Ze gebruikt de inheemse ziekte-terminen waarbij steeds een Engelse, biomedische term tussen haakjes wordt geplaatst. Zo wordt de term *asono* zonder commentaar met de biomedische term 'kwashiorkor' vertaald. Ieder die het proefschrift van Pool over de semantische en ontologische problemen bij ziekte-definitie heeft gelezen vraagt zich af in hoeverre *asono* en kwashiorkor inderdaad synoniemen zijn. Over *asono* schrijft Fink overigens wel dat het volgens de Dormaa kan ontstaan wanneer een vrouw binnen twee jaar na de geboorte van een kind zwanger raakt waardoor haar borstvoeding voor het zogende kind 'slecht' wordt. Zij vraagt zich dan niet af of *asono* en kwashiorkor hetzelfde zijn, maar vervolgt met: "(...) the description of the cause of the disease, a lack of breast-milk, is correct in medical terms but the treatment applied by the healers shows that the causal relationship between breast-milk and *asono* is not really understood" (p. 305). Dat het vertalen van ziekte-terminen niet een neutrale taalkundige transactie is, blijkt uit Fink's opmerking dat de ziekte *ntabunu*, door haar met 'hepatitis' vertaald, door de Dormaa beschouwd wordt als een ernstige, 'verdubbelde' (*nta* = dubbel) vorm van *abunu* (koorts, malaria).

De laatste delen van het boek gaan over de mogelijkheden die Fink ziet voor samenwerking tussen traditionele genezers en dorpsgezondheidswerkers. Daarbij wordt het Dormaa Healer Project (DHP) beschreven, dat is opgezet met het doel

de gezondheidssituatie in het district te verbeteren en de positie van traditionele genezers te versterken: "(...) the DHP is attempting to counter the loss of prestige suffered by the healers by integrating them into the public health system in the villages" (p. 324). Het probleem bij samenwerkingsprojecten tussen verschillende medische tradities is dat de structureel ondergeschikte partij hierdoor in een nog afhankelijker positie kan geraken. Het project wil een verder gezagsverlies van de genezers voorkomen door de vitaliteit van het traditionele systeem, en het vertrouwen dat de bevolking erin heeft, te versterken. Het DHP probeert de gelijkwaardigheid tussen de traditionele en westerse medische traditie te bevorderen door uit te gaan van de gezondheidssituatie op lokaal niveau en in de dorpen traditionele genezers en dorpsgezondheidswerkers gezamenlijk op te leiden. De vraag in hoeverre een dergelijke benadering leidt tot een gezondheidszorgstelsel waarin werkelijk van een gelijkwaardige en pluralistische situatie sprake is, kan nog niet beantwoord worden omdat het project nog in een beginfase verkeert.

Literatuur

Warren, D.M.

- 1974 *Disease, medicine and religion among the Techiman Bono of Ghana. A study of cultural change.* Doctoral Dissertation, Indiana University.
- 1979 The role of emic analysis in medical anthropology. In: Z. Ademuwagun et al. (eds), *African therapeutic systems*. Los Angeles: Crossroads Press, pp. 36-42.

Peter Ventevogel

Veronique Huijbregts, *Hulpverlening aan allochtone vrouwen*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1990. 96 pp. Prijs: f 15,00.

De publikatie is een verslag van een literatuurstudie (1980-1990) naar de hulpverlening aan Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen met psychische en psycho-sociale problemen. De auteur bestudeerde hiervoor 110 titels over vele onderwerpen uit de somatische en geestelijke gezondheidszorg. De studie, die verricht werd in opdracht van het Ministerie van WVC, heeft een zeer leesbaar rapport opgeleverd.

De resultaten van de studie worden gepresenteerd aan de hand van vijf thema's. Achtereenvolgens komen aan de orde de presentatie van klachten en de interpretatie ervan door hulpverleners; ziek-makende omstandigheden in het leven van allochtone vrouwen; knelpunten in de hulpverlening; voorstellen en visies met betrekking tot verbetering van de hulpverlening en ontwikkelingen in de hulpverlening. De studie wordt afgesloten met een reeks aanbevelingen.

Huijbregts constateert onder meer dat het vooralsnog ontbreekt aan systematische gegevens over hulpbehoefte, hulpvragen en hulpzoekgedrag van de bestudeerde groepen vrouwen. Kenmerkend is dat in de verklaringen voor het ontstaan van de problematiek vooral de verschuivingen in rolpatronen als gevolg van de migratie als factor gezien wordt en niet de rolpatronen en de man/vrouw-verhouding op zich.

Ten aanzien van de visies op knelpunten in de hulpverlening komt zij tot de slotsom dat in de literatuur de visie waarin het cultuurverschil als negatieve factor centraal staat, aan invloed verliest ten koste van visies die het accent leggen op de attitude van de hulpverlener of waarin het racisme een prominente plaats inneemt. Een belangrijke ontwikkeling is volgens haar de groeiende aandacht voor sociale achtergronden van de problematiek van allochtone vrouwen, voor verschillen tussen en binnen de verschillende groepen allochtone vrouwen en voor het belang van sociale netwerken. Als een van de discussiepunten noemt Huijbregts de mate van specificiteit in de hulpverlening aan allochtone vrouwen. Ze poneert de vraag of cultuurverschillen dermate van invloed zijn dat ze ook de uitgangspunten van de vrouwenhulpverlening raken en de ontwikkeling van een 'zwart' feminisme naast het 'witte' vereisen.

Rob van Dijk

Tobie Nathan, *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*. Parijs: Presses Universitaires de France, 1988. 215 pp. Prijs: 140 FF.

Nathan is een uit Egypte afkomstige hoogleraar klinische psychologie aan de universiteit Paris VIII en werkzaam als leider van een etnopsychiatrisch consultatieteam in het Hôpital Avicenne te Bobigny. Hij is één der voormannen van de Franse etnopsychiatrie. Tot voor kort was hij ook hoofdredacteur van de *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* waarin een fraaie bloemlezing van merendeels psychoanalytische en antropologische artikelen te vinden is. Op de jaarlijkse conferenties ('journées de réflexion') van de *Association de Psychologues Psychothérapeutes Animateurs Maghrébins* te Grenoble is hij een graag geziene, vaste spreker. Nathan heeft vele collegae met belangstelling voor de transculturele psychiatrie weten te winnen voor zijn consultatiemethode die ook in dit boek beschreven wordt. Ik heb de schrijver leren kennen als een boeiend spreker en een therapeut met een enorme rijkdom aan transculturele ervaringen met zeer uiteenlopende bevolkingsgroepen in Frankrijk. Hij is voortdurend op zoek naar een verfijning en verdieping van de theorie, daartoe ook aangezet door de vinnige controversen rond de centrale plaats van de ideeën van Lacan in de Franse psychoanalytische wereld. Soms zijn de betogen daardoor wat defensief om afwijkingen van de orthodoxie te rechtvaardigen.

In deze publikatie, maar ook in vele artikelen die eraan voorafgingen, doet de schrijver zich kennen als een therapeut die zijn psychoanalytische wortels nooit vergeten is, maar gedreven op zoek blijft naar een modificatie van de psychoanalytische techniek die voor migranten een zinvolle benadering oplevert en waarin antropologische en analytische ideeën tot een synthese gebracht worden.

Le sperme du diable is opgebouwd uit zes hoofdstukken met als onderwerpen de werkzaamheid van de traditionele geneeswijzen, het therapeutisch heidendom, de consultatie als methode, theorieën en geloofssystemen, de overdracht en het geheugen in verband met verbanning. Als rode draad door het geheel lopen de lotgevallen van 21 casi, die steeds weer onder een andere invalshoek verschijnen. Sommige

worden incidenteel in de therapeutische 'demi-cercle'-groep onderzocht, andere worden in een serie van meerdere sessies afgewikkeld. Essentieel in de behandeling is Nathans pragmatisme: wat werkt, hoe werkt het, welke culturele elementen zijn in de psychotherapie te incorporeren.

Nathan heeft een uitgebreide studie gemaakt van de inheemse geneeswijzen. Overtuigend weet hij af te rekenen met enkele, ook in Nederland bekende, vooroordelen zoals: De traditionele geneeswijzen werken alleen als je erin gelooft, en: Het berust allemaal op een éénmalige catharsis. De beschreven gevallen en het betoeg eromheen helpen ons gauw uit de droom. De bestudering van de traditionele geneeswijzen levert fraaie hypothesen op over de werkzame factoren en soms amusante parallellen met westerse psychotherapieën die door Europeanen als veel meer 'sophisticated' beschouwd worden. Bij het analyseren van het werk van traditionele genezers legt Nathan de nadruk op de volgende karakteristieken. De genezer stelt zijn diagnose vaak in een toestand van trance. Hij krijgt een visioen, oriënteert zich op de inhoud van dromen, maar ook op de kennis van dorpsgenoten, en manipuleert met het lichaam om de aanwezigheid van vuil of gif aan te tonen. Hij vertelt de patiënt een verhaal waarin de oorzaak en de samenhang oorzaak-gevolg worden uitgelegd. Hij vraagt zware offers van patiënt en familie. Sommige voorschriften leiden tot een groot aantal acties en een minitieuze dagindeling. Al deze acties moeten een verzuim of een schending van een taboe goedmaken. Het gaat daarbij om lichamelijke interventies, zoals de wassingen, het wiegen met muziek, het brengen van dieroffers waarbij de dood en het bloed angstaanjagend dichtbij komen. Nathan knoopt hier mooie beschouwingen aan vast. Zo stelt hij bijvoorbeeld dat een chaotische verwardheidstoestand bestreden wordt door de patiënt een dwangsyndroom op te leggen!

Over de diagnostische procedure postuleert Nathan herhaaldelijk dat in theoretisch opzicht een essentieel transformatieproces plaatsvindt. De genezer laat de patiënt een draadje met een propje inslikken. Bij het omhooghalen zit er slijm aan vast. De genezer roept triomfantelijk: "Je bent vergiftigd!". Nathan analyseert dit als volgt: een gevoel (een naar gevoel in de slokdarm, slikklacht) wordt omgezet in een waarneming van een voorwerp (geel slijm), en deze waarneming wordt omgezet in een idee ("Ik ben vergiftigd. Ik heb een vijand"). Ook hier zijn treffende vergelijkingen met de westerse psychotherapie mogelijk. De schrijver noemt, op grond van zijn ruime ervaring, een aantal tekenen die kenmerkend zijn voor een bepaalde vorm van bovennatuurlijke beïnvloeding. Zo wijst de combinatie van stemverandering, gebrek aan eetlust, klachten over een dichtgesnoerde keel en eindeloos op muziek dansen op bezetenheid door een geest.

De casus van de Algerijnse vrouw H. met een kraambedpsychose beschouw ik als één der mooiste voorbeelden van zijn theorie en praktijk. Het betreft een vrouw die pas op haar 37e middels een keizersnede bevallen is en daarna een paranoïde psychose ontwikkelt, waarin veel woede op en argwaan tegen de echtgenoot. Bij de individuele exploratie en therapie functioneert een Algerijnse collega als co-therapeut en de consultatiegroep van tien personen, in een halve cirkel eromheen geposteed, als klankbord en 'publiek', een herinnering aan de extended family of dorpsraad. Nathan benut een aanraking en een hypnose-inductie om tot ontspanning te komen, meer toegang tot droommateriaal te krijgen en om een symbolische

sfeer van wederzijdse steun op te roepen. Het alleen zijn met de ogen dicht in een stilte weet hij te verbinden met gevoelens rond de geboorte en de separatie. Een kritiek moment treedt op wanneer hij een te vroege en te westerse duiding geeft (over de weigering het kind los te laten). De vrouw wordt opnieuw woedend, achterdochtig en onaanspreekbaar. Het contact kan pas weer hersteld worden nadat Nathan een vraag stelt over haar dromen en erbij met nadruk stelt dat we ons in onze slaap als het ware weer in de buik van onze moeder bevinden. De sequentie hierna is zeer overtuigend. De vrouw vertelt over de manier waarop ze in haar slaap bescherming aan het kind biedt en zichzelf beschermd voelt door de omslagdoek met heilige teksten. Nathan wijst op de overeenkomst in slaaphouding met die van de Profeet ten tijde van het ontvangen der openbaring en op de dubbele omhulling ('enveloppes') bij moeder en kind, bij patiënte, therapeut en groep. Indrukwekkend is hoe een massa essentieel biografisch materiaal, met veel adequaat verdriet, pas geuit en bewerkt kan worden, nadat Nathan enkele duidingen over het verband geboorte en dood heeft aangeboden. Een uitgebreide en treffende rouwproblematiek blijkt op de achtergrond te spelen. In het verloop van vijftien sessies treedt een aanzienlijke verbetering op bij zowel moeder als kind.

Ook bij lezing van dit boek raakt men na enige gewenning aan de wat omslachtige en pompeuze stijl toch zeer geboeid door de evocatieve kracht waarmee een lange reeks aan scènes van bezetenheid, psychiatrische patiëntencarrière's, en vindingrijke interviews, diagnoses en therapeutische acties getoond worden. Een zwakte van zijn betoogtrant is wel dat Nathan meestal (net als Freud) eerst met een bouwwerk van theoretische constructies komt, waarna men met enige moeite de bouwstenen van feiten en beschrijving zelf bij elkaar moet sprokkelen. Maar die inspanning is wel degelijk de moeite waard. De prachtige schetsen van de praktijkgevallen helpen ons om door de soms abstracte en apodictische passages heen te komen. Kortom, dit boek beveel ik van harte aan bij iedereen met interesse voor de etnopsychiatrie. Enige vertrouwdheid met het psychoanalytisch denken is wel vereist. Ik hoop dat bestudering van deze Franse verworvenheden ertoe bijdraagt dat migranten wat meer van onze psychotherapeutische kennis en kunde gaan profiteren.

Django M. Sterman

Lynn Payer, *Medicine and culture. Notions of health and sickness in Britain, the U.S., France and West Germany*. London: Victor Gollancz Ltd, 1989. 204 pp. Prijs: £ 5.00 (paperback).

Lynn Payer is een Amerikaanse journaliste, die sinds jaren vanuit Frankrijk voor de *International Herald Tribune* en verscheidene andere Amerikaanse kranten schrijft over medische onderwerpen. In *Medicine and Culture* heeft zij een medisch-antropologisch onderwerp uitgewerkt: zij geeft een culturele verklaring voor de verschillen in de medische praktijken in vier westerse landen: Engeland, de Verenigde Staten, Frankrijk en West-Duitsland. Met dit werk heeft zij veel positieve reacties geoogst in medische tijdschriften en in de serieuze pers, iets wat nog maar weinig medisch

antropologen overkomen is. Haar boek is dan ook een bestseller geworden op dit gebied.

Payer gaat uit van twee categorieën verschillen in de medische praktijk in de vier landen. De eerste categorie bestaat uit 'harde' feiten: statistisch materiaal over de *hoeveelheid* medische verrichtingen. De verschillen daarin zijn niet gering en wekken onmiddellijk de interesse. Zo zijn er zes keer zo veel bypass-operaties per hoofd van de bevolking in de Verenigde Staten als in Engeland, hoewel het aantal hartziekten in beide landen ongeveer gelijk is. Er worden drie keer zo vaak blinde-darmoperaties uitgevoerd in West-Duitsland als in de andere drie landen. Hoewel ik vaker over dergelijk verschillen heb gelezen, heb ik ze nooit zo opvallend bijeen gezien in één boek. Meestal worden deze verschillen verklaard door een simpel argument: verschillen in de financiële ruimte voor de gezondheidszorg en in de beloningssystemen in deze landen. Met deze financiële verklaring blijft de medische wetenschap buiten schot. Payer doorbreekt deze gangbare 'veilige' middelen/schaarste-verklaring.

Met de tweede categorie verschillen in de medische praktijk wordt de culturele onbevangenheid van de medische wetenschap wel aangetast. Deze verschillen zijn minder kwantitatief van aard, maar geven direct aan dat 'culturele' waarden zijn doorgedrongen tot de kern van de medische wetenschap. Daarmee ontstaat een meer dwingende noodzaak om een culturele verklaring hiervoor te geven. Het gaat hierbij om een verschil in definitie, namelijk wát als ziekte wordt benoemd. Ook de vraag of al dan niet therapie nodig is, krijgt in de vier landen een verschillend antwoord. Bijvoorbeeld, in West-Duitsland wordt een bepaalde bloeddruk als 'te laag' omschreven waarbij de Duitse medici dan hydrotherapie voorschrijven en uit 85 verschillende medicamenten kunnen kiezen om het 'probleem' te bestrijden. Dezelfde bloeddruk wordt in de Verenigde Staten als normaal beschouwd. De 'lijder' heeft zelfs recht op een lagere ziektepremie vanwege zijn 'gezonde bloeddruk'.

Het aardige van Payer is dat zij in staat is geweest om deze twee categorieën verschillen – statistische harde feiten en verschillen in diagnose en therapie – bij elkaar te brengen in één culturele verklaring: *omdat* er een cultureel verschil bestaat in de diagnose en therapie van de medische wetenschap in de vier landen, is er een verschil in het aantal medische verrichtingen.

Waaruit bestaat dan haar culturele interpretatie die deze verschillen verklaart? Deze interpretatie is beschrijvend en associatief van aard. Het boek is eenvoudig opgebouwd rond hoofdstukken over deze landen; *France: Cartesian Thinking and the Terrain, West Germany: The Lingering Influences of Romanticism, Great Britain: Economy, Empiricism and Keeping the Upper Lip Stiff, United States: The Virus in the Machine*. Zoals de titels aangeven werkt zij bij elk land een centrale culturele waarde uit als verklaring van de medische praktijk in dat land. Hierbij maakt zij selectief gebruik van de geschiedenis, de filosofie en het 'nationale karakter' om de centrale waarde van het betreffende land in te kleuren. Zo maakt zij het bestaan van een *nationale* medische wetenschap aannemelijk en verklaart zij de verschillen in medische verrichtingen tussen deze landen.

Bijvoorbeeld, de 'go for it'-medische wetenschap in de Verenigde Staten wordt niet alleen geïllustreerd met het bovengenoemde grote aantal bypass-operaties in

dat land, maar ook met het aantal keizersnedes, verwijderde baarmoeders, prostaatoperaties, vaccinaties, antibiotica recepten en medicamenteuze behandelingen van psychose. Payer: "This medical aggressiveness reflects an aggressiveness of the American character that has often been attributed to the effect the vast frontier had on the people ... who came to settle it. The once seemingly limitless lands gave rise to a spirit that anything was possible if only the natural environment, with its extremes of weather, poisonous flora and fauna, and the sometimes unfriendly native Americans, could be conquered. Disease also could be conquered, but only by aggressively ferreting it out diagnostically and just as aggressively treating it, preferably by taking something out rather than adding something to increase the resistance" (p. 127). Wij zien hier een voorbeeld van hoe Payer moeiteloos overgaat van een typering van medisch handelen ('aggressive') naar een beschrijving van de vorming van een nationaal karakter door middel van een 'stukje' geschiedenis (de ontwikkeling van een 'frontier'-mentaliteit). Als logisch vervolg hierop ontstaat een bepaalde stijl van medisch denken en handelen: diagnose die leidt tot een actief ingrijpen in plaats van rekening houden met een natuurlijke afweer (zoals in Frankrijk). Deze nationale medische wetenschap verklaart op zijn beurt de grote verschillen in medische verrichtingen.

Het boek staat vol met deze associatieve verklaringen voor de verschillen in medische praktijken tussen de vier landen. Goed leesbaar, direct herkenbare typeringen, zowel van een 'nationaal karakter', van de geschiedenis die daaraan vooraf ging, als van de medische wetenschap die – volgens de suggestie van Payer – daaruit voortvloeit. Het beeld van een bepaalde nationale medische wetenschap ziet er overtuigend uit, omdat de schrijfster hierbij ook gebruik maakt van citaten van haar vele interviews met medici. Wanneer bijvoorbeeld de Amerikaanse artsen zelf aangeven dat zij 'aggressive' zijn, dan is 'aggressiveness' daarmee niet meer alleen een typering van Payer, maar de mening van medici. Als zij over de Amerikaanse praktijk schrijft, "... the dosages in psychiatry are particularly high, sometimes as much as ten times those used elsewhere", wordt dat toegelicht met de uitspraak van een geïnterviewde psychiater: "I think we use higher doses than anybody in the world except maybe the Russians," said Dr. Jonathan O. Cole of McLean Hospital in Belmont, Massachusetts. "We try to declare chemical warfare on psychosis" (p. 125).

Ook heeft Payer de medische praktijken van het ene land voorgelegd aan medici van een ander land. Deze medici geven dan ook zelf nationale typeringen gekoppeld aan medische tradities als verklaring voor de verschillen in de nationale medische praktijken. Zo worden autochtone artsen in dit boek gebruikt als informant zowel over hun eigen praktijken, als over die van hun collegae in een ander land, wat natuurlijk Payers culturele verklaring nog aannemelijker maakt, althans bij eerste lezing. Het is echter de vraag of deze werkwijze de uiteindelijke geloofwaardigheid van Payers culturele verklaring verhoogt. Misschien worden er slechts nationale stereotypingen uitgewisseld en bevestigd.

Hoe moeten wij deze onderneming waarden? Als een journalistieke uitwerking van een medisch-antropologisch onderwerp is dit boek zeker geslaagd. Zonder het wetenschappelijk keurslijf kan een journalistieke benadering van een dergelijk onderwerp veel meer verbanden leggen en interessante mogelijke verklaringen

bieden dan een 'echte' medisch-anthropologische aanpak. Maar dit gebrek aan een wetenschappelijk kader is natuurlijk tegelijkertijd de zwakte van het boek. Er zit weinig systematiek in de empirische presentatie en er is een gebrek aan theoretisch doordenking. Hoe het ook zij, zeker is dat Payer met deze aanpak een breed publiek zal overtuigen dat ook de westerse geneeskunde vol culturele waarden en normen zit. Dat alleen al is een niet geringe verdienste. Dus, warm aanbevolen voor kennissen en familieleden die telkens vragen: "Waar gaat jouw vak medische antropologie eigenlijk over en wat is het nut daar nu van?" En voor de medisch antropoloog zelf? Het hangt ervan af. Wie het wetenschappelijk kader mist, zal het op den duur vermoeiend vinden om de vrijblijvende, wat anekdotische culturele verklaringen te lezen. Juist misschien omdat men zelf heeft geleerd om alleen dwingend culturele verklaringen te zoeken, kan men ongeduldig worden met de in dit boek gepresenteerde verklaringen. Wie het gebrek aan een wetenschappelijk kader daarentegen juist bevrijdend vindt, kan genieten van de vele, vaak interessante anekdotes en voorbeelden. Zo heb ik aan het lezen van dit boek een nieuw favoriet citaat overgehouden. Dit citaat dient in het boek ter illustratie van Payers kenschets van de Franse gezondheidszorgcultuur, waarin men graag gebruik maakt van 'germs' (weerstand verhogend) in plaats van ze meteen te bestrijden met antiseptische maatregelen (zoals de Amerikanen). De Franse acteur Gerard Depardieu zegt – in Amerikaanse nasynchronisatie – over zichzelf: "I don't act. I am. I operate without sterilized gloves. I trust germs. They devour me, they ravage me. It's violent."

Michael Scavenius

David R. Phillips, *Health and health care in the Third World*. New York: Longman Scientific & Technical, 1990. 334 pp. Prijs: f 45,00.

Het boek van David Phillips is voornamelijk bedoeld als een eerste kennismaking met de gezondheidsproblematiek in ontwikkelingslanden. Met een synthese van boeken en artikelen op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg wil de auteur een algemeen beeld schetsen van gezondheid en gezondheidszorg in de "so-called Third World" (p. xii). Meer in het bijzonder probeert hij ontwikkelingen op dit gebied in verband te brengen met algemene maatschappelijke processen die zich in deze landen voltrekken. Modernisering en sociaal-economische en politieke veranderingen worden gezien als een complex van factoren die gezondheid en gezondheidszorg van buitenaf beïnvloeden.

De auteur benadrukt dat er een grote diversiteit bestaat tussen ontwikkelingslanden onderling, in het bijzonder wat betreft gezondheid en gezondheidszorg, en dat er daarom vraagt tekenen gezet kunnen worden bij het gebruik van de alomvattende categorie 'Derde Wereld'. De lezer ontkomt echter niet aan de indruk dat een aantal problemen wordt gepresenteerd als voorkomend in alle ontwikkelingslanden. Ter illustratie van zijn betoog gebruikt Phillips gegevens van verschillende landen door elkaar. Daarenboven lijkt het erop dat hij de oplossing voor allerlei gezondheids- en gezondheidszorgproblemen in één en dezelfde strategie zoekt. Overeenkomstig

de strategie van Primary Health Care pleit Phillips voor een integrale aanpak waarin sociale, economische, politieke en ecologische verbeteringen als voorwaarde gelden voor een betere gezondheidszorg. Medische interventie alléén is niet voldoende om radicale en langdurige verbeteringen in de gezondheid op gang te brengen. Deze gedachtengang komt in verschillende hoofdstukken naar voren.

Elk hoofdstuk van het boek behandelt een specifiek thema dat de auteur als bijzonder relevant beschouwt. In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op de verschillende definities van gezondheid, op de problemen om indicatoren te vinden voor het meten van gezondheid en op de implicaties die het hanteren van een bepaalde definitie heeft voor het vaststellen van het gezondheidszorgbeleid. Phillips kiest voor de WHO definitie van gezondheid "a state of complete well-being," hoewel het vaststellen van bruikbare indicatoren van zo'n gezondheid een buitengewoon moeilijke klus is.

Vervolgens gaat de auteur in op de relatie tussen gezondheid en algemene ontwikkeling. Hij bespreekt een aantal sociaal-economische en politieke factoren, zoals habitat, watervoorziening, bevolkingsdichtheid en politieke machtsveranderingen en brengt deze in verband met gezondheidsomstandigheden. Tevens presenteert hij een aantal kenmerken van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden, zoals toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen, training van gezondheidszorgpersoneel en de organisatie van het gezondheidszorgsysteem en relateert deze aan de sociaal-politieke en economische omgeving. Gezien de interactie van gezondheidszorg met andere maatschappelijke sectoren, is Phillips voorstander van een intersectorale beleidsstrategie.

Hoofdstuk 2 behandelt de medische aspecten van de gezondheidsproblematiek. 'Medische' indicatoren zoals morbiditeit en mortaliteit, soorten ziekten en epidemiologische veranderingen passeren de revue. In tegenstelling tot het vorige hoofdstuk ligt de nadruk hier meer op verschillen tussen de ontwikkelingslanden onderling dan op overeenkomsten.

Hoofdstuk 3 gaat in op de relatie tussen 'traditionele' en 'moderne' gezondheidszorg. Het pluralisme van medische systemen in ontwikkelingslanden komt op tweeërlei wijze tot uiting: in de verscheidenheid aan medische tradities én in een veelvoud van medische opties binnen eenzelfde traditie. De moderne biomedische voorzieningen worden beschreven en vergeleken met de diensten van 'traditionele' autochtone specialisten. De context waarin de interactie tussen deze twee tradities plaatsvindt, komt tot uitdrukking in de beschrijving van de houding van de verschillende regeringen. Daarbij laat de schrijver de complexiteit zien van (en het conflict in) de relatie tussen verschillende medische tradities. De vraag of het wenselijk is 'traditionele' geneeswijzen te integreren met het 'moderne' gezondheidszorgsysteem wordt impliciet positief beantwoord. De auteur volgt het WHO-beleid, dat voor integratie is. Dit beleid wordt in het boek niet ter discussie gesteld. Toch lijkt de auteur niet op voorhand een voorstander van 'traditionele geneeswijzen'. De wenselijkheid van integratie verklaart hij niet in termen van waarde, maar vat hij op als een noodzakelijkheid gezien het gebrek aan biomedische voorzieningen. Tevens blijkt uit de geboden voorbeelden dat Phillips een voorkeur heeft voor een selectieve benadering. Niet alle soorten geneeswijzen dienen in aanmerking te komen, maar met name geneeswijzen van een seculaire en technische aard.

Verder maakt hij de lezer attent op het feit dat veel ideeën omtrent 'traditionele' genezers veelal op een idealisering van die traditie (als meer holistisch) berusten. Dit beeld komt volgens hem niet altijd met de werkelijkheid overeen.

In hoofdstuk 4 figureert 'biomedicine' weer als de enige 'protagonist'. Het gaat hierin vooral om aspecten van distributie en toegankelijkheid van biomedische voorzieningen. De ongelijkheid in de distributie van gezondheidszorgvoorzieningen en (para)medisch personeel, met name tussen stedelijke en rurale gebieden, en het inefficiënte gebruik van de beschikbare bronnen, worden aan de kaak gesteld. Vervolgens bespreekt de schrijver modellen die gezondheidsplanners kunnen helpen een meer gelijkmatige distributie van biomedische diensten op te zetten die aansluit bij de behoeften van de bevolking.

Direct in samenhang met het onderwerp van de toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen, wordt in hoofdstuk 6 het gebruik van deze voorzieningen behandeld. Verschillende factoren, zoals leeftijd, afstand, en kosten, die het keuzegedrag van de patiënten ten aanzien van 'moderne' of 'traditionele' medische opties beïnvloeden, worden op een rij gezet. Daarop volgt een discussie over deze verschillende modellen die deze keuzes en de achterliggende redenen in kaart probeert te brengen en waar mogelijk te verklaren.

In het voorafgaande, vijfde hoofdstuk wordt de PHC-strategie behandeld. Het hoofdstuk belicht de definitie en achtergrond van PHC, de doelstellingen en de moeilijkheden in de toepassing ervan en gaat in op recente discussies binnen de WHO. Zo wordt een beschrijving gegeven van het debat tussen de voorstanders van een selectieve en die van een integrale benadering. De auteur maakt zelf geen duidelijke keuze.

De moeilijkheden die verbonden zijn aan het uitvoeren van beleid, zijn het onderwerp van hoofdstuk 7. Phillips richt zich hier op de problemen bij gezondheidszorgprogramma's. Hij beschrijft een aantal programma's, en hun organisatie en financiering. Uit de vele voorbeelden blijkt dat er verschillen in opvatting en allerlei belangenconflicten bestaan tussen vertegenwoordigers van diverse organisatorische niveaus, waardoor de voortgang van deze programma's ernstig vertraagd kan worden.

In het laatste hoofdstuk richt Phillips zijn blik op de toekomst. Hij is van mening dat de kreet 'health for all by the year 2000' waarschijnlijk geen realiteit zal worden in vele, zo niet alle, ontwikkelingslanden. Alleen als een sociaal-economische benadering van gezondheid en gezondheidszorg werkelijkheid wordt, is er hoop op verbetering.

Zoals uit het bovenstaande moge blijken, bevat dit boek een schat aan informatie voor mensen die zich interesseren voor de gezondheidszorgproblematiek in ontwikkelingslanden. Dit maakt het tot een nuttig studieboek, maar het roept tevens vragen op. De grote hoeveelheid informatie en het door elkaar halen van allerlei voorbeelden komt de helderheid van het betoog niet altijd ten goede.

Verder vind ik dat het voortdurend – impliciet of expliciet – benadrukken van de noodzaak om sociaal-economische en politieke factoren in beschouwing te nemen, het boek wat monotoon maakt. Bovendien maakt deze preoccupatie dat de culturele aspecten van gezondheidszorg worden verwaarloosd. Zo komen de verschillende culturele opvattingen over gezondheid en ziekte, en de betekenis van gezondheids-

zorgvoorzieningen in diverse culturele contexten niet of nauwelijks aan de orde. De opvattingen van de meest betrokkenen tellen in dit boek niet mee en dat kan natuurlijk niet.

Rosalia Sciortino

Meredith Turshen, *The politics of public health*. London: Zed Books, 1989. 319 pp. Prijs: \$ 38 (hard cover), \$ 15 (paperback).

Dit boek is het vervolg op *The political economy of disease in Africa*. Turshen gaat dit keer in op de problematiek van volksgezondheid ('public health'). Deze term wordt gebruikt om een onderscheid te maken tussen publieke en particuliere dienstverlening en verwijst in ruimere zin naar maatregelen die bijdragen aan de gezondheid van de gemeenschap. Turshen is een voorstander van een progressieve benadering van volksgezondheid en zij bekritiseert de conventionele basisbegrippen en praktijken ten aanzien van ziekte. Zo gaat een variant van de moderniseringsgedachte er van uit dat chronische ziektes alleen in het Noorden voorkomen, terwijl Turshen aangeeft dat als een gevolg van onder andere post-koloniale structuren deze ziektes wel degelijk ook in het Zuiden bestaan. Zij bekritiseert de conventionele activiteiten voor volksgezondheid zoals het schoonmaken van de omgeving of op de massa gerichte campagnes. Als gevolg van deze benaderingen krijgen mensen onvoldoende zeggenschap over hun eigen leven en blijven de oorzaken, die bijdragen tot het ontstaan van de ziekte, onaangetast. Maar ook meer progressieve benaderingen in volksgezondheid bekijkt Turshen kritisch. Massale screening van borstkanker in een vroeg stadium heeft bijvoorbeeld nieuwe vragen over de efficiency en het bereik van deze methode opgeroepen. Zo kunnen vragen naar behandeling ontstaan waaraan in de praktijk niet voldaan kan worden. Vrouwen kunnen ten onrechte angstig of gerustgesteld worden, zij kunnen gestigmatiseerd en zelfs gediscrimineerd worden. De criteria zijn van belang: hoe belangrijk is de ziekte, hoe is de test en is er een behandeling voor aanwezig, zijn de voordelen van de test groter dan de nadelen? Voedingsvoorlichting en structurele hervorming van de 'agribusiness' zijn andere preventieve methoden die zowel de gezondheid van individuen als van hele gemeenschappen kunnen beïnvloeden. Turshen laat zien hoe de voedingsindustrie zowel in ontwikkelde als in ontwikkelingslanden problemen veroorzaakt, alhoewel verschillend van karakter. Zo wordt aangenomen dat vetzucht in ontwikkelde landen te maken heeft met de hoeveelheid voedsel die wordt geconsumeerd, terwijl in ontwikkelingslanden ondervoeding een gevolg is van de slechte kwaliteit van het voedsel. De schrijfster bestrijdt dit en stelt dat juist in ontwikkelingslanden de hoeveelheid van belang is en uithongering vaak te maken heeft met het feit dat bepaalde groepen in de samenleving niet in staat zijn om het beschikbare voedsel te bemachtigen. Er is te weinig, terwijl in ontwikkelde landen kwalitatief slecht 'fast food' is te krijgen, dat bovendien relatief goedkoop is. Voedselvoorlichting alleen helpt dus niet. Er zijn volgens Turshen niet-medische handelingen en structurele hervormingen op sociaal en politiek-economische

terrein nodig (en niet alleen landbouwhervormingen) om problemen als hongersnooden op te lossen.

Twee terreinen waar de interactie tussen sociale organisatie en ziekte zeer duidelijk is, zijn de geestelijke gezondheid en AIDS, die Turshen in twee hoofdstukken bespreekt. Juist hier laten alle volksgezondheidsbenaderingen jammerlijk verstek gaan. Ze bespreekt de zogenaamde 'healing villages' en de 'Zar cult' in Ethiopië, waar patiënten hun ziekte leren accepteren, maar betoogt op geloofwaardige wijze dat ook deze niets afdoen aan de sociale relaties die geestesziekte veroorzaken. Volgens haar moeten de vervreemding en uitbuiting thuis en op het werk aangepakt worden. Het is jammer dat zij hier alleen de vervreemdingstheorie van Marx naar voren brengt en niet kritischer staat tegenover het toepassen van een westerse begrippen in een andere context. De noodzaak om meer aan te sluiten bij het begrippenkader van Afrikaanse mannen en vrouwen wordt door haar niet genoemd. Hier ligt een taak voor antropologen binnen de volksgezondheid. AIDS wordt door velen als het volksgezondheidsprobleem van de jaren tachtig gezien. Turshen benadrukt dat door de economische teruggang en onveiligheid in oorlogszones met name vrouwen het slachtoffer worden van seksueel geweld en daardoor meer kans lopen in aanraking te komen met het HIV-virus. Ook schijnt dit virus gemakkelijker overgebracht te worden van man op vrouw dan andersom. De beperkingen van de verschillende benaderingen worden hier duidelijk: de klinisch-medische wetenschap heeft AIDS-patiënten weinig te bieden: er zijn nauwelijks tests, medicijnen en voorbehoedsmiddelen in Afrika. Echter ook een meer progressieve volksgezondheidszorg geeft hun geen kans op banen, huizen en een humane behandeling, hooguit op medische en sociale isolatie. Bovendien laat Turshen verderop in haar boek zien dat verschillen in gezondheid tussen mannen en vrouwen voortkomen uit politiek-economische verhoudingen binnen samenlevingen en vanuit de onderdrukking van vrouwen. Duidelijk is dat de gezondheid van vrouwen en hun toegang tot gezondheidsdiensten correleert met de mate waarin hun belangen een rol spelen in wetgeving, bevolkingspolitiek, onderwijs, ideologie, werkgelegenheid en politieke vertegenwoordiging. Turshens analyses hebben betrekking op de vraag in hoeverre beleid is aangepast aan behoeften van vrouwen en op hun werkelijke toegang tot formele gezondheidszorg in Algerije, Burkino Faso en Tanzania. Zij komt tot de conclusie dat waar de ideologie van de staat een gelijke verdeling van medische diensten over het land voorstaat, de reproductieve omstandigheden van vrouwen soms wel verbeterd zijn, maar de maatschappelijke ongelijkheid tussen mannen en vrouwen, met name in arbeidsverhoudingen, vaak is blijven bestaan.

Turshen heeft niet alleen een kritische houding, zij biedt ook een alternatief. Zij stelt een nieuw referentiekader voor de volksgezondheid voor: een agenda voor actie met als uitgangspunt dat de levensomstandigheden en werksituatie meer invloed hebben op de gezondheidsstatus van mensen dan de gehele volksgezondheid en klinische geneeskunde bij elkaar. Volksgezondheid mag niet betekenen dat mensen gewoon aan een andere ziekte doodgaan, maar dient de autonomie van mensen te vergroten door middel van een fundamentele reorganisatie. Een nieuwe definitie van ziekte en gezondheid is daarvoor nodig. Sinds de jaren zeventig werkt een aantal mensen vanuit een marxistisch perspectief, en voor hen is de vraag niet: "hoe ontwikkelt de ziekte zich" maar "waarom ontstaat hij". De dialectiek tussen

ziekte en gezondheid enerzijds en de economische, politieke, en sociale organisatie anderzijds staat centraal. Binnen alle voorlichting moeten volgens Turshen begrippen als sociale klasse en kennis van de politieke economie opgenomen worden, want alleen dan is er hoop voor de volksgezondheid. Het belang van de politieke organisatie wordt geïllustreerd aan de hand van voorbeelden uit de Verenigde Staten, de USSR en China waarbij de begrippen gelijkheid en toegang centraal staan.

De integratie van onderzoek, training en dienstverlening is een noodzakelijke stap in Turshens actie-agenda. De scheiding tussen preventieve en curatieve dienstverlening in Afrika is terug te voeren tot het koloniale tijdperk en de historische ontwikkeling in het Noorden. Door deze scheiding zijn er problemen met particuliere medische diensten waar hoger opgeleiden naar verdwijnen. Ook de basisgezondheidszorg die het potentieel heeft om zowel preventieve als curatieve zorg te verlenen, slaat niet aan. Turshen bekritiseert de zogenaamde selectieve benadering binnen de basisgezondheidszorg die volgens haar weer terug grijpt op het denken van de jaren vijftig. De integratie van het sociaal-wetenschappelijk en medisch onderzoek is noodzakelijk. Dit veronderstelt niet alleen dat medisch personeel in de sociale wetenschappen opgeleid wordt, maar ook dat teams met verschillende verantwoordelijkheden binnen de medische wereld samen opgeleid worden. Doel is om in de toekomst te komen tot sociale gezondheidsprogramma's die de nationale verzekeringprogramma's vervangen en privatisering van gezondheidszorg voorkomen. Bovendien moeten bepaalde belangengroepen, vrouwen, vakbonden en milieugroeperingen, hun eisen duidelijk maken. Turshen gelooft dat de opbouw van een internationale coalitie van deze groepen de manier is om genoemde problemen op te lossen. Hier ligt echter ook de zwakte van haar boek. Zij hangt een naïef soort marxisme aan dat alles reduceert tot arbeidsverhoudingen en kapitalistische produktiewijze. Zij benadert vrouwen en andere belangengroepen als homogene massa's. Haar 'vrouwen verenigt u' zou misschien zin hebben als ook de recente discussies tussen vrouwen van verschillende continenten en hun onderlinge verschillen in oenschouw werden genomen. Veel vrouwen maken juist geen deel uit van de formele, betaalde arbeidsvloer. Bovendien sluit Turshen vaak niet aan bij lokale Afrikaanse perspectieven, maar praat vanuit haar westerse, marxistisch-feministische visie. Dat neemt niet weg dat deze studie een belangrijke visie presenteert. Vooral beleidsmakers en uitvoerders binnen de volksgezondheid zullen gebaat zijn bij haar kritische opmerkingen over een aantal 'vanzelfsprekendheden' in de volksgezondheid. Het feit dat dit boek verschijnt na het socialistisch demasqué maakt het in zekere zin actueler.

Anke van der Kwaak