

Afrikaanse medische systemen: vragen bij een antropologisch construct ¹

Robert Pool

Het begrip 'medisch systeem' dat antropologen hanteren doet geen recht aan de Afrikaanse situatie omdat het een afbakening van strikt medisch denken en handelen suggereert naar Westers model. In Afrikaanse lokale etiologieën spelen ook niet-medische en bovennatuurlijke factoren een rol, zoals vroegere antropologen terecht hebben opgemerkt. Het huidige gebruik van de term 'medisch systeem' maakt volgens de auteur deel uit van een trend onder medisch antropologen hun positie op de arbeidsmarkt te verbeteren via een toenadering tot de biomedische praktijk.

In de betrekkelijk recente medische etnografie van Afrika heeft een aantal auteurs eerdere studies bekritiseerd omdat zij teveel nadruk zouden hebben gelegd op de bovennatuurlijke verklaringen die Afrikanen voor ziekte geven, terwijl zij de meer natuurlijke verklaringen van ziekte en de daarmee verbonden praktische handelingen zouden hebben verwaarloosd. Deze kritiek is zo sterk dat het soms lijkt op een kruistocht, met als doel aan te tonen dat de Afrikanen traditioneel een apart medisch domein – een medisch systeem – erkennen, waarin zij ziekte voornamelijk in praktische en empirische termen interpreteren in plaats van in bovennatuurlijke, sociale en morele termen.²

Ik bekritiseer deze tendens en beweer dat de eerdere interpretaties van traditionele etiologieën in Afrika, waarin bovennatuurlijke en niet-medische factoren een grote rol spelen, meer recht doen aan de interpretaties van de betrokkenen zelf. Ik pleit voor de afschaffing van het begrip 'medisch systeem' in de etnografie van Afrika, omdat het een sociaal-wetenschappelijk construct is, dat geen equivalent heeft in Afrikaanse culturen.

Naturalistische en personalistische etiologieën

De hele discussie over medische systemen in Afrika draait om het onderscheid tussen naturalistische en personalistische etiologieën (zie Foster 1976). In personalistische medische systemen wordt ziekte verklaard in termen van de actieve interventie van heksen, geesten, voorouders, goden, enzovoort. Het zieke individu is dan een slachtoffer van de doelgerichte handelingen van iemand anders. In naturalistische systemen

wordt ziekte verklaard in termen van onpersoonlijke, systemische krachten of omstandigheden: kou, warmte, wind, verstoord evenwicht van de lichaamsvochten, vuil, bacteriën, enzovoort.

Personalistische etiologieën zijn onderdeel van meer uitgebreide verklaringsmodellen, waarin ziekte slechts één vorm van ongeluk is. Naturalistische etiologieën zijn meestal beperkt tot het verklaren van ziekte. Bijvoorbeeld, in India wordt het heet-koud model alleen gebruikt om ziekte te verklaren, terwijl in Afrika hekserij niet alleen ziekte verklaart maar ook allerlei andere vormen van ongeluk, zoals een mislukte oogst of een slecht huwelijk.

De opvatting van Rivers, Evans-Pritchard, en anderen

De nadruk op etiologie (dat wil zeggen op ideeën in plaats van handelen), en in het bijzonder op uitgebreide personalistische etiologieën in de medische etnografie van Afrika, wordt herleid tot een aantal klassieke studies, waaronder die van Rivers (1924), Evans-Pritchard (1937) en Turner (1964).

In zijn *Medicine, Magic and Religion* (1924) onderscheidt Rivers drie soorten oorzakelijke verklaring: menselijk, bovennatuurlijk en natuurlijk. In het westen zijn natuurlijke oorzaken centraal, terwijl verklaringen van ziekte in 'primitieve' samenlevingen meestal in menselijke en bovennatuurlijke termen gesteld zijn. Volgens Rivers erkennen primitieven nauwelijks natuurlijke oorzaken. Voor Rivers komen menselijke en bovenmenselijke oorzaken overeen met de domeinen van respectievelijk magie en religie en als gevolg daarvan is er geen duidelijke scheiding tussen traditionele geneeskunde, magie en religie.

Deze nadruk op uitgebreide personalistische etiologieën is te vinden in diverse oudere antropologische studies (Clements 1932, Field 1937: 114-20, 135-60), maar ook in meer recente studies (Beidelman 1963, Price-Williams 1979, Ngubane 1976, Murdock 1980: 42).

De kritiek op de conventionele opvatting

De vraag is nu: waarom is het verkeerd om de nadruk op personalistische etiologieën te leggen? En waarom doet men zoveel moeite om aan te tonen dat Afrikanen ziekte in natuurlijke termen verklaren?

Fortes schrijft dat vroegere antropologen (zoals Rivers en Seligman) geobsedeerd waren door inheemse theorieën over magische oorzakelijkheid (Fortes 1976: xiii). Dit heeft ertoe geleid dat zij de studie van gezondheid en ziekte hebben 'gereduceerd' tot die van hekserij en magie, terwijl kruidengeneeskunde, empirisch-rationele diagnose, behandeling en profylaxe als restcategorieën overbleven (xiv-xv).

Volgens Yoder hebben antropologen op een onkritische wijze biomedische definities van wat wel en niet relevant is in de bestudering van gezondheidszorg en geneeskunde overgenomen. Ze hebben de dichotomie tussen het biomedische en andere medische systemen geaccepteerd (Yoder 1982: 1-2). Over het werk van Evans-Pritchard en Turner schrijft Yoder dat, als gevolg van de invloed van Rivers,

de studie van medische ideeën en praktijken ‘ondergebracht’ werd onder de noemer van magie, hekserij en religie (1982: 4). In het bijzonder, de nadruk op ideeën (beliefs) en etiologie heeft geleid tot de verwaarlozing van andere cruciale aspecten van medische systemen, zoals nosologie, profylaxe en therapiekeuze. Volgens Yoder is er eigenlijk “weinig belangstelling geweest voor de bestudering van medische systemen als zodanig” (1982: 4).

De kritiek kan als volgt samengevat worden:

- De concentratie op uitgebreide personalistische etiologieën heeft geleid tot de vervaging van het onderscheid tussen geneeskunde, magie en religie.
- Door hun beweringen dat heksen en bovennatuurlijke wezens de belangrijkste, zo niet de enige, etiologische factoren zijn die erkend worden door Afrikanen, zijn antropologen veel te gemakkelijk geweest in het onderbrengen van inheemse theorieën over ziekte in de domeinen van religie en magie.
- Daardoor hebben zij (impliciet of expliciet), in navolging van Rivers, aangenomen dat er een fundamentele dichotomie is tussen westerse wetenschappelijke geneeskunde aan de ene kant en alle andere medische systemen aan de andere kant.
- Dit heeft op zijn beurt geleid tot de verwaarlozing van de praktische aspecten van niet-westerse medische systemen, en eigenlijk tot de verwaarlozing van traditionele medische systemen als zodanig.

Meer recente ‘holistische’ studies

Maar Yoder is wel optimistisch. Volgens hem heeft veel recent onderzoek een ‘bredere’ oriëntatie. Het is gericht op ‘medische’ ideeën en praktijken in Afrika en geeft daarom een heel ander beeld van inheemse etiologie en medische kennis (1982: 13).

Hier bedoelt hij het werk van een aantal antropologen die het medische systeem als studie-object hebben genomen (Gillies 1976; Bibeau 1979, 1981, 1982; Janzen 1978; Warren 1974, 1979a, 1979b, 1982; Young 1975, 1976, 1977). Dezen concluderen dat Afrikanen de meeste ziekten aan natuurlijke oorzaken toeschrijven. Omdat zij een veel bredere belangstelling zouden hebben, die alle aspecten van medische systemen in Afrika omvat, bieden deze auteurs volgens Yoder een meer betrouwbare empirische basis voor generalisaties (Yoder 1982: 13).

Bibeau bijvoorbeeld beweert dat veel studies van traditionele geneeskunde in Afrika een gefragmenteerd beeld van de werkelijkheid geven, die in feite ononderbroken is (Bibeau 1982: 45). Inheemse geneesmiddelen, psychopathologie, anatomisch-fysiologische kennis enzovoort, moeten volgen hem “holistisch beschouwd worden als aspecten van een medisch systeem” (Bibeau 1982: 45).

Hij vindt het noodzakelijk de inheemse geneeskunde te analyseren door het medische domein af te bakenen: medisch antropologen moeten het semantische domein dat beschreven wordt door inheemse medische termen zoals zorg, genezing, geneesmiddel, ziekte definiëren; ze moeten praktische medische situaties waarin deze termen gebruikt worden identificeren; en ze moeten het gedrag van de actoren in deze situaties observeren (1981: 297, 1982: 49).

Laten wij kort kijken naar een aantal aspecten van 'het medisch systeem' bij de Wimbum in de Grassfields van West Kameroen (Pool 1989).³

Het 'medische systeem' van de Wimbum

'Ziekte'

In de praktijk maken Wimbum genezers geen onderscheid tussen wat wij 'ziekte' noemen en andere vormen van ongeluk. Dus, toen ik aan een medicijnman vroeg wat hij behandelde, antwoordde hij:

Ik behandel *ngang* [een kinderziekte die op kwashiorkor lijkt], tweelingen, pijn in de ribben, hoofdpijn, brandwonden. Als een persoon zelfmoord pleegt dan behandel ik de plaats waar het gebeurde. Ik behandel pijn in het hart. Als iemand niet kan slapen geef ik medicijn (*mcep*). Als een vrouw lange tijd niet heeft gemenstrueerd, geef ik medicijn. Als je een nieuw huis bouwt en je kunt er niet in slapen, geef ik je medicijn. Als je met een meisje wilt trouwen, maar ze houdt niet van je dan zorg ik ervoor dat ze van je gaat houden. Als je kind niet slaagt voor zijn examens op school vanwege hekserij, dan geef ik je medicijn.

Dit antwoord is typerend. Als ik aan medicijnmannen vroeg wat zij behandelde (*kubci*) dan noemden zij altijd, naast verschillende ziekten, allerlei soorten ongeluk, van mislukking in zaken of de liefde tot auto-ongelukken en slechte prestaties op school.

Natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken

Tijdens een bezoek aan een traditionele genezer merkte ik op dat een van de patiënten in zijn drukke behandelkamer, een jonge vrouw, grote open wonden op haar voeten en enkels had. De wonden waren zo diep dat ik de botten zag. Ik vroeg wat er met haar was gebeurd en de medicijnman zei dat het brandwonden waren. Ze was meer dan een jaar geleden gestruikeld in haar keuken en in het vuur gevallen. Sindsdien was ze al in twee verschillende ziekenhuizen behandeld en naar een hele reeks traditionele genezers geweest, maar allemaal tevergeefs: de wonden genazen niet. De medicijnman vermoedde daarom hekserij. Door middel van divinatie kwam hij erachter dat een oom van de vrouw verantwoordelijk was. Hij ging bij de oom langs en waarschuwde hem. Hij zei dat hij hem door had. Als hij zijn hekserijpraktijken tegen de vrouw niet staakte, zou hij, de medicijnman, het proces omkeren en ervoor zorgen dat de oom zelf brandwonden kreeg. De oom werd bang en beloofde te stoppen. Daarna begon de medicijnman de wonden te behandelen met een mengsel van kruiden en westerse geneesmiddelen, met succes.

Dit is het soort voorbeeld dat bekend is van Evans-Pritchards *Witchcraft, Oracles and Magic* (1937). De brandwonden waren het gevolg van een ongeluk, op zich niets ongewoons. De normale gang van zaken zou zijn geweest: behandeling door een traditionele genezer of in een ziekenhuis gevolgd door een betrekkelijk snelle genezing. De ziekte had deze normale loop echter niet gevolgd en dit leidde tot de raadpleging van een waarzegger en tot hekserijbeschuldigingen tegen de oom. Slechts toen deze diepere oorzaak weggenomen was, kon genezing optreden.

Er is een causaal continuüm tussen natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken. Of Wimbum ziekte verklaren in natuurlijke of bovennatuurlijke termen hangt af van de vraag die je stelt. Als je vraagt naar directe oorzaken dan zullen informanten zeggen dat de vrouw per ongeluk was gestruikeld, als je doorvraagt zullen, ze hekserij noemen. Dit geldt niet alleen voor ernstige ziekten maar zelfs voor de meest onbeduidende kwalen: als je lang genoeg doorvraagt, is hekserij altijd de uiteindelijke oorzaak.

'Medicijn'

'Medicijn' (*medicine*) is de term die de Wimbum gebruiken, in het Engels en het Pidgin, om de Limbum term *mcep* (enkelvoud *ncep*) te vertalen.

Mcep verwijst naar min of meer hetzelfde als de term *medicine* in de zin van geneesmiddel: zowel westerse farmaceutica als inheemse kruiden die gebruikt worden om ziekte te behandelen. Maar het woord verwijst ook naar kruiden en andere middelen die mensen gebruiken om allerlei vormen van ongeluk die wij geen ziekte zouden noemen te behandelen (verbroken liefdesrelaties, auto-ongelukken, enzovoort).

Allerlei met (bovennatuurlijke) kracht beladen objecten die mensen tegen hekserij gebruiken, worden ook *medicines* genoemd: stenen, bundels bestaande uit veren en stekelvarkenstekels, pakketjes in leer gebonden en glimmend door vele lagen offerbloed en roet en bezet met kralen en porseleinslakschelpen. Dit zijn de 'fetisjen' uit de oude beschrijvingen.

Elke afstammingsgroep heeft ook een ronde steen, ook *ncep* of *medicine* genoemd, die als een (symbolisch) oriëntatiepunt fungeert voor de hele afstammingsgroep (waarvan de leden vaak door het hele land verspreid zijn). De ouderlingen slachten regelmatig kippen op deze stenen en waarzeggers schrijven vaak allerlei ongelukken en ziekten van in de stad wonende familieleden toe aan het verwaarlozen van offers aan het *ncep*.

Tweelingen worden *bo ncep* genoemd, letterlijk kinderen van het medicijn. Zij hebben kleine raffia tasjes die verschillende soorten medicijn bevatten. Als deze tasjes verwaarloosd worden kunnen zij in heksen veranderen. *Jujus*, gemaskerde figuren die vanuit de geheime genootschappen opereren, worden ook *ncep* genoemd.

Dus, als de Wimbum het woord *medicine* gebruiken, en dit doen ze vaak, niet alleen als ze Engels of Pidgin spreken, maar ook als ze Limbum spreken, dan betekent het veel meer dan wanneer wij dat woord gebruiken.

Medische systemen in Afrika?

In hun poging om een brug te slaan tussen de westerse geneeskunde en andere medische systemen maken de in het begin van dit artikel genoemde auteurs gebruik van die biomedische begrippen die zij zelf juist expliciet verwerpen. Het bredere perspectief dat zij beweren te hanteren is in feite beperkter: zij *selecteren* bepaalde elementen uit het ononderbroken geheel van het inheemse discours en gedrag en *construeren* daarmee een inheems medisch systeem.

Waarom zouden we echter *medische* systemen moeten bestuderen? De hele discussie over medische systemen, medische kennis, medisch gedrag, medische situaties, gedrag met betrekking tot ziekte en gezondheid (Yoder 1982: 8) vloeit voort uit een biomedisch bepaalde belangstelling voor de praktische problemen van ziekte en gezondheidszorg in Afrika. Dat artsen en gezondheidswerkers in Afrika zich hierop richten is begrijpelijk. Maar waarom zouden we *antropologisch* onderzoek beperken tot een domein dat reeds bij voorbaat gedefinieerd en afgebakend is, namelijk een medisch systeem, bestaande uit een naturalistische etiologie, ziekte en gezondheidszorg? Waarom zouden we bijvoorbeeld hekserij en de activiteiten van voorouders en geesten uitsluiten?

Niet alleen is het object van de medische antropologie, het medisch systeem, gecreëerd als afzonderlijk domein juist door de poging om het te bestuderen en beschrijven als een afgebakend geheel, maar – en dit is nog kwalijker – het wordt bovendien gecreëerd naar gelijkenis met het biomedisch systeem. Door de nadruk te leggen op de praktische, natuurlijke, empirische en gedragsaspecten van *disease* worden de bovennatuurlijke en rituele aspecten van *illness* buiten beschouwing gelaten (aspecten die Rivers en Evans-Pritchard wel behandelden, ook al vonden zij ze minder ‘echt’). En dan zwijg ik nog over andere vormen van ongeluk die binnen het biomedisch systeem helemaal niet als ziekte beschouwd worden.

Deze afbakening brengt de inheemse ideeën in overeenstemming met biomedische voorstellingen van ziekte en maakt antropologische interpretaties acceptabel voor biomedische gezondheidswerkers, (waardoor antropologen misschien meer kans hebben op een functie in ontwikkelingsprojecten).

Het probleem is niet zozeer dat biomedische begrippen en categorieën opgenomen worden in het inheemse discours en dat het traditionele denken daardoor ‘besmet’ wordt, zoals Crick opmerkt ten aanzien van de term hekserij (Crick 1982). Mijn korte bespreking van het Wimbum gebruik van de term *medicine* heeft aangetoond dat mensen inventief genoeg zijn om onze categorieën op een eigen, creatieve manier te gebruiken. Het probleem is juist de heimelijke binnendringing van deze categorieën in het *antropologisch* discours, door middel van etnografische beschrijvingen en analyses die, expliciet of impliciet, zich voordoen als neutrale representaties.

Dit is niet het resultaat van een sinistere poging om biomedische categorieën op te leggen, maar komt juist voort uit de poging om deze categorieën te vermijden door middel van een ‘emic’ perspectief met als doel inheemse ideeën nauwkeuriger weer te geven (meestal via een of andere vorm van ethnoscience methodologie; zie Warren 1974, 1979a, 1982; Bibeau 1981, 1982; Kleinman 1980).

De ideologie die ik hier bestrijd is niet onbeschaamd cultureel imperialisme maar liberaal humanisme. Immers, waarom zouden we de kloof tussen traditionele en westerse geneeskunde moeten overbruggen? Waarom is het noodzakelijk om inheemse medische systemen af te bakenen en te bewijzen dat ze naturalistisch, empirisch, praktisch, enzovoort zijn? Het idee dat niet-westerse culturen inferieur zijn omdat ze anders zijn dan de onze is verwerpelijk, maar is het enige alternatief de reductie van die culturen tot variaties van een schijnbaar universeel thema (dat bij nader inzien meestal een westers thema blijkt te zijn)? Waarom kunnen medisch antropologen, die beweren zich met de ‘native’s point of view’ bezig te houden, inheemse culturen niet in termen van hun eigen categorieën en prioriteiten beoordelen?

Een van de redenen is mijns inziens de veronderstelling, die ten grondslag ligt aan veel werk in de medische antropologie, dat het een bijdrage moet leveren, direct of indirect, aan 'ontwikkeling'. Ontwikkeling gezien als een eenrichtingsproces, waarvan de uitkomst voor niet-westerse samenlevingen is dat zij zullen lijken op de huidige westerse samenleving, of op een of ander variatie van westerse ideeën van de ideale samenleving (zij het industrieel, socialistisch, parlementair-democratisch of wat dan ook).

Als gevolg daarvan loopt toegepaste medische antropologie het gevaar een seculaire, wetenschappelijke vervanging voor de christelijke missie en het beschavingsoffensief te worden (Fabian z.d.: 4).

Het gebruik van het begrip medisch systeem zou, in de medische etnografie van Afrika althans, afgeschaft moeten worden. Als medisch antropologen zich genoodzaakt voelen om hun bestaan te rechtvaardigen door een domein met betrekking tot ziekte en genezing af te bakenen, dan zouden ze dit domein op zijn minst ruim genoeg moeten definiëren om *alle* factoren erbij te betrekken die de betrokkenen zelf als relevant beschouwen, in plaats van het te beperken tot een inferieure versie van het westers biomedisch systeem.

Noten

De auteur is cultureel antropoloog, verbonden aan de Vakgroep Rechtssoevereïologie van de Rijksuniversiteit Groningen. Hij heeft onderzoek gedaan in India en Kameroen en is momenteel bezig met een onderzoek naar euthanasie in een aantal Nederlandse ziekenhuizen.

1. Een eerdere versie van dit artikel werd gepresenteerd op de conferentie 'Gezondheid en Cultuur' in Maastricht, 24-25 oktober 1991. Een veel langere versie, met een uitgebreide discussie van de herinterpretaties van Evans-Pritchards *Witchcraft, oracles and magic among the Azande* (1937) zal in het Engels in het tijdschrift *Africa* verschijnen.
2. Het gaat mij hier niet om de meest recente publikaties in de medische etnografie, en zelfs niet om de meest recente publikaties van de besproken auteurs. Het gaat om een specifieke discussie die in tijd begrensd is: ongeveer 1974 tot 1983.
3. Het onderzoek in Kameroen is mogelijk gemaakt door een beurs van WOTRO (W52-370).

Literatuur

Beidelman, T.O.

1963 Witchcraft in Ukaguru. In: J. Middleton & E.H. Winter (eds) *Witchcraft and sorcery in East Africa*. London: Routledge & Kegan Paul, pp. 57-98.

Bibeau, G.

1979 *De la maladie à la guérison. Essai d'analyse systématique de la médecine des Angbandi du Zaïre*. Montréal: Dissertatie, Laval University.

1981a The circular semantic network in Ngbandi disease nosology. *Social Science & Medicine* 15B: 295-307.

1981b A systems approach to Ngbandi medicine. In: P.S. Yoder (ed) *African health and healing systems. Proceedings of a symposium*. Los Angeles: Crossroads Press, pp. 43-84.

- Clements, F.E.
1932 Primitive concepts of disease. *University of California Publications in American Archaeology and Ethnology* 32(2): 185-252.
- Crick, M.
1982 Recasting witchcraft. In: M. Marwick (ed) *Witchcraft and sorcery*. Harmondsworth: Penguin, pp. 343-64.
- Evans-Pritchard, E.E.
1937 *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: The Clarendon Press.
- Fabian, J.
z.d. Cultural anthropology and research in the non-western world. Amsterdam, ongepubliceerd.
- Field, M.J.
1937 *Religion and medicine of the Ga people*. London: Oxford University Press.
- Fortes, M.
1976 Foreword. In: J. Loudon (ed) *Social anthropology and medicine*. London: Academic Press, pp. ix-xx.
- Foster, G.
1976 Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist* 78: 773-82.
- Gillies, E.
1976 Causal criteria in African classifications of disease. In: J. Loudon (ed) *Social anthropology and medicine*. London: Academic Press, pp. 358-95.
- Janzen, J.M.
1978 *The quest for therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A.
1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Murdock, G.P.
1980 *Theories of illness. A world survey*. Pittsburg: University of Pittsburg Press.
- Ngubane, H.
1976 *Body and mind in Zulu medicine*. London: Academic Press.
- Pool, R.
1989 *There must have been something... Interpretations of illness and misfortune in a Cameroon village*. Amsterdam: Dissertatie, Universiteit van Amsterdam.
- Price Williams, D.R.
1979 A case study of ideas concerning disease among the Tiv. In: Z.A. Ademuwagun, J.A.A. Ayoade, I.E. Harrison & D.M. Warren (eds) *African therapeutic systems*. Los Angeles: Crossroads Press, pp. 26-30.
- Rivers, W.H.R.
1924 *Medicine, magic and religion*. London: Kegan Paul.
- Turner, V.
1964 *Lunda medicine and the treatment of disease*. Rhodes-Livingstone Occasional Paper no. 15. Lusaka: Govt. Printer.

Warren, D.M.

- 1974 *Disease, medicine and religion among the Bono of Ghana: A study in culture change*. Bloomington: Dissertatie, Indiana University.
- 1979a The role of emic analyses in medical anthropology: The case of the Bono of Ghana. In: Z.A. Ademuwagun, J.A.A. Ayoade, I.E. Harrison & D.M. Warren (eds) *African therapeutic systems*. Los Angeles: Crossroads Press, pp. 36-42.
- 1979b Bono traditional healers. In: Z.A. Ademuwagun, J.A.A. Ayoade, I.E. Harrison & D.M. Warren (eds) *African therapeutic systems*. Los Angeles: Crossroads Press, pp. 120-24.
- 1982 The Techiman-Bono ethnomedical system. In: P.S. Yoder (ed) *African health and healing systems. Proceedings of a symposium*. Los Angeles: Crossroads Press, pp. 85-106.

Yoder, P.S.

- 1982 Introduction. In: P.S. Yoder (ed) *African health and healing systems. Proceedings of a symposium*. Los Angeles: Crossroads Press, pp. 1-20.

Young, A.

- 1975 Magic as a quasi-profession: The organization of magic and magical healing among the Amhara. *Ethnology* 14: 245-65.
- 1976 Internalizing and externalizing medical belief systems: An Ethiopian medical example. *Social Science & Medicine* 10: 147-56.
- 1977 Order, analogy, and efficacy in Ethiopian divination. *Culture, Medicine & Psychiatry* 1: 183-99.