

## Boekbesprekingen

John Ashton (ed.), *Healthy cities*. Philadelphia: Open University Press, 1992. 235 pp. prijs £ 15,- (paperback)

Ruim tien jaar geleden stelde het Europese kantoor van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een strategie vast om haar doelstelling *Health for all by the year 2000* te halen. Het idee was dat nationale overheden op een vernieuwende manier gezondheids- (en niet alleen zorg-)beleid moesten voeren, waarbij grotere aandacht naar gezondheidsverschillen tussen en binnen landen moest uitgaan.

Al vrij snel bleek dat nationale gezondheidszorgsystemen en hun beleidspolitieke exponent (de ministeries van volksgezondheid) niet snel geneigd waren op zo'n manier te innoveren. De oplossing werd door de WHO gezocht in het actie-programma *Health Promotion* (1986). Health Promotion is "het proces waardoor mensen in staat worden gesteld meer controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid om zo hun gezondheid te verbeteren". Op een aantal werkconferenties werden principes en handleidingen voor dat begrip uitgewerkt.

Toevallig kwam op één van die conferenties een aantal mensen rond de tafel zitten die zich al langer bezig hielden met innovatie op gezondheidsterrein op het lokale niveau: het WHO Healthy Cities Project was geboren. Het moest een kleinschalig proefproject worden om de nieuwe ideeën uit te testen. Het project explodeerde echter binnen een paar jaar naar een wereldwijde beweging. Thans zijn er wereldwijd zo'n 500 steden bij betrokken.

De wetenschappelijke grondslag voor het project leek met name bij de aanvang gering. Het enthousiasme van steden om er aan deel te nemen was vooral te vinden in politiek opportunisme. Op dit moment wordt de roep om onderbouwing echter steeds sterker. Die onderbouwing wordt thans ten dele gegeven in het boek van John Ashton, een van de 'vaders' van het Gezonde Steden-idee. In 24 hoofdstukken wordt een beeld geschetst van de huidige stand van zaken.

Duhl, Hancock en Flynn geven in het eerste deel een overtuigend overzicht van de bestaansgronden van het project. Ze weerspreken de veelgehoorde kritiek dat het hier gaat om dagdromerij en utopisch geleuter, en geven aan dat er in feite geen andere weg te bewandelen is om gezondheid in de grootstedelijke context te verbeteren.

Dat Healthy Cities echter niet alleen opgaat voor reusachtige metropolen als St. Petersburg, Montreal en Barcelona wordt in het tweede deel geïllustreerd. In vijf hoofdstukken worden de ontwikkelingen in Canada, de VS, Australië, geïndustrialiseerde landen en ontwikkelingslanden geschetst. Hoewel de problemen misschien van andere aard zijn in elk van deze gebieden, blijkt Healthy Cities een goede oplossing te zijn.

Negen van de Europese projectsteden (Liverpool, Sheffield, Horsens, Gothenburg, Eindhoven, Barcelona, Baskenland, Valencia en Zagreb) beschrijven vervolgens in deel

drie hoe zij hun project gestart zijn, en wat de concrete activiteiten zijn. Participatie van de bevolking en intersectorale samenwerking blijken in alle gevallen belangrijk.

In deel vier en vijf worden tenslotte zes case-studies uit Noord-Amerika (Toronto, Indiana, Californië) en 'down-under' (Palmerston North, Canberra, Noarlunga) beschreven.

Het is een overtuigend boek, omdat het lokale gezondheidswerkers legitimeert om op een andere manier over gezondheidsbevordering te denken. Toch kleven er aan een dergelijke verzameling voorbeelden als deze ook bezwaren. Twee van die bezwaren wil ik nader belichten.

In de eerste plaats is de aandacht voor Healthy Cities-activiteiten buiten de geïndustrialiseerde landen buitengewoon gering. Op dit moment vormen zich netwerken van gezonde steden in Iran, Jemen en Midden-Amerika, terwijl steden als Accra, Rio de Janeiro en Surabaya volop bezig zijn met het opzetten van structuren om het een en ander in de praktijk te brengen. Het zou niet verwonderlijk zijn, dat beschrijvingen van hun situaties andere gevolgtrekkingen opleveren dan de redelijke succesverhalen uit Europa en dergelijke. Verschillende tot dusverre ongepubliceerde verslagen van die projecten geven aan dat de problemen van een volstrekt andere grootte zijn, en dat de infrastructuur om innovatie te bewerkstelligen waarschijnlijk lastiger tot stand te brengen is.

In de tweede plaats blijft een sterkere wetenschappelijke onderbouwing ook in dit boek grotendeels achterwege. De bijdragen zijn voornamelijk geschreven door projectleiders die de structuur en activiteiten van hun initiatieven weergeven. Het wordt tijd voor een weldoordachte onderzoeksstrategie om aan te geven dat Healthy Cities ook buiten politiek en retoriek iets opleveren.

Evelyne de Leeuw

Clare Blackburn, *Poverty and health. Working with families*. Buckingham: Open University Press, 1991. 170 pp. prijs: £ 11,- (paperback)

Armoede en gezondheid vormen een hecht bondgenootschap. Dat is voor iedereen die met armoede wordt geconfronteerd een bekend gegeven. In *Poverty and Health* onderzoekt Clair Blackburn hoe armoede in Engeland de gezondheid van families met jonge kinderen ondermijnt. Hoewel hierover al vrij veel literatuur is verschenen, is deze moeilijk toegankelijk voor gezondheids- en welzijnswerkers. Blackburn ontrafelt de complexe relatie tussen woonomstandigheden, leefstijl en gezondheidsproblemen speciaal voor degenen die dagelijks met gezinnen in achterstandssituaties werkzaam zijn. Zij moeten in hun dagelijkse praktijk zich meer bewust worden van de invloed van armoede op gezondheid en van hun mogelijkheden beter op de behoeften van gezinnen in armoede in te spelen.

Het boek pretendeert geen blauwdruk te geven voor de praktijk. Een blauwdruk zou immers, zo stelt Blackburn in de inleiding, geen recht doen aan de verschillen tussen armen in gezinsopbouw, geslacht, etniciteit, woonomstandigheden en mate van sociale integratie. Bovendien zou het de professionals tekort doen bij hun complexe beslissingen waar zij zich in hun dagelijks werk voor gesteld zien. Blackburn neemt de lezer bij de hand en overtuigt hem of haar van de toenemende armoede in Engeland, van de

(gezondheids)problemen die dat kan opleveren en van de noodzaak en mogelijkheden om zich daar tegen te weer te stellen.

Armoede in Groot-Brittannië neemt toe. Op welke wijze er wordt gemeten of welke criteria er ook worden gebruikt, de toenemende ellende dringt zich op. De regering doet er alles aan om gegevens over armoede te bagatelliseren. In 1988 besluit zij de Low Income Family Statistics niet meer te publiceren. Anti-armoedegroepen gebruiken de statistieken om aan te tonen dat de armoede groeiende is. Tussen 1979 en 1988 verandert de regering 24 keer de methode om werklozen te tellen. Maar statistieken maken alle duidelijk dat gezinnen met kinderen meer en meer in de problemen komen. Armoede in gezinnen blijkt nauw samen te hangen met politieke en sociale maatregelen. Blackburn documenteert uitgebreid hoe vele gezinnen, alleenstaanden, zwarte en etnische groepen en mensen met een handicap over een lager inkomen beschikken en andere bronnen voor een goede gezondheid systematisch moeten ontberen. Armoede is niet alleen een situatie om het zonder iets te moeten doen, maar betekent ook minder kansen op bijvoorbeeld sociale contacten, veilige woonomgeving en plezier in het werk.

Met het toenemen van de verschillen tussen rijk en arm nemen ook de sociaal-economische gezondheidsverschillen toe. Hoewel een relatie tussen armoede en gezondheid door geen enkele wetenschapper of veldwerker zal worden ontkend, is er wel een discussie over de manier waarop ze elkaar beïnvloeden. Armoede veroorzaakt een slechtere gezondheid en een slechte gezondheid kan armoede tot gevolg hebben. Blackburn onderbouwt haar betoog met onderzoeksresultaten. Ze streeft daarbij geen volledigheid na. De voorbeelden moeten voor zich spreken. Op bijna iedere leeftijd hebben mensen uit de lagere sociale klassen een grotere kans op ziekte en dood dan mensen in de hogere sociale klassen. Het sterftecijfer van kinderen van 1-15 jaar is in de lagere sociale klasse twee keer zo hoog als in de hogere. Bovendien blijkt dat onveilige speelmogelijkheden, vooral ruim aanwezig in armere wijken, een belangrijke doodsoorzaak betekenen. Sterftecijfers van baby's van moeders geboren in Pakistan zijn hoger en dalen minder snel dan van baby's van in Engeland geboren moeders. Mensen uit de lagere sociale klassen maken meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, maar gecombineerd met hun gezondheidstoestand maken ze er relatief minder gebruik van.

De relatie tussen voeding en armoede onderzoekt Blackburn uitgebreid. Zoals te verwachten besteden gezinnen met lagere inkomens een groter deel van hun inkomen aan voeding dan gezinnen met hogere inkomens, maar opvallend is dat ze een eveneens groter deel van hun inkomen uitgeven aan gezond voedsel. Het ontbreekt mensen in een achterstandssituatie niet zozeer aan kennis over de noodzaak van gezond voedsel, maar aan geld om een gezond menu samen te stellen. Vrouwen weten bijvoorbeeld heel goed dat vitamines en mineralen van belang zijn. Toch bezuinigen velen op hun eigen eten. Overigens blijkt dit het meest te gebeuren bij alleenstaande moeders. Het stelt hen weer in de gelegenheid om de kinderen betere voeding te geven. Ze weten net zo goed dat koekjes en zoutjes ongezond zijn, maar ze zijn goedkoop en kunnen gemakkelijk gebruikt worden als 'zoethoudertje' voor de kinderen. Soms is gezond voedsel niet gemakkelijk in hun eigen buurt te verkrijgen. Verse groenten bederven immers sneller en een dergelijk risico nemen de kleine veelal arme buurtwinkeliers niet. De extra reiskosten en tijd die dan met het verkrijgen van bijvoorbeeld verse groenten of Indiase specialiteiten gepaard moeten gaan, zijn dan net teveel.

Naast voeding gaat Blackburn op vergelijkbare wijze in op de relatie tussen armoede en woonomstandigheden, stress en de mogelijkheden om voor kinderen te zorgen. Inkomen ziet zij als een cruciale factor om toegang te krijgen tot vele belangrijke bronnen van gezondheid als goede huisvesting, ontspanning, gezond eten, opleiding en veilig speelgoed. Gebrek aan inkomen betekent dat gezinnen in armoede relatief weinig controle hebben over waar en hoe ze leven in vergelijking tot andere groepen. Dat betekent dat ze op tal van terreinen compromissen moeten sluiten en keuzen moeten maken: tussen verschillende activiteiten die gezondheid kunnen bevorderen, tussen de behoeften van ouders en kinderen, tussen de behoeften van de verschillende leden van het gezin. Het rookgedrag van vrouwen is volgens Blackburn een voorbeeld van het laatste. Vrouwen blijven roken, hoewel ze weten dat het ongezond is en geld kost. Het stelt hen in staat om te gaan met de eisen die het zorgen voor een familie in armoede aan hen stelt.

In het slothoofdstuk geeft de auteur aan dat de negatieve relatie tussen armoede en gezondheid het beste doorbroken kan worden door het verhogen van de lage inkomens en uitkeringen, terugdringen van de werkloosheid, verhogen van de bijlagen voor kinderen. Bovendien moet de huisvestingssituatie voor lage inkomensgroepen worden verbeterd en moeten welzijns- en gezondheidswerkers meer uitgaan van de behoeften van mensen die in armoede leven. Blackburn heeft volkomen gelijk als ze stelt dat dit de belangrijkste punten zijn, maar het is zeer de vraag of dergelijke structurele veranderingen in Engeland de komende jaren te verwachten zijn. Welzijns- en gezondheidswerkers moeten zich voortdurend bewust zijn van het effect van armoede op het dagelijks leven en welzijn van de mensen voor wie zij werken. Verder moeten zij waar mogelijk samenwerken met andere professionals op buurtniveau en op respectvolle en gelijkwaardige wijze hun cliënten tegemoet treden.

Het is de verdienste van *Poverty and Health* dat op een heldere wijze de structurele oorzaken en gevolgen van armoede op gezondheid en welzijn uiteen worden gezet. Moralisme of individuele beschuldigingen leiden tot niets en kunnen niet dienen als leidraad voor professioneel handelen. Voorlichtingscampagnes over niet-roken of gezond eten schieten hun doel al snel voorbij. Maar over wat gezondheids- en welzijns- werkers wel kunnen doen, blijft de publikatie of heel vaag of heel optimistisch. Recente verkiezingsuitslagen in Engeland stemmen weinig hoopvol. Het aantal mensen in armoede zal eerder toe dan afnemen. Jammer genoeg gaat Blackburn nauwelijks in op samenwerking buiten de gezondheidssector, op beïnvloeding van de politiek, op participatie van de bevolking in programma's voor gezondheidsbevordering. Dat in *Poverty and Health* het begrip 'public health' zelfs niet genoemd wordt, is een ernstige omissie die suggesties voor samenwerken en integraal werken in een mager perspectief plaatsent.

Hetty Vlug

Howard Brody, *The healer's power*. New Haven: Yale University press, 1992. 312 pp., index. Prijs: £18.95, \$32.50.

De titel van dit boek, *The healer's power*, deed mij vermoeden dat het hier gaat over de onvoorziene mogelijkheden van een arts of een genezer, over wat al eens genoegzaam wordt afgedaan met 'placebo-effect'. In werkelijkheid betreft het een genuanceerde

analyse van macht, die steeds een vooraanstaande rol in de geneeskunde speelt, maar tegelijkertijd voortdurend ontkend wordt. Ook in de medische ethiek wordt er te weinig over gesproken. Het is dan ook de bedoeling van de auteur de term macht weer een centrale positie te verlenen in het medisch-ethisch vocabularium.

Hoe komt het dat, ondanks haar belangrijke rol, macht in de medische situatie niet onderkend wordt? De auteur noemt een aantal redenen. Een daarvan is dat onder andere door de verwarring tussen 'power' en 'force' het woord een pejoratieve betekenis kreeg, waarbij vooral de destructieve kant van de macht benadrukt wordt. 'Power' is "one's present means to obtain some future good", terwijl 'force' botweg het recht van de sterkste inhoudt.

We worden verder niet graag herinnerd aan de onderliggende machtselementen van ons handelen. In de medische situatie geeft Brody hier als voorbeeld dat artsen weliswaar de erkentelijkheid van hun patiënten nodig hebben, maar dat ze tegelijk deze afhankelijkheid liever niet toegeven.

'Macht' blijft een ambigue term door de nabijheid in de medische situatie van de genezende kracht en de destructieve kracht. Een scherpe grens is tussen beiden niet te trekken. Destructieve en genezende kracht ontspringen aan dezelfde bron. Steeds is er de mogelijkheid van de omslag van de ene pool in de andere. Griekse mythologie verhaalt dat Aesculapius, de God der genezing, van Athena twee inspuitingen kreeg uit het bloed van Medusa: één uit het bloed van de linkerkant, dat bescherming tegen de dood gaf, terwijl dat uit de rechterkant een dodelijk gif produceerde. Een wijze om het 'farmakon' te begrijpen in zijn nabijheid van leven en dood!

De auteur houdt een pleidooi om te leren op een verantwoorde wijze met macht om te springen. Zijn boek poogt aan te geven hoe dat nu moet. Steeds moet volgens Brody de machtsuitoefening in de medische situatie aan drie voorwaarden voldoen: ze moet een 'owned power' zijn, een 'shared power' en een 'aimed power'.

'Owned power' wil zeggen dat men zijn macht kent en herkent. Met betrekking tot de geneeskunde onderscheidt Brody drie vormen van macht: de 'Aesculapische macht', het hele domein van de overdraagbare medische kennis, de 'charismatische macht', voortvloeiend uit persoonlijke kwaliteiten en de 'sociale macht', de status van de arts in een bepaalde maatschappelijke context. Nauw verweven met deze laatste is de culturele macht van de geneeskunde, bijvoorbeeld in haar bepaling van wat ziekte is. Artsen stellen het graag voor als zou hun handelen enkel op de Aesculapische macht gebaseerd zijn. In werkelijkheid is er steeds een verwevenheid van de drie machtsvormen waar te nemen. Het herkennen van de verschillende machtsvormen maakt echter dat verborgen realiteiten vlugger worden ontwaard. "...helping to isolate pertinent features of cases and to place discrete events and actions in a broader context" (p. 252). Daardoor kan er bewuster met macht omgesprongen worden.

'Shared power' wil zeggen dat in de medische situatie de macht steeds gedeeld dient te worden, in eerste instantie tussen arts en patiënt. Een eerste voorwaarde hiertoe is een 'owned power', want "power is almost impossible to share when one does not know that one has it and does not know what one is doing with it." (p. 235). Vele artsen, en ook ethici, zien de oplossing van medisch-ethische problemen in een regel-ethiek, waar men als in een wetboek zou kunnen bepalen wat mag en niet mag. Dat is een wijze van 'shared power' die de auteur bekritiseert: "The legalistic thinkers seem to take medicine for a more cut-and-dried predictable practice than it is." (p. 106). Hij noemt een dergelijke

ethiek ook een 'engineering' ethiek die eigenlijk ver af staat van de noden van een concrete medische situatie.

Een alternatief voor deze legalistische benadering vertrekt vanuit de autonomie van de patiënt: laat deze op autonome wijze beslissen over zijn behandeling! In de ogen van Brody zijn we hiermee een stap vooruit. Maar ook nu zijn er op zijn minst kanttekeningen te plaatsen: het ziek-zijn zelf doet ons juist terugtrekken uit onze autonomie; het spreken van de arts kan zich onmogelijk volledig kan ontdoen van een zekere retoriek. De auteur waarschuwt tenslotte tegen het klakkeloos uitvoeren van de wensen van de patiënt als een 'Dr. Feelgood': "Someone who calls himself a physician, but who is constantly willing to satisfy the wishes of each patient, is a fraud" (p. 176).

De nadruk op de autonomie van de patiënt vraagt om nuancering. De auteur maakt dan ook een onderscheid tussen een 'side constraint' autonomie als afgrenzing tegen de inbreuk van anderen en een 'end constraint' autonomie, hetgeen iemands ontwikkeling ten goede komt. Uit het laatste blijkt dat de beperkingen van de regel-ethiek en van de autonomie-ethiek naar een deugden-ethiek leiden, waarin men gaat zoeken wat voor iemand goed is. Aldus komen we toe aan een 'aimed power': elke machtsuitoefening moet gericht zijn op een concreet doel, dat men zich bewust stelt en waarbij men de middelen aanwendt om dit doel te bereiken.

Het verantwoord uitoefenen van macht realiseert zich het best in een conversatiemodel. Hierin kan men echter nooit tot een volledig kennen en inlichten van de patiënt komen. In een gesprek tussen arts en patiënt is er een voortdurend pendelen tussen volledigheid en efficiëntie: "(...) complete knowledge of the patient and his environment, just like the 'complete history and physical' so prized by the academic internist, is a myth" (p. 113). Met deze uitspraak distantieert de auteur zich tegelijkertijd van het holisme!

De noodzakelijke en voldoende voorwaarden voor een goed gesprek zijn slechts achteraf te bepalen. Wordt deze bepaling dan weer niet te vaag, laat men hier dan weer niet de deur open voor willekeur in het gesprek, is controle onmogelijk? De auteur vindt van niet, want steeds is namelijk met de 'doorzichtigheidsregel' de waarde van een gesprek te bepalen: wat een arts doet op de cruciale ogenblikken moet duidelijk zijn voor de patiënt. Brody geeft dan ook meteen aan artsen de raad om in aanwezigheid van de patiënt "...to think loud about the recommended interventions in language accessible to the patient" (p. 116).

De auteur gaat in zijn boek in op een aantal concrete problemen uit de medische ethiek en schrikt er niet voor terug om daaromtrent genuanceerde raadgevingen te formuleren. Zo bespreekt hij de grenzen van de zwijgplicht, van de 'informed consent' en van 'het beslissen in de plaats van de patiënt'. Door de spanning tussen 'care' en 'work' aan te geven, of in zijn bespreking van 'the rescue fantasy', de grote verwachting van het publiek tegenover het medische korps, legt hij onverwachte machts-elementen in het medisch handelen bloot. De hoofdstukken over het artseninkomen en over de kostenbeheersing in de gezondheidszorg zijn weliswaar gericht op de Amerikaanse situatie, maar zijn ook voor ons niet zonder belang.

Het laatste hoofdstuk gaat met de vraag wat iemand tot een goed arts maakt, verder de weg op van de deugden-ethiek. Veel aandacht geeft de auteur aan het medeleven van de arts: zijn empathie haalt de zieke mens uit zijn isolement. Voor de arts betekent dit meelevens echter ook het ervaren van de dreigende nabijheid van machteloosheid. Brody

meent dat het maar zelden voorkomt dat een dokter te dicht bij zijn patiënt staat. En de enkele keer dat dit gebeurt, komt dit juist door zijn zelfingenomenheid die hem daardoor weer van zijn patiënt verwijdert. Nederigheid, openheid en kwetsbaarheid ziet hij als de noodzakelijke ingrediënten van een goed medisch handelen. De afstand die er moet zijn tegenover de patiënt, moet een esthetische afstand zijn: een afstand die bijvoorbeeld tot uiting komt, als men in de ban van een boek geraakt. Met patiënten ga je om zoals met boeken: je laat je bepalen door hun verhalen. Patiënten als boeken, het begrip 'narrativiteit' in de geneeskunde krijgt plots méér diepgang!

Dit boek laat de indruk achter een belangrijk werk te zijn. Het is goed op de hoogte van en treedt in dialoog met hetgeen de afgelopen tien jaar in het vakgebied van de medische ethiek verscheen. Het brengt mijns inziens vernieuwende ideeën vooral door het machtsconcept en het conversatiemodel uit te diepen. Op een pragmatische wijze behandelt het verder een aantal concrete problemen uit de medische praktijk, zodat de arts zich niet door de ethicus in de kou gezet voelt. Maar zijn sterkte, dit pragmatisme, is misschien ook zijn zwakke kant: de 'continentale' lezer mist de ruimte die door bepaalde denkers alhier geopend werd. Concreet denk ik aan wat Foucault over de macht schreef, maar meer nog over wat Blanchot, Levinas en Bataille schreven over de 'nabijheid' (bijvoorbeeld tussen constructieve en destructieve macht). Een dialoog tussen dit boek met vernoemde denkers moet een rijkdom aan inspiratie opleveren!

Tom Jacobs

Carlo M. Cipolla, *Miasmas and disease. Public health and the environment in the pre-industrial age*. New Haven & London: Yale University Press, 1992, 101 pp. Prijs: \$25.00.

Carlo Cipolla heeft een nieuw boek geschreven: *Miasmas and Disease. Public Health and the Environment in the Pre-Industrial Age*. Dit boek is als een vervolg op te vatten van zijn studie over het ontstaan en de ontwikkeling van de gezondheidscommissies in Centraal en Noord-Italië tussen 1348 en 1700. Het is wederom elegant en beknopt en het is even ook geschreven, maar de invalshoek is anders. Ditmaal gaat het niet over de bestrijding van de pest, maar over de ziektepatronen op het Toscaanse platteland anno 1622, een jaar waarin deze streek juist niet werd geteisterd door een pestepidemie. Op basis van de verslagen van artsen aan de Florentijnse gezondheidscommissie geeft Cipolla een reconstructie van de ziekten, waarmee de bevolking rondom Florence destijds had te kampen. In deze schets van hun ongezondheidstoestand ligt de originaliteit van dit onderzoek. Cipolla laat zich nu eens niet leiden door een fascinatie voor spectaculaire afzonderlijke ziekten, maar bestudeert het geheel van pathologieën van een bepaalde bevolkingsgroep, gedurende een bepaalde periode. Cipolla verwijst daarbij naar de medisch-historicus M.D. Grmek, die deze wijze van onderzoek bepleit.

Bij een verontrustende stijging in de sterftcijfers in een van de omliggende dorpen en stadjes, trokken artsen op onderzoek uit. In opdracht van de gezondheidscommissies voerden zij gesprekken met de plaatselijke dokter, priester en eventueel de apotheker en bezochten daarnaast enkele zieken. Hun bevindingen vormen Cipolla's belangrijkste bron. Om deze te kunnen interpreteren verdiept hij zich in de epidemiologische begrips-

vorming van de Italiaanse artsen en in hun medische paradigma's. Hun denken over oorzaken en bestrijding van de pest stond model voor hun denken over ziekten in het algemeen, temeer daar zij meenden dat ziekten bij een bepaalde graad van ernst in de pest konden overgaan.

Cipolla wijst erop dat het denken van medici vanaf de Middeleeuwen tot het laatste kwart van de negentiende eeuw ternauwernood is veranderd. Het optreden van de Italiaanse gezondheidscommissies tussen de vijftiende en de zeventiende eeuw leek dan ook sterk op dat van de negentiende eeuwse voorvechters van de openbare gezondheidszorg, zoals Edwin Chadwick. Hun werk was niet meer dan een herhaling van wat hun Italiaanse voorgangers hadden gedaan. Zowel voor de Italianen als voor de Engelsen stond 'stank' gelijk aan ziekte en ziekte gelijk aan 'stank'. Vanuit deze redenering moesten ziekten worden bestreden door uitwasemingen te bestrijden: door vuil te verwijderen, door de riolering te verbeteren en door de straten schoon te houden. Ook qua doelmatigheid en organisatie van de gezondheidszorg waren de Italianen pioniers. Zo wekt de snelheid verbazing, waarmee omliggende gemeenten begin zeventiende eeuw op verordeningen en verzoeken om informatie van de Florentijnse gezondheidscommissie reageerden.

Cipolla laat zien dat de Italiaanse artsen heel goed in staat waren tot het maken van nauwkeurige en juiste observaties, maar door het ontbreken van een goed theoretisch model schoten hun interpretaties tekort. Alles leek er immers op te wijzen dat hun paradigma klopte. Kwamen pestepidemieën niet het meest frequent voor in de warme zomermaanden, als de stank en de miasma's het hevigst waren? Raakten mensen die met harig materiaal werkten waaraan miasma's gemakkelijk bleven kleven, zoals bont en wol, niet vaker met de pest besmet dan mensen die met steen en marmer werkten? Op deze observaties was niets af te dingen, maar de Italiaanse artsen wisten niet dat de condities waarin ze een toegenomen besmettingsgevaar waarnamen met elkaar gemeen hadden dat ze de vlo een gunstige voedingsbodem boden. Zij hadden een te simpele voorstelling van de besmettingsketens van de pest – de vlo had daarin geen plaats. Zij veronderstelden dat besmette deeltjes konden overgebracht door het inademen van verpeste lucht of door het aanraken van voorwerpen of mensen waaraan deze deeltjes kleefden. Alle maatregelen die door de Italiaanse gezondheidscommissies werden genomen, zijn te begrijpen vanuit deze gedachtengang: het verbranden van kleren, het desinfecteren van handelswaar en het instellen van quarantaine voor schepen, goederen en mensen. Cipolla's behandeling van deze eeuwenlange vergissingen biedt op zichzelf weinig nieuws, maar zijn korte beschrijving van dit medische paradigma is bijzonder treffend en laat nog eens duidelijk zien dat het onjuist is om de contagionisten tegenover de aanhangers van een miasmatheorie te stellen. Ook deze laatste groep zag geïnfecteerde mensen als bedreiging voor elkaar. Hun kwalijke uitwasemingen konden anderen via inademen besmetten, hun aanraking kon miasmadeeltjes verspreiden.

Andere begripsverwarring in het denken van artsen komt eveneens aan bod. Artsen beschikten niet over een systematische indeling van ziekten. Ze wisten niets af van het bestaan van bacteriën en virussen, en maakten geen onderscheid tussen ziekten en symptomen, noch tussen besmetting en infectie. De sterftekans van een bepaalde ziekte vormde het belangrijkste criterium waarop ze deze beoordeelden, met de dreiging van de pest steeds op de achtergrond. Bij ziekten met hoge sterftecijfers, zoals vlektyphus, waren zij bevreesd voor het uitbreken van een pestepidemie en trokken zij ten strijde,



met alle middelen waarover zij beschikten. De uiterst besmettelijke vlektyphus konden ze echter niet onderscheiden van andere ziekten waarbij vlekken optraden, zoals soms bij de niet-besmettelijke, endemische ziekte malaria. Griep zagen ze niet als een afzonderlijke ziekte met een besmettelijk karakter, maar als een reeks ziekteverschijnselen, die door de winterkou werden veroorzaakt. Ze namen deze verschijnselen zeer ernstig, omdat de sterftecijfers hoog waren. Deze waren veel hoger dan tegenwoordig, door de slechte gezondheidstoestand van het gros van Toscaanse bevolking en door de contra-productieve medische behandelingen. Rekening houdend met de medische denkbeelden uit die tijd valt te concluderen dat Toscane in 1622 vooral te lijden had onder epidemieën van malaria, vlektyphus en griep; daarnaast was van tijd tot tijd sprake van het epidemisch uitbreken van andere ziekten, zoals pokken, oorontsteking en de bof.

In het slothoofdstuk maakt Cipolla enkele opmerkingen over de maatschappelijke inbedding van ziekten en hun weerslag op de samenleving. Hij wijst enerzijds op het bekende verband tussen het veelvuldig voorkomen van infectieziekten en het pre-industriële karakter van een samenleving. Anderzijds gaat hij kort in op de gevolgen, die ziekte en sterfte in demografisch en economisch opzicht voor de door hem onderzochte Toscaanse samenleving hebben gehad. De steden die gedurende een epidemie van de buitenwereld werden geïsoleerd, ondervonden van deze collectieve quarantaine een rampzalige ineenstorting van hun economie. Cipolla besluit met de vraag hoe de Toscaanse economie en cultuur ondanks de hoge frequentie van malaria tot zo grote bloei zijn gekomen.

Rineke van Daalen

Anita Jacobson-Widding (ed.), *Body and space. Symbolic models of unity and division in african cosmology and experience*. Uppsala: Almqvist & Wiksell, 1991. 348 pp.

Dit boek is het derde van een serie die verscheen naar aanleiding van de International Conference on African Folk Models, door de Universiteit van Uppsala georganiseerd in 1987. De bundel bestaat uit 15 bijdragen van veelal vermaarde antropologen uit een zestal landen: België (Devisch, De Heusch), Denemarken (Paarup-Laursen), Frankrijk (Dupré, Izard), Groot-Brittannië (Willis), de Verenigde Staten (Burton, Fernandez, Kopytoff, Levine & Levine, Roberts) en gastland Zweden (Brandström, Jacobson-Widding, Udvardy, Arhem). Regionaal bestrijken de bijdragen zowel West-, Centraal- als Oost-Afrika.

Ofschoon de meeste van de bijdragen op zich zeer lezenswaard zijn (alhoewel nogal ongelijk in lengte en kwaliteit), en ik tijdens het lezen vaak spontaan op zoek ging naar parallellen in mijn eigen veldwerkgegevens (wat steeds een goede graadmeter is van de fascinatie en het plezier waarmee ik een boek lees), schort er toch een en ander aan de globale opzet van deze bundel.

Dat de verschillende bijdragen een bonte staalkaart leveren van theoretische benaderingen hoeft op zich geen bezwaar te zijn, alhoewel het de coherentie van het geheel natuurlijk niet ten goede komt. Zo krijgt de lezer naast een klassieke tekstanalyse en herinterpretatie van een aantal Nilotische mythen en verhalen (Burton), ook een gamma aan (al dan niet bijgekleurde) structuralistische interpretaties aangeboden (Arhem, De Heusch, Roberts),

evenals zeer diachronisch gerichte analyses (Udvardy), klassiek psycho-analytische interpretatiemodellen (Levine & Levine), praxiologie (Devisch), metafoor-theorie en ontwikkelingspsychologie (Willis), enzovoort. Voeg daarbij dat de onderwerpen die in elk van de bijdragen behandeld worden vaak zeer uiteenlopend zijn, en je begrijpt voor welke moeilijkheden Jacobson-Widding als editor geplaatst stond om in dit disparate geheel toch een lijn te trekken. Haar besluit om het geheel te groeperen rond de thema's ruimte en lichaam was zeker niet de enig mogelijke keuze. Veel van de papers lijken me minstens evenzeer te handelen over politieke macht of gender, om maar iets te noemen.

Het uitgangspunt in Jacobson-Widding's denken rond ruimte en lichaam is interessant en creatief. Ze gaat ervan uit dat de classificatiemodellen in het publieke domein voornamelijk worden uitgedrukt door middel van een ruimtelijke symboliek die verdeelt, classificeert, lijnen trekt tussen sociale en kosmologische categorieën. De symbolische uitdrukking van subjectieve ervaringen daarentegen wordt volgens Jacobson-Widding uitgedrukt in lichamelijke metaforen die niet zozeer verdelen en afbakenen als wel eenheid, complementariteit en verbondenheid scheppen tussen mensen onderling. Ruimte (publiek) is dus eerder een analytisch middel om betekenis te creëren, terwijl naar het lichaam (privaat) wordt gerefereerd wanneer mensen hun verbondenheid met de hen omringende wereld willen uitdrukken, een 'één-zijn-met' waarin analytische categorieën en classificaties hun betekenis en belang verliezen. De tweedeling ruimte/lichaam, verdeling/eenheid of publiek/privaat wordt door Jacobson-Widding vastgeknoot aan andere complementaire idiomen zoals rationaliteit/irrationaliteit (emotie), modelactie of structuur/actor. De overschakeling van het publieke naar het private domein, of van objectieve sociale categorieën naar concrete mannen en vrouwen, gaat volgens Jacobson-Widding gepaard met een overschakeling in de symbolische code, van ruimtelijke naar complementaire lichamelijke idiomen.

Als uitgangshypothese is dit zeker een interessant gegeven. Het probleem is echter dat de hypothese eigenlijk nergens als dusdanig getoetst wordt, maar eerder, zoals zo vaak gebeurt bij dergelijke bundels, a posteriori geconstrueerd lijkt. De opsplitsing van de papers in een eerste deel rond ruimtelijke symboliek (*The divided world of space*), en een tweede deel rond lichaamsmetaforiek (*The unified world of the body*) komt dan ook geforceerd over. Als lezer krijg je te vaak het gevoel dat veel van de bijdragen onderlinge samenhang missen en wat arbitrair in het keurslijf van deze tweedeling werden geperst, of er zelfs helemaal niet in thuishoren. Hoe interessant ook, het is me bijvoorbeeld een raadsel wat Dupré's artikel over de kleursymboliek in de Kidumu maskers van de Teke-Tsaayi uit Congo in het tweede deel doet. De bijdragen van De Heusch en Roberts (over koningschap bij de Luba en Tabwa uit Zaïre) sluiten thematisch dan weer perfect op elkaar aan, maar werden toch elk apart in één van de twee secties geplaatst. Het stuk van James Fernandez (*Embodiment and disembodiment in Bwiti*), een reactie op een elders verschenen herinterpretatie van het Bwiti-gebeuren door R.P. Werbner, is daarentegen volledig op zijn plaats in de tweede sectie, maar is dan weer, zo valt te vrezzen, vrij ongenietbaar voor wie Werbner's stuk niet heeft gelezen.

Het is ook duidelijk dat de meeste bijdragen geschreven werden voor het losbarsten van de antistruktuurle en postmodernistische vloedgolf die de antropologie vandaag zo kenmerkt. Het maakt dat sommige teksten licht gedateerd overkomen. Het is jammer dat Jacobson-Widding in haar inleiding de bijdragen niet situeert tegen dit veranderende intellectuele landschap. Een andere gemiste discussie is die met de Amerikaanse femi-

nistische antropologie van de laatste jaren, waarin het gebruik van categorieën als publiek en privaat recentelijk aan hevige kritiek werd blootgesteld.

Wat blijft zijn de papers zelf, en zoals gezegd zijn deze veelal de moeite van het lezen waard. Dus toch een aanrader, zeker voor wie gebeten is door de microbe van de afrikanistiek.

Filip De Boeck

Najmi Kanji, Anita Hardon, Jan Willem Harmmeijer, Masuma Mamdani & Gill Walt, *Drugs policy in developing countries*. London: Zed Books, 1992. 135 pp. Prijs: £11.95 (paperback), £29.95 (hard cover).

De auteurs van dit boek zijn bekend, onder andere vanwege hun vroeger werk betreffende de problematiek van essentiële geneesmiddelen. Dit boek steunt voor een belangrijk deel op de evaluatie van het Programma voor Essentiële Geneesmiddelen (Essential Drugs Program) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), uitgevoerd in 1989 door het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT) te Amsterdam en de London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM).

Het boek heeft vier doelstellingen:

1. De geschiedenis schetsen van de problematiek van essentiële geneesmiddelen op nationaal en internationaal niveau.
2. Een kritische analyse bieden van het complex proces dat het opstellen van een politiek betreffende essentiële geneesmiddelen uiteindelijk is.
3. Beleidsmensen helpen bij het nemen van beslissingen betreffende het uitbouwen van een samenhangende geneesmiddelenpolitiek.
4. Het voorstellen van toekomstperspectieven en beleidsopties.

Het boek steunt op een indrukwekkende feitenverzameling, maar blijft niettemin steeds vlot leesbaar. Het is dan ook een nuttig referentiewerk voor personen, betrokken bij en geïnteresseerd in de complexe problematiek van essentiële geneesmiddelen.

Het eerste hoofdstuk biedt een historisch overzicht van de verschillende ontwikkelingen die geleid hebben tot een koerswijziging in het geneesmiddelenbeleid. Deze dynamiek is voor een groot deel ontstaan in ontwikkelingslanden. De weerstanden en zelfs excessen van de farmaceutische industrie worden er toegelicht. Hieruit blijkt duidelijk dat het niet zozeer om technische problemen handelt, maar wel om problemen die het gehele maatschappelijk bestel raken.

Het tweede hoofdstuk handelt over de rol van de WHO in het uitstippelen van een politiek betreffende essentiële geneesmiddelen. Aanvankelijk, tot halfweg de jaren zeventig, beperkte de rol van de WHO zich hoofdzakelijk tot technische aanbevelingen. Geleidelijk aan echter nam ze een ruimere houding aan, waarbij ze zich engageerde in het voorstellen van praktische beleidsopties die verder reikten dan het strikt technische. Het aanvankelijke (relatief neutrale) concept van een lijst van essentiële geneesmiddelen groeide naar een concept van rationeel gebruik van geneesmiddelen met de formulering van strategieën om deze te bevorderen. Deze inzet van de WHO heeft het concept van essentiële geneesmiddelen het noodzakelijke legitieme karakter gegeven.

Het derde hoofdstuk beschrijft de weerstanden van de geneesmiddelenproducenten tegen deze WHO-politiek. De farmaceutische industrie wilde het concept van essentiële geneesmiddelen beperken tot de overheidssector in ontwikkelingslanden. Aanbevelingen die tot buiten dit kader reikten, werden sterk bestreden. De belangrijke rol van gebruikersorganisaties (zoals Health Action International) in hun steun aan de WHO - welke uiteindelijk leidde tot een 'internationalisatie' van het concept - wordt duidelijk toegelicht.

Het vierde hoofdstuk beschrijft de acties die gevoerd werden en worden op nationaal niveau. Een aantal praktische case-studies illustreren het feit dat een nationale politiek betreffende geneesmiddelen niet geïsoleerd kan worden van een ruimere algemene context (sociaal, economisch, politiek). De cruciale (maar niet altijd positieve) rol van donoren en internationale organisaties wordt belicht.

In hoofdstuk vijf wordt de huidige stand van zaken betreffende beschikbaarheid en rationeel gebruik van geneesmiddelen voorgesteld. Het concept essentiële geneesmiddelen blijkt op grote schaal aanvaard te zijn en de farmaceutische industrie wordt nu verplicht sommige van haar praktijken (bijvoorbeeld op het gebied van marketing) bij te sturen. Veel valt echter nog te verwezenlijken.

In het laatste hoofdstuk worden de toekomstperspectieven geschetst: de focus lijkt te verschuiven van 'politieke' discussies naar meer operationele problemen, zoals het financieren van essentiële geneesmiddelen en het bevorderen van hun rationeel gebruik. Het Bamako Initiatief kan zeer waarschijnlijk deze processen gunstig beïnvloeden.

Tot slot wensen wij aan te sluiten op deze bedenkingen bij het operationaliseren van het essentiële geneesmiddelenconcept door één van de specifieke taken van gezondheidsdiensten in deze problematiek van essentiële geneesmiddelen kort toe te lichten. Inderdaad, de rol van gezondheidsdiensten komt in dit boek, vinden wij, relatief weinig aan bod. Een continue dialoog tussen gezondheidswerkers enerzijds en gezondheidsdienstgebruikers anderzijds lijkt ons één van de belangrijke middelen om een rationeel gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. Gezondheidswerkers moeten aan de bevolking de nodige technische informatie geven, zodat mensen een 'geïnformeerde' keuze kunnen maken. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om informatie over teveel of verkeerde geneesmiddelen; over de voordelen van essentiële geneesmiddelen; of over het feit dat geneesmiddelen niet altijd nodig of aangewezen zijn. Het spreekt vanzelf dat een dergelijk proces tijd vergt en wellicht slechts mondjesmaat een andere houding ten opzichte van geneesmiddelen kan bepalen. Het lijkt ons echter een noodzakelijke actie, naast de vele andere die zich vaak op een hoger en technischer niveau situeren en dus vaak veel moeilijker te bevatten zijn voor de individuele gebruiker.

Bart Criel & Véronique Tellier

Evelyne de Leeuw (red.), *Gezonde Steden: lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1991. 316 pp. Prijs: f59,-.

Het Gezonde-Stedenproject is eind 1985 opgestart door het Europese kantoor van de World Health Organization in Kopenhagen in het kader van het 'Health for All' programma. Ashton en Seymour (1988) definieerden een gezonde stad als: "een stad die continu

de fysieke en sociale omgeving creëert en verbetert en die meer gemeenschapsmiddelen ten dienste stelt om mensen in staat te stellen elkaar te ondersteunen bij het uitvoeren van alle levensfuncties en bij het ontwikkelen van henzelf tot hun maximale potentieel” (Gezonde Steden, 164). In 1988 werd vanuit Kopenhagen een actieprogramma gestart dat in ieder geval tot en met 1992 duurt en vermoedelijk in enigerlei vorm verlengd zal worden. In 1989 vond in Den Haag het congres *Research for Healthy Cities* plaats. Uit de bijdragen hieraan werd voor dit boek een aantal onderzoeksrapporten bewerkt. Er is gekozen voor een indeling in theorie, politiek en praktijk, waarbij overigens de theorie meer dan de helft van het boek vult. Het boek bevat 16 hoofdstukken die door 20 auteurs geschreven zijn. Zij zijn overwegend gezondheidswetenschapper, waarbij vooral de Rijksuniversiteit Limburg werkgever is.

Evelyne de Leeuw pretendeert in hoofdstuk 1 een conceptuele bijdrage te leveren waarin de rest van het boek in kader wordt geplaatst, met name het algemene kader van gezondheidsbevordering. Zij beschrijft hoe vanaf 1966 (de Volksgezondheidsnota) preventie een steeds belangrijker thema voor de rijksoverheid is geworden, culminerend in de Nota 2000 (1986) waar preventie breed wordt opgevat als “het voorkomen van gezondheidsbedreigende factoren”. Tegelijkertijd werd door de WHO het Ottawa Handvest voor Gezondheidsbevordering ontwikkeld, waarbij het centrale thema ‘demedicalisering’ van de volksgezondheid was. In het daaruit voortvloeiende Healthy Cities Project werd alles wat bekend was over ‘health promotion’ en ‘healthy public policy’ vertaald in drie kernbegrippen: intersectorale samenwerking, integrale interventie-mixen en participatie van de bevolking. Hier moet de lezer het mee doen. De rest van het hoofdstuk wordt gevuld met het mislukken van de Nota 2000 en de les die daaruit te leren is. Een relatie met het Gezonde Stedenproject is gezocht. Dit geldt overigens voor meer hoofdstukken, waarbij deze relatie onduidelijk of geforceerd is.

In het tweede hoofdstuk volgt een verkorte versie van de dissertatie van Houwaart over de hygiënisten (zie bespreking in *Medische Antropologie* 4,1), ofwel de relatie stad-gezondheid in historisch perspectief. De hygiënisten gebruikten statistische, epidemiologische gegevens en waren niet alleen verantwoordelijk voor een explosieve groei van de hygiëne in de steden, maar ook voor de ontwikkeling van de sociologie van de gezondheid. Het hoofdstuk laat zich vlot lezen en is, in vergelijking met andere hoofdstukken, spannend.

In het theoretische deel komen daarna vijf hoofdstukken met de volgende onderwerpen:

Lokale epidemiologie uitgevoerd door regionale GGD-en. Hierbij gaat het om het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van de bevolking en van het aanbod van zorg. Bij de GGD-en is veel meer informatie over de vraagzijde dan over de aanbodzijde. Bij het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid kan dit een probleem zijn. Bladzijden lang wordt ingegaan op de vraag of een onderzoeker ook beleidsmedewerker kan zijn. Ook in dit hoofdstuk is het Gezonde Stedenproject er bij gesleept. Er is bovendien de nodige overlap met het conceptuele hoofdstuk.

Netwerken van gezonde steden en hun karakteristieken. De inleiding van dit hoofdstuk is inmiddels oud nieuws. Vervolgens wordt ingegaan op twaalf gemeenschappelijke kenmerken van netwerken en volgt een vijftal aanbevelingen.

Intersectorale samenwerking: een sleutelbegrip bij de ontwikkeling van lokale gezondheidsactiviteiten. Niet alleen de gezondheidssector is verantwoordelijk voor het

realiseren van gezondheidsdoelen. Het gaat hier om een multisectorale verantwoordelijkheid die samenwerking vergt, waarbij in de ontwikkeling drie fasen te onderscheiden zijn: probleemdefinitie, de richtinggevende- en de structureringsfase. Het jargon in dit hoofdstuk lijkt nodeloos ingewikkeld. In de definiëring van intersectorale samenwerking wordt het begrip 'stakeholder' geïntroduceerd en vervolgens gedefinieerd. Stakeholders werken in een domein; ook dit woord wordt dan weer gedefinieerd. Dat moet eenvoudiger kunnen. Het opvoeren in een fictief voorbeeld van wethouder Aggenweé uit Lubbersdorp is te flauw voor woorden. Ik telde tenslotte in dit hoofdstuk zestien opsommingen, hetgeen de leesbaarheid verlaagt.

Plaats en functies van de Nederlandse GGD-en. In dit hoofdstuk staat de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) uit 1990 centraal. Voor de doelmatigheid, stabiliteit en legitimiteit van lokale initiatieven is samenwerking met GGD-en aan te raden.

Buurtgerichte suïcidepreventie in een van de Rotterdamse Health for All projecten. De schrijfster presenteert CBS-cijfers, legt uit wat suïcide en suïcidepoging is en wat indicatoren van suïcidaal gedrag zijn. Verder doet zij verslag van interviews met deskundigen die denken dat er een relatie met de grote stad is.

Het deel over lokale gezondheidsbevordering en politiek beslaat vier hoofdstukken, waarvan het kortste (in vier pagina's) het meest zegt. De wethouder van gezondheidszorg van Eindhoven schrijft enthousiast, maar ook relativerend over 'zijn' Gezonde Stad. Gemeenten moeten een gezondheidsbeleid formuleren, wat veel meer overtuigingskracht – van een wethouder – vergt dan een beleidsplan opstellen voor de GGD of een werkplan GVO. In Eindhoven heet het beleidsplan 'Op weg naar 2015' en daarin staat collectieve preventie centraal.

In hoofdstuk negen wordt wederom omstandig uitgelegd hoe het zover kwam met het Healthy Cities Project. De visie van lokale politici op gezondheidsbevordering wordt gepresenteerd zoals die naar voren kwam uit interviews met wethouders en ambtenaren van volksgezondheid en uit beleidsdocumenten. De conclusie is grofweg dat men op papier Gezonde Steden een interessant project vindt, maar er in feite erg weinig van weet of aan doet.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) krijgt een belangrijke rol in het overheidsbeleid met betrekking tot gezondheidszorg en in de accentverschuiving van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid. De invoering van de WCPV heeft negatieve effecten voor de autonomie en voor de GVO-functie van de GGD-en. Er worden tien knelpunten besproken en veertien aanbevelingen gedaan.

Dit deel van het boek wordt afgesloten met een hoofdstuk over lokale gezondheidsinitiatieven en de rol van de gemeente. Deze rol kan activerend, stimulerend of ondersteunend zijn. Om dit beleid te realiseren zijn er vier instrumenten beschikbaar: regelgeving, subsidiëring, uitvoering en overtuiging. Het laatstgenoemde instrument is hierbij vooral van belang, waarbij dan voor gezondheidsbevordering samengewerkt moet worden volgens het synergiemodel. Enige voorbeelden worden genoemd waar publiek initiatief door GGD-en werd overgenomen.

De praktijk van de lokale gezondheidsbevordering wordt in vier hoofdstukken belicht. Het Gezonde-Stedenproject draaide echter in 1989 pas zo kort dat nergens afgeronde gegevens gepresenteerd kunnen worden. Kwalijker is echter dat de auteurs zich in geen van de hoofdstukken kunnen beheersen: in staccato opsommingen wordt overenthousi-

ast, gelovend in de ideologie, materiaal gepresenteerd dat nog beter had kunnen blijven liggen. De volgende twee zinnen spreken mijns inziens voor zichzelf: "De werkgroep structurele activiteiten heeft kunnen bereiken dat het assortiment van een aantal cafeteria's is uitgebreid met een 'broodje Gezond Bergeyk'", en "Er bestaat behoefte aan activiteiten voor Kaapverdiaanse meiden".

Het hoofdstuk waarin slechts zijdelings over onderzoek wordt geschreven is in dit deel het enig leesbare. Om te vermijden dat bij ieder lokaal initiatief het wiel opnieuw wordt uitgevonden, zouden er landelijke ondersteuningscentra moeten zijn, waarbij het overigens niet om nieuwe organisaties gaat, maar om reeds bestaande.

Het boek eindigt tenslotte met een aantal fragmenten uit interviews met 'trekkers van de kar', zoals Van Londen, Martini en Kickbusch.

Het zal de lezer duidelijk zijn dat dit een onevenwichtig, matig geredigeerd boek is met te veel overlap tussen de hoofdstukken. Weliswaar is er regelmatig 'heilig vuur' bij de schrijvers, maar die verliezen zich dan weer in trivialiteiten. Een gemiste kans derhalve, want dat de stad een gezondheidsdeterminant kan zijn, is genoegzaam bekend. Dat participatie van de bevolking werkzaam kan zijn om de gezondheid te bevorderen, is welhaast vanzelfsprekend, evenals de noodzaak voor samenwerking tussen diverse sectoren. Wat het ideologische WHO-sausje daaraan bijdraagt is mij niet duidelijk geworden.

Joris Uzermans

Mark Nichter, *Anthropology and international health: South Asian case studies*. Dordrecht: Kluwer, 1989. 314 pp. Prijs: f60,- (paperback), f190,- (hard cover)

Mark Nichter is een productief onderzoeker en schrijver in de medische antropologie. Hij heeft voornamelijk in Azië gewerkt, in Zuid-India, Sri Lanka en de Filipijnen. In dit boek zijn zeven artikelen gebundeld die hij tussen 1979 en 1988 heeft geschreven – sommige samen met zijn vrouw – op basis van zijn onderzoek in India en Sri Lanka. Daarnaast staan er vier nieuwe artikelen in die veelal materiaal bevatten dat eveneens reeds eerder is gepubliceerd. Alle bijdragen presenteren onderzoeksdata over lokale opvattingen en praktijken met betrekking tot welzijn en gezondheidszorg en eindigen met aanbevelingen hoe deze inzichten in beleid en praktisch werk kunnen worden toegepast. De elf hoofdstukken zijn over vier secties verdeeld: Etnofysiologie (1), 'Ziekte-etnografie' (2), Praktijken die samenhangen met geneesmiddelen (3), en 'Gezondheidscommunicatie' (4). Het centrale thema van de meeste – zo niet alle – hoofdstukken is dat gezondheid en alles wat daar aan gerelateerd is (bijvoorbeeld perceptie van risico, preventie, ziekteverklaring, therapiekeuze) cultureel bepaald is en cultureel geïnterpreteerd wordt en dat deze culturele dimensie serieus genomen dient te worden in de planning en uitvoering van gezondheidszorg. Nichter pleit voor meer 'democratie' (mijn term) in gezondheidszorg.

Een korte samenvatting laat zien hoe breed Nichter zijn taak opvat. Het eerste hoofdstuk gaat over lokale opvattingen over vruchtbaarheid en reproductieve anatomie (met name ideeën over de vrouwelijke cyclus en de vruchtbare periode daarin). Nichter laat zien hoe die opvattingen family planning praktijken doorkruisen. Hij uit zijn

verbazing over het feit dat degenen die zich inzetten voor family planning zo weinig aandacht hebben besteed aan dit culturele gegeven, terwijl ze wisten dat family planning nauwelijks aansloeg. In het tweede hoofdstuk bespreekt hij lekenopvattingen over voeding en fysiologie in Zuid-India om duidelijk te maken waarom veel vrouwen minder gaan eten tijdens hun zwangerschap ondanks de adviezen van gezondheidswerkers die hen juist aansporen meer te eten. In het derde hoofdstuk legt hij uit waarom mensen vaak de voorkeur geven aan traditionele methoden van anticonceptie. Een van de redenen is dat men moderne middelen *te* sterk vindt en bang is voor hun schadelijke bijwerking.

Sectie 2, over 'ziekte-etnografie', bevat vier hoofdstukken. Het eerste daarvan is een kritiek op de *ethnoscience*-benadering in de medische antropologie. Nichters bezwaar is dat deze benadering een te helder en eenduidig beeld schetst van ziektebegrippen en -categorieën. Nichter stelt daar tegenover dat het spreken over ziekte wezenlijk ambigu, zelfs tegenstrijdig is en in sterke mate bepaald wordt door de situatie van dat spreken. Zo is de identiteit van de spreker van groot belang. Bepaalde termen zullen bijvoorbeeld zelden of nooit door de patiënt gebezigd worden maar wel door anderen, omdat zij voor de patiënt een negatieve implicatie hebben. Hoofdstuk 5 beschrijft hoe mensen in India aankijken tegen een aantal kinderziekten die zij met wanvoeding associëren en hoe deze ideeën hun activiteiten op het gebied van medische zorg beïnvloeden. De belangrijke rol van Ayurvedische genezers wordt hier benadrukt. Hoofdstuk 6 gaat in op de perceptie van diarree en de reactie op het aanbod van orale rehydratie. Opnieuw wijst Nichter op de gebrekkige kennis van lokale ideeën bij gezondheidswerkers.

Sectie 3 bevat drie hoofdstukken over geneesmiddelen. Hoofdstuk 7 onderzoekt hoe mensen in Zuidwest-India aankijken tegen westerse en Ayurvedische medicijnen en hoe die visie hun gebruik van deze middelen beïnvloedt. Nichter gaat niet alleen in op de medische betekenis van geneesmiddelen, maar ook op contextuele aspecten zoals financiële kosten en tijdverlies, en de empathie van degene die het geneesmiddel verstrekt. Hij wijst wederom op de onbeheersbare neveneffecten van de zeer sterke westerse medicijnen. Een van zijn informanten vergelijkt de werking van deze medicijnen met het effect van kunstmatige hulpmiddelen, zoals een bril of een kruk, die het lichaam lui en afhankelijk maken, en op die manier verzwakken. Hoofdstuk 8 richt zich op betaling van medicijnen. In Zuid-India is betaling niet louter het geven van geld in ruil voor een geneesmiddel, maar impliceert tevens wederzijdse verantwoordelijkheid en verbondenheid tussen de verstrekker van het middel en de patiënt. Deze morele band, aldus Nichter, maakt deel uit van het therapeutisch proces. In het daaropvolgende hoofdstuk benadrukt Nichter echter de andere kant van de medaille van financiële transacties in gezondheidszorg en levert scherpe kritiek op de 'commodificering' van gezondheid. Hij bespeurt een groeiende tendens om gezondheid te zien als iets dat men kan verkrijgen door het kopen en consumeren van geneesmiddelen. Deze trend maakt deel uit van de 'populaire cultuur'. Nichter verwerpt deze ontwikkeling, omdat die het besef van gezondheid verschaalt en een "vals gevoel van veiligheid en gezondheid" oproept. Deze commodificering, aldus Nichter, voltrekt zich zowel in de westerse als in de Ayurvedische traditie.

De laatste twee hoofdstukken van het boek gaan uitdrukkelijk over gezondheidsvoorlichting. Hoofdstuk 10 laat zien welke problemen er optraden bij pogingen mensen in Sri Lanka ervan te overtuigen dat ze hun drinkwater moesten koken en het laatste hoofdstuk bespreekt in meer algemene zin het belang van vertrouwde metaforen en beelden in gezondheidsvoorlichting. De metaforen die het best 'werken' zijn afkomstig



uit de alledaagse ervaring zoals landbouw, visserij en handel. Een voorbeeld: het gebruik van 'tonics' voor het behoud van gezondheid is zeer populair in Zuid-Azië. Voorlichters wijzen mensen op het gevaar dat ze hiermee lopen door hun handelswijze te vergelijken met landbouwtechnieken. De grond heeft een gebalanceerde en gevarieerde toediening van meststoffen nodig om een goede oogst te leveren. Datzelfde geldt voor de gezondheid van hun lichaam; alleen tonics is verkeerd.

Nichters boek is een uiterst waardevolle collectie van studies die het belang van een antropologische bijdrage aan gezondheidsvoorlichting en -planning aantonen. Zijn voorbeelden zijn overtuigend en leggen op onthutsende wijze de naïviteit van vele beleidmakers bloot die het biomedisch evangelie aan mensen trachten op te dringen zonder zich te verdiepen in de reeds aanwezige kennis en praktijk op lokaal niveau. Toch schuilt er één hinderlijke inconsequentie in Nichters betoog. In laatste instantie in zijn boek niet zozeer een pleidooi voor meer zeggenschap van de betrokkenen zelf over hun gezondheid en gezondheidszorg, zoals hij herhaaldelijk opmerkt, maar een aanbeveling dat planners en gezondheidsvoorlichters efficiënter kunnen werken als ze rekening houden met de bestaande ideeën en praktijken. Het voortdurend gebruik van de term 'education' (hier vertaald met 'voorlichting') is significant. Uiteindelijk zijn het toch de gewone mensen die 'education' nodig hebben. Antropologie levert de betere didactiek. Dit botst op pijnlijke wijze met Nichters oorspronkelijke intentie om de verbreiding van het democratisch stemrecht over gezondheidszaken te bevorderen. Medische antropologie blijkt vooral nuttig, omdat zij helpt 'de boodschap over te brengen' door haar deskundige ontcijfering van de lokale 'culturele code'. Ter verdediging van Nichter dient daar echter onmiddellijk aan toegevoegd te worden dat deze tegenstrijdigheid niet zijn persoonlijk falen is; het gaat hier om een dilemma waar zowel antropologen als 'praktijkmensen' generatie na generatie mee geworsteld hebben en nog steeds niet uit zijn.

Het boek is – mede daarom – uitstekend geschikt voor cursussen in toegepaste medische antropologie. Het laat niet alleen de potentie maar ook – onbedoeld weliswaar – de beperking en verlegenheid van de medische antropologie zien. Daar komt nog bij dat de relevantie van Nichters werk zich ver buiten de Zuid-Aziatische regio uitstrekt; gelijksoortige situaties doen zich voor in andere delen van de wereld, inclusief West-Europa en Noord-Amerika.

Sjaak van der Geest

Carry Pannekeet (red.), *RIAGG Hulpverlening aan Turken en Marokkanen*. Meppe/Amsterdam: Boom, 1991. 186 pp. Prijs f32,50.

In dit boek beschrijft een aantal Nederlandse en allochtone hulpverleners, voornamelijk vanuit hun praktijk in de RIAGG Amsterdam-Oost, de psychotherapeutische aanpak die zij ontwikkeld hebben voor Turkse en Marokkaanse migranten. Uit hun reflectie blijkt dat cross-culturele hulpverlening niet altijd gemakkelijk is en ook niet vlug de gewenste resultaten oplevert, maar wel vaak boeiend is en op een professionele manier gerealiseerd kan worden.

Een reeks van onderwerpen wordt in de bundel behandeld: omgaan in de hulpverlening aan allochtonen met fundamentele culturele verschillen; de aanpak van (bij deze bevol-

kingsgroepen zo frequent voorkomende) psychosomatische klachten en pijn; sociale psychiatrie als praktisch gerichte zorgverstrekking versus specifieke psychotherapie; omgaan met religie en magie; rouwtherapie; de systeembenadering toegepast op allochtonen; werken met gezinnen; jeugdzorg; hulpverlening aan migrantenvrouwen en werken met vrouwengroepen. De artikelen getuigen van een gezonde praktische gerichtheid.

Hulpverleners die elders met migranten werkzaam zijn, zullen in dit werk heel wat inspiratie vinden om efficiënter en gerichter te kunnen werken. De vele voorbeelden uit gevalstudies houden alles zeer concreet. Sommige cross-culturele hulpverleners zullen zich wel vragen stellen met betrekking tot bepaalde modellen van waaruit gewerkt wordt zoals bijvoorbeeld de chakra-leer of een religieuze invalshoek, maar tegelijk wordt hierbij aangetoond hoe men vanuit heel verschillende referentiekaders een cross-culturele begeleiding voor zichzelf en zijn cliënten zinvol kan maken. Terecht wordt in de meeste artikelen veel aandacht besteed aan het zoeken naar aansluiting bij de leefwereld en de ideeën van allochtone cliënten, een *conditio sine qua non* voor het realiseren van een geslaagde begeleiding. Het werk zou evenwel misschien aan waarde gewonnen hebben indien de auteurs hun inzichten meer gerelateerd zouden hebben aan de bestaande relevante antropologische, etnopsychiatrische en cross-culturele literatuur.

Philip Hermans

Eric de Rosny, *Healers in the night. A French priest's account of his immersion in the world of an African healer*. New York: Orbis Books, 1985. 288 pp. (Oorspronkelijke titel: *Les yeux de ma chèvre: Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala* (Cameroun). Parijs: Plon, 1981).

The magnificent old tree, called in French, curiously, le Grand Fromager, the Grand Cheese Tree, was just a step or two away from the house I had come to visit. At night its mighty shape stood out so plainly from everything else that fishermen on the river sighted it to steer their course homeward. It was the dwelling place of the ancestors – living witness, in the heart of the city, of the persistence of traditional beliefs. The symbol was all the mightier for the fact that its comrades on the other side of the river were dead, long since (p. 1).

Met deze passage begint Eric de Rosny zijn etnografie van genezing en hekserij in Douala, de grootste stad van Kameroen. Het is een evocatieve passage (de stad, de rivier, de nacht, het mysterieuze) die de contrasten aangeeft die centraal zijn in het boek: de oude boom, woonplaats van de voorouders en symbool van traditie, heeft een Franse naam en staat midden in de stad; hij staat alléén en geïsoleerd, maar is daarom des te machtiger als symbool van de traditie die nog zo sterk leeft in de arme wijken.

Het boek is gebaseerd op De Rosny's onderzoek naar de praktijk van enkele traditionele genezers (*ngangas*) in Douala. Hij ging in de wijk Deïdo wonen, bezocht *ngangas*, nam deel aan genezingsrituelen en ging uiteindelijk zelf in de leer bij één van hen. Het resultaat is een beschrijvende etnografie die in een aantal opzichten afwijkt van de doorsnee antropologische monografie. Er is weinig verwijzing naar andere literatuur, geen verantwoording van onderzoeksmethodologie en geen poging om de interpretaties theoretisch te situeren. Dit komt waarschijnlijk omdat De Rosny geen antropoloog is, maar katholiek priester. Zijn onderzoek naar de activiteiten en ideeën van de Douala

*ngangas* was meer een persoonlijke zoektocht dan een wetenschappelijk onderzoek. Het boek is een verslag van deze zoektocht. Dit doet echter niet af van zijn waarde. In tegendeel, niet beklemd door (de pretentie van) een onderzoeksmethodologie en niet beperkt door de genreconventies van de traditionele etnografie, heeft De Rosny een zeer leesbaar en zelfs boeiend boek geschreven. Wat ontbreekt aan theorie en interpretatie, wordt ruimschoots goed gemaakt door literaire kwaliteit.

Wat een katholieke priester gemotiveerd heeft om aan een dergelijke onderneming te beginnen wordt al aan het begin van het eerste hoofdstuk duidelijk. Als soldaat in het Franse leger tijdens de Algerijnse onafhankelijkheidsoorlog in 1956 kwam De Rosny in contact met een gewonde Berber gevangene. Hij en zijn kameraden spraken geen Arabisch, de gevangene geen Frans.

We looked on him, noble, impassive, with his shaved head and his foot in a plaster cast, and draped in his white jellaba. He returned our glance. Soon he would be gone. But all the while he was with us the distance was unbearable for me, and I strove to bridge the gap interiorly. From that moment forward, I was obsessed with the need for a genuine encounter with 'the other' (p. 8).

Hierin liggen veel bekende antropologische topoi gesloten: de nobele wilde, het exotische, culturele afstand en de dringende behoefte van de westerling om die afstand te overbruggen en 'de ander' te begrijpen.

De Rosny's zoektocht naar de ander begint als hij in 1957 naar Kameroen gaat om les te geven aan de Libermann School in Douala (waar hij nog steeds doceert). Daar krijgt een leerling een aanval die op epilepsie lijkt. De andere leerlingen vertellen De Rosny dat het door watergeesten veroorzaakt wordt. Ze vertellen hem verhalen over hekserij. Hij krijgt een hint van een exotische werkelijkheid waar hij geen flauw benul van heeft, en voelt de behoefte om de kloof tussen hem en de Afrikanen te overbruggen. Maar zijn positie als blanke priester maakt dit moeilijk. Tijdens zijn vakanties reist hij door het hele land, maar dat is uiteindelijk niet bevredigend. Tijdens het bezoeken van ouders van zijn leerlingen in de niet-blanke stadswijken realiseert hij zich dat de kloof niet onoverbrugbaar is en besluit hij om onder de gewone mensen te gaan wonen. Maar door omstandigheden komt daar toch niets van terecht. Hij wordt overgeplaatst naar de hoofdstad en later teruggestuurd naar Frankrijk.

Pas in 1970 is hij in staat om zijn plan uit te voeren. Hij keert terug naar Douala en huurt twee kamers in de wijk Deïdo. Daarna probeert hij deel te nemen aan het lokale leven. Hij eet bij verschillende families, probeert de taal en cultuur te leren. Soms, op zaterdagavond, hoort hij een drum.

It is difficult to describe the sensation I had on hearing that drum. It was like the agitation I felt when I remembered certain, you might say, 'sacred' moments in childhood, when I used to tiptoe up to the smooth, brown surface of our pond in the evening, to pull in my fishing line. I felt agitated and excited back then, just as I did now. Beneath the calm and murky surface, which in my mind's eye covered an enormous, dark abyss, I imagined the whole intense life of a strange aquatic world. I would force myself to a total interior solitude, and the most profound silence within me – then I would approach the banks of the pond, where the line sank into the waters. If the line were jerking about, I would be paralyzed with fear and joy. Other kinds of fishing – with fly or plug – did not overwhelm me in this fashion. Only the line that went all the way to the bottom. Only this drum in the night. Calls – signals – from what depths? (p. 27).

Hij informeert en iemand vertelt hem dat de drummeester een *nganga* is, genaamd Din. De Rosny's kerkelijke superieuren geven hem toestemming en hij gaat de *nganga*

opzoeken. Zijn relatie met Din, en later met andere *ngangas* geeft De Rosny eindelijk toegang tot de mysterieuze wereld van de Afrikanen. Hij neemt deel aan nachtelijke genezingsrituelen, waarin de *nganga* in trance raakt en strijd levert met de boosaardige krachten van het mystieke rijk van *ndimsi*, de onzichtbare wereld, waar goed en kwaad gescheiden worden. Hij hoort verhalen over de *ekong*, een vorm van hekserij waarin mensen hun verwanten verkopen aan heksen. Als de heks eenmaal betaald heeft, wordt het slachtoffer ziek en sterft hij. Maar hij is niet 'echt' dood. Hij leeft nog in een onzichtbare wereld waar hij als slaaf in de plantages van zijn nieuwe meester werkt. Volgens zeggen bevinden deze plantages zich op de hellingen van de Coupé-berg ten noorden van Douala. Ze zijn echter voor gewone mensen onzichtbaar. (Volgens De Rosny vormt dit deel van collectief onderbewustzijn dat verwijst naar de afvoering van slaven in het verleden). Alleen *ngangas* zoals Din, wier ogen 'geopend' zijn, kunnen de mystieke wereld van *ndimsi* en *ekong* zien.

Uiteindelijk raakt De Rosny ervan overtuigd dat 'het zien' de enige manier is om een echte blik te werpen in "de besloten tuin van de *ngangas*".

There was only one solution and it had been inextricably intertwined with the logic of my research for five years now. That solution was to try the experience myself – to leap over the wall (p. 223).

Hij wilde dat zijn ogen 'geopend' werden, maar hij wilde zelf niet geïnitieerd worden als *nganga*. Hij kon immers niet tegelijk katholiek priester zijn en mensen beschuldigen van hekserij, één van de taken van de *nganga*. Hij wilde slechts 'zien' om te weten en te begrijpen. Maar voor geen moment tijdens zijn vijf jaar durende onderzoek twijfelt De Rosny aan het niet bestaan van de bovennatuurlijke wereld waar de *ngangas* zich zo druk om maken. Voor hem staat het buiten kijf dat wat de *ngangas* zien nep is, of illusie, of een gevolg van hallucinogene middelen, of het te serieus nemen van droombeelden. Met zijn eigen inwijding wil hij dit bevestigd zien. Din, de *nganga* waar hij bij 'in de leer' is, is terughoudend, en De Rosny gaat uiteindelijk naar een andere bevriende genezer die zijn ogen op een snelle manier opent door middel van oogdruppels. Hij krijgt nachtmerries en ziet geesten, maar dit is uiteindelijk niet bevredigend. Hij heeft het gevoel dat de *nganga* slechts een 'recept' heeft gevolgd en dat het daarom niet 'echt' was. Uiteindelijk keert hij terug naar zijn leermeester en ondergaat een lang ritueel om zijn ogen echt te openen.

In de onderhandelingen vóór en tijdens het ritueel worden de verschillen en de misverstanden tussen De Rosny en de *nganga* nog eens geaccentueerd, om uiteindelijk opgelost te worden in het soort wederzijdse begrip dat toch nog altijd een onderliggend gevoel van onzekerheid bevat. De Rosny voelt de behoefte om zijn eigenlijke ongelooft op te biechten aan de *nganga* voordat deze aan het ritueel begint. Hij schrijft zijn biecht op en leest het voor, om zeker te zijn dat het goed overkomt. De *nganga* reageert echter niet. De Rosny valt terug in onzekerheid en onbegrip. "On the very threshold of my initiation, I had the feeling of knowing no more than I had the first day". Toch begint het ritueel en na zo'n twintig dagen komt het grote moment.

August 24. Another nightmare, at daybreak: a cigarette lighter, with the gas escaping. I can't stop it; I'm being asphyxiated. I woke up. I swallowed the little ball of herbs. All of a sudden the great moment came. My eyes were opened. I saw persons killing one another (p. 244).

Het zien is uiteindelijk een openbaring over de dreiging van menselijk geweld. De samenleving dreigt elk moment in geweld te ontvlammen, maar deze zit zo in elkaar dat dit grotendeels verborgen blijft. De openbaring van deze dreiging zou tot geweld kunnen leiden. Daarom zijn de *ngangas* gevaarlijk, want zij hebben hier kennis van. Later komt de realisatie: "Din had not tried to make a visionary out of me.... He had opened my eyes to the hidden world of violence". De Rosny realiseert zich dat het geweld in de verborgen wereld van hekserij op een paradoxale wijze zorgt voor vrede en orde in de echte wereld.

Hij heeft na zijn zoektocht van twintig jaar niet alle afstand tussen hemzelf en 'de ander' overbrugd, maar het probleem van afstand is gerelativeerd. "Like a long-distance runner, at rest after a maximum exertion, I now find myself more at ease in the jumble of everyday relationships."

Robert Pool

Nancy Scheper-Hughes (ed.), *Child survival*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1987. 396 pp. Prijs: f172,- (gebonden), f69,- (paperback).

Dit boek is voortgekomen uit een symposium over de culturele, ecologische, bio-ethische en toegepaste dimensies van het behandelen en overleven van kinderen. Het doel van deze bijeenkomst was het ontwikkelen van een begrippenkader betreffende culturele praktijken en individuele gedragingen die het overleven van kinderen negatief beïnvloeden.

In de inleiding geeft Scheper-Hughes aan dat de hoge kindersterfte die nu in de meeste Derde-Wereldlanden bestaat, tot het midden van de vorige eeuw overal voorkwam. De aandacht hiervoor binnen de geneeskunde is relatief recent. Het leven van een baby werd in het vroeg-moderne Europa – en wordt in veel Derde-Wereldlanden (196 door de ouders gezien als een kaars waarvan de vlam kan flikkeren en uitgaan, dan wel helder kan blijven branden. Dit maakt het selectief investeren in een aantal kinderen, op grond van cultureel bepaalde criteria als geslacht of karakter, verklaarbaar. Kinderen werden en worden verwaarloosd en mishandeld, maar ook gevoed en liefdevol verzorgd. Deze fenomenen werden door antropologen vroeger vooral bestudeerd in het licht van de sociale organisatie van een samenleving. Tegenwoordig bestaat ook aandacht voor het welzijn van het kind. Scheper-Hughes geeft aan dat het er om gaat te analyseren onder welke specifieke omstandigheden het meer waarschijnlijk is dat kinderen goed verzorgd en beschermd, dan wel misbruikt en mishandeld, zullen worden. Dit thema wordt in de bijdragen aan dit boek nader uitgewerkt. Zij zijn gegroepeerd in vijf secties.

In het eerste deel wordt het overleven van kinderen beschouwd op macroniveau. De invloed van demografische processen, modernisering en van de toenemende rol van de staat bij de controle over de vruchtbaarheid wordt geanalyseerd. Potter behandelt in een zeer interessante bijdrage de belangentegenstelling op het platteland van China tussen staat en bevolking ten aanzien van geboorteregeling. Kinderen, met name zonen, zijn hier zeer gewenst om de familietraditie voort te zetten en om te garanderen dat de ouders later goed verzorgd zullen worden. Aan de hand van verschillende voorbeelden laat Potter zien dat de regels betreffende de beperking van het aantal kinderen steeds strikter werden, dat de bevolking zich hiertegen verzette en dat de sancties dientengevolge steeds

scherper werden. Zij toont aan hoe moeilijk het is een waarde, in dit geval het pronatalisme, te veranderen.

Harkness en Super geven aan hoe in Kenya de modernisering tot een ander leefpatroon leidde, waarbij onder meer sneller op flesvoeding wordt overgegaan. Dit betekent dat kinderen sneller na elkaar geboren worden. Gevolg is dat het een na jongste kind onvoldoende aandacht krijgt.

De bijdrage van Lepowsky gaat over een voedseltaboe voor jonge kinderen in Vanatinai, een eiland ten zuidoosten van Papua Nieuw Guinea. Dit heeft een negatieve invloed op de voedingssituatie en vergroot dus de kans op sterfte ten gevolge van diarree en luchtweginfecties, maar biedt daarnaast ook een bepaalde bescherming tegen malaria.

In deel twee worden traditionele vormen van infanticide bestudeerd, gericht tegen minder gewaardeerde kinderen. Miller beschrijft hoe de vroeger toegepaste infanticide onder meisjes in India tegenwoordig de vorm van relatieve verwaarlozing heeft aangenomen. Meisjes krijgen minder voedsel en minder medische verzorging. Sinds de mogelijkheid bestaat om via een vruchtwaterpunctie het geslacht te bepalen, wordt daarnaast sekse-selectieve abortus toegepast. De auteur geeft aan hoe bij gezondheidsprogramma's de culturele waarden en de humanitaire waarden van hulpverleners conflicteren. Antropologen kunnen door informatieverschaffing ertoe bijdragen dat de interventies effectiever zijn.

Mull en Mull beschrijven een case study van een gehandicapt kind, dat verwaarloosd wordt en overlijdt bij de Tarahumara in Mexico.

Deel drie bevat bijdragen over de gevolgen van armoede en sociale desintegratie voor de behandeling van kinderen. Newman bestudeerde kinderen met laag geboortegewicht op Rhode Island. Zij hebben relatief vaak arme en erg jonge moeders, aangeduid als 'high risk' moeders. De overlevingskans van deze kinderen is geringer dan die van andere kinderen en op latere leeftijd worden zij vaker mishandeld.

Hauswald beschrijft hoe snelle veranderingen bij de Navajo tot uiteenvallen van familiebanden leidde, met als mogelijk gevolg verwaarlozing en mishandeling van kinderen. Het is in het belang van de kinderen dit vroegtijdig op te sporen en bij de hulpverlening familie en verwanten in te schakelen.

De bijdragen van De Vries en van Scheper-Hughes behandelen hetzelfde thema. Kinderen die actief zijn, hebben een grotere overlevingskans dan hun stille broertjes en zusjes. De Vries laat dit zien aan de hand van een kleine retrospectieve studie bij de Masai in Kenya. Scheper-Hughes trekt in Noordoost-Brazilië de reproductieve geschiedenis van een aantal moeders na. Omdat zij niet over de middelen beschikken om alle kinderen goed te voeden en te verzorgen, investeren zij in de sterkere kinderen. Dit wordt aangeduid als 'benign neglect', een overlevingsstrategie die uit armoede is voortgekomen.

In deel vier worden kindermishandeling en seksueel geweld tegen kinderen beschreven. Graburn geeft een aantal voorbeelden van kindermishandeling bij de Inuit. Over het algemeen worden kinderen hier bijna als 'heilig' gezien en goed behandeld. Het toch voorkomen van de beschreven gevallen verklaart de auteur als gevolg van frustratie van de ouders over het feit dat het betreffende kind niet volgens hun verwachtingen opgroeide. Verzorging en respect sloegen om in geweld en 'opgeven' van het kind.

Hoe kinderen gebruikt en misbruikt werden gedurende de 'vuile oorlog' in Argentinië, wordt op aangrijpende wijze verteld door Suarez-Orozco. Kinderen werden bij hun

familie weggehaald om als verklikker te dienen. Ook werden zij mishandeld of waren gedwongen aanwezig bij martelingen van hun ouders. Daarna werden zij al dan niet tegen betaling in adoptie gegeven aan kinderloze echt)paren. In een poging tot verklaring noemt de auteur dit een 'scheidingsrite': de hechte familiebanden werden op brute wijze verstoord, waardoor het kind symbolisch – en in werkelijkheid – van de 'subversieve' familie werd gescheiden om daarna 'opnieuw' in een 'fatsoenlijke' familie op te groeien.

De bijdragen van Korbin en La Fontaine gaan over seksueel geweld tegen kinderen. Antropologisch onderzoek hield zich vroeger vooral bezig met het beschrijven en verklaren van regels over incest en minder met het overtreden van die regels. Korbin stelt dat er onvoldoende gegevens bestaan over het voorkomen of de oorzaken van seksueel gedrag tussen volwassenen en kinderen om tot bepaalde conclusies te komen. Onderzoek in deze dient gestimuleerd te worden. La Fontaine beschrijft wettelijke regelingen en sociale waarden betreffende incest en andere seksuele overtredingen in Engeland. Hij geeft resultaten van een studie van gevallen uit een psychologische praktijk in een kinderziekenhuis in Londen. Meestal betreft het familieleden of bekenden en heeft de seksuele relatie langdurig bestaan. Ideeën als zou het vooral arme families betreffen, waar ook alcoholisme en andere sociale problemen bestaan, of families die in sociaal isolement leven, worden in dit onderzoek niet bevestigd.

In deel vijf worden interventies in het kader van de 'child survival revolution' en interventies voor verwaarloosde en/of mishandelde kinderen in de Verenigde Staten kritisch beschouwd. Cassidy's bijdrage betreft programma's voor ondervoede kinderen in de Derde Wereld. Zij onderscheidt twee prototypes hulpverleners: de activisten en de aanpassers. De activisten willen hoe dan ook interveniëren, zonder zich rekenschap te geven van de levensomstandigheden van de door de interventie overlevende kinderen. De aanpassers daarentegen gaan ervan uit dat de schaarste bestaat en dat daardoor competitie onvermijdelijk en normaal is. Cassidy pleit voor een compromis: de activisten moet een analyse maken van de realiteit en een bij de situatie passende oplossing zoeken.

Krantzler geeft een case study van een meisje uit Samoa met diabetes in de Verenigde Staten, dat door gebrek aan communicatie tussen familieleden en hulpverleners niet goed behandeld wordt en dientengevolge overlijdt.

In de bijdrage van Scheper-Hughes en Stein wordt beschreven dat bij kindermishandeling vooral daders worden aangeklaagd en dat daarmee de sociaal-economische omstandigheden die aan geweld ten grondslag liggen buiten schot blijven. Zij stellen dat kindermishandeling ten dele gecreëerd wordt in de volkscultuur en de sociale politiek, maar dat dit onbewust blijft. Dit staat een reële oplossing van het probleem van kindermishandeling in de weg.

In de bijdragen van Handelman en Hughes wordt aan de hand van case studies aangetoond dat waarden van hulpverleners tegengesteld zijn aan die van cliënten. Er is in beide gevallen geen sprake van duidelijke verwaarlozing of mishandeling van kinderen. Wel van gedrag van de moeder dat enigszins buiten de normen valt. Bovendien weigeren de moeders hulpverlening, hetgeen op zich als een bewijs voor afwijkend gedrag wordt gezien. Gepleit wordt voor een groter respect bij hulpverleners voor de waarden en normen van hun cliënten.

Samenvattend, een boek met over het algemeen interessante artikelen voor degenen die zich met theorievorming over overleving en welzijn van kinderen in geïndustrialiseerde of ontwikkelingslanden bezighouden. Ook voor hulpverleners biedt het veel

informatie. Als punt van kritiek noem ik dat hier en daar wat gemakkelijk verklaringen voor gedrag worden gegeven. Met name bij de artikelen over selectieve verwaarlozing en over kindermishandeling, vraag ik me af of de verklaring altijd door de feiten wordt gestaafd. Wellicht moet geaccepteerd worden dat niet ieder gedrag te verklaren valt. Verder wordt de discussie, wat te doen wanneer gedrag en culturele waarden met de waarden zoals vastgelegd in de verklaring van de rechten van het kind botsen, enigszins uit de weg gegaan. In de artikelen over gezondheidsprogramma's in de ontwikkelingslanden wordt het dilemma wel aangeroerd, maar de gegeven richtlijnen voor een oplossing zijn erg algemeen. Desalniettemin is dit een waardevol boek. De veelheid en verscheidenheid aan informatie kan een bijdrage aan deze discussie leveren.

Marijke Stegeman

Richard A. Shweder, *Thinking through cultures: expeditions in cultural psychology*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1991. 404 pp. Prijs \$15.95 (paperback), \$34.95 (cloth).

Na de bloeiperiode van de 'culture and personality'-school is de 'persoon' als categorie gedurende enkele decennia grotendeels uit het gezichtsveld van etnografen verdwenen. De erfgenaam van de 'culture and personality'-school was de psychologische antropologie, maar deze heeft zich nooit in voldoende mate kunnen ontwikkelen. De uitbouw van een specifiek onderzoeksgebied en een aangepaste methodologie is blijkbaar problematisch geweest. Men bleef gericht op de grondleggers van de subdiscipline. Bovendien hebben de meeste deelgebieden van de psychologische antropologie zich losgemaakt en zijn onder een andere noemer tot bloei gekomen: onder andere de interculturele psychologie en de transculturele psychiatrie.

Het boek van Richard Shweder gaat over een discipline die zich recentelijk heeft ontwikkeld: de culturele psychologie. De auteur wil in dit boek de 'persoon' als categorie herintroduceren. Zijn idee van culturele psychologie is dat individu en traditie, psyche en cultuur elkaar wederzijds beïnvloeden. Shweder omschrijft culturele psychologie als "a return to the study of mental representations (emotions, desires, and beliefs and their intentional objects) without the presumption of fixity, necessity, universality, and abstract formalism" (p. 99). Culturele psychologie veronderstelt dus niet dat de basis van mentale processen van nature vastligt, noch dat ze universeel, abstract en innerlijk is, maar wel dat "intentional persons change and are changed by the concrete particulars of their own mentally constituted forms of life" (p. 97).

'Thinking through cultures' kan men, volgens Shweder op verschillende wijzen doen: door middel van de ander, door een rationele reconstructie van de opvattingen en de praktijken van anderen, door reconstructie van wat anderen hebben verzwegen of onderdrukt en tot slot door de eigen interpretatie te geven van de indrukken die men heeft ontvangen. Zijn boek moet dan ook worden beschouwd als een verzameling exercities in 'thinking through cultures', als een speurtocht naar de menselijke psyche.

Een van de centrale thema's is het probleem van de rationaliteit: welke conclusies over de menselijke aard kan men trekken uit de grote verscheidenheid van opvattingen over de realiteit en welke rechtvaardiging is er voor de realiteitsopvatting van de



onderzoeker (Shweder bedoelt hier waarschijnlijk de westerse wetenschapper) in het licht van die diversiteit? Niet erg verrassend is zijn opvatting dat er verschillende psychologische realisaties zijn, die bij de verschillende betekenissystemen passen.

Het boek bestaat uit drie delen, elk met een aantal essays die eerder zijn verschenen in diverse tijdschriften en boeken.

In het eerste deel gaat Shweder in op het polytheïsme of, zoals hij het zelf noemt: "the idea of multiple objective worlds". Vervolgens beschrijft hij wat culturele psychologie is. Antropologen worden in hun werk geconfronteerd met een grote verscheidenheid aan opvattingen, verlangens en praktijken. Shweder gaat met name in op de invloed van Nietzsches denken op de antropologie. Naar zijn opvatting heeft zich onder invloed van het positivisme van deze filosoof een 'god-is-dood' school binnen de antropologie ontwikkeld, die van de vooronderstelling uitgaat dat goden, geesten, de ziel, en dergelijke alleen bestaan in de verbeelding of worden opgelegd als culturele betekenissen in een geconstrueerde wereld. Shweder beargumenteert het bestaan van een veelvormige objectieve werkelijkheid, waarin elke culturele traditie een deelrepresentatie is van deze veelvormigheid, die zich leent tot reconstructie. Hij refereert hiermee duidelijk aan de oude casuïstiek. In het tweede hoofdstuk van het eerste deel gaat hij dan ook in op wat culturele psychologie is. Hij doet dit voornamelijk door te beschrijven wat culturele psychologie *niet* is (algemene psychologie, cross-culturele psychologie, psychologische antropologie). Het specifieke van de culturele psychologie lijkt met name gelegen in het postulaat van intentionaliteit van mensen: "Psyche refers to the intentional person. Culture refers to the intentional world" (p. 101). Culturele psychologie moet vooral worden opgevat als een interpretatieve discipline.

In het tweede deel van het boek staat de vraag centraal of mensen wel of niet universele psychische kenmerken hebben. Shweder tracht (in samenwerking met anderen) in het derde hoofdstuk van dit deel de verschillen in begripsvorming van de relatie individu-samenleving te identificeren aan de hand van persoonsbeschrijvingen in India en de Verenigde Staten: de sociocentrische organische versus de egocentrische contractuele opvatting. In hoofdstuk vier gaat hij vervolgens in op de sociale constructietheorie met behulp van veldwerkmateriaal van een gemeenschap van brahmanen en tempelpriesters in Orissa, India. Het onderscheid in natuurlijke en artificiële categorieën is daarbij van belang. Shweders argument is dat de 'natuurlijkheid' van categorieën voornamelijk afhangt van de beschikbaarheid van een passende culturele context waarin de dingen die in een categorie worden gegroepeerd op zijn plaats lijken te zijn. Dat betekent in het geval van de sociale constructietheorie dat de wijze waarop individuen elkaars gedrag percipiëren, beschrijven en verklaren, beïnvloed wordt door begripsvorming van een persoonlijkheid in relatie tot de moreel-sociale orde en de natuurlijke orde. Elke samenleving heeft zijn eigen morele code.

Morele opvattingen in een samenleving worden overgedragen door sociale communicatie (hoofdstuk vijf). De wijze waarop de betekenis van deze communicatie kan worden duidelijk gemaakt is door de relatie tussen wat er wordt gezegd en wat er niet wordt gezegd expliciet te maken. Shweder (samen met Much) doet dit door middel van de expansie-methode, die Labov en Fanshel (1977) eerder toepassen op een therapeutisch gesprek. Als materiaal gebruikt de auteur 'Heinz dilemma' van Kohlberg, aangepast aan de situatie in Orissa. Het is een verhaal over een man die een geneesmiddel steelt voor zijn doodzieke vrouw, nadat hij eerst alle legale wegen om het te krijgen, heeft bewan-

deld. De informant, een dertigjarige mysticus, krijgt vervolgens vragen voorgelegd, waarvan de antwoorden op twee niveaus worden geanalyseerd en geïnterpreteerd: het expliciteren van vooronderstellingen, regels en opvattingen van de informant en de verduidelijking van de rationele organisatie van de eerste expansie. Shweder laat met deze casus en andere voorbeelden uit de Indiase en Amerikaanse samenleving zien dat de 'objectieve' morele wereld veelvormig is.

Het zesde en laatste hoofdstuk van het tweede deel handelt over emoties. De vraag in welke aspecten van emotioneel functioneren mensen gelijk of verschillend zijn, staat centraal. Shweder onderscheidt zes aspecten aan emotioneel functioneren: taxonomie, ecologie, semantiek, communicatie, sociale regulatie en management. In dit hoofdstuk gaat de auteur met name in op de semantische benadering van emoties aan de hand van de betekenis van depressie. Een universeel begrip daarbij lijkt zielsverlies te zijn. Voor Shweder is dit echter problematisch, want het begrip roept teveel vragen op. Voor de auteur is de semantische benadering meer een kwestie van een ontwikkelingspuzzel: wat is de rol van culturele betekenisystemen in de ontwikkeling van een emotioneel leven? Aan de hand van opvattingen over reinheid en onreinheid in de samenleving van Orissa tracht hij dit gegeven uit te werken. Helaas is de auteur hier erg beknopt en blijven er teveel onduidelijkheden.

In het derde deel, *Experiments in criticism*, bespreekt Shweder achtereenvolgens de 'culture-and-personality' school, Kleinmans *Social origins of distress and disease* en Obeyesekeres *Medusa's hair*. De auteur besluit met een pleidooi voor 'artful realism': een theoretische verklaring van de totstandkoming van de ervaring van de werkelijkheid. Hij laat echter de vraag open of 'artful realism' premodern, modern of postmodern dient te zijn.

*Thinking through cultures* lijkt aan het euvel een verzameling essays te zijn: er wordt zoveel theoretisch materiaal geboden dat men moeite heeft het centrale thema in het oog te houden. Pasklare antwoorden op vragen moet de lezer in het boek niet verwachten. Het boek biedt echter aan antropologen voldoende stof tot nadenken over de relatie individu-samenleving en individu/cultuur-realiteit. Alle essays, met name die van het tweede deel, vormen een uitdaging tot interpretatie van veldwerkmateriaal in het perspectief van de culturele psychologie.

Els van Dongen

Megan Vaughan, *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Cambridge: Polity Press, 1991. 224 pp. Prijs: f45,- (paperback), f119,- (hardbound).

Megan Vaughan beschrijft in dit boek de bijdrage van de westerse geneeskunde aan de kolonisering van Afrika. Tropenartsen speelden een centrale rol in de constructie van 'de Afrikaan' als een object van wetenschappelijke kennis en politieke overheersing. De Afrikaan werd voorgesteld als 'de Ander' en dat anders-zijn legitimeerde allerlei vormen van interventie. De effectiviteit van het medisch apparaat als koloniaal instrument was – en is – vooral gelegen in de kracht van 'ziekte' als metafoor voor deviantie, degeneratie en hulpbehoevendheid.

Vaughans studie is gebaseerd op bronnenonderzoek en richt zich in hoofdzaak op koloniaal Brits-Afrika. De werking van biomedisch denken en handelen in de koloniale context wordt verduidelijkt in een aantal concrete voorbeelden zoals de verzorging van melaatsen, de behandeling van 'geesteszieken' en de discussie over geslachtsziekte.

Het eerste hoofdstuk is gewijd aan een theoretische beschouwing over enkele centrale begrippen zoals stereotypering, 'discourse' en sociale en culturele constructie. Verder bevat het een discussie over de belangrijkste inspiratiebronnen van de studie: het werk van Fanon en Foucault en het postmodernisme.

Hoofdstuk 2 schetst de successen van de westerse geneeskunde in Afrika in haar strijd tegen epidemische ziekten zoals slaapziekte en framboesia. Enerzijds worden deze ziekten gezien als onderdeel van Afrika's ongetemde natuur (en vragen derhalve om 'beschavingswerk'), anderzijds erkennen sommigen dat de ziekten het gevolg zijn van het kolonialisme zelf.

Hoofdstuk 3 voert missie en zending ten tonele en voegt daarmee een dimensie toe aan het kolonialisme. Het beschavingswerk sluit nu ook het spirituele in. Zendingen (van nu af aan gebruikt als aanduiding voor protestantse zendingen en katholieke missionarissen) zien het als hun belangrijkste taak de ziel van de Afrikaan te redden. Hun medische activiteiten worden aan die doelstelling ondergeschikt gemaakt. Traditionele geneeskunst wordt gezien als het werk van de duivel en dient bestreden te worden. Het volgende citaat van een zendingsarts, die verslag uitbrengt van zijn confrontatie met een 'witch doctor', is kenmerkend voor de metaforische vermenging van medische en missionaire taal:

I asked him if he had any medicine that would make a man live for ever. He fumbled in his basket, drew out one of the bundles and undid it with great deliberation. Inside he showed me some earth, scraped from the surface of a cliff on a river bank, and told me that it should be mixed with castor oil and used for anointing the body, so that the body may prosper. "But even so", he added pathetically, "we still die." I told him that WE HAVE the Medicine of immortality and he asked me where and what it is. I told him that it was to be had in Church, but of course he did not know what I meant. Still, I don't think it would be very difficult to teach him. Perhaps I might begin by pointing out gently the inefficacy of his own medicines ... (p. 72).

Voor de zendingsarts is ziekte een realiteit waar hij strijd tegen levert, maar tevens beeldspraak voor de zorgwekkende geestelijke staat waarin de Afrikaan verkeert: "... my parish ... is one uninterrupted running sore. And I cannot so much as wash it with potassium permanganate" (p. 73).

Hoofdstuk 4 beschrijft de bestrijding van lepra als een voorbeeld van medische missie. Dit is een hopeloos gevecht in de zin dat de fysieke sporen van de ziekte permanent zijn. Voor de zending betekent dit echter tevens een 'kans' de ziel van de melaatse te redden. Leprosaria worden utopische gemeenschappen van 'jonge christenen', buiten het kamp van de traditionele maatschappij waar de banden van verwantschap, religie en lokale politiek de totstandkoming van een christelijke gemeenschap blokkeren.

Hoofdstuk 5 bevat het pijnlijke verhaal van de koloniale psychiatrie dat waarschijnlijk het meest heeft bijgedragen tot het imago van de Afrikaan als 'Ander'. Psychiaters wijzen erop dat eigenlijk alle Afrikanen psychisch niet volgroeid zijn en dus rijp voor psychiatrische behandeling. Later verschuift de aandacht naar degenen die psychisch ten onder gaan aan de veranderingen die het kolonialisme te weeg brengt. Tegelijkertijd zijn anderen van mening dat er geen psychiatrische ziekten bestaan in Afrika. Maar ook deze

– tegengestelde – visie past in de constructie van de Afrikaan als ‘Ander’. De afwezigheid van psychiatrische problemen duidt immers op de onvolgroeidheid van de Afrikaan. De geschiedenis van de koloniale (en postkoloniale!) gekkenhuizen in Afrika behoort tot de schokkendste van de westerse beschavingsmissie.

In hoofdstuk 6 beschrijft Vaughan hoe het koloniale medische apparaat omging met geslachtsziekte. De snelle verbreiding van syfilis bevestigde het beeld van de Afrikaan als een van seks bezeten – dus onbeschaafd – wezen. De mythe van de ‘onbeheerste’ zwarte seksualiteit wordt kernachtig verwoord in een – vertaald – citaat van Fanon: “... with the Negro, everything takes place at the genital level” (p. 131). Een interessant detail uit de koloniale discussie over geslachtsziekte is, dat sommigen missie en zending verantwoordelijk stellen voor de snelle verspreiding van de ziekte, omdat zij de traditionele regels en taboes hebben ondermijnd. Overigens biedt deze ziekte de westerse geneeskunde een uitgelezen kans haar superioriteit te bewijzen. Antibiotica, vooral injecties, worden uiterst populair. Maar ook in het gebruik van medicijnen blijft volgens de commentatoren ‘the difference’ bestaan: wat voor ons een op wetenschap gebaseerde praktijk is, is voor de Afrikaan slechts magisch handelen.

In de laatste twee hoofdstukken presenteert de auteur haar visie op koloniale geneeskunde nog eens aan de hand van belletrie en films. Met name ‘jungle doctor’ boeken zoals die van de Australiër Paul White hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de popularisering van de tropenarts als held in de strijd tegen de Afrikaanse wildernis die tegelijkertijd een gevecht was tegen onwetendheid, bijgeloof, hekserij en degeneratie. Het volgende citaat van een zendingsarts in Zuid Afrika is een treffend voorbeeld van de ambivalentie die wordt aangenomen ten opzichte van de Afrikaanse ‘wildernis’:

When I arrived at Khocene the life of the natives, simple, beedless, natural, under the great blue heavens or by the brilliant light of an African moon, appeared to me full of poetry. On a superficial glance, one was inclined to range oneself on the side of Roussau. But wait and see; all the charm disappears. These big children of nature are often its victims. And what wretched mortals? (p. 170).

Vaughan heeft een fascinerend boek geschreven over de wijze waarop de westerse geneeskunde heeft bijgedragen tot het beeld van de Afrikaan als ‘de Ander’, daarmee de koloniale onderneming legitimerend. Twee afsluitende opmerkingen van mijn kant zijn niet zozeer bedoeld als kritiek op het boek (al impliceren zij dat wel), maar benadrukken de complexiteit van het biomedische en missionaire discourse in de koloniale situatie. Het gevaar van Vaughans boek is dat het de lezer achterlaat met een te eenduidig beeld van de koloniale ‘mentaliteitsgeschiedenis’.

Zonder de constructie van ‘verschillen’ te ontkennen wil ik erop wijzen het gehele koloniale avontuur tevens getuigt van een onderliggende visie van ‘panhumanisme’. Hoe paternalistisch en wreed ook uitgevoerd, de koloniale interventies op medisch, religieus en educatief(!) gebied laten onmiskenbaar zien dat de Afrikaan gezien werd als iemand die – minstens potentieel – tot ‘de onzen’ behoorde. Dat die visie extreem etnocentrisch was, doet hier verder niet ter zake. Sterker nog: etnocentrisme *toon!* het geloof in de onderliggende gelijkheid van de ander. Het opzetten van ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en scholen (zoals bij ‘ons’) en het verkondigen van een religieuze boodschap (zoals bij ‘ons’) vormen het overtuigend bewijs daarvan. Die simultane, paradoxale interpretatie ontbreekt geheel in het boek van Vaughan en in de meeste andere studies over het kolonialisme die mij bekend zijn.

Mijn tweede opmerking heeft betrekking op de balanceerkunst van de auteur. Enerzijds plaatst zij de westerse geneeskunde in een cultureel en politiek-historisch licht en relativeert daarmee tot op zekere hoogte haar praktijken ("biomedical practices can be as ritualised and 'exotic' as any other healing practices", p. x). Anderzijds stelt zij met nadruk dat zij de westerse geneeskunde serieus neemt en respect heeft voor haar verworvenheden. Het is inderdaad noodzakelijk voor de antropoloog dat evenwicht tussen distantie en betrokkenheid te bewaren. Ik ben echter van mening dat Vaughan er veel minder in geslaagd is een vergelijkbaar evenwicht te vinden in haar benadering van missie en zending. Zij doet geen poging het gezichtspunt van de zendeling van binnenuit te begrijpen en met respect te beschrijven. Het beeld dat zij van de zendeling schetst is vervreemdend en doet denken aan de visie van de koloniale zendeling op de 'witch doctor'.

Sjaak van der Geest

Robert Wiedersheim, Niels-Jens Albrecht & Bernd J. Lüken (red.), *Traditionelle Heilssysteme und Religionen. Ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung in Asien, Afrika und Lateinamerika*. Serie: Schriften zur internationalen Kultur- und Geisteswelt, No. 13. Saarbrücken-Scheidt: Dadder, 1991. 217 pp. Prijs: DM 29,80.

De bedoeling van het boekje, dat de papers van een conferentie uit 1990 samenbrengt, is om artsen die in Derde-Wereldlanden werken te laten begrijpen hoe belangrijk de positie van traditionele gezondheidszorg in die landen is en om ze te laten zien hoe waardevol traditionele geneeskunst kan zijn voor de westerse geneeskunde. Er zijn al eerder dergelijke publikaties op de markt gebracht en het onderhavige boek brengt ook geen echt nieuwe inzichten. De publikatie bevat 15 artikelen van artsen, antropologen en sociologen. De onderwerpen zijn uiteenlopend, waarbij opvalt dat alle artikelen algemeen van karakter zijn. Nu hoeft dat geen probleem te zijn bij een boek dat bedoeld is als een introductie in een nieuw vakgebied, maar dat wordt het wel als blijkt dat een kritische ondertoon ontbreekt. De artikelen gaan over inheemse geneeskunst en over samenwerking tussen inheemse genezers en kosmopolitische artsen en verpleegkundigen in Primary Health Care-projecten. Nergens in de bundel wordt gewezen op de problemen die uit deze samenwerking kunnen voortkomen, terwijl ook inheemse geneeskunst vaak zonder meer als een volwaardig alternatief voor kosmopolitische geneeskunst wordt aangeprezen. Er staan ook verslagen in van het opzetten van PHC-projecten, zonder dat ingegaan wordt op problemen die bij deze projecten kunnen optreden. Het lijkt wel of de discussie van de laatste jaren over PHC, Bamako en over de problemen die optreden bij samenwerking met traditionele genezers, volledig voorbij is gegaan aan de auteurs. Twee artikelen springen eruit: het artikel van Thomas Lux over concepten over malaria in Benin en van Annette Araújo over 'nervos' in Brazilië. Hieronder volgt een annotatie van de artikelen uit de bundel.

1. Rolf Wirsing, *Zur Integration traditionaler Heiler in das nationale Gesundheitssystem*. Zeer algemeen en reeds bekend verhaal over integratie van traditionele genezers in het gezondheidszorgsysteem. Hij pleit voor legalisering van de traditionele genezers en meent dat hun geneeskunst vooral gebaseerd is op het placebo-effect.

2. Wolfgang Krahl, *Subramaniam Tempelfest. Kommentar zum Film*. Het is onduidelijk waarom dit in de bundel is opgenomen.

3. Thomas Ots, *Medizinischer Pluralismus traditioneller und westlicher Medizin. Das Beispiel China*. Een helder en evenwichtig artikel, al blijft het jammer genoeg een nogal algemeen verhaal. De auteur geeft een kort historisch overzicht van de maatschappelijke positie van de traditionele Chinese geneeskunst. Hij benadrukt dat zowel het traditionele Chinese, als het kosmopolitische medische systeem een etiologisch internaliserend karakter hebben en dat dus integratie theoretisch mogelijk moet zijn, al kon dit niet vanwege politieke en sociale redenen. Hij gelooft ook niet dat dit zal gebeuren, behalve op deelaspecten. Hij benadrukt dat de vooruitgang op het gebied van gezondheid in China vooral te danken is aan hogere welvaart en aan preventieve maatregelen.

4. Thomas E. Heise, *Die traditionelle chinesische Medizin im Rahmen ihrer kulturellen Einbettung und ihr Verhältnis zur westlichen Medizin in der Gesundheitsversorgung der VR China*. Kort maar evenwichtig artikel over de geschiedenis van de traditionele Chinese geneeskunst en de invoering van de westerse geneeskunst in China. De auteur probeert duidelijk te maken hoezeer de geneeskunst en de ontwikkeling daarvan afhankelijk was van de politieke situatie. De westerse geneeskunst is nu, althans in de grote steden, het belangrijkste, en de traditionele wordt snel minder van belang en heeft ook al veel van haar elementen verloren. De traditionele geneeskunst is vooral belangrijk als nationalistisch element in de ideologie.

5. Jürgen Bachmann, *Orthopädie und Traumatologie in der Volksrepublik China. Die Kombination traditionell chinesischer und westlicher Medizin – ein Model angepasster Technologie?* Naast traditionele Chinese geneeskunst (TCM), bestaat er ook traditionele Chinese orthopedie (TCO). De auteur stelt dat TCO veel gemakkelijker samengaat met Westerse geneeskunst dan TCM.

6. Christine Tuschinsky, *Nicht-westliche Medizin und Religion in der Gesundheitsversorgung Indonesiens anhand zweier Beispiele: 'YAPTRI' und 'Pondok Pesantren Suryalaya'*. Een pleidooi om traditionele en religieuze behandelingsvormen te betrekken in het gezondheidsbeleid. De twee voorbeelden die beschreven worden, zijn YAPTRI, een vereniging van traditionele geneeskunst op Java die zich bezig houdt met het propageren van traditionele geneeskunst en ook met het opleiden van genezers. Opvallend is dat de geneeskunst voornamelijk gebaseerd is op de traditionele Chinese geneeskunst. Het tweede voorbeeld is een Sufi-islamitisch centrum op West-Java, dat zich onder andere richt op het behandelen van drugverslaafden. De behandeling, door de schrijfster een religieuze behandeling genoemd, bestaat uit een 'cold Turkey', gevolgd door een periode van resocialisatie. Het religieuze aspect wordt gevormd door godsdienstonderwijs en door het mediteren door middel van het uitspreken van religieuze formules. Het is een weinig kritisch betoog over traditionele geneeskunst, waarbij de positieve kanten soms wat overdreven worden. Opvallend is dat beide voorbeelden weinig 'wortels' lijken te hebben in de bevolking.

7. Dietlinde Kerber, *Couvade. Zur Bedeutung der Prophylaxe im Rahmen traditioneller Heilsysteme*. Een wel zeer kort en algemeen artikel over taboes en andere profylactische maatregelen tijdens de ante- en postnatale periodes, zoals die betracht worden door vooral de ouders ter bescherming van het kind. Hierbij verwijst de auteur naar meerdere

culturen in verschillende continenten en stelt dat traditionele verloskunde vaak geprefereerd wordt boven westerse vanwege deze magische profylactische maatregelen.

8. Albert Petersen, *Traditionelle medizinische Systeme in kirchlichen Gesundheitsprojekten*. De auteur stelt dat in Afrika ziekte beschouwd wordt als iets dat niet alleen biomedische oorzaken heeft en dat de traditionele geneeskunst vooral de harmonie van de patiënt met de sociale, natuurlijke en bovennatuurlijke omgeving probeert te herstellen. Deze opvatting zou nauw aansluiten bij moderne Westerse opvattingen over ziekte en gezondheid. Hij pleit voor een gelijkwaardige samenwerking tussen Westerse en traditionele geneeskunst.

9. Friedrich von Massow, *Können traditionelle Heilmittel gleichberechtigt neben modernen Arzneimitteln verwendet werden? Eine Überlegung anhand der Ergebnisse einer Studie der GTZ über die Erstellung eines 'Arzneibuchs der Heilpflanzen' des Niger*. Verslag van een lopend onderzoek naar de werkzame stoffen in traditionele geneesmiddelen, waarbij men keek of men dezelfde maatstaven kon hanteren als voor Westerse geneesmiddelen. Een aantal bleken hieraan te voldoen en kunnen aldus ingevoerd worden in het systeem. Op deze wijze, aldus de auteur, kunnen de kosten voor de import van medicijnen gedrukt worden.

10. Thomas Lux, *Malaria im Kontext eines westafrikanischen Dorfes. Zur Rezeption des Fremden in der Medizin*. Een interessant artikel van een arts over een antropologisch thema. Hij laat zien hoe een mannelijke verpleger in Noord-Benin bepaalde voorstellingen over boze geesten en heksen als oorzaken van ziekte weliswaar afwijst, maar desondanks overplant op theorieën over het microscopische. De auteur laat aan de hand van het voorbeeld van malaria zien hoe parasieten en bloedcellen bepaalde rollen krijgen toegewezen die afgeleid zijn van traditionele voorstellingen. Anderzijds laat hij zien hoe de verpleger zijn voorstelling van geesten en heksen heeft aangepast onder invloed van kosmopolitische biomedische ideeën. Met andere woorden, de verpleger heeft zijn eigen symbolisch systeem ontwikkeld. De auteur wijst erop dat dit gebeurt, doordat de verpleger zich door zijn opleiding en status afzet tegen de dorpingen, maar wel opgegroeid is in dezelfde cultuur; anderzijds is hij de vertolker van de biomedische concepten naar de dorpsbewoners toe. Door dit vertolkingsproces heeft hij een eigen beeldspraak ontwikkeld die afwijkt van zowel het biomedische als het traditionele systeem, en die daardoor door beide categorieën mensen weinig begrepen wordt.

11. Claudia Herlt-Wolff, *Traditionelle Medizin bei den Mazahua Indianern. Berührungspunkte und -ängste: Erfahrungen aus drei Jahren ärztlicher Tätigkeit*. Een nogal saaie opsomming van de karakteristieken van een PHC-project bij de Mazahua in Mexico. Ook de privé-artsen en de traditionele genezers worden kort besproken. De auteur stelt slechts vast dat de patiënt een uitgebreide keuze aan therapie-opties heeft.

12. Annette Araújo, *Herr Dokter, es sind die Nerven. Zur Relevanz 'traditioneller' Erklärungsmodelle in der Schulmedizin am Beispiel Brasiliens*. Een interessant artikel over 'Nervos', een zenuwziekte onder Braziliaanse vrouwen. De ziekte wordt in verband gebracht met 'zwakte'. De auteur legt relaties met de onafhankelijkheid van vrouwen van mannen en stelt dat het voornamelijk een symptoom is dat voorkomt bij vrouwen die door hun echtgenoten verlaten zijn, zodat de vrouwen zelf de verschillende contacten met de buitenwereld moeten onderhouden, iets wat niet tot hun traditionele terrein behoort. Ook legt ze het verband met heet/koud-denkbelden, waarbij deze vervangen

lijken te worden door zwak/sterk-denkbepelden. Deze verandering verbindt ze aan de gedwongen industrialisering die Brazilië heeft doorgemaakt. Doordat het artikel zo kort is, kunnen de interessante ideeën nauwelijks worden uitgewerkt.

13. Rike & Johannes Zinkler, *Rezadeiras im Projeto Canindé. Integration von traditionellen Heilerinnen in ein Primary-Health-Care-Projekt in Brasilien*. Beschrijving van een aantal inheemse ziekte-etologieën en van een project waarbij gebedsgenezers en traditionele vroedvrouwen betrokken werden bij een lokaal ziekenhuisje. Het resultaat tot dusver is dat de artsen afwijzend staan tegenover de gebedsgenezers, terwijl deze redelijk welwillend ontvangen worden door de katholieke nonnen-verpleegsters van het ziekenhuis.

14. Walter Andritzky, *Psychosoziale Wirkfaktoren in magisch-religiösen Heilritualen. Das Mesa-Ritual in Nordperu*. Beschrijving en analyse van het 'Mesa' (=altaar)-genezingsritueel in Peru. Naast een beschrijving van de figuurtjes die in de divinatie worden gebruikt, analyseert hij het verloop van het genezingsritueel aan de hand van verschillende handelingstypen en sensorische stimulansen.

15. Erdmute Pioch, *Basisgesundheitswesen und traditionelle Medizin in Sucumbios/Ecuador. Erfahrungen eines Jahrestreffens von Gesundheitspromotorinnen 1989*. Korte impressie van een sessie waarbij men leerde van en onderwijs gaf aan inheemse genezers (vroedvrouwen en kruidengenezers) als onderdeel van een PHC-project. Enige evaluatie of beschrijving van de verdere opzet van het project ontbreekt.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de besproken publikatie, door de verscheidenheid aan artikelen, bruikbaar is bij een inleiding voor artsen op het onderwerp van traditionele geneeskunst in Derde-Wereldlanden. Echter, de auteurs hebben veel kansen laten liggen om er ook een echt interessante bundel van te maken en, vooral door het ontbreken van kritische artikelen, sluit het niet goed aan bij de huidige discussie over lokale gezondheidszorgsystemen in Derde-Wereldlanden.

Cor Jonker

Ivan Wolffers, *Patients without frontiers*. Amsterdam: VU Primary Health Care Publications, 1990. 63 pp. Prijs: f22,50.

Ivan Wolffers (ed.), *The role of traditional medicine in primary health care*. Amsterdam: VU Primary Health Care Publications, 1990. 76 pp. Prijs: f22,50.

Ivan Wolffers & Daniel Nelson, *Primary health care and diarrhoea*. Amsterdam: VU Primary Health Care Publications, 1991. 87 pp. Prijs: f22,50.

Ivan Wolffers, *Aids and primary health care, the role of non-governmental organisations*. Amsterdam: VU Primary Health Care Publications, 1992. Prijs: f22,50.

Sinds 'Primary Health Care' (PHC) in 1978 gemeengoed werd in de wereld van internationale gezondheidswerkers zijn er vele interpretaties van gegeven. Ivan Wolffers



houdt er een uitgesproken opvatting op na, en deze opvatting is het uitgangspunt geworden voor een serie boekjes over PHC. Het eerste deel, dat een vertaling is van zijn eerder bij Contact verschenen bewerking van zijn inaugurele rede aan de VU, is eerder op deze plaats besproken door Trudie Gerrits. Inmiddels zijn drie volgende delen verschenen die ingaan op de relatie tussen PHC en respectievelijk traditionele geneeswijzen, diarree en AIDS.

In zijn eerste deel gebruikt Wolffers het perspectief van het marktmechanisme om aan te geven hoe zwak de positie van de gebruikers van gezondheidszorg is. Hij doet dit in dezelfde lijn als Ivan Illich en Hans Achterhuis eerder deden. Op de markt voor gezondheidszorg nemen de gebruikers, de patiënten, een zwakke positie in door hun onderlinge verdeeldheid tegenover de georganiseerde aanbodzijde, die haar eigen vraag creëert en haar positie monopoliseert. Deze zwakke positie geldt voor alle gebruikers in zowel arme als rijke landen. Om deze positie te verbeteren is een wezenlijke verandering van de structuur van de gezondheidszorg zelf nodig. PHC is het proces dat aan die verandering gestalte geeft.

Daarbij gaat het in de eerste plaats om het bepalen van de behoeften van de gebruikers. Het installeren van democratische platforms waar mensen meebeslissen over zaken die van direct belang zijn voor hun alledaagse leven is wezenlijk voor PHC. Om binnen de veelheid van verlangens prioriteiten aan te brengen is kennis vereist, die verkregen kan worden door 'passende' informatie. Met behulp van deze kennis kan dan de professionalisering van het discours in de geneeskunde, zowel in de vertaling van de persoonlijke klacht naar de 'ziekte' als in de vertaling van de farmaceutische industrie naar de behandeling van die ziekte, tegengegaan worden. De overheid dient een rol te spelen in het controleren van de beïnvloeding van de arts door de medische industrie. Zij dient tevens te beseffen dat de beste manier om de vraagzijde te beschermen tegen de aanbodzijde ligt in het aanbieden van emanciperend onderwijs, waardoor mensen beter in staat zullen zijn hun eigen belangen te onderkennen en te verdedigen.

Kennis is het belangrijkste wapen in de PHC-revolutie. Deze serie is in de eerste plaats bedoeld om aan de verspreiding van kennis bij te dragen, aldus Wolffers. Nadat in het eerste deel vastgesteld is wat PHC zou moeten zijn, wordt in de volgende drie deeltjes telkens een thema behandeld vanuit deze PHC-opvatting. De benadering van de gezondheidszorg als een markt blijft gehandhaafd. Basiskennis over het onderwerp wordt samen met een aantal verschillende meningen gepresenteerd. Op die manier willen Wolffers en zijn medewerkers bijdragen aan de produktie van onpartijdige informatie. Paternalistische simplificaties worden in de deeltjes vermeden, en de lezer wordt uitgenodigd een standpunt in te nemen in deze 'dialogische' vorm van kennisoverdracht.

Het thema in deel twee is de rol van traditionele geneeswijzen binnen PHC. Wolffers geeft in zijn inleidend artikel de verschillende argumenten voor en tegen de integratie van traditionele geneeswijzen in PHC. Hij wijst op het bestaan van vele verschillende medische tradities, waarvan de moderne geneeskunde er een is. Er moeten daarom drie vragen gesteld worden als het gaat om de rol van 'traditionele geneeswijzen' binnen PHC: wat kan de traditionele sector voor PHC betekenen; wat kan PHC voor de traditionele sector betekenen; en wat levert een integratie van beiden op voor de bevolking?

De belangrijkste activiteit binnen PHC is het organiseren van mensen, en het bevorderen van een verstandig gebruik van alle beschikbare faciliteiten. De traditionele sector

hoort daar natuurlijk bij, maar dat wil niet zeggen dat ze een rol binnen PHC als proces speelt. Hoe de verhouding tussen de verschillende sectoren in de gezondheidszorg zich ontwikkelt wanneer de bevolking een goed geïnformeerde, vrije keuze kan maken, valt buiten het bereik van PHC. Deze verhouding zal op de markt bepaald worden.

Vervolgens wordt in vijf artikelen aandacht besteed aan pogingen de integratie tussen verschillende sectoren te bevorderen. Vier ervan hebben de integratie van traditionele geneesmiddelen in het totale geneesmiddelenpakket tot onderwerp (in Thailand, Bangladesh en Indonesië), de vijfde behandelt traditionele massage als een alternatief voor duur medicijngebruik in Thailand. In alle gevallen gaat het om vermindering van de afhankelijkheid van de bevolking van moderne, dure medicijnen.

Alle bijdragen zijn oorspronkelijk gepresenteerd op de 'Third International Conference on Traditional Asian Medicine' in Bombay, in januari 1990. Dat verklaart de regionale beperking (alle vijf de bijdragen bespreken experimenten in Zuidoost-Azië). Jammer is, dat de bijdragen ook een thematische beperking hebben. Omdat alleen gekeken wordt naar de mogelijkheden van het gebruik van traditionele geneeswijzen ter vervanging van dure moderne geneesmiddelen, wordt voorbijgegaan aan de bredere rol die de traditie kan spelen in de samenleving. Het vaak holistische karakter van traditionele geneeswijzen wordt in deze benadering tekort gedaan, en van de door Wolffers genoemde drie vragen wordt eigenlijk alleen de eerste gesteld. Om de waarde van de traditionele sector voor het proces van PHC te bepalen, lijkt het marktmodel tekort te schieten.

Het derde deel gaat over diarree en orale rehydratie therapie (ORT). Samen met Daniel Nelson heeft Wolffers hier geprobeerd basiskennis en meningen samen te laten gaan in een boekje dat zowel een naslagwerk voor gezondheidswerkers, als een bijdrage aan de bewustwording van wat de werkelijke problemen in arme landen wil zijn. Wolffers en Nelson maken wederom gebruik van het marktmodel van de gezondheidszorg om uit te leggen waarom ORT, "wellicht de belangrijkste medische doorbraak van deze eeuw", zo moeizaam zijn weg naar de bevolking vindt (zie ook het artikel van Anneloes van Staa in het vorige nummer van *Medische Antropologie*).

Een groot deel van het boekje is verder besteed aan feitelijke informatie omtrent diarree, ORT, antibiotica en geneesmiddelen die tegen diarree gebruikt worden. Tenslotte worden de marktmechanismen binnen de gezondheidszorg nogmaals aan de kaak gesteld in een kleine case-study van het hydroxychinoline schandaal (begin jaren zeventig vielen veel slachtoffers bij de SMON-epidemie in Japan, veroorzaakt door verkeerd gebruik van geneesmiddelen bij diarree).

De behandeling van de raakvlakken tussen AIDS en PHC in het vierde deel vormen de achtergrond voor een specifiek probleem in de PHC: hoe komt werkelijke participatie van de gebruikers van de gezondheidszorg tot stand? Dat AIDS een nieuwe markt in het leven heeft geroepen wordt door Wolffers nog eens duidelijk gemaakt. Hij onderscheidt twee soorten NGO's die zich op deze markt bewegen: die waarin de patiënten zelf een stem hebben, en die gevormd worden door de professionals. In het kader van Wolffers' opvatting over PHC ziet hij belangrijke taken voor deze groepen liggen op het gebied van de rechten van de gebruiker van gezondheidszorg, door controle uit te oefenen op de activiteiten van professionals en politici op de AIDS-markt. Die controle kan alleen tot stand komen met behulp van goede informatie en zal moeten worden uitgeoefend door gemobiliseerde, georganiseerde patiënten.

Wolffers meent dat het goed is om de gezondheidszorg als een markt van vraag en aanbod te zien, omdat daarmee duidelijk getoond wordt hoe zwak de positie van de gebruikers van gezondheidszorg is. Deze analyse verheldert de door Wolffers zelf gesignaleerde problemen bij het op gang brengen van een proces dat tot structurele verandering leidt (PHC) echter niet. Gebruikers van gezondheidszorg zijn niet alleen patiënten. Tegelijkertijd zijn het ook burgers en klanten (zie artikel van Mol in *Gezondheidszorg en politiek*, juli 1991). De rollen en belangen van klant, burger en patiënt lopen door elkaar, en omdat maar weinig mensen uitsluitend patiënt zijn, kan men zich op grond van alleen die belangen moeilijk verenigen en organiseren.

Daarnaast is de revolutie die PHC zou moeten bewerkstelligen een van boven opgelegde revolutie – zoals Wolffers zelf ook stelt. Hij noemt drie opmerkelijke partijen als dragers van die revolutie. In de eerste plaats kent hij aan 'village health workers' een centrale rol toe in het bewustmakingsproces in hun gemeenschap; een rol die niet in overeenstemming is met de ervaringen met VHW's tot nu toe. In de tweede plaats wordt van overheden verwacht haar burgers te beschermen door middel van de emanciperende werking van dialogisch onderwijs. Dat zou een ondergraving van de eigen positie van vele overheden zijn, een soort zelfverloochening waartoe Wolffers de medische stand al nauwelijks in staat acht. En in de derde plaats is het deze medische stand met haar sterke marktpositie, die door haar wetenschappelijke tak de ontwikkelaar, en door haar praktische plaats in de samenleving de boodschapper moet zijn van de kern van PHC, relevante kennis door dialogisch onderwijs. Alles bij elkaar roept dat geen hoopvol toekomstbeeld op voor PHC als proces.

Wolffers noemt al die problemen, maar stelt dat de (on)mogelijkheid om een haven te bereiken niets zegt over de waarde van een baken. Al zijn er veel moeilijkheden te overwinnen, PHC blijft iets waar naar gestreefd moet worden: het gaat tenslotte om het ideaal van een gedemocratiseerd gezondheidszorgsysteem dat beter voldoet aan de vraag van de mensen. Het belang daarvan is niet bespreekbaar, aldus Wolffers. Een dergelijke discussie zou vrijblijvend gefilosofeer zijn in het licht van de 'werkelijke' problemen. Niemand mag mensen het recht ontzeggen op een vrije ontwikkeling van hun vermogen om hun levenscondities te verbeteren.

Toch denk ik dat de wijze waarop Wolffers het proces van PHC schetst, met het gebruik van het marktmodel, de revolutie van bovenaf, de bepaling van het 'belang van de gemeenschap' in verhouding tot het recht van alle individuen, en niet in de laatste plaats de positie van Wolffers' eigen 'freischwebende Intelligenz' interessante materie is voor tenminste enige conceptuele verheldering.

Willem van de Put