

Boekbesprekingen

Maurice Bloem & Ivan Wolffers (eds), *The impact of injections on daily medical practice*. Primary Health Care Publications 6. Amsterdam: VU University Press, 1993. 129 pp. Prijs: f 24,50.

Deze publikatie, de zesde in de PHC-serie van de Vrije Universiteit, biedt een scala van artikelen over het gebruik van injecties in ontwikkelingslanden met praktijkvoorbeelden uit Indonesië, Ecuador, Thailand en Uganda. De auteurs gebruiken verschillende invalshoeken om het injectie-probleem te beschrijven. Naast kwantitatieve gegevens over het gebruik van injecties worden verschillende verklaringen voor hun populariteit gepresenteerd.

Over het algemeen weten we weinig van de injectie-praktijken in ontwikkelingslanden af, terwijl injecteren nu een van de voornaamste bezigheden van het gezondheidspersoneel in deze landen is. Injecties worden echter zelden als probleem gezien (noch op macro- noch op micro-niveau). Integendeel, injecties verhogen de status en het inkomen van diegene die ze toe dient. Injecties zijn ook populair bij de bevolking. Ze worden gezien als het kenmerk bij uitstek van de westerse geneeskunde en ze zijn het symbool van de moderne medische technologie. In het verleden hebben massale vaccinatie-campagnes gezorgd voor uitroeiing van enkele dodelijke infectie-ziekten (zoals pokken). Injecties worden verkozen boven pillen. Hier liggen lokale percepties aan ten grondslag (deze komen later ter sprake). Niet zelden is de motivatie van het gezondheidspersoneel dat ze zodoende meer controle hebben over de 'compliance' dan bij pil-gebruik.

Een groot deel van de injecties wordt overigens in de informele sector (privé-artsen, medicijn-verkopers) verstrekt, deze praktijken zijn moeilijk te controleren en nog nauwelijks onderzocht.

Injecties zijn duurder dan andere medicijnen, en betekenen een extra (vaak overbodige) last voor het budget van huishoudens en gezondheidscentra. Injecteren brengt ook grote gezondheidsrisico's met zich mee: Door geen of slechte sterilisatie is er het risico van infectie. Dit is de laatste jaren als gevolg van het HIV-virus actueler en relevanter geworden. Injecties kunnen gezwollen en allergische reacties tot gevolg hebben, wat weer extra medische kosten met zich meebrengt. Bij kinderen is er een verhoogde kans op verlamming. Bovendien zal door de complicaties als gevolg van injecties het verzet tegen vaccinaties toenemen.

Behandeling met een injectie is gezien bovengenoemde gevaren vaak een irrationele keuze. Toch zijn injecties zeer populair. Gedeeltelijk moet de verklaring voor deze populariteit in de culturele context gezocht worden. Over het algemeen vindt zowel het gezondheidspersoneel als de bevolking dat injecties sneller en effectiever werken. Ze gaan direct naar het bloed en 'make the blood good again'. Het ritueel van het injecteren (beschouwd als geheime kennis) draagt bij aan het helende imago van de injectie naald.

Ook is er sprake van wat Sciortino in haar bijdrage de vicieuze cirkel van het injecteren noemt: "Health workers give injections because they think the patients want them, patients want injections because the health workers give them." Voor patiënten kan het belangrijk zijn wie injecteert, in Uganda is 'een goede hand' van belang (pijnloos injecteren werkt beter).

De laatste tijd signaleert men echter toenemend verzet tegen injecties. Twee voorbeelden: In Indonesië zeggen de moeders steeds vaker nee tegen injecties voor hun kleine kinderen vanwege de gevaren die eraan verbonden zijn (bijvoorbeeld verlamming). In Uganda hebben veel mensen angst voor besmetting met HIV via injecties van het gezondheidspersoneel. Zij gaan daarom steeds meer over op het zelf thuis injecteren met eigen naalden ("the use of one needle within the family is considered safe").

Het is naïef de schuld van het injectie-probleem bij de falende PHC-invoering te leggen. Alhoewel PHC volgens de redacteurs "a planned and not spontaneous change" is, spelen historische (succes van vaccinatie-campagnes), economische (verhoging van status en inkomen a.g.v. injecteren) en sociaal-culturele factoren een mogelijk belangrijker rol. Er is meer en effectiever onderzoek nodig, onderzoek dat ook bijdraagt aan de bewustwording van de lokale gezondheidswerkers. Hardon geeft in haar bijdrage over drie WHO-onderzoeksprojecten in Uganda, Senegal en Indonesië een aantal richtlijnen voor verantwoord onderzoek naar de praktijk van injecties.

De weinige aanbevelingen op het einde van de bijdragen komen hoofdzakelijk neer op het doen van meer onderzoek ("rapid assessment procedures to get a quick and clear view") en meer voorlichting en informatie. Een belangrijke invalshoek voor de voorlichting kan de toenemende weerstand tegen injecties zijn. Bewustmaking van de angst van de mensen voor injecties is een belangrijke eerste stap. Sciortino is in haar artikel de mening toegedaan dat het gezondheidspersoneel de eerste stappen moet zetten. Daartoe is bijscholing en structurele verandering noodzakelijk: "the image of biomedicine as a curative and technical approach to disease, and its association with injections has to be deconstructed" noodzakelijk. Tot slot nog een kritische noot. Informatie-verstrekking wordt vaak aanbevolen als een van de belangrijkste middelen tot verandering van de situatie, zonder echter in te gaan op de vraag hoe dat moet gebeuren. De grootste waarde van deze publikatie ligt in het feit dat het injectie-probleem onder de aandacht wordt gebracht en in een breed sociaal-cultureel kader geplaatst.

Mark Raijmakers

Medicine betrayed. The participation of doctors in human rights abuses. London: British Medical Association, Zed Books, 1992. 235 pp. Prijs: f 45,00¹

Wanneer wordt de goede bedoeling van een arts om een gevangene te beschermen een alibi voor de folteraar? Wat is de schuld van de arts die getuige is van marteling en hier geen ruchtbaarheid aan geeft? Hoe moedig moet hij zijn om weerstand te bieden aan bedreigingen om zijn mond te houden en mee te doen aan foltering? Hoe snel zal hij een verklaring van een natuurlijke doodsoorzaak tekenen, zodat een doorgemarteld slacht-

offer begraven wordt en gerechtelijk onderzoek achterwege blijft? En hoeveel is het de artsenorganisaties er eigenlijk aan gelegen om zich in te zetten voor het behoud van mensenrechten en hun leden te beschermen tegen pressie van politie en militairen om met hun mee te werken? Deze en vele andere vragen komen aan de orde in het recente rapport *Medicine betrayed* van de British Medical Association (BMA), dat in 1992 verscheen als vervolg op het in 1986 verschenen *Torture report*.² Een werkgroep heeft zich jarenlang beziggehouden met horen van getuigen en het documenteren van gevallen van incidentele en systematische betrokkenheid van artsen bij mensenrechtenschendingen. Onder de bezielende leiding van de helaas op jonge leeftijd overleden Dr. John Dawson heeft de werkgroep ervoor gezorgd dat de BMA het zonder enige twijfel meest gezaghebbende en meest complete werk op het gebied van mensenrechten en de rol van artsen heeft gepubliceerd.

Dat artsen actief met folteraars samenwerken, en zich schuldig maken aan grove mensenrechtenschendingen, werd op pijnlijke wijze duidelijk tijdens de internationale tribunalen van Neurenberg en Tokyo. Over deze misdaden tegen de mensheid en de motieven van de daders zijn vele studies verricht en boeken verschenen, waarvan die van Lifton en meer recent van Annas & Grodin een goed inzicht geven.^{3, 4} Hoewel de omstandigheden waaronder de nazi dokters hun misdaden begingen, uitzonderlijk waren, is de medeplichtigheid van artsen aan grove mensenrechtenschendingen veel groter dan veelal wordt aangenomen.

Na de tweede wereldoorlog zijn vele internationale verklaringen en codes over medische ethiek en de onaantastbaarheid van het recht op medische zorg opgesteld, maar die worden dagelijks op grote schaal geschonden. De Geneefse Conventies, die voorzien in de bescherming van medische transporten en de zorg voor zieken en gewonden, worden onder andere in Bosnië en Somalië met voeten getreden. De verklaring van de wereldartsenorganisatie (WMA) tegen participatie van artsen aan de doodstraf wordt geschonden door artsen onder meer in de USA, Maleisië en Singapoere, en de Declaration of Tokyo (1975, WMA) die gedwongen voeding van hongerstakingers verbiedt, wordt veelvuldig op vele plaatsen geschonden.

Internationaal onderzoek naar de schendingen van mensenrechten toont aan hoe fragiel deze internationale regels zijn tegen de realiteit van oorlog en onderdrukking; niettemin zijn ze een belangrijk instrument voor hen die zich inzetten voor mensenrechten. Ook blijkt steeds weer dat artsen een vaak kwetsbare positie innemen inzake mensenrechten. Niet alleen omdat ze betrokken kunnen raken bij schendingen, maar ook omdat ze vaak de eersten of zelfs enigen zijn die getuige zijn van de sporen en littekens van marteling (het behandelen van de slachtoffers; het verrichten van forensische expertise), van mensonterende omstandigheden (gevangenissen; psychiatrische inrichtingen), en van politiek geweld (verdwijningen, verkrachtingen, executies). Daarnaast staan ze vaak bloot aan druk om hun medische onafhankelijkheid ondergeschikt te maken aan het staatsbelang of om mee te werken aan gerechtelijk geweld (lijfstraffen).

Ongeveer tien jaar geleden begonnen artsen, individueel en in georganiseerd verband, belangstelling te tonen voor hun rol en verantwoordelijkheid bij de bescherming van mensenrechten. Vanuit Amnesty International werden hiertoe belangrijke impulsen gegeven en op vele plaatsen in de wereld werden centra voor de behandeling van slachtof-

fers van opgericht. Ook ontstonden organisaties van artsen en andere gezondheidswerkers opgericht, die zich specifiek bezighielden met 'health and human rights', zoals Physicians for Human Rights (USA, UK, Denemarken, en Israël/OT), en in Nederland de Johannes Wier Stichting. In een groot aantal landen werd onderzoek gedaan naar mensenrechtenschendingen, en wordt er gewerkt aan de bewustwording van de beroepsgroepen met betrekking tot mensenrechten.

In *Medicine betrayed* komen vrijwel alle aspecten van 'health and human rights' aan de orde. Na inleidende hoofdstukken over de historische en juridische achtergronden, volgt een bespreking van de goed gedocumenteerde betrokkenheid van artsen bij marteling. Behalve de directe aanwezigheid van de arts in de folterkamer en zijn motieven (vrije wil, politieke overtuiging, onkunde, onverschilligheid, sociale druk en afglijden van de 'goede bedoeling' naar rechtstreekse betrokkenheid), komen ook aan de orde het grijze gebied van het behandelen (oplappen) van de slachtoffers en het verlenen van administratieve diensten (valse geboortebewijzen, valse doodsoorzakenverklaringen) en het niet rapporteren van marteling, waarvan men getuige is geweest. Wat betreft de betrokkenheid van artsen, geeft het rapport ons ook het historisch perspectief van een groeiend collectief bewustzijn. Zo herinnert het rapport ons eraan dat nog niet zo lang geleden in 1972 de commissie Compton en Parker de ondervragingsmethoden (langdurig staan, blootstelling aan lawaai, onthouden van voedsel en vocht, en 'hooding', het bedekken van het hoofd van de ondervraagde met een nauwe muts), door de politie van Noord-Ierland goedkeurde. Later, in 1976 betitelde de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens in 1976 deze technieken als marteling. De BMA nam de zaak op en veroordeelde de uitspraken van de genoemde commissies.

Terwijl het *Torture report* van 1986 nog een uitzondering maakte voor lijfstraffen, omdat deze binnen het rechtstelsel van de betreffende landen plaatsvinden, benoemt *Medicine betrayed* lijfstraf als een wrede en onmenselijke straf. Uitgebreid wordt gedocumenteerd hoe in vele voormalige Britse koloniën geseling voorkomt, alsook in een aantal islamitische landen onder de Shari'a wetten. In al deze gevallen worden artsen ingezet om de veroordeelden 'fit for punishment' te verklaren en om tijdens geselingen aan te geven hoeveel de veroordeelde fysiek kan lijden. De arts moet dan aangeven na hoeveel slagen er een herstelfase moet worden ingelast en wanneer men de rest van de slagen kan toedienen. Dit kan vele sessies voortduren. Ook adviseren artsen de beulen in het op 'correcte' wijze verdoven en amputeren van handen en voeten. De Johannes Wier Stichting deed onderzoek naar de betrokkenheid van Nederlandse (tropen)artsen bij (lichtere vormen van) lijfstraffen; het bleek dat zo'n 25% van de respondenten op de een of andere wijze bij lijfstraffen betrokken waren.⁵

Bij de uitvoering van de doodstraf is de betrokkenheid van artsen (vooral psychiaters) bij de voorbereiding van de doodstraf en de aanwezigheid van artsen bij de executie genoegzaam bekend. Soms is de betrokkenheid wel heel direct, zoals bij het aanleggen van een infuus waardoor het dodelijke gif wordt toegediend. Minder bekend is de situatie in andere landen, zoals bijvoorbeeld in Taiwan, waar veroordeelden organen afstaan, en waarbij de executieprocedure wordt gekoppeld aan een medische procedure om de organen vitaal te houden. Sinds de wet die dit mogelijk maakt in 1990 werd ingevoerd, zijn (tot 1992) vijftig veroordeelden geëxecuteerd en hebben twintig daarvan organen

afgestaan. Artsen van het National Taiwan Hospital drongen er bij de minister van justitie op aan om de executie (met de kogel) door het hoofd en niet door het hart te laten plaatsvinden met het oog op orgaantransplantatie en research. Dit soort praktijken is in 1992 door de internationale Transplantation Society afgekeurd.

Het rapport beschrijft het fenomeen van de hongerstaking en de in nog vele landen toegepaste gedwongen voeding. Hoewel de *Declaration of Tokyo* dit expliciet verbiedt, wordt het nog in vele landen wel gedaan. Hongerstaking, het wapen van de machteloze, is een laatste mogelijkheid van een gevangene om zijn wil kenbaar te maken en is voor de overheid vaak zeer bedreigend, zoals in Nederland in 1991 nog duidelijk werd tijdens een massale hongerstaking van Vietnamese asielzoekers. In sommige landen, zoals Marokko, leefden en stierven hongerstakers onder erbarmelijke en mensonterende omstandigheden.^{6,7}

Medicine betrayed gaat kort in op ethische dilemma's zoals maagdelijkheidsverklaringen, vrouwenbesnijdenis, orgaanhandel, experimenten op gevangenen en gaat daarbij de situatie in Engeland niet uit de weg, met name wat betreft de situatie in gevangenissen.

In een apart hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de arts als slachtoffer. In vele landen zijn artsen, door hun ondubbelzinnige houding ten gunste van het in stand houden van de Rechten van de Mens, individueel of collectief critici van de overheid geworden en er veelal mee in aanvaring gekomen. Dit kan betekenen dat artsen en andere gezondheidswerkers bedreigd, gevangen genomen en gemarteld of vermoord worden, hun carrière gebroken wordt, of sociaal en professioneel worden geïsoleerd. Zo zijn meer dan honderd gezondheidswerkers in de Filipijnen door hun neutrale houding en hun weigering om namen van 'verdachte' patiënten door te geven aan de overheid, in moeilijkheden gekomen, zijn vele artsen gemarteld, vermoord en gevangen gezet (Zuid Afrika, Egypte) of ter dood veroordeeld (Soedan).⁸ Artsenorganisaties zijn verboden (Soedan, Syrië) en artsen zitten al meer dan tien jaar gevangen zonder vorm van proces, terwijl niemand iets van hun lot weet. De houding van de artsenorganisatie is van grote betekenis voor de veiligheid van de individuele arts, die zich voor de mensenrechten inzet. Als positief voorbeeld heeft steeds de Chileense Collegio Medico gegolden, die tijdens de militaire dictatuur waar mogelijk marteling tegenging en haar leden steunde en aanmoedigde om sporen van martelingen te documenteren. De Turkse artsenorganisatie weigerde in 1986 terug te komen op het advies aan haar leden om niet mee te werken aan de doodstraf, waardoor het bestuur in de beklaagdenbank terecht kwam, wegens ongeoorloofde 'politieke activiteiten'. In vele landen echter heerst onverschilligheid of angst, waardoor er soms van medeverantwoordelijkheid voor een slechte 'human rights record' kan worden gesproken (Zuid-Afrika voor 1991, Marokko).

Medicine betrayed toont aan dat niet alleen goede documentatie, maar ook bewustwording en een actieve opstelling van de beroepsgroep essentieel zijn voor het behoud van de rechten van de mens. Want ook in dit rapport wordt opnieuw duidelijk wat het *Torture report* al zei: "Silence in collusion."

Adriaan van Es

Noten

1. *Medicine betrayed* kan tegen een gereduceerde prijs worden besteld door storting van f 45,00 (incl. verzendkosten) op girorekening 3626334 van de Johannes Wier Stichting te Amersfoort o.v.v. 'Medicine betrayed.'
2. British Medical Association, *Torture report*, 1986.
3. Lifton, R.J., *The nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide*, London: Papermac, 1986.
4. Annas, G.J. & M. Grodin, *The nazi doctors and the Neurenberg Code: human rights in human experimentation*, Oxford: Oxford University Press, 1992.
5. Johannes Wier Foundation, *Health professionals and corporal punishment*, The Hague: JWF, 1990.
6. Raat A.M., Hunger Strikes in Morocco. *Lancet*, 1989: 982.
7. Visser, J., *Soins médicaux en prisons du Maroc*. Amersfoort: Johannes Wier Foundation, 1992.
8. Es, A. van, *Health and human rights in the Philippines*, Amersfoort: Johannes Wier Foundation, 1990.

Gerard Broekx e.a., *Huisarts en migrant met psychosomatische klachten: tips en getuigenissen*. Utrecht: Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, 1991. 109 pp. Prijs: f 8,-.

Het doel van dit boekje is de huisarts te helpen in zijn werk met migranten met psychosomatische klachten. Het biedt een systematische werkmethode aan als kompas in het contact met patiënten met spanningsklachten.

Het boekje bestaat uit een aantal korte verhaaltjes en een reeks praktische tips. De auteurs gaan ervan uit dat het in geval van spanningsklachten vaak zinvol is dat de huisarts de patiënt naar andere hulpverleners doorverwijst. Het verwijzen moet het sluitstuk vormen van een gefaseerd proces, wil men een redelijke kans hebben dat de patiënt de verwijzing ook zal opvolgen. De verschillende onderdelen van dat proces worden in zes hoofdstukjes beschreven. Telkens worden de behandelde aspecten ingeleid met een kort verhaal, waarna er meer in detail ingegaan wordt op mogelijke strategieën. Achtereenvolgens komen aan bod: communicatie, de verwachtingen van de patiënten ten overstaan van de hulpverlener, de visie van arts en patiënt op de somatische aspecten van de klachten, de gespreksstrategie voor het achterhalen van de psychosociale achtergronden ervan, het geven van informatie over spanningsklachten en de eventuele verwijzing.

Daarna volgen drie hoofdstukken, gewijd aan factoren die de relatie met de patiënt kunnen bemoeilijken: de invloed van traditie en religie, contacten met artsen in het moederland en uitkeringsproblemen.

Tenslotte wordt nog een overzicht gegeven van hulpmiddelen, instellingen en literatuur die voor de huisarts nuttig kunnen zijn om dergelijke patiënten efficiënter te begeleiden. In een bijlage is een handleiding opgenomen met concrete vragen voorzien van toelichtingen, die gebruikt kunnen worden om culturele en religieuze achtergronden van de spanningsklachten te achterhalen.

Huisarts en migrant met psychosomatische klachten is een zeer bruikbaar hulpmiddel voor de huisarts. Doordat het concrete en zinvolle tips geeft, die in de meeste gevallen

gemakkelijk toepasbaar zijn in de praktijk, kan het ongetwijfeld in aanzienlijke mate bijdragen tot een verbetering van de hulpverlening aan migranten met psychosomatische klachten. De verhaaltjes die als inleiding tot elk hoofdstuk fungeren, geven een zeer goed beeld van belangrijke aspecten van de beleving van ziekte en hulpverlening van (vooral eerste generatie) migranten. Er wordt bovendien een beeld in geschetst van de context waarbinnen de psychosomatische klacht ontstaat. Uit contacten met huisartsen weten we dat zelfs huisartsen die vrij veel migranten onder hun patiënten tellen, soms erg weinig op de hoogte zijn van de leefwereld van de allochtone patiënt. Voor dergelijke huisartsen kan dit boekje ongetwijfeld een grote hulp betekenen.

Op enkele plaatsen schiet *Huisarts en migrant met psychosomatische klachten* toch te kort. Zo wordt in het tweede hoofdstuk niet meteen duidelijk hoe je de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de hulpverlener precies kan achterhalen en hoe uw vragen daarover door de patiënt beleefd worden. In verband met het geven van informatie over spanningsklachten merken de auteurs op dat non-verbale aspecten in het gedrag van de arts daarbij van grote invloed kunnen zijn. "Als uw gedrag en houding niet synchroon lopen met uw woorden, vervalt een groot gedeelte van uw overtuigingskracht" (p. 44). Het is jammer dat de auteurs dit niet wat meer in detail uitleggen.

In het hoofdstuk over traditie en religie wordt onvoldoende gewezen op de mogelijke risico's die verbonden zijn met het volgen van sommige traditionele behandelingen. Dit geldt ook voor het hoofdstuk over het consulteren van een arts in het moederland. Voor beide aspecten is het van belang dat de arts probeert een zo nauwkeurig mogelijk beeld van het ziektegedrag van de patiënt te krijgen: sommige traditionele behandelingen leiden tot klachten of vormen voor de patiënt een reden om een noodzakelijke behandeling met geneesmiddelen te staken. Geneesmiddelen, voorgeschreven door de arts in Marokko of Turkije, worden nogal eens ingenomen zonder dat de Nederlandse/Vlaamse arts daarvan op de hoogte is, wat niet altijd zonder risico is.

Tenslotte willen we er hier op wijzen dat dit boekje voor zowat alle huisartsen met patiënten uit Marokko/Turkije uiterst nuttige lectuur is. Het is hierbij dan ook warm aanbevolen.

Hans Verrept

Nicholas J. Fox, *The social meaning of surgery*. Buckingham: Open University Press, 1991. 145 pp. Prijs: £ 13.00 paperback, £ 37.50 hardback.

Vorig jaar verscheen *The social meaning of surgery*, een etnografische studie van het reilen en zeilen op de afdeling chirurgie van een groot algemeen ziekenhuis ergens in Engeland. Een dergelijke studie moet om meerdere redenen begroet worden als een bijdrage aan onze kennis over de medische wetenschap. Er zijn niet veel studies over de chirurgie voorhanden, terwijl het toch een sterk in het publiek aanzien staand specialisme is. Weinig onderdelen in de geneeskunde spreken zo tot de verbeelding als de technische hoogstandjes van chirurgen. In de media wordt dan ook ruim aandacht besteed aan de meest spectaculaire onderdelen zoals open-hartoperaties en microchirurgie. Tegelijker-

tijd heeft het populaire beeld van de chirurgie ook iets afschrikwekkends: angst voor narcose en afschuw over insnijdingen in het lichaam zijn algemeen. Juist vanwege de totale overgave die nodig is voor een operatie, het verlies van het bewustzijn en van de lichamelijke integriteit die ermee gepaard gaan, heeft de macht van de chirurg over zijn patiënten iets absoluuts. Alleen een krachtig geloof in de noodzaak en de uiteindelijke baten van chirurgische behandeling kan mensen ertoe bewegen zich over te geven aan het mes van de chirurg.

Geloof in de zegeningen van de chirurgie wordt gehanteerd in de meeste studies over dit specialisme. Deze zijn veelal vanuit een traditioneel-theoretisch perspectief geschreven, waarin de glansrol van de chirurgie bevestigd en verklaard wordt en haar technisch handelen alleen vanuit medisch-klinische criteria voor beoordeling vatbaar is. Het lijkt misschien in eerste instantie ook niet de competentie van sociologisch geschoolden om zich bezig te houden met de vraag naar de technische aspecten van het chirurgisch bedrijf. Toch is dat wat Nicholas Fox in dit boek gedaan heeft en zijn benadering heeft vruchten afgeworpen.

Fox is socioloog met deskundigheid op het gebied van de visuele antropologie, maar deze bijdrage aan de medische sociologie heeft hij geschreven vanuit een 'post-structuralistische of post-moderne positie'. In deze modieuze benadering van het onderzoeksobject wordt geen onderscheid gemaakt tussen geloof en waarheid en ziet men de werkelijkheid als de uitkomst van continue interpretatie- en onderhandelingsprocessen en dus toegankelijk voor sociologische analyse. Het is echter niet alleen het *handelen* van de diverse actoren dat voor analyse vatbaar is, maar ook, althans ten dele, de door hen gebruikte *technieken en procedures*. Ook op deze punten richt zich zijn studie. Hij is geïnteresseerd in de vraag naar de sociale betekenis van de chirurgie, naar de herkomst van haar aanzienlijke positie onder de medische specialismes. In Fox' perspectief hangt die betekenis af van de specifieke context waarin chirurgische handelingen, maar ook chirurgische technieken en procedures, gestalte krijgen, en niet van haar eventuele verdiensten. Deze zijn immers ook het produkt van menselijke interpretatie en onderhandeling en niet objectief vast te stellen. Het zal duidelijk zijn dat de uitkomsten van deze interpretatie en onderhandelingsprocessen niet noodzakelijkerwijs een algemeen karakter dragen. Zij spelen zich in eerste instantie af in specifieke situaties en zullen dus ook lokaal moeten worden begrepen en onderzocht. Hier ligt ook de aansluiting met de post-moderne visie op de structuur van de samenleving. Deze wordt niet gezien als opgebouwd uit sociale structuren zoals klassen, instituties of machtsblokken. Macht, een begrip dat zeker in een studie over de chirurgie een belangrijke rol moet spelen, wordt in de post-moderne visie veeleer als een gefragmenteerd verschijnsel gezien en niet als een eenheid. Uitgangspunt is dat macht niet uitsluitend is terug te brengen tot de positie die een actor inneemt of de kennis die hij bezit, maar dat ook hier de uitkomst van voortdurende onderhandelingen in de dagelijkse praktijk bepalend zijn. Om deze reden richt Fox zijn aandacht dan ook vooral op de discursieve activiteiten van de actoren.

Fox' etnografische behandeling van het specialisme van de chirurgie sluit goed aan bij zijn post-modern uitgangspunt. Hij moet immers door nauwkeurig observeren in de veldsituatie en door interviews met de verschillende actoren proberen de handelingspraktijk te ontrafelen die constituerend is voor de discoursen. Zijn etnografie is echter

specifieker dan de traditionele werkwijze van de etnografen. In zijn methodologie staat de techniek van de 'deconstructie' centraal, een van de vruchten van het post-modernisme. Hierbij wordt specifiek aandacht besteed aan die onderdelen van het discours waarin paradoxen, tegenspraken en stiltes optreden. Maar ook voor een analyse van andere aspecten van het chirurgisch handelen (zoals het gebruik van materialen, procedures, technieken of routines) geldt, dat het chirurgen-discours belangrijke informatie zal opleveren. Deze aspecten zijn immers ook te begrijpen als onderbouwing en tegelijkertijd resultaat van sociale verhoudingen.

Na de uiteenzetting van zijn positie in het eerste hoofdstuk volgen vijf hoofdstukken die specifieke aspecten van de chirurgiepraktijk behandelen: de hygiënische maatregelen in en om de operatiezaal, de relatie tussen chirurgen en anesthesisten, de relatie van het chirurgisch team met de patiënten, het management van de chirurgische afdeling en chirurgie in een speciale kliniek voor dagopname. Het boek wordt besloten met een hoofdstuk getiteld *Commentary* dat, geheel in lijn met de post-moderne stellingname, geen conclusies bevat, maar slechts opmerkingen en persoonlijk commentaar.

Wat brengt Fox nu met zijn etnografische deconstructie aan het licht over de sociale betekenis van de chirurgie? Ter illustratie van zijn werkwijze en de waarde ervan, bespreek ik een voorbeeld uit het tweede hoofdstuk, *Circuits of hygiene*, wat uitgebreider. Hierin houdt Fox zich bezig met de regels volgens welke 'lichamen, stafleden en instrumenten' zich in de ruimtes van de chirurgische afdeling bewegen. Zijn uitgangspunt daarbij is dat geen van deze regels noodzakelijke voorschriften bevat, maar dat ze retorisch van aard zijn en in het chirurgisch discours vorm geven aan de sociale relaties tussen patiënten, chirurgen en andere medewerkers. Fox' post-moderne jargon krijgt wat meer handen en voeten in de analyse zelf, bijvoorbeeld waar hij zich richt op het dragen van het chirurgisch masker. Hij stelt vast dat er een grote variëteit is in de manier van dragen en in de mate waarin het gebruikt wordt, ondanks het feit dat de procedure duidelijk voorschrijft hoe en wanneer het gedragen moet worden. Dit is een voorbeeld van een 'anomalie' waar de deconstructie zich op richt. Door nauwkeurige observatie van het handelen tijdens operaties en door interviews met de betrokkenen komt Fox tot de conclusie dat het masker een retorische functie heeft. Het geeft aan dat het schenden van de lichamelijke integriteit van een patiënt door het openen van het lichaam een legitieme activiteit is en dat degenen die het masker dragen, er terecht bij betrokken zijn. De variëteit in het dragen geeft voorts nog verder inhoud aan de retorische functie: het laat de statusverschillen zien tussen de betrokkenen bij het chirurgisch handelen. Door deze variëteit wordt duidelijk dat er een verschil wordt verondersteld in kennis en oordeel over de noodzaak van het dragen van een masker tussen hoger en lager geplaatste stafleden. Bovendien geeft het aan wie de belangrijkste actoren zijn: de senior chirurgen die te pas en te onpas hun masker afdoen.

Op dezelfde wijze onderzoekt Fox de betekenis van andere aspecten van de 'circuits of hygiene' (kleding, ruimte-verdeling, relaties tussen stafleden, instrumentgebruik, relaties tussen staf en patiënten). In zijn visie dragen al deze elementen tezamen bij aan het beeld van de chirurgische operatie als een veilige procedure en een handeling gericht op genezing. Dit ondanks het feit dat een operatie de patiënt in eerste instantie een wond bezorgt en zijn toestand na afloop vaak zwakker is dan daarvoor. Het is volgens Fox juist

het bestaan van de in het chirurgisch discours als routine voorgestelde handelingen, die de chirurg in staat stellen deze claim van deskundigheid als genezer te maken. In plaats van dat de regels van asepsis bijvoorbeeld de veiligheid van een operatie lijken te waarborgen, bevestigen zij de autoriteit van degene die ze instelt en, in dit geval, regelmatig met voeten treedt.

Fox' analyse staat loodrecht op de in de antropologie gangbare manier van kijken, waarbij het doorlopen van de rituelen in 'rites de passage' een overgang in status van de subjecten markeert. Hij laat als het ware de keerzijde van hetzelfde proces zien door zich in de schoenen van de chirurg te verplaatsen en zich af te vragen hoe de machtsbasis van de chirurgie kan worden gehandhaafd of uitgebreid. Het flexibel hanteren van de regels naar eigen inzicht, zonder dat dit de noodzaak voor anderen om zich er aan te houden aantast, is blijkbaar een manier waarop dit bewerkstelligd wordt.

In een van de aardigste hoofdstukken uit het boek wordt op dezelfde wijze de relatie tussen chirurgie en anesthesie onderzocht. De paradox van het chirurgisch handelen, het toebrengen van verwondingen met de claim van genezen, blijkt door de symbiotische relatie tussen de chirurgie en de anesthesie verder gemanipuleerd te kunnen worden in het chirurgisch discours. Terwijl de chirurg uit is op het reduceren van een specifieke ziekte of schade door het lichaam verder te verwonden, dient de anesthesist te waken over de algehele conditie van de patiënt rondom de operatie. Deze schijnbaar tegenstrijdige belangen blijken in de praktijk juist de kracht van de symbiose te zijn. Daar waar de chirurgische ingreep niet tot succes heeft geleid, kan toch van een succes gesproken worden als de algehele toestand van de patiënt tijdens en na de operatie stabiel blijft. Het discours over de 'fitness' of conditie van de patiënt kan dan de plaats innemen van die over de ziekte. Beide specialismen dragen bij aan een dergelijke evaluatie van de patiënt, beide delen het onderliggend discours van de chirurgische operatie.

Het punt van het retorisch 'manipuleren' van de uitkomsten van een operatie wordt verder uitgewerkt in het hoofdstuk dat handelt over de gesprekken van chirurgen met hun patiënten en het verplegend personeel op de zalen, voor en na de operatie. Fox toont overtuigend aan dat in het gesprek over of met de patiënt verschillende strategieën gevolgd kunnen worden om de centrale handeling, de operatie, tot een succes te verklaren. Het risico van een mogelijk alternatieve evaluatie van zijn toestand door de patiënt zelf wordt tijdens de rondes langs de bedden door een autoritaire houding van de chirurg tot een minimum beperkt. Ook hier blijkt het paradoxale karakter van de chirurgie, waarin het uiteindelijke doel 'helen' wordt nagestreefd door het toebrengen van extra verwondingen, juist een bron van discursieve mogelijkheden. Naar gelang de situatie kan succes gedevalueerd worden in termen van de uitkomst van de chirurgische operatie zelf of de conditie van de patiënt. Fox spreekt in dit verband over strategieën, hetgeen een element van intentie suggereert. De vraag is dan natuurlijk wat door deze strategieën bewerkstelligd zou moeten worden, een vraag die door Fox duidelijk beantwoord wordt: "The deconstruction suggests that it is this will to power, through the high risk strategy that is surgery, that guides the surgeon" (p. 93).

Uit bovenstaand citaat blijkt dat Fox uitgaat van een machtsstreven van de chirurg als drijvende kracht voor zijn handelen. Het gaat echter ver om het chirurgisch denken en handelen slechts functioneel te maken voor het bevredigen van machtsshonger. Met dit

punt komen we op een algemener bezwaar tegen de analyse van Fox: het deconstructie-model wordt zo enghartig gebruikt, dat het lijkt alsof de wereld van de chirurgie uitsluitend bestaat uit retoriek en geconstrueerde werkelijkheid. Als sociologische analyse mag dat zijn verdienste hebben, het zal de patiënt met een hersentumor of acute blindedarmontsteking een zorg zijn welke drijfveren er aan het handelen van de chirurg ten grondslag liggen en hoe deze gelegitimeerd worden. Zij zijn slechts geïnteresseerd in het opheffen van hun levensbedreigende toestand door het handelen van de chirurg.

Ook het post-moderne jargon en de – daar in het geheel niet bij passende – schoolse deconstructie-schema's van Fox riepen nogal eens irritatie op, maar dit boek als geheel geeft toch een interessante blik op de wegen van medische machtsuitoefening. Dat retoriek, of noem het 'verbaal geweld', een grote rol speelt in het onderhouden van machtsrelaties tussen arts en patiënt is bepaald geen nieuw inzicht. Het is echter Fox' verdienste dat hij ook kan laten zien hoe technisch handelen retorisch gemanipuleerd kan worden binnen de muren van de operatiezaal.

Er is een kwestie, die na lezing van dit boek eens te meer blijft bezighouden. Fox gaat uit van het *publieke* beeld van de chirurgie als machtig specialisme: het aanzien is groot, de salarissen overeenkomstig. Binnen de medische professie nemen de chirurgen, 'heelkundigen' in de oude terminologie, echter lang niet zo'n aanzienlijke plaats in. Op de medische status ladder staan de traditionele 'geneeskundige' specialismen duidelijk een aantal treden boven de heelkundige. Chirurgen zijn daar toch in de eerste plaats de handwerkers, wier hulp wordt ingeroepen als hun collega's van de geneeskundige specialismen dat nodig achten. De algemene chirurgie staat dus ten dienste van de internist, de hartchirurgie van de cardioloog, de neurochirurgie van de neuroloog et cetera. Dat de relaties tussen deze koppels zeker niet altijd moeiteloos zijn, wordt wel aangetoond door de conflicten tussen de hartchirurgie en de cardiologie die, ook in Nederland, soms zo hoog zijn opgelopen dat ontslag of sluiting van afdelingen daarvan het gevolg waren.¹ Het lijkt wel of Fox zich van de machtsongelijkheden tussen de chirurgie en andere specialismen niet bewust is. Met uitzondering van de anesthesie refereert het boek nergens aan relaties met andere specialismen, terwijl toch een andere specialist het grootste deel van de chirurgiepatiënten verwezen heeft. De anesthesie is in dit opzicht nu juist uitzonderlijk, omdat zij ten dienste staat van de chirurgie en, zeker niet toevallig, onder medici een bijzonder laag aanzien heeft. De vraag is natuurlijk hoe de twee tegengestelde kanten van de sociale betekenis van de chirurgie zich tot elkaar verhouden: de glansrol versus het 'slagersimage'. Het is wellicht een goed onderwerp voor Nicholas Fox' volgende boek.

Anja Hiddinga

Noot

1. Zie hiervoor bijvoorbeeld het relaas van de Utrechtse hoogleraar hart- en vaatchirurgie Dr. J. Wieberdink in zijn boek *Open hartchirurgie*, Groningen: Wolters-Noordhoff, 1975.

Joop T.V.M. de Jong & Rianne J.M. Wessenbeek (red), *Ver-vreemd of vreemdeling. Naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland*. Amsterdam: KIT, 1992. 96 pp. Prijs: f 20,00.

Sinds enkele jaren is het in de geestelijke gezondheidszorg gemeengoed dat verbetering van de hulpverlening aan allochtonen verder gaat dan het bevorderen van de deskundigheid van individuele hulpverleners. Gesproken wordt over de noodzaak van de totstandkoming van een interculturele gezondheidszorg, daarmee onderstrepend dat een adequate hulpverlening aan allochtonen niet zozeer de verantwoordelijkheid is van de hulpverlener, maar van de hulpverleningsinstelling. Of met de titel van het boek te spreken, het probleem is niet zozeer de vreemde cliënt, maar de van de multiculturele werkelijkheid vervreemde gezondheidszorg. Met enige regelmaat zijn dan ook conferenties en studiedagen te bezoeken waar over dit onderwerp van gedachten gewisseld wordt. Het boek van De Jong en Wessenbeek is de neerslag van een dergelijke bijeenkomst. Het is op zich een loffelijk streven het resultaat van een dergelijk symposium ook voor een breder publiek beschikbaar te maken.

Het symposium, waarvan verslag gedaan wordt, stelde zich de vragen of de 'nieuwe vreemdeling' gewoon of bijzonder vreemd is, gewone of bijzondere behandeling verdient en of zijn psychische problemen identiek zijn met die van inheemse Nederlanders of juist heel specifiek voor de cultuur van herkomst. Het boek bevat tien inleidingen en de verslagen van twee workshops, die tijdens het symposium gehouden zijn. De bijdragen zijn ondergebracht in vier delen: *Theoretische beschouwingen: visie, onderzoek en beleid*; *Ethotherapie en psychotherapie: mogelijkheden en beperkingen*; *Transculturele verpleegkunde: theorie en praktijk*; *Naar een interculturele zorg: ergotherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie*. Elk deel op het eerste na wordt kort ingeleid.

De bijdragen vormen een veelkleurig palet van theoretische bespiegelingen en praktijkervaringen en handelen over uiteenlopende onderwerpen. Zowel autochtone als allochtone hulpverleners en andere betrokkenen bij de geestelijke gezondheidszorg komen aan het woord. Niet alle bijdragen zijn even interessant en het niveau is heel wisselend. Zo is een beschouwing over Winti op vele andere plaatsen te lezen en is de bijdrage die handelt over aspecten van de transculturele verpleegkunde in een multiculturele samenleving, uitermate summier en weinig uitgewerkt. Daarentegen snijden de bijdrage over muziektherapie bij Vietnamese vluchtelingen en de beschouwing over interculturele ergotherapie voor Nederland betrekkelijk nieuw onderwerpen aan.

In het deel *Theoretische Beschouwingen* worden de lezer enkele prikkelende stellingen voorgelegd. De Jong pleit voor een inclusivistisch standpunt om de heilloze discussie tussen universalisten en particularisten te omzeilen. Voor hem is het bovenal van belang na te gaan welke factoren bepalen in welke mate aandoeningen cultuur- of natuurgebonden is en hoe deze factoren onder bepaalde omstandigheden op elkaar inwerken. Verkwikkend is ook zijn gedachte migranten en vluchtelingen te benaderen als survivor in plaats van als slachtoffer en aandacht te hebben voor 'positive coping-strategieën'. In een adem door presenteert hij een 'pragmatisch stappenmodel voor het bestuderen van de mens binnen zijn psychosociale context' ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek onder migranten en vluchtelingen. Dit model biedt volgens De Jong de

In haar bijdrage over etnopsychiatrie en beleid raakt Wesenbeek een ander belangwekkend gegeven. Uitgaande van een achterstellingsperspectief in plaats van het veel gehanteerde achterstandsperspectief, komt zij tot de conclusie dat de psychiatrie moet accepteren dat er sprake is van een samenleving in conflict en daar zelf deel van uitmaakt. Door dit conflict te gebruiken om zichzelf te leren kennen in haar relatie met de vreemdeling kan de psychiatrie komen tot een verantwoorde zorg op maat voor allochtonen. Tegenover een beleid dat de problematiek van allochtonen in de gezondheidszorg als tijdelijk en specifiek kenmerkt, ontwaart zij een groeiende kritiek van de migrantenhulpverleners op de gevestigde praktijk. De achterliggende gedachte van de migranten- en vluchtelingen hulpverlening als innovatieve beweging binnen de gezondheidszorg vraagt evenwel om verdere uitwerking.

Ver-vreemd of vreemdeling geeft een beeld van de huidige van hulpverlening aan allochtonen en is interessant als tijdgebonden werkdocument. Voor degene die zich wil oriënteren op dit terrein is het een lezenswaardige bundel; degene die dit stadium gepasseerd is, vindt naast bekend materiaal enkele prikkelende meningen. Het boek maakt in ieder geval duidelijk dat het nog een lange weg te gaan is naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg. Het laat tegelijkertijd zien dat een doorwrochte, samenhangende visie op de essentie van de interculturele geestelijke gezondheidszorg nog steeds node gemist wordt.

Paul Farmer, *AIDS and accusation; Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press, 1992. 338 pp. Prijs: f 59,00.

139

boek *AIDS and accusation; Haiti and the geography of blame* systematisch af met deze vage veronderstellingen en beschuldigingen. Hij vraagt zich af hoe het komt dat voodoo-praktijken als oorzaak aangewezen worden. Maakt de bestaande kennis van AIDS op Haïti zo'n hypothese aannemelijk? Wordt voodoo ook geassocieerd met de overdracht van andere ziekten? De auteur toont aan dat nauwgezette bestudering van wetenschappelijke literatuur over AIDS en voodoo slechts ontkennende antwoorden geeft.

Gedurende de jaren 70 kwamen veel Haïtianen legaal en clandestien naar de Verenigde Staten. De meesten werden direct opgesloten in vluchtelingenkampen in afwachting van een verblijfsvergunning. Omdat Haïtianen werden gezien als economische vluchtelingen, waren zij niet erg welkom. In november 1981, een paar maanden nadat het Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS) werd gedefinieerd in de medische literatuur, werden er in een verscheidene ziekenhuizen in Florida en New York patiënten opgenomen met voor het syndroom karakteristieke infecties. In juli 1982 berichtte het US Center for Disease Control (CDC) dat 34 Haïtiaanse immigranten AIDS zouden hebben.

Het boek begint met de geschiedenis van een Haïtiaanse bootvluchteling, die begin 1982 werd opgepikt voor de kust van Florida. Zij werd als illegale vreemdeling gevangen gezet door de US Immigration and Naturalization Service (INS). De jonge vrouw overleed in het detention camp aan AIDS. Naar aanleiding van dit incident typeert een journalist Haïtianen met AIDS als "a clue from the grave, as though a zombi, leaving a trail of unwinding gauze bandages and rotting flesh, had come to the hospital to pronounce a curse" (p. 2). Deze details vormen een stukje van het gecompliceerde verhaal over 'AIDS als de Haïtiaanse Ziekte'.

Onder de theorieën over het ontstaan van AIDS was er de opvatting dat "Haitians created AIDS because they have sexual intercourse with monkeys" (p. 204) en dat homoseksuele toeristen het virus uit Haïti mee hadden gebracht naar Amerika. In maart 1983 bepaalde de Public Health Service dat Haïtianen uitgesloten werden van bloeddonorschap. In tegenstelling echter tot de Amerikaanse AIDS-patiënten beweerden Haïtiaanse immigranten geen homoseksuele contacten te hebben, ontkenden intraveneus druggebruik en de meesten hadden zelfs nooit een bloedtransfusie gehad. Haïtianen zouden op mysterieuze wijze AIDS-gevoelig zijn en de bevolkingsgroep werd ingedeeld bij de CDC-lijst van homoseksuelen, hemofiliepatiënten en heroïnegebruikers, de 'Four-H Club'. De tendens een zondebok aan te wijzen werd als snel het terugkerende thema in de discussies over het ontstaan van de AIDS-pandemie.

In 1984 verklaarde de AIDS Discrimination Unit of the New York City Commission of Human Rights dat de invloed van de risicogroep-classificatie voor de lokale Haïtiaanse gemeenschap dramatische gevolgen had. Haïtianen in New York werden gezien als potentiële AIDS-dragers. Het werd voor Haïtiaanse immigranten vrijwel onmogelijk een baan te bemachtigen en te behouden, of om te gaan studeren. De organisatie ontving discriminerende teksten als: "Hire a Haitian, help to spread AIDS" en "There were [sic] no AIDS in the USA until the illegal criminal Haitian dogs came" (p. 214).

Deze aan AIDS-gerelateerde discriminatie tegen Haïtianen, hield voor Haïti desastreus. Het eiland is sterk afhankelijk van de toeristenindustrie en zag deze bron van deviezen als gevolg van deze beschuldigingen tot een minimum dalen. Na jaren van onderdrukking en chaos door de dictatuur van de familie Duvalier verkeert Haïti nog

steeds op de rand van de afgrond. President Jean-Bertrand Aristide, de katholieke priester, gekozen bij de eerste democratische verkiezingen in 1990, leeft in ballingschap in de VS. Het land verarmt en de corruptie viert hoogtij. De militairen lieten onlangs schoorvoetend VN-waarnemers toe om de internationale publieke opinie gunstig te stemmen. Openlijke steun aan Aristide wordt evenwel gewelddadig de kop ingedrukt.

Hoe en wanneer, vraagt Farmer zich af, zou AIDS op Haïti gekomen zijn. Hoe heeft het zich verspreid? Hoe wordt het overgedragen en wie loopt het risico het te krijgen? Zijn studie is grotendeels gebaseerd op meer dan vijf jaar veldwerk in ruraal Haïti. Zijn ervaringen met de getroffen Haïtiaanse bevolking koppelt hij aan grootschalige processen die de omvang van de AIDS-pandemie duidelijk aangeven. Beschreven wordt hoe het land in 1983 zijn eigen AIDS-epidemie beleefde.

Farmer was aanwezig bij de registratie van de eerste AIDS-patiënt in een dorp genaamd Do Kay. Hij beschrijft hoe deze gemeenschap van boeren landloos werd achtergelaten toen hun streek onder water kwam te staan na de ingebruikname van een stuwdam voor de opwekking van elektriciteit. De bevolking was genoodzaakt de bergen in te vluchten en Farmer noemt hen dan ook de "Water Refugees". Voor 1956 lag Do Kay in een vruchtbare vallei vlakbij de oevers van de rivier Artibonite. Generaties lang hadden families hun produkten, millet, suikerriet en bananen, op de uitgestrekte rivierbanken verbouwd en verkocht op de regionale markten. De bevolking praat idyllisch over de 'remembered valley'. De dam heeft hen water noch elektriciteit gebracht, maar wel extreme armoede, die hen nog kwetsbaarder heeft gemaakt voor ziekten, waaronder AIDS. Indringend beschrijft Farmer wat er gebeurde toen deze samenleving te maken kreeg met HIV.

Ervan uitgaand dat ernstige ziekten veel voorkomen in Do Kay en angst, honger, pijn en wreedheid tot het dagelijks leven behoren, hoe moet een veldwerker dan vaststellen welk lijden centraal staat? Volgens Farmer kan dat door te kijken naar "what is at stake for particular participants in particular situations". Voor de armen in Haïti is dat het gevecht met leven en dood. Een frequent gehoord antwoord op één van de meest gestelde vragen in Do Kay, "How are you?", is dan ook: "M'ap goumen ak lavi", wat zoveel wil betekenen als: "I'm fighting with life" (p. 47). Farmer besteedt veel aandacht aan de interpretatie van sida, zoals AIDS in het Creools wordt genoemd, een 'send' ziekte met een variëteit aan verklaringen.

Farmer beschrijft het verhaal van Manno, een jonge leraar die van buiten het dorp komt en lijdt aan tuberculose. Weldra raken zowel hij als de meeste dorpsbewoners er van overtuigd dat zijn "no simple TB" het resultaat is van hekserij; "voye yon mò sida" (p. 69). De tweede case vertelt het verhaal van Anita, een meisje dat door omstandigheden gedwongen wordt een seksuele verbintenis aan te gaan in Port-au-Prince. Dit is het gevolg van de dood van haar moeder, een van de eerste 'Water Refugee' slachtoffers, door tuberculose en ondervoeding. Anita beweert dat ze de ziekte van een man heeft, die op het vliegveld in "the city" werkte, maar dat armoede de 'echte' oorzaak is van haar ziek zijn. Vervolgens laat Farmer de felle Dieudonné aan het woord, wiens reactie op AIDS is gegoten in radicale opvattingen en politieke termen. Hij houdt vol dat de 'microbe' zou zijn gemaakt in een Amerikaans laboratorium om de Haïtiaanse bevolking te reduceren: "They needed us to work for them, but now there are too many over there,

the Americans gave us AIDS and then said we gave it to the world" (p. 99). Met behulp van deze drie uitvoerig beschreven gevalsstudies toont Farmer dat "the new disorder" zijn weg vond in traditionele opvattingen over ziekte en ongeluk. Beschuldigingen staan centraal bij deze gevreesde ziekte. Hekserij, discriminatie en complottheorieën, bijvoorbeeld 'blaming the victim', zijn verschillende sociaal-culturele geconstrueerde reacties op dezelfde ziekte in een wereld waar macht, welzijn en gezondheid ongelijk verdeeld zijn. Hij pleit dan ook deze epidemie niet los te zien van de sociale, politieke en economische context en gezondheidsomstandigheden van een land. Armoede en slechte medische voorzieningen zijn directe factoren in de verspreiding van het HIV-virus.

Farmer's queeste naar antwoorden is een prachtig geschreven boek geworden met een sociale, historische, epidemiologische, politieke en economische analyse van AIDS in Haïti en van AIDS onder de Haïtiaanse bevolking en immigranten in Noord-Amerika. *AIDS en Accusation* legt de nadruk op de relatie tussen AIDS enerzijds en armoede en racisme anderzijds en op de verantwoordelijkheid van wetenschappers en beleidsmakers "to develop a more global awareness of this infections disease", die zoals Farmer stelt "runs along the fault lines of our international order" (p. 256).

Het boek laat zien dat in een wereld waarin het verlies van een baan in New York het leven van een familielid in een Haïtiaans dorp drastisch kan wijzigen, een andere benaderingswijze in het onderzoek naar nieuwe ziekten nodig is. De AIDS-pandemie waarschuwt ons dat zelfs een 'geïsoleerd' dorpje als Do Kay onderdeel is van een netwerk dat Port-au-Prince en Brooklyn, voodoo en chemotherapie, divinatie en serologie, armoede en welvaart omvat. AIDS en Haïti is het verhaal van relaties en verbindingen, die een historische basis hebben en continu aan verandering onderhevig zijn. AIDS en Haïti heeft veel meer te maken met handelsroutes, prestigieuze ontwikkelingsprojecten en toeristenreizen in een arm land dan met, en hier besluit de auteur met een citaat van Métraux, "dark saturnalia celebrated by 'bloodmaddened', 'sexmaddened', 'godmaddened' negroes" (p. 264).

Mirjam van Ewijk

Kaja Finkler, *Physicians at work, patients in pain. Biomedical practice and patient response in Mexico*. Boulder: Westview Press, 1991. 272 pp. Prijs: \$ 45.00.

In dit boek wordt een onderzoek beschreven naar de biomedische behandeling in een staatsziekenhuis in Mexico City, alsmede naar de manier waarop de patiënten deze beleven en erop reageren. Het is een vervolg op een soortgelijke studie van spirituele genezing (besproken in *Medische Antropologie* 1[1]). Dezelfde onderzoeksmethodologie wordt toegepast: observatie van consultaties gedurende een lange periode, gesprekken met artsen en patiënten in het ziekenhuis en uitvoerige gesprekken thuis met een aantal patiënten in de periode na de consultatie. De studie betreft niet-levensbedreigende, sub-acute ziekten en is uitgevoerd onder volwassenen die de polikliniek bezoeken.

In de inleiding geeft de auteur het theoretisch kader aan. Zij ziet, in aansluiting op auteurs als Merleau-Ponty en Kleinman, ziekte als de belichaming van algemene tegen-

spoed en tegenstellingen. De externe wereld wordt in de interne wereld van het lichaam herschapen. Eventuele genezing staat nauw in verband met anderen en met het milieu waarin de patiënt zich bevindt. Artsen hanteren een begrippenkader dat hier niet op aansluit. Bovendien valt het tot stand brengen van veranderingen in de omgeving van de patiënt buiten hun mogelijkheden.

In deel I wordt de setting beschreven. De meeste patiënten zijn armen en wonen in Neza, een stad met een gebrekkige infrastructuur die tot Mexico City behoort. Veel van hen zijn eerste generatie migranten. De auteur wijst erop dat er toch veel differentiatie tussen de mensen bestaat: iedereen past zich op een andere manier aan deze (nieuwe) omgeving aan. Ook Mexicaanse opvattingen over man-vrouw verhoudingen en gezinsleven komen aan de orde, alsmede de ideeën over ziekte en haar oorzaken.

In deel II en III volgt een beschrijving van de biomedische praktijk in Mexico. Artsen zien lichaam en geest als gescheiden entiteiten en hebben een mechanische opvatting over het functioneren van het lichaam. Bij ziekte "the machine has broken down". Dit betekent dat voor herstel vooral een beroep wordt gedaan op geneesmiddelen om schadelijke pathogenen uit te roeien. Vroeger kwamen artsen vooral uit de rijkere sociale milieus. Tegenwoordig komen zij uit alle lagen van de bevolking. Dit had enerzijds tot gevolg dat hun sociale status verminderde, en anderzijds dat ook opvattingen over ziekte, die bij verschillende bevolkingsgroepen leven, hun intrede deden binnen het medisch denken. Dit wordt duidelijk geïllustreerd wanneer de auteur de acht artsen uit het onderzoek aan het woord laat. Ziet de een de slechte omstandigheden waaronder de patiënten leven als oorzaak, de ander is van mening dat een onjuist dieet aan iedere ziekte ten grondslag ligt. Ook bij de uitgebreide casusbeschrijvingen komt dit naar voren. De patiënten hebben langdurig bestaande klachten als hoofdpijn of buikpijn. Zij worden door de artsen uitgebreid in de gelegenheid gesteld – het gemiddelde consult duurt een half uur – deze te verwoorden. Echt begrepen worden zij niet, omdat de artsen de klachten relateren aan 'objectieve verschijnselen' en aan de typische sociale kaart waarop zij de patiënt situeren. Hierbij blijft bijvoorbeeld de familie van de patiënt vaak buiten beschouwing. Wanneer de diagnoses, die door de artsen worden gesteld, worden vergeleken, blijkt dat iedere arts zijn eigen voorkeursdiagnose heeft. De auteur is van mening dat dit aantoont dat opvattingen en het begrippenkader van artsen meer bepalend zijn voor de diagnose dan de aard van de klachten.

In deel IV komen de patiënten aan het woord. Een groep van 205 vrouwen en 62 mannen wordt gevolgd. Er worden gegevens verzameld over sociaal-economische status, diagnose, verrichte handelingen, tevredenheid over de behandeling en herstel. In het licht van het hierboven beschrevene is het niet verwonderlijk dat de behandeling door de artsen meestal niet tot volledig herstel leidt. Vooral wanneer geen duidelijke diagnose, dan wel de diagnose 'gezond' was gesteld, was het herstelpercentage erg laag. In veel gevallen komen de patiënten na een aantal keer niet meer op controle terug. Dit terwijl de meeste patiënten wel tevreden waren over de aandacht die aan hen geschonken werd. In de loop van de tijd zijn zij vaak andere genezers gaan bezoeken.

Een aantal gevallen wordt in detail besproken. De vaak moeilijke omstandigheden waarin de patiënten leven, problemen binnen het gezin en het verloop van hun klachten komen aan de orde. Het consult, de eventuele controles, de voorgeschreven behandeling

en het eventuele bezoek aan andere genezers worden beschreven. In de meeste gevallen is er sprake van een niet bevredigend resultaat. In de gevallen waar dit wel zo is, constateert de auteur dat er een gunstige wending in het persoonlijk leven van de patiënten is geweest. Enkele patiënten zijn bijvoorbeeld met hun familie toegetreden tot een evangelische gemeente, met als gunstig neveneffect dat de echtgenoot is gestopt met drinken. Vermindering van de klachten is eerder hieraan toe te schrijven dan aan de ingestelde behandeling.

In het (korte) laatste deel van het boek vergelijkt de auteur de biomedische geneeskunde met de spirituele genezing. Zij geeft een aantal argumenten voor het feit dat patiënten vaak aangeven hersteld te zijn door toedoen van een spirituele genezer: de genezer is vaak zelf ziek geweest en dus een voorbeeld van 'beter worden' en de patiënt consumeert niet slechts geneesmiddelen, maar wordt actief bij het herstel betrokken. Vooral ook weet de genezer tegenstellingen die de patiënt ervaart op te lossen. De auteur concludeert dat de biomedische geneeskunde geen goed begrippenkader hanteert om klachten van patiënten te interpreteren en nog veel minder in staat is de levensomstandigheden van de patiënten te doen veranderen. Iets waar de spirituele genezer soms wel in slaagt.

De minitieuze beschrijvingen van de consultaties en van de opvattingen van artsen over ziekte, over hun patiënten en over diagnoses maken het boek interessant. Dat het stellen van een bepaalde diagnose meer correleert met een bepaalde arts dan met een bepaald klachtenpatroon is wellicht geen nieuwe bevinding. Het cijfermateriaal en de gedetailleerde weergave van de interviews beklemtonen de grote mate waarin dit het geval is. De inpassing van de onderzoeksresultaten in het theoretisch kader is wat minder uitgewerkt. Ook de conclusies zijn hierdoor wat te algemeen en te weinig onderbouwd. Desalniettemin een zeer leesbaar boek over een interessant en nog niet vaak beschreven onderwerp.

Marijke Stegeman

Friedrich Hermann Fischer, *Der Missionsarzt Rudolf Fisch und die Anfänge medizinischer Arbeit der Basler Mission an der Goldküste (Ghana)*. Herzogenrath: Verlag Murken-Altrogge, 1991. 585 pp., 31 illustraties. Prijs: DM 48.00.

Terwijl de oerwouddokter Albert Schweitzer voor bijna iedereen een begrip is, zijn zijn collega's die her en der in de wereld in dienst van zending en missie medisch werk verrichtten in veel mindere mate bekend. Ook de geschiedenis van de medische zending en missie in het algemeen heeft tot dusver niet de aandacht gekregen die ze verdient. Zo is de bestudering door antropologen van het contact tussen zendelingen of missionarissen en inheemse bevolking zo'n tien jaar geleden weliswaar op gang gekomen, maar tot dusver hebben zij zich nauwelijks verdiept in de medische aspecten ervan. Dat is jammer, omdat verschillende ideeën en praktijken inzake ziekte en gezondheid van cruciaal belang waren in het contact tussen zendelingen of missionarissen en inheemsen. Immers de bestudering van juist deze materiële dimensie van hun contact kan leiden tot een

scherper inzicht in de wijze waarop het christendom vanuit een traditioneel wereldbeeld benaderd en praktisch geïntegreerd werd.

Fischers boek – een bijna zeshonderd pagina's tellende tamelijk onverzorgd en zeker niet voor een ruim publiek uitgegeven dissertatie – is bedoeld als een bijdrage aan de tot dusver schromelijk verwaarloosde geschiedenis der medische zending. Zijn medisch-historische studie bestaat uit drie delen. Het eerste deel is gewijd aan de zendingsactiviteit van de *Basler Mission* aan de Goudkust (nu Ghana) vanaf 1815 tot de komst van de eerste langdurig in het zendingsgebied werkzame zendingsarts Dr. Fisch in 1885. Dit deel handelt vooral over de catastrofale gezondheidssituatie van de zendelingen, die haast allemaal na een kort oponthoud in "the white man's grave" stierven of ziek naar huis terug moesten keren. Bijzonder boeiend is Fischers schets van de stand der geneeskunde voordat het wetenschappelijk onderzoek naar tropische ziektes echt succesvol was. Ofschoon de medische wetenschap in die periode reeds grote veranderingen doormaakte, stonden therapieën doorgaans nog in het teken van de 'Humoralpathologie', waarin ziekte als het resultaat van onevenwichtige verhoudingen van lichaamssappen werd geconceptualiseerd. Zo vatte men koorts – het bij de zendelingen meest voorkomende euvel – op als wanorde in het bloed, die kon worden hersteld door het verlies van lichaamsvochten, opgewekt door de toediening van braak- en laxermiddelen en desnoods aderlating en trekpleisters. Na toediening van deze verzwakkende middelen, die het keerpunt van de ziekte – de 'crisis' – moesten oproepen, werden pas in de herstelfase versterkende medicijnen als wijn en het toen al bekende kinine gegeven. Vanaf 1860 gingen de zendelingen er toe over kinine tijdens koortsaanvallen in te nemen. Hoewel dit middel effectief bleek, stierven sedertdien veel zendelingen aan de zogenaamde 'Gallenfieber', later meer treffend 'zwartwaterkoorts' genoemd. Fischer lanceert de vanuit een medisch-historisch oogpunt interessante hypothese, dat die nieuwe ziekte juist het gevolg van het innemen van kinine tijdens een acute aanval van malaria. Pas door de preventieve inname van kinine – zoals dat vanaf de jaren 1880 door Fisch en anderen werd gepropageerd – zou de zwartwaterkoorts nauwelijks meer voorkomen.

Werden de therapieën der zendelingen door veel Afrikanen gewaardeerd, dit gold ook andersom. Veel zendelingen maakten namelijk gebruik van koude kruidenbaden, die bij koorts zo bijzonder effectief bleken. Tussen de ziekte-therapieën van zendelingen en Afrikanen bestond in deze fase, met name door hun beider nadruk op laxermiddelen, een zekere overeenkomst die het wederzijds gebruik van medicijnen mogelijk maakte. Ook daarom werd de komst van een zendingsarts wenselijk geacht. Immers, door meer genezingen van zieke Afrikanen zou de zending meer volgelingen krijgen die zo bevrijd werden uit de handen van de heidense 'fetishpriesters'. Daarnaast zou een zendingsarts ook de zieke zendelingen en hun (vaak zwangere) echtgenotes bij kunnen staan en zich aan de ontdekking en therapie van tropische ziektes kunnen wijden.

Dit deel van het boek bevat een potpourri van interessant historisch materiaal en moet als prelude fungeren voor het tijdperk van de professionele medische zending, gerepresenteerd door Dr. Fisch. Het is evenals de rest van het werk zeer beschrijvend en nauwelijks analytisch. Een groot gemis van dit – en trouwens ook het volgende – deel is, dat het voornamelijk geconcentreerd is op de zendelingen, terwijl Afrikaanse opvattingen over ziekte en lichaam vrijwel onbesproken blijven. Pas in het derde deel doet

Fischer een poging om daar in het kader van het contact tussen zendelingen en Afrikanen op in te gaan. Door deze opzet worden de zendelingen en Dr. Fisch kunstmatig van de Afrikanen gescheiden, terwijl ze toch praktisch onder hen werkzaam waren. Om de betekenis van de (medische) zending voor Afrikanen te achterhalen zou men echter de opvattingen van de bewoners van de Goudkust voortdurend met die van de Europeanen moeten contrasteren. Helaas is deze eenzijdigheid kenmerkend voor veel studies van zending en missie en is onderzoek naar de praktische ontmoeting tamelijk schaars is.

Het tweede deel van het boek behandelt de biografie van Dr. Rudolf Fisch (1856-1946), die tussen 1885 en 1911 in de toenmalige Goudkust werkzaam was. De komst van Dr. Fisch, evenals zijn collega zendelingen een bekeerde piëtist, luidde voor de *Basler Mission* het begin van de professionele geneeskunde in. In dit meer dan driehonderd pagina's tellende deel schetst Fischer achtereenvolgens Fische's ontwikkeling tot zending en arts, een chronologie van zijn verblijf in Afrika, zijn werkzaamheid als huisarts voor de zendelingen, zijn medische praktijk onder de Afrikanen, de opbouw van het eerste zendingsziekenhuis in Aburi, zijn huiselijke situatie, zijn wetenschappelijk onderzoek naar malaria en zwartwaterkoorts, zijn gevecht tegen het alcoholisme, zijn inzet in de bestrijding van de pest epidemie in 1908, zijn etnologische studies, zijn 'Selbstverständnis' als zending en tenslotte zijn terugkeer naar Europa. Door een kunstmatige scheiding van deze onderling verbonden thema's stuit men in dit deel vaak op herhalingen. Bovendien gaat de zeer gedetailleerde beschrijving ten koste van een meer analytische beschouwing van Fische's medische zending. De lezer wordt weliswaar geconfronteerd met allerlei op zich niet oninteressante facetten van het leven en werk van de zedingsarts, maar zonder dat de professionalisering en verwetenschappelijking van de medische zending, waarvan Fisch een prototypische exponent was, theoretisch aan de orde wordt gesteld. Zo beschrijft Fischer keer op keer de conflicterende lichaamsopvattingen van Fisch enerzijds en de 'gewone' zendelingen en Afrikanen anderzijds, zonder tot een reflectie over die conflicten te komen. Een voorbeeld: Fischer presenteert het feit dat Fisch de aan de Goudkust toen wijd verspreide framboesia in eerste instantie voor syfilis hield en op grond daarvan tegen de vermeende seksuele losbandigheid van de Afrikanen optrad, als "tragischer Irrtum" (p. 242). De omstandigheden waaronder dit soort 'vergissingen' überhaupt de kop op steken en de praktische consequenties ervan thematiseert hij echter niet. Zonder dat Fischer zich daarvan bewust is, roept hij door zijn nauwgezette descriptie voortdurend de vraag op naar de bijdrage van de westerse geneeskunde aan de kolonisering van de Afrikanen op, zoals Megan Vaughan die zo briljant in haar *Curing their Ills, Colonial Power and African Illness* (1991) heeft geïnterpreteerd. De discrepantie tussen empirische precisie en theoretische reflectie, die met een groot aantal andere voorbeelden te staven zou zijn, vormt een opvallende zwakte van Fischers werk; daarom sluit het geheel niet aan bij actuele discussies.

Het laatste en tevens kortste deel gaat over de botsing van de medische zending met de Afrikaanse opvattingen over lichaam en ziekte. Fischer pakt de draad van het eerste deel weer op en gaat nog eens in op de overeenkomsten en verschillen tussen de concepten van zendelingen en Afrikanen. In dit verband trekt hij zijn historisch verhaal her en der door naar de medische praktijk van hedendaagse christenen. Op zich betreft het hier een uitermate boeiende kwestie waaraan mijns inziens nodig meer aandacht zou moeten

worden besteed. Het is echter wel de vraag, hoe het contact tussen zendelingen en Afrikanen op een meer interessante en produktieve manier benaderd kan worden. Fischer slaagt daar niet in. Door gebrek aan kritische distantie ten opzichte van de zending, door zijn beperkte kennis van recente (medisch) antropologische literatuur en door het ontbreken van etnografisch veldwerk komt hij niet veel verder dan de reproductie van stereotypen. Zo meent hij het probleem dat de zendelingen de traditionele genezers beschouwden als bedriegers op te kunnen lossen door (uitgaande van Ackerknechts artikel over 'primitive medicine' uit 1942) op het emotionele, niet tussen reëel en irreëel onderscheidende Afrikaanse denken te wijzen (p. 479), dat zich van het rationele Westerse denken der zendelingen zou onderscheiden. Hij reproduceert hier het stereotiepe contrast tussen de emotionele Afrikaan en de rationele Europeaan, dat inmiddels aan een radicale deconstructie onderhevig was. Het ware veel vruchtbaarder geweest als Fischer had onderzocht in welk opzicht de zendelingen de 'fetishpriesters' als bedriegers beschouwden. Uit mijn eigen onderzoek naar zendelingen van de *Norddeutsche Mission*, die evenals de door Fischer bestudeerde zendelingen in Basel werden opgeleid, blijkt dat zij de traditionele priesters als representanten van de duivel uitermate serieus namen. Hun 'bedrog' bestond daarin, dat ze mensen in de armen van Satan in plaats van de 'ware God' dreven. De negentiende-eeuwse zendelingen met hun geloof in de werkzaamheid van de duivel kunnen dus zeker niet als verlichte rationele westerlingen worden beschouwd. Door deze oppervlakkige, onkritische aanpak, waarin slechts de Afrikaan en niet de zending van toen als 'ander' wordt gepresenteerd, doet Fischer noch recht aan de zendelingen, noch aan de Afrikanen.

Al met al is Fischers boek in zijn theoretische reflectie teleurstellend. Wat blijft is dat zijn empirisch uiterst precieze beschrijving als materiaal voor een meer kritische analyse van de medische zending in een koloniale context gebruikt zou kunnen worden.

Birgit Meyer

Stephen Frankel & Gilbert Lewis (eds), *A continuing trial of treatment. Medical pluralisme in Papua New Guinea*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1989. 334 pp. Prijs: f 165,00 (hard cover).

In hun lange inleiding tot deze bundel artikelen melden Frankel en Lewis dat zij de auteurs verzocht hadden de volgende vragen in hun bijdrage te overwegen:

What are the common patterns of response to illnesses of different sorts? What is the relationship between traditional concepts of health and illness and the acceptance or rejection of particular aspects of Western medicine? What continuities or contrasts are there between the traditional and modern organization of health care? Is there conflict between Western and indigenous responses to illness? Where Western treatments are readily available, under what circumstances are traditional remedies applied? Are there cultural barriers to the acceptance of Western treatments, or are more mundane issues such as access and cost more important where Western treatments are not sought or persevered with? (p. 1-2)

Hun bezwaar tegen eerdere studies over 'traditionele geneeskunde' was dat deze vooral gaan over ideeën en nauwelijks over praktijken (p. 5). Daar komt nog bij antropologen de neiging hebben die ideeën als een logisch samenhangend systeem te presenteren, terwijl zulk een orde soms ver te zoeken is. Andrew Strathern merkt in zijn bijdrage op dat de 'fusion' tussen westerse en inheemse medische praktijken tevens een flinke dosis 'confusion' opleverde.

Frankel en Lewis komt lof toe dat zij er redelijk in geslaagd zijn de verschillende auteurs op één lijn te krijgen. Hun boven geciteerde vragenlijst geeft inderdaad de hoofdthema's van het boek aan. Bijna alle auteurs (de bijdrage van Hyndman gaat over iets anders) laten zien hoe men onbekommerd en met veel inventiviteit de westerse geneeskunde toeigende en integreerde in het lokale denken en handelen, ook als er in de ogen van buitenstaanders grote conceptuele tegenstellingen in het spel waren. Overheersend was altijd de ervaring dat het nieuwe werkte. Hoe en waarom was blijkbaar een minder prangende vraag. Deze reactie verschilt weinig van die van de zieke in onze eigen samenleving die beroep doet op een 'alternative' genezer als hij daar heil van verwacht. Ook de huisarts die acupunctuur in zijn pakket doet, handelt niet anders.

Een bijzondere charme van deze collectie is dat opvallend veel auteurs de historische achtergrond van een ontwikkeling trachten te schetsen en daarbij uitgebreid ingaan op de rol van missie en zending in de verbreiding van westerse gezondheidszorg. De wijze waarop missionarissen en zendelingen de geneeskunde hebben gebruikt als een instrument van verkondiging is nog steeds onderbelicht.

Ter illustratie zal ik één bijdrage wat uitvoeriger bespreken. Carol Jenkins beschrijft het proces van kennismaking met westerse geneeskunde bij de Amele, een bevolkingsgroep van ruim 5000 mensen aan de noordkust van Papua New Guinea even ten westen van Madang. In de Duitse koloniale periode lieten de Amele zich aanvankelijk moeilijk 'vangen'. Zij waren niet geïnteresseerd in loonarbeid en Duitse handelsmaatschappijen zagen zich genoodzaakt Maleise en Chinese arbeiders te importeren. Rond 1900 was het aantal immigranten al opgelopen tot 2500. De aanwezigheid van zoveel vreemdelingen bracht ook nieuwe ziektes die veel slachtoffers maakten onder de Amele. In een rapport van 1919 werd bovendien gemeld dat infanticide en abortus op grote schaal werden gepraktiseerd.

Rond die tijd namen de ouderlingen van de Amele een merkwaardig besluit om de neerwaartse spiraal te stoppen: ze besloten een zendeling te 'kopen', het eerste teken van hun pragmatisme en haast onbepert vermogen tot accommodatie. In 1916 kwam de eerste zendeling. Vier jaar later waren er zeventig officiële bekeerlingen. In 1939 arriveerde, op verzoek van de zendeling, een Amerikaanse arts, Theo Braun, die tot 1972 zou blijven. Door zijn spectaculair medische en organisatorische prestaties en zijn flamboyante manier van handelen, verwierf Braun zich een status gelijk aan die van de lokale 'sterke man'.

Voor de Amele waren ijzeren werktuigen, christelijke religie en de nieuwe geneeskunde delen van één pakket. Kerk- en kliniekbezoek waren keerzijden van dezelfde medaille. Volgens Jenkins werd het werk van Braun zo positief ontvangen, omdat de dokter Braun religieus geïnspireerd was en openstond voor lokale tradities die hij durfde toe te laten in zijn ziekenhuis.

De twaalf etnografische stukken en het achtergrondartikel (inleiding) van Frankel en Lewis vormen een waardevolle toevoeging aan de medisch-antropologische literatuur van Papua New Guinea (waaraan beide redacteurs reeds een belangrijke bijdrage hadden geleverd). De artikelen bestrijken een groot etnografisch gebied. Acht bijdragen zijn gesitueerd op het 'vaste land' van Papua New Guinea, van de Maisin in het uiterste oosten tot de Maring die wonen op de hellingen van het Bismarckgebergte in het westen. Twee stukken gaan over New Britain en de resterende twee over Manus Island en Goodenough Island.

De belangrijkste bijdrage van deze bundel is de aandacht van veel auteurs voor de – korte – geschiedenis van de introductie van westerse geneeskunde in Papua New Guinea en voor de vanzelfsprekendheid waarmee dit nieuwe verschijnsel werd opgenomen in de bestaande medische praktijk. Die toeëigening was in de meeste gevallen zo opportunistisch en pragmatisch dat de vaak gebezigde term 'culturele herinterpretatie' in het geval van Papua New Guinea haast te gewichtig lijkt. De verwevenheid van – en treffende gelijkenis tussen – de acceptatie van westerse religie en westerse gezondheidszorg verdient nader onderzoek.

Sjaak van der Geest

Frank Huisman, *Stadsbelang en standsbesef. Gezondheidszorg en medisch beroep in Groningen 1500-1730*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1992, 477 pp. Prijs f 79,50.

Monografieën over de geschiedenis van de gezondheidszorg en het medische beroep in Nederlandse steden ten tijde van de Republiek zijn niet alleen schaars, maar merendeels ook beperkt historiografisch van opzet. Dit proefschrift van Huisman is een poging om de schaarste enigszins te verhelpen en de medische geschiedschrijving op een hoger plan te brengen. In beide opzichten is hij wel geslaagd, maar tot een in alle opzichten bevredigende studie heeft zijn werk toch niet geleid. In *Stadsbelang en standsbesef* wordt de ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg en het medische beroep in Groningen tussen 1500 en 1730 behandeld. Met Groningen wordt de stad Groningen bedoeld, zij het dat ook aandacht wordt besteed aan medische kwesties in gewestelijk verband. Het boekwerk is onderverdeeld in drie periodes, elk behandeld in een apart deel met als hoofdthema's het 'overheidsbeleid inzake gezondheidszorg' en 'genezen en het medische beroep'.

De eerste periode loopt van het eind van de 15de eeuw tot de Reductie in 1594. In dit tijdsbestek begon de verantwoordelijkheid van het stadsbestuur voor de gezondheidszorg enige vorm te krijgen. Zo werd de afvoer van straatvuil van overheidswege georganiseerd, terwijl het bestuur ook de verzorging van pestlijders ging organiseren. In de 16de eeuw speelde bovendien de academisch opgeleide medicus (doctor medicinae) voor het eerst een rol en diende zich in rudimentaire zin een beroepsgroep van chirurgijns aan. Van een erkende en van stadswege beschermde professie van heilkundigen was overigens nog geen sprake in deze periode waarin zelfmedicatie, burenhulp en religieus

genspireerde zorg nog veruit de boventoon voerden in de ziekenzorg en ziektebestrijding. Pas in 1584 ging het stadsbestuur voor het eerst onderscheid maken tussen 'bevoegden' en 'onbevoegden', en raakte de beroepsuitoefening van de laatsten aan beperkingen onderhevig.

Rond 1500 was er een viertal chirurgijns, die in de bronnen als 'baartscheerders' worden aangeduid en meer als barbiers dan als heelmeeesters actief zullen zijn geweest. Een dertigtal jaren later lag hun aantal op zestien, een niveau dat voor de rest van de eeuw ongeveer gelijk bleef. Enkele van hen waren 'chirurgi iurati', speelden een belangrijke rol in de gerechtelijke geneeskunde en hadden een aangifteverplichting in geval van verwondingen door geweldpleging. Vanaf 1584 gold dit voor alle chirurgijns. In de jaren 50 werden voor het eerst stadsdoctores aangesteld, die een rol kregen als adviseurs van het stadsbestuur in gezondheidskwesities en werden ingeschakeld bij de medische verzorging. Vanaf 1584 nam ook hun controlerende rol in betekenis toe en werden ze belast met het toezicht op de chirurgijns, waarmee een formele medische hiërarchie tot ontwikkeling was gekomen.

In 1594 werd het gewest Groningen deel van de Republiek en vonden tevens belangrijke veranderingen plaats in zowel de politieke als de godsdienstige organisatie van de stad. De tweede periode bestrijkt het eind van de 16de eeuw tot het midden van de 17de eeuw, een tijdsbestek waarin de bemoeienis van het stadsbestuur met gezondheidskwesities groeide en waarin de medische beroepsorganisatie vorm begon te krijgen. In 1599 werd de eerste pestmeester aangesteld, belast met de verzorging van alle pestlijders. In 1619 vond de oprichting van het pesthuis plaats. Het actievere optreden van het stadsbestuur tegen de pest, met name het streven om besmettingshaarden zoveel mogelijk te isoleren, kreeg onder meer gestalte in pogingen om de traditionele burenen-, vrienden- en familie zorg bij begrafenissen van pestlijders te vervangen door een meer formele, van bovenaf opgelegde regeling, waarbij minder mensen betrokken waren. Dit beleid, dat goed aansloot bij de calvinisering van de samenleving, was in de praktijk niet echt effectief en leed bovendien grotendeels schipbreuk als gevolg van het pestoproer in 1623.

Rond 1600 was er nog niet meer dan één doctor, maar nadien liep dit op tot somtijds wel zes doctores, merendeels vrij gevestigd. Aan deze numerieke groei droeg de in 1614 opgerichte universiteit bij, maar de medische opleiding had aldaar geen hoge prioriteit. In de 17de eeuw liep ook het aantal chirurgijns flink op, zodanig zelfs dat het stadsbestuur in 1655 besloot tot instelling van een *numerus fixus*, waarbij het maximum aantal meester-chirurgijns werd gesteld op twintig. De opbouw van het in 1597 opgerichte gilde vond derhalve plaats onder het getij van een meer en meer gespannen arbeidsmarkt, hetgeen noodzaakte tot een duidelijker afbakening van de competenties van de verschillende beroepsgroepen. Oprichting van het gilde, waartoe het stadsbestuur pas overging na zich verzekerd te weten van directe controle en van de verplichte inzet van alle chirurgijns in de armen- en wezenzorg, was voor het prestige en de marktpositie van de beroepsgroep van groot belang. De chirurgijns werden een gevestigde en relatief beschermde beroepsgroep, hetgeen de speelruimte van hun belangrijkste concurrenten, de 'reizende meesters', beperkte. Deze eerste stappen richting 'professionalisering' gingen gepaard met structurele veranderingen in de beroepsgroep. Er vond een geleidelijke

verschuiving plaats van een min of meer egalitaire broederschap die hoofdzakelijk bestond uit 'baartscheerders' naar een wat zakelijker beroepsorganisatie met een meer gemengde samenstelling en een groeiend onderscheid tussen een 'elite' van heelmeeesters en de gewone leden. Deze ontwikkeling, door Huisman wel erg zwaar als "oligarchisering" aangezet, ging gepaard met aanscherping van de exameneisen, met pogingen tot verbetering van het kwalificatieniveau en het beroepsprestige, en met een afname van het aandeel van de barbier-chirurgijns die moeilijk als echte heelkundigen konden worden beschouwd. De pogingen tot verhoging van het beroepsniveau hadden een zeker succes, maar niet zodanig dat ook de grotere heelkundige ingrepen in de beroepspraktijk van het gilde geïntegreerd werden. Voor zover deze werden verricht moesten de operateurs gevonden worden onder de gespecialiseerde reizende meesters.

De ontwikkelingen op het gebied van beroepsregulering en kwalificatieverbetering zetten zich in grote trekken voort in de derde periode (van het midden van de 17de eeuw tot de oprichting van het Collegium Medicum in 1728). Het preventiebeleid bij de pestbestrijding kreeg een supralokaal aspect, maar met behoud van het geringe praktische effect van de genomen maatregelen. De overheidsbemoeienis op gezondheidsgebied ging zich meer op de kwaliteit van de verzorging richten. Door medici werden pogingen ondernomen tot verbetering van het anatomisch onderwijs, die pas laat met enig succes werden bekroond. Van stadswege was er weinig belangstelling voor de invoering van klinisch-anatomisch onderwijs, terwijl het feit dat het gasthuis geen functie als ziekenhuis vervulde de mogelijkheden op dit gebied verder beperkte. Operatieve voorzieningen van enig niveau ontbraken en voor de aanvoer van lijken voor anatomische oefening en instructie was men afhankelijk van het gasthuis in Amsterdam, dat slechts af en toe in de behoefte kon voorzien. De 'grote' heelkunde werd dan ook pas laat in de geschiedenis van de stad van enige betekenis en bleef achter bij het (overigens vrij bescheiden) niveau dat in de 18de eeuw in steden elders in de Republiek bereikt werd. De Groninger heelkunde ontsteeg niet of nauwelijks de 'petite chirurgie', zoals ook blijkt uit de geringe mate van differentiering van het gebruikte instrumentarium.

Aan het einde van de 17de eeuw werd de medische arbeidsmarkt eerder meer dan minder gespannen, hetgeen noodzaakte tot een nadere regulering van de medische beroepsuitoefening, zowel wat betreft de verhouding tussen doctores en chirurgijns als wat betreft de relatie tussen de gevestigde medische beroepsgroepen en de groep van ongediplomeerden en reizende meesters. Het stadsbestuur ging de gevestigden in toenemende mate beschermen tegen concurrentie uit de groep van buitenstaanders. In de verhouding tussen doctores en chirurgijns kwam in dubbel opzicht verandering, zowel numeriek door de relatief sterke toename van het aantal doctores als hiërarchisch in de vorm van een formalisering van de controlerende positie van doctores. Huisman beschouwt de oprichting in 1728 van het door doctores gedomineerde Collegium Medicum als de afsluiting van een tijdperk. Niet alleen ging er vanaf dat jaar een medisch toezichtscollege functioneren voor het hele medische veld en was de medische hiërarchie vastgelegd, ook waren zijns inziens de voorwaarden voor de academisering van het medische beroep in het vervolg van de eeuw geschapen.

De door Huisman ondernomen poging om een nieuw soort lokale medische geschiedschrijving te introduceren verdient alle waardering, maar de door hem gekozen periodi-

sering, zijn bronnengebruik en het gebrek aan vergelijking met steden elders roepen toch vragen op. Bij de periodisering valt vooral de afsluiting in 1728 op. Het mag bekend worden verondersteld dat pas met de Bataafs-Franse periode (1795-1813) een fundamentele verandering in de organisatie van de publieke gezondheidszorg en de medische beroepsuitoefening inzette. In deze tijd werden de gilden opgeheven en de fundamenteen gelegd van de moderne geneeskundige staatszorg. Hierbij ging het niet slechts om een staatkundig keerpunt, zoals Huisman meent, maar ook om een omslag in medisch-organisatorische zin. Volgens Huisman was er rond 1800, met uitzondering van de 'nationalisering' van de gezondheidszorg, voornamelijk sprake van continuïteit aangezien er tussen 1728 en de eerste decennia van de 19de eeuw geen wezenlijke veranderingen meer in de beroepsinterne verhoudingen zouden hebben plaatsvonden. Daarmee gaat hij voorbij aan de ingrijpende betekenis die alleen al de opheffing van de chirurgijngilden had. Ook lijkt zijn periodisering zonder verdere argumentatie slechts bepaald te worden door beroepskwesties, terwijl toch ook de publieke gezondheidszorg tot de hoofdthema's van het boek behoort. Door min of meer abrupt in 1728 te stoppen ontnemt hij zich jammer genoeg de mogelijkheid om de ontwikkelingen op medisch gebied te volgen tot en met het kruispunt van de 'oude' en de 'nieuwe' tijd. Volgens Huisman waren in 1728 de voorwaarden voor een academisering van het medische beroep vervuld. Meer aandacht voor de ontwikkeling nadien had echter kunnen leren dat pas in de tweede helft van de 18de eeuw schoorvoetend voorwaarden op dit gebied geschapen werden. Van een afronding van de beroepsvorming bij de chirurgijns was in 1728 evenmin sprake, al was het maar omdat de integratie van heelkundige specialismen (een aspect van de beroepsvorming waaraan in het boek te weinig aandacht wordt besteed) nog grotendeels op gang moest komen. Zoals hijzelf constateert werd de beperking van de speelruimte van reizende meesters en andere ongediplomeerden tot 1728 niet op medisch-inhoudelijke gronden gebaseerd, hetgeen wijst op het in die tijd nog ontbreken van een fundamenteel kwalificatieverschil tussen de gevestigde beroepsuitoefenaars en de buitenstaanders: ook niet bepaald een teken van afgeronde beroepsvorming.

Het had om nog een andere reden voor de hand gelegen een grotere nadruk te leggen op de 18de eeuw als geheel. Op de keper beschouwd is het door Huisman aangedragen feitenmateriaal voor de eerste twee periodes summier. De specifiek op Groningen betrekking hebbende gegevens hadden gemakkelijk in één, pak weg twee hoofdstukken prijsgegeven kunnen worden. Dat de eerste twee delen ondanks dat toch nog ruim 250 bladzijden en 12 hoofdstukken (!) beslaan mag misschien als een niet geringe prestatie worden beschouwd, maar de prijs die daarvoor alleen al in termen van leesbaarheid wordt betaald is hoog. Deze omvang wordt namelijk gehaald door het voortdurend inlassen van algemene medisch-historische beschouwingen, door wel erg breedvoerige uitweidingen en door het keer op keer herhalen van dezelfde gegevens en uiteenzettingen. Het boek had veel aan scherpte kunnen winnen door het drastisch beperken van de omvang ervan alsook door de aandacht te concentreren op het tijdsbestek waarvoor meer gegevens voorhanden zijn. Dat had bovendien meer ruimte geboden voor een vergelijking met steden elders in de Republiek, waarvan nu slechts sporadisch sprake is, en een scherper beeld opgeleverd van de Groningse situatie. Huisman meent bijvoorbeeld zonder veel omhaal vast te kunnen stellen dat het verzadigingspunt in de Groningse

verzorgingsdichtheid bij een verhouding van 1 chirurgijn op 1000 inwoners lag, zich daarbij basierend op het feit dat gilde en stadsbestuur de maximale capaciteit zelf op 20 chirurgijns vastlegden in een periode waarin de stad 20.000 inwoners telde. Een vergelijking met andere steden in de Republiek laat zien dat de dichtheid elders nog wel hoger lag, terwijl bij de vaststelling van het 'verzadigingspunt' ook de van geval tot geval afwijkende samenstelling van de beroepsgroep van belang blijkt. Bij minder 'echte' heekundigen en meer barbier-chirurgijns bestond er op de heekundige markt meer ruimte voor groei. Dit zal waarschijnlijk op de Groningse situatie van toepassing zijn geweest en dus eerder pleiten voor een ander verzadigingspunt.

Ook het bronnengebruik is in deze studie niet altijd evenwichtig. Het soms te direct volgen van de geraadpleegde bronnen wordt afgewisseld met een wel erg losse omgang ermee. Zo komt Huisman bij herhaling met de stellige bewering dat medici in dienst van de stad "primair een legitimerende functie van het stedelijk gezondheidsbeleid" (p. 67) hadden. Inderdaad zal dit aspect er in de bronnen uitspringen, maar er is geen overtuigend bewijs dat het in de praktijk van alledag belangrijker was dan de verzorgingstaak of de toezichthoudende functie van de betrokkenen. Soms steekt de stelligheid van beweringen mager af tegen de brongegevens. Zo stuiten we met enige regelmaat op beweringen van het type "het staat vast dat", terwijl de ter adstructie aangevoerde feiten summier zijn of eerder in een andere richting wijzen. Volgens Huisman wijst "alles" er op dat de Groninger doctores aan het eind van de 17de eeuw sterk "aan belang en prestige hadden gewonnen" (p. 321), om vervolgens te komen met een reeks gegevens die hiermee op gespannen voet staat, zoals het feit dat doctores geen directe toegang tot de stadsregenten hadden, dat ze geen stedelijke erefuncties vervulden die bij maatschappelijk aanzien van enige betekenis hoorden en dat ze evenmin op het niveau van kerkeraden vertegenwoordigd waren. Ook zou "alles" er op wijzen dat de doctores in het laatste kwart van de 17de eeuw "als beroepsgroep een metamorfose hebben doorgemaakt van academicus naar medicus" (p. 327), terwijl voor zo'n snelle ontwikkeling (die zelfs in een stad als Amsterdam in die periode nog lang niet was afgerond) maar zeer bescheiden bewijsmateriaal wordt aangedragen. Bij gebrek aan gegevens over de stad zelf wordt door Huisman verder nogal eens gegrepen naar een speculatieve redeneertrant, waarbij materiaal uit andere steden zonder veel omhaal van toepassing wordt verklaard op Groningen.

Klinkt het bovenstaande misschien erg kritisch, toch verdient Huismans studie het geenszins om verder terzijde te worden gelegd. Hij mist weliswaar kansen op een beter produkt, maar verschaft toch een interessant beeld van de geschiedenis van het medische beroep en de publieke gezondheidszorg in Groningen. Voor wie vertrouwd is met de huidige (vooral Engelse) medische geschiedschrijving bevat het boek niet echt veel nieuws, maar niet vergeten mag worden dat de receptie daarvan in Nederland nog in de kinderschoenen staat. Huismans proefschrift kan worden beschouwd als een van de eerste serieuze pogingen hier verandering in te brengen.

Tom Nieuwenhuis

Bruno Illius, *Ani shinan: Schamanismus bei den Shipibo-Conibo (Ost-Peru)*. Münster, Hamburg, Lit Verlag (Ethnologische Studien Bd. 12), 1991. 415 pp. Prijs: DM 58.80.

Dit boek is een traditionele solide Duitse etnografie over shamaanse voorstellingen onder een groep Amazone-indianen, de Shipibo-Conibo. Naast het thema van het boek passeert een veelvoud van tot in de details beschreven aspecten van het dorpsleven de revue.

De shamanen zien de wereld als een grote schijf, omringd door water. De Shipibo-Conibo wonen in het middelpunt. Boven en onder hen bevinden zich rijk geschakeerde geestenwerelden die voortdurend in evenwicht gehouden moeten worden. De geesten in de bovenwereld worden opgevat als tamelijk goedwillend en als potentiële helpers van de shamanen en die van de onderwereld als het tegenovergestelde. Onder het pantheon der goede geesten figureert prominent de 'God Inca', hetgeen als een overblijfsel moet worden gezien van de vroegere Inca-invloed. Ook vindt men er een *farmacia*, bemenst door blanke artsen die de shamanen medicijnen ter hand stellen.

De persoonlijke identiteit wordt op complexe wijze geduid. In de lokale visie beschikken de Shipibo-Conibo onder meer over *caya*, wat wellicht het best te vertalen is met 'droom-ego'. Dit aspect van de persoonlijkheid kan zich van mensen losmaken, hetgeen vooral optreedt tijdens dromen, trance onder invloed van roesmiddelen, ziekten en dood. In het bijzonder tijdens levensbedreigende ziekten kan de *caya* op diens reizen allerlei vormen van omgang hebben met slechte geesten, variërend van geslachtsverkeer tot openlijke strijd. De genezende activiteit van de shamaan is er daarom op gericht strijd te leveren met de slechte geesten om de terugkeer van het droom-ego. Een mens kan op zijn hoogst drie tot vier maanden leven zonder *caya*. Het duurt eenzelfde periode voordat pasgeborenen over een droom-ego beschikken. Over wat er met de *caya* gebeurt na de dood verschillen de meningen, maar op zijn hoogst na enige jaren is het verdwenen.

Het begrip *shinan*, wellicht het best te vertalen door levenskracht, speelt een belangrijke rol in de genezingsriten. Elk mens heeft het, meent men, maar in variërende mate. De shamanen zouden beschikken over naar verhouding veel levenskracht, *ani shinan*, waarmee de titel van het boek begrijpelijk wordt. Ze zeggen het tekort aan *shinan* bij patiënten aan te kunnen vullen en eveneens hun eigen levenskrachten gedeeltelijk over te kunnen dragen op leerlingen.

Het zien van de 'juiste' hallucinaties vereist een gedegen training. Meester-shamanen trachten door hen ongewenste visies zoveel mogelijk te negeren of weg te verklaren. Wanneer leerlingen te veelvuldig van dergelijke zinsbegoochelingen melding maken, worden ze verklaard tot ongeschikt voor het vak. Het rapporteren van de 'juiste' geesten, daarentegen, wordt door de meesters geduid als een toename bij de novieten van hun (voor shamaanse praktijken onmisbare) *shinan*, levenskracht. Zo bouwen de leerlingen langzaam maar zeker een repertoire op aan goedgekeurde voorstellingen en praktijken waarmee ze hun specialiteit, het genezen van zieken, kunnen uitoefenen. Alhoewel er een aanzienlijke mate van overeenstemming is over deze voorstellingen heeft elke shamaan een zekere individuele vrijheid de geestenwereld te duiden; "ieder heeft zijn eigen waarheid", aldus een shamaan (p. 155).

Wanneer iemand ziek is geworden, stelt de shamaan gewoonlijk als diagnose dat het evenwicht in de verhoudingen tussen de verschillende geesten en mensen is verbroken. Zulke verstoringen worden gezien als onvermijdelijk. Door de bezigheden van het dagelijks leven onttrekken de Shipibo-Conibo voortdurend energie aan de “geestenheersers over de planten en dieren”, die op hun beurt het verlies proberen goed te maken door mensen te doden. De shamanen trachten de gepercipieerde balans tussen mensen en geesten te herstellen en daarmee genezing te bewerkstelligen.

Niet-shamanen weten van dit alles slechts weinig af. Hun “Jedermanns-Kosmologie” is zo ingrijpend beïnvloed door de christelijke leer alsmede door de formele scholing van seculiere aard dat “sie im Rahmen einer Kulturwandel- und Synkretismus-Studie untersucht werden müte” (p. 128). Ondanks dat is blijkbaar de veronderstelde genezingsmacht van de shamanen zo groot dat de ‘gewone mensen’ zich tot hen blijven wenden in geval van nood.

Wat ik in dit boek waardeerde was dat Illius geen starre visie hanteert van mensen als culturele automaten die allen leven onder de eenduidige programmatuur van een logisch samenhangende religieuze wereldvisie. Hij legt juist nadruk op individuele verschillen, alsook op de niet onaanzienlijke mate van persoonlijke vrijheid en creativiteit tot het duiden van fenomenen binnen de grenzen van de traditie.

De kracht van dit boek zit in de gedetailleerde etnografie, niet in de analyse. Met wat meer afstand bezien vormen de Shipibo-Conibo het zoveelste voorbeeld van shamanisme onder bewoners van het Amazone-gebied, inclusief de algemene patronen van macht- en afhankelijkheid en de religieuze voorstellingen en praktijken. Het feit dat Illius zich niet aan een vergelijking waagde werd mijns inziens eerder veroorzaakt door zijn geringe wetenschappelijke afstandelijkheid en het ontbreken van een theoretisch perspectief dan door een gebrek aan vergelijkbare studies, alhoewel die zelden zo gedetailleerd zijn als Illius' werk.

Fred Spier

J. Leman & A. Gailly (eds), *Thérapies interculturelles: L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*. Brussel: De Boeck-Wesmael, 1991. 162 pp.

Dit boek is het tastbare resultaat van intensieve discussies welke hebben plaats gehad tussen medewerkers van het CW Laeken te Brussel (een ambulante instelling voor de geestelijke gezondheidszorg), enkele huisartsen, psychiaters en een advocate, naar aanleiding van gemeenschappelijke, allochtone cliënten. De aanname dat cultuur en ziekte nauw met elkaar verbonden zijn was bij deze discussies een belangrijk uitgangspunt. Bij de zorg voor allochtone cliënten dienen zorgverleners dan ook inzicht te hebben in de wijze waarop ziekte en cultuur zich tot elkaar verhouden in hun oorspronkelijke cultuur. Men kan de allochtone cliënt niet helpen zonder rekening te houden met de betekenis die deze aan zijn problemen toekent of waarnaar hij op zoek is.

De casuïstiek in het eerste deel van het boek vind ik zeer boeiend. Bij elk van de zes besproken cliënten wordt een toelichting gegeven door de diverse betrokken hulpverleners. De auteurs hebben niet geprobeerd achteraf een sluitende analyse te bieden, maar tonen juist het (vaak moeizame) proces tussen hulpverleners en hulpvragers en tussen hulpverleners onderling. Juist deze openheid maakt de artikelen boeiend en voor velen herkenbaar. Het nodigt de lezer bovendien uit om mee te denken over de interactie die zich voordoet. Het sterk analytisch georiënteerde kader waarbinnen de auteurs werken, kwam mij soms wat gekunsteld over. Dit kan evenwel ook het gevolg zijn van onwennigheid mijnerzijds; de hulpverlening aan etnische minderheden is in Nederland vooral vanuit een systeemvisie geïnspireerd.

De algemene beschouwingen, in het tweede deel van het boek, zijn zeer divers van samenstelling en blijven soms erg abstract. Uitvoerig wordt ingegaan op de multiculturele context van de relatie tussen allochtone cliënt en autochtone hulpverlener; problemen rond interdisciplinaire samenwerking; de betekenis van de hulpvraag bij allochtone cliënten en dergelijke.

De auteurs zijn duidelijk voorstander van een cultuurspecifieke aanpak. Hoewel ergens gesteld wordt dat sociaal-economische verschillen tussen allochtone cliënten en autochtone hulpverleners misschien wel belangrijker zijn dan culturele verschillen, wordt daar in de artikelen verder weinig aandacht aan besteed. Steeds weer wordt benadrukt het belang van kennis over de andere en de eigen cultuur en kennis over de betekenisgeving door de ander. De auteurs lopen hierdoor het risico van een te sterke culturalistische benadering en voorbij te gaan aan individuele betekenisgeving (hetgeen juist zo helder geïllustreerd werd met de casus van Naima's echtscheiding) en aan de invloed van migratie op het toekennen van betekenis.

Mochten de verwachtingen van de cliënt en de hulpverlener ondanks alle inzet uiteindelijk toch niet op elkaar aansluiten, dan, zo stelt Gailly in zijn bijdrage, dient de hulpverlener de aandacht op algemene therapeutische kenmerken te richten, zoals het kweken van een vertrouwensrelatie, het geven van oorzakelijke verklaringen. Men kan zich afvragen of deze gemeenschappelijke kenmerken juist niet als uitgangspunt gehanteerd dienen te worden in de multiculturele hulpverleningsrelatie. Snacken pleit, in navolging van Devereux, voor een 'metaculturele' benadering waarbij gezocht wordt naar die culturele aspecten die bruikbaar zijn voor een 'metaculturele therapie'. Zo zal misschien het gesprek vervangen moeten worden door bepaalde rituelen, door het gebruik van objecten zoals amuletten of door trance.

Overigens is niet alleen het werken met cliënten afkomstig uit een andere culturele context lastig, ook het werken met diverse 'hulpverleningsculturen' is vaak problematisch. Men spreekt elkaars taal niet, hanteert verschillende verklaringsmodellen, erkent elkaars kundigheden niet of onvoldoende. Ondanks dergelijke problemen is de complementariteit van interdisciplinaire samenwerking zeer waardevol, zoals de auteurs ook in het eerste deel hebben trachten aan te tonen.

Het is naar mijn mening zeer te waarderen dat de participanten van het interdisciplinaire overleg anderen met dit boek deelgenoot hebben willen maken van hun (soms moeizame) discussies over hulpverlening aan allochtone cliënten en daarbij ook hun eigen functioneren ter discussie hebben durven stellen. Het is te hopen dat dit gezamen-

lijk zoeken, met de bereidheid van en met elkaar te leren, veel navolging zal krijgen. De gehanteerde uitgangspunten in dit boek en de discussies die over dit onderwerp elders gevoerd worden, bieden geïnteresseerden voldoende aanzet tot bezinning over de wijze waarop effectieve hulp geboden kan worden aan allochtone cliënten.

Mineke Blom

Wyatt MacGaffey, *Art and healing of the Bakongo commented by themselves: Minkisi from the Laman Collection*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1991. 184 pp. Prijs: 295 SEK (ca. f 100,-).

In het Folkens etnografisch museum in Stockholm bevinden zich ongeveer honderd Kongo *minkisi* (enkelvoud *nkisi*), objecten waar een bijzondere kracht aan toegeschreven wordt en die gebruikt worden voor divinatie en genezing, voor bescherming tegen kwade machten, en om succes af te dwingen, bijvoorbeeld tijdens de jacht of in oorlog. De *minkisi* werden tussen 1912 en 1919 in het huidige Zaïre verzameld door een Zweedse zendeling, Karl Edward Laman en in 1919 en 1954 (na Lamans dood) aan het museum geschonken.

Laman was zeer geïnteresseerd in de Kikongo taal en cultuur. In 1907 publiceerde hij, in samenwerking met de antropoloog Nordenskiöld en diverse collega-zendingen, een bundel etnografische teksten geschreven door Bakongo in hun eigen taal. De eerste Bakongo die konden lezen en schrijven, gewoonlijk mannen die nauw verbonden waren met de zending zoals onderwijzers en catechisten, werden door Laman aangespoord hun kennis van de eigen cultuur op papier te zetten. Laman stelde voor dat doel een vragenlijst op die zo'n tienduizend pagina's manuscript opleverde. Hij hoopte op die manier tevens een begin te maken met de creatie van een Kikongo literatuur en de Bakongo te stimuleren tot waardering van hun eigen culturele traditie.

Laman bestudeerde en annoteerde 429 aantekenschriften en besprak de inhoud ervan met de auteurs om de fouten te corrigeren en onduidelijkheden te verhelderen. In 1936 publiceerde hij op basis van dit materiaal zijn *Dictionnaire Kikongo-Français*. Hij schreef daarnaast een monografie over allerlei aspecten van de Kongo cultuur door citaten uit de aantekenschriften naar onderwerp te rangschikken. Dit werk is nooit gepubliceerd, maar een verkorte versie werd in het Engels vertaald en onder de supervisie van Lagercrantz gepubliceerd. *The Kongo* verscheen in vier delen tussen 1953 en 1968.

Lamans etnografische ijver heeft ook geschreven Kikongo commentaren opgeleverd bij 45 van de *minkisi* in het Folkens museum, een unieke collectie. Een overzicht van deze teksten, voorzien van tekeningen van de betreffende *nkisi*, was te vinden in deel drie van *The Kongo*, maar veel informatie was daar verloren gegaan, omdat de identiteit van schrijver en lokatie niet vermeld werden.

MacGaffey heeft nu een nieuwe uitgave verzorgd van deze teksten met alle oorspronkelijke gegevens. De Kikongo tekst staat afgedrukt naast de Engelse vertaling. Bovendien zijn er drie registers toegevoegd waardoor het geheel toegankelijker en overzichtelijker is geworden. Dit is zonder twijfel een uiterst kostbaar document voor specialisten op het

terrein van de Kongo cultuur en voor de Bakongo zelf, al zullen weinigen van hen het ooit onder ogen krijgen, gezien de hoge prijs.

Nkisi is moeilijk te vertalen. Het is in de eerste plaats een kracht afkomstig uit de onzichtbare wereld der doden. Deze *nkisi*-kracht is gematerialiseerd in bepaalde 'medicijnen' (*bilongo*), ingrediënten als mineralen, kruiden en dierlijke substanties. Deze medicijnen bevinden zich in een omhulsel, het zichtbare *nkisi*-object of -lichaam (*nitu*). Door deze materialisering komt de *nkisi*-kracht onder menselijke controle en kan voor een bepaald doel aangewend worden. Het *nkisi*-object kan een kistje zijn, een tas, een pot, een slakkehuis of een beeldje. Zonder zijn inhoud heeft het object geen enkele waarde. Alleen een religieuze expert, *nganga*, kan een *nkisi* zijn bijzondere kracht verlenen.

De 45 *minkisi* met hun begeleidend teksten vormen een indrukwekkende illustratie van de bijna obsessieve pogingen van deze mensen om met materiële middelen greep te krijgen op de gebeurtenissen in hun leven. De produktie van *minkisi* was uitgegroeid tot een professionele deskundigheid en een artistieke prestatie die er letterlijk toe leidde dat deze gebruiksvoorwerpen als kunst in musea terecht kwamen.

De veelheid van ingrediënten van sommige *minkisi* is duizelingwekkend en lijkt gebaseerd op de gedachte: hoe meer hoe beter. De vergelijking met de overvloed aan details in de Barok dringt zich op: het is nooit genoeg. Een voorbeeld volstaat om een indruk te geven van deze overvloed.

Mutadi is een *nkisi* voor divinatie. De commentatoren noemen in totaal 51 verschillende ingrediënten die alle een bepaalde functie hebben in de werking van *mutadi*. De *mutadi* is een schoudertas waaraan een dierehuid, drie builtjes medicijnen en een houten vrouwenfiguurtje zijn bevestigd. Onder 51 ingrediënten bevinden zich medicijnen die de *nganga* in staat stellen zijn werk te verrichten (onder andere witte en rode kalk, albino-haar, een blauwe kraal, een schelp, een patrijzeëi, een palmnoot en een kever). Daarnaast zijn er medicijnen die tot de *mutadi* zelf behoren (onder andere een aardnoot, een vuursteen, een apepoot, een aarden pijp, houtskool, een veer en snavel van een papegaai en een slakkehuis), medicijnen die gebruikt worden bij het aanroepen van de godheid (onder andere een cocon van een bidsprinkhaan, calabarbonen en een vleermuispoot) en tenslotte ingrediënten die speciaal voor de divinatie bestemd zijn (onder andere een houten beeldje en de witte staart van een zwarte hond).

Het is opvallende dat de commentaren zich beperken tot een beschrijving van de *minkisi* en de regels rond het gebruik. Verklaringen welke specifieke functie een bepaald ingrediënt heeft en waarom dat het geval is, worden zelden gegeven. Het is niet duidelijk of deze lacune het gevolg is van de vragen die Laman zijn informanten voorlegde of dat hun positie als vooraanstaande christen in de lokale gemeenschap hen ervan weerhouden heeft zich in dergelijke vragen te verdiepen.

MacGaffey geeft in zijn korte inleiding wel enkele suggesties. Metaforische en metonymische associaties lijken vaak te bepalen welke functie men aan een bepaald medicijn toekent. Van houtskool (*kala zima*) verwacht men bijvoorbeeld dat het iedereen met kwade intenties zal treffen (*zima*). De associatie zit hier in de woordovereenkomst die blijkbaar de richting van de verwachte werking suggereert. De calabarboon (*ngongo*) jaagt heksen die de patiënt trachten op te eten schrik (*ngongo*) aan. Ook hier een verbale

gelijkenis. Een functie kan ook bepaald worden door een visuele overeenkomst. De kop van een slang suggereert dat de *nkisi* zijn slachtoffer zal bijten; een rode kleur van een *nkisi* betekent dat de *nkisi* tegen bloeding helpt. Metonymische relaties kunnen ook een rol spelen. Zo kan een stukje kleding van degene die bescherming zoekt in de *nkisi* gestopt worden die hem die bescherming moet bieden.

Voor degenen die niet bekend zijn met de cultuur van de Bakongo is de afwezigheid van antropologisch commentaar bij de commentaren een nadeel. Zij krijgen wel een indruk van de onuitputtelijke energie en inventiviteit van de Bakongo die pogen hun bestaan onder controle te houden, maar worden daarbij geconfronteerd met een oerwoud van schijnbaar onsamenhangende symbolen. Wie deze stroom van voorwerpen laat passeren, kan zich net zo verloren voelen als bij het lezen van de gedichten van Hans Faverey: prachtige beelden, maar, vraagt Gerrit Krol (NRC-Handelsblad 11 juni 1993) zich af, wat hebben ze met elkaar te maken?

Wie beter bekend is met de Bakongo zal echter in staat zijn de associatieve logica te herkennen. Jammer dat MacGaffey ons geen deelgenoot maakt van die kennis. Maar zijn boek biedt door zijn zorgvuldige registratie derden wel de mogelijkheid een dergelijke exegese alsnog toe te passen.

Sjaak van der Geest

Rosalia Sciortino, *Care-takers of cure: a study of health centre nurses in rural Central Java*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Jolly, 1992, 318 pp. Prijs: f 55,00 (voor studenten f 35,00). Verkrijgbaar bij Receptie Antropologisch Sociologisch Centrum, Amsterdam.

Lezing van *Care-takers of cure*, het proefschrift waar Rosalia Sciortino vorig jaar aan de Vrije Universiteit van Amsterdam cum laude op promoveerde, riep bij mij onmiddellijk de vraag op hoe het komt dat niemand anders ooit op het idee gekomen is een dergelijke studie te doen. Sciortino's thema en methode zijn origineel, maar tegelijkertijd beschrijft zij een situatie die heel herkenbaar is, ook voor diegenen die nooit een voet hebben gezet in Indonesië, maar wel gewerkt hebben in de basisgezondheidszorg in een ander ontwikkelingsland. Toch is er bij mijn weten nooit iemand anders geweest die de positie van het verpleegkundig personeel zo treffend heeft geanalyseerd en concreet heeft beschreven als Sciortino.

Het uitgangspunt van haar studie is dat verpleegkundigen in basis-gezondheidsvoorzieningen vrijwel uitsluitend zelfstandig curatief werk doen, iets waar zij niet voor zijn opgeleid en wat zij ook niet geacht worden te doen. In de gezondheidscentra (*pukesmas*) in Midden-Java waar Sciortino onderzoek deed, hebben preventie en voorlichting een lage prioriteit, terwijl de verpleegkundigen zich gretig gestort hebben op het curatieve domein: zij 'diagnostiseren' en 'behandelen' zelfstandig patiënten – het liefst met injecties. Hoewel Sciortino niet ingaat op de vraag hoe adequaat in medische zin het curatieve werk door verpleegkundigen is, maakt zij wel duidelijk dat door hun geringe biomedische kennis van ziekte en therapie en door het feit dat zij ruimschoots gebruik maken van

(onsteriele) injecties met potentieel riskante geneesmiddelen zoals antibiotica, de kwaliteit van de geboden diensten laag is en dat de patiënten hierdoor grote risico's lopen. Haar centrale thema is echter niet om verpleegkundigen aan te klagen, maar om te verklaren hoe deze situatie is ontstaan en door welke krachten hij in stand wordt gehouden, alsmede om beleidsadviezen te geven voor verandering.

De keuze van de auteur om de verpleegkundige praktijk in Midden-Java met een antropologische blik te bekijken is op zich al bijzonder. Het is helaas nog steeds uitzonderlijk dat iemand die zelf geen verpleegkundige is een studie maakt van het beroep en van het dagelijks werk van verpleegkundigen. Sciortino hanteert daarbij een breed scala aan antropologische onderzoekstechnieken met inbegrip van participerende observatie, historisch bronnenonderzoek en interviews met sleutelinformanten. In navolging van Holden & Littlewood noemt zij deze aanpak *the anthropology of nursing*, die in contrast staat tot de meer algemene *anthropology for nurses* waarin verpleegkundigen vertrouwd gemaakt worden met antropologische visies op ziekte en gezondheid.

Sociale wetenschappers en in het bijzonder antropologen hebben tot op heden weinig belangstelling getoond voor verpleegkundigen. Hoewel deze categorie van gezondheidspersoneel overal aanwezig is waar de Westerse gezondheidszorg haar intrede heeft gedaan, bestaan er volgens Sciortino alleen normatieve studies en theoretische modellen over het ideaal van de 'community health nurse', maar geen studies van de praktijk in regionale context. Dit vormt de legitimatie voor de keuze van haar onderwerp. In Primary Health Care (PHC) studies zijn verpleegkundigen vaak afwezig, terwijl zij in theorie en praktijk de uitvoerders van PHC zijn. Gezondheidspersoneel wordt vaak ten onrechte opgevat als een uniforme categorie met gelijke belangen, vindt Sciortino, en haar studie demonstreert dat verpleegkundigen, vroedvrouwen en artsen in veel opzichten elkaars rivalen zijn. De positie van verpleegkundigen is structureel dubbelzinnig: ingeklemd tussen het theoretisch ideaal waarin zij zorgdragers zijn en de dagelijkse praktijk waarin zij curatieve uitvoerders zijn, opereren de verpleegkundigen op semi-legale wijze.

Als onderzoeksstrategie gebruikt Sciortino het zogenaamde 'schakelingen-perspectief', ontwikkeld door de interdisciplinaire werkgroep Schakelingen (zie onder andere Nas et al. 1989). Met dit perspectief kan onderzocht worden welke opvattingen over PHC bestaan op de verschillende niveaus van maatschappelijke organisatie (internationaal, nationaal, district, lokaal) en hoe eventuele tegenstellingen het functioneren ervan beïnvloeden. Volgens Sciortino is dit model niet slechts bruikbaar voor het verzamelen en ordenen van onderzoeksgegevens, maar heeft het ook analytische relevantie. Zij acht het schakelingen-perspectief bij uitstek geschikt om de interne dynamiek van de organisatie van gezondheidszorg te ontrafelen. In haar concrete toepassing en theoretische verdieping van het schakelingen-perspectief schuilt mijns inziens het grootste belang van haar studie.

Kleinschalige gebeurtenissen kunnen met behulp van dit perspectief geïnterpreteerd worden in relatie tot macro-ontwikkelingen (*verticale* schakelingen), andere krachten en ontwikkelingen in de lokale context (*horizontale* schakelingen) en in historisch verband (*diachronale* schakeling). In verticale schakelingen worden opvattingen op hogere niveaus over de rol van verpleegkundigen vergeleken met de lokale praktijk in het gezondheidscentrum. "Nurses can thus be seen as important brokers at the grass-root

level: they bring international, national and regional policies to the villages" (p. 8). Verpleegkundigen doen dit op creatieve wijze: nationaal beleid wordt 'aangepast' waar dit zo uitkomt. Zonder het officiële beleid aan te vallen, waarin de mythe wordt bevestigd dat de verpleegkundige slechts verantwoordelijk is voor zorgtaken en niet voor medische behandeling, creëert men de ruimte om in de praktijk van het beleid af te wijken. Naar 'boven' toe vestigen de verpleegkundigen de indruk dat zij het beleid uitvoeren. De werkelijke praktijk wordt door hen bedekt, soms door schijn-activiteiten op te voeren in de statistieken, soms door 'model' handelingen te verrichten wanneer er supervisie plaats vindt. Op deze wijze wordt een geheim geconstrueerd. Dit wordt bevorderd door een top-down benadering binnen de gezondheidsbureaucratie. Bij kwaliteitscontrole wordt bijna uitsluitend aandacht besteed aan kwantificeerbare handelingen en niet aan zaken zoals voorlichting en participatie.

Het opmerkelijke aan deze situatie is dat *alle* niveaus van de gezondheidsbureaucratie er belang bij hebben het 'geheim' in stand te houden. De hogere echelons laten het bewust na om de toestand in de districten te controleren, omdat zij hiermee hun eigen positie zouden riskeren. De verpleegkundigen hebben direct belang bij de bestaande situatie, net als de artsen die van een onaantrekkelijke last worden bevrijd. Zelfs de patiënten, die grotendeels bestaan uit de armere leden van de gemeenschap, zien de verpleegkundigen liever als curatieve specialisten dan als health promotors'. Gezondheidsvoorlichting is niet populair bij de bevolking. De mensen kennen de slogans, maar weten ook dat als zij de economische middelen niet hebben, deze voorlichting blijft steken in woorden. Daarom geven zij de voorkeur aan concrete diensten, curatief of preventief. De verpleegkundigen zelf prefereren ook medisch-technische handelingen. Net als de dorpelingen geloven ze meer in de kracht van geneesmiddelen dan in de kracht van educatie. Bovendien leveren deze handelingen meer status op en kunnen zij een bron van inkomsten in de privé-sector worden.

Eén van de grootste onthullingen van deze studie betreft de omvang van de bloeiende privé-praktijken die bijna alle *pukesmas* verpleegkundigen erop na houden. Deze beschrijft Sciortino onder de noemer horizontale schakelingen. Behalve de verbindingen tussen de publieke en de particuliere gezondheidssector beschrijft Sciortino ook de relatie tussen Westerse gezondheidszorg en traditionele inheemse geneeskunst, en de verhouding tussen arts en verpleegkundige als horizontale schakelingen. Verpleegkundigen in de Javaanse context bemiddelen tussen de lekenopvattingen over ziekte en gezondheid en de specialistische biomedische visie. Zij staan op het snijvlak van verschillende medische systemen. Zoals Sciortino laat zien, is er een opmerkelijke overeenkomst tussen de wijze waarop verpleegkundigen hun curatieve kennis opdoen en overbrengen en de wijze waarop traditionele genezers dat doen. Ook gebruiken verpleegkundigen bij het diagnostiseren over het algemeen leken-classificaties.

Tenslotte behandelt Sciortino ook nog een diachronale schakeling die verrassende inzichten oplevert. De historische wording van het begrip verpleegkundige in de Westerse wereld en de verspreiding daarvan over de niet-Westerse wereld samen met de koloniale geneeskunde worden in de analyse betrokken. In het hoofdstuk over de ontwikkeling van verpleging in de Indonesische archipel wordt aangetoond hoe curatief werk door Indonesische verpleegkundigen niet een nieuw, maar juist een historisch

construct is. Wegens het enorme gebrek aan inheemse artsen werden door de koloniale autoriteiten rurale verpleegkundigen in poliklinieken aangesteld voor curatieve taken. Deze *mantri-verpleegkundigen*, of *dokter-desa*, functioneerden als substituten voor artsen en werden door de bevolking ook als zodanig gezien. Daarnaast waren er ook *hygiene-mantri* actief, die vooral preventieve taken hadden. Hoewel sinds de onafhankelijkheid de autonome curatieve rol voor verpleegkundigen door de autoriteiten is afgeschaft, bleven de verpleegkundigen in de praktijk hun curatieve taken vervullen wegens gebrek aan personeel in de gezondheidscentra. Op nationaal niveau zijn in de jaren zestig en zeventig Amerikaanse verpleeg-theorieën, die de verpleegkundige als care-specialist zien, klakkeloos overgenomen. Hiermee is, aldus Sciortino, het conflict tussen formele en werkelijke verpleging geboren. Haar studie stelt de dominante Westerse visies op 'nursing' en hun toepassing in niet-Westerse context ter discussie.

Momenteel functioneren verpleegkundigen in de *pukesmas* dus als curatieve specialisten, maar deze situatie wordt genegeerd door de autoriteiten. In de officiële visie zijn de verpleegkundigen van de *pukesmas* uitsluitend de uitvoerders van preventieve en educatieve taken binnen PHC. Sciortino laat op overtuigende wijze zien dat iedereen – van hoog tot laag – belang heeft bij het voortbestaan van deze mythe. Alleen daar waar verpleegkundigen met hun privé-initiatieven een concurrentie vormen voor de particuliere praktijk van artsen komen potentiële conflicten aan het licht. Deze wijze van beschrijven herbergt mijns inziens een valkuil. Door de structurele belangen van alle partijen te benadrukken wordt weliswaar duidelijk waarom een bepaalde situatie bestaat en voortduurt, maar lijkt het tegelijk bijna onmogelijk dit nog te veranderen. Gelukkig heeft Sciortino deze valkuil weten te omzeilen. Het getuigt van moed dat zij in het laatste hoofdstuk met een radicale conclusie komt. Zij stelt hierin vast dat de huidige situatie niet voort mag duren en dat het publieke geheim bespreekbaar moet worden. Of de praktijk moet aangepast worden aan de theorie, of andersom. Of verpleegkundigen zijn care-specialisten in theorie en praktijk of cure-specialisten. Sciortino kiest voor de laatste optie en stelt dan voor dat verpleegkundigen beter biomedisch moeten worden geschoold. Voor het community work zou als tussenoplossing een nieuw type verpleegkundige kunnen worden opgeleid.

Natuurlijk kleven er bezwaren aan Sciortino's oplossing, maar haar pragmatische benadering spreekt mij aan. De huidige situatie levert grote risico's op voor de volksgezondheid. Daarnaast kunnen de curatieve taken van verpleegkundigen in de *pukesmas* niet zonder meer overgenomen worden door dokters, die over het algemeen geen interesse hebben voor basiszorg op het platteland. Dit dilemma is niet uniek voor Indonesië, maar wereldwijd – zelfs in de ontwikkelde landen doen zich soortgelijke problemen voor. Niet alleen in de *pukesmas* maar ook in de westerse kliniek zit de verpleegkundige structureel gevangen tussen curatieve praktijk en zorgideologie. Daarom levert deze studie ook zoveel inzichten op die uitstijgen boven het specifieke onderzoeksonderwerp. Overigens heb ik wel bezwaar tegen het tegenover elkaar stellen van care en cure als twee elkaar uitsluitende en tegengestelde categorieën. Men kan deze twee begrippen ook in elkaars verlengde zien. Aan deze materie had Sciortino wat mij betreft meer aandacht mogen besteden dan de summiere bespreking die zij er nu aan wijdt in een voetnoot.

Sciortino's boek geeft een goed idee van wat een antropologische benadering kan opleveren, niet alleen voor de verklaring van een bestaande situatie, maar ook voor mogelijke verandering daarvan. Bovendien is dit proefschrift niet alleen een uitstekend voorbeeld van toegepast wetenschappelijk onderzoek, waarin tegelijkertijd theorie verder wordt ontwikkeld. Door de vele voorbeelden is de tekst levendig en leesbaar. *Caretakers of cure* is, in één woord, een uitstekende studie die volgens mij een ruim lezerspubliek verdient. Gezondheidswetenschappers, beleidsmakers en ontwikkelingswerkers – kortom iedereen met interesse voor PHC en verpleging – zullen veel aan dit boek hebben. Het is te hopen dat de aanbevelingen van deze studie niet in de la verdwijnen en dat deze unieke studie spoedig gevolgd wordt door meer onderzoek naar de rol van verpleegkundigen in andere landen.

Anneloes van Staa

Literatuur

Nas, P.J.M. et al.

1989 *Aanzetten tot een schakelingen-perspectief in de ontwikkelingssociologie*. Leiden: Development Studies No. 9. Vakgroep CA/SNWS, Rijksuniversiteit Leiden.

Ursula Zier, *Die Gewalt der Magie: Krankheit und Heilung in der Kolumbianischen Volksmedizin*. Berlin: Reimer, 1987. 267 pp. Prijs: DM 38.00.

Die Gewalt der Magie is in 1987 verschenen, maar verdient nog steeds een bespreking vanwege de bijzondere invalshoek waarmee de auteur het onderwerp behandelt. Zier stelt zich de vraag wat de maatschappelijke relevantie is van de volksgeneeskunde in de hedendaagse Colombiaanse samenleving. Ze probeert een verklaring te vinden voor het (nog) voortbestaan van de volksgeneeskunde in concurrentie met de moderne westerse geneeskunde in dit land. De auteur is psychologe en probeert met behulp van de psychoanalytische theorie verschijnselen als ziekte, gezondheid en medische systemen te analyseren. In dit proefschrift beschrijft Zier hoe gezondheid en ziekte in de Colombiaanse volksgeneeskunde ervaren worden en hoe genezing wordt bereikt. Dit doet zij aan de hand van een case study van de genezeres Nora, haar methoden en de patiënten die zij geneest.

Het boek bestaat uit drie delen. In het eerste deel geeft Zier haar hypothesen weer. Het tweede deel geeft aan de hand van een case study een schets van de wijze waarop de actoren binnen de Colombiaanse volksgeneeskunde met ziekte en gezondheid omgaan. In het laatste deel komt de auteur tot enkele conclusies met betrekking tot het naast elkaar bestaan van westerse en volksgeneeskunde.

Ziers hypothesen zijn gebaseerd op de etnopsychoanalyse. De psychoanalyse beschouwt het onbewuste als zingevende en handelingsbepalende constante in menselijke en dus culturele fenomenen. De etnopsychoanalyse gaat ervan uit dat het onbewuste niet in alle culturen en maatschappijen gelijk is, maar juist door die maatschappij bepaald, 'geproduceerd' wordt. Zier baseert zich hierbij vooral op de theorieën van Lorenzer.

Cultuur wordt tastbaar via symbolen als "Objektivierung menschlicher Praxis". Een medisch systeem is een dergelijk cultureel fenomeen volgens Zier, dat betekenis heeft, namelijk om de dreiging van ziekte te weren. Zij vraagt zich af wat de 'zin' en betekenis van de hedendaagse Colombiaanse volksgeneeskunde is, zodat zij – haast als een anachronisme – nog kan voortbestaan.

Na een historische schets waarin duidelijk wordt, dat de volksgeneeskunde niet alleen bij de 'clase popular', maar in alle sociale lagen erkenning geniet, bekijkt Zier vanuit het spanningsveld natuur-maatschappij-individu ziekte, genezing en geneeskunde. Zij stelt zich eerst de vraag hoe het komt dat de moderne geneeskunde geen antwoord biedt op de culturele verschillen in ziek zijn. Na een korte verhandeling over het verband tussen ziekte en cultuur komt Zier tot een sociologische verklaring van ziekte en staat ze – aan de hand van de theorie van Parsons – stil bij de sociale functies van ziekte, genezing en geneeskunde. *Met deze sociologische verklaring is volgens haar echter nog niet verklaard, waarom individuen die onder dezelfde natuurlijke en maatschappelijke condities leven niet in dezelfde mate ziek worden.*

Met behulp van de psychoanalyse wil de auteur vervolgens de subjectiviteit van ziek zijn verklaren: de onbewuste behoeften en wensen van het individu kunnen in conflict komen met de maatschappij. Dit conflict uit zich als protest, kan gesublimeerd worden, maar kan zich ook uiten als ziekte. De mate waarin conflict tot ziekte leidt, wordt door individuele kenmerken bepaald. Deze subjectieve betekenis van ziek zijn presenteert zich als een sociaal-aangepaste poging tot beheersing van het conflict tussen de subjectiviteit van het individu – bepaald door levensloop en ervaringen – en geldende maatschappelijke normen. Ziekte ontwikkelt zich in het spanningsveld tussen individu en maatschappij. De spanning vertaalt zich lijfelijk en "stellt leiblich den subjektiven Sinn dar". Met behulp van dit sociaal-psychologisch model wil Zier ziekte (subjectief bepaald) en geneeskunde (sociale functie) met elkaar verbinden ofwel een brug slaan tussen het subjectieve en het collectieve.

Een medisch systeem als onderdeel van cultuur kan volgens Zier emancipatorisch van aard zijn of juist de bestaande waarden en normen versterken. Met de case study wil de auteur aantonen wat de functie is van de Colombiaanse volksgeneeskunde. Zij is van mening dat de volksgeneeskunde zich baseert op een conflicttheorie, welke de tussenmenselijke agressie als de oorzaak van ziek zijn toont. De maatschappelijke relevantie van de volksgeneeskunde is voor haar hiermee duidelijk: ziekte gedefinieerd als conflict tussen sterk zijn en zwak zijn heeft uiteindelijk betrekking op machtsverhoudingen, waar elke sociale klasse in de Colombiaanse maatschappij mee te maken heeft. De auteur kent een tweede functie toe aan de volksgeneeskunde: een middel om alledaagse spanningen op te lossen die te herleiden zijn tot de perifere economische en politieke positie van Colombia als 'Derde Wereldland'. De volksgeneeskunde als uitlaatklep en afweermecanisme. De ellende van alledag, behekst zijn, is niet te wijten aan de 'patron', de fabriekseigenaar of de president, maar wordt gezocht in de naaste omgeving: de buurman of een vroegere vriend. Haar vermogen om dit soort conflicten te beheersen en het individu weer zijn plaats in de maatschappij te geven, maakt de volksgeneeskunde relevant. De moderne geneeskunde kan die rol niet vervullen.

Die Gewalt der Magie geeft inzicht in het leven, de denkwijze en de genezingspraktijken van één *bruja*. Het is daarom de vraag in hoeverre deze case study, die slechts een gedeelte van het traditionele medisch systeem bestrijkt, representatief is. Het trekken van vergaande conclusies, zoals Zier doet, is mijns inziens een lachelijke zaak. Toch bieden de case study en de theoretische invalshoek, waarmee Zier de betekenis van ziekte en gezondheid in Colombia analyseert, interessante aanknopingspunten voor verder onderzoek voor medisch-antropologen met name degenen die zich met medische systemen in Latijns-Amerika bezig houden. De lezer zij echter gewaarschuwd voor de psychologische terminologie, die de toegankelijkheid van met name de meer theoretische hoofdstukken van het boek beperkt.

Linda Reijkerkerk

Kenneth G. Zysk, *Ascetism and healing in ancient India: medicine in the buddhist monastery*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1991. 200 pp., index, verklarende woordenlijsten. Prijs: \$ 35.00.

De ayurvedische geneeswijze ontstond ondanks, niet dankzij de hindoeïstische elite in de bloeitijd van het klassieke India. Deze conclusie trekt Zysk in zijn studie van de oorsprong en ontwikkeling van Indiase medische kennis. De ayurveda ontstond tussen 200 voor en 400 na Christus en is gestoeld op een empirische geneeskundige traditie van oudere datum. Ayurveda betekent letterlijk 'de wetenschap van lange levensduur'. Het is de traditionele geneeswijze in India waarbij ziekte gezien wordt als een verstoring in de balans van de drie *dosa* (lichaamsstoffen) gal, slijm en wind. In navolging van wat in de klassieke Indiase literatuur wordt beweerd, menen vele wetenschappers dat de ayurveda begon en ontwikkeld werd in brahmaanse intellectuele kringen.

Volgens Zysk is dit pertinent onjuist. De wortels van de ayurveda liggen juist buiten die kring en zijn bovendien enkele eeuwen ouder dan de klassieke medische tractaten. Aan deze periode, vanaf 800 voor de huidige jaartelling, hebben historici weinig aandacht besteed. Ten onrechte, stelt Zysk, want deze tijd was cruciaal voor de ontwikkeling van medische kennis in het oude India. Er vond een paradigmatische omslag plaats in het medische denken; de overgang van een magisch-religieuze brahmaanse oriëntatie naar de overwegend rationele, empirische traditie waaruit later de ayurveda ontstond. Zysk stelt de volgende vraag aan de orde: wat gebeurde er in die periode en, belangrijker, wie deden het?

Gewapend met een indrukwekkende hoeveelheid en verscheidenheid aan materiaal schetst Zysk de historische ontwikkeling en verspreiding van medische kennis, met name in en rondom boeddhistische kloosters. Vervolgens vergelijkt hij de kloostergeschriften met de klassieke ayurvedische tractaten.

In de oude Hindoe-samenleving was de sociale positie van genezers marginaal. Ze waren natuurlijk nodig voor de verzorging van breuken en verwondingen, maar wegens hun veelvuldige contact met zieken en niet-arische bevolkingsgroepen, werden genezers door brahmaanse priesters geminacht en als onrein beschouwd. Brahmanen, wie het verboden was de geneeskunde te beoefenen anders dan met religieuze middelen, schuw-

den het gezelschap van genezers. Volgens Zysk niet vanwege de onreinheid van de laatsten, maar primair omdat de 'van nature empirische' instelling van genezers bedreigend was voor brahmanen. De legitimiteit van de dominante brahmaanse positie en hun overwegend magisch-religieuze wereldbeeld zou in het geding zijn geweest. Op hun beurt meden genezers de brahmaanse orthodoxie en bewogen zich steeds meer in de pluriforme wereld van asceten, reizigers en aanhangers van allerlei religieuze stromingen. Uit diverse geschriften waaronder oud-Griekse reisverslagen, is op te maken hoezeer geneeskunde met die pluriforme wereld verbonden was. Rondtrekkende genezers, boeddhisten en asceten bespraken hun ervaringen en medische inzichten. Ongehinderd door de dogma's van de brahmaanse orthodoxie, ontwikkelden zij een geneeskunde met een sterk empirische inslag. Dit laatste blijkt wel uit de toepassing van diëten en uitwendige zalven alsmede uit het opdoen van anatomische kennis door directe observatie van lijken in ontbinding. Pas tegen het begin van de huidige jaartelling had de brahmaanse priesterklasse oren naar deze empirische geneeskunde. Het verhaal in de klassieke medische tractaten dat de ayurveda van goddelijke oorsprong is en door brahmanen ontwikkeld werd, moet dan ook gezien worden als een milde vorm van geschiedvervalsing. Het is niet meer dan een vernisje aangebracht door de orthodoxe Hindoe-priesters, nadat zij zelf de empirische beginselen hadden geaccepteerd.

Boeddhistische monniken en nonnen hebben met het oprichten van kloosters een cruciale rol gespeeld in het vastleggen, de ontwikkeling en de verspreiding van Indiase medische kennis. Zysk schetst de eerste kloosters als levendige, open instituten waar ieder welkom was en waar kennis en ervaringen vrijelijk werden uitgewisseld. De kloosters waren gevestigd langs belangrijke handelsroutes, dikwijls bekostigd door gefortuneerde handelsreizigers die naast spirituele bijstand, een rustplaats en medische verzorging behoeften. Archeologische vondsten – inscripties als "auspicious health house" – wijzen op een regionale, medische functie van kloosters. Ze waren echter meer dan medische centra. Sommigen groeiden uit tot universitaire bolwerken waar behalve de geneeskunde ook kunst, wetenschap en zelfs brahmaanse filosofie gedoceerd werd. Medische kennis was een vast en uitermate belangrijk onderdeel van de boeddhistische geschriften. Zysk spreekt van een symbiotische relatie tussen beide, onder meer omdat de beoefening van geneeskunde noodzakelijk geacht werd voor het bereiken van het nirvana. Met de leer van Boeddha werd dus ook de geneeskundige kennis verspreid over Azië tot in China, Tibet, Sri Lanka en Thailand. Soms resulteerde dit in de letterlijke overname van de Indiase geneeskunde en soms in een vermenging met regionale opvattingen, zoals in China waar men de voorkeur gaf aan de eigen technieken van verhitte en acupunctuur.

Na deze historische schets vergelijkt Zysk de inhoud van de kloostergeneeskunde en de ayurvedische geschriften. Terwijl de boeddhistische literatuur eerder een geneeskundig handboek is over ziektegevallen, verschijnselen en behandeling, volgen de ayurvedische tractaten een meer theoretische lijn, namelijk die van de humorale etiologie. De classificatie van medicinale stoffen toont grote overeenkomsten, al is de ayurvedische complexer en uitgebreider dan de boeddhistische. Die gelijkenis wijst op een gemeenschappelijke farmaceutische traditie waarin men een tweeledig begrip had van voedingsstoffen, namelijk als voedsel en als medicijn.

Inhoudelijk tonen de voorgeschreven behandelingen in de kloosters en de vroege ayurvedische tractaten veel overeenkomsten. Talloze behandelingen passeren de revue, variërend van diëten, reinigende drankjes met zoutoplossing, zweetbaden en massages met olie tot het aanbrengen van zalven op een wond. Dat de kennis zeer omvattend en verfijnd moet zijn geweest blijkt wel uit de beschrijving van 60 manieren om een verband aan te leggen. De meeste kwalen werden behandeld met een combinatie van genoemde methoden. Zoals gezegd is de kloostergeneeskunde van groot belang geweest voor de ontwikkeling van de ayurveda. Met het toeschrijven van 'windaandoeningen' aan een verstoord humoraal evenwicht is in de kloostergeneeskunde een begin gemaakt met wat later door brahmaanse intellectuelen uitgewerkt is tot de humorale etiologie. In de ayurveda werd de bestaande medische kennis uitgebreid en gesystematiseerd, maar bepaalde zaken zijn ook weggelaten. Opmerkelijk is bijvoorbeeld dat het weglaten van het gebruik van dierlijke mest en urine, as en modder ter behandeling van slangebeten in de ayurvedische geschriften, vermoedelijk omdat de brahmanen deze produkten als onrein beschouwden.

Zysk werkt in zijn boek een interessante, volgens hem controversiële, zienswijze uit op de ontwikkeling van de Indiase geneeskunde. Door te wijzen op de betekenis van de boeddhistische kloostergeneeskunde voor het ontstaan van de ayurveda in een periode die nauwelijks is onderzocht, ondergraaft hij het idee dat de ayurveda is begonnen in brahmaanse intellectuele kringen. Zysk onderbouwt zijn betoog nauwgezet en put uit divers en omvangrijk bronnenmateriaal. Dit is echter een nadeel voor niet-kenners van de materie. Wie nieuwsgierig is naar de kloostergeneeskunde moet nogal wat moeite doen om tussen de vele Sanskriet- en Palitermen, soms wel dertig per pagina, het betoog en de presentatie van de medische gegevens te volgen. Ter voorkoming van veel puzzelwerk doet de lezer er goed aan zich een overzicht te verschaffen van de belangrijkste geschriften alsmede de periode en de stroming waartoe deze behoren.

Wat onderbelicht blijft, is de geneeskunde in de sociale en culture context van het toenmalige boeddhistische kloosterleven. Niet dat de lezer te weinig feitelijke medische kennis voorgeschoteld krijgt, maar bepaalde passages roepen vragen op naar het waarom. Een curieus detail is bijvoorbeeld dat nonnen een zonde begingen, hetgeen nadelig was voor de spirituele ontwikkeling, indien zij zwellingen op het onderlichaam lieten openbarsten of zelfs lieten behandelen. Waarom was dit zo en wijst dit mogelijk op de conceptie van het onderlichaam als onrein, in het bijzonder wanneer het vrouwen betrof? Want elders beschrijft Zysk de behandeling van rectale fistels bij monniken zonder dat er sprake is van een overtreding van religieuze regels of hindernissen in de spirituele groei. Zo zijn er ook enkele onduidelijkheden met betrekking tot de beoefenaar van de geneeskunde. In noten kenmerkt Zysk het overlijden van een zieke monnik tijdens of na de behandeling als "a grave offense". Het verplegen van zieken stond echter in hoog aanzien. De verzorger erfde kledij en bedelnap van de overledene in plaats van de gemeenschap zoals gebruikelijk was. Wijst deze tegengestelde houding jegens medisch handelende personen mogelijk op het bestaan van specialisaties als behandelaar en verzorger, en zo ja, waarom en hoe zou dit ontstaan zijn?

Zysk heeft zeker een interessante studie verricht. Jammer is evenwel dat hij de presentatie van medische kennis en inzichten volkomen in dienst stelt van zijn polemiek

met de "traditionalist teachers and authors". Daarmee is zijn verhaal voor de niet-superspecialiseerde lastig te volgen en, ondanks de boeiende materie, slechts bij vlagen leuk.

Iet de Groot