

Boekbesprekingen

Eva Abraham-Van der Mark (ed.), *Successful home birth and midwifery. The Dutch model*. Westport, Connecticut, USA: Bergin & Garvey, 1993. 232 pp. £45, hard cover.

Temidden van de geïndustrialiseerde Westerse landen neemt Nederland wat betreft de organisatie van de verloskundige zorg een unieke plaats in. Uniek vooral vanwege het hoge percentage thuisbevallingen. Ongeveer eenderde van alle baby's wordt thuis geboren en dat is hoog in vergelijking met andere landen waar praktisch alle baby's in ziekenhuizen worden geboren. Maar ook vanwege de goed opgeleide verloskundigen of vroedvrouwen, die als zelfstandige medische beroepsbeoefenaren de meeste van deze bevallingen begeleiden. Ik zeg de meeste, omdat een gering percentage van deze bevallingen begeleid wordt door huisartsen. Verloskundigen begeleiden bovendien poliklinische bevallingen in het ziekenhuis, terwijl de gynaecologen de ziekenhuisbevallingen voor hun rekening nemen. Verloskundigen in Nederland treden al sinds 1865 wettelijk als zelfstandige medische beroepsbeoefenaren op.

Een belangrijk aspect van de *hedendaagse* Nederlandse verloskundige zorg is de indeling in een eerste- en een tweedelijns zorg: de verloskundigen en de huisartsen zijn actief binnen de eerste lijn en hebben daarin een autonome beslissingsbevoegdheid. Aan de hand van een in 1973 gepubliceerde en in 1987 herziene Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) bepalen de verloskundigen (en de huisartsen) wat bij een baring normaal (fysiologisch) en abnormaal (pathologisch) is en maken daarmee een selectie voor verwijzing naar de gynaecologen (de tweede lijn). Op die manier is er een onderverdeling gemaakt in de verloskundigen als specialisten in de fysiologie en de gynaecologen als specialisten in de pathologie. De tweedeling in de eerste- en tweedelijns zorg vormt de achtergrond van de huidige positie van de verloskundige binnen de organisatie van de Nederlandse verloskundige zorg. Aangezien deze organisatie borg staat voor een lage mortaliteit van moeder en kind is de internationale belangstelling voor het Nederlandse systeem van verloskundige zorg groeiende. Voor het eerst is er nu een boek verschenen waarin auteurs vanuit verschillende disciplines (antropologie, sociologie, epidemiologie, obstetrie/gynaecologie) het succes van dit systeem nader toelichten om daarmee – gelet op de titel – het Nederlandse 'model' aan het buitenland te presenteren. Het mooi uitgegeven boek is opgedragen aan de verloskundige Astrid Limburg (1939-1993), die erg veel heeft gedaan voor het behoud van de fysiologische verloskunde in Nederland en die de waarde van de thuisbevalling op allerlei wijzen heeft weten uit te dragen in binnen- en buitenland.

Cultureel antropoloog Eva Abraham-Van der Mark is eindredacteur. Zij heeft de bijdragen van de auteurs gebundeld in drie delen. Het eerste deel omvat een nadere toelichting op de historische achtergronden, het twee deel gaat in op het verloskundige systeem en de kwaliteit van de zorg terwijl het derde deel gewijd is aan de verloskundigen, de kraamhulp en de rol aan de overheid. Twee Amerikaanse sociale

wetenschappers, die beiden veel gepubliceerd en daarmee naam gemaakt hebben op het gebied van vrouwen en verloskunde, krijgen het woord aan het begin en aan het einde van het boek. Zo wijst *Brigitte Jordan* in haar voorwoord op de voor haar opvallende kenmerken van het Nederlandse 'model' die voor andere landen de moeite waard zijn om over na te denken, namelijk de beslissingsbevoegdheid van de verloskundige om te bepalen wat bij een bevalling normaal en abnormaal is, en de goede moederschapzorg in het algemeen bestaande uit een allesomvattende prenatale zorg en de kraamhulp thuis na de geboorte. Jordan hoop dan ook dat dit boek inspirerend zal zijn voor andere delen van de wereld. *Barbara Katz Rothman* spreekt over Nederland als het 'Mecca for Midwives' en stipt aan wat de Amerikanen van ons land zouden kunnen leren. Ze onderstreept het belang van het goed georganiseerde zorgverzekeringssysteem, dat wil zeggen, iedereen in Nederland is goed verzekerd – het zij particulier hetzij via de ziekenfondsen – tegen kosten binnen de medische zorg. Wat dit betreft bestaan er geen klasseverschillen. Deze verschillen worden ook klein gehouden door goede sociale voorzieningen in het algemeen en door bijvoorbeeld extra sociale steun – zoals goede behuizing – te verlenen aan immigranten. Dit alles bestaat in Amerika niet. Katz Rothman benadrukt verder het belang van de lange betaalde verlofperiode rond de bevalling: een werkende vrouw wordt doorbetaald zes weken voor de geboorte en tien weken erna. Ook dit is in Amerika onbekend. Ze wijst verder op de positie van de verloskundigen als zelfstandige medische beroepsbeoefenaren: zij werken niet zoals in Amerika onder toezicht van een gynaecoloog, maar beslissen zelf wanneer zij diens assistentie of raad nodig hebben. Tot slot onderstreept zij het belang van de goed georganiseerde kraamzorg in Nederland. Samenvattend concludeert Katz Rothman dat het Nederlandse systeem van verloskundige zorg gekenmerkt wordt door twee gegevens: toegang voor iedereen tot essentiële sociale en medische voorzieningen en het uitgangspunt dat geboorte een normale (fysiologisch) gebeurtenis is. De professionele autonomie van de vroedvrouw, zo zou je volgens Rothman kunnen stellen, is zowel de oorzaak als het gevolg van dat uitgangspunt. Als lezer is het heel plezierig het hoofdstuk van Kar Rothman te lezen, omdat de auteur samenvattend weergeeft wat andere landen daadwerkelijk van het Nederlandse model zouden kunnen leren en overnemen en zij daarmee tegemoet komt aan wat je verwacht van het boek als je op de titel afgaat. Uit de overige hoofdstukken, die veelal uitvoerig ingaan op de historische ontwikkeling van de verloskundige zorg of aspecten daarvan, is het moeilijker voor het heden 'bruikbare' aspecten van die zorg voor andere landen op te merken. Uitzondering hierop vormt het hoofdstuk van Treffers, die heel duidelijk uiteenzet wat de exacte taakverdeling is tussen de verloskundigen, de huisartsen en de gynaecologen. Dit neemt niet weg, dat de bijdragen stuk voor stuk lezenswaardig en interessant zijn.

Abraham-Van der Mark relateert in haar inleiding het hoge percentage thuisbevallingen aan de mentaliteit van de Nederlanders. Zwangerschap en bevalling worden gezien als natuurlijke fysiologische processen. Bovendien wordt bevallen in een niet vertrouwde omgeving zoals een ziekenhuis nadelig gevonden voor de zelfstandigheid en het zelfvertrouwen van de barendende vrouw. Tevens legt zij uit dat het hoge percentage ook te maken heeft met het goed georganiseerde systeem van ziektekostenverzekering:

de verzekering betaalt de diensten van de vroedvrouwen inclusief alle pre- en postnatale zorg, hetgeen de verloskundigen een monopoliepositie over de normale bevalling verschaft. Maar zij wijst er ook op dat in de jaren '90 de positie van de vroedvrouwen wankelt door een radicale reorganisatie van de nationale gezondheidsverzekering die nu in voorbereiding is. Ook de kraamzorg wordt hiermee bedreigd.

Het eerste deel van het boek omvat drie informatieve bijdragen over de historische ontwikkeling van het verloskundige systeem in Nederland. *Hilary Marland* beschrijft de positie van de verloskundigen rond 1900. In veel Westerse landen wilden de medici in die tijd bevallingen meer naar de ziekenhuizen toe trekken en stelden zij de kundigheid van de vroedvrouwen ter discussie. Marland laat zien dat in de meeste Westerse landen inderdaad de rol van de vroedvrouw daardoor teruggedrongen werd, maar dat in Nederland de medici primair gericht waren op het hervormen van de verloskundige zorg, en er niet zozeer op uit waren om de verloskundigen geheel te vervangen. *Anja Hiddinga* levert een interessante bijdrage over de opkomst en de groei van de academische obstetrie in Nederland, die zij vergelijkt met de ontwikkelingen in het buurland Duitsland. Zij laat zien dat de Nederlandse medische wetenschappers altijd nadruk gelegd hebben op onderricht en overdracht van kennis die bruikbaar is in de praktijk, terwijl de Duitse altijd sterk het puur wetenschappelijk onderzoek als hoofddoel van de wetenschap hebben beschouwd. In Duitsland was men er onder medische wetenschappers niet op uit om professionele onafhankelijkheid als arts te verwerven, maar veeleer een hoge status als wetenschappelijk onderzoeker. Duitse professoren die aan Nederlandse universiteiten werden aangesteld kregen te maken met deze totaal verschillende attitude en keerden vroegtijdig en teleurgesteld terug naar hun vaderland. Hiddinga beschrijft tot slot de huidige situatie in Nederland en laat zien hoe vroeger en nu nog in grote delen overeenkomen. *Rineke van Daalen* gaat dieper in op de ontwikkeling van het kerngezin in de 17e en 18e eeuw en het daarmee gepaard gaande plaatsvinden van de bevalling binnen dat gezin. Zij schenkt verder uitgebreid aandacht aan de veelvuldig voorkomende 17e-eeuwse schilderijen met kraamkamervoorstellingen. De Nederlanders uit de 17e eeuw hechtten blijkbaar veel waarde aan bevalling en kraambed gezien de interesse voor de voorstellingen van deze gebeurtenissen.

Het tweede deel van het boek, dat over het huidige obstetrische systeem en de kwaliteit van de zorg gaat, wordt geopend door een heldere uiteenzetting van *Pieter Treffers* over de exacte taakverdeling tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Hij duidt op het feit dat er behalve een eerste- en tweedelijns zorg ook een derdelijns zorg bestaat, namelijk die van de hoog-specialistische neonatale hulp in de acht academische ziekenhuizen. Hij biedt de lezer enige achtergrondinformatie over de Verloskundige Indicatie Lijst en gaat dieper in op de misverstanden die bij buitenstaanders kunnen ontstaan rond de beoordeling van de selectie voor een bevalling thuis of in het ziekenhuis. *Simone Buitendijk* schets een beeld van de discussie over de veiligheid van de Nederlandse thuisbevalling. Zij geeft een kritische analyse van bestaande studies die zich met dit onderwerp hebben beziggehouden, en van de evaluaties van de uitkomsten van deze studies. *Tjeerd Tymstra* besluit het tweede deel van het boek met een bijdrage over de invloed van de medisch-technische ontwikkelingen op de praktijk van de verloskundigen in Nederland. Hij ziet die ontwikkelingen als bedreigend voor

het werk van verloskundigen, die altijd het natuurlijke van zwangerschap en geboorte hebben benadrukt. Vele vroedvrouwen zetten zich tegen het medisch-technisch handelen af, maar sommigen – met name enkele mannelijke verloskundigen – zien in het gebruik van technologie een verhoging van de status en het prestige van hun beroep.

Abraham-Van der Mark opent het derde deel van het boek met een historisch overzicht van het werk van verloskundigen in Nederland. Zij legt daarin onder meer nadruk op het feit dat bijvoorbeeld in de 18e eeuw de vroedvrouwen sterk ageerden tegen het verbod op het gebruik van instrumenten. Zij beschouwden dit als een nadeel en als een vorm van discriminatie. Maar nu is gebleken dat juist het zeer geringe gebruik van technologie de verloskundigen als specialisten in de fysiologie in de huidige tijd, waarin onvrede over de medicalisering van zwangerschap en bevalling bestaat, een sterke positie geeft. *Edwin van Tijlingen* beschrijft de rol van de kraamverzorgende. Hij gaat in op de historische ontwikkeling en wijst op het grote belang van dit beroep in het Nederlandse verloskundige systeem. Helaas loop de kraamzorg tegenwoordig gevaar door bezuinigingen en door een tekort aan geïnteresseerde vrouwen vanwege lage lonen en de sociale en psychologische eisen, die het beroep speciaal in de grote steden aan kraamverzorgenden stelt. *L.H. Lumeij* vergelijkt het verloskundige systeem in Groot-Brittannië met dat van Nederland en laat zien hoe in de loop van de tijd verschillen in paradigma (bevalling als ziekte/natuurlijk proces) en de invloed van de overheid een rol speelden bij het ontstaan van de huidige systemen. Een interview met de gynaecoloog *Gerrit-Jan Kloosterman*, die een leidende rol heeft gespeeld bij de vorming van het huidige Nederlandse verloskundige systeem, onderstreept nog eens de mentaliteit van de Nederlanders. Niet alleen is er respect voor de natuur, maar ook en vooral voor de vrije keuze en de wensen van de barendende vrouw. Verder benadrukt Kloosterman dat geboortepijn vooral veroorzaakt wordt door emoties en dat daarom vrouwen die angstig zijn met veel geduld gesteund en gerustgesteld moeten worden, zodat de bevalling zo plezierig en pijnloos mogelijk verlopen zal. Hij houdt een pleidooi voor de thuisbevalling, maar waarschuwt tegen romantiseren ervan.

Het boek verschaft in zijn totaliteit een goed beeld van de historische ontwikkeling van het verloskundig systeem in Nederland, al heeft de opzet van een verzameling losse bijdragen het nadeel dat er veelvuldig in herhaling wordt getreden. Ik vraag me verder af of praktisch georiënteerde mensen zoals verloskundigen en gynaecologen uit het buitenland voor wie dit boek uiteindelijk ook bedoeld is, werkelijk zo *veel* willen weten over de historische ontwikkeling van de verloskundige zorg. Juist met het oog op deze categorie lezers betreur ik het dat er geen hoofdstuk gewijd is aan de opleiding van de verloskundigen en er geen verloskundige aan het woord komt. Feit blijft echter dat dit boek zeer waardevol is voor eenieder die wil weten waarom Nederland wat betreft de organisatie van de verloskundige zorg in de loop van de tijd zo'n unieke plaats heeft verworven temidden van de geïndustrialiseerde Westerse landen.

Yvonne Lefèber

Mary Boyle, *Schizophrenia. A scientific delusion?* London/New York: Routledge, 1990. 248 pp. Prijs \$ 22.50.

Het lijkt soms wel of degenen die kritisch onderzoek naar ideeën over schizofrenie doen of zelfs maar vraagtekens bij het concept schizofrenie plaatsen, een grote kans lopen tot de 'onwetenden' te worden gerekend. De overtuiging dat met genoeg tijd en complexe onderzoeks- en meettechnieken men binnen afzienbare tijd de oorzaken van schizofrenie zal kennen, wint meer en meer terrein. De weg van de vooruitgang loopt via de laboratoria waar neurochemisch, moleculair-biologisch en genetisch onderzoek wordt gedaan. En inderdaad, het heeft er de schijn van dat met de ontwikkeling van een steeds verfijnder diagnoseapparaat en geneesmiddelen die meer en meer specifieke symptomen bestrijden, de schizofrenie beter beheersbaar en verklaarbaar wordt. Sehijn, want het boek van Boyle stelt vragen.

Eigenlijk is zo lang men het concept schizofrenie hanteert, steeds kritiek op het concept geuit of zijn er vragen bij gesteld. Vanaf de introductie van de term schizofrenie zijn er tussen wetenschappers/psychiaters onderling verschillen in verklaring en benadering van deze aandoening geweest. Bleuler, die het concept in 1911 introduceerde, verschilde bijvoorbeeld fundamenteel in zijn verklaring van Kraepelin die zich in dezelfde tijd met dit verschijnsel bezig hield. De laatste gaf een meer – wat men nu zou aanduiden – biomedische verklaring en was ervan overtuigd dat men de verschijnselen van de *dementia praecox*, zoals hij het noemde, kon beschrijven en classificeren op dezelfde wijze als men elders in de geneeskunde deed. Kraepelin geldt dan ook als de grote inspirator van de huidige *Diagnostic and Statistical Manual* voor psychiatrische aandoeningen van de Amerikaanse Associatie voor Psychiatrie. Bleuler daarentegen richtte zich in veel mindere mate op een medische benadering. Een van zijn belangrijkste veronderstellingen was dat de psychische functies van mensen met schizofrenie waren verbrokken.

Deze ambivalentie – een meer medische visie en een meer psychologische kijk op schizofrenie – heeft tot op de dag van vandaag stand gehouden met nu eens het accent op de ene dan weer op de andere benadering en verklaring. Soms kwam het concept schizofrenie hevig onder druk te staan. Het bekendste voorbeeld is de kortstondige bloei van de antipsychiatrie met 'voormannen' als Laing en Cooper. Ook Szasz is een bekend deskundige op dit terrein. In de anti-psychiatrie wordt schizofrenie wel een metafoor genoemd. Samenleving en familie stonden centraal in de verklaring van het ontstaan van de aandoening.

Hoewel ik me in mijn werk onder mensen met schizofrenie nooit heb uitgesproken in causaal verklarende termen, heb ik wel steeds geprobeerd kritische kanttekeningen en vragen bij de benadering en behandeling van deze mensen te plaatsen. Toen ik daarom Boyle's *Schizophrenia. A scientific delusion?* in handen kreeg, werd mijn nieuwsgierigheid gewekt. Schizofrenie als metafoor of schizofrenie als wetenschappelijke waan? Dat leek me een interessante vraagstelling. Aanvankelijk had ik het plan om het werk van Szasz te vergelijken met dat van Boyle. Bij nader inzien leek me dat echter geen recht doen aan beider werk. Szasz richt zich meer op de psychiatrie in het algemeen en op mensen met psychiatrische aandoeningen. Als hij over schizofrenie

schrijft, doet hij dat doorgaans vanuit een psychoanalytisch georiënteerd perspectief. Boyle vertrekt in haar werk vanuit het standpunt dat het *concept* schizofrenie wordt omgeven door chaos en controversies. Haar boek gaat dan ook niet over mensen met schizofrenie, maar over mensen die de diagnose schizofrenie stellen. Haar doel is, behalve het beschrijven en verklaren van de problemen rond het concept vanuit historisch, filosofisch, logisch en empirisch gezichtspunt, ook 'de sociale en ethische kwesties die aan de interpretaties van de aandoening zijn verbonden, centraler te stellen. Boyle is klinisch psycholoog. Het is opmerkelijk dat een auteur vanuit deze discipline in haar slothoofdstuk uitkomt op een meer sociaal-culturele benadering als alternatief voor vigerende benadering van wetenschappelijke perspectieven op schizofrenie. Zij plaatst het wetenschapsbedrijf in een sociaal-culturele context. Dat klinkt antropologen bekend in de oren...

In het eerste hoofdstuk beschrijft Boyle gedetailleerd wat het betekent om schizofrenie een wetenschappelijk concept en een syndroom te noemen. Zij toetst dan de validiteit van het concept. Schizofrenie is volgens Boyle een hypothetisch construct en geabstraheerd van observaties. Dat maakt het concept overigens nog niet valide. Het dient ook een voorspellende waarde te hebben. Om na te gaan of die waarde er is, gaat Boyle in op de correspondentieregels voor hypothetische constructen, dat wil zeggen de regels die onobserveerbare gevallen verbinden aan observeerbare. Boyle komt tot de conclusie dat het concept schizofrenie als hypothetisch construct de validiteit niet krijgt door wetenschappelijke correspondentieregels, maar door nuttigheidsoverwegingen: men vraagt zich af op welke manieren en voor welk doel het construct bewezen heeft nuttig te zijn. Meestal komt het er dan op neer dat het construct voorspelt wat anders misschien onopgemerkt is gebleven. Boyle beschrijft ook in het kort lekenconcepten van schizofrenie. Ze wil die niet toetsen op correspondentieregels, maar toont ons dat die lekenopvattingen, die zijn gebaseerd op culturele overtuigingen aangaande wat met wat samengaat, een belangrijke rol spelen in de problematiek rond schizofrenie. Als men schizofrenie als een syndroom opvat, dan geeft men aan dat de aandoening is afgeleid van en verwijst naar een specifiek patroon. Het probleem is dan dat het moeilijk is om te bepalen of het om een cluster van symptomen gaat of om een cluster van tekens. Symptomen zijn moeilijker te observeren en alleen via beschrijvingen toegankelijk, hun betrouwbaarheid is laag en ze zijn overgedetermineerd omdat ze veel antecedenten bezitten. Tekens daarentegen zijn wel direct observeerbaar, betrouwbaarder en hun antecedenten zijn kleiner in getal. Het verschil tussen teken en symptoom is het beste duidelijk te maken met het voorbeeld van glucose in de urine (Boyle haalt hier Kräupl-Taylor aan): de aanwezigheid van glucose in urine is een teken omdat hij kan worden waargenomen door een simpele proef, minder voorkomt dan bijvoorbeeld hoge urineproductie, dorst, vermoeidheid die ook worden geassocieerd met verhoogd glucosegehalte en omdat er plausibele gronden zijn dat het teken geen gevolg van deze gevallen is. De aanwezigheid van glucose kan daarom een teken zijn van hyperglycaemia, maar ook van iets anders. Hetzelfde teken kan dus worden geassocieerd met veel symptomen. Mensen met eenzelfde teken kunnen verschillende diagnoses krijgen. Mensen met verschillende symptomen kunnen dezelfde diagnose krijgen. Als men dan beweert dat schizofrenie een syndroom is, dan claimt men dat een vast patroon van

symptomen en tekens is waargenomen die voldoen aan wetenschappelijke criteria. Het probleem is volgens Boyle, dat dit patroon eerder is vastgelegd op grond van observaties in klinieken en inrichtingen en dat de correspondentieregels verscheidene malen zijn veranderd sinds de introductie van het concept.

In het tweede hoofdstuk geeft Boyle de historische achtergrond van de introductie van het concept schizofrenie. Het is volgens haar belangrijk te weten waarom het concept is ingevoerd en ontwikkeld. Zij baseert zich in deze historische analyse voor een belangrijk deel op werk van Scull (1993). Dat is maar goed, want het historisch overzicht dat ze geeft, is zeer beperkt en roept nogal wat vragen op. Voor een uitgebreidere analyse kan men in het boek van Scull terecht, dat in *Medische Antropologie* 6(1) is besproken.

Zij beschrijft drie veranderingen in de benadering van schizofrenie. De eerste wordt gevormd door een wisseling van familiale en gemeenschapszorg voor deviante mensen naar een formele en gecentraliseerde gezondheidszorg. Hiermee doelt zij op de ontwikkeling van inrichtingen. De tweede verandering betreft de transformatie van een vaag, cultureel concept van gekte tot een diagnose die enkel door experts kon worden gesteld. De derde belangrijke verandering was het toenemend belang dat aan classificering en diagnostisering werd toegekend.

Boyle toont ons aan de hand van Scull dat veranderingen in het concept van gekte parallel liepen aan veranderingen in opvattingen over mensen en hun relatie met de omgeving. Het concept heeft een ideologische basis: mensen worden beoordeeld op grond van hun economisch nut. Het is jammer dat Boyle de lijn niet heeft doorgetrokken naar de huidige ontwikkelingen. Er is tegenwoordig een verrassende parallel te constateren met de negentiende-eeuwse veranderingen: mensen worden nu beoordeeld op grond van de mate waarin ze in staat zijn zich aan het sociaal-politieke leven aan te passen. Er zijn overigens nog meer parallellen in de door haar geschetste geschiedenis met de huidige stand van zaken rond de psychiatrie. Boyle laat zien hoe de medische invloed toeneemt. Aanvankelijk betekent werken in een inrichting een hogere status voor artsen, maar met het ontstaan van de Reform-beweging in de negentiende eeuw wordt deze status weer lager, omdat artsen er kennelijk niet in slagen de morele behandeling die door de reformbeweging was ontwikkeld tot een coherente professionele ideologie te maken. Artsen waren er voor de lichamelijke klachten en aandoeningen van de patiënten. Klinkt u dat bekend in de oren? Globaal gezien komen veel psychiaters in psychiatrische ziekenhuizen tegenwoordig nauwelijks aan andere therapieën toe dan aan medicamenteuze behandelingen en hebben zij doorgaans weinig contact met hun patiënten. Ook nu kan men constateren dat artsen (psychiaters) moeite hebben met de morele vertogen van hun patiënten (Cf. Van Dongen 1994). Een systematische vergelijking tussen beide perioden zou misschien aan het licht kunnen brengen welke processen en structuren hiervoor verantwoordelijk zijn. Maar de dalende status van artsen verkeerde in de negentiende eeuw weer tot het tegendeel, toen de aantallen patiënten in inrichtingen steeds groter werden en de prognoses steeds slechter. Aanvankelijk pasten artsen elke nieuwe medische ontwikkeling in de inrichtingen toe. Met het nieuwe specialisme en de relatie die men tussen syfilis en dementia paralytica ontdekte, leek de positie en status van 'gekkendokters'

binnen hun eigen beroepsgroep gevestigd en de relaties tussen geneeskunde en gestoord gedrag versterkt.

Het volgende hoofdstuk, drie, onderzoekt de geschriften van Kraepelin, Bleuler en Schneider. De beschrijving van deze drie wetenschappers geeft niet alleen een chronologische volgorde van de ontwikkeling van het concept schizofrenie, maar tevens een beschrijving van de problemen die met dit concept worden geassocieerd. Wat Boyle onderzoekt is of Kraepelin en de anderen erin slagen inderdaad regelmatigheden te observeren in de enorme variatie van gestoord gedrag, die het rechtvaardigen om over *dementia praecox* of schizofrenie te spreken. Boyle beperkt zich hiervoor niet tot symptomen en tekens, maar beschrijft ook de context (sociaal en wetenschappelijk) waarin deze onderzoekers hebben gewerkt. Ze komt tot de conclusie dat de sociale context in die tijd was gekarakteriseerd door een naïviteit ten overstaan van conceptuele en methodologische kwesties, en dat het geenszins duidelijk is of de verschijnselen die werden geobserveerd specifiek voor schizofrenie waren. Bovendien werden de meeste observaties gedaan in inrichtingen. Boyle illustreert de onvolkomenheid van het concept met de ontdekking dat sommige verschijnselen waarvan men dacht dat ze bij schizofrenie hoorden, later bleken te behoren bij post-encyfalitische parkinson. Bovendien, stelt Boyle, transformeert het concept zich meer en meer naar een gedragsmatig concept. Ze komt tot de conclusie dat Bleuler en Kraepelin een populatie hebben beschreven die veel verschilt van de huidige populatie mensen met schizofrenie en dat geen van de drie – ook Schneider niet die met een andere populatie heeft gewerkt – bewijzen hebben geleverd voor regelmatigheden die een hypothetisch construct rechtvaardigen. Het meest opvallende is echter, volgens Boyle, dat hoewel men binnen een zeker wetenschappelijk kader heeft gewerkt, geen data heeft kunnen leveren die hun veronderstellingen bewijzen. Integendeel, ze presenteerden hun eigen overtuigingen gesteund door hun gezag. Niettemin is het werk van Kraepelin en Schneider van belang geweest voor classificatiesystemen van de Amerikaanse Associatie voor Psychiatrie en de Wereldgezondheidsorganisatie, zonder dat er al te serieuze kritiek is op gegeven.

In de hoofdstukken vier en vijf gaat Boyle in op de correspondentieregels die worden gebruikt bij de constructie van het wetenschappelijk concept schizofrenie. Een correspondentieregel moet men zien als een verklaring over de noodzakelijke voorwaarden waaraan moet worden voldaan. Over het algemeen gaat men ervan uit dat het stellen van een psychiatrische diagnose hetzelfde is als het stellen van een medische diagnose. Boyle stelt dat in de *International Classification of Diseases (ICD)* tegenwoordig het beste overzicht van de staat van de medische kennis is. Problematisch is echter, volgens haar dat het systeem enkel aangeeft in welke termen en volgorde observaties van diagnostici moeten worden opgeschreven, niet hoe zij moet diagnostiseren. *ICD* is volgens haar meer een verzameling van specialistische teksten. Voor de psychiatrie geldt dat ervaringen en gedrag dat voor mensen zelf of voor anderen ongewenst is, belangrijke verschijnselen vormen die moeten worden geclassificeerd. Hiermee beginnen de problemen van een classificatiesysteem. Want wat voor de een ongewenst is, is dat voor de ander niet. Bovendien worden volgens Boyle clusters van symptomen en clusters van symptomen en tekens niet duidelijk gescheiden. Een ander probleem is dat men vergeet onderscheid te maken tussen het oorspronkelijke onder-

zoek dat nieuwe patronen en constructen zoekt en activiteiten die nieuwe beschrijvingen aan dit materiaal toevoegen. De overeenstemming tussen psychiaters of een bepaald construct mag worden afgeleid van iemands gedrag is laag. Omdat de ICD er volgens velen niet in geslaagd was duidelijke operationele definities van constructen te ontwikkelen, zodat het geheel nauwelijks bruikbaar was voor diagnosestelling, probeerde men met de Diagnostic and Statistical Manual (derde editie, 1980) dit wel te bereiken. De makers van DSM-III claimen dat zij erin zijn geslaagd patronen van regelmatigheden te vinden die boven alle twijfel de diagnose schizofrenie rechtvaardigen. Via vijf assen kan de diagnose worden gesteld. Schizofrenie wordt in de DSM geassocieerd met een zekere leeftijdsgroep (adolescenten), reactie op medicijnen, de aanwezigheid van dezelfde patronen van verschijnselen in de familie, herhaling van dezelfde gedragingen en verslechtering van het sociale en beroepsmatig functioneren. Belangrijk is verder dat de symptomen meer dan zes maanden moeten blijven. Het hoeft ons niet te verbazen dat Boyle twijfelt aan de validiteit van het construct zoals dat in DSM is ontwikkeld: '...the official criteria inferring schizophrenia in DSM-III and DSM-III-R do not denote a set of regularities which would justify inferring any hypothetical construct' (p. 116). Het is overigens te betreuren dat Boyle in haar analyse niet de (kritische) sociaal-wetenschappelijke literatuur (met name feministisch en psychiatrisch-antropologisch) betrokken heeft. Werk van mensen als Young, Lock en in ons land Richters leveren een belangrijk aandeel in de discussie of het diagnose-apparaat valide is of universeel toepasbaar, genderneutraal, etcetera. Boyle verbindt echter niet alle discussie over validiteit en toepasbaarheid met elkaar. Dat is in zekere zin een gemis.

In hoofdstuk zeven analyseert de auteur het genetisch onderzoek op het terrein van de schizofrenie. De overtuiging dat schizofrenie een genetische basis heeft, is al oud, al waren deze claims aanvankelijk zonder enige databasis. Het empirisch genetisch onderzoek kent twee soorten studies: de tweelingstudies binnen families die niet van elkaar zijn gescheiden en de studies van tweelingen gescheiden van elkaar leven. De conclusies van het tweelingenonderzoek zijn volgens Boyle gebaseerd op negatie van grote methodologische en conceptuele problemen. Er is in de studies van ongescheiden tweelingen te weinig rekening met omgevingsfactoren gehouden bijvoorbeeld. Er is te weinig systematisch bloedonderzoek verricht; het stellen van de diagnose was een probleem. De gegevens uit de tweelingenstudies zijn later aangevuld met de resultaten van onderzoek naar de relatie tussen familiale patronen van genetische kenmerken en diagnoses. Men vond in deze onderzoeken een ontvankelijk punt voor schizofrenie in het vijfde chromosoom. Die vondst werd in een uitgebreider onderzoek van dit chromosoom echter weer tegengesproken. Boyle plaatst het genetisch onderzoek in een sociale context. Ten eerste beschrijft zij hoe de wetenschappelijke genetica in de psychiatrie begon met het werk van Rudin, een aanhanger van het Nazisme en Hitler, die een school voor raszuiverheid en hygiëne had opgericht, en met het werk van Kallmann die een aanhanger was van eugenetische politiek. Boyle voegt hieraan toe dat huidige genetische onderzoekers deze ideeën niet delen, maar dat men het belang van genetisch onderzoek niet moet onderschatten, omdat het voor de psychiatrische professie voordelig is. Genetisch onderzoek suggereert namelijk een definitieve oplossing

en de assumptie dat schizofrenie een medische aangelegenheid is, maakt het concept en de behandeling minder kwetsbaar voor kritiek.

De wetenschappelijkheid van het concept schizofrenie moet volgens Boyle worden ondersteund door presentatie van empirisch materiaal. Men is er het over het algemeen over eens dat cruciale data ontbreken en dat het bestaande materiaal rommelig is. Een van de resultaten van het ontbreken van 'goed' materiaal is dat schizofrenie nu wordt verdedigd door een reeks niet-empirische argumenten. In hoofdstuk zeven onderzoekt de auteur deze argumenten. Zij rekent hieronder de bewering dat schizofrenie een geestesziekte is; de verwarring van observatie met gevolgtrekkingen; het argument van de noodzaak tot classificering; de pathologische basis van schizofrenie; vergelijking met andere ziektes; het nut van het concept; de rol van multivariate analyse en het optimisme van neurologische en biologische onderzoekers. Men moet dan na lezing van dit hoofdstuk tot de conclusie komen dat ook deze argumenten niet altijd steekhoudend zijn.

In hoofdstuk acht vraagt Boyle zich af waarom het concept schizofrenie ondanks het gebrek aan werkelijk empirisch bewijs het tot nu toe heeft uitgehouden. Ze noemt daarvoor drie redenen. Ten eerste de functie die schizofrenie heeft voor de psychiatrie en voor de samenleving. Voor de psychiatrie is schizofrenie een prototypisch psychiatrische ziekte, omdat het wordt omringd door een enorme hoeveelheid literatuur en onderzoek die het bestaan ervan wil bewijzen. Voor 'hersendokters' die op grond van gedrag hun diagnose aangaande een hersenaandoening stellen – Boyle schrijft dat psychiaters doen alsof ze een medische diagnose stellen – is het belangrijk dat de ziekte ook 'echt' bestaat. Voor mensen in de samenleving is het concept belangrijk omdat het in verband met kwesties van schuld en schaamte beter is te kunnen spreken van een ziekte dan van een oorzaak in de familie. Bovendien stelt zo'n concept de samenleving in staat afstand te houden van mensen met gestoord gedrag. De tweede reden is dat schizofrenie een resultaat is van drogredenen en beoordeling. Boyle gaat dan in op onderzoek van onder andere de antropoloog Shweder naar het magisch denken in moderne samenlevingen. Onze overtuigingen kunnen er bijvoorbeeld toe leiden dat wij patronen zien die er niet zijn. Bovendien is er sprake van reïficatie van het concept en is de literatuur beladen met emotionele termen als 'slachtoffer', 'zorg' en dergelijke. In de zoektocht naar verklaringen voor schizofrenie wordt steeds meer het accent gelegd op het biologische. Volgens de auteur is dit niet alleen omdat het de status van de psychiatrie omhoog brengt, het biologische verklaringsmodel menselijker is, of het kwesties van schuld en schaamte buiten beschouwing laat, maar ook omdat een biologische verklaring fundamenteeler, belangrijker en wetenschappelijker dan andere zou zijn. Een derde reden voor de overleving van het concept is de manier waarop schizofrenie wordt gepresenteerd in de academische en lekenliteratuur. Dan blijkt het belang van de flexibiliteit van het begrip.

Het belangrijkste argument van het boek is dat het concept schizofrenie werd geïntroduceerd, ontwikkeld en gebruikt op een manier die weinig van doen heeft met de constructie van theoretische concepten in de geneeskunde en andere empirische wetenschappen. De pogingen om er een wetenschappelijk concept van te maken zijn gebaseerd op verkeerd begrip van de geëigende wetenschappelijke methoden. De

implicaties hiervan zijn verstrekkend, omdat 'schizofrenie' niet alleen als wetenschappelijk gereedschap wordt gebruikt, maar vooral omdat het deel uitmaakt van een wettelijk systeem, waarin mensen op grond van hun gedrag worden beoordeeld. Om die reden acht Boyle het van belang alternatieven te geven. Een van die alternatieven is de interpretatie van gedrag, wanen en hallucinaties in een (culturele) context. De auteur verwijst hiervoor naar literatuur van onder andere Wallace, Lipsedge en Littlewood en komt op grond hiervan tot de conclusie dat gedrag niet goed kan worden beschreven zonder rekening te houden met de omgeving en zonder de vraag te stellen welke sociale voorwaarden ervan de oorzaak zijn dat men bepaalde gedragingen als pathologisch beschouwd. Dat is naar mijn idee geen nieuwe, maar wel een belangrijke conclusie, die door kritische onderzoekers geregeld wordt getrokken, maar die – behalve in de transculturele psychiatrie – weinig invloed heeft op het psychiatrisch denken en handelen. Een ander alternatief ziet Boyle in de analyse van familieinteractie. Ze verwijst hiervoor naar de bekende literatuur aangaande 'expressed emotions'. Het gedrag van mensen varieert nogal en volgens de auteur wordt daar in de classificatie te weinig rekening mee gehouden. Bovendien presenteren schizofrenen dikwijls een heel scala aan klachten die niet zijn opgenomen in de officiële systemen. Daar wordt ook te weinig rekening mee gehouden. Alternatieve conceptualisering moet dus rekening houden met de context en de variaties van het gedrag en de ervaringen van mensen.

Het boek van Boyle brengt weinig nieuwe inzichten in de wetenschappelijke constructie van schizofrenie. Wat het wel doet is een grondig onderzoek verrichten naar de validiteit van het construct. Haar conclusie dat gedrag in zijn culturele en sociale context moet worden bestudeerd, is voor antropologen niet zo opzienbarend. Het boek maakt echter wel duidelijk dat zolang men zich er niet van bewust is dat het wetenschappelijk concept tekort schiet, men hiervan niet te veel moet verwachten voor de oplossing van complexe morele en politieke problemen.

Els van Dongen

Literatuur

Dongen, Els van

1994 *Zwervers, knutselaars, strategen; Gesprekken met psychotische mensen*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht.

Robert L. Brannon, *Intensifying care: The hospital industry, professionalization and the reorganization of the nursing labor process*. Amityville New York: Baywood Publishing Company Inc, 1994. 180 pp. Prijs: \$24.00

Intensifying care benadert de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundige in het licht van recente ontwikkelingen in het Amerikaanse ziekenhuiswezen. Tijdens de jaren 70 en 80 nemen kapitaalsgroepen belangenposities in in de eigendomsstructuren van ziekenhuizen en voeren nieuwe vormen van management in. Dit gebeurt tegen de achtergrond van de ook bij ons bekende budgetbeheersingspolitiek. Het sociologisch onderzoek heeft nogal wat aandacht besteed aan de weerslag op de machtsverhoudingen

tussen specialisten, bestuurders en eigenaars. Het effect op de professionele positie van verpleegkundigen blijft echter onderbelicht.

Brannon beschrijft de periode van 1920 tot heden waarin het beroep van ziekenhuisverpleegkundige geleidelijk aan duidelijk te onderscheiden vormen aannam. Aanvankelijk bestond het verpleegkundig personeel uitsluitend uit leerlingen. Zij kregen nauwelijks onderwijs, maar moesten des te harder onbetaalde arbeid verrichten. Deze opleiding was de opstap naar het beroep van zelfstandig verpleegkundige die haar diensten aanbood aan (rijke) families. Er waren echter ook tal van niet-gekwalficeerde vrouwen op dezelfde manier aan het werk. Het beroep van verpleegkundige was dan ook professioneel niet erkend.

Omstreeks de grote depressie doen zich veranderingen voor waarbij het ziekenhuis van armeninstelling naar een zorginstelling voor alle lagen van de bevolking evolueert. Gekwalficeerde verpleegkundigen vinden stilaan werk in leidinggevende posities op de ziekenhuisafdelingen. Het directe patiëntenwerk gebeurt echter door semi- en niet-gekwalficeerden. Dat resulteert in wat Brannon 'team-nursing' noemt. De verpleegkundigen voelen zich daarmee niet gelukkig, omdat zij tussen artsen en hulpkrachten in komen te staan zonder direct patiëntencontact. Zij voelen dit aan als een depreciatie van hun beroep. In de jaren 70 en 80 ontwikkelt zich vervolgens het 'primary nursing' model waarin gekwalficeerde verpleegkundigen het globale zorgproces voor hun rekening nemen. De verhouding hoger versus lager gekwalficeerden wijzigt zich drastisch. Maar – zo betoogt Brannon – dit verandert uiteindelijk weinig aan de professionele status van de verpleegkundigen. De trend naar hogere kwalificatie was immers onderdeel van een globaal kostenbeheersingsbeleid, waardoor van verpleegkundigen een veel hogere produktiviteit werd verwacht ten koste van de humane kwaliteit van zowel de arbeidsdruk als van de patiëntenzorg.

Een behoorlijk deel van het boek besteedt Brannon aan het beschrijven van het historisch proces. Daarbij besteedt hij aandacht aan de invloed van de opleidingsinstellingen voor verpleegkundigen, hun vakverenigingen en het besluitvormend trio van artsen, eigenaars en managers. Hij stelt dat de veranderingen niet enkel tot stand kwamen als gevolg van ontwikkelingen op het niveau van de machtsstructuren, maar dat ook de beroepsgroep van verpleegkundigen een specifieke rol heeft gespeeld. Hij focust zijn betoog op de manier waarop verpleegkundigen streven naar een professionele opwaardering zonder daar evenwel in te slagen. Hij wijst daarbij op het feit dat – hoewel er machtsverschuivingen zijn tussen artsen, eigenaars en managers ten voordele van de laatste – het ondergeschikt personeel geen algehele verbetering van zijn positie kent en zelfs meer dan vroeger uitgebuit lijkt te worden. Hij stelt dan ook de vraag of het verpleegkundig beroep niet eerder geproletariseerd dan wel geprofessionaliseerd werd.

Brannon is zeer kritisch over de rol van de 'verpleegkundige elite' in de beroepsorganisaties en scholen. Zijdelings raakt hij ook gender, klasse en etnische aspecten aan zonder deze grondig te bestuderen. Zijn materiaal reikt hem hiertoe niettemin kansen aan. Binnen de verpleegkundige wereld was en is er bijvoorbeeld een stratificatie naargelang de achtergrond van de verpleegkundige. Verder speelt de tendens naar het creëren van universitaire opleidingen voor verpleegkundige naast de klassieke

opleidingsvormen daar op in. Bovendien blijkt dat verpleegkundigen hun positie trachten te verbeteren ten koste van lager gekwalificeerden.

Wat vrijwel helemaal buiten beschouwing blijft zijn de grondige veranderingen in de finaliteit van het ziekenhuiswezen zelf, zoals het feit dat de technische activiteit van diagnose en behandeling en dus ook de technische diensten de kernactiviteit van het ziekenhuis zijn gaan vormen ten koste van de zorgfunctie – ook wel hotelfunctie genoemd. Overigens komen de verpleegkundigen in deze diensten helemaal niet ter sprake. Ik mis in dit boek verder de positie van de patiënt en de weerslag ervan op het professioneel identificatieproces van de verpleegkundige. Maar misschien is dit gewoon, omdat patiënten net zoals voor artsen ook voor verpleegkundigen eerder objecten zijn van zorg.

Het boek ontgoochelt me uiteindelijk. Hoewel het uitgaat van een interessante vraagstelling, blijft het mijns inziens te veel bij historische beschrijving, die wegens talloze herhalingen snel gaat vervelen, en is het verklarend gedeelte aan de zwakke kant. Toch zet het ook aan om kritische kanttekeningen te plaatsen bij de tendens tot hogere kwalificatievereisten voor verpleegkundigen, zonder dat de status van het veelal routinematig verzorgen van zieken (het wassen, voeden, kleden) maatschappelijk in aanzien stijgt. Voor de sociologie van beroepen heeft het boek dan wel een toegevoegde waarde: de stelling dat professionalisering gepaard gaat met het afschuiven van routinehandelingen naar lager gekwalificeerden is in elk geval niet van toepassing op het beroep van verpleegkundige.

Ri de Ridder

Carol Delaney, *The Seed and the Soil. Gender and cosmology in Turkish village society*. Berkeley: University of California Press, 1991. 360 pp. Prijs: f 45,00.

Delaney beweert dat noties over voortplanting als sleutel dienen voor de waarden en de organisatie van de Turkse dorpsbewoners in Anatolië. De ongelijkheid tussen mannen en vrouwen is volgens haar het gevolg van deze ideeën. Zij ziet voortplanting als symbolisch analoog aan de Goddelijke schepping en wil de samenhang aantonen tussen de monogenetische theorie en het monotheïsme. Het symbolisch geïntegreerd systeem dat zij schetst gaat echter enigszins mank door niet onderbouwde uitspraken en verkrampde metaforie.

Delaney stelt dat voor Turkse dorpelingen de voortplanting een door God gegeven teken is dat, indien juist geïnterpreteerd, de sleutel is tot begrip van de orde en betekenis van het universum. Zij zien voortplanting in termen van zaad en veld. De man plant het zaad in de vrouw, de voedende bodem. Voortplanting is monogenetisch. Het is de man die gezien wordt als de creatieve persoon, waardoor hij symbolisch verbonden is met God en de Goddelijke schepping. De autoriteit van de vader symboliseert die van God op aarde en lijkt als van nature gegeven. Alleen de man kan de levensvonk doorgeven en deze is theoretisch oneindig zolang er zonen in de familie geboren worden. Dit verklaart de waarde die men hecht aan het krijgen van zonen. De vrouw voedt de foetus

met bloed en andere voedingsstoffen, zoals de bodem de plant. Mannen worden geassocieerd met de meer gewaardeerde, spirituele wereld, vrouwen met de materiële wereld, gedoemd tot verval en verdorvenheid.

De autoriteit van een man baseert zich op zijn macht om leven voort te kunnen brengen. Zijn eer is afhankelijk van de zekerheid dat het kind van zijn zaad komt en daarmee van zijn bekwaamheid zijn vrouw te beheersen. De waarde van een vrouw is afhankelijk van haar vruchtbaarheid, maar nog meer van haar vermogen om de legitimiteit van het zaad van haar man te garanderen. Dit doet zij door te conformeren aan de gedrags- en kledingscode. Daar een vrouw niet geacht wordt de nodige zelfbeheersing te bezitten, worden deze maatregelen door haar man opgelegd.

Verwantschap is ook onderhevig aan dit meer omvattende systeem van ideeën over de voortplanting. Afstamming heeft te maken met persoonlijke, etnische, nationale en religieuze identiteit en is derhalve afhankelijk van premissen over macht en gender. De wortels van afstamming zijn mannelijk; de maatstaf is zaad, niet bloed.

Bij de huwelijksstrategie zijn economische en politieke factoren minder van belang dan eer. Deze eer is een sociale code van waarden die afstamt van de specifieke theorie over voortplanting. Endogamie is te verklaren als de behoefte om land in de familie te houden. Vrouwen zijn land. Beide zijn nodig voor het voortbestaan van de familie-groep. Het huwelijk is de belangrijkste sociale gebeurtenis en haar betekenis wordt uitgedrukt in voortplantingssymbolen. De uitgelezen tijd om te trouwen is in het najaar, wanneer de velden na de oogst klaargemaakt worden voor nieuwe bezaaiing.

De rollen die beide seksen toegeschreven worden in de voortplanting, vinden ook hun weerslag in het vergroten en vermenigvuldigen van het huishouden in het algemeen. Het huis, dat van vader op zoon wordt doorgegeven, is een symbool voor de mannelijke lijn. De haard is de vonk die deze laat voortbestaan, omsloten door het huis als het zaad door de baarmoeder. De vrouw is belast met het voeden van het vuur. In de haard maakt zij het brood, dat het belangrijkste voedsel vormt. Dit proces is analoog aan het voortplantingsproces. Een stukje oud brood, *maya*, wordt bij het deeg gedaan. Vervolgens zal het brood door gisting rijzen, analoog aan de zwangerschap. Zoals de vrouw *maya* in brood omvormt, zo verandert ze het zaad van haar man in een kind. Hierdoor worden beide lijnen gecontinueerd.

Ook de productie deelt het symbolische systeem met de reproductie. Mannen controleren het fokken, hoeden en scheren van de schapen, vrouwen het melken, koken en spinnen. Zoals zij de seksualiteit en beweging van hun vrouwen controleren, zo houden ze ook die van hun (overwegend vrouwelijke) kudde in de gaten. Alleen mannen mogen slachten, daar zij leven geven en dus ook kunnen nemen. Het wordt als de vrouwelijke natuur gezien om te verzorgen. "The male initiates the process and controls the outcome. In each case, he contributes the essential ingredients that the woman's labor transforms into social products – food or child" (p. 248).

De Turkse dorpscultuur is doordrongen van de tweedeling tussen binnen en buiten. Deze kan betrekking hebben op de grens van het lichaam, het huis, de familie, het dorp en de natie. Basaal gezien is deze dichotomie geworteld in noties over seksualiteit en voortplanting. De vrouwen die binnen de groep horen, die door verwanten en dorpsgenoten worden beschermd, zijn diegenen die een man zijn zaad kunnen garanderen.

Bij vrouwen die erbuiten horen, is dit op zijn minst dubieus. Het huis is als de vrouw van nature open, maar sociaal gesloten. De openingen worden gecontroleerd en toegang is gelimiteerd. De mensen worden erin beschermd als het zaad in de baarmoeder. "Woman's body, meaningfully constructed within the specific theory of procreation, is generative of notions of enclosing and enclosed. It serves as a symbolic reservoir from which the related concepts of inside-outside, open-closed, and purity-pollution are brought to light and projected onto the social world" (p. 200).

Volgens Delaney is er een sterke samenhang tussen monotheïsme en de monogenetische voortplantingstheorie. God heeft geen vrouwelijke partner. Het vrouwelijke wordt symbolisch gelijkgesteld aan hetgeen geschapen is en niet aan de creatieve kracht. De relatie tussen macht, religie en seksualiteit verduidelijkt Delaney verder aan de hand van enkele belangrijke religieuze rituelen. Zo is de besnijdenis van een jongen, voorwaarde voor de opname in de moslimbroederschap, een reden tot trots, terwijl het bedekken van het meisje, waardoor zij een vrouw wordt, omgeven is door schaamte en kwetsbaarheid. Mannelijke seksualiteit wordt onthuld terwijl de vrouwelijke seksualiteit wordt verborgen. De *kurban* is een ritueel waarbij het verhaal wordt gememoreerd van Abraham die zijn zoon offert. Hierbij lijkt de onderwerping aan de wil van God afbreuk te doen aan de patriarchale macht, maar volgens Delaney wordt de heerschappij van de man op aarde er juist door versterkt. Het verhaal bevestigt zijn macht over leven en dood. De vrouwen van het dorp verklaren hun ondergeschikte positie aan de hand van het verhaal van de uitstoting uit het paradijs. De verleiding van Eva door Satan, waardoor ze van de verboden appel at, is een teken van zwakte. Daarom moet een vrouw onder de bescherming van de man staan. Door haar ongepaste gedrag bracht zij onreinheid in de wereld, zoals zweet, faeces, urine en menstruatie.

Ook de staat en politieke macht zijn niet gender-vrij. Atatürk werd de 'vader' van de Turken. Zijn éénpartij-stelsel is typisch voor de notie dat autoriteit ligt bij één oprichter-schepper. Zijn secularisatie wist geen scheiding tussen staat en religie te bewerkstelligen. De symboliek en de structuur van de islam bleef in de staat voortbestaan, hoewel met een oriëntatie op deze wereld. "Politics, education, and religion are tightly interwoven; a common thread is sexuality and gender, for the theory and symbols of procreation are central to the ways power and authority are represented" (p. 232).

Delaney's studie geeft een interessante interpretatie van de samenhang van verschillende aspecten van de Turkse dorpsbewoners, al schenkt ze weinig aandacht aan de belevingswereld van de betrokkenen zelf. Haar inzicht in de invloed van ideeën over voortplanting op de rollen van mannen en vrouwen is verhelderend. Zij weerlegt met haar betoog de idee dat ongelijkheid tussen de seksen valt te verklaren door reproductie aan vrouwen en produktie aan mannen te verbinden. Zij verklaart hoe hun rollen, hun sferen van activiteit en expertise, complementair zijn en geen binaire opposities vormen. Men kijkt niet neer op reproductie, maar op de rol van de vrouw hierin.

Delaney is duidelijk geïnspireerd door Geertz. Zij oppert echter dat het de theorie over voortplanting, symbolisch begrepen, en niet religie is die, zoals Geertz beweerde, "...tunes human action to envisaged cosmic order and projects images of cosmic order onto the plane of human experience" (Geertz 1973: 90). Omdat volgens zowel Delaney als Geertz de noties over voortplanting sterk met religieuze ideeën samenhangen, is dit

meningsverschil slechts een kwestie van accent. Haar belangrijkste uitgangspunt is geheel in overeenstemming met de ideeën van Geertz: "Although I do not deny the possibility of a cultural distinction between the human and divine realms, I suggest that they are interrelated, that a symbolic exchange is going on between them, that metaphors of one are utilized in the conceptualization of the other and vice versa" (p. 20).

Om de lezer te overtuigen van haar symbolische analyse én de integratie van het culturele systeem te benadrukken komt Delaney echter met vergezochte analogieën en metaforen. Ze vergelijkt de gebruikelijke positie bij de geslachtsgemeenschap met de bewerking van de akker met een ploeg. Ze ziet de minaret als een fallussymbool. En volgens haar is het gebruik om zich te wassen na de geslachtsdaad een symbolische bevloeiing van het land. Al deze uitspraken ontberen onderbouwing. Evenals de bewering dat meisjes meer verwend worden juist omdat ze minderwaardig zijn, bij wijze van compensatie voor hun status. Als jongens meer verwend zouden worden had Delaney dit onherroepelijk gezien als het bewijs voor het tegenovergestelde. Haar symbolisme komt enigszins geforceerd over: een licht geval van symbolitus.

Peter Scheuder Peters

Literatuur

Geertz, Clifford

1973 *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.

Nina L. Etkin & Michael L. Tan (eds.), *Medicines: Meanings and contexts*. Amsterdam: Health Action Information Network and Medical Anthropology Unit, University of Amsterdam, 1994. 305 pp. Prijs: f 28,00.

Deze publikatie is tot stand gekomen naar aanleiding van een te Zeist in oktober 1991 gehouden internationale conferentie over sociale en culturele aspecten van geneesmiddelen. Het meest waardevolle aan deze conferentie was, dat onderzoekers vanuit heel verschillende delen van de wereld elkaar konden ontmoeten en zich richten op de pragmatische realiteit van geneesmiddelengebruik in ontwikkelingslanden. De artikelen werden ondergebracht in drie thema's: management van medicijnen; symbolische en contextuele aspecten en de toepassing van onderzoek in beleid. Het doel van deze uitgave van onderzoekspapers is te komen tot een reflectie op vooruitgang alsmede een overzicht te bieden van de gevarieerde thematiek binnen de farmaceutische antropologie.

Sinds de formulering van het essentiële geneesmiddelenbeleid van de WHO zijn steeds meer sociale wetenschappers zich gaan bezighouden met de productie, distributie en consumptie van geneesmiddelen. Veel studies werden uitgevoerd door antropologen die zich richtten op het gebruik van medicijnen in ontwikkelingslanden. De enorme populariteit van moderne geneesmiddelen heeft geleid tot een nieuwe stroming, de farmaceutische antropologie. Vooralsnog probeerden antropologen door middel van micro-studies tot een macro-analyse te komen, zonder zich daarbij af te vragen of hun gegevens wel generaliseerbaar waren. Daarentegen zijn er door economen en

beleidsmakers veel macro-studies gedaan waarbij de aandacht voor de lokale context is vergeten. De farmaceutische antropologie gaat uit van een multi-disciplinaire aanpak en vraagt om specifieke gegevens vanuit de antropologie welke in nauwe samenwerking met andere disciplines tot hun juiste waarde gereduceerd of gewaardeerd kunnen worden. Binnen dit kader is in 1988 de eerste belangrijke verzameling van artikelen verschenen onder de titel *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology* onder redactie van Van der Geest & Whyte. In grote lijnen is deze nieuwe bundel van onderzoekspapers te zien als een vervolg hierop. Het boek is onderverdeeld in vijf secties.

Het eerste deel bestaat uit acht papers die handelen over percepties en interpretaties van geneesmiddelen. Hierin wordt de nadruk gelegd op de noodzaak van beter begrip van interpretaties van medicijnen in relatie tot inzichten in gezondheid en ziekte. Dit wordt duidelijk geïllustreerd in de paper van Kodjo A. Senah die handelt over de percepties van medicijnen in een Ghanese kustgemeenschap. De dorpingen verdelen medicijnen in twee categorieën: medicijnen van de blanken (*blofo tshofa*) en Afrikaanse medicijnen (*modin tshofa*). De twee typen medicijnen zijn ziekte-specifiek en in vergelijkende termen hebben *blofo tshofa* meer waarde omdat ze sneller genezen, duurder zijn en meer bijwerkingen hebben. *Blofo tshofa* worden vooral gebruikt voor *helafolo* ziekten (gewone, niet-spirituele ziekten zoals mazelen, koorts, verkoudheid, diarree, maagpijn et cetera). De etiologie van deze ziekten is gebaseerd op de relatie tussen mens en zijn natuurlijke omgeving. Ernstige ziekten (*helafon*) zoals tuberculose, lepra, epilepsie en geestesziekten kunnen daarentegen met westerse en/of inheemse geneesmiddelen behandeld worden. De auteur komt vervolgens met vier casus ter illustratie hoe geneesmiddelen gebruikt worden bij zelfmedicatie van gewone en minder ernstige ziekten. Jammer genoeg gaat het artikel niet verder op deze casus in, hetgeen leidt tot een enigszins zwakke conclusie.

Etkin laat in haar studie over de Hausa in Noord-Nigeria zien dat effecten welke door de biomedische wetenschap als bijwerkingen worden aangeduid, in andere culturen als juist nuttige effecten worden ervaren. De Hausa onderscheiden primaire en secundaire effecten van zowel inheemse als bio-geneesmiddelen en identificatie hiervan kan bijdragen tot een beter begrip van lokale ideeën over ziekte en gezondheid.

Tenslotte bevat deze sectie een prachtige studie van Tan over de percepties van geneesmiddelen in de Filipijnen. De kracht van deze studie ligt vooral ook in verschillende onderzoeksmethoden (linguïstische analyses, interviews, woord-associatie-testen en groepsdiscussies) die de auteur heeft gebruikt voor het verzamelen van zijn gegevens. Tan paste linguïstische analyses toe op woorden die in de Filipijnen gebruikt worden voor het verwijzen naar medicijnen. Het woord *gamot*, dat medicijn betekent in het Tagalog, heeft verschillende betekenissen in andere talen die in de Filipijnen gesproken worden. Het betekent plantewortel in Bikol, in Cebuano en andere Visayaanse talen. Een praktische implicatie die afgeleid kan worden uit een beter begrip van de betekenissen van Filipijnse concepten, heeft onder andere ook betrekking op het gebruik van de term *gamot*. De auteur wijst er op dat veel Filipino's denken dat er een medicijn is tegen AIDS, omdat de media hun dit voorspiegelt. De media en de industrie adverteren vaak met slogans als *gamot para sa sipon* en *gamot para sa ubo* (medicijnen

voor verkoudheid, medicijnen voor hoest). Op dezelfde wijze verschijnen slogans als *gamot para sa AIDS*.

Het tweede deel biedt twee papers over injecties. In één ervan wijzen Whyte & Van der Geest op het feit dat er weinig studies over injecties gedaan zijn. Zij komen met een onderzoeksagenda en in hun conclusie benadrukken zij de beleidsimplicaties van antropologisch onderzoek naar injectie-gebruik. De derde sectie van deze bundel handelt over de toegang tot geneesmiddelen en de wijze waarop hiermee op huishoudniveau wordt omgesprongen. Het vierde deel omvat drie papers met een meer toegepast perspectief. Het laat zien hoe onderzoek gebruikt kan worden voor het evalueren van geneesmiddelenprogramma's. Ngoh & Shepherd rapporteren dat interventies zoals toepassing van visuele hulpmiddelen bij gezondheidseducatie en counseling wel degelijk een significant effect hebben op therapietrouw, en aanzetten tot rationeel antibioticum-gebruik.

Het laatste deel bevat een theoretisch overzichtsartikel van Nichter & Vuckovic. De auteurs onderzoeken een aantal sleutel-items die van toepassing zijn bij het evalueren van socioculturele aspecten van geneesmiddelengebruik. Verder worden enkele onderzoeksvragen in de discussie geïntegreerd en bevat het artikel een theoretische uiteenzetting over de relevantie van een aantal oude paradigma's zoals Talcott Parsons 'sick role'.

Wie als kenner van eerder genoemde farmaceutisch-antropologische debuut-bundel met gespannen verwachtingen aan deze nieuwe publikatie begint zal zich aan het eind enigszins misleid voelen. De bundel kan beschouwd worden als *The context of medicines in developing countries, Part 2* en mist daarom de originaliteit van zijn voorganger. In grote lijnen heeft deze publikatie immers dezelfde pretenties als zijn voorganger en biedt daarom als bundel weinig verrassends. De voorgestane aandacht op vooruitgang en de te constateren tendens waarbij farmaceutisch antropologische studies beter zouden aansluiten bij beleid, is in deze bundel gedeeltelijk geslaagd. De waarde van het boek *Medicines: Meanings and Contexts* ligt daarom niet zo zeer in het geheel, maar veel meer in een klein aantal bijdragen. Het is dan ook jammer dat slechts één-derde van de ingezonden artikelen in deze bundel is opgenomen. Desalniettemin biedt deze publikatie voor de onbevangen lezer wederom een scala van interessante artikelen over de lokale context van geneesmiddelen.

Eric Naterop

Edward C. Green, *AIDS and STDs in Africa: Bridging the gap between traditional healing and modern medicine*. Boulder/Oxford: Westview Press, 1994. xi + 276 pp., index. Prijs: f 93,50.

Edward Green heeft in de afgelopen vijftien jaren zijn naam verbonden aan een groot aantal publikaties op het gebied van public health en medische antropologie. Zijn onderzoeksgebieden lopen geografisch en thematisch nogal uiteen. Hij publiceerde over de rol van Afrikaanse genezers in de geestelijke gezondheidszorg, over family

planning in Nigeria, over orale rehydratietherapie in Bangladesh, over sanitaire voorzieningen in Swaziland, over condoomgebruik in de Dominicaanse Republiek en over vrouwelijke spirituele genezers in Zuid-Afrika. Deze publikaties hebben Greens pragmatische invalshoek gemeen die te typeren is met sleutelbegrippen als 'indigenous knowledge development' en 'social marketing'.

In *AIDS and STDs in Africa* probeert Green een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van effectieve strategieën ter bestrijding van de AIDS-crisis, die hij in de afgelopen jaren zag ontstaan in Afrika bezuiden de Sahara. Deze bijdrage is onconventioneel en deels controversieel.

Na de droge openingszin ("the war against AIDS in Africa is not going well") en de opmerking dat in Afrika zelfs de meest succesvolle promotie-programma's voor condooms niet hebben geleid tot een knik in de almaar stijgende curve van HIV-geïnfecteerden, vraagt Green zich af hoeveel programmatische aandacht voor condooms eigenlijk nog te rechtvaardigen is. Zijn er geen andere methodes om de uitbreiding van de HIV-epidemie in te dammen? Gebaseerd op de premisse dat HIV-transmissie wordt gefaciliteerd door het hebben van andere geslachtsziekten – met name als die tot genitale ulcera leiden – en op de constatering dat de behandeling van geslachtsziekten in Afrika tot het domein van de traditionele Afrikaanse genezers behoort, komt Green tot de volgende stelling. "(...) some sort of collaborative action program involving traditional healers is necessary if we wish to significantly impact the spread of AIDS and other STDs (sexually transmitted diseases, PV) in Africa" (p. 3). Voor deze stelling reikt hij de lezer, naarmate deze in het leeswerk vordert, almaar meer – en deels dezelfde – argumenten aan.

Het boek bevat een schat aan eigen antropologische onderzoeksresultaten uit Swaziland, Liberia, Nigeria, Moçambique, Zuid-Afrika en Tanzania. Steeds gaat het om onderzoeken waarvan de resultaten resulteren in public health programma's die alle op één of andere wijze betrekking hebben op traditionele Afrikaanse genezers en op preventie en behandeling van geslachtsziekten en AIDS. De gegevens worden land na land gepresenteerd. Deze ordening heeft het voordeel dat de auteur gevolgd kan worden in zijn onderzoekscarrière. Gaandeweg wordt duidelijk hoe Greens opvattingen gedurende de jaren steeds scherpere contouren krijgen. Het nadeel van deze werkwijze is dat het boek een fragmentarisch geheel van verschillende onderzoeken blijft, met in elk hoofdstuk wéér een beschrijving van de methodologie en wéér een beschrijving van de etno-medische categorieën die lokale genezers hanteren bij de conceptualisatie van geslachtsziekten.

Green stipt en passant een heel scala interessante onderwerpen aan. Zo bevat het boek een uitgebreid literatuuroverzicht van de argumenten vóór en tégen samenwerking tussen westerse en Afrikaanse genezers. Greens eigen standpunt is duidelijk: we kunnen het ons niet permitteren om het niet te proberen. Aan de overige standpunten over dit ingewikkelde onderwerp doet hij echter zorgvuldig recht. Merkwaardig in dit verband is wel Greens gebrek aan vertrouwen als hij het KIT-rapport van Wondergem, Senah & Glover (1989) over kruidengenezers en PHC in de verstedelijkte kustgebieden van Ghana terzijde schuift ("one wonders about the reliability of these observations and

conclusions", p. 29) door een beroep te doen op het proefschrift van D.M. Warren uit 1974 over het Ghanese binnenland.

Soms roert Green onderwerpen aan die net even buiten zijn onderzoeksterrein vallen. In de bespreking van zijn Mozambikaanse resultaten probeert hij een tweedeling te maken in geslachtsziekten van het *siki* type en van het *nyoka* type. Ziekten van het laatste type verbinden Mozambikaanse genezers met concepten zoals die meestal in het Afrikaanse denken over ziekte te vinden zijn, zoals overtreding van sociale normen, hekserij of besmetting met onreinheid. De *siki* ziekten zijn niet geassocieerd met deze causale concepten, maar worden gepercipieerd in naturalistische termen, zoals invasie door een onzichtbaar microscopisch agens dat de genezers *khoma* noemen. Helaas maakt Green vervolgens geen verbinding tussen zijn onderzoeksgegevens en fundamentele discussies in de medisch-antropologische literatuur over veranderende etiologische opvattingen in traditioneel-Afrikaanse medische systemen. De pragmaticus Green constateert dat gezondheidscampagnes voor inheemse genezers zich moeten richten op de *siki* ziekten, omdat tot deze categorie ook de gevaarlijke soorten geslachtsziekten behoren en dat men de genezers beter met rust kan laten op het gebied van de spiritueel veroorzaakte *nyoka* ziekte.

Vanuit een sterk pragmatische invalshoek schrikt Green niet terug voor ongebruikelijke opvattingen. Zo vraagt hij zich af of er bij de bestrijding van geslachtsziekten niet veel meer aandacht moet worden gegeven aan spermicide zalven en crèmes. Dergelijke zalven en crèmes kunnen micro-organismen doden, en al is de werking tegen HIV niet geheel duidelijk, het helpt in elk geval wel om andere geslachtsziekten te voorkómen (p. 111). Andere voorbeelden van Greens originaliteit zijn zijn pleidooien voor mannelijke circumcisie als preventieve maatregel tegen seksueel overdraagbare aandoeningen, zijn pogingen om via een sneeuwbalmethode vele duizenden Zuidafrikaanse genezers elkaar te laten trainen in AIDS-voorlichting en -counselling of zijn voorstel om traditionele Mozambikaanse genezers te scholen in het gebruik van antibiotica en hen van staatswege te voorzien van deze medicijnen.

Het moge inmiddels duidelijk zijn, het boek bevat geen baanbrekende nieuwe theoretische inzichten, maar een veelheid van concrete feiten en praktische voorstellen. Het is de neerslag van het werk van een gedreven antropoloog die de resultaten van kwalitatief gezondheidsonderzoek van eminent belang acht voor het opzetten van effectieve programma's ter bestrijding van de AIDS-catastrofe die Afrika momenteel treft.

Peter Ventevogel

Literatuur

Warren, D.M.

1974 *Disease, medicine and religion among the Bono of Techiman: a study in cultural change.*
Ph.D. dissertation, Indiana University.

Cor Hoffer, *Islamitische genezers en hun patiënten: Gezondheidszorg, religie en zingeving*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1994. 293 pp. Prijs f 35,00.

Naar aanleiding van een aantal artikelen in de pers, waaruit bleek dat islamitische migranten gebruik maken van islamitische alternatieve geneeswijzen in Nederland, rezen bij beleidmakers, artsen en hulpverleners vragen over de soorten behandelwijzen van deze genezers en hun effectiviteit. In opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft Hoffer een voor¹- en een hoofdonderzoek gedaan in de periode juni 1990 tot en met november 1993, waarin hij zich vooral richtte op de historische en culturele achtergronden van islamitische genezers, de mogelijke effecten van islamitische geneeswijzen voor patiënten en de mogelijkheden tot een samenwerkingsverband tussen de reguliere gezondheidszorg enerzijds en genezers anderzijds.

Het onderzoek is uitgevoerd volgens de ideeën van het symbolisch interactionisme. In het symbolisch interactionisme staat de belevingswereld van de respondenten centraal. Hoffer heeft gebruik gemaakt van een combinatie van methoden en technieken: literatuurstudie, interviews met behulp van topic-lijsten en open vragen, case-studies, observaties, bestudering van autobiografisch materiaal en een enquête onder de patiënten van de genezers. Analyse vond plaats tijdens het verzamelen van de data. Na het bestuderen van het verkregen materiaal werd besloten welke respondenten en welke gegevens nodig waren. Hoffer's onderzoek is daarom geen representatieve steekproef. De onderzoekspopulatie betrof voornamelijk islamitische genezers en hun patiënten. Ook zijn er gesprekken gevoerd met een groot aantal imams in Nederland, artsen/hulpverleners en vertegenwoordigers van organisaties van alternatieve geneeswijzen.

Cultuur speelt een belangrijke rol in de beleving van gezondheid en ziekte. Daarom is het van belang om na te gaan wat de historische en culturele achtergronden zijn van islamitische genezers en patiënten. Door de migratie wordt de eigen cultuur geconfronteerd met de cultuur in het land van vestiging. Om migrantencultuur te begrijpen en te analyseren moet de onderzoeker rekening houden met de cultuur van het land van herkomst, van het immigratieland en met de veranderingen die optreden als gevolg van migratie. Begrippen als migrantencultuur en transitionele samenleving willen op individueel niveau gesignaleerde verschijnselen overstijgen door ze op categoriaal niveau te beschrijven. Hoffer heeft getracht deze generalisering te vermijden door te categoriseren op een lager abstractieniveau, die echter het individuele niveau wel overstijgt.

Hoffer gaat er vanuit dat iedere vorm van geneeskundig denken en handelen op te vatten is als een culturele constructie. In principe is iedere visie op ziekte en gezondheid, regulier of alternatief gelijkwaardig. In de praktijk hebben medische betekenissen in de westerse gezondheidszorg en in de medische antropologie en sociologie een dominante rol gekregen. In dit verband wordt er in de medische antropologie gesproken over 'naturalisering'. Dit begrip duidt op het proces waarbij een betekenis wordt voorgesteld als een natuurlijk gegeven en in een gesprek gepresenteerd wordt als de enig mogelijke betekenis. Door de sociale realiteit van ziekte en gezondheidszorg echter als een constructie van betekenissen op te vatten is 'naturalisering' te voorkomen of kan er zelfs sprake zijn van 'de-naturalisering'.

De diagnostische en therapeutische technieken waarvan de islamitische genezers gebruik maken, bevatten elementen uit verschillende culturen, waaronder ook niet islamitische. De toevoeging islamitisch heeft dan ook geen betrekking op de gebruikte technieken, maar op de levensbeschouwing van de genezers. Islamitische geneeswijzen zijn ontstaan in andere medische systemen. Door de overdracht van medische hulpbronnen tussen culturen ontstaat een medisch systeem waarin diverse medische subsystemen te onderscheiden zijn die allen aan een eigen paradigma verbonden zijn. Door de migratie van islamitische genezers en hun patiënten naar Nederland worden islamitische geneeswijzen overgeplaatst naar een geheel ander medische context dan in de landen van herkomst. Tevens komen de therapieën van islamitische genezers uit diverse culturen bij elkaar. De Nederlandse situatie is van invloed op de traditionele islamitische geneeswijzen en ook de beïnvloeden de verschillende islamitische geneeswijzen elkaar.

Zoals bij alle grote religies bestaat er ook in islamitische landen, binnen het raamwerk van de formele geloofsleer, een volksgeloof. Formele islam is het geloof zoals dat door schriftgeleerden en imams in moskeeën wordt uitgedragen en op islamitische hogescholen en universiteiten onderwezen. Het volksgeloof omschrijft Hoffer als een leer over de aard en de werking van bovennatuurlijke krachten en rituelen met behulp waarvan deze voor gezondheid en welzijn kunnen worden beheerst en aangewend. In de literatuur wordt de scheidingslijn tussen formele islam en volksgeloof vaak heel scherp getrokken. In de praktijk blijkt dat, juist omdat het volksgeloof voortvloeit uit de formele islam, niet zo duidelijk te zijn. In Nederland zijn er geen schriftgeleerden en is de taak van de imam aanzienlijk uitgebreider dan in islamitische landen, waar het voorgaan van gelovigen in gebed de belangrijkste taak van de imam is. In Nederland moeten zij meer koran-onderwijs geven, preken en vragen op sociaal-religieus terrein beantwoorden. Omdat voor vele migranten de sociale infrastructuur, bestaande uit familie en kennissen, is weggefallen, hebben zij ook op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke functie.

Hoffer heeft een groot aantal imams die in Nederland werkzaam zijn gevraagd naar de legitimiteit van bepaalde genezingspraktijken waarin het geloof in bepaalde religieuze en spirituele verschijnselen een belangrijke of zelfs centrale rol speelt. Hoewel te verwachten zou zijn dat de meeste imams hier afwijzend tegenover zouden staan, bleek dit niet het geval. Volgens de imams vormden deze praktijken geen probleem, mits de genezer voor zijn activiteiten geen geld vraagt.

Genezers baseren hun genezende kracht op erfelijke gaven, opleiding en zelfstudie. Islamitische geneeswijzen bevatten elementen van de profetische geneeskunde, die gebaseerd is op de koran en hadith, de meer empirische Arabisch-islamitische geneeskunde, de mystieke leer van het soefisme en lokale tradities en gewoonten. Omdat met name de laatsten een belangrijke rol spelen, is het onmogelijk om de verschillende volksgeneeskunden over een kam te scheren. Wel is het volgens Hoffer mogelijk gemeenschappelijke elementen uit het volksgeloof in de verschillende islamitische landen te herkennen op het gebied van opvattingen over bovennatuurlijke oorzaken van ziekten en problemen en bovennatuurlijke genezende krachten.

Uit het onderzoek blijkt dat verreweg de meeste imams en islamitische genezers in Nederland het paradigma van het islamitisch volksgeloof aanhangen. In dit paradigma spelen behalve gebeden ook rituelen een belangrijke rol waarbij de genezer een belangrijke plaats inneemt en in sommige gevallen als bemiddelaar wordt erkend. Juist hier wordt duidelijk dat de opvattingen van mensen dynamisch zijn. Als gevolg van de veranderende situatie veranderen imams en genezers soms van mening. Zo meldt Hoffer dat enkele Marokkaanse genezers pogingen doen om lid te worden van Nederlandse organisaties voor alternatieve geneeswijzen. Deze organisaties eisen meestal dat het aspirantlid een interne opleiding gaat volgen en voldoet aan bepaalde richtlijnen zoals het heffen van vaste tarieven. Dit heeft gevolgen voor de behandelwijze van de islamitische genezer, zoals de betaling voor diensten, hetgeen zowel in de formele islam als in de volksgeneeskunde taboe is.

De islamitische genezers zijn op verschillende manieren georganiseerd. Een groot aantal van hen, waaronder bijna alle Surinaams-Hindostaanse genezers, maakt deel uit van Pakistaanse of Indiase soefi-orden. Zij hebben meestal niet de behoefte zich ook nog aan te sluiten bij een organisatie van alternatieve geneeswijzen in Nederland. Surinaams-Hindostaanse genezers organiseren zich vooral op etnische basis, terwijl Marokkaanse en Turkse genezers meestal uitsluitend op individuele basis werken. Een aantal Marokkaanse genezers, die meewerkten aan het onderzoek, heeft zich aangesloten bij autochtone organisaties voor alternatieve geneeswijzen. Turkse genezers zijn bijna nooit bij een organisatie aangesloten.

In hun hulpzoekgedrag bewegen patiënten zich op twee niveaus. Ten eerste zijn zij op zoek naar genezing, het wegnemen of het verlichten van de klachten, ten tweede naar de zingeving. Hoffer stelt allerlei bewuste en onbewuste motieven vast om gebruik te maken van de diensten van islamitische genezers: verlichting van pijn, teleurstelling bij reguliere vormen van genezing of hulpverlening, het vermoeden van een bovennatuurlijke oorzaak met de behoefte deze oorzaak te bevestigen, te concretiseren en weg te nemen en tenslotte de pragmatische opvatting: baat het niet dan schaadt het niet.

Effectiviteit van de geneeswijze hangt nauw samen met de belevingswereld van de patiënt. In dit verband maakt Hoffer gebruik van de begrippen 'illness' en 'disease'. Disease is ziekte in de zin van het disfunctioneren van biologische en of psychologische processen, terwijl illness betrekking heeft op de psychosociale beleving van de patiënt. Disease is de visie en denkwijze van de arts, illness de benaderingswijze van de patiënt en zijn sociale omgeving. Hoffer maakt hier gebruik van begrippen waar veel kritiek op is in de medische antropologie. Hoewel Hoffer duidelijk aan het begin van het boek stelt dat iedere vorm van geneeskundig denken en handelen op te vatten is als een culturele constructie en dat ook disease en illness culturele constructies zijn, leiden deze begrippen mijns inziens tot een zekere naturalisering en zijn tot op zekere hoogte etnocentrisch.

De begrippen illness en disease impliceren een scheiding tussen lichaam en geest. Deze scheiding is typerend voor de westerse epistemologie en de biomedische geneeskunde. Andere vormen van geneeskunde, zoals de Arabisch-islamitische en het soefisme, maken deze scheiding niet, maar benadrukken de eenheid en de samenhang van

lichaam en geest en de mens in relatie tot zijn omgeving. Het meten van de effectiviteit van geneeswijzen die zich in belangrijke mate baseren op tradities die de scheiding van lichaam en geest niet maken, met behulp van begrippen die deze scheiding als uitgangspunt nemen is daarom discutabel.

Bij de effectiviteit van islamitische geneeswijze speelt zingeving volgens Hoffer een belangrijke rol. Iedere mens stelt zich vragen waarom juist hij of zij deze ziekte of problemen heeft. Het paradigma van de biomedische geneeskunde dat in de reguliere gezondheidszorg domineert, kan vaak geen antwoord geven op deze vragen. Deze vorm van geneeskunde zoekt de oorzaken van ziekte vooral in natuurlijke oorzaken. Omdat islamitische genezers vanuit een islamitische levensbeschouwing werken, kunnen zij op het gebied van zingeving behulpzaam zijn. Islamitische geneeswijzen streven een meer holistische aanpak na, die behalve natuurlijk ook bovennatuurlijke oorzaken erkent en naast fysische en psychische dimensies ook aandacht besteed aan sociale en religieus-spirituele aspecten van ziekte. Vooral voor de migrant kan dit bijzonder effectief zijn.

Hoffer spreekt over islamitische genezers in Nederland als 'interculturele bemiddelaars'. Voor migranten en genezers doen zich als gevolg van de migratie veel veranderingen voor als het gaat om de opvattingen van gezondheid en ziekte. Enerzijds worden zij geconfronteerd met nieuwe problemen, anderzijds vallen oude vertrouwde kennissystemen op het gebied van gezondheid en ziekte en hun etiologische visies weg. Door hun specifieke kennis van de islam, het islamitisch volksgeloof, de Nederlandse samenleving en hun eigen ervaringen zijn de islamitische genezers in staat de patiënt te begrijpen, knelpunten te herkennen en te begeleiden. Daarmee vervullen ze een niet onbelangrijke functie in de integratie van islamitische patiënten in de reguliere gezondheidszorg en de Nederlandse samenleving.

Door de uiteenlopende opvattingen van de verschillende genezers en lidmaatschap van diverse organisaties, acht Hoffer het niet waarschijnlijk dat de islamitische genezers in Nederland in de nabije toekomst een aparte beroepsgroep met kwaliteitscriteria en een beroepsprofiel zullen vormen. Formele samenwerking tussen artsen en hulpverleners enerzijds en islamitische genezers anderzijds is voorlopig daarom nog niet mogelijk. Ook op het terrein van de geestelijke verzorging acht hij een formele samenwerking tussen de verschillende vormen van gezondheidszorg niet waarschijnlijk en niet wenselijk. Omdat het volksgeloof een belangrijke rol speelt in de islamitische geneeswijzen, wordt deze door organisaties van moslims van de hand gewezen. Daarom zijn het de imams, die de formele islam vertegenwoordigen en geen omstreden rituelen uitvoeren, de meest aangewezen geestelijke verzorgers voor islamitische patiënten. Op informeel niveau is samenwerking tussen artsen, hulpverleners en islamitische genezers, mits betrokkenen geen bezwaren hebben heel goed mogelijk.

In zijn boek schept Hoffer een duidelijk beeld van islamitische genezers in Nederland. Hij toont de gemeenschappelijke basis van islamitische genezers aan, zonder dat hij voorbij gaat aan de variaties als gevolg van verschillende etnische en nationale achtergronden en lokale tradities en gewoonten. De genezers en hun patiënten worden in een Nederlandse setting geplaatst met de typisch Nederlandse gezondheidszorg,

waardoor de niche die de islamitische genezers vullen op het terrein van zingeving verklaard wordt. Een rol die zij bij een formele samenwerking met de reguliere gezondheidszorg misschien niet zouden kunnen vervullen.

Bianca Galesloot

Literatuur

Cor Hoffer

1991 *Islamitische geneeswijzen in Nederland. Een eerste inventarisatie*. Leiden: Lidesco.

Wondergem, P., K.A. Senah, & E.K. Glover

1989 *Herbal drugs in primary health care. Ghana: An assessment of the relevance of herbal drugs in PHC and some suggestions for strengthening PHC*. Royal Tropical Institute, Amsterdam.

Inge Hutter, *Being pregnant in rural South India. Nutrition of women and well-being of children*. Amsterdam, PDOD Publications, 1994. 230 pp. (exclusief bijlage met census questionnaire). Prijs f 39,50.

Het aanbod van studies uit diverse disciplines over menselijke gedrag en gewoontes op het terrein van voeding en voedsel is de laatste tijd overstelpend. Schrijvers hebben daarbij nogal eens de neiging om gebruik te maken van een veelheid van bronnen en gegevens uit de tweede hand en refereren overdadig aan generaliserende en historische perspectieven. Daarom is het interessant om kennis te nemen van een studie waarin de beperkte vraagstelling en het gedegen veldwerk voorop staan.

Inge Hutter verrichtte onderzoek naar een aspect van voedingsgedrag dat in traditionele samenlevingen veelvuldig aan de orde is, namelijk dat vrouwen tijdens de laatste maanden van de zwangerschap minder gaan eten. Zoals blijkt uit een resolutie van de WHO, neemt men van officiële medische zijde aan, dat deze gewoonte schadelijk is voor de gezondheid.

Ze beziet eerst of de betreffende voedselreductie daadwerkelijk kan worden aangetoond en vervolgens vraagt ze zich af of die gewoonte eigenlijk wel zo schadelijk is als verondersteld en voor wie dat dan het geval is: schadelijk voor de vrouw, voor de baby, of voor beiden? Een belangrijke rol kent zij toe aan de visie van de vrouwen zelf en aan het achterliggende waardepatroon.

De kracht van het onderzoek ligt in de beperking van de vraagstelling en in een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. De interviews met 186 zwangere vrouwen leiden tot boeiende resultaten en bieden aanknopingspunten voor beleid in de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. Op basis van gedetailleerde statistische gegevens luidt de voornaamste conclusie van het eerste gedeelte van de studie dat de voeding van de zwangere vrouwen te kort schiet, zelfs wanneer men de hoeveelheid en de kwaliteit ervan vergelijkt met de erkende normen voor behoorlijk voedsel voor niet-zwangere vrouwen. Hutter kan dit fenomeen niet geheel verklaren uit ecologische en economische oorzaken. Een voorname factor blijkt het sociaal-culturele gegeven dat in dit deel van India vrouwen, of ze zwanger zijn of niet, in het algemeen bij de maaltijd niet eerder voedsel krijgen dan nadat mannen en kinderen voldoende

hebben kunnen toetasten. Ook is gebleken dat vooral vrouwen tijdens de laatste fase van de zwangerschap minder eten, die uit de hogere sociale klassen afkomstig zijn en van wie men mag aannemen dat zij in niet-zwangere staat doorgaans toch al beter gevoed zijn dan hun armere streekgenoten.

De vraag is of de auteur niet iets te soepel heenstapt over ecologische en economische factoren dringt zich op bij lezen van het kwalitatieve gedeelte. Ik miste informatie over essentiële zaken als economische organisatie, macht en landgebruik, waarvan ik toch wel het vermoeden had dat ze een belangrijke context vormen om de soms wat paradoxale gebruiken inzake voedsel en voedselverdeling te kunnen plaatsen. De studie steunt vooral op gekwantificeerde gegevens uit vraaggesprekken en op visies van betrokkenen. In de laatste hoofdstukken komen deze visies van de vrouwen zelf op de hoeveelheid en de kwaliteit van voedsel uitvoerig aan bod. Deze visies zijn, in de vorm van cases, weergegeven als een compilatie van individuele meningen en houdingen. Deze zijn weliswaar gerelateerd aan verschillende systemen van inheemse medische kennis, maar hierbij komt het waarschijnlijke patroon van kosten-baten-overwegingen en het verband met de politieke en economische structuren waarbinnen de vrouwen leven, niet helemaal uit de verf. Overigens kan de lezer uit haar leesbare mix van korte case studies en analytisch commentaar zelf wel het een en ander af leiden over de ingewikkelde verstrengeling van norm en werkelijkheid. Bij het lezen van deze passages drong zich de gedachte op aan Marvin Harris' bespiegelingen over emics en etics en ook hoe goed dit materiaal zich zou hebben geleend voor een demonstratie van het vaak gesignaleerde onderscheid tussen feitelijke en meetbare aspecten van gedrag en mentale constructies of rationalisaties.

In de paragraaf over de culturele context valt de strenge verbinding op tussen de hindoeïstische kasten-rangorde en inheemse noties van bevuiling. Sommige vormen van bevuiling zijn accidenteel, anderen zijn permanent en worden toegeschreven aan een *jati*, een kaste-groep binnen het dorp. Leden van een hogere *jati* kunnen geen voedsel eten dat is aangeraakt door iemand van lagere orde. Aangezien het hindoeïsme ook het karakter heeft van een levensstijl die in het hele leven doordringt, zijn inheemse noties over voedsel en gezondheid sterk religieus bepaald. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de kracht van het inheemse medisch systeem Ayurveda, dat gedetailleerde voorschriften betreffende de gezondheid bevat, en dat in stand gehouden wordt door buiten de lokale gemeenschap opgeleide Ayurveda specialisten.

Wat betreft de kwaliteit van het voedsel onderscheidt men vanuit de inheemse visie twee categorieën: voedsel dat men vermijdt en voedsel dat men juist extra gebruikt. De principes die hierbij in het geding zijn worden bepaald aan de hand van opvattingen over de vermeende verhittende of verkoelende effecten van bepaalde voedselsoorten. In combinatie met deze principes onderscheidt men zes smaken: zoet, zout, zuur, scherp, bitter en samentrekkend. Van sommige voedselsoorten, zoals papaya, pompoen en zoete aardappels, gelooft men dat ze te veel hitte te weeg brengen (*kaavu*) in het lichaam van de vrouw en zo indirect schade berokkenen aan de gezondheid van het ongeboren kind.

Dat het feitelijke gedrag afwijkt van de sociale norm blijkt uit enkele voorbeelden. Zo zijn vrouwen het er verbaal grotendeels over eens dat het eten van verse kokosnoten,

sesam en bananen tijdens de zwangerschap, schadelijke gevolgen oplevert. In de inheemse geneeskunde verleent men deze voedselsoorten toch al het predikaat allergen. Juist omdat ze een verkoelende werking (*tampu*) zouden hebben op het lichaam van het foetus, beschouwt men ze als veroorzakers van tal van afwijkingen in de lichaamsbouw van het kind dat zich in de buik bevindt. Uit alles valt op te maken dat men er van overtuigd is dat de kwaliteit van het voedsel van de vrouw tijdens de zwangerschap van invloed is op de lichamelijke gesteldheid van het kind. Toch blijkt dat er driftig wordt afgeweken van de beleden voorschriften. Zo verklaarde de helft van de geïnterviewde vrouwen toch bananen te eten in de laatste fase van de zwangerschap, zij het in kleine hoeveelheden. Wanneer de vrouwen strikt aan de inheemse voorschriften vasthouden lijkt dat vooral voort te komen uit de angst om verwijten op zich te laden, mocht er onverhoopt iets met het kind mis gaan bij of vlak na de bevalling. Dit motief speelt vooral bij vrouwen die zich nog in hun nieuwe familie moeten bewijzen, die voor de eerste keer bevallen. Met andere woorden vrouwen die nog in hoge mate van hun schoonfamilie afhankelijk zijn. Deze vrouwen weten vaak welke voedselsoorten zij dienen te vermijden, maar ze weten niet waarom. Voor de zekerheid, ter voorkoming van verwijten achteraf, houden zij zich zo strikt mogelijk aan de regels. Dat men later, wanneer men een meer gevestigde status heeft, zo vaak afwijkt van de norm komt doordat de principes van verhitting en verkoeling de vrouwen in de praktijk voor een dilemma plaatsen: voor hun eigen gezondheid moeten ze meer koele dingen eten maar deze kunnen juist een schadelijk effect hebben op de gezondheid van het kind.

Sommige voorschriften kosten in de praktijk geen moeite. Papaya is bijvoorbeeld toch al slechts enkele maanden per jaar beschikbaar. Ook blijkt dat vlees, waarvan de meeste vrouwen zeggen dat ze het in de laatste fase van de zwangerschap dienen te vermijden, voor de meeste vrouwen doorgaans al onbetaalbaar te zijn.

Voor het eten van extra stoffen geeft men een rijke schakering op aan inheemse motieven. Zo zou men de kwaliteit van de moedermelk er door verhogen en het kind zou er een lichtere huidskleur door krijgen. Voor deze doelen bereidt men speciale mengsels met kruiden of specerijen en verorbert men soms ook porties aarde en as.

Wat betreft de inheemse visies op de passende hoeveelheid voedsel voor zwangere vrouwen concludeert Inge Hutter dat vrijwel geen van de vrouwen gelooft dat het opvoeren van de voedselinname tegen het einde van de zwangerschap leidt tot grotere kinderen. Ze geloven juist dat wanneer ze in deze fase minder eten, er in het lichaam van de vrouw ruimte ontstaat voor het foetus om zich te roeren, waardoor het kind zich beter kan ontwikkelen en ook de moeder zich beter voelt. De auteur stelt dat de gangbare visie, dat vrouwen minder eten om grotere baby's te krijgen, door de feiten weersproken wordt. Zij ziet in deze visie ook een onderwaardering van de bezorgdheid die vrouwen aan de dag leggen voor de gezondheid van hun spruiten maar vooral ook voor zichzelf.

De centrale vraag is of de reductie van voedselinname vooral is toe te schrijven aan culturele ideeën over eten dan wel aan lichamelijke factoren. Als het laatste het geval is, zouden dan ook vrouwen in geïndustrialiseerde landen niet met dezelfde lichamelijke problemen te maken moeten hebben aan het einde van de zwangerschap? In de wetenschappelijke literatuur zijn slechts vage aanwijzingen te vinden betreffende het

verband tussen lichamelijke veranderingen tijdens de zwangerschap en de inname van energie. Zij geeft in overweging dat wanneer vrouwen in geïndustrialiseerde landen aan het einde van de zwangerschap geconfronteerd worden met vergelijkbare problemen als vrouwen in ontwikkelingslanden, de eersten veel meer in staat zijn om variatie aan te brengen in de kwaliteit van hun dieet.

In de conclusie wijst Hutter op enkele punten van belang voor de gezondheidsvoorlichting. Als men een verbetering beoogt van de kwaliteit van het voedsel tijdens de zwangerschap, dient men rekening te houden met inheemse classificaties en begrippen zoals ontleent aan het medisch systeem van Ayurveda. Deze blijken in de praktijk uitstekend te werken. Voorlichting dient niet alleen gericht te zijn op de zwangere vrouwen zelf, maar ook op belangrijke anderen, zoals (schoon)moeders. Wat betreft de hoeveelheid voedsel acht zij het minder zinvol om rekening te houden met de inheemse opinies. Uit haar onderzoek blijkt dat vooral de vrouwen die al vóór de zwangerschap goed gevoed waren, minder gingen eten. De vrouwen die voor de zwangerschap al ondervoed waren, konden hun energie inname in de laatste fase van de zwangerschap niet nog verder terugbrengen. Zij constateert dan ook dat het verminderen van het eten nauwelijks nadelige gevolgen had voor de gezondheid van de vrouwen. Ook voor het geboortegewicht van de baby's maakte het geen verschil of de moeders meer of minder energie hadden ingenomen.

Hoewel veranderingen in het dieet tijdens de zwangerschap weinig meetbare schadelijke effecten opleverden, stelt Hutter dat de vrouwen in absolute zin toch te weinig te eten hadden en dat de voedingswaarde van hun dieet, ook wanneer ze niet zwanger waren, in alle opzichten te kort schoot.

De studie geeft dank zij de beperkte centrale vraagstelling en een sober gebruik van illustratieve cases, een verhelderende kijk op de logica van een inheems systeem van gezondheid en voeding.

Antoon Hoogveld

Mere Nakaterregga Kisekka (ed.), *Women's health issues in Nigeria*. Zaria Nigeria: Tamaza Publishing Company Ltd, 1992. 226 pp. Prijs onbekend.

Women's health issues in Nigeria bevat achttien artikelen van overwegend Nigeriaanse onderzoekers die, zoals de titel aangeeft, betrekking hebben op de gezondheid van vrouwen. De bundel is opgedragen aan het Women's Health Research Network in Nigeria (WHERNIN), een organisatie opgericht in 1989 door een groep academische en professionele vrouwen die onderzoek wil plegen aan actie en algemene voorlichting aan groepen vrouwen die deze actie behoeven, zoals prostituées, voortijdige schoolverlaters, gehandicapte vrouwen en marktvrouwen. Aan de bundel werken dan ook vertegenwoordigers van uiteenlopende disciplines mee, zoals public health-artsen, gynaecologen, klinisch-farmacologen, pathologen, sociale wetenschappers, biologen, geografen, bedrijfsgeneeskundigen en juristen.

De inhoud varieert navenant. Tien van de artikelen hebben betrekking op problemen die samenhangen met zwangerschap en geboorte. Zo stelt de juriste Ikimoka de wetgeving met betrekking tot abortus aan de kaak als een koloniale erfenis die in stand wordt gehouden door traditionele argumenten – ook door mannen toegepast als argument tegen family planning – dat meer vrijheid promiscuïteit bij vrouwen in de hand zou werken. Vooral jongere vrouwen, stelt Ikimoka, zijn hiervan de dupe. Zij pleit dan ook voor ‘ontcriminalisering’ van abortus, die hand in hand moet gaan met massieve voorlichting over family planning en veilige abortus alsmede goede voorzieningen in deze. Dan is er een aantal artikelen over fysieke en sociaal-culturele oorzaken van de exorbitant hoge moedersterfte (15/1000) in onder meer Zaria waarbij het relatief lage en late gebruik van zwangerschapscontrole (60%) en gesuperviseerde geboortezorg (23%) opvalt. Een artikel over postnatale hartcomplicaties van Adesanya (interniste en cardiologe) legt een duidelijke relatie met schadelijke traditionele praktijken zoals extreem hete baden en overmatig zoutgebruik na de bevalling.

Asuquo (gynaecologe), Ottong (socioloog) et al. onderzochten met een interdisciplinair team de opvattingen van vrouwen, vrouwelijke dorpsnotabelen, traditionele vroedvrouwen en gezondheidsstaf over ernstige bloedingen, de belangrijkste doodsoorzaak bij de geboorte. Hier werden zowel natuurlijke als bovennatuurlijke oorzaken genoemd, waarbij men het (stijfkoppige) karakter van de vrouw en straf van de goden voor overspel als belangrijke oorzaken zag van de vertraging van de bevalling die voorafging aan de bloedingen. Engelkes & Van Roosmalen tonen overtuigend de medische en sociale voordelen aan van symphysectomy boven keizersnede in geval van stagnerende bevallingen, mits de ingreep zorgvuldig wordt verricht. Mu’Azu geeft vervolgens een uitstekende beschrijving van de opinies en praktijken van traditionele vroedvrouwen en de redenen van de meerderheid der vrouwen om assistentie van TBA’s te verkiezen boven die van verpleegsters of vroedvrouwen. Dan volgt een verhandeling over genitale aandoeningen, en een presentatie over oorzaken en fysieke en sociale consequenties van kinderloosheid. De relatie tussen seksueel overdraagbare ziekten en kinderloosheid heeft tot op heden weinig aandacht gekregen, en niet voor niets staat het onderwerp momenteel in het centrum van de belangstelling van WHER-NIN in Nigeria.

Een tweede hoofdthema is vrouwen en geweld. Hieraan zijn drie artikelen gewijd, een over vrouwenbesnijdenis die in verschillende gradaties van ernst voorkomt in Nigeria, en twee over geweld binnen de familie, met name het mishandelen van vrouwen door hun echtgenoten.

De verschillende maatschappelijke behoeften van vrouwen vormen het derde hoofdthema. Hier komen de medisch sociologen, bedrijfsgeneeskundigen en geografen aan bod met artikelen over de zelfredzaamheid van vrouwen met lichamelijke gebreken, de behoeften van vrouwelijke gezinshoofden – veelal over het hoofd gezien – aan acceptabele behuizing en de gezondheidsrisico’s die vrouwen lopen door lange uren onder extreme klimatologische omstandigheden op het land. Dan volgt een artikel over de verantwoordelijke rol van vrouwen in het minimaliseren van voedselvergiftiging en -verontreiniging door het betrachten van de grootst mogelijke zorg bij voedselverwerking en -bereiding. Deze zorg verdient alle aandacht gezien het ontstellend hoge

gehalte aan bacillen waarop de niets vermoedende koper van melk, vlees, groente en graanprodukten op de markt getraakteerd blijkt te worden. Tenslotte een artikel van Kisekka zelf, sociologe en sociaal psychologe, over de rol van vrouwenorganisaties in Nigeria in de strijd voor een betere gezondheid van vrouwen. De noodzaak voor politieke strijd, met name ter ondersteuning van een nationale bevolkingspolitiek inclusief abortus wetgeving, een nationale sociale ontwikkelingspolitiek; het nationale Primary Health Care programma en de nationale (intersectorale) Commission for Women staan hoog in het vaandel. Tot dusverre, zegt Kisekka, hebben vrouwengroepen zich te veel binnen de algemeen geldende normen van hun gender-rollen teruggetrokken.

Een wijd scala aan onderwerpen dus, die gedekt zijn met een eveneens breed scala aan onderzoekstechnieken. Zo worden archief- en registeranalyse toegepast (bijvoorbeeld bij studies naar huiselijk geweld en naar socioculturele factoren bij ziekte en sterfte samenhangend met zwangerschap en bevalling), Focus Group Discussions, informele interviews met verschillende categorieën van verwanten en meer gestructureerde enquêtes, vaak in combinatie. Soms zijn de technieken echter niet ten volle benut. In de archiefstudie naar moedersterfte zou het mogelijk geweest moeten zijn moeders die in het kraambed zijn overleden te vergelijken met moeders die, met dezelfde complicaties, de bevalling overleefden om een beeld te krijgen van de factoren die moedersterfte bepalen en van de handvatten voor interventies.

Een groter probleem heb ik met de vaak onvolledige interpretatie van de gepresenteerde data. Vooral met betrekking tot de mogelijke toepassing van de data tast de lezer in het duister. Het (overigens zeer interessante) artikel over vrouwen als gebruikers en zorgverleners binnen het traditionele systeem van bevallingzorg geeft bijvoorbeeld geen oordeel over mogelijke gezondheidsrisico's van bepaalde praktijken. Het gaat hierbij onder meer om het traditioneel behandelen van de navel(streng) bij alle vrouwen, ook zij die in het ziekenhuis bevallen, of het wachten met het doorsnijden van de navelstreng tot de placenta naar buiten is gekomen. Moeten we deze zaken laten zitten en dankbaar zijn dat de coöperatie tussen TBA's en gezondheidsstaf tot dusverre goed is? Of is hier aanleiding tot actie? Dezelfde vragen zijn te stellen bij het gegeven dat moedermelk voor 71% besmet is met staphylococci. Betekent dit een gezondheidsrisico voor baby's, en zo ja, wat moet er gebeuren? Het artikel over hartcomplicaties geeft traditionele gebruiken aan die duidelijk correctie behoeven, maar de auteur rept met geen woord over mogelijke actie. Ook de auteur(s) van het artikel over opvattingen met betrekking tot hevige bloeding tijdens de bevalling komen nauwelijks toe aan de interpretatie van hun gegevens, en de auteurs van het artikel over besnijdenis laten de lezer zelfs grotendeels in het duister over de gevolgen van de verschillende ingrepen voor de gezondheid en het welzijn van vrouwen. Evenmin zijn sommige auteurs duidelijk over de consequenties van de leemten in hun gegevens voor verder onderzoek. De speculatie over de gevolgen van zwaar werk op het land voor zwangere vrouwen zou bijvoorbeeld omgezet kunnen worden in daadwerkelijk onderzoek. Nu komen we niet verder dan vermoedens dat deze vrouwen risico lopen. In het onderzoek naar de wijze waarop gehandicapte vrouwen zichzelf handhaven constateert de schrijfster dat oudere vrouwen het beter afbrengen dan jongere, en suggereert dat het afbrokkelende familiesysteem daar schuld aan heeft. Maar zou ook niet de leeftijd zelf

een factor zijn? Met andere woorden, hebben die oudere vrouwen ook niet in hun jeugd een moeilijke fase doorgemaakt toen ze voor een deel niet het geijkte patroon volgden van huwen en het ouderlijk huis verlaten? Dat dient gevraagd.

Bovenstaande kanttekeningen nemen niet weg dat we ons moeten verheugen over een zo rijk gevarieerd boek van vrouwen (maar ook enkele mannen!) over problemen van vrouwen. Het is te hopen dat dit initiatief zich verdiept en navolging vindt in andere landen.

Corlien M. Varkevisser

Anthony J. Marsella et al. (eds.), *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington, American Psychological Association: 1994. 390 pp., index, bibliografie. Prijs: £39.95.

Het aantal vluchtelingen is wat betreft omvang en gevolgen ongeëvenaard in de geschiedenis. Het gaat momenteel naar schatting om 40 miljoen mensen. Hiertoe worden ook diegenen gerekend die in eigen land van huis en haard verdreven zijn, de zogenaamde 'displaced persons'. Gedwongen migratie als gevolg van onderdrukking, oorlog of ecologische rampen is het gemeenschappelijk kenmerk van deze groep. Het overgrote merendeel van hen verblijft in onderontwikkelde landen.

De geestelijke gezondheid van vluchtelingen staat de laatste jaren regelmatig op de conferentie-agenda. Als voorzien is de meest basale levensbehoeften, onderdak, voedsel, veiligheid, blijkt dat de ervaringen met repressief geweld, ontberingen en vlucht de nodige repercussies hebben op het psychisch functioneren van vluchtelingen. Gevolgen, die soms pas na enige tijd aan het daglicht treden.

Amidst Peril and Pain is een bundeling van geactualiseerde bijdragen aan een recente internationale conferentie over dit onderwerp, georganiseerd door het Karolinska Institute in Stockholm. De samenstellers, Anthony Marsella, Thomas Bornemann, Solvig Ekblad en John Orley, geven in het voorwoord aan met het boek een ambitieus doel na te streven: 'to raise world consciousness of the destructive legacy of the refugee experience' (p. xviii). Daarbij benadrukken ze dat deze 'erfenis' zowel lichaam als geest van de vluchteling vormt als ook van hulpverleners en toeschouwers. Ze willen met het boek een actueel overzicht van historische, demografische en epidemiologische gegevens presenteren én aandacht besteden aan de stand van zaken in theorie en praktijk van de hulpverlening.

De auteurs van de bijdragen in *Amidst Peril and Pain* komen uit verschillende disciplines, waarbij psychiaters en psychologen sterk vertegenwoordigd zijn. Een aantal van hen heeft zelf het vluchteling-zijn aan den lijve ervaren. Het boek valt uiteen in vijf delen. Na een schets van achtergronden en begrippen wordt achtereenvolgens ingegaan op de historie, politiek en begrippen, de situatie waarin vluchtelingen in een aantal regio's verkeren, psychische problemen samenhangend met ondergaan geweld, de geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen, en toekomstperspectieven.

Het eerste deel, *Foundations*, schetst de politieke en historische achtergronden van de gedwongen migratie, waartegen de problematiek van individuele hulpvragers gezien moet worden. In hun globale schets van de problematiek onderbouwd met de nodige cijfers en exegese van afkortingen en concepten, poneren Leopold en Harrell-Bond in het eerste hoofdstuk meteen de centrale stelling van het boek: vluchtelingen zijn geen bedreiging, maar mensen van vlees en bloed, wier komst zowel economisch als cultureel een verrijkend fenomeen kan zijn. Na een historisch overzicht van migratiebewegingen van de hand van Kraut, bakent Brody de psychische problematiek van vluchtelingen nader af. Hij is van mening dat de ervaringen van vrijwillige en onvrijwillige migranten (lees: vluchtelingen) elkaar aanzienlijk overlappen. De traumatische stress bij vluchtelingen is echter soms zo groot dat hun ervaringen kwalitatief verschillen van die van andere migranten. Forbes Martin sluit dit deel af met een bijdrage over gezondheidszorgbeleid. Essentieel is volgens haar hierbij het betrekken van vluchtelingen in alle fasen van beleidsontwikkeling en -uitvoering.

Regional Challenges, deel twee, beschrijft achtergronden en ervaringen met de hulpverlening aan vluchtelingen in een aantal regio's, die de afgelopen decennia in het brandpunt van de belangstelling hebben gestaan. Mollica behandelt psychische problematiek van vluchtelingen in Zuidoost-Azië, in het bijzonder van Cambodjanen in Thaise kampen. Farias' bijdrage heeft Centraal- en Zuidamerikaanse vluchtelingen als onderwerp. Karadaghi, Dadfar en El-Saraj c.s. gaan in op de problematiek van respectievelijk Koerden, Afghanen en Palestijnen. De geestelijke gezondheidszorg voor immigranten en vluchtelingen in Israël, beschreven door Lerner c.s. besluit dit deel. Dit laatste hoofdstuk is om verschillende redenen het meest interessante. Het behandelt de immigratie over een lange periode van joodse vluchtelingen, 'displaced persons' en vrije migranten met zeer diverse culturele achtergronden. Behalve geweldservaringen komt in dit hoofdstuk ook het verlies van cultuur dat gepaard gaat met de vlucht uitgebreid aan de orde als factor die van invloed is op de geestelijke gezondheid. De ervaringen met hulpverlening aan de Falashi, zwarte joodse vluchtelingen uit Ethiopië, laten volgens de schrijvers zien dat met name de culturele afstand tussen hen en de Israëlische samenleving deze groep tot een risicogroep maakt.

Adjustment Patterns is het onderwerp van het derde deel. Orley opent dit deel met een overzicht van risico-factoren en psychische stoornissen bij vluchtelingen op basis van klinische en epidemiologische gegevens. Friedman en Jaranson gaan in op de toepasbaarheid van het concept Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) op vluchtelingen. Na een overzicht van de argumenten van voor- en tegenstanders van het gebruik van dit concept, bepleiten zij voor het meer algemene concept, Post Traumatic Stress Syndromes (PTSS), dat ruimte laat voor specifieke cultuurgebonden reacties op schokkende ervaringen. De universele reactie op traumatische ervaringen wordt naar hun mening verhuld door etnoculturele verschillen in de expressie van symptomen, met name welke samenhangen met vermijding. Ze zijn voorstander van een op traumagerichte behandeling die ingebed is in een bredere benadering, die onder meer etnoculturele factoren, taalproblemen, metaforen, symboliek en acculturatiedruk integreert. Von Buchwald bespreekt vervolgens oorzaken en gevolgen van afhankelijkheid bij

vluchtelingen. Zij stelt dat vluchtelingen door de wijze van opvang meer en meer afhankelijk gemaakt worden, bijvoorbeeld doordat systematisch het coping vermogen van vluchtelingen over het hoofd gezien of niet benut wordt. De wens van het gastland om de vreemde vluchtelingenpopulatie onder controle te houden en gevoelens van angst en hulpeloosheid van vluchtelingen in een vijandig land grijpen naadloos in elkaar en versterken de afhankelijkheid. Bij wijze van case-study gaat Boothy in op de gevolgen van traumatische ervaringen voor vluchtelingenkinderen. Hij beperkt zich daarbij niet tot de slachtoffers, maar betreft hierbij ook de kinderen die aan het plegen van geweld deelgenomen hebben, zoals op grote schaal in Mozambique. Behandeling gericht op verwerking van de traumatische geweldservaringen heeft volgens Boothy geen zin als geen rekening gehouden wordt met de culturele achtergrond van het kind.

Het thema van deel vier is *Mental Health Services*. De Girolamo houdt in zijn bijdrage een warm pleidooi voor de integratie van geestelijke gezondheidszorg in de Primary Health Care en schetst de kaders voor een trainingsprogramma van PHC-medewerkers. Ekblad c.s. beschrijven vervolgens uitgebreid de opvang en zorg van vluchtelingen in Zweden, een model dat sterke overeenkomsten heeft met het Nederlandse. Samenwerking op basis van wederzijds respect en acceptatie tussen westerse en inheemse traditionele genezers is de boodschap van Hiegel op basis van zijn ervaringen in vluchtelingenkampen aan de grens met Cambodja. Struwe tenslotte schetst de ingrediënten voor de training van gezondheidswerkers in de zorg voor vluchtelingen. Sterk bepleit hij het integreren van vaardigheden, kennis en concepten van de (medische) antropologie in de training.

Het laatste deel van het boek, *Looking to the Future*, telt slechts twee hoofdstukken. In het voorlaatste hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies uit de voorafgaande samengevat en aanbevelingen gedaan, onder meer ten aanzien van toekomstig onderzoek. De auteurs geven aan dat gedwongen migratie ook nieuwe perspectieven bieden en belangrijker nog dat vluchtelingen niet gezien moeten worden als gelaten slachtoffers, maar als overlevers. Aansluitend op de titel, stellen zij, verwijzend naar de vluchtelingenkampen, waar het merendeel van 's werelds vluchtelingen verblijft: "(...) even amidst the conditions of despair, new 'subcultures' have emerged within the camps that have responded to the forces of confinement and detention with ingenious and creative strategies for survival and mastery. This pattern of response reflects refugee resiliency rather than vulnerability" (p. 330).

Marsella besluit het boek met een bijdrage over vluchtelingen en etnoculturele diversiteit. Het door Leopold en Harrell-Bond in het eerste hoofdstuk aangehaalde thema, de economische en culturele verrijking die vluchtelingen potentieel in zich herbergen, komt hier voorzien van een theoretisch kader terug. Etnoculturele diversiteit verwijst naar de veelheid van variaties in de menselijke cultuur samenhangend met de leefwijze van etnische groepen. Samengevat komt Marsella's redenering neer op de stelling dat etnoculturele diversiteit voor het overleven van het menselijk ras essentieel is, omdat het aan de basis ligt van het brede arsenaal van reactie- en aanpassingsmogelijkheden, waarover de mensheid beschikt. Contacten tussen culturen is in deze redenering een bron van sociale verandering. Vluchtelingen en migranten zijn op hun beurt een belangrijke bron van dit contact tussen culturen. De opgave waar de

wereldgemeenschap en elke samenleving daarbinnen voor staat, is het vinden van een balans tussen diversiteit en eenheid.

Amidst Peril and Pain is een boek dat veel facetten van de geestelijke gezondheidszorg aan vluchtelingen belicht. De veelomvattendheid qua problematiek en de omvang en diversiteit van 's wereld vluchtelingenpopulatie brengt met zich mee dat keuzen gemaakt moeten worden. Het buiten beeld blijven van enkele notoire conflict-gebieden, zoals de voormalige Joegoslavische republieken en Somalië, en het niet apart behandelen van vluchtelingenvrouwen als risicogroep en van seksueel geweld als bron van traumatische ervaringen is jammer, maar te verantwoorden. Dat geldt ook voor de keuze geen aandacht te besteden aan slachtoffers van ecologische rampen, die ook onder de brede omschrijving van vluchtelingen vallen. Meer aandacht voor de gevolgen van hulpverlening aan getraumatiseerden voor hulpverleners, samen te vatten met het begrip 'vicarious traumatization' zou gezien het voorwoord wel op zijn plaats geweest zijn.

Het beeld van vluchtelingen dat uit *Amidst Peril and Pain* naar voren komt, is dat van mensen die elders schokkende ervaringen hebben doorgemaakt, welke nu nog doorwerken op hun psychisch functioneren. Dat lijkt de kern van de 'refugee experience' te vormen, waarbij het vluchtelingenbestaan een additionele stressfactor vormt. Weinig aandacht is er verhoudingsgewijs voor het verlies van cultuur, voor vervreemding en ontheemding en voor de tol die acculturatie vraagt. Dat geldt ook voor de coping strategieën en de veerkracht van vluchtelingen. Overeenkomsten met 'economische' migranten worden daarbij maar in beperkte mate uitgewerkt. Enigszins storend is de verschillende lading die door het boek heen aan het begrip trauma gegeven wordt. Nu eens duidt trauma op een gebeurtenis, dan weer op een ervaring. Het begrip verwijst zowel naar gewelddaden in het verleden – marteling, verkrachting – als naar een breed spectrum van stressfactoren, die met het vluchtelingenbestaan samenhangen, zoals ontheemding. Gesproken wordt over 'psychological and fysical trauma', 'trauma of flight', 'trauma of adjustment', 'trauma's of refugee life', waarmee onder meer verwezen wordt naar armoede en ziekte. Trauma en vluchtelingen lijken soms synoniemen te worden. Met de xenofobe en naar racisme neigende reacties in West-Europa op de aanwezigheid van vluchtelingen in gedachten, komt tenslotte het op een hoog abstractieniveau beargumenteren van de betekenis van vluchtelingen voor de etnoculturele diversiteit onwerelds over. Dat in vergelijkbare omstandigheden rationele argumenten weinig effect sorteren op de publieke opinie hebben verschillende perioden in de wereldgeschiedenis reeds geleerd. Hoe beleid en beeldvorming over vluchtelingen dan wel positief te beïnvloeden is, is de vraag waar de lezer mee achterblijft.

Desalniettemin is *Amidst Peril and Pain* een waardevol boek, in het bijzonder door een vloed van verwijzingen naar relevante literatuur en het overzicht van de stand van zaken dat de sleutel-hoofdstukken bieden. Terecht wordt de vinger op een zere plekken gelegd, zoals het onderbenutten van de coping vermogens en betuttelen van vluchtelingen, en op de beperkingen van het westers diagnostische systeem. In ieder geval is het een aan te bevelen introductie in het onderwerp voor een ieder die de geestelijke gezondheid van vluchtelingen ter harte gaat.

Rob van Dijk

Emily Martin, *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press, 1987, 277 pp. Prijs: ca. f 33,50.

The woman in the body is de uitkomst van een zorgvuldige analyse en creatieve interpretatie zowel van 165 interviews met vrouwen van verschillende leeftijd en uit verschillende sociale klassen in de Verenigde Staten, als ook van wetenschappelijke teksten en afbeeldingen op het gebied van vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling.

Het was Martins doel een inzicht te verschaffen in de culturele veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het beleven van en spreken (en schrijven) over zulke 'natuurlijke' gebeurtenissen als menstruatie, zwangerschap, geboorte en menopauze binnen het postindustriële kapitalisme in de VS. Volgens haar bestaan er geen ongemeende biologische feiten, hoe simpel deze ook wetenschappelijk verklaard mogen worden. Veranderingen in het vrouwelijk lichaam krijgen hun betekenis door het culturele systeem waarin zij plaatsvinden. Dit betekent niet dat er een harde kern bestaat van biologische feiten die voor iedere vrouw hetzelfde zijn en slechts variëren door verschillen in context en situatie waarin zij zich voordoen. Biologische en culturele processen beïnvloeden elkaar wederzijds en vormen samen de basis voor de betekenis die elk individuele vrouw toekent aan menstruatie, zwangerschap en bevalling. De taak van de onderzoeker is het herkennen van gemeenschappelijke thema's die een rol spelen in de beleving van vrouwen met betrekking tot hun lichaam.

Een gemeenschappelijke thema dat door alle vrouwen verwoord werd, heeft betrekking op de fragmentering van het zelf. Vrouwen ervaren hun leven binnen het gezin en de werksfeer als onsamenhangend en versplinterd. Ook hun lichaam zien zij als een machine waarvan de onderdelen vrijwel onafhankelijk van elkaar functioneren. Zij hebben nauwelijks controle over hun lichaam en hun leven. Gedeeltelijk verklaart zij deze vervreemding met een verwijzing naar de kapitalistische produktiewijze waarin de producent is losgekoppeld van het produkt, en de plaats van produktie niet (meer) samenvalt met de plaats van reproductie en consumptie. Deze oorspronkelijke vervreemding geeft aanleiding tot een reeks van dichotomieën (geest/lichaam, abstract/concreet, cultuur/natuur, man/vrouw) waar ons gender-systeem onderdeel van is en op voortbordurt.

Mannen, die ook te maken krijgen met de fragmentering van het lichaam door de medische wetenschap (die zelf het produkt van de 'masculiene' kant van het gedichotomiseerde wereldbeeld is), zullen er minder last van krijgen omdat zij ten eerste geassocieerd worden met de 'zonzijde' van de opposities en ten tweede omdat zij minder geconfronteerd worden met de kunstmatigheid van deze tegenstellingen. Een man kan zich terugtrekken in de arbeidswereld. De reproductieve kant van ieders bestaan kan zich dankzij de arbeidsverdeling onder de seksen geheel aan zijn gezichtsveld onttrekken. Hij hoeft de vaat niet te doen, de vloer niet te dweilen en het vuil niet weg te gooien. Ook vrouwen uit rijkere sociale klassen hebben deze mogelijkheid. Hoe hoger de sociale klasse des te sterker de associatie met de masculiene vorm van het bestaan: ideaal, objectief, statisch en spiritueel. Alhoewel dit geldt voor mannen zowel als vrouwen, zullen vrouwen zich nooit geheel los kunnen maken van de wrijvingen die deze binaire denkbeelden met zich meebrengen. Hoe welgesteld ze ook zijn, zij

zullen menstrueren en herinnerd worden aan de lichamelijke, aardse kant van hun bestaan. Ze zullen bloed ruiken en hun maandverband moeten verschonen. Hun zwellende buik is het bewijs van een concrete daad en het zweet vergoten in barensood is ook niet zuiver spiritueel. Het eerste lachje van hun baby en een geur van poep. Vrouwen vereenzelvigen de tegenstrijdigheden in, door en met hun lichaam. Volgens Martin ligt de kans voor een kritisch bewustzijn en zodoende verandering in deze ervaring van onverenigbaarheid van kunstmatige dichotomieën. Hoe scherper de pijn van de hiërarchisch gestructureerde tegenstelling (daar gaat het namelijk om, dat het ene meer waard zou zijn dan het ander, en dat het ene zou kunnen bestaan zonder het ander!) des te eerder zullen we klagen. En de pijn zal scherper zijn naarmate we lager staan op de sociale ladder. Kijk maar naar de laagste strata binnen onze maatschappij waar hele gemeenschappen (mannen en vrouwen) belast zijn met de 'vrouwelijke' arbeid van verzorgen en verschonen. Verzorgen van ouderen en zieken, bedienen in restaurants, ruimen van vuil op straten en in vliegtuigen zijn de reproductieve taken van de maatschappij in het groot. Daar komt het discours vandaan dat weerstand biedt aan de verbrokkeling van lijf en leven.

Deze en andere uiterst interessante gedachten heeft Martin in haar boek uitgewerkt; gestoeld op eigen veldwerk en gedegen literatuuronderzoek en geplaatst in een breed kader van de meest uiteenlopende denkers. Martin schrijft op een directe en eerlijke manier. De lezer komt over haarzelf en haar onderzoeksmethodes veel te weten. Ze is een geëngageerde wetenschapster die fundamentele kwesties omtrent de kennis theoretische grondslag van de antropologie en geneeskunde niet uit de weg gaat en er een voor het onderzoek vruchtbare discussie aan vast knoopt. Een soortgelijk engagement toont ze met betrekking tot haar informanten. Ze vertelt gevoelig en meelevend over hen, maar zonder te romantiseren. Naast de boeiende onderzoeksresultaten, maakt vooral het personage van de auteur en de manier waarop zij wetenschap bedrijft het lezen van *The woman in the body* tot een inspirerende ervaring.

Annette Drews

Catherine Mears & Sue Chowdhury, *Health care for refugees and displaced people*. Oxford: Oxfam UK and Ireland, 1994. 112 pp. Prijs \$5.95.

Health Care for Refugees and Displaced People is een korte, praktische introductie voor het opzetten van een basaal gezondheidszorgsysteem bij noodsituaties, gebaseerd op ervaringen van Oxfam-medewerkers. Het boek is geschreven als referentiekader voor gezondheidswerkers met weinig of geen ervaring die in het kader van hulpprogramma's in vluchtelingenkampen (gaan) werken.

Het eerste deel van het boek start met een uitgebreide vragenlijst om de algemene gezondheidszorg te inventariseren. Hierbij wordt aandacht besteed aan de demografie, kampmilieu, logistiek, onderdak, omgevingsfactoren, voeding, gezondheid(szorg) en psychosociale zaken. Deze vormen de basis voor het opzetten van een preventief gezondheidszorgprogramma voor vluchtelingen. Het doel hiervan is de morbiditeit en

mortaliteit te verlagen en zo laag mogelijk te houden. Het hoofdstuk over implementatie en registratie gaat in op de verzameling van gegevens en de bepaling van de gezondheidsstatus van een populatie. Het legt de nadruk op voeding(sdeficiënties), watercontrole, vaccinatie en beheersing van besmettelijke ziekten. Zowel signalering als behandeling worden besproken. Aan de orde komen verder de benodigdheden voor curatieve zorg en deskundigheidsbevordering van medewerkers. Dit deel van *Health care for refugees and displaced people* beschrijft tenslotte in globale termen de mogelijke ontwikkelingen en problemen op lange termijn en de indicatoren bij het schrijven van een evaluatie.

De tweede helft van het boek bestaat uit bijlagen met specifieke informatie over mortaliteitscijfers, bepaling van voedingsstatus en behandeling van deficiënties, een medische voorraadlijst, behandelingsprotocollen voor diarree, koorts, acute luchtweg-infecties en vaccinaties, alsook voor registratie van mortaliteit en morbiditeit. Onduidelijk blijft de specifieke bijdrage vergeleken met reeds aanwezige tekstboeken waar naar verwezen wordt.

De ervaringen van de Oxfam-medewerkers lijken met name gebaseerd te zijn op tropische omstandigheden. Hierdoor ontbreekt bijvoorbeeld de aandacht voor de specifieke gezondheidsrisico's bij onderkoeling. Psychosociale problemen worden relatief gering beschreven. Mears & Chowdhury gaan niet verder dan het noemen van mogelijke risicogroepen en het bespreken van rehabilitatie door versterking van de gemeenschap en posttraumatische stressstoornis. Een klachten-scorelijst, die de belangrijkste lichamelijke, psychische en sociale problemen beschrijft, ontbreekt. Een dergelijke scorelijst kan een goede indruk van de algemene gezondheidsbeleving geven. Wat betreft culturele variaties adviseren de auteurs in het algemeen om uitingen van de culturele identiteit te herkennen en versterken, bijvoorbeeld door herstel van kerken en door traditionele genezers in het gezondheidszorgsysteem te betrekken.

Met name de bijlagen maken het boek enerzijds toegankelijk voor een breed publiek van gezondheidswerkers, zoals projectcoördinatoren en verpleegkundigen. Allen kunnen er de nodige praktische tips uithalen.

Marlies Boon

Chr. Taylor, *Milk, honey and money: Changing concepts in Rwandan healing*. Washington, London: Smithsonian Institution Press.

La dialectique circulation/accumulation se retrouve dans toutes les sociétés africaines pénétrées par la monnaie et séduites par les possibilités de promotion qu'elle offre. Le Rwanda, à qui s'intéresse aux mentalités locales avant les contacts avec l'Occident et à leurs transformations, propose un témoignage de choix dans le texte des rituels royaux recueilli par A. Kagame, édité et commenté par M. d'Hertefeldt et A. Coupez. Sur la base de ce texte et de ses commentaires (notamment la p. 460 particulièrement explicite en ce qui concerne la circulation des forces fluides), Chr. Taylor propose une analyse des

changements de la mentalité rwandaise tels qu'ils lui sont apparus à travers quelques unes des pratiques thérapeutiques populaires actuelles.

La représentation du corps humain, de la société et du Rwanda comme univers mystique relié au cosmos reposait sur une dialectique de la circulation réglée et du franchissement ordonnancé des limites. Ceci est manifeste dans l'ouvrage cité plus haut mais, et de ceci Taylor ne parle guère, apparaissait encore nettement, en milieu rural, à la fin des années quatre-vingt, dans les conceptions courantes relatives à la santé, à la maladie et au fonctionnement de la société. Comme je l'ai montré ailleurs, les redistributions festives et les échanges de dons reposaient encore sur ces représentations et constituaient, dans la pratique, une mystification idéologique des inégalités sociales croissantes. Les transformations de ces représentations ne suivaient pas une évolution linéaire en fonction de l'ancienneté des contacts avec le christianisme. Elles étaient beaucoup plus subtiles et les anciennes significations prenaient de nouveaux sens dans des constructions culturelles socialement différenciées en fonction de stratégies de survie ou d'accès au cosmopolitisme.

Les observations de Chr. Taylor doivent être placées dans un contexte sociologique plus large que celui de ses études de cas. Le recours à un paradigme valorisant l'accumulation dépasse l'usage thérapeutique individuel qu'il analyse. Les mouvements religieux récents, dont l'efflorescence est manifeste, sont pourtant très peu documentés en ce qui concerne le Rwanda. Taylor ne les mentionne qu'au passage, ignorant totalement, par exemple, le mouvement actuel des *abarokore* dont il ne cite, p. 60, qu'une première version originaire d'Uganda et qui avait disparu bien avant les années cinquante. Les groupes charismatiques de diverses obédiences, l'Eglise pentecôtiste aux colorations émotionnelles intenses, les *abarokore* de tous ordres, connaissent un succès impressionnant. Leurs adeptes justifient leur adhésion en la mettant en rapport avec le partage rituel des émotions, l'abstinence des boissons fermentées et, explicitement, le désir de s'éloigner des recours aux devins qui en appellent aux ancêtres et aux autres praticiens de la magie-sorcellerie; ils mettent ces trois aspects en relation avec le progrès matériel de leur famille, c'est à dire avec l'emploi judicieux de la monnaie au bénéfice d'eux même, de leur épouse et de leurs enfants dans une perspective temporelle linéaire. La conversion est pour eux une prophylaxie de l'accumulation.

La monétarisation a joué un rôle dans toutes les transformations sociales, à des titres divers. C'est cependant sur le plan des échanges et de leur captation que les modifications symboliques qu'elle entraîne se manifestent: elle y agit sur les liens fondateurs d'une identité collective. Il faut cependant rester clair: là où coulent le lait et le miel, ce n'est pas l'argent qui bloque, mais l'usage qui en est fait. Cet usage peut s'attaquer à l'identité collective en agissant sur la circulation et/ou sur les limites que cette circulation matérialise. La promotion individuelle n'a pas évincé le recours à la sphère transactionnelle des dons comme instrument de définition d'une identité sociale: l'argent y introduit tantôt une nouvelle fluidité dans l'espace, tantôt des possibilités de stockage dans le temps, qui vont déterminer ses effets. L'assimilation créative des apports extérieurs produit de nouveaux paradigmes identitaires inégalement efficaces dans l'ensemble de la société rwandaise.

L'idéal d'une harmonie nécessaire à la reproduction sociale, tel qu'il se manifeste dans le rituel de la royauté sacrée, le système des interdits rituels, les rites familiaux et les croyances qui s'attachent aux transgressions des règles qu'il systématise symboliquement, inclut les relations des individus entre eux autant qu'avec la collectivité. Il s'autolégitimise en proposant la vision d'une société fondée sur le partage même des croyances: "être Rwandais, c'est se plier aux interdits". C'est se conformer à l'idéal d'une circulation réglée des échanges au sein de limites qu'organise le rayonnement même de ces échanges, au-delà duquel se trouve l'univers "rebelle" de ceux qui ne se plient pas aux règles culturelles autrefois incarnées dans la personne royale. Deux éléments se renvoient l'un à l'autre: la circulation spatio-temporelle et les limites qui enserment cette circulation. Si Chr. Taylor met l'accent sur la circulation des fluides qui doivent, de par leur nature, non seulement circuler, mais circuler en quantité adéquate, faute de quoi ils causent des catastrophes telles que la sécheresse ou l'inondation ou, sur le plan personnel, des troubles corporels ou psychiques, il faut aussi souligner le besoin d'équilibre entre les régions produisant les dons ou assurant leur transit, comme aussi entre les parties du corps et, enfin, l'importance données aux limites internes et aux frontières, importance dont témoignent aussi bien le rituel royal que les significations attachées aux maladies de peau ou à des accusations de sorcellerie liées à des problèmes de limites foncières. Les maladies de peau (*amahumane*) liées à la transgression de certains interdits dont le symbolisme n'a pas été, jusqu'ici, analysé dans le contexte de la praxis quotidienne se produisent lorsqu'est en cause le franchissement ordonné des limites auquel l'inceste, parfois symboliquement évoqué ("c'est comme manger son propre parent cru") comme paradigme de la non culture, constitue l'infraction majeure. L'importance de la dialectique ouvert/fermé apparaît clairement dans l'architecture de l'habitation traditionnelle et dans ses transformations. L'enclos, atome de la société rwandaise, protégeait la conjonction féconde du masculin et du féminin. La fermeture de l'espace délimité par les échanges dans le contexte sacré de la royauté (où est intégré le principe féminin dans la présence de la reine-mère au côté du *mwami*) était, autant que les échanges qu'elle enveloppait, la source de l'identité collective fondatrice de la culture.

La question des frontières dans la circulation des échanges est l'aspect le plus général auquel est liée la circulation de la monnaie. La monnaie se distingue d'autres biens échangeables par des possibilités de stockage et par la délocalisation à l'intérieur du territoire national où elle a cours. De par sa convertibilité et l'apport de fonds étrangers importants (le pays vit largement de l'aide internationale), elle situe à l'extérieur des frontières une puissance que personnifiait autrefois le *mwami*. Dans le contexte d'une circulation internationale, la monnaie, parce que convertible, véhicule une fluidité excessive et, par conséquent, dans le contexte des représentations traditionnelles, une dissolution de l'identité. Le Rwanda, jusque dans ses campagnes, se construit aujourd'hui à travers l'afflux d'objets étrangers que la monnaie rend possible: leur réappropriation culturelle est créatrice de nouveaux critères de différenciation au sein de la société, d'un nouveau système de signes dont l'accès inégal à la monnaie est le référent ultime. L'ouverture des frontières est créatrice d'inégalités sociales cumulatives. Les objets importés deviennent les signes de l'adoption d'une idéologie de

progrès, et, pour la majorité, les substituts, souvent bien maigres, d'un réel accès à la promotion sociale.

Les transformations religieuses sont à la fois cause, symptôme et effet des transformations générales de la société rwandaise. Au Rwanda, les transformations du système religieux ne sont connues que pour notre siècle. Encore ne sont elles connues que dans leurs aspects les plus manifestes des relations des Eglises avec l'Etat et la population. En l'absence de culte traditionnel villageois dans cette société dispersée, dans un contexte où, à travers le système des interdits rituels, la religion imprègne de façon diffuse tous les gestes de la vie, il est malaisé d'apprécier les transformations les plus intimes du religieux dont bien des aspects sont passés à la clandestinité (*ku-bandwa*), se sont maintenus dans la marge des cultes officiels ou ont échappé à l'action missionnaire en raison même de leur caractère diffus et presque impalpable. Les mouvements religieux de ce siècle, en dehors de l'action visible des Eglises, sont également peu connus, qu'il s'agisse de mouvements revivalistes à peine mentionnés ou de la place qu'occupaient les pluviateurs et les prophètes dans la société rwandaise. Les missionnaires déploraient la présence de nombreux spécialistes rituels. Ceux-ci sont toujours très présents dans la vie de la colline, qu'il s'agisse d'identifier le responsable d'un décès, de rendre à nouveau féconde une épouse âgée ou d'identifier l'ancêtre responsable d'avortements répétés. Les transformations de leurs pratiques et l'émergence de nouvelles techniques sont peu connues: l'étude de C. Taylor est une première tentative pour aborder ces changements.

Danielle de Lame

Piet Verbeek-Heida, *De eigen wijsheid van de patiënt. Alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1992. 108 pp. Prijs: f 24.90.

"Er zijn twee werelden te onderscheiden, die van de medici en die van de patiënten of leken", schrijft Verbeek-Heida. Dit onderscheid speelt een belangrijke rol bij de auteur die niet het standpunt van de medische professie, maar de optiek van de geneesmiddelengebruiker en de interacties tussen de gebruiker, zijn omgeving en de voorschrijver bij alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik bestudeert.

De omgang met geneesmiddelen in het alledaagse leven vormt het hoofdmotief van twee onderzoeken naar geneesmiddelengebruik, die vanuit de apotheek zijn uitgevoerd. Naar aanleiding van de afgehaalde receptuur zijn de geneesmiddelengebruikers benaderd voor semi-gestructureerde mondelinge interviews bij de gebruiker thuis. De twee onderzoeken betreffen gebruikers van antibiotica en maagzuurremmers (H₂-receptor-antagonisten).

Na een summier motivatie waarom juist deze twee geneesmiddelgroepen zijn uitgekozen worden in de volgende hoofdstukken thematisch de resultaten van de kwalitatieve onderzoeksmethode behandeld. Bij de rol van informatie bij antibiotica-gebruik blijkt dat driekwart van de gebruikers geen bijsluiter heeft meegekregen. De helft betreurt dat, maar durft niet terug te gaan naar apotheek of arts voor meer

informatie. Behoefte aan informatie tijdens het contact met de professionele hulpverlener zou klein zijn. Men stelt later vragen in eigen kring en tracht alsnog schriftelijke informatie te krijgen. Medische informatie wordt geaccepteerd als deze informatie niet strijdig is met de eigen informatie. "De visie van de patiënten en hun behoefte aan informatie moet om die redenen uitgangspunt voor een op patiënten gerichte voorlichting vormen", stelt Verbeek-Heida. Sluit het professionele advies aan bij de eigen afwegingen, dan is er sprake van acceptatie zonder voorbehoud; wordt getwijfeld aan de waarde van een professioneel advies en het voorschrijven, dan blijkt men in eigen omgeving de waarde ervan te herinterpreteren en is er sprake van acceptatie onder voorbehoud.

Deze indeling van overwegingen wordt toegepast bij de resultaten van de studies onder gebruikers van antibioticagebruikers en van maagzuurremmers. Bij acceptatie zonder voorbehoud is veelal sprake van protoprofessionalisering, het overnemen van de professionele visie in de eigen visie. De werking van het geneesmiddel wordt dan als gunstig ervaren. Bij acceptatie onder voorbehoud zijn vaak meerdere gebruikspatronen te onderscheiden afhankelijk hoe de reactie van de gebruiker op zijn gepercipieerde dilemma is. De opvattingen van de mensen uit eigen kring spelen hierbij een belangrijke rol.

De chronische gebruikers van maagzuurremmers zijn meer bezig met de gevolgen van hun klacht voor hun werk en maatschappelijke positie. Acceptatie zonder voorbehoud vindt plaats in de categorie die de nadruk legt op het behoud van werk en sociale positie. Wordt het werk als oorzaak van de klachten gezien, dan ontstaat eerder een acceptatie onder voorbehoud waarbij het middel meestal afwijkend wordt ingenomen van het medische voorschrift.

Dit interessante kwalitatieve onderzoek kan niet anders dan als een eerste aanzet op dit gebied gezien worden. Een longitudinale studie zou een logische volgende stap kunnen zijn. De zeer leesbare studie van Verbeek-Heida exploreert een gebied, de belevingswereld van de geneesmiddelgebruiker, waarvan de kennis bijdraagt aan het zinvol laten verlopen van een medicamenteuze therapie – zowel voor de leek als de medicus. Niet alleen het professionele perspectief, maar ook kennis van de context van de gebruiker is nodig om bevredigend aan geneesmiddelvoorlichting te doen. Het feit dat de arts en apotheker tegenwoordig niet meer spreken van medicatiebewaking, maar van medicatiebegeleiding wijst mogelijk niet op verhullend taalgebruik maar op het door de auteur beschreven 'ontprofessionaliserings'proces.

Rolf van Hulten