



Jrg. 6(1985), nr. 3, p. 259-283

ONTWIKKELINGSSOCIOLOGISCHE MODELLEN VOOR DE ANALYSE VAN MEDISCH SOCIOLOGISCHE VRAAGSTUKKEN IN DERDE WERELDLANDEN

P. DEVELTERE

1. Inleiding

Sinds enige tijd valt binnen de medische sociologie een groeiende interesse te bespeuren voor de problematiek van de Derde Wereldlanden. Tal van medisch-sociologische topics - zoals het ziektegedrag, de ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg, de "traditionele" geneeskunde, de "moderne" geneeskunde - worden met veel ijver in kaart gebracht. Vreemd genoeg gaat men daarbij meestal beschrijvend-analytisch te werk zonder een theoretisch uitgangspunt te expliciteren of te refereren aan de algemene "ontwikkelingssociologie".

Nochtans biedt de "ontwikkelingssociologie" veel mogelijkheden. In de eer-

ste plaats om een ruimere (lees minder sectoriële) kijk op de problematiek te krijgen. Vervolgens om het verklarende karakter van de medisch-sociologische studies aan te scherpen. En tenslotte om, indien mogelijk, haar beleidsgerichte kant beter te funderen. Vraag blijft dan natuurlijk welke ontwikkelings-sociologische modellen voor de medische sociologie nuttig kunnen zijn.

In deze tekst worden drie hoofdstromingen uit de ontwikkelings-sociologie gepresenteerd. Telkens worden de daaraan verbonden hypothesen in verband met het medisch-sociologisch domein geformuleerd. Bij de eerste twee stromingen kunnen we ons daarbij beperken tot wat in de medisch-sociologische literatuur te vinden is. We vonden echter geen enkele referentie naar de derde stroming. Toch biedt ook zij de medische sociologie een aantal interessante elementen aan. We proberen dan ook (in een tweede deel) eigen materiaal over de Ngbaka-samenleving van Zaïre vanuit deze hoek te bespreken.

Ons verhaal zal daarbij evolueren naar een keuze voor deze derde stroming; maar in een laatste punt zal deze duidelijk het onderspit delven wanneer haar beleidsmatige kracht bevraagd wordt.

2. Drie hoofdstromingen in de ontwikkelings-sociologie

Grosso modo kunnen drie "ontwikkelings-sociologische" paradigmata onderscheiden worden. Doorgaans worden ze respectievelijk betiteld als "moderniserings-sociologie", "sociologie van de ontwikkeling" en "de neo-marxistische benadering". Elke categorie bevat een brede gamma aan diverse theorieën die een aantal fundamentele assumpties met elkaar delen. Het zijn deze bestanddelen die we hier willen uittekenen. Telkens wordt uitgediept welke boodschap de medische sociologie aan de theorie heeft om haar waarnemingen beter te begrijpen.

2.1. De moderniserings-sociologie

De moderniseringstheorieën baseren zich op de westerse utopische gedachte van een 'inevitable yet man-made betterment through the ages'

(Hoogvelt, 1982 : 105). De eerste wetenschappelijke neerslag van deze idee vindt men terug in de negentiende-eeuwse evolutietheorieën. Deze poneerden dat de processen van groei en specialisatie de algemene bewegingswetten van het sociale leven waren. Het waren deze processen die volgens hen aan de basis lagen van de noodzakelijke evolutie van elke samenleving.

Alle menselijke samenlevingen werden verondersteld zich te begeven tussen twee ideaaltypische samenlevingstypes. De meest gekende dichotomieën, die gebruikt werden om deze types te omschrijven zijn : homogene-heterogene samenlevingen (Spencer); maatschappijen gefundeerd op mechanische versus organische solidariteit (Durkheim); sacred-secular societies (Becker); Gemeinschaft-Gesellschaft (Tönnies).

In de twintigste eeuw werd de tweedeling primitief-modern de meest gangbare. Men vindt ze o.a. terug bij Parsons die met zijn structureel-functionalisme een meer gesofisticeerde ontwikkelingstheorie biedt. Volgens deze theorie is stabiliteit een wezenlijk karakteristiek van een sociaal systeem. Verandering treedt op wanneer een nieuw element in het systeem opduikt. De reactie van het systeem is de aanpassing aan de veranderende omstandigheden. Een nieuw evenwicht wordt gezocht. Dit gebeurt door de creatie van nieuwe rollen (bijvoorbeeld "moderniserings-elites"), nieuwe normen en waarden die fungeren als integratiemechanismen. Een dergelijk proces gaat volgens de functionalisten noodzakelijk gepaard met een verhoogde complexiteit of beter met sociale differentiatie. De verschillende sferen van de samenleving (politieke, religieuze, rechts- en economische sfeer) worden steeds autonomer. Volgens Parsons gebeurt dit doorheen vijf stadia.

Drie thema's zijn van bijzonder belang voor deze theorie :

- Ten eerste de opvatting dat het evolutionair proces gekenmerkt wordt door toenemende autonomie, onafhankelijkheid, vrijheid en individualisatie langs de ene kant en - als gevolg daarvan - groeiende creativiteit, efficiëntie en veralgemeend maatschappelijk aanpassingsvermogen aan de andere kant (Hoogvelt : 111). Dit proces wordt door de functionalisten positief geëvalueerd.
- Een tweede belangrijk thema is het geloof dat het moderne stadium, dat in de 16e eeuw in West-Europa van start ging, het eindstadium is

van het menselijk evolutieproces.

- Ten derde moet de notie van structurele compatibiliteit vermeld worden. Daarmee wijzen de functionalisten erop dat de structurele en culturele eigenschappen van een samenleving met elkaar verenigbaar zijn; ze klikken in elkaar en vormen als het ware één puzzel.

Deze laatste idee heeft als consequentie dat de westerse politieke, economische, sociale en culturele instituties (o.a. democratie, monetair systeem, nucleair gezin) geacht worden de logische vereisten en de enig mogelijke gangmakers te zijn, nodig voor een moderne economische ontwikkeling in Derde Wereldlanden. Vanuit dit discours komt men dan ook tot de veroordeling van de traditionele instituties als obstakels van ontwikkeling. (Hoogvelt, 1982 : 118).

Op basis van deze theorie kunnen op het gebied van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg in Derde Wereldlanden o.a. de volgende hypothesen geformuleerd worden :

- de hoge ratio van ziekten en sterfte, karakteristiek voor Derde Wereldlanden zijn een gevolg van de specifieke "natuurlijke" klimatologische en demografische omstandigheden (Doyal, 1981 (a)) waaraan de betreffende samenlevingen zich nog niet adequaat hebben aangepast en zal dalen door "de overwinning van de natuur" door midde! van westerse geneeskunde en industriële ontwikkeling.
- het gezondheidsperspectief (1) evolueert van magisch-religieus naar rationeel, abstract en universalistisch.
- het ziektegedrag keert zich meer en meer af van de traditionele geneeskunde en zal zich ten slotte exclusief richten op het westers medisch aanbod.
- door haar onverenigbaarheid met de modernisering takelt het traditionele medisch systeem af ten voordele van een modern westers systeem.

Veel medisch-sociologische werken die niet expliciet refereren aan deze theorie baseren zich toch op de assumpties ervan. De visie die ze verkondigt is ook lange tijd aanwezig geweest in de zogenaamde ontwikkelingshulp.

Het problematische aan een dergelijke theorie is niet alleen haar evolu-

tionistisch en eurocentrisch karakter maar vooral haar beperkte verklaaringswaarde. De enige mogelijkheid die ze biedt, is het naast elkaar plaatsen van een reële en een hypothetische, wenselijke situatie, die dan "modern" moet heten (Taylor, 1979 : 91; Jacquemont, 1981 : 16).

Zo bijvoorbeeld wordt in nogal wat onderzoeken het "probleem van de onderutilisatie" behandeld (o.a. Slinkerveer, 1983 : 269-270). Daarbij definieert men de situatie waarin het aantal bezoeken van een gegeven populatie aan het westerse medisch systeem lager ligt dan een vooropgestelde norm als problematisch. Dat onderzoekers steeds weer met een andere "ideale" utilisatieratio komen opdagen (o.a. King, 1966; Kleckzkowski en Pibouleau, 1976) wijst op het arbitrair karakter van een dergelijke "wetenschappelijke" onderneming.

2.2. De onderontwikkelingstheorieën

Het onderontwikkelingsparadigma (meestal als synoniem gebruikt voor imperialismedenken, afhankelijkheidsdenken) bloeide vooral in de zestiger en zeventiger jaren. Eens te meer is het een heterogeen conglomeraat van theorieën. Afgezien van enkelen (Galtung, Lacoste) behoren vooral marxistische theoretici tot deze zogenaamde "dependencistas". Wegens het belang van deze marxistische stroming (de Economic Commission for Latin-America, de bakermat van deze benadering, kreeg via R. Prebisch, eens stichter en president van UNCTAD, een wereldbreed klankbord) zullen we hier meer in het bijzonder op deze discours ingaan.

De meeste afhankelijkstheoretici bouwen verder op de algemene theses van Baran, Sweezy en Frank (Baran en Sweezy, 1966), waaronder de belangrijkste :

- het zogenaamde "underconsumptionist axioma" dat stelt dat continue reproductie binnen het kapitalistisch systeem niet mogelijk is wegens gebrek aan effectieve vraag;
- deze contradictie, eigen aan het kapitalisme heeft, ten tweede, het westen ertoe aangezet te penetreren in Azië, Afrika en Latijns-Amerika;
- daar vond men feodale maatschappijen die inherent de potentialiteit hadden zich zelf tot kapitalistische samenlevingen te ontwikkelen;
- deze capaciteit werd echter door de kapitalistische expansie geblokkeerd. "If the non-capitalist formations of Asia, Africa and Latin-America had been "left to themselves" they might have found in the course of time a shorter and surely less tortuous road toward a

better and richer society" (Taylor, 1979 : 81).

Op deze theoretische fundamenten bouwden de afhankelijkheidstheoretici verder.

- Volgens hen werden de Derde Wereldlanden in één mondiaal kapitalistisch systeem geworpen en worden hun economische, sociale en politieke structuren sindsdien "via asymmetrische (verticale) relatiepatronen van buitenaf opgelegd en zijn ze afgestemd op de belangen van het buitenland" (Kleinpenning, 1981 : 332).
- Ontwikkeling én onderontwikkeling zijn aspecten van één en dezelfde expansie van het kapitalisme vanuit West-Europa en Noord-Amerika, zo gaan de dependencistas verder.
- De lokale elite eigent zich een westers consumptiepatroon toe en wordt aldus de bondgenoot van het internationaal kapitaal.
- Alle facetten van de onderontwikkeling kunnen benaderd én verklaard worden vanuit hun functie voor het kapitalistische centrum.
- Het kapitalisme is dus duidelijk "la bête noire", "the Immediat Enemy" en slechts van een socialistisch bestel valt heil te verwachten.

Vanuit de zeventiger jaren zijn er een aantal "correcties" aangebracht aan deze benadering (o.a. Amin, 1970, 1973 en 1976; Emmanuel, 1969). Ten eerste werd de oorzaak van de onderontwikkeling eerder in de sfeer van de productie dan in de sfeer van de ruil gelegd. Ten tweede werd een meer dynamische en historische benadering bepleit. Fundamenteel bleef echter de wereldsysteembenadering en de zoektocht naar historische oplossingen voor het Derde Wereldprobleem.

Een aantal auteurs hebben de redeneringen van de onderontwikkelingsdenkers doorgetrokken op het vlak van de gezondheidszorg, ziekte en gezondheid.

- Hun hoofdstelling is een afgeleide van het voorgaande : de ontwikkeling van gezondheid en gezondheidszorg van de centrumkrachten in de wereld parasiteert op de onderontwikkeling ervan bij de periferie van de Derde Wereldlanden.
- Een groot deel van de ziekten die nu belangrijke doodsoorzaken zijn in de onderontwikkelde landen werden er geïntroduceerd met de imperialistische penetratie. Zo lezen we bij Doyal (1981 (b)) dat Spaanse conquistadores waterpokken, mazelen en typhus naar West-Indië en Centraal-Amerika brachten; dat de West-Afrikaanse slaven gele koorts, lepra en mijnworm het Amerikaanse continent binnenloods-

ten; dat 100 jaar geleden mazelen en t.b.c. ongekend waren in Afrika en dat slaapziekte via Stanley's expedities in Oost-Afrika geïntroduceerd werd.

- De destructie van de traditionele agrarische economieën, de instelling van een koloniale monocultuur en de vervanging van voedselgewassen door "cash crops" ligt aan de basis van de ondervoeding en (in het verlengde daarvan) het verbroken gezondheidsevenwicht.
- Deze gezondheidstoestand wordt nog meer aangetast doordat de Derde Wereld als stortplaats functioneert voor de dumping van wat in het noorden onder te strakke wettelijke restricties staat, namelijk schadelijke producten en industrieën, oudbakken geneesmiddelen, menselijke experimentatie (zie o.a. Melrose, 1982; Elling, 1981).
- Het internationaal complot resulteert evenwel niet alleen in een ongelijke verdeling van ziekte en gezondheid, maar ook in typische productie- en consumptiepatronen van gezondheidszorg (o.a. Navarro, 1973 en 1976).

Zo kan de nationale "Lumpenbourgeoisie" van de Derde Wereld genieten van hoogtechnologische, dure, westerse gezondheidszorg terwijl de gemarginaliseerde rurale massa op een slecht functionerende westerse gezondheidszorg of op de eigen domestieke zorgen (etnische gezondheidszorg) moet terugvallen.

- Daarenboven wordt het gros van de (hoofdzakelijk op staatskosten) geschoolde inlandse medische professionals ter beschikking gesteld van de urbane elite of aangezogen door centrumlanden (brain-drain).
- Tenslotte dient de gepauperiseerde massa als goedkoop industrieel arbeidsleger voor een (farmaceutische) industrie die alleen de eigen elite en het Noorden ten goede komt.
- De "onderontwikkeling van gezondheid en gezondheidszorg" kan volgens deze theoretici alleen opgelost worden binnen een gesocialiseerd bestel (zie o.a. Elling, 1981 : 51; Doyal, 1981 : 291-297).

Deze laatste stelling toont het problematische van deze benaderingswijze. Alhoewel haar conclusies compleet verschillen met deze van de ontwikkelingssociologie begaat ze toch hetzelfde euvel : ze biedt een vorm van verklaring waarbij de huidige aard van fenomenen van een onderontwikkelde maatschappij gedefinieerd wordt door ze te plaatsen tegenover hun potentiële (socialistische) aard (zie o.a. Taylor, 1979 : 93).

Volgens sommigen (Jacquemont, 1980 : 45) is de onderontwikkelingstheorie

trouwens zelf in de val van het historisch determinisme gelopen, is ze op haar beurt het slachtoffer van de evolutionistische mythe.

Door haar overwegend macro-sociologische uitgangspunten schept dit paradigma daarenboven weinig mogelijkheden voor dan toch interessante medisch-sociologische topics zoals het ziektegedrag, de genezersrol, enz. Tenslotte wordt in deze benaderingswijze weinig ruimte gelaten voor de analyse van bovenbouwelementen zoals bijvoorbeeld het gezondheidspectief.

2.3. De neo-marxistische aanpak

Sinds de jaren zeventig valt een proliferatie aan sociologische studies over de Derde Wereld te bespeuren die geïnspireerd zijn door een drievoudige traditie, namelijk de kritiek op de voorgaande scholen, de werken van een aantal radicale Franse antropologen (Rey, Meillassoux, Godelier) en het Althusserianisme. Deze nieuwe stroming kenmerkt zich onder andere door heftige interne polemieken en een quasi onbestaande belangstelling voor medisch-sociologische vraagstukken.

De dominante geleding van deze neo-marxistische richting stelt dat de diverse fenomenen die de periferielanden tegenwoordig kenmerken hun eigenschappen te danken hebben aan de koppeling (articulatie) van verschillende productiewijzen (2) en hun superstructuren (ideologie en politiek). Het betreft telkens de koppeling van een domestieke productiewijze die vóór het contact met het kapitalisme een Derde Wereldformatie domineerde (bijvoorbeeld tribale productiewijze, Aziatische productiewijze, feodale productiewijze) en de kapitalistische productiewijze. Afhankelijk van de tijdsspecifieke noden en dynamiek van de kapitalistische productiewijze penetreerde het Westen telkens opnieuw met verschillende kracht en op verschillende wijzen in de Derde Wereldformaties. Deze van hun kant beschikten en beschikken nog steeds over hun (zeer) resistente en dynamische authentieke productiewijzen waardoor de penetrerende instantie slechts onder bepaalde limieten kon en kan opereren (3).

In dat licht moeten, volgens deze theorieën, de historische, regionale en sectoriële verschillen die de onderontwikkelde formaties kenmerken besproken worden. De sociale formaties in Zaïre bijvoorbeeld manifesteren

zich anders dan die van Bangladesh of Bolivië omdat ze een andere domestieke productiewijze hadden, in een andere periode en dus op een andere manier met het kapitalisme kregen af te rekenen, er anders op reageerden, er zich anders mee koppelden en op andere wijzen steeds verder onderworpen worden aan de reproductievereisten van de kapitalistische productiewijze.

Toch kan algemeen gesteld worden dat alle "originele" Derde Wereldformaties verwongen werden. Deze verwringing is algemeen, zowel binnen de verschillende praktijken (economische, politieke, ideologische) als tussen de praktijken van de formaties. Waar hun klassestructuren, hun staatsvorm, hun ideologie, hun medisch systeem oorspronkelijk aangepast waren aan de reproductie van de niet-kapitalistische productiewijze, worden ze nu meer en meer onderworpen aan de geïntroduceerde productiewijze. Ze kunnen weliswaar deels of geheel blijven bestaan door enerzijds, zoals vermeld, de resistentie van de authentieke produktiewijze en anderzijds de relatieve autonomie van de bovenbouw die toelaat dat politieke en ideologische toestanden gereproduceerd worden zonder te correleren met de onderbouw. Uit de koppeling ontstaan dus complexe processen van vermenging/afstoting en verwringing/resistentie. "Par ce processus en essence contradictoire, le mode de production domestique est à la fois détruit et préservé" (Meillassoux, 1975 : 148).

De voordelen van een dergelijke benadering zijn legio :

- de historische dimensie krijgt **meer dan bij de andere paradigma's** het nodige gewicht.
- De dynamiek van de sociale realiteit komt voldoende tot zijn recht, waardoor rigiede en voorbarige veralgemeningen én voorspellingen vermeden worden.
- Er is de gepaste aandacht voor regionale, historische en sectoriële verschillen.

In de medisch-sociologische literatuur vindt men echter weinig of geen referenties naar deze stroming. Toch werd nogal wat empirisch materiaal verzameld dat door middel van dit denkkader zou kunnen geïnterpreteerd worden. Zelf onderzochten we in 1982 de medische alternatieven en het ziektegedrag van de Ngbaka. We presenteren hier het gevonden materiaal in het licht van de vorige theorie (4). Eerst schetsen we de historisch-sociologische context van de Ngbaka-samenleving om dan pas enkele meer specifiek medisch-sociologische topics te behandelen.

3. Medische alternatieven en ziektegedrag bij de Ngbaka

3.1. Historisch-sociologische situering van de Ngbaka-formatie

3.1.1. De Ngbaka-formatie vóór de indringing van het kapitalisme

De Ngbaka zijn een volk dat momenteel hoofdzakelijk in de Evenaarsprovincie (Ubangi) van de Zaïrese republiek woont. Oorspronkelijk zijn de Ngbaka van het Tsjaadmeer afkomstig, doch vorige eeuw migreerden ze naar meer zuidelijke gebieden. Rond de eeuwwisseling vestigden ze zich definitief in het Franse Centraal-Afrika en in het Belgische Congo. De hier bestudeerde Zaïrese Ngbaka werden door de koloniale overheid - door middel van sterke dwang - in het Zuidelijke Ubangi gegroepeerd.

Vooraleer we hun situatie op het vlak van ziekte en gezondheid bespreken, wagen we ons eerst aan een historisch-sociologische reconstructie van hun samenleving.

De traditionele productie (zie Thomas, 1973) greep bij de Ngbaka plaats binnen de familieëenheden (40-tal leden) en kende een binaire cyclus. Aan de sedentaire periode correspondeerden de landbouwactiviteiten, de visvangst, de strikkenjacht en de productie van artisanale werken. De sedentaire productie steunde quasi hoofdzakelijk op vrouwelijke arbeidskrachten. Tijdens de semi-sedentaire periode was er een grotere participatie van de mannen aan de jacht, de visvangst en de pluk. Alle produkten van zijn activiteiten, binnen de limieten van het familiale territorium kwamen de Ngbaka persoonlijk toe. Het territorium was niet aliëneerbaar. Eerder beschikte de gemeenschap over de grond en kon het individu genieten van een soort vruchtgebruik. De traditionele productie bleef bijna volledig beperkt tot de directe behoeften van de familie-eenheid. De familiale consumptie, bijna volledig gelimiteerd tot de familiale productie, liet weinig mogelijkheden tot goederencirculatie. Deze was trouwens door de geringe specialisatie onnodig.

Toch werd ruil gestimuleerd in het kader van een aantal traditionele manifestaties zoals de begrafenisfeesten. Naast deze vorm van absorptie van arbeidssurplus bestond er ook nog een andere : de extractie ervan door de ouderen in de vorm van elitegoederen. Deze ouderen, die rechterlijke, politieke en religieuze macht hadden, konden hun gezag niet halen uit de controle over produktiemiddelen als land- en arbeidsmiddelen; die waren vrij toegankelijk. Het gezag van deze autoriteiten berustte wél op een directe controle over mensen : over de producenten en over hun

biologische reproductie. Zij beschikten immers over de kas van de lineage en slechts met hun toestemming kon een jonge man een bruidsprijs voor een bepaald meisje bekomen (zie Burssens, 1958; Thomas, 1973). De legitimatie van deze sociale verhoudingen vond men in het interpretatiekader, de ideologie, (de cosmogonie, de voorouderscultus, magie,...) die op haar beurt gereproduceerd werd, door (collectieve) participatie aan de rituelen.

Eén en ander reflecteerde zich ook in het "medische" apparaat.

Iedere Ngbaka was niet alleen op de hoogte van een aantal voorschriften, regels, taboes, die hij/zij moest in ere houden wilde hij/zij ziekte vermijden, maar ook van een aantal remedies. De "wi-de-ina" ("die van de kruiden", de kruidengenezers) waren daar speciaal in bedreven. Machtiger echter waren de "wi-son" (in de koloniale terminologie "féticheur" of "tovenaar" genoemd). Deze figuren, die één van de meest gerenommeerde functies in de Ngbaka-samenleving vervulden, waren actief op zowel het magisch-religieuze als het juridische vlak. Bij ziekte en dood kregen ze de taak de toestand te diagnosticeren. Zo konden ze bijvoorbeeld de "witunumo" opsporen (Burssens, 1958 : 140). De witunumo, de "demonische kracht", situeert zich, volgens de Ngbaka, in de maag van bepaalde mannen en vrouwen. Deze dwalen 's nachts rond en bijten in de lichamen van hun slachtoffers waardoor deze ziek worden of sterven. Ook onrechtstreeks kunnen ze hun kracht uitoefenen, zo vertelt de overlevering, ze bevelen bomen, vuur, messen, dieren om iemand te laten vallen, te verbranden, te steken of te bijten. De door de wison aangeduide "bezetene" werd op diverse manieren gestraft (Leyder, 1931 : 26-27). De vraag kan gesteld worden of deze "ideologie" niet doeltreffend functioneerde om de deviante elementen, opgespoord door de wi-son, uit de samenleving te elimineren.

Een andere personalistische ziekteverklaring, namelijk het doorbreken van taboes, wijst in dezelfde richting. De meeste taboes betroffen de seksualiteit en de voeding. Vooral de vrouwen en jongeren kregen ze opgelegd. Het doorbreken ervan resulteerde, volgens de Ngbaka, in ziekte of dood. Opnieuw een ideologisch facet dus dat functioneel was voor de reproductie van de sociale verhoudingen.

3.1.2. De indringing van het kapitalisme

Wetende dat we een gans stuk dynamiek en geschiedenis onbesproken

laten, kan toch gesteld worden dat de meest fundamentele wijzigingen voor de Ngbaka zich hebben voorgedaan met de indringing van het kapitalisme (1900-1930). "Later kwam de eerste blanke in de streek van de Mongala opgevaren, en hoofdman Simango deed met hen bloedwisseling, zoals dat in die tijden geschiedde tot teken van vriendschap. Toen de blanke van de "Compagnie de la Mongala" later aanlandde te Bokula, komend van Monveda, kreeg Simango twee geweren, maar hij moest beloven rubber en ivoor aan de blanken te bezorgen" (Tanghe, 1946 : 67).

Dit citaat weerspiegelt treffend hoe "de blanke" inspeelde op de accumulatie van elitegoederen van de tribale chefs en zo voor het kapitalisme een structurele ingang creëerde in de lineage-formaties. Dit was slechts een eerste fase want al gauw werden tal van initiatieven ondernomen om kapitalistische productieverhoudingen te ontwikkelen. Grote contingents Ngbaka werden gedeporteerd naar Kinshasa, gronden werden onvreemd, belastingen en gedwongen arbeid werden opgelegd. Door deze laatste initiatieven werden ze verplicht hun economie te moneteriseren en/of hun arbeidskrachten te verkopen. Onder druk van de coalitie koloniale staat-privé kapitaal werden de Ngbaka gedwongen exportproducten (vooral katoen en koffie) te produceren.

Al deze factoren hadden de uitholling van de "traditionele" Ngbaka-formatie voor gevolg. Vooreerst werden de traditionele sociale verhoudingen door de moneterisering van de bruidsprijs ondermijnd. De jonge man kon daardoor immers enerzijds zelf voor de bruidsprijs instaan. Maar anderzijds kon hij slechts zelf een bruidsprijs samenstellen en de traditionele sociale verhoudingen ontglippen als hij zijn arbeidskrachten op de kapitalistische markt aanbood (Thomas, 1973 : 94-95). Verder onttrok de kapitalistische sector arbeid aan de domestieke economie, wat voor deze, die zich trouwens kenmerkt door een stagnatie van de produktietechnieken, tot een uitholling van de voedselproductie en -consumptie leidde.

Eén en ander had dramatische repercussies voor de voedingstoestand en (in het verlengde daarvan) de gezondheidstoestand van de bevolking. In de Ubangi-streek werd de westerse gezondheidszorg in hoofdzaak gelanceerd door de katholieke missies. Naast de evangelisatie en het onderwijs werd dit door hen als sleutelementen van hun "civilisatieproject" beschouwd (Carnonckel, 1925). Hoewel de koloniale administratie en de religieuzen er op heel wat gebieden divergente ideeën op na hielden bestond er ook eensgezindheid over een aantal punten. Zo

stelden ze zich gelijkgezind op ten opzichte van de Afrikaanse medische praktijk. De niet-magische gezondheidsperspectieven en therapieën werden getolereerd, maar al wat rook naar "magie", "toverij", "beheksing", "godsoordelen", werd zowel verbaal als juridisch bestreden (Leyder, 1931).

3.1.3. Na de onafhankelijkheid

Het vertrek van de koloniale instanties bracht geen wezenlijke veranderingen mee voor de Ngbaka-formatie. Alleen de dynamiek van het koloniaal staatsapparaat ging verloren en werd niet vervangen. De op export gerichte economie werd echter draaiende gehouden door een beperkt aantal Zaïrese groothandelaars. Zij ontwikkelden een quasi-monopoliepositie in zowel de uitvoer van de koffie en katoen als de invoer van goederen. Met alle gevolgen vandien. In de jaren 1968 kwam daar reactie op. Een aantal Belgen richtten er het C.D.I., Centre de Développement Intégral, op. Bedoeld werd een volksbeweging op touw te zetten die zich zowel op het vlak van landbouw, gezondheidszorg, nutritie en techniek, als de socioculturele actie zou inzetten. Structureel gezien werd sindsdien een machtig tegenwicht opgebouwd t.a.v. de eerder genoemde groothandelaars. Door een koffie-coöperatie op te richten worden bijvoorbeeld de economische intenties van deze monopolisten doorkruist.

Na de onafhankelijkheid konden de Ngbaka terugvallen op hun domestieke gezondheidszorg, op enkele kleinschalige missie-initiatieven, en een expanderende handel in westerse geneesmiddelen. Met de komst van het C.D.I. is ook daar verandering in gekomen doordat een net van eerste-lijnsdiensten in het gebied werden opgetrokken.

3.2. Ziektegedrag, medische alternatieven en gezondheidspectief bij de Ngbaka

In 1982 maakten we een momentopname van de gezondheidsproblematiek van de Ngbaka. Onze bevindingen strookten volledig met de neo-marxistische theses dat de Derde Wereldformaties (en dus ook hun medisch systeem) gekenmerkt zijn door processen van vermenging/afstoting en verwringing/resistentie, aangezet door een koppeling van productiewijzen. Ten eerste uit zich dat door de coëxistentie van diverse medische alternatieven die historisch bekeken verbonden zijn aan enerzijds de

etnische, anderzijds de kapitalistische produktiewijze. Ten tweede vindt men deze alternatieven niet terug in hun "oorspronkelijke" gedaante. Ten derde vertoont het ziektegedrag bijna schizofrene trekjes. Het gezondheidsperspectief, tenslotte, laat zich kenmerken door verwringing, coëxistentie en vermenging van facetten uit diverse wereldbeelden. Op elk van deze elementen gaan we dieper in. De historisch-sociologische schets van vorig punt zal bij de verklaring van deze bijzonder nuttig zijn.

3.2.1. De medische alternatieven

Een Ngbaka die zich als ziek definieert kan op vijf verschillende manieren een oplossing voor zijn probleem zoeken. Vijf medische alternatieven coëxisteren in de Ngbaka-formatie : de zelfzorgpraktijken, de genezerspraktijken, de ritueel-genezerspraktijken, de handel in geneesmiddelen en het C.D.I.-aanbod.

We verlopen ze één voor één :

- vooreerst beschikt elke Ngbaka over een uitgebreide kennis van zelfzorgtherapieën. Diverse, hoofdzakelijk lichte, aandoeningen zoals hoest, diarree, koorts, rugpijn, buikpijn, enzovoort worden er courant mee bestreden.
- vervolgens zijn er de genezers. Dat zijn er heel wat. In één dorp vonden we er 41 (op 7.744 inwoners). Zij vormen een sterk heterogene groep van vooral vrouwen, die zich nogal concurrentieel tegenover elkaar opstellen. Ze zijn gespecialiseerd in het behandelen van ten hoogste een zestal aandoeningen. Het genezen van "zele gomowi" (wonden door beheksing aangebracht) is de meest verspreide specialiteit. "Zele gomowi" is een algemeen label die op diverse aandoeningen kan gekleefd worden. Eerder worden ermee de oorzaken dan de symptomen van de aandoening geviseerd. Meer dan de zieken zelf gebruiken de genezers deze label, die zijn oorsprong vindt in de domestieke medische cultuur (cfr. vroeger), om ziekten aan te duiden. Op tal van andere vlakken stellen de genezers zich "traditioneler" op dan de "leken". We kunnen dan ook met Landy (1977) instemmen wanneer hij genezers als conservatieve elementen beschouwt. Deze behoudsgezindheid levert hen echter vooral financiële voordelen op. Maar dat komt later nog ter sprake ...
- de figuren die we hier met de term "ritueel genezers" benoemen zijn

de "wi-son" waar we het vroeger reeds over hadden. De term "ritueel genezer" is ons inziens adequaat omdat de "wi-son" zowel op het juridische als op het magische-religieuze vlak aan macht hebben ingeboet onder invloed van de koloniale repressie en de gewijzigde sociale verhoudingen. In het "medisch" veld liggen hun belangrijkste resterende machten.

Diverse factoren wijzen erop dat de ritueel-genezerspraktijk gehavend uit de geschiedenis komt. Zo wordt een bezoek aan een ritueel genezer omhuld met clandestiniteit en valt de negatieve houding tegenover deze categorie sterk op.

Als aanpassing aan de gewijzigde omstandigheden hebben dan ook heel wat ritueel genezers aan hun eigen imago gesleuteld. Door sommigen wordt, bijvoorbeeld, de "oude" Ngbaka religie afgezworen en een referentiekader gebruikt dat samengesteld is uit elementen uit het christelijk geloof.

Door anderen wordt het eigen aanbod verruimd. Ze vermelden op hun bekwaamheidslijstje niet alleen meer de behandeling van de typische klachten uit de magisch-religieuze sfeer (bijvoorbeeld diefstalziekten zoals t.b.c., huwelijksproblemen). Ze eigenen zich ook de goed op de markt liggende aandoeningen toe, zoals pneumonie, keelontsteking, zele gomowi, kortom de specialiteiten van de genezers. Over hun competentie op dat vlak bestaan bij de Ngbaka veel twijfels. Typisch voor de ritueel genezers is tenslotte dat ze zich vooral richten op de diagnostische en minder op de strikt therapeutische momenten van hun praktijk.

- één van de meest markante uitvloeisels van het binnengedrongen kapitalisme is de handel in geneesmiddelen. Illegaal volgens de Zaïrese wet, doch oogluikend toegestaan, kent deze handel een steeds grotere expansie. Op tal van markten, dorpsplaatsjes, winkeltjes en bij de zogenaamde "trafiquants" worden de door de eerder vermelde groothandelaars geïmporteerde geneesmiddelen gedistribueerd. In hoofdzaak gaat het om een viertal geneesmiddelen, namelijk nivaquine, penicilline, aspirine en terramicine. Het is duidelijk het meest krachtige medische alternatief in de Ubangi-streek (zie ook verder : het ziektegedrag).
- een laatste medisch alternatief wordt gevormd door het C.D.I.-aanbod. Dit is een geïntegreerde en geëcheloneerde gezondheidszorg : er wordt door het project gestreefd één hygiënist in elk dorp (basislijn) en een eerste lijn (dispensarium) voor elke vijf dorpen te laten functioneren. Ambulante, specialistische zorg (de tweede lijn) kan men vinden bij de hoofdzetel (Bwamanda) van het project. Daar vindt men ook de zorgen "intra muros" : het hospitaal.

Op de vierde lijn, tenslotte, treft men een categoriale voorziening aan, namelijk het t.b.c.-sanatorium. De link tussen de gedecentraliseerde basis- en eerstelijns en de gecentraliseerde tweede, derde en vierde lijn wordt gevormd door de mobiele equipes. Deze zijn verantwoordelijk voor de supervisie en bevoorrading van de basisdiensten. Al deze diensten pogen hun acties te integreren met de acties van de andere diensten (landbouw, socio-culturele, technische en nuttiedienst) van het project.

Vele van de problemen waarmee de medische diensten van het C.D.I. te kampen hebben, houden verband met de verwevenheid van hun mankrachten in de etnische settings. "Corruptie" onder clan-druk is daar het meest gekende voorbeeld van. Ook aan de vraagzijde vindt men analoge toestanden zoals therapie-ontrouw, geringe participatie aan en non-identificatie met dit project van "gemeenschapsontwikkeling". Dit westers medisch systeem kan zich dus slechts onder bepaalde constraints ontplooiën, wegens de conservatieve kracht van de domestieke productiewijze.

3.2.2. Het ziektegedrag

Niet alleen het medisch systeem maar ook het ziektegedrag van de Ngbaka vertoont de kentrekken van co-existentie, verwringing en etnische resistentie. De meeste Ngbaka hebben ooit al wel gebruik gemaakt van elk van deze alternatieven. Doch, de frequentie van gebruik ligt voor elk alternatief verschillend. Er wordt duidelijk het meest beroep gedaan op de handel in geneesmiddelen. Zowat de helft van de geïnterviewden (totaal = 284) had de laatste maand nog één of meerdere geneesmiddelen gekocht. Wat schril afsteekt tegen de 18% die een dispensarium bezochten, 16% die zichzelf behielpen, 11% en 5% die de laatste maand respectievelijk op een genezer of een ritueel genezer beroep deden.

Een tweede belangrijk gegeven is de vermenging van etnische en westerse therapieën. Zo, bijvoorbeeld, wordt bij de zelfzorgpraktijken heel vaak gebruik gemaakt van westerse geneesmiddelen. Deze worden daarbij vaak op een weinig westers-orthodoxe manier benut, doch krijgen een plaats binnen een etnisch zelfzorgschema.

Eén van de meest treffende karakteristieken van het ziektegedrag in Derde Wereld-formaties is de "flow" binnen en tussen de verschillende alternatieven. Een ziektegeschiedenis betekent er heel vaak een "quest for therapy" (Janzen, 1978); verschillende medische alternatieven worden simultaan of na elkaar uitgeprobeerd.

Bij een kleine steekproef in een dispensarium kwamen ook wij tot de vaststelling dat 41% van de ondervraagde patiënten reeds andere stappen hadden ondernomen om hun klacht te elimineren.

Deze "flow" situeert zich zowel binnen als tussen de alternatieven. Van beide bespreken we het meest frappante voorbeeld :

1. Heel wat zieken doen, tijdens één en dezelfde ziektegeschiedenis beroep op diverse genezers. Een mogelijke verklaring kan ons inziens gezocht worden bij de volgende factoren. De familiale druk brengt een "zieke" ertoe te kiezen voor één bepaalde genezer(es). Deze ziet in elke case die bij hem aanklopt broodwinning. En dit probeert hij/zij te verzekeren door, enerzijds, de patiënt vóór de behandeling te laten betalen, en door, anderzijds, de aangeboden ziekte met algemene labels (zoals beheksing, "slechte geesten") te benoemen, waardoor zijn/haar beperkte, specialistische kennis verdoezeld wordt. Doch doordat de genezer vaak niet in staat is de specifieke aandoening te genezen, volgt er op de therapie dikwijls geen genezing en gaat de patiënt elders genezing zoeken.
2. Een groot deel van het dispensariumpubliek vloeit, al of niet nog tijdens de behandelingsperiode, af naar ritueel genezers en genezers. De verklaring van dit fenomeen wordt door antropologen gezocht in de inconsistentie van de biofysische westerse geneeskunde met de wereldbeelden van haar cliënten. Ze kan immers geen bevredigend antwoord geven op de in Afrikaanse culturen belangrijke vraag naar het waarom van de ziekte. (zie onder andere Bibeau en Corin, 1979).

3.2.3. Het gezondheidsperspectief

Het gezondheidsperspectief wordt in de Ubangi-streek niet meer in haar authentieke domestieke vorm teruggevonden. Veeleer resulteerde het contact met de geïmporteerde ideologie in de gekende processen van vermenging/afstoting en verwringing/resistentie waarbij diverse facetten

van de domestieke en de kapitalistische ideologieën betrokken zijn. Zo bemerken we dat in de ziekte-etiologie naast personalistische elementen (die dominant waren tijdens de voor-koloniale periode) meer en meer westerse, naturalistische, verklarengscategorieën voorkomen. Ecologische toestanden, agentia (microben, muggen, insecten) en eetgedrag ("ondervoeding", "gulzigheid") worden nu vaak als bronnen van ziekte aangehaald. Opvallend was dat slechts zelden een naturalistische categorie, volgens westerse medische normen, terecht ter verklaring van een aandoening werd ingeroepen.

Het onderzoek maakt ook duidelijk dat een nieuwe, geïntroduceerde ideologie haar voedingsbodern kan vinden in de belendende percelen. Door de herconstructie van het etnische wereldbeeld in een wereldbeeld gedomineerd door de christelijke godsdienst kreeg ook het gezondheidsperspectief van de Ngbaka een totaal nieuw gezicht. Verklarengscategorieën als "de duivel", "de wil van god", "de eigen fout" vinden hun oorsprong in deze nieuwe ideologie. Waar bijvoorbeeld vroeger de oorzaak van steriliteit vooral gezocht werd bij de goden of de "witunumo" wordt die nu door velen (21% van de geïnterviewden) aan de christelijke god toegeschreven.

3.3. Een keuze voor de verklarende kracht van het neo-marxistisch schema

Nog tal van andere medische en sociologische vraagstukken zoals de prevalentie van ondervoeding, de ongelijke ontwikkeling van westerse gezondheidszorg, de "corruptie" binnen de gezondheidszorg enzovoort, kunnen vanuit dit neo-marxistisch perspectief geanalyseerd worden. Doch de besproken facetten werpen reeds voldoende licht op het vruchtbaar gebruik dat de medische sociologie van het verklarend aspect van deze benadering kan maken.

Met als achtergronddynamiek de historische breuklijnen in de Ngbaka-formatie werd immers duidelijk dat we bij de Ngbaka inderdaad te maken hebben met de diverse door de neo-marxistische uitgetekende processen. De hardnekkigheid waarmee de etnische alternatieven hun positie op het veld weten te behouden wijst erop dat er inderdaad sprake is van processen van coëxistentie en resistentie.

De verwringing of niet-authentieke reproductie van de medische systemen kan het best geïllustreerd worden met de wijzigingen die de ritueel-genezerspraktijk heeft meegemaakt en de problemen die de westerse gezondheidszorg bij haar inplanting ontmoet. De aanwezigheid van nieuwe (christelijke) elementen in het gezondheidsperspectief, tenslotte, is maar één voorbeeld van de vermengingsprocessen in de Ngbaka-samenleving.

De verklarende kracht van het neo-marxistische schema kan dus tenvolle onderschreven worden. Ze leidt immers tot een meer dynamische en genuanceerde analyse van Derde Wereldfenomenen die niet te herleiden vallen tot hun "moderniserings-" of "onafhankelijkheidskenmerken". Trouwens door de historische en specifieke kracht van de domistische productiewijzen in het verklaringsschema te verdisconteren wordt de verklaring van bestaande fenomenen niet alleen in een referentie naar een vage toekomst ("moderne samenleving"), maar veeleer in een historische dynamiek gezocht.

Doch wat we bij de ontwikkelingssociologie zoeken zijn niet alleen theoretische valabele verklaringsschema's maar ook fundamenten voor een beleidsgerichte bijdrage van de medische sociologie (cfr. inleiding), daarom ...

4. Tot slot een beleidsoefening en een vraagteken bij de neo-marxistische ontwikkelingssociologie

Wanneer we nu als achtergrond, enerzijds de verklaringsschemata van de drie hoofdstromingen van de ontwikkelingssociologie (punt 2) en anderzijds de veldwaarnemingen bij de Ngbaka (punt 3) nemen, dan kunnen uit de diverse stromingen verschillende beleidsconclusies gedistilleerd worden.

4.1. Uitgaande van de analyse van de moderniseringssociologie zou men kunnen stellen dat de Ngbaka-samenleving zich in een overgangsfase bevindt. De veelheid aan medische alternatieven zou, gedreven door het evolutionair proces, plaats ruimen voor één dominant medisch systeem, namelijk de cosmopolitische gezondheidszorg die alle vraag naar zich toe zou trekken.

Om dit proces te versnellen of te begeleiden kunnen beleidsmatig de

volgende keuzen gemaakt worden :

- 1) De economische ontwikkeling moet als prioriteit aanzien worden, gezondheidszorg slechts als "facilitator" voor deze ontwikkeling.
- 2) De etnische geneeskunde, die onverenigbaar is met de "moderniteit" moet in haar bestaan genegeerd of zelfs afgeremd worden.
- 3) Dat, terwijl een medisch systeem naar het voorbeeld van de geïndustrialiseerde landen alle krediet krijgt en in haar uitbouw gestimuleerd wordt door externe instanties (experten- en technologieoverdracht).
- 4) Dit proces wordt nog het best versneld als het samengaat met een politiek die het kerngezin en de individuele promotie stimuleert.

Een historische analyse van de ontwikkelingsstrategieën zoals ze in nationale en internationale beleidsverklaringen voorkomen, toont duidelijk aan dat deze opties tot halfweg de jaren '60 dominant waren en vertrokken uit dezelfde vooronderstellingen als de moderniseringstheorieën (W.H.O., 1983; Hoogvelt, 1982 : 111-118).

4.2. Indien de gegevens over de Ngbaka-samenleving aan dependenciadenners zouden voorgeschoteld worden, dan zouden deze vooral aandacht hebben voor 1) de afwezigheid van Zaïrese medici (die aangezogen zijn naar de nationale of internationale kapitalistische centra), 2) de desastreuse gevolgen van de handel in geneesmiddelen die gestuwd wordt door het internationaal kapitalisme, 3) de absorptie door de kapitalistische centra van arbeid en voedsel aan lage loon- en prijzencompensaties (vandaar het verbroken voedings- en gezondheidsevenwicht en het gebrek aan geld bij de Ngbaka om gedegen gezondheidszorg te consumeren), 4) de afhankelijkheid van ontwikkelingssamenwerking en westerse medische industrie die de uitbouw van een eigen gezondheidssysteem belemmeren.

Eén en ander zou volgens de dependencistas impliceren dat een oplossing moet gezocht worden in een nationaal en socialistisch regime dat afhaakt van het mondiaal kapitalistisch systeem.

Slechts een genationaliseerde farmaceutische industrie en gezondheidszorg zou daarbij aan de reële behoeften op gezondheidsvlak kunnen voldoen (zie o.a. Glucksberg en Singer, 1982). Een dergelijke politiek werd door de dependencistas gesuggereerd tijdens het "eerste ontwikkelingsdecennium van de Verenigde Naties (1960-1970)". Diverse landen hebben het ook effectief geprobeerd (o.a. Mozambique, Bangladesh).

4.3. Waar uit de vorige schemata duidelijk beleidsimplicaties te distilleren vallen, is dit een veel hachelijker onderneming bij de neo-marxistische analyse. De redenen daarvoor zijn duidelijk.

De theoretici, zoals Taylor, die de Althusseriaanse denkmethode toepassen op de ontwikkelingsproblematiek, volgen die consequent en vermijden alle restanten van een filosofie van de geschiedenis in het historisch materialisme. Ze vertikken het dan ook prospecties te maken die, zoals we duidelijk zagen bij de moderniserings- en onderontwikkelingsdenkers, aanknopingspunten zouden kunnen bieden voor "wetenschappelijk gefundeerde" politieke keuzes. De Althusserianen willen zich immers uitsluitend houden aan retrospectieve activiteiten van verklarend-analytische aard.

Zich baserend op voorgaande zou men kunnen concluderen dat het Althusseriaanse schema een rijkere verklaringswaarde heeft dan de moderniserings- en onderontwikkelingsmodellen, maar moet onderdoen wat haar praxiswaarde betreft. Ze kan ons een flinke stap vooruit helpen bij de analyse van medische sociologische topics in Derde Wereldlanden, maar ze biedt weinig of geen lichtpunten voor een praxis- of beleidsgerichte aanpak.

SAMENVATTING

Sinds enige tijd vertoont de medische sociologie meer en meer aandacht voor de problematiek van de gezondheid(szorg) in Derde Wereldlanden. Zelden worden daarbij de bestaande sociologische theorieën over de ontwikkelingsproblematiek ter hand genomen. Toch kunnen die van groot nut zijn. In dit artikel worden de drie belangrijkste ontwikkelingssociologische paradigma's geschetst: moderniseringstheorieën, onderontwikkelingstheorieën en de neo-marxistische theorieën. De gezondheidsproblematiek van de Derde Wereld wordt telkens in het licht van deze theorieën bekeken. Eigen onderzoeksmateriaal wordt geanalyseerd vanuit de derde benadering. Dit materiaal biedt ook de basis voor een discussie over de beleidsrelevantie van de besproken ontwikkelingssociologische kaders.

ABSTRACT

In recent years, a growing interest of medical sociologists for phenomena of the Third World Countries is observed. In general their studies are rather empirical and descriptive. Although references are hardly ever made to the 'sociology of development', that theoretical background could be of much relevance for the understanding and explanation of the issues they are studying. In this paper, three of the major paradigms of the sociology of development are discussed viz. the modernization theories, the sociology of underdevelopment and the neo-marxist theory. Every time the relations between those paradigms and medical sociology are highlighted. The latter approach is applied to the author's research data about the Ngbaka-society of Zaire. These data also form the basis to discuss the political relevance of all three paradigms.

NOTEN

- 1) Met de term "gezondheidsperspectief" wordt verwezen naar het culturele aspect van het medisch systeem. Het is de gehele matrix van opvattingen, waarden, tradities, attitudes, kennis en geloofsaspecten m.b.t. ziekte, gezondheid en gezondheidszorg.
- 2) Een productiewijze zien ze, in navolging van de Althusseriaanse interpretatie van Marx' oeuvre, als een dubbele combinatie van een

aantal invariante elementen (producent, productiemiddel, productieobject, "niet-productieve" arbeider) tot enerzijds een technische productieverhouding en anderzijds een sociale productieverhouding (of eigendomsrelatie).

- 3) Het kan opvallen dat S. Amin niet bij deze stroming maar bij de vorige wordt vermeld. Deze auteur heeft inderdaad aandacht gehad voor de articulatie en de resistentie van productiewijzen (Amin, 1970 : 53 e.v.), doch de nadruk van zijn bijdragen ligt toch op het mondiaal kapitalistisch systeem en de overgang naar het socialisme.
- 4) Enerzijds wordt gebruik gemaakt van (beperkt) beschikbaar antropologisch werk over de Ngbaka en anderzijds van het materiaal verzameld tijdens eigen veldwerk (o.a. 284 interviews met Ngbaka, 25-tal interviews met genezers en ritueel genezers, administratief materiaal van een gezondheidsdienst, participerende observatie, enz.).

BIBLIOGRAFIE

- AMIN, S.,**
1970 L'accumulation à l'échelle mondiale. Paris.
- AMIN, S.,**
1973 Le développement inégal, essai sur les formations sociales du capitalisme périphérique. Paris.
- AMIN, S.,**
1976 L'impérialisme et le développement inégal. Paris.
- BARAN, P. en SWEEZY, P.,**
1966 Monopoly Capital. London.
- BIBEAU, C. en CORIN, E., e.a.,**
1979 La médecine traditionnelle au Zaïre, fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé. Ottawa.
- BURSENS, H.,**
1958 Les peuplades de l'entre Congo-Ubangi. Tervuren.
- CARNONCKEL, MGR.,**
1925 Dans L'Ubangi, in Expension Belge, 61 : 15-28.
- DEVELTERE, P.,**
1983 Medische Alternatieven en ziektegedrag in de streek van Bwamanda (Zaïre). Leuven.
- DOYAL, L.,**
1981 (a) The Political Economy of Health London.

- DOYAL, L.,**
1981 (b) Health Medecine and Underdevelopment, in WEMOS-congresmap : Gezondheid en Politiek in Ontwikkelingslanden, Amsterdam, 5-9.
- ELLING, R.,**
1981 The capitalist world system and international health, in Journal of Health Services, 11, 1 : 21-25.
- EMMANUEL, A.,**
1969 L'échange inégal, essai sur les antagonismes dans les rapports économiques internationaux. Paris.
- GLUCKSBERGH, H. en SINGER, J.,**
1982 The multinational drug companies in Zaïre ; their adverse effect on cost and availability of essential drugs, in International Journal of Health Services, 12, 3 : 381-387.
- HOOGVELT, A.M.M.,**
1982 The Third World in Global Development. London.
- JACQUEMOT, P., e.a.,**
1981 Economie et sociologie du Tiers-Monde. Paris.
- JANZEN, J.H.,**
1978 The quest for therapy in Lower Zaïre. Berkeley.
- KING, M.,**
1966 Medical Care in Developing Countries. A primer on the medicine of poverty and a symposium for Makarere. Naïrobi,
- KLECKZKOWSKI, B.M. en PIBOULEAU, R.,**
1977 Approaches to planning and design of health care to facilities in Developing Areas. Geneva.
- KLEINPENNING, J.M.G.,**
1981 Profiel van de Derde Wereld. Assen.
- LANDY, D., (ed.),**
1977 Cultural disease and healing, studies in medical antropology. New York.
- LEYDER, J.,**
1931 L'épreuve du poison chez les Bwaka, in Congo, : 25-40.
- MEILLASSOUX, C.,**
1975 Femmes, greniers et capitaux. Paris.
- MELROSE, D.,**
1982 Bitter Pills, Medecines and the Third World poor. Geneva.
- NAVARRO, V.,**
1976 Medicine under Capitalism. New York.

SLIKKERVEEN, L.J.,

1983 Medisch Pluralisme in Noord-Oost-Afrika. Leiden.

TANGHE, B.O.,

1946 Uit de geschiedenis van Midden-Afrika, De Ngbaka, in Aequatoria, 9, 2 : 64-68.

TAYLOR J.G.,

1979 From Modernization to Modes of Production. A Critique of the Sociologies of Development and Underdevelopment. London.

W.H.O.

1983 Advisory Group on the Organisation of Health in Systems based on P.H.C., The history of the W.H.O.'s Health Systems based on P.H.C., Geneva, 22-26 Augustus.