

# STREVEN NAAR SYNERGIE

Moderne en traditionele geneeswijzen in de strijd tegen HIV  
in Zuid-Afrika

April 2015

Universiteit Utrecht

Eva Bernet Kempers en Floor Oostwegel

**Liberal Arts & Sciences- Interdisciplinair sluitstuk**

*Scriptiebegleider: Dr. Hendriks, H.*

*Vakreferent biomedische wetenschappen: Dr. Coenjaerts, F.E.J.*

*Vakreferent culturele antropologie: Scholtens, R.J.*



# Inhoudsopgave

---

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>1</b>
<b>Voorwoord</b>	<b>2</b>
<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Hoofdstuk 1: Biomedische wetenschappen</b>	<b>6</b>
<i>Inleiding</i>	6
1.1 <i>De pathogenese van HIV infectie</i>	7
1.2 <i>De HIV-epidemie en risicogroepen in Zuid-Afrika</i>	9
1.3 <i>Diagnosticeren en behandelen van HIV in Zuid-Afrika</i>	11
1.4 <i>Medicijn resistentie</i>	14
1.5 <i>HIV-infectie en tuberculose</i>	16
1.6 <i>HIV-infectie en traditionele geneeskunde</i>	17
<i>Conclusie en discussie</i>	18
<b>Hoofdstuk 2: Culturele antropologie</b>	<b>21</b>
<i>Inleiding</i>	21
2.1 <i>Ziekterepresentatie in Zuid-Afrika</i>	22
2.2. <i>Culturele gebruiken en besmetting met HIV</i>	25
2.3. <i>Cultuur als verklaring voor HIV</i>	27
2.4. <i>De rol van de traditionele geneesheer in Zuid-Afrika</i>	29
2.5. <i>Een cultuur van ontkenning</i>	32
<i>Conclusie</i>	34
<b>Hoofdstuk 3: Integratie</b>	<b>36</b>
3.1 <i>Disciplinaire inzichten</i>	36
3.2 <i>Het creëren van common ground</i>	37
3.3 <i>More comprehensive understanding</i>	39
<b>Hoofdstuk 4: Conclusie en reflectie</b>	<b>41</b>
<b>Bronnen</b>	<b>42</b>

# Voorwoord

---

Deze scriptie is het resultaat van enkele maanden intensieve samenwerking tussen twee vertegenwoordigers van disciplines die zeer ver uit elkaar liggen. Vanaf het begin af aan was van ons beiden de wens om in dit interdisciplinaire sluitstuk samen te werken met een expert uit een totaal ander vakgebied. Eva (culturele antropologie) was op zoek naar een bètawetenschapper, terwijl Floor (biomedische wetenschappen) zich juist graag op een meer maatschappelijk vlak wilde begeven. Dit sloot dus perfect bij elkaar aan.

Al in de eerste bijeenkomst was het duidelijk dat het onderwerp een besmettelijke ziekte zou worden omdat dit veel culturele en medische aspecten bijeenbrengt. Het eerste virus dat ons te binnen schoot was het ebola-virus, dat een zeer actueel onderwerp zou zijn, maar al snel bleek hier te weinig literatuur over te vinden. Tijdens deze eerste fase kwam HIV meerdere keren naar voren in de literatuur. Het werd steeds duidelijker dat HIV een heel interessant onderwerp zou zijn voor beide disciplines. Zuid-Afrika was daarmee een voor de hand liggend onderzoeksterrein.

Terugkijkend is het schrijven van deze scriptie een leuke, en uitdagende ervaring geweest met veel verrassende inzichten van beide kanten. Het was een zeer leerzaam proces, en hoewel we soms door de bomen het bos niet meer zagen zijn we trots op het resultaat. We willen dan ook allereerst onze begeleider vanuit Liberal Arts & Sciences, Herman Hendriks, bedanken voor de waarschuwing de twee disciplines niet gelijk te stellen aan de twee verschillende geneeswijzen, die ons op tijd op het goede pad heeft gebracht, en voor zijn uitgebreide taalkundige feedback. Ook danken wij onze vakreferenten, Frank Coenjaerts (biomedische wetenschappen) en Rutger-Jan Scholtens (culturele antropologie) voor de bijdrage vanuit hun disciplinaire expertise.

Dan rest ons alleen u veel leesplezier te wensen,

Eva en Floor

# Inleiding

---

Het uitbreken van de ebola-epidemie in maart 2014 trok de aandacht van de hele wereld. Maandenlang bracht het journaal dagelijks de laatste updates. Bij veel mensen ontstond angst voor het uitbreken van een wereldwijde epidemie. Als je de media moest geloven, hadden we hier te maken met de gevaarlijkste epidemie in decennia.

Hier valt echter wel iets op af te dingen. Zo heeft ebola heeft de aandacht voor een andere ziekte naar de achtergrond gedrongen; een ziekte waar nog steeds geen genezing van mogelijk is en die een levenslange veroordeling tot strikt medicijngebruik met zich meebrengt: HIV/AIDS. Het lijkt alsof de problematiek rond HIV/AIDS buiten beeld geraakt is, terwijl er sinds de uitbraak in het begin van de jaren '80 van de vorige eeuw in totaal toch 39 miljoen mensen aan gestorven zijn, waarvan alleen in 2013 al 1,5 miljoen (WHO, 2014). Ter vergelijking: sinds zijn uitbraak heeft ebola nog geen 10.000 doden veroorzaakt.

Het HIV-virus heeft verreweg de meeste slachtoffers gemaakt in Zuid-Afrika (Figuur 1). Veel mensen zijn hier als gevolg van armoede niet in staat de dure medicijnen aan te schaffen, maar de strijd tegen HIV wordt ook nog door andere factoren gehinderd. Zo is het bestaan van de ziekte lange tijd ontkend door de overheid en de president, en werd bewijs erover verdoezeld (Niehaus & Johnson, 2005). Daarnaast is de culturele representatie van de ziekte bij inheemse stammen als de Zoeloe, die de grootste etniciteit van Zuid-Afrika uitmaken, zó verschillend van westerse ideeën, dat het lastig is de uit het Westen afkomstige geneeswijzen aan deze mensen op te dringen. Er gaapt een kloof van wederzijds onbegrip tussen de medische, wetenschappelijk aanvaarde theorieën en de traditionele, spirituele geneeswijzen van de inheemse bevolking. Dat er sprake is van een moeizame relatie tussen deze twee zo van elkaar verschillende opvattingen over geneeskunde wordt door diverse wetenschappers als een belangrijke barrière gezien in de strijd tegen HIV (Mills et al, 2006; Homsy et al, 2004; Kayomba et al., 2007; Liverpool et al., 2004) en draagt ertoe bij dat het aantal HIV-slachtoffers nog steeds vele malen hoger is dan zou hoeven.

In deze scriptie zal dit probleem nader worden onderzocht. Op grond van een analyse van de huidige samenwerking tussen de moderne en traditionele geneeskunde zal er getracht worden de volgende vraag te beantwoorden:

*Op welke manier kan de huidige samenwerking tussen moderne en traditionele geneeskunde met betrekking tot HIV in Zuid-Afrika worden verbeterd?*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een interdisciplinaire benadering noodzakelijk. De kern van dit vraagstuk is namelijk een complex probleem, waar factoren uit verschillende disciplines in meespelen. Voor verbetering van de samenwerking, zijn zowel culturele als medische aspecten van cruciaal belang. Door middel van een dialoog tussen de bij deze scriptie betrokken disciplines, culturele antropologie en biomedische wetenschappen, wordt getracht een relevante bijdrage te leveren aan de strijd tegen ziekte-epidemieën in Zuid-Afrika. Omdat dit probleem tot nog toe meestal vanuit één van beide disciplines is onderzocht, is deze poging tot integratie ervan vernieuwend, en een potentieel waardevolle toevoeging aan het huidige debat erover. Stillwagon (geciteerd in Schneider, 2002:S51) illustreert dit door te stellen dat *‘what has been missing is an interdisciplinary approach that incorporates biological and social data into an analysis of the social context of HIV disease in Africa’*.

In navolging van Repko (2012) zal dit interdisciplinaire onderzoek als volgt worden ingedeeld. In het eerste hoofdstuk zal HIV benaderd worden vanuit de eerste discipline, biomedische wetenschappen, aan de hand van de volgende deelvraag:

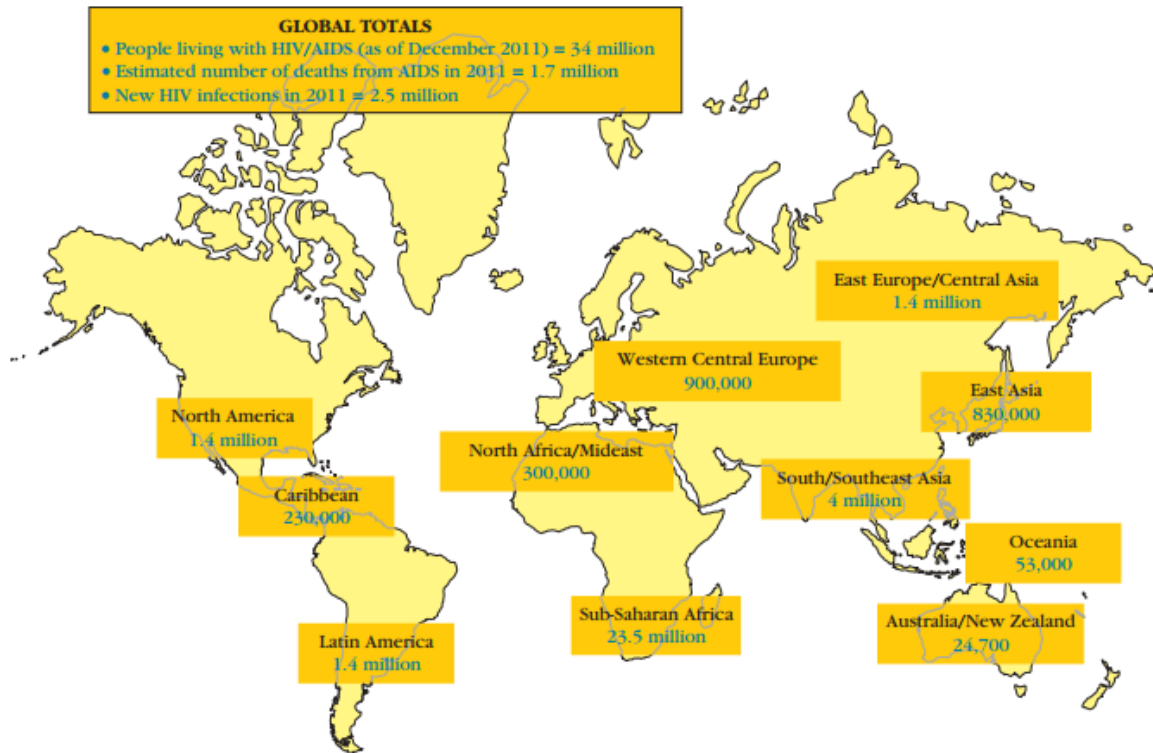
*Wat zijn de biomedische uitdagingen voor de gezondheidszorg in Zuid-Afrika met betrekking tot HIV?*

In het tweede hoofdstuk wordt aan de hand van de volgende deelvraag een antropologische kijk gegeven op het onderwerp:

*Op welke manier beïnvloeden culturele aspecten de samenwerking van moderne en traditionele geneeskunde in de strijd tegen HIV in Zuid-Afrika?*

De inzichten uit de eerste twee hoofdstukken worden in het derde hoofdstuk aan de hand van de methode van Repko (2012) met elkaar geïntegreerd. Uiteindelijk zal op basis van de hieruit resulterende ‘more comprehensive understanding’ een aantal doelstellingen worden geformuleerd met betrekking tot verbetering van de samenwerking tussen moderne en traditionele geneeskunde in Zuid-Afrika.

Figuur 1 Hoeveelheid HIV patiënten per regio in 2011 (Owen et al., 2013: 608)



# Hoofdstuk 1: Biomedische wetenschappen

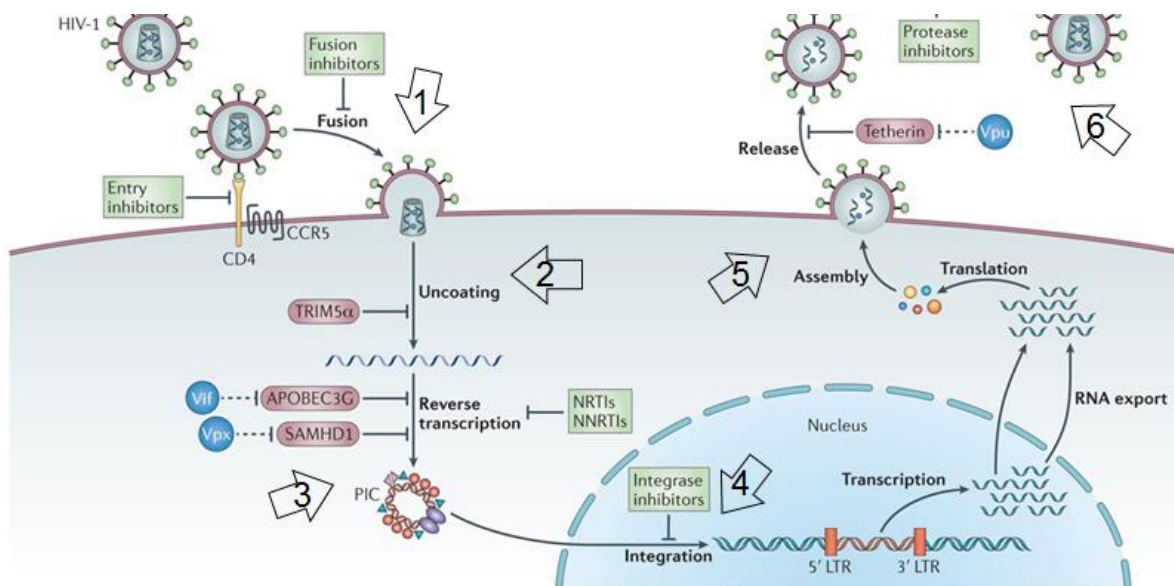
---

**Auteur: Floor Oostwegel**

## Inleiding

In het begin van de jaren 80 van de vorige eeuw werden wetenschappers geconfronteerd met een ziekte die het menselijk immuunsysteem volledig platlegt en die wordt aangeduid als *acquired immunodeficiency symptoms*, beter bekend als AIDS (Owen et al., 2013). Al redelijk snel stelde men de hypothese dat deze mysterieuze ziekte wordt veroorzaakt door een retrovirus, dat wil zeggen: een virus dat zijn genetische informatie opslaat als RNA in plaats van DNA. Destijds was het enige bekende humane retrovirus het *human T-lymphotrophic virus* (HTLV), maar dit bleek niet de veroorzaker van AIDS te zijn. In 1983 werd de structuur van een nieuw humaan retrovirus opgehelderd: dit werd toen nog *lymphadenopathy-associated virus* (LAV) genoemd, maar staat nu bekend onder de naam *humaan immunodeficiëntie virus* (HIV). Niet veel later werd officieel het verband tussen HIV en AIDS gelegd: in 1984 werd door Gallo en Levy en collega's bevestigd dat HIV de oorzaak is van AIDS (Gallo et al., 1984) (Levy et al., 1984). In de loop van meer dan 30 jaar zijn we steeds meer over dit virus te weten gekomen: we weten hoe HIV het lichaam binnen komt, hoe het virus te werk gaat en hoe we een HIV-diagnose kunnen stellen en behandelen (Barré-Sinoussi et al., 2013). Ook is duidelijk geworden dat er meerdere vormen van HIV zijn. In dit hoofdstuk zal het gaan over de meest voorkomende vorm: HIV-1 (Owen et al, 2013). Ondanks meer dan 30 jaar intensief onderzoek kan de wetenschap HIV nog steeds niet volledig verslaan. Met name in de Afrikaanse landen gelegen onder de Sahara is AIDS nog steeds doodsoorzaak nummer één. In dit disciplinaire hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de vraag: *waar liggen de uitdagingen voor de moderne geneeskunde met betrekking tot HIV in Zuid-Afrika?* Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst zullen de wijze waarop het HIV virus infecteert en zich ontwikkelt in het menselijk lichaam, of de pathogenese van een HIV-infectie, en de HIV-epidemie in Zuid-Afrika en verschillende risicogroepen worden beschreven. Daarna wordt besproken hoe een HIV-diagnose kan worden gesteld en behandeld. Vervolgens worden drie belangrijke factoren die meespelen bij het optreden van HIV-infecties in Zuid-Afrika beschreven: medicijnresistentie, tuberculose co-infectie en de

Figuur 1.1 Levenscyclus HIV virus (Barré 1 Sinoussi et al, 2013, p. 879, aangepast)



rol van traditionele geneeskunde. In de conclusie zal een antwoord op de deelvraag worden gegeven.

## 1.1 De pathogenese van HIV infectie

Voor een goed begrip van de omstandigheden rond HIV/AIDS is het belangrijk om te begrijpen hoe een infectie met het virus in de mens verloopt. In het kort ziet de levenscyclus van een HIV-virusdeeltje er zo uit: het virus gaat een cel binnen, waar het de cel zo organiseert dat deze viraal genetisch materiaal gaat maken en dit omzet in nieuwe virusdeeltjes. Die nieuwe virusdeeltjes infecteren weer nieuwe cellen en de gastcel gaat dood (Adams & Woelk, 2014). Er wordt nu uitgebreider besproken hoe HIV precies te werk gaat. In Figuur 1.1 staan alle stappen afgebeeld.

De buitenkant van het HIV virus is een soort enveloppe waarop de glycoproteïnes gp41 (transmembraansegment) en gp120 (extracellulaire component) zitten. Deze eiwitten binden zich aan het humane celmembraan middels een CD4-receptor. Daarbij moet het virus ook worden gebonden aan één of twee co-receptoren (CCR5 of CXR4) om te kunnen fuseren met het celmembraan (Didigu & Doms, 2012) (stap 1 in de figuur). Als gevolg van deze fusie betreedt de HIV-capsule, die in de enveloppe zat, de cel. Vervolgens wordt het virus verder uitgepakt, waardoor het HIV-RNA samen met virale eiwitten in het cytoplasma van de gastcel terechtkomt (stap 2) (Barré-Sinoussi et al., 2013). Over het tijdstip en de manier waarop dit gebeurt is nog weinig bekend. Het is wel duidelijk dat dit proces erg belangrijk is om de volgende stap goed te laten verlopen (Arhel, 2010). In deze volgende stap wordt het



enkelstrengs RNA omgezet in dubbelstrengs DNA, dat vervolgens kan worden geïntegreerd in het genoom van de gastcel. Het omzetten van RNA naar DNA gebeurt door het virale eiwit reverse transcriptase, dat RNA omzet in het zogeheten pre-integratie complex (PIC) (stap 3) dat vervolgens actief de celkern van de gastcel in wordt getransporteerd (Levin, 2010) (Barré-Sinoussi et al., 2013). Met behulp van het virale integrase en cofactoren die aanwezig zijn in de gastcel wordt PIC, dat bestaat uit dubbelstrengs DNA, geïntegreerd in het genoom van de gastcel (stap 4). Deze stap is essentieel voor HIV: omdat het DNA geïntegreerd is in de gastcel wordt de genetische informatie niet meer als lichaamsvreemd beschouwd zodat het virus lang latent aanwezig kan zijn (Krishnan & Engelman, 2012). Het virale DNA in het genoom van de gastheercel, wordt het provirus genoemd (Owen et al., 2013). Het provirus is in principe afhankelijk van de gastcel voor transcriptie om zich te repliceren. Maar in tegenstelling tot simpelere retrovirussen codeert HIV voor bepaalde hulp-eiwitten die essentieel zijn in en controle uitoefenen over de verdere levenscyclus van het virus (Liu et al., 2014). Het nieuw gemaakte virale RNA en de virale eiwitten worden naar het celoppervlak getransporteerd om een nieuw virus te vormen (stap 5). Hier maken nog onvolledige virussen zich los van het celmembraan en ontwikkelen zich vervolgens verder tot nieuwe infectieuze HIV-virussen. Voor deze ontwikkeling is het virale eiwit protease belangrijk: dit knipt een groot eiwit in stukjes functionele virale eiwitten (Barré-Sinoussi et al., 2013) (stap 6). De oorspronkelijke gastcel gaat in apoptose (celdood) (Cooper et al., 2013).

*The hallmark of HIV infection is the progressive depletion of CD4 T cells because of reduced production and increased destruction. (Maartens, 2014, p. 4)*

Zoals al werd opgemerkt, bindt HIV aan CD4-receptoren. Deze zitten op het membraan van CD4+-cellen, ook wel T-helpercellen genoemd. Dit zijn belangrijke cellen voor het adaptieve immuunsysteem. Het adaptieve immuunsysteem zorgt voor specifieke afweer: het verweert zich tegen specifieke ziekteverwekkers. Daarbij heeft het adaptieve immuunsysteem een geheugen waardoor bij een tweede infectie met dezelfde ziekteverwekker de specifieke afweerreactie veel sneller op gang komt. HIV-virussen infecteren voornamelijk deze CD4+-cellen maar daarnaast ook macrofagen en dendritische cellen, andere witte bloedcellen die belangrijk zijn voor het immuunsysteem. Een infectie met HIV wordt in eerste instantie gekenmerkt door een sterke stijging van het aantal virusdeeltjes in het bloed en een sterke daling van het aantal CD4+ cellen, omdat die door de infectie in apoptose gaan. In eerste instantie reageert het aspecifieke afweersysteem met een ontstekingsreactie en een activatie van natural-killer-cellen. Dit is de eerste fase van een HIV-

infectie, ook wel de acute fase genoemd. Tijdens deze fase vertoont meer dan de helft van de patiënten ook koortsachtige symptomen. Het adaptieve immuunsysteem begint ook antilichamen te maken tegen de HIV-virussen. De aanwezigheid van deze antilichamen in het bloed heet *seroconversie* en luidt een volgende fase in: de asymptomatische fase. In deze fase is de hoeveelheid CD4+-cellen redelijk in balans maar wordt niet meer zo hoog als vóór de infectie. De hoeveelheid CD4+-cellen daalt langzaam en de hoeveelheid virusdeeltjes stijgt langzaam. Deze fase kan ook onbehandeld wel 10 jaar duren. Als het aantal CD4+-cellen minder zijn dan 200 cellen per mm<sup>3</sup> (µL) plasma of als er sprake is van een specifieke infectie omdat het immuunsysteem zo zwak is ten gevolge de HIV-infectie, een opportunistische infectie genoemd, bevindt de patiënt zich in de laatste fase van een HIV infectie: AIDS. Patiënten overlijden aan een secundaire oorzaak: bijvoorbeeld een bacterie-infectie waar het immuunsysteem niet meer tegen kan vechten (Maartens, 2014) (Cohen et al., 2011) (Owen et al., 2013).

Een HIV infectie kan zo lang asymptomatisch voorkomen, en is ook zo lastig te behandelen omdat het virus latent aanwezig is in het lichaam. Dat wil zeggen dat het HIV-DNA aanwezig is in gastcellen terwijl de virus-productie stil ligt. Dit gebeurt als het HIV-virus rustende CD4+-cellen infecteert. Deze fungeren als zogeheten virale reservoirs. Er zijn weliswaar effectieve antiretrovirale middelen beschikbaar, die later uitgebreider zullen worden besproken maar helaas blokkeren deze slechts de reproductie van HIV: ze kunnen HIV niet uit het lichaam elimineren. De aanwezigheid van deze virale reservoirs zorgt er voor dat het eigen immuunsysteem noch antiretrovirale middelen HIV volledig kunnen verslaan (Maartens, 2014) (Pierson et al, 2000).

## 1.2 De HIV-epidemie en risicogroepen in Zuid-Afrika

*Access to appropriate public health practice is often determined by a small number of political leaders. In the case of South Africa, many lives were lost because of a failure to accept the use of available ARVs [antivirals: anti-retroviral medication] to prevent and treat HIV/AIDS in a timely manner. (Chigwedere et al., 2008, p. 414)*

De HIV-epidemie treft Zuid-Afrika harder dan elk ander land ter wereld. In Zuid-Afrika leeft 19,1% van de bevolking met HIV. HIV/AIDS is dan ook nog steeds de voornaamste doodsoorzaak in Zuid-Afrika: 33,2% van de sterfgevallen in 2012 was het gevolg van HIV/AIDS (WHO, 2012). Na de apartheid vormden de omstandigheden in Zuid-Afrika een

perfecte omgeving voor de verspreiding van virussen als HIV, maar ook van tuberculose. Arbeiders zagen zich genoodzaakt om op zoek naar werk van het platteland naar overdrukke steden te trekken en daar te verblijven in hostels waar veel prostitutie voorkwam. Deze migratie naar de stad om te werken en weer terug naar een partner op het platteland was zeer bevorderlijk voor de verspreiding van HIV zo makkelijk. Daarnaast is HIV door de Zuid-Afrikaanse overheid lang ontkent. Pas in 1994, dus meer dan 10 jaar na de uitbraak, werd HIV als een prioriteit gezien (Abdool Karim et al., 2009). In een studie door Chigwedere et al. (2008) wordt geschat dat meer dan 330 000 levens het equivalent van 2,2 miljoen persoonsjaren, verloren zijn gegaan door het niet verstrekken van medicijnen tegen HIV, terwijl deze wel al op de markt waren.

Het HIV-virus wordt overgedragen door contact met geïnfecteerd bloed, melk, semen of vaginale vloeistof (Owen et al., 2013). Dit betekent dat HIV voornamelijk wordt overgedragen (a) tijdens (onveilige) seks; (b) van moeder op kind; of (c) door verkeerd gebruik van injectienaalden (UNAIDS, 2010). Deze drie overdragswijzen worden hier afzonderlijk besproken, met betrekking tot de situatie in Zuid-Afrika.

*HIV infectie ten gevolge van onveilige seks* is de grootste risicofactor over de hele wereld, en ook in Zuid-Afrika. Kort na de uitbraak werd HIV in Zuid-Afrika gezien als een ziekte die alleen voorkwam onder mannen die seks hebben met mannen (MSM). Rond 1988 begon zich echter een nieuw subtype van het virus in Zuid-Afrika te verspreiden: HIV-1C. Dit is een ander subtype dan HIV-1B, dat veel voorkomt in Europa en Noord Amerika en vooral onder MSM. HIV-1C is nu nog steeds het dominante subtype in Zuid-Afrika, en in overeenstemming daarmee is besmetting onder heteroseksuelen de overheersende vorm van transmissie in Zuid-Afrika (Abdool Karim et al., 2009). De grootste HIV-prevalentie betreft vrouwen tussen de 15 en 49 jaar (Stats SA, 2014). Hiervoor is een aantal redenen te noemen. Allereerst dragen mannen HIV tweemaal zo efficiënt over als vrouwen, waardoor vrouwen een beduidend groter risico op HIV infectie lopen tijdens onveilige seks met een geïnfecteerde man, dan omgekeerd. Daarnaast is het in de Afrikaanse cultuur voor mannen meer geaccepteerd om meerdere sekspartners te hebben dan voor vrouwen, waardoor de kans op verspreiding vergroot wordt. Daarnaast spelen ook sociale factoren een grote rol in de grote prevalentie van HIV bij vrouwen in Zuid-Afrika. Er is veel genderongelijkheid en geweld tegen vrouwen. Vrouwen hebben een lagere economische status, waardoor veel jonge en/of gescheiden vrouwen gedwongen zijn om zichzelf als sekswerker te verkopen. Verkrachting komt (ook binnen het huwelijk) veel voor en vindt in de regel niet met condoom plaats. Over het algemeen staan vrouwen positiever tegenover het gebruik van condooms dan mannen,

maar het is lastig om hier bij een partner op aan te dringen. Dit komt doordat condoomgebruik wordt geassocieerd met minder seksueel plezier en met prostitutie (Jewkes et al., 2010) (Ackermann & de Klerk, 2002). Bij mannen is besnijdenis een significante risico verlagende factor voor het oplopen van een HIV-infectie, maar dit is vooral van belang in andere delen van Afrika: in Zuid-Afrika behoort besnijdenis niet tot de culturele gebruiken (Weiss et al., 2000).

*Transmissie van moeder naar kind* is een groot probleem in ontwikkelingsregio's dat in principe met een goede behandeling voorkomen kan worden. Onder ideale condities kan meer dan 96% van deze transmissies worden tegengegaan met een antiretrovirale therapie bij zowel moeder als kind (Paredes et al., 2013). In Zuid-Afrika zijn de cijfers hoopvol: 90% van de moeders geïnfecteerd met HIV heeft een behandeling gekregen om transmissie van moeder naar kind te voorkomen, waardoor de incidentie van HIV onder kinderen drastisch is verlaagd. Hierin verschilt Zuid-Afrika sterk van andere ontwikkelingsregio's. Ondanks deze maatregelen is HIV/AIDS in Zuid-Afrika toch nog steeds de grootste oorzaak van moedersterfte, en kan ook nog steeds 35% van de doden onder kinderen jonger dan vijf jaar aan HIV/AIDS worden toegeschreven (UNAIDS, 2010).

*Verkeerd gebruik van injectienaalden* kan worden onderverdeeld in besmetting tijdens een bloedtransfusie met geïnfecteerd bloed en drugsgebruik. Drugsgebruik is een relatief nieuw fenomeen in Zuid-Afrika. In het UNAIDS report (2010) wordt de HIV-prevalentie onder drugsgebruikers in Zuid-Afrika geschat op 12%, maar precieze data zijn nauwelijks beschikbaar en daarom ook zeer moeilijk te verkrijgen. Toen duidelijk was geworden dat HIV overdraagbaar is via bloed heeft de *South African National Blood Service* (SANBS) een beleid opgesteld om te zorgen dat bloedtransfusies veilig kunnen verlopen. De HIV-prevalentie onder bloeddonoren is dan ook laag: 0,67% (Vermeulen et al., 2009).

### 1.3 Diagnosticeren en behandelen van HIV in Zuid-Afrika

De belangrijkste methode om een HIV-diagnose te stellen maakt gebruik van de ELISA-techniek. Met deze techniek kan worden vastgesteld of er antilichamen tegen het virus aanwezig zijn in het bloed: met name het antilichaam gericht tegen het HIV-eiwit p24. Een positieve p24-ELISA-test wordt vervolgens gecontroleerd met een Western-Blot. Een Western-Blot gaat ook op zoek naar antilichamen en wordt gebruikt om vals-positieve reacties van de ELISA-test uit te sluiten. Het duurt gemiddeld 6 tot 12 weken voordat deze

antilichamen in het bloed aanwezig zijn, maar het kan ook 6 maanden duren (Owen et al., 2014). De nadelen van een ELISA-test zijn dat er bloed geprikt moet worden, dat er een laboratorium beschikbaar moet zijn en dat het tijd kost. Er zijn ook sneltesten voor HIV-diagnose beschikbaar die buiten een kliniek kunnen worden uitgevoerd en meestal binnen 30 minuten een uitslag geven. Het grootste probleem met deze testen is dat ze minder sensitief zijn, vooral in het begin van een HIV-infectie (Patel et al., 2012).

In Zuid-Afrika zegt 50% van de volwassenen nog nooit getest te zijn op HIV. Redenen hiervoor zijn te lange wachttijden en het gebrek aan privacy in een kliniek. Er is angst voor discriminatie van mensen die HIV-positief blijken te zijn: daarom wordt er liever niet getest. Bij de sneltesten volstaat in plaats van bloed een beetje slijm uit de wang om te kijken of een persoon seropositief is en dus antilichamen tegen HIV in zijn bloed heeft. Doordat deze sneltesten zo eenvoudig is lopen er meerdere trials met doe-het-zelf-HIV-testen. Deze hebben het grote voordeel dat de test thuis kan worden gedaan en er dus meer privacy is voor de patiënt. Een positieve test moet wel worden bevestigd door een test in de kliniek (Pant Pai et al., 2013).

HIV kan nog niet worden verslagen, maar al snel na de uitbraak van HIV werd het duidelijk dat antiretrovirale medicijnen (ook wel HIV-remmers genoemd) gebruikt kunnen worden om HIV te behandelen. In 1988 was de eerste HIV-remmer beschikbaar: zidovudine (Lu et al., 2013). Tegenwoordig kan HIV in principe als een chronische ziekte worden beschouwd. Vooral in westerse landen kunnen mensen lang leven met een HIV-besmetting. Het heeft echter een stuk langer geduurd voordat deze medicijnen ook in ontwikkelingsregio's beschikbaar werden. In Zuid-Afrika lag dat onder andere aan een disfunctioneren van de overheid (Abdool Karim et al., 2009). Een andere oorzaak is het feit dat het dominante subtype van HIV in Europa en Noord-Amerika HIV-1B is, terwijl in Zuid-Afrika HIV-1C het meest voorkomt. Er is aanvankelijk weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de HIV-remmers op dit laatste subtype. Nu is bekend dat HIV-remmers even goed tegen HIV-1C als HIV-1B werken. Ook was men bang dat in minder moderne ziekenhuisomgevingen de medicijnen niet goed zouden worden gebruikt en dit tot resistentie zou leiden (waarover later meer). En bovendien zijn deze medicijnen duur (Lu et al., 2013).

Er zijn verschillende klassen antiretrovirale middelen, die ieder op een ander moment in de op het begin van dit hoofdstuk besproken levenscyclus van het virus ingrijpen. Allemaal blokkeren ze de replicatie van het virus. In Figuur 1.1 zijn de onderstaande HIV-remmers geplaatst bij de stap die ze blokkeren.

- **Chemokine co-receptor-antagonisten** (entry-inhibitors in Figuur 1.1). Het HIV-virus bindt aan de CCR5-receptor van een witte bloedcel. Deze medicijnen kunnen ook aan die receptor binden, waardoor HIV de cel niet meer binnen kan.
- **Fusie-inhibitoren**. Om de cel binnen te gaan moet het HIV-virus fuseren met het celmembraan van de gastcel. Fusie-inhibitoren verhinderen dit.
- **Nucleoside reverse transcriptase-inhibitoren** (NRTI's). Deze medicijnen lijken op nucleosiden (bouwstenen van het DNA), en zorgen ervoor dat de omzetting van RNA naar DNA niet volledig kan plaatsvinden: ze blokkeren de reverse transcriptase-stap. Zo kunnen er geen nieuwe HIV-exemplaren ontstaan.
- **Nonnucleoside reverse transcriptase-inhibitoren** (NNRTI's). Ook deze medicijnen blokkeren de reverse transcriptase-stap, maar doen dit door aan het eiwit te binden en het zo te inactiveren.
- **Integrase-inhibitoren**. Integrase wordt geproduceerd door het retrovirus en zorgt ervoor dat het virale DNA wordt geïntegreerd in de gastcel. Integrase-inhibitoren verhinderen dat.
- **Protease-inhibitoren**. Deze medicijnen blokkeren het enzym protease. Dit enzym is nodig in de laatste stap van het bouwen van een nieuw virusdeeltje.

Het risico dat zich opportunistische infecties ontwikkelen ten gevolge van HIV (AIDS) groeit enorm als de hoeveelheid CD4+-cellen in het plasma (CD4-count) lager wordt dan 200 cellen per  $\text{mm}^3$ . Een normale CD4+-count ligt rond de 500-1200 cellen per  $\text{mm}^3$ . Een CD4+-count onder de 500 cellen per  $\text{mm}^3$  wordt al gerelateerd aan een HIV infectie (Lloyd, 1996). Volgens WHO-richtlijnen moet antiretrovirale therapie worden voorgeschreven aan een patiënt als de CD4+-count minder dan 500 cellen per  $\text{mm}^3$  plasma bedraagt (WHO, 2014). Omdat CD4+-counts in Zuid-Afrika en andere ontwikkelingsregio's vaak niet voorhanden of te duur zijn, is er door de WHO een lijst van symptomen opgesteld die de HIV infectie faseren. Met dit zogeheten *WHO-staging systeem* kan de infectie ook zonder CD4+-counts worden gevolgd: dit is vooral belangrijk om te bepalen of een therapie succesvol is (Adams & Woelk, 2014).

HIV-remmers worden ook gebruikt om een infectie te voorkomen. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij koppels waarbij één persoon HIV heeft, ook wel discordante koppels genoemd. Door preventief HIV-remmers te slikken wordt de kans op infectie significant

verlaagd. Dit preventieve gebruik wordt ook toegepast bij zwangere vrouwen die HIV hebben om te verhinderen dat de baby wordt geïnfecteerd (Adams & Woelk, 2013) (Owen et al., 2014).

Antiretrovirale therapieën brengen bijwerkingen met zich mee. De precieze bijwerkingen verschillen per therapie. Het kan om milde bijwerkingen gaan (uitslag, diarree, misselijkheid, hoofdpijn) maar ook om meer serieuze bijwerkingen die zelfs levensbedreigend kunnen zijn (Montessori et al., 2004). Wanneer dat het geval is, wordt er overgestapt op een andere therapie, maar die dan wel voorhanden moet zijn (“Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-infected Adults and Adolescents”, 2014).

Vooraf in de westerse wereld is de komst van antiretrovirale therapieën de reden dat een HIV infectie vandaag de dag voor de patiënt geen doodvonnis maar een chronische ziekte betekent. Negen op de tien HIV-geïnfecteerden leeft echter in ontwikkelingsregio's. Voor een effectieve HIV-therapie is het niet alleen nodig om te beschikken over de beste medicijnen die bij de patiënt passen, maar zijn ook een goede infrastructuur van de gezondheidszorg en voldoende geld noodzakelijk. Aan al deze factoren schort het in ontwikkelingsregio's. Het beste middel om de HIV-epidemie te stoppen zou een vaccin tegen het virus zijn. Toen HIV net was uitgebroken dacht men een vaccinatie wel binnen twee jaar beschikbaar zou zijn. Tegenwoordig vragen wetenschappers zich af of het überhaupt wel mogelijk is om een vaccinatie tegen HIV te ontwikkelen. De ontwikkeling van vaccins tegen andere besmettelijke ziektes kostte gemiddeld 10 jaar en 100 miljoen dollar. In het geval van HIV zijn we inmiddels al meer dan 20 jaar en honderden miljoenen dollars verder, tot nog toe zonder succesvol resultaat (Lu et al., 2013) (Owen et al., 2014).

## 1.4 Medicijn resistentie

Het HIV-virus is een slim virus met een hoge mutatie snelheid. Dit betekent dat het zich snel aanpast aan zijn omgeving, waardoor er binnen een besmet individu *quasispecies* ontstaan: virusdeeltjes die zich zo hebben aangepast dat ze niet meer vatbaar zijn voor een aanval van het immuunsysteem van het betreffende individu of voor een specifieke antiretrovirale therapie. Dit laatste kan zich voordoen als antiretrovirale medicijnen virale replicatie onvoldoende onderdrukken, bijvoorbeeld wanneer de behandeling wordt onderbroken of wanneer er een suboptimale combinatie van verschillende HIV-remmers wordt toegepast. In dit geval onderdrukt de therapie de replicatie van het virus niet, maar zijn de medicijnen wel

aanwezig in het lichaam: daardoor weet het virus precies waar het zich tegen moet verweren. Een patiënt die besmet is met een HIV-virus dat resistent is tegen een bepaalde therapie draagt, als hij een ander besmet, ook een resistent virus over.

De kans op resistentie verschilt per medicijn. Medicijnen met een lage genetische barrière werken bij één puntmutatie in het virus al niet meer. Dit in tegenstelling tot medicijnen met een hoge genetische barrière: daarvoor moet het virus meerdere mutaties ondergaan om niet meer vatbaar te zijn voor de therapie (Lu et al., 2013). Om een snelle ontwikkeling van resistentie tegen te gaan wordt over het algemeen niet één medicijn maar een combinatie van medicijnen teogediend (Adams & Woelk, 2014). Deze ‘cocktails’ van HIV-remmers worden *highly active antiretroviral therapy* (HAART) genoemd en bestaan over het algemeen uit drie of meer soorten medicijnen uit verschillende klassen (Owen et al., 2013).

Omdat de gezondheidszorg in ontwikkelingsregio’s als Zuid-Afrika vaak niet optimaal is, vormt resistentie vooral in deze regio’s een probleem. Er zijn een aantal factoren die meespelen in dit proces (Lu et al., 2013):

- **Geen mogelijkheid tot het monitoren van de primaire therapie en geen mogelijkheid tot een secundaire therapie als de primaire therapie faalt.** Om een HIV-infectie goed te behandelen is het belangrijk om te blijven monitoren of een therapie werkt en anders over te gaan op een nieuwe behandelmethode. Dit monitoren kan adequaat gebeuren door een CD4+-count. Zo’n count is echter duur en om die reden vaak geen optie in ontwikkelingsregio’s. Een alternatief is het eerder genoemde WHO-staging systeem, maar dit is veel minder nauwkeurig en vergroot de kans dat er pas laat naar een andere therapie wordt omgeschakeld. Als een patiënt wordt behandeld met een falende therapie wordt de replicatie van het virus niet onderdrukt terwijl het medicijn wel aanwezig is, dit geeft het virus ruimte om resistentie te ontwikkelen. Andersom ligt het vaak aan resistentie dat de primaire therapie faalt (Manasa et al, 2013). Een belangrijk bijkomend probleem is dat er vaak überhaupt geen andere therapie voorhanden is.
- **Maatschappelijke en omgevingsfactoren.** De kosten en toegankelijkheid van medicijnen vormen een probleem in Zuid-Afrika. Daarbij komt dat de gezondheidszorg vaak tekortschiet: er zijn te weinig dokters en verpleegkundigen en er is niet genoeg kennis over de optimale behandelwijze van HIV. In het verleden



werd vooral gekozen voor goedkope therapieën. Dit zijn vaak therapieën met lage genetische barrières, waardoor de kans op resistentie groot is.

- **Overdragen van resistentie van moeder op kind.** Hierboven is al gesproken over het risico van het overdragen van HIV van moeder op kind. Een suboptimale antiretrovirale therapie bij zwangere vrouwen leidt vaak tot de ontwikkeling van resistent HIV-virus, dat dan weer wordt overgedragen op de baby (Paredes et al., 2013).

## 1.5 HIV-infectie en tuberculose

De HIV- en tuberculose-epidemieën in Zuid-Afrika zijn sterk gerelateerd. Zoals al eerder gezegd is de HIV-epidemie verreweg het grootst in Zuid-Afrika, maar ook de tuberculose-epidemie is één van de ergste ter wereld (Abdool Karim et al., 2009). Tuberculose is in Zuid-Afrika dan ook de meest voorkomende opportunistische infectie waar HIV patiënten uiteindelijk aan doodgaan. In de Zuid-Afrikaanse provincie KwaZulu is ongeveer 80% van de tuberculose patiënten gecoïnfecteerd met HIV. Het resistentie probleem dat speelt bij HIV is ook van toepassing op het tuberculose-virus: steeds meer tuberculose-virussen zijn *multi-drug resistant* (Ghandi et al., 2006).

*A syndemic is defined as the convergence of two or more diseases that act synergistically to magnify the burden of disease. The syndemic interaction between the human immunodeficiency virus (HIV) and tuberculosis (TB) epidemics has had deadly consequences around the world. (Kwan & Ernst, 2011, p. 352)*

Tuberculose is in principe te genezen met medicijnen, maar de progressie van de ziekte gaat veel sneller wanneer de patiënt gecoïnfecteerd is met HIV (Regazzi et al., 2014). Dat komt doordat CD4+-cellen ook een centrale rol spelen in de pathogenese van een tuberculose-infectie (Kwan & Ernst, 2011). Volgens de WHO-richtlijnen moet iedereen die gecoïnfecteerd is met HIV en tuberculose meteen antiretrovirale therapie krijgen, ongeacht de CD4+-count van de patiënt (UNAIDS, 2010). Een simultane behandeling tegen HIV en tuberculose is echter ingewikkeld, vooral vanwege het optreden van significante interacties tussen de verschillende medicijnen (Regazzi et al., 2014). Die interacties kunnen tot gevolg hebben dat een therapie faalt of dat er resistentie optreedt van zowel tuberculose als HIV. Ook kan de interactie toxisch voor de patiënt (Kwan & Ernst, 2011).

## 1.6 HIV-infectie en traditionele geneeskunde

*Then quite abruptly, the advent of 'scientific medicine' in the later 1800s seriously undermined the unquestioned acceptance of past medical tradition (Liverpool et al., 2004, p. 823)*

We hebben gezien hoe HIV in Zuid-Afrika in de kliniek wordt behandeld en wat de voornaamste uitdagingen hierbij zijn. Naast de reguliere geneeskunde speelt ook traditionele geneeskunde een grote rol in Zuid-Afrika. De dokter-patiënt ratio in Zuid-Afrika is 0,77 per 1000. De meeste dokters (73%) werken echter in privé klinieken, die ontoegankelijk zijn voor het overgrote deel van de Zuid-Afrikaanse bevolking. In de publieke gezondheidszorg is de ratio maar liefst 1 dokter per 4219 mensen. De beschikbaarheid van traditionele geneesheren voor Zuid-Afrikaanse burgers bedraagt daarentegen 1 per 500: een groot contrast (Davids et al., 2014). Dit maakt dat traditionele helers een belangrijke plaats innemen in de Zuid-Afrikaanse gezondheidszorg (Abdool Karim et al., 2009). De meerderheid van de Zuid-Afrikanen zoekt bij ziekte eerst hulp bij traditionele geneesheren (van Niekerk, 2012). In het disciplinaire deel van culturele antropologie zal dieper worden ingegaan op de manier waarop de Zuid-Afrikaanse traditionele geneeskunde omgaat met HIV/AIDS.

Vaak worden traditionele geneeswijzen en moderne geneeskunde naast elkaar geraadpleegd, bijvoorbeeld om de vervelende bijwerkingen van antiretrovirale therapie te verzachten of voorkomen (Davids et al., 2014). Andere redenen om voor het gebruik van traditionele medicijnen naast antiretrovirale therapie zijn druk vanuit de familie, een algemene gezondheidsboost of om HIV-gerelateerde symptomen te verzachten (Puoane et al., 2012). Traditionele geneeswijzen maken veel gebruik van geneeskrachtige kruiden. Sommige van deze planten, zoals de *Sutherlandia frutescens*, blijken in vitro inderdaad antiretrovirale activiteit te bezitten. Deze plant vergroot de energie, de eetlust en het gewicht van HIV-patiënten. Er zijn echter ook planten die een chemische interactie aangaan met antiretrovirale medicijnen, wat kan leiden tot toxiciteit, het falen van een behandeling of resistentie (Babb et al., 2007). Dit is vaak niet bekend bij de helers of HIV-patiënten.

Onder andere op aanraden van de WHO is Zuid-Afrika al een tijd bezig met het professionaliseren van de traditionele geneeskunde. Een belangrijke stap hierin is het opstellen van de *Traditonal Health Practioners Act*, waarin bijvoorbeeld de eisen van standaardscholing voor traditionele geneesheren worden gereguleerd (Wreford, 2008). Steeds meer wordt ingezien dat de waarde van traditionele helers niet onderschat moet worden. Mede

door een te lage capaciteit hebben dokters maar weinig tijd voor contact met patiënten; dit in tegenstelling tot traditionele helers die 24 uur per dag voor hun patiënten klaarstaan (Liverpool et al., 2004). Ook heeft de WHO aangegeven dat er meer aandacht moet komen voor mentale gezondheid bij HIV-patiënten. Verschillende studies hebben aangetoond dat er vaak depressies of angststoornissen voorkomen bij mensen die er net achter zijn gekomen dat ze HIV-positief zijn. Dit heeft invloed op hun motivatie om CD4+-counts te blijven doen en op hun kwaliteit van leven. Deze factoren hebben weer een negatieve invloed op het verloop van de HIV-infectie (Collins et al., 2006) (Oly et al., 2004).

## Conclusie en discussie

In dit disciplinaire hoofdstuk is geprobeerd een antwoord te geven op de vraag waar de uitdagingen liggen voor de moderne geneeskunde met betrekking HIV in Zuid-Afrika. Hiertoe werd eerst beschreven hoe een HIV-infectie in de mens verloopt en werd de epidemiologische achtergrond van deze epidemie geschetst. HIV is een complex virus dat zich lang kan schuilhouden in CD4+-cellen, die belangrijk zijn binnen het immuunsysteem. Pas in de laatste fase van een HIV-infectie heeft een patiënt AIDS: dat is de fase dat waarin het immuunsysteem zo zwak is geworden dat het zich niet meer kan verdedigen en de patiënt doorgaans overlijdt aan een opportunistische infectie. In Zuid-Afrika is de HIV-epidemie verreweg de grootste ter wereld en nog steeds groeiende. De hoogste prevalentie van HIV treft vrouwen tussen de 15 en 49 jaar, en dit heeft naast fysiologische ook sociale redenen die niet over het hoofd mogen worden gezien.

Eén van de uitdagingen in Zuid-Afrika ligt in het testen op HIV. Slechts 50% van de Zuid-Afrikanen is op de hoogte van zijn HIV-status. Dit ligt onder andere aan lange wachttijden bij de kliniek en angst voor discriminatie ('wat niet weet wat niet deert'). Op dit moment wordt gewerkt aan doe-het-zelf HIV-sneltesten in Zuid-Afrika die dit probleem zouden moeten terugdringen. Het is na een HIV-positieve uitslag belangrijk dat een patiënt regelmatig een CD4+-count laat doen om te kijken wanneer hij of zij HIV-remmers moet gaan slikken (vanaf een CD4+-count van minder dan 500 cellen/mm<sup>3</sup>). Ook dit is een aandachtspunt voor Zuid-Afrika, omdat deze vervolgonderzoeken tot nog toe te weinig worden gedaan, waardoor patiënten vaak te laat aan antiretrovirale therapie beginnen. Nog een stap verder: ook als de patiënt gestart is met HIV-remmers moet de infectie nog steeds worden gemonitord om vast te stellen of hij of zij trouw is aan de therapie en of de

behandeling werkt, teneinde resistentie te voorkomen. Ook hier bevindt zich een verbeterpunt in de Zuid-Afrikaanse gezondheidszorg: zowel een capaciteitsprobleem als een stigma rondom HIV zijn belangrijke oorzaken van de genoemde problemen.

Het grootste deel van de HIV-patiënten in Zuid-Afrika overlijdt uiteindelijk aan een tuberculose co-infectie. Antiretrovirale therapieën en tuberculose-medicijnen worden vaak simultaan gebruikt. Deze medicijnen kunnen echter onderling interacteren. Dit kan toxisch zijn of de behandeling kan falen waardoor ook weer resistentie kan optreden. Kennis over de optimale behandeling van een HIV/tuberculose co-infectie is daarom noodzakelijk.

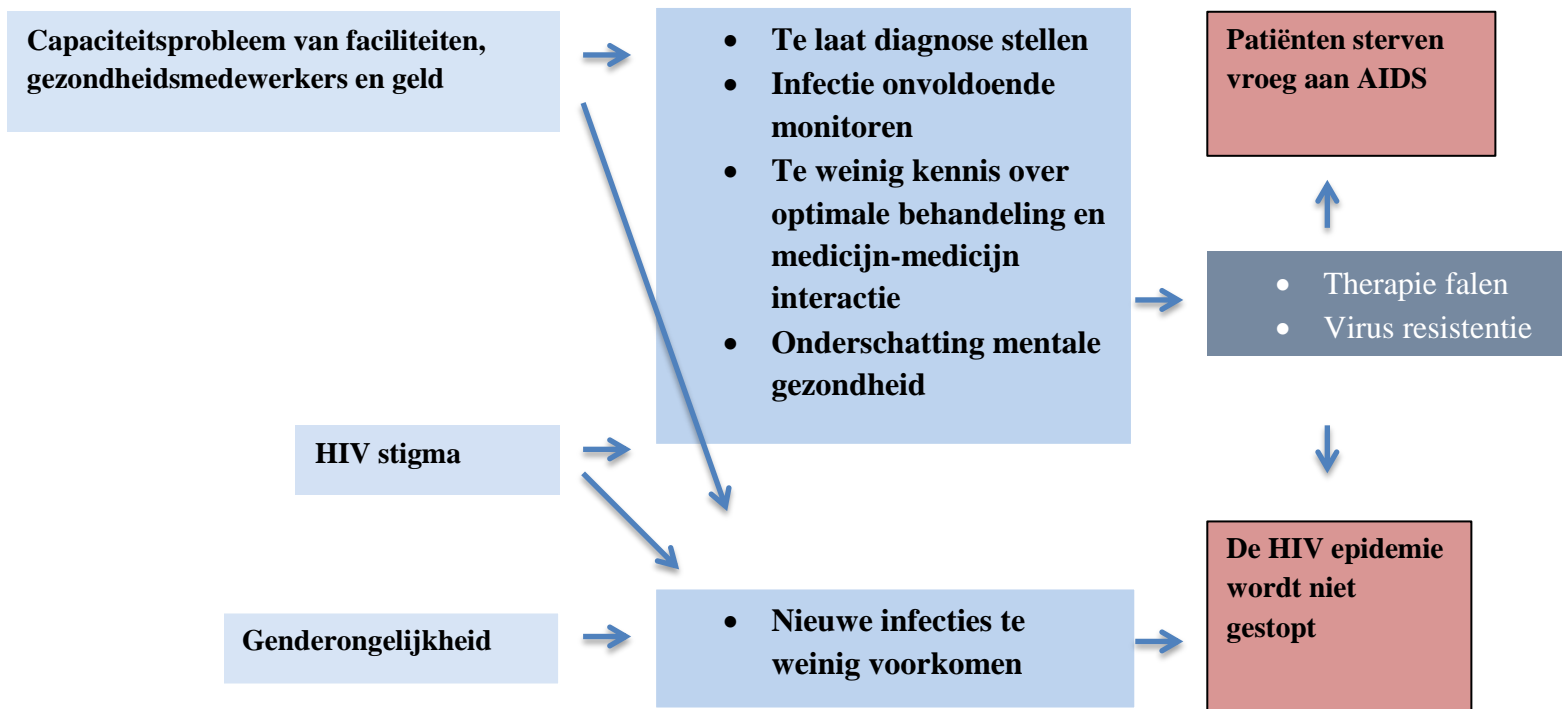
Vaak worden traditionele geneeskunde en moderne geneeskunde in Zuid-Afrika tegelijkertijd geraadpleegd. Het aantal traditionele geneesheren per burger is ook veel hoger dan het aantal moderne artsen, wat ook weer een capaciteitsprobleem in de gezondheidszorg toont. Het probleem dat optreedt bij een gelijktijdige behandeling door een traditionele geneesheer en een moderne arts lijkt op het probleem van een simultane HIV en tuberculose therapie. Er is heel weinig bekend over de interactie tussen door de traditionele geneeskunde gebruikte kruiden en HIV-remmers. Deze zou toxisch kunnen zijn of leiden tot falen van de behandeling, waardoor resistentie kan optreden. Een belangrijk aspect van een HIV-infectie is de mentale gezondheid van de patiënt. Een depressieve patiënt gaat minder vaak terug naar de kliniek om zijn infectie of behandeling te laten monitoren.

In Figuur 1.2 zijn de problemen voor de Zuid-Afrikaanse gezondheidszorg weergegeven. De oorzaak van veel problemen ligt vooral in een capaciteitsprobleem van faciliteiten, medewerkers en geld, en in het bestaan van een stigma rond HIV. Dit heeft tot gevolg dat er te laat een HIV-diagnose wordt gesteld, dat de infectie en de behandeling te weinig worden gemonitord, dat er te weinig kennis is over medicijn-medicijn interactie, en dat er onvoldoende aandacht is voor de mentale gezondheid van een HIV-patiënt. Op hun beurt leiden deze gevolgen allemaal tot therapie-falen en eventueel ook virusresistentie. Al deze problemen hebben weer tot gevolg dat patiënten in Zuid-Afrika te vroeg sterven aan AIDS en dat de epidemie geen halt kan worden toegeroepen omdat de hoeveelheid infecties nog steeds oploopt. Een andere reden waarom de HIV epidemie nog niet tot stilstand is gebracht, is dat nieuwe infecties te weinig worden voorkomen. Hieraan ligt naast het capaciteitsprobleem en het HIV stigma ook genderongelijkheid ten grondslag.

In dit disciplinaire deel is getracht om aan de hand van beschikbare biomedische literatuur een beeld te schetsen van HIV in Zuid-Afrika. Deze studie heeft zich daarbij noodzakelijkerwijs gericht op een beperkt aantal factoren. Hierbij moet echter worden

opgemerkt dat de situatie te complex is om deze volledig te beschrijven in de ruimte en tijd die beschikbaar waren voor dit onderzoek.

**Figuur 1.2 Schematische weergaven van problemen rondom HIV in Zuid-Afrika**



# Hoofdstuk 2: Culturele antropologie

---

**Auteur: Eva Bernet Kemper**

*The meaning of illness for an individual is grounded in-though not reducible to -the network of meanings an illness has in a particular culture: the metaphors associated with a disease, the ethnomedical theories, the basic values and conceptual forms, and the care patterns that shape the experience of the illness and the social reactions to the sufferer. (Good & Good, 1981: 312)*

## Inleiding

Cultuur wordt meestal gedefinieerd als de verzameling gebruiken en tradities van een groep mensen, die via leerprocessen wordt doorgegeven aan verschillende generaties. In de laatste decennia is men steeds meer gaan beseffen dat cultuur de grondslag is voor hoe gezondheid en gezondheidszorg worden beschouwd en begrepen (Arhihenbuwa & Webster, 2004: 5). Het besef dat cultuur zo centraal staat binnen dit thema is belangrijk, omdat in veel moderne westerse theorieën en modellen van gezondheidszorg de notie ‘cultuur’ überhaupt niet wordt gedisconteerd. Wanneer men echter deze moderne theorieën gebruikt om in Afrika toe te passen op de HIV-epidemie, valt te verwachten dat men op problemen stuit.

In dit hoofdstuk zal er daarom vanuit de culturele antropologie een antwoord worden gegeven op de volgende deelvraag: *Op welke manier beïnvloeden culturele aspecten de samenwerking van moderne en traditionele geneeskunde in de strijd tegen HIV in Zuid-Afrika?*

Door middel van een literatuurstudie zal getracht worden de verschillende inzichten met betrekking tot deze deelvraag te inventariseren. Allereerst zal gekeken worden naar de algemene ziekterepresentatie van HIV, en de wijze waarop deze verschilt van die van de moderne geneeskunde, vervolgens zullen de culturele aspecten die vaak worden genoemd als causale oorzaak voor HIV kritisch worden besproken, en ten slotte zal er worden ingegaan op de rol van de traditionele geneesheer en het taboe dat HIV met zich meebrengt. Omdat er met betrekking tot dit onderwerp verschillende meningen en stromingen zijn binnen de antropologie, zal getracht worden een zo kritisch en uitgebalanceerd mogelijk beeld te geven. Er zal voornamelijk worden gefocust op de traditionele Zoeloe, die de grootste etniciteit

uitmaken van Zuid-Afrika

Voor dit onderzoek is geen antropologisch veldwerk gedaan omdat het een literatuurstudie betreft, maar er zal regelmatig geciteerd worden uit etnografieën van andere antropologen om de argumenten te illustreren.

## 2.1 Ziekterepresentatie in Zuid-Afrika

Binnen de culturele antropologie wordt het begrip ‘ziekte’ vooral omschreven vanuit de beleving van de zieke. Een ziekte wordt dus niet beschouwd als een universele menselijke zijnstoestand. Verschillende volken definiëren ziektes op andere manieren, en hebben ook verschillende methodes ontwikkeld om met ziektes om te gaan. De moderne, westerse geneeswijze is er dan ook maar één onder vele anderen.

De manier waarop een ziekte binnen een bepaalde cultuur wordt beschouwd wordt binnen de sociale wetenschappen een *ziekterepresentatie* genoemd (Lidell et al., 2005:692).

Scharloo et al. (1998) onderscheiden vijf dimensies van een ziekterepresentatie:

1. Identiteit: het label dat geplaatst wordt op de ziekte en haar symptomen
2. Oorzaken: ideeën over hoe men ziek wordt
3. Consequenties: de verwachte uitkomst van de ziekte
4. Tijdlijn: ideeën over het verloop van de ziekte
5. Controleerbaarheid: geloof over de mate waarin de ziekte kan worden voorkomen en genezen (Scharloo et al., cited in Moodley, 2000)

Met betrekking tot HIV, verschilt de invulling van deze vijf dimensies per samenleving. Dit is een belangrijk punt voor de samenwerking tussen moderne en traditionele geneeswijzen in Zuid-Afrika, waar tot nog toe relatief weinig aandacht aan wordt besteed. De verschillen moeten eerst worden geconstateerd alvorens over te gaan op een goede samenwerking.

Binnen het Afrikaanse continent bestaat er variatie in ziekterepresentaties, maar ondanks deze verscheidenheid kan er een algemene inheemse geneeswijze worden onderscheiden, die ook in Zuid-Afrika het meest voorkomt. Het ‘Traditional African Medicine’, afgekort als TAM, heeft als belangrijke eigenschap dat aan veel ernstige ziektes een bovennatuurlijke grondslag wordt toegekend (Okpako, 1999). Ziektes worden binnen

deze manier van ziekterepresentatie over het algemeen gecategoriseerd als één van de volgende drie types:

- **Type 1:** Ziektes die geen morele of sociale oorzaak hebben. Dit zijn vooral onschuldige ziektes zoals verkoudheden. Deze klasse bevat als enige uitsluitend ziektes die toeval ontstaan, en waarvoor niet wordt gezocht naar een oorzaak.
- **Type 2:** Moderne ziektes die door mensen over de hele wereld kunnen worden opgelopen en die in Afrika zijn geïntroduceerd door westerse kolonisten.
- **Type 3:** Ziektes waar alleen Afrikaanse mensen aan kunnen leiden, en waarvoor alle Afrikanen -ongeacht geografische herkomst of stam -kwetsbaar zijn (Lidell et al., 2005: 692).

Over de vraag of HIV onder het tweede of derde type valt, lopen de meningen nogal uiteen. Er zijn theorieën die HIV als een nieuwe ziekte diagnosticeren, haar met raciale complottheorieën in verband brengen, en er vanuit gaan dat de ziekte door het Westen naar Afrika is gebracht (Schoepf, 2001). Tegelijkertijd bestaan er theorieën die HIV gelijkstellen met oude Afrikaanse ziektes. Meestal is er sprake van een soort tussenweg: HIV wordt dan gezien als iets dat al heel lang bestaat, maar als gevolg van destructie van traditionele levenswijzen en sociale verandering nu pas in volle hevigheid is uitgebroken (Dickenson, 2008: 286).

Het *Traditional African Medicine* onderscheidt twee soorten oorzaken voor de ziektes van type 2 en 3. Allereerst is er de proximate oorzaak, die verklaart *hoe* een ziekte is opgelopen. Hierbij wordt gedacht in termen van besmetting of infectie door bacteriën. Ten tweede is er een ultimate oorzaak, die verklaart *waarom* een bepaald persoon een ziekte heeft gekregen. Dit onderscheid wordt ook in andere wetenschapsgebieden gemaakt. De proximate oorzaak dat een schip zinkt, is bijvoorbeeld het feit dat er water naar binnen stroomt zodat het niet langer kan blijven drijven. De ultimate oorzaak, is de meer overkoepelende verklaring: het schip is tegen een rots gevaren, en daardoor gezonken.

Antropoloog Green (1995) laat in zijn etnografie over Afrikaanse kinderziektes zien dat een moeder wel kan accepteren dat haar kind ziek is geworden van vliegen op het eten (proximate oorzaak), maar dat ze ook wil weten wie de vliegen heeft gezonden om haar kind kwaad te doen (ultimate oorzaak). De ultimate oorzaken zijn binnen het TAM weer in te delen in verschillende overkoepelende types:



- **Contact met vervuilingen:** Hierbij gaat het meestal om vervuiling door menselijke vloeistoffen uit lichamen van anderen zoals sperma, menstruele of vaginale afscheiding, en bloed. Deze stoffen zijn inherent vervuilend, en afkomstig van gezonde mensen even gevaarlijk als van zieke mensen. Dood en sterfte is ook een vervuiler (Ingstad, 1990).
- **Hekserij:** Ziekte kan ook worden veroorzaakt door mensen die beledigd zijn door het gedrag van het slachtoffer. Het breken van beloftes, het uiten van geweld of het verzaken van verplichtingen creëert het risico dat de tegenpartij via hekserij een ziekte op je afstuurt.
- **Straf of waarschuwingen van voorouders:** Het voortbestaan van voorouders in het hiernamaals hangt af van het regelmatige aandachtschenken door de levenden via rituelen, of het doen van offers. Als dit niet gebeurt, kan ziekte worden gezonden als een waarschuwing of straf (Lidell et al, 2005:693).

Wanneer één van bovengenoemde ultimate oorzaken is geconstateerd door een traditionele geneesheer, kan deze worden verholpen met behulp van een bepaald ritueel, of een combinatie van kruiden. Zonder zo'n ultimate oorzaak, is de verklaring van de ziekte niet compleet. Dit vormt één van de verschillen met de ziekterepresentatie van moderne geneeskunde.

Aan de ziekterepresentatie van HIV wordt door de meeste inheemse stammen een hoge mate van hekserij toegekend. Dit komt onder andere doordat epidemieën van overdraagbare aandoeningen wel vaker zijn voorgekomen onder de inheemse bevolking van Zuid-Afrika, en dan meestal worden verklaard door een collectieve aanval van voorouders op een bepaalde stam of dorp (Lidell et al, 2005:696). Deze verklaring wordt ook op HIV toegepast. Daarbij komt nog dat in het geval van HIV, op het oog gezonde mensen de ziekte toch kunnen overdragen, wat uitnodigt tot een bovennatuurlijke verklaring van de ziekte. Al meer dan dertig jaar hebben westerse organisaties en de WHO er alles aan gedaan om door heel Afrika voorlichting te geven over HIV en de overdraagbaarheid ervan, maar toch bleek uit een straat-survey van 487 mannen en vrouwen uit een zwarte wijk van Kaapstad dat 21% van hen ervan uitging dat HIV wordt veroorzaakt door bovennatuurlijke krachten, en door een traditionele geneesheer kan worden verholpen (Kalichman, 2004). Dergelijke ideeën weerhouden mensen ervan een beroep te doen op de moderne geneeskunde, vormen dus een belangrijk obstakel voor de moderne geneeskunde in de strijd tegen HIV. Om de samenwerking tussen beiden te verbeteren, is dus binnen de moderne geneeskunde het besef

nodig dat mensen ook een ultimate verklaring voor hun ziekte nodig hebben, en moet de traditionele geneeskunde zich realiseren dat het wegnemen van de ultimate oorzaak niet afdoende is om mensen van HIV te genezen: hiervoor zijn de moderne medicijnen nu eenmaal een stuk efficiënter.

## 2.2. Culturele gebruiken en besmetting met HIV

Het epicentrum van HIV/AIDS ligt nog altijd in het zuidelijke deel van Afrika. Hoewel hier maar 10% van de wereldbevolking woont, herbergt het 60% van de mensen die leven met HIV (Strebel et al, 2006). Ook in westerse landen is leek er sprake van het uitbreken van een epidemie, maar deze is voor een groot deel in de kiem gesmoord. De westerlingen die vandaag de dag een besmetting met HIV oplopen, zijn verzekerd van toegang tot een strikte medicatie waardoor zij een kwalitatief redelijk leven kunnen leiden.

De verklaring van het feit dat de epidemie in Afrika wél zulke enorme proporties heeft aangenomen, wordt door velen gezocht in cultuurverschillen die er zouden bestaan tussen Afrika en ‘het Westen’, met name op het gebied van seksuele normen en waarden. Er is sinds de uitbraak van HIV een groot aantal culturele aspecten geïdentificeerd die de epidemie zouden verklaren. De ideeën over deze cultuurverschillen zijn met name van invloed op de aanpak van moderne artsen en hun de houding tegenover inheemse stammen, en het is daarom belangrijk om deze ideeën op een kritische manier te bespreken. Veelgenoemde voorbeelden van culturele factoren zijn bijvoorbeeld de volgende:

- **Genderongelijkheid:** in samenlevingen waar weinig gender-gelijkheid is, komt HIV over het algemeen vaker voor. Dit heeft verschillende redenen. Allereerst wordt er in situaties waar mannen de dominante seksuele partners zijn relatief minder gebruik gemaakt van condooms (Kesby, 2000). Daarnaast is de kans groter dat vrouwen in de prostitutie belanden wanneer zij weinig kans hebben op een goede baan (Varga, 1997). Feministe Catherine Albertyn voegt hieraan toe dat in zuidelijk Afrika seks überhaupt op een meer instrumentele manier wordt beschouwd dan in veel westerse landen (2003:599). Albertyn spreekt van ‘transactionele’ seks: deze vindt plaats in ruil voor bijvoorbeeld dure spullen of geld. De patriarchale structuur van de Zoeloe-stammen in Zuid-Afrika versterkt dit nog eens: men verwacht van vrouwen dat zij avances van een man niet zomaar afwijzen. Mede hierdoor is Zuid-Afrika één van de landen met de hoogste verkrachtingscijfers ter wereld (Strebel et al., 2006). Condoomgebruik is

hierbij niet aan de orde, en het risico van besmetting met HIV is dus groot. Gender-gelijkheid wordt gezien als één van de belangrijkste culture determinanten van HIV.

De valkuil hierbij is echter, dat de mannen uit traditionele Zoeloe-dorpen door moderne gezondheidswerkers daarom vaak beschuldigend worden aangekeken. Maar het is ook kenmerkend voor een patriarchale samenleving waar vrouwen een lage positie hebben, dat de mannen echte alfamannen moeten zijn, en het is aangetoond dat zij hierdoor in geval van besmetting met HIV heel wat minder snel hulp zoeken dan vrouwen. Het mannelijke sterftepercentage van HIV-patiënten ligt dan ook hoger dan het vrouwelijke (Mane & Aggleton, 2001). Het is dus te eenzijdig om de aandacht te vestigen op de kwetsbaarheid van vrouwen met betrekking tot HIV in Zuid-Afrika, zonder stil te staan bij de gevolgen die deze verhoudingen met zich mee brengen voor de man.

- **Polygamie/ polygynie:** in samenlevingen waar het hebben van meerdere partners normaal is, is condoomgebruik ook minder vanzelfsprekend (Chirwa, 1999). Bij de Zoeloe is het hebben van meerdere vrouwen heel normaal. Bovendien draagt de bovengenoemde meer instrumentale houding ten opzichte van seks in Zuid-Afrika bij aan de gemiddelde hoeveelheid bedpartners. Het ligt dan ook voor de hand dat dit kenmerk vaak wordt aangewezen als oorzaak van de hoge HIV-percentages.
- **Traditionele chirurgie:** Het traditioneel besnijden of tatoeëren van genitaliën werd door een studie van Ajuwon, Brieger, Oladepo en Adeniyi (1995) ook geïdentificeerd als een bron van infectie met HIV in Nigeria. Messen werden tussen twee behandelingen door vaak enkel door water gehaald. Deze resultaten kunnen echter niet zomaar worden generaliseerd naar de rest van Afrika, zoals wel vaak is gebeurd. Bovendien werden deze ingrepen vooral gedaan bij jonge kinderen, bij wie de HIV-prevalentie minder groot is. In Zuid-Afrika gebeurt dit traditioneel besnijden echter nauwelijks (Weiss et al., 2000). Zoals in Hoofdstuk 1 is gebleken, kan besnijden wanneer het op een hygiënische manier gebeurt daarnaast zelfs als een preventieve ingreep worden beschouwd (Scott et al., 2005).
- **Vruchtbaarheid:** in stammen waar grote waarde wordt gehecht aan vruchtbaarheid is, logischerwijs, condoomgebruik uitzonderlijk (Meyer Weitz et al, 1998). Dit leidt tot een hogere besmettingsgraad wanneer het virus eenmaal zijn intrede heeft gedaan.
- **Schonen van weduwe:** in sommige samenlevingen is het voor de vrouwen die weduwe worden een traditie om zich te laten schonen door een andere man om de geest van haar partner te verjagen (Ayikukwei, 2007). Het feit dat er een aanzienlijke

kans is dat deze man op jonge leeftijd is gestorven aan AIDS, vergroot ook weer het risico op besmetting.

Veel van deze risicofactoren komen voor in Zuid-Afrika, en zouden dus een verklaring kunnen zijn voor het feit dat de epidemie hier zo'n grote vormen heeft aangenomen. Vooral het feit dat vrouwen nog steeds een relatief lage positie innemen, lijkt hierbij een belangrijke determinant te zijn. Toch is Zuid-Afrika absoluut niet het enige land waar dit het geval is: men moet dus voorzichtig blijven met het aanwijzen van causale verbanden, zoals in de volgende paragraaf zal worden beargumenteerd.

### 2.3. Cultuur als verklaring voor HIV

Het noemen van culturele gebruiken als directe verklaring voor de onevenredig hoge prevalentie van HIV in Afrika, is een visie die binnen de antropologie wordt gekenmerkt als essentialistisch. Het idee dat het mogelijk is om cultuur als een afgebakende entiteit te beschouwen, wordt lang niet door iedereen ondersteund. Antropoloog Steven Sovran (2013) geeft in zijn artikel kritiek op het argument dat de hoge HIV-prevalentie in Afrika een gevolg is van culturele aspecten. Hij stelt dat er vanaf het begin van de epidemie in Afrika te snel een link is gelegd tussen HIV en cultuur waarbij de voorgestelde culturele risicofactoren werden geïsoleerd van de etnografische context. Op deze manier zijn deze tradities gereïficeerd en van hun culturele betekenis ontdaan. De fixatie op de rol van culturele elementen kan veel negatieve consequenties hebben: het geeft bijvoorbeeld de mogelijkheid getroffen samenlevingen de schuld te geven van de hoge HIV-prevalentie, en bepaalde culturele groepen te stigmatiseren (Sovran, 2013). Een dergelijke deterministische visie ontslaat daarnaast het Westen van de verantwoordelijkheid om in te grijpen in de HIV-epidemie.

Sovran staat niet alleen in dit standpunt. Steeds meer antropologen hebben kritiek op het simpelweg met elkaar in verband brengen van culturele tradities en de besmetting met HIV. De Afrikaanse cultuur wordt tegenwoordig bijna als kwaadaardig afgeschilderd, en er wordt regelmatig over tradities gesproken in termen van '*cultural barriers*' in de strijd tegen HIV. De United Nations Economic Commission for Africa stelde in een recent rapport bijvoorbeeld dat culturele gebruiken als polygamie, verkrachting, en het schonen van weduwen een 'major role' spelen met betrekking tot het bestrijden van AIDS in Afrika (Commission on HIV=AIDS and Governance in Africa 2008:18–20, geciteerd in Dickenson, 2008).

Het spreken over het gevecht tegen HIV als een gevecht tegen culturele barrières, speelt zich echter alleen in een traditioneel Afrikaanse context af, en gaat zelden over moderne praktijken. De voor de hand liggende remedie voor de factoren die door de Commissie voor Afrika als risico voor infectie worden aangeduid, is bestrijden van deze culturele gebruiken. Maar ook factoren als in steden leven, bloedtransfusie ontvangen, of regelmatig naar een ziekenhuis gaan zijn aangetoonde risicofactoren voor HIV, terwijl dit feit nooit resulteert in het ontmoedigen van deze gedragingen (Gausset, 2001). Er is dus sprake van een dubbel moreel discours: wanneer er een correlatie is tussen HIV en het gebruik van moderne faciliteiten, moeten deze veiliger worden gemaakt, maar wanneer er een correlatie met Afrikaanse gebruiken wordt gevonden, moeten deze worden bestreden en uitgewist.

Ook in de preventiecampagnes kan deze dubbele moraal worden waargenomen. Hoewel preventiecampagnes in het westen aanvankelijk uitsluitend op homoseksuelen en drugsverslaafden gericht waren, begonnen zij vervolgens spoedig ook de bredere populatie aan te sporen tot veilige seks. Tegenwoordig is de boodschap die preventiecampagnes uitdragen niet dat homoseksuelen of verslaafden moeten stoppen met homoseksueel zijn of drugsgebruik, maar adviseren zij hen hun gedragingen enkel veiliger te maken. Men begrijpt dat deze mensen niet zomaar kunnen beslissen om hetero te worden: dat deze risicovolle gedragingen deel uitmaken van hun menselijke identiteit. Tegelijkertijd blijft dit begrip in Afrika achterwege: de culturele gebruiken worden geheel uit hun context getrokken, en hun waarde voor de identiteit van de Afrikaanse bevolking wordt over het hoofd gezien (Gausset, 2001).

Deze kritische geluiden vanuit antropologische hoek willen zeker niet beweren dat er geen enkele relatie bestaat tussen culturele aspecten en het risico op een HIV epidemie. Zij stellen enkel dat moderne gezondheidswerkers het belang van tradities en gebruiken moeten inzien om de samenwerking met de traditionele aspecten van Zuid-Afrika te kunnen verbeteren. Daarnaast is zo'n inzicht belangrijk omdat het mede leidt tot een groeiend besef dat het misschien niet zozeer de culturele als wel de sociaal-economische factoren zijn die een voedingsbodem vormen voor de HIV-epidemie. De epidemie sloeg net na het einde van de burgeroorlog met het ANC toe, toen de ongelijkheid tussen verschillende bevolkingsgroepen groot was. Bepaalde aspecten die hierboven als culturele aspecten worden genoemd kunnen als een direct gevolg van deze sociaal-economische ongelijkheid gezien worden. Armoede kan, zoals we eerder zagen, een directe drijfveer zijn voor vrouwen om in de prostitutie te gaan, en hangt hier dus nauw mee samen. Zoals Schneider (2002) stelt:

*In the case of South Africa, more than a century of racial segregation, then overt apartheid, has produced the roots of the disease through huge economic inequalities, high levels of social violence and large-scale dislocation of households and communities.*

## 2.4. De rol van de traditionele geneesheer in Zuid-Afrika

*Traditional healers are priests, religious ritual specialists, family and community therapists, moral and social philosophers, teachers, visionaries, empirical scientists, and perhaps political leaders in addition to being healers in the more restricted Western sense. (Green, 1994: 36)*

Om de samenwerking tussen moderne en traditionele gezondheidszorg te verbeteren, is het belangrijk de rol van de traditionele geneesheer goed in kaart te brengen. Vanouds kunnen geneesheren van de Zoeloe worden opgedeeld in twee verschillende categorieën: de *diviner-diagnostician* en de echte helers (*herbalists*). De *diviner* stelt een diagnose, gewoonlijk via spirituele middelen zoals het gooien van botten, waarna de heler een relevante remedie bepaalt, meestal op basis van een bepaalde combinatie van kruiden (Dickenson, 2008: 282). Koloniale invloeden hebben in de loop der tijd deze traditionele genezers echter steeds meer in hun handelen beperkt, bijvoorbeeld via de ‘Witchcraft Suppression Amendment Act’ van 1970, waardoor de *diviner* sterk in het uitoefenen van zijn beroep werd gehinderd. Met de toenemende integratie van moderne geneeskunde in Zuid-Afrika, zijn de rollen van de twee verschillende categorieën genezers bovendien steeds meer vermengd. De HIV epidemie heeft een belangrijke rol gespeeld in de moderniserende krachten die deze geneesheren vandaag de dag ondervinden, en zoals de gebroeders Jolles stellen, ze ondergaan ‘a strange process of mutation as the continent modernizes’ (2002:242)

Wat traditionele helers verder onderscheidt van moderne artsen is dat zij een meer holistische benadering hanteren in de behandeling van de patiënt. Dit houdt in dat naast het fysieke welzijn, ook het spirituele welzijn wordt behandeld. Bij een terminale ziekte als HIV, wordt de spirituele kant juist extra belangrijk (Steinglass, 2002:11). De heler is dan niet alleen een medicus- maar ook een psycholoog die de patiënt steun en hoop geeft, zoals Green in het citaat aan het begin van deze paragraaf benadrukt.

In weerwil van deze moderniserende krachten, maakt naar schatting van de WHO, nog altijd 80% van de bevolking in Zuid-Afrika gebruik van traditionele medicijnen. In het hele gebied onder de Sahara, is de ratio van traditionele geneesheren tot de populatie 1:500, en die van medische dokters 1:40.000 (Steinglass, 2002:32). Deze cijfers maken duidelijk dat de traditionele geneesheer een grote rol speelt, en zeer veel invloed heeft op de Afrikaanse bevolking.

Een belangrijk, overkoepelend orgaan in Zuid-Afrika is de 'South African Traditional Healers Health Care Group'. Deze organisatie richt zich op zorg aan huis, en het bieden van hulp voor mensen met ernstige ziektes. Traditionele genezers moeten een bepaalde keuring ondergaan en blijk geven van genoeg kennis om lid te worden van deze organisatie. In het Westen worden traditionele Afrikaanse geneesheren vaak in een slecht daglicht gesteld. Zij zouden hun patiënten aan gevaarlijke en ineffectieve remedies onderwerpen, en het geloof in hekserij aanwakkeren. In haar etnografie van traditionele genezers onder de Tswana in Botswana, een land ten noorden van Zuid-Afrika waar men er vergelijkbare geneeswijzen op na houdt, analyseert antropologe Benedicte Ingstad (1990) de culturele ziekterepresentaties van de inheemse geneesheren. Hier blijkt duidelijk hoe groot de onduidelijkheid en verdeeldheid rond de ziekte is. Zo stelt een geneesheer bijvoorbeeld:

*AIDS is new in a way. It occurs when white and black people have sex together, because their blood (madi) does not mix well. Before, we did not used to have it, since the blacks and the whites were kept apart from each other. Now they mix sexually quite often.[...] I can cure AIDS, but it is difficult because I have to try many different herbs. I had a patient that was sent to me by the doctor at the clinic. She had been tested [HIV] positive, but I cured her and she even got a baby. (Ingstad, 1990:34)*

De misvatting het vaakst opduikt in antropologisch veldwerk naar geloof over HIV, is het idee dat de ziekte kan worden genezen. Ook bij hierboven geciteerde heler zie je dit terug. Dit foutieve idee hangt samen met de eerder beschreven, afwijkende definitie van 'genezen'. HIV wordt namelijk vaak vergeleken met condities als *ilumbo* of *umeqo*- Afrikaanse ziektes die eenzelfde soort symptomen vertonen. Voor deze ziektes wordt een bovennatuurlijke oorzaak gezocht, en een heler kan ze genezen door methoden die de vervuiling uit het lichaam drijven. Wanneer de symptomen niet meer worden waargenomen, is de vervuiling weg, en de patiënt genezen. Een HIV-infectie wordt op dezelfde manier behandeld en bekeken: wanneer de symptomen weg zijn, spreekt men van een genezing (Baguma, 1996). De patiënt kan dan weer opgelucht naar huis. Maar bij AIDS is hier natuurlijk in werkelijkheid geen sprake van.

Daarnaast wordt het verschil tussen oorzaak en overdracht door traditionele helers vaak op een andere manier beschouwd dan in de moderne geneeskunde. In een kwalitatief onderzoek van Dickenson (2008) blijkt uit een aantal diepte-interviews met traditionele genezers, dat het eerder genoemde ‘schonen van de weduwe’, indien dit niet ‘puur’ gebeurt als oorzaak van een HIV-infectie wordt beschouwd. In de westerse geneeskunde wordt dit als overdracht gezien. Ook blijkt dat gebruik van een condoom geen prioriteit heeft bij preventie van HIV: liever zien de geneesheren een terugkeer naar meer traditionele waarden met meer controle is op seksueel gedrag. Moderne ideeën als vrijheid van seksualiteit, abortus en een hoge mate van zelfbeschikking zijn allemaal factoren die, in de ogen van deze geneesheren, hebben bijgedragen aan de uitbraak van de HIV-epidemie. Hierbij doet zich een paradox voor: waar veel westerlingen Afrikaanse cultuur als reden zien voor de HIV-epidemie, beschouwen deze geneesheren de invloed van het westen juist als belangrijke factor. Deze wederzijdse beschuldigende houding is een belangrijk obstakel voor een soepele samenwerking tussen beide groepen.

Zoals gezegd is een van de belangrijkste eigenschappen van TAM de meer persoonlijke, en holistische benadering van de geneesheer. In een studie in 2000 werd met behulp van een onderzoek, gesteund door de WHO uit dat binnen een groep HIV-geïnfecteerden, degenen die naast moderne ook traditionele verzorging ontvingen, een hogere kwaliteit van leven ervoeren dan degenen die enkel modern behandeld werden (Sebit et al., 2000). Volgens Phyto Nova, een Zuid-Afrikaans bedrijf dat de werking van traditionele geneesmiddelen onderzoekt, bestaat er bovendien ook een traditioneel middel, *Sutherlandia* genaamd, dat bij meer dan 4000 HIV-patienten een aantoonbare verbetering in eetlust, humeur en welzijn tot gevolg had (Richter, geciteerd in Dickenson, 2008). Phyto Nova merkt hier wel bij op dat deze observaties eerst klinisch onderzocht zouden moeten worden, voordat de werking kan worden vastgesteld. Een aanvraag hiervoor ligt al jaren bij de Medical Research Council: er is echter weinig westerse interesse om dit traditionele medicijn daadwerkelijk te testen. Traditionele geneeskunst wordt vaak niet serieus genomen, en men ziet daarom ook niet de mogelijke voordelen van een grootschalig onderzoek naar de werking ervan. De WHO beschrijft deze onwil met betrekking tot onderzoek als een belangrijk probleem voor de toepassing van traditionele geneeswijzen op HIV.



## 2.5. Een cultuur van ontkenning

De HIV-epidemie heeft in Zuid-Afrika tot een hoop onbegrip en angst geleid. Treichler (1991, geciteerd in Niehaus & Johnson) beschrijft op welke manier HIV een ‘epidemie van betekenis’ veroorzaakt. Het gaat hierbij niet alleen om de schaal waarop de epidemie heeft toegeslagen: ook de ontkenningen van hoge instanties hebben een sfeer van onduidelijkheid gecreëerd. De Zuid-Afrikaanse president Mbeki stelde bijvoorbeeld publiekelijk dat er geen link is tussen HIV en AIDS, en de minister van gezondheid wees data af die aantoonde dat AIDS de grootste doodsoorzaak was in het land (Sunday Times, geciteerd in Niehaus & Johnson, 2005). AIDS-activist Zack Achmat schreef in een bekend artikel dat *‘Mbeki epitomizes leadership in denial and his stand has fuelled government inaction’*, en gaf hiermee woorden aan een wijdverbreid idee. De slogan ‘Breaking the Silence’, die niet meer weg te denken is uit de strijd tegen HIV, en geeft aan hoe belangrijk het is om deze ontkenning door hoge instanties te doorbreken (Schneider, 2001).

Onder de lokale bevolking bestaat daarnaast een neiging om de schuld aan anderen te geven. Vaak keert hierbij de oude raciale scheiding terug, de blanken beschuldigen de zwarten en vice versa. Een zwarte bewoner van Kaapstad stelt bijvoorbeeld:

*Europeans are infecting Black people, they are the ones that caused this epidemic [HIV/AIDS] These women with whom we live [are infected], because many of them sleep with these Europeans.* (Petros et al, 2006)

Ook is er sprake van een sterke stigmatisatie van HIV-patiënten (Niehaus & Jonssen, 2005:180). Er is hierbij een proces van ‘othering’ op gang gebracht, waarbij er een sterke scheiding is tussen de eigen groep en de ander. Uit een kwalitatief onderzoek dat Campbell et al (2005) in een Zoeloe-dorp verrichtten, blijkt dat zelfs in gezinsverband het taboe op HIV nog steeds sterk aanwezig is. Kinderen vertellen hun ouders liever niet dat ze gediagnosticeerd zijn met de ziekte, omdat ze daardoor risico zouden lopen door hun familie te worden uitgestoten. Binnen de dorpsgemeenschap ziekte van familieleden wordt zelfs tegen gezondheidsmedewerkers verzwegen, en men raadt het mensen af om naar HIV-voorlichting te gaan. Een gezondheidswerker van een christelijke organisatie in het dorp vertelt het volgende:

*When we ask to talk about HIV in the churches they say we are encouraging the youth to sin. We recently called youth to attend a meeting on life skills [and had] a very poor turnout. Later we were told by youth that the minister said if they attended the workshop they would be demoted in the church (Campbell et al, 2005).*

Het taboe op HIV, dat mede is veroorzaakt door de twijfelachtige houding van de overheid in de jaren 90, vormt duidelijk een lastig obstakel. Als jongeren hun ouders niet eens kunnen inlichten over hun ziekte, is de stap naar een moderne gezondheidswerker wel heel erg groot.

De cultuur van ontkenning en het stigma dat HIV met zich meebrengt, hebben nog andere gevolgen voor veel Zuid-Afrikanen. Zo preferereert men soms onwetendheid boven de zekerheid ziek te zijn. Dit heeft negatieve gevolgen voor het diagnosticeren van de ziekte: mensen leven liever in onzekerheid dan dat ze zich laten testen. De etnografie van jongvolwassen Zoeloe op een campus van antropoloog Leclerc-Madlala (1997), illustreert dit. Over de vraag of hij zich zou laten testen, antwoordt een 26-jarig campuslid bijvoorbeeld:

*Of course we don't want to know. In the past few years you find very few students on this campus coming forth to donate blood. The last time that blood vehicle was here, it stood alone the whole day. No way anymore. You give blood and you find out that you have AIDS. Just forget it, we don't want to know. (Leclerc-Malala, 1997:368)*

Dit 'niet willen weten' werkt besmetting weer verder in de hand. De onderliggende aanname is namelijk dat je waarschijnlijk al wel geïnfecteerd bent. Zonder dat dit ooit is vastgesteld, leeft het grootste deel van de campusbewoners in de grondige overtuiging dat ze HIV hebben. In plaats van dat dit idee tot veilige seks leidt, lijkt het enkel averechts te werken. Een 24 jarige informant onderstreept dit:

*You lose hope. You know you'll be rejected; you know you're going to die. All you can do is go off and spread it. It's your only hope knowing that you won't die alone. It's the one thing you have to lean on really. (Leclerc-Malala, 1997:369)*

Zelfs een Zuid-Afrikaanse dokter vertelt dat zij haar patiënten niet langer inlicht over of zij wel of niet zijn besmet.

*They just go out and spread it anyway. Even if they say they're not, they're just lying. If s how they cope. I don't tell them anymore. (1997:370)*

De cultuur van ontkenning werkt dus op twee manieren de HIV-epidemie in de hand: mensen willen niet weten of ze wel of niet ziek zijn en laten zich daarom niet testen, en dit leidt weer tot het idee dat men waarschijnlijk toch wel geïnfecteerd is en dus de ziekte net zo goed kan verspreiden

## Conclusie

In dit hoofdstuk is de situatie in Zuid-Afrika met betrekking tot HIV onderzocht aan de hand van de volgende deelvraag: *Op welke manier beïnvloeden culturele aspecten de samenwerking van moderne en traditionele geneeskunde in de strijd tegen HIV in Zuid-Afrika?* Aan de hand van een literatuurstudie zijn de volgende antropologische inzichten vergaard:

- In de traditionele, Zuid-Afrikaanse Zoeloe-gemeenschap heeft men een geheel andere ziekterepresentatie van HIV dan in de moderne wetenschap. Binnen de traditionele Afrikaanse geneeskunde is er bijvoorbeeld naast een proximate oorzaak, ook sprake van een ultimate oorzaak, het ‘waarom’ van de ziekte. Het is belangrijk dat zowel de traditionele als de moderne geneesheer zich bewust zijn van dit onderscheid om een goede samenwerking te bewerkstelligen.
- Binnen de traditionele Afrikaanse geneeskunde wordt ‘genezen’ bovendien op een andere manier beschouwd dan in de moderne geneeskunde. Omdat geneesheren geen hoogontwikkelde apparatuur bezitten, moeten ze uitgaan van uitwendige symptomen. De afwezigheid van dergelijke symptomen leidt vervolgens tot de opvatting dat een ziekte is genezen. Dit verschil maakt het lastig om tot een goede communicatie te komen tussen de twee geneeswijzen.
- Er is sinds het begin van de HIV-epidemie een aantal culturele tradities aangewezen als oorzaken voor de grote uitbraak in Afrika. Hier moet men echter voorzichtig mee zijn: het beschouwen van culturele tradities als ‘cultural barriers’ in de strijd tegen HIV, isoleert deze van hun etnografische context, en gaat voorbij aan het belang dat deze tradities kunnen hebben voor de lokale bevolking. Daarnaast blijkt dat het veeleer sociaal-economische factoren als een voedingsbodem dienen. Het is belangrijk dat de moderne geneeskunde hier rekening mee houdt.
- Traditionele geneesheren zijn veel meer dan enkel medici: ze zijn belangrijke figuren binnen de Zuid-Afrikaanse samenleving . Ze vervullen de rol van raadsman,

psycholoog, en therapeut, en vormen een belangrijke steun voor families die te maken krijgen met HIV.

- De moderne geneeskunde neemt traditionele geneeswijzen vaak niet serieus. Hierdoor wordt er nauwelijks klinisch onderzoek naar gedaan en wordt de waarde ervan onderschat.

# Hoofdstuk 3: Integratie

---

De voorgaande hoofdstukken hebben de situatie rondom HIV in Zuid-Afrika belicht vanuit verschillende perspectieven. In principe kan worden gesteld dat de biomedische wetenschappen de gezondheidszorg vooral op een objectieve manier benadert, terwijl er binnen de antropologie meer ruimte is voor de beleving van de mensen zelf. Waar biomedische wetenschappen uitgaat van een exacte waarheid, is de waarheid binnen de culturele antropologie in hoge mate sociaal geconstrueerd. Daarom kan worden gesteld dat er op meta-niveau sprake is van een conflict tussen de twee disciplines.

Nu dit conflict op meta-niveau is geconstateerd, zal dit hoofdstuk zich verder bezighouden met conflicten tussen inzichten op object-niveau. Er wordt in dit werkstuk gebruik gemaakt van de interdisciplinaire methode van Repko (2012). Repko stelt dat ook als er sprake is van een groot interdisciplinair conflict op meta-niveau, de disciplinaire inzichten niettemin kunnen worden geïntegreerd. Dit komt omdat het hierbij gaat om een integratie van specifieke inzichten, en niet van volledige disciplines (Repko, 2012: p.383).

Om tot een geïntegreerde conclusie, door Repko *a more comprehensive understanding* genoemd, te komen, zullen allereerst de belangrijkste disciplinaire inzichten kort worden herhaald. Vervolgens zullen de verschillen en conflicten tussen deze inzichten worden geconstateerd en met behulp van organisatietechnieken in een *common ground* worden opgelost. In termen van deze common ground zal vervolgens een geïntegreerde *more comprehensive understanding* worden geformuleerd die antwoord zal geven op de hoofdvraag: *Op welke manier kan de huidige samenwerking tussen moderne en traditionele geneeskunde met betrekking tot HIV in Zuid-Afrika worden verbeterd?*

## 3.1 Disciplinaire inzichten

Uit het disciplinaire onderzoek vanuit de biomedische wetenschappen is gebleken dat de oorzaak van veel problemen vooral ligt in een capaciteitsprobleem van zowel faciliteiten, medewerkers als geld en in een stigma rondom HIV. Als gevolg hiervan wordt doorgaans te laat een HIV-diagnose gesteld, worden de infectie en behandeling te weinig gemonitord, is er te weinig kennis over medicijn-medicijn interactie en bestaat er onvoldoende aandacht voor de mentale gezondheid van HIV-patiënten. Deze tekortkomingen leiden op hun beurt weer tot

therapie-falen en eventueel ook tot virusresistentie. En uit die problemen volgt weer dat patiënten in Zuid-Afrika jong sterven aan AIDS terwijl de epidemie geen halt wordt toegeroepen omdat de hoeveelheid infecties nog steeds oploopt. Een andere reden waarom de HIV-epidemie niet gestopt is, is dat nieuwe infecties te weinig worden voorkomen. Hieraan ligt naast het capaciteitsprobleem en het HIV-stigma ook genderongelijkheid ten grondslag.

Het antropologische perspectief voegt hier het belangrijke inzicht aan toe dat de ziekte in traditionele, Zuid-Afrikaanse Zoeloe-dorpen op een andere manier wordt gerepresenteerd dan in de westerse geneeskunde. Ook het begrip ‘genezen’ wordt op een afwijkende manier gebruikt. Verder bekijkt de antropologie de houding van het Westen ten opzichte van het bestrijden van HIV in Zuid-Afrika op een kritische manier. Het feit dat culturele tradities als barrières in de strijd tegen HIV worden beschouwd, isoleert deze van hun etnografische context. Het blijkt dat het eerder sociaal-economische aspecten dan culturele tradities zijn die een voedingsbodem voor HIV vormen. Ook constateert de culturele antropologie dat de traditionele geneesheren vaak niet serieus worden genomen door westerse farmaciebedrijven, zodat men grotendeels voorbij gaat aan de psychologische en eventueel medische waarde van de traditionele Afrikaanse geneeswijzen. Ten slotte blijkt dat het stigma rond HIV voortkomt uit de cultuur van ontkenning die met name in de 90’er jaren door hoge instanties in Zuid-Afrika is gecreëerd.

De biomedische inzichten zijn over het algemeen praktisch van aard en beschrijven de directe problematiek in Afrika. Het is echter noodzakelijk om deze directe uitdagingen in een context te plaatsen. Hiervoor is de kijk van culturele antropologie belangrijk. Door deze inzichten zo te organiseren kunnen doelstellingen betreffende een verbeterde samenwerking tussen moderne en traditionele geneeskunde tot stand worden gebracht.

### **3.2 Het creëren van common ground**

De volgende stap in het integratieproces volgens Repko (2012) is het creëren van common ground. Dit houdt in dat de overeenkomsten, verschillen en conflicten tussen de inzichten worden georganiseerd of opgelost.

Allereerst kan er worden gesteld dat de inzichten van beide disciplines ervan uitgaan dat er sprake is van een probleem: de HIV-epidemie is nog steeds groeiende, en vormt een van de grootste problemen waar Zuid-Afrika vandaag de dag mee te kampen heeft.

Ook constateren beide disciplines dat het stigma dat HIV met zich meebrengt de

mogelijkheid tot effectieve behandeling beperkt. Biomedische wetenschappen legt hierbij de nadruk op de gevolgen die het heeft voor het diagnosticeren en de verdere monitoring van de behandeling. Antropologie heeft meer aandacht voor de oorzaak van deze stigmatisering en de mate waarin de cultuur van ontkenning hierin meespeelt. Op deze manier vullen deze inzichten elkaar aan in een oorzaak-gevolg relatie.

Evenzo zijn beide disciplines het erover eens dat genderongelijkheid een belangrijke factor is in het voortduren van de epidemie. Culturele antropologie werpt licht op de oorzaken van gender-ongelijkheid en stelt dat deze niet alleen voortkomt uit culturele tradities maar zeker ook veel te maken heeft met sociaal-economische factoren. Biomedische wetenschappen kijkt ook hier weer naar de gevolgen: HIV heeft de hoogste prevalentie onder jonge vrouwen.

Een andere overeenkomst kan worden gevonden in het vaststellen van de noodzaak tot farmaceutisch onderzoek naar traditionele geneesmiddelen. Wel is het belangrijk om de verschillende redenen voor deze noodzaak te onderscheiden. Waar antropologie stelt dat de traditionele geneeskunde tot nog toe niet op zijn juiste waarde wordt geschat, ziet biomedische wetenschappen deze noodzaak vooral voortkomen uit het risico van chemische interacties met HIV-remmers.

Er kunnen ook diverse verschillen en conflicten worden geconstateerd tussen de inzichten. Een belangrijk verschil betreft de manier van representeren van de ziekte HIV. Terwijl in het disciplinaire deel van biomedische wetenschappen uitgebreid is besproken hoe HIV op cellulair niveau AIDS veroorzaakt, is er binnen de antropologie meer aandacht voor de ervaring van HIV door de Zuid-Afrikaanse bevolking. De ultimate oorzaak, die een belangrijke rol speelt binnen deze ziekterepresentatie, komt niet terug in de moderne geneeskunde. Op vergelijkbare wijze bleek het begrip ‘genezen’ voor de traditionele geneeskunde een andere betekenis te hebben dan voor de moderne geneeskunde. Waar genezen zijn binnen de traditionele Afrikaanse geneeskunde de afwezigheid van symptomen inhoudt, betekent het binnen de moderne geneeskunde en biomedische wetenschappen afwezigheid van ziekte (Wreford, 2008: 64). Dit is een semantisch conflict op conceptueel niveau, waarvoor Repko (2012) verschillende technieken heeft voorgesteld. De drie mogelijkheden die hij noemt voor het oplossen voor dit soort conflicten (herdefinitie, extensie, en transformatie) zijn voor ons geval echter niet geschikt. Daarom zien wij ons genoodzaakt om naar het voorbeeld van Van der Lecq (2012) een combinatie van twee van deze technieken, herdefinitie en extensie, toe te passen om de verschillende betekenissen van het begrip ‘genezen’ te onderscheiden. Van der Lecq noemt deze techniek ‘*distinguishing*’

(2012:217). We zullen ‘genezen’ in de zin van de afwezigheid van symptomen aanduiden als ‘ritueel genezen’.

### 3.3 More comprehensive understanding

Uiteindelijk dienen de disciplinaire inzichten met elkaar geïntegreerd te worden tot een nieuw en genuanceerd antwoord op de hoofdvraag: de zogeheten ‘more comprehensive understanding’ (Repko, 2012: 382). De hoofdvraag die wij in deze scriptie hebben trachten te beantwoorden is de volgende: *Op welke manier kan de samenwerking tussen traditionele en moderne geneeskunde met betrekking tot HIV in Zuid-Afrika worden verbeterd?*

Allereerst is gebleken dat beide soorten geneeskunde op hun eigen manier belangrijk zijn voor de Zuid-Afrikaanse bevolking. Voor hun samenwerking houdt dit met name in dat het niet de bedoeling is dat de twee elkaars rol gaan overnemen. Het opleiden van traditionele geneesheren tot moderne artsen, is in de lijn van dit onderzoek niet de bedoeling. Maar tegelijkertijd moeten moderne artsen ook geen geneeskrachtige kruiden gaan voorschrijven aan HIV-patiënten. Bij de gezamenlijke behandeling van één en dezelfde patiënt is het wel belangrijk dat de verschillende artsen op niveau met elkaar kunnen communiceren. Hiervoor is begrip voor onderlinge verschillen in de ziekterepresentatie -zoals bijvoorbeeld een verschil in verklaring en een verschil in de definitie van wat genezen inhoudt- noodzakelijk. De wenselijkheid dat beide geneeswijzen naast elkaar blijven bestaan in Zuid-Afrika, maakt het een prioriteit om de mogelijke toxische interactie tussen geneeskrachtige kruiden en moderne HIV-remmers te onderzoeken.

Verder is vastgesteld dat er een ontoereikend aantal moderne artsen is om afdoende psychische zorg te bieden aan HIV-patiënten, terwijl deze wel belangrijk is. Wanneer de psychologische rol van traditionele geneesheren op waarde wordt geschat, kan voor een groot deel van de Zuid-Afrikaanse bevolking invulling worden gegeven aan dit ogenschijnlijke tekort.

Ten slotte kan er worden geconcludeerd dat de twee verschillende geneeswijzen niet zozeer op medisch vlak als met betrekking tot andere problemen mogelijk hun krachten kunnen bundelen. We doelen hier voornamelijk op het bestrijden van genderongelijkheid en van het stigma dat HIV met zich meebrengt door bijvoorbeeld HIV en genderongelijkheid bespreekbaar te maken.



Een geïntegreerd antwoord op de hoofdvraag kan zo worden geformuleerd: de waarde van verschillende vormen van geneeskunde moet wederzijds kunnen worden ingeschat, begrepen en benut. Dit hebben we uitgewerkt in de vorm van een aantal doelstellingen

**Doelstelling 1:** acceptatie van het feit dat deze twee vormen geneeskunde beide noodzakelijk zijn in Zuid-Afrika.

**Doelstelling 2:** wederzijds begrip voor onderlinge verschillen in ziekterepresentatie.

**Doelstelling 3:** onderzoek van de moleculaire gevolgen van het simultaan gebruiken van traditionele en modern.

**Doelstelling 4:** realisatie dat het tekort aan psychische ondersteuning kan worden aangevuld door traditionele geneesheren.

**Doelstelling 5:** krachtenbundeling van moderne en traditionele geneeskunde, niet zozeer op medisch vlak, als wel in de strijd tegen HIV-stigma en gender-ongelijkheid.

## Hoofdstuk 4: Conclusie en reflectie

---

Concluderend willen we stellen dat in de strijd tegen HIV in Zuid-Afrika het van belang is dat traditionele en moderne geneeskunde in synergie werken. Hierin moeten zij elkaars waarde wederzijds kunnen inschatten, begrijpen en benutten. Dit is specifiek uitgewerkt in vijf doelstellingen. Om tot deze conclusie te komen is de integratie van inzichten vanuit biomedische wetenschappen en culturele antropologie van essentieel belang geweest. Toen wij begonnen met dit onderzoek was onze verwachting dat de uitkomst zou zijn dat traditionele en moderne geneeskunde zelf hun opvattingen zouden moeten integreren om tot een beter geheel te komen. In de loop van het onderzoek werd het ons steeds duidelijker dat je beide opvattingen over geneeskunde dan teniet doet. De paradoxale uitkomst van ons onderzoek is hiermee dat uit de integratie (van inzichten) blijkt dat integratie (van geneeswijzen) niet wenselijk is.

In onze laatste doelstelling hebben wij tevens de suggestie gedaan om de krachten van moderne artsen en traditionele geneesheren wél te bundelen als het gaat om de strijd tegen het stigma van HIV en gender-ongelijkheid. Dit is enkel een suggestie omdat wij hier vanuit onze disciplines te weinig onderzoek naar kunnen doen. Om hier een duidelijk beeld van te geven is het noodzakelijk een discipline in de sociaal-economische hoek erbij te betrekken. Omdat deze factoren een prominent gemeenschappelijk punt in onze disciplinaire inzichten vormden hebben we ervoor gekozen deze doelstelling wel in onze *more comprehensive understanding* op te nemen.

Tot slot willen wij nog een kanttekening plaatsen. Het is ons duidelijk geworden dat HIV in Zuid-Afrika een zeer complex probleem is waar ook al ontzettend veel onderzoek naar is gedaan. De hoeveelheid beschikbare literatuur was dan ook erg groot. We hebben hierdoor niet elk aspect van de kwestie kunnen belichten, wat we als tekortkoming van het onderzoek beschouwen. Niettemin denken we dat onze integratieve benadering een origineel resultaat heeft opgeleverd.

# Bronnen

---

## Inleiding

- Homsy, J., King, R., Balaba, D., & Kabatesi, D. (2004). Traditional health practitioners are key to scaling up comprehensive care for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Aids*, 18(12), 1723-1725.
- Kayombo, E. J., Uiso, F. C., Mbwambo, Z. H., Mahunnah, R. L., Moshi, M. J., & Mgonda, Y. H. (2007). Experience of initiating collaboration of traditional healers in managing HIV and AIDS in Tanzania. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3(1), 6.
- Liverpool, J. et al. "Western Medicine and Traditional Healers: Partners in the Fight against HIV/AIDS." *Journal of the National Medical Association* 96.6 (2004): 822–825. Print.
- Mills, E., Singh, S., Wilson, K., Peters, E., Onia, R., & Kanfer, I. (2006). The challenges of involving traditional healers in HIV/AIDS care. *International journal of STD & AIDS*, 17(6), 360-363.
- Niehaus I. & Johnson, G (2005) Dr. Wouter Basson, Americans, and wild beasts: men's conspiracy theories of HIV/AIDS in the South African Lowveld, *Medical Anthropology*, 24(2), 179-208
- Owen, J., Punt, J., Stranford, S. (2013) *Kuby Immunologie- Seventh Edition*. New York, W.H. Freeman and Company, 608.
- Repko, A.F. (2012) *Interdisciplinary Research. Theory and Practice*, SAGE Publications Inc, Los Angeles.
- Schneider, H., & Fassin, D. (2002). Denial and defiance: a socio-political analysis of AIDS in South Africa. *Aids*, 16, S45-S51.
- WHO Factsheet, Elektronisch document, geraadpleegd op: 1-4-2015  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>

## Hoofdstuk 1

- Abdool Karim, S.S., Churchyard, G.J., Abdool Karim, Q., Lawn, S.D. (2009). HIV infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response. *The Lancet*, 374 (9693). 921-933.
- Ackermann, L. & de Klerk, G.W. (2002). Social Factors That Make South African Women Vulnerable To HIV Infection. *Health Care for Women International*, 23(2). 163-172.

- Adams, L.V. & Woelk, G.B. (2014). Chapter 10. Tuberculosis and HIV/AIDS. In Markle W.H., Fisher M.A., Smego R.A., Jr. (Eds), *Understanding Global Health*, 2e.
- Arhel, N. (2010). Revisiting HIV-1 uncoating. *Retrovirology*, 7 (96).
- Babb, D.A., Pemba, L., Seatlanyane, P., Charalambous, S., Churchyard, G.J. & Grand, A.D. (2007). Use of traditional medicine by HIV-infected individuals in South Africa in the era of antiretroviral therapy. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (3). 314-320.
- Barré-Sinoussi, F. (2009). HIV: A Discovery Opening the Road to Novel Scientific Knowledge and Global Health Improvement (Nobel Lecture). *Angewandte Chemie International Edition*, 48 (32). 5809-5814.
- Barré-Sinoussi, F., Ross, A.L. & Delfraissy, J (2013). Past, present en future: 30 of years HIV research. *Nature Reviews*, 11. 877-883.
- Chigwedere, P., Seage, G.R., Gruskin, S., Lee, T. & Essex, M. (2008) Estimating the Lost Benefits of Antiretroviral Drug Use in South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 49 (4). 410-415.
- Cohen, M.S., Shaw, G.M., McMichael, A.J. & Haynes, B.F. (2011). Acute Hiv-1 Infection. *The New England Journal of Medicine*, 364 (20). 1943-1954.
- Collins, P.Y., Holman, A.R., Freeman, M.C. & Patel, V. (2006) What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS* 20(12). 1571-1582.
- Cooper, A., García, M., Petrovas, C., Yamamoto, T., Koup, R.A. & Nabel, G.J. (2013). HIV-1 causes CD4 cell death through DNA-dependent protein kinase during viral integration. *Nature*, 498 (7454). 376-369.
- Davids, D., Blouws, T., Aboyade, O., Gibson, D., De Jong, J.T., Van Klooster, C. & Hughes, G. (2014). Traditional health practitioners' perceptions, herbal treatment and management of HIV and related opportunistic infections. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 10 (77).
- Didigu, A.C. & Doms, W.R. (2012). Novel Approaches To Inhibit HIV Entry. *Viruses* 4 (2). 309-324.
- Gallo, R.C., Salahuddin, M., Popovic, G.M., Shearer, M., Kaplan, M., Haynes, B.F., Palker, T.J., Redfield, R., Oleske, J., Safai, B., White, G., Foster, P. & Markham, P.D. (1984) Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses HTLC-III, from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science* 224. 500-503.
- Gandhi, N.R., Moll, A., Sturm, A.W., Pawinski, R., Govender, T., Lalloo, U., Zeller, K., Andrews, J. & Friedland, G. (2006) Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *The Lancet* 368 (9547). 1575-1580.

- Jewkes, R.K., Dunkle, K., Nduna, M. & Shai, N. (2010) Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet* 376 (9734). 41-48.
- Krishnan, L. & Engelman, A. (2012). Retroviral Integrase Proteins and HIV-1 DNA Integration. *The Journal of Biological Chemistry* 287. 40858-40866.
- Kwan, C.K. & Ernst, J.D. (2011) HIV and Tuberculosis: a Deadly Human Syndemic. *Clinical Microbiology Reviews* 24(2). 351-276.
- Levin, J.G., Mitra, M. Macarenhas, A. & Musier-Forsyth, K. (2010). Role of HIV-1 nucleocapsid protein in HIV-1 reverse transcription. *RNA Biology*, 7 (6). 745-774.
- Levy, J.A., Hoffman, A.D., Kramer, S.M., Landis, J.A., Shimabukura, J.M. & Oshiro, L.S. (1984) Isolation of lymphocytopathic retroviruses from San Fransisco patients with AIDS. *Science* 225. 840-842.
- Liu, R., Wu, J., Shao, R. & Xue, Y. (2014). Mechanism and factors that control HIV-1 transcription and latency activation. *Journal of Zhejiang University SCIENCE*, 15 (5). 455-465.
- Liverpool, J., Alexander, R., Johnson, M., Kabba, E.K., Francis, S., Liverpool, C. (2004) Western Medicine and Traditional Healers: Partners in the Fight Against HIV/AIDS. *Journal of the National Medical Association* 96 (6). 822-825.
- Lloyd, A. (1996). HIV infection and aids. *PNG Medical Journal*, 39.174-180.
- Lu, Y., Chanyasukit, C., Essex, M. (2013). HIV/AIDS Treatment in Resource Poor Countries- Public Health Challenges. New York, Springer Science+Business Media. 45-55.
- Maartens, G., Celum, C. & Lewin, S.R. (2014). HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment and prevention. *Lancet* 384. 258-271.
- Manasa, J., Lessels, R.J., Skingsley, A., Naidu, K.K., Newell, M., McGrath, N. & de Oliviera, T. (2013). High-Levels of Acquired Drug Resistance in Adult Patients Failing First-Line Antiretroviral Therapy in a Rural HIV Treatment Programme in KwaZulu-Natal, South Africa. *PLoS ONE* 8(8).
- Montessori, V., Press, N., Harris, M., Akagi, L. & Montaner, J.S.G. (2004) Adverse effects of antiretroviral therapy for HIV infection. *CMAJ* 170(2). 229-238.
- Olly, B.O., Seedat, S., Nei, D.G. en Stein, D.J. (2004) Predictors of Major Depression in Recently Diagnosed Patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Patient Care and SDs* 18 (8). 481-486.
- Owen, J., Punt, J. & Stranford, S. (2013). *Kuby Immunologie- Seventh Edition*. New York, W.H. Freeman and Company. 607-6024.

- (2014) Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Geraadpleegd op 29 maart 2015, van <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>
- Pant Pai, N., Behlim, T., Abrahams, L., Vadnais, C., Shivkumar, S., Pillay, S., Binder, A., Deli-Houssein, R., Engel, N., Joseph, L. & Dheda, K. (2013) Will an Unsupervised Self-Testing for HIV Work in Health Care Workers of South Africa? A Cross Sectional Pilot Feasibility Study. *PLoS ONE* 8(11).
- Paredes, R., Marconi, V.C., Lockman, S. Abrams, E. & Kuhn, L. (2013) Impact of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women and Their Children in Africa: HIV Resistance and Treatment Outcomes. *The Journal of Infectious Diseases*, 207(2). 93-100.
- Patel, P., Bennett, B., Sullivan, T., Parker, M.M., Heffelfinger, J.D. & Sullivan, P.S. (2012) Rapid HIV screening: Missed opportunities for HIV diagnosis and prevention. *Journal of Clinical Virology* 54. 42-27.
- Pierson, T., McArthur, J. & Siliciano, R.F. (2000). Reservoirs for HIV-1: Mechanisms for Viral Persistence in the Presence of Antiviral Immune Response and Antiviral Therapy. *Annual Review of Immunology*, 18. 665-708.
- Puoane, T.R., Hughes, G.D., Uwimana, J., Johnson, Q. & Folk, W. (2012) Why HIV Positive Patients on Antiretroviral Treatment and/or Cotrimoxazole Prophylaxis Use Traditional Medicine: Perceptions of Health Workers, Traditional Healers and Patients: A Study in Two Provinces of South Africa. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines* 9 (4). 495-502.
- Regazzi, M., Carvalho, A.C., Villani, P. & Matteelli, A. (2014) Treatment Optimization in Patients Co-Infected with HIV and Mycobacterium tuberculosis Infections: Focus on Drug-Drug Interactions with Rifamycins. *Clinical Pharmacokinetics* 53(6), 489-507.
- Stats SA. (2014). Mid-year population estimates- 2014. Statistics South Africa.
- Van Niekerk, J.P.V. (2012). Traditional healers formalised? *South African Medical Journal*, 102 (3). 105-106.
- Vermeulen, M., Lelie, N., Sukes, W., Crookes, R., Swanevelder, J., Gaggia, L. Le Roux, M., Kuun, E. Gulube, S., & Reddy, R. (2009) Impact of individual-donation nucleic acid testing on risk of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus transmission by blood transfusion in South Africa. *Transfusion* 49(6). 1115-1125.
- WHO (2014). The global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015: an interim review of progress: abridged report.

- WHO (2012). Global Health Observatory Data, verkregen op 17 maart 2015 van <http://www.who.int/gho/countries/zaf/en/>
- Weiss, H.A., Quigley, M.A. & Hayes, R.J. (2000) Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS* 14. 2361-2370.
- Wreford, J. (2008) Missing Each Other: Problems and Potential for Collaborative Efforts between Biomedicine and Traditional Healers in South Africa in the Time of AIDS. *Social Dynamics: A journal of African studies*, 31(2). 55-89.

## Hoofdstuk 2

- Airhihenbuwa, C. O., & Webster, J. D. (2004). Culture and African contexts of HIV/AIDS prevention, care and support. SAHARA-J: *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1(1), 4-13.
- Ajuwon, A. J., Brieger, W. R., Oladepo, O. and Adeniyi, J. D. 1995. Indigenous surgical practices in rural Southwestern Nigeria – implications for disease prevention. *Health Education Research*, 10(3): 379–384.
- Ayikukwei, R., Ngare, D., Sidle, J. E., Ayuku, D. O., Baliddawa, J. and Greene, J. Y. (2007). Social and cultural significance of the sexual cleansing ritual and its impact on HIV prevention strategies in western Kenya. *Sexuality and Culture*, 11(3): 32–50.
- Baguma, P. (1996) The traditional treatment of AIDS in Uganda: benefits and problems. Keys issues and debates: traditional healers. *Societes d’Afrique et sida*, Jul (13).
- Caldwell, J. C. (1999). Reasons for limited sexual behavioural change in the Sub-Saharan African AIDS epidemic, and possible future intervention strategies. In J. C. Caldwell, P. Resistances to behavioural change to reduce HIV/AIDS infection in predominantly heterosexual epidemics in third world Countries (pp. 241–256). Canberra: Health Transition Centre.
- Campbell, C., Foulis, C. A., Maimane, S., & Sibiyi, Z. (2005). “I have an evil child at my house”: Stigma and HIV/AIDS management in a South African community. *American journal of public health*, 95(5), 808.
- Chirwa, W. C. (1999). Sexually transmitted diseases in colonial Malawi. In P. W. Setel, M. Lewis, & M. Lyons (Eds.), *Histories of sexually transmitted diseases in Sub-Saharan Africa* (pp. 120–143). Westport, CT: Greenwood Press.
- Dickinson, D. (2008). Traditional healers, HIV/AIDS and company programmes in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 7(3), 281-291.
- Gausset, Q. (2001). AIDS and cultural practices in Africa: the case of the Tonga (Zambia). *Social Science & Medicine*, 52(4), 509-518.

- Green, E. C. (1995). Traditional healers, mothers and childhood diarrheal disease in Swaziland: the interface of anthropology and health education. *Social science & medicine*, 20(3), 277-285.
- Good, B. J., & Good, M. J. D. (1981). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. *In* The relevance of social science for medicine, 165-196 Springer Netherlands.
- Kalichman, S. C., & Simbayi, L. (2004). Traditional beliefs about the cause of AIDS and AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS care*, 16(5), 572-580.
- Kesby, M. (2000). Participatory diagramming as a means to improve communication about sex in rural Zimbabwe: A pilot study. *Social Science and Medicine*, 50, 1723–1741.
- Ingstad, B. (1990). The cultural construction of AIDS and its consequences for prevention in Botswana. *Medical Anthropology Quarterly*, 7, 28–40
- Jolles, F., & Jolles, S. (2000). Zulu ritual immunisation in perspective. *Africa*, 70(02), 229-248.
- Leclerc-Madlala, S. (1997). Infect one, infect all: Zulu youth response to the AIDS epidemic in South Africa. *Medical Anthropology*, 17(4), 363-380.
- Leclerc-Madlala, S. (2002). On the virgin cleansing myth: gendered bodies, AIDS and ethnomedicine. *African Journal of AIDS Research*, 1(2), 87-95.
- Liddell, C., Barrett, L., & Bydawell, M. (2005). Indigenous representations of illness and AIDS in Sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*, 60(4), 691-700.
- Mane, P. and Aggleton, P. 2001. Gender and HIV/AIDS: what do men have to do with it?. *Current Sociology*, 49(6): 23–37.
- Meyer-Weitz, A., Reddy, P., Weijts, W., van den Borne, B., & Kok, G. (1998). The socio-cultural contexts of sexually transmitted diseases in South Africa: Implications for health education programmes. *AIDS Care*, 10(Supp 1), S39–S55
- Moodley, R. (2000). Representation of subjective distress in black and ethnic minority patients: constructing a research agenda. *Counselling Psychology Quarterly*, 13(2), 159-174. doi:10.1080/095150700411700
- Niehaus, I., & Jonsson, G. (2005). Dr. Wouter Basson, Americans, and wild beasts: men's conspiracy theories of HIV/AIDS in the South African Lowveld. *Medical Anthropology*, 24(2), 179-208.
- Okpako, D. T. (1999). Traditional African medicine: theory and pharmacology explored. *Trends in pharmacological sciences*, 20(12), 482-485.
- Petros, G., Airhihenbuwa, C. O., Simbayi, L., Ramlagan, S., & Brown, B. (2006). HIV/AIDS and ‘othering’ in South Africa: The blame goes on. *Culture, health & sexuality*, 8(1), 67-77.



- Scott, B. E., Weiss, H. A., & Viljoen, J. I. (2005). The acceptability of male circumcision as an HIV intervention among a rural Zulu population, Kwazulu-Natal, South Africa. *AIDS care*, 17(3), 304-313.
- Sebit, S.K. Chandiwana, A.S Latif, E. Gomo, S.W. Acuda, F. Makoni and J. Vushe (2000)“Quality of Life evaluation in patients with HIV-1 infection: the impact of traditional medicine in Zimbabwe” *Central Journal of Medicine*, 46 (8), pp. 208-213.
- Schneider, H., & Fassin, D. (2002). Denial and defiance: a socio-political analysis of AIDS in South Africa. *Aids*, 16, S45-S51.
- Schoepf, B. G. (2001). International AIDS research in anthropology: taking a critical perspective on the crisis. *Annual Review of Anthropology*, 335-361.
- Sovran, S. (2013). Understanding culture and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 10(1), 32-41.
- Steinglass “It takes a village healer – Anthropologists believe traditional medicines can remedy Africa’s AIDS crisis. Are they right?” *Lincua Franca April 2002*, p.32.
- Strebel, A., Crawford, M., Shefer, T., Cloete, A., Henda, N., Kaufman, M., ... & Kalichman, S. (2006). Social constructions of gender roles, gender-based violence and HIV/AIDS in two communities of the Western Cape, South Africa: original article. *SAHARA: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 3(3), p-516.
- Varga, C. A. (1997). The condom conundrum: barriers to condom use among commercial sex workers in Durban, South Africa. *African journal of reproductive health*, 74-88.
- Weiss, H. A., Quigley, M. A., & Hayes, R. J. (2000). Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Aids*, 14(15), 2361-2370.

### Hoofdstuk 3

- Repko, A.F. (2012) *Interdisciplinary Research. Theory and Practice*, SAGE Publications Inc, Los Angeles.
- Van der Lecq, R. (2012) *Why We Talk: An Interdisciplinary Approach to the Evolutionary Origin of Language*. In Repko, A.F, Hewell, W.H. en Szostak, R. *Interdisciplinary Research*.