

Boekbesprekingen

Edien Bartels (red), *Het paradijs is onder de voeten van de moeders: verloskundige zorg aan Marokkaanse vrouwen in Nederland*. Antropologische Papers VU – 7. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1987. 58 pp.

Cultuurverschillen tussen Nederland en Marokko spelen een belangrijke rol in het minder gebruik maken door Marokkaanse vrouwen van de bestaande voorzieningen voor zwangeren in Nederland. Dit leidde in 1986 (of 1987?) tot het organiseren van een symposium, waarbij voor het eerst niet alleen geprobeerd werd om het 'anders zijn' van Marokkaanse vrouwen uit te leggen aan mensen die professioneel met hen in aanraking komen, maar om cultuur als basisingang te zien. Het gaf geen pasklare oplossingen, maar stimuleerde betrokkenen om van elkaar te leren. Door deze invalshoek is de bundel, die verslag doet van het symposium, van groot belang voor al diegenen die zich in een interculturele omgeving, in binnen- of buitenland, met zwangerschap en bevalling bezig houden.

In Nederland worden zwangerschap en bevalling overwegend gezien als een fysiologisch proces. Er bestaat een strak georganiseerd systeem van zwangerschapscontroles, doorverwijzingen en nazorg. Ongeveer een derde van de bevallingen vindt thuis plaats, waarmee ons land in de westerse wereld een unieke plaats inneemt. Maar Marokkaanse vrouwen die met dit systeem in aanraking komen, voelen zich er niet altijd zo in thuis. Er vindt een confrontatie plaats van twee 'geboortesystemen', waarin factoren als de rol en status van vrouwen, het belang dat aan het hebben van kinderen wordt gehecht, godsdienstige opvattingen, bestaande medische en traditionele voorzieningen allemaal een bijdrage leveren.

Uit de verschillende bijdragen komt onder andere naar voren dat het baren van met name het eerste kind in Marokko een rituele gebeurtenis is die voor een vrouw de overgang van meisje naar volwaardig lid van de schoonfamilie markeert. Marokkaanse vrouwen krijgen veel minder geschreven voorlichting over zwangerschap, bevalling en moederschap dan Nederlandse vrouwen, maar hebben wel veel praktische kennis en wijsheid opgedaan voor zij zelf aan de beurt zijn. Kinderen zijn immers veel talrijker in de Marokkaanse samenleving en ook meer in het dagelijks leven geïntegreerd.

De bundel geeft een inzicht in verwachtingen van Marokkaanse vrouwen en de moeilijkheden die zij ondervinden bij Nederlandse artsen, verloskundigen en kraamverzorgsters, nog los van taalproblemen. Maar hij zet de lezer ook aan om stil te staan bij het Nederlandse 'geboortesysteem'. Daar worden kinderen over het algemeen verwekt als zij gewenst zijn en lopen het risico zo tot 'hebbedingetjes' te worden die het leven niet mogen verstoren en geen onvolmaaktheden mogen vertonen. Het wordt steeds gewoner voor Nederlandse vrouwen om vlokken testen, echo-onderzoeken en vruchtwaterpuncties te verwachten tijdens zwangerschappen.

Alles wordt gedocumenteerd op foto's en videobanden. Rituelen rond zwangerschap en bevalling hebben aan kracht ingeboet. De medicalisering van de voortplanting heeft de lichamelijke en geestelijke prestatie van de vrouw ondermijnd. Tegenwoordig zucht en puft de aanstaande vader zo mee dat ook hij het kind ter wereld brengt. Als het kind er eenmaal is, wordt het in de kinderwereld ondergebracht als compensatie voor de kindvijandige houding van de wereld der volwassenen. In vergelijking met de Marokkaanse samenleving betekent dit een verarming en vershraling van de sociale positie en het zelfbeeld van vrouwen.

Joke Buringa

Nick Blaser, *Engel de Wit*. 's-Gravenhage: Uitgeverij Pangaarde, 1991. 130 pp. Prijs: f 25,-.

Om enigszins inzicht te krijgen in het klinische doktersbestaan is een wetenschappelijke verhandeling niet altijd toereikend. De noodzaak van objectiviteit en algemene verklaringen, kenmerkend voor een wetenschappelijk betoog, draagt er niet zelden toe bij dat de 'klinische werkelijkheid' in een keurslijf moet worden gewrongen. De verhalenverteller wordt hierdoor niet gehinderd. Deze is gerechtigd de werkelijkheid te beschrijven zoals hij deze ziet en is niet verplicht deze werkelijkheid te verklaren. Daarom hoeft de schrijver niet aan de verleiding toe te geven om alles dat niet past binnen de verklaring weg te laten en is het in een roman mogelijk dat ambigüiteiten, paradoxen, toevalligheden, wetmatigheden, zin en onzin naast elkaar leven. Dat hoeft overigens niet in te houden dat een verhaal een puur persoonlijke fictie is; het kan wel degelijk een algemeen herkenbaar beeld van de werkelijkheid geven.

Of dat laatste het geval is bij de roman *Engel de Wit* van Nick Blaser is de vraag. De hoofdpersoon van het verhaal is de arts-assistent Zuidema. Tijdens een apocalyptisch noodweer, tekenend voor de toonzetting van het boek, wordt er een man in coma binnengebracht die vleugels blijkt te hebben. De jonge dokter ziet onmiddellijk in dat deze patiënt hem wereldberoemd zou kunnen maken. Hij krijgt toestemming van zijn baas om het geval te onderzoeken en maakt afspraken met diverse deskundigen zoals een ornitholoog, een theoloog en een taaldeskundige. Deze laatste krijgt de dokter echter niet meer te zien; bij zijn bezoek aan de theoloog wordt hem reeds de betekenis van de engel geopenbaard, hetgeen ook zijn eigen einde betekent. Op de tussenliggende bladzijden wordt er een beeld van de jonge arts en de klinische geneeskunde geschetst dat niets aan de verbeelding overlaat. Alle artsen zijn workaholics, gefixeerd op pathologische processen die zich toevallig in mensen afspelen; dictators die de wereld naar hun hand zetten; afgunstigen die hun collega's het licht in de ogen niet gunnen. Dokter Zuidema heeft een vrouw die hij verwaarloost en een matresse (uiteraard een verpleegster) die hij gebruikt. Maar dokter Zuidema weet eigenlijk wel dat hij aan een onwerkelijke wereld deelneemt die hem sloop. Reeds op bladzijde 17 loopt er in zijn achterhoofd een klein kereltje rond dat hem dat vertelt. En op bladzijde 19 herinnert hij zich dat

“medische sociologen hadden beschreven dat vele uren overwerk bij artsen een depersonalisatie en derealisatie kon veroorzaken.” De laatste pagina’s maken de lezer die het nog niet door heeft in een algemeen betoog expliciet duidelijk dat dokter Zuidema lid is van een sekte en daarvoor moet boeten.

Het lijkt erop dat Nick Blaser zich bij het schrijven van deze roman heeft gebaseerd op sociologische studies (o.a. van Freidson) uit de zeventiger jaren. Aan die literatuur heeft hij een idee omtrent de medische praktijk ontleend waaraan alle gebeurtenissen en zinnen ondergeschikt worden gemaakt. Het resultaat is eerder een ideologische verhandeling dan literatuur. Het boek is daarmee vlees noch vis. Zelfs als ideologische verhandeling mist het argumentatie, ondergrond en uitzicht op een betere wereld. Als sociologische verhandeling komt het helemaal niet in aanmerking. De genoemde sociologische studies zijn veel genuanceerder dan alleen dit idee. Ook ‘het medisch regiem’ van Abraham de Swaan, om een voorbeeld te noemen, geeft een genuanceerder beeld van de werkelijkheid. Als roman is het mislukt omdat niemand in het boek ontsnapt aan het idee dat reeds na twintig bladzijden duidelijk is. Het zijn eendimensionale mensen in een eendimensionale wereld. Kenmerkend daarvoor is de naamgeving van de personages die het boek bevolken, zoals dokter Goedidee, die een goed idee heeft, juffrouw Tipdex, de secretaresse, collega Slap die voor langere tijd ziek is en dokter Indeput, die een zelfmoordpoging doet. De mensen zijn zoals ze heten en dus ongeschikt als romanpersonages. Zelfs als sprookje, bij uitstek de plaats waar dit soort alles-en-niets-zeggende namen (Roodkapje, Sneeuwwitje, De Grote Boze Wolf) voorkomen, of als absurdistisch verhaal overtuigt het niet. Daarvoor wordt er veel te veel pseudo-sociologisch uitgelegd in plaats van een spannend verhaal over goede en kwade mensen of absurde gebeurtenissen te vertellen dat voor zichzelf spreekt. Wie daarvan houdt kan beter naar het sprookje Medisch Centrum West kijken of een absurdistisch verhaal van Belcampo lezen, dan dit boek ter hand nemen. Het is jammer, want het thema is belangwekkend genoeg, maar dit verhaal over dokter Nietinteressant is niet interessant; het minacht de lezer.

Arko Oderwald.

Beverley Chalmers, *African Birth. Childbirth in cultural transition*. Johannesburg: South Africa, 1990. 140 pp. Prijs: \$20.00.

Geboorte is behalve een biologisch ook een cultureel verschijnsel: binnen iedere cultuur wordt er op een heel eigen, specifieke wijze bij gedacht en gehandeld. In Zuid-Afrika waar Afrikaanse vrouwen in toenemend aantal bevallen in westerse ziekenhuizen, bevindt geboorte zich in een culturele overgangsfase. Ideeën en praktijken rond zwangerschap en bevalling uit de Afrikaanse cultuur worden geconfronteerd met die uit de westerse cultuur en omgekeerd. Beverley Chalmers, hoogleraar psychologie in Johannesburg in Zuid-Afrika, laat in *African birth* zien wat dit in de praktijk betekent en tracht aan te geven hoe integratie van denken en

doen van beide culturen zo gunstig mogelijk vorm zou kunnen krijgen. Aan de hand van literatuur en door middel van interviews met Afrikaanse vrouwen onderzoekt en vergelijkt Chalmers ieder facet van de prenatale zorg in de beide culturen. Daarbij legt ze de nadruk op overeenkomsten, omdat ze ervan uitgaat, dat integratie alleen maar mogelijk is op basis van overeenkomsten. Ze benadert het onderzoek 'holistisch' ("Africa integrates the mind, body and spirit in most of its activities and in particular with regard to childbirth"), omdat ze een puur cognitief uitgangspunt voor een onderzoek in Afrika niet juist vindt.

In het eerste hoofdstuk gaat Chalmers in op Afrikaanse en westerse ideeën over gezondheid en ziekte in het algemeen. Ze merkt op, dat de westerse visie op gezondheid en ziekte ten tijde van Hippocrates en Aristoteles sterk aansloot bij het holistische gezichtspunt van Afrika, maar er sindsdien steeds meer van verwijderd raakte. Recente holistische bewegingen echter proberen iets te doen aan een integratie van beide denkwijzen. Chalmers doet daar aan mee en wijst op overeenkomsten. Zo wordt bijvoorbeeld ziekte in Afrika frequent toegeschreven aan voorouders die op een of andere manier beledigd of vertoornd zijn. Als iemand onvoldoende respect getoond heeft voor de voorouders door bepaalde rituelen achterwege te laten, kan dit de toorn van de voorouders opwekken. Deze waarschuwen dan de betreffende persoon via dromen of visioenen. Die dromen worden door een genezer gebruikt om te communiceren met de voorouderlijke geesten om zo de ziekte te bestrijden. Ook in het Westen wordt de betekenis van dromen onderkend en maken psychiaters in hun praktijken gebruik van dromen om door te dringen in het onderbewustzijn van een patiënt.

In het tweede hoofdstuk gaat Chalmers nader in op het traditionele Afrikaanse geboortesysteem en geeft een analyse van de gewoonten en ideeën met betrekking tot zwangerschap en bevalling. Ze sluit het hoofdstuk af met de opmerking, dat verschillende Afrikaanse geboortepraktijken weliswaar positief door het Westen beoordeeld worden – zoals het blijven doorlopen van een zwangere vrouw tot aan het moment van volledige ontsluiting of de verticale houding tijdens de bevalling – maar dat bijvoorbeeld de waarde van de hechte, ondersteunende, psychologisch en spiritueel veilige omgeving voor een bevalling nog te veel onderschat wordt.

Vervolgens gaat Chalmers na hoe de traditionele Afrikaanse perinatale zorg verandert als gevolg van de confrontatie met de westerse zorg. In drie hoofdstukken geeft ze een gedetailleerde analyse van elk veranderend aspect van zwangerschap, bevalling en voeding van de pasgeborene. Zo beschrijft ze hoe de voorbereiding op de bevalling, zoals die in het traditioneel Afrikaanse geboortesysteem plaats had, aanzienlijk geleden heeft. Meisjes werden ingelicht over seksualiteit, zwangerschap, bevalling en ouderschap door familieleden (meestal de moeder of schoonmoeder), of door andere mensen van de gemeenschap in een initiatie-periode. Daarbij kregen zij de gelegenheid om aanwezig te zijn bij bevallingen. In de overgang naar de westerse leefwijze gaat met name de emotionele en spirituele voorbereiding op de bevalling verloren nu moeders en anderen, die geen ervaring hebben met een bevalling in het ziekenhuis, niet langer in staat zijn jonge vrouwen hierop voor te bereiden. Boeken en verpleegsters zijn nu bronnen van informatie; maar veel vrouwen lezen niet en verpleegsters hebben veelal weinig tijd. Chalmers pleit voor de opleiding van speciale 'childbirth educators', die helemaal ingesteld zijn op de

ervaringen en behoeften van de Afrikaanse vrouw. Deze 'educators' zouden ook heel nuttig kunnen zijn voor de family planning. De tiener-zwangerschap komt veel voor. Een belangrijk onderdeel van de seksuele voorlichting zou mogelijk instructie over de traditionele praktijk van intra-crutale (= tussen de dijen) gemeenschap zijn.

Chalmers legt verder nadruk op de wijziging van de plaats van de bevalling (van de hut van de grootmoeder, waarin de vrouw bevalt te midden van mensen die ze kent en vertrouwt en beschermd wordt door voorouderlijke geesten, naar de onpersoonlijke ziekenhuiskamer), van de houding van de barende vrouw (van verticaal naar horizontaal), en van de fysieke en emotionele steun tijdens de bevalling (van de traditionele vroedvrouw en verwante vrouwen naar onbekende verpleegsters). Wat de voeding betreft wijst ze op het gevaar van de flesvoeding vanwege slechte hygiënische faciliteiten voor veel vrouwen en houdt ze een pleidooi voor onderzoek van een traditionele praktijk als het weggooien van het colostrum.

Hoewel Chalmers doordrongen is van de problemen en moeilijkheden bij interculturele vergelijkingen in het algemeen en dus ook van geboortepraktijken, waagt ze zich er toch aan en wijdt er een hoofdstuk aan. Gegevens over geboorte in traditionele samenlevingen vergelijkt ze met die in het Westen. Zo stelt ze bijvoorbeeld dat pijn bij de bevalling zowel in Afrika als in Yucatan (Mexico) verwacht en gewenst wordt, terwijl in het Westen pijn zoveel mogelijk vermeden wordt. Ook behandelt ze het gegeven, dat in traditionele gemeenschappen de grootmoeder zorg draagt voor de moeder en haar pasgeborene, terwijl in het Westen de moeder er alleen voor staat. In dit verband waarschuwt Chalmers voor het gevaar van romanisering van het traditionele geboortesysteem: zorg door de grootmoeder en andere verwanten zou wel eens uitgelegd kunnen worden als een superieure kwaliteit van de mens gebaseerd op een altruïstische behoefte om te zorgen voor de medemens, maar dat hoeft geenszins altijd zo te zijn, aangezien die houding veeleer voortgekomen is uit bittere noodzaak om te overleven in Afrika.

In haar laatste hoofdstuk geeft Chalmers aanbevelingen over de wijze waarop integratie van de Afrikaanse en westerse perinatale zorg het beste vorm kan krijgen. Om zoveel mogelijk overeenkomsten te vinden is het nuttig de onderliggende behoeften en doelstellingen die beide geboortesystemen gemeen hebben als uitgangspunt te nemen. Aan de hand van een in de psychologie gehanteerde hiërarchie van behoeften – van fysiologische aard, veiligheid, liefde, zelfrespect en zelfvertrouwen – formuleert zij vanuit een holistisch perspectief hoe men bij geboorte het beste aan die behoeften tegemoet kan komen. Zo zou bijvoorbeeld de wens van Afrikaanse vrouwen om hun zwangerschap zo lang mogelijk geheim te houden afgewogen moeten worden tegen de westerse wens om zo vroeg mogelijk de kliniek voor zwangerschapscontrole te bezoeken. Ook zou er aandacht besteed moeten worden aan de traditioneel Afrikaanse angst voor beheksing tijdens een zo kwetsbare gebeurtenis als een bevalling. Behoeftes aan veiligheid en steun zou mogelijk ondervangen kunnen worden door verwante vrouwen van de kraamvrouw of traditionele vroedvrouwen toe te laten bij de bevallingen in het ziekenhuis. Bovendien zouden moeders van zwangere vrouwen in korte cursussen aangemoedigd kunnen worden een actievere rol te spelen direct na de bevalling.

Het boek wordt afgerond met een uitgebreide appendix over de effecten die de Apartheidspolitik van Zuid-Afrika op de gezondheidszorg in het algemeen en de

obstetrische zorg in het bijzonder heeft. De speciale situatie in Zuid-Afrika maakt de confrontatie van verschillende culturen extra moeilijk: "Not only do African women have to cope with the common third world problems of poverty and the transition from rural to urban situations but, in addition, have to cope with the frustration, mistrust and anger that results from Apartheid."

De kracht van het boek ligt in het direct naast elkaar plaatsen van ieder aspect van de Afrikaanse en de westerse perinatale zorg. Dit maakt het lezenswaardig. Nadeel is dat Chalmers frequent in herhalingen vervalt. Bovendien legt ze als psycholoog erg de nadruk op de psychologische en spirituele zaken en minder op de puur lichamelijke, wat afbreuk doet aan de holistische benadering waar zij zo voor pleit. Ondanks dit is het boek toch de moeite waard voor eenieder die zich bezighoudt met interculturele perinatale zorg.

Yvonne Lefèber

J. Dekker, A. Swalen & R. Wesenbeek, *Transculturele Psychiatrie. Knelpunten in de klinische praktijk*. Assen: Van Gorcum. 87 pp. Prijs: f 22,50.

Publikaties over migranten in de geestelijke gezondheidszorg beperken zich praktisch alle tot de ambulante sector, de RIAGG's. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in het feit dat in de klinische psychiatrie de stoornissen ernstiger zijn en de culturele vernis dunner is, zoals Kortmann (1991) stelt. De professionele onzekerheid is daardoor volgens hem in de klinische sector kleiner. Een van de weinige psychiatrische ziekenhuizen die al sedert jaren aandacht besteedt aan de allochtone patiënt, is het Provinciaal Ziekenhuis in Santpoort. De drijfveer in dit ziekenhuis is het 'Project Etnopsychiatrie'. De auteurs van *Transculturele Psychiatrie* zijn nauw betrokken geweest bij dit project. Zij stellen op basis van hun ervaringen met het project en door hen verricht onderzoek dat de mono-culturele behandelcultuur zich moet transformeren naar een meer multi-culturele en doen hiervoor een reeks beleidsaanbevelingen.

Transculturele Psychiatrie doet verslag van een project in het Provinciaal Ziekenhuis in de periode juli tot en met november 1988, dat tot doel heeft de discrepantie tussen aanbod van zorg en verwachtingen van de Surinaams en Antilliaanse patiënten te verminderen. Het verslag baseert zich op gegevens uit het informatiesysteem van het ziekenhuis, op gesprekken met patiënten en op de bevindingen uit casuïstiekbesprekingen en consultatie, waarbij allochtone deskundigen betrokken zijn.

Na een beschrijving van het project biedt hoofdstuk 2 de resultaten van het onderzoek van de patiëntgegevens uit het informatiesysteem. Hieruit komt naar voren dat in de betreffende periode mensen uit de Surinaamse en Antilliaanse bevolkingsgroep twee keer zo vaak opgenomen zijn als mensen uit Nederlandse of andere etnische groeperingen. Verder blijkt onder meer dat de diagnose schizofrenie vaker bij Surinaamse patiënten gesteld is dan bij anderen. Dit gegeven is in onderzoeken in zowel binnen- als buitenland reeds naar voren gekomen. Volgens de auteurs houden deze diagnostische verschillen mogelijk verband met het feit dat

het classificatiesysteem weinig rekening houdt met cultuurgebonden verschijnselen. Tot een onderbouwde uitspraak over dit fenomeen komen zij echter niet.

Hoofdstuk 3 schetst de resultaten van de gesprekken met een niet-representatieve groep van 35 patiënten over hun ervaringen met de intramurale psychiatrie. De bevinding dat de meeste patiënten bij ontslag tevreden zijn, wordt met enige voorzichtigheid gepresenteerd. De waarde van de interviewgegevens is beperkt. De auteurs zelf wijzen op mogelijke sociaal wenselijke antwoorden en op meer kritische uitlatingen van de patiënten tegenover allochtone consulenten.

Het vierde hoofdstuk, waarin de auteurs uitgebreid ingaan op de transculturele behandelplanbesprekingen is het meest interessante deel van het verslag. Het gunt de lezer mede door de soms gedetailleerde weergave van de discussie bij deze besprekingen direct een blik in de keuken van de intramurale zorg. Om na te gaan in hoeverre in de behandeling voldoende rekening wordt gehouden met de Surinaamse en Antilliaanse cultuurpatronen, organiseerde het 'Project Etnopsychiatrie' behandelplanbesprekingen waarin allochtone deskundigen behandelaars konden adviseren. In totaal zijn 23 patiënten besproken. Deze besprekingen zijn integraal uitgetypt en vormen de basis van dit hoofdstuk. Achtereenvolgens komen de etnische herkomst, de ziektebeleving en het ziektegedrag, de (retour)migratie, de cultuurpatronen en specifieke aspecten van de behandeling van Surinaamse patiënten aan de orde.

Deze besprekingen maken duidelijk dat behandelaars vaak niet op de hoogte zijn van de etnische herkomst van de patiënt noch van hun cultuur. Zij blijken evenmin overweg te kunnen met de wijze waarop deze patiënten hun psychiatrische problemen beleven en hiervoor oplossingen zoeken, in het bijzonder het door hen gehanteerde *Winti*-referentiekader. Evenmin vorsen behandelaars systematisch naar de motivatie achter en de betekenis van de migratie.

Een belangrijke constatering is dat de behandelaars zeggen nauwelijks uit de voeten te kunnen met de adviezen van de allochtone deskundigen. Daarachter gaan volgens de auteurs verschillen in visie op psychiatrische behandeling schuil. Terwijl de behandelaars de eerste behandel fase vooral zien als een periode waarin de patiënt met behulp van medicatie aanspreekbaar gemaakt wordt, zijn de deskundigen van mening dat ook in deze fase het mogelijk is met gesprekken een vertrouwensrelatie op te bouwen. Voor dergelijke gesprekken is volgens hen transculturele kennis vereist. Duidelijk maakt dit hoofdstuk evenwel dat allochtone deskundigen betekenis kunnen geven aan het gedrag van de Surinaamse patiënten. De auteurs concluderen dan ook dat in de behandeling meer kennis, kunde en vaardigheden op transcultureel gebied beschikbaar dienen te komen.

Een kort verslag van de ervaringen van twee consulenten op twee afdelingen van het ziekenhuis vormt het vijfde hoofdstuk. Ook daar is onvoldoende basisinformatie over de Surinaamse en Antilliaanse cultuur. Ook hier hebben de consulenten geen problemen met de diagnose-in-engere-zin, maar wel met het feit dat onvoldoende aandacht besteed wordt aan de interactie tussen pathologie, cultuur en de sociale omgeving. De behandelaars zijn onder meer van mening dat de consulenten te weinig afweten van de intramurale psychiatrie, dat hun adviezen niet eensluidend, te globaal en te beperkt bruikbaar waren.

Het laatste hoofdstuk schildert het dilemma of de patstelling waarop het project stuit. Patiënten en deskundigen vinden dat het kennis- en kundeniveau van de

behandelaars te kort schiet. De behandelaars geven aan dat ze op etnopsychiatrisch gebied weinig van de deskundigen geleerd hebben. Terecht stellen de auteurs de vraag of de – ook door de behandelaars gewenste – kennis van de cultuur wel leidt tot veranderingen in hun psychiatrisch handelen. Wat het project volgens hen geleerd heeft, is dat het kennisniveau van de behandelaars met betrekking tot Surinamers en Antillianen bijzonder gering is. Dit doet hen het ergste vermoeden over hun kunde met culturele verschillen om te gaan. Terugkomend op de geconstateerde oververtegenwoordiging van de diagnose schizofrenie, merken ze op dat hoe minder men weet van de culturele achtergrond, hoe groter de kans is op een onjuiste diagnose. Ongeacht aard van de relatie tussen gebrek aan kennis en kunde enerzijds en de hogere frequentie van sommige diagnoses anderzijds, zijn zij van mening dat de geconstateerde leemten in kennis over cultuur opgevuld moeten worden. Dit is een eerste stap naar het verhogen van de ‘cross-culture competence’ van de behandelaars, dat wil zeggen van hun vermogen zich te verplaatsen in de normen- en waardenbeleving van de ander en inzicht te krijgen in de interactieprocessen tussen vertegenwoordigers van beide culturen.

Het boek maakt duidelijk dat projecten zoals hier beschreven soms leiden tot loopgravenoorlogen. Behandelaars en externe deskundigen hanteren verschillende verklaringskaders en terminologieën. De een schermt met ‘de psychiatrie’, de ander met ‘de cultuur’. Het transculturele is te weinig transdisciplinair. Jammer genoeg gaat *Transculturele Psychiatrie* niet in op de vraag hoe deze kloof te overbruggen is. Evenmin wordt uitgewerkt hoe de vermeerdering van de ‘cross-culture competence’ in zijn werk moet gaan. Voor wie kennis wil nemen van de perikelen van het ‘Project Etnopsychiatrie’ in zijn streven de zorg voor allochtone patienten in de intramurale psychiatrie te verbeteren en daar zijn voordeel mee wil doen, is dit verslag een bron van informatie; wie nieuwe inzichten verwacht op het terrein van de transculturele psychiatrie of antwoorden op de vele vragen die daar leven, zal teleurgesteld uitkomen.

Rob van Dijk

Literatuur

Kortmann, F.

1991 Culturen in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46(9): 938-47.

Suman Fernando, *Race and culture in psychiatry*. London: Croom Helm, 1988. Reprinted door Routledge, London, 1989. 216 pp, index. Prijs: £ 12.99.

“De theorievorming, de beroepsuitoefening (zowel diagnostiek als behandeling), de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke controlefunctie van de psychiatrie is (in Engeland) racistisch. Aandacht voor culturele verschillen en racism-awareness-trainingen dienen de racistische attitude te verhullen dan wel te rechtvaardigen. Research (ook recent) bevestigt dit dynamisch-conservatisme door

de traditionele westers-georiënteerde nosologie en methodologie centraal te stellen en dus de etnische *minderheden* deficiënt en deviant te bevinden.”

Suman Fernando neemt in dit boek geen blad voor de mond. Hij slaat de (Britse) psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg ermee om de oren. Deze collegiale oorvijg wordt door Fernando systematisch opgebouwd in zeven hoofdstukken als concentrische cirkels rond de kern van zijn betoog, zoals samengevat in de aanhef hierboven. Elk hoofdstuk bevat een duidelijk thema en dito boodschap, doorspekt met beschouwingen met een repeterend karakter. Dit laatste maakt het boek niet prettig leesbaar en geeft het een drammerig karakter. In het onderstaande vat ik de hoofdstukken kort samen.

Hoofdstuk 1 handelt over *de cultuur van de psychiatrie*. De psychiatrie is in haar ontwikkeling doortrokken van westers, dominant en koloniaal denken. Onderzoeken naar hersengrootte, intelligentie, opvoedingsgewoonten, persoonlijkheidskenmerken en sociale achterstandssituaties van gekleurden worden alle gekenmerkt door het zoeken naar en vinden van parameters, die gekleurden fixeren in de positie van minderen en onderontwikkelden.

De hedendaagse psychiatrie, het onderwerp van hoofdstuk 2, is door de sociale controlefunctie en door status respectievelijk macht gebonden aan het ethnocentrisme en racisme van de Britse maatschappij als geheel. In theorie en praktijk werkt dit door. Categoriale voorzieningen, zoals de Transculturele Unit van Ph. Rack in Bradford, acht Fernando alleen acceptabel als overgangsfase naar instituten, waarin de doelgroep ook leiding en macht heeft. Overmaat aan de diagnose schizofrenie bij zwarte volwassenen en aanpassingsstoornissen bij zwarte kinderen zo goed als overmaat aan onvrijwillige opnames van zwarten bevestigen het beeld van de zwarte onmacht versus de witte autoriteit.

Een groot aantal onderzoeksvelden wordt in hoofdstuk 3, *Cross-cultural research* getiteld, besproken en van kritisch commentaar voorzien. Fernando ziet eerder *subculturele* dan *cross-culturele* verschillen en neemt krachtig stelling tegen *cross-culturele* (= wit tegenover zwart) stereotypen. Een wit, westers indelingssysteem van psychiatrische stoornissen zoals de DSM-III is beperkt bruikbaar. Een vereiste hierbij is ‘the issue of race’ hierbij te betrekken. Onderzoek en diagnostiek leveren gegevens over òn de onderzochten òn de onderzoekers òn de machtsverhoudingen tussen hen beiden.

Hoofdstuk 4 over *socio-culturele psychiatrie* is een pleidooi voor klant-gerichtheid, voor invoegen door hulpverleners in de leefwereld van de gekleurde patiënten met oog voor de machtsfactor van de psychiatrie. Aanpassingen binnen organisaties (specifieke trainingen, specifieke tolken en positief gekleurd personeelsbeleid) ziet Fernando als voorwaarde. Diverse therapievormen worden op gebruiks- en misbruikwaarde getoetst.

Hoofdstuk 5 gaat over *de racistische psychiatrie*. De onderzoeksmethoden, zoals het psychiatrisch en het psychologisch onderzoek, worden op hun aanzienlijke bias beoordeeld. Het gebruik van psychiatrische zorg door gekleurde patiënten is onevenwichtig: oververtegenwoordigd in de onvrijwillige behandelsettings en ondervertegenwoordigd in de nieuwe ambulante programma’s. Gekleurde GGZ-medewerkers

kennen achterstandssituaties in opleidingen, verdeling van machtsposities en promotieperspectieven.

Culturele verschillen worden al te vaak aangewend om racistisch geïnspireerd denken te maskeren. 'Cultureel verschillend' is eigenlijk 'raciaal inferieur'. 'Verskil in emotionele expressie' is eigenlijk 'achterlijk'. 'Ziektegedrag van zwarten' is 'minusvariant van normaal (wit) gedrag'. In een opnieuw breed opgezet betoog schildert Fernando in hoofdstuk 6, getiteld *De ras-cultuur-discussie*, de etnocentrische en racistische grondslag in hulpverlening, methodieken en organisatiestructuren.

Verandering binnen de geestelijke gezondheidszorg is niet los te zien van maatschappelijke verandering. Het slothoofdstuk biedt een *blauwdruk voor verandering*. Daarin beschrijft Fernando talrijke aangrijpingspunten voor verandering op de diverse niveaus van de geestelijke gezondheidszorg. Het minste wat lezers kunnen doen, is dit hoofdstuk spelen.

Dit zwartboek over de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Engeland is vrijwel onverkort van toepassing op de Nederlandse situatie. Verslagen van experimenten in APZ *Santpoort*, migrantenteams van RIAGG's in de grote steden en een politiek signaal van het 'vier-stedenoverleg' van de grootste RIAGG's bevatten vele items, die door Fernando uitgewerkt zijn. Voor insiders in de materie is dit boek door zijn haast vermoeiende uitgebreidheid deels een herkenning, deels een prikkel. Voor 'beginners' is het een hele kluit en niet aantrekkelijk verpakt. Fernando heeft zich duidelijk voorgenomen om onverbloemd zijn visie weer te geven; voor het 'gemiddeld' lezerspubliek zou een aantal herkenbare praktijkervaringen en praktische voorbeelden van hoe het wel zou moeten of kunnen de aantrekkelijkheid vergroten.

Jacob Limburg
psychiater

R.C. Fuller, *Alternative medicine and American religious life*. Oxford: Oxford University Press, 1989. 164 pp. Prijs: \$19.95.

Het boek kent de volgende opbouw: na een introductie worden medische sekten en hun relatie tot het protestantse perfectionisme in het negentiende-eeuwse Amerika besproken. Het derde hoofdstuk handelt over het thema 'van fysica tot metafysica', met als subtitel: de spiritualisering van de alternatieve geneeswijzen. Vervolgens wordt aandacht besteed aan chiropractie en osteopathie als zijnde geneeskundige stelsels die zich aan de grens bevinden van de 'orthodoxe' geneeskunde. In het voorlaatste hoofdstuk wordt ingegaan op de hedendaagse situatie, met name de ideeën over een 'hoger zelf' die centraal zouden staan binnen de stromingen van geneesmethoden die zich baseren op holisme en psychische geneeskracht. De schrijver sluit zijn betoog af met een hoofdstuk over (alternatief) genezen als een initiatieritueel.

Fuller bedient zich van een veelheid aan termen ter aanduiding van de door hem bedoelde verschijnselen die geen van alle duidelijk gedefinieerd worden. Een eerste probleem vormt de titel die spreekt van 'alternative medicine', welke laatste term al snel wordt vervangen door die van 'metaphysical healing systems/groups'. Andere door Fuller in dit kader gebezigde termen zijn: nonmedical forms of healing, onorthodox medicine, fringe medicine, unorthodox healing systems. Eenzelfde verwijt treft andere termen als 'reality', 'religion', 'orthodoxy', 'collective mind'. Ons nadere begrip van wat Fuller bedoelt met metafysisch moeten we ontleen aan min of meer toevallige uitwijdingen of toevoegingen, bijvoorbeeld: sacrale werkelijkheid, een hogere spirituele realiteit, denkrichtingen die zich met geheime, geopenbaarde of esoterische kennis bezighouden, datgene wat buiten de culturele orthodoxie valt, denksystemen die bovennatuurlijke causale verklaringen leveren voor het helingsproces, het geloof in bovenaardse krachten, enzovoort. Bloemrijk taalgebruik, dat wel, maar wetenschappelijk niet erg duidelijk.

Behalve het gebruik van termen, roept ook de methode van gegevensverzameling vragen op. In het kort kunnen we hiervan het volgende zeggen. De besproken 'geneeswijzen' zijn: Thomsonianisme, homeopatie, hydropatie, Grahamisme, animaal magnetisme, Swedenborgianisme, Christian Science, chiropractie, osteopathie, de holistic health movement, humanistische geneeskunde, Therapeutic touch, de AA-beweging, psychisch genezen en New Age c.q. kristalgenezing. Dit is een wat merkwaardig samenraapsel van stromingen, waarvan wij in Nederland sommige in het geheel niet tot de alternatieve geneeswijzen zouden rekenen.

Wat betreft de geselecteerde tijdsperiodes is ook sprake van een verwarring. Weliswaar vangt Fuller aan met een bespreking van enkele midden-negentiende-eeuwse stromingen zoals het Thomsonianisme, animaal magnetisme, Grahamisme, maar de lijn wordt niet in historisch-maatschappelijke zin duidelijk doorgetrokken naar de hedendaagse verschijningsvormen van de alternatieve geneeswijzen.

Voorts moet vastgesteld worden dat Fuller geen veldwerk verrichtte onder toepassers en patiënten van alternatief-geneeskundige stromingen, maar dat hij zich baseert op louter schriftelijke documenten, welke soms slechts bestaan uit dagboekfragmenten en krant artikelen. Wat dit laatste betreft is een zekere voorkeur voor het anekdotische niet vreemd aan de speurwijze van Fuller. Veldwerk is in feite een aaneenschakeling van steekproeftrekkingen: wat wordt wel en wat wordt niet relevant geacht voor de waarneming. Het gaat daarbij niet alleen om de keuze van stromingen, maar ook om de keuze van soorten informatiebronnen, tijdsperiodes, auteurs, publicaties en citaten. Fuller overtuigt daarbij niet door een onbevooroordeelde selectie.

Na (en in de selectie) komt de methode van bewijsvoering: hoe construeert de onderzoeker op basis van het verzamelde materiaal een stelling, een bewijs of een theorie? Fuller begeeft zich min of meer in een tautologie, wanneer hij zich voorneemt om het verband te onderzoeken tussen alternatieve geneeswijzen en metafysica en vervolgens 'metaphysical healing groups' selecteert voor zijn onderzoek. In de tweede plaats wezen we al op het belang dat Fuller schijnt te hechten aan het anekdotische: dat Shirley Maclayne een bad neemt met vier kwartskristallen op iedere hoek, telt bij hem kennelijk zwaar. In de derde plaats is het gebrek aan operationele definities van kernbegrippen een probleem. Op pagina 7 lezen we bijvoorbeeld dat helingsrituelen een existentiële ontmoeting bewerkstelligen met

een sacrale werkelijkheid. Maar wat zijn helingsrituelen, wat is sacraal, wat is werkelijk? In de vierde plaats worden door de schrijver soms conclusies getrokken zonder dat duidelijk is aangetoond dat de feiten daartoe aanleiding geven, het lijkt 'hinein interpreteren'. Fuller stelt bijvoorbeeld (p. 221) dat het Thompsonianisme zich verspreidde volgens precies dezelfde geografische lijnen "that revivalist preachers have travelled". Het vergt echter wel wat meer bewijs dan Fuller aanvoert om te laten zien dat bepaalde historisch-maatschappelijke ontwikkelingen inderdaad precies (!) langs dezelfde geografische lijnen verliepen. Voorts is de richting van de 'causaliteit' bij Fuller niet altijd helder. Zo veronderstelt hij: "Unorthodox healing systems have proven remarkably suggestive to the american religious imagination" (p. 91). Wat leidt echter tot wat? Leidt healing tot religie, of leidt religie tot healing, leiden zij tot elkaar, of leidt een factor x zowel tot healing als tot religie?

Betreft het hierboven besprokene vooral de wijze van redeneren, ook de hoeveelheid argumenten c.q. ondersteunende bevindingen zijn van belang voor het beoordelen van een wetenschappelijk betoog. Opnieuw worden we hier ernstig teleurgesteld. Bezien we namelijk welke feiten per alternatieve richting worden aangevoerd om de stelling te bewijzen dat alternatieve geneeswijzen inherent metafysisch zijn, dan beperken de opmerkingen zich vaak tot slechts een enkele aanwijzing. Illustraties hiervan zijn te vinden in Fullers bespreking van het Thomsonianisme, de homeopatie, de hydrotherapie, de chiropractie en de AA.

Het is in dit verband van belang te weten welke de persoonlijke opvattingen en (voor)oordelen zijn van een wetenschapper, zeker wanneer het gaat om de beoordeeling of studie van opvattingen/systemen die zich op de rand (of net daaroverheen) bevinden van de dominante (sub)cultuur waartoe deze onderzoeker behoort. Type-rende uitspraken voor Fuller zijn: "The continuous successes of medical science (N.B., dit slaat kennelijk niet op het verschijnsel van de zogenaamde 'chronische' ziekten) have had the cumulative effect of providing evidence for the superiority of its underlying conceptions and world view" (p. 5). Dergelijk superioriteitsgevoel van de westerse wetenschapper is waarschijnlijk de grootste belemmering voor wetenschappelijke vooruitgang. "The Mesmerists (paranormale genezers) (...) committed to the causal agency of animal magnetism (...) placed their theoretical endeavors equally far outside the spheres of Protestant orthodoxy and regular medicine" (p. 44). Deze orthodoxie "all but neglect the curative role played by material-cause modalities such as pharmacies and surgery" (p. 92).

Het laatste citaat is terug te voeren tot de voor-bewuste en dus voor-wetenschappelijke aanname dat ziekte kan genezen door in het lichaam een chemische stof te brengen of iets weg te snijden. Fuller vermeldt daarnaast wel een aantal minder gangbare opvattingen, bijvoorbeeld het energie-begrip, maar doet daarmee verder niets. We komen voorts de volgende (geciteerde) opvattingen tegen: harmonie met de natuur(wetten), een stroom-model van de mens (fluids, forces, energies) in plaats van statische anatomische representatie, het begrip vitaliteit of levenskracht c.q. levensprincipe, holistisch lichaamsbeeld of zijnsbeeld van de mens, relatie mens-kosmos, de 'power of mind over matter' (iets dat in feite binnen onze rationele westerse wetenschapsopvattingen niet wordt toegestaan), hogere of spirituele dimensies in de menselijke existentie, reïncarnatie, ziekte als illusie, 'intense sympathetic rapport with the patient', de Natuur als helende kracht en de arts/therapeut

als intermediair in plaats van als genezende/controlerende agent et cetera. Het heet bij Fuller allemaal metafysisch en is daarmee veroordeeld.

Interessant had het boek echter toch nog kunnen worden als hij ons een historisch-maatschappelijke verklaring had aangereikt voor de hedendaagse bloei van alternatieve geneeswijzen en aanverwante stromingen. Naar mijn mening maakt Fuller daartoe een veelbelovend begin door zijn bespreking van de theorie van de vier 'Great awakenings' in de USA. Maar uiteindelijk levert deze analyse niet meer op dan een eng-psychoanalytische verklaring, waaruit de historisch-maatschappelijke context grotendeels is verdwenen. Jammer is het in dit verband dat Fuller zich nergens afvraagt welke de functie (maatschappelijk/cultureel) zou kunnen zijn van de opkomst in onze tijd van de alternatieve geneeswijzen. Signaleren zij iets, wijzen zij op een tekortschieten van onze huidige instituties, symboliseren zij een zoektocht naar een nieuwe accommodatie met de Natuur? Het boek pretendeert veel, maar maakt daarvan weinig waar.

Cor W. Aakster

Marijke Gijswijt-Hofstra (red.), *Geloven in genezen. Bijdragen tot de sociaal-culturele geschiedenis van de geneeskunde in Nederland*, themanummer *Volkskundig Bulletin* 17, 2. Amsterdam: P.J. Meertens-Instituut van de Koninklijke Akademie van Wetenschappen, 1991. 109 pp. Prijs: f 25,00.

Welke rol spelen 'geloof' en 'magie' in de ontwikkeling van de geneeskunde? Sinds mei 1989 houdt de projectgroep 'Magie en Geneeskunde' zich met de sociaal-culturele aspecten van deze vraag bezig. In het onderhavige themanummer van het *Volkskundig Bulletin* presenteert zij een eerste proeve van haar verrichtingen. Naast een overzicht van medisch-historisch onderzoek bevat de bundel bijdragen over thema's uit de zeventiende, negentiende en twintigste eeuw.

In het openingsartikel maakt Marijke Gijswijt-Hofstra een rondgang langs recent historisch, volkskundig, cultureel-antropologisch en sociologisch onderzoek op het gebied van de geneeskunde. Zij stelt vast dat de thema's *rationalisering* en *professionalisering* een grote belangstelling genieten. Aan de plaats die 'geloof', "het [religieuze en seculiere] vertrouwen van mensen in of op iemand dan wel iets" (p. 119), en 'magie', "opvattingen en handelingen van mensen, waarin het element van beheersbaarheid of beheersing van de loop der gebeurtenissen met behulp van vooral als occult, bovennatuurlijk of bijzonder beschouwde krachten centraal staat" (p.119), hierin innemen blijkt, zeker in Nederland, tot op heden weinig aandacht geschonken te zijn.

Om meer inzicht in dit onderwerp te verkrijgen, stelt Gijswijt-Hofstra voor het zwaartepunt van onderzoek naar het niveau van de *medische markt* te verschuiven. Hier worden de opvattingen en de daarmee samenhangende handelingen van lijdende en genezers met betrekking tot ziekte en genezing met elkaar geconfronteerd, alsook die van genezers onderling. Middels bestudering van de uiteenlopende ruil- en concurrentierelaties waarin de partijen aan de vraag- en aanbodzijde van de

geneeskunde verwickeld zijn, inclusief de tot op heden in onderzoek verwaarloosde (potentiële) lijdens en niet-officiële genezers, kunnen onderzoekers volgens Gijs-wijt-Hofstra de vraag stellen naar het aandeel van 'geloof' en 'magie' in processen van rationalisering en medicalisering. Het is volgens haar geen uitgemaakte zaak hoe de verhoudingen liggen: "... rationalisering en medicalisering [gaan] bepaald niet op alle fronten gepaard ... met een afname van 'geloof' en 'magie'" (p. 132).

Willem Frijhoff sluit zich in de volgende bijdrage nadrukkelijk aan bij een interactionistisch perspectief op de geneeskundige praktijk, waarbij hij in het midden wenst te laten "welk van de partijen, de vraag- of de aanbodzijde, de ruilrelatie initieert of de markt domineert" (p. 145). Hierdoor stelt hij zich bloot aan een klassiek bezwaar tegen het interactionisme in de sociale wetenschap, namelijk dat het de invloed van sociaal-economische en machtsverhoudingen op het denken en doen van mensen negeert. Is genezen het gevolg van een *freischwebend* proces van onderhandelen tussen patiënten en genezers waarin het voornamelijk draait om de *geloofwaardigheid* van geneesmiddelen en medische specialisten en bijvoorbeeld minder om kostenaspecten? In ieder geval is dit wel het beeld dat Frijhoff naar voren haalt uit de tekst waarover zijn artikel handelt, het pestraktaat van IJsbrand van Diemerbroek.

Deze geneesheer was in de jaren 1635-1636 tijdens de grote pestepidemie in Nijmegen actief. Op basis van toendertijd gemaakte aantekeningen schreef hij zijn traktaat dat in 1644 voor het eerst verscheen. Frijhoff gebruikt het als "een historische bron voor een antropologische benadering van het menselijk handelen gericht op genezing" (p. 147). Hij onderscheidt drie analyseniveaus in de tekst: het valt te lezen als een documentaire ziektegeschiedenis, vervolgens worden er normen voor genezing in aangedragen en tenslotte schetst het een beeld van de opvattingen en gedragingen die de betrokken partijen op de medische markt er met betrekking tot de pestbestrijding op nahielden.

Aan de hand van een aantal frappante casussen laat Frijhoff zien dat het traktaat van de universitair geschoolde en officieel erkende medisch specialist Van Diemerbroek inzage verschaft in de wereld van patiënten en niet-officiële genezers en in diens relatie tot deze partijen. Zo blijken de grenzen tussen Van Diemerbroek en zijn geneeskundige concurrenten in de praktijk niet altijd zo scherp afgebakend te zijn als de theorie wilde en is de geneesheer zich bewust van de verschillen in wereldbeelden tussen hem en veel van zijn patiënten en van de beperkingen die dit gegeven aan zijn overtuigingskracht oplegde.

Aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw trok de onbevoegd genezer Peter Stegeman, ook wel bekend als 'het Staphorster boertje', talloze zieken aan. Op basis van een reconstructie van Stegemans geneeskundige praktijk komt Willem de Blécourt tot de conclusie dat 's mans populariteit door alle lagen van de bevolking liep en dat hij, door zich per trein te verplaatsen, in een groot deel van Nederland zijn diensten kon aanbieden. Strafvervolgingen deerden hem niet, te meer daar de opgelegde boetes door bemiddelde patiënten betaald werden.

De Blécourt verklaart de grote aantrekkingskracht die onbevoegde genezers zoals Stegeman op patiënten uitoefenden vanuit hun gedragspatroon. Vergeleken met afgestudeerde artsen besteedden zij meer tijd en aandacht aan hun patiënten en wekten zij minder de indruk op geldgewin uit te zijn. Op deze wijze slaagden zij erin vertrouwen te winnen.

Om inzicht te verkrijgen in de uiteenlopende wijzen waarop met betrekking tot ziekte wordt gedacht en opgetreden stelt de auteur tenslotte voor het door medisch-politieke belangen ingegeven voorvoegsel 'volks' in termen als 'volksgeneeskunde' los te laten en de aandacht te richten op culturele aspecten van de geneeskunde, zoals sociale positie en communicatieprocessen tussen patiënten en genezers.

In het laatste artikel van de bundel gaat Ineke van Wetering in op de magie van *winti*, de Afro-Surinaamse religie die in Nederland onder Creoolse Surinamers gepraktiseerd wordt. *Winti* biedt uitweg voor problemen waar de algemene medische voorzieningen niet mee uit de voeten kunnen. Het contact tussen genezer (*bonuman*) en cliënt komt hier te lande doorgaans tot stand via informele kanalen of hulpverleningsorganisaties. Van Wetering wijst erop dat deze religieuze therapie er meestal op gericht is het sociaal functioneren van de cliënt te beïnvloeden. De genezer moet dan ook vertrouwd zijn met de symbolische en sociale kenmerken van de familie waartoe de patiënt behoort.

Met behulp van drie uitvoerig beschreven gevalsstudies – de praktijk van een Bosneger, het ritueel in een centrum voor *winti*-therapie in Amsterdam en de werkwijze van een buurtgenezer in de Amsterdamse Bijlmermeer – toont Van Wetering de magische kanten van het *winti*-ritueel. Genezer en patiënt treden in contact met krachten die buiten beider bewustzijn liggen. Door deze te activeren met behulp van fantasiebeelden en rituelen, wordt de situatie van de patiënt positief beïnvloed. Deze therapeutische kenmerken, zo stelt Van Wetering, staan, tezamen met de onwil ze begrijpelijk te maken in termen van de westerse gezondheidszorg, rationalisering en professionalisering van *winti* in de weg.

De bijdragen aan *Geloven in genezen* geven een aardige indruk van de gevarieerdheid aan geneeskundige opvattingen en praktijken die men onder patiënten en niet-officiële genezers door de tijden heen kan aantreffen. Vanzelfsprekend konden de auteurs slechts een fractie van het "[z]owel in empirisch als in theoretisch opzicht ... nodige zoek- en denkwerk [dat nog moet] worden verricht" (p. 119) bestrijken. Zo wekt de bundel bijvoorbeeld nieuwsgierigheid op naar vertegenwoordigers van dominante medische voorzieningen: in welke mate spelen 'geloof' en 'magie' in hun denken en doen een rol van betekenis? Het zou de moeite waard zijn als de projectgroep 'Magie en Geneeskunde' deze vraag in haar toekomstige projecten meer aandacht zou gunnen.

Gerard Roelofs

C.B.M. Hoffer, *Islamitische geneeswijzen in Nederland, een eerste inventarisatie*. Leiden: LIDESCO, 1991. 106 pp. Prijs: f 15,00.

Dit boek is het resultaat van een inventariserend vooronderzoek (in opdracht van het ministerie van W.V.C.) naar de achtergronden en praktijken van allochtone traditionele genezers, i.c. islamitische genezers. Doelstelling van het onderzoek is niet zozeer een *beoordeling* te geven van de werkwijzen en effecten, maar vooral *inzicht* te krijgen in de belevingswereld van islamitische genezers en hun cliënten.

Tevens onderzoekt Hoffer in hoeverre bepaalde ideeën uit de landen van herkomst daadwerkelijk in Nederland voortleven. De onderzoeker heeft hiermee naar mijn mening een interessant onderwerp aangesneden. Het is bekend dat veel Turken en Marokkanen in het thuisland gebruik maakten van traditionele genezers/behandelingen. Wordt daar met de komst naar Nederland nog steeds gebruik van gemaakt; welke mogelijkheden zijn er in Nederland; is er sprake van een gelijkwaardig alternatief systeem naast de reguliere gezondheidszorg; in welke omstandigheden wordt dit systeem geraadpleegd? In de dagelijkse praktijk van de hulpverlening weten veel hulpverleners dat hun cliënten 'traditionele genezers' raadplegen, maar vaak weet men daar niet goed een houding in te vinden: moet het afgeraden worden of juist gestimuleerd; werkt het niet averechts op het reguliere hulpaanbod? Aan dergelijke thema's wordt in dit boek kort aandacht besteed. Het gaat echter om een *verkennend* onderzoek zoals de auteur meermalen benadrukt. Deze en andere vragen zouden in vervolgonderzoeken verder uitgewerkt kunnen worden.

Het boek is opgebouwd uit zes hoofdstukken. Na een verantwoording voor de opzet en uitvoering van het onderzoek (hoofdstuk 1) volgt een overzicht van de ontwikkeling van de traditionele geneeskunde in de islamitische wereld. Hoffer signaleert drie belangrijke ontwikkelingen: de profetische geneeskunst, de Arabisch-islamitische geneeskunst en het Soefisme. Mede onder invloed van lokale tradities zijn hieruit diverse vormen van 'islamitische geneeskunde' ontstaan. Men kan daarom niet spreken over *dé* islamitische geneeskunde, zelfs niet over *dé* Marokkaanse, *dé* Turkse of *dé* Pakistaanse traditionele visie op ziekte en gezondheid. Hoffer onderscheidt twee categorieën om de diverse vormen in onder te brengen: 'islamitische gebedsgenezingen' (activiteiten die formeel binnen de grenzen van de islam blijven) en 'islamitische geneeswijzen' (activiteiten die sterk gekleurd zijn door de lokale cultuur).

In het derde hoofdstuk worden de negen geïnterviewde genezers besproken, hun achtergronden (Turks, Marokkaans, Surinaams, Guyanees), werkwijzen, en cliëntenbestand. De achtergronden en motivaties van de twintig geïnterviewde cliënten komen in hoofdstuk 4 ter sprake. Opvallend is dat de meesten van hen (16) heerst hulp hebben gezocht in het reguliere hulpverleningscircuit, maar uit onvrede daarmee tenslotte een islamitische genezer hebben bezocht. Dit aspect wordt in het vijfde en zesde hoofdstuk verder uitgewerkt wanneer het gaat over de relatie tussen het reguliere gezondheidszorgsysteem (en vertegenwoordigers daarvan) en islamitische cliënten en de relatie reguliere gezondheidszorg/islamitische geneeswijzen.

Overigens overschat de auteur daarbij de omvang van de groep allochtone cliënten bij de RIAGG's. Hij noemt een percentage van 18-30%. Slechts in enkele RIAGG's in de grote steden is dit het geval. Er blijken een aantal knelpunten te bestaan waar vanuit de reguliere zorg (nog) geen oplossing voor gegeven wordt. Islamitische genezers zouden hier met name een belangrijke bijdrage leveren door hun holistische benadering van ziekten en problemen en het geven van ruime aandacht aan de cliënt. Tot slot gaat de auteur na in hoeverre samenwerking tussen het reguliere gezondheidszorgsysteem en islamitische geneeswijzen mogelijk en wenselijk is. Om hierop een antwoord te kunnen geven, is verder onderzoek gewenst, bijvoorbeeld naar de effectiviteit van islamitische geneeswijzen, naar reeds bestaande vormen van samenwerking et cetera.

Bij het schrijven van een recensie doet zich onvermijdelijk de vraag voor naar de meerwaarde van de publikatie. Bij dit boek wil ik een onderscheid maken tussen het onderzoek en de publikatie. Om met het laatste te beginnen: het in boekvorm publiceren van dit vooronderzoek is mijns inziens te hoog gegrepen. Wie zich de laatste jaren heeft verdiept in en beziggehouden met de hulpverlening aan cliënten met een islamitische achtergrond zal weinig nieuwe of bruikbare informatie in dit boek vinden maar zich hooguit herkennen in de vragen die geformuleerd worden voor verder onderzoek.

Wat betreft het onderzoek heb ik in het begin reeds gesteld dat een dergelijk (voor)onderzoek interessant is. Het roept veel nieuwe vragen op en nodigt uit tot discussie. Twee kanttekeningen zijn bij het onderzoek te plaatsen die misschien bruikbaar zijn voor vervolgonderzoek.

Het boek heeft als titel *Islamitische geneeswijzen in Nederland* en ook in het boek wordt deze term regelmatig gebruikt. Hoffer schijnt echter niet helemaal tevreden over deze benaming en komt dan tot een onderscheid tussen 'islamitische gebedsgenezingen' en 'islamitische geneeswijzen'. Deze oplossing doet echter gekunsteld aan. Correct zou het mijns inziens zijn, te spreken van 'traditionele genezers met een islamitische achtergrond'. De door Hoffer beschreven ziekteverklaringen en geneeswijzen zijn ook terug te vinden bij andere traditionele genezers en lijken nauwelijks gebaseerd te zijn op islamitische uitgangspunten. In die behandelingen waarin dat wel het geval is, zou men kunnen spreken van islamitische geneeswijzen in plaats van gebedsgenezingen).

Tot slot komt uit diverse bronnen naar voren dat de reguliere gezondheidszorg nog op vele vlakken faalt in de hulp aan allochtone cliënten. Er zal de komende jaren hard gewerkt moeten worden omdat te verbeteren. Samenwerking met traditionele genezers is mijns inziens pas opportuun als het reguliere zorgsysteem ook serieus de verantwoordelijkheid ten aanzien van de zorg voor allochtone cliënten op zich neemt. Gebeurt dit niet, dan bestaat het risico dat er een systeem van 'traditionele geneeswijzen' ontstaat waarheen willekeurig allochtone (moeilijke, arbeidsintensieve, weinig succes mee te behalen) cliënten verwezen worden.

Mineke Blom

E.S. Houwaart, *De hygiënist. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij, 1991. 427 pp. Prijs: f 65,-.

Naar politieke aspecten in de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland is weinig onderzoek verricht. In algemene beschouwingen over de geschiedenis van de gezondheidszorg overheerst de medische blik en vervult de politiek slechts een marginale rol. Zo beweert de medicus Van der Korst (1988), dat de gezondheidszorg pas na de Tweede Wereldoorlog een echte 'politieke zaak' wordt. Dit beeld komt ook naar voren in meer specifieke studies van onder andere Juffermans (1982) en Boot & Knapen (1983), naar de politieke aspecten van de gezondheidszorg. Het tijdperk na de Tweede Wereldoorlog wordt afgeschilderd als de periode waarin de

gezondheidspolitiek echt gestalte krijgt. Er is dan pas volgens de genoemde auteurs sprake van intensivering van overheidsbemoeienis en van verstrengeling tussen gezondheidszorg en staat. Vooroorlogse ontwikkelingen worden opgevoerd als prelude. Deze periodisering in de gezondheidspolitiek vloeit voort uit een beperkte en statische opvatting over politiek. Politiek in de gezondheidszorg wordt beschouwd als overheidsbeleid: regels, sancties en wetten die door het parlementaire politieke stelsel worden uitgevaardigd en door de overheid worden uitgevoerd. Door deze beperkte opvatting van gezondheidspolitiek blijft de dynamische onderlaag van het gezondheidsbeleid buiten beschouwing en verdwijnt onder andere de rol van medici als politieke entrepreneurs uit het gezichtsveld.

Het recente proefschrift *De Hygiënisten. Artsen staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890* van E.S. Houwaart overstijgt niet alleen het politieke niveau van overheidsinterventie, maar voorziet ook in een leemte in de medische historiografie. De activiteiten van de Nederlandse hygiënisten zijn nooit eerder systematisch onderzocht. Houwaart heeft veel materiaal van en over de hygiënisten geraadpleegd en verwerkt in een lijvig boekwerk dat beschouwd kan worden als de meest volwaardige studie op dit terrein. De collectieve biografie over de hygiënisten is mede interessant, omdat de auteur in zijn beschouwing afstand neemt van de statische tweedeling tussen geneeskunde en politiek. Houwaart schetst de gezondheidspolitiek als een dynamisch ontwikkelingsproces. Hij heeft aandacht voor de politieke cultuur van medici en vraagt zich onder andere af in hoeverre artsen in de tweede helft van de vorige eeuw met behulp van de geneeskunde hebben bijgedragen aan de vestiging van een democratische en rechtvaardige samenleving. Tegelijkertijd onderzoekt Houwaart in hoeverre sociaal-politieke factoren richting hebben gegeven aan de cognitieve ontwikkeling in de medische wetenschap. Hij heeft oog voor de wisselwerking tussen geneeskunde en politieke cultuur en treedt daarmee in de voetsporen van de inmiddels klassiek geworden studie van Verdoorn, *Volksgezondheid en sociale ontwikkeling* (1965). In beide verhandelingen wordt veel aandacht besteed aan de sociaal-politieke gevolgen van epidemieën en besmettelijke ziekten en figureren de hygiënisten als drijvende kracht achter de verbeteringen van de openbare gezondheidszorg. Het proefschrift van Houwaart is echter systematischer, meer doorwrocht en vollediger. Zijn boek is een waardige opvolger van Verdoorns publikatie.

'Hygiënisten' is de wetenschappelijke aanduiding voor een hervormingsbeweging bestaande uit geneeskundigen, ingenieurs, onderwijzers, juristen en economen, die in de tweede helft van de vorige eeuw de openbare gezondheidszorg tracht te bevorderen door op politiek niveau hygiënische maatregelen af te dwingen. Houwaart beperkt zich in zijn studie tot de geneeskundigen in deze beweging en laat zien hoe deze groep een kentering in de gezondheidspolitiek bewerkstelligt. De hyginisten blijken de grondleggers te zijn geweest van een nieuwe gezondheidspolitiek. Met hun opvattingen over de sociaal-politieke oorzaken van ziekten keerden de hygiënisten zich tegen de heersende norm in de gezondheidspolitiek. Deze was gericht op de bescherming van de goeie burgerij tegen de arme, onbeschaafde en ziektegevoelige volksklasse: de 'natuurlijke voedingsbodem' van besmettelijke ziekten. Zo bestond de taak van de medische politie voornamelijk uit quarantaine en andere beschermende maatregelen zoals controle op kermissen, markten en begrafenissen, om te voorkomen dat besmettelijke ziekten van de

volksklasse zich verspreidden over de hele bevolking. De enorme preventie- en bestrijdingscampagnes die begin jaren dertig tegen de cholera werden gevoerd, gaven uitdrukking aan de angst van de burgerij voor de besmettelijke volksklasse. Tegenover de heersende norm stelden de hygiënisten het beeld van volksziekten als 'uitdrukking van het gestoorde leven' en probeerden hun opvattingen met de ontwikkeling van een 'openbare gezondheidsleer' wetenschappelijk te onderbouwen.

Houwaart laat zien hoe de hygiënisten met hun progressief-liberale gezondheids-politiek hebben bijgedragen aan de democratisering en integratie van de Nederlandse natie. Zo doorbraken de hygiënisten het privilege van de hogere stand door te streven naar een gezondheidszorg voor alle burgers. Zij definieerden de nationale volksgezondheidstoestand als graadmeter voor de 'beschaafdheid' van een natie. Verbetering van de volksgezondheid betekende volgens de hygiënisten niet alleen een voordeel voor de zieken, maar tevens een vooruitgang van de mensheid. Het was een remedie tegen geestelijke apathie en materieel verval en derhalve ook een algemeen belang. Goede gezondheid was in de ogen van de hygiënisten een voorwaarde voor 'vrije en produktieve burgers' en daarbij hoorde een algemeen recht op gezondheidszorg. Met hun nieuw gezondheidsethos, een ideologie waarin, in het belang van de volksgezondheid, gestreefd werd naar een maatschappelijke gelijkwaardige verdeling van gezondheidsrechten en -plichten, werden zij pleitbezorgers van de constitutionele democratie. Een goede gezondheidszorg zou volgens de hygiënisten het Thorbeckeaanse staatsburgerschap, het beginsel van de constitutie, bevorderen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ze zich verbonden voelden met progressieve liberalen en zich engageerde in de liberale politiek. Als liberalen pleitten veel hygiënisten voor een maatschappij met gelijke rechten voor alle burgers en streefden naar een burgerlijke rechtsorde op verschillende levensterreinen als godsdienst, wetenschap, economie en gezondheidszorg. Maatschappelijke posities dienden in hun ogen voortaan verworven te worden op basis van verdienste. Een goede gezondheidszorg was hiervoor een voorwaarde.

De hygiënisten waren niet alleen de dragers en verspreiders van een liberale ideologie maar ondersteunden ook de concrete liberale politiek. Velen waren voorstanders van Thorbeckes grondwetsvormingen en de hygiënisten Penn, Ali Coben en Zeeman speelden onder andere als adviserend ambtenaar een actieve rol in de totstandkoming van Thorbeckes gezondheidswetten van 1865. Op regionaal niveau waren hygiënisten actief als inspecteurs van de volksgezondheid en op lokaal niveau verwierven hygiënisten via de liberale kiesverenigingen een positie in de gemeenteraden en speelden zij ook een belangrijke rol in de plaatselijke gezondheidscommissies.

In Nederland komt de discussie over de hervorming van de openbare hygiëne rond 1840 op gang en ontstaat de beweging van hygiënisten. De Amsterdamse medici J.P. Heije, A.H. Israëls, J. Penn. J. Zeeman, S.S. Coronel en G.A.N. Allebé, de Groningse medicus L. Ali Cohen en de Haarlemse medicus L.J. Egeling hebben hierin een dominante rol gespeeld. Zij hebben in de periode 1850-1880 een belangrijke stempel op de organisatie van de openbare gezondheidszorg gedrukt. In Frankrijk en Engeland waren de hygiënisten al ruim tien jaar eerder actief. Hun geschriften en activiteiten waren een belangrijke inspiratiebron voor hun Nederlandse collega's. Naast concrete politieke activiteiten stimuleerden en ontwikkelden de

Nederlandse hygiënisten 'de leer van de openbare hygiëne' door middel van zelf-opgerichte tijdschriften als het *Practisch Tijdschrift voor de Geneeskunde*. In de strijd voor een betere openbare gezondheidszorg was naast onvrede over de ondoelmatige organisatie van de bestaande zorg, het gering maatschappelijk aanzien van medici ook een belangrijke drijfveer voor hun activiteiten. De discussie in de verschillende medische gezelschappen over de gezondheidshervormingen en het onbehagen van medici leidden in 1849 tot de oprichting van een landelijke beroepsorganisatie, de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG). De jonge, politiek geëngageerde hygiënisten gebruikten de NMG als uitvalsbasis voor hun hervormingsactiviteiten. Er werden lokale en provinciale commissie in het leven geroepen en de NMG fungeerde als centraal coördinatiepunt in het netwerk van de hygiënisten. De ideeën en onderzoeksbevindingen van de hygiënisten vonden weerklank in landelijke vakbladen als het *Nederlandsch Weekblad voor Geneeskundigen* en het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en in algemene tijdschriften als *De Gids*, *De Economist* en de *Schat der Gezondheid*. Penn, Ali Cohen, Zeeman, Egeling, Israëls en De Man traden meestal op als landelijke wetenschappelijke en politieke woordvoerders van de beweging.

Ondanks de maatschappelijke geëngageerdheid van de hyginisten, lag de kracht van de beweging niet zozeer in haar politieke organisatie als wel in haar wetenschappelijke methode. In de statistiek vonden de hygiënisten een machtig wapen. Zij beschouwden de slepende discussie over de besmettelijkheid van volksziekten en de daaraan gekoppelde maatregelen als vruchteloos omdat er geen overtuigend bewijs was voor het bestaan van contagie. De theorieën over smetstoffen en de pathofysiologische aspecten ervan, waren in de ogen van de hygiënisten speculatieve constructies. Zij vonden een andere uitweg in het debat door de oorzaak van volksziekten in het leefmilieu te zoeken. Met hun empirisch onderzoek naar sterfte, geboorte, ziekteverschijnselen en naar de lokale pathogene levensomstandigheden, de hygiëna publica, brachten zij wanverhoudingen in de gezondheidszorg aan het licht. Zij namen met hun inductieve positivistische methoden afstand van de speculatieve constructies en claimden met hun harde cijfers wetenschappelijke objectiviteit. De statistische bewerkingen, gebaseerd op het werk van de befaamde Quetelet, waren eenvoudig. Het sterftecijfer werd de graadmeter voor de regionale en lokale gezondheidstoestand. De hygiënisten initieerden in de jaren vijftig het inventariserende onderzoek. Dit leidde tot grootscheepse registratie van ziekte- en sterftecijfers en beschrijvingen van hygiënische omstandigheden. Ingrediënten voor een algemeen model van pathogene omstandigheden vonden ze in de omstreden bodemtheorie van de Duitse hygiënist Max von Pettenkofer. Het inventariserend onderzoek werd door plaatselijke NMG-afdelingen uitgevoerd en door de landelijke NMG-commissie verwerkt. Vanaf 1850 verschenen er voor het eerst in de geschiedenis algemene overzichten van de gezondheidstoestand van Nederland waarin regionale en lokale gezondheidsverschillen in een oogopslag zichtbaar werden. De harde cijfers werkten betoverend. Met hun statistische bewerkingen brachten de hygiënisten een nieuwe realiteit in de gezondheidspolitiek. De statistiek werkte zonder aanzien des persoons en stelde alle burgers aan elkaar gelijk. Tegelijkertijd werden sterfte en ziekten van personen in verband gebracht met maatschappelijke omstandigheden en kregen de statistische gegevens een politieke lading. Was een

plaats of regio ongezond dan betekende dit volgens de hygiënisten dat de 'beschaving' nog niet was doorgedrongen en dat de politieke leiders hadden gefaald in het nemen van hygiënistische maatregelen. Uit Houwaarts studie blijkt dat de kritiek op de wetenschappelijke methode van de hygiënisten gering was. Dit is opmerkelijk, want het onderzoek naar pathogene levensomstandigheden beruiste namelijk op speculatieve vooronderstellingen van Von Pettenkofer en de statistische bewerkingen waren nogal simpel. Met demografische gegevens werd bijvoorbeeld geen rekening gehouden.

De standaardiserende werking van de statistiek leidde tot homogenisering en integratie in de gezondheidszorg en kan beschouwd worden als een belangrijke factor in de eenwording van Nederland. Door accumulatie en aanhoudende publicatie van tabellen en cijfers over de gezondheidstoestand ontstond een bombardement van harde feiten dat leidde tot een kentering in de gezondheidspolitiek. In 1850 spraken politici nog van de 'constitutio epidemica', terwijl in 1880 gediscussieerd werd over een 'openbare gezondheidsregeling'. Hiermee werd het sociaal-politieke verband tussen volksziekten en openbare hygiëne onderkend en afstand genomen van het filantropisch zorgsysteem waarin volksziekten als een 'natuurlijk' fenomeen werden beschouwd.

De jonge voortvarende hygiënisten ondervonden ondanks hun uitgesproken sympathie voor het liberalisme, veel politieke weerstand. Het liberale kamp bleek verdeeld en ook onder de hygiënisten bestonden fundamentele twistpunten over de staatsinrichting en over de rol van de burgers, medici en overheid. Belangrijke hygiënisten als de Utrechtse hoogleraar G.J. Mulder en de oprichter van de *Geneeskundige Courant*, N.B. Donkersloot, keerden zich tegen de constitutie van 1848. Zij pleitten voor een autocratische regeringsvorm. Volgens Mulder, die lid was van de in 1848 ingestelde staatscommissie voor herziening van de geneeskunde, moest de soevereine vorst met zijn ministers en ambtenaren de gezondheidstoestand verbeteren door middel van strenge maatregelen. De leiders in de beweging van hygiënisten dachten daar heel anders over. Penn, Ali Cohen, Egeling, Israëls en Zeeman streefden naar een gezondheidspolitiek die aansloot bij de constitutie. Heije en Westerhoff daarentegen ondersteunden Thorbeckes grondwet, maar bepleitten een anti-liberale geneeskundige wetgeving zoals Mulder die voorstond.

Een ander probleem voor de hervormers van het gezondheidsstelsel waren de verschillen in status, opleiding en bevoegdheid van medici. Uiteindelijk bleek ook hier de homogenisering en integratie onafwendbaar. Ondanks het tumult rondom de mislukte coup van het NMG-bestuur waarin de hygiënisten Penn, Evers en Zeeman met een overrompelingsstrategie een adhesie-betuiging voor Thorbecke bedongen zonder overleg met de plaatselijke afdelingen, werd in 1865 de wet op de uitoefening van de geneeskunde uiteindelijk toch door de Tweede Kamer aanvaard.

Het meest fundamentele struikelblok voor de hervormingen van de hygiënisten was het anti-etatisme binnen de liberale politiek. De hygiënisten wensten wettelijke maatregelen voor een verbetering van de openbare hygiëne (onder andere controle op begraafplaatsen, drinkwater, stadsvuilverwijdering en huisvesting) en streefden naar uitbreiding van het geneeskundig staatstoezicht op fabrieken, scholen en de handel in levensmiddelen. Ook vaccinatie en ontsmettingsmaatregelen dienden volgens de hygiënisten wettelijk te worden geregeld. Voor veel liberalen gingen deze

voorstellen tot staatsinterventie veel te ver. Overheidsingrijpen in de gezondheidszorg was alleen dan geoorloofd als het algemeen belang concreet in gevaar was. Vooral nog was daar geen sprake van en de toonaangevende liberale politici hielden vast aan de doctrine van het 'productief burgerschap'. Er was volgens hen geen enkele aanleiding om daar van af te wijken. Nederland was in de tweede helft van de vorige eeuw in politiek opzicht vrij stabiel en kende nauwelijks sociale onrust. De industrialisatie was nog zeer beperkt. De hervormingen van de hygiënisten verliepen dan ook vooral langs lijnen van wat Stuurman heeft betiteld als 'de produktieve deugd'.

Houwaart laat in zijn gedegen en doortastende studie zien dat de hygiënisten ondanks de geringe staatsinterventies, het politieke debat over de gezondheidszorg fundamenteel hebben veranderd. De beweging van hygiënisten heeft vooral met haar dwingende en ongenaakbare statistische methoden de gezondheidsproblemen gesociologiseerd en de zorg getransformeerd naar de sfeer van de sociale rechtsorde. De auteur heeft de verschillende barrières in de sociaal-politieke context inzichtelijk gemaakt en de wisselwerking tussen deze context en de kennisproductie in de geneeskunde aangetoond. Een intrigerend aspect in Houwaarts studie is de problematische verhouding tussen de hygiënisten en het liberalisme. Maar het is jammer dat het politieke spectrum van de liberalen slechts globaal wordt besproken. Er is weliswaar nog weinig onderzoek verricht naar de liberalen in deze periode, maar de wijze waarop Houwaart de hygiënisten presenteert, roept onvermijdelijk vragen op over hun plaats in de liberale politiek. Op veel punten vertoont de geschetste politiek van de hygiënisten frappante overeenkomsten met de activiteiten en opvattingen van radicaal-liberalen rond de eeuwwisseling. De rol van de hygiënisten in de liberale politiek wordt in Houwaarts studie onvoldoende uitgewerkt waardoor het specifieke van hun bijdrage vaag blijft. Zo wordt bijvoorbeeld niet duidelijk of de gelijkwaardige verdeling van gezondheidsrechten en -plichten ook gold voor de maatschappelijke onderlaag die door het censuskiesrecht was uitgesloten van politieke participatie. Hoe ver ging het door de hygiënisten bepleite actieve burgerschap? Wensten zij uitbreiding van het algemeen kiesrecht? Betekende hun pleidooi voor een publiekrechtelijk beginsel een verandering in de liberale theorie van staatsinterventie? Kortom, hebben de hygiënisten als progressieve liberalen een aantal fundamenteën van het negentiende-eeuws liberalisme aan het wankelen gebracht? De onduidelijkheid op dit punt doet niets af aan het heldere en genuanceerde beeld dat Houwaart geeft van de geneeskundige positie van de hygiënisten. Zijn boek is een aanwinst voor de medische geschiedschrijving.

Gerrit van Vegchel

1. S. Stuurman, Het einde van de produktieve deugd. *BMGN*, 1991: 610-24.

Anneke H. van Otterloo, *Eten en eetlust in Nederland (1840-1990), een historisch-sociologische studie*. Amsterdam: Bert Bakker 1990. 364 pp. Prijs: f 49,50 (paperback).

Het boek van de sociologe Anneke van Otterloo is een handelseditie van het proefschrift waarop zij in oktober 1990 promoveerde. Een interessante en leesbare studie. Het is een verheugend verschijnsel dat de laatste jaren de belangstelling voor onderzoek naar voedingsgewoonten en de sociaal-wetenschappelijke aspecten van voedsel en voeding is toegenomen. Het boek *Eten en eetlust in Nederland* is hier een goed voorbeeld van.

Het sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar voedingsgewoonten vindt zijn oorsprong in het werk van de antropologe Audrey Richards in de jaren dertig in het toenmalige Noord-Rhodesië. In Nederland werd een eerste aanzet tot een niet-natuurwetenschappelijk gerichte studie naar de voeding gegeven door de medicus J. Burema (1953) in zijn boek *De voeding van Nederland van de middeleeuwen tot in de twintigste eeuw*. In de jaren tachtig beginnen de publikaties goed op gang te komen. Zo verschijnen in 1982 *Voeding als maatschappelijk verschijnsel* (A.P. den Hartog, redactie), gebaseerd op werk van de Vakgroep Humane Voeding van de Landbouw Universiteit Wageningen en de studies van J. Jobse-van Putten van de afdeling Volkskunde van het P.J. Meertens-Instituut.

Onderzoek naar voedingsgewoonten wordt in Nederland evenals in andere landen gedaan vanuit twee verschillende invalshoeken: een sociaal-wetenschappelijke en een meer voedingsgerichte vraagstelling naar de (sociologische en antropologische) oorzaken van onder- en overvoedingsproblemen. Het boek van Anneke van Otterloo is een sociologische studie en heeft de theorie van het civilisatieproces van Norbert Elias als uitgangspunt. Het is grotendeels gebaseerd op historisch bronnenmateriaal, wetenschappelijke rapporten en literatuur. Het laatste hoofdstuk is de neerslag van door de auteur verricht empirisch onderzoek. De titel van het boek geeft aan dat de studie gaat over eten en eetlust in Nederland. Het begrip eetlust wordt niet uiteengezet en komt overigens nauwelijks aan de orde, wel op een boeiende wijze de Nederlandse eetcultuur.

Het boek begint met een drietal hoofdstukken over schaarste en ongelijkheid in de negentiende eeuw en de opkomst van de wetenschap en de voedingsmiddelenindustrie. Dit wordt gevolgd door een hoofdstuk over de opkomst van de moderne technisch-hygiënische voorzieningen in de steden in relatie tot de zich voedende mens. Het zijn interessante hoofdstukken om te lezen voor diegenen die op dit gebied niet zo thuis zijn. Het geeft geen nieuwe inzichten over het ontstaan van onze moderne voedingsgewoonten als gevolg van de industriële revolutie en de daarop volgende ontwikkelingen. Onvoldoende wordt ingegaan op de betekenis van het geleidelijk beschikbaar komen van veel en relatief goedkoop voedsel voor steeds bredere lagen van de bevolking.

De auteur is op haar best in de hoofdstukken over de invloed van het huishoudonderwijs op de ontwikkeling van de eetgewoonten en de beweging voor natuurlijk en gezond voedsel. Met name de invloed van de kookleraressen op een verdere verspreiding van voedzaam en smakelijk voedsel onder bredere lagen van de bevolking kan niet genoeg benadrukt worden. Uitgebreid gaat zij in op de mogelijke

invloed van buitenlandse migranten op de Nederlandse keuken. De ondertitel van het hoofdstuk, *Toenadering of distantie?*, werkt de auteur helaas niet verder uit.

Het boek wordt afgesloten met een zeer verhelderend hoofdstuk over het voedselregime van dik en dun. Dit hoofdstuk is grotendeels gebaseerd op een door de auteur uitgevoerd onderzoek onder moeders, afkomstig uit lagere en middenklassen in Amsterdam. Het hoofdstuk geeft inzicht in gevoelens en opvattingen die samenhangen met corpulentie als gevolg van uiteenlopende levensstijlen.

Als besluit wordt weer ingegaan op de gedachte van Elias dat de evolutie van sociale processen mensen minder afhankelijk heeft gemaakt van de wisselvalligheden van de natuur, maar echter wel van elkaar. Dit is volgens de auteur ook van toepassing op de eetcultuur. Hoe men ook over dit gedachtengoed kan denken als bepalende factor voor de ontwikkeling van onze moderne voedingsgewoonten, het boek *Eten en eetlust in Nederland* is een waardevolle bijdrage in de verdere studie van onze voedingsgewoonten.

Adel P. den Hartog

Beatrix Pfeleiderer & Gilles Bibeau (eds), *Anthropologies of medicine; A Colloquium on West European and North American perspectives*. Curare Sonderband Volume 7/1991, Friedrich Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH, Braunschweig, 1991. 275 pp. Prijs: DM 68,00.

Van 4 tot 8 december 1988 werd in Hamburg een medisch antropologische conferentie gehouden die tot doel had de Amerikaanse en Europese traditie nader tot elkaar te brengen. Van deze conferentie is de hier besproken 'Sonderband' van Curare de neerslag.

Om maar met de deur in huis te vallen: wie specifiek geïnteresseerd is in het verschil tussen deze tradities, zal teleurgesteld worden. Nergens, behalve in drie zinnen in de inleiding, wordt uiteengezet wat deze tradities inhouden en waar ze verschillen of overeenkomen. Het komt er dus op neer dat het een bundel is waaraan zowel Noord-amerikaanse als West-europese onderzoekers hebben bijgedragen en dat is heel wat anders.

De zeventien bijdragen zijn onderverdeeld in vijf secties: Culture-specific psychosomatic paradigms (1), Sociosomatics and ethnicity (2), Local cultures of biomedicine (3), From patients' complaints to cultural narrative (4) en Medical systems and cultural change: an analysis of facts and theories (5). Wat er onder deze kopjes valt is desondanks zo heterogeen dat er, mede gezien het vorige kritiekpunt, sterk de indruk wordt gewekt dat de redacteuren hopeloos in hun maag zaten met de structurering van het geheel. In ieder geval blijft bij mij na lezing vooral de grote variëteit van onderwerpen als indruk hangen.

Deze pseudo-gestructureerde variatie maakt het een recensent niet gemakkelijk. Bijna alle artikelen zijn om uiteenlopende redenen de moeite waard om te vermelden, maar dat zou uitmonden in een weinig boeiende opsomming van te korte samenvattingen en een enkele regel kritiek. Ik heb daarom gekozen voor het niet

waargemaakte redactionele zwaartepunt, te weten mogelijke theoretische en praktische traditieverschillen tussen Europa en de Verenigde Staten. Onder het eerste versta ik verschil in (theoretische) benadering van een onderwerp, onder het tweede verschil in culturele traditie. Vanuit deze twee perspectieven zal ik onder een drietal kopjes een aantal artikelen samenbrengen en met elkaar vergelijken.

Politieke dimensie van ziekte en gezondheid.

Een mogelijk verschil tussen de West-europese en Noord-amerikaanse traditie zou een verschil in de rol van het politieke kunnen zijn. Ik zeg dit, en dat geldt ook voor de andere kopjes, onder voorbehoud daar, ook na deze bundel, deze verschillen geenszins evident zijn. De politieke dimensie is terug te vinden in het openingsartikel van de eerste sectie van de bundel van Von Uexküll over de cultuurgebondenheid van functionele syndromen. Hij aarzelt niet om deze syndromen politieke ziekten te noemen. Een dergelijke notie is in Noord-amerikaanse teksten veelal minder expliciet. Hoewel Von Uexküll wel erg hard van stapel loopt als hij artsen tot genezers van de cultuur bombardeert, is deze notie wel degelijk belangrijk waar het gaat om signalering van de culturele effecten van de westerse geneeskunde, die niet onverdeeld positief zijn. Het is dan ook jammer dat specifiek op dit betoog een Noord-amerikaans antwoord ontbreekt. Een indirect antwoord zou besloten kunnen liggen in de bijdrage van Gaines in de vijfde sectie, waarin hij een frontale aanval inzet op de kritische medische antropologie waarbij het woord eurocentrisme met enige regelmaat valt. 'Eurocentrisme' staat dan voor een marxistische kritiek op de geneeskunde, waarbij overigens zeer weinig Europese auteurs, zelfs Marx niet, direct worden aangehaald. Dit levert een zeer oppervlakkige en zich herhalende kritiek op, die en passant Foucaults studie over de waanzin alleen voor Frankrijk geldig verklaart. Frankrijk fungeert voor Gaines als het voorbeeld dat geneeskunde overall anders is en dat algemene uitspraken over 'de' westerse geneeskunde niet geldig zijn. Maar verschillen sluiten overeenkomsten niet uit en het feit dat marxistische theorievorming hiaten vertoont en dus niet universeel is, sluit noch een politieke impact van medische theorievorming, noch sociaal-economische invloeden die verbonden zijn met een kapitalistische denkvorm op het voorkomen en de beleving van ziekte en gezondheid, uit. Ongetwijfeld zal dat veel gedifferentieerder zijn dan sommige marxistisch georiënteerde denkers van mening zijn. Maar dat Gaines deze vorm van kritiek diskwalificeert als zijnde achterhaald, omdat het uit de negentiende eeuw stamt, dat wil zeggen volledig aan plaats (Engeland volgens hem) en tijd gebonden, is uitermate oppervlakkig en getuigt niet van het historische bewustzijn dat hij propageert in een soort lokaal en trans-cultureel onvergelijkbaar objectivisme. Daarmee kan elk politiek element, behalve lokaal, worden geneutraliseerd. Het zou daarom interessant zijn geweest als Gaines op de stelling van Von Uexküll, die in generlei opzicht de marxistische terminologie hanteert, maar wel over het politieke karakter van het ziekteconcept van de westerse geneeskunde spreekt, gereageerd had. Tegelijkertijd zou dan overigens de vooronderstelling van Von Uexküll dat het probleem medisch en niet politiek aangepakt zou moeten worden, ook besproken kunnen worden. Op een enigszins indirecte wijze wordt deze vraag overigens in de vierde sectie door Francis Zimmermann opgeworpen, waarin hij de stelling ver-

dedigt dat de medische antropologie ten onrechte alle lijden als een medisch probleem definieert en alle kennis in dienst stelt van medische besluitvorming. Dat is bijvoorbeeld goed zichtbaar in het artikel uit sectie 2 van René Devisch over epigastrische patiënten in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen, waarin wat al te gemakkelijk wordt gecategoriseerd en gepseudologiseerd in dienst van de interventie. De hele levenswereld valt onder het medische regime. Het scheelt niet veel of de huisarts trekt bij zijn patiënten in.

Filosofische antropologie

Een ander mogelijk verschil tussen de oude en de nieuwe wereld betreft de invloed van de filosofische antropologie. In een aantal bijdragen van de eerste sectie, die voornamelijk uit Duitsland komen, staat het werk van Viktor von Weizsäcker centraal. Dat is niet zonder reden, daar het werk van Von Weizsäcker, zoals Beatrix Pfeleiderer in de inleiding opmerkt, reeds vele noties over ziekte en gezondheid naar voren brengt die ook in de (Amerikaanse) medische antropologie een belangrijke rol spelen, zoals het onderscheid tussen 'disease' en 'illness'. Peter Hahn bespreekt in het kort de erfenis van von Weizsäcker en de wijze waarop deze thans functioneert in de kliniek in Heidelberg, terwijl Wolfgang Jacob de etnomedische fundamente van zijn werk aan de orde stelt. Helaas wordt in deze twee bijdragen op geen enkele wijze verwezen naar de inzichten uit de (Amerikaanse) medische antropologie, terwijl ik me niet kan voorstellen dat mensen die onbekend zijn met het werk van Von Weizsäcker nu een beter inzicht verwerven. Ook Thomas Ots in zijn artikel over de fenomenologie van het lichaam gaat niet expliciet op deze vergelijking in. Toch levert hij, met behulp van resultaten uit medisch-antropologisch veldwerk in China, kritiek op de causaal-lineaire methode van de westerse psycho-somatiek, waartoe Von Weizsäcker tot op zekere hoogte (maar in welke mate?) ook behoort. Zijn alternatief vindt hij (net zoals Von Uexküll overigens) in een semiotisch-fenomenologische benadering van de patiënt, waarvan de traditionele Chinese geneeskunde een voorbeeld is. (Verderop in de bundel, in sectie 4, lijkt Paul Unschuld dit overigens tegen te spreken en volstrekt het tegenovergestelde te beweren.) Ots' suggestie is dat deze benadering een antwoord is op de oproep van Von Weizsäcker uit 1926 voor een geneeskunde die de mens als subject ziet, maar zonder nadere analyse van wat Von Weizsäcker hieronder verstaat, blijft het bij een suggestie.

Sectie 1 besluit met een verhaal van Mariella Pandolfi over 'Memory within the body; women's narrative and identity in a Southern Italian Village', een interessant maar te compact verhaal, waarin opnieuw een kans om een gedeelte van de Europese filosofische traditie (Jaspers, Binswanger, Heidegger, Merleau-Ponty, Husserl) te confronteren met de medische antropologie wordt gemist. Al met al worden de verschillen in de theoretische tradities of zwart/wit of in het geheel niet uitgewerkt, laat staan dat er een gedifferentieerd beeld van verschillen en overeenkomsten wordt geschetst.

Kanker en waarheid

Twee artikelen uit sectie 3 van de bundel gaan over het vertellen van de waarheid aan de patiënt in geval van een kankerdiagnose. Het ene onderzoek is door Mary-Jo DelVecchio Good in de Verenigde Staten gedaan, het andere door Deborah R. Gordon in Italië. Uitgerekend deze bijdragen, die expliciet op traditieverschillen in de medische praktijk ingaan, zijn reeds elders (in *Culture, Medicine & Psychiatry*) gepubliceerd. Het verschil tussen de Verenigde Staten, waar de waarheid zeggen regel is, en Italië, waar dat niet het geval is, is gelegen in het verschil in opvatting over wat kanker is. In de Verenigde Staten heerst het populaire geloof dat de wil invloed heeft op kanker. Hoewel clinici daar eigenlijk zelf niet erg in geloven, gebruiken ze dit geloof om hoop op een betere toekomst bij de patiënt in stand te houden en uiteraard de patiënt te motiveren om behandeld te worden. In Italië – en ook in Duitsland, zoals blijkt uit de bijdrage van Jutta Dornheim (ook reeds eerder gepubliceerd, in het Duits) – is kanker iets dat van buiten komt en zich als een autonome macht in het lichaam vestigt. Net als in Japan legt de kankerpatiënt daarom haar of zijn lot in de handen van de buitenwereld, danwel wordt door de buitenwereld (artsen, familie) aangenomen dat kennisname van de diagnose lijden oproept en dat zij het lot van de patiënt moeten dragen. Ook hier is het opvallend dat de theorieën over kanker de structuur van de samenleving weerspiegelen en dus (ook) politieke theorieën zijn. Het opvallendste verschil is wel dat Italiaanse artsen de culturele ideeën over kanker met hun patiënten delen (hoewel er tekenen zijn dat daar verandering in komt), terwijl Amerikaanse artsen dat niet doen, maar wel die ideeën gebruiken in hun behandelingsplan. Beide groepen artsen handelen op grond van hetzelfde motief: hoop geven aan de patiënt. Beide benaderingen hebben, zoals Gordon terecht opmerkt, nadelen. Of de toedekkende houding in Italië ook werkelijk hoop geeft is onduidelijk, terwijl het ook niet uitgesloten is dat een goed behandelbare kanker niet behandeld wordt. In de Verenigde Staten bestaat juist de mogelijkheid dat veel te lang agressief doorbehandeld wordt onder de paraplu van het geloof in de wil, gecombineerd met een geloof in technologie.

De hier besproken twee bijdragen geven een goed inzicht in culturele verschillen tussen (een deel van) Europa en de Verenigde Staten maar voldoen daarmee niet aan de hoofddoelstelling van deze bundel, omdat de benadering van het probleem identiek is.

De overige artikelen in deze 'Sonderband' van *Curare* zijn moeilijk met het thema in verbinding te brengen. Sectie 2 bevat nog artikelen van Margaret Lock (over Griekse immigrantenvrouwen in Canada die met hun klachten maar moeilijk geplaatst kunnen worden in de Canadese gezondheidszorg, hetgeen met enig goede wil ook een Euro-amerikaans verschil genoemd kan worden, ware het niet dat 'Europees' zelf ook verdeeld is in noord en zuid) en Beatrix Pfleiderer die over een dergelijk probleem met voornamelijk Turkse immigranten in Duitsland schrijft, maar dan vanuit de veranderende inzichten in het onderzoek. In sectie 3 schrijft Allan Young over het verband tussen het werk van Emil Kraepelin en het ontstaan van de DSM-III-R als classificatie van psychiatrische aandoeningen. In sectie 5 zijn nog twee artikelen opgenomen die niet genoemd zijn. Gilles Bibeau bestudeerde

in Zaïre en Canada waarom alternatieve bewegingen in de gezondheidszorg veelal versplinteren, terwijl Carol MacCormack probeert deze alternatieven bij elkaar te brengen in een pleidooi voor een holistisch paradigma dat weinig met medische antropologie te maken heeft en mij niet kan overtuigen.

Samenvattend: wie afziet van de pretenties van het thema kan op geleide van zijn of haar interesse bijdragen vinden die de moeite waard zijn. Ironisch genoeg zijn de bijdragen die wel enigszins op het thema ingaan reeds elders gepubliceerd.

Arko Oderwald.

Leendert Jan Slikkerveer, *Plural medical systems in the Horn of Africa. The legacy of 'Sheikh' Hippocrates*. London: Kegan Paul International, 1990. 324 pp. 16 foto's. Prijs: f 165,- (hardcover).

In de oostelijke hooglanden van Ethiopië, in het grensgebied met Somalië, ligt het marktplaatsje Babile. Op de karavaanroute naar de Rode Zee vormt het een condensatie van wat dit gebied kenmerkt: kruispunt te zijn van belangrijke christelijke, islamitische en Afrikaanse culturele invloedssferen. De ongeveer 4000 inwoners zijn verdeeld over verschillende etnische groepen die zich niet alleen op religieus gebied, maar ook qua taal en qua sociaal-economische positie, sterk van elkaar onderscheiden.

Deze heterogeniteit wordt weerspiegeld op het gebied van de gezondheidszorg. De moderne gezondheidszorg ziet zich geconfronteerd met een in zichzelf al pluralistische Arabische medische traditie, met Ethiopisch christelijke denkbeelden en praktijken rond ziekte, met elementen van pre-islamitische en pre-christelijke 'kleine tradities', en bovendien met een groeiende handel in medicijnen. De keus van de schrijver om hier onderzoek te doen naar hulpzoekgedrag in een situatie van medische pluraliteit is aansprekend.

Het veldwerk dat Slikkerveer tussen 1976 en 1982 in Babile uitvoerde vormt een van pijlers waarop zijn boek rust. De andere pijler bestaat uit een uitgebreide literatuurstudie. De doelstelling van het boek is veelomvattend: de schrijver wil een analyse geven van de wijze waarop leden van verschillende groepen ziekten interpreteren en medische hulp zoeken. Dit houdt voor hem niet alleen een beschrijving in van de verschillende medische systemen, van de ziekteclassificaties en het hulpzoekgedrag van de inwoners van Babile, maar ook een sociaal-historische duiding daarvan. Bovendien wil hij een nieuw theoretisch model ontwikkelen voor de vergelijkende studie van patronen van hulpzoekgedrag.

Het boek valt in ruwweg drie delen uiteen. Theoretische beschouwingen over sociaal wetenschappelijke theorieën en methodieken met betrekking tot hulpzoekgedrag in medisch plurale samenlevingen hebben een prominente eerste plaats gekregen. Het tweede hoofdstuk, en het grootste deel van het eerste inleidende hoofdstuk, is gewijd aan de bespreking van het conceptueel kader waarbinnen hij zijn analyse uitvoert. Het begrip 'health care utilisation' staat daarbij centraal. Slikkerveer kiest voor een *neo-etnomedische systeem benadering*. Kenmerkend voor

dit perspectief is het holisme dat eraan ten grondslag ligt: het individu wordt opgevat als een psycho-biologisch subsysteem in interactie met een omgeving van externe natuurlijke en sociale systemen. Ziekte is in dit perspectief een verstoring in het functioneren van het interne psycho-biologisch systeem. Perceptie van deze verstoring leidt tot acties gericht op een herstel van het evenwicht. Ziektegedrag wordt gedefinieerd in termen van activiteiten gericht op het herstel van gezondheid, en dit maakt het mogelijk patiënten als consumenten van zorg te analyseren.

Het tweede deel van het boek is beschrijvend. Hoofdstuk 3 geeft een socio-historisch overzicht van de ontwikkelingen in de Hoorn van Afrika, Ethiopië, en de grensstreek Hararghe waarin Babile ligt. De schrijver stelt dat de gangbare benadering van Ethiopië als een Semitische Afrikaanse cultuur niet voldoet. Het huidige complexe karakter van de Ethiopische samenleving kan slechts worden begrepen als men zowel de interne differentiatie van de verschillende bevolkingsgroepen als hun interactie met de aangrenzende culturen in aanmerking neemt. Hoofdstuk 4 geeft een sociaal-structurele beschrijving van het plaatsje Babile. In de laatste twee paragrafen komen de globale gezondheidstoestand en de inheemse ziekteclassificaties aan de orde. Hoofdstuk 5 tenslotte, beschrijft het plurale medisch systeem. Verschillende lokale kleine en grote medische tradities worden samengevoegd onder de noemer 'traditioneel medisch systeem'. Daarnaast krijgen ook het moderne en het 'transitionele' medisch systeem ruime aandacht. Met het laatste doelt hij op de veelal illegale handelaren in traditionele en moderne medicijnen.

De analyse van ziektegedrag in Babile is het onderwerp van de laatste twee hoofdstukken. Belangrijke kenmerken van dit gedrag zijn het differentieel gebruik van de zorg, en meer specifiek het matige beroep op de moderne gezondheidszorg. De lezer wordt ingevoerd in vrij ingewikkelde statistische analyses die verklarende factoren, en daarmee voorspellende variabelen moeten opleveren. Zijn uitkomsten weerspreken de conclusies van studies die aan interpretaties van ziekte de hoofdrol toekennen. In het heterogene Babile zijn denkbeelden over ziekte wel belangrijk, maar de factoren 'etnische affiliatie' en 'religie' blijken meer predisponerend te zijn voor het keuzegedrag van patiënten. Een pleidooi voor het in acht nemen van etno-religieuze factoren als men het ziektegedrag van gemeenschappen in de Hoorn van Afrika wil beïnvloeden is hierop een logisch vervolg.

Dit boek heeft het karakter van een schatkist. Voor ieder is er wel een goudstuk voorhanden. Voor diegenen die zich richten op de Hoorn van Afrika, of op de confrontatie van islamitische en traditioneel Afrikaanse medische tradities, is het beschrijvende deel van grote waarde. Voor diegenen die zich interesseren voor het analyseren van therapiekeuzen in medisch plurale samenlevingen geeft het boek zinvolle aanknopingspunten. Het wekt nieuwsgierigheid naar verdere mogelijkheden om kwantitatief met kwalitatief onderzoek te combineren. En het is een bewonderenswaardige poging om een socio-historische benadering te combineren met kwantitatief onderzoek naar hulpzoekgedrag. Het toont de verbondenheid aan van ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg met ontwikkelingen en patronen binnen de samenleving als geheel.

Toch zijn de resultaten van deze studie enigszins teleurstellend. Etniciteit en religie zijn in zichzelf zo veelomvattend dat zij misschien wel globale voorspellende

waarde hebben, maar nauwelijks als verklaring kunnen gelden voor de keuzen die mensen maken. Verstoep in de tekst, bijvoorbeeld in de paragraaf over de implicaties van het onderzoek, worden etno-religieuze verschillen teruggebracht op meer specifieke factoren, zoals beslissingsprocessen die samenhangen met de interne sociale structuur van de lineage of het huishouden, of de regels die de Ethiopische kerk aan zijn leden oplegt. In het model waarin clusters van factoren worden beschreven ontbreken factoren als 'familiepatronen in ziektegedrag', 'afhankelijkheids- en besluitvormingsstructuren', en 'religieuze leefregels', terwijl zij uiteindelijk het meest predisponerend blijken te zijn. Een eveneens weggelaten factor is de ervaren effectiviteit van de verschillende geneeswijzen.

Ik heb moeite met het gemak waarmee de complexiteit die uit de etnografische en socio-historische beschrijvingen naar voren komt uiteindelijk in vrij simpele tegenstellingen wordt geanalyseerd. Dat geldt allereerst de indeling in drie systemen. In hoeverre kun je bij het transitioneel systeem spreken van een 'systeem'? En hoe verdedigbaar is het om alle oudere lokale tradities, de grote en de kleine, samen te vatten onder die ene noemer van 'traditioneel systeem'?

Het uitgangspunt van deze studie is een functionalistisch handelingsperspectief: de schrijver richt zich vooral op de acties die mensen ondernemen op grond van geconstateerde ziekte, en die gericht zijn op een herstel van de orde. Voor het idee dat ziekte in zichzelf al handeling kan zijn, en uitdrukking van betekenis, is in deze analyse geen ruimte. Ondanks zijn erkenning van het belang van cognitieve factoren in hoofdstuk 2, heeft de lezer, aan het einde van het boek gekomen, toch weinig zicht gekregen op de beweegredenen van de mensen over wie het boek uiteindelijk gaat. Het proces van ziek worden, de emotionele en cognitieve processen waarin mensen ertoe komen een ziekte te constateren en daarvoor hulp te zoeken, en de rol daarin van de machtsstructuren waarbinnen mensen moeten manoeuvreren, zijn buiten de analyse gebleven.

Ria Reis

Georg Weisz (ed), *Social science perspectives on medical ethics*. Dordrecht: Kluwer, 1990. x + 295 pp. Index. Prijs: f 120,- (handboek).

De medische ethiek, ook vaak bio-ethiek genoemd, is de laatste jaren een groei-industrie. Met deze opmerking opent Weisz het boek dat hij heeft uitgebracht naar aanleiding van een conferentie die in 1988 in McGill werd gehouden. De medische technologie, de veranderingen in de sociale waardering van gezondheid en geneeskunde en de economische aspecten van de gezondheidszorg zijn vaste onderwerpen voor de media, waarbij ethische dilemma's en morele conflicten nieuwsgierigheid van de burger moeten oproepen. De veranderingen in de moraal van gezondheid en ziekte zijn wellicht een graadmeter voor veranderingen in de heersende sociale moraal.

Normen verschuiven niet gemakkelijk. Ethici, moraalfilosofen en moraaltheologen verdienen hun dagelijks brood met het onderzoek naar en de argumentatie voor

de geldigheid van normen, waarbij die geldigheid lokaal en universeel kan zijn. Het bestaan van moraal in de samenleving staat daarbij buiten kijf. Daaraan verandert niets. Processen van morele verandering beginnen dan ook niet in de hoofden van ethici. Zij vinden veeleer plaats in de maatschappelijke context van bepaalde waardesystemen. Antropologisch en sociologisch onderzoek kan die veranderingsprocessen beschrijven en tevens toetsen of bepaalde ethische theorieën realiteitswaarde hebben. Weisz stelt vast dat ethici en antropologen (nog) weinig samenwerken op dit terrein. De bio-ethiek is vooral in de USA gebaseerd op de analytische, positivistische filosofiebeoefening waarin een strikte scheiding tussen prescriptieve ('ought') en descriptieve ('is') beweringen wordt voorgestaan. Doel van het congres was om deze scheiding ter discussie te stellen en te toetsen. Weisz hanteert als uitgangspunt dat sociale wetenschappers en ethici elkaar kunnen bijstaan in: 1. het verzamelen van data; 2. het ter discussie stellen van traditionele schema's van ethische analyse; 3. het bevorderen van intellectuele groei door middel van kritische zelfreflectie. Deze punten kunnen volgens Weisz een fundamenteel begrip van onze cultuur opleveren.

De dertien artikelen die in het boek zijn opgenomen, vormen een eerste stap naar dat pretentieuze einddoel. Problemen omtrent de exacte definitie van ethiek, de verschillende opvattingen van ideologiekritiek en de waardering van sociale en religieuze waardesystemen zijn de voornaamste obstakels die worden besproken, maar niet uit de weg geruimd. Toch biedt het boek een perspectief op een succesvolle samenwerking van ethici en sociale wetenschappers in interdisciplinair onderzoek op verschillende gebieden. De artikelen zijn verdeeld in vier secties die echter geen coherent geheel vormen. Het belang van het onderzoeksveld en het uiteenlopende karakter van de artikelen vragen om een artikelsgewijze benadering.

Sectie I, *Klinische ontmoetingen van ethische aard*, begint met een artikel van Robinson over de collectieve ethiek van gerandomiseerde en gecontroleerde klinische experimenten. De beschouwing van Robinson over Engelse trial-onderzoekingen naar de therapeutische werking van hyperbarische zuurstof bij patiënten met multiple sclerose heeft vooral een wetenschaps-sociologisch en wetenschaps-dynamische strekking. De ethische uitgangspunten die bij clinical trials worden gehanteerd worden niet besproken of in twijfel getrokken, maar hoogstens van kanttekeningen voorzien. Ook wordt er geen nadere antropologische analyse gemaakt van de onderliggende problematiek, die misschien de waardering voor de reguliere en de alternatieve geneeskunde betreft. Helaas is de behandeling met hyperbarische zuurstof te discutabel om te leiden tot een ethisch-antropologische discussie van het geprotocolleerde experimentele onderzoek. De vooronderstelling van een collectieve ethiek bij randomized controlled clinical trials blijft daardoor in de lucht hangen.

Kaufert en O'Neil analyseren de Noord-Amerikaanse procedure van 'informed consent' bij medische behandelingen. Informed consent wordt gekenmerkt als een typisch westers bio-ethisch ritueel dat niet hoeft aan te sluiten bij het culturele verwachtingspatroon van bepaalde groepen patiënten. Een tweetal gevalsbesprekingen van informed consent bij Cree-indianen maakt duidelijk dat voor deze Canadese autochtonen de procedure van informed consent juist een bepaald doel, namelijk de versterking van de wilsvrijheid van de patiënt, kan verstoren en doen omslaan in zijn tegendeel. De koloniale houding van de westerse geneeskundige

vergroot in de procedure juist de machteloosheid van de patiënt, terwijl het traditionele vertrouwen in de arts als heler verder wordt ondermijnd. De onderhandelingen bij de behandelingen verschillen in de praktijk dus hemelsbreed van wat in de ethische en juridische literatuur wordt gesuggereerd. De belangrijkste conclusie van het artikel, namelijk dat een contract nog geen uitzicht biedt op een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt, komt de Europese lezer niet vreemd voor. In Nederland is informed consent juist vanwege dat onderscheid (nog) niet ingevoerd voor de reguliere behandeling, maar alleen verplicht bij medische experimenten. Het artikel levert daarom een interessante vraag op voor de Nederlandse situatie: Zal ook hier de contractuele relatie, die wordt voorgesteld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, ten koste gaan van de vertrouwensrelatie? Deze vraag kan worden beantwoord door de rituelen binnen de arts-patiënt relatie nader te onderzoeken.

Young en Lidz & Mulvey leveren bijdragen over het antropologische en culturele ethos van de psychiatrie. Young begint met een knappe analyse van het begrip rationaliteit in de bio-ethiek. De resultaten daarvan toetst hij aan de behandeling van 'Combat related Post-Traumatic Stress Disorder' (PTSD), een syndroom waaraan vooral Vietnamveteranen lijden. De gevoelens van de ervaren clinicus, de institutionele procedures voor teambehandeling en de narratieve etiologie van PTSD staan centraal in enkele gevalsbesprekingen die een ethische problematiek bevatten. Kritisch wijst Young op het vooronderstelde filosofische en antropologische uitgangspunt dat een enkelvoudig 'zelf' poneert achter de verantwoordelijkheid voor bepaalde handelingen. Hij pleit voor een meervoudig 'zelf' om een beter inzicht te krijgen in de ervaringswereld van de patiënt. Praktisch zou dat ook de psychotherapie en het morele leven in de psychiatrische institutie ten goede kunnen komen. Zijn analyse is daarom niet alleen theoretisch, maar ook praktisch interessant.

Lidz & Mulvey richten zich op een ander facet van institutionele behandelingen, namelijk het kosten-batenaspect ervan. In de Amerikaanse samenleving spelen kostenoverwegingen al op het microniveau van de arts-patiëntrelatie bij de opname. Wellicht zal dat ook in Nederland gebeuren en de gevolgen voor die relatie zijn daarom bijzonder relevant. Helaas komen de schrijvers niet toe aan een analyse van de morele en sociale gevolgen die het gebrek aan voldoende verzekering met zich meebrengen. Het artikel beperkt zich teveel tot data en casuïstiek en de discussie is te mager.

Sectie II, *Ethiek in openbaar debat*, opent met een studie van Lock en Honde naar harttransplantaties en hersendoodcriteria in Japan. De opvattingen in Japan over het 'klinisch-doodzijn' zijn veel strikter dan die in bijvoorbeeld de USA, zodat de meeste orgaantransplantaties daar nauwelijks van de grond komen. Verschillen in de criteria voor hersendood worden door Lock en Honde herleid tot culturele verschillen in de waardering van de persoonlijke dood, de verering van voorouders en de integriteit van het levende en dode lichaam. De nationale homogeniteit in de Japanse moraal voegt daar nog een politieke dimensie aan toe. De les voor 'het Westen' die Lock en Honde aan het slot van hun artikel ten beste geven, is door de eenzijdige aandacht voor de Japanse cultuur van slechts beperkte waarde. Uiteraard is het terecht om te stellen dat het verzoek om orgaandonatie en de vaststelling van

hersendoodcriteria in de klinische situatie moeten passen bij het culturele en religieuze waardensysteem van de nabestaanden, maar die vaststelling levert weinig nieuws op. Onduidelijk blijft in hoeverre psychologische en sociale voorwaarden doorslaggevend kunnen zijn bij het opstellen van hersendood criteria en ook hoe de culturele waardering van het lichaam transplantatiegeneeskunde in de weg kan staan. Vergelijking met de praktijk van orgaanverkoop in India en Bangladesh zou in dit kader interessant zijn.

Patricia Kaufert haakt eveneens in op een internationale discussie. In het kader van family planning en het voorkómen van zwangerschappen wordt in sommige landen van de Derde Wereld het middel Depo provera gebruikt, een 'prikpil' die tenminste drie maanden werkzaam is. Upjohn heeft het middel op de markt gebracht en heeft eveneens naar registratie gezocht op de Noord-amerikaanse markten. Hiertegen is actief verzet gerezen bij vrouwengroepen die de prikpil ethisch onaanvaardbaar achten. Daarnaast zijn de mogelijke bijwerkingen naar hun mening ook niet voldoende onderzocht (kankerverwekkende eigenschappen, bevordering van diabetes). Kaufert beklemtoont het recht op procreatie van vrouwen en hun autonomie. Voorts stelt zij dat de prikpil de onderdrukking van kansarme vrouwen en van vrouwen uit minderheidsgroepen zal versterken. Institutionele procedures, zoals geneesmiddelenregistratie, worden zo in het perspectief van een heersende ideologie en machtsstructuur geplaatst, waarbij de farmaceutische industrieën handig inspelen op culturele verschillen. De westerse dominantie in de registratie van geneesmiddelen en de morele superioriteit die de Noord-amerikaanse landen zich vaak bij de procedures toeëigenen, wordt echter niet nader onderzocht.

Nationale verschillen spelen wel een rol in sectie III, *Instituties en ideologie van medische ethiek*. De Franse, Engelse en de Amerikaanse institutionalisering van de ethiek wordt daarin besproken. De selectie van de landen wordt niet nader toegelicht of uitgewerkt, zodat impliciet ook hier de dominantie van de Angelsaksische benadering wordt bevestigd. De kenmerken van die benadering (instrumenteel, legaliserend, traditioneel liberaal) worden bovendien niet onderzocht op hun sociale ideologie. Met betrekking tot de Amerikaanse situatie wordt bijvoorbeeld niet besproken welke relatie er bestaat tussen het hebben van een verzekering en de principes van respect voor autonomie en rechtvaardigheid. De artikelen hebben daarom beperkte informatieve waarde.

Sectie IV *Medische ethiek en sociale wetenschap*, is vanuit het oogpunt van samenwerking tussen medische antropologie en ethiek wellicht de meest interessante. Lieban zet in een vergelijkende studie van medische ethiek en antropologie uiteen welke nationale, religieuze en culturele aspecten relevant kunnen zijn. Medische ethiek wordt daarbij de code die de medische professie gebruikt om aan de publieke verantwoordelijkheid gestalte te geven. Invulling en draagwijdte van die code verschilt per samenleving en cultuur.

Hoffmaster vervolgt met een bijdrage die aansluit bij de voorafgaande. Hij stelt de vraag centraal: Wat kan de sociale wetenschap bijdragen aan moraal? De status van de positieve moraal, die wordt opgehangen aan Kant en Mill, kenmerkt zich vooral door de pretentie van universaliteit zonder dat die pretentie gefundeerd

wordt. Aan de hand van Rawls analyseert Hoffmaster dat fundering van de universaliteit in theoretische principes altijd buiten die principes moet plaatsvinden in de context. Analoot aan Rorty stelt Hoffmaster daarom een contextualistische benadering voor, die vooral teruggaat op de filosofie van Heidegger. Via twee gevalsstudies (genetische en zwangerschapsadviesing) maakt hij duidelijk dat een contextualistische benadering een genuanceerder beeld van de praktijk oplevert, waarbinnen de sociale wetenschap ook innovatief kan bezig zijn.

Jennings besluit het boek met een pleidooi voor samenwerking tussen etnografen en ethici. Zijn studie betreft de intensieve neonatale zorg. De complexe en emotioneel geladen situaties op de betreffende afdelingen laten geen eenvoudige ethische benadering van buitenaf toe, maar vereisen volgens Jennings een zorgvuldige benadering van de waarderingen die achter woorden als 'baby', 'dismatuur', 'foetus', 'prognose' et cetera schuilgaan. Etnografisch onderzoek kan de kloof tussen de institutionele cultuur en de morele buitenwereld op een praktische manier overbruggen. Daarmee kan een contextualistische benadering worden ontwikkeld die niet halt houdt voor agens-gecentreerde ethische benaderingen. Ook betekenisverlenende structuren en systemen kunnen dan in ogenschouw worden genomen.

In zijn geheel vertoont het boek de kenmerken van een eerste aanzet. Oude discussies over relativisme en universalisme, ideologiekritiek en het onderscheid tussen theorie en praxis lijken soms nog niet te zijn overwonnen. De voordelen van het gebruik van gevalsstudies (praktijkgerichtheid, concrete beslissingen in plaats van algemene bewijsvoering) worden niet optimaal benut in ethisch en antropologisch opzicht, terwijl de nadelen soms wel zichtbaar zijn (beperkte geldigheid, slecht uitgewerkte context en gebrek aan methodologie). Vooral een wetenschappelijke onderbouwing vanuit de medische antropologie wordt soms gemist, terwijl er juist in Canada en de USA toch goede onderzoeksgroepen zijn. Ondanks alles maakt het boek duidelijk dat samenwerking tussen ethici en antropologen noodzakelijk is, wanneer men binnen de institutionele medische moraal ook andere betekenisverlenende processen wil opsporen en waarderen. Ook laat het boek zien dat samenwerking in onderzoek creatief en innovatief kan werken voor de beide afzonderlijke disciplines. De Europese ethisch-filosofische ontwikkeling kan daarbij, zoals verschillende Amerikaanse filosofen thans beweren, waarschijnlijk een uiterst vruchtbare bodem geven bij een nadere discussie over de houdbaarheid van het onderscheid tussen 'is' en 'ought'. Geen van de studies is daaraan toegekomen.

Concluderend is het boek interessant voor degene die zich nader wil verdiepen in de mogelijke samenwerking tussen ethici en medisch antropologen. De resultaten van de studies moeten vaak als voorlopig en verkennend worden beschouwd. Sommige analyses zijn boeiend en stimulerend. Het boek is aan te bevelen voor bibliotheken in researchcentra, zodat het als naslagwerk kan worden benut.

Evert van Leeuwen