

Boekbesprekingen

Henny Allis, Horacio Sormani & Paul van Dijk, *Alternatief bekeken. Geneeswijzen in beeld*. Deventer: Ankh-Hermes, 1993. 176 pp., foto's. Prijs: f 49,50.

Alternatief bekeken is een fotoboek over alternatieve geneeswijzen voorzien van teksten door Paul van Dijk. Het stelt zich ten doel "zowel patiënten als artsen en therapeuten inzicht en vertrouwen (te) geven in de vele mogelijkheden die de alternatieve geneeswijzen ons bieden." De achterliggende gedachte daarbij is dat beelden vaak meer verhelderend zijn dan woorden. De foto's bieden de lezer/kijker een blik in de intimiteit van de behandelkamer. Aspecten van alternatieve behandelwijzen, maar vooral de relatie tussen behandelaar en patiënt worden in beeld gebracht.

De behandelde geneeswijzen, 61 in totaal, worden in zeven rubrieken ondergebracht: oosterse geneeskunde, homeopathie/kruidengeneeskunde, natuurgeneeskunde, paranormale geneeskunst, manuele benaderingen, cultuurbepaalde geneeswijzen, psychotherapieën. Dit brede spectrum omvat bij een breed publiek bekende geneeswijzen, zoals de Moermantherapie en homeopathie, maar ook geneeswijzen die alleen in kleinere kring bekend zijn, zoals chi-gong, reiki, rolfing, esalenmassage of vegatest-methode. Allen worden in Nederland gepraktiseerd. Elke geneeswijze wordt door middel van een of meerdere karakteristieke zwart-wit foto's in beeld gebracht en korter of langer besproken. Hierbij is steeds sprake van een toelichting zonder evaluatieve opmerkingen over de zin of waarde ervan. Dit oordeel wordt aan de kijker gelaten.

Kanttekeningen bij dit boek zijn niet zozeer te plaatsen bij de illustraties, die in al hun soberheid de relatie tussen patiënt en genezer, maar vooral de inzet en betrokkenheid van de laatste weerspiegelen, maar vooral bij de tekst, die soms wel erg beknopt is en bij de selectie en indeling van de geneeswijzen.

Allereerst is de gehanteerde indeling c.q. afbakening arbitrair. Een aparte rubriek *Cultuurbepaalde geneeswijzen*, waarin onder meer islamitische en Tibetaanse geneeskunde, hatha-yoga en zwangerschapsyoga zijn ondergebracht, roept direct de vraag op of niet alle geneeswijzen cultuurbepaald zijn en wat de ratio is achter het samenbrengen van juist deze geneeswijzen in een rubriek. Even arbitrair is de rubriek *Paranormale geneeskunst*, die onder meer magnetiseren, Reiki en psychische chirurgie omvat, maar niet edelsteentherapie of sjamanisme. Men kan zich tenslotte afvragen, waar de auteurs de scheidslijn – zo die er al is – tussen alternatieve en reguliere geneeswijzen leggen, wanneer zij hypnotherapie en tekentherapie (vgl. beeldend-creatieve therapie), tot de alternatieve psychotherapieën rekenen en behandelwijzen opvoeren, die inmiddels met name binnen de fysiotherapie gemeengoed geworden zijn, zoals acupunctuur en haptonomie.

Een tweede kanttekening betreft de verschillende grootheden van de geportretteerd 'geneeswijzen'. Zo hebben sommige 'genees'wijzen uitsluitend betrekking op diagnostiek (wichelroede, pendelen, iriscopie). Verder worden enkelvoudige behandelwijzen met een beperkte reikwijdte, zoals oorkaarsen en koppenzetten, op een lijn geplaatst met geneeswijzen met uitgewerkte en complexe verklaringsmodellen en behandelmethoden, zoals ayurveda en homeopathie.

Een laatste kanttekening is de geringe aandacht voor geneeswijzen zoals die door de groeiende groep allochtonen in Nederland gepraktiseerd worden. Het hoofdstuk over islamitische geneeswijzen rept over een veelheid van behandelwijzen, maar wordt geïllustreerd door een voor dit onderwerp weinig zeggende foto. Geen Koran reciterende iman of loodritueel, maar modern-ogende therapeutische setting. Volks-geneeskundige gebruiken uit verschillende landen, profetische geneeskunde en moderne varianten ontstaan in de migratie worden ruw op een hoop geschoven. Wie verder op zoek gaat naar informatie over winti, over wassi, pré, taфра of bonuman, zoekt tevergeefs. Zou dit minder relevant zijn voor de (witte) alternatieve patiënt/kijker?

Alternatief bekeken is niet te gebruiken als naslagwerk voor degene die meer wil weten over alternatieve geneeswijzen in Nederland en is daar ook niet primair voor bedoeld. Dat hoeft ook niet. Verschillende overzichten, onder meer van de hand van Paul van Dijk, zijn al voorhanden. Het is ondanks enkele omissies en genoemde beperkingen veeleer een prima (visuele) aanvulling op het reeds bestaande tekstmateriaal. Het laat in ieder geval de enorme schakering van geneeswijzen zien die achter het bijvoeglijk naamwoord *alternatief* schuil gaat.

Rob van Dijk

Yuri Banna & Yok Moi, *De voorouders en haar winti*. Amsterdam: Uitgeverij Powel, 1991. 123 pp. Prijs: f 25,-.

In de afgelopen jaren heeft een verscheidenheid aan boeken over winti het licht gezien. Terwijl het dagelijks leven in Suriname zelf steeds meer in het teken staat van hosselen en pinaren, geven vooral Surinamers in Nederland – naast uiteraard hun dagelijkse besognes – uiting aan een sterke bekommernis om de overdracht van het culturele en religieuze erfgoed naar toekomstige generaties. De beide auteurs van 'De voorouders en haar winti', die eigenlijk J.S. Powel en A.Y.M. Young heten, proberen vooral iets te doen aan de "verkeerde beeldvorming" over de winti-religie in Nederland. Daarbij beklemtonen zij de betekenis van familieverbanden en vooral de voorouderverering, zoals ook in de titel tot uiting komt.

Het boek is niet bedoeld als wetenschappelijke publikatie maar vormt de neerslag van een rijke, persoonlijke ervaring. In wetenschappelijke kringen staat dit soort ervaringsdeskundigheid meestal laag aangeschreven, terwijl daaruit juist zo veel te leren valt. In de inleiding tonen de schrijver ook gepaste bescheidenheid: "Omdat de (winti-)religie geen stichter heeft, is het begrijpelijk dat niemand zich erop kan

beroepen dat hij de enig juiste opvatting van de religie heeft." Juist deze persoonlijke inkleuring maakt het boek interessant studiemateriaal, niet alleen voor (Afro-)Surinamers maar ook voor cultureel antropologen, transcultureel psychiaters of wie op een of andere manier te maken heeft met het (Afro-)Surinaams erfdeel. Daarbij is het van belang om te weten dat de hoofdauteur, de heer Powel, zelf is opgegroeid op de plantage Boston aan de Saramacca-rivier in Suriname.

De lezer wordt meegenomen door een gevarieerd landschap van historische verhalen, legenden, beschouwingen over de opbouw van de wereld, aanwijzingen voor het uitvoeren van rituelen en levenservaringen. Op deze afwisselende route valt nu en dan een wat bouté uitspraak over de dominante aanwezigheid van het beke-ringsijverige christendom in Suriname. Ook is er soms sprake van een aandacht voor details die alleen ingewijden echt zullen aanspreken. En er zijn hier en daar taalkun-dige oneffenheden. Het pleit echter voor de auteurs dat zij zich wel bewust zijn van de beperkingen om met name de mystieke dimensie van de winti-religie volledig in woorden te vatten. Daarnaast staat de religie bekend om de gedragscode dat bepaalde kennis niet zomaar aan de openbaarheid mag worden prijsgegeven vanwege de schadelijke gevolgen voor de betrokkenen zelf en hun familieleden. Daarmee stuiten we tegelijk op de inherente tegenstrijdigheid van de poging om winti begrijpelijk te maken voor een breed publiek.

Door het hele boek heen speelt ook de problematiek rond het ingrijpende veranderingsproces dat de winti-religie heeft doorgemaakt sinds de aanvoer van de eerste Afrikaanse slaven naar Suriname. De huidige vormgeving van de religie is niet los te zien van de diepe wonden uit het slavernij-verleden en, meer recent, van de massale uittocht van (Afro-)Surinamers naar Nederland. Anders gezegd is de beoe-fening van de winti-religie, veel sterker dan het schriftgevoelige christendom met zijn bijbel en catechismus, verankerd in historische gebeurtenissen en persoonlijke levensgeschiedenissen. Bij lezing van het boek valt wel op, hoezeer dit voortlevend verleden (nog) in het teken staat van Suriname's natuurrijke binnenland. Maar door de recente rampen bij Zanderij en in de Bijlmer zijn inmiddels ook de vliegtuigen op dramatische wijze de geestenwereld binnengedrongen.

Paul van Gelder

Jayanthi Beliappa, *Illness or distress? Alternative models of mental health*. Londen: Confederation of Indian Organisations. 1991. 75 pp., literatuurlijst. Prijs: £ 3.50.

Amanda Webb-Johnson, *A Cry for change: An Asian perspective on developing quality mental health care*. Londen: Confederation of Indian Organisations. 1991. 106 pp., literatuurlijst. Prijs: £ 7.50.

Wie wil weten hoe het gesteld is met de geestelijke gezondheidszorg voor migranten in Engeland zal zeker iets aan bovenstaande boeken hebben. Het percentage migra-nten dat in de intramurale psychiatrie terecht komt, is schrikbarend hoog en staat in

schril contrast met het aantal migranten dat gebruik maakt van de ambulante hulpverlening. Gesprekstherapie en 'migrant-zijn' staan kennelijk op gespannen voet met elkaar. Deze stand van zaken vormt het uitgangspunt van bovenstaande studies. Beliappa ziet als oorzaak een reeks van factoren waardoor migranten en hulpverleners elkaar misverstaan. Webb-Johnson voegt daar racisme aan toe, zowel in het dagelijks leven van migranten als binnen hulpverlenende instituties. Beide auteurs pogen inzicht te geven in de problematiek van Zuidaziatische migranten en een aanzet te geven tot een betere hulpverlening.

Illness or Distress is het verslag van een epidemiologisch onderzoek naar het geestelijk welzijn van Zuidaziatische migranten in Londense wijken. Het is heel informatief als het gaat om de problemen waarmee deze migranten kampen, hun visies daarop en hun omgang ermee. Werkloze mannen, huisvrouwen en zij die cultureel vervreemd en sociaal geïsoleerd raken bij gebrek aan eigen netwerken, behoren tot de meest kwetsbare groepen. Veel voorkomende problemen betreffen generatieconflicten, de opvoeding van kinderen en financiële moeilijkheden. Voor vrouwen is een onbevredigend huwelijk een bron van grote spanning. Ruim 80% van de ondervraagden maakt zich zorgen. Voor 23% leidt dit tot 'emotionele stoornissen' als slapeloosheid, verlies van concentratie en eetlust, nervositeit en stress. Volgens Beliappa gebruiken deze migranten in de omgang met moeilijkheden vooral 'interne middelen': bidden om innerlijke kracht, hard werken, huilen en zelfvertrouwen. Zelden bezoeken zij een huisarts of maatschappelijk werker. Hoewel de meesten emotionele stoornissen in verband brengen met onwelzijn of een mindere gezondheidstoestand, voelen slechts weinig migranten ervoor met een hulpverlener te praten over hun moeilijkheden. Voor zover zij hulp zoeken (slechts 6% van de groep met 'emotionele stoornissen') gaan zij meestal naar Aziatische vrijwilligersorganisaties. De familie wordt nauwelijks als bron van hulp gezien en dit logenstraft het gangbare beeld onder hulpverleners dat Aziatische migranten een sociaal hechte groep vormen en problemen zelf oplossen.

Migranten maken dus weinig gebruik van bestaande hulpverlenende instanties. Afgezien van taalproblemen en het wederzijdse gebrek aan informatie en vertrouwen, spelen de verschillende visies op welzijn een cruciale rol. Zo bezoeken migranten de huisarts pas als er lichamelijke klachten ontstaan, omdat men de huisarts voornamelijk associeert met het lichamelijke. Volgens Beliappa is er sprake van een "trail of distress symptoms" (p. 38), die niet onderkend wordt en zij vraagt zich af in hoeverre Westers-medische constructen relevant zijn voor de geestelijke gezondheid van migranten. Aziatische migranten zouden uitgaan van een holistische visie, waarbij de persoon niet als individu met lichaam en geest wordt gezien maar als een samenhangende schakel in een liefst harmonieus geheel van relaties. Emoties worden niet gekoppeld aan de persoonlijke ervaring maar aan het sociale, de 'normatieve structuur' van gedragsrollen en onderlinge verhoudingen. Men onderkent emotionele moeilijkheden, ook als mogelijke oorzaak van onwelzijn en ziekte, maar men beschouwt deze niet als pathologisch. In deze visie op welzijn ligt de oplossing van emotionele problematiek eerder in sociale verandering dan in gesprekstherapie.

De studie van Beliappa impliceert dat het persoonlijke welzijn nauw verbonden is met het sociale. Deze wijst inderdaad uit dat de kwaliteit van familierelaties van groot belang is voor het welzijn. Dit geldt ook voor de sociale rol. Van de personen die verklaarden ontevreden te zijn over hun rol, omdat deze in het nieuwe land sterk aan betekenis heeft ingeboet, omschreef negentig procent zichzelf als "distressed".

Theoretisch hinkt de auteur echter op twee gedachten. Ze wijst op de beperkingen van het Westers-medische model en stelt dat bepaalde constructen niet relevant zijn, zoals 'depressiviteit' waarvoor geen Indiaas equivalent bestaat. Toch gebruikt ze symptomen van depressiviteit om het onwelzijn van migranten aan te duiden. Somatisatie van psychische problematiek beschouwt ze als een symptoom van de allopathische geneeswijze ingegeven door een veronderstelde tegenstelling tussen lichaam en geest. Tegelijkertijd gaat ze er van uit dat achter fysieke klachten waarmee migranten naar de huisarts gaan, grote psychische spanning schuil gaat. Als het er vervolgens op aan komt uit de doeken te doen welke openingen dit migrantenperspectief de hulpverlening biedt, zakt het betoog in elkaar. Beliappa geeft enkele nuttige aanbevelingen en herhaalt nog eens dat sociaal-culturele factoren en de levenservaringen van migranten van invloed zijn op het geestelijk welzijn en dat hulpverleners daar terdege rekening mee moeten houden. Aan de moeilijkheden die zich binnen de hulpverlening voordoen, besteedt ze weinig aandacht. De lezer die het boek ter hand neemt vanwege de ondertitel komt dus bedrogen uit.

Hoewel *A Cry for Change* voortborduurt op *Illness or Distress*, is het verschil tussen beide boeken vrij groot. Wat zij gemeen hebben is het thema en de uitgever, wat misschien de politieke teneur verklaart die als een rode draad door beide boeken loopt. *A Cry for Change* biedt hulpverleners, antropologen en politici een uitstekende inleiding in tal van belangrijke zaken als het gaat om dienst- en hulpverlening aan Aziatische migranten. Ik zou het een brochure noemen ware het niet dat zo'n woord al gauw associaties oproept met oppervlakkige, al te mooie praatjes en daarvan is hier geen sprake. Webb-Johnson combineert een pragmatische gerichtheid met een uiterst compacte en vlot leesbare weergave van lopende discussies. Haar boek is bijzonder geschikt voor de training van hulpverleners.

Hier wil ik vooral ingaan op Webb-Johnsons voorstellen tot een betere hulpverlening aan migranten. Volgens de auteur is een anti-racistische grondhouding een vereiste in de hulpverlening. Niet alleen beschouwt zij racisme als ziekmakende factor, maar ook meent zij dat het institutioneel racisme binnen de hulpverlening moet worden bestreden. De vraag rijst of psychiatrische diagnostiek en behandelmethoden van enigerlei waarde zijn voor Aziatische migranten. Spanningen die voortkomen uit discriminatie en culturele vervreemding kunnen leiden tot een crisis. Indien het zover komt, worden frustratie en woede soms aangezien voor symptomen van geestesziekte in plaats van signalen van een hoog stressniveau. Volgens Webb-Johnson wordt migranten een behoorlijke ambulante hulpverlening 'onthouden' vanwege een aantal onder hulpverleners gangbare stereotypen. Aziaten zouden geen hulp willen of alleen directieve therapie, zij zouden niet geneigd zijn tot introspectie

en zouden psychische spanning somatiseren. Hiermee mist Webb-Johnson de kans op een meer subtiel verhandeling over de gevolgen van cultuurverschillen in de hulpverlening, bijvoorbeeld door zich de vraag te stellen welk soort gesprekstherapie geschikt zou kunnen zijn voor migranten van Zuidaziatische herkomst. Veel verder dan de suggestie dat de geestelijke gezondheidszorg onrechtvaardig is en migranten uitsluit omdat zij iedere cliënt 'hetzelfde' zou behandelen vanuit een achterliggende gelijkheidsnorm, komt zij niet. Gezien de hoeveelheid literatuur en werkgroepen in en rond de transculturele psychiatrie lijkt die uitspraak mij achterhaald.

De auteur heeft een nogal eenzijdige opvatting van transculturele therapie. Naast inhoudelijke kennis van en begrip voor mensen van andere culturele signatuur, benadrukt zij de sociaal-politieke dimensie van transculturele hulpverlening. Een belangrijk therapeutisch doel ziet zij in 'empowerment' van de cliënt. Hieronder verstaat Webb-Johnson naast het bestrijden van machteloosheid, het actief stimuleren van zelfvertrouwen en van de overtuiging dat de cliënt de eigen leefsituatie kan veranderen. De therapie omvat een veranderingsproces op persoonlijk en sociaal niveau waarbij de cliënt van passief slachtoffer zich ontwikkelt tot iemand die zich bewust is van de sociale en culturele oorzaken van zijn of haar symptomen. Empowerment of assertiviteit hoeft niet in elke cultuur hetzelfde te betekenen, maar houdt wel in dat de cliënt de doelen van de therapie bepaalt. De therapeut laveert tussen de rol van persoonlijk hulpverlener en die van sociaal activist.

Kortom, transculturele therapie is sterk gepolitiseerd en bouwt voort op het feministische adagium dat het persoonlijke politiek is. Zonder iets af te willen doen aan het belang van de specifieke situatie waarin migranten zich bevinden, vind ik deze anti-psychiatrische opvatting een stap terug. Het is de vraag of de geestelijke hulpverlening zo gericht moet zijn op zaken die het maatschappelijk werkveld te boven gaan en eerder een politieke oplossing behoeven. Voorts is het gebruik van de term empowerment in een hulpverlenend verband haastelijk. Een verzoek om hulp brengt per definitie een ongelijke relatie voort tussen behandelaar en cliënt, die niet verdoezeld mag worden. Wat te doen als een cliënt niet 'empowered' wil worden en hoeveel hulpverlening heeft een assertieve cliënt nog nodig als hij of zij in staat is op eigen kracht therapiedoelen te stellen?

De ontwikkeling van een transculturele psychiatrie is meer gebaat bij een wederzijdse beïnvloeding van verschillende visies en therapeutische benaderingen. Als voor het persoonlijk welzijn van Indiase migranten de familie zo belangrijk is, zou therapie kunnen bestaan uit gezinsgesprekken die wat betreft stijl en inhoud aansluiten bij de leefwijze van deze migranten. Omgekeerd kunnen 'cultureleigen' benaderingen van problemen een plaats krijgen in de gevestigde hulpverlening. Natuurlijk is begrip van cultureel verschil belangrijk. Met name in de hulpverlening vormt het een obstakel omdat het vaak over en om persoonlijke dingen gaat. Cultuurverschil moet echter niet een vergaarbak worden waar alle ervaren moeilijkheden en mislukkingen naar believen ingegooid kunnen worden. Er is toch ook sprake van wederzijdse beïnvloeding. Jammer dat de twee boeken hier juist weinig op ingaan. Het is niet voor niets dat zoveel oosterse technieken op geestelijk-spiritueel vlak hun weg vinden in de westerse samenlevingen niet voor niets is migrantencultuur onderwerp

van menig onderzoek omdat – in dit geval – migranten van Indiase oorsprong geen ‘Indiërs’ meer zijn.

Iet de Groot

W. de Blécourt, W. Frijhoff & M. Gijswijt-Hofstra (red.) *Grenzen van genezing. Gezondheid, ziekte en genezen in Nederland, zestiende tot begin twintigste eeuw*. Hilversum: Verloren, (Amsterdamse Historische Reeks, deel 16), 1993. 320 pp. Prijs: f 55,-.

Als we de *Algemene Geschiedenis der Nederlanden*, het rond 1980 verschenen laatste grote overzichtswerk, nalopen op bijdragen over medische geschiedenis, dan blijkt de oogst bijzonder mager te zijn. Het afgelopen decennium, echter, is de aandacht voor dit terrein van de geschiedbeoefening sterk toegenomen, hetgeen niet alleen geresulteerd heeft in een gestage stroom van publikaties, maar ook in groepsvorming rond de meest betrokken onderzoekers. Een recent produkt hiervan is de bundel *Grenzen van genezing* van de hand van leden van de projectgroep ‘Magie en geneeskunde’. Eerder werd door deze projectgroep al *Geloven in genezen* (*Volkskundig Bulletin* 17,2, zie bespreking in *Medische Antropologie* 4,1) uitgebracht.

Bundels bestaan vaak uit grotendeels op zichzelf staande bijdragen, die achteraf onder één noemer worden gebracht. Soms bestaat die noemer uit een gemeenschappelijk perspectief, hetgeen een zekere cohesie bevordert, maar doorgaans gaat het om niet veel meer dan een vergelijkbare, zeer breed geformuleerde thematiek. *Grenzen van genezing* is van het laatste type, hoezeer ook in de inleiding de suggestie van een eenheidsperspectief wordt gewekt. Dit perspectief zou de wat modieuze beschouwing van gezondheid, ziekte en genezing als ‘sociaal-culturele constructies’ zijn, maar uit de losse bijdragen zelf valt dat nauwelijks op te maken.

Bij gebrek aan een zinvol te bespreken paradigmatische benadering, rest de recensent niet veel meer dan een beknopte aanduiding en waardering van elk van de artikelen. De eerste bijdrage, die van Frijhoff, behoort gelijk tot de meest interessante. Hij beschrijft in een voor hem ongebruikelijk helder proza de positie van een zestiende-eeuwse medicus en dito pastoor ten opzichte van toverij. Beiden blijken niet zozeer van opvatting te verschillen over het verschijnsel zelf als wel over de vraag of toverij tot het domein van de geneeskunde dan wel tot dat van de godsdienst behoort. Na Frijhoff volgen degelijke, maar niet echt prikkelende bijdragen van twee zuiderburen, Charles Caspers en Marc Wingens, respectievelijk over de ontwikkeling van het beleid van de Mechelse aartsbisschoppen ten aanzien van exorcisme (1575-1800) en over genezingen in bedevaartsoorden in grensgebieden van de Republiek in de zeventiende en achttiende eeuw. Over exorcisme handelt ook het artikel van Hans de Waardt, dat een vergelijkbare periode (zestiende en zeventiende eeuw) beslaat, maar over een kerngebied van de Republiek (met name Holland) handelt. Het beschrijft de ‘ontkoppeling’ die na de reformatie plaatsvond tussen de status van geestelijke en het door geestelijken uitgeoefende geneeskundige werk, waarbij

kenmerkende verschillen optraden tussen delen van de katholieke kerk (met name de jezuïeten) en de gereformeerde kerk.

Deels eerder gepubliceerd, maar daarom niet minder interessant, is de bijdrage van Frank Huisman over de marginalisering van niet-gevestigde medici ('reizende meesters') in het Groningen van na 1728. De terugdringing van deze meesters was het directe gevolg van de oprichting in dat jaar van het Collegium Medicum, dat vooral de belangen van doctores vertegenwoordigde en bij de overheid met succes pleitte voor een restrictiever toelatingsbeleid van buitenstaanders op de medische markt. Met recht benadrukt Huisman dat de positie van doctores, chirurgijns of reizende meesters op deze markt niet zozeer werd bepaald "door vakkennis, als wel door het al dan niet behoren tot een bepaalde statusgroep" (p. 151). De versterking van de statuspositie van doctores in de 18de eeuw had overigens niet alleen een vermindering van het bereik van de reizende meesters tot gevolg, maar tastte ook de invloed van de chirurgijns aan, een ontwikkeling die niet alleen in Groningen maar ook in een stad als Amsterdam plaatsvond.

De overgang van Huismans bijdrage naar de exemplarische beschouwing van Leo Noordegraaf over de door Zacharias Heyns in 1602 in Amsterdam uitgegeven Pest-Spieghel is wel erg abrupt. Bij de Spieghel gaat het om een rederijkersspel waarin de toentertijd overheersende opvatting over de pest als een verschijnsel dat "wel en niet van deze wereld was" (p. 171) tot uitdrukking wordt gebracht, met de nadruk op het laatste, dat wil zeggen op de epidemie als een door God gezonden verschijnsel. Op de bijdrage van Noordegraaf volgt wat logischer 'In de schaduw van de pest', waarin Willibrord Rutten de reacties op de pokkenepidemieën in de Republiek gedurende de zeventiende en achttiende eeuw beschrijft. Deze epidemieën gingen anders dan de pest niet met paniek en ontreddeering gepaard. Niet alleen eiste de ziekte slechts haar tol in kleine aantallen tegelijk, maar pokken werd primair als een min of meer gebruikelijke kinderziekte opgevat in plaats van als een ingreep van de Voorzienigheid. Vooral in de tweede helft van de achttiende eeuw werd onder de elite de benadering van de ziekte rationeler. Preventie in de vorm van afzondering kreeg meer aandacht, terwijl variolatie (overenting) vanaf het midden van de eeuw mondjesmaat onder de stedelijke elite werd toegepast. Rond 1800 werd de overenting vervangen door de al spoedig op veel grotere schaal toegepaste koepokinenting.

Het artikel van Rutten vormt een mooie overgang naar de laatste drie bijdragen die alle betrekking hebben op de negentiende eeuw en zich concentreren op de natuurwetenschappelijke kant van het medisch handelen. In de bijdrage van Godelieve van Heteren gaat het om pogingen van medici om moeders aan te zetten tot een meer verantwoorde verzorging van hun kinderen. Lidy Schoon beschrijft het tot diep in de negentiende eeuw nog veelvuldig voorkomen van aderlatingen als panacee in de verloskunde, een gegeven dat nauw samenhangt met de hardnekkigheid waarmee de humoraal-pathologie het medisch denken bleef beheersen. Het verdwijnen ervan vond grotendeels stilzwijgend plaats, zonder dat hiervoor directe oorzaken zijn aan te geven. Schoon suggereert een verband met het medisch professionaliseringsproces, in het bijzonder met de strijd die zich in dit kader afspeelde tussen de eerste stand (doctores) en de tweede stand (vroedmeesters, die lange tijd de verloskundige

praktijk domineerden). Ook wordt een, niet echt uitgewerkt, verband gelegd met het hier te lande achterblijven van de rol van de kliniek en de ziekenhuisbevalling, waardoor de ontwikkeling van de moderne verloskunde werd gehinderd.

Marijke Gijswijt-Hofstra tenslotte beschrijft in de laatste bijdrage het debat dat zich vanaf het eind van de jaren 20 ontspon tussen de voor- en tegenstanders van de homeopathie. Hoewel van de zijde van de gevestigde medici pogingen werden ondernomen om de homeopathische behandelwijze te marginaliseren, slaagde men daar niet in. Integendeel, vanaf de jaren 80 van de negentiende eeuw won de homeopathie duidelijk terrein. Dit hing enerzijds samen met de onder de 'betere kringen' toenemende populariteit van de natuurgeneeskunde, anderzijds met factoren als de initiatiefrijke beweging van de homeopathische beweging en de meer volwassen benadering die homeopathische artsen ten opzichte van hun patiënten tentoonspreiden.

Dat bundels, zoals ook in dit geval, vaak als los zand aan elkaar hangen, houdt in dat hun waarde volstrekt afhangt van de kwaliteit van de afzonderlijke bijdragen. Daarmee is het hier gelukkig goed gesteld. Voor wie een indruk wil krijgen van het type onderwerpen en benaderingen dat op dit moment in de medische geschiedbeoefening van de lage landen toonaangevend is, kan bij *Grenzen van genezing* uitstekend terecht.

Tom Nieuwenhuis

Mary-Jo Delvecchio Good, Paul E. Brodwin, Byron J. Good, Arthur Kleinman (eds.) *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992. 214 pp., bibliografie, index. Prijs: \$ 48 (hard cover); \$ 18.50 (paperback).

De redactieleden van dit boek behoeven bij de lezers van *Medische Antropologie* geen aanbeveling. Het betreft enkele bekende en invloedrijke medisch antropologen die, tezamen met twee andere auteurs, meewerkten aan een wekelijks Harvard-seminar, waarin onder meer aandacht werd besteed aan studies met betrekking tot *chronische pijn*. Een aldus samengestelde publikatie wekt grote verwachtingen. Na lezing en overdenking is mijn voorlopige eindconclusie: een waardevol boek dat vaak boeiende gedachten en beschrijvingen bevat en dat niettemin in bepaalde opzichten knap irriteert. Maar allereerst een feitelijke beschrijving van de inhoud.

Het eerste hoofdstuk bevat een door de redactie geschreven introductie op het chronische-pijnprobleem. Een aantal belangrijke publikaties uit de literatuur over dit onderwerp wordt besproken en van commentaar voorzien. Aangegeven wordt waarom chronische pijn juist voor de medische antropologie een rijke bron voor onderzoek is. Chronische pijn verwijst enerzijds naar fundamentele aspecten van het menselijk lijden, anderzijds naar het tekort van een reductionistische geneeskunde die geheel voorbij lijkt te gaan aan de nauwe samenhang tussen neurofysiologische en sociaal-psychologische processen. Chronische pijn, door Vrancken in haar proef-

schrift dan ook "het kruis van de geneeskunde" genoemd, onttrekt zich ten eeuwenmale aan een diagnostisch en therapeutisch handelen dat stoelt op de bekende dichotomieën lichaam-geest, object-subject, echt-onecht et cetera. In deze inleiding komt niet alleen de kortzichtigheid van de biomedische blik aan de orde. Ook de gedragswetenschappen worden bekritiseerd, omdat zij in dezelfde conventionele categorieën vervallen en zo de dichotomie eerder versterken dan opheffen.

In dit boek, zo wordt aangekondigd, gaat het om een 'ethnography of experience' van mensen die lijden aan pijn. Vanuit die authentieke ervaringen wordt een meer generaal inzicht opgebouwd: wat zijn de met pijn verbonden gevoelens, hoe spelen culturele categorieën mee in de sociale situatie en in het psychologisch isolement van de pijnpatiënt en hoe drukt dit alles zich uit in ervaringsverhalen?

In het tweede hoofdstuk volgt een fenomenologische analyse van het pijnbelevens van een jonge man. Het geeft een heldere beschrijving van de, ook door andere pijnpatiënten vaak ondernomen, lange tocht langs veelsoortige hulpverleners. Tenslotte komt het tot een officiële 'erkenning': de diagnose temporomandibulaire gewrichtsstoornis (TMJ) wordt gesteld. Pijn vernietigt de wereld van alle dag. Er zit een demon in je lijf, iets dat zich in jezelf tegen je keert waardoor tenslotte het eigen lijf een vijand wordt. Het uitdrukking geven aan pijn vraagt ook een andere 'taal', een reden temeer waarom je buiten de wereld komt te staan. Pas wanneer het lijden een duidelijke medische term meekrijgt, wordt het door de arts aanvaard, vervolgens ook door de gemeenschap en kun je de alledaagse wereld weer binnen komen.

De bijdrage van Delvecchio Good in het volgende hoofdstuk is verfrissend. Zij plaatst tegenover de stelling dat stress (met name in de werksituatie) pijn oproept en versterkt, de tegenovergestelde opvatting: arbeid kan bij pijn palliatief, analgetisch werken. De destructieve invloed van chronische pijn vindt tegenwicht, zo stelt zij, in de arbeidsprestatie en de daarmee verbonden zelfverwerkelijking passend bij het Amerikaanse motto "I do, therefore I am."

Brodwin beschrijft in hoofdstuk IV een patiënte die haar pijnklachten gebruikt als communicatiemiddel. Pijn is voor haar het enige middel om haar noden en behoeften uit te drukken. De werkelijke achtergrond aan haar onvrede kan zij niet in directe taal aan haar omgeving duidelijk maken. De fysieke vertaling ervan levert haar liefde en aandacht op.

In hoofdstuk V stelt Garro eveneens de lijdensweg van 'medical shopping' aan de orde. Het zoeken van hulp kan een essentieel deel van het levensplan worden. Steeds meer artsen worden afgewerkt, steeds vaker wordt de betrokkene 'intractable' geacht; het zelfbeeld raakt verder beschadigd. Chronische pijn is tenslotte volgens hem een 'ontologische aanranding'. Ook in dit hoofdstuk worden weer twee TMJ-patiënten besproken. Overigens is TMJ beslist niet representatief voor chronische pijnklachten in het algemeen!

Jackson baseert haar betoog in het volgende hoofdstuk op interviews met een groot aantal pijnpatiënten en op gesprekken met artsen, allen vertoevend in een bekende Amerikaanse pijnkliniek. Fraai wordt de verwarring beschreven die ontstaat wanneer patiënten vasthouden aan een biomedische verklaring van hun pijn, terwijl de hulpverleners nadrukkelijk aangeven dat de oorzaak 'tussen de oren' gezocht moet

worden. Tegen wil en dank neemt een deel van de patiënten tenslotte de kliniek-ideologie over, maar tot een echte bekering komt het zelden. Deze bijdrage laat duidelijk zien hoe gekunsteld het onderscheid tussen organisch en psychogeen is.

Kleinmans bespreking in hoofdstuk VII maakte op mij de meeste indruk. Hij verduidelijkt hierin een aantal begrippen dat centraal staat in de ervaring van pijnpatiënten. Een diepgaande studie van het menselijk lijden laat zien hoe daarin persoonlijke en sociaal-maatschappelijke aspecten gerelateerd zijn. In de ontwikkeling van het kind vloeien etnische en persoonlijke identiteit samen, waardoor de opgroeiende mens gaandeweg wordt opgenomen in zijn 'lokale wereld'. Voor het verantwoord bestuderen van chronische pijn dient de lokale wereld van de lijder te worden geanalyseerd, inbegrepen zijn gezin werksituatie en sociaal netwerk. Chronische pijn is het wapen van de zwakke, die zich verzet tegen zijn wereld. Het is een fysiek protest tegen onrechtvaardigheden in heersende opvattingen, machtsuitoefening en ondraaglijke werkomstandigheden. Tegen deze achtergrond verkrijgt men tevens een beter inzicht in de zo vaak gesignaleerde rancune van pijnpatiënten jegens het medisch establishment, hetgeen zich onder meer uit in therapieontrouw (non-compliance). Biomedische zowel als gedragswetenschappelijke (behavioristische) opvattingen werken ontmenselijking in de hand, omdat zij het pijnprobleem intra-individueel plaatsen en geen rekening houden met intersubjectieve verbanden in de lokale wereld van betrokkenen.

Een epiloog sluit het boek af. Nogmaals wordt onderstreept dat de strikt persoonlijke ervaring van de pijnpatiënt alleen wordt geaccepteerd als deze ervaring past in het dominante verklaringsmodel van de geneeskunde. Is dit niet het geval dan wordt die ervaring niet valide geacht en gezien als het zoveelste bewijs van de onbehandelbaarheid van de pijnklacht.

Aan het begin van deze bespreking gaf ik allereerst blijk van mijn waardering voor dit boek. In beschouwingen over gezondheid en ziekte is het etnisch-cultureel aspect te vaak verwaarloosd en het is de grote verdienste van de medische antropologie, met name van de etnomedische school rond Kleinman, dat dit aspect meer aandacht krijgt. Bovendien is de stellingname van de auteurs in dit boek mij vaak uit het hart gegrepen. Hierbij denk ik onder meer aan de navolgende punten.

De hardnekkig toegepaste indeling organisch-psychogeen is theoretisch onjuist, in de praktijk uitermate verwarrend en bron van veel storingen in de arts-patiënt-relatie.

De kritiek op de DSM-III-R is terecht. De binnen dit nosologisch indelingssysteem gehanteerde principes zijn sterk (westers) cultuur-specifiek en kunnen bij introductie in andere culturen leiden tot een vorm van 'norm-kolonisatie'.

Het door Kleinman besproken verzetselement geeft een verhelderende kijk op ziektebeleven en ziektegedrag van chronische-pijnpatiënten, overigens ook van andere (chronische) patiënten. In dit verband wijs ik op de langzamerhand zich wijzigende visie op het veel besproken fenomeen therapieontrouw. Werd tot voor kort aangenomen dat deze ongehoorzaamheid jegens het medisch regime uit den boze was, thans groeit de gedachte dat deze ontrouw kan berusten op een weloverwogen oordeel na afweging van voor- en nadelen van een behandeling. Deze visie vormt onder meer een belangrijk element in het huidige streven naar 'selfmanagement'.

In de gedragswetenschappen is de fenomenologische traditie vrijwel uitgedoofd, waarmee toch een effectieve introductie tot de patiënt in diens wereld verloren is gegaan. Naar mijn mening verdient het nog steeds aanbeveling om aan de opbouw van en wetenschappelijk onderzoeksprotocol een fenomenologische analyse vooraf te laten gaan.

In dit boek wordt terecht ook aandacht besteed aan de teleologische benadering. Bij chronische pijn is niet alleen het waarom, maar ook het waartoe van belang.

Aan het begin van deze recensie sprak ik niet alleen over mijn waardering voor deze publikatie, maar ook over mijn irritatie. Ik spreek vanuit de medische psychologie en in het onderstaande klinkt de toon door van iemand uit de (poli)klinische praktijk met chronische-pijnpatiënten. Mijn verdere opmerkingen geef ik puntsgewijs.

In de eerste plaats valt mij op hoe voortreffelijk deze medisch antropologen het allemaal weten. Er is geen twijfel mogelijk; zo zit het in elkaar en niet anders! Er schuilt een zekere arrogantie in de manier waarop de niet-verlichte geesten in de kliniek worden geplaatst tegenover degenen die, zoals de auteurs, het licht hebben gezien. In deze eenzijdige benadering wordt voorbij gegaan aan het vaak wanhopige gevecht dat door artsen en andere hulpverleners wordt geleverd om chronische-pijnpatiënten te 'verstaan'. Dat artsen en psychotherapeuten, met name in pijnteam, voornamelijk handelen op basis van armzalige verklaringsmodellen, waaraan zij blijikbaar zijn vastgeroest, is een opvatting die zowel de Nederlandse als de Amerikaanse werkelijkheid geweld aandoet. tegen die achtergrond is het overigens merkwaardig hoe in dit boek impliciet gebruik wordt gemaakt van allerlei sociaal-wetenschappelijke bevindingen, zoals bijvoorbeeld de verouderde neopsychoanalytische kijk op conversie.

Op de tweede plaats kruipt het bloed waar het niet gaan kan. Steeds weer duiken bij mij praktijkvragen op: hoe reageerde de patiënt op het interview; leidde een en ander toe een nieuw inzicht bij betrokkene; kwam het wel eens tot discussie; kristalliseerde uit deze studies een gewenste andere aanpak van de problematiek; wat zou de rol van de medische antropologie in pijnteam kunnen zijn? En vooral ook: hoe kan de antropologische dimensie in het patiëntencontact worden opgenomen? Want het is veelal niet de arts die in het biomedische model gevangen zit, maar de patiënt die vraagt, smeekt om een biomedische benadering, liefst leidend tot een soms forse medische ingreep. Dat legitimeert zijn pijngedrag tegenover zichzelf en zijn omgeving.

Ongetwijfeld is in de gezondheidszorg een belangrijke taak weggelegd voor de medische antropologie. Dient deze taak beperkt te blijven tot het aan anderen voorhouden van een spiegel? Dat maakt op die anderen, de werkers aan het front, een wat vrijblijvende indruk. In haar boeiende studie *De medische antropoloog als verteller en vertaler* stelt Richters zich tenslotte de volgende vraag: "Heb ik soms, na een ladder van kennis beklommen te hebben, die ladder omhoog getrokken, waardoor ik de verbinding met de levenswerkelijkheid verloren heb?" En even later zegt zij: "Om waarachtige invloed te kunnen hebben moet men participeren."

Een boek dat zoveel interessante gezichtspunten oplevert en daarnaast vragen oproept die belangrijk genoeg zijn om er zich emotioneel over op te winden, kan niet

anders dan van harte worden aanbevolen voor een brede kring van mensen die betrokken zijn bij de gezondheidszorg.

L. Menges

Waltraud Ernst, *Mad tales from the Raj. The European insane in British India, 1800-1858*. London, New York: Routledge, 1991. 195 pp., index, 8 ill. Prijs: \$ 74.00 (hard cover).

Het is nog niet zo lang geleden, tot aan de Tweede Wereldoorlog, dat de migratiestromen Europa als vertrekpunt hadden in plaats van als doel. Mensen verlieten hun land om een nieuw leven te zoeken in de Nieuwe Wereld of vertrokken als 'kolonialen', voorlopers van de huidige *expatriates*, met de bedoeling na een periode van werken overzee weer naar huis terug te keren. Misschien nog meer dan in de permanente emigratie, die immers in aanpassing een logisch eindpunt had, stelde het leven van de koloniaal hoge eisen aan zijn uithoudingsvermogen. Niet iedereen was daartegen bestand, wat kon leiden tot ernstige psychische stoornissen. In een handzaam maar niet erg gedetailleerd boek behandelt Waltraud Ernst de behandeling van de waanzin in de eerste helft van de negentiende eeuw in Englands voornaamste kolonie, India.

Ernsts boek is een specialistische werk, dat in gunstige zin verschilt van de meeste studies over deze cruciale periode. Anders dan het eerste, Noordamerikaanse, Britse rijk, dat was gebaseerd op volksplantingen (en dus een kolonie in de klassieke zin van het woord), werd vanaf de laatste decennia van de achttiende eeuw in India *the second British Empire* gevestigd, een koloniaal rijk gebaseerd op een bestuur door *expatriates*. Binnen deze groep, en dat is een winst, houdt Ernst zich niet alleen bezig met de leidende functionarissen in het leger of in de koloniale ambtenarij. Deze mensen, veelal afkomstig uit de middenklassen, maakten behalve een migratie in de ruimte, in koloniale dienst ook een sociale stijging, een *gentrification* door. Daarbij kwamen ze te wonen in welvarende, kleine geïsoleerde gemeenschappen van sociale en culturele gelijken. Over hun zielerorselen spreken brieven, dagboeken, en (auto)-biografieën in redelijk detail.

De overgrote meerderheid van de Europeanen in India, de gewone koloniaal, was soldaat of lagere ambtenaar en verdiende niet veel meer dan zijn levensonderhoud. Hij stond onder een Spartaans seksueel regime. De koloniale overheid maakte concubinaat met 'inheemse' vrouwen bijna onmogelijk. Permanente vestiging in India, serieuze kolonisatie (volksplantingen) door Europeanen, werden herhaaldelijk door de overheid als optie verworpen. Kortom, de *East India Company* verhinderde aanpassing, laat staan assimilatie van zijn lagere ondergeschikten aan de Indiase cultuur, terwijl daar, anders dan bij het leidend kader, geen compenserende welstand tegenover stond. Het loon voor de sociale, seksuele en culturele deprivatie was overleven in de monotonie van de barak en het kantoor in – naar gelang de tijd van het jaar – stof en blubber. De emigratie betekende in eerste instantie een grotere

morele vrijheid. De knellende banden van familie, dorp, en kerk waren in India weggevallen. In tweede instantie betekende ze ook een grotere morele leegte. De ondersteunende functie van 'thuis' was geminimaliseerd.

Het feit dat migratie in het algemeen tijdelijk was, maakte voor het individu zijn onmiddellijke noden, zijn gevoelens van angst, woede of depressie, niet veel dragelijker. Er was ook weinig begrip voor. Het prestige van de Britten als de *ruling race* moest worden gehandhaafd. Achter het kolonialisme lag een psychologie van de angst.

Vele rollen die maatschappelijke instellingen, als de kerk 'thuis' in Engeland vervulden, vielen in India toe aan de East India Company. In deze grotere staatsbemoeienis liep de kolonie voor op het 'moederland'. Ook in de behandeling van geesteszieken was de rol van de overheid cruciaal. Voor Europeanen waren er *lunatic asylums* in de provincies Bombay, Madras en Bengalen, terwijl er voor *natives* in bijna ieder district mogelijkheden voor opvang en behandeling waren. Het ging hierbij niet om grote aantallen. De grootste instelling, Calcutta, telde rond 1850 een honderdtal Europese patiënten; in Bombay en Madras waren er ieder tien.

Ook de in aparte afdelingen ondergebrachte Indiase patiënten, in deze periode in aantal oplopend tot duizend, vormden maar een miniem deel van de bevolking in de districten. Het aantal geesteszieken moet veel groter zijn geweest. Velen werden verzorgd door familie en vrienden, of kwamen, als ze meer gefortuneerd waren, in privé klinieken terecht. Bij terugkeer in Engeland stonden de beter gesitueerden enige gespecialiseerde opvangmogelijkheden ter beschikking; en voor de gewone man was er het dolhuis.

In India zelf was het algemene beleid de geesteszieke Europeaan uit het oog van de native te houden, en hem/haar zo snel mogelijk naar Engeland terug te zenden. Mede daardoor was er voor Europese patiënten in India nooit ruimtegebrek. Ook financieel konden de gestichten draaien: de subsidies waren voldoende.

De Company hield zich intensief bezig met de controle op de behandeling. Van belang was hier dat het hele koloniale systeem, ook ten opzichte van de koloniale zelf, haar hiërarchische mercantiele en militaire oorsprong niet verloochende. Ondanks herhaalde aansporingen tot een beleid van zachtmoedigheid, bleven de asylums in deze periode deel van de militaire barak-cultuur. 'Madness' werd dan ook vaak geoperationaliseerd als 'unruly and undisciplined behaviour', dat in eerste instantie met opsluiting was bestraft, en pas in tweede instantie als een ziekte werd gezien. Het handhaven van de militaire en ambtelijke discipline met andere middelen was de primaire functie van de gestichten. Daarnaast waren ze ook de tastbare demonstratie van de superioriteit van de Engelse cultuur. De Engelsen, zo toonden deze gebouwen, zorgden zelfs voor de meest ongelukkigen onder hen. In de eerste decennia van de negentiende eeuw kon de barak-cultuur van de ziekenhuizen met bijvoorbeeld het gezamenlijke eten, zelfs leiden tot een gemoedelijke symbiose van de behandelende geneesheren of verzorgers met patiënten uit de betere klassen. Maar vooral voor het voetvolk, dat verveeld in kale hokjes achter tralies zat, was de 'lunatic asylum' een 'total institution' in de zin van Goffmann.

In professionalisering van wat in de tweede helft van de negentiende eeuw de psychiatrie zou worden, liep, zo stelt Ernst, India achter op Engeland. Pas in 1856

werd het gesticht in Calcutta uit de medisch ongeschoolde handen van de 'morele therapeuten' genomen en overgedragen aan een 'reguliere' arts. Typerend voor de onderworpen status van India was dat de Britten nauwelijks gebruik maakten van lokale inzichten in het behandelen van geestesziekten. Dit terwijl deze, zoals zelfs de grootste sceptici toegaven, af en toe succes hadden. Vooral vanaf 1830, toen de Britse waardering voor de Indiase culturen op een dieptepunt kwam, werden Indiase medische inzichten heftig bekritiseerd.

Interessant wordt het dan na te gaan welke symptomen zich openbaarden en hoe deze behandeld werden. Op het eerste gebied moet Ernst haar lezers teleurstellen. Zo er al beschrijvingen van individuele gevallen in de archieven voorkomen, blijven ze in de regel te algemeen om achteraf tot een diagnose te kunnen leiden. Dat is gedeeltelijk terug te voeren op de toen gebruikte begrippen. De hele periode van 1800 tot 1850 bleven de diagnoses in het stramien van 'mania, melancholia and dementia'. Deze begrippen waren meer beschrijvend dan analyserend: zo sloeg mania op de indruk die het gedrag maakte.

De behandelingswijzen van deze symptomen en de ziekten die daaraan ten grondslag lagen, leken vooral af te hangen van de inzichten van individuele artsen. Als algemene regel gold, dat de Company verwachtte dat de behandeling conform zou zijn aan de *moral therapy* toegepast door Tuke in het Engelse York, en de *non restraint* behandeling die Hill and Conolly in de jaren 1830 en 1840 populair hadden gemaakt. Met *moral* werden toentertijd alle niet-fysieke factoren aangeduid. De grens tussen fysieke en morele oorzaken waren niet scherp te trekken. Het idee was dat: "a particular event, state or condition had a decisive impact on the whole person, affecting the whole system, and finally becoming localized in the brain, thereby giving rise to (...) insanity" (p. 138).

Naast deze opvattingen stond de school die aanvallen van waanzin terug voerde op de scherpe zon, het onregelmatig leven en het blootstaan aan de lawaaierige, opwindende en uitputtende Indiase, vooral Hindoe, feesten. Communis opinio was dat het wijdverbreide alcoholisme, de – nota bene door de Company bevorderde – hoerenloperij, de verveling, en – wellicht een onbewust Boeddhistisch trekje – het constant waarnemen van ziekte, lijden en dood de oorzaken van de Europese waanzin waren.

In de ogen van vele dokters was zachtmoedigheid (*kindness*) het beste geneesmiddel. De lage lonen trokken echter niet het beste Europese verplegend personeel, terwijl Indiërs moreel ongeschikt werden geacht om met agressieve Europeanen om te gaan. Misschien niet verwonderlijk bij een zo door militairen bepaalde sfeer, was de *non restraint* behandeling door het zeer vaak gewelddadige gedrag van de patiënten moeilijk toe te passen. Dat moest dan weer leiden tot extreme vormen van lijfelijke *restraint*. In de eerste helft van de negentiende eeuw werden narcotica niet vaak toegediend. Veeleer nam men zijn toevlucht tot tijdelijke verzwakking van de patiënt. De concrete behandeling kwam dan al gauw neer op laxemiddelen, pepmiddelen, braakmiddelen, de dwangbuis, koude douches en lichamelijke iuspanningen.

In India was het voor vele dokters de vraag of een dergelijk land wel geschikt was voor Europeanen. Zouden blanke kolonisten niet binnen een paar generaties degenereren? In Engeland was deze theorie niet populair: aanpassing, geen degeneratie zou het onvermijdelijk gevolg zijn van een langer verblijf in India. Voor de gewone Engelsen in India zelf was de debilerende invloed van het Indiase klimaat echter axiomatisch. Hun gevoel van onveiligheid vond uitdrukking in hun vijandigheid ten opzichte van alles wat Indiaas was, de volken, de culturen, de omgeving. Dat droeg in niet geringe mate bij aan het ontstaan van geestesziekten. Het versterkte ook hun overtuiging dat niets zo goed was voor een zieke of waanzinnige Europeaan dan verlos 'thuis'. Uiteindelijk waren 'the white cliffs of Dover' beter voor de genezing van de 'Anglo-Indiase' geesteszieke dan de 'lunatic asylums' van India. De theorie over en de behandeling van de Britse geesteszieken was een produkt van een gemeenschap van expatriates. Het is de verdienste van Waltraut Ernst dit inzicht uit de koloniale archieven te hebben gehaald.

Paul Streumer

H. Finkenflügel (ed.) *The handicapped community, the relation between Primary Health Care and Community Based Rehabilitation*. Primary Health Care Publications 7. Amsterdam: VU University Press, 1993. 160 pp. Prijs: f 24,50.

In deze bundel opstellen over Community Based Rehabilitation (CBR), komen mensen uit de praktijk aan het woord. Ze vormen een kleine selectie van de tientallen paramedici en sociale wetenschappers die in het afgelopen decennium werkzaam zijn geweest binnen CBR projecten. Finkenflügel is erin geslaagd om een grote verscheidenheid aan CBR ervaringen bijeen te brengen, ervaringen waar je, als je er toevallig van wist, niet omheen kon, maar waar nog weinig over werd gepubliceerd. Alleen al dit aspect maakt de publikatie bijzonder de moeite van het lezen waard.

De bundel bestaat uit drie delen. Het inleidende hoofdstuk van Finkenflügel en Wolffers vormt samen met het slothoofdstuk van dezelfde auteurs een kader voor de bundel. Daarover straks meer.

Het eerste deel van de bundel behandelt CBR als concept voor 'empowerment'. Cornielje beschrijft 'zelforganisatie' (zoals dat in het Nederlandse welzijnsjargon heet) van gehandicapte mensen als onmisbaar onderdeel in een CBR programma. In Alexandra Health Centre (RSA) zijn, met succes, pogingen gedaan om CBR op te zetten vanuit een procesbenadering en niet vanuit een medisch model. Het artikel geeft een te beperkt inzicht in het baanbrekende werk dat binnen dit project werd verzet. Hanekom-Jelsma en Cortes-Meldrum beschrijven hun ervaringen met oudergroepen vanuit een kinderrevalidatie-unit in een van de 'high-density-areas' van Harare, Zimbabwe. Dit project loopt al een aantal jaren en er is al eerder over gepubliceerd. De auteurs schrijven dat men er vaak van uitgaat "that in true CBR, the people themselves define their needs and the professionals are challenged to adopt their services accordingly (...) in our experience (...) it has been one of the tasks

of the rehabilitation professional to introduce broader concepts of rehabilitation" (p. 27). De artikelen van Das en Webb over integratie en participatie van gehandicapten in India, met name binnen het onderwijs, roepen evenveel vragen op als ze beantwoorden. Zo is er het spanningsveld tussen de enorme omvang van het probleem van gehandicapte mensen enerzijds en de noodzaak om die problemen in hele kleine stapjes op te lossen, anderzijds. Maar ook de vraag of het terecht is te spreken van integratie in een school voor 'gewone' kinderen, wanneer dat gebeurt vanuit een project dat alleen gericht is op blinde kinderen. Van der Hulst beschrijft de resultaten van onderzoek naar de plaats van community rehabilitation workers in Zimbabwe. Dit is een van de landen die CBR en de integratie met PHC altijd bijzonder serieus hebben genomen. Het onderzoek laat zien dat de daarmee gepaard gaande nadruk op de medische aspecten van CBR ook nadelige gevolgen kan hebben.

Het tweede gedeelte van de bundel handelt over het opzetten en volgen van CBR, al lijkt deze vlag de lading niet in alle opzichten te dekken. Jaffer behandelt participatoire aspecten van de evaluatie van CBR projecten die niet veel afwijken van wat voor de evaluatie van PHC projecten geldt. Het artikel van Leotard behandelt hetzelfde onderwerp binnen de context van Baluchistan. Noch het werken met vrijwilligers, noch het werken met outreaching teams bleek een succes. Het project ging pas lopen op het moment dat de eerste gehandicapte persoon er 'beter' van werd. Pas dan gaat participatie ook een rol spelen. Nabuzoka pleit, op grond van de ervaringen in het CBR programma in Zambia, voor een duidelijke rol en taak van de District Rehabilitation Teams en de werkers. Maison en O'Toole betogen, op grond van hun ervaringen in Guyana, juist voor minder professionalisatie en meer participatie. De artikelen van Loveday en Murk handelen beiden over CBR in een urbane context, respectievelijk Cape Town en Karachi. Ook deze twee artikelen maken duidelijk dat een blauwdruk voor CBR niet valt te geven.

Het derde gedeelte handelt over informatie en informatiesystemen. Miles pleit ervoor doelstellingen en prioriteiten in CBR te ontwikkelen op basis van systematische informatieverzameling (Health Information Systems/Health Research) en niet op grond van allerlei ideologische overwegingen. Vanuit PHC-perspectief geen nieuwe gedachte, maar voor CBR wel. Ogilvie pleit voor integratie van gezondheidsvoorlichting omtrent CBR in algemene gezondheidsvoorlichtingsprogramma's. Tot slot een weer iets afwijkende ervaring van O'Toole en Maison uit Guyana. Waar er over het algemeen voor gepleit wordt om eenvoudige technieken te gebruiken bij gezondheidsonderwijs en voorlichting in de derde wereld, melden de auteurs positieve ervaringen met video training packages.

In de inleiding van Finkenflügel en Wolffers wordt de onduidelijkheid omtrent de interpretatie van de begrippen PHC en CBR gepresenteerd als resultaat van machtstegenstellingen binnen de gezondheidszorg. De ontstaansgeschiedenis van PHC en CBR worden in dit licht geschilderd en de biomedische preoccupatie binnen veel CBR programma's wordt eruit verklaard. Daarnaast worden belangrijke verschillen tussen PHC en CBR gesignaleerd: PHC handelt over de gezondheidszorg van een meerderheid, CBR behandelt de problemen van een minderheid. Participatie en prioriteitenstelling binnen CBR zijn daardoor aan andere processen onderhevig

en telkens rijst de vraag hoe men om moet gaan met de belangen van een minderheidsgroep in een situatie waarin de belangen van de meerderheid al niet volwaardig behartigd worden. In het laatste hoofdstuk komen Finkenflügel en Wolffers op deze problemen terug. Zij stellen dat het debat over CBR dreigt te verzanden in theoretische discussies en het eindeloos uitmelken van een aantal 'hot topics'. Ik ben het daar gedeeltelijk mee eens. De discussie is verzand. De oorzaak daarvoor is mijns inziens niet het theoretisch kader van de discussies, integendeel het is juist het gebrek daaraan en het niet diepgaand genoeg uitwerken van bepaalde onderwerpen. CBR is een leerproces, maar het is niet voldoende om ervaringen opeen te stapelen. De ervaringen moeten geordend en gerangschikt worden, niet met de bedoeling om te komen tot een blauwdruk, maar tot een opsomming van concrete, werkbare alternatieven. Ik ben het met Hanekom-Jelsma eens dat het een taak van de professionals is om deze analyse en opsomming te maken.

Dee Burck

Ini Huyts, Jelle Stekelenburg & Bas van der Heide, *Reclame op recept: een kritische kijk op geneesmiddelenmarketing in Noord en Zuid*. Amsterdam: WEMOS, 1992. 28 pp. Prijs: f 12,50 (exclusief verzendkosten). Te verkrijgen bij WEMOS, Postbus 40066, 1009 BB Amsterdam.

Deze brochure is een publikatie van het WEMOS Geneesmiddelenproject, dat zich inzet voor wereldwijd rationeel geneesmiddelengebruik. Eén van de speerpunten van het project is het tegengaan van slechte, onverantwoorde reclame voor geneesmiddelen en het bevorderen van onafhankelijke informatie. Zoals de titel van de brochure al aangeeft, is het doel van deze publikatie ongebreidelde commerciële marketing van geneesmiddelen aan te klagen en om de lezer op te wekken via MaLAM (Medical Lobby for Appropriate Marketing) in actie te komen tegen onethische reclame.

Reclame is dé manier om een geneesmiddel in de 'therapeutische jungle' van pillen en poeders aan de man te brengen. De farmaceutische industrie, die meer geld uitgeeft aan reclame dan welke industrietak dan ook, oefent middels allerlei promotionele activiteiten grote invloed uit op het voorschrijfgedrag van artsen. Vooral in de ontwikkelingslanden, waar onafhankelijke informatie en regulering van de geneesmiddelenmarkt ontbreekt, kan deze haast ongelimiteerd haar gang gaan. De brochure geeft talloze voorbeelden van de reclame-activiteiten van de farmaceutische industrie, die zich uitstrekken van belangeloze sponsoring en quasi-wetenschappelijke informatieverschaffing tot regelrechte omkoperij.

Toch is er weinig nieuws onder de zon. Terwijl de farmaceutische industrie steeds nieuwe marketingtechnieken uitvindt, zit er weinig ontwikkeling in de kritiek van gezondheidsactivisten. Veel voorbeelden die in deze brochure genoemd worden zijn reeds bekend uit andere publikaties. De verklaring van de invloed van geneesmiddelenreclame is ook nogal beperkt. Het belangrijkste gevolg van misleidende reclame, zo stellen de auteurs, is het onverstandig voorschrijven en gebruik van geneesmid-

delen. De kwaliteit van informatie wordt in deze visie als doorslaggevend gezien voor een verstandig geneesmiddelengebruik. Dit is eenzijdig. Het voorschrijven van arts en wordt juist *niet* uitsluitend bepaald door kennis of 'goede informatie'. Het proces van voorschrijven berust op meer dan op strikt rationele beslissingen door de arts. Aan andere facetten van geneesmiddelengebruik, zoals bijvoorbeeld de symbolische betekenis van het recept, de invloed van de eisen van de patiënt en de sociaal-culturele context van het consult en van geneesmiddelengebruik besteedt deze brochure echter geen aandacht. Ook wordt de vraag waarom commerciële marketing zo verleidelijk is voor artsen, nauwelijks behandeld.

Desondanks geeft deze brochure in kort bestek een inleiding tot de problematiek. Gezien het feit dat de deskundigheid van medici om wetenschappelijke en commerciële publikaties over geneesmiddelen kritisch te lezen over het algemeen te wensen overlaat is, zou deze brochure verplichte literatuur moeten zijn voor het farmacologie-onderwijs.

Anneloes van Staa

J.V.T.M. de Jong (red.) *Handleiding bij psychotrauma, een praktijkboek voor hulp in Nederland aan ontheemden en slachtoffers van vervolging*. Amsterdam: KIT, 1993. 112 pp. Prijs f 25,-.

Onder redactie van de Nederlandse psychiater Joop de Jong verscheen recentelijk een *Handleiding bij psychotrauma, een praktijkboek voor hulp in Nederland aan ontheemden en slachtoffers van rampen en vervolging*. De publikatie is een vertaling van de in 1992 verschenen Engelstalige WHO-uitgave *Refugee Mental Health. Draft manual for fieldtesting*. Het boek moet in de praktijk nog getest worden en de auteurs nodigen lezers en gebruikers dan ook uit om hun mening over het boek te geven. Achterin het boek is om deze reden een korte vragenlijst opgenomen.

Het boek is samengesteld uit bijdragen van internationaal bekende en deskundige auteurs. Het is uiterst toegankelijk. De tekst is eenvoudig en bondig gehouden. Het boek leest mede daardoor gemakkelijk. Helaas ontbreken een literatuurlijst en bronvermeldingen.

De subtitel – praktijkboek – wordt volledig waargemaakt door de vele praktische adviezen, die bijna allemaal ook bruikbaar zijn in de Nederlandse praktijk, met uitzondering van enkele passages die geschreven zijn voor specifieke situaties buiten Nederland. De originele Engelstalige versie richt zich waarschijnlijk op het bredere internationale werkteerterrein en op een categorie van gezondheidswerkers, die wij in Nederland niet kennen. Hier dient de lezer zich wel bewust van te zijn. Ik zou het op prijs stellen als een tweede Nederlandstalige editie bewerkt wordt voor de Nederlandse situatie. De beoogde gebruikersgroep van Nederlandse hulpverleners, die in het buitenland werkzaam zijn, kunnen mijns inziens de Engelstalige versie hanteren.

Besproken worden achtereenvolgens stress en ontspanning, (nervus-)functionele klachten, somatisatiestoornissen en belangrijke psychiatrische stoornissen zoals

depressies, psychosen, angststoornissen, paniekstoornissen en de post-traumatische stressstoornis. De nadruk ligt op het herkennen van deze klachten en stoornissen en op de praktische hulpverlening en niet zozeer op de psychopathologie, psychiatrische diagnostiek en verschillen in behandeling. Hoewel er wel gewezen wordt op cultuurspecifieke uitingsvormen van deze toestandsbeelden wordt hier in het boek niet verder op ingegaan. Oorzaken en symptomatologie zijn voornamelijk beschreven vanuit het westerse ziektemodel. Ten aanzien van de hulpverlening daarentegen worden wel enkele niet-westerse methoden van hulpverlening genoemd, zoals rituelen, gebedsgenezing, meditatie en massagetechnieken. Ik heb overigens de persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen gemist in het bekende rijtje van frequent voorkomende psychiatrische stoornissen bij slachtoffers van psychotrauma.

In enkele afzonderlijke hoofdstukken wordt vervolgens specifiek aandacht besteed aan de hulpverlening aan vluchtelingenkinderen, slachtoffers van martelingen en ander geweld of rampen en in het bijzonder aan slachtoffers van verkrachting. Het apart belichten van deze categorieën lijkt mij een terechte keuze van de redactie en verhoogt de praktische toepasbaarheid. De waarschuwing aan de hulpverleners zelf om ook voor de eigen geestelijke gezondheid te waken en steun te zoeken bij collega's is zeer op zijn plaats, maar helaas in de Nederlandse praktijk nog onvoldoende (structureel) gerealiseerd!

Een hoofdstuk gewijd aan problemen tengevolge van het gebruik van alcohol en drugs is naar mijn mening van geringere kwaliteit. Ik mis met name praktisch bruikbare adviezen voor de individuele begeleiding van deze categorie patiënten. Zij vormen voor de hulpverleners juist een bijzonder moeilijke doelgroep, omdat hun verslavingsprobleem niet sociaal geaccepteerd wordt en tevens vaak leidt tot sociaal onaanvaardbaar gedrag. De groepsbenadering door middel van sociale controle en sociale steun vanuit de eigen groep is mijns inziens te beperkt, evenals het instellen van huisregels, die het gebruik van alcohol en drugs in Nederland verbieden. Tevens mis ik in dit hoofdstuk voorbeelden van culturele verschillen ten aanzien van (de acceptatie van) gebruik van alcohol en drugs en voorbeelden van exotische drugs, zoals qat.

Tenslotte is er nog een apart hoofdstuk gewijd aan de rol van traditionele genezers. De auteur beveelt aan om als westerse hulpverlener respect te hebben voor en samenwerking te zoeken met traditionele genezers en religieuze leiders. Uiteraard dient wel afstand genomen te worden van kwakzalvers en schadelijke vormen van traditionele geneeswijzen. Ik kan het hier van harte mee eens zijn. Ook in de Nederlandse situatie zouden we als professionele hulpverleners geïnteresseerd moeten zijn in de culturele achtergronden van onze cliënten en hun traditionele geneeswijzen en rituelen. Hoewel traditionele genezers uit andere culturen in Nederland relatief schaars zijn, heb ik toch de indruk dat er meer van hen actief zijn dan wij vermoeden. Helaas blijven ze nog vaak verborgen voor ons. Komt dit misschien doordat zowel de cliënt als de traditionele genezer zich toch nog door de westerse hulpverlener miskend voelt?

De handleiding bij psychotrauma is bedoeld voor hulpverleners en vluchtelingenwerkers inclusief vrijwilligers, al dan niet met een medische opleiding. De

gebruikers kunnen betrokken zijn bij de opvang van vluchtelingen in Nederland, in vluchtelingenkampen elders of betrokken bij VN-operaties. Bovendien zou de handleiding bruikbaar zijn bij rampen zoals de recente vliegcrash in de Bijlmer. Deze doelstelling lijkt me te ruim gekozen en bij het lezen heeft het boek dan ook het nadeel, voor mij althans, van oppervlakkigheid. Anderzijds kan het niet-professionele hulpverleners uitnodigen tot hulpverlening die over de grens van hun bevoegdheid en bekwaamheid reikt. Het boek lijkt me bij uitstek geschikt in deze vorm voor maatschappelijk werkers en verpleegkundigen. Vrijwilligers moeten nadrukkelijk professionele begeleiding krijgen bij het gebruik van dit praktijkboek. Er is zeker grote behoefte aan een dergelijk praktijkboek. Psychotrauma en migratie zijn helaas tegenwoordig ook in Nederland geen zeldzame ziekteoorzaken meer.

Max Meis

Henrikje Klasen, *Die alten Niha und ihre Einstellung zu Krankheit und Tod. Ergebnisse einer ethnomedizinischen Feldstudie von der Insel Nias, Indonesien*. Papenburg (Ems): Verlag Eissing, 1990. 134 pp. Prijs: DM 20. Verkrijgbaar bij de auteur: Rathausstr. 9, D-2990 Papenburg, Duitsland.

Henrikje Klasen heeft in het kader van haar studie geneeskunde eind 1987 ruim drie maanden veldonderzoek gedaan bij oude mensen op het Indonesische eiland Nias, ten westen van Sumatra. Zij richtte zich vooral op drie vragen: wat betekent ouderdom op Nias; welke houding nemen oude mensen aan ten opzichte van ziekte; hoe zien zij de dood. Zij maakte bij haar onderzoek gebruik van participerende observatie, voerde informele gesprekken en hield formele interviews en enkele enquêtes.

De auteur confronteert haar bevindingen op Nias voortdurend met de situatie van oude mensen in haar eigen maatschappij en benadrukt de culturele relativiteit van het verschijnsel ouderdom. Daarnaast tracht zij haar onderzoeksresultaten te plaatsen in meer algemene theoretische discussies van de 'culturele gerontologie en thanatologie'.

Ouderdom wordt op Nias vooral geassocieerd met wijsheid en ouderen genieten respect. Termen die naar ouderdom verwijzen, worden veelvuldig als eretitels gebruikt. Zo werd de 24-jarige onderzoekster beleefd met 'grootmoeder' begroet. Theorieën dat ouderen meer gerespecteerd worden als zij nog wat 'presteren' en actief blijven, gaan niet op voor Nias. De ouderen zijn betrekkelijk passief en brengen een groot deel van de dag door zittend op een stoel en kijkend naar wat er op straat gebeurt. De enige 'taken' die zij nog vervullen zijn het huis bewaken, op de kleine kinderen letten en gasten ontvangen als de ouders er niet zijn. Verder geven ze raad aan kinderen en kleinkinderen en sommigen doen kleine klusjes als het vlechten van matten en visnetten. Ouderdom wordt niet spontaan in verband gebracht met ziekte zoals in onze cultuur waar 'oud' en 'ziek' bijna synoniemen zijn.

Het meest spectaculaire contrast tussen hen en ons is echter de houding ten opzichte van de dood. Iemand die oud is en zijn dood voelt naderen geeft een *fangotome'ö*, een groot feest waarop varkens geslacht worden en gedanst wordt. De oude man of vrouw zegent de kinderen en kleinkinderen, verdeelt de erfenis en de daarbij horende verplichtingen en maakt bekend waar hij/zij begraven wil worden. Het is een formeel afscheidsfeest waarvan de toekomstige dode het middelpunt is. De doodskist, die deze reeds tijdens zijn/haar leven gemaakt is, staat in het huis gereed. De auteur ondervroeg 27 meisjes over de dood van 91 grootouders. Niet minder dan 88 van hen hadden inderdaad een dergelijk afscheidsfeest gegeven.

Het sterven zelf dient thuis te gebeuren en het wordt als een groot ongeluk, zelfs als een schande, ervaren als dat niet het geval is. Scheldwoorden bevestigen dat: "Jouw vader is op een straathoek gestorven, als een omgevallen waterdrager!"

In oude etnografieën van Nias wordt nog beschreven hoe de oudste zoon zijn mond drukt op die van zijn stervende vader om diens geest in zijn laatste adem op te vangen. Nu nog zoeken de aanwezigen contact met een stervende door hem vast te houden en te strelen. Het sterven is niet een nederlaag, maar "sich in Frieden und Ruhe dem Tod *hingeben*" (p. 95).

In deze samenvatting komt een en ander misschien als een romantisering over, maar dat is niet de toon van deze verdienstelijke scriptie. Klasen relateert voortdurend, bekent haar twijfels en geeft aan waar haar kennis tekort schiet. Dit boeiende werkstuk verdiende het inderdaad voor een breder publiek gepubliceerd te worden.

Er is geen onderwerp dat bezoekers uit andere culturen meer schokt dan de positie van ouderen in onze maatschappij en onze kille doodsrитуelen. Henrikje Klasens onderzoek heeft dat contrast scherp in beeld gebracht en nodigt uit tot reflectie op onze eigen vreemde gewoonten. Degenen die zich in onze samenleving inzetten voor een menselijker en waardiger manier van sterven kunnen inspiratie putten uit het voorbeeld van Nias.

Sjaak van der Geest

Frances E. Mascia-Lees & Patricia Sharpe (eds.) *Tattoo torture, mutilation and adornment. The denaturalization of the body in culture and text*. New York: State University of New York Press, 1992. 178 pp. Prijs: \$ 12.95 (paperback), \$ 39.50 (hard cover).

De belangstelling voor het lichaam neemt niet alleen toe binnen de culturele antropologie, maar in alle menswetenschappen. De auteurs van de papers die gebundeld zijn in dit boek benaderen het lichaam vooral vanuit een poststructuralistische invalshoek. Deze stroming binnen de menswetenschappen is ontstaan uit de kritiek op het structuralistisch ideeëngoed. Vooral de idee dat structuren afgesloten eenheden zijn, wordt bekritiseerd. Hierdoor zou het bijvoorbeeld onmogelijk zijn de veranderingen die structuren ondergaan te verklaren. Het poststructuralisme wordt vooral gedragen door wetenschappers met een semiologische en linguïstische achtergrond.

Uit de zeer verschillende theoretische standpunten die de schrijvers innemen, blijkt duidelijk dat het 'poststructuralisme' geen stroming is waarbinnen een duidelijke theoretische consensus bestaat. Ook degenen die zich afzetten tegen de poststructuralistische theorievorming nemen niet een uniform standpunt in. Daarbij komt nog dat degenen die aan het boek hebben meegewerkt afkomstig zijn uit verschillende takken van de menswetenschappen. Zo bevat het ondermeer een vergelijking van het psychoanalytisch werk van Freud en Masson, een op Bataille geïnspireerde analyse van horrorfilms, een deconstructie van het vertoog van folteraars, een geschiedenis van schoonheidsidealen voor vrouwen. Derhalve maakt deze bundel een wat gefragmenteerde indruk. De titel dekt dan ook niet altijd de lading. De enige overeenkomst tussen de auteurs is dat zij trachten een positie te bepalen ten opzichte van de werken van de belangrijkste auteurs van de poststructuralistische canon. Het gaat hier om de werken van filosofen zoals Baudrillard, Bataille, Derrida, Lyotard, maar vooral om die van Michel Foucault.

Eén artikel in deze bundel springt eruit, dat van de twee redacteuren. Zij leveren kritiek op Foucaults benadering van het lichaam. In zijn werk wijst deze er herhaaldelijk op dat het lichaam bij uitstek het object is waarop allerlei vormen van (culturele, politieke enzovoorts) macht worden uitgeoefend. Een metafoor die in dit boek vaak gebruikt wordt om machtsuitoefening op het lichaam te beschrijven, 'het inscriberen van het vertoog op het lichaam', is ontleend aan Foucault. Hij heeft deze metafoor op zijn beurt ontleend aan Kafka's verhaal 'In de strafkolonie'. Foucault beschrijft het lichaam als een passief object, dat door anonieme krachtvelden bezet kan worden, maar niet zelf een 'actor' is. In vertogen van schrijvers die nog verder gaan dan Foucault, is het lichaam zelfs niet meer een door het vertoog te bezetten plaats, maar wordt het lichaam gereduceerd tot een tekst. De twee redacteurs bekritisieren juist deze reductie. Het is echter jammer dat zij verzuimen een andere (niet-essentialistische) benadering van het lichaam te bedenken. Baudrillards beschrijving van 'het kwade genie van het object' in zijn boek *De fatale strategieën* is daar een voorbeeld van.

De kwaliteit van de bijdragen is nogal wisselend. Krasniewicz' theorie in haar artikel over het verband tussen horrorfilms en de rituele uitwisseling van giften, dat veel aan Bataille ontleent, is bijvoorbeeld vergezocht. Een betere studie van zowel dit cinematografische genre als van Batailles werk had tot interessantere gevolgtrekkingen geleid. Saez' artikel over het vertoog van folteraars is intrigerend, maar voor degenen die zich niet in de interpretatieve antropologie hebben verdiept waarschijnlijk onleesbaar. De andere papers zijn voor de leek toegankelijker. Vooral het artikel van Colleen Ballerino Cohen over de verschillende vertogen die binnen parfumreclames gebruikt worden is uitermate leesbaar. Voor Anne Bolins artikel over schoonheidsidealen vanaf het begin van de vorige eeuw geldt hetzelfde. Deze bundel bevat weliswaar niet echt veel nieuwe of bijzondere ideeën over de plaats van het lichaam binnen de menswetenschappen, maar kan wel een introductie vormen voor mensen die kennis willen maken met dit onderwerp.

Wouter Dronkers

D. Nelkin, D.P. Willis & S.V. Parris (eds.) *A disease of society: cultural and institutional responses to AIDS*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991, 287 pp. Prijs: £ 9.95 (paperback), £ 30.00 (hard cover).

In 1990 *The Milbank Quarterly* published a series of articles, which were subsequently revised and updated for the above-mentioned volume. They seek to explore the impact of AIDS on U.S. culture and institutions.

Nelkin et al. state that their notion of culture is an elusive concept and they do not explicitly define it. In fact, their book concentrates mostly on formal institutional responses, although some attention is given to the family and medical professions. Their central thesis is that these institutions "are less monolithic and more malleable than we generally suppose." This is illustrated by ten chapters relating to four areas: cultural images of AIDS, systems of socialization and control, systems of caring, and rights and reciprocities.

Presumably written for an American audience, the relevance of the book for readers abroad can be questioned. Do the individual chapters offer valuable insights for those working in the field of AIDS in other countries?

The first chapter (and only one dealing with cultural images) provides an overview of how various media in the United States have portrayed the AIDS epidemic and people living with HIV/AIDS (PHIV). Goldstein identifies two distinct responses. On the one hand, the arts (with the exception of photography) are said to have presented an 'implicating perspective' of the epidemic, representing the inside story. Novels, plays and paintings have focused on those living with the disease, "portraying them with a nuanced complexity intended to compensate for social stigma by implicating [the] audience in the epidemic." The mass media (popular culture), on the other hand, have in Goldstein's view focused more on surrounding society. They have told the story from the perspective of the witness, reflecting the fears and fantasies of those who see AIDS as a problem of others (the 'immune perspective'). Finally, the author describes a new confrontational trend in the arts which, coupled with political activism, has been serving to empower PHIV by enabling them to deconstruct the prevalent images of themselves. Aside from the interesting analysis, Goldstein's categories could serve as a framework for investigating the same subject in other countries.

The second section deals with socialization and control. The chapter on the U.S. system for granting drug approval could be of some interest to consumer groups in European countries but has little direct relevance to those working in the developing countries, where the HIV/AIDS epidemic is most widespread.

The article on the prison system clearly describes problems faced by the penitentiary system worldwide. The HIV/AIDS epidemic is exposing myths of prison life, i.e., that IV drug use and same-gender sex *do not* take place. They do, of course, but if prison authorities are to allow effective measures to prevent the spread of HIV (distribution of disposable needles or bleach and condoms), they will be admitting their control over inmates' behaviour is not absolute. (It should be noted that condoms *are* distributed in prisons in some other countries.) Other dilemmas are also

highlighted. For example, many prisoners are from poor and marginalized backgrounds and – back in society – do not have access to good quality health care. Accordingly, some U.S. seropositive prisoners have refused parole because they fear lack of access to treatment on the outside. In Chile, all HIV-positive prisoners are housed in a separate wing of one prison and prevented from fraternizing with other inmates, a policy which would undoubtedly arouse protests from many quarters. Though they would like contact with other prisoners, however, the seropositive prisoners themselves wish to remain in the special wing, where they live in much better conditions than the rest of the prison population (personal communication from the prisoners, MdB). The question of whether to grant seriously ill inmates early parole and medical furloughs is also of worldwide relevance. Though some people might favour it on compassionate grounds, many others would be against it and it would certainly lead to “breaking the barriers between public health inside and outside the prison.”

The chapter on how the AIDS epidemic has made American society begin to redefine its concepts of family touches upon one point of particular interest for other regions, though this is not developed in great detail. Levine states that families have been implementers of public policy (regarding care of PHIV), sometimes by design but more often by default. However, there are few supports in place which can assist them in effectively implementing those policies. She points out that the traditional (nuclear) family has been more or less able to cope with the material aspects of caring but has faced stress in having to deal with the stigma associated with AIDS. The non-traditional families (such as lovers and close friends of gay men), on the other hand, have been able to deal with the stigma – having had experience with other types of stigmatization – but are not used to providing care and dealing with dependency. A comparison with the situation in Africa would be interesting here. As Ankrah points out, the main problem faced by families there has been in having access to the resources needed to provide material care (*Social Science & Medicine* 32: 967-80). The effects of this lack on the psychosocial support which they traditionally provide could prove useful insights for the Americans, especially in relation to the families who must care for poor Black and Hispanic PHIV.

In the book's third section, on caring for PHIV, two articles cover the response of the nursing profession and physicians in urban academic hospitals. While the chapter on the doctors realistically reflects their fears and the factors which may make them reluctant to become involved in the epidemic, that on the nursing profession tends to present a rather idealistic picture. The third chapter, on the role volunteers have played in dealing with HIV/AIDS, uses Tocqueville's framework for the study of voluntary associations. Though limited mainly to an examination of the Gay Men's Health Crisis in New York City, the approach is a useful one which could be utilized to study AIDS-related NGOs in developing and other countries as well.

The final section on rights and reciprocities contains two chapters which are quite specific to the United States. One reviews legislation focusing on individual liberties, examining how it has contributed to laws preventing discrimination against PHIV. The other describes the U.S. blood bank system, referring to Mauss' concept of the

gift, in order to explain why "AIDS does not appear to have altered in any fundamental way the meaning of gifts of blood for giver or recipient."

The third chapter discusses the dilemma posed by the wish to guarantee women full control over their reproductive life versus the desire to protect the unborn and relieve society of the burden of caring for seriously ill infants whose birth might have been prevented. Bayer points out that "AIDS has provided yet another instance of the inadequacy of the prevailing ideological underpinnings of the commitment to reproductive freedom" and asks whether we will be able to frame an ideological perspective "that will be capable of informing the public culture within which women will make their decisions about reproduction." This topic is of the utmost relevance everywhere – here in The Netherlands, where seropositive mothers still sometimes face condemnation for their choice, and in the developing countries, where the scope for choice is much more limited.

In summary, the articles in this volume are very specific to the U.S. scene. Nevertheless, several provide interesting frameworks for possible cross-cultural comparison or at least pose the types of questions which we need to pose in all societies facing the HIV/AIDS epidemic.

Maria de Bruyn

David Pilgrim & Anne Rogers, *A sociology of mental health and illness*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 1993, 198 pp. Prijs: £ 13 (paperback; £ 35 (hard cover).

Het boek is een inleiding in de medische sociologie voor studenten en hulpverleners in opleiding. Zoals dat met bijna alle inleidingen het geval is, geeft het een breed scala aan onderwerpen zonder deze echt 'in de diepte' te behandelen. Toch hebben de auteurs zich niet beperkt tot inleiden in de psychiatrische sociologie zonder meer. In de verschillende hoofdstukken spreken zij duidelijk hun voorkeuren en interesses uit. Deze gaan onder andere uit naar discursieve praktijken in de geestelijke gezondheidszorg, onderzoek naar ouderen, comparatieve analyses. Het aardige van het boek is dat Pilgrim en Rogers elk hoofdstuk afsluiten met een discussie, waarin zij nieuwe vragen stellen en waarin zij handvaten bieden voor verder onderzoek.

Het eerste hoofdstuk behandelt vijf perspectieven op geestelijke gezondheid en ziekte: het lekenperspectief, de psychiatrie, de psychoanalyse, de psychologie en het perspectief van het recht. Pilgrim en Rogers maken duidelijk dat deze perspectieven op gezondheid en ziekte gefragmenteerd zijn. Dit is niet enkel een kwestie van terminologie, stellen zij, maar tevens van verschillen in realiteitsperspectief. Elke visie bestrijkt een deel van de realiteit. Het probleem is dat het alle genoemde perspectieven aan stabiele of invariante ideeën van geestelijke gezondheid ontbreekt. Behalve bovengenoemde perspectieven bespreken de auteurs een drietal sociologische visies in relatie tot de perspectieven binnen de geestelijke gezondheidszorg (theorieën van sociale oorzaken en sociale reacties en constructivistische theorieën).

Er wordt een soort sterkte-zwakteanalyse gemaakt van de theorieën. De voorkeur van de auteurs gaat duidelijk uit naar de constructivistische uitgangspunten (discursieve praktijken). Pilgrim en Rogers wijzen op de ambivalente positie van de medische sociologie: enerzijds heeft deze bijgedragen aan psychiatrische theorieën, vooral op het terrein van de etiologie; anderzijds heeft de medische sociologie abnormaliteit anders geconceptualiseerd.

Hoofdstuk twee gaat in op de relatie tussen geestelijke gezondheid en 'gender'. Pilgrim en Rogers zetten vraagtekens bij de veronderstelling dat vrouwen vaker met psychische problematiek te kampen hebben dan mannen. Deze berust volgens hen op de manier waarop psychische gezondheid en 'gender' worden gemeten. Ze laten zien dat oververtegenwoordiging van vrouwen in de psychiatrie een kwestie kan zijn van de wijze waarop epidemiologisch onderzoek wordt geconstrueerd. Veranderingen in de sociale status van vrouwen en psychiatrische praktijken resulteren in hogere percentages vrouwen met psychische problematiek. Feministisch onderzoek heeft ertoe bijgedragen dat vrouwen met hun problematiek zichtbaar werden. Volgens Pilgrim en Rogers is het duidelijk dat bepaalde groepen mannen evenzeer lijden onder sociale nadelen. Zij pleiten dan ook voor vergelijkend onderzoek.

In hoofdstuk drie – over ras en etniciteit – bespreken Pilgrim en Rogers de oorzaken van overrepresentatie van bepaalde groepen als zwarte mensen en Ierse immigranten in het psychiatrisch systeem. Criminalisering en medicalisering van zwarte mensen zijn nauw gerelateerde processen, die samen met culturele stereotypering binnen de psychiatrische setting ertoe bijdragen dat deze groepen vaker in het psychiatrisch circuit terecht komen. Het leidt tot meer gedwongen opnames en behandelingen, zwaardere diagnoses en medicatie. Pilgrim en Rogers stellen voor om in plaats van onderzoek naar causale factoren van de hoge incidentie van psychische problematiek bij zwarte en Ierse mensen, het discours over ras en etniciteit in de psychiatrie en de samenleving te bestuderen. In dit discours, suggereren de auteurs, domineert de dreiging, niet de ziekte.

Leeftijd in relatie tot psychische problemen – hoofdstuk 4 – is door de sociologie niet uitgebreid onderzocht. Psychoanalytici met interesse voor sociale aspecten van leeftijdsgebonden problematiek, ontwikkelingspsychologen en kinderpsychiaters hebben dit onderwerp wel intensief bestudeerd, vooral de kindertijd en de adolescentie. Belangrijke onderwerpen die Pilgrim en Rogers in hun boek behandelen zijn 'kinderen en emoties', kinderen en seksueel geweld en adolescentie en schizofrenie. Uitgebreid onderzoek op dit terrein door andere disciplines stelt de sociologie in staat hun theoretische assumpties op dit terrein te toetsen. Geestelijke gezondheid bij ouderen is een weinig onderzocht terrein.

Hoofdstuk vijf – over de 'professional' – introduceert theoretische kaders waarbinnen de sociologie deze beroepsgroep heeft bestudeerd: neodurkheimiaans, neo-weberiaans, neomarxistisch en poststructuralistisch. De auteurs bespreken de resultaten van dit onderzoek in vogelvlucht. Vervolgens onderzoekt het hoofdstuk de relatie tussen de beroepsgroep en andere sociale actoren (overheid, specialisten). Er doen zich volgens de auteurs twee problemen voor. Ten eerste: wat willen de professionals: genezen van ziekte of controle over deviant gedrag? Ten tweede: er is

binnen de sociologie weinig consensus bij het zoeken naar antwoorden op de vragen van het eerste probleem. De geestelijke gezondheidszorg kampt met een zwakke, controversiële en contradictoire hoeveelheid kennis, stellen de auteurs en ze vragen zich af hoe deze zorg er in slaagt de levens van mensen te blijven reguleren. De vraag hoe de beroepsgroep omgaat met spanningen en contradicties is relevant. Pilgrim en Rogers zijn van mening dat de poststructuralistische benadering nog het meest bijdraagt aan de beantwoording van deze vragen, maar dat ze wel te weinig rekening houdt met de rol van sociale controle door de beroepsgroep.

De hoofdvraag, waarop in hoofdstuk zes – over behandelingsvragen – een antwoord wordt gezocht is: hoe worden mensen met psychische problematiek in moreel opzicht behandeld? De auteurs geven een overzicht van de sociale geschiedenis van de psychiatrische behandeling. Tegenwoordig omvat de kritiek op de psychiatrische behandeling drie punten: de dominantie van somatische behandeling over gesprekstherapieën, de iatrogene effecten van behandeling en de ineffectiviteit van behandelingen. Een en ander impliceert dat de psychiatrie niet in morele zin optreedt naar cliënten. In relatie met bepaalde therapievoorwaarden, zoals 'inzicht' van patiënten en onvrijwillige opname treedt zij echter wel in morele zin op. Ze draagt dan namelijk bij aan de handhaving van de morele orde in de samenleving en de constructie van het zelf.

In hoofdstuk zeven – over de organisatie van de psychiatrie – gaat het om veranderingen in de organisatievorm. In westerse landen is het ziekenhuis het belangrijkste instituut voor de zorg. Ontstaan in de negentiende eeuw, werden de ziekenhuizen al snel tot instituties waarin morele behandeling het belangrijkste was. In de jaren vijftig en zestig van deze eeuw werden de ziekenhuizen heftig bekritiseerd door onder andere Laing, Cooper en Szasz. Er ontstonden therapeutische gemeenschappen en tegenwoordig is er sprake van de-institutionalisering, vooral als gevolg van de farmacologische revolutie en economische-omstandigheden. Er ontwikkelden zich vormen van 'community care'. Deze ontwikkelingen impliceren volgens Pilgrim en Rogers decentralisering van macht en individualisering van verantwoordelijkheid van gezondheidswerkers.

In hoofdstuk acht komen vier onderwerpen aan de orde die te maken hebben met de relatie van de psychiatrie met de wet. Het eerste onderwerp betreft de relatie tussen wet en geneeskunde. Het blijkt volgens de auteurs dat patiëntenrechten onvoldoende zijn beschermd. De aard van de wet is zo dat er ad hoc beleid kan worden gevoerd en dat mensen langer gedwongen opgenomen kunnen blijven dan bij gevangenisstraf het geval is. Een tweede onderwerp betreft de positie en status van criminelen met psychische aandoeningen. De auteurs beschrijven hoofdzakelijk de psychopathie. Ze merken op dat veiligheid en openbare bedreiging prevaleren over de geestelijke toestand van mensen. Ze spreken over 'psychiatisering van deviantie'. Een derde onderwerp is de relatie tussen psychische stoornis en geweld. Een algemene conclusie is dat de wet de rechten van patiënten lijkt te beschermen, maar in feite de institutionalisering van de vooroordelen en de angst voor de waanzin in de samenleving legitimeert.

Hoofdstuk negen gaat over de gebruikers van de psychiatrie. Deze worden hoofdzakelijk geportretteerd als 'objecten' van de klinische blik en interventies. Een alternatief is om patiënten als consumenten te beschouwen. Deze visie impliceert vrije keuze. Dan blijkt dat de vrije keuze hoofdzakelijk is weggelegd voor privé-cliënten. Zeer recent is onderzoek gedaan naar satisfactie en dissatisfactie onder consumenten van de geestelijke gezondheidszorg. Een derde perspectief van waaruit men naar gebruikers kan kijken is dat van de patiënt als overlevende. Pilgrim en Rogers onderscheiden hierin twee visies: een fenomenologische benadering die tracht de sociale positie van psychiatrische patiënten te begrijpen en een benadering die de positie van gebruikers als sociale groep analyseert. De implicaties van de verschillende perspectieven suggereren volgens de auteurs dat elk perspectief competitieve belangen weerspiegelt. De auteurs concluderen dan dat in de toekomst de macht van elke groep (hulpverleners, management en gebruikers) bepaalt welke prioriteiten er zullen worden gesteld.

Tot slot een paar kanttekeningen. Het boek geeft een inleiding op een groot aantal aspecten van psychische problematiek en psychiatrische zorg. Het schetst daarmee de complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg. Het verzuimt echter om deze schets opnieuw te integreren in eindconclusies. Dat is jammer.

Voorts is het boek bijna geheel geschreven op de Anglosaksische situatie die in een aantal opzichten verschilt van de continentale psychiatrie. Een verschil is dat op het Europese continent de betekenispsychiatrie vanouds een grotere rol heeft gespeeld dan de farmacologische behandeling, al heeft deze laatste de afgelopen decennia een snelle ontwikkeling doorgemaakt. De lezer moet de vragen die Pilgrim en Rogers opwerpen en de conclusies die ze aan het eind van elke hoofdstuk trekken dan ook niet zonder meer op de continentale situatie van toepassing zien.

Els van Dongen

Kirsi Viisainen, *Nicaraguan midwives: The integration of indigenous practitioners into official health care*. Helsinki: University of Helsinki Institute of Development Studies Report B23/1992. 88 pp.

Dit boeiende onderzoeksrapport is gebaseerd op antropologisch veldonderzoek in Nicaragua in 1989, een jaar voordat de Sandinistische regering na een verkiezingsnederlaag de macht moest overdragen aan de partij van Chamorro. Hoewel het Nicaraguaanse model voor 'gezondheid voor allen' – "Revolution is Health" was één van de slogans van de Sandinisten – ruime aandacht heeft gekregen als politiek experiment, bestaan er weinig antropologische studies over dit land en over de ideologische grondslagen van het gezondheidssysteem van de Sandinisten.

Viisainen bestudeerde het integratieproces van inheemse vroedvrouwen in het officiële gezondheidssysteem zowel op het niveau van regeringsbeleid als op het niveau van regionale trainingsprogramma's. Door de revolutionaire retoriek tegenover het officiële beleid te stellen en de doelstellingen en uitvoering van een

trainingsprogramma te vergelijken met de dagelijkse praktijk van de vroedvrouwen binnen de culturele context waarin deze vrouwen functioneren, slaagt zij erin een gelaagd beeld te geven van de Nicaraguaanse situatie. Zelf heb ik in hetzelfde jaar dat Viisainen onderzoek deed, meegeholpen bij het opzetten van een trainingsprogramma voor traditionele vroedvrouwen in Nicaragua. Haar beschrijving van de praktijk en ideeën van de vroedvrouwen, de gang van zaken tijdens de cursus en de ideeën van de planners uit het ministerie van gezondheid komen sterk overeen met mijn eigen ervaringen. Gelukkig was haar studie niet alleen een feest der herkenning, maar vooral ook een treffende analyse van een verwarrende situatie.

Hoewel de auteur de term niet noemt, is haar studie in feite een voorbeeld van een toepassing van het meer-niveauperspectief (zie *Medische Antropologie* 5[1]). De ambivalente houding van beleidsmakers ten opzichte van de traditionele vroedvrouwen die het leeuwedeel van alle bevallingen in Nicaragua begeleiden, komt voort uit het feit dat de gezondheidsbureaucratie biomedische en traditionele praktijken niet gelijkwaardig achten. De opleiding van traditionele vroedvrouwen dient vooral een politiek doel: de vroedvrouwen representeren het gezondheidssysteem 'in miniatuur' en vormen zo een buffer voor de onvrede over het falen van de basisgezondheidszorg op het platteland. In het licht van de enorme chaos en crisis waarin Nicaragua tegen het einde van de Sandinistische periode verkeerde, werd de integratie van traditionele vroedvrouwen door de beleidsmakers als tijdelijk noodzakelijk gezien aangezien de overheid haar diensten niet kon uitbreiden.

Ondanks de retoriek van populaire participatie tijdens de beginjaren van de revolutie, wordt pluralisme als officiële basis voor gezondheidszorg afgewezen. Ook in het revolutionaire Nicaragua had de ontwikkeling van het Westerse biomedische systeem prioriteit en werden de inheemse genezers als ondergeschikten beschouwd. Hun kennis en ervaring worden niet werkelijk serieus genomen en van supervisie of samenwerking is nauwelijks sprake. De empirisch-georiënteerde vroedvrouwen blijven een marginale rol spelen in het officiële systeem en hun praktijken zijn nauwelijks veranderd, terwijl dat toch het doel van alle trainingsprogramma's is. Uit eigen ervaring kan ik bevestigen dat tijdens de cursussen niet de training van praktische vaardigheden op de voorgrond staat, maar vooral biomedische theorie en universele onderwerpen rond bevalling en geboorte. Op de inheemse kennis en praktijk wordt niet ingegaan. Viisainen observeert dat de vroedvrouwen tijdens de lessen vaak afwezig zijn ('tuning out') en wijt dit niet uitsluitend aan de methode, maar ook aan de inhoud van de cursus die ver verwijderd is van de dagelijkse praktijk en van de eigen ideeën over zwangerschap en geboorte van de vrouwen. De effectiviteit van de cursussen, die over het algemeen graag gevolgd worden door de vroedvrouwen omdat die hun prestige geven en vaak ook gebruikt worden om van elkaar te leren en te 'netwerken', zou verbeterd kunnen worden door meer op dagelijkse zaken en praktische situaties in te gaan.

Viisainen rekent in haar studie af met de romantische visie die vaak wordt aangetroffen in antropologische studies over bevalling en geboorte. Waar de Westerse geneeskunde wordt beschouwd als de vijand die ongeschikte technieken en een mechanistische visie verspreidt, worden de beperkingen en schadelijke effecten van

traditionele vroedvrouwpraktijken vaak verdoezeld. Ook worden de activiteiten van vroedvrouwen meestal niet bestudeerd in relatie tot een totaal politiek en ideologisch raamwerk van de samenleving als geheel, maar uitsluitend binnen een lokale culturele context.

Vroedvrouwen worden vaak beschouwd als specialisten. Viisainen laat echter zien dat in Nicaragua vroedvrouwen vooral empirische kennis hebben, opgebouwd uit eigen ervaring. De voornaamste eigenschap voor een *partera* is *valor* (moed), maar over het algemeen zien vrouwen het baren van kinderen als een normale gebeurtenis in elk vrouwenleven die weinig specifieke kennis vereist. De vroedvrouw is er vooral om het normale proces te ondersteunen doordat zij de barende vrouw kracht geeft. Zij is een helper, geen autoriteit. Er zijn vaak maar weinig verschillen tussen de vrouw die de *partera* begeleidt en haarzelf. Medisch pluralisme is deel van het leven van de vrouwen en inheemse en biomedische praktijken worden niet als tegengesteld, maar als complementair gezien.

Gezien de verslechterde sociaal-economische situatie leeft onder Nicaraguaanse vrouwen de wens om hun kindertal, dat één van de hoogste van de regio is, terug te dringen. De Sandinistische regering bleef echter om ideologische redenen doof voor de wens om contraceptie op grotere schaal mogelijk te maken. Illegale abortussen zijn de voornaamste oorzaak van de hoge maternale sterfte en de verslechterde economische situatie heeft de kindersterfte weer doen toenemen. De oorlog, de politieke en ideologische slogans en de economische chaos oefenen een grote invloed uit op het leven van vrouwen in Nicaragua.

De auteur toont aan de hand van het Nicaraguaanse voorbeeld overtuigend aan dat de vroedvrouwenpraktijk niet onderzocht moet worden als een geïsoleerde lokale medische traditie. Terwijl aandacht voor inheemse kennis en medische tradities, zoals de humorale geneeskunde, zeker belangrijk is, reduceert een al te nauwe focus op deze zaken de kennis en praktijk van vroedvrouwen tot louter obstetrie. En dat zou aan deze dappere dames van Nicaragua geen recht doen.

Anneloes van Staa

WEMOS, *Duurzame zorg voor gezondheid*. Amsterdam: NCDB/WEMOS, 1993. 103 pp. Te bestellen door overmaking van f 17,50 o.v.v. titel op giro 4265727 van WEMOS, Postbus 1693, 1000 BR Amsterdam.

WEMOS (Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking) en NCDB (Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming) hebben een zeer leesbaar boekje uitgebracht over 'duurzame ontwikkeling', de meest recente slogan in de ontwikkelingssamenwerkingstaal. Centraal staat de vraag: "Waar willen we met de gezondheidszorg naar toe." Dat leidt tot weer andere vragen: "Wat is gezondheid?" "Wat zijn de oorzaken van gezondheidsproblemen?" "Welke rol speelt de gezondheidszorg daarbij?" Het boekje bestaat uit tien hoofdstukken. Acht ervan zijn interviews met mensen die vanuit hun positie een impressie geven van de

keuzemogelijkheden voor gezondheid. Het eerste hoofdstuk is een uitstekende uiteenzetting van het begrip duurzame ontwikkeling en de plaats van gezondheidszorg daarin.

Voor WEMOS is duurzame ontwikkeling in de eerste plaats een ontwikkeling waarin het *menselijk welzijn* centraal staat. Iedereen, hier en elders ter wereld, nu en in de toekomst, heeft recht op vervulling van *basisbehoeften* (...) Er is geen duurzaamheid mogelijk zonder *rechtvaardige verdeling*. Niet alleen een verdeling van (materiële) welvaart, maar ook van *zeggenschap* over hulpbronnen (p. 17).

Die ontwikkeling zou derhalve op een democratische wijze tot stand moeten komen, wat culturele diversiteit impliceert. Verder wordt benadrukt dat ontwikkeling in harmonie met de natuur moet gaan en naar structurele oplossingen moet zoeken. Omdat welzijn centraal staat, verdient gezondheid bijzondere aandacht.

WEMOS formuleert vervolgens acht voorwaarden voor duurzame gezondheid: integrale benadering van gezondheid, toegankelijkheid van zorg, autonomie van gebruikers, kritisch gebruik van zorg, zorg op maat, doelmatig aanbod van zorg en rechtvaardige verdeling van kansen op gezondheid. Dit zijn tevens de punten waar het in dit boekje om gaat. De auteurs proberen daarbij duidelijk te maken dat het 'Noorden' en het 'Zuiden' een gezamenlijk probleem hebben dat dus ook gezamenlijk moet worden opgelost. Verder zijn zij van mening dat wij bij het oplossen van onze problemen inspiratie kunnen putten uit ervaringen in het Zuiden.

Dan volgt een gesprek met een Indiase arts die zich ook boer en filosoof noemt. Hij houdt een pleidooi voor integrale zorg en heeft forse kritiek op de onpersoonlijke en bureaucratische gang van zaken in de Nederlandse gezondheidszorg die - enigszins paradoxaal - in stand gehouden wordt door ons accent op individuele vrijheid. Commentaar van buitenstaanders is leerzaam, ook al is het generaliserend: "In Nederland help je niet met afwassen, nee, je kijkt wanneer je de afwasbeurt hebt. Dat is geen vrijheid. Een arts kijkt niet of iemand pijn lijdt, maar kijkt op zijn lijst of hij wel dienst heeft. Dat noem ik armoede" (p. 32). In andere interviews wordt gesproken over de kloof tussen hulpverleners en migranten in Nederland, over de slechte kwaliteit van de publieke gezondheidszorg op Java, over inspanningen om in Eritrea een efficiënte distributie van essentiële geneesmiddelen op touw te zetten, over een Nederlands centrum dat zich inzet voor de bewustmaking van vrouwen op het terrein van gezondheid en over het zogenaamde 'bevolkingsprobleem'.

Twee interviews springen eruit. Een chronisch zieke ex-verpleegkundige schetst een onthutsend beeld van de Nederlandse gezondheidszorg vanuit haar standpunt van afhankelijke die onafhankelijkheid nastreeft. Ze voelt zich drie-kwart gezond ("omdat ik mijn leven zo kan leven als ik dat wil en de mogelijkheden heb om mij verder te ontplooien"), maar wordt ziek van de bureaucratie en de klantonvriendelijkheid die ze tegenkomt in haar contacten met het ziekenhuis.

Het andere is een gesprek met een Nederlandse vrijwilligster van milieuvorlichting. Deze vertelt over haar pogingen mensen bewust te maken van de milieuproblemen die zij in hun eigen leven tegenkomen en veroorzaken. Haar voornaamste ontdekking is even tragisch als komisch: mensen veroorzaken de meeste vervuiling door hun overdreven zucht naar 'hygiëne' in hun eigen leven. In een notedop wordt

hier het struikelblok van duurzame ontwikkeling gepresenteerd: wegspoelen door de gootsteen, naar buiten. De vraag is of het egoïsme en korte-termijn-denken dat hier gedemonstreerd wordt, door boeken, rapporten en toespraken kan veranderen.

Dat voert mij tot een laatste opmerking, over de rol van de antropoloog. Twijfel bekruipt mij als ik de acht voorwaarden voor duurzame gezondheid overlees. Antropologen lijken bij uitstek geschikt om hier een bemiddelende rol te spelen. Zij zijn door hun manier van onderzoek in staat aan te geven hoe een rechtvaardige verdeling van gezondheid in een specifieke maatschappij eruit zou kunnen zien, wie de beslissingen neemt en op welke manier, wat de werkelijke behoeften zijn, hoe een doelmatig aanbod van zorg gerealiseerd kan worden enzovoort. Het is een rol die veel antropologen aanspreekt: tolk zijn tussen beleidsmakers die onvoldoende bekend zijn met lokale omstandigheden en gemeenschappen die er niet in slagen hun problemen duidelijk genoeg te articuleren. Die rol lijkt echter uit te gaan van de naïeve verwachting dat beleidsmakers zich laten leiden door informatie en inzicht in plaats van door belangen. Duurzame ontwikkelingen komen van onder. Rechtvaardigheid wordt niet gegeven, maar veroverd. Als antropologen werkelijk een bijdrage willen leveren aan duurzame ontwikkeling moeten zij niet aan beleidsmakers vertellen wat 'de mensen' daarginds denken en willen, maar aan 'de mensen' wat men daarboven uitvoert. Zij zouden niet zozeer in het Noorden over het Zuiden moeten praten, maar in het Zuiden over het Noorden. De onrechtvaardigheid moet duidelijker in beeld gebracht worden. Dat is de eerste stap naar duurzame ontwikkeling.

Sjaak van der Geest