

## Boekbesprekingen

Edien Bartels *Eén dochter is beter dan duizend zonen. Arabische vrouwen, symbolen en machtsverhoudingen tussen de seksen*. Proefschrift Vrije Universiteit van Amsterdam. Utrecht: Van Arkel, 1993. 256 pp. Prijs: f 39,00.

*Eén dochter is beter dan duizend zonen* is het proefschrift van Edien Bartels over machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen in Tunesië en Marokko en tussen Marokkaanse mannen en vrouwen in Nederland. Het is het resultaat van veldwerk dat de auteur in verschillende perioden tussen 1976 en 1991 verrichtte in genoemde drie landen. Het boek bestaat uit elf hoofdstukken, die als afzonderlijke artikelen gelezen kunnen worden en die bijna alle ook eerder als artikel werden gepubliceerd.

De volgende vraagstelling staat centraal: hoe ervaren Arabische vrouwen zelf de machtsverhoudingen tussen de seksen? Is er sprake van een vrouwenperspectief dat afwijkt van het algemeen gangbare mannenperspectief? Uitgangspunt voor de schrijfster is dat Arabische vrouwen geen passieve slachtoffers zijn, zoals zij vaak worden afgeschilderd, maar dat zij actief handelende individuen zijn.

In een uitvoerige theoretische beschouwing gaat Bartels in op de vraag of er wel een vrouwenperspectief bestaat. Zij concludeert dat er geen sprake is van één universele visie van vrouwen op de werkelijkheid, maar dat onder bepaalde omstandigheden groepen vrouwen hun eigen visie kunnen ontwikkelen. Wanneer mannen en vrouwen in een samenleving sterk gescheiden rollen vervullen en wanneer bovendien de machtsbalans tussen de seksen ongelijk is, zullen hun ervaringen ook sterk uiteenlopen en kunnen aparte mannen- en vrouwenperspectieven tot ontwikkeling komen. Zij ziet deze perspectieven als bijzondere varianten van het algemene gegeven van het ontstaan, bestaan, voortbestaan en veranderen van culturele (sub)systemen.

Om het vrouwenperspectief te kunnen reconstrueren kiest zij voor een analyse van symbolische voorstellingen en gedragingen. Zij hoopt via deze manier van communicatie de visie van vrouwen beter te kunnen achterhalen dan via de uitspraken van vrouwen, die dikwijls tegenstrijdig, onduidelijk en verwarrend bleken te zijn. Naast een reconstructie van de visie van vrouwen wordt beschreven welke strategieën zij hanteren om te overleven of hun positie te verbeteren. De schrijfster betoogt dat vrouwen soms symbolische voorstellingen inzetten om hun positie te versterken.

Een belangrijk terrein waarop symbolische voorstellingen over de man-vrouw-verhouding te onderzoeken zijn, is dat van seksualiteit, vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling. In vijf hoofdstukken komen deze thema's aan de orde. Daarnaast wordt in twee hoofdstukken aandacht besteed aan de symboliek rond de verering van heiligen door vrouwen in Tunesië. Ook machtsverhoudingen onder Marokkaanse migranten in Nederland worden in een hoofdstuk geanalyseerd aan de hand van de reactie van vrouwen op echtelijke crisissituaties. Het laatste hoofdstuk is gewijd aan herfibulatie

in Soedan, het opnieuw besnijden van vrouwen na de bevalling. Dit is het enige hoofdstuk dat niet is gebaseerd op veldwerk, maar op literatuurstudie.

Het zijn stuk voor stuk zeer leesbare en boeiende hoofdstukken geworden. De schrijfster heeft de gave de lezer in haar creatieve denkproces stapsgewijs mee te nemen. Zij laat zien hoe een analyse van rituelen, religieuze voorstellingen en andere symbolen, inzicht kan geven in de ervaringswereld van vrouwen. Uit haar beschrijvingen blijkt dat zij diep is doorgedrongen tot de wereld van de vrouwen. Haar analyses zijn meestal overtuigend, omdat zij steeds het verband laat zien tussen de symbolische voorstellingen en de dagelijkse leefwereld van de vrouwen.

Uit haar studie blijkt dat de visie van vrouwen dikwijls afwijkt van de gangbare (mannen)visie en dat deze zelfs een aanklacht of protest kan inhouden. Een voorbeeld hiervan betreft de vrouwelijke seksualiteit. Volgens de algemene visie zouden vrouwen grote lusten hebben, seksueel onverzadigbaar zijn. Zij moeten daarom tegen zichzelf beschermd worden. Middelen hiertoe zijn bijvoorbeeld de vrouwenbesnijdenis en ook de *tasfih*, een ritueel in Tunesië waardoor de maagdelijkheid van een meisje tot het huwelijk wordt gegarandeerd. Uit een analyse van het *tasfih*-ritueel leidt Bartels af dat volgens het vrouwenperspectief niet zozeer de vrouw een bedreiging is voor de man, maar andersom: de man is een gevaar voor de vrouw en zij moet niet tegen zichzelf, maar tegen hem worden beschermd.

Een ander voorbeeld betreft de verering van heiligen, waarin vooral vrouwen een actieve rol spelen. De dorpsleiders keuren heiligenverering af, omdat het in strijd zou zijn met de islam. Voor de vrouwen heeft het zowel een sociale als een therapeutische functie. Een bezoek aan een heilige betekent voor hen enige bewegingsvrijheid en een mogelijkheid tot sociale contacten. Bovendien kunnen zij met hun zorgen en problemen bij de heilige terecht. Bartels ziet de heiligenverering door vrouwen als een uiting van individueel protest (van de vrouw tegen haar man: hij kan haar moeilijk verbieden zijn of haar familieheilige te vereren), èn als een sociaal protest tegen de bestaande orde. Voor heiligen is er namelijk geen onderscheid tussen man en vrouw, rijk en arm. Voor heiligen is iedereen gelijk. Ze worden gezien als asceten die zich onthouden van seksueel contact. Zij houden zich verre van menselijke conflicten en strijd om eer. Dat mannen deze heiligenverering toch niet als bedreigend ervaren, verklaart de schrijfster uit het feit dat de heiligen deel uitmaken van de patrilineaire en patrilokale samenlevingsstructuur.

Over het algemeen zijn Bartels' beschrijvingen en analyses interessant en overtuigend. Een enkele keer nemen haar interpretaties echter wel een erg hoge vlucht en lijken ze mij niet meer toetsbaar aan de realiteit. Zo stelt zij in hoofdstuk negen, waarin ze het werk van traditionele vroedvrouwen (*qabla*) in Marokko beschrijft en analyseert, dat bij een bevalling "de *qabla* het kind van de moeder weghaalt, 'doodmaakt' en als 'kind van de vader' op de wereld laat komen. De bevalling mag voor mannen het vuile, het onreine werk zijn dat vrouwen verrichten, voor vrouwen is het veeleer het dramatische einde van een kind dat tijdens de zwangerschap exclusief van haar was." Volgens de schrijfster zou het kind dat de vrouw baart allereerst het 'kind van de vader' zijn. De redenering die zij daarbij volgt, namelijk dat de geboorte in de eerste plaats het bewijs van de vruchtbaarheid van de man is, komt mij vreemd voor. Zowel de term 'doodmaken' als 'dramatisch einde' lijken mij niet passen in de visie van vrouwen op geboorte.

De vroedvrouw 'ontvangt' het kind (*qabla* betekent immers 'zij die ontvangt') en geeft het terug aan de vrouw. Juist die eerste jaren is het kind veeleer het exclusieve bezit van de vrouw dan van de man.

Een ander voorbeeld betreft de verklaring die Bartels geeft voor de geest *qattus nifas* die kraamvrouwen in de vorm van een kat belaagt. Deze kat zou de symbolische expressie zijn van een pas bevallen vrouw: zorgzaam, maar soms onbetrouwbaar. Katten verzorgen hun pasgeboren jongen heel goed, maar soms eten ze hun eigen jongen op. Zij merkt op dat dit ook voor vrouwen geldt: de meesten zijn heel zorgzaam, maar sommige vrouwen zijn niet in staat hun kind te verzorgen en zijn zelfs een gevaar voor hun kind. Het is een mogelijke verklaring, maar wie bewijst of dat inderdaad zo is? Ook elders in Noord-Afrika komen voorstellingen over een kraambedgeest in de vorm van een kat voor, echter men vreest deze geest niet voor de moeder, maar voor de pasgeborene. Op het Egyptische platteland sterven veel baby's aan tetanus. Het kind krijgt dan de gedaante van een kat, zeggen de mensen. De armpjes en beentjes verkrampen, een teken dat de kat bezit van het kind had genomen. Hiermee wordt de interpretatie van de schrijfster niet ontkracht, maar wel gerelativeerd. Interpretaties van voorstellingen zijn uiteindelijk niet te bewijzen.

Vanuit feministische hoek is er kritiek geuit op de stelling van Bartels dat Marokkaanse vrouwen de eer van zichzelf en van hun man bewust op het spel zetten in ernstige conflictsituaties met hun echtgenoot door de straat op te rennen en te gaan schreeuwen en aldus hun conflict publiek te maken. Hier zetten zij, in Bartels' terminologie, symboliek als strategie in. De critici zien dit gedrag veeleer als een laatste wanhoopsdaad van vrouwen die door hun mannen onderdrukt en zelfs mishandeld worden. Uit de analyse van veertien casus van weggelopen vrouwen blijkt dat er van enige systematiek sprake is in de manier waarop vrouwen hun man voor schut zetten en aldus wraak nemen voor het hun aangedane onrecht. Het is een wanhoopsdaad, maar wel een doelbewuste.

Het feit dat over bepaalde interpretaties getwist kan worden, doet echter niet wezenlijk af aan het boek dat immers veel interessant materiaal te bieden heeft voor ieder die geïnteresseerd is in het leven en denken van vrouwen in diverse Arabisch-islamitische samenlevingen. De artikelen zijn, zoals gezegd, van verschillende data, handelen over verschillende regio's en zijn voor verschillende tijdschriften geschreven. Het is niet verwonderlijk dat de hoofdstukken daardoor niet naadloos op elkaar aansluiten en dat er sprake is van overlappingsen. Toch is Bartels erin geslaagd dankzij een knap uitgewerkt theoretisch kader de rode draad in haar boek duidelijk zichtbaar te maken.

Marileen van der Most van Spijk

Simon Biggs *Understanding ageing: Images, attitudes and professional practice*. Buckingham: Open University, 1993. 195 pp. Prijs: £13.99.

Dit boek, geschreven als tekstboek voor de 'Open University', geeft een breed overzicht van de sociologische en sociaal-psychologische literatuur over ouderen in de geïndustrialiseerde 'Westerse' maatschappij. De auteur onderzoekt in hoeverre niet-ouderen

door kunnen dringen tot de leef- en denkwereld van ouderen en hoe inzicht in die wereld kan bijdragen tot een meer humane leefsituatie van ouderen, hetzij in de gemeenschap, hetzij in een verzorgingsinstituut.

Een centrale gedachte van het boek is dat elke leeftijd zijn eigen prioriteiten stelt, zijn eigen 'existential projects' heeft en zijn eigen 'common sense' opvatting over de werkelijkheid. Daarnaast geldt dat de werkelijkheidsdefinitie van de ene leeftijdsgroep meer maatschappelijk aanzien geniet dan die van de andere. Die maatschappelijke 'ongelijkheid' komt voort uit opvattingen over het menselijk lichaam en tijdsbeleving en wordt mede geconstrueerd door het beeld dat de media presenteren van oud en jong. De oude mens wordt in dat proces geleidelijk gemarginaliseerd. Zijn definities van de werkelijkheid verliezen hun maatschappelijk belang, terwijl die van de jonge generatie steeds meer aanzien verwerven. Die ongelijkheid, aldus Biggs, neemt de vorm aan van een 'hegemonie' à la Gramsci. Daarom is voor een inzicht in de sociale constructie van ouderdom onderzoek naar zelf-perceptie van ouderen, communicatie tussen generaties en machtsrelaties onontbeerlijk.

Het boek bestaat uit drie delen van elk drie hoofdstukken. In het eerste deel, getiteld *Theory*, bepleit de auteur een combinatie van een sociologische en een psychodynamische benadering. De definitie en waardering van ouderdom zijn immers zowel het resultaat van psychologische arbeid als van maatschappelijk dictaat. Twee perspectieven, het verstaan van ouderdom van buitenaf en van binnenuit, worden besproken in de eerste twee hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk put Biggs uit het werk van Schutz, Berger & Luckman, De Beauvoir, Buber en Goffman. In het tweede bespreekt hij de relevantie van de theorieën van Erikson en Jung voor de studie van ouderdom. De auteur is onder meer gecharmeerd van Jungs begrip 'Persona', het sociale masker dat het resultaat is van een compromis tussen zelfbewustzijn en maatschappelijke (in)tolerantie. Dit begrip maakt een verbinding mogelijk met de ideeën van Berger & Luckman over sociale constructie. In dat compromis wordt de spanning zichtbaar waarmee oud worden gepaard gaat: "It is ironic that just as the older person is psychologically prepared to expand self-understanding, social pressure conspires to close this process down" (p. 31).

In deel 2, *Perspectives*, onderzoekt de auteur de drie belangrijkste processen die de positie van oudere mensen in de moderne maatschappij bepalen: zelf-perceptie (van ouderen zowel als van jongeren), inter-generatie communicatie en machtsrelaties. Het zijn de meest geslaagde hoofdstukken van het boek. De auteur laat op overtuigende wijze zien hoe interesses, belangen, percepties en waarderingen van ouderen botsen met die van jongeren en hoe de ouderen in de meeste gevallen het onderspit delven. Zij komen daardoor voor de keus te staan hun definities te herformuleren en maatschappelijk aanvaardbaar te maken of zich – al of niet in wrok – af te zonderen. Een voorbeeld van zo'n herformulering is de ontkenning van eigen ouderdom; het Persona van de voortdurende jeugdigheid (een lucratief object voor de industrie van de toekomst). In dat verband wijdt de auteur uitgebreid aandacht aan het concept 'ageism' (naar analogie van 'sexism' en 'racism'), het systematisch stereotyperen en discrimineren van mensen op grond van hun gevorderde leeftijd.

In het laatste deel bespreekt Biggs het professionele vertoog over ouderen in de context van het toelaten tot instellingen voor ouderen (hoofdstuk 7), initiatieven ten

aanzien van wijkzorg als een reactie op instituutzorg (hoofdstuk 8), en de problemen van instituutzorg bij het creëren van een sociaal aanvaardbare leefruimte voor ouderen (hoofdstuk 9). Bij de bespreking van deze drie probleemvelden van zorg voor ouderen wordt voortdurend teruggegrepen op de conflicterende perspectieven die het onderwerp van deel 2 vormden. Zoals te verwachten was, eindigt de auteur met meer vragen dan antwoorden. Bijvoorbeeld:

How to utilize specialized skills without transferring professional preoccupations on to the service user. How to operationalize social policy without obscuring social deprivation. How to support the eye for detail and loving concern of many carers without co-option. How to enhance opportunities for collective living without losing the essential humanity of each individual. How to enhance alliances between workers and service-users in the pursuit of shared objectives (p. 166).

Voor de antropoloog bevat dit boek een opvallende contradictie tussen stijl en inhoud. De auteur is betrokken bij het wel en wee van ouderen en bij pogingen daar verbetering in aan te brengen, maar zijn taal is abstract en afstandelijk. Hij sluit zich aan bij existencialistische denkers als Buber, Sartre en De Beauvoir, maar het menselijk gezicht verdwijnt achter een gordijn van academisch jargon. Hij schrijft over de maatschappij als over een ingewikkelde machine met veel storingen waarvoor steeds technische termen bestaan.

De waarde van het boek schuilt vooral in het competente overzicht van de diverse thema's in de literatuur over ouderdom in de moderne maatschappij. Voor mij persoonlijk had het een aparte betekenis. Ik heb het boek gelezen in een Afrikaans dorp, tijdens mijn onderzoek naar de leef- en denkwereld van ouderen in een Ghanese gemeenschap. Enerzijds was er het vervreemdend effect, het totaal anders-zijn van de wereld van de ouderen in 'mijn' dorp. Anderzijds waren er ook opvallende herkenningspunten en bood het boek een – enigszins dreigend – toekomstbeeld van de ouderen om mij heen. De Ghanese man of vrouw die zijn/haar volle rijkheid vindt in de ouderdom en de weidse maatschappelijke erkenning van dat idee zie ik voor mijn ogen verdwijnen en plaats maken voor de marginalisering waar Biggs' boek vol van staat.

Sjaak van der Geest

Dominique Camus *Paroles magiques. Secrets de guérison: Les leveurs de maux aujourd'hui*. Paris: Editions Imago, 1990. 209 pp. Prijs: FF 110.

Dominique Camus is een Franse antropoloog en socioloog die sedert 1980 op het platteland rond Dinan en Rennes in Bretagne, Frankrijk, participierend-observerend onderzoek doet naar magische praktijken. Een eerste intrigerend verslag van zijn werk verscheen in 1988 en had betrekking op 'sorcellerie' (hekserij).<sup>1</sup> In dit nieuwe boek behandelt hij de praktijken van 'panseurs'. Dit zijn genezers die met behulp van een 'secret', dat is een geheime formule, op magische wijze de mensen verlossen van allerlei dagelijkse kwalen zoals abcessen, kolieken, wonden, pijnen van allerlei aard, wormen en wratten.

Het boek bestaat uit drie delen. In het eerste deel wordt de context geschetst waarin het magisch-genezende woord zich spreken laat en waarin Camus zich diende te

positioneren om zinvol antropologisch onderzoek te kunnen doen. Dit gedeelte, waarin Camus herhaaldelijk verwijst naar zijn eerste boek en dat nogal algemeen is, wordt afgesloten met de beschrijving van één 'panseur' aan het werk.

Het tweede deel bestaat uit een catalogus van 160 'secrets' voor het genezen van ziekten bij mens en dier en van acht 'secrets' voor het voorkomen van onheil (bijvoorbeeld tegen boze geesten, slakken en rupsen, storm en ratten).

In het derde deel onderzoekt Camus wat deze formules ons leren in verband met de rol van het lichaam bij ziekte en in verband met de herkomst van de kracht van het magisch-therapeutisch ritueel. Dit deel is het meest uitgewerkt. Daarom ga ik er wat dieper op in.

Wie ziek wordt heeft de morele plicht om het lichaam in zijn dienstbaarheid aan de economische, familiale en sociale orde te herstellen en te onderhouden. Aan het lichaam valt een buiten (huid, hoofd, ledematen, het zichtbare deel van de romp) en een binnen (spieren, zenuwen, beenderen, bloed, inwendige organen) te onderscheiden. Soms laat het binnen zich aan de buitenkant aflezen, zoals bij verstuikingen en abscessen. Het lichaam staat in een voortdurende wisselwerking met de omgeving. Wat het meest nabij is, de zichtbare buitenkant van het lichaam, staat in verband met het heden, met het natuurlijke, met dat waar een mens het meest vat op heeft en kan hebben. Wat veraf ligt, zoals het onzichtbare binnen van het lichaam, staat in betrekking met de toekomst, met het bovennatuurlijke, met dat waar een mens moeilijk greep op kan krijgen. Met andere woorden, het lichaam functioneert als een kosmisch knooppunt tussen binnen en buiten, ver en nabij, toekomst en heden, onzekerheid en zekerheid. Het universum waar het lichaam een weerspiegeling van is, is als een slagveld van twee aan elkaar tegengestelde krachten, zowel in het natuurlijke als in het bovennatuurlijke. In genezende formules wordt dan via religieuze tussenpersonen, zoals de heiligen, het bovennatuurlijke te hulp geroepen: "Je le pansai, Dieu le guérisait." 'Panseurs' zijn herstellende en behoeders van de natuurlijke orde van het lichaam. Als een behandeling faalt, dan is er een bovennatuurlijke oorzaak in het geding en moet er aan 'sorcellerie' gedacht worden.

Om het ritueel van een 'panseur' te laten werken moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn. De 'panseur' moet in het bezit zijn van een 'secret', dat wil zeggen een genezend ritueel met formules voor een specifieke ziekte. Verder moet hij het vermogen bezitten dit ritueel te activeren. Deze gave betreft de 'panseur' niet alleen uit zichzelf, maar wordt hem vanuit zijn omgeving toegeschreven, onder meer door andere 'panseurs'. Vanuit deze positie is hij verplicht om eenieder die op hem een beroep doet te helpen. Met andere woorden, de kracht van het magisch-therapeutisch ritueel staat onuitwisbaar in de omgevende culturele traditie ingeschreven. In de streek van Rennes gaat het om een volks-christelijke traditie uit een zeer ver verleden. Een 'panseur' neemt het lijden van de zieke totaal en op empathische wijze op zich. De psychoaffectieve integriteit van de zieke blijft in deze overdracht bewaard, dit in tegenstelling tot de analytische opstelling van de reguliere geneeskunde. Succes staat bij voorbaat vast. Het therapeutisch vermogen van de 'panseur' wordt niet in twijfel getrokken. Ook niet bij falen. In dat geval gaat het om een aandoening die een ander 'secret' vereist, ofwel om een aandoening die het gevolg is van een bovennatuurlijke manipulatie door een andere expert zoals een 'sorcier'. In beide gevallen dient er een beroep gedaan te worden op een andere magische genezer.

Het lijkt geen twijfel dat in onze westerse samenleving geneeskunde en magie zich verhouden als dag en nacht. Wat niet in het licht van de medische rede gevat kan worden, komt al vlug in een duistere marginale zone terecht waar vreemd, verdacht en verkeerd vlak bij elkaar liggen. Wie zich niet wil laten positioneren in een blindelings pro of contra, zal bij dit boek van Camus veel baat hebben. Alhoewel het specifiek over 'panseurs' handelt in een streek in Frankrijk, biedt het boek h el wat aanzetten voor het begrijpen van magisch-therapeutische rituelen in het algemeen welke de laatste jaren zienderogen aan populariteit winnen.<sup>2</sup>

Eddy Springael

#### Noten

1. Camus, D., 1988 *Pouvoirs sorciers: Enquête sur les pratiques actuelles de sorcellerie*. Paris: Editions Imago.
2. Laplantine, F. & L. Rabeyron, 1987 *Les m decines parallèles*. Paris: Presses Universitaires de France.

David Clark (ed.) *The sociology of death: Theory, culture, practice*. Oxford: Blackwell/The Sociological Review, 1993. 302 pp. Prijs:  13.99.

In zijn inleiding benadrukt David Clark dat de dood een belangrijk thema is voor sociologen:

Death holds many challenges for sociology. It gives expression to the relationship between the individual and society and to public, private and gendered experiences. Supremely, it presents us with an irreducible facticity: that human bodies are finite. That just as they are born, so too they must die. To be sure, a good deal of sociology has at the least bracketed this point, or indeed ignored it completely (p. 3).

In deze visie wordt uitdrukkelijk afstand genomen van het epicuristisch standpunt dat de dood ons niet aangaat (als wij er zijn, is de dood er niet, en als de dood er is, zijn wij er niet meer). Moderne filosofische ideeën over de permanente aanwezigheid van de dood en het leven als een bestaan ten dode worden in deze bundel sociologisch verdisconteerd. De bundel bevat dertien bijdragen van Britse sociologen en andere wetenschappers.

In het eerste hoofdstuk schetst Mellor de 'privatisering' van de dood in de hedendaagse maatschappij, die hij, met een term van Giddens, aanduidt als 'high modernity'. Individuen moeten, veel meer dan vroeger, hun eigen identiteit creëren. In die situatie is de dood bijzonder storend vanwege zijn signaal van zinloosheid. De afwezigheid van de dood in de publieke ruimte met zijn vaste en daardoor 'veilige' betekenissen maakt zijn aanwezigheid in de privé ruimte extra verwarrend en bedreigend. Die bedreigende aanwezigheid, aldus Mellor, werpt zijn schaduw over de moderne samenleving en moet om die reden door sociologen serieus genomen worden: "Sociology must develop a view of human beings which is able to account for the fact that people inevitably die, otherwise it will not be able to explain the tension between the public absence and private presence of death in high modernity" (p. 28).

Mulkay bespreekt vervolgens 'social death', een term die verwijst naar het verschijnsel dat mensen vaak al maatschappelijk geëlimineerd worden (bijvoorbeeld naar een instelling) vóór zij fysiek dood zijn. Deze verwijdering van de dood uit het maatschappelijk leven is een tamelijk recente ontwikkeling die tot gevolg heeft dat de emotionele verwerking van de dood zelf moeilijker is geworden.

In het derde hoofdstuk presenteren Finch en Wallis een interessante visie op het sterven door de aandacht te richten op het verschijnsel erfenis. Als oud-woorden en dood-gaan een proces van verliezen is, een afscheid nemen van de dingen waarmee wij ons omgeven hebben, de dingen die wij in zekere zin *zijn*, dan is het duidelijk dat het hebben van veel bezittingen dat proces aanzienlijk bemoeilijkt en compliceert. Om die reden zou de erfenis, als materiële dimensie van de dood, een uitstekende invalshoek zijn voor een vergelijking van de wijze waarop in arme en rijke maatschappijen ouderdom en dood beleefd worden; *zou...*, want de auteurs beperken zich tot een analyse van erfenispraktijken in Engeland.

De daarop volgende bijdragen gaan over het verbergen van de dood door middel van rituelen, over de publieke presentatie van het sterven aan AIDS door bekende persoonlijkheden en over de betekenis van oorlogsgedenktekens.

Een van de interessantste bijdragen is die van Hockey over de rol van priesters en dominees tijdens begrafenissen. Die rol is er een van het helpen beheersen van emoties. De auteur wijst erop dat emotie in de Britse maatschappij vooral gezien wordt als een 'natuurlijke kracht' die vanuit het lichaam naar buiten breekt. Die opvatting suggereert dat emotie een universeel verschijnsel is, iets dat op min of meer identieke wijze in alle culturen voorkomt. Geïnspireerd door Sarbin pleit Hockey daarentegen voor een meer culturele visie op emotie. Emoties worden geleerd. *Wat* emotie teweeg brengt en *hoe* die emotie uitgedrukt wordt en gewaardeerd wordt door omstanders wordt grotendeels cultureel bepaald en kan dus van cultuur tot cultuur verschillen. Verwarrend is dat Hockey hier geruisloos overschakelt van een culturele ('populaire') definitie van emotie naar een sociologische. De visie van de geestelijken op emotie is een treffend voorbeeld van een culturele definitie die hen in staat stelt op adequate wijze om te gaan met emoties in specifieke situaties. Het tot 'natuur' verklaren van de emotie verschaft de emotie het waarmerk van echtheid en maakt het tevens mogelijk de emotie te overwinnen. Natuurlijke opwellingen dienen immers onder controle gehouden te worden. Bovendien diskwalificeert deze definitie emoties die bewust nagestreefd worden als onecht. Hockey's pleidooi om de 'hydraulische' metafoer van emotie te vervangen door een die culturele contingentie toestaat is dan ook overbodig en misplaatst. Uit de opmerkingen van de geestelijken zelf blijkt trouwens dat hun Britse definitie hen niet belemmert begrip en respect te hebben voor afwijkende uitingen van emotie in andere culturen.

De volgende drie bijdragen handelen over de verdwijning van vrouwelijke afleggers, de keuze tussen begravenis en crematie en de hospice-beweging. Uit het onderzoek naar begravenis en crematie komt naar voren dat de begravenis een concreter en blijvender houvast biedt aan de nabestaanden dan de crematie. Vanuit die visie tracht de auteur inzichtelijk te maken waarom mensen voor een crematie dan wel een begravenis kiezen. "I don't like this cremation", zegt iemand, "It's all out-of-sight, out-of-mind. I go down to the cemetery and I talk to my mum" (p. 181).



De drie laatste bijdragen hebben een methodologisch en programmatisch karakter. Howarth doet verslag van haar onderzoek bij een begrafenisondernemer, Schou tracht aan de hand van haar onderzoek bij terminale kankerpatiënten duidelijk te maken hoe micro- en macro-context op elkaar inwerken in de wijze waarop men spreekt over het sterven aan kanker. Walter, tenslotte, geeft een overzicht van wat sociale wetenschappers in Groot-Brittannië over de dood geschreven hebben. Dat blijkt zeer gering te zijn, maar nu komt daar verandering in. Hij pleit voor een integratie van de dood in sociale theorie en wijst een aparte subdiscipline 'doodssociologie' van de hand. Daarmee is de cirkel rond, want dat is precies wat redacteur Clark in zijn inleiding betoogd heeft.

*The sociology of death* (een misleidende titel als we Walters pleidooi in herinnering nemen) is een geslaagde compilatie van studies en biedt een boeiend overzicht van het werk van Britse collega's rond dood en sterven. Wat ik gemist heb is een reflectie van de socioloog op zijn eigen sterfelijkheid. Nu ontstaat de indruk dat de sociale wetenschapper een soevereine observeerder is die buiten en boven de ervaring van eindigheid staat. Het citaat van Berger en Luckmann dat "In the last analysis, human societies are merely men and women banded together in the face of death", roept bij de Lezer de vraag op wat dit besef voor consequenties heeft voor de socioloog of antropoloog die zich in het leven met de dood verdiept.

Sjaak van der Geest

Ellen Cole, Oliva M. Espin & Esther D. Rothblum *Refugee women and their mental health*. New York: Harrington Park Press, 1992. 308 pp. Prijs: \$24.95.

Meer dan de helft van de vluchtelingen in de wereld zijn vrouwen. De problemen van vluchtelingen vloeien voort uit traumatisering en ontheemding. Gezien hun rol in het gezin en hun positie in de samenleving hebben vrouwelijke vluchtelingen specifieke problemen. Zo zijn ze vaak slachtoffer van verkrachting en andere vormen van seksueel geweld. Ook in het land van opvang lopen zij een verhoogd risico op seksueel geweld.

*Refugee women and their mental health* vertelt de verhalen van deze vrouwen. Het is opgebouwd uit bijdragen van verschillende auteurs die voor het merendeel werken met vluchtelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Een aantal van hen heeft zelf een vluchtelingenachtergrond. De bijdragen bieden een geschakeerd beeld van de problematiek en behandelingsmogelijkheden en vullen elkaar goed aan. Ze zijn geschreven vanuit een grote betrokkenheid en solidariteit met vrouwelijke vluchtelingen en worden rijk geïllustreerd met casuïstiek.

Naast feitelijke informatie, met name over de recente geschiedenis van een aantal landen waar vluchtelingen vandaan komen en over culturele bijzonderheden, biedt het boek inzicht in de problemen waarmee vrouwelijke vluchtelingen geconfronteerd worden. Verschillende situaties komen aan de orde. Zo is er veel aandacht voor vrouwen die in de Verenigde Staten opgevangen worden als vluchteling en onder meer afkomstig zijn uit Vietnam, Cambodja, Afghanistan, Midden-Amerika en de Sovjet-Unie.

Daarnaast komen de problemen aan de orde van vrouwen die zich in conflictgebieden bevinden, zoals Palestijnse vrouwen in bezet gebied en vrouwen in Middenamerikaanse landen. Een van de bijdragen gaat tenslotte in op de vragen die zich voordoen bij vluchtelingenvrouwen die op leeftijd zijn.

De bijdragen belichten de wijze waarop traumatisering en ontheemding de levens van vrouwen ontwrichten van verschillende kanten, waarbij vooral centraal staat hoe de vrouwen hebben weten te overleven en hoe ze een nieuwe betekenis aan hun leven gegeven hebben. Hierbij blijkt van groot belang te zijn om vast te houden aan essentiële normen en waarden uit de eigen cultuur evenals het beschikken over het vermogen om in zeer moeilijke situaties een uitdaging te zien. Heel duidelijk komt naar voren dat dit bewustwordingsproces pas op gang kan komen via een interactie met de sociale omgeving. Solidariteit met 'lotgenoten' en het gezamenlijk organiseren van op de gemeenschap gerichte activiteiten is van groot belang voor het hervinden van zelfrespect.

Het boek besteedt aandacht aan problemen die hulpverleners ervaren in hun werk met vrouwelijke vluchtelingen, zoals het omgaan met culturele verschillen, en gaat in op vragen vanuit het feministisch denkkader. Verder komt in veel bijdragen het genezingsproces aan de orde en worden veelzijdige behandelmethoden geïntroduceerd.

Verwerking van trauma's wordt bemoeilijkt doordat men er niet over kan communiceren. Soms is het in de cultuur niet gebruikelijk problemen buiten de familie te bespreken. Angst voor stigmatisering kan hierbij een rol spelen. Het boek doet in enkele bijdragen verslag van het positieve effect van groepswerk met vrouwen. Er wordt gezocht naar werkwijzen waarmee de vrouwen het best bereikt kunnen worden. Interessant is in dit verband de 'oral history' methode die toegepast wordt in enkele centra. Vrouwen delen hier met elkaar hun gemeenschappelijke en individuele ervaringen voor zover ze daar iets over kwijt willen. Er wordt uitleg gegeven over trauma en de gevolgen en er wordt aandacht besteed aan omgaan met emoties die loskomen. De methode is verwant aan de 'getuigenismethode' die in Chili ontwikkeld is en waarop een hoofdstuk uitgebreid ingaat. Tot slot wordt er verslag gedaan van enkele cross-culturele diagnostische studies.

*Refugee Women and their Mental Health* is een veelzijdig boek dat recht doet aan de complexiteit van het leven van vluchtelingenvrouwen. De zoektocht naar overlevingsstrategieën, die als een rode draad door het boek loopt, biedt hoop en kan voor hulpverleners een inspiratiebron zijn.

Mia Groenenberg

David R. Counts & Dorothy A. Counts (eds.) *Coping with the final tragedy: Cultural variation in dying and grieving*. New York: Baywood Publishing Company, 1991. 326 pp.

Dit boek bevat een bijzonder boeiende collectie van cross-culturele studies over de vele wijzen waarop mensen het verschijnsel dood ervaren, uitdrukking geven aan hun verdriet

en omgaan met de leernte die de dood achterlaat. Naast diepgaande culturele verschillen constateren de diverse auteurs ook een aantal gemeenschappelijke kenmerken rond de ervaringen van sterven en rouwverwerking. De meeste artikelen zijn geschreven door antropologen, met daarnaast waardevolle bijdragen vanuit andere disciplines. Zo geven een clinicus en een katholieke priester geven hun visie op therapeutische aspecten van hun werk en de rol die antropologische kennis daarbij kan spelen.

Na een korte inleiding van de samenstellers van het boek volgt een studie van Zeller, een fysisch antropologe die aandacht besteedt aan het proces van rouwen ('grieving process') bij primaten. De onderzoeken van de laatste twintig jaren op dit terrein hebben aangetoond dat er vele overeenkomsten bestaan tussen primaten en mensen, niet waar het gaat om de culturele omgang met sterven (*mourning*), maar waar het fysiologische veranderingen en immunochemische reacties betreft. Het onderscheid tussen *grief* en *mourning*, dat in deze bijdrage meteen al aan de orde komt, is essentieel en loopt als een rode draad door het boek. *Grief* wordt later (p. 284) gedefinieerd als "the feeling of sorrow, anger, guilt and confusion that can arise when you have suffered a loss or are bereaved." *Mourning* daarentegen is "the culturally defined behavior that expresses grief" (ibid).

Zeller concludeert dat de krachtige emoties die we *grief* noemen, zich allereerst manifesteren in fysiologische veranderingen die zowel bij hogere primaten als bij mensen grote overeenkomst vertonen. Zij baseert haar conclusie op intensief onderzoek naar reacties van chimpansees en andere primaten en geeft vervolgens aan dat *grief* ook bij mensen een belangrijke biologische component heeft. Maar, voor zover we kunnen nagaan, is de homo sapiens de enige species die anticipeert op de dood en ook rituelen heeft ontwikkeld om dit sterven en de daarbij horende gevoelens van smart (*grief*) uit te drukken, te kanaliseren en in een betekenisvolle context te plaatsen. Antropologische studies, ook in dit boek, concentreren zich vooral op deze zichtbare, publieke gedragingen rond sterven en rouwverwerking. "Mourning rituals constitute the public face of grief", aldus de auteurs (p. 289).

Na Zellers bijdrage vergelijkt Ramsden op basis van archeologisch materiaal en eigen ervaringen de wijze waarop gebruiken rond de dood in twee verschillende samenlevingen een weerslag vormen van twee volstrekt andere visies over leven en dood. Hij baseert zijn vergelijking op archeologisch onderzoek naar de Huron cultuur uit Ontario Canada, en uit eigen ervaringen in de Anglo-Canadese wereld waar hij zelf toe behoort. Centraal staat daarbij dat opvattingen die samenlevingen construeren over wat er na de dood gebeurt, een spiegelbeeld zijn van datgene wat aan de dood voorafgaat. In samenlevingen zoals de Huron is het leven verdeeld in stadia die de persoon via een serie initiaties op een steeds hoger plan brengen. De dood zelf, die in fases verloopt, en het leven na de dood, laten een herhaling zien van deze stadia, maar dan in omgekeerde volgorde. In de Anglo-Canadese samenleving wordt het leven gezien als een rechte lijn van geboorte naar dood en het daarom kent het leven na de dood ook geen gradaties.

Mead beschrijft hierna Maori gebruiken eveneens vanuit een dubbel perspectief. Hij is namelijk zowel antropoloog als Maori en is daardoor in staat naast een professionele antropologische analyse ook zijn visie als 'insider' weer te geven. Hij plaatst

de gebruiken rond sterven en dood in het perspectief van de hedendaagse Nieuw-Zeelandsche samenleving en toont aan de traditionele Maori opvattingen daarover een wezenlijk onderdeel vormen van de Maori persoonlijkheid. Net als bij Ramsden blijkt ook hier dat het sterven en het leven na de dood is opgebouwd uit verschillende stadia, zoals dat ook tijdens iemands leven het geval is.

De bijdragen van een groot aantal auteurs zijn gebaseerd op langdurige studies in andere, veelal kleine samenlevingen, waarbij geen van de onderzoekers ondanks hun persoonlijke betrokkenheid, insiders zijn. Celia en Phil Weigand vragen in hun studie over de Huicholes in het westelijke deel van Mexico aandacht voor het element woede als een belangrijke emotie bij het verschijnsel dood. Verder beschouwen de Huicholes *mourning* als een manier om de nabestaanden te verenigen met de reeds gezuiverde geesten van de overledene die nu voorouders zijn geworden. Ook deze auteurs geven aan dat de stadia tijdens het leven en na de dood spiegelbeelden van elkaar zijn.

De studies van Waugh en Morris handelen niet over etnische samenlevingen, maar over religieuze gemeenschappen die binnen grote samenlevingen fungeren. Waugh onderzoekt de reacties op de dood van een leider binnen een sekte van Sufi moslims. Het geloof stelt hen in staat ontredering en verdriet bij de dood van een charismatisch leider om te vormen tot vreugde en hoop. Daarmee geeft deze studie een boeiend inzicht in de wijze waarop de dood van een charismatisch persoon, in tegenstelling tot die van gewone stervelingen, een speciale betekenis krijgt. De overleden geestelijk leider wordt een mediator en leidsman die, zij het op een hoger niveau, toch deel uit blijft maken van de religieuze gemeenschap. Een serie rituelen dienen om die relatie na de dood opnieuw te definiëren en wel zodanig dat de overledene het centrum wordt van het geestelijke leven van de achterblijvers.

Morris vergelijkt de dood en rouwverwerking bij twee geïsoleerde Russische religieuze gemeenschappen in de Verenigde Staten. Ondanks het feit dat dodenriten nogal verschillen in beide gemeenschappen, staat bij beiden de solidariteit ten opzichte van de gemeenschap centraal. De dodenriten zijn niet alleen sterke manifestaties van hun geloofswereld, maar ook van een eigen sterk gevoelde identiteit. Vooral dan blijkt duidelijk dat men zich blijft onderscheiden van en afzetten tegen 'mainstream America'.

In de vier bijdragen die volgen, ligt de nadruk op samenlevingen die beheersing van emoties verwachten. De dood wordt geaccepteerd als onvermijdelijk en men verwacht daarom evenwichtigheid en zelfbeheersing als het zover is.

Wellenkamp legt in haar studie nadruk op de wijze waarop de Toraja in Indonesië omgaan met *grief*. De vraag die ze stelt is hoe mensen de heftige gevoelens van leed aan kunnen als ze daar slechts in zeer beperkte mate uiting aan mogen geven. Richard en Sarah Preston tonen aan dat de Cree indianen in Canada grote waarde hechten aan persoonlijke autonomie en vaardigheden en dat ze zo min mogelijk in elkaars levens ingrijpen. In het licht daarvan is hun zelfbeheersing, zelfs rond de dood, een essentieel kenmerk van hun cultuur. Simeone's studie onder de Athabaskan van Alaska past eveneens in dit patroon. Ook deze cultuur staat zeer beperkte uitingen van rouw toe. Omdat deze mensen vrezen voor de gezondheid van de nabestaanden bij al te veel verdriet, voeren ze rituelen op om leed om te zetten in vreugde. Hoewel de dood onvermijdelijk is, kan *grief* zeer gevaarlijk zijn. Lieber stelt hetzelfde thema aan de

orde, maar nu in een Polynesische samenleving. Ook hij onderzoekt de wijzen waarop mensen met het trauma van de dood omgaan in een cultuur die heftige openbare uitingen van verdriet afkeurt. In deze kleine gemeenschap is niet zozeer de dood het probleem, maar het gevaar dat de rouwende nabestaanden hun emotionele controle verliezen. Daarom transformeert men elke persoonlijke crisis in een serie sociale crises waar men vervolgens snel en correct mee omgaat.

De studie van de samenstellers van het boek staat in scherp contrast met de voorafgaande vier. Emoties krijgen de vrije loop, waarbij vooral woede en de behoefte aan wraak domineren. De Kaliai in New Britain Province, Papua New Guinea, zien de dood juist wel als het voornaamste probleem. Doodgaan is vrijwel altijd het gevolg van menselijke magische activiteiten en daarom is de dood zelf het bewijs dat gevaar en kwaad permanent in de Kaliai samenleving aanwezig is. De auteurs laten zien wat een goede en slechte dood is en leggen een relatie tussen de vorm van rouwen enerzijds en de evaluatie van de nabestaanden over de oorzaak van de dood anderzijds. Ook onderzoeken ze in hoeverre in het openbaar rouwen een expressie is van de relaties tussen de nabestaanden en de overledene.

De overige bijdragen behandelen de dood in een westerse setting. Badone's onderzoek vond plaats in ruraal Bretagne. Ze kiest voor een interpretatieve stijl van presentatie, waardoor ze meer dan de voorafgaande schrijvers deel wordt van de etnografische situatie die ze beschrijft. Ze doet verslag van de gevoelens, zorgen en denkwereld van de weduwe Marie-Thérèse. Meer nog dan de angst om te sterven is de angst om vergeten te worden, omdat de jonge mensen, inclusief haar zoon, de streek verlaten hebben. Begrafenissen en het feest van Allerheiligen zijn belangrijke aangelegenheden. Dan keren de 'emigrés' terug en herstellen hun band met geboortestreek.

Kaufert en O'Neil zijn medisch antropologen die jarenlang studie verrichten naar de problemen van de inheemse Canadese bevolking in westerse ziekenhuizen. Ze benadrukken de rol van de inheemse medische tolken, functionarissen die zelf van indiaanse of Inuit afkomst zijn en die de moeilijke taak hebben de medische cultuur van de ene samenleving te vertalen naar die van een andere samenleving. Dit is vooral een hells karwei bij conflicten tussen de medische staf en de inheemse nabestaanden over de aard van de dood, de passende wijze van rouwen, en de juiste behandeling van de stervende of reeds overleden persoon. Deze studie toont aan hoe moeilijk het is te bemiddelen tussen de westerse biomedische en inheemse interpretaties van sterven, dood en rouwverwerking.

De voorlaatste bijdrage is van een geestelijke, kapelaan O'Connor, die werkzaam is in een ziekenhuis in Ontario, Canada. Als therapeut heeft hij veel waardering voor inzichten die antropologen verschaffen in de grote variatie aan rouwgebruiken. Maar hij stelt antropologen ook enkele indringende vragen. De eerste is of antropologen niet te veel oog hebben voor *mourning* en het verschijnsel *grief* wat laten liggen. Het eerste is als openbaar, cultureel fenomeen beter te bestuderen dan *grief*, dat zich meer in de private en persoonlijke sfeer afspeelt. Dat maakt *grief* echter niet minder belangrijk, temeer daar het ons kan helpen een tweede belangrijke kwestie te beantwoorden: is er wel altijd zo'n balans tussen de publiekelijk voorgeschreven of verwachte gedragingen rond het sterven en de verwerking van gevoelens van *grief* in de persoonlijke sfeer. Met

andere woorden: komt rouwen als toepasselijke geachte gedrag voor de nabestaanden ook altijd overeen met de persoonlijke gevoelens van degene die een dierbaar persoon verloren heeft? Als we er na lezing van dit boek terecht van kunnen uitgaan dat *grief* een proces is met universele kenmerken, maar dat *mourning*; tal van variaties, zo niet uitersten kent, dan is de vraag gerechtigd of het ene wel altijd aansluit op het andere. Met die vragen als leidraad is O'Connor van mening dat antropologen met hun nadruk op *mourning* en therapeuten in ziekenhuizen, die vooral ervaring hebben met *grief*, van elkaar kunnen leren.

De perceptie die elke samenleving heeft over het proces van sterven, hangt samen met cultuur, ideologie en kosmologie. De opvatting over de vraag wat dood is kan niet los gezien worden van de vraag wat leven is, zo concluderen David en Dorothy Counts in hun afsluitend hoofdstuk. Het ene weerspiegelt het andere, en tegen deze achtergrond bespreken de auteurs ten slotte aan aantal thema's die als een rode draad door het hele boek lopen.

Het eerste thema betreft de ethos van een samenleving, het systeem van waarden en normen dat niet alleen richting geeft aan het leven maar ook aan de gedragingen rond de eigen dood en die van anderen. Het geloof over de aard van het leven bepaalt ook het geloof over het soort bestaan na de dood. Het tweede thema dat steeds terugkeert is het gegeven dat de manier waarop een cultuur het leven van elk persoon construeert en wel (of niet) in stadia verdeelt terugkeert in de wijze waarop men het leven na iemands dood construeert. Een ander belangrijk thema is het onderscheid in vele samenlevingen tussen het fysieke lichaam en de sociale persoon: de dood van het eerste hoeft niet perse samen te vallen met die van het tweede. De voort durende relatie tussen levenden en doden, die hun bestaan voortzetten op een ander niveau, is daar het duidelijkste voorbeeld van. Omgekeerd geeft het boek ook voorbeelden van het gegeven dat iemand al sociaal dood kan zijn voordat het lichaam gestorven is. Tot slot analyseren de auteurs het reeds hierboven besproken onderscheid tussen *grief* en *mourning*.

*Coping with the final tragedy* is een indrukwekkend boek. Het geeft niet alleen een inzicht in de grote variatie aan gebruiken rond dood en rouwen, maar brengt ook ordening en structuur aan in deze bonte caleidoscoop van gebruiken. Daardoor overstijgt het boek het niveau van een interessante verzameling van artikelen en wordt het een samenhangend geheel. Deze samenhang is vooral terug te vinden in de steeds terugkerende thema's en de theoretische reflecties hierop. In hun inleiding, maar vooral in het afsluitende hoofdstuk, formuleren de samenstellers van het boek op inzichtelijke wijze het thematische en theoretische raamwerk waarbinnen de diverse bijdragen zich bewegen. Het feit dat de schrijvers van elkaars studies op de hoogte zijn en veelvuldig materiaal van hun mede-auteurs betrekken in hun analyses, verhoogt deze samenhang. Omdat er niet alleen een grote verscheidenheid te vinden is in het gepresenteerde etnografisch materiaal, maar ook in de verschillende achtergronden van de auteurs en hun stijlen van presenteren, is het aanbrenge van deze samenhang geen geringe prestatie.

Ad Borsboom

Libbet Crandon-Malamud *From the fat of our souls: Social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Berkeley: University of California Press, 1991. 267 pp. Prijs: \$45,00.

Joan Koss-Chioino *Women as healers, women as patients: Mental health care and traditional healing in Puerto Rico*. Boulder: Westview Press, 1992. 237 pp., foto's. Prijs: £23.89.

Amerikaanse cultureel en medisch antropologen, alsook ontwikkelingssociologen zijn reeds jaar en dag actief in Midden en Zuid Amerika en het Caraïbisch gebied. Deze activiteiten in wat wel de 'achtertuin' van de Verenigde Staten genoemd wordt, dienden tot voor kort met de nodige scepsis bezien te worden, omdat de vooronderstellingen, methoden en technieken van onderzoek dikwijls niet van ideologische smetten vrij bleken te zijn.<sup>1</sup> Een fraai voorbeeld daarvan is het werk van L.E. Fisher. Het onderzoeksmateriaal uit zijn proefschrift *The imagery of madness in Village Barbados* (1973) werd eerst in 1985 in zijn *Colonial madness: Mental health in the Barbadian social order* van een politiek-historische dimensie voorzien.<sup>2</sup>

Het recente werk van antropologen als Taussig (Columbia), Farmer (Haïti), Schep-Hughes (Brazilië), en vele anderen toont aan dat inmiddels een verandering in deze situatie is opgetreden. Niet alleen komt de politieke en economische situatie veel explicieter aan de orde, maar bovendien is de (vaak impliciete) structureel-functionalistische werkwijze vrijwel van het toneel verdwenen. Haar etnocentrische, op individualisme en vooruitgang gerichte opvattingen zijn vervangen door een type etnografieën waarin nadruk op individuele betekenisgeving en pluraliteit centraal staat. Niet meer, zoals te voren zo vaak het geval was, om die betekenisgeving in het kader van een streven naar modernisatie te uniformeren en daarmee die pluraliteit te verkleinen of weg te nemen, maar om verschillen in denken en handelen van mensen beter te kunnen verklaren en begrijpen.

Op die wijze komt de culturele antropologie terug bij haar doelstelling om culturele verschillen en overeenkomsten zo adequaat mogelijk te kunnen beschrijven en verklaren. Dat brengt echter onvermijdelijk met zich mee dat ontstaan, vorm en functie van 'cultuur' verbonden wordt met tijd-, plaats- en contextgebonden factoren. Sociologie, politicologie, economie, geschiedenis, theologie en ideologie kunnen daarbij niet meer buiten de deur gehouden worden. Sociale en etnische tegenstellingen, de activiteiten van zending en missie, de naweeën van kolonialisme en de invloed van het internationaal kapitalisme worden zo onderdeel van het proces waarin de cultureel antropoloog vertalen moet wat hem door zijn 'respondenten' verteld is.

Hoe kleurrijk, bizar en irrationeel die vertellingen zijn, en hoe moeilijk het is om ze te vertalen naar wetenschappelijke begrippen, modellen, theorieën en classificatiesystemen, zodat verklaring mogelijk wordt, blijkt in en uit het werk van de Zuid Amerikaanse meesters der vertelkunst als García Márquez, Vargas Llosa, Octavio Paz, Jorge Luis Borges, Julio Cortázar, Machado di Assis, Isabelle Allende en de jonge Argentijn Ricardo Piglia. Allen navolgers van Macedonio Fernández (1874-1952), de grote animator van deze Latijns Amerikaanse imaginatie-literatuur. Deze schrijvers voeren ons mee naar

een wereld waarin schijn en werkelijkheid nauwelijks te onderscheiden zijn en waarin vrijwel niets de regels lijkt te volgen die wij uit onze eigen levenservaring kennen. Het wetenschappelijk, reductionistisch, rationeel instrumentarium dat wij gewoonlijk gebruiken om op de werkelijkheid en werkelijkheidsbeleving vat te krijgen, lijken haar bruikbaarheid geheel te verliezen. De bandonion waarop de Argentijnse tangovirtuoos Astor Piazzollo speelt, blijkt een beter instrument om die werkelijkheid vol melancholie, paradoxen, verdriet, contradicties, verlangen en erotiek mee uit te drukken.

Het belang van de Latijnsamerikaanse literatuur is dat ze ons doet inzien dat het 'verleden', of wat daar van rest, voor de verteller-auteur alleen als abstractie betekenis heeft. Het concrete, dat wil zeggen, het voor de verteller-auteur om de een of andere reden nog levende verleden, kan alleen worden opgespoord via wat 'symptomatisch lezen' genoemd wordt. Dat gaat er van uit dat wat van belang was/is alleen in de narratieve biografische vertelling van mensen gevonden kan worden. Deze lees- en schrijfwijze kan de beperktheid van de traditionele fenomenologische benadering, die individualistisch van aard is, aanvullen met een verklarende, kritische, diepte-hermeneutische analyse. Zo wordt de subjectivistische 'gebeurtenisbenadering', op dialectische wijze gekoppeld aan sociale structuren en processen. In de Latijnsamerikaanse literatuur vinden we terug wat Bruce Chatham, waar het de Australische aboriginals betref, 'songlines' heeft genoemd. We krijgen zo zicht op en inzicht de sporen en markeringen in het natuurlijke en sociaal-cultureel landschap die mensen gedurende hun dagelijks hestaan maken en nalaten.

Met behulp van deze wetenschappelijke arbeid, waarbij vanuit de subjectieve ervaringen van een individu, via de weg der intersubjectiviteit (dat wil zeggen, kennis of gevoelens die het individu invoelend deelt met de toehoorder of lezer), relatieve objectiviteit geproduceerd wordt, ontstaat ontosociologische kennis. Daarmee voorkomen we dat we de mensen niet slechts als symbolische, talige, betekenisgevende, rationele wezens beschouwen, als 'talking heads'. We kunnen met deze ontologische sociologie deze kenmerken van het mens-zijn enten op, en koppelen aan de concrete 'zijnsbepaaldheid' van onze lichamelijkeheid. Een bepaaldheid die ontstaat in relatie tot natuur, fysisch-geografisch milieu en klimaat. Factoren die op hun beurt vorm en inhoud geven hebben aan cultuur, geschiedenis, en de socioculturele en politiek-economische structuren en processen die het dagelijks leven bepalen.

De zojuist genoemde Latijnsamerikaanse schrijvers zijn voor ons Europeanen toegankelijk omdat de ontologische meerwaarde die ze ons, al dan niet impliciet toereiken, ons in wezen niet vreemd is. Die meerwaarde verwijst immers naar het feit dat elk mens beseft dat hij meer is dan dat wat in zijn biografie ligt opgeslagen. Hij is ook, en wellicht zelfs meer, een weinig systematische verzameling van proza en poëzie; van brokstukken zijnsbesef die, alhoewel soms ogenschijnlijk vluchtig van aard, zijn narratief tot een voor hem betekenisvol levensverhaal maken.

Het is vooral de kritische sociale wetenschap die de uitdaging is aangegaan om dat betekenisvolle levensverhaal op te tekenen en als uitgangspunt van sociale analyse te nemen. In plaats van daarvoor, zoals in het structureel-functionalisme gebruikelijk is, het individu als drager en uitvoerder van sociale rollen te beschouwen (Crandon spreekt van het functionalistisch paradigma [p. 206]), of, zoals in de fenomenologie, het



individueel te maken van die rollen, zoekt ze naar andere wegen om de relatie tussen het individu en zijn leefwereld vast te stellen. Op die wijze hoopt ze te kunnen blootleggen waar, wanneer, voor wie en waarom sociale structuren, instituties en processen manipulatief en onderdrukkend zijn. Op die wijze kan bijvoorbeeld duidelijk worden wat de 'politics of health care' in een bepaald gebied, of voor een bepaalde groep uit een samenleving in feite is.

Onze fascinatie voor bijvoorbeeld Latijnsamerikaanse literatuur en muziek moet dunkt mij tegen die achtergrond bezien worden. Dat wat we lezen en horen komt ons hoogstens op het eerste gezicht exotisch voor. Bij nader inzien beseffen we dat, omdat ook onze werkelijkheid een pluraal, historisch produkt van botsingen tussen culturen, godsdiensten en stammen, gekenmerkt door tegenstellingen, spanningen, paradoxen en contradicties en 'politics' van velerlei aard en oorsprong is, de overeenkomsten met die wereld groter zijn dan de verschillen. Wij herkennen dat ook de pluraliteit van onze leefwereld bestaat uit abstracties van concrete structuren en processen, en dat ook wij tegenover die abstracte veelvormigheid en veelsoortigheid houdingen moeten aannemen, om met de ogenschijnlijk chaotische wereld om te kunnen gaan.

We dienen te beseffen dat het begrip pluralisme alleen een houding, mentaliteit of zelfs ideologie, ten aanzien van de veelsoortigheid en veelvormigheid van naties, religies, rassen, of bijvoorbeeld geneeswijzen, uitdrukt. Die houding kan in principe zowel veelsoortigheid en veelvormigheid toejuichen of als ongewenst beschouwen. Het kan het (willen) bevorderen en beschermen of (willen) afremmen en vernietigen. In het feit dat de meeste '-ismen' die er bestaan vooral de wens uitdrukken om die veelsoortigheid en veelvormigheid zich zo weinig mogelijk onafhankelijk te laten ontwikkelen, en daarmee tot de belangrijkste stuurmechanismen voor samenlevingen zijn geworden, wordt de relatie tussen het streven naar macht en naar zekerheid uitgedrukt. Een hoge mate van pluraliteit stelt immers niet alleen hoge eisen aan de organisatorisch/bureaucratisch regeling/ordening van een samenleving, maar vormt tevens een bedreiging voor de behoefte aan zekerheid, bekendheid en voorspelbaarheid van haar burgers. Een hoge mate van uniformiteit is zowel voor overheid als burgers een garantie voor de bescherming van belangen.

Het belangwekkende van het boek van Libbet Crandon-Malamud is niet dat ze aangeeft dat deze garantie afneemt naar mate men lager op de maatschappelijke ladder gesitueerd is. Dat is door sociologen reeds talloze malen aangetoond. Belangwekkend is dat zij beschrijft hoe mensen aan de basis van de Boliviaanse samenleving, levend in een plurale context, waarin Aymaras (campesinos) en Mestizos (vecinos), katholieken en methodisten, voor hun voortbestaan strijden, gebruikmaken van de medische pluraliteit die daar aanwezig is, om hun belangen te beschermen. Is het kenmerk van de Latijnsamerikaanse literatuur het aangeven van de onmogelijkheid om de ervaring die men op een bepaald moment voelt volledig te beschrijven, als antropoloog tracht Crandon dat onvermogen te overstijgen door de gedragingen die uit die ervaring volgen op te sporen en te systematiseren. Op die wijze ontstaat een etnografie die etnische identiteit koppelt aan culturele, historische, en sociaal-economische context.

Ze leefde daarvoor van 1976-1978 met haar dochter achttien maanden in het plaatsje Kachitu (fictieve naam) in de Boliviaanse Altiplano en ontdekte dat de mensen daar het

medisch discours, met zijn specifieke wijze van uitdrukken, interpretaties en onderhandelingen omtrent ziekte, ziek-zijn, ziektebeleving en behandeling, gebruiken om zichzelf maatschappelijk te (her)plaatsen. Dit verschijnsel heeft sterk aan belang gewonnen door de sociale veranderingen die na de revolutie van 1952 hebben plaatsgevonden en de landhervorming en veelal gedwongen migratie die dat tot gevolg heeft gehad.

Crandons analyse zou aan kracht gewonnen hebben als zij het hierboven beschreven onderscheid tussen pluraliteit als feitelijkheid en pluralisme als houding had aangebracht. Haar begrip 'medical pluralism' verwijst zowel naar het gelijktijdig aanwezig zijn van een traditioneel medisch systeem (Aymara medicine), en de door Amerikaanse methodisten geïntroduceerde kosmopolitische, biogeneeskunde, alsook naar de houding die de bevolking tegenover beide systemen aanneemt. Het feit dat die houding eclecticisch is, in de zin dat men, als het eigen belang daarom vraagt, gebruik maakt van opvattingen en behandelingen die fundamenteel en principieel van elkaar verschillen, geeft aan dat er geen sprake is van het '-isme' verschijnsel van uitsluiting of verwerping van het andere, of van de ander, zo wij dat kennen.

Crandon benadrukt dat het niet zo is dat de bevolking de medische pluraliteit uitsluitend in termen van haar werkzaamheid beziet en daarbij het biomedische systeem als superieur beschouwt. Omdat de aanwezige pluraliteit en het medisch discours (ook) gebruikt worden om sociale relaties mee te herstructureren en om de persoonlijke omstandigheden mee te veranderen, is medische effectiviteit slecht één van de aspecten die de bevolking in overweging neemt bij het zoeken naar medische hulp. Het zwerven door de medische systemen is niet zo zeer een zaak van zoeken naar de beste medische behandeling, als wel van het zoeken naar de beste sociale behandeling. Het is daarom niet verrassend dat Arthur Kleinman door Crandon slechts één maal genoemd wordt, en wel om de onbruikbaarheid van zijn 'explanatory model' aan te geven.<sup>3</sup>

Hiermee komt een punt aan de orde voor de huidige Nederlandse medische antropologie van belang is. Ook in Nederland bestaat een hoge mate van medische pluraliteit. En uit het feit dat velen hulp zoeken buiten de 'reguliere' geneeskunde, zonder zich te bekommeren om de fundamentele verschillen die er bestaan tussen die geneeswijzen en de biogeneeskunde, kunnen we afleiden dat het traditionele '-isme' op dat punt, te weten, de negatieve houding ten aanzien van de veelal als kwakzalverij bestempelde alternatieve geneeswijzen, aan het afnemen is. Ook in Nederland maken mensen, soms zelfs gelijktijdig, gebruik van diverse vormen van medische hulp. Dit 'shoppen' komt voort uit een toenemende negatieve houding ten aanzien van de biogeneeskunde. Het is hier dus wel een zaak van zoeken naar de beste medische hulp.

Voor wat de medische effectiviteit van het hulpzoekgedrag betreft bestaat dus geen overeenkomst met de situatie in Bolivia. Het is echter de vraag of de vele processen die in ons land op dit moment de bestaande sociale structuur en sociale zekerheid aantasten, een toestand doet ontstaan waarin ook in Nederland het medisch discours inzake ziekte, ziek-zijn, ziektebeleving en behandeling gebruikt gaat worden in relatie tot niet medische factoren, teneinde persoonlijke sociale relaties te (her)structureren en/of persoonlijke omstandigheden te bestendigen of te verbeteren. Dit verschijnsel is uiteraard al enigszins bekend uit de psychiatrie en de hulpverlening aan verslaafden. Nu leeftijd en levensstijl een rol gaan spelen bij het toekennen van medische hulp, en nu honderd

duizenden arbeidsongeschikten voor herkeuring worden opgeroepen, lijkt dit geen al te gedurfde veronderstelling. Hier ligt een onderzoeksterrein voor kritisch medisch antropologen!

Wat Crandon vanuit haar hoofdstuk 4 *Kachitu: The ecology of dependence* in haar boeiend boek aan de orde stelt is op zich niet nieuw. Er bestaat niet zo iets als een met waterdichte schotten van de rest van de sociale werkelijkheid afgesloten medisch systeem. Op velerlei wijzen is dat systeem verbonden aan, verweven met, afhankelijk van de sociale werkelijkheid waar ze deel van uitmaakt. Juist daardoor is het medisch systeem open voor manipulatie. Mag dat lang het prerogatief van de politieke en sociaal-economische machthebbers geweest zijn, het lijkt voor wat de toekomst betreft ook bij ons een zaak te worden waar de onderkant van de samenleving gebruik van zal gaan maken. Het feit dat veel huisartsen de laatste jaren door hun patiënten fysiek bedreigd worden, is hiervan een voorteken.

Als ik Crandons boek ter lezing aanbeveel doe ik dit opdat de kritische lezer, door kennis te maken met de wijzen waarop de Boliviaanse armen van de aldaar bestaande medische pluraliteit gebruikmaken, een (eerste?) zicht krijgt op de veelheid van mogelijkheden die elke plurale situatie in zich draagt. Maar bovendien omdat het boek zichtbaar maakt dat de afgrenzing tussen culturele antropologie en sociologie dun en arbitrair wordt, wanneer vanuit een kritisch-antropologisch perspectief gewerkt wordt.

Joan Koss-Chioino's *Women as Healers, Women as Patients: Mental Health Care and Traditional Healing in Puerto Rico*, past in de nog steeds groeiende reeks beschrijvingen en analyses van shamanisme, spiritisme, en al die andere vormen van traditionele (sic) geneeskunde en psycho- en sociotherapie, zo die in Midden- en Zuid-Amerika, het Caraïbisch gebied, Zuid- en Zuidoost-Azië, op de Filipijnen, bij Noord-amerikaanse indianen, ja waar eigenlijk niet?, voorkomen. Ook die uitingen van cultuur en samenleving laten zich uiteraard goed verbinden met de Latijnsamerikaanse literatuur zo ik die eerder kort aan de orde stelde. Vrijwel nergens uiten zich immers de verbindingen en de spanningen tussen geloof en bijgeloof, oorzakelijkheid en suggestie, modern en traditioneel, rijk en arm, zo kleurrijk en pregnant, als waar ziekte en genezen, geluk en ongeluk, en ruzie en verbroedering aan de orde zijn. En het is bij uitstek dit gebied, waar het mystieke, het bovennatuurlijke, het onverklaarbare, een rol speelt in genezingsprocessen, dat de westerse wetenschap, de biogeneeskunde en de psychiatrie vol dédain er het zwijgen toe doet.

Debet aan deze houding is het feit dat samen met de natuurwetenschappen, de geneeskunde het onderzoek dat vroege alchemisten deden naar verschijnselen als oorzaak, kracht en energie, als hekserij en kwakzalverij in de wetenschappelijke ban gedaan hebben. Daardoor wordt in de westerse wetenschap nog steeds een opvatting van energie gebruikt die bijvoorbeeld processen als psychokinese uitsluit. Het gevolg hiervan is dat voor bepaalde verschijnselen geen, of onnauwkeurige begrippen ontwikkeld zijn, waardoor vertaling en communicatie tussen verschillende kennis- en wetenschapsopvattingen vrijwel onmogelijk is.<sup>4</sup>

De kern van Koss-Chioino's boeiende en instructieve boek ligt voor mij dan ook in de wijze waarop de auteur met het *emic/etic* probleem omgaat. Dat is van belang

omdat ze vaststelt dat de reguliere geestelijke gezondheidszorg Amerikaanse classificatiesystemen, verklaringssystemen en behandelingswijzen hanteert waarin diagnostische criteria gebruikt worden die niet passen bij de perceptie die de lokale bevolking heeft van de kwellingen die men heeft. In feite gaat het boek over de houdbaarheid van het begrip 'culture-bound syndrom'. Maar daarmee gaat het tevens over de botsing tussen het voor universeel gehouden westers wetenschapsparadigma en het traditioneel Puertoricaanse.<sup>5</sup>

De bijdrage die Koss-Chioino aan dit lastige probleem levert is waardevol omdat ze, als cultureel antropologe en psychotherapeute de methode van de 'participerende observatie' letterlijk toepast, door het 'native's point of view' (Geertz), in dit geval het spiritisme, 'van binnen uit' te bestuderen. Ze heeft namelijk niet alleen talloze spirituele bijeenkomsten bijgewoond, maar na enige tijd zelf een formele opleiding tot medium bij een vooraanstaande *espiritista* gevolgd. Helaas verschaft ze ons geen informatie waarom ze uiteindelijk haar positie als wetenschappelijk onderzoekster niet opgeeft, door feitelijk als medium te gaan werken. Een positie waar ze, volgens de 'deskundigen' zeer voor geschikt was.

Helaas doet Koss-Chioino geen expliciete pogingen om tussen een emic- en een etic-beschrijving/definiëring/interpretatie van een verschijnsel door de westerse geneeskunde/psychiatrie en het spiritisme een brug te slaan. Ze vermeldt hooguit dat sommige jonge artsen er geen moeite mee hebben om soms psychosomatische problemen die men zelf niet diagnostiseren kan naar een '*espiritista*' te verwijzen. Impliciet is die brug, tot op zekere hoogte echter wel aanwezig. De hoofdrol in het boek wordt immers door vrouwen gespeeld, en door de specifieke wijze waarop die in de wereld staan en zich tot die wereld verhouden.

Daarin schuilt een tweede punt dat het boek aanbevelenswaardig maakt. Ze betreft de instelling, de motivatie, de mentaliteit, waar van uit, en waar mee 'heling' bedreven wordt. Koss-Chioino benadrukt, met zo velen die zich met vormen en typen van shamanisme hebben bezig gehouden, dat het voor een heler van belang is zelf een ernstig lijden te hebben doorgemaakt. Reeds in het voorwoord geeft ze aan na haar opleiding tot medium een langdurige persoonlijke crisis te hebben doorgemaakt, die ze aanvankelijk met behulp van haar cognitie en rationaliteit te lijf trachtte te gaan. Eerst na jarenlang lijden staat ze zichzelf toe om het irrationele in zichzelf toe te staan, en meer te vertrouwen op wat ze voelde, dan wat ze dacht. Helaas geeft ze ook op dat punt geen verdere informatie.

Jammer, omdat hier een articulatie van het emic/etic-probleem niet verder wordt uitgewerkt dan tot aan de inmiddels overbekende vaststelling dat in een holistische geneeswijze zowel de emotieve, als de cognitieve zijde van ons (bewust)zijn aan de orde moet komen. Jammer, omdat ook nu weer, bij gebrek aan zelfs maar een poging om die stelling theoretisch te funderen, de aanhangers van de biogeneeskunde die opvatting ook nu weer als irrationele, onbewijsbare kletspraak kunnen afdoen. Niet alleen is er momenteel materiaal genoeg voor handen om de wijze waarop in de westerse wetenschappen het begrip 'bewijs' gebruikt wordt te bekritisieren, maar eveneens om het begrip irrationaliteit mee te deconstrueren. Zo laat zich gemakkelijk aantonen dat het niet meer dan een tijd- en plaatsgebonden sociale constructie

is, waarvan de ideologische werking meer effect heeft dan haar oorzakelijk, verklarend vermogen.

De sterkste kant van het boek is gelegen in de descriptie van de positie en rollen (het hoe) van vrouwen zowel als genezers, alsook als patiënten. In vergelijking met het boek van Libbet Crandon ontbreekt echter zowel een historische en politieke beschrijving, alsook een kritische sociaal-culturele analyse die het waarom en waardoor van die positie en rollen oorzakelijk verklaren kan. Dan kan vermeden worden dat de aanwezige medische pluraliteit ten onder gaat in een cultureel pluralisme dat het 'andere' kritiekloos accepteert of het 'andere' moeiteloos als primitieve onzin afdoet. Joan Koss-Chioino zou net als Fisher, naar haar onderzoeksveld moeten terugkeren en over het zelfde materiaal een boek moeten schrijven dat haar onderwerp in een verklarende context plaatst.

Als ik het boek van Joan Koss-Chioino toch ter lezing aanbeveel doe ik dit, omdat de lezer gedetailleerd kennis kan maken met de wijzen waarop de Puertoricaanse armen niet van de aldaar bestaande medische pluraliteit gebruikmaken. Maar bovendien omdat het boek zichtbaar maakt dat als de culturele antropologie zich ver houdt van de sociologie, een maatschappij-kritisch, verklarend perspectief node gemist moet worden. Open blijft dan de vraag of de door haar beschreven geneeswijzen niet meer zijn dan primitieve wijzen van 'coping' van hen die armoede leven, of dat hier van vormen van 'complementaire' geneeskunde gesproken kan worden die ten onrechte nog steeds door velen als 'primitief' worden afgedaan.

Annemiek Richters

#### Noten

1. Tegengas werd onder meer gegeven door de Nederlandse ontwikkelingssocioloog Gerrit Huizer in zijn *The revolutionary potential of peasants in Latin America* (1972). Crandon-Malamud verwijst terecht naar dit werk.
2. Zie voor een bespreking J.M. Richters, *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*, Delft: Eburon, 1991/1993, passim.
3. Zie voor een uitgebreide kritiek op dat model J.M. Richters, *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*, hoofdstuk 5: Interpretatie van betekenisgeving in klinische praktijken.
4. De eerlijkheid gebiedt te vermelden dat er uiteraard uitzonderingen zijn. Daartoe moet zeker *Witch-doctors and psychiatrists* (1972) van de psychiater E. Fuller Torrey gerekend worden.
5. Hoezeer dit onderwerp de gemoederen te weeg kan brengen is gebleken na de verschijning van Carlos Casteneda's *Journey to Ixtlan: The lessons of Don Juan* (1972).

Robbie E. Davis-Floyd *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 1992. 382 pp. Prijs: \$35.00.

De medicalisering van zwangerschap en bevalling in de Verenigde Staten is uit de hand gelopen. Een toenemend aantal obstetrici wil geen bevallingen meer doen en een zeer heterogeen, maar vitaal gezelschap voert strijd tegen het 'technocratisch mode' en voor 'alternative birth'. Dat alles is al door diverse auteurs belicht, zoals Brigitte Jordan,

Barbara Katz Rothman, Emily Martin en Carol McLain. De bijdrage van Davis-Floyd aan het debat over het baren is de toepassing van een aan de symbolische antropologie ontleend model. Zij stelt dat theorie die is toegepast op religieuze rituelen (Turner, Van Gennep), evengoed dienst kan doen om de culturele betekenissen van moderne technologie te analyseren. Zwangerschap en bevalling beschouwt ze als een één jaar durende rite de passage. Wanneer dit proces is voltooid, heeft een vrouw een nieuwe identiteit verworven: zij is moeder geworden. Tevens wordt verwacht dat zij de waarden van het Amerikaanse medische model heeft geïnternaliseerd.

Tijdens een normale ziekenhuisbevalling wordt een vrouw onderworpen aan een groot aantal rituelen (standaard medische procedures). Direct na aankomst wordt ze in een rolstoel naar de afdeling verloskunde gereden, waar de 'prep' (preparation) plaatsvindt. Deze omvat het wegsturen van de partner, aantrekken van een ziekenhuispon, het afscheren van schaamhaar en het toedienen van een enema. De vrouw wordt in bed gestopt en mag niets meer eten of drinken. Er wordt een infuus toegediend en – in 80% van de gevallen – pictine om de weeën sneller en regelmatig te laten verlopen. De vruchtwatervliezen worden doorgeprikt. Er wordt een episiotomie uitgevoerd en elektronische apparatuur om de weeën van de moeder en de harttonen van het ongeboren kind te registreren wordt in en aan het lichaam bevestigd. Er wordt regelmatig getoucheerd. Diverse pijnstillende middelen en niet zelden anesthesie worden toegediend. In 24% van de gevallen eindigt de hele onderneming met een sectio caesarea, in sommige ziekenhuizen ligt dit percentage zelfs rond de 50%. De hoge percentages keizersneden maken de vaginale geboorte bijna tot iets bijzonders, iets waar sommige vrouwen naar streven, maar dat sommige artsen omslachtig en riskant vinden. "She begged her obstetrician to let her deliver vaginally, but he adamantly refused."

Davis-Floyd presenteert een gedetailleerde analyse van de medische procedures als rituelen en toetst ze aan drie criteria: separatie, liminaliteit en transformatie ("a change of being"). Ze plaatst het fenomeen geboorte in de context van de Amerikaanse samenleving. De rituelen (medische procedures) drukken de superioriteit van technologie uit, maar zijn tevens responsen op een extreme angst voor natuurlijke, fysiologische processen. Ze bevestigen de kernwaarden van de technocratische maatschappij: een vrijwel onbegrensd geloof in wetenschap, technologie en vooruitgang.

De auteur interviewde honderd middle-class blanke vrouwen die particulier verzekerd waren en dus min of meer inspraak hadden in de wijze waarop zij wilden bevallen. Alle zwangerschappen waren gewenst. Uit de interviews komt naar voren dat de meeste vrouwen (70%) zich schikten in de gewone gang van zaken. Hun initiatieproces was succesvol verlopen. Maar ontevredenheid lijkt te groeien. Van degenen die zich sceptisch toonden en/of verzet (30%) pleegden, zal een aantal bij een volgende zwangerschap trachten een alternatief te vinden. Gemakkelijk is dat niet. Zulke vrouwen zoeken steun bij de 'birth movement' en bij 'birth activists', maar hoe te kiezen uit de wildgroei van paradigma's als childbirth without fear, painless childbirth, husband-coached childbirth, natural childbirth, prepared childbirth, assertive childbirth, wholistic childbirth, spiritual childbirth, active childbirth? Er is een verbijsterend groot aanbod van literatuur, cursussen en voorlichtingsmateriaal. Onder de kop *Birth as a quest for knowledge* staat het volgende citaat: "We read. Dan would go to the library every month

and he would get five or ten books and we would read them all. We had Lamaze classes. I talked to friends. I met more women for lunch. I reached out more to talk, especially about my pregnancy.”

Op de vaak zeer dramatische verhalen van vrouwen over de geboorte van hun kind, variërend van “I’ve never felt so powerful in all my life” tot “I’ve never felt so helpless in all my life”, volgt een boeiend hoofdstuk over het socialisatieproces van medisch studenten die kiezen voor de specialisatie obstetrie. Ook dit proces behandelt Davis-Floyd als een rite de passage, een die niet minder dan acht jaar duurt. Tijdens die periode worden studenten ingewijd in het technocratisch model en ook hier gelden separatie, isolatie en transformatie. Het resultaat stemt treurig. De geboorte van een kind moet meer gemanaged worden en voldoen aan eisen van efficiency en snelheid. Er dient geen tijd te worden verspild bij het op de wereld zetten van een ‘perfect baby’, een kwaliteitsprodukt waaraan niets mag mankeren. Er is weinig belangstelling voor het wel en wee van de moeder. Jordan (1992) heeft overduidelijk beschreven hoe Amerikaanse obstetrici tijdens een bevalling niet zelden verbaal contact met de moeder zoveel mogelijk mijden en hun aandacht uitsluitend richten op het ‘business end’ van het lichaam, het lichaamsdeel waaruit de baby tevoorschijn komt. “We shave’em, we prep’em, we hook’em up on the IV and administer sedation. We deliver the baby, it goes to the nursery and the mother goes to her room. There’s no room for nicities around here. We just move’em right on through. It’s hard not to see it like an assembly line” (p. 55).

Zoals in de meeste Angelsaksische literatuur wordt ook in dit boek de relatie vrouw-arts benaderd vanuit een conflictmodel; vrouw en arts hebben tegengestelde belangen. Het medisch regime vertegenwoordigt de vijand, al moet Davis-Floyd toegeven dat er ook enkele goede artsen bestaan. Het is daarom zo interessant dat ook artsen niet content zijn met het huidig model van bevallen. Dat de verhouding tussen vrouwen en obstetrici zeer problematisch is blijkt uit het feit dat van alle Amerikaanse obstetrici 70% minstens een keer ge-‘sued’ is. Voor geen enkele ander groep van medisch specialisten is dit percentage zo hoog. Verzekeringskosten hiervoor bedragen nu gemiddeld \$ 38.138 per jaar en in sommige delen van de VS zelfs \$ 236.000. Dergelijke bedragen maken het in veel gevallen financieel niet langer aantrekkelijk om verloskunde uit te oefenen. Naarmate vrouwen assertiever worden en meer eisen gaan stellen, is ongetwijfeld ook een toenemend aantal jongere artsen uit overtuiging of welbegrepen eigenbelang bereid hen daarin tegemoet te komen. Maar uit angst voor een proces zijn ook veel artsen geneigd zich des te strikter te houden aan de duidelijk omschreven regels van het technocratisch model. Dat betekent meer elektronische apparatuur om het geboorteprocés angstvallig te bewaken en te registreren en bij de minste twijfel een sectie caesarea, een ‘C-section’.

*Birth as an American rite of passage* is een krachtig pleidooi tégen het technocratische model en vóór het holistische model, dat uitgaat van de eenheid van lichaam en geest, zwangerschap en baren opvat als normale fysiologische processen, de actieve rol tijdens de baring toekent aan de vrouw en zoveel mogelijk de natuurlijke gang van zaken aanbeveelt. Een gruwelijk hoofdstuk met toekomstscenario’s – het kan altijd nog erger dan het al is – wordt gevolgd door het laatste hoofdstuk *Or Birth as the biodance?* Daarin zet de schrijfster haar eigen visie op zwangerschap en bevalling uiteen. Het

uitgangspunt is de systeemtheorie, de uitwerking ervan is esoterisch. Er bestaat een scala aan mogelijkheden om een kind ter wereld te brengen. Naast de traditionele thuisbevalling zijn er nouveauté's zoals 'New Nativity', een vorm van thuisbevalling die wordt opgevat als een intieme seksuele ervaring van man en vrouw, waarbij de aanwezigheid van een derde een grove inbreuk van hun privacy zou betekenen, of het in de oceaan baren in gezelschap van dolfijnen. "To tap the potentials and interspecies communication in the interests of birthing peace on earth" (p. 298).

Ik heb dit boek met gemengde gevoelens gelezen. De toepassing van symbolisch-anthropologische theorie is op zich uitermate boeiend, maar Davis-Floyd doet dit in zulke gedetailleerde en langdradige beschrijvingen en analyses, dat de verveling toeslaat. Het boek is te lang en gebruikt teveel jargon, teveel paradigma's en cognitieve matrixen. Er wordt teveel overhoop gehaald, zowel Aristoteles als Descartes, Bacon, Hobbes, Teilhard de Chardin, Sartre en Eliade, en een lange stoet van antropologen en anderen zijn van stal gehaald. Ook zijn er teveel citaten van vrouwen. Ze zijn te lang en doen niet zelden denken aan de Boeket- en Anjerreeks. "The mountains and trees soaring to the heavens made me think of our wedding day and how much love we shared. As we neared D. (the hospital), our hopes and expectations grew, and tears filled both our eyes" (p. 220).

Uiteraard moeten vrouwen meer keuzevrijheid krijgen om te baren en heeft medicalisering tot uitwassen geleid. Niemand heeft dat zo overtuigend, helder en eenvoudig aangetoond als Barbara Katz Rothman. Maar Davis-Floyd stelt dat elke 'alternatieve' wijze van bevallen, hoe excentriek ook, waardevol is alleen al omdat er verzet wordt gepleegd tegen het dominante technocratische model. Het boek romantiseert de geboorte van een kind. Hoewel in de meeste gevallen medisch ingrijpen ongewenst is, zijn er nu eenmaal ook pathologische bevallingen, waarbij medische interventie een zege kan zijn. Artsen worden niet uitgenodigd tot deelname aan de 'biodance' van het baren, Polarisering en het afzien van een dialoog met obstetrici zijn onverstandig en niet in het belang van vrouwen en baby's. Overigens is het de hoogste tijd dat een Nederlandse antropoloog met een voorkeur voor het exotische en curieuze naar de VS afreist om daar de 'birth movement' te onderzoeken.

Eva Abraham

Katherine A. Dettwyler *Dancing skeletons: Life and death in West Africa*. Prospect Heights: Waveland Press, 1994. 172 pp. Prijs: \$9.50 (paperback).

Katherine Dettwyler noemt zichzelf 'biocultureel antropoloog'. Zij heeft onderzoek gedaan naar voeding en gezondheid van kinderen in Mali. Dit boek is een persoonlijk relaas dat hoofdzakelijk gaat over een onderzoek dat zij in 1989 verrichtte in een Bambara dorp onder de rook van de hoofdstad Bamako en in het gebied van de Dogon.

Ze is getrouwd en had in die periode twee kinderen, een meisje van negen jaar, Miranda, en een geestelijk gehandicapt (Down Syndroom) jongetje van vier. Miranda vergezelde haar tijdens het onderzoek, haar man en zoontje bleven thuis. Ik vermeld deze details, omdat ze in het verhaal van de auteur belangrijk zijn. Voortdurend betreft



ze haar man en kinderen in haar relaas. Miranda gaat vaak met haar mee als ze de dorpen intrekt om kinderen te wegen of moeders te interviewen. Het gedrag van het kind en de reacties van de dorpelingen op haar omgang met haar dochter leveren stof voor talrijke beschouwingen. Maar ook haar man en zoontje verschijnen regelmatig in de tekst als ze vergelijkingen trekt of dingen meemaakt die haar aan hen herinnert, bijvoorbeeld als ze een kind met het Down Syndroom ontmoet.

Dettwyler schrijft eerlijk over haar belevenissen. Ze meldt haar twijfels en fouten, haar teleurstellingen en angsten. Het boek geeft ongetwijfeld een levensecht beeld van het dagelijkse wel en wee van een – niet het – antropologisch onderzoek. De meest uiteenlopende onderwerpen komen aan bod: kindersterfte uiteraard, borstvoeding, meisjesbesnijdenis, positie van vrouwen, jok-relaties, ideeën over seks en lichamelijke schoonheid, injecties, ziekte en dood, en allerlei aspecten van antropologisch veldwerk zoals haar relatie met assistenten, de onmogelijkheid van een goed interview, het spreken van de lokale taal, problemen van participatie en observatie (“How can you be a participant observer at the funeral of a friend?”), en de vele ongemakken van het onderzoek, bijvoorbeeld hitte, huisvesting, wc-bezoek, muggen, en ziekte. De titel van het boek verwijst naar een dans van broodmagere jongens die de auteur in een Dogon dorp gadeslaat. Ondervoeding en schoonheid, de twee hoofdthema's van haar verslag.

Het boek is een beetje saai en braaf, te uitleggerig ook. Het mist de sprankelende stijl en filosofische diepte van Bowens (Bohanans) *Return to laughter* en de humor van Barley's *Innocent anthropologist*. Het verschil tussen Dettwyler en Barley is dat de laatstgenoemde zijn onnozelheid met zelfspot etaleert, terwijl Dettwyler ietwat onnozel is. Het boek bevat veel romantische verzuchtingen over het 'echte' Afrika van de beroemde antropologen (“Steven, this is the Africa of the classic ethnographies we read.”), zonsopgangen en het ruisen van de wind door de struiken; dat alles met veel bijvoeglijke naamwoorden.

Haar acties en gevoelens hebben iets van de stereotiepe.ouderwetse missionaris: ze houdt van de mensen maar wijst hun ideeën – grotendeels – af. Bij haar geen sprake van antropologische non-interventie. Voortdurend is zij bezig met voedingsadviezen aan moeders, het verbinden van wonden en het uitdelen van medicijnen. Herhaaldelijk trekt ze vergelijkingen met de Verenigde Staten, bijna altijd in het nadeel van de Malinese cultuur. Na een discussie met een ontwikkelingswerker over het schijnbaar onoplosbare probleem van ondervoeding bij kinderen vraagt deze of zij wel een oplossing weet. Het grapje dat zij zich dan permitteert, verraadt, vrees ik, een diepere overtuiging in haar: “How about a massive airlift to Oklahoma?” Het is inderdaad verontrustend dat dit eerlijke relaas nauwelijks oprechte bewondering en waardering voor de andere cultuur laat zien. Waar complimenten worden gemaakt, heeft dat gewoonlijk betrekking op onbelangrijke zaken.

De vraag is of Dettwyler in haar ongeunstelde onschuld meer heeft laten zien van de aard van de antropoloog dan haar collega's die puntiger en onderhoudender kunnen schrijven. Hoeveel etnocentrisme en antieke zendingsdrang wordt er verdrongen in de antropologische Literatuur? Hoeveel lofzangen zijn er niet geheven op Afrikaanse genezers door antropologen die er niet over peinzen zich aan zo iemand over te leveren?

Het einde van het boek is ontroerend. Zittend aan het bed van haar doodzieke kind, herinnert zij zich met schrik en schaamte de interviews die ze heeft gehouden met moeders over hun gestorven kinderen. H  r kind overleeft het.

Het boek bevat een groot aantal foto's uit het veld. De mooiste is die van een stralend en kerngezond blond meisje met een dwerggeitje in haar armen.

Sjaak van der Geest

Huub A. Everaert & Humphrey E. Lamur *Alles wat geheim is, is lekker. Seksuele relaties en beschermingsgedrag van Turkse mannen*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1993. 196 pp. Prijs: f 37,50.

Dit boek is de neerslag van een onderzoek onder mannelijke Turkse migranten met wisselende seksuele contacten. Het is gefinancierd door het ministerie van WVC in het kader van het AIDS-onderzoeksprogramma. In Nederland zijn antropologen nauwelijks betrokken bij AIDS-preventie en ik juich het toe dat hier een eerste poging wordt ondernomen.

De auteurs noemen het een verkennend onderzoek en schrijven op de eerste plaats voor preventiewerkers, voorlichters en beleidmakers. Dit heeft invloed op hun rapportage; ze gaan uitgebreid in op het specifieke van antropologisch onderzoek, waarbij het lijkt of ze vooral duidelijk willen maken dat antropologie wel degelijk wetenschappelijk is. De probleemstelling is opgedeeld in vier met elkaar samenhangende vraagstellingen:

1. In hoeverre komt risicovol dan wel risicomijdend sociaal-seksueel gedrag onder mannelijke migranten, in casu Turkse mannen, met wisselende contacten voor?
2. Welke sociaal-culturele en demografische kenmerken bevorderen c.q. beperken de transmissie van HIV onder betrokkenen?
3. Zijn de betrokkenen zich bewust van de risico's voor zichzelf en anderen?
4. Nemen de betrokkenen maatregelen om eventuele besmetting te voorkomen en, zo ja, welke maatregelen?

Het onderzoek heeft 21 maanden geduurd en betrof 35 mannen tussen de 15 en 50 jaar. Zes mannen werden twee keer geïnterviewd. Daarnaast zijn 19 personen geïnterviewd die seks hebben gehad met Turkse mannen: tien Nederlandse mannen en negen vrouwen, waarvan vier van Turkse afkomst. Ook is met 60 informanten gesproken. Dit waren personen die op grond van hun deskundigheid op tal van voor dit onderzoek relevante terreinen werkzaam zijn, zoals straathoekwerkers, sociaal-verpleegkundigen en voorlichters eigen taal. Tenslotte is gebruik gemaakt van participerende observatie, te weten in een Turkse bar, de prostitutie-zones in Amsterdam en Den Haag en bij een Turkse vereniging. Helaas wordt bijzonder summier over de resultaten van deze, bij uitstek antropologische methode, gerapporteerd.

Het boek is gebaseerd op 'etnografische interviews over, en nu vat ik even samen, hun seksueel gedrag en opvattingen daaromtrent, de beleving  n de betekenis daarvan. De duur van de interviews varieerde van één tot twee-en-een-half uur. Ik betwijfel of

het mogelijk is betrouwbare informatie te krijgen over bovengenoemde zaken op basis van zulke kortstondige contacten. De kracht van de antropologische onderzoeker ligt juist in het intensieve, langdurige contact met de onderzochte, niet in één gesprek van anderhalf uur. Het blootleggen van de culturele constructie van seksualiteit en seksualiteitsbeleving van individuen als een biopsie van die cultuur, vereist een vertrouwensrelatie en een analyse van de sociale werkelijkheid zoals die door de mensen zelf wordt ervaren. Levensgeschiedenissen, socialisatie in seksualiteit en gender-rollen verhelderen het gedrag van mensen. Juist de ontwikkelingen van individuen – en zeker van migranten die immers met twee culturen te maken hebben – kan illustreren welke krachten aan het werk zijn bij gedrag en de verandering ervan. Antropologen lijken bij uitstek geschikt om dit proces te volgen door over langere tijd mensen te observeren, verstandhouding op te bouwen en te participeren. In dit onderzoek is daar geen sprake van.

De rapportage is chaotisch. De auteurs vervallen in eindeloze herhalingen en oppervlakkige uitspraken, gelardeerd met tabellen (gebaseerd op N=10) of percentages als de gemiddelde leeftijd van drie respondenten (p. 143). Het hoge percentage onveilige seks met prostituees is het gevolg van het gedrag van één respondent (p. 177). Waarom bij 'kwalitatief antropologische onderzoek' zo'n kwantitatieve opsmuk wordt gebruikt, is mij een raadsel. Waarom de bovengrens van 50 jaar gebruikt wordt, is evenmin duidelijk en zelfs gevaarlijk. Ook artsen missen soms de diagnose AIDS of HIV, omdat ze 50-plussers blijkbaar niet als seksueel actief beschouwen.

Zijn de onderzoekers erin geslaagd nieuwe kennis en meer inzicht te genereren over het seksuele gedrag van Turkse migrantenmannen? Dat zij onveilig vrijen, was al beken op basis van cijfers van seksueel-overdraagbare aandoeningen. Dat condoomgebruik in losse contacten vaker voorkomt dan binnen vaste relaties, is ook niet nieuw. Dat ongetrouwde jonge mannen en gescheiden mannen vaker wisselende contacten hebben, spreekt voor zich. Of zij zich hierin onderscheiden van Nederlandse mannen, is niet waarschijnlijk. Dat alleengaande migrantenmannen vaker naar de hoeren gaan, is een wereldwijd fenomeen. Dat Latijnsamerikaanse prostituees vaker bereid zijn het zonder condoom te doen, is verontrustend, doch geen nieuwe bevinding. Ik had gehoopt meer te leren over de betekenis van seksualiteit en gender-rollen voor Turkse mannen in Nederland, om zo beter te kunnen begrijpen wat hun seksuele gedrag bepaalt.

Nogmaals, antropologen worden in Nederland weinig betrokken bij AIDS-onderzoek. Het is dan ook goed dat hier een begin is gemaakt. Het is alleen te betreuren dat, wanneer dit gebeurt, de onderzoekers hun antropologische kwaliteiten lijken te zijn vergeten.

Mirjam Schieveld

Paul Farmer *The uses of Haiti*. Monroe: Common Courage Press, Monroe, 1994. 432 pp. Prijs \$14.00.

Zaterdag 15 oktober 1994 keerde de Haïtiaanse president Aristide na drie jaar ballingschap naar zijn vaderland terug. Met behulp van de internationale gemeenschap, maar

in het bijzonder de VS, is dit keer ernst gemaakt met het plan Uphold Democracy. De tijd dat anti-democratische regimes in de Caraïben en Latijns-Amerika konden rekenen op actieve steun van de VS lijkt voorbij. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de invasie van het Amerikaanse leger op Haïti van dit jaar gebeurde in volledige samenwerking met de in de VS opgeleide militaire machthebbers in ruil voor amnestie, aangeboden door de regering Clinton. Haïti, het land dat voor menig Amerikaan het levende bewijs is dat zwarten niet in staat zouden zijn zichzelf te besturen, krijgt onder de voorgedij van de internationale gemeenschap een tweede kans om een democratisch bestuur te vestigen.

De arts-antropoloog Paul Farmer legt in *The Uses of Haiti* een complexiteit van maatschappelijke krachten bloot die de Haïtiaanse bevolking lang in haar greep gehouden heeft als 'poor, sick and silenced'. Vanuit zijn meer dan tien jaar ervaring als geëngageerd community arts in Haïti stelt Farmer in zijn boek de vraag centraal "What's at stake in Haiti" (p. 45). *The Uses of Haiti* is een indrukwekkend boek geworden, dat inzicht geeft in de ervaringen van drie Haïtianen, gevlucht voor geweld en sociale onrechtvaardigheid. Hun verhalen spelen zich af op het platteland van Haïti en op de Amerikaanse marinebasis Guantánamo en openbaren welke dramatische gevolgen internationale besluitvorming kan hebben op individuele levens. Het boek vertelt "the truth about uncomfortable matters, that is, for the structures of power and the doctrinal framework that protects them from critical scrutiny", aldus Noam Chomsky in zijn voorwoord.

Haïti's eerste democratisch gekozen president Aristide wordt op 30 september 1991 door een staatsgreep onder militaire leiding van Cedras, Biamby en François verdreven en ontkomt ternauwernood naar het buitenland. Sedert die tijd wordt het Haïtiaans volk getekend door een onafgebroken periode van extreme onderdrukking en geweld. Het verhaal van de jonge landarbeider Chouchou Louis is exemplarisch voor de vele duizenden Haïtianen die zijn vermoord door soldaten en para-militaire groepen die bekend staan als de 'attachés', een nieuwe versie van de Tonton Macoutes. Farmer beschrijft hoe Chouchou Louis de verkiezingsoverwinning van Aristide van 16 december 1990 verwelkomt. Veel Haïtianen beschouwen als een profeet, die het land zal bevrijden van de dictatuur. De Lavalas, het creoolse woord voor waterval, zal de overblijfselen van de Tonton Macoutes en het Duvalier-tijdperk moeten wegspoelen. Wanneer na de coup blijkt, dat het leger, gesteund door de lokale elite, een corrupt en wreed regime vormt, gaan geweld en angst het leven beheersen op Haïti. Tijdens een rit naar de markt, laat Chouchou Louis zich negatief uit over de huidige situatie. Onder de passagiers in de vrachtwagen bevindt zich een 'attaché' en vanaf dit moment staat hij op de zwarte lijst. Het is het begin van een periode van achtervolging en intimidatie die uiteindelijk leidt tot zijn arrestatie. Eenmaal vrij gelaten, sterft hij onherkenbaar verminkt aan de gevolgen van zijn martelingen. Farmer hekelt de Amerikaanse pers wanneer deze stelt dat geweld op Haïti "part of their culture" is en dat moorden zoals die op Chouchou Louis 'normaal' zouden zijn (p. 306).

In tegenstelling tot de vluchtelingen uit Cuba, zijn Haïtiaanse vluchtelingen tijdens de dictatuur van Duvalier en het militaire bewind jarenlang door de VS gedwongen naar hun land terug te keren. De Immigration and Naturalization Service stelde dat

Haïtianen 'economische vluchtelingen' zijn gevlucht uit armoede. Met de aandacht van de wereldpers op zich gericht zette de VS tijdelijk deze praktijk stop, toen bleek dat de terreur van de militaire junta een massale uittocht van bootvluchtelingen teweeg bracht. In de daarop volgende acht maanden werden 34.000 Haïtiaanse bootvluchtelingen uit zee gehaald en getransporteerd naar de Amerikaanse marinebasis Guantánamo op Cuba. De Amerikaanse kustwacht benadrukte dat het hier om een humanitaire actie ging. Echter, uit de levensverhalen van vluchtelingen die Farmer verzameld heeft, komt als belangrijkste thema het mensonwaardige karakter van de hulpverlening naar voren.

Op de voorkant van de *New York Times* op 28 november 1991 is te lezen: "US Base is an oasis to Haitians." Farmer illustreert met het verhaal van Yolande Jean, dat de beleving van het vluchtelingenbestaan aldaar beduidend anders. Tijdens de onlusten na de machtsovername op Haïti wordt Yolande Jean, politiek activiste en zichtbaar zwanger van haar derde kind, gearresteerd. Haar verhoor verloopt verre van oppervlakkig en ze krijgt in de gevangenis een miskraam. Eenmaal vrij besluit ze politiek asiel aan te vragen in de VS. Als bootvluchteling op Guantánamo wordt Yolande Jean getest wordt op HIV. De auteur gaat ervan uit dat het onvermijdelijk was dat AIDS, of liever de angst voor AIDS, een rol zou gaan spelen in het verloop van de Haïtiaanse vluchtelingencrisis. Zoals alle ontwikkelingslanden kampen ook de landen in de Caraïben met een groot aantal geïnfecteerden. Yolande Jean is een van de slachtoffers. Haar ervaringen blijken instructief, omdat het de consequenties van willekeurige regelgeving en procedures onomwonden aan het daglicht brengt.

In Camp Bulkely, het 'HIV detention camp' op Guantánamo, krijgt Yolande Jean te horen dat ze "a little problem" heeft. Na aandringen wordt gezegd dat het 'een virusje' is. "There's no such thing as a little virus, speak clearly so that I can understand", is haar reactie (p. 276). De soldaten in het camp proberen haar gerust te stellen: "Don't worry, you'll be cured" (ibid). Ze beloven dat ze na haar genezing met haar vluchtelingenstatus naar de VS getransporteerd zal worden.

De medische verzorging op Guantánamo, met meer dan 200 HIV-positieve Haïtianen, krijgt met veel problemen te kampen. Het *New England Journal of Medicine* schrijft in 1993, dat de frustraties in de arts-patiënt relaties vooral worden veroorzaakt door de Haïtianen. De vluchtelingen wantrouwen hun hulpverleners en verdenken de militaire artsen betrokken te zijn bij hun gevangenhouding. Bovendien zouden grote culturele verschillen verantwoordelijk zijn voor de slechte verstandhouding. Yolande Jean verwijst in haar verklaring over de medische behandeling echter nergens naar culturele verschillen: "They gave me two pills and an injection. I asked them, why the injection?" (p. 280). Ze krijgt te horen dat het medicijn voor haar eigen bestwil is. Wanneer ze weigert, houden de aanwezige soldaten haar vast en krijgt het anti-conceptiemiddel Depo-Provera toegediend. Wanneer Yolande in juni 1992 demonstraties in het kamp organiseert tegen de vernederende omstandigheden, wordt ze in een cel geplaatst. Tijdens deze periode staan zij en haar HIV-geïnfecteerde medegevangenen bloot aan medische experimenten. "As if we were monkeys, they try out medications on us to see if they're effective. If they work great; if not, we're dead" (p. 289).

Met het verhaal van een jonge vrouw, Acéphie Joseph, uit Do Kay<sup>1</sup> beschrijft Farmer op indringende wijze hoe deze dorpsamenleving te maken krijgt met de eerste

slachtoffers van AIDS en op welke manier armoede de bevolking extra kwetsbaar maakt voor ziekten als deze. AIDS, of het creoolse woord 'sida', is nog maar nauwelijks doorgedrongen tot de woordenschat van de Haïtianen als Farmer in 1983 gaat werken in het 'water refugee' dorp Do Kay. Dit dorp dankt zijn bestaan aan een Amerikaans ontwikkelingsproject, een waterkrachtcentrale ter opwekking van elektriciteit. De boeren, landloos achtergelaten toen hun vallei een stuwmeer werd, waren genoodzaakt de bergen in te vluchten.

Achéphie is 19 jaar oud wanneer ze haar eerste seksuele relatie aangaat. Haar vriend verkrijgt zijn inkomen als soldaat en is gestationeerd bij de stuwdam. Kort na hun ontmoeting wordt hij ziek en sterft aan de 'sent sickness' zoals de bevolking de nieuwe aandoening verklaart. Op zoek naar een 'moun prensipal', een man die haar helpt in haar onderhoud en dat van haar familie te voorzien, vertrekt ze naar de hoofdstad Port-au-Prince. Als huishoudster bij een Amerikaans diplomatengezin ontmoet ze een jonge man uit haar dorp die taxichauffeur is. Wanneer Acéphie in verwachting raakt, wordt ze ontslagen. Haar werkgever vindt een zwangere bediende niet praktisch. Teruggekeerd in Do Kay doen zich na de geboorte van haar kind de eerste symptomen van AIDS voor. Ook haar dochtertje heeft last van veelvuldig terugkerende infecties. Achéphie realiseert zich dat ze aan AIDS lijdt en sterft in 1992 op 27-jarige leeftijd.

Mensen zoals Yolande Jean, Chouchou Louis en Acéphie Joseph zijn volgens Farmer "caught up in systems that link them to far-off places." Hun levens werden vernietigd door toedoen van Amerika's internationale politiek en de daarmee in stand gehouden belangenstructuur welke in kaart gebracht moeten worden als we hun lot willen begrijpen. Farmer benadrukt dat het noodzakelijk is de etnografie te overstijgen, willen we deze problematiek aan een diepgaande sociale en politieke analyse kunnen onderwerpen. Medisch antropologen dienen daarom te rade te gaan bij disciplines zoals epidemiologie, sociale geschiedenis en politieke economie. Grondige bestudering van deze bronnen is onderdeel van wat de auteur 'responsible materialism' noemt en de taak van een ieder "who would study an infectious disease that runs along the fault lines of our international order" (p. 332).

Mirjam van Ewijk

#### *Noot*

1. Paul Farmer, *AIDS and accusation; Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press, 1992.

Nicholas J. Fox *Postmodernism, sociology and health*. Buckingham: Open University Press, 1993. 183 pp., index. Prijs: £12.99 (paperback).

Fox tracht – naar eigen schrijven – in zijn boek nieuwe mogelijkheden voor een gezondheidssociologie te verkennen. Hij doet dit vanuit een postmodernistisch en post-structuralistisch perspectief, daarbij gebruik makend van werk van Derrida, Deleuze, Guattari, Kristeva en feministische theorieën. Gelijktijdig heeft de auteur de intentie

om, geïnspireerd door Eco's *Slinger van Foucault* te laten zien hoe de hedendaagse sociologie samen met andere disciplines de moderne opvattingen over gezondheid, ziekte en genezing tot stand heeft gebracht. Vanuit de idee van 'een politiek van zorg' onderscheidt de auteur een tweetal opvattingen van gezondheidszorg binnen de sociologie: een moderne en een postmoderne opvatting. De eerste houdt zich bezig met processen van controle, macht en bezit van het subject. Fox maakt zeer duidelijk dat hij deze vorm negatief waardeert. Vandaar ook zijn pleidooi voor een postmoderne opvatting van gezondheidszorg binnen de sociologie waarin ethisch-politiek engagement met gezondheidszorgpraktijken voorop staat. Dit pleidooi voor ethisch-politiek engagement moet medisch antropologen en sociologen die *De medisch antropoloog als verteller en vertaler* (1991) van Richters kennen niet onbekend in de oren klinken. Maar waar Richters min of meer afstand doet van een postmodernistische wetenschapsopvatting vanwege een soms extreem relativisme, ziet Fox de noodzaak tot ethisch engagement juist als een van de voordelen van de postmodernistische reflexiviteit van een sociale theorie. Dit leek mij een interessant uitgangspunt.

Het uitgangspunt van Fox' 'postmodern social theory of health' (PSTH) is de 'politics of health-talk'. Zoals gebruikelijk is in postmoderne theorieën is taal de kern van de studie, omdat men in deze theorieën aanneemt dat er buiten de taal geen werkelijkheid bestaat. De focus van het boek is dan ook het discours over het lichaam en de consequenties hiervan voor macht, controle en kennis. Een PSTH houdt dan de volgende thema's in: een exploratie van de discours en discursieve praktijken van mensen met inachtneming van verschillen en weerstanden; het belang van de vorming van subjectiviteit door discours, kennis en macht, waarbij macht wordt opgevat als een positief opbouwende activiteit; het belang van het onderdrukte en onbewuste in relatie tot verlangen en discours; het belang van de intertextualiteit en reflexiviteit en – tot slot – scepticisme ten aanzien van sociale structurering, organisatie en continuïteit. De opsomming van deze thema's in de inleiding wekken het vermoeden dat alle registers van het postmodernisme in dit boek worden opengetrokken. Dit is hetgeen mij na lezing van het boek irriteert. Maar nu eerst de feitelijke inhoud.

Het boek heeft drie delen en een inleiding. In de laatste zet Fox zijn perspectief uiteen en bekritiseert de moderne tegenhanger. Zijn betoog wordt in het kort weergegeven in een tabel, waarin hij de antwoorden van het postmodernisme op allerlei 'centrismen' (logo-, fono-, etno-, fallo- en egocentrisme) van de moderne sociologische gezondheidstheorie zet. In de inleiding zet de auteur tevens zijn perspectief op het lichaam uiteen. Voor hem is het lichaam in eerste instantie een sociaal gegeven, dat vorm krijgt in de taal.

Het eerste deel (hoofdstuk 2 en 3) gaat in op macht en inschrijving van het lichaam in een modern discours over ziekte. Fox geeft in hoofdstuk 2 een korte bespreking van het werk van Foucault, speciaal over diens notie van de medische controle over het lichaam, en van het werk van Deleuze en Guattari, speciaal over hun idee over het verlangen, dat deze auteurs niet opvatten als een ontbreken van ... of een tekort, maar als een positieve kracht in een discours. Fox toont hoe het lichaam in allerlei discoursen wordt ingeschreven. Het lichaam is dan een 'body without organs': een niet-organische, politieke buitenkant die wordt gevormd door macht in de Foucaultiaanse betekenis, het

verlangen en positieve investering van het libido. Gezondheid en ziekte zijn volgens Fox aspecten van macht en kennis, die worden ingeschreven in het lichaam 'without organs'.

Hoofdstuk 3 gaat in op het postmodern perspectief op de organisatie van de gezondheidszorg. Fox verwerpt de structuralistische sociologie van organisaties. Met een case studie over ziekenhuisrondes van een chirurg laat de auteur zien dat organisatie meer een discursieve strategie is en dat organisatie een antwoord is op macht en belangen. Ik meen overigens dat de werkelijkheid van de organisatie veel complexer is dan Fox ons wil doen geloven in zijn case studie. Fox geeft slechts fragmenten weer van gesprekken tussen een chirurg en patiënten. Dat is het microniveau. Op dit niveau is het wel duidelijk dat dokters en patiënten gezamenlijk de werkelijkheid van macht en belangen maken. Maar, zo kan men zich afvragen, hoe zit het met de inschrijving van dokters in het machts- en belangendiscours? Is hij als het op organisatie aankomt niet ook een 'body without organs'? Wat zijn zijn persoonlijke claims op waarheid of macht waard ten overstaan van andere niveaus in de gehele gezondheidszorgstructuur?

Deel 2 (hoofdstuk 4 en 5) bevat een exploratie van de manier waarop een PSTH in staat is de mogelijkheden van weerstand tegen het gangbare discours over het lichaam te conceptualiseren. Hiervoor richt de auteur zich op de zorgrelaties die door herhaling aan elkaar gelijk worden gemaakt en gelijkenis vertonen met de oedipale vader-kindrelatie. Voor zijn exploratie maakt Fox gebruik van het verlangen in Lacaniaanse betekenis (eenvoudig gesteld: iets willen dat verloren is) en in de zin van Deleuze en Guattari (het verlangen als positief richtinggevende kracht). Met deze versies van het verlangen kijkt Fox naar de rol van de zieke zoals die door Parsons is beschreven. De auteur laat zien hoe professionele zorg gevat is in een politiek van herhaling, identiteit en overeenkomst. Professionele zorg vanuit een modern perspectief biedt, betoogt Fox, geen mogelijkheden tot exploratie van verschillen en weerstand in een discours over ziekte en gezondheid. In dit hoofdstuk slaat bij mij de verwarring toe, want hoewel het volgens Fox niet de bedoeling is om een sociologische studie over gezondheid en ziekte te schrijven, maar de mogelijkheden te verkennen voor een postmoderne sociologie van gezondheid en ziekte, wordt door de fragmenten van gesprekken tussen dokters en patiënten en de studies die worden genoemd, niet duidelijk in hoeverre herlezing van moderne sociologische studies vanuit postmodern perspectief nieuwe inzichten opleveren. Naar mijn idee zijn de fragmenten tekort om zo'n diepgaande analyse als die van Fox hard te maken.

Hoofdstuk 5 is boeiend. Hierin gaat de auteur eindelijk verder in op wat hij voor ogen heeft: de politiek van verzet tegen het gangbare gezondheidsdiscours en de wijze waarop deze politiek een plaats zou kunnen hebben in de gezondheidszorg. In een complexe discussie over dit verzet maakt de auteur gebruik van feministische en poststructuralistische theorieën. Vooral de idee van de gift (Cixous) staat centraal. Fox plaatst de giftrelaties tegenover de machtsrelaties die de sociologie tot nu toe heeft weten open te leggen. Hij suggereert dat deze relaties de basis vormen voor het verzet tegen discoursen zoals die binnen de gezondheidszorg worden gevoerd en mogelijkheden bieden voor een zorg waarin het lichaam van zieken niet in een bestaand discours wordt ingeschreven, maar een lichaam kan *worden*. Macht, discours en verzet zijn



functies van de vorming van een 'body without organs', dat wil zeggen: ze worden alle drie gevormd door de werking van de ene tekst op de andere (intertextualiteit volgens Derrida). Wat Fox voor ogen staat in een relatie binnen de gezondheidszorg is dat verhalen en verklaringsmodellen van de dokter net als die van patiënten moeten worden onderzocht. Hiervoor is aan de universiteit van Sheffield een postdoctoraal programma ontwikkeld (Stories at Work), waarin hulpverleners uit verschillende disciplines hun verhalen schrijven en analyseren. Fox pleit tegen overeenkomst en vóór het verschil. In het laatste deel van dit hoofdstuk laat Fox dan zien hoe een postmodern perspectief vragen oproept over de gezondheidszorg aan de hand van het Britse discours over 'community care'. De auteur stelt dan dat het niet duidelijk is, wat deze zorg inhoudt. Hij signaleert dat 'community care' is gebaseerd op nostalgische ideeën over de zorg van zieken, gehandicapten en ouderen; hij vreest grotere afhankelijkheid van zieken van hun familie en daardoor een versterking van de oedipale relatie; hij voorziet een nieuwe medische subdiscipline die politiek gecontroleerd kan worden, maar tegelijkertijd ziet de auteur ook mogelijkheden tot decentralisering van macht.

In het derde deel van het boek (hoofdstuk 6 en 7) gaat Fox nader in op praktische implicaties van een postmoderne benadering van gezondheid en gezondheidszorg. De auteur geeft een beschouwing over de politieke en ethische invloed van het postmoderne en enige strategieën voor praktische betrokkenheid.

In hoofdstuk 6 zet Fox de ethiek en politiek van het modernisme en postmodernisme tegenover elkaar. Hij gaat dan nader in op het in hoofdstuk 2 geïntroduceerde begrip 'arche health', waarmee hij de wording van de 'body without organs' bedoelt: een verzet tegen gangbare discourses en be-meestering van het lichaam. Het gaat niet zozeer om een definitie van gezondheid en ziekte te geven, maar meer om de wijze waarop deze termen discursief worden gebruikt. Naar mijn idee is dit hoofdstuk heel goed los van de overigen hoofdstukken te lezen.

In hoofdstuk 7 maakt Fox met behulp van verschillende onderwerpen betreffende gezondheid en gezondheidszorg de relatie tussen politieke betrokkenheid en de micro-politiek van inschrijving en verzet duidelijk. Hij illustreert dat met een discussie over de discursieve praktijken van medische technologie en pijn, twee bekende onderwerpen voor medisch antropologen en sociologen. Medische technologie bijvoorbeeld heeft een discours aan het al bestaande (klinische expertise) toegevoegd en maakt zo de waarheid van bestaande discourses groter. Dit inzicht is niet nieuw, Foucault heeft hier eerder over geschreven. Moderne sociologische theorieën, zoals het sociaal constructivisme, hebben volgens de auteur weliswaar het sociale karakter van het medisch technisch discours aangetoond, maar een postmoderne benadering bestudeert het *hoe* van het technisch discours. Dat wil zeggen: de wijze waarop zo'n discours claims op de bruikbaarheid van medische innovaties geaccepteerd krijgt of erin slaagt die innovaties te bevragen. De benadering bestudeert ook de rol die expertise, professionaliteit, controle, herhaling en bezit speelt, aldus Fox.

Het boek is tamelijk gecompliceerd. In het begin sprak ik mijn irritatie uit. Deze wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door 'over-beschrijving' van de kernbegrippen die de auteur hanteert. Zijn cases en voorbeelden, soms uit eigen onderzoek, soms uit dat van anderen, zijn niet overtuigend genoeg om de argumentatie helder te maken. Ze zijn

minieme stukjes uit een complexere werkelijkheid. Niettemin maakt het boek postmoderne en poststructuralistische perspectieven heel toegankelijk. De lezer vindt bovendien een keur aan studies over onderwerpen van ziekte en geneeskunde die recent in de schijnwerpers staan. Het boek is geen 'aanrader', maar geeft een welkome en duidelijk beschreven aanvulling op wat op dit terrein is verschenen.

Els van Dongen

Paul van Gelder & Humphrey E. Lamur *Tussen schaamte en mannelijkheid. Seksuele relaties en beschermingsgedrag onder Marokkaanse mannen*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1993. 250 pp. Prijs: f 37,50.

Het bestaan van de AIDS-epidemie heeft voor een enorme onderzoeksexplosie in vele disciplines gezorgd. Ook de antropologie laat zich niet onbetuigd. Met behulp van haar specifieke benadering (micro/macro-analyse, diepte-interviews, theorieën en analyses van 'cultuur') kan zij bijdragen aan AIDS-onderzoek, gericht op het begrijpen van seksualiteit. Deze kennis is, naast die uit andere wetenschappelijke benaderingen, nodig om de samenleving beter in staat te stellen de epidemie onder controle te krijgen.

Deze gedachtengang is duidelijk terug te vinden in het werk van Paul van Gelder, een antropoloog die samen met Humphrey Lamur onderzoek heeft gedaan naar het seksuele gedrag van Marokkaanse mannen in Nederland. De opzet van dit verkennend onderzoek is om een 'van binnenuit'-verslag te maken van het 'sociaal-seksuele' gedrag van Marokkaanse mannen, en met name om inzicht te krijgen in de mate waarin zij risico lopen besmet te raken met HIV. Hiertoe onderzochten zij in hoeverre de mannen zich bewust zijn van het infectiegevaar en de manieren waarop zij zich hiertegen beschermen. De opzet is met behulp van deze informatie AIDS-voorlichting aan te passen aan de 'seksuele cultuur' van Marokkaanse mannen. Bovendien zouden er aanwijzingen bestaan dat er in bepaalde seksuele circuits van allochtonen risico bestaat op verspreiding van het AIDS-virus. Het is zonder twijfel van het grootste belang dat dit soort aanwijzingen nader onderzocht en op hun eventuele waarheid getoetst worden.

Het onderzoek verloopt langs vier sporen, te weten interviews met 46 mannelijke Marokkaanse respondenten, interviews met 15 respondenten die seksuele relaties hebben of hadden met Marokkaanse mannen, interviews met informanten (deskundigen en bemiddelaars) en veldwerk (participerende observatie in buurthuizen, op stations). Het veldonderzoek vond plaats in de periode van december 1990 tot augustus 1992.

De 46 mannen die hun medewerking verleenden, vormen een zeer diverse groep. Ze zijn van Marokkaanse afkomst, tussen de 15 en 50 jaar oud, seksueel actief en wonen in een van de vier grote steden in de randstad. De onderzoeker stelt met klem dat deze samenstelling absoluut niet representatief is voor Marokkaanse mannen in deze leeftijdscategorie in Nederland. Door zoveel mogelijk respondenten van verschillende achtergronden en uiteenlopende belevingswerelden aan het woord te laten, is de bedoeling een zo veelkleurig mogelijk beeld van 'de mannelijke Marokkaanse seksualiteit' te schetsen. De onderzoeker was met name op zoek naar mannen met wisselende

sekscontacten, waardoor er naar verhouding veel ongehuwden/alleenstaanden (20 respondenten) en prostitués (8 respondenten) deel uitmaken van de onderzoekspopulatie. Bijna een kwart van de groep is harddruggebruiker. Elf mannen hebben of hadden ooit sekscontact met andere mannen.

In de conclusie blijkt dat van deze groep van 46 Marokkaanse mannen 14 'objectief risico' op besmetting met HIV hebben gelopen in een periode van een half jaar voorafgaand aan het onderzoek. Vergelijking met landelijke cijfers is volgens de schrijvers niet goed mogelijk, juist vanwege de afwijkende samenstelling van de groep.

Het viel niet mee om Marokkaanse mannen voor een interview over seksualiteit te vinden. In hoofdstuk 2 besteedt Van Gelder aandacht aan het probleem van bespreekbaarheid van seksualiteit en AIDS. Hij beschrijft enkele gevallen waarin het al veel moeite kost om sowieso in gesprek te komen met potentiële informanten. Het gaat in deze gevallen om jongens uit de prostitutie, die hij in openbare gelegenheden probeert te benaderen. Helaas doet Van Gelder op deze enkele beschrijvingen na, geen nadere uitspraken over de sfeer waarin de interviews plaatsvinden, of over de manier waarop hij er al dan niet in slaagt een relatie op te bouwen met zijn respondenten. Het zou interessant zijn om te weten waarom het zo lastig was Marokkaanse mannen bereid te vinden mee te werken aan dit onderzoek. Wie weigerden en op welke gronden? Was het probleem van bespreekbaarheid van seks de enige reden? Bij wie stuitte de onderzoeker op weerstand en waarom gebeurde dat? Wat vond de onderzoeker zelf moeilijk om te vragen?

Antropologisch onderzoek naar seksualiteit, waarbij de opdracht is om de betekenis van seksuele fantasie en werkelijkheid van de informant boven water te krijgen, staat of valt met het vertrouwen dat deze heeft in de onderzoeker. Dit kost niet alleen tijd en moeite, maar vereist ook speciale sociale vaardigheden als empathie, geduld, het vermogen om te luisteren als ook de moed om, weloverwogen, weerstanden te doorbreken bij de informant en zichzelf. Ik ben van mening dat het beantwoorden van bovenstaande vragen, geleid zou hebben tot waardevolle inzichten in de manieren waarop dergelijk vertrouwen al dan niet ontstaat.

Relatie alleen is niet voldoende. Cruciaal is om gezien de centrale probleemstelling de juiste vragen te stellen. Hierbij is interessant om te bekijken hoe de onderzoekers deze operationaliseren. Onder sociaal-seksueel gedrag verstaan zij de sociaal-seksuele interactie als zodanig (opgesplitst in benadering, overeenstemming, praktijk en afloop) en de seksuele technieken zoals toegepast tijdens het eigenlijke seksuele contact. "Primair seksueel" zijn al die technieken "waarbij sprake is van een opzettelijke beroering van geslachtsorganen, gewoonlijk met het oogmerk om klaar te komen. In secundaire zin zijn ook technieken als zoenen en strelen dikwijls seksueel te noemen, bijvoorbeeld als zij het voorspel vormen voor de toepassing van primaire technieken."

In het geschetste interactiemodel is geen plaats voor fantasie, gedachten, (dag)dromen, emoties of lust. Dat zijn mijns inziens belangrijke onderwerpen in een gesprek met informanten, omdat hier individuele motieven als ook conflicten met de heersende moraal te vinden zijn. De opzet van het gekozen model was "als aanvulling te dienen om tot een adequaat inzicht in de sociale dynamiek van de seks te komen." In het boek kom ik voornamelijk dit model tegen en mis ik de rest.

Het is jammer dat Van Gelder niet enkele interviews in hun geheel presenteert. In plaats daarvan heeft hij ervoor gekozen fragmenten uit de interviews door de tekst heen te weven. De eigen belevingswereld van de geïnterviewde mannen zou zo beter tot uiting komen. De respondenten zelf blijven echter onherkenbaar omdat ze vaag omschreven worden als een goed-opgeleide dertiger of als tiener. Het wordt hierdoor niet duidelijk of een en dezelfde persoon diverse malen in het boek aan het woord komt, of dat het steeds iemand anders betreft. Het verband tussen de persoon en zijn uitspraken gaat geheel verloren. De stukjes tekst dienen daarbij voor zichzelf te spreken, hetgeen niet altijd het geval is. Soms is een uitspraak voor velerlei uitleg vatbaar, ook omdat zoveel mogelijk recht is gedaan aan de spreektaal, en prikkelt deze de nieuwsgierigheid, zonder hem te bevredigen.

Door niet in te gaan op de context waarin uitspraken gedaan zijn, mist Van Gelder de kans deze uitspraken verder te analyseren. Op deze manier kan hij niet anders dan een oppervlakkig beeld schetsen van de wisselwerking tussen de beleving van de persoon en de cultuur waar hij deel van uitmaakt.

Op basis van dit onderzoek is het niet mogelijk uitspraken te doen over de mate waarin Marokkaanse mannen riskant 'sociaal-seksueel' gedrag vertonen, en of ze daarin verschillen van andere groepen. Hieruit zijn een aantal conclusies trekken. We kunnen ons afvragen of 'het-Marokkaan-zijn' zo bepalend is voor de verschillende seksuele handelingen die in dit boek beschreven worden. De onderzoekers menen dat er geen significant verband bestaat (p. 222-3), en doen aanbevelingen omtrent een indeling van de doelgroep in subgroepen, zodat de AIDS-voorlichting nader toegespitst kan worden. Deze subgroepen verschillen echter niet van andere reeds bestaande categorieën van groepen waarop de AIDS-voorlichting zich richt (jongeren, druggebruikers). Een andere gedachte is dat het onderzoek van meet af aan mogelijk verkeerd is opgezet, uitgevoerd en geanalyseerd. De nadruk op risicovol seksueel gedrag, de manier van operationaliseren, de onevenwichtige samenstelling van de onderzoekspopulatie en het gebrek aan analyse van het verzamelde materiaal, hebben een resultaat met weinig diepgang opgeleverd. Dat is jammer, want antropologen zouden door hun specifieke benadering een uitstekende bijdrage kunnen leveren aan AIDS- en seksualiteitsonderzoek.

Jetske Bijdendijk

Claudine Herzlich & Jeanine Pierret *Illness and self in society*. Baltimore/London: The John Hopkins University Press, 1987. 271 pp.

Het in 1984 door Payot in Parijs gepubliceerde *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui* intrigeerde me destijds al door de mooie titel. Gelukkig worden belangwekkende werken uiteindelijk wel vertaald in het Engels, zodat deze voor een groter publiek toegankelijk worden. Het boek is voor een groot deel historisch. Het blijft daardoor even waardevol nu dan tien jaar terug. De opzet is na te gaan hoe in verschillende perioden en verschillende samenlevingen ziekte en zieken een eigen vorm en inhoud hebben. Bovenal laten de beide auteurs, onderzoekers aan het Centre National de la

Recherche Scientifique in Parijs, zien hoe zieken de aanwezigheid van ziekte in hun eigen lichaam betekenis geven. Ze verduidelijken door het hele boek heen dat er sprake is van een overeenstemming tussen de biologische en sociale orde, die af te lezen is van de zieke lichamen en de ziekten.

Het boek bestaat uit drie delen: *Diseases and their victims*, *Reading and interpreting disease* en *Identities of the sick*. De auteurs hebben gedurende meer dan twintig jaar in Frankrijk uitgebreid onderzocht hoe gewone mensen over ziekte en gezondheid praten. Volgens hen kan dit zonder een lange-termijn perspectief niet worden begrepen. Het spreekt vanzelf dat het nu onmogelijk is om te weten te komen, hoe gewone mensen in het verleden daarover dachten. Om dit probleem zo goed mogelijk te ondervangen maken zij zeer fraai gebruik van bekende, maar ook voor Engelstaligen niet zo bekende literaire teksten over die ervaringen van ooggetuigen uit de periode van de middeleeuwen tot onze tijd.

In het verleden was ziekte een collectief gegeven. Het overkwam mensen in grote getale en het leidde tot grote onrust. Maar ziekte was ook iets dat bij een transcendente orde hoorde, los van sociale relaties. In die zin was er geen behoefte om over ziekte na te denken; het beeld van stervende, zondige was voldoende. Beschrijvingen van ziek zijn in de tijd van de grote epidemieën zijn schaars. Zieken hadden niet veel tijd voor ervaringen met de ziekte, omdat de dood er te snel op volgde. Pas in de periode van TBC-epidemieën kon de zieke zich bewust worden van zijn naderende dood. De aandacht verschoof van ziekte als straf, als kwaad, naar ziektes die af te lezen zijn aan het lichaam. Nu zijn dergelijke massale ziekten te genezen door vaccinatie. Het beeld leeft nog wel in onze herinnering, maar we hoeven er niet meer bang voor te zijn.

De collectieve ziekteperiode ligt achter ons, tenminste in onze Westerse wereld. Ziekten als kanker treffen mensen niet collectief. Ziekte is een individueel mankement geworden. Ziek zijn is een aparte status; ziekte herstructureert de relaties die zieken in de samenleving hebben. Zij zijn bijvoorbeeld wettelijk ontheven van hun plichten om deel te nemen aan het arbeidsproces.

Herzlich en Pierret zetten zich af tegen een geschiedenis van de geneeskunde die veelal als een lineaire evolutie wordt gepresenteerd, alsof het door de jaren heen om dezelfde noties, waarden en instituties gaat. De taak die zij zich stellen, is de lezer te doordringen van "the reciprocal manner in which the sick experience their state, express it and organise it and the collective discourse that sets up the scheme of biological misfortune and gives it meaning." Het resultaat is een boek waarin het lichaam centraal staat, van een lichaam waarvan geleerde geneesheren aanvankelijk de symptomen interpreteerden tot lichamen gereguleerd door medische inmenging.

Hun presentatie van de vele en diverse gegevens waarover zij beschikken, maakt de complexe relatie tussen de betekenissen van ziekte voor mensen en de verklaringen die in de samenleving de ronde doen, inzichtelijk. Ziekte is een constructie en ziek zijn is niet te reduceren tot een fysiek, objectief of natuurlijk verschijnsel. Ziek zijn is een sociaal gebeuren bij uitstek.

Verschillende verklaringen van ziekte hebben verschillende morele implicaties, van de zondigen, de slachtoffers van de microbe die zonder aanzien des persoons aanvalt, tot het zoeken van schuld in de leefstijl van mensen in onze tijd waarin chronische ziekten zo bepalend zijn. Herzlich en Pierret zijn geïnteresseerd in de

fenomenologie van ziekte-ervaringen en de morele implicatie van ziekteclassificaties. Daarmee leveren zij een belangrijke bijdrage aan de hedendaagse sociologie van gezondheid en ziekte.

*Illness and the self in society* past in een heel genre van met name Engelstalige sociologen als Bryan Turner. Voor de leek is zijn lichaam vol betekenissen, voor de medicus is het materiaal waarmee hij werkt. De samenleving heeft deel aan het ontwikkelen van de identiteit van de zieke, van een lot dat mensen massaal trof tot een mens met een beschadigd lichaam. Maar doordat het lichaam meer centraal komt te staan, wordt het ook meer gezien als menselijk kapitaal: een lichaam dat moet werken. Dan zien we ook dat de samenleving zich verplicht om het zieke lichaam te herstellen, hetgeen in wettelijke regels terug te vinden is. Het lichaam heeft het recht om ziek te zijn, maar het individu heeft de plicht er zelf ook zoveel mogelijk aan te doen om het lichaam gezond te houden. "The condition and the identity of the sick, the place that is assigned to them in the social space and in the collective consciousness fit into the value system of each society, the body of knowledge it develops and the caretaking institutions it puts into place." Wij zijn verantwoordelijk voor ons lichaam en als wij er niet goed voor zorgen en ziek worden komt de schuldvraag op tafel.

Het lichaam als betekenis voor het sociale staat volop in de belangstelling, getuige het themanummer van *Medische antropologie* 6(1) over zintuigen. Tegelijkertijd zien we in dit boek naar voren komen, dat er weer meer aandacht is voor de lekencultuur als een, hoewel nauw verbonden met het medische, eigen kennissysteem met eigen logica en eigen wijsheid. Herzlich en Pierret laten in de weergave van hun interviewdata steeds zien hoe gewone mensen hun ziekte en hun lichaam verwoorden. Ze maken expliciet dat deze alledaagse logica van invloed is op de medische kennis en niet alleen een afgeleide ervan is.

Er kan nu zoveel aan het lichaam gesleuteld dat we ons biologisch lot om uiteindelijk te sterven voor ons uit hebben geschoven. Ook al zijn de verhalen van de informanten over ziekte en hun zieke lichaam heel verschillend van de rapporteurs uit vroegere eeuwen die zij daarover hebben geraadpleegd, Herzlich en Pierret vestigen terecht de aandacht van de lezer op het continue in de noties van die informanten, zoals het spreken over lotsbestemming of de wil van hogerhand, zeker bij hen die het einde van hun leven zien naderen. Morele connotaties zijn van alle tijden.

Het lange-termijn perspectief is uitermate nuttig om de complexe relaties tussen ziekte, het zieke lichaam en de samenleving te schetsen. Relaties verschillen per periode en per samenleving, maar zijn in een perspectief gezet dat tevens de continuïteit in die samenhang door de eeuwen heen belicht, namelijk dat mensen ideeën hebben over ziekte en over hun lichaam en dat zij altijd zoeken naar een betekenis van hun lijden. Het kan zeer verfrissend zijn even geen aandacht te hebben voor debatten over keuzen in de zorg, ethische kwesties en inrichting van de gezondheidszorg. Dit boek doet de lezer realiseren dat het, waar dan ook en wanneer dan ook, in de gezondheidszorg eigenlijk gewoon gaat over mensen die op zoek zijn naar wat hun zieke lichaam sociaal betekent.

P. Verbeek

E.V. Hueting & A.M.F. Dessing *Tuberculose. Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland*. Zutphen: Walburg Pers, 1993. 166 pp. Prijs: f 37,50.

In januari 1993 wordt een scholier met tuberculose bij de GGD in Harlingen gemeld. Een maand later volgt de opname van een kleuter met tuberculose in een Harlinger ziekenhuis. De moeder van het kind blijkt de ziekte eveneens te hebben en in maart volgt de opname van nog een volwassene. Eind april zijn 300 mensen in de directe omgeving van de patiënten onderzocht door de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGDen in de regio. Men vindt in deze groep 18 gevallen van besmetting. Betreffende personen blijken een actief sociaal-cultureel leven gemeen te hebben. In juni start een uitgebreid opsporingsonderzoek naar de besmettingsbron. Onder de contactpersonen bevinden zich ook werknemers van de plaatselijke scheepswerven: tijdelijke arbeidskrachten voornamelijk afkomstig uit Engeland en Schotland. Inmiddels heeft het merendeel van hen Nederland al weer verlaten en bemoeilijkt het ontbreken van een vaste verblijfplaats het achterhalen van deze mensen. In oktober 1993 wordt echter, in een Engels ziekenhuis, een patiënt met tuberculose gevonden die met behulp van een nieuwe technologie (DNA-fingerprint) geïdentificeerd kan worden als de bron van de epidemie. Deze afwikkeling geeft aan dat de hedendaagse tuberculosebestrijding een goed functionerend, internationaal, opererend netwerk vereist.

In het vorig jaar verschenen *Tuberculose. Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland* schetsen de politicoloog Ernest Hueting en de historica Anges Dessing, de ontwikkeling van het denken over en de praktijk van tuberculosebestrijding in Nederland tussen 1900-1990. Het boek, dat uitkwam ter gelegenheid van het negentigjarig bestaan van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose (KNCV), geeft ons een beeld van de manier waarop openbaar en particulier initiatief een bijdrage hebben geleverd aan de bestrijding en controle van tuberculose in Nederland.

Aan het begin van deze eeuw was er in Nederland nog nauwelijks sprake van een georganiseerde aanpak van de tuberculose. Tienduizenden mensen leden destijds aan de witte pest of tering, zoals de vaak fatale aandoening ook wel werd genoemd. In tegenstelling tot landen als Zwitserland, Oostenrijk, Duitsland, Engeland, Italië, en Frankrijk, kwamen in Nederland de eerste sanatoria pas na 1900 van de grond. Toch bestond er toen al op internationaal niveau consensus over de belangrijke rol van sanatoria als behandelingsinrichting voor tuberculosepatiënten. Het eerste particuliere sanatorium, Huis Overweg, werd gesticht in Heiloo. Spoedig volgde de oprichting van zogeheten Volkssanatoria voor de Werkende Klasse in andere delen van het land. Tevens onderkende men de noodzaak van zogenaamde centrale bureaus, punten van waaruit de strijd tegen tuberculose gecoördineerd kon worden. In navolging van Frankrijk werd het eerste consultatiebureau in Rotterdam in 1903 opgericht. België, Italië, Rusland, Portugal en Duitsland waren Nederland al voorafgegaan.

Kort daarop richtten drie particuliere organisaties (Hellendoorn, Hoog-Laren en Rotterdam), de Nederlandse Centrale Vereniging (NCV) op. De NCV was vanaf dat moment het middelpunt van de tuberculosebestrijding. Dit nam niet weg dat in het Nederlandse bestrijdingsapparaat zich al snel een tendens aftekende tot fragmentatie

en verzuiling. Kruisverenigingen van verschillende signatuur ontstonden, zoals de openbare (Groene Kruis), de katholieke (Wit-Gele Kruis), en de protestants-christelijke (Oranje-Groene Kruis) met ieder hun eigen pleitbezorgers in het parlement. Tegen deze achtergrond moet de geschiedenis van de tuberculosebestrijding in Nederland dan ook worden begrepen.

Onder invloed van de ideeën van Nederlandse hygiënisten, zoals de sociaal-geneeskundige Pruys van der Hoeven, nam de belangstelling bij de politieke elite voor volksgezondheidsvraagstukken toe, wat in 1907 leidde tot de oprichting van de Centrale Gezondheidsraad. De raad had de taak als knooppunt te fungeren van politiek en samenleving op het gebied van de volksgezondheid. Dit had echter niet direct grote consequenties voor de tuberculosebestrijding.

Tijdens de Eerste Wereldoorlog was de bestrijding van de tuberculose, hoewel gesubsidieerd, nog steeds in handen van particuliere verenigingen, maar daar kwam verandering in. Het toegenomen aantal tuberculosepatiënten (waaronder veel oorlogsvluchtelingen uit België,<sup>1</sup> de politisering die zich in arbeiderskringen voltrok, de invoering van het algemeen kiesrecht en de staatsinvloed op de tuberculosebestrijding in de omringende landen, waren factoren die ertoe bijdroegen dat de Nederlandse overheid snel haar passieve opstelling met betrekking tot de tuberculosebestrijding moest loslaten. Zo stelde het SDAP Tweede-Kamerlid Schaper, die tevens bestuurslid was van de NCV, dat met name de sociale omstandigheden waarin de arbeiders leefden tijdens de oorlogsjaren bepalend waren voor de toename van het aantal tuberculose patiënten. Hij vond dat de staat op korte termijn maatregelen moest nemen om de arbeidersklasse te beschermen tegen de tuberculose en daarbij niet alleen moest vertrouwen op de inzet van particuliere verenigingen. Verkorting van de arbeidsdag, het tot stand brengen van goede sociale verzekeringen, goede huisvesting, betaalbare gezondheidszorg en de verhoging van subsidie voor de tuberculosebestrijding achtte Schaper noodzaak. Op veel van deze punten vond de SDAP-er de medische deskundigen aan zijn zijde en de elementen geld, visie en samenhangend beleid inzake de tuberculosebestrijding werden rond 1920 aangereikt door de overheid, waardoor het accent van de financiering van de voorzieningen geleidelijk verschoof van liefdadigheid naar subsidiëring door de staat.

In 1933 zorgden de tuberculose-explosies op Terschelling en in het Friese dorpje Ee, voor een versnelling in de ontwikkeling van het beleid. Een wettelijke verplichte tuberculosekeuring werd ingesteld en in samenspraak met de gezamenlijke werkgevers- en werknemersorganisaties werd bij de onderwijsinstellingen en bij grote bedrijven zoals Philips, de PTT en de Nederlandse Spoorwegen, het voltallige personeel doorgelicht. Bij verdenking van tuberculose werd een zogenoemde voorwaardelijke besmettingsverklaring afgegeven waar, vanwege de sociaal-economische consequenties die dit met zich meebracht voor de betrokkenen, veel weerstand tegen bestond.

Bij een dergelijk stand van zaken is het begrijpelijk dat de overheid zich uiteindelijk concentreerde op enerzijds de preventie van de infectieziekte en anderzijds het zo efficiënt mogelijk maken van de behandeling en nazorg, en hierbij het netwerk van consultatiebureaus bij de bestrijding van tuberculose te betrek. Massaal röntgenonderzoek van de longen, reeds zes jaar bepleit door Duitse onderzoekers, maakte een snellere opsporing van tuberculose vanaf 1935 mogelijk.



De funeste gevolgen van de Tweede Wereldoorlog voor de tuberculosebestrijding worden duidelijk in de grote toeloop op de sanatoria vlak na de capitulatie van Nazi-Duitsland. Onder hen vele concentratiekampslachtoffers uit Duitsland en Japan, voor wie het strenge regime in de sanatoria zwaar viel. Dit, tezamen met het chronische plaatsgebrek in de sanatoria en de vele gevallen van besmetting onder het verplegend personeel, maakten een heroriëntatie op ziekte en behandeling noodzakelijk. Na de Duitse bezetting was immers een doeltreffende therapie voor de tuberculoselijders nog niet aan de orde. Patiënten waren aangewezen op een kuur van rust, frisse lucht en dieetvoorschriften. Deze langdurige bedverpleging vond plaats in een dagverblijf, draaibare veldtentjes, weiland of huiskamer. Vaccinatie tegen tuberculose was experimenteel, evenals de operatieve ingrepen, zoals de 'collapstherapie' die de zieke long liet samenklappen teneinde deze inactief te maken.

Met het beschikbaar komen van medicijnen na 1950 leken veel van de problemen van de tuberculosebestrijding te zijn opgelost. Toch is het niet alleen aan de medische vooruitgang te danken dat het aantal tuberculosegevallen drastisch teruggedrongen werd, maar ook aan de verbetering van de levensomstandigheden onder een belangrijk deel van de Nederlandse bevolking. Epidemiologisch gezien had de neergaande tendens van de tuberculose-curve zich al ingezet vanaf het einde van de negentiende eeuw, nog voordat de tuberkelbacil door de Duitse bacterioloog Robert Koch in 1882 werd ontdekt.

Verdere terugdringing van tuberculose in de zestiger en zeventiger jaren wordt gerealiseerd door een goed functionerend netwerk van tuberculosebestrijders, waaronder overheid, (para) medische-beroepsgroepen, belangengroepen en particulier initiatief. Hierbij speelden consultatiebureaus een belangrijke stimulerende rol bij opsporing, behandeling, begeleiding en bewaking van de infectieziekte. Het herstructureringsprogramma dat in het kader van de reorganisatie van de gezondheidszorg in de tachtiger jaren in gang werd gezet, maakte echter een einde aan de zelfstandigheid van deze particulier georganiseerde bureaus. De huidige integratie van tuberculosebestrijdingsdiensten in de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGDen) moet een kwalitatief hoogwaardig en efficiënt apparaat voor de tuberculosebestrijding in de naaste toekomst veilig te stellen.

Dit is in grote lijnen het verhaal van *Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland*. Ondanks de verdiensten van de auteurs ons een helder beeld te geven van de vele inspanningen van particuliere verenigingen en overheid, de daarbij ontstane conflicten en belangenstrijd rond de behandeling en de preventie van tuberculose, stelt het boek in bepaalde opzichten wat teleur.

Vooropgesteld moet worden is, dat de opgenomen verhalen van ex-patiënten, hun naaste omgeving en hulpverleners die vertellen over hun ervaringen met tuberculose en de tuberculosebestrijding, zeer indrukwekkend zijn. Voor velen van hen is de confrontatie met tuberculose één van de meest ingrijpende gebeurtenissen geweest in hun leven.

De bestrijding van tuberculose heeft naast medische en individuele, overduidelijk sociale en politieke kanten. Daarom zou de geschiedenis van de strijd tegen tuberculose ons veel kunnen leren over de sociale geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen. Helaas komt dit niet echt uit de verf. Hoewel *Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland* de samenhang bespreekt tussen sociaal-economische

ontwikkelingen, politieke processen en ontwikkelingen op het gebied van de medische wetenschap en de gezondheid besproken, gaat het niet specifiek in op de vraag waarom tuberculose juist nu weer de kop opsteekt. Ondanks de groei van medische kennis en het netwerk van de tuberculosebestrijding is er een verontrustende toename in het aantal tuberculosepatiënten onder risicogroepen, zoals dak- en thuislozen, drugverslaafden, AIDS-patiënten en asielzoekers, met daarnaast de ontwikkeling van medicijnresistente tuberculose. Dat tuberculose bij uitstek een sociale ziekte is en historisch te zien is als graadmeter voor sociaal-economische veranderingen blijft buiten beschouwing.

Een ander punt dat niet aan de orde komt, zijn actuele, ethische kwesties als geheimhoudingsplicht en geïsoleerde verpleging. Zo is een belangrijk succes in de jarenlange Nederlandse tuberculosebestrijding toe te schrijven aan de nadruk op de vrijwilligheid op basis waarvan het bezoek aan het consultatiebureau moest plaatsvinden. Sinds 1980 is tuberculose echter opgenomen in de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekte-oorzaken (WBIOZ) waarvoor aangifte verplicht is. Deze wet maakt tevens gedwongen opname mogelijk, als besmettelijke tuberculosepatiënten onwillig zijn om mee te werken aan hun behandeling. Welke consequenties deze maatregelen met zich mee gaan brengen voor de huidige tuberculoseproblematiek, zou interessant geweest zijn om wat langer bij stil te staan.

Huetting en Dessing pretenderen geenszins de geschiedenis van de tuberculosebestrijding te hebben geschreven en *Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland* is dan ook meer een jubileumboek geworden, dat goed leesbaar is mede door de overzichtelijke indeling en de vele foto's uit de archieven van de verschillende sanatoria. Het boek is vooral van belang voor degenen die verder willen kijken dan alleen de epidemiologie van de ziekte. Een omvattende sociale geschiedenis van de tuberculosebestrijding in Nederland moet echter nog geschreven worden.

Mirjam van Ewijk

#### *Noot*

1. F.N. Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding in Nederland 1900-1960*. Den Haag: KNCV, 1980.

Barbara Katz Rothman *In Labor: Women and power in the birthplace*. New York: W.W. Norton & Company, 1991 (eerste uitgave 1982). 320 pp. Prijs: \$10.95.

*The tentative pregnancy: How amniocentesis changes the experience of motherhood*. Idem, 1993 (eerste uitgave 1986), 288 pp. Prijs: \$9.95.

*Recreating motherhood: Ideology and technology in a patriarchal society*. Idem, 1990 (eerste uitgave 1989). Prijs \$10.95.<sup>1</sup>

Katz Rothman, socioloog, heeft een indrukwekkende lijst publikaties over zwangerschap, moederschap, verloskunde, medische technologie en vroedvrouwen op haar naam staan. Die lijst omvat drie boeken uit de jaren tachtig waarvan paperbacks zijn

verschenen en die in de jaren negentig enkele malen zijn herdrukt. Ik wil ze iedereen die belangstelling heeft voor bovengenoemde onderwerpen van harte aanraden.

Terwijl haar werk in het Duits is vertaald en in Engeland veel invloed heeft, is Katz Rothman in Nederland minder bekend. Nu ze begin 1995 als Fullbrighth profssor naar Groningen komt om een half jaar te doceren en onderzoek te doen, is het zinvol om, hoewel laat, haar boeken onder de aandacht te brengen. In het eerste, *In Labor*, wordt de Amerikaanse gemedicaliseerde bevalling in het ziekenhuis, beheerst door medisch specialisten, vergeleken met het baren thuis waarbij de moeder wordt gesteund door een vroedvrouw. Rothman geeft een systematische analyse van twee met elkaar botsende, tegenstrijdige perspectieven: de dominante medische aanpak van de gevestigde obstetrie en de 'low tech' benadering van de vroedvrouwen. De eerste is vrijwel exclusief gericht op het snel en efficiënt 'halen' van het eindprodukt: een perfecte baby. De moeder wordt daarbij niet zelden door pijnstillende middelen of totale narcose buiten spel gezet. Bijna 25% van alle baby's komt door middel van een keizersnede ter wereld, soms tegen de wens van de moeder in. In enkele gevallen heeft dat zelfs geleid tot juridische procedures waarbij een vrouw tot het ondergaan van de keizersnede werd veroordeeld. De in de rechtszaal optredende medici stelden de belangen van het ongeborn kind als strijdig met de wensen van de moeder.

Bevallingen in Amerikaanse ziekenhuizen verlopen in de meeste gevallen volgens een vast gestandaardiseerd patroon met gebruikmaking van een grote hoeveelheid technologie. Artsen nemen alle beslissingen en de berende vrouw heeft daarbij geen inspraak. Zwangerschap en bevalling worden gedefinieerd als 'diseaselike states' die medische behandeling niet kunnen ontberen. Door de nadruk te leggen op pathologie wordt het medisch 'management', waaronder de zeer vele interventies, gerechtvaardigd. Sommige interventies zijn het onvermijdelijke resultaat van aanwezige medische technologie, van de macht der dingen; andere komen voort uit economische factoren, zoals de tijdsdruk van artsen die in kortere tijd meer patiënten moeten behandelen.

Katz Rothman laat zien dat het Amerikaanse mechanistische beeld van het lichaam, als machine, automatisch leidt tot medische interventie. Net als andere machines dient het menselijk lichaam steeds 'verbeterd' te worden om sneller, handiger, efficiënter, economischer en met minder lawaai te kunnen functioneren. Ze legt de vinger op diverse 'vanzelfsprekendheden' van het obstetrisch model waarvoor rationele gronden ontbreken. Tegenstrijdigheden van het medisch paradigma worden aan de kaak gesteld en het vroedvrouwenmodel gepropageerd. Dat gaat uit van zwangerschap en bevalling als gezonde, normale fysiologische processen waarbij slechts in uitzonderlijke gevallen pathologie optreedt. De ideale plaats om te baren is thuis, in de eigen vertrouwde omgeving. De berende vrouw is de centrale figuur en er is alle aandacht voor haar beleving van de geboorte van haar kind. De vroedvrouw heeft een ondersteunende rol en het gebruik van medische technologie is minimaal.

Analyse van de twee perspectieven gaat gepaard met een schets van de opkomst van de Amerikaanse obstetrie, de medicalisering van zwangerschap en geboorte, en de ondergang van de vroedvrouw. Die geschiedenis was al eerder beschreven door Wertz en Wertz (1977). De bijzondere bijdrage van Katz Rothman is echter dat ze nauwkeurig het effect weergeeft dat het medisch model heeft op de praktijk van de verschillende

stadia van zwangerschap, geboorte en vervolgens het verzorgen van en omgaan met de nieuwe zuigeling. Zo is een belangrijk praktisch verschil met de Nederlandse situatie dat een vrouw die hier thuis bevalt, maar tijdens de baring toch naar het ziekenhuis moet worden vervoerd, daar op sympathie en medeleven kan rekenen, terwijl een Amerikaanse vrouw in dezelfde situatie de kans loopt zeer vijandig te worden bejegend en kan rekenen op verwijten over haar 'onverantwoordelijk' gedrag, haar poging om thuis te bevallen en zich daarmee te onttrekken aan het medisch regime.

*The tentative pregnancy* handelt over de heerschappij van de medische technologie en hoe technologische veranderingen leiden tot sociale veranderingen. Vruchtwaterpunctie bleek een revolutionaire betekenis te hebben voor het reproductieproces. Deze techniek werd oorspronkelijk gebruikt ten behoeve van rhesuskinderen, maar al gauw toegepast voor het opsporen van foetussen met het Down-syndroom. Bovendien kunnen honderden andere genetisch overgedragen ziekten worden ontdekt, zoals bijvoorbeeld sickle-cell anemie, afwijkingen als een waterhoofd en spina bifida (een open ruggetje). In de Verenigde Staten werd vruchtwaterpunctie aanvankelijk toegepast bij zwangere vrouwen van veertig jaar en ouder, later werd de leeftijdsgrens 35 en vervolgens 33 jaar. In Nederland wordt deze techniek gebruikt bij zwangeren van 35 jaar en ouder en bij hen die al een kind met een chromosomale afwijking hebben gehad of bij wie zo'n afwijking in de familie voorkomt. Wordt een afwijking geconstateerd dan is er geen therapie beschikbaar, de enige uitweg is abortus. De verschillende tests kunnen pas plaats vinden in de achttiende week van de zwangerschap en wordt er besloten om tot abortus over te gaan dan gebeurt dat tussen de twintigste en vierentwintigste week.

Door prenatale diagnostiek is de beleving van zwanger zijn totaal veranderd. Bevestiging van de eerste signalen van een gewenste zwangerschap is voor veel mensen niet langer reden tot vreugde en gelukwensen: het moet immers nog blijken hoe de conditie van de foetus is. De 'oudere' zwangere wacht nog een aantal onderzoeken die gepaard gaan met spanning en onzekerheid. De zwangerschap is nog slechts 'tentative', een poging die wellicht halverwege dient te worden afgebroken omdat de kwaliteit van de foetus onder de maat blijkt te zijn.

Het behoeft geen betoog dat deze medische technologie in tal van individuele gevallen een zegen kan zijn. Maar terwijl sommige ouders wellicht opgelucht zijn dat ze de geboorte van een gehandicapt kind hebben kunnen voorkomen, hebben velen te kampen met een intens verdriet (er is bovendien een groep die de selectieve abortus, die wordt aangeduid als 'preventive' en 'therapeutische' abortus, weigeren. Over die laatste groep vellen sommige medici en ethici een hard oordeel, zij betichten deze mensen ervan dat zij, door abortus af te wijzen, hun kind een handicap hebben 'aangedaan'. Het gaat hier echter om uitermate complexe beslissingen die het vermogen van veel mensen te boven gaan. Is abortus op grond van een handicap gerechtvaardigd? Bij welke handicap dient wel te worden ingegrepen en bij welke niet? Voor veel ouders is de aanwezigheid van het Down-syndroom, dat betekent dat het kind een mongooltje zal zijn, een duidelijk signaal dat abortus is geboden. Anderen reageren zeer heftig daartegen en ook van de kant van de zwakzinnigenzorg wordt veel bezwaar gemaakt tegen het aborteren van deze kinderen. Welke criteria moeten bij zulke besluiten gelden?

Vaak wordt gesteld dat de beslissing voor of tegen abortus afhankelijk moet zijn van het toekomstige lijden van het kind, maar hoe kan dat lijden van tevoren worden nagegaan en hoe kan het worden ingeschat als zodanig dat het leven onaanvaardbaar wordt geacht, niet waard om te leven? Er wordt wel gezegd dat geen enkele arts of deskundige voor of vlak na de geboorte kan voorspellen wat de kwaliteit van het leven van dit kind zal zijn en ook dat de kwaliteit van het leven van een mens met een gebrek, kind of volwassene, afhangt van de zorg die hij/zij krijgt en de wijze waarop zijn naasten en de samenleving met hem of haar omgaan. Daarbij zijn niet alleen vaders en moeders, maar ook de overheid en financiers in de gezondheidszorg betrokken. Dan is er het verdriet van ouders die met een gehandicapt kind door het leven gaan en de draagkracht van het gezin waarin het kind geboren wordt. Dat is niet van tevoren in te schatten. Er is een krachtige beweging gaande van mensen die er de nadruk op leggen dat ook gehandicapten recht hebben op een plaats in de samenleving. Katz Rothman wijst degenen die voor selectieve abortus kiezen zeker niet af, maar laat ook de stem horen van degenen die een andere mogelijkheid wensen. Ze schaart zich onder een categorie van radicale, kritische intellectuelen die zich baseren op het argument dat ook gehandicapten recht hebben op leven en zorg.

Het onderzoek dat aan dit boek vooraf ging omvat interviews met zwangere vrouwen en observaties van en gesprekken met degenen die vrouwen moeten voorlichten over de verschillende prenatale tests, de uitslag ervan doorgeven en, wanneer er een afwijking is geconstateerd, belast zijn met het contact met de ouders. *The tentative pregnancy* is een prachtig boek. Katz Rothman zelf zegt: "This book is about women's experiences with prenatal diagnosis, but it is about more than that. It is about motherhood and the meaning of human commitment. It is about choices. It is about loss and grief. It is about the world we are creating and what it is doing to us."

In *Recreating motherhood: Ideology and technology in patriarchal society* stelt Katz Rothman de ingrijpende veranderingen rond het moederschap ter discussie. Vrouwen die de menopauze al lang achter de rug hebben kunnen dankzij hormoonpreparaten nog een kind baren en zogen, financieel bemiddelde vrouwen kunnen een draagmoeder inhuren. Er bestaat een levendige handel in sperma, ova en adoptiebaby's en er worden ingewikkelde juridische conflicten uitgevochten over het ouderschap van pasgeborenen. De auteur laat zien hoezeer de Amerikaanse samenleving en de primaire relaties van de mensen die er in leven, worden beheerst door het patriërchaat, de technologie en het kapitalisme.

Het patriërchaat stelt de erfelijkheidsleer, het biologische vaderschap, genen, 'bloedbanden', centraal. Daardoor telt niet de relatie van een man tot de moeder van het kind, maar het feit dat het kind is verwekt door zijn sperma. Dat impliceert onder meer dat vaderschap dat het gevolg is van een eenmalig seksueel contact juridisch zwaarder weegt dan 'social fatherhood', het verzorgen, koesteren en groot brengen van een kind. Het benadrukken van biologisch vaderschap heeft tot geruchtmakende processen geleid. Toen Katz Rothman aan dit boek werkte volgden Amerikanen met rode oren de mediaverslagen van Mary Beth Whitehead, een draagmoeder die weigerde het kind dat ze baarde af te staan. Hoewel het contract met de adoptie-ouders dat ze had getekend

geen juridische waarde had, werd de baby na veel perikelen toegekend aan de adoptievader, op grond van het feit dat het sperma waarmee een arts de draagmoeder had bevrucht van hem afkomstig was. Dat telde zwaarder dan de zwangerschap en bevalling van de draagmoeder en de band die zij met haar dochter had ontwikkeld, zowel in de maanden voor de geboorte als daarna, toen ze met het kind was ondergedoken.

Door de centrale plaats van technologie wordt het lichaam opgevat als een machine en voortplanting als een mechanisch proces. Katz Rothman spreekt over de 'mechanical mother'. Een foetus kan nu ook buiten de baarmoeder groeien of in de baarmoeder van een draagmoeder ('surrogate mother') die voor haar diensten begin jaren negentig gemiddeld \$ 10.000 betaald kreeg ('to rent a womb!'). Technieken die waren bedoeld om onvruchtbaarheid op te lossen, worden gebruikt om wezen ter wereld te brengen, zoals een kind geboren uit het lichaam van een vrouw die in coma ligt en geen overlevingskans heeft en kinderen van vrouwen die zwanger zijn geworden door middel van inspuitingen met het ingevroren sperma van een overleden partner.

Katz Rothman laat zien hoe het patriërchaat samen met de verschillende uitwassen van de nieuwe reproductietechnieken en het kapitalisme van de vrije markt tot devaluering van het moederschap leiden. Voor de unieke band die ontstaat tussen moeder en kind tijdens de zwangerschap en de baring is geen aandacht. Het moederschap wordt gedefinieerd als werk ('cheap labor'), een vorm van dienstverlening. Door middel van prenatale diagnostiek is er een kwaliteitscontrole op foetussen en vrouwen worden met een zeker wantrouwen bejegend, want sommigen roken, drinken of leiden anderszins een leven dat het ongeboren kind niet ten goede kan komen. Katz Rothman laat de ironie zien van deze visie, die het krijgen van een gezond kind tot een individuele verantwoordelijkheid maakt, in een samenleving waar de armoede schrikbarende vormen heeft aangenomen, waar arme vrouwen disproportioneel veel 'premature' baby's krijgen en één op de vijf kinderen onder de armoedegrens leeft. Kapitalisme, aldus Katz Rothman, betekent dat aan alles een prijskaartje hangt, dat alles voor geld te koop is. Een baby is een 'waar' geworden, iets dat een vrouw kan produceren en verkopen en dat een variabele marktwaarde heeft. Op de adoptiemarkt is een tekort aan blanke kinderen en zwarte kinderen zijn er teveel. Op die markt is een blank jongetje meer waard dan een zwart meisje en is een kind met een handicap aan de straatstenen niet te slijten. Katz Rothman pleit voor een herwaardering van het moederschap, het erkennen van de unieke relatie tussen moeder en kind die al tijdens de zwangerschap kan ontstaan en een nieuwe vorm van vaderschap gebaseerd op 'nurturing'.

*Recreating motherhood* is een bijzondere combinatie van maatschappijkritiek, sociologische verbeeldingskracht en een mooie literaire stijl. Katz Rothman kreeg er in 1991 de Jessie Bernard Prize van de American Sociological Association voor.

Eva Abraham

#### Noot

1. *On labor* is ook verschenen als *Giving birth*, Penguin Books. Britse uitgave: Junction books. *The tentative pregnancy*: Penguin Books. Britse uitgave: Pandora Press. Beide boeken en *Recreating motherhood* zijn in het Duits vertaald, van *Recreating motherhood* is tevens een Japanse editie verschenen.

Sharon R. Kaufman *The healers tale. Transforming medicine and culture*. Wisconsin: University of Wisconsin Press, 1993. 354 pp. Prijs: £ 24.95.

De geneeskunde is er de voorbije decennia niet alleen in geslaagd om de dreiging van ziekte flink in te dijken, maar ze heeft ook onze traditionele opvattingen over leven en dood in de war gebracht. Discussies over de juridische status van het embryo, postmenopausale zwangerschap of therapeutische hardnekkigheid versus het recht op menswaardig sterven, zijn symptomatisch, omdat ze niet enkel nieuw zijn, maar ook omdat ze telkens op een aporie uitdraaien. De jongste ontwikkelingen in de medische wetenschap hebben geen kader gegeven om deze problemen te begrijpen. Kaufman stelt: "(...) unlike its precursors, contemporary medicine has not clarified our relationship with the natural world" (p. 12) en vervolgt: "The very speed with which innovations are produced and the authority with which they are employed makes society powerless to intervene" (p. 14). Helemaal in de lijn van de medische technologie verschuift men de problemen dan naar de ethici van wie men echter niet méér verdraagt dan hun, wat krakkemikkige, protocollen.

Het onderzoek van Sharon Kaufman staat stil bij het feit dat de geneeskunde hoofdzakelijk de afgelopen vijftig jaar ontwikkeling heeft doorgemaakt. Er lopen nog getuigen rond die deze evolutie hebben meegemaakt en opgroeiden in de tijd voordien. Hun verhalen helpen ons misschien "(...) to make explicit some of the tacit rules, values, developments, and definitions in the culture of medicine that have contributed to our current state of moral confusion" (p. 18).

Heel zorgvuldig koos ze daarom zeven artsen uit, die een vooraanstaande rol hebben gespeeld in de Amerikaanse geneeskunde, en die, ondanks hun hoge leeftijd, de vinnigheid bewaard hebben om op hun werk en de vermelde evolutie terug te kijken. Via uitgebreide interviews, voor elk van hen uitlopend over tenminste drie volle dagen, verzamelde ze hun levensverhalen. Na het geschreven verslag hiervan door hen nog te laten bewerken en goedkeuren, verdeelde ze de verhalen over vijf perioden, waarbij ze telkens de structurele overeenkomsten tussen de verschillende verhalen opspoorde.

Het resultaat is een opeenstapeling van anekdotes en beschouwingen van wisselende kwaliteit. Het valt niet te betwijfelen dat hier één voor één persoonlijkheden spreken omwille van hun prestaties en hun morele kwaliteiten. "Getting to know these doctors has enriched my own life tremendously", merkt de schrijfster in haar voorwoord op, en de lezer is tegen het einde van het boek bereid om dat te geloven. Elk van deze artsen vertelt hoe hij begon als student, zich vervolgens specialiseerde en met grote sprongen zijn loopbaan doormaakte. Tussendoor komen soms gevatte opmerkingen naar boven, telkens op zich de moeite van het overdenken waard, zoals: "Until you see the abnormal, you cannot possibly tell what the normal is" (p. 84) of "All you know, all you learned through study and experience, is nullified if the patient dislikes you" (p. 248). Soms wordt het verhaal verteld van een wetenschappelijke ontdekking met het elan van een spannend jongensboek, zoals Beesons' ontdekking van de overdracht van hepatitis via bloedtransfusies. Ook de persoonlijke tragiek en het zelf ondergaan van de geneeskunde als patiënt worden vermeld.

Méér van belang voor de opzet van het boek zijn echter de bedenkingen die deze artsen hebben bij de huidige geneeskunde. Alle zeven maken ze zich ernstig zorgen. Eén van hen twijfelt er zelfs over of hij nog voor dit vak zou kiezen. Er zijn vele redenen voor deze ongerustheid te vinden, maar "(...) perhaps the most important, these doctors stress the vital importance of preserving medicine's generalist identity" (p. 297). Nu neigt op een flagrante wijze alles naar het tegenovergestelde. De anamnese en het klinisch onderzoek dreigen aan belang in te boeten. De context van de individuele patiënt, zijn leefmilieu, verdwijnt ten voordele van het neutrale milieu van het ziekenhuis. Hierdoor krijgt het huisbezoek van de arts enkel nog een pittoreske waarde.

Belangrijk is dat deze artsen niet argumenteren vanuit een morele verontwaardiging, maar vanuit het besef dat de effectiviteit van het werk van de arts hier op het spel staat. Zo zag Olney, een kinderdiabetologe, reeds vroeg het belang van context in ziekte. Veel van haar kennis over diabetes ontwikkelde ze door het organiseren van kampen voor kinderen met suikerziekte. "We learned more about diabetes in the two weeks we held camp than we learned in the hospital wards" (p. 181).

Binnen hun vakgebied hebben deze artsen de verenging niet kunnen beletten. Psychiaters in opleiding passeren niet meer de kliniek van inwendige ziekten, vrouwenartsen worden niet meer ingeleid in de algemeen heekundige problematiek. Aan de hand van concrete voorbeelden waarschuwen de geïnterviewden voor de gevolgen van deze evolutie. Artsen schrikken bovendien meer en meer terug voor de feedback op hun handelen, zoals door autopsie gebeurt, nog steeds een onvervangbare kennisbron, die echter steeds meer op de achtergrond gedrukt wordt. De kennis zou wel eens tegen de arts kunnen uitgespeeld worden, dus dan meer liever in de onwetendheid gebleven. "(...) many doctors, who find themselves practicing in an age of escalating malpractice suits, have adopted the unfortunate attitude that what the deceased's loved ones don't know can't hurt them – the doctors" (p. 298).

Hiermee is de praktijk van het defensieve medische handelen aangeroerd. Waartoe de toenemende juridische aansprakelijkheidsstelling van artsen leidt zal in andere werken wel uitvoeriger aan bod komen. Dit boek bevat echter enkele verrassende kanttekeningen bij deze evolutie, bijvoorbeeld ten aanzien van de begrensdheid van het zo geprezen 'informed consent' aan te geven. Moet een arts soms niet zijn verantwoordelijkheid opnemen in een urgente situatie, zoals het aanleggen van de verlostang, en neigt de 'informed consent' hier niet tot een vervlakking van deze verantwoordelijkheid?

In haar slotbeschouwing vermeldt Kaufman dat deze artsen niet verder komen dan het vaststellen van fragmentatie en verwarring van de doeleinden en de middelen van de huidige geneeskunde. Zij zwijgen echter als het er op aan komt hoe uit deze impasse te geraken. "Perhaps their embeddedness in the culture of medicine – that is, their identification with medicine's tasks and limitations and their taken-for-granted knowledge of these practices – prevented them from pondering the implications of their own stories and from articulating a perspective by which to examine potential means and ends that are morally as well as scientifically grounded" (p. 318).

Hiermee komen we op de achillespees van Kaufmans studie. Als het verhaal verteld is en de gesprekspartner tot een dergelijk besluit komt, dan verwacht de lezer enkele



suggesties van de auteur om weer in dialoog te treden. Niets hiervan echter. Kaufman houdt haar bedenkingen voor zich, confronteert de artsen zelfs niet met elkaars getuigenissen, ook dat zou leerzaam geweest zijn, en stevent op de lezer af met enkele vage conclusies. Een gemiste kans voor de dialoog tussen artsen en antropologen. Dat is, voor mij althans, misschien wel de belangrijkste conclusie uit deze studie.

Tom Jacobs

Stanley Kurtz *All the mothers are one; Hindu India and the cultural reshaping of psychoanalysis*. New York, Columbia University Press, 1992. 265 pp., index. Prijs: \$57.00.

Sinds de teloorgang van de Culture & Personality School is er weinig ondernomen om antropologie en psychoanalytische inzichten met elkaar te combineren. Kurtz spreekt van een zekere vijandschap tussen beide disciplines. De instinctieve afweer onder antropologen tegen al te enthousiaste betogen over de psychologische wortels van cultuur is niet geheel ten onrechte. De psychoanalytische theorie is immers stevig verankerd in de westerse cultuur. Bij universele toepassing ontstaat automatisch het beeld van andere samenlevingen als een – minder geslaagde – kopie van de psychologische ontwikkeling in het westen. Opvoedingsmethoden, culturele symboliek en het verloop van psychologische processen worden afgezet tegen het westerse model. Waarom zou die ontwikkeling in een gegeven samenleving niet volgens andere, cultuureigen principes kunnen verlopen?

In dit boek presenteert Kurtz zijn visie op de antropologische toepassing van psychoanalytische theorie. Aan de hand van Indiase opvoedingsmethoden, de hindoeïstische mythologie alsmede enkele klinische gevalstudies legt Kurtz de zwakheden van dit perspectief messeherp op tafel. Het analytisch georiënteerde werk van gerenommeerde onderzoekers als Kakar, Carstairs en Roland confronteert hij met een uitermate boeiende kritiek. Zij gaan ten onrechte uit van de dyadische relatie tussen moeder en kind. Daarmee blijft de groep buiten beschouwing of wordt hooguit gezien als een verlengstuk van de moeder. Kakar en Carstairs merken op dat het jongetje tot zijn vijfde jaar veelvuldig verwend en geknuffeld wordt. Zelden weigert de moeder aan de wensen van het kind te voldoen, maar zij zou zich aarzelend opstellen en in kleine beetjes toegeven. Dit 'inconsistente' gedrag maakt dat het jongetje niet weet waar het aan toe is en zich overgeleverd voelt. Wanneer hij op vijfjarige leeftijd de overgang moet maken van dit goddelijke leventje naar de afstandelijker mannensfeer, is dat een traumatische ervaring. Kakar spreekt van een negatief oedipuscomplex; omdat de vader niet beschikbaar is, identificeert de jongen zich met moeder. Door haar overstelpende, fysieke en sensuele aandacht zouden Indiase mannen narcistische trekjes ontwikkelen en zich op 'homoseksuele' wijze – passief vrouwelijke wijze [sic!] – aan het gezag van hun vader onderwerpen. Zo zouden zij er niet volledig in slagen zich van de moeder los te maken.

Deze schets van de psychologische ontwikkeling is direct afgeleid van het westerse beeld. De westerse moeder zou zich 'consistent' gedragen door perioden van volledige

voeding af te wisselen met perioden van rust. Het kind wordt een gewenst patroon van gedrag opgelegd. In ruil voor moeders aandacht 'accepteert' het kind dit patroon door zich erbij neer te leggen en het onaangename te verdringen. De spanning tussen negatieve en positieve ervaringen lost het op door identificatie met moeder. Het kind ontwikkelt een 'eigen ik' waarmee hij na de symbiotische periode met moeder in een driehoeksverband met vader terecht komt. Identificatie met vader (het oedipuscomplex) volbrengt de afscheiding van de moeder en consolideert de individuatie van het kind.

Volgens Kurtz verloopt dit proces onder hindoes in India op een andere manier. Sterker nog, hij gaat uit van eigen psychologische structuren met een eigen ontwikkelingskoers. Het veelvuldige fysieke contact met het kind en de 'inconsistente' bevrediging van zijn behoeften, wijzen op een ander patroon. Er is geen sprake van de westerse, exclusieve interactie die gestoeld is op het uitlokken van reacties bij het kind. Op subtiele wijze – door het toegeven aan de wensen van het kind, maar kortstondig – dwyt zij het kind in de richting van andere vrouwen in het leefverband die op hun beurt het kind naar zich toe halen. De onderliggende boodschap van moeders gedrag is wel degelijk consistent: zorg en affectie ligt in de groep en is niet aan een persoon gebonden. Het kind wordt een gewenst patroon voorgehouden, niet opgelegd. Uiteindelijk ruilt het kind op vrijwillige basis zijn hechting met moeder voor een plaats in de groep. In dit meervoudig moederschap bestaat het psychologisch conflict uit de spanning tussen eenheid en diversiteit, op te lossen door het besef dat alle moeders één zijn. Het kind identificeert zich niet maar incorporeert zich in de groep. Het ontwikkelt een 'eigen ik van het geheel'. Deze ek-hi fase (slechts één; allen = één) wordt gevolgd door het durga-complex, waarbij het kind zich een groepszelf aanmeet door internalisatie van de groep. Tegen de tijd dat het jongetje de overstap maakt naar de mannenwereld, is hij al stevig in de groep genesteld. Die overgang is de uitkomst van een gradueel proces en beslist niet zo traumatisch als Kakar en Carstairs suggereren.

Westers individualisme zit in de psychoanalytische theorie ingebakken. Het blikveld is de exclusieve, intieme band tussen twee personen, moeder en kind – hetgeen verdacht veel lijkt op het westerse begrip van echte liefde. Zolang de groep buiten beschouwing blijft als kernverband van socialisatie, of zelfs als het doel ervan, kan de psychologische ontwikkeling in India alleen worden opgevat als een gebrek aan individuatie. De neiging tot opgaan in de groep is dan geen positieve uitkomst meer. Het kan slechts een regressieve manoeuvre zijn die wijst op een matige oplossing van de narcistische symbiose met moeder. Kurtz rekent met deze implicaties af door de lezer te overtuigen van de eigen aard en logica van de psychologische ontwikkeling in India. Deze volgt niet het westerse patroon van separatie-indivuatie via verdringing van infantiele verlangens en identificatie met de ouders, maar koerst in de richting van separatie-integratie aan de hand van abstinentie en incorporatie in en door de groep. Waar het westerse kind deel is van de familiegroep en toch ook een onafhankelijk individu, is het hindoe-kind genesteld in de groep en toch afzijdig van zijn eigen ouders.

*All the mothers are one* gaat voornamelijk over het hij-kind. Kurtz realiseert zich dit wel maar veronderstelt dat het meisje zich langs dezelfde lijn van het durga-complex ontwikkelt. In een hoofdstuk over de toepassing van zijn inzichten op de analytische praktijk duikt het meisje in de vorm van vrouwelijke cliënten weer op. Maar hier

overtuigt Kurtz nog het minst. Over de psychologische ontwikkeling van vrouwen heeft hij weinig nieuws te melden. Ook mannen komen er bekaaid af als Kurtz hun problemen wijt aan de vroege kindertijd toen de cliënt vastliep in de overgang van één naar meerdere moeders. De eigen moeder werkte niet naar behoren mee of de andere moeders waren er simpelweg niet, omdat de cliënt in een kerngezin opgroeide. Dit is een zwakke schakel in zijn betoog. Kurtz geeft zich onvoldoende rekenschap van de huidige situatie in stedelijke gebieden waar veel kinderen in een kernverband opgroeien. Hij heeft weinig meer te zeggen dan dat gezinnen toch in de buurt van hun verwanten gaan wonen en 'dus' blijft het meervoudig moederschap binnen handbereik. Het onvermogen om historische processen en veranderingen een plaats te geven is wellicht inherent aan elke theorie over psyche en cultuur. Psychologische conflicten worden immers 'gevonden' in cultureel materiaal als mythen en religie terwijl datzelfde materiaal verklaard wordt door te verwijzen naar de psychologische ontwikkeling.

Desalniettemin heeft Kurtz een prachtig en stilistisch elegant boek geschreven. Zijn verdienste is dat hij de cultuurgebonden zwakheden van de westerse psychoanalytische theorie bloot legt. Het primaat van de moeder-kind relatie, het geïndividualiseerde ego en de onafhankelijkheid als uitkomst van het psychologische proces zullen moeten wijken ten gunste van de cruciale rol van de groep, het ego-van-het-geheel en de integratie in de groep. Ruimte voor een transcultureel analytisch kader begint bij de erkenning van "the profound diversity of the psyche itself" (p. 242).

Iet de Groot

Yvonne Lefèber *Midwives without training. Practices and beliefs of traditional birth attendants in Africa, Asia and Latin America*. Assen: Van Gorcum 1994, 185 pp. Prijs: f 45,00.

In Afrika, Azië en Latijns Amerika wordt ongeveer 60-80 procent van alle bevallingen begeleid door traditionele vroedvrouwen. Meestal zijn traditionele vroedvrouwen of TBAs (traditional birth attendants) oudere vrouwen die hun vaardigheden in de verloskunde hebben geleerd van hun voorgangster. In de studie *Midwives without training* onderzoekt Lefèber de kennis, de gebruiken en praktijken van traditionele vroedvrouwen in drie continenten. Zij baseert haar interesse in de traditionele verloskunde op het volgende (biomedische) uitgangspunt. Omdat de traditionele vroedvrouwen een grote verantwoordelijkheid dragen voor het welzijn van moeder en kind in de meeste Derde-Wereldlanden zou hun handelen weleens gevaarlijk kunnen zijn voor de gezondheid van de kraamvrouw en het pasgeborene kind. Om het risico voor moeder en kind zoveel mogelijk te beperken moeten TBAs op de hoogte gesteld worden van relevante biomedische kennis in de verloskunde. Vanuit deze gedachtengang is de Wereldgezondheidsorganisatie in 1972 van start gegaan met bijscholingsprogramma's voor traditionele vroedvrouwen. De vanuit een biomedisch standpunt gevaarlijk geachte traditionele gebruiken kunnen echter slechts effectief bestreden worden wanneer men over een grondige kennis van de traditionele verloskunde beschikt. Het vergaren van antropologische

kennis dient dan in dienst gesteld te worden van een verbetering van de nationale en internationale gezondheidszorg. Lefèber tracht een bijdrage te leveren aan deze doelstelling. Zo beoogt zij de kennis te vergroten van de traditionele verloskunde door deze praktijken en ideeën in te delen volgens de algemene Westerse classificaties van de obstetrie met betrekking tot de perinatale periode en voorstellen te doen ten behoeve van het gezondheidszorgbeleid met hetrekking tot de bijscholing van traditionele vroedvrouwen. Lefèber baseert haar uitspraken op een uitgebreid literatuuronderzoek naar verloskundige praktijken in Afrika, Azië en Latijns Amerika en op onderzoeksgegevens verkregen uit haar eigen veldonderzoek in Ghana. Zowel de gegevens uit het veldonderzoek als uit het literatuuronderzoek zijn op een bijzonder systematisch, heldere en consistente manier verwerkt en gepresenteerd. Door een gedetailleerde en hiërarchisch gestructureerde inhoudsopgave is dit boek een ideale gids en naslagwerk voor iedereen die op het gebied van de traditionele verloskunde werkzaam is.

In hoofdstuk 1 beschrijft Lefèber de algemene kenmerken van traditionele vroedvrouwen zoals benaming, geslacht, de manier van selectie en opleiding en het aantal bevallingen dat jaarlijks begeleid wordt.

Hoofdstuk 2 bevat een comparatieve analyse van verloskundige praktijken in Latijns Amerika, Afrika en Azië. De vergelijking is gebaseerd op de in de Westerse obstetrie geldende classificaties met betrekking tot de verschillende fases rondom de geboorte, te weten de antenatale periode, het intrapartum en de postnatale periode. Naast grote verschillen zijn er ook enkele overeenkomstige handelwijzen en ideeën die in alle drie continenten voorkomen zoals het insmeren van het perineum om inscheuring te voorkomen. Het idee dat een hevige nabloeding niet ernstig is omdat het lichaam gezuiverd moet worden van het 'onreine' bloed van de zwangerschap bestaat alleen in Afrika en Azië.

In tegenstelling tot de grote verscheidenheid aan verloskundige ideeën en praktijken lijkt er meer consensus te bestaan met betrekking tot voedingsadviezen (hoofdstuk 3). Traditionele vroedvrouwen in alle de drie continenten raden zwangeren vaak af voedsel te eten dat veel mineralen en vitamines bevatten uit angst dat deze stoffen een miskraam kunnen opwekken. Aan het eind van de zwangerschap rust er een taboe op calorieën- en eiwitrijke voedselsoorten die een te sterke groei van het kind bevorderen en op die manier een zware bevalling tot gevolg kunnen hebben. Dezelfde voedselsoorten worden vaak wel aanbevolen aan moeders die borstvoeding geven. Ondanks het feit dat borstvoeding de gewoonte is in alle onderzochte gemeenschappen, wordt het colostrum, de moedermelk van de eerste dagen vaak ontraden. Het colostrum wordt vanwege zijn kleur en waterige consistentie als onrein beschouwd en in plaats daarvan wordt meestal water met suiker aan het pasgeboren kind gegeven.

Voor een evaluatie van bijscholingsprogramma's voor traditionele vroedvrouwen maakt Lefèber een keuze uit de desbetreffende rapporten uit drie landen. In hoofdstuk 4 beschrijft ze de vorm en inhoud van de curricula alsmede het effect van deze training op de praktijk van de traditionele vroedvrouwen na de bijscholing. Haar bevindingen zijn pessimistisch: de onderwerpen en de methoden van kennisoverdracht zijn te Westers en sluiten niet aan bij ervaringswereld van de veelal ongeletterde vroedvrouwen. Zodoende bleken de trainingscursussen weinig invloed te hebben op zowel het

kennisniveau als het gedrag van de doelgroep. Ook werd de door de WHO nagestreefde samenwerking met de traditionele vroedvrouwen niet bereikt. Slechts in enkele gevallen kon men een stijging van verwijzingen van zwangeren naar gezondheidscentra na afloop van de bijscholing constateren. Gezien de opzet van de bijscholingsprogramma's zijn deze bevindingen zorgwekkend en vragen om meer en diepgaander onderzoek op lokaal niveau.

In hoofdstuk 5 beschrijft Lefèber haar eigen onderzoek dat zij in Agogo (Ghana) in 1979/80 uitvoerde. Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de socio-culturele context van de lokale verloskundige ideeën en praktijken. Hiervoor bestudeert zij de gemeenschap in het algemeen, de inbedding van de plaatselijke gezondheidszorg in het nationale kader en de positie van de traditionele vroedvrouwen binnen hun gemeenschap en de gezondheidszorg in het bijzonder. De vroedvrouwen in Agogo hebben nauwelijks beroepsmatig contact met elkaar. Ze houden hun verloskundige vaardigheden meestal geheim voor elkaar waardoor veel gebruiken specifiek voor een individuele vroedvrouw zijn. Desondanks bestaan er overeenkomsten met betrekking tot de basisroutine van een bevalling. De basisroutine van de vroedvrouwen in Agogo verschilt volgens de auteur nauwelijks van wat voor heel Ghana hierover wordt gerapporteerd. Zo is het algemeen gebruikelijk om het perineum met een doek of de vuist te ondersteunen om inscheuring te voorkomen. Ook gaven alle vroedvrouwen aan de placenta na de bevalling buiten het huis te begraven.

Middels een interview met cliënten van traditionele vroedvrouwen (n=31) trachtte Lefèber erachter te komen hoe vaak, waarom en waarvoor vrouwen gebruik maken van de diensten van de traditionele vroedvrouwen ofwel het ziekenhuis. Alhoewel de meeste kinderen thuis waren geboren, hadden vrijwel alle moeders de klinieken bezocht voor zwangerschapscontrole. De meeste vrouwen (71%) deden dat vanwege de medicijnen die ze daar kregen. Voor anderen (16%) was informatie omtrent de ligging van de foetus belangrijker. Oudere leerlingen van twee scholen in Agogo gaven blijk goed op de hoogte te zijn van de handelswijzen van traditionele vroedvrouwen, die door de meerderheid als vakbekwaam werd ingeschat. Desondanks gaven de leerlingen de voorkeur aan een bevalling in het ziekenhuis gebaseerd op hun grotere vertrouwen in de Westerse geneeskunde.

Na een beknopte samenvatting, doet de auteur in het laatste hoofdstuk aanbevelingen voor de verbetering van bijscholingsprogramma's voor traditionele vroedvrouwen. Op beleidsmatig niveau zou haar boek als een handleiding voor het opstellen en aanpassen voor TBA-cursussen kunnen fungeren. Voor de praktische implementatie op lokaal niveau echter, dient men rekening te houden met Lefèbers meest evidente aanbeveling: "Training of TBA's without a proper insight into the traditional midwifery seems neither realistic nor desirable" (1994: 161).

Ik heb Lefèbers studie met veel interesse en plezier gelezen. Het is een boek waarnaar veel onderzoekers die werkzaam zijn op het gebied van de traditionele verloskunde al hebben uitgekeken. Door veelvuldige verwijzingen vormt *Midwives without training* een ideaal uitgangspunt voor iedereen die zich wil verdiepen in de manieren waarop men elders omgaat met zwangerschap en bevalling. Jammer genoeg besteedt ze weinig

aandacht aan de belevingswereld van de traditionele vroedvrouw en haar cliënten. Ik had bijvoorbeeld graag nader kennis willen maken met een traditionele vroedvrouw uit haar eigen onderzoek. Lefèber heeft echter gekozen voor een afstandelijke beschrijving van 'feiten' vanuit een Westers perspectief (ideeën en praktijken die vrijwel geheel worden losgekoppeld van de context waarin ze voorkomen). Deze keuze wordt al duidelijk in de titel *Midwives without training*. Al mist de opleiding tot vroedvrouw in veel traditionele gemeenschappen het formele karakter van een Westerse scholing, toch hebben maar weinig traditionele vroedvrouwen hun kennis uitsluitend verkregen 'van God.' De meesten hebben de verloskunde geleerd door eigen ervaring en/of van een voorgangster. Ze zijn niet getraind op de schoolbank maar door het leven zelf. De resultaten van Lefèbers eigen onderzoek vormen een sprekend bewijs van de rijkdom aan kennis die vergaard en doorgegeven kan worden buiten het circuit van het formele onderwijs.

Anne Drews

Charles Leslie & Allan Young (eds.) *Paths to Asian medical knowledge*. Berkeley, University of California Press, 1992. 296 pp.

Net zoals het midden zeventiger jaren, onder redactie van Charles Leslie verschenen *Asian medical systems: A comparative study*, baanbrekend is geweest voor de medisch-anthropologische benadering van gezondheidszorg-systemen in Azië, zal de onderhavige studie van groot belang zijn voor de cultureel-anthropologische interpretatie van medische kennis in Azië.

Het boek is in hoofdzaak gebaseerd op bijdragen voor een in 1985 door de American Anthropological Society georganiseerde conferentie met als thema 'Permanence and change in Asian medical systems'. Ze zijn gegroepeerd rond *Chinese medicine, cosmopolitan medicine and other traditions in East Asia, Ayurveda, cosmopolitan medicine and other traditions in South Asia en Islamic humoral traditions*. Bijna alle contribuanten aan dit boek zijn al lang bij medisch-anthropologisch onderzoek in Azië betrokken. De vraagstellingen voor hun bijdragen reiken dan ook veel verder dan een beschrijving of allereerste verkenning van de problemen. Met uitzondering van de laatste bijdrage door Carol Laderman. Haar zeer informatieve artikel *Islamic humoralism on the Malay Peninsula* heeft het karakter van een eerste inventarisatie.

De betekenis van dit boek is, zoals ook de redacteurs in hun verhelderende inleiding (p. 14) stellen, van kennis-theoretische aard. Hoe weten patiënten en geneeskundigen wat zij weten? Wat ervaren zij als bewijs daarvoor, wat voor soort van informatie vinden ze overtuigend en onder welke omstandigheden vinden ze dat? Hoe weten ze of een medisch oordeel waar is of niet? En wat betekenen 'juist' of 'onjuist' voor patiënten, maar ook voor de dorps-genezers en degenen die opgeleid zijn in de Grote Tradities zoals Ayurveda, Unani Tibbi, Chinese geneeskunde. De centrale vragen die de schrijvers aan de orde stellen, betreffen de aard van de inductieve logica en analogie die bij die waarderingen worden gehanteerd zowel als de omstandigheden

waaronder de genoemde categorieën van mensen geneigd zijn om nieuwe medische ideeën en behandelingen, al of niet over te nemen.

Alvorens in te gaan op de bijdrage aan dit kernthema voor de medische antropologie zal ik eerst de onderwerpen van de onderscheiden hoofdstukken kort aanduiden.

De inleiding van Leslie en Young geeft een globaal overzicht van de studie van Aziatische medische systemen. Zij laten daarin zien hoe de benadering, in eerste instantie werd gekenmerkt door ethnocentrisme en een pragmatische vraagstelling naar de 'effectiviteit' van Aziatische opvattingen omtrent oorzaken en genezing van ziekte. De onomstotelijke waarheid van het westerse biomedische perspectief en de 'westerse' rationaliteit gold daarbij echter als uitgangspunt. Pas geleidelijk is daarin verandering gekomen. Niet in de laatste plaats door eerdere, empirische studies van de onderzoekers die bijdragen hebben geleverd aan de hier besproken bundel. Zij toonden aan dat de 'traditionele' Aziatische medische systemen gebaseerd waren op een coherent geheel van aannamen omtrent pathofysiologie en daarop gebaseerde therapieën. Beide op hun beurt weer gebaseerd op cultureel en historisch bepaalde vooronderstellingen en symbolen. Wat de auteurs de 'permeabiliteit' van de Aziatische medische systemen noemen, een grote ontvankelijkheid voor buitenlandse, Europese invloeden, zien zij als een kenmerk van het dynamische karakter van culturele en daarom constant in verandering verkerende, systemen.

In de sectie over Oost-aziatische vormen van gezondheidszorg gaat Shigeshia Kuriyama in op de overname aan het eind van de achttiende eeuw van Europese (aan Nederlandse boeken ontleende) kennis over en weergave van anatomie. Hij laat zien dat leren van een nieuwe manier om de werkelijkheid weer te geven, leidde tot een nieuwe manier van begrijpen van de wereld.

Het artikel is nogal beschrijvend maar draagt wel materiaal aan voor de stelling dat cultureel bepaalde voorstellingen van centrale betekenis zijn voor hetgeen mensen relevant achten en daardoor niet, of juist wel (willen) zien.

De bijdragen van Judith Farquhar en Paul Unschuld betreffen de relatie tussen theoretische vooronderstellingen en de wijze waarop die in de diagnostische en klinische praktijk van 'traditionele' Chinese genezers een rol spelen. Bij Unschuld gaat het daarbij om de manieren waarop in de twintigste eeuw getracht is om de, bij steeds grotere groepen van de Chinese bevolking, populairder wordende 'westerse' geneeskundige inzichten aan te passen aan de oude tradities van de op de ideologie en structuur van het Keizerrijk stoelende 'evenwichts'-theorieën omtrent oorzaken voor ziekte.

Farquhar laat zien hoe klassieke geneeskundige verhandelingen – vaak gebaseerd op uitvoerige behandeling van een case – nog steeds gebruikt worden om therapieën te onderbouwen en te rechtvaardigen. Zowel door 'traditionele' Chinese genezers als bij gebruik van deelaspecten van traditionele behandelingswijzen (acupunctuur bijvoorbeeld) door artsen die biomedisch geschoold zijn. Zowel Unschuld als Farquhar benadrukken dat er in China nooit sprake is (geweest) van een "systematic body of knowledge (implicitly analogous to biomedical science)" zoals Farquhar (p. 63) het uitdrukt. Terwijl Unschuld stelt, dat met name het onderscheid tussen de Chinese en de Europese cognitieve benadering van het begrip 'waarheid' een oorzaak is voor de veelvormigheid en de meerduidigheid van Chinese geneeskundige praktijken.

Pluralisme en veelvormigheid van medisch handelen vormen trouwens in vrijwel alle bijdragen aan deze bundel een steeds weerkerend thema. De bereidheid van medische professionals en patiënten om andere, nieuwe inzichten over te nemen en aan te passen aan specifieke behoeften van commerciële zowel als van politieke en/of ideologische aard wordt uitvoerig toegelicht. Dat geldt ook voor de bijdrage van Margaret Lock over de medicalisering van een 'new disease of civilization, het climacterium syndrome' van Japanse vrouwen van middelbare leeftijd. Het is een grotendeels 'geconstrueerde' ziekte die verbonden wordt met de, volgens Lock vermeende, kwetsbaarheid van de moderne Japanse familie.

De bijdrage van Gary Seaman is een door uitvoerig case-materiaal ondersteunde verhandeling over de overeenkomsten in de wijze waarop de relatie tussen mensen en de hun omringende wereld wordt gezien in de geneeskunde en de manier waarop dat tot uiting komt in ideeën over en praktijken rond 'geomancy'. Het bepalen van de meest geschikte plaats voor graven, een veilige haven voor geesten van de voorouders.

In de sectie over Zuid-aziatische geneeskunde is de bijdrage van Margaret Trawick zeer illustratief voor de verscheidenheid van naast elkaar bestaande, maar gedeeltelijk toch op dezelfde vooronderstellingen teruggaande medische tradities in Zuid India; Ayurveda, Tamil Saiva bhakti, een vorm van Shiva-verering, Siddha- geneeskunde en trance gezangen door mediums die door de (pokken)godin Mariamman bezeten zijn. Het besef en de etnografische validatie dat deze vormen van geneeskunde naast elkaar bestaan en dat mensen daar, afhankelijk van specifieke omstandigheden en voorkeuren, op pragmatische manier gebruik van maken, is een belangrijk inzicht. Het is een verruiming van de vaak veel te eenduidige en enge interpretatie van de betekenis van cultureel bepaalde vooronderstellingen die aan medisch handelen ten grondslag liggen.

Trawick, maar ook Leslie, Nichter en Obeseykere laten in deze sectie zien dat pluralisme een essentieel aspect is van ieder medisch systeem. Leslie behandelt dat, zoals reeds eerder door hem gedaan, naar aanleiding van een historische analyse van confrontatie en syncretisme tussen 'cosmopolitische geneeskunde' en Ayurveda en de wijze waarop Indiase Ayurvedische 'puristen' en 'integrationisten' daarop hebben gereageerd.

Een thema dat ook Francis Zimmerman bewerkt wanneer hij de 'flower power'- aantrekkingskracht van de zogenaamd niet-agressieve Ayurvedische geneeskunde bespreekt. De manier waarop dat aspect als een verkoopargument wordt benadrukt in advertenties en brochures voor Ayurvedische behandelingen in India en Amerika, gebruikt hij om aan te tonen dat zakelijke overwegingen de theorie en praktijk van Ayurveda beïnvloeden.

Obeseykere laat, net als Farquhar voor China, aan de hand van preciese analyses van behandelingen door traditionele genezers, zien hoe zeer hun handelwijze bepaald wordt door vergelijkbare manieren van klinische argumentatie en praktijk. Essentieel daarin is dat er altijd sprake is van variaties op standaard-voorschriften. Allerlei combinaties van gebruikelijke medicaties worden afhankelijk van ieder individueel geval, gebruikt. Terwijl ook het schrappen van onderdelen en specifieke toevoegingen heel gewoon zijn.



De bijdrage van Nichter is een bewonderenswaardige uiteenzetting over de manier waarop een door teken overgebrachte virus-ziekte (die in ongeveer 25% van de gevallen een dodelijke afloop had) door de lokale bevolking in Tulunad, een streek in Karnataka, werd verklaard vanuit een traditioneel perspectief, als een straf voor het niet navolgen van voorgeschreven rituelen ter ere van *bhuta*, enigszins met hindoegoden vergelijkbare bovennatuurlijke krachten. De epidemie van de zogenaamde Kyasanur Forest Disease (KFD) was het gevolg van de steeds verdergaande ontbossing. Door het sterven van apen, de oorspronkelijke gastheren voor de vector-teken, werd eerst vee en later het met dat vee dagelijks omgaande, arme en van lage kasten zijnde, deel van de bevolking met het virus besmet. Aan dit alles was een landhervorming voorafgegaan waardoor de oorspronkelijke vorstenfamilies minder in staat en bereid waren om geld voor de jaarlijkse rituelen ter ere van de *bhuta* uit te geven. Kortom, omstandigheden waardoor het uitbreken van de epidemie, waaraan begin tachtiger jaren meer dan honderd mensen stierven, vanuit een personalistisch perspectief verklaard kon worden. Nichter laat in deze bijdrage zien hoe 'moderne', biomedische, verklaringen moeiteloos met 'traditionele' ideeën worden gecombineerd. Daarnaast analyseert hij waarom de snel op gang gekomen en ook vrij goed georganiseerde inspanningen van de staatsgezondheidsdiensten toch weinig effect hadden gedurende de eerste periode van de epidemie.

Juist combinatie van inzichten vormt de meest aannemelijke verklaring voor het handelen van de bevolking en de verschillende categorieën genezers. Naast dat belangrijke inzicht vormen verschillen in de cognitieve benadering van de waarheid (p. 45) een centraal thema in vrijwel alle bijdragen. Unschuld stelt dat "Western civilization has been and remains a culture searching for, and believing in, the existence of one single truth" (p. 57-8). Hoewel felle debatten over wie gelijk heeft, ook in de wetenschappelijke tradities van China en India altijd een belangrijke rol hebben gespeeld, was in Europa een sterke tendens dat "competition was and still is generally expected to give way, ideally, to one single dominant paradigm, accepted by the majority of scholars concerned." De Chinese traditie daarentegen "entailed the acceptance as truth of even outright antagonistic views and this resulted in (...) 'patterned knowledge' (...) based on a concept of truth that reveals itself through its usefulness." Bijvoorbeeld door inventieve en succesvolle behandeling van een aantal 'gevallen'.

Vershillende en zelfs ogenschijnlijk elkaar onderling uitsluitende cognitieve 'instrumenten' kunnen dus tegelijk gebruikt worden en zelfs aan elkaar worden toegevoegd. Er is alle reden om aan te nemen dat deze specifieke karakteristiek verbonden is met een ander overeenkomstig kenmerk van de Chinese zowel als de Indiase filosofieën. Er is sprake van het naast elkaar bestaan en elkaar niet uitsluiten, maar onderling doordringen van centrale entiteiten als *yin* en *yang* (p. 55, 88) en *prakrti* en *purusha* (p. 137, 142, 146, 150); centrale begrippen in de evenwichtsopvattingen omtrent ziekte en gezondheid.

Het is jammer dat dit centrale thema in de nogal ontoegankelijke bijdrage van Byron Good en Mary-Jo Delvecchio Good, *Greco-Islamic Medicine*, niet wordt opgepakt. Ideeën over een enkele en elke andere uitsluitende, waarheid, zijn immers ook een belangrijk onderdeel van de islamitische denktradities. Zoals ook blijkt uit de in het artikel van de Good's wat uit de hoed getoverde fundatie voor een cultureel bepaald

model voor islamitische "cosmology, biology and medicine" (p. 267). Een systeem waarin "the material, unregenerate, and eventually perishable aspects of life and women associated with it, are devalued in relation to and encompassed by the creativity and spiritual essence of men and God." Tegengesteld dus aan de veel duidelijker ambivalente Zuid- en Oostaziatische opvattingen.

De bundel artikelen levert als geheel echter zeer veel stof voor zinvolle en vernieuwende bespiegelingen over de aard van Aziatische medische kennis.

Klaas van der Veen

Brigit Obrist van Eeuwijk *Small but strong. Cultural contexts of (mal-)nutrition among the Northern Kwanga (East Sepik Province, Papua New Guinea)*. Basel: Wepf & Co AG Verlag, 1992. 284 pp., index, illustraties. Prijs: Sfr. 55,00.

Waar mensen uit geheel verschillende culturen elkaar ontmoeten, komen vanzelfsprekendheden onder een vergrootglas te liggen. Het alledaagse verwachtingspatroon waarop de onderlinge communicatie berust, is dan niet toereikend. In het scherpe licht van deze confrontatie worden betekenissen van hun schijnbaar absolute waarheid ontdaan en de frustrerende grens van het begrip bereikt. Van deze ervaring was Obrist van Eeuwijk getuige toen zij in 1980 enige maanden veldwerk verrichtte bij de noordelijke Kwanga in Papoea Nieuw Guinea. Twee verpleegkundigen, afkomstig uit Nieuw-Zeeland en Australië en werkzaam in de plaatselijke kliniek voor moeder- en kindzorg, vertelden haar dat veel kinderen aan ondervoeding leden. De moeders deelden vaak dit oordeel niet, zo bleek op de spreekuren van de kliniek. Het gaf aanleiding tot felle ruzies, vooral wanneer de vragen van verpleegkundigen in beschuldigingen ontaardden: "Je voedt je kind niet goed! Kijk, hij is weer afgevallen. Je bent koppig, dat ben je! Je bekommert je niet om je kind!"

Obrist van Eeuwijk werd zich bewust van het scherpe contrast tussen de biomedische en lokale opvattingen van 'passende' zorg voor kinderen en besloot haar promotie-onderzoek hieraan te wijden. Haar inspanningen resulteerden in het boek *Small but strong* over de culturele context van (onder)voeding bij de noordelijke Kwanga uit de East Sepik provincie van Papoea Nieuw Guinea. Het onderzoek verrichtte ze tussen 1984 en 1986. Ze hanteerde hierbij methoden uit de etnografie en de voedingswetenschap. Haar doelstelling was een analyse te maken van de verschillen tussen lokale en biomedische concepten van de voeding van kinderen, gezondheid en ziekte.

Het boek beschrijft de sociaal-culturele context van voeding aan de hand van een ecologisch model ontleend aan Jerome, Kandel & Pelto dat ze aan de specifieke onderzoeksvraag en -situatie aanpaste. Dit model gaat uit van onderlinge verbanden tussen het voedingspatroon en individuele voedingsbehoeften en vijf systemen binnen een samenleving: de fysieke en sociale omgeving, de sociale organisatie, religie en wereldvisie en voedselsystemen (productie, bereiding en distributie). Obrist van Eeuwijk onderzocht deze systemen uitvoerig en in de eerste zes hoofdstukken passeren zij de

revue. Deze beschrijving maakt duidelijk dat individuele Kwanga moeders de voeding van hun kinderen baseren op een georganiseerd ideeën- en gedragspatroon dat verband houdt met verschillende aspecten van hun samenleving.

De Kwanga wonen in de afgelegen beboste zuidelijke uitlopers van het Torricelli-gebergte waar een vochtig tropisch klimaat heerst met een droog en een nat seizoen. Sinds de Tweede Wereldoorlog ondervinden de Kwanga een toenemende invloed van de Australische samenleving en van de christelijke missie, die gezondheidsposten in het gebied heeft opgezet. Deze invloed plaatst hen voor de opgave om traditionele opvattingen en een moderne westerse levensvisie te integreren. De moeder- en kindzorg van de gezondheidsposten is immers het traditionele domein van de vrouw binnengedrongen. Het voedsel van de Kwanga wordt hoofdzakelijk lokaal geproduceerd in de tuinen in de heuvels, waar men het grootste deel van de dag doorbrengt. De taken van man en vrouw zijn bij het produceren van voedsel, net als bij de menselijke reproductie, gescheiden. Bier, rijst en vis uit blik worden in geringe mate geconsumeerd en vormen de symbolen van een nieuwe levensstijl.

De Kwanga leven in nederzettingen in familieverband. Dwars door deze verbanden heen lopen vermijdingsregels die een sociale scheiding aanbrengen tussen mannen en vrouwen, oudere en jongere generaties en leden en niet-leden van de mannencultus. Deze regels bestaan vooral uit het verbod op het consumeren van voedsel door de ene groep, als dit door de andere groep bereid of geproduceerd is. De vrees voor ziekte is de belangrijkste reden om deze regels niet te overtreden. De regels kunnen verklaard worden uit een parallel tussen menselijke voortplanting (reproductie) en de (re)productie van voedsel. De vermijdingsregels benadrukken het gevaar dat de potentie van de vrouwelijke reproductieve krachten en de mannelijke productieve krachten (yam verbouwen, op varkens jagen) in zich dragen. Zo vormen de regels een cultureel gedefinieerd mechanisme om 'regeneratieve krachten' te beheersen.

De religie en wereldvisie van de Kwanga komen tot uitdrukking in rites rond de voedselverbouwing en jagen evenals in de verklaring en behandeling van ziekten. Ziekte en dood kunnen een 'natuurlijke' oorzaak hebben, maar ook uitgelokt zijn door overtreding van de vermijdingsregels, kwaadwillende machten of hekserij.

Teneinde de voedingsstatus en het groeipatroon van de kinderen vanuit biomedisch perspectief te analyseren verzamelde de auteur in een semi-longitudinaal onderzoek gegevens over de voeding van 42 moeders en hun kinderen en verrichtte zij een cross-sectionele antropometrische studie van 134 kinderen jonger dan vijf jaar. Alle moeders gaven hun kinderen borstvoeding met een mediane duur van 31-36 maanden. Hoewel de moeders vanuit de kliniek voor moeder- en kindzorg het advies kregen hun kinderen drie maaltijden per dag te geven, ontvingen kinderen van 4-6 maanden oud gemiddeld slechts een halve maaltijd per dag. Pas op de leeftijd van 19-21 maanden werd het gemiddelde niveau van de volwassenen (2,6 maaltijden per dag) bereikt.

Binnen de moeder- en kindzorg is het gebruikelijk om de groei van kinderen te meten, omdat groeiachterstand een indicatie vormt voor gezondheidsproblemen van het kind. Ondervoeding wordt vastgesteld door het gewicht van de kinderen te vergelijken met een standaardcurve van gewicht naar leeftijd. Wanneer het gewicht onder de tachtigste percentiel van de Harvard Standard groeicurve valt is er sprake van

ondervoeding. Dit is het geval bij 65% van de kinderen die de kliniek bezochten. Obrist van Eeuwijk plaatst vraagtekens bij de gebruikte groeistandaard en het uitsluitend evalueren van gewicht naar leeftijd. Uit haar eigen antropometrische onderzoek blijkt dat de kinderen weinig wegen, omdat ze minder lang zijn. Zij gebruikt de classificatie van Waterlow die ook de lengte voor de leeftijd en het gewicht voor de lengte bij de evaluatie betreft. Echter, ook volgens zijn normen is een groot deel van de kinderen ondervoed. Hun aantal stijgt van de helft in het eerste levensjaar tot twee-derde in het derde levensjaar. De consequenties van deze groeipatronen voor de gezondheid van de kinderen is tot op heden niet onderzocht en de auteur pleit dan ook voor een longitudinale studie op dit gebied.

De verpleegkundigen van de kliniek voor moeder- en kindzorg staan onder grote druk om iets aan deze ondervoedingscijfers te doen en geven steeds opnieuw adviezen voor aanvullende voeding naast de borstvoeding. Maar in weinig gevallen volgt men deze adviezen op. De moeders gaan ervan uit dat borstvoeding het beste voedsel voor hun kinderen is. Zij denken dat het voedsel dat zij eten direct omgezet wordt in moedermelk en dat het kind daarom geen aanvulling op de borstvoeding nodig heeft. In deze mening worden zij bevestigd wanneer de borstvoeding faalt. Het lukt dan meestal niet het kind met de lokale voeding groot te brengen. De moeders nemen de ontwikkelingsstadia van hun kinderen als richtlijn voor een veranderde voedingsbehoefte en gaan vooral af op de reactie van het kind als het supplementvoeding aangeboden krijgt. Kleine, sterke en levendige kinderen beschouwen zij niet als ondervoed. Kleine, zwakke, apathische kinderen zien ze daarentegen wel als ziek. Deze dunne kinderen worden *habamba* genoemd en beschreven als "kinderen met veel botten". Er zijn verschillende oorzaken van *habamba*. Te weinig borstvoeding is een oorzaak, maar ook kinderen die wel voldoende borstvoeding krijgen, kunnen *habamba* worden door overtreding van een vermijdingsregel, door kwaadwillende geesten of mensen met speciale krachten.

Obrist van Eeuwijk wijst op het gevaar van het benadrukken van supplementvoeding: de ondermijning van het zelfvertrouwen van de Kwanga wat betreft hun self sufficiency. Zoals een vrouw het treffend verwoordde: "If they think that our food is not good enough, they can give us rice and canned fish". Wanneer een grotere afhankelijkheid van de Kwanga van extern voedsel gepropageerd wordt, zal hiervoor meer geld nodig zijn. Dit vereist meer cash cropping met het risico dat het agro-forestry systeem uiteindelijk verloren zal gaan.

De oorzaak van het mislukken van de interventie van de verpleegkundigen is volgens de auteur gelegen in de verschillen in interpretatie van en antwoord op de voedingsbehoefte van kinderen. Zij pleit dan ook voor een grotere tolerantie van verpleegkundigen voor de visie van de Kwanga vrouwen. Zij oppert de suggestie om grootmoeders een basale cursus op het gebied van gezondheid en voeding aan te bieden. Deze kunnen volgens haar de informatie beter op waarde schatten, omdat zij de vroegere slechte tijden hebben gekend. Door hun gezag kunnen zij de ideeën overtuigender aan de moeders overdragen. Met deze oplossing blijft zij binnen het medisch kader. Dit is opmerkelijk aangezien zij zich in haar inleiding achter Cassidy schaart, die ondervoeding een culture bound syndrome noemt en beargumenteert dat ondervoeding een

biomedische abstractie is. Inderdaad wordt ondervoeding als medisch feit geconstrueerd door het gemiddelde gewicht (naar leeftijd) tot norm te stellen. Opmerkelijk genoeg is dit een norm gebaseerd op westerse antropometrische indices. Het gebruik van groeicurven in de moeder- en kindzorg berust op de veronderstelling dat afwijking van de norm een verhoogde sterfte met zich meebrengt. In extreme gevallen van ondervoeding is dit ongetwijfeld het geval. Obrist van Eeuwijk geeft zelf echter al aan dat gegevens over het gezondheidseffect van de algemeen langzamere groei onder de Kwanga kinderen ontbreken. Onlangs werd in de *Lancet* een onderzoek uit Zaïre gepubliceerd waarin geen hogere sterfte kon worden aangetoond bij kinderen met milde tot matig ernstige ondervoeding (*Lancet* 341, 1491-95).

Na lezing van deze uitstekende beschrijving van de culturele context van ondervoeding bij de Kwanga dringt de vraag zich op of ondervoeding als ziekte beschouwd dient te worden en zo ja, of een biomedisch georiënteerd programma voor moeder- en kindzorg daar een oplossing voor biedt.

Karin Fijn van Draat

M.M.J. Reyners *Het besnijden van meisjes. Een leven lang leed en pijn*. Amsterdam: Boom. 224 pp., index, bibliografie. Prijs: f 34,50.

Vrouwenbesnijdenis is bij antropologen een reeds lang bekend verschijnsel, dat diverse volkeren praktiseren. Voor de Nederlandse bevolking is het echter nauw verbonden met de recente komst van Somalische vluchtelingen. Na in het centrum van de belangstelling te hebben gestaan in 1992 en 1993, is de aandacht voor vrouwenbesnijdenis, of om met de woorden van de gynaecoloog Reyners te spreken meisjesbesnijdenis, grotendeels verdwenen. De auteur heeft in de publieke discussie een belangrijke rol gespeeld. Van zijn hand verschenen verschillende publikaties en hij was een van de drijvende krachten achter de studiedag *Vrouwenbesnijdenis, wereldwijd en in Nederland* op 2 oktober 1992. *Het besnijden van meisjes* is te zien als een persoonlijk verslag van zijn zoeken naar de oorsprong en betekenis van dit fenomeen. Een zoektocht die begon met de mengeling van woede en begrip, van medelijden en afschuw bij het eerste contact als gynaecoloog met een besneden vrouw en die hem tot een fervent tegenstander van elke vorm van vrouwenbesnijdenis maakte. Reyners constateert in Nederland een sterke afwijzing van vrouwenbesnijdenis en wil met zijn boek de lezer in de gelegenheid stellen hierover genuanceerd te oordelen.

Het boek opent met een uitgebreide beschrijving van de somatische, psychische en (psycho)seksuele gevolgen van de verschillende vormen van vrouwenbesnijdenis, zoals incisie, clitoridectomie, infibulatie. Alhoewel hij niet de term 'female genital mutilation' overneemt, omdat het niet louter gaat om het doelbewust weghalen van een lichaamsdeel, stelt hij wel dat besnijdenis in welke mate dan ook een onherstelbare verminking is. Reyners maakt duidelijk dat vooral de omstandigheden waaronder bevalling bij geïnfibuleerde vrouwen plaats vindt, die aanleiding geven tot pathologie. Zo verwijst de auteur de stelling dat bij deze vrouwen bij bevalling een aanzienlijk

verhoogd risico bestaat voor fistelvorming naar het rijk der fabelen. Over de gevolgen op het (psycho)seksuele leven blijkt vooralsnog weinig bekend te zijn.

Kern van *Het besnijden van meisjes* is de formulering van een hypothese over de oorsprong van de vrouwenbesnijdenis. Na een hoofdstuk met algemene achtergrondinformatie, schetst Reyners de geschiedenis van het besnijden. De verklaringen die de betreffende volkeren zelf geven voor het ontstaan en voortbestaan van besnijdenis, zoals reinheid, esthetiek, behoud maagdelijkheid, verhoging vruchtbaarheid, missen volgens hem elke wetenschappelijke grond en wijst hij van de hand. De koran biedt geen verwijzingen naar vrouwenbesnijdenis. De islam ziet hij meer als vehiculum voor de verspreiding van deze traditie. Aan de hand Griekse en Romeinse schrijvers als Herodotus, Strabo en Celsus komt de auteur tot de vraag of Egypte de bakermat is van vrouwenbesnijdenis, in het bijzonder van infibulatie, die vaak als 'faraonisch' betiteld wordt. Mummies zouden het bestaan van infibulatie in het oude Egypte bevestigen. Reyners haalt een streep door deze stelling. Door onzorgvuldig omgaan met bronnen en weinig kritisch citeren is deze mythe ontstaan. Oud-Egyptische teksten en afbeeldingen noch onderzoek bij mummies kunnen het bestaan van vrouwenbesnijdenis staven.

De volgende hoofdstukken belichten vrouwen- en mannenbesnijdenis vanuit een sociobiologische invalshoek. De invloed van vrouwenbesnijdenis op het gedrag van individu en groep is volgens Reyners complexer dan van mannenbesnijdenis. Reden hiervan is dat vrouwenbesnijdenis voor het individu weliswaar een negatieve waarde heeft, maar voor het collectief een positieve. Hij verwijst daarbij naar vrouwenbesnijdenis als overgangsritueel, als drager van groepsidentiteit, als cohesiefactor voor de groep. Voor Reyners moet vrouwenbesnijdenis, wijd verbreid met diepe wortels in de geschiedenis van de mens, een fundamentele betekenis hebben en teruggaan tot de essentie van het menselijk bestaan. Onderzoek onder chimpansees brengen hem tot de gedachte dat in een grijs verleden door een andere hormoonbalans meisjes bij geboorte mogelijk een sterk vergrote clitoris bezaten. Besnijdenis van beide seksen neemt onduidelijkheid over uitwendige geslachtskenmerken weg evenals de gelijkheid met als androgyn gepostuleerde goden. Voor Reyners hangt het ontstaan van besnijdenis samen met de bewustwording van de eigen identiteit en seksualiteit. Een ingreep, die daarna als 'relikwie' doorgegeven is en fungeert als een drager van de groepsidentiteit. Onbeantwoord blijft echter de vraag waarom vrouwenbesnijdenis gezien haar oorsprong niet universeel verspreid is (geweest). Al met al een hoogst speculatieve en moeilijk bewijsbare hypothese à la Desmond Morris.

*Het besnijden van meisjes* eindigt met hoofdstukken over de huidige stand van zaken. Verwerping van vrouwenbesnijdenis als vorm van verminking ziet Reyners in het licht van de historische evolutie van mensengemeenschappen, waarin de westerse maatschappij het verst gevorderd is. Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Italië en Nederland passeren na deze stellingname de revue. Lang blijft Reyners stil staan bij de aanbeveling aan de regering om toelaatbaarheid van incisie – een prikje of sneetje in de voorhuid van de clitoris – te onderzoeken.<sup>1</sup> Hij zet nog eens de argumenten tegen incisie op een rij. Het is mutilerend, geen taak van artsen, onduidelijk wat het behelst, niet conform internationale afspraken in het kader van de Verenigde Naties, strategisch onjuist en ethisch gezien getuigend van een dubbele moraal.

Reyners vergaart in zijn boek uit veelsoortige bronnen en vele disciplines bouwstenen voor zijn met citaten en uitweidingen doorspekt betoog. Bijbelexegese, taalkundige analyses, genitaal onderzoek bij primaten, medische verhandelingen, antropologisch getinte bespiegelingen, sociobiologische theorie en journalistieke verslagen van de hedendaagse discussie wisselen elkaar af. Soms is het betoog helder en goed onderbouwd, zoals bij het bespreken van de vermeende Egyptische oorsprong van vrouwenbesnijdenis, soms in hoge mate speculatief of oppervlakkig. Het boek als geheel krijgt hierdoor het karakter van een caleidoscopische verzameling van feiten, wetenswaardigheden en fragmenten theorie.

Storend is de wijze waarop Reyners soms zijn informatie rangschikt. Bij de opsomming van regio's en volkeren die enigerlei vorm van vrouwenbesnijdenis kennen, noemt hij voor wat betreft Europa slechts de sekte van Skoptsy uit de achttiende en negentiende eeuw. Elders vermeldt hij terloops dat medici clitoridectomie in Victoriaans Engeland en Amerika zagen als remedie tegen masturbatie. Blijkbaar gaat het volgens de auteur bij medische ingrepen om zaken van een andere orde. In zijn vergelijking van relativiserende antropologen enerzijds en principiële artsen en feministen anderzijds, stelt hij dat het zich laat raden hoe artsen denken over vrouwenbesnijdenis gezien hun betrokkenheid bij de patiënt. Verschillende malen geeft hij op andere plaatsen aan dat er zelfs in Europa artsen zijn die tegen betaling in privé-klinieken meisjes besnijden en dat 'medicalisering' bestreden moet worden. Het beeld van antropologen dat uit het boek rijst, is overigens in hoge mate stereotiep en ongenueanceerd.

De argumenten tegen vrouwenbesnijdenis betreffen vooral de aantasting van de integriteit van het lichaam, de rechten van het kind en het vanuit westers optiek vrouwenonderdrukkend karakter. De vergelijking met mannenbesnijdenis dringt zich op, mede doordat Reyners zelf deze regelmatig in zijn betoog betreft. Zijn hypothese over het ontstaan van besnijdenis verwijst dan ook naar beide vormen. De vergelijking is volgens hem echter 'hachelijk en welhaast onmogelijk', en blijft buiten het bestek van het boek. Mijns inziens is het doortrekken van de stellingname over vrouwenbesnijdenis naar mannenbesnijdenis en 'verminkingen' als het prikken van gaatjes voor oorbellen noodzakelijk om exotisering te voorkomen.

Typerend voor het boek is de verbazing die Reyners beschrijft, wanneer een Somalische vrouw, met wie hij over vrouwenbesnijdenis heeft gepraat, hem om incisie van haar dochttertje vraagt: "Hoe diep zit dan de overtuiging dat het moet, dat het onvermijdelijk is? Hoe essentieel, hoe existentieel is het ingrijpen in de genitale sfeer voor sommige groepen mensen?" (p. 168). Deze wezenlijke vraag beantwoordt het boek niet en kan ook niet beantwoorden, omdat de vrouwen zelf nauwelijks aan het woord komen, hetgeen overigens gezien de evolutionistische stellingname van de auteur ook niet nodig is. De passage markeert tevens de impasse waarin Reyners c.s. zich in bevinden in hun strijd tegen vrouwenbesnijdenis, en die zich kenmerkt door een gebrek aan aansluiting bij de werkelijkheid en beleving van de doelgroep. Reyners plaatst overigens zijn categorische verwerping van incisie onder verwijzing naar universele rechten in zijn *Nabeschouwing* in een vreemd daglicht, als hij stelt: "Dat wij in het Westen (...) een lichtere vorm als substitutie voor ernstiger zonden aanbieden, is niet acceptabel. Het op zich nobele doel heiligt dit middel niet. Anders ligt het wanneer,

in de eigen cultuur, mensen spontaan naar lichtere vormen zouden overgaan, want ook dan helpt dwang niet" (p. 178). Zijn er dan toch twee maten?

*Het besnijden van meisjes* is een boek over meisjesbesnijdenis en niet over besneden meisjes en vrouwen, een boek over de handeling en niet over de subjecten. Het is een chaotisch boek van sterk wisselend niveau, geschreven door een gedreven arts. Wat het de lezer niet oplevert, is het in de inleiding beloofde materiaal voor een genuanceerd oordeel. Reyners evolutionistische benadering laat geen ruimte voor nuancering. Wel is er de waarschuwing dat "Westers begrip voor tradities en culturele identiteit (...) een remmend effect (kan) hebben op binnen de eigen bevolking gewenste veranderingen" (ibid.)

Rob van Dijk

#### *Noot*

1. Bartels & Haayer, *'s Lands wijs, 's lands eer? Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland*. Rijswijk: Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, 1992.

Annette Scrambler & Graham Scrambler *Menstrual disorders*. London: Routledge, 1993. 113 pp., index. Prijs: \$12.95.

According to the editor's preface, this book "attempts to challenge traditional concepts of menstruation and menstrual disorders" (ix). Written for health workers, it is both a critique of the way menstrual disorders are handled by the medical professional, and an attempt to present problems related to menstruation as they are experienced by women.

The first chapter presents the traditional medical 'textbook' view of menstruation. In presenting this summary of 'factual' information, the authors note that "events of the menstrual cycle are not yet well understood either in puberty or in adulthood, although there is a broad uniformity to textbook accounts" (p. 2). The technical language used in the first chapter emphasises their point: although there is much that is still not understood about menstruation, information is presented within the medical profession as if it is clear and unquestionable. Thus it often goes unquestioned. This can present problems for women who seek medical help for perceived menstrual disorders, particularly when their experiences do not fall easily within the range of symptoms the textbooks describe. The authors particularly question the medical categories of 'normality' and 'abnormality' in dealing with menstruation.

The tone changes sharply as the book moves into its second chapter, and the authors shift their attention to *A sociological perspective*. In a hurried tour of (mainly feminist) literature, they give an overview of a social construction of the female body and of menstruation that is very different from the 'neutral' descriptions of medical texts. Although their use of literature in this area is somewhat haphazard, and their examples were not, for this reader, always pertinent, their arguments were stated clearly. The authors argue that "[i]t is possible to identify elements of, first, *negativity*; second,



*uncertainty*; and third, *irrationality*, in the modern medical perspective on menstruation and its disorders" (p. 23). They isolate four 'key themes' in their historical and sociological view of menstruation: firstly, that science is a social institution, and thus value-laden and not fully autonomous; secondly, that medicine "reflects and reproduces patriarchal values"; thirdly, that "menstruation is a prime candidate for further medicalization"; and finally that the medical approach to menstruation is fraught with unacknowledged contradictions which often leave women in a 'catch 22' of no-win situations. The message that seems to be contained in these contradictions is that "what is biologically normal is socially unacceptable" (p. 23-5).

Chapters three to six discuss women's perceptions of menstruation; women and help seeking; menstruation and relationships with men; menstruation and work and social life. The highlights of these chapters are the occasional flashes of nuanced analysis, sometimes interwoven with interesting and relevant case studies. The discussion of the social implications of the medicalization of pre-menstrual tension is particularly worthwhile. The disappointments are a number of case studies of seemingly little or only vague relevance, and the use of material out of context. Anthropologists may be (justifiably) dismayed at seeing Frazer's *The golden bough* being used as the prime reference on cross-cultural menstrual taboos in a book published in 1993. The authors are at their best when they are discussing their own research, unfortunately they sometimes move onto shaky ground when they attempt to discuss the work of others. Although lip-service is paid to potential cultural differences, there appears to be an assumption that 'Western' equals 'British and North American', which both underestimates the wide variety of values found in differing so-called western cultures, and, as some of their case studies demonstrate, overestimates the similarities between the UK and the USA.

The final chapter, *Rethinking menstruation*, offers the authors' suggestions as to how, health workers can offer better quality care for patients with menstrual disorders. It falls short of the authors' stated aim of attempting to "develop and deploy a new framework within which menstruation, menstrual change and medically defined disorders of the menstruum might be better accommodated" (p. 90). It does, however, present a number of ideas that, although for many lay people may be seen as purely common sense, would be radical indeed were they to be adopted by the medical profession on a large scale.

Debbi Long

Gerrit van Vegchel *Medici contra kwakzalvers. De strijd tegen niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1990. 128 pp. Prijs: f 27,50.

In 1865 worden de gezondheidswetten van Thorbecke aangenomen. Historisch en sociologisch gezien is dit een keerpunt in de strijd van academisch opgeleide medici tegen de zogenaamde 'kwakzalverij'. Zowel de uitvoering als de controle van de medische

zorg komen dan geheel in handen van artsen. De medische zorg wordt gestandaardiseerd en geïnstitutionaliseerd. Van Vegchel merkt op dat het echter nog tot ver in de twintigste eeuw zal duren voordat de medische professie door een breed publiek zal worden geaccepteerd. Vóór 1865 bestond er een 'vrije markt'-concurrentie tussen artsen en 'kwakzalvers'. Artsen werden geconsulteerd om hun stijl en reputatie. 'Kwakzalvers' zijn in deze tijd, en in de tweede helft van de negentiende eeuw, voornamelijk handelaren in geheimmiddelen. Na 1865 wordt de strijd tegen de 'kwakzalvers' meer georganiseerd. In 1881 wordt de Vereniging tegen de Kwakzalverij (VtK) opgericht, dit is ook het jaar waarin het *Maandblad tegen de Kwakzalverij* voor de eerste keer verschijnt: de spreekbuis van de VtK en het belangrijkste wapen in de strijd tegen de 'kwakzalverij'.

Van Vegchel maakt in zijn boek een onderscheid tussen de strijd tegen de 'kwakzalvers' vóór en na de tweede wereldoorlog. Vóór de oorlog kenmerkt de strijd zich door agitatie tegen ondernemers die handelen in patent-geneesmiddelen. De VtK heeft in politiek opzicht eerder de wind tegen dan mee. De 'vrijheid van de consument' en het 'recht van de uitvinder' wegen zwaarder dan patiënt-bescherming tegen onverantwoorde medicatie. Niettemin boekt de VtK enig succes: in het begin van deze eeuw wordt de controle op geneesmiddelen strenger. Er is echter geen sprake van een uitschakeling van onbevoegde en niet-orthodoxe genezers, het uiteindelijke doel van de VtK.

Na de Tweede Wereldoorlog, als de handel in geneesmiddelen enigszins onder controle komt, richt de anti-kwakzalversstrijd zich voornamelijk op paranormale genezers. Door middel van voorlichting en juridische processen probeert de VtK deze groep (onbevoegde) genezers in diskrediet te brengen. Ondanks enkele successen raakt de VtK steeds meer in een marginale positie. Zij is niet langer representatief voor de medische stand. Regelmatig wordt de vereniging beschuldigd van wetenschappelijke starheid, orthodoxie en conservatisme. In de jaren zestig leidt de malaise in de VtK tot een reorganisatie. Maar de invloed van de vereniging blijft beperkt, alhoewel ze haar stem regelmatig in de media doet gelden. In 1980 is nog maar twee procent van de medici lid van de VtK.

Met de Thorbecke-gezondheidswetten van 1865 wordt de strijd tegen de 'kwakzalverij' een directere belangenstrijd van de medici. Van Vegchel beschouwt medici in zijn boek als 'morele entrepreneurs': "Zij scheppen een medisch vertoog over ziekten en creëren eigen definities over sociale afwijkingen en oorzaken van maatschappelijk verlies" (p. 4). De monopolisering van de medici heeft geleid tot een verafhankelijkheid van patiënten. Het lot van de mensen is in geval van ziekte in de handen van de medici. De deskundigheid van de geneeskundige staat op gespannen voet met de vrijheidsdrang van het individu. Van Vegchel noemt hier het rationaliseringsoffensief. Dit blijkt een tweezijdig proces te zijn: het onderwerpt patiënten aan de deskundigheidsmacht van de professional en tegelijkertijd wijdt het de patiënt in als gebruiker van de medische orde die hem onderwerpt. De neiging van 'ondeskundige patiënten' om zelf te dokteren wordt door de VtK gezien als een gevaar voor de volksgezondheid. Na de jaren zestig laat de VtK haar paternalistische houding varen en legt zich neer bij het feit dat de vrijheid van de consument maatschappelijk gezien hoger staat dan onderwerping aan deskundigheid.

Van Vegchel maakt een duidelijk historisch-sociologische analyse van de strijd tegen de 'kwakzalverij' in het laatste stukje van de vorige en deze eeuw. Aan de hand van het archief van de VtK beschrijft hij de geschiedenis van de vereniging en de daarmee samenhangende anti-kwakzalversstrijd. Door introductie van begrippen als rationalisering, democratisering en medicalisering verheft hij zijn analyse tot een theoretisch niveau waarbij men inzicht krijgt in de achtergronden van deze anti-kwakzalversstrijd. Ik heb echter problemen met zijn eenzijdige bronnen-analyse. Zijn gerichtheid op de strijd tegen de 'kwakzalvers' laat hen zelf niet aan het woord. In zijn conclusie schrijft hij dat "het beperkte vermogen van de geneeskunde en de heilzame verwachting van patiënten een medisch vacuüm vormen waarin 'alternatieve' genezers hun kansen grijpen en hun diensten aanbieden" (p. 91). Zonder onderbouwing beperkt hij de rol van alternatieve genezers tot het begeleiden en verzachten van "de verstoring in het sociale leven van de zieke" (p. 93). Ik vind het jammer dat de auteur de strekking van zijn boek beperkt tot alleen de mening van de medici, in dit geval van de Vereniging tegen de Kwakzalverij.

Mark Raijmakers

Greet Wieggers & Geert Berghs *Bevallen... thuis of poliklinisch?* Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL, adres: Postbus 1568, 3500 BN Utrecht), 1994. 73 pp. Prijs: f 31,00 (exclusief verzendkosten).

De discussie over de plaats waar vrouwen het beste kunnen baren is nog steeds in volle gang en voor veel zwangere vrouwen is het niet gemakkelijk om een keuze te maken. In de tweede helft van de jaren zeventig daalde in Nederland het percentage thuisbevallingen en was er, naast de toename van ziekenhuisbevallingen, een snelle groei van poliklinische bevallingen onder leiding van verloskundigen. Het ziekenfonds vergoedt een poliklinische bevalling. De baby wordt in het ziekenhuis geboren, terwijl de kraamtijd thuis wordt doorgebracht. Bezorgd over de toenemende medicalisering van zwangerschap en bevalling, namen enkele vroedvrouwen in Gelderland het initiatief om in de eigen provincie vergelijkend onderzoek te doen naar de thuisbevalling en de poliklinische bevalling. Doel was het verkrijgen van 'harde' medische gegevens, maar daarnaast werd informatie verzameld over de opinies, emoties en ervaringen van de moeders. De twee centrale vragen waren: 1. Verschilt het verloskundig resultaat van thuisbevallingen van dat van poliklinische bevallingen, gespecificeerd naar obstetrische, algemeen medische en sociale kenmerken van de zwangeren? 2. Waarom kiezen sommige vrouwen, met een normale zwangerschap, voor een thuisbevalling en anderen voor een poliklinische bevalling? De onderzoekers vroegen vroedvrouwen en moeders om voor en na de bevalling schriftelijk vragenlijsten in te vullen met antwoordmogelijkheden als "geen", "een beetje", "veel", en schalen lopend van 1 ("helemaal mee eens") tot 5 ("helemaal mee oneens").

De onderzoeksresultaten wezen uit dat er in de groep van 840 onderzochte primiparae (vrouwen die hun eerste kind baren) geen significant verband bestond tussen de plaats van bevallen en het medisch-verloskundige resultaat (het verloop van de bevalling, de toestand van de pasgeborene en de toestand van de moeder na de

bevalling). Wel bleek de psychische gesteldheid na de kraamtijd bij vrouwen die thuis hun kind hadden gekregen, beter dan bij hen die poliklinisch waren bevallen. Ook kwam naar voren dat de keuze voor thuis dan wel poliklinisch bevallen werd gemaakt op grond van persoonlijke en omgevingsvariabelen en niet op grond van variabelen die met de gezondheid of gezondheidsbeleving te maken hadden. Bij de 996 multiparae (vrouwen die een tweede of volgende kind baren) was het verloskundig resultaat van de thuisbevallers beter dan van degenen die poliklinisch waren bevallen. Kortom, de thuisbevalling is zeker niet minder goed of veilig dan de poliklinische bevalling en de keuze van de plaats waar ze willen baren moeten vrouwen maken op grond van hun persoonlijke voorkeur. Uit het onderzoek kon niet worden geconcludeerd dat bij de poliklinische bevallingen onnodige medische interventie had plaats gevonden. Dat is in strijd met ander onderzoek en een verklaring daarvoor ontbreekt.

Het onderzoek ving aan in 1983. Het was eerst in handen van de Wetenschapswinkel Nijmegen, daarna van het Huisartseninstituut in Nijmegen en werd ten slotte overgenomen door NIVEL. Gezien de lange periode van onderzoek en het vele werk dat is verricht, zijn de uitkomsten niet opzienbarend. Het rapport staat stijf van de tabellen wat het lezen niet tot een genot maakt. Sociologisch interessant is dat het altijd de voorstanders van de thuisbevalling zijn die worden opgepadeld met de bewijslast dat thuis baren veilig is, terwijl de tegenstanders uitgaan van de vanzelfsprekende superioriteit van de klinische bevalling. Wie kwantitatief onderzoek op dit terrein wil doen, staat enigszins zwak want het ideale onderzoeksonderwerp zou een 'randomized controlled trial' (RCT) zijn. Van een groep van 'low-risk' zwangere vrouwen zou dan 50 procent thuis en 50 procent poliklinisch moeten bevallen om tussen de beide groepen relevante verschillen te meten. In de praktijk is dat geen haalbare kaart, want zwangeren die bewust kiezen voor een thuisbevalling zouden immers weigeren aan het onderzoek deel te nemen.

Primiparae die significant vaker kiezen voor een poliklinische bevalling zijn allochtonen. Het rapport spreekt nog van etnische minderheden. Daarbij dringen vragen naar validiteit zich op. Is de keuze van deze vrouwen toe te schrijven aan geloof in de medische stand en/of medische technologie dan wel aan, vergeleken met autochtonen, slechte huisvesting?

De meerderheid van de vroedvrouwen die aan het onderzoek meewerkten, verklaarde overtuigd voorstander van de thuisbevalling te zijn, maar ik vraag me af hoe sterk ze in hun schoenen staan. Uit het onderzoek blijkt immers dat ruim de helft van hen geregeld gebruik maakt van echoscopie. Dat betekent een toenemende medicalisering van de zwangerschap en de wijze waarop vrouwen die beleven, wat uiteraard consequenties heeft voor de geboorte van het kind. Katz Rothman zegt daarover: "(...) once the fetus has been reified on the sonogram screen, the flickering video image of the fetus becoming more real than its felt presence, birth itself is profoundly altered." En is het zeer hoge percentage primiparae dat durante partu van thuis naar het ziekenhuis wordt vervoerd (38,5%) te verklaren? Bij de diverse volgende onderzoekingen die de onderzoekers aan het eind van het rapport aanbevelen, wordt risicobeleving niet genoemd. Dat zou wellicht voorop moeten staan.

Eva Abraham