

Boekbesprekingen

Sara Arber & Maria Evandrou (eds.), *Ageing, independence and the life course*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1993. 256 pp., £ 16.95.

De titel verschaft de drie sleutelbegrippen van deze bundel van dertien artikelen. Ze gaan over oud worden en in het bijzonder over verlies en behoud van onafhankelijkheid op oudere leeftijd. Daarbij wordt ouderdom niet benaderd als een statisch en op zichzelf staand gegeven, maar als een fase in een proces, de levensgeschiedenis van de betrokkene. Voor een juiste waardering van het boek dient men te weten dat het is opgezet als een kritiek op het heersend 'ageism'. Parallel aan termen als racisme en seksisme betekent 'ageism' stereotypering en discriminatie op grond van leeftijd. Verder hebben de auteurs zich voorgenomen de visies van de ouderen zelf te achterhalen en hen niet te beschrijven als passieve objecten van zorg (en onderzoek, zou ik eraan toevoegen). Van de dertien bijdragen gaan er twaalf grotendeels over Groot-Britannië.

Het historisch/biografisch perspectief waar de auteurs voor pleiten is een effectief middel tegen 'ageism'. Het maakt duidelijk dat het niet mogelijk is oude mensen als een homogene sociale groep te beschouwen. De grote verschillen in biografische achtergrond bepalen ook de enorme variaties tussen mensen op oudere leeftijd. Oudere mensen als één sociale categorie presenteren is even zinloos als wanneer men dat zou doen bij mensen tussen de twintig en vijftig. Het 'life course' perspectief diskwalificeert het monolithisch spreken over ouderen als een typisch voorbeeld van sociale constructie dat tot doel heeft zichzelf te profileren via de marginalisering van anderen.

Dat neemt niet weg dat er enkele algemene sociale en culturele trends te onderscheiden zijn die ouderen in de Westerse wereld treffen. De drie belangrijkste zijn dat ouderen zich terugtrekken van de arbeidsmarkt, dat zij steeds vaker gescheiden wonen van hun kinderen en kleinkinderen en dat zij een steeds hogere leeftijd bereiken, hetgeen vaak met allerlei gebreken gepaard gaat, zodat zij ook langer een beroep blijven doen op de maatschappij voor hulp.

De redacteurs onderscheiden drie begrippen die verband houden met (on)afhankelijkheid: 1. *fysieke onafhankelijkheid*, dat wil zeggen voor zichzelf kunnen zorgen, geen hulp van anderen nodig hebben voor het huishouden en de lichamelijke zorg; 2. *autonomie*, het vermogen zelf te bepalen wat men doet; 3. *reciprociteit of onderlinge afhankelijkheid* ('interdependence'), wederkerige afhankelijkheid op basis van vrije wil; deze vorm van 'afhankelijkheid' vormt geen bedreiging voor de autonomie.

In de bijdragen komen vooral vier gebieden aan bod waar ervaringen van afhankelijkheid en onafhankelijkheid van belang zijn: financiële situatie, huisvesting, fysieke gezondheid en sociale, emotionele en seksuele relaties.

Financiële armoede heeft grote invloed op het behoud van onafhankelijkheid en autonomie. Met geld kunnen ouderen voorkomen dat zij afhankelijk worden van

anderen. Betalen voor hulp en aanpassingen in de woonomgeving verandert hun 'feitelijke' afhankelijkheid in een zakelijke – reciproque – transactie en stelt hen in staat een besef van autonomie te behouden.

Het huis is het privé-domein waar mensen kunnen doen wat zij willen, dat wil zeggen: autonoom zijn. Het verschaft als het ware een tweede huid, een beschermlaag tussen het individu en de anderen. Hoe hulpbehoevend men 'buiten' ook mag zijn, binnenshuis kan men zich nog heel lang redden. Daar ontwikkelen mensen hun eigen technieken en hun eigen cultuur van leven waarin autonomie voorop staat. Het opgeven van die vertrouwde plek en gaan wonen in een bejaarden- of verzorgingshuis wordt dan ook meestal beschouwd als een verlies van onafhankelijkheid met verstrekkende symbolische implicaties. Vier bijdragen in het boek gaan in op aspecten van huisvesting in het leven van ouderen.

Het vermogen zich fysiek te redden ('functional capacity') wordt algemeen beschouwd als de cruciale factor die bepaalt of iemand al of niet afhankelijk van anderen wordt. Ziekte is gewoonlijk een tijdelijke fase van afhankelijkheid en om die reden voor de meeste patiënten acceptabel. Bij ouderen gaat het echter om een blijvende toestand en een veel ingrijpender ervaring. In de meeste bijdragen komen aspecten van fysieke afhankelijkheid ter sprake, maar tegelijkertijd tonen de auteurs hoe ouderen op inventieve wijzen trachten te voorkomen dat hun fysieke beperkingen tot afhankelijkheid zullen leiden.

Het sociale en emotionele karakter van interacties met en tussen ouderen krijgt, volgens de redacteurs, niet de aandacht die het verdient. Zij benadrukken dat materiële vormen van zorg, zoals het verzorgen van maaltijden, het helpen bij het wassen en aankleden, het doen van huishoudelijk werk, doortrokken zijn van emotionele betekenis. Voor een goed inzicht in hoe ouderen hun situatie beleven, zijn die emoties van wezenlijk belang. Ouderen die op zichzelf wonen, hoeven nog niet eenzaam te zijn, terwijl degenen die in een bejaardencentrum verblijven en de hele dag omringd zijn door anderen, intens eenzaam kunnen zijn. Deze constatering houdt een uitdaging in voor onderzoekers om meer aandacht te wijden aan de sociale en emotionele – inclusief seksuele – ervaringen van ouderen.

De bijdragen aan het boek handelen over de betekenis van geld in het leven van ouderen, over eetgewoonten, over allerlei fysieke activiteiten, over de betekenis van ouderdom in Bosnië-Herzegovina, over seksualiteit bij ouderen, over huisvesting, over klasseverschillen, over het leven in een instelling, over sociale zekerheid, over verschillen tussen ouderen van diverse etnische groepen en over gehandicapten die ouder worden.

Ter illustratie, een korte bespreking van twee interessante bijdragen. Wilson onderzoekt hoe ouderen geld gebruiken om hun onafhankelijkheid en autonomie te handhaven. Het onderscheid tussen beide begrippen is in dit verband relevant. Van niemand afhankelijk willen zijn – dat wil zeggen bij niemand 'in de schuld' staan – kan iemands autonomie (doen wat men wil) ernstig belemmeren. Wilson benadrukt het belang van geld in de situatie van ouderdom, maar wijst er tegelijkertijd op dat geld vaak een taboe is.

Gibson bespreekt het verschijnsel dat jongere generaties ouderen als seksloze wezens plegen te beschouwen. Wie op oudere leeftijd interesse in seks heeft, wordt al gauw 'ziek', 'abnormaal' of 'vies' genoemd. De wetenschappelijke en populaire literatuur, alsmede film en televisie bevestigen dat stereotiepe beeld. Het afwijzen en belachelijk maken van seks bij ouderen heeft volgens Gibson altijd bestaan in de westerse cultuur, van de oude Grieken tot hedendaagse auteurs. Verlies van seksuele potentie blijkt een effectief metonymia om ouderen te declasseren en marginaliseren, hoe tegenstrijdig men het begrip ook hanteert. Enerzijds worden ouderen als minderwaardig beschouwd, *omdat* hun seksuele potentie gedaald zou zijn, anderzijds worden zij geridiculiseerd, *als* ze nog geïnteresseerd zijn in seks. Insinuaties van seksueel onvermogen vormen een belangrijk ingrediënt in 'ageism'. Gibson levert forse kritiek op dit stereotiep beeld van ouderen en citeert met instemming de volgende regels van de dichter Dylan Thomas:

Do not go gentle into that good night,
Old age should burn and rave at close of day;
Rage, rage against the dying of the light.

Op basis van zijn onderzoek voorspelt Gibson dat ouderen in de toekomst met allerlei 'alternatieve' emotionele relaties zullen gaan experimenteren en dat de numerieke ongelijkheid tussen oudere mannen en vrouwen een opbloei van polygamie zal veroorzaken.

De uitgangspunten van de redacteurs voor deze bundel zijn ambitieus. De ambiguïteit van ervaringen van afhankelijkheid en autonomie is op overtuigende wijze naar voren gebracht. Pogingen om het leven van ouderen te plaatsen in het perspectief van hun levensgeschiedenis zijn maar gedeeltelijk geslaagd. Bij de meeste auteurs wordt de dynamiek van de levensloop getemd en vastgelegd in conventionele en statische variabelen als beroep, klasse, sekse en status. Ook de visie van de ouderen zelf komt niet altijd tot uiting. Daarvoor waren veel bijdragen te kwantitatief opgezet.

Sjaak van der Geest

H. R. Boeije, *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden*. Utrecht: De Tijdstroom, 1994. f 49,00.

Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen is het proefschrift van Hennie Boeije, verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Boeije heeft in de periode 1990-1993 onderzoek gedaan in zeven verpleeghuizen in het randstedelijk gebied Rijnmond. Ze onderzoekt welke aspecten van zorg verzorgenden in het verpleeghuis belangrijk vinden voor de kwaliteit van zorg en welke strategieën ze gebruiken om problemen te hanteren, die ze ondervinden bij de realisatie van zorg.

De auteur plaatst haar onderzoek binnen het kader van kwaliteitsbewaking en -bevordering van zorg. Terwijl de meeste onderzoekers zich tot nu toe hebben bezig gehouden met technische en instrumentele handelingen binnen de zorgverlening, richt Boeije haar onderzoek op de relationele aspecten van zorg. Hierbij neemt ze de visie van verzorgenden in het verpleeghuis als uitgangspunt. Vooronderstelling van haar onderzoek is dat hun opvatting over wat goede zorg is, alsmede hun problemen bij het verwezenlijken daarvan en de gekozen oplossingen, uiteindelijk bepalen hoe de kwaliteit van zorg vorm krijgt.

Boeije maakt gebruik van de aspectbenadering om de kwaliteit van zorg te kunnen onderzoeken. Ze vraagt de verzorgenden welke aspecten van zorg zij belangrijk vinden voor de kwaliteit ervan. Hieruit komen zes relationele aspecten te voorschijn: bejegening, zelfstandigheid, aandacht, behulpzaamheid, privacy en continuïteit. Haar conclusie is dat de eigenwaarde van de bewoners centraal staat. Ze signaleert drie problemen die verzorgenden ondervinden bij het uitvoeren van kwalitatief goede zorg: het nooit eindigende werk; de onzekerheid over het verloop van contacten met bewoners; en het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid.

Vervolgens bekijkt Boeije de verschillende strategieën van verzorgenden om met bovenstaande problemen om te kunnen gaan. Zij onderscheidt zes strategieën die te verdelen zijn in twee groepen. Boeije interpreteert vanuit het perspectief van verzorgenden deze twee groepen als het Marta-perspectief en het Maria-perspectief (Lucas 10 vers 38-42). Verzorgenden met een Marta-perspectief oriënteren zich volgens haar op "(...) de doelmatigheid waarmee ze hun werk doen en op zelfbescherming. (...) de kern van hun werk (is) het technisch en op resultaatgericht handelen, dat zich kenmerkt door controleerbaarheid en routines." Verzorgenden met een Maria-perspectief oriënteren zich op "bewonergerichte zorg en persoonlijke betrokkenheid. Aandacht voor de wijze waarop verpleeghuisbewoners hun opname en het verblijf ervaren, is volgens hen net zo belangrijk als de basiszorg" (p. 214-15). Boeije wijst erop dat deze tweedeling pas aan het eind van het onderzoek te voorschijn kwam en ze pleit daarom voor meer onderzoek om de bruikbaarheid en de houdbaarheid van haar bevindingen te controleren.

In Boeijes boek is haar onderzoek zeer systematisch uitgewerkt weergegeven, waarbij ze veel aandacht besteedt aan de methodische aspecten van kwalitatief onderzoek. Ongeveer de helft van het boek gaat over het onderzoek. De rest van het boek bevat een uiteenzetting van de gebruikte methode ontleend aan Glaser en Strauss, van de begrippen kwaliteit van zorg, perspectief en strategie, alsook een bespreking van Goffmans *On the Characteristics of Total Institutions*.

Wat ik als antropologe mis in het boek, zijn beschrijvingen van het onderzoeksveld die de sfeer van de onderzochte verpleeghuizen weergeven. Tenslotte vind ik het jammer dat Boeije in de Engelse samenvatting spreekt over 'nurses' wat volgens mij verwarring in de hand kan werken, omdat dit begrip in het Engelse taalgebruik alleen staat voor 'registered nurse' en niet voor verzorgende.

Gitte Wind

Bill Bytheway, *Ageism*. Buckingham: Open University Press, 1995. 144 pp., £ 13.99 (paperback), £ 37.50 (gebonden).

Het eerste probleem dat zich voordoet bij het bespreken van dit boek is dat er geen Nederlands woord beschikbaar is voor 'ageism'. Een ontnuchterende ontdekking. Betekent het dat het verschijnsel waar dit gehele boek over gaat in het Nederlands taalgebied niet voorkomt? Onmogelijk. Dat het niet herkend wordt? Onwaarschijnlijk. Dat we ons behelpen met de Engelse term? Ik ben het woord nog niet tegengekomen in kranten of tijdschriften. Een vreemde zaak.

Ethnocentrisme laat zich zonder veel moeite met ethnocentrisme vertalen, sexism met seksisme, en racism met racisme (waarom niet rassisme?), maar wat te doen met ageism? Volgens de eenvoudige definitie waarmee Bytheway zijn betoog aanvangt, is ageism: "discrimination against people on the basis of chronological age", discriminatie op grond van leeftijd. Zullen we het leeftijdsisme noemen? Ik zie geen grote toekomst weggelegd voor zo'n gekunsteld woord. "Hoe oud?", is een vraag naar iemands leeftijd. De vraag kan aan een kind, een volwassene en een bejaarde gesteld worden. Maar oudisme wekt onvermijdelijk associaties met oud in de zin van hoge leeftijd, veel jaren tellend, terwijl ageism de ruimere betekenis heeft dat het voor elke leeftijd geldt (al blijkt daar niet veel van in dit boek). Bovendien lijkt het erg op autisme. Gerontisme dan? Te wetenschappelijk, te verhullend en bovendien beperkt deze term zich ook tot hoge leeftijd.

"Hoeveel jaar?", is een andere manier om naar iemands leeftijd te vragen, ongeacht of de persoon jong of oud is. Zou jaarisme of jarisme een geschikte term zijn? Het voordeel is dat de term nauwkeurig aangeeft waar het om gaat en tegelijkertijd de futiliteit van de grond van de discriminatie toont: hoe zou het aantal jaren dat iemand telt ooit een reden kunnen zijn hem/haar op een bepaalde wijze te behandelen? Dus kies ik voor jarisme, al klinkt het niet echt goed. Maar misschien is dat een kwestie van wennen.

Bytheway, die zich een 'social gerontologist' noemt, heeft drie bedoelingen met zijn boek. Hij wil een overzicht geven van wat er zoal geschreven is over jarisme als een vorm van sociale onderdrukking. Verder heeft hij een boek willen schrijven dat bruikbaar is in onderwijs. Het verschijnt als een handboek van de Open University, in de serie *Rethinking Ageing*. Ten slotte levert hij kritisch commentaar op gerontologisch onderzoek. De gerontologie, betoogt hij, heeft vaak een jaristisch karakter. Veel gerontologisch onderzoek gaat – vaak onbewust – uit van jaristische categorieën en begrippen en bevordert het jarisme in de maatschappij in plaats van het te bestrijden.

Het boek bestaat uit drie delen. In het eerste behandelt Bytheway de oorsprong van jarisme. Hij benadrukt dat ouderdom en jarisme slechts ideeën zijn, maar wel ideeën die de neerslag vormen van uiterst invloedrijke culturele krachten. In veel maatschappijen functioneert leeftijd als een beslissend criterium voor het structureren van de levensloop en het classificeren van mensengroepen. Op basis van hun leeftijd krijgen mensen verwachtingen en rollen toebedeeld. Via het jarisme tracht Bytheway deze tendens zichtbaar te maken en ter discussie te stellen.

In het tweede deel schetst de auteur een aantal maatschappelijk aspecten die discriminatie op grond van leeftijd bevorderen. Achtereenvolgens komen macht, taal, menselijke relaties en organisatie aan bod. Interessant is dat ouderdom soms macht oplevert en soms van macht berooft. Gerontocratieën zijn wijdverbreid. Niet alleen in 'traditionele' politieke culturen, maar ook in moderne staten zijn oudere mensen opvallend vaak machthebbers. Tegelijkertijd leidt ouderdom tot verlies van maatschappelijke invloed met name in de sfeer van werk. De moderne maatschappij dwingt de meeste ouderen hun werk op te geven en die stap impliceert gewoonlijk een aanzienlijke achteruitgang in sociale positie.

Het jaristisch karakter van de taal wordt door Bytheway overtuigend naar voren gebracht. 'Old' en zijn talrijke synoniemen hebben bijna altijd negatieve connotaties (In de Van Dale lijkt dat minder het geval voor 'oud'). Treffende voorbeelden van stereotiep pejoratief gebruik van het woord oud haalt de auteur uit dagelijkse conversatie, reclameboodschappen, de media en 'humor'. Zo presenteren grapjes op verjaardagskaarten oud worden als een 'bergafwaarts gaan', een toename van lichamelijke en geestelijke gebreken.

Schrijvend over intermenselijke relaties benadrukt Bytheway dat ouderen steeds minder serieus genomen worden. Ze zijn hulpbehoevend, afhankelijk, zielig. Seksuele verlangens en activiteiten zijn verleden tijd, zo neemt men aan. De oudere die niet aan dat aseksuele beeld beantwoordt is abnormaal, 'ziek' of een 'vieze oude man'.

Het laatste deel van het boek zet veel van het eerder gezegde weer op losse schroeven. Vergelijkingen met seksisme en racisme, aldus Bytheway, zijn misleidend. Het 'wij-zij' effect van deze vormen van discriminatie is niet echt van toepassing op het verschijnsel jarisme. Het onderscheid oud/jong verglijdt immers door de tijd. Wie jong is, wordt oud en de ouderen zijn jong geweest. Jarisme zou men daarom kunnen karakteriseren als een vorm van systematisch stereotyperen en discrimineren tegen zichzelf in de toekomst, als men zelf oud is. Jarisme is niet alleen een uitdrukking van afkeer van ouderen als een andere groep; er is tevens sprake van zelfhaat, angst voor en afkeer van het eigen oud-worden. Die zelfhaat wordt in jarisme nauwelijks bewust beleefd, zoals de meeste projecties in het onderbewuste tot stand komen.

Het beste wapen tegen jarisme is niet de systematische ontkenning van de negatieve kanten van het ouder worden in een geforceerd optimisme (ook een -isme). Zo'n anti-jarisme zal juist leiden tot een bevestiging van het jarisme. Het meest effectieve middel tegen jarisme is het inzicht dat het stereotiepe beeld 'wij-zij' een illusie is. De erkenning dat de ouderen de jongeren van gisteren zijn en de jongeren de ouderen van morgen, zal volgens Bytheway leiden tot een meer waarachtige en empathische relatie tussen de generaties.

Twee belangrijke discussies ontbreken in dit boek. Ten eerste dat jarisme niet alleen tegen ouderen gericht is, maar – in principe – tegen alle leeftijden gebruikt kan worden, met name ook tegen adolescenten en kinderen. Het ene jarisme roept het andere op. De discriminatie die ouderen bedrijven tegen de jeugd, bijvoorbeeld, werpt een verhelderend licht op het jarisme waar dit boek over handelt.

Ten tweede ontbreekt nagenoeg iedere vergelijking met opvattingen over ouderdom (en jeugd) in andere culturen. Als de studie van andere culturen *ergens* een bijdrage kan

leveren aan een dieper inzicht in de eigen cultuur, dan is het hier. In de ogen van menig vreemdeling zijn onze gebruiken ten aanzien van ouderen bizar, komisch en wreed. Die dimensie wordt ons in dit boek helaas onthouden.

Sjaak van der Geest

Lincoln C. Chen, Arthur Kleinman & Norma C. Ware (eds.), *Health and social change in international perspective*. Cambridge: Harvard University Press, 1994. Harvard Series on Population and International Health. 508 pp., \$ 15.00.

Deze lijvige bundel is de uitkomst van een serie seminars die tussen 1987 en 1990 in het kader van het Health Transition Programma aan de Harvard University werd gegeven. Het betrof inleidingen en interdisciplinaire gesprekken over de sociale achtergronden van mondiale veranderingen op het terrein van de volksgezondheid, met nadruk op transities in het Zuiden. Demografen, sociologen, antropologen, epidemiologen en deskundigen op het terrein van de volksgezondheid wisselden visies en inzichten om, zoals de redactie het fraai uitdrukt, onzekerheidsgebieden te identificeren en het onderling debat aan te scherpen. Wat de diverse deelnemers bindt, is allereerst hun interesse in sociale en culturele aspecten van veranderingen in gezondheidspatronen, zoals het verdwijnen van infectieziekten als voornamelijk doodsoorzaak in het Noorden en het beteugelen ervan in het Zuiden. Daarnaast is er het gedeelde inzicht dat zulke verschuivingen bij nader inzien veel variaties tussen en binnen samenlevingen vertonen. Verklaringen vanuit sociale, culturele, politieke en economische perspectieven worden geacht op verschillende maatschappelijke niveaus betrokken te zijn. Samengevat, een kader voor discussie dat uitnodigend is naar sociale wetenschappers en een uitdaging biedt aan medici, zoals Chen, Kleinman en Kunitz, die in hun werk en opvattingen al vaak de disciplinaire grenzen overschreden.

De achttien bijdragen zijn, soms op een wat gekunstelde wijze, in vijf secties geordend. In de eerste sectie staan vorm en inhoud van de veranderingspatronen centraal; in de tweede conceptuele en methodologische kwesties die zich voordoen bij het definiëren van gezondheid en het meten van gezondheidsniveaus. De derde sectie behandelt de sociale en culturele geschiedenis van verschuivingen die zich in Noorden voordeden. De vierde is gewijd aan wat wordt aangeduid als tussenliggende culturele en sociale factoren zoals het opleidingsniveau van moeders. De vijfde sectie ten slotte gaat over beleidsaspecten. Hieronder zal ik uit iedere sectie bijdragen samenvatten en soms van kanttekeningen voorzien. Ik laat mij daarbij leiden door persoonlijke interesse en door de afweging dat het artikel voor een medisch antropoloog die het vakgebied wat ruim definieert en helangstelling heeft voor een epidemiologische invalshoek, de moeite van het lezen waard moet zijn.

Het eerste en het vierde artikel, beide van Murray en Chen, vormen samen een begripsmatige inleiding, waarbij het eerste gaat over mortaliteit en het andere over morbiditeit. Het laatste is het meest interessante vanwege aardige illustraties van definitie- en meetproblemen die zich voordoen het beschrijven en verklaren van veranderingen

in ziektepatronen. Een artikel van Frenk et al. tracht op systematische manier aanzetten voor een theorie van gezondheidstransitie te formuleren. Afgezien van de inhoud vond ik het vooral interessant vanwege de doorkijkjes die het de antropoloog biedt van de denk- en werkwijze van de theoretiserende volksgezondheidsdeskundige. Ten slotte is in de eerste sectie een bijdrage van Sugar, Kleinman en Heggenhougen te vinden over sociale en gedragsmatige pathologieën, zoals ze onder meer roken, drinken en gebruik van drugs, maar ook psychiatrische klachten aanduiden. Dit sterk beschrijvende artikel is naar mijn mening nogal onevenwichtig en verraadt duidelijk de inbreng van auteurs met uiteenlopende visies en ervaringen.

De tweede sectie bevat naast het al genoemde artikel van Murray en Chen, een bijdrage van de bekende econoom Amartya Sen over kennistheoretische en methodische aspecten van gezondheidsmeting. Hij gaat daarbij met name in op de positionerende elementen van objectiviteit. Samen met de daarop volgende bijdrage van Kleinman over een antropologisch perspectief op objectiviteit biedt het goed aanknopingspunten voor een discussie over de achtergronden en bronnen van vertekening bij het zogenaamde gebruikersperspectief dat medisch antropologen vaak en graag als uitgangspunt kiezen. Een wat moeizaam in het geheel passende bijdrage van Veena Das sluit de tweede sectie af. Hij laat aan de hand van enkele Indiase cases, onder andere de giframp in Bhopal, zien hoe machtigen het lijden van sommigen of velen gebruiken om de eigen positie te versterken.

In de derde sectie staan historische ontwikkelingen centraal. Een interessant artikel van Condran en Preston gaat in op de maatschappelijke achtergronden van het teruglopen van de kindersterfte en de sociale differentiatie daarbinnen in de Verenigde Staten aan het begin van deze eeuw. Het besteedt veel aandacht aan de manieren waarop de staat probeerde om opvattingen en praktijken rond het groot brengen van kinderen volgens de vigerende medische inzichten te beïnvloeden. Kunitz gaat vervolgens in op de gevaren van een generaliserende methode. Daarbij zoekt men naar determinanten, zoals opleidingsniveau van moeders, die in verschillende maatschappijen tot dezelfde gevolgen, bijvoorbeeld een lager geboorteniveau, zouden leiden. Kunitz wijst op de waarde van het bijzondere in maatschappelijke situaties, op de noodzaak tot contextualiseren. Kennis over de specifieke condities waaronder een geconstateerde maatschappelijke samenhang tot stand is gekomen, is noodzakelijk voor het formuleren en effectief uitvoeren van eventuele interventies. Natuurlijk is dit niets nieuws voor medisch antropologen en historici, maar de manier waarop Kunitz als medicus het spanningsveld schetst is boeiend.

Kunitz' verhaal is interessanter dan dat van Christakis, Ware en Kleinman in de vierde sectie over de betekenis van culturele verschillen in ziektegedrag voor nuanceringen in maatschappelijke veranderingsprocessen. John en Pat Caldwell zoeken in hun artikel naar relaties tussen verbeteringen in gezondheidsniveaus en veranderingen in gezinsstructuren, waarbij ze gebruik maken van beschikbare globale kwantitatieve data. Bij die werkwijze is het noodzakelijk om familie-systemen vergelijkbaar te maken door ze samen te vatten. Zo gaat het historisch en cultureel bijzondere verloren en ontstaan de algemene uitspraken waarbij Kunitz in zijn bijdrage kritische kanttekeningen plaatste.

Het laatste deel van de bundel heeft sterk toegepast karakter. Van de vijf bijdragen is eigenlijk alleen de eerste, van Birdsall redelijk boeiend. Zij kijkt naar de rol van de staat in ontwikkelingslanden ten aanzien van sociaal beleid, gezondheids- en onderwijsprogramma's. Haar assumptie is dat die rol sterk zal blijven, ook als er minder fondsen beschikbaar zijn, bijvoorbeeld door haar regulerende en consument-beschermende mogelijkheden scherper aan te zetten. Met behulp van een sterk economisch getinte analyse onderzoekt ze welke opties er zijn en presenteert ze vuistregels voor het maken van keuzen daartussen.

Wat moeten medisch antropologen nu eigenlijk met deze bundel opstellen? Ze moeten zeker niet het hele boek lezen, maar het is wel van belang om kennis te nemen van sommige bijdragen. Ook voor onderwijsdoeleinden zijn enkele bijdragen goed geschikt. Voor dit selectief leesadvies zijn verschillende argumenten aan te dragen. Het is van belang en vaak inspirerend om te weten waarmee onderzoekers op belovende onderzoeksvelden die met een andere aanpak werken zich bezig houden en hoe ze daarbij te werk gaan. Het is nodig dat medisch antropologen kennis nemen van ontwikkelingen die zich voordoen in patronen van ziekte en sterfte, en van de concepten, indicatoren en methoden van meten die bij het in kaart brengen ervan te gebruiken zijn. Kennis van veranderingen die op hogere integratieniveaus, zoals het nationale of zelfs globale niveau, zijn geconstateerd, kunnen de medisch antropoloog helpen om lokale veranderingen beter te verklaren. Sommige bijdragen ten slotte bieden interessante standpunten over kennistheoretische en methodische onderwerpen en vragen. Genoeg redenen, zou ik zeggen, om eens voorzichtig langs te gaan bij de soms wat verre burens, de epidemioloog, econoom, demograaf en volksgezondheidsdeskundige, zoals die zich in dit boek manifesteren.

Pieter Streefland

Celia Davies, *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press, 1995.

Celia Davies is een Britse sociologe, die zich reeds vanaf haar 'doctoral thesis' met als onderwerp 'nursing education', bezig gehouden heeft met de ontwikkelingen in de verpleegkundige beroepsgroep. Zij is de laatste tweeënehalf jaar met name geïnteresseerd in de ambivalente houding ten aanzien van verplegen. Volgens haar worden verpleegkundigen op individueel niveau weliswaar gewaardeerd voor de zorg die zij geven, op politiek en collectief niveau is deze waardering veel negatiever. Immers, wanneer verpleegkundigen praten over de aard van hun werk, hun idealen, hun onderwijs of andere bronnen die nodig zijn om optimale zorg te kunnen bieden, of wanneer ze spreken over holistische zorg en verbondenheid, dan klinken hun woorden op politiek en collectief niveau, zoals Davies dat noemt, 'out of place'. Dan krijgen ze te horen dat ze onrealistisch, sentimenteel of chaotisch zijn. Ze vraagt zich af waar deze ambivalente en negatieve waardering ten aanzien van verplegen niveau vandaan komt. Haar conclusie is dat deze houding ten aanzien van verplegen alleen te begrijpen is, als

verplegen gezien wordt in termen van vrouwenwerk. Volgens haar hebben verpleegkundigen daarom een feministische analyse nodig, die het denken in termen van gender serieus neemt. In plaats van de 'male-dominated industrial sociology' kiest zij voor een gender-analyse om inzicht te krijgen in de verpleegkundige praktijk.

Het gender-begrip dat Davies hanteert, neemt niet concrete mannen en vrouwen als uitgangspunt, maar mannelijkheid en vrouwelijkheid. Ze geeft aan deze culturele representaties zijn, die onze vroegste ervaringen beïnvloeden en onze identiteit vormen. Gender geeft dus vorm aan onze persoonlijkheid en daarnaast ook aan sociale instituties. Niet alleen aan instituties als familie, seksualiteit en reproductie, maar ook aan schijnbaar neutrale instituties in het publieke domein van werk en politiek. De scheiding tussen publiek en privé zelf is deel van de culturele representaties van gender. Tot slot, stelt Davies dat mannelijkheid en vrouwelijkheid begrepen moeten worden in hun voortdurende onderlinge verhoudingen. Ze zijn niet gescheiden en complementair. Davies laat dit laatste aspect zien aan de hand van rationaliteit.

We must understand 'ordered rationality' as an illusion; we must see that 'masculine rationality' attempts to drive out the feminine but does not exist without it (p.55).

Al het voorbereidende vaak onzichtbare werk, dat verpleegkundigen verrichten, zoals het observeren en verzorgen van patiënten, maakt het voor de arts uiteindelijk mogelijk een 'rationele' diagnose te stellen.

Davies sluit aan bij het huidige denken binnen vrouwenstudies, waarin gender gezien wordt als gelaagd begrip. Zo gaat het Onderzoekprogramma van de Onderzoeksschool Vrouwenstudies in Utrecht (1995) ervan uit dat er niet gezocht moet worden naar biologische of culturele verschillen tussen mannen en vrouwen. Het begrip gender kent drie (met elkaar verbonden) niveaus: gender als dimensie van persoonlijke identiteit, als maatschappelijk ordeningsprincipe, en als basis van normatieve dichotomieën. Dit laatste verwijst naar de invloed van dat gender op de manier waarop wij de wereld binair ordenen. Daarin verschijnt het vrouwelijke steeds weer verschijnt als 'ander', als negatief ten opzichte van het mannelijke. Gender veronderstelt mannelijkheid en vrouwelijkheid als geconstrueerd en als onderling samenhangend, waardoor het denken in binaire schema's doorbroken kan worden.

Davies werkt het gender-begrip in haar verdere onderzoek uit als de 'cultural code of masculinity'. Hiermee geeft zij aan dat in de samenleving de neiging bestaat de voorkeur te geven aan het mannelijke en het vrouwelijke naar de privé-sfeer te verwijzen. Dit resulteert volgens haar in een publieke wereld bevolkt door autonome individuen, waarin de onderlinge relaties in stabiele ordeningen zijn vastgelegd. Dit wereldbeeld gaat ervan uit dat mensen privé-doelen nastreven en daarom gecontroleerd en gestuurd moeten worden. Emoties en enthousiasme hebben geen plaats in een dergelijke wereld.

Met de 'cultural code of masculinity' gaat Davies de praktijk van verpleegkundigen in Engeland te lijf. Daar is de gezondheidszorg weliswaar anders georganiseerd dan in Nederland, maar de consequenties voor verpleegkundigen zijn vergelijkbaar. De beschrijving van de ontevredenheid onder Britse verpleegkundigen over hun positie verschilt niet van de Nederlandse situatie. Ook Nederlandse verpleegkundigen klagen

dat het onderwijs niet voldoet, de werkdruk te hoog is, carrière maken voor te weinig mensen weggelegd is of dat de organisatie 'intermenselijke' zorg onmogelijk maakt.

Davies stelt na een opsomming van de ontevredenheid onder Britse verpleegkundigen de vraag waarom het voor hen zo moeilijk is oplossingen hiervoor te vinden. Volgens haar is dat onder meer het gevolg van de manier waarop het werk georganiseerd is in gezondheidszorg. Er wordt niet gezocht naar de beste manier om het werk te organiseren van een grotendeels uit vrouwen bestaande beroepsgroep. Pas de laatste jaren is deeltijdarbeid geaccepteerd, hoewel nog steeds niet in hogere functies. Daarnaast is het voor verpleegkundigen moeilijk iets aan hun ontevredenheid te doen, omdat hun rol in de praktijk onduidelijk is. Hoe kan omschreven worden wat verpleegkundigen doen, wat zorg is? Tot slot maakt de manier waarop het onderwijs vorm gegeven is, dat verpleegkundigen tegelijkertijd werknemer en leerling zijn, hetgeen voor hen het moeilijk maakt hun situatie te veranderen.

Davies zoekt daarna naar de diepere achtergronden van de ontevredenheid en problemen van verpleegkundigen en vraagt zich af waar naar oplossingen te vinden zijn. Zij concludeert dat de problemen waar verpleegkundigen tegenop lopen deel zijn van de 'cultural code of masculinity'. Volgens haar heeft de prioriteit die gegeven wordt aan mannelijkheid, tot gevolg dat een mannelijke publieke wereld kan verrijzen. De bureaucratische organisatie van de gezondheidszorg waarin verpleegkundigen functioneren, is niet gender-neutraal maar beïnvloed door deze culturele code. Deze organisatie 'dwingt' verpleegkundigen ernaar te streven hun werk rationeel, controleerbaar en voorspelbaar te maken en emoties en onzekerheid buiten te sluiten.

Verpleegkundigen proberen hun werk aan te passen aan de eisen van de publieke wereld door een professie te worden. Alleen in termen van professioneel handelen is hun werk in de publieke arena bespreekbaar. Het professionaliseringsstreven wordt binnen de verpleging niet ter discussie gesteld. Het gaat om de vraag of men al geprofessionaliseerd is of nog niet. Volgens Davies zou het echter goed zijn zich af te vragen of professionalisering wel het antwoord is op de problemen van verpleegkundigen. Net als de bureaucratische organisatie is de professionalisering onderdeel van de 'cultural code of masculinity'. De invloed ervan is volgens Davies zichtbaar in de wijze waarop dit proces vorm krijgt. Wetenschappelijke kennis en technische rationaliteit, die als mannelijk getypeerd worden, vormen het hart van de professionalisering. Deze moeten het werk inzichtelijk en controleerbaar maken. Het gevolg hiervan is dat die aspecten van zorg die onzeker, emotioneel en intuïtief (vrouwelijk) zijn, naar de achtergrond verschuiven. Het zijn echter juist deze aspecten die verpleegkundigen desgevraagd de kern van de zorg noemen. Davies adviseert verpleegkundigen daarom te zoeken naar nieuwe vormen van professionaliseren en naar nieuwe beschrijvingen van zorg. Verpleegkundigen hebben een vocabulair nodig dat recht kan doen aan alle aspecten van zorg, ook de vrouwelijke.

Om daadwerkelijk verandering te kunnen brengen in hun positie zullen verpleegkundigen zich, met een alternatief vocabulair over zorg, moeten mengen in het publiek en politiek debat. Volgens Davies kunnen zij niet aan de zijlijn blijven staan als het gaat om ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Immers, als verpleegkundigen zich niet mengen in het debat, "these debates will remain couched in terms of a masculinist

vision that represses and denies the very vulnerabilities that health care in practice has to address" (p.175).

De auteur besluit haar boek met het weergeven van de erin vervatte boodschap. Deze behelst niet alleen dat verpleegkundigen gewaardeerd moeten worden voor wat ze doen of beter beloond voor hun werk. Het boek vraagt ook aandacht voor de aard en grenzen van de 'cultural code of masculinity'.

Masculinity fears and defeminizes dependency. It handles vulnerability and indeed any emotional expression by handing it over to women, and repressing and denying the need for any discussion of such matters in the 'rational' forum of a public place or space. And because (...) nursing is a metaphor for much of this, nurses will often feel bruised and confused when they enter the arena of public policy debate. (p.187)

In *Gender and the professional predicament in nursing* komen verplegen en vrouwenstudies elkaar tegen. Het maakt belangrijke aspecten van het werk van verpleegkundigen zichtbaar, die doorgaans onzichtbaar blijven. Davies introduceert een nieuw en interessant gebied voor onderzoek binnen de verpleging. Met haar boek wil zij bovendien een bijdrage leveren aan het onderzoek binnen vrouwenstudies. Haar onderzoek naar zorg sluit aan bij een van de topics binnen vrouwenstudies.

Echter, de manier waarop zij het gender-begrip hanteert, staat op gespannen voet met gender als gelaagd begrip. Davies heeft weinig aandacht voor de geconstrueerdheid van gender. Zij lijkt er veeleer van uit te gaan dat mannelijkheid en vrouwelijkheid vastliggen. Dit wordt zichtbaar in de specifieke invulling die ze geeft aan de 'cultural code of masculinity'. Zij beschrijft hierbij hoe mannelijkheid en vrouwelijkheid eruit zien en hanteert deze begrippen alsof ze onveranderlijk zijn in tijd en plaats. Davies ondergraaft hierdoor niet het denken in binaire schema's, waarbij het vrouwelijke altijd als negatief verschijnt. Het gevaar is dat zij dit denken juist verscherpt en bevestigt. Haar aandacht voor de ongelijke waardering van beide poten laat weliswaar zien dat het mannelijke niet zonder het vrouwelijke kan, maar mannelijkheid en vrouwelijkheid an sich worden niet ter discussie gesteld en steeds opnieuw bevestigd. Het besef dat Davies onderzoek doet naar de 'cultural code of masculinity' en niet naar gender, wil echter geenszins zeggen dat haar boek niet de moeite waard is om te lezen. Haar beschrijving van de verpleegkundige praktijk maakt heel mooi zichtbaar wat in traditionele sociologische termen onzichtbaar zou blijven, namelijk de zorg.

Marie-Josée Smits

Els P.I.M. van Dongen, *Zwerfers, knutselaars, strategen. Gesprekken met psychotische mensen*. Amsterdam: Thesis Publishers, 1994. 334 pp., bibliografie, f 42,50.

Ik verlang naar een tijd die heel ver terug is en zo... Want toen leefde je in de tijd, hè.
En nou is het net of ik helemaal buiten de tijd leef bijna.

Ik zie foto's van mij van vroeger en dan ken ik mezelf niet.
Dat is moord. Opgroeien is moord. (Citaten van psychotici)

Psychotisch zijn betekent een lijdensweg en een eenzaamheid waar slechts weinigen zich bewust van zijn. Daarnaast beschouwen veel hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg psychotisch getinte verhalen als destructief voor de therapeutische relatie. Men ontkent of negeert de verhalen of tracht het gesprek naar het concrete hier en nu te sturen. Psychotische verhalen worden dus weinig aangehoord, laat staan begrepen. In haar cultureel-antropologische studie tracht Van Dongen de verhalen van psychotische mensen uit hun geïndividualiseerde (en daardoor geïsoleerde) positie te halen door aan te tonen hoezeer hun verhalen (en die van de hulpverleners) gevormd zijn door de cultuur. Hiermee hoopt zij dat psychotische mensen minder op zichzelf teruggeworpen worden en dat hun ervaringen, zijns- en zinragen meer naar de voorgrond treden.

Het boek heeft een expliciet normatieve inzet. Van Dongen meent dat de verhalen van en de subjectieve betekenisgeving door psychotische mensen onvoldoende aan bod (kunnen) komen in de huidige psychiatrische (ziekenhuis)hulpverlening. Door subjectieve beleving van psychotische mensen onvoldoende plaats te geven in de interactie met hulpverleners ontstaat er volgens haar onderhuids een moeizame communicatie die onbevredigend is en niet bijdraagt aan het welbevinden van mensen. Daarnaast "ontnemen wij onszelf de mogelijkheid om ons te hezinnen op schaduwkanten van de cultuur" (p. 266). Van Dongen stelt: "Mijn boek wil een tegenwicht vormen tegen de nadruk die in de psychiatrie tegenwoordig ligt op pathologie en de daaraan gerelateerde transformaties van lijden en beleving naar ziektecategorieën" (p. 23).

In het boek komen veel psychotici aan het woord. Uit de verslaglegging van vijftig opgenomen gesprekken tussen psychotische mensen en hulpverleners citeert Van Dongen diverse tekstfragmenten. Hierdoor krijgt de lezer ruimschoots de kans kennis te maken met de ervaringswereld van de psychoticus (en daarmee ook van de hulpverlener). Meer dan eens lukt het Van Dongen om deze voor de lezer toegankelijk te maken, waardoor het boek aan te bevelen is voor zowel hulpverleners als familie en vrienden van psychotische mensen. Vanuit het perspectief van psychotische mensen beschrijft zij achtereenvolgens: de periode rondom de opname; het onderscheid tussen een lang- en een kortdurend verblijf; de splitsing van het zelf; het leven in twee werelden; de wankelende wereld van psychotische mensen; het leven en de dood; het verhullen en onthullen in gesprekken.

Zwervers, knutselaars en strategen sluit aan bij interpretatieve benaderingen in de sociale wetenschappen die "het idee centraal stellen dat mensen worden gevormd door culturele praktijken en dat deze praktijken een betekenis hebben die een manier van begrijpen en omgaan met dingen, mensen en instituties omvat" (p. 28). De poging om aan te tonen hoezeer in Westerse samenlevingen 'gekke' en 'waanzin' geïndividualiseerd worden is bewonderenswaardig. Van Dongen slaagt erin door middel van haar discoursanalyse de aandacht weg te nemen van de individuele psychiatrische stoornissen en meer te richten op de betekenisgeving en context van de psychotische mens. Dat neemt niet weg dat door de nadruk op culturele aspecten de eigen individuele invloeden soms wat ondergewaardeerd worden. Zo schrijft zij dat de eerste (pre-)psychotische

verschijnselen ontkend en weggerationaliseerd worden als gevolg van het (cultureel bepaald) 'verbod' op redeloosheid en reddeloosheid. Individuele beweegredenen kunnen echter eveneens het verbergen van de eerste tekenen van een psychose verklaren. Angst en het wanhopige geloof in de controleerbaarheid van de verschijnselen zijn slechts twee van dergelijke redenen.

In de loop van het betoog geeft Van Dongen drie dilemma's aan uit de psychiatrische praktijk. Zo beschrijft ze treffend hoezeer de psychiatrie, in een tijd van extreem individualisme, lijdt onder een ambivalent ziekteconcept (de Januskop). Enerzijds bestaat nog steeds de traditioneel psychiatrische opvatting dat mensen met psychische stoornissen niet verantwoordelijk kunnen worden gesteld, anderzijds bestaat tegenwoordig "zeer sterk de opvatting dat men zelf verantwoordelijk moet zijn voor wat men van zijn leven maakt" (p. 27). Hierdoor zien hulpverleners zichzelf voortdurend geplaatst voor "de keuze tussen 'ingrijpen' en 'niet-ingrijpen' in het leven van psychotische mensen, tussen voldoen aan de behoefte aan hulp en de noodzaak tot autonomie" (p. 277).

Een ander dilemma vormt het afwisselend balanceren tussen twee therapeutische perspectieven. Het ene perspectief impliceert vooruitgang en herstel van de identiteit en de sociale competentie. Het andere veronderstelt acceptatie van en aanpassing aan de subjectieve belevingen van de psychoticus.

Een derde dilemma dat Van Dongen goed beschrijft, is de verlamme paradox rondom de omgang met emoties binnen de intramurale psychiatrie. Op het terrein van de emotionaliteit zendt de psychiatrie een dubbele boodschap uit. Enerzijds moeten patiënten leren hun emoties te bespreken en in verband te brengen met hun aandoening, anderzijds mogen zij geen (te) heftige emoties tonen. Voor psychotische mensen van wie de emotionele belevingswereld zo overheersend is dat zelfs hun woorden letterlijk lichamelijk gevoeld kunnen worden, zal een dergelijke paradox inderdaad eerder een sociaal isolement bewerkstelligen dan afbreken.

Alhoewel Van Dongen in het inleidende en afsluitende hoofdstuk wel aangeeft wat zij onder cultuur verstaat, wordt bij de daadwerkelijke analyse van het onderzoeksmateriaal niet precies helder hoe zij de relaties met cultuur heeft gelegd. Ze omschrijft cultuur als "een configuratie van beslissingsnormen die worden gebruikt bij het vaststellen van: wat is, wat hoort en wat er aan te doen" (p. 18). Verderop is cultuur "niet alleen al datgene wat iemand moet kennen en geloven om zich op een manier te gedragen die aanvaardbaar is voor haar leden, een betrekkelijk consensueel systeem, maar tevens een manipulatief systeem, in de zin van al datgene waarmee mensen kunnen etiketteren, uitsluiten, straffen, manipuleren en controleren" (p. 29). Dergelijke omschrijvingen vragen mijns inziens om een nauwkeurige methodologische verantwoording van de manier waarop tekstfragmenten duiden op culturele betekenissen. Essentiële filosofische vragen bijvoorbeeld over het spanningsveld of de overeenkomst tussen culturele en individuele aspecten van psychotisch taalgebruik komen niet zorgvuldig genoeg aan bod in een boek dat juist het primaat bij de cultuur tracht te leggen.

Tijdens het analyseren van de tekstfragmenten komt de relatie tussen psychotische belevingen en cultuur niet expliciet aan de orde. Het is alsof Van Dongen zelf ook moet erkennen hoe complex en problematisch een dergelijke onderneming is.

De ontrafeling van culturele, professionele en persoonlijke ideeën van hulpverleners en psychotische mensen komt mij thans voor als een moeizame onderneming. Tijdens het proces van reflectie en interpretatie hebben zich steeds weer gebeurtenissen voorgedaan die de interpretaties doorkruisten en opnieuw overdenken noodzakelijk maakten (p. 19).

Daar komt bij dat het boek voor wat betreft de helderheid, structuur en leesbaarheid te wensen over laat. De inleiding maakt niet duidelijk waarom gekozen is voor de gehanteerde indeling in hoofdstukken. Hierdoor krijgt de lezer de indruk dat de hoofdstukken en de daarin gebruikte citaten elkaar vrij willekeurig opvolgen. In een zo omvangrijke en gedetailleerde ('microscopische') studie vormt het gebrek aan een gestructureerde en expliciete methodologische verantwoording een obstakel. De lezer verdwaalt al snel in de overdaad aan, op zich interessante en waardevolle, tekstfragmenten. Hetzelfde geldt in nog sterkere mate voor de wetenschappelijk geïnteresseerde lezer. Wanneer Van Dongen een tekstfragment van een psychoticus interpreteert, komt de lezer veel literatuurverwijzingen tegen die niet meer lijken te betekenen dan een tijdelijke (h)erkenning van het geïnterpreteerde op dat moment. Daarmee blijft Van Dongen enerzijds erg dicht bij het tekstmateriaal zonder dat de discussie met, of de verhalen van andere wetenschappers aan bod komen. Anderzijds staat het boek vol met onverwachte en snelle overgangen van individuele psychotische belevingen naar korte literatuurverwijzingen die (te) snel leiden naar onduidelijke en, niet zelden, onverantwoorde generalisaties.

Voorts lijken in het boek psychotische verhalen soms geromantiseerd te worden tot bewuste en intentionele verhalen, zoals die van cultuurcritici, die ons aan het denken zouden moeten zetten. "Het idioom vertoont duidelijke sporen van intentionaliteit, verzet en commentaar op waarden, normen en regels in een cultuur" (p. 270). Niet duidelijk wordt in hoeverre psychotische mensen dat zelf ook zo ervaren. Daarnaast is het de vraag in hoeverre zij er van profiteren, als hulpverleners de culturele aspecten van hun psychotische uitspraken expliciet bespreken. Het is jammer dat een onderzoek met een normatieve inzet niet laat zien of en in hoeverre een dergelijke aanpak daadwerkelijk bevorderlijk is voor psychotische mensen. Alhoewel de normatieve inzet eerst veronderstelde dat dit ten goede zou komen van het helingsproces (p. 285), schrijft Van Dongen even daarvoor dat ze bij de analyse geen therapeutisch doel ('therapievorm') voor ogen heeft (p. 281).

In het laatste hoofdstuk concludeert Van Dongen dat het gesprek tussen hulpverleners en psychotische mensen zich kenmerkt door een pragmatisch-normerend spreken van de hulpverleners en een existentieel-waarderend spreken van de psychotische mensen. Daarbij zijn de waarheidsaanspraken van de hulpverleners groter dan die van de patiënten. Consensus acht zij onwaarschijnlijk:

Het gevolg van het buiten beschouwing laten van deze vragen [zijn- en zinsvragen, BM] en bepaalde subjectieve belevingen impliceert een verkleining van de intersubjectieve ruimte" (p. 282).

De inspanningen die de gesprekspartners [hulpverleners en psychotische mensen, BM] (...) moeten doen om hun gesprekken gaande te houden, staan een intersubjectieve

erkenning van de waarde van subjectieve betekenisgeving aan ervaringen van psychotische mensen in de weg (p. 280).

Een nogal statische en gesloten conclusie voor een veelbelovende studie met een, aanvankelijk, duidelijk normatieve inzet.

Van Dongen eindigt haar boek door opnieuw te stellen dat cultuur een intermediair kan zijn tussen hulpverlener en psychotisch mens en dat het aanhoren en beleven van verhalen van vreugde en troost een leidraad kunnen vormen voor verandering en heling. Daarnaast geeft zij twee concrete adviezen voor hulpverleners die de geïsoleerde positie van psychotische mensen uiteindelijk zouden kunnen verminderen. Allereerst zouden hulpverleners "negatieve bevindingen kunnen richten op en binden aan zichzelf (...), zodat het lijden zich niet langer alleen binnen de patiënt afspeelt" (p. 285). Het tweede advies luidt dat hulpverleners niet a priori de intentie moeten hebben iets over te dragen. Als hulpverleners eerst proberen te luisteren naar en te werken met de dialectiek van goed en kwaad, almacht en vijandigheid, leven en dood, ontstaat er de mogelijkheid om te luisteren zonder strijd. Op die manier wordt de intersubjectieve ruimte voor beiden gevuld met een exploratie van gedachten en ideeën.

Helaas werkt Van Dongen deze adviezen niet concreet uit. Daarvoor besteedt zij in het boek te weinig aandacht aan de persoonlijke, therapeutische en organisatorische dilemma's van de hulpverlener. Het is weliswaar van belang om over existentiële zaken te praten, maar de intramurale psychiatrische setting veronderstelt toch een bepaalde consensus over afdelingsregels, omgangsnormen en de uitvoering van taken. Desalniettemin slaagt Van Dongen er in om de lezer duidelijk te maken hoezeer psychotische mensen dubbel geïsoleerd raken: zowel door hun 'eigen' psychotische belevingen als door de beperkte mogelijkheid tot het samen met hulpverleners construeren van een gedeelde intersubjectieve ruimte.

Bert Molendijk

Tim Dyson (ed.), *Sexual behaviour and networking: anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*. Liège: Derouaux-Ordina, 1992. 385 pp.

Sexual behaviour and networking bevat een selectie uit de papers die gepresenteerd zijn op een seminar in Denemarken in 1990. De conferentie was een initiatief van het Committee on Anthropological Demography, een onderdeel van de International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). Het doel van de conferentie was een bijdrage te leveren aan de antropologische en sociaal-culturele studie van seksualiteit in de strijd tegen AIDS. Dit boek is één van de eerste bundels waarin de sociaal-culturele aspecten van de pandemie aan de orde komen. De focus ligt op seksueel gedrag en netwerken, omdat de overdracht van HIV voornamelijk via seksueel contact plaats vindt.

Het boek doet in 1995 ietwat gedateerd aan. Hieruit blijkt dat ook het sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar HIV/AIDS zijn eigen plaats heeft verworven. In de bundel wordt nog vaak uitgelegd waarom het noodzakelijk is kwalitatief onderzoek te

doen naar HIV-transmissie en de effectiviteit van preventiecampagnes. Desondanks is het een waardevolle bijdrage, omdat helaas nog veel zaken die aan de orde komen, actueel zijn. Met name de aandacht die gevraagd wordt voor de behandeling van seksueel-overdraagbare aandoeningen (SOA) is nu noodzakelijker dan ooit. De schatting is dat er wereldwijd 150 miljoen SOA-besmettingen per jaar plaats vinden en zoals bekend vergemakkelijkt een SOA de transmissie van HIV. Ook de bange verwachtingen die in het boek uitgesproken worden ten aanzien van Azië, zijn uitgekomen.

De zeventien bijdragen verschillen sterk, zowel qua regio en thema als in kwaliteit. De keuze voor juist deze papers komt gekunsteld over. Een lijn heb ik hierin niet kunnen ontdekken.

De eerste bijdrage is een oproep tot betere samenwerking en begrip tussen epidemiologen en sociale wetenschappers. Een ietwat taai begin voor een antropologisch geschoolde lezer. Het tweede artikel, dat een parallel trekt met de achttiende-eeuwse SOA-epidemieën vind ik niet op zijn plaats in dit boek. De volgende twee artikelen hebben betrekking op Afrika. Het eerste is een GPA/WHO-survey en benadrukt krachtig de noodzaak van antropologische kennis. Het tweede is een paper dat ingaat op de rol van polygynie in de HIV-transmissie.

Daarna volgen drie papers over homoseksualiteit in respectievelijk Brazilië (manelijke prostitués), de USA (adolescenten) en Frankrijk (effectieve preventie). Dit zijn de sterkste bijdragen van het boek, niet verwonderlijk gezien het verloop van de epidemie en de alerte reactie vanuit de homowereld op de sociaal-culturele en politieke aspecten van AIDS.

De enige bijdrage uit Azië heeft betrekking op India, waarin alle aspecten van de epidemie aan de orde komen: armoede, genderrollen, slechte gezondheidsvoorzieningen, urbanisatie en migratie, sekswerk en bloedtransfusies. Tragisch genoeg zijn alle voorspellingen uitgekomen en is er tot op heden in India weinig veranderd. De epidemie grijpt in Azië razend snel om zich heen.

De rest van het boek is geheel gewijd aan Afrika (Guinée-Bissau, Ghana, Senegal, Nigeria, Sudan, Uganda, Kenya en Zaire). Verschillende methoden passeren de revue; surveys aangevuld met seksuele dagboeken, focusgroep-discussies, netwerkmodellen en actie-onderzoek. Het artikel van Schoepf gaat met name in op deze laatste vorm van onderzoek, de combinatie van preventie en antropologische kennisverwerving. Deze aanpak vindt steeds meer navolging. Het artikel van Enel en Pison over Senegal illustreert fraai de kracht van een antropologische benadering door te wijzen op de verschillen in data ten gevolge van cyclische invloeden, zoals menstruatie (maandelijks), migratie (vaak seizoengebonden) en taboes tijdens de zwangerschap en lactatie.

Sexual behaviour and networking is breed van opzet, maar het is een integere poging om te laten zien dat kwantitatief en kwalitatief AIDS-onderzoek een waardevolle aanvulling op elkaar kunnen vormen.

Mirjam Schieveld

Steven Feierman & John M. Janzen (eds.), *The social basis of health and healing in Africa*. Berkeley: University of California Press, 1992. 487 pp., f 46,50 (paperback), f 156,75 (gebonden).

Dit had het boek moeten zijn waar ik al jaren op wacht. De titel belooft het, de namen van de redacteurs scheppen de verwachting, de omslagtekst zegt het onomwonden: "(...) the first comprehensive account of health, disease and healing practices on the African continent." Helaas....

Maar laat ik eerst uiteenzetten wat het boek wel is. Het is een waardevolle collectie van achttien artikelen, waarvan er minstens vijftien reeds eerder waren gepubliceerd, de meeste in drie beroemde themanummers van het tijdschrift *Social Science & Medicine* uit 1979, 1981 en 1989. Sommige van deze artikelen hebben inmiddels een min of meer klassieke status verworven. De bijdragen zijn vergezeld van nieuw geschreven inleidende discussies. Het boek bestaat eigenlijk uit twee delen: een deel over de sociale context van gezondheid en ziekte en een deel over therapeutische tradities in een historisch perspectief.

In zijn voorwoord benadrukt Feierman vier thematische trends in de studie van medische tradities in Afrika: (1) ziekte en gezondheid worden geplaatst in een sociale, politieke, economische en culturele context; (2) nauw verweven hiermee (naar mijn smaak nagenoeg identiek): maatschappelijke veranderingen hebben hun gevolgen voor de gezondheidstoestand van de bevolking; (3) therapeutische 'systemen' zijn geen hechte afgesloten instituties, maar "loosely linked sets of practices"; en (4) handhaving van gezondheid vereist goed georganiseerde activiteiten op allerlei maatschappelijke niveaus.

In de inleiding wordt deze gedachtenlijn voortgezet: ziekte, gezondheid en geneeskunde vormen een integraal deel van het gehele maatschappelijke leven, van fysieke arbeid tot religie en moraal. Medische tradities zijn heterogeen en veranderlijk en beconcurreren elkaar in vele gevallen, zoals dat ook geldt voor religieuze en etnische groepen. Ten aanzien van de gezondheidstoestand is er sprake van een complex en chaotisch beeld. Enkele 'regelmatigheden' zijn echter te onderscheiden: waar handelsgewassen worden geïntroduceerd en maatschappelijke ongelijkheid toeneemt, verslechtert de gezondheid van de bevolking. Andere belangrijke ontwikkelingen die genoemd worden, zijn de creativiteit van Afrikaanse genezers, de centrale plaats van verwantschap in het 'traditionele' medische denken en handelen, de belangrijke rol van missie en zending bij de invoering van biogeneeskunde, en de politieke betekenis van geneespraktijken.

Het deel dat ingaat op de sociale context van gezondheid en ziekte bevat vijf historische beschouwingen: over de relatie tussen migratie, fertiliteit en mortaliteit in Burkina Faso en de Centraalafrikaanse Republiek gedurende het koloniale tijdperk; over de hongersnood van 1949 in Nyassaland die samenviel met een groeiende maatschappelijke ongelijkheid waardoor sommigen niets meer en anderen genoeg te eten hadden; over de geschiedenis van de pokken in Kenya (1880-1920); over de gevolgen van het werken in de Zuidafrikaanse mijnen voor de verspreiding van TB (vanaf 1930); en over arbeidsmigratie, ondervoeding en ziekte, eveneens in Zuid-Afrika in dezelfde periode.

De overige dertien bijdragen gaan over therapeutische tradities. Ze zijn verdeeld over vier secties: prekoloniale geneeskunde, koloniale geneeskunde, twintigste-eeuwse Afrikaanse geneeskunde en 'postkoloniale' geneeskunde. De drie prekoloniale bijdragen (islamitische geneeskunde in Hausaland, de Lemba cult in Centraal-West Afrika en publieke gezondheid in Oost-Afrika) zijn erg speculatief.

De twee artikelen over koloniale geneeskunde behoren tot de beste van de collectie. De historicus Curtin beschrijft hoe aan het eind van de vorige eeuw de vooruitgang in medische kennis ten aanzien van besmetting een wetenschappelijke legitimatie verleende aan het doorvoeren van raciale scheidslijnen in Westafrikaanse steden. Ranger laat zien hoe Anglicaanse zendelingen in Tanganyika de westerse geneeskunde als een christelijke geneeskunde presenteerden en met deze religieus-medische boodschap diep doordrongen in het Afrikaanse denken.

Dan volgen zes bijdragen over 'hedendaagse' Afrikaanse medische tradities: over medisch syncretisme in Marokko (Greenwood); over medische causaliteit bij de Senoefo in Ivoorkust (Sindzingre & Zempléni); over Lozi geneeskunde in Zambia (Prins); over de praktijken en organisatie van Zuidafrikaanse genezers (Ngubane); over ziektebegrippen bij de Tabwa in Zaïre (Davis-Roberts) en tenslotte het verfrissende betoog van Murray Last over de incoherentie van Hausa geneeskunde met de intrigerende titel *The importance of knowing about not-knowing*. Last wijst erop dat het antwoord "Ik weet het niet" weleens het beste antwoord kan zijn als we mensen vragen stellen over hun medische ideeën.

De collectie wordt afgesloten met een onevenwichtige bijdrage van Mburu over de ongelijke verdeling van publieke gezondheidszorg in Kenya en een kort artikel van McCormack over de relatie tussen 'traditionele' en 'moderne' geneeskunde in Sierra Leone, geschreven vanuit het perspectief van Webers legitimiteit.

Zoals gezegd, de bundel bevat enkele van de beste artikelen over medische tradities in Afrika, maar hij voldoet niet als een "comprehensive account of health, disease and healing practices on the African continent". Daarvoor zijn de omissies te ernstig.

De meest verbazingwekkende is de afwezigheid van bijdragen over genezingskerken, een verschijnsel dat op het medisch toneel overheerst in grote delen van Afrika en dat bovendien op treffende wijze de eenheid van het religieuze en medische denken illustreert. Niet minder vreemd is het ontbreken van een discussie over het populaire gebruik van farmaceutische producten buiten de formele medische kaders om. Het is inmiddels genoegzaam bekend dat – zeker in kwantitatief opzicht – deze vorm van zelf-medicatie de belangrijkste medische praktijk is in Afrika. Ook de 'herinterpretatie' of 'indigenisatie' van biomedische producten in lokale culturen komt bijgevolg niet ter sprake. Dat de daaraan voorafgaande en nog steeds wijdverbreide praktijk van zelfzorg gebaseerd op een ruime lekenkennis van medicinale kruiden geen aandacht krijgt, valt eveneens te betreuren. Hetzelfde is op te merken over de pogingen van 'traditionele' genezers – formeel of informeel – te integreren in het biomedische systeem. Alleen McCormack verwijst even naar deze ontwikkeling.

Men kan eigenlijk vaststellen dat niets wat de afgelopen vijftien tot twintig jaar in Afrika heeft plaatsgevonden op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg in dit boek (uit 1992) een plaats heeft gekregen. Men denke bijvoorbeeld aan de moeizame

introdectie door Afrikaanse regeringen van Primary Health Care en Family Planning, aan de AIDS-epidemie, aan Structural Adjustment en aan het Bamako Initiatief. Helaas....

Sjaak van der Geest

Atwood D. Gaines (ed.), *Ethnopsychiatry: the cultural construction of professional and folk psychiatries*. New York: State University of New York Press, 1994. 506 pp., \$ 24.95 (paperback), \$ 73.50 (gebonden).

Deze bundel essays behandelt onderwerpen uit de medische sociologie (Hershel, Blue), de fenomenologie van ziektebeleving (Csordas, Jenkins), de geschiedenis van zorgvoorzieningen (Dwyer, Katz), de poststructuralistische etnografie (Rhodes) en de medische antropologie. Gaines kiest voor een cultureel-constructivistische benadering van psychiatrische, psychologische en medische kennis. Hij valt bovendien bekende Kritische Medisch Antropologen aan zoals Scheper-Hughes, Frankenberg en Singer.

Allereerst een korte samenvatting van dit breed opgezette, omvangrijke en ambitieuze boek. Deel I, *Orientations*, opent met Gaines' overzicht van de grenzen van psychiatrie en antropologie. Gaines is van mening dat de verschillende ethnopsychiatriën in de wereld inclusief de biologische psychiatrie beschouwd moeten worden als culturele constructies. Daarom heeft hij geen voorkeur voor een bepaald type ethnopsychiatrie, of een voorkeur voor professionele boven volkspychiatrie.

Het volgende hoofdstuk is een samenvatting van Rhodes' etnografisch boek over de praktijk van een Amerikaanse psychiatrische afdeling voor crisisinterventie. Rhodes bekritiseert de Kritische Medische Antropologie met een begrippenkader dat zij ontleent aan Foucault. Zij vindt dat het psychiatrisch handelen onderzocht moet worden vanuit een nauwgezette, analytische empirie. In navolging van Foucault zegt zij dat macht zich manifesteert binnen instellingen, maar dat we die macht het best kunnen begrijpen, indien we hem als diffuus en veelvormig beschouwen en niet als resultante van één of enkele van bovenaf opgelegde machtsfactoren.

Deel II, *Illness, Experience, and the Problems of Ethnopsychiatric Knowledge* bestaat uit vijf hoofdstukken. Nuckols beschrijft een voormalig priester – later tovenaars – in India die fungeert als ijkpunt voor normaliteit en deviantie binnen zijn gemeenschap. Hij vergelijkt deze functie met het gebruik van in de herinnering gegripte psychiatrische casus als diagnostisch referentiepunt in de Amerikaanse psychiatrie. Hij concludeert dat Amerikanen net zo gehinderd worden door hun egocentrisme als ze gefascineerd zijn door het sociocentrische gedrag van de Indiërs, die op hun beurt uitgedaagd worden door hun egocentrische tegenpool. Vervolgens geeft Oths een verslag van een impliciete vorm van psychotherapie door een 'kraker' of chiropractor. Zij vergelijkt de lichamelijke manipulaties met psychotherapie en met Portoricaans spiritisme. Csordas laat de complementariteit zien tussen een spiritueel op geesten gericht en een psychologiserend vertoog. Hij doet dit aan de hand van de beschrijving van een Amerikaanse man die last heeft van een kwade geest oftewel paniekaanvallen,

en van de katholieke genezeres bij wie hij onder behandeling is. Csordas vraagt genezers en klinici om het werk van de genezeres te becommentariëren. Hij pleit ervoor om zijn paradigma van belichaming (*embodiment*) oftewel van lichamelijke ervaring te gebruiken als uitgangspunt voor culturele analyse. Gaines richt zich vervolgens eveneens op het lichaam in een onderzoek naar de ontologische status van de biologie in de psychiatrische geneeskunde in Frankrijk en de VS. Als laatste auteur in dit deel van het boek doet Jenkins verslag van 70 gezinnen van Mexicaanse herkomst met een schizofreen gezinslid. Bij slechts elf procent van de gezinsleden vindt zij verschijnselen van emotionele overbetrokkenheid. Dit uit zich in overdreven opoffering, extreme bescherming, dramatisering of een gebrek aan objectiviteit. Zij besluit met een kritiek op de cultuurspecifieke constructie van concepten als emotionele overbetrokkenheid en Expressed Emotions.

Deel III, *Professional Ethnopsychiatric Ideologies and Institutions*, begint met een hoofdstuk van Schwartz. Hij betoogt dat een relativistische visie in Zuid-Afrika racisme verhult en dat het onmogelijk is om in de huidige context zuivere kennis te vergaren over het psychisch toestandsbeeld van een patiënt. Farmer beweert dat de uitwisseling van psychiatrische kennis tussen Frankrijk en Haïti geleid heeft tot een antropologisch-geïnformeerde psychiatrie op Haïti. Dan trekt Nomura een parallel tussen arts-patiënt interacties in 'oogbewust' Japan met lagere-schoolinteracties tussen onderwijzers en leerlingen. Dwyer stelt de strak gedisciplineerde levens van jonge pupillen in twee negentiende-eeuwse internaten in New York aan de orde. Vervolgens beschrijft Hershel een vergelijkend onderzoek naar leefregels, afdelingsklimaat en de reacties daarop van patiënten in Franse en Amerikaanse ziekenhuizen. Blue brengt de potpourri van uiteenlopende tradities in beeld die hun intrede hebben gedaan in de Griekse psychiatrie sinds de onafhankelijkheid in 1821. Vervolgens toont Katz hoe de conservatieve, merendeels uit het buitenland afkomstige staf in een Amerikaans psychiatrisch staatsziekenhuis zich verzet tegen veranderingen die op verandering gerichte psychiaters afkomstig van de Harvard University introduceren. Marezki ten slotte geeft een verslag van een alternatieve benadering in de psychiatrie die de huisarts Grodeck in Duitsland ontwikkelde.

In deel IV van het boek biedt Gaines een overzicht van relevante hedendaagse vragen die centraal staan in de etnopsychiatrie. Hij vermeldt onderwerpen zoals het universalisme-relativisme debat met een accent op depressie en schizofrenie, diagnostische en epidemiologische vraagstukken, cultuurgebonden syndromen, de culturele constructie van het zelf en een selectie van etnopsychiatrische gezichtspunten en ervaringen in verschillende landen en continenten.

Gaines is een voorstander van cultureel constructivisme, een benadering waarbij de menselijke ervaring en de wijze waarop zij gevormd wordt door de lokale culturele geschiedenis, context en kennis, centrale aandachtspunten zijn. Hij bepleit het bestuderen van het individuele lichaam en de individuele ervaring. In navolging van de Hongaars-Franse etnopsychiater Devereux – in dit boek wedergedoopt tot Deveraux – plaatst Gaines vraagtekens bij het universalisme van de huidige (Amerikaanse) psychiatrie.

Hij doet verder verwoede aanvallen op de marxistische Kritische Medische Antropologie (KMA) met haar empirische en functionalistische benadering die volgens hem

geen rekening houdt met cultuur, geschiedenis, zingeving en het menselijk handelen (human agency). Hij beschuldigt de KMA ervan te beweren dat ziekte veroorzaakt wordt door kapitalisme, klassentegenstellingen of machtsrelaties. Ironisch genoeg vormen enkele hoofdstukken in het boek mooie voorbeelden van het belang van machtsrelaties. Zo beschrijft Farmers bijdrage over Haïti de 'indigenisation' van het dominante Franse psychiatrische vertoog en de invloed van het regime van Duvalier op de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Schwartzs verslag van de Zuidafrikaanse psychiatrie in het apartheidssysteem zou perfect passen in een 'klassenanalyse'. Of het conflict in het Amerikaanse psychiatrische staatsziekenhuis dat ontstaat wanneer een vrouw als directeur wordt aangesteld, terwijl de allochtone assistenten en psychiaters kennelijk de normen van de dominante Amerikaanse klasse hebben geïnternaliseerd. Ook de belabberde toestand van de Griekse psychiatrie kan ten dele geweten worden aan het beleid ten tijde van het kolonelsregime.

Het is duidelijk dat Gaines een andere interpretatie van de gepresenteerde onderzoeken van de hand wijst ten gunste van zijn eigen wereldbeeld. Zijn afwijzende houding hangt samen met het feit dat hij ontkent dat de culturele psychiatrie vooruitgang zou kunnen boeken met een onderzoekstraditie die de waarde van positivistisch of biocultureel onderzoek niet a priori afwijst. Hiermee kom ik op een meer algemene kritiek op het boek. Het merendeel van de hoofdstukken onderbouwt de meta-theoretische aspiraties van dit ambitieuze werk niet. Het hoofdstuk over de en- of acculturalisatie van de Haïtiaanse psychiatrie spreekt zichzelf tegen en verkondigt mijns inziens allerlei xenofiele onwaarheden over de Subsaharaanse psychiatrie. Amerikaanse psychiaters worden unaniem afgeschilderd als koeienkoppen die nog steeds geen enkel idee hebben over het verschil tussen disease en illness. In het hoofdstuk over het conflict in het psychiatrisch ziekenhuis worden duizenden uren participerende observatie teruggebracht tot gemeenplaatsen die zich bij iedere verandering een conservatieve psychiatrische of medische setting voordoen. Wat over de bottenkraker gezegd wordt gaat op voor vrijwel iedere (para)medische of alternatieve geneeswijze. Kortom, de geleerdheid die het boek uitstraalt komt ten dele voort uit een geweldige complexiteitsreductie van het raakvlak tussen psychiatrie en antropologie en van het feitelijke vertoog tussen beide disciplines (waarschijnlijk ook in de VS).

Het lijkt erop alsof Gaines dit aanvoelt wanneer hij een overzichtshoofdstuk over etnopsychiatrie toevoegt. Ik geef de voorkeur aan interdisciplinair onderzoek naar de onderwerpen die hij in het overzichtshoofdstuk noemt boven deze exclusieve *Alleingang* van de antropologie. Zonder de ene discipline boven de ander te stellen en zonder dat ontwaarding van één vakgebied leidt tot een opwaardering van het ander. Het openings- en het slothoofdstuk van dit boek vond ik interessante literatuur die ik de liefhebbers van de etnopsychiatrie van harte aanbeveel.

Joop de Jong

S. van der Geest, P. ten Have, G. Nijhof & P. Verbeek-Heida, *De macht der dingen. Medische technologie in cultureel perspectief*. Het Spinhuis, Amsterdam, 1994. 264 pp., f 35,00.

Medische technologie mag zich verheugen in een aanzienlijke en groeiende belangstelling van onderzoekers uit de sociale wetenschappen. Dit heeft te maken met de steeds kritischer vragen over de kostenstijging in de gezondheidszorg. Medische technologie levert aan die kostenstijging een belangrijke bijdrage door de aanschaf en het gebruik van grootschalige en geavanceerde apparatuur of door de toepassing van relatief eenvoudige laboratoriumtesten op een veel ruimere schaal dan voorheen. Bij een krimpend overheidsbudget voor gezondheidszorg en een kritische toetsing van hoogtechnologische behandelingen door verzekeraars is de vraag naar de rol die technologie speelt, naar de noodzaak en betekenis van haar inzet, extra actueel. Dergelijke vragen spelen dan ook een grote rol in de 'technology assessment' van nieuwe medische technologieën die overheid of ziektekostenverzekeraars initiëren.

De belangstelling van sociale wetenschappers heeft ook te maken hebben met de steeds ingrijpender morele vragen waar wij door het gebruik van medische technologie voor komen te staan. Vragen over de wenselijkheid van levensverlenging in verschillende situaties, over het opstellen van prioriteitenlijsten van patiënten voor bepaalde technologische behandelingen, over de grenzen van lichamelijke integriteit, de wenselijkheid van 'het weten' of de 'kwaliteit van leven', om er een aantal te noemen. Het zijn geen vragen waar zonder meer een antwoord op mogelijk is en waar wij vaak eigenlijk liever niet mee geconfronteerd willen worden. Dat dit toch en in toenemende mate gebeurt, moet gezien worden als een teken dat medische technologie een krachtige plaats verworven heeft in het medisch bedrijf. Technologie is in de westerse cultuur een volstrekt 'natuurlijk' onderdeel van de medische praktijk. Wij worden derhalve als vanzelfsprekend en onontkoombaar met haar mogelijkheden en onmogelijkheden geconfronteerd. Het is dus niet zo verwonderlijk dat na de medisch sociologen, medisch historici, medisch ethici en wetenschaps- en technologie-onderzoekers, nu ook medisch antropologen zich met het thema medische technologie bezighouden.

In *De macht der dingen* zijn bijdragen uit verschillende disciplines bijeengebracht, die allen uitgaan van de vooronderstelling dat juist die vanzelfsprekendheid en onontkoombaarheid van medische technologie nader onderzocht dient te worden. Bovendien, zo betoogt Sjaak van der Geest in zijn inleiding, moet daarbij ook de traditionele beperking tot de westerse medische cultuur worden losgelaten. Het boek maakt geen onderscheid gemaakt tussen technologie die gebaseerd is op zogenaamd magisch denken en die uitgaat van natuurwetenschappelijke premissen. Alle artikelen in de bundel getuigen in meerdere of mindere mate van een relativistisch gezichtspunt. Een technologie wordt niet gezien als een eenduidige belichaming van medisch-wetenschappelijke theorieën over ziekte en gezondheid, maar als de resultante van tijd- en plaatsgebonden keuzes waarin ook institutionele, professionele en praktische overwegingen en omstandigheden een belangrijke rol spelen.

Dit perspectief richt tegelijkertijd de aandacht op de vraag hoe gebruik van technologie bijdraagt aan het creëren van een werkelijkheid waarin niet alleen de technologie

zelf, maar ook de vooronderstellingen waarop zij is gebaseerd, een vanzelfsprekend karakter krijgen. Ofwel, om in de terminologie van de schrijvers van deze bundel te blijven, het stelt niet alleen de vraag hoe technologie gezien kan worden als het produkt van een (medische, westerse, wetenschappelijke, professionele, magische) cultuur, maar ook de vraag naar technologie als producent van cultuur. Dit is het centrale punt waaromheen de redacteurs van het boek de verschillende bijdragen hebben trachten te schikken. We krijgen daardoor een aardige indruk van de variëteit aan studies op dit terrein. Een aantal zeer uiteenlopende medische technologieën wordt aan een nadere analyse onderworpen. Van eenvoudige 'pillen' als maagzuurremmende medicijnen tot geavanceerde technologie als levertransplantaties staan hier bijeen, van historische studies naar de ontwikkeling van röntgendiagnostiek tot analyses van het hedendaags gebruik van het vier-tabletten-orakel in Zuidelijk Afrika.

Een aantal case-studies levert een mooie illustratie van de centrale thematiek van de wederzijdse constituering van technologie en praktijk. Klazien Horstmans beschouwing over urine-onderzoek bij de medische keuring voor levensverzekeringen is daar een voorbeeld van. Zij laat zien hoe urine-analyse in de keuringspraktijk van verzekeringsartsen een belangrijke rol ging spelen bij de beoordeling van de gezondheidsrisico's van potentiële verzekeringnemers. De betrouwbaarheid van de keuringsuitslag dacht men te maximaliseren door het gebruik van deze technologie. Tegelijkertijd vormde zich rond de keuringspraktijk een administratief-bureaueeratisch netwerk van medisch adviseurs, agenten, verzekeringsmaatschappijen, waarin standaardformulieren, voorgeschreven procedures en controlerende taken de rationaliteit van de risicobeoordeling moesten waarborgen. In deze nieuwe context verkreeg de technologie van de urine-analyse haar nieuwe en stabiele betekenis als betrouwbare indicator van de gezondheid van de verzekeringskandidaat.

Waar Horstman haar studie fraai kan verbinden met het centrale thema, laat Ger Wackers in zijn bijdrage het leggen van deze verbanden achterwege. Hij doet daarmee zijn eigen verhaal over de introductie van de mechanische respirator bij een polio-epidemie te kort. Dit op zichzelf interessante geval laat zich nu voornamelijk lezen als het succesverhaal van een Deens clinicus, terwijl Wackers nu juist zegt van dergelijke beschrijvingen afstand te willen nemen. Door de ontwikkeling en introductie van technologie in de klinische praktijk te analyseren in termen van de activiteiten van één bepaalde clinicus, blijft zijn analyse onderdanig Latouriaans en overtuigt niet in zijn theoretische uitwerking. Dat komt onder meer naar voren wanneer hij probeert zijn lezers ervan te overtuigen dat het succes van positieve drukventilatie als retorisch gekwalificeerd moet worden.

In andere bijdragen in deze bundel lijkt de centrale thematiek meer als een keurslijf te hebben gediend voor gevalsbeschrijvingen die een wezenlijk andere inzet en bedoeling hadden. Dit is het geval bij het artikel van Piet Verbeek-Heida over het gebruik van maagzuurremmers of van Eva Abraham over het vroedvrouwenberoep in Nederland. Dat geldt zeker ook voor Wim van Binsbergens artikel over het gebruik van orakeltabletten in Zuidelijk-Afrika. Hoewel de titel van zijn bijdrage vermeldt dat het hier om een medische technologie gaat, blijft deze kwaliteit van het vier-tabletten-orakel sterk onderbelicht. Wij krijgen van alles te horen over werking en gebruik, maar deze

beschrijvingen lijken te worden gegeven denkend vanuit de ongekeerde reikwijdte van het orakel in velerlei sferen van het leven of vanuit de waarzegger die het orakel moet hanteren en interpreteren. De medische gebruikscontext komt slechts oppervlakkig aan de orde. Het artikel leest echter niet alleen als een gebruiksaanwijzing van het orakel, maar is ook zo bedoeld, leren we uit de tekst. Van Binsbergen lijkt zijn aandeel in discussies over medische technologie in cultureel perspectief hier met name te leveren in zijn kwaliteit als gediplomeerd beoefenaar van Afrikaanse divinatie en geneeskunde. Van Binsbergens benadering levert een heel ander soort van bijdrage op dan die van de overige auteurs. Dat heeft niet per se te maken met het feit dat het hier gaat om technologie in een niet-westerse cultuur. Het artikel van Sjaak van der Geest en Anita Hardon over sociale en culturele betekenissen van injecties toont aan dat wel vele een interessante analyse buiten de westerse cultuur te maken is, die theoretisch goed op één lijn te brengen is met westers gesitueerde analyses van medische technologie. Het punt van frictie tussen Van Binsbergens artikel en de overige bijdragen is meer gelegen in de dubbele rol die de auteur als gebruiker en analist van de technologie van het vier-tabletten-orakel niet heeft ontward. Intrigerend als dit 'uitheemse' voorbeeld van medische technologie is, om als werkelijk onderdeel van de bundel te kunnen dienen zou hij het centrale thema meer als inzet van de analyse hebben moeten maken. De redactie had hier meer sturend moeten optreden.

Dat geldt trouwens ook voor de bundel als geheel. Men had de lezers meer leidraad mogen bieden bij het lezen. Een epistemologische analyse zoals die van Bernike Pasveer over de verschuivingen in betekenisgeving van röntgenfoto's in de medische praktijk, is van een totaal andere orde dan de historische studie van Eva Abraham over de ontwikkeling van het 'low tech' vroedvrouwenberoep in Nederland of de analyse van Joost Heyink en Tjeerd Tijmstra van de manieren waarop nabestaanden van patiënten die een levertransplantatie ondergingen tegen deze technologie aankijken. Hier worden zowel historische perioden en culturele settings als theoretische perspectieven doorelkaar gehaald. Daar is op zichzelf niets tegen. Integendeel, het getuigt van durf en originaliteit om zulke schijnbaar ongerelateerde onderwerpen met elkaar in verband te brengen. Het initiatief tot deze collectie verdient daarom alleen al lof.

De redacteurs van de bundel hebben echter te veel vliegen in één klap willen slaan, te veel verschillende bijdragen op één lijn willen brengen. Hier had ten minste een groepering in afzonderlijk ingeleide subthema's gepast, waarin interessante overeenkomsten en verschillen tussen de bijdragen nader besproken worden. Ik bleef in iedere geval zitten met het gevoel dat hier kansen om te komen tot verdergaande uitdieping van het hoofdthema zijn blijven liggen. Noch de inleiding (die wel interessant vergelijkingsmateriaal uit de literatuur aanreikt), noch de beide epilogen (van Paul ten Have en Henk ten Have) kunnen aan deze bezwaren tegemoet komen, zij het dat de epiloog van Paul ten Have heel wat dichterbij de buurt van een voor deze bundel passend overzicht komt dan Henk ten Haves filosofische beschouwing over morele vragen ten aanzien van medische technologie.

Zoals gezegd, het baanbrekende werk van de redactie in het bij elkaar brengen van dit diverse en interessante materiaal op een gezamenlijke theoretische lijn verdient lof. Het onderwerp medische technologie leent zich ook goed voor zo'n poging. Bovendien

vraagt de toenemende vertechnering van de medische praktijk om een kritisch volgen en beter begrijpen van het functioneren van medische technologie. Dat ik de huidige poging niet in alle opzichten geslaagd vind, moet dus begrepen worden als een aansporing dit thema verder uit te werken. De voorliggende bundel maakt nieuwsgierig naar een volgend boek over medische technologie in cultureel perspectief.

Anja Hiddinga

Robert A. Hahn, *Sickness and healing: An anthropological perspective*. New Haven and London: Yale University Press, 1995. viii + 327 pp., \$ 30.00 (gebonden).

Een terugkerend probleem in de medische antropologie is de definiëring van haar grondbegrippen en vervolgens het consistente gebruik ervan. Het achterliggende, zo goed als onoplosbare, methodologische vraagstuk is, hoe cultuurvergelijkend te werk te gaan op een manier dat men etnocentrisme en medicocentrisme (respectievelijk het gebruik van de westerse cultuur en de biogeneeskunde als referentiekader) vermijdt. Steeds weer corrigeren medisch antropologen zichzelf op dit punt. Kleinman bijvoorbeeld heeft het Angelsaksische begrip *disease* dat aanvankelijk voor het biomedische begrip van ziekte stond, opnieuw gedefinieerd als een begrip dat verwijst naar de verklaringen die een genezer in welk medisch systeem dan ook geeft van de problemen van een patiënt. Ook voor Hahn verwijst het begrip *disease* niet meer uitsluitend naar de biomedische opvatting over ziekte, maar (anders dan bij Kleinman) naar een benadering van ziekte die het lichaam van de patiënt beschouwd als de plaats van oorzaak en herstel van de betreffende ziekte. Andere kernbegrippen in de medisch-antropologische literatuur zijn begrippen als *illness*, *sickness*, *affliction*, *suffering*, *trouble*, *disorder*, *health problem*. Deze worden hetzij gebruikt ter onderscheiding van het begrip *disease*, hetzij als een overkoepelend begrip voor allerlei vormen van onwel-zijn, inclusief *disease*. Wie op grond van de titel en inleiding veronderstelt dat het hier om een boek gaat waarin vanuit één bepaald antropologisch perspectief duidelijk gedefinieerde kernbegrippen het uitgangspunt zijn, komt bedrogen uit.

Onder *sickness* verstaat Hahn een niet gewenste toestand in iemands persoon of zelf – iemands geest, lichaam, ziel of relatie met de wereld. Wat als *sickness* meetelt, wordt volgens hem bepaald door de perceptie en ervaring van haar drager, de patiënt. Hahn dringt erop aan de etymologie van het begrip pathologie serieus te nemen. Pathologie is afgeleid van het Latijnse *pati-*, wat lijden of pijn verdragen betekent. De biogeneeskunde definieert *sickness* als een stoornis in lichamelijke en gedragsmatig functioneren van een persoon, die als zodanig door een arts vastgesteld moet worden, onafhankelijk van en soms niet overeenkomend met het oordeel van de patiënt. Hahn definieert daarentegen het begrip vanuit een antropologisch perspectief, dat wil zeggen vanuit het perspectief van de patiënt, de zieke persoon zelf. Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit dat de inhoud van de begrippen 'persoon' en 'zelf' per cultuur zeer verschillend kan zijn.

Healing omschrijft Hahn als het herstellen van *sickness*. De woorden *to heal* en *health* refereren in zijn opvatting naar begrippen als 'geheel', 'niet-verwond', 'een gunstig voorteken'. De betekenis van het begrip *healing* hangt vanuit zijn perspectief nauw samenhangen met de cultureel en historisch verschillende inhoud die aan het begrip 'geheel' gegeven wordt.

Met de zo gedefinieerde begrippen *sickness* en *healing* als uitgangspunt hoopt Hahn posities te kunnen innemen tussen etnocentrisme en xenocentrisme (een zekere mate van etnocentrisme beschouwt hij echter als onvermijdelijk), realisme en nominalisme (hij is echter meer realist dan nominalist), universalisme en relativisme, materialisme/fysicalisme en culturalisme. De vele methodologische problemen die daarbij aan de orde zijn, krijgen in zijn boek wel aandacht, maar bespreekt hij niet systematisch en in relatie tot elkaar. De verschillende hoofdstukken staan op zichzelf en laten zich ook als zodanig lezen. Hahn geeft in de inleiding wel een overzicht van de inhoud van de betreffende hoofdstukken, maar ook daar laat hij het aan de lezer over de verbanden daartussen te leggen.

Ik mis als rode draad de uitwerking van een antropologische perspectief zoals de ondertitel van het boek suggereert. Deze is bijvoorbeeld wel te vinden in het eveneens recent verschenen boek van Byron Good *Medicine, rationality, and experience* (1994). Ook dit boek heeft als ondertitel: *An anthropological perspective*. Het lezen van het boek van Good was voor mij een veel spannender bezigheid dan het boek van Hahn, daar Good de lezer wel deelgenoot maakt in de ontwikkeling van zijn eigen denken over een aantal cruciale epistemologische vraagstukken in de medische antropologie. In tegenstelling tot Goods boek laat dat van Hahn zich niet als een geheel bespreken. Het boek bestaat uit twee delen met elk vijf hoofdstukken. In het eerste deel ontwikkelt de schrijver naar eigen zeggen een antropologisch kader voor het onderzoeken van *sickness* en *healing* in elke culturele setting, zonder te veronderstellen dat het perspectief van de ene cultuur meer waarheid in zich draagt of beter is dan van de andere. In het tweede deel onderzoekt hij verschillende facetten van de biogeneeskunde vanuit een antropologisch perspectief. Dit blijkt vaak een ander te zijn dan het hierboven kort weergegeven perspectief. Dat neemt niet weg dat de verschillende hoofdstukken stuk voor stuk de moeite van het lezen waard zijn. Vroegere versies van zeven van de tien hoofdstukken zijn reeds eerder in de vorm van een artikel gepubliceerd. De eerste twee, geschreven samen met Kleinman, verschenen in 1983. Al deze artikelen heb ik zelf destijds als belangrijk en vaak als innovatief beschouwd. In die zin is het toe te juichen dat ze nu gebundeld beschikbaar zijn.

Het eerste hoofdstuk heeft als titel *The universe of sickness*. Het is een reïncarnatie van Hahns bekend geworden artikel uit 1984 *Rethinking disease and illness*. Methodologische vragen rond het begrip *sickness* komen aan de orde. Wat is *sickness*, hoe kunnen wij *sickness* leren kennen, hoe kunnen wij *sickness* crosscultureel vergelijken? Aan het begin van dit hoofdstuk poneert Hahn dat elke *sickness*-gebeurtenis uniek is. Toch is hij van mening dat een universele crossculturele ziekteleer mogelijk is.

In het tweede hoofdstuk, *Culture-bound syndromes unbound*, een revisie van het gelijknamig artikel uit 1985, rekent Hahn af met het begrip cultuurgebonden syndroom. Elk syndroom is in meer of mindere mate cultuurgebonden en moet als zodanig

bestudeerd worden. In het volgende hoofdstuk bespreekt hij drie soorten theorieën over de belangrijkste determinanten van *sickness* en *healing*. Dit zijn respectievelijk omgevings- of evolutionaire theorieën, cultuur-theorieën en politiek-economische theorieën (van kritisch-medisch antropologen). Hahn wil het beste uit deze theorieën bij elkaar brengen. In zijn eigen, nog niet uitgewerkte theorie, zou hij beginnen met de positie van de kritische medische antropologie. Zijn opgave van redenen daarvoor sluit hij af met de woorden: "Waar onrechtvaardigheid en ongelijkheid heersen moeten wetenschappers ernaar streven het systeem (dat wellicht hun eigen werk ondersteunt) niet te rationaliseren, maar te ontmaskeren en te reconstrueren" (p. 75, vertaling A.R.).

Hoofdstuk vier is een uitwerking van artikelen uit 1983 en 1985. Hierin beargumenteert Hahn met behulp van case studies dat de effecten van maatschappelijke organisatie en cultuur op *sickness* en *healing* zeer invloedrijk, pathogeen dan wel therapeutisch, kunnen zijn. Hoofdstuk vijf is een nieuw, speciaal voor dit boek geschreven hoofdstuk waarin Hahn, inmiddels als epidemioloog geschoold, pleit voor een nauwe samenwerking tussen epidemiologie en antropologie. Alhoewel de epistemologie van beide disciplines sterk van elkaar lijken te verschillen, is in de logica van hun werkwijze toch veel gemeenschappelijks te vinden. Zij kunnen elkaar dan ook goed aanvullen. Hahn illustreert dit overtuigend door de resultaten en de beperktheden van epidemiologisch en antropologisch onderzoek naar verschillen in kindersterfte tussen zwarte en blanke inwoners van de VS met elkaar te vergelijken.

Deel II begint met een analyse van de biogeneeskunde als cultureel systeem. Er wordt veel verwezen naar de resultaten van empirisch medisch-sociologisch onderzoek. Het volgende hoofdstuk is van geheel andere aard. Daarin neemt Hahn de lezer mee naar de wereld van de interne geneeskunde, de geest, zo niet het hart, van de westerse geneeskunde. Hij doet dit aan de hand van een portret van de internist Barry Siegler, een uitgesproken persoonlijkheid. Van zijn spreken, doen en laten maakt Hahn, op basis van vijf maanden observatie van zijn dagelijkse werk, een boeiende analyse maakt. Wat mij betreft het meest opmerkelijke hoofdstuk uit dit boek. Zijn 'volle beschrijving' (à la Geertz) van het werk van deze internist is nog steeds ongeëvenaard. Het roept grote sympathie voor de hoofdpersoon op, maar maakt tegelijkertijd duidelijk dat Siegler wel werkt volgens de uitgangspunten van 'het biomedische model' waarin de patiënt als persoon uit beeld verdwijnt.

In hoofdstuk acht is het in deze eeuw veranderende wereldbeeld van de verloskunde onderwerp van studie. Hahn analyseert de achttien tot nu toe verschenen uitgaven van het meest gebruikte tekstboek in de VS. Ondanks alle veranderingen is het nog steeds zo dat de verloskunde-artsen de dominante rol spelen tijdens bevallingen. In hun eigen perceptie brengen zij en niet de barendende vrouw de baby ter wereld. In hoofdstuk negen kiest Hahn voor weer een andere invalshoek voor de analyse van de westerse geneeskunde. Dit keer zijn de verslagen van veertien artsen over hun ervaringen als patiënt onderwerp van analyse. Patiënt worden betekent voor hen verlies van controle, hopeloosheid en depersonalisatie. Op één na geeft het alle artsen een andere kijk op de geneeskunde en maakt het hen gevoeliger voor de behoeften maar ook de wijsheid van patiënten.

In het afsluitende hoofdstuk pleit Hahn voor het invoeren van antropologische principes in de praktijken van de westerse geneeskunde. Deze geneeskunde moet door

de antropologie 'heel gemaakt' worden. Uit de voorgaande hoofdstukken volgt dat een van de belangrijkste uitgangspunten voor een antropologische geneeskunde moet zijn dat er meer aandacht komt voor het verhaal van de patiënt, voor *sickness* zoals Hahn dit aan het begin van zijn boek definieert. Het komt er op neer dat er beter naar de patiënt geluisterd moet worden. Hahn verwijst naar een internist die schrok toen hij zichzelf tegen een patiënt hoorde zeggen: "Ik kan u niet horen, wanneer ik luister". Deze internist geeft daarmee aan dat hij de wereld van de patiënt – wat de patiënt te zeggen heeft – veronachtzaamt, wanneer hij zich concentreert op de lichaamsgeluiden die hij door zijn stethoscoop hoort. Met behulp van voorbeelden geeft Hahn aan wat antropologen kunnen bijdragen aan een beter functioneren van klinische praktijken en public health activiteiten. Uiteindelijk zouden antropologen zichzelf in deze overbodig moeten maken. Het is allemaal niet nieuw wat Hahn zegt. Velen anderen voor hem hebben soortgelijke voorstellen gedaan en pleidooien gehouden.

Terwijl ik het werk van Hahn in het verleden las vanwege het theoretische gehalte ervan dat in het midden van de jaren tachtig nog relatief 'vooruitstrevend' was, spreken mij nu zijn hoofdstukken over antropologie en epidemiologie en over de internist Barry Siegler het meeste aan. Over het belang van een integratie van epidemiologie en antropologie is reeds meer geschreven. Maar het blijft een thema dat nog te weinig aandacht krijgt. Bovendien illustreert Hahn zijn argumentatie aan de hand van een zeer actueel thema, de steeds toenemende discrepantie tussen kindersterfte onder blanke en zwarte bevolkingsgroepen in de VS. De antropologische gegevens waar Hahn in zijn boek naar verwijst, maken duidelijk dat we dit probleem niet in termen van ras moeten duiden, maar dat er een complex van factoren verantwoordelijk is voor de verklaring van de gevonden verschillen. Antropologische analyse geeft ons een veel beter inzicht in de relatie tussen de betreffende factoren dan de epidemiologie dat kan.

Zelf ben ik teleurgesteld in dit boek van Hahn, omdat deze bundeling van eerder werk mij weinig 'nieuws' te bieden had. Dat neemt niet weg dat ik het van harte aanbeveel aan diegenen die nog weinig thuis zijn in de medisch-antropologische literatuur. Uit bovenstaande opsomming van de thema's uit het boek moge afgeleid worden dat het veel interessants te bieden heeft. Zelf mis ik, zoals gezegd, een rode draad en een afsluitend hoofdstuk met bespiegelingen over de ontwikkelingen in het eigen werk en in de medische antropologie. Is er bijvoorbeeld sprake van een stagnatie in medisch-antropologische theorievorming? Hahns boek wekt de indruk dat dit inderdaad zo is. Het genoemde boek van Good weerlegt overigens deze impressie.

De meeste artikelen die in Hahns boek opgenomen zijn stammen uit het midden van de jaren tachtig. Ze zijn gereviseerd dan wel uitgebreid, maar ik heb niet de indruk dat het om fundamentele wijzigingen gaat. Misschien moeten wij concluderen dat Hahns huidige werk als epidemioloog bij de U.S. Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta hem zo in beslag neemt dat zijn verdienste op dit moment vooral ligt in zijn (vernieuwende?) bijdrage aan de integratie van epidemiologie en antropologie en niet meer zoals voorheen aan nieuwe ontwikkelingen in medisch-antropologische theorievorming. Dat maakt zijn werk zeker niet minder relevant.

Annemiek Richters

Anja Hiddinga, *Changing normality: Pregnancy and scientific knowledge claims 1920-1950, with special reference to the USA*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1995. 242 pp.

Waar Anja Hiddinga in eerder werk zich richtte op de verloskunde in Nederland in de negentiende eeuw (1987), gaat ze in *Changing Normality* vooral in op de ontwikkeling van de verloskunde in de Verenigde Staten in de eerste helft van de twintigste eeuw. In aanvulling op de bekende constructivistische studies naar de productie van kennis in laboratorium-situaties (Latour & Woolgar 1979; Lynch 1985) staan in dit boek kennis-aanspraken centraal die gegenereerd worden in de klinische (verloskundige) praktijk van het ziekenhuis. Uitgangspunt van Hiddinga is dat wetenschappelijke kennis sociaal verklaard kan worden.

In haar inleidende hoofdstukken (hoofdstuk een en twee) laat de schrijver zien hoe door fusies tussen universiteiten en ziekenhuizen artsen zich naast de patiëntenzorg konden gaan wijden aan de klinische wetenschapsbeoefening. In haar analyse staat de medische praktijk in de ziekenhuizen centraal. Deze definieert Hiddinga als:

Het wettelijk geautoriseerde proces van het toekennen of het onthouden van de predikaten 'abnormaal', 'ziek', 'gehandicapt', of 'met een risico' (op ziekte of handicap) en hanteren van de daaruit voortvloeiende gevolgen voor het individu (of, in een enkel geval, voor bredere sociale groepen) door gestructureerde sociale interacties (p. 236).

Zij onderscheidt in de medische praktijk drie structurerende dimensies: regels voor communicatie tussen de onderzoekers/artsen en de onderzoekssubjecten/patiënten; medische specialismen, zoals verloskunde, chirurgie en neurologie; en de institutionele omgeving waarin het klinisch onderzoek plaatsvindt. In haar proefschrift richt ze zich met name op de twee laatste dimensies.

In hoofdstuk drie laat zij eerst zien hoe neurologie en verloskunde verschillende definities geven van de acute en dramatische toevallen die kenmerkend zijn voor de ziekte eclampsie. In de medische praktijk bestond veel onzekerheid over de aard van de ziekte. Neurologische tekstboeken noemen eclampsie als mogelijk *begin* van neurologische afwijkingen. Verloskundigen zien eclampsie juist als *eindpunt* van een voortgaande toxicose. Verklaring voor het verschil in visie zoekt Hiddinga in de toegang van de onderzoekers tot onderzoeksmateriaal (patiënten) en in de gehanteerde technologie. Verloskundigen volgen de vrouwen gedurende hun zwangerschap en definiëren pre-eclampsie-symptomen die kunnen leiden tot toevallen. Neurologen zijn afhankelijk van de verloskundigen voor doorverwijzing van zwangere patiënten met toevallen. Zij gebruiken een nieuwe technologie die is ontwikkeld om hersenactiviteit te meten, de elektroencefalogram (EEG), om de ziekte te beschrijven en te classificeren.

In hoofdstuk vier maakt Hiddinga een andere vergelijking tussen de wijze waarop kennis-aanspraken vorm krijgen in twee verschillende disciplines. Nu gaat het om de definiëring van 'disproportie', ofwel de wanverhouding tussen het bekken van de zwangere vrouw en het hoofdje van haar baby. Naast de verloskunde is nu de radiologie

betrokken bij de bekkenmeting. Hiddinga laat zien hoe het werk van de radiologen en de röntgentechnologie enerzijds bijdroeg aan het verbeteren van het imago van de verloskunde bij het grote publiek. Anderzijds zetten verloskundigen zich af tegen de radiologen door te stellen dat naast de precieze radiologische metingen van het bekken ook de klinisch blik van de verloskundige nodig was, om disproportie te bepalen.

Hiddinga's aandacht gaat uit naar de institutionele omgeving die in haar analytisch kader van groot belang is in de vorming van kennisclaims in de verloskunde. Zij vergelijkt het onderzoek naar disproportie in Columbia University in New York en Yale University in New Haven. De aanpak in beide universiteiten verschilde sterk. De verloskundige Thoms ontwikkelde in New Haven in de jaren twintig en dertig een praktisch toepasbare methode voor bekkenmeting, die gebruik maakte van röntgen. De nieuwe technologie trok veel zwangere vrouwen naar zijn kliniek, die de non-invasieve technologie zagen als een teken van wetenschappelijke vooruitgang. Zij vormden onderzoeksmateriaal voor nieuwe wetenschappelijke onderzoeksvragen. In New York werkten de verloskundigen Caldwell en Moloy vanuit de hypothese dat de vorm van het bekken belangrijker was dan de afmetingen. Zij gebruikten zeer ingewikkelde radiologische methoden, zogenaamde 'stereoscope visualities', om de vorm van bekkens weer te geven, en deze op grond van de vorm te classificeren. De ordening vooronderstelde een hiërarchie in rassen en seksdifferentiatie.

Hiddinga laat in de hoofdstukken vier en vijf zien hoe de kennisclaims uit de beide programma's direct te maken hebben met de technische vaardigheden van de onderzoekers en kenmerken van de institutionele omgeving. De praktische meetmethoden ontwikkeld door Thoms vloeide voort uit de klinische omgeving waarin het nodig was om door middel van het gebruik van non-invasieve technologie patiënten naar het ziekenhuis te lokken. In New York waren meer dan genoeg patiënten. Caldwell en Moloy maakten zich dan ook geen zorgen over de aantrekkelijkheid en toepasbaarheid van de ingewikkelde meetmethode die zij voorstelden. Zij hielden zich meer bezig met theoretische vraagstukken. Zowel het skeletmateriaal dat beschikbaar was als het patiëntenaanbod was divers genoeg om theoretische assumpties over de seksdifferentiatie en de evolutie van bekkens te toetsen.

In haar conclusie doet Hiddinga een aantal algemene uitspraken over de productie van kennis in de klinische geneeskunde. De onderzoekers formuleren kennisclaims in kwantitatieve termen op grond waarvan statistische berekeningen kunnen worden gedaan. Men maakt liefst gebruik van standaardtechnologie, die geacht wordt resultaten te genereren die onafhankelijk zijn van tijd, plaats of persoon. Verder maakt men graag gebruik van classificaties en gevalstudies.

Changing normality past in de traditie van constructivistische wetenschapsstudies, waarin historische en sociologische analyses gemaakt worden van de ontwikkeling van wetenschapsgebieden en onderzoeksvelden. Deze en andere soortgelijke studies zijn van belang voor de medisch antropologen die meer en meer interesse krijgen in de relatie tussen medische wetenschapsbeoefening en cultuur. Zij zoeken zoals in de studies van medische systemen in niet-westerse culturen naar de culturele codes die ten grondslag liggen aan de westerse medische wetenschap en naar de wijze waarop sociale en culturele processen de wetenschapsbeoefening en het medisch handelen beïnvloeden.

Hiddinga verwijst in haar proefschrift veel naar medisch sociologen zoals Freidson, Navarro en Illich, maar gaat slechts zeer summier in op meer recent medisch-antropologisch onderzoek. Lock en Gordons *Biomedicine Examined* (1988) noemt zij bijvoorbeeld niet en het werk van Martin (1992), *The woman in the body*, slechts in een voetnoot, terwijl dit boek voor haar analyse zeer relevant is. Waar Hiddinga de relevante context voor de produktie van verloskundige kennis lijkt te situeren binnen de muren van het academische ziekenhuis, onderzoekt Martin het culturele in de verloskundige praktijk door een analyse van de metaforen die de verloskundigen hanteren in hun discours over zwangerschap.

Door de relevante context te beperken tot de rol van de specialismen en de institutionele omgeving, is Hiddinga in staat om in grote mate van detail aannemelijk te maken dat deze twee dimensies van de medische praktijk zeer bepalend zijn in de constructie van kennisanspraken. Toch blijkt mijns inziens uit haar case-materiaal dat ook in de Verenigde Staten tussen de beide wereldoorlogen maatschappelijke processen en culturele assumpties de produktie van kennis op het terrein van de verloskunde sterk hebben beïnvloed.

Een voorbeeld. Zoals zij in hoofdstuk vijf beschrijft, is de ordening van bekken die Caldwell en Moloy voorstellen, gebaseerd op een kosmologie die een hiërarchie in rassen vooronderstelt en op representaties van mannelijkheid en vrouwelijkheid. Hiddinga stelt in haar samenvatting dat de preoccupatie van de onderzoekers met ideologische zaken zoals het differentiëren van mensen in bepaalde klassen en groepen en het vragen naar 'rasverbetering' niet vanuit de institutionele omgeving, noch vanuit de specialismen te verklaren zijn. Zij stelt simpelweg dat de onderzoeker natuurlijk ook "kinderen van hun tijd zijn". Waarom, gezien deze belangrijke bevinding, heeft zij de context zo beperkt? Waarom is ze in haar conceptuele kader niet ingegaan op culturele assumpties van de onderzoekers en de rol die deze spelen in de produktie van kennisanspraken?

De comparatieve aanpak van Hiddinga geeft veel zicht op de *verschillen* tussen de disciplines in het definiëren van ziekten zoals eclampsie en in methode van bekkenmeting. Vanuit een cultureel perspectief zou men echter niet alleen geïnteresseerd zijn in de verschillen, maar ook in wat de onderzoekers in de verschillende specialismen *gemeen* hebben. Wat zijn de culturele codes waar zij als onderzoekers op het terrein van de klinische geneeskunde aan proberen te voldoen? Hiddinga noemt een aantal belangrijke codes in haar conclusie, bijvoorbeeld dat kennisanspraken gedefinieerd dienen te worden in kwantitatieve termen en dat kennisanspraken gebaseerd moeten zijn op standaardtechnologie. Deze hadden wellicht net als de bovengenoemde culturele assumpties van de onderzoekers opgenomen moeten worden in haar theoretisch kader in de inleidende hoofdstukken.

Tot slot, een derde punt, dat me na aan het hart ligt. Hoe zit het met de zwangere vrouwen, de zogenaamde patiënten? In haar inleidende hoofdstuk beargumenteert Hiddinga dat zij de interactie en communicatie tussen de onderzoekssubjecten/patiënten en de onderzoekers/artsen niet tot onderwerp van haar studie heeft gemaakt, omdat dit andere onderzoeksmethoden zou behoeven dan die zij gekozen had. Natuurlijk kon zij moeilijk retrospectief empirisch onderzoek doen naar de arts-patiënt-interactie in de

eerste helft van deze eeuw. Maar was empirisch onderzoek wel nodig? In navolging van het eveneens zeer interessante proefschrift van Schoon (1995) had zij historische bronnen kunnen gebruiken om de interacties met zwangere vrouwen te onderzoeken en hun invloed op de praktijken en de onderzoeken van de verloskundigen kunnen bestuderen.

Overigens, spelen representaties van patiënten een belangrijke rol in haar betoog. Zo noemt zij de toegang tot patiënten een materiële voorwaarde voor onderzoek. Ook beschrijft zij hoe röntgentechnologie een grote rol vervulde in het verbeteren van het imago van de verloskunde bij het grote publiek. Patiënten lijken in haar perspectief lichamen waarop de medici nieuwe ziekteconcepten en meetmethoden toepassen, en klanten die naar de kliniek gelokt moeten worden. Mijns inziens hebben patiënten ook in een andere dan hun materiële hoedanigheid invloed op de kennisproductie in het klinische onderzoek.

Anita Hardon

Hiddinga, Anja

1987 Obstetrical research in the Netherlands in the nineteenth century. *Medical History* 31: 282-305.

Latour, B. & S. Woolgar

1979 *Laboratory life*. Beverly Hills: Sage.

Lock, M. & D.R. Gordon (eds.)

1988 *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer.

Lynch, M.

1985 *Art and artifact in laboratory science: A study of shop work and shop talk in a research laboratory*. London: Routledge.

Martin, E.

1992 *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.

Schoon, L.

1995 *De gynaecologie als belichaming van vrouwen: Verloskunde en gynaecologie 1840-1920*. Amsterdam: Walburg Press.

Dieter Jetter, *Geschiedenis van de geneeskunde*. Utrecht: Spectrum, 1994. 538 pp., index, illustraties, tabellen, f 37,50.

Dit boek, een vertaling uit het Duits (1992), is niet weinig ambitieus van opzet. De auteur is hoogleraar in Keulen en wil de geschiedenis van de geneeskunde van alle landen en tijden beschrijven, maar beseft dat dit onmogelijk is. Hij heeft daarom gekozen voor een naslagwerk met 'zakelijke informatie'. Dat wil zeggen dat per tijdperk of regio puntsgewijs wordt opgesomd wie wat gedaan heeft. Punt uit. Onhistorischer en on-antropologische kan het niet. Het boek lijkt nog het meest op een 'codex medicus' over de geschiedenis. Men vervange de namen van ziektes en hun symptomen door respectievelijk de namen van medici en hun wetenschappelijke

prestaties. Of zoals de auteur het zelf zegt: "De geschiedenis van de geneeskunst is als een denkbeeldige schuifladenkast voorgesteld die orde en overzicht mogelijk maakt."

Wie dus een beschouwing over de ontwikkeling van de geneeskunde verwacht, komt bedrogen uit. Het moet gezegd worden dat de titel bedrieglijk is, ook in het Duitse origineel. Het boek is echter wel een indrukwekkende bron van informatie over 'Who is Who' in de geschiedenis van de geneeskunde. Er is twintig jaar aan gewerkt door studenten en docenten in Keulen en de informatie is ontegenzeggelijk 'in de breedte' indrukwekkend.

Het boek omvat twintig hoofdstukken. Deze behandelen de 'oermens', de medische culturen van Egypte, Griekenland, Etrurië, Rome en Byzantium en de islamitische geneeskunde. De resterende hoofdstukken gaan over Europa van de middeleeuwen tot de twintigste eeuw. De Europese hoofdstukken (12-20) houden steeds de volgende indeling aan: anatomie, pathologie, interne geneeskunde inclusief kinder- en huidziekten, en chirurgie plus aanverwante werkgebieden.

Merkwaardig – en vanuit antropologisch oogpunt onthutsend – is dat de hoofdstukken vijf en zes, die zouden moeten gaan over China (800 voor Chr. – 1800 na Chr.), Japan (1333-1900), en Mexico en Peru (800 voor Chr. – 1800 na Chr.), alleen in de inhoudsopgave bestaan. Het enige dat de lezer aantreft, zijn vier landkaartjes met plaatsnamen en vier tabellen met jaartallen en namen. Het is niet duidelijk wie hiervoor verantwoordelijk is, de auteur of de Nederlandse vertaalster die zich moest beperken en er bovendien wat meer over Nederland in moest stoppen (Van Helmont, Boerhave, Van Swieten, Eyckman, Hugo de Vries, maar geen Buytendijk). Andere medische tradities, zoals bijvoorbeeld de Ayurveda, worden helemaal niet genoemd.

Om het geheel prettig leesbaar – of bladerbaar – te maken is hier en daar ruimte gelaten voor anekdotes. Zo lezen we dat Leonardo da Vinci de zoon was van een dorpsmeisje dat verleid was door een oude advocaat, dat hij linkshandig was en dat in Tokio een tempel is gewijd aan Robert Koch waar deze nog steeds (?) als 'halfgod' wordt vereerd.

Het boek is verlucht met kaarten, tabellen en illustraties en heeft een register van personen en geografische namen. Als encyclopedisch naslagwerk voor grote en minder grote namen in de geschiedenis van de westerse geneeskunde zal het niet gauw teleurstellen.

Sjaak van der Geest

F.A.M. Kortmann, H.J.G. Kempen & H. Procee, *Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg*. Baarn: Ambo, 1993. 80 pp., f 21,50.

In het denken en handelen van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland weerspiegelen zich westerse waarden en normen. Welke mogelijkheden en beperkingen brengt dit met zich mee voor de hulpverlening aan cliënten met een andere culturele achtergrond zoals migranten? In hoeverre, zo wordt in het voorwoord afgevraagd, staan autochtone hulpverleners met lege handen als het gaat om allochtone

patiënten? In *Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg* zijn drie lezingen gebundeld gehouden op een studiedag van het Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid in 1992, die deze kwestie belichten. Achtereenvolgens presenteren een psychiater, een psycholoog en een filosoof – helaas geen antropoloog – hun gedachten bij dit onderwerp.

Psychiater Frank Kortmann opent de rij met een bijdrage waarin hij onder meer terug blikt op zijn ervaringen met Ethiopische studenten en patiënten. Hij maakt allereerst duidelijk hoezeer in de psychotherapie de normen van de westerse geïndividualiseerde samenleving doorklinken. Centraal daarin staat het autonome individu. In andere culturen, zoals de Japanse, is daarentegen het therapeutisch doel niet zozeer herstel van autonomie, maar van de relaties met anderen. Voor de hulpverlening aan cliënten uit andere culturen is het daarom volgens Kortmann van belang dat de hulpverlener zicht heeft op de cultuurbepaaldheid van zijn denken en handelen, een voor antropologen vertrouwde stellingname. Hij komt tot de pessimistische conclusie dat de hulpverlener nooit helemaal in staat is zijn ethnocentrische reflexen te onderdrukken. De hulpverlener kan zijn gedeeltelijk cultureel bepaalde professionele opvattingen niet verloochenen. De kloof blijft bestaan, zij het wat minder breed. Op de vraag wat Kortmann tot de cultureel bepaalde professionele opvattingen rekent en wat niet, gaat hij helaas alleen maar zijdelings in.

Harry Kempen, cultuurpsycholoog, start niet bij de dagelijkse praktijk van de hulpverlener, maar gaat op zoek naar universele zelfaspecten, die kunnen dienen als toetssteen voor de kwaliteit van culturen en zelfopvattingen. Hij neemt daarbij het lichaam, universeel en sinds 35.000 jaar onveranderd, als vertrekpunt. Zo er universele menselijke kenmerken te vinden zijn, zullen ze daar gezocht moeten worden. Na een verkenning van honderd jaar psychologische theorievorming komt hij tot de slotsom dat het lichaam een zelfbeeld, een gesubjectieerd lichaam, nodig heeft, zoals het ook een beeld van de omgeving behoeft. Kempen komt tot vijf universele zelfaspecten of taken, ieder met meerdere antwoorden of opties voor de zelfdefiniëring. Dit zijn achtereenvolgens het bepalen van de zelf/nietzelf grens, het permanent beoordelen van situaties, het kiezen van een actieve, passieve of participatieve opstelling, het omgaan met de tijd en de ruimte-notie. Bij deze universele taken fungeert volgens Kempen cultuur gezien de ontelbare mogelijke combinaties van opties als middel om alternatieven te reduceren. Elke cultuur staat voor een unieke constellatie van opties bij deze universele taken. Op zoek naar een maatstaf komt hij dan tot de conclusie: "Culturen, zelfopvattingen, gedragsleren zijn minder dan optimaal als zij het menselijk lichaam in enig opzicht schaden" (p. 53). Een stellingname waarbij ik mij afvraag of ook niet het afbakenen van wat schadelijk is en wat niet een cultuur-gegeven is. Vrouwenbesnijdenis zou in deze een interessante gevalstudie zijn. Zijn boodschap is dat iedere cultuur voor dezelfde taken uit hetzelfde arsenaal van opties kiest en het voor de hulpverlener van belang is dit te realiseren.

Cultuurfilosoof Henk Procee gaat ervan uit dat het menselijk bestaan geen vastheid kent. Culturen zijn weliswaar zonder grond, maar tegelijkertijd onmisbaar voor het menselijk leven. Daarmee is een vergelijking van culturen hachelijk. Hij onderscheidt vervolgens universalisme en relativisme als basale oriëntaties op de culturele

werkelijkheid. Het universalisme kent een absolute en een communicatieve variant. De eerste gaat uit van een vast stelsel van maatstaven; de tweede gaat uit van een dialoog, waarin mensen zonder dwang samen nagaan wat de beste maatstaven zijn. Binnen het relativisme onderscheidt hij afhankelijkheids- en diversiteitsrelativisme. De eerste gaat ervan uit dat er veel gelijksoortige problemen in iedere samenleving bestaan op grond waarvan bruggen te slaan zijn. De tweede neemt de tegenovergestelde positie ten opzichte van het absoluut universalisme en benadrukt vooral de verschillen. Procee ziet – impliciet verwijzend naar Kortmann – bij professionele hulpverleners vaak een combinatie van absoluut universalisme en afhankelijkheidsrelativisme. Professioneel gedefinieerde waarden en westerse noties over geestelijke gezondheid worden daarbij universeel geacht. Procee kiest voor een combinatie van communicatief universalisme en afhankelijkheidsrelativisme en noemt deze pluralisme, dat de heterogene interactie als kern heeft. De andere twee varianten beschouwt hij als fundamentalistisch, omdat ze de kern van het menselijk bestaan ontkennen, namelijk het zoeken naar zin. Mens en cultuur bestaan bij gratie van de interactie. Ze zijn zowel processen als producten van interactie. Voor de geestelijk gezondheidszorg betekent dit onder meer vooral te denken in termen van interacties in plaats van in vastigheden, respect voor het zoeken en inzet voor het vergroten van het vermogen tot interactie.

De drie bijdragen geven een gevarieerde blik op vraagstukken op het snijvlak van cultuur en geestelijke gezondheidszorg. Helaas is de discussie tussen de drie inleiders beperkt gebleven tot enkele achteraf gemaakte kanttekeningen van Kortmann. Wat na lezing achterblijft is de kloof tussen praktijk en theorie. De vraag rijst of de wegen uit de impasse die de theoretici Kempen en Procee aangeven voldoende handvatten bieden voor het oplossen van de belemmeringen die Kortmann in zijn praktijk ziet. Zoals gezegd mis ik node een antropologische bijdrage, waarin de dagelijkse praktijk in de geestelijke gezondheidszorg object van analyse is. Een analyse van de relatie tussen hulpverlener en patiënt en hun beider denkbeelden, waarin niet zozeer de interactie als opgave voor de hulpverlener verschijnt, maar in navolging van Procee als een gezamenlijk zoeken.

Al met al is het boek een beknopte, maar toegankelijke inleiding in visies binnen verschillende disciplines en werkvelden op een actueel vraagstuk binnen de geestelijke gezondheidszorg. Voor wie zich in dit thema wil gaan verdiepen roept het de nodige stof op.

Rob van Dijk

Anja Krumeich, *The blessings of motherhood. Health, pregnancy and child care in Dominica*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Het Spinhuis, 1994. 278 pp., f 47,50.

In *The blessings of motherhood* geeft Anja Krumeich een gedetailleerde beschrijving van de ideeën en gewoontes van Dominicaanse vrouwen met betrekking tot zwangerschap en zorg voor jonge kinderen. De manier waarop zij de gegevens verzamelde, de inhoud van de gegevens en de presentatie ervan zijn in sterke mate beïnvloed door de

geboorte van haar kind in tweede jaar van haar onderzoek. In haar inleiding schrijft zij: "Mijn zwangerschap en de geboorte van mijn zoon maakten mij van een gerespecteerde outsider tot een onervaren jonge vrouw, een dochter. Het was alsof ik door een groot aantal moeders werd geadopteerd." De moeders uit haar onderzoek helpen haar bij de zorg voor haar zoontje. Ook geven zij haar raad, wanneer zij problemen heeft met zijn Dominicaanse vader. Hierbij vertellen zij veel over hun eigen leven. Dit vormt voor de schrijfster aanleiding om de levensgeschiedenis van twee Dominicaanse vrouwen en van haar zelf weer te geven.

Het boek bestaat uit een inleiding en drie delen. In de inleiding constateert de auteur dat de idealen van de primaire gezondheidszorg veelal niet zijn gerealiseerd. Dit geldt ook voor Dominica, hoewel dit eiland vaak als een voorbeeld van een goede primaire gezondheidszorg wordt genoemd. Integratie van verschillende vormen van gezondheidszorg, intersectorale samenwerking en emancipatie zijn echter verwaarloosd. Daarnaast constateert ze dat er binnen de medische antropologie weinig interesse bestaat voor preventie. Beide zaken vormden het uitgangspunt voor haar veldwerk. Zij wil nagaan in hoeverre de medische antropologie de functie van tolk tussen 'ons' en 'de ander' kan vervullen en daarmee een bijdrage kan leveren aan het realiseren van het ideaal van een geëmancipeerde primaire gezondheidszorg met een zinvolle integratie van lokale en westerse expertise.

In het eerste deel van het boek vertellen Francisca, Prudence en de auteur hun verhaal. Hierin staan de relatie(s) met de partner(s) en de geboorte van en de zorg voor het (de) kind(eren) centraal. De drie vrouwen hebben gemeen dat zij grotendeels zelf verantwoordelijk zijn voor de zorg en opvoeding van hun kind(eren). De vader is op de achtergrond aanwezig. Hij draagt slechts bij in de kosten en bemoeit zich met de kinderen, wanneer hem dit zo uitkomt. Over het algemeen verstiert hij de zaak en regelmatig is er sprake van schelden en geweld. Meestal zijn er ook andere vriendinnen in het spel. De twee Dominicaanse vrouwen zeggen dat mannen nu eenmaal zo zijn en het duurt lang voor zij hun man wegsturen. Tot haar eigen verwondering gaat ook de auteur dit vinden. Hoewel er bij geen van de vrouwen sprake is van geplande zwangerschappen, zijn de kinderen zeer gewenst. De moeders besteden veel aandacht aan de verzorging en zij zijn trots op hen. Francisca besluit haar verhaal met: "I had many children, but I never regretted having them. (...) It is important for a woman to have children. A woman is born to make children. (...) It is also important not to give up. Me, I went through a lot, but now I am satisfied" (p. 29).

Deel twee geeft een zeer uitgebreide en levendige beschrijving van de percepties over gezondheid en ziekte in twee gemeenschappen. Krumeich selecteerde in beide een groep jonge en een groep wat oudere vrouwen. De vrouwen werden gevraagd een dagboek bij te houden en aan te geven hoe zij de tijd gedurende de dag besteden. Ook hield zij aan de hand van vragenlijsten interviews over ziekte en het voorkomen en behandeling. De inhoud van de vragenlijsten paste zij aan op basis van haar ervaringen gedurende het opgroeien van haar eigen zoontje. Tevens observeerde zij in een van de dorpen de manier waarop vrouwen gezondheidsproblemen hanteren. Zij constateert dat het moeilijk is een eenduidig beeld van percepties en praktijken te schetsen, omdat de vrouwen niet altijd dezelfde mening en handelswijze hebben. Er is sprake van een grote

variëteit van ideeën en praktijken. Het beeld komt naar voren van een uiterst praktisch gebruik van een combinatie van verschillende vormen van gezondheidszorg. Moeders hebben over het algemeen een uitgebreide kennis van 'bush teas', welke zij veelvuldig gebruiken bij allerlei problemen. Daarnaast maken zij zonnodig gebruik van de dienstverlening van de primaire gezondheidszorg of van de eerste-hulp post in het ziekenhuis in de stad. Als het vermoeden bestaat dat hekserij in het spel is, gaan zij naar een lokale specialist. Er bestaat een zeker wantrouwen in de westerse geneeskunde, zeker als degenen die hierin werkzaam zijn jonge, onervaren vrouwen zijn. Slechts de praktijken die aansluiten bij de eigen ideeën, worden overgenomen. Aan de andere kant nemen de verpleegkundigen die in de gemeenschappen werken, vaak een laatdunkende houding aan ten opzichte van de moeders, hetgeen hun vertrouwen in de primaire gezondheidszorg niet bevordert.

Deel drie, *Reflecties*, bevat een aantal theoretische beschouwingen. In het eerste hoofdstuk geeft de auteur aan dat actieve betrokkenheid van een onderzoeker bij het onderwerp van studie een helder inzicht in de materie niet belemmert. Integendeel, het inzicht kan juist scherper worden, omdat de onderzoeksinstrumenten beter kunnen worden afgestemd. In de volgende hoofdstukken geeft de Krumeich een beschrijving van Kleinmans 'explanatory model' en de commentaren erop. Mede op basis van dit commentaar heeft Kleinman dit model aangepast door onder meer de levensgeschiedenis van mensen erin op te nemen. Krumeich volgt hem hierin. Vervolgens past zij, aan de hand van de verwachtingen van de moeders, het model toe op de curatieve en preventieve zorgverlening binnen de primaire gezondheidszorg in Dominica. Zij komt tot de conclusie dat afschaffing van de preventieve dienstverlening en beperking van de curatieve zorg tot het beschikbaar stellen van diagnostische faciliteiten en geneesmiddelen het best aansluiten bij de wensen van de moeders. De nadruk die binnen de primaire gezondheidszorg wordt gegeven aan preventie, staat hier haaks op.

Alvorens dit dilemma nader uit te werken geeft de auteur aan de hand van feministisch-antropologische theorieën een uiteenzetting over de ondergeschikte positie van vrouwen en de marginale positie van mannen. Een aantal auteurs is van mening dat de positie van de vrouw voortkomt uit het idee dat zij van nature slechts bestemd is voor de zorg voor kinderen. Dit is 'van hogerhand' opgelegd. Andere auteurs menen dat de vrouw deze positie inneemt, omdat zij economisch afhankelijk is van de man. In Dominica gaan beide theorieën niet op. De vrouw wordt als sterk gezien en zij is in economisch opzicht zeker niet afhankelijk van een man. Toch heeft zij een ondergeschikte positie en is zij vaak slachtoffer van geweld. Krumeich is van mening dat vrouwen dit accepteren, omdat het hebben van een partner, zelfs een slechte, een vrouw in Dominica prestige geeft. Dit komt omdat de capaciteit 'to make babies' haar status bepaalt. "By governing female access to permanent en secure procreation, they can compel the respect and command they need to compensate for their insecure economic position. If a woman makes trouble, a man can either correct her, or look for someone else" (p. 190). Krumeich spreekt in dit kader over de onderhandelingen tussen mannen en vrouwen om tot een verdeling van macht en status te komen. Dit is zeker niet bevorderlijk voor de solidariteit tussen vrouwen. De ondergeschikte positie van de vrouw heeft ook gevolgen voor de mogelijkheden tot een geëmancipeerde primaire gezondheidszorg.

In het laatste hoofdstuk vraagt de auteur zich af of en hoe een geëmancipeerde primaire gezondheidszorg te bereiken is, als de belangrijkste doelgroep het potentieel van de preventieve benadering, de gemeenschapsparticipatie en de integratie van verschillende vormen van gezondheidszorg niet erkent. Zij heeft aan het eind van haar onderzoeksperiode in samenwerking met het Ministerie van Gezondheid een seminar georganiseerd om samen met moeders en gezondheidswerkers hierover te discussiëren. Haar conclusie is dat een aantal tegenstrijdigheden blijft bestaan, wanneer men zowel rekening wil houden met percepties en wensen van de gebruikers als de aandacht voor de basisprincipes van de primaire gezondheidszorg wil bevorderen. *Zij pleit voor een dialoog tussen gebruikers van en werkers binnen de gezondheidszorg, waarin beide groepen op gelijke voet met elkaar discussiëren. Ieder moet de gelegenheid krijgen om zijn ideeën over emancipatie van de vrouw en van de gezondheidszorg naar voren te brengen. Voor verpleegkundigen betekent dit dat zij zich niet meer als autoriteit op het gebied van gezondheid moeten beschouwen en hun ideeën over gezondheid moeten uitleggen, niet opleggen. Geen gemakkelijke zaak.*

Het boek is goed leesbaar en biedt veel boeiende informatie over het leven van vrouwen in Dominica en over hun zorg voor jonge kinderen. Percepties van ziekte en de behandeling ervan komen uitgebreid aan de orde. Interessant is de bevinding dat de vrouwen het slechts op hoofdlijnen met elkaar eens zijn over de oorzaken en de geëigende behandeling van een ziekte. Iedereen geeft vervolgens een eigen invulling aan de details. Dit wordt in veel studies over moeder- en kindzorg die bijvoorbeeld met 'rapid appraisal' technieken worden uitgevoerd, nogal eens over het hoofd gezien.

De inbedding van de studie in het theoretische kader is een minder sterke kant van de studie. Zo gaat de auteur mijns insziens teveel voorbij aan het feit dat de gezondheidssituatie op Dominica zeker niet slecht is, ook niet in vergelijking met omliggende eilanden. Bij een zuigelingensterfte van 13 per 1000 ligt de gezondheidsproblematiek al lang niet meer op het terrein van met eenvoudige middelen te voorkomen of te behandelen infectieziekten. De primaire gezondheidszorg richt zich juist bij uitstek op dit terrein. Daarmee krijgt de probleemstelling iets van een 'non-issue'.

Bij de verhandeling over de ondergeschikte positie van de vrouw en de verklaring hiervoor, mis ik een onderbouwing van de stelling over de onderhandelingen tussen de seksen. Wanneer de auteur een verklaring zoekt voor het feit dat een vrouw vaak bij haar man blijft, ook al behandelt hij haar slecht, gaat zij naar mijn mening voorbij aan zaken als *plezier in seks en behoefte aan kameraadschap. Gezien de goede band die zij had met de vrouwen, had zij deze aspecten meer kunnen belichten. Mijn kritiek op de beperkte inbedding van de studie in het theoretische kader geldt overigens niet de beschrijving van het model van Kleinman. De auteur geeft op heldere wijze aan hoe zij met haar onderzoeksmethode aansluit op het latere werk van Kleinman. Het inbrengen van de levensgeschiedenis van de twee vrouwen en van de auteur zelf maakt het boek levendig. Hierdoor wekt de beschrijving van de percepties van de moeders een grotere interesse op.*

Marijke Stegeman

Nils Johan Lavik, Mette Nygard, Nora Sveaass & Eva Fannemel (eds.), *Pain and survival. Human rights violations and mental health*. Oslo: Scandinavian University Press, 1994. 244 pp., illustraties, 270 kronen.

Als artsen in hun contacten met martelingsslachtoffers zich beperken tot de medische en psychologische behandeling, dan kan dit een pathologiserend effect hebben, aldus Helen Bamber in het voorwoord van *Pain and Survival*. Deze stellingname verwoordt kernachtig de gedachte achter het boek. De samenstellers, allen betrokken bij het Psychological Centre for Refugees in Oslo, bepleiten meer aandacht binnen de geestelijke gezondheidszorg voor de historische en maatschappelijke context waarin de klachten van vluchtelingen hun oorsprong vonden. Deze klachten markeren immers het snijvlak van geestelijke gezondheid en mensenrechten. Daarom zijn in deze bundel bijdragen bijeen gebracht van zowel psychologen en psychiaters als van historici, juristen, theologen, politicologen en antropologen, allen werkzaam in Noorwegen.

Pain and Survival valt uiteen in drie delen. De vijf bijdragen in het eerste deel, *Psychological Aspects*, behandelen de effecten van mensenrechtenschendingen op het psychisch en sociaal functioneren van het individu en zijn familie. Edvard Hauff gaat in zijn bijdrage in op de fenomenologie van de marteling. Marteling wijkt naar zijn mening af van andere extreme ervaringen, zoals natuurrampen. Het speelt zich af tussen personen. Kenmerkend is de verstoorde interactie in een gedepersonaliseerde en geanonimiseerde situatie die gericht is op de desintegratie van het beeld dat het slachtoffer van zichzelf heeft. Marteling ontkent en vernietigt de betekeniswereld van het slachtoffer en leidt tot verlies van vertrouwen. Op een andere plaats in de bundel beschrijft Nora Sveaas uitgebreid welke strategieën onderdrukkende regimes hanteren bij deze 'organized destruction of meaning'.

Helen vergt volgens Hauff het herwinnen van vertrouwen en het geven van betekenis aan wat doorstaan is. In een casus beschrijft hij hoe essentieel een cultuurspecifieke aanpak kan zijn, als woorden niet gevonden kunnen worden om het onbespreekbare bespreekbaar te maken. Tijdens een lange onderbreking van de behandeling door een psychiater, waarin maar beperkte resultaten geboekt worden, krijgt een Chileense man greep op zijn geweldservaringen door een cultuurspecifieke vorm van coping. Hij maakt de gedaanten uit zijn nachtmerries tastbaar door er houten beeldjes van te maken. Dit advies, dat hij vroeger eens van zijn grootvader gekregen heeft, sorteert effect. De intensiteit van de symptomen neemt erdoor af evenals het gevoel van hopeloosheid. Helaas gaat Hauff in deze interessante gevalsbeschrijving niet in op de mogelijke lessen die hieruit voor de westerse geestelijke gezondheidszorg te trekken zijn. Ook Melinda Meyer benadrukt in haar artikel over de symbolische expressie van pijn het belang van nonverbale of creatief-therapeutische technieken bij het herwinnen van controle over het leven. Aan de hand van een serie tekeningen van een vluchteling uit het Midden-Oosten laat zij de ontwikkeling zien die deze doormaakte.

Historical and Macro-Political Perspectives is het onderwerp van het tweede deel van het boek. In een uitgebreid en leesbaar artikel beschrijft Nils Lavik de theorievorming sinds de eeuwwisseling over de gevolgen van structureel geweld op de geestelijke gezondheid en over de psychologie en psychopathologie van de daders. Zowel

slachtoffers als daders zijn in toenemende mate door de medische wetenschap geannexeerd en respectievelijk getraumatiseerd en gepathologiseerd. In vogelvlucht behandelt hij de ontwikkeling van shell-shock tot PTSD. De kritiek op het cultuurspecifiek karakter van dit laatste concept vermeldt hij hierbij slechts terloops. Ten aanzien van de daders staat Lavik onder meer stil bij de theorieën van Reich, Adorno en Lifton en hun antwoord op de vraag waarom soms hele volken of bevolkingslagen tot daders worden.

De bijdragen van Helge Hoibraten en Sverre Varvin sluiten bij dit laatste punt aan en ontsluiten een in Nederland minder bekende discussie. Hoibraten vat de 'Historikerstreit' samen, een groot aantal artikelen en boeken uit de tweede helft van de jaren tachtig over het ontbreken van een openlijke discussie in het naoorlogse Duitsland over de Nazi-periode. Vanuit een psychoanalytisch gezichtspunt komt Varvin tot de conclusie dat het Duitse volk in 1945 niet alleen dader, maar ook slachtoffer was. Het verlies van het object van narcistische liefde – de Führer – had een traumatiserend effect en de totale devaluatie ervan belemmerde het rouwproces.

Metty Nygard snijdt de relatie tussen religie en mensenrechten aan. Enerzijds vormt religie, met name in de vorm van messianistische bewegingen, voor de onderdrukten als collectief ritueel een inspirerende en bindende factor. Anderzijds biedt het, zoals in Iran, onderdrukkers een rechtvaardiging voor hun handelen. Dit laatste licht zij toe met het voorbeeld van de onderdrukking van vrouwen in dit land op basis van de Shari'a.

Deel III, *Justice and Reconciliation*, ten slotte stelt in een reeks korte bijdragen op heldere wijze diverse aspecten van een actueel onderwerp aan de orde: het herstel van normale maatschappelijke verhoudingen na een periode van onderdrukking en geweld. Nora Sveaass is van mening dat een samenleving zelf moet vaststellen hoe verzoening plaats kan vinden. Het ongestraft laten van begane misdaden heeft volgens haar evenwel vooral negatieve effecten. Kjetil Hafstad laat aan de hand van de gang van zaken rond de Stasi-archieven in voormalig Oost-Duitsland zien hoe ingewikkeld het is schuld vast te stellen. Een onderscheid tussen daders (Stasi-agenten en informanten) en slachtoffers vereenvoudigt te zeer de diepgaande en alomvattende infiltratie van geheime diensten in het dagelijks leven. Menig burger stond als onofficiële medewerker te boek zonder het zelf te weten. Hij pleit vooral voor een openbare discussie om verzoening te bewerkstelligen. In de enige antropologische bijdrage analyseert Karin Harslof Hjelde het verschijnsel bloedvete als middel orde te handhaven of te herstellen. Ze komt tot de conclusie dat vergelding deel uitmaakt van het rechtsgevoel van alle mensen.

Deze bundel is vrij uniek in zijn soort. Het geeft een dwarsdoorsnede van hedendaagse meningen in een enkel land, Noorwegen, over geestelijke gezondheidszorg aan slachtoffers van mensenrechtenschendingen vanuit de optiek van verschillende disciplines. In al zijn beknoptheid geeft het op verschillende onderwerpen, met name in deel II en III een goede introductie. De mechanismen en instrumenten die onderdrukkende regimes hanteren, kortom de essentie van het structureel repressief geweld, komt daarbij goed uit de verf. De zwakte van het boek is de beperkte onderlinge samenhang. Doordat het accent vooral ligt op het schetsen van achterliggende processen, blijven aanzetten voor concrete handelingsperspectieven voor hulpverleners verder grotendeels achterwege. Een kritische blik naar het eigen handelen alsook het antropologisch perspectief ontbreekt. De interdisciplinaire communicatie die volgens de samenstellers

zo belangrijk is voor de hulpverlening aan vluchtelingen, blijft in dit boek te veel in de coulissen. Een dialoog met de vluchtelingen zelf wordt niet aangegaan.

Rob van Dijk

Mainzer, D.E.H., C.M.H. Hosman, W.G.J.M. Lankveld & W.J.M.J. Cuijpers, *Waarde en effectiviteit van lotgenotencontact bij somatisch chronisch zieken*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994. Reeks Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. 147 pp., f 35,00.

Het boek is een overzichtsstudie naar – zoals de titel al zegt – waarde en effectiviteit van lotgenotencontact bij somatisch chronisch zieken. Het is een onderzoek in een reeks van dertien studies in opdracht van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ). Met deze serie wordt gepoogd overzicht te verschaffen van de stand van zaken, in diverse gebieden van onderzoek naar problemen in het leven van chronisch zieken. Voor de NCCZ zijn deze studies onder meer een instrument om te bepalen in welke ontwikkelingsprojecten en onderzoeken de komende jaren moet worden geïnvesteerd.

In het theoretisch raamwerk gaan de schrijvers ervan uit dat het leven met een chronische ziekte een belangrijke bron van stress is en dat gezondheid en welbevinden afhankelijk zijn van de manier waarop hiermee wordt omgegaan. De effecten van de lotgenotencontacten worden beoordeeld naar de mate waarin ze bijdragen aan het probleemoplossend vermogen van de chronische patiënt. Om de effecten en de werking van lotgenotencontact inzichtelijk te maken putten de auteurs uit verschillende theoretische kaders. Zo voeren zij twee theorieën aan die inzicht verschaffen in stress en coping (één zou genoeg zijn). Lotgenoten zien zij als bron voor sociale steun en om dit inzichtelijk te maken voeren ze theorieën over sociale steun op. Belangrijke determinant voor steun is hierbij de 'ervaren steun'. Veelal speelt lotgenotencontact zich in groepen af. Om inzicht te geven in de werkzame elementen van groepscontacten wordt een begrippenkader gehanteerd dat afkomstig is uit de groepspsychotherapie. Tenslotte kijken de auteurs vanuit de kennis van effectiviteit van preventieprogramma's naar determinanten en voorspellers van de effectiviteit van lotgenotencontacten.

In het onderzoek is gespeurd naar wat de literatuur vermeldt over de waarde en effectiviteit van lotgenotencontacten. In de buitenlandse literatuur is gezocht naar overzichtsstudies die de 'state of the art' weergeven. In Nederlandse publikaties is gekeken naar de aard en kwaliteit van afzonderlijke onderzoeken naar de effecten van lotgenotencontacten. Bij zowel de internationale studies als bij de Nederlandse onderzoeken zijn de resultaten teleurstellend. Het wetenschappelijk gehalte is vaak laag en men gebruikt een grote verscheidenheid aan niet-uitwisselbare meetinstrumenten. De conclusies over effectiviteit zijn doorspekt met woorden als 'mogelijk', 'lijken', 'aanwijzingen' en andere slagen om de arm. Er wordt aan lotgenotencontacten enige positieve invloed toegeschreven, onder andere in de zin van ervaren steun, probleemoplossende vaardigheden en reëel beeld van de ziekte. Buiten de aanwijzing dat informatieve,

emotionele, adviserende en normatieve steun een gunstig effect op de psychische gesteldheid en het omgaan met de ziekte kunnen hebben, is er in feite nauwelijks iets bekend omtrent werkzame factoren bij lotgenotencontacten voor chronisch zieken. Er zijn ideeën, maar geen bewijzen.

Mainzer c.s. stellen dat nieuwe initiatieven in de ontwikkeling van lotgenotencontact op elkaar moeten worden afgestemd door ze in ontwikkelingsprojecten onder te brengen. Ze pleiten onder meer voor heldere, toetsbare doelstellingen en eenduidige hantering van begrippen. Voor hen is het vooral belangrijk om met voorrang een begrippenapparaat te ontwikkelen. Onderzoeksvoorstellen moeten op hun wetenschappelijk gehalte en op hun reikwijdte worden getoetst. Ook hier staan helder formuleren en toetsbaarheid centraal. Een landelijk, samenhangend onderzoeksbeleid is vereist.

Het onderzoek is nauwkeurig en consciëntieus uitgevoerd. Mooi vind ik dat de auteurs hoge eisen stellen, zowel aan hun eigen aanpak als aan de studies die ze bij hun onderzoek betrekken. De uitkomst van de bestudeerde studies is teleurstellend en de aanbevelingen zijn bijna voorspelbaar. Toch is het overzicht van de stand van zaken wat betreft effectstudies bij lotgenotencontacten wel degelijk van betekenis. Ten eerste is het een helder vertrekpunt voor toekomstige activiteiten en biedt het de nodige coherentie. Daarnaast zijn open deuren als 'afstemming', 'eenduidige begrippen', 'onderlinge uitwisselbaarheid', 'valide meetinstrumenten' blijkbaar geen gemeengoed en is deze bevinding een aansporing tot verbetering. Prettig is een bijlage van bijna veertig bladzijden waarin een overzicht gegeven wordt van de veertien Nederlandse effectstudies die in het onderzoek aan de orde zijn gekomen.

Mijn belangrijkste kritiek heeft betrekking op de gehanteerde theoretische modellen. Ze lijken wat gekunsteld bij elkaar gezocht, als legpuzzelstukjes die samen een beeld moeten geven van de werkelijkheid van effecten. Er zijn hierbij twee belangrijke problemen. Ten eerste zeggen alle theoretische onderdelen wel iets over de werking van lotgenotencontacten, maar ze zijn van een verschillend niveau. Ze zijn niet zo maar naast elkaar te leggen. Werkzame elementen uit de groepspsychotherapie zijn mogelijk onderdeel van wat de auteurs presenteren als sociale steun en dit laatste zou heel goed een van de verklarende factoren kunnen zijn in het integratief stresstheoretisch verklaringsmodel van Hosman, dat als model voor stress coping wordt opgevoerd. Een legpuzzel waar de stukjes niet aan elkaar passen, maar in elkaar.

Ten tweede lijken de auteurs er vanuit te gaan dat met de beschreven modellen een nagenoeg volledig beeld van mogelijke effecten te geven is. Kennelijk is bekend wat gewenste effecten zijn. Nergens in het boek lees ik echter wat de chronisch zieken voor wensen hebben geuit. Ik ben voorstander van een gedegen theoretische onderbouwing en ik snap dat in een metastudie geen ruimte is om op inductieve wijze op zoek te gaan naar de behoeften van de betrokkenen. Toch hoeft dit geen reden te zijn om de zeggingskracht van kwantitatief onderzoek zo absoluut te maken. Een belangrijk probleem – we willen de effecten meten, maar we weten eigenlijk niet wat de effecten zijn die de betrokkenen wensen – is niet benoemd. Het is dan ook goed om te lezen dat kwalitatief materiaal uit onderzoeken die voor wat betreft hun wetenschappelijk gehalte onvoldoende zijn beoordeeld om als serieuze effectstudie bekeken te worden, wel gebruikt wordt als bron voor mogelijke effecten. Als deze subjectieve bronnen beschikbaar zijn,

staan de schrijvers kennelijk open voor effecten die niet op voorhand vanuit de theoretische modellen vast staan. Hoopvol is een van de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek:

Er dient behoeftenonderzoek gedaan te worden om te kunnen beoordelen of het zinvol is het aanbod aan georganiseerde vormen van lotgenotencontacten verder uit te breiden, en aan welke vormen van lotgenotencontact chronisch zieken het meest behoefte hebben.

Misschien kan hierin een gedegen kwalitatieve studie naar hetgeen potentiële deelnemers aan effecten wensen, worden opgenomen.

Henk Bakker

Mary Midgley, *Science as salvation. A modern myth and its meaning*. London: Routledge, 1992. 239 pp., \$ 25.00 (gebonden).

Mary Midgley keert zich in *Science as salvation* tegen het koppelen van heilsverwachtingen aan toekomstige ontwikkelingen in de natuurwetenschappen. *A modern myth and its meaning* is de ondertitel van het boek en Midgley ziet het als haar taak deze mythe, en met name het idee dat de astrofysica de mensheid spoedig niet alleen letterlijke maar ook figuurlijke zegeningen zal brengen, te ontcrachten.

Het meest verbazingwekkende van het boek zijn de vele citaten uit publikaties waarin deze mythe daadwerkelijk wordt uitdragen. Als we het heelal kennen, weten we alles en we worden er bovendien verheven van. Een flinke stapel van dergelijke visioenen heeft zich tijdens het schrijfwerk op het bureau van de auteur opgehoopt. Maar ware het niet dat Midgley deze profeten bestrijden wil, dan denk ik niet dat ik er ooit op gestoten was. Dat leidt meteen tot mijn tweede verbazing: waarom zoveel woorden gewijd aan juist deze quasi-religieuze vorm van geloof-in-de-wetenschap, terwijl allerlei geseculariseerde investeringen in het wetenschappelijk bedrijf ongemoeid worden gelaten? Waarom de wetenschap en techniek niet op hun eigen domein analyseren, maar alleen als ze een grens dreigen te overschrijden? Het heeft met Midgley's theologische insteek te maken. Ze tracht 'heilsverwachtingen' te verheffen tot een exclusieve aangelegenheid van spirituele inspiratie.

Midgley's belangrijkste werkwijze is het nauwkeurig en kritisch analyseren van de metaforen in de teksten die ze citeert. Niet, zegt ze, omdat we metaforen uit zouden moeten bannen. Ze hoedt zich ervoor deze naïef-rationalistische positie in te nemen. Metaforen laten zich niet uitbannen tot er pure, zuivere wetenschap over blijft. Waarom ze dan te analyseren? In het antwoord op die vraag toont Midgley zich een typisch halverwege-de-rit-ophouden-met-denken denker. Metaforen analyseren moet, zegt ze, om er niet 'blind' voor te zijn. Om te weten wat de taal met ons doet, of liever, om te weten wat wij met de taal kunnen doen. Ze wil dat we leren onze metaforen goed te kiezen. Alsof er in de wetenschap een 'we' is dat boven zichzelf kan staan en vanuit die hoogte haar ziel, haar taal, kan kiezen.

Midgley's gebrek aan theoretische doortastendheid uit zich ook in haar verhouding tot het woordje 'we'. Op bladzijde 18 van haar boek citeert ze Freeman Dyson die de veronderstelling lanceert dat "we zouden ontdekken dat het universum van nature gesloten is en gedoemd ineen te storten". Hij vraagt zich vervolgens af of "we er dan toe zouden willen overgaan het gesloten universum open te breken om de tijd-ruimte topologie te veranderen". In haar commentaar op dit prangende probleem, merkt Midgley op bladzijde 19 op dat het gebruik van het voornaamwoord 'wij' in zulke beschouwingen intrigerend is. Dat ben ik helemaal met haar eens. Maar waarom vindt ze Dysons 'we' intrigerend, maar gebruikt ze zelf ook een 'we' en wel zonder zich daarover ook maar enige zorgen te maken? Midgley's 'we' is weliswaar niet verheven tot instantie die moet beslissen al dan niet de tijd-ruimte topologie te transformeren, maar het moet wel verstandig en verlicht zijn metaforen kiezen.

De metaforen van de gewraakte heilsverwachtende wetenschappers zijn onverstandig gekozen. Ze lijken, zegt Midgley, en daar zit haar pijn, opvallend op de metaforen van religieuze tradities. Het gaat zowel bij astrofysische technenuten als bij spirituele grootmeesters over licht, kennis van de hemelen, onsterfelijkheid en het vergroten van macht. Het verband waarin deze termen zijn opgenomen verschilt echter. De spirituele grootmeesters streven naar spiritualiteit. De astrofysici geloven in 'salvation by technological fix'. Ze plaatsen hun vertrouwen in *miraculous machinery*. "There is no suggestion of changes in the inner life that might underlie these miracles and explain their point" (p. 221).

Midgley's boek intussen slaat ook het een en ander over. Haar wereld wordt bevolkt door citaten en auteurs, niet door gebouwen, mensen van vlees en bloed, koeien, vliegtuigen en aardappelpuree. Er is wel 'inner life', en ook veel taal, maar nagenoeg alle vragen die een antropoloog zich naar aanleiding van de door haar opgeduikelde citaten zou stellen, ontbreken. Wat is het publiek van deze heilsverwachtingen? Waar circuleren ze, wat doen ze daar? Hoe reageren de zogenaamd 'zuivere' wetenschappers, die net als Midgley de grenzen tussen wetenschap en religie scherp willen afbakenen, op hun heilsverwachtende vakgenoten?

Het bondgenootschap tussen religie en wetenschap heeft tijden lang bestaan uit het gezamenlijk afbakenen van de onderlinge grenzen. Daar gaat Midgley vrolijk, nee, verbeteren, mee door. Jammer. Want er valt op het grensgebied zoveel interessanter te beleven. Neem bijvoorbeeld de recente pogingen om de verschillen en overeenkomsten tussen religieuze en wetenschappelijke idealen, representatievormen en manieren van geloven op symmetrische wijze te analyseren. En daarbij een balans te vinden tussen deelhebben aan en kritiek hebben op zowel de wetenschappelijke als de religieuze manieren van denken en doen. Midgley verwijst er geen seconde naar, lijkt er niet van te weten, en heeft van de bijbehorende evenwichtsproblemen geen last. Zij staat met allebei haar voeten op de stevige bodem van haar ideaal. De spiritualiteit beschermen tegen incorporatie in technologische heilsdromen. Een nobel ideaal, wellicht, maar het levert geen interessant boek op.

Annemarie Mol

Arko K. Oderwald, *Lijden tussen de regels*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994. Reeks Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. 140 pp. met literatuuropgave, f 35,00.

Lijden tussen de regels is een overzichtsstudie naar egodocumenten van chronisch zieken verricht in opdracht van de Nationale Commissie Chronisch Zieken. Het doel van het onderzoek is ten eerste een uitspraak te doen over de mogelijke waarde van egodocumenten in de zorg voor chronisch zieken en ten tweede door middel van een analyse van egodocumenten inzicht te geven in de belevingswereld van chronisch zieken.

Uitgebreid beschrijft Oderwald hoe hij tot een selectie van egodocumenten is gekomen. Volgens zijn criteria komen voornamelijk voor 1993 gepubliceerde boeken en artikelen in aanmerking, die door chronisch zieken zelf geschreven zijn. Verhalen verkregen via oraal-historische methode en ziekeromans sluit hij in deze studie uit. Er wordt een gedetailleerd, kwantitatief overzicht gegeven van gebruikte documenten geïllustreerd met tabellen en grafieken. Hieruit blijkt dat vooral de laatste zes jaar voor 1993 in toenemende mate egodocumenten verschijnen, dat vrouwen vaker dan mannen de auteur zijn en dat ongeveer 60 procent handelt over 'psychische ziekten'.

Oderwald probeert bij de beschrijving van de egodocumenten zo dicht mogelijk bij de eigen ervaring en beleving van de chronisch zieke te blijven. Hij werkt veel met citaten "teneinde via een individueel verwoorde maar gedeelde ervaring een algemene uitspraak te doen". Als probleem bij de bestudering noemt hij dat vanuit het perspectief van de buitenstaander de kwaliteit van de egodocumenten door de bank genomen teleurstellend is. Veel teksten zijn vrijwel ontoegankelijk vanwege het sterk persoonlijke en/ of chaotische karakter of zijn zeer vlak, afstandelijk en feitelijk. Oderwald benadrukt echter dat het chaotische karakter van de egodocumenten een weerspiegeling kan zijn van de chaotische situatie waarin de chronisch zieke terecht is gekomen. Vanuit het lotgenoten- en schrijversperspectief hebben de documenten zeker hun waarde. De chronisch zieke kan steun en herkenning ondervinden en het schrijven helpt bij de verwerking.

In het hoofdstuk *De wereld van de chronisch zieken* worden de egodocumenten inhoudelijk beschreven. Citaten en interpretaties daarvan zijn geordend rond thema's die terug te vinden zijn in veel documenten. Wat Oderwald het meest opvallend noemt, is dat "de wereld van chronisch zieken fundamenteel in twee elkaar tegensprekende delen is gesplitst: de wereld van de ziek(t)en en die van de gezonden". Na de diagnose begint volgens hem het tweeslachtige leven als chronisch zieke. Men spreekt veel over een onzeker toekomstbeeld, weet niet wat te verwachten van de ziekte, de gezondheidszorg en naasten. Er wordt een tweedeling gemaakt tussen binnenstaanders (de andere chronisch zieken) en buitenstaanders (de gezonden). De spanning tussen de twee werelden waarin de chronisch zieke leeft, veroorzaakt ambivalente gevoelens. Er wordt geschreven over schaamte, schuld, jaloezie, kwaadheid en eenzaamheid. Deze gevoelens wisselen elkaar af, versterken elkaar en spreken elkaar tegen. Onbegrip van buitenstaanders en 'de gezondheidszorg' komt in veel egodocumenten naar voren. De buitenwereld lijkt eenduidig gedrag van te verwachten wat de chronisch zieke, zeker in

het begin van de ziekte, niet kan bieden. De egodocumenten maken duidelijk dat ambivalentie onvermijdelijk verbonden is met het chronisch ziek zijn.

In de conclusie noemt Oderwald dat de egodocumenten "een duidelijke maatschappelijke en kritische waarde hebben, niettegenstaande het feit dat zij geen representatieve weergave van 'de' wereld van de chronisch zieke zijn". Egodocumenten zouden als additionele en kritische bron van informatie meer gebruikt moeten worden bij wetenschappelijk onderzoek naar de situatie en beleving van chronisch zieken.

De beschrijving van de belevingswereld van een specifieke groep chronisch zieken en van de methode waarop dat gebeurt, maken het boek interessant voor iedereen die zich bezig houdt met de invloed van chronisch ziek zijn op intermenselijke relaties, psychisch en maatschappelijk functioneren. Van praktisch nut zijn de bijlagen die een overzicht bieden van alle in Nederland gepubliceerde egodocumenten over het leven met een chronische ziekte in de periode 1965-1992.

Louise Olij

C.A.M. Poppelaars & A.A. Kaptein, *Psychologische en psychiatrische problematiek bij chronisch somatisch zieken*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994. Reeks Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. 106 pp., f 32,00.

In opdracht van de Nationale Commissie Chronisch Zieken is de afgelopen jaren een aantal overzichtstudies verschenen op het gebied van zorg voor en opvang en begeleiding van chronisch zieken. Deze studie geeft een uitgebreid overzicht van het onderzoek dat in Nederland en in het buitenland tussen 1985 en 1992 is uitgevoerd naar psychologische en psychiatrische problematiek bij chronisch somatisch zieken. Ze beoogt inzicht te geven in het voorkomen en het verloop ervan en gaat in op de vraag welke behandelmethoden het meeste resultaat bieden. Psychologische problematiek die tot uiting komt in de vorm van somatische aandoeningen, blijft hierbij buiten beschouwing. Geen onderscheid maakt het rapport tussen psychologische en psychiatrische problematiek, omdat een dergelijk onderscheid moeilijk te maken is.

De studie vangt aan met een algemeen overzicht van de gemeenschappelijke psychologische en psychiatrische problematiek van chronisch somatisch zieken. Vervolgens geeft het inzicht in de specifieke aspecten van een groot aantal chronische somatische aandoeningen.

Uit de Nederlandse en buitenlandse literatuur blijkt dat psychiatrische stoornissen vaak voorkomen bij lichamelijk zieke patiënten die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Het gaat dan met name om klachten van depressieve aard waarbij het aannemelijk is dat het meestal relatief lichte stoornissen zijn die zonder specifieke behandeling verdwijnen.

Door middel van een uitgebreid literatuuronderzoek is een inventarisatie verkregen van relevante publikaties en review-artikelen over 46 chronische aandoeningen. Om het overzicht te completeren hebben de auteurs experts benaderd op het gebied van psychologische en psychiatrische problematiek bij chronisch somatisch zieken.

Het zijn 26 hoogleraren medische psychologie en psychiatrie van de Nederlandse universiteiten. Daarnaast zijn de bestanden van enkele Nederlandse documentatiecentra (NcGv, SWIDOC en NIVEL) geraadpleegd.

De inventarisatie maakt duidelijk dat er vanaf 1985 steeds meer onderzoek plaatsvindt naar psychologische en psychiatrische problematiek bij chronisch somatisch zieken. De drie chronische aandoeningen waarover in zowel Nederland als in het buitenland de meeste publikaties zijn verschenen zijn kanker, cara en coronaire hartziekten. In vergelijking met het buitenland wordt in Nederland naar aandoeningen zoals reuma, spierziekten, epilepsie en de ziekte van Alzheimer relatief weinig onderzoek gedaan.

Uitgebreid gaan Poppelaars en Kapteyn in op de prevalentie van psychologische problematiek bij de onderscheiden aandoeningen. Inzicht in de prevalentie maakt vroegtijdige opsporing mogelijk met het oog op het geven van psychosociale ondersteuning. Het blijkt dat de literatuur weinig verschil beschrijft in de prevalentie van psychologische problematiek tussen de verschillende chronische aandoeningen.

Kort gaat de studie in op de verschillende meetinstrumenten die worden gebruikt om psychologische problematiek vast te stellen en op onderzoek naar het verloop van psychologische problematiek tijdens de ziekte. Daarna volgt een beschrijving van binnen- en buitenlandse studies naar de effecten van psychosociale interventies bij chronisch somatisch zieken. De meeste onderzoeken blijken bewijs te leveren voor de effectiviteit van dergelijke interventies. Ook wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor toekomstig effectonderzoek. De auteurs concluderen dat er meer onderzoek nodig is naar de lange-termijneffecten van interventies en naar componenten van een interventie die een positieve bijdrage leveren aan het verminderen van de psychologische distress.

De studie wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen ten aanzien van de aandoeningen die in toekomstig onderzoek min of meer prioriteit dienen te krijgen; het soort meetinstrumenten dat het best kan worden gebruikt voor het vaststellen van psychologische en psychiatrische problematiek; de patiënten die het grootste risico hebben op het ontwikkelen van dit soort problematiek ten gevolge van een chronische aandoening; interventies en effectstudies, en zorgvernieuwingprojecten.

Kennisname van de inhoud van deze uitgebreide overzichtsstudie is van belang voor iedere onderzoeker binnen de gezondheidszorg die is geïnteresseerd voor, of onderzoek doet naar psychosociale problematiek bij somatisch zieken. Het geeft inzicht in het soort onderzoek waaraan behoefte bestaat en geeft richtlijnen hoe dergelijk onderzoek het best kan worden uitgevoerd.

J.R.J. de Leeuw

D.T.D. de Ridder en K.M.G. Schreurs, *Coping en sociale steun van chronisch zieken*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994. Reeks Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. 193 pp., f 35,00.

Eind 1991, toen adviesraden nog veel waardering genoten bij de regering, liet de Raad voor Gezondheidsonderzoek het Nederlandse onderzoek naar chronisch zieken in kaart

brengen. Dit resulteerde binnen enkele jaren in dertien overzichtsstudies van de Nationale Commissie Chronisch Ziekten en aansluitend een advies over toekomstige onderzoekslijnen. De overzichtsstudies betreffen het leven met chronische ziekten en tal van interventies om dat leven leefbaar(der) te maken. De verdeling van onderwerpen, die niet erg logisch overkomt, doet vermoeden dat het onderzoek inderdaad weinig samenhang vertoonde. Dat sluit niet uit dat er op de deelgebieden belangrijke ontwikkelingen zijn te melden. Hooguit kunnen we concluderen dat voor chronisch zieken nog niet zo lang een zelfstandig onderzoeksterrein bestaat.

Het onderzoek naar coping en sociale steun van chronisch zieken heeft in dat opzicht nog een lange weg te gaan. De studie van Denise de Ridder en Karlein Schreurs geeft in tachtig bladzijden tekst haarscherp aan dat de chronisch zieke in onderzoek vrijwel alleen bestaat als een stressverwerkend en steun-ontvangend organisme met een zekere (on)gezondheid. Anders gezegd, de manier waarop chronisch zieken hun aandoening hanteren en de rol van hun sociale omgeving daarin wordt voornamelijk onderzocht vanuit epidemiologisch perspectief. Het is zonder meer een verdienste van de auteurs dat zij dat zo bondig zichtbaar maken. Zij beschrijven in drie hoofdstukken de begrippen coping en sociale steun, de determinanten ervan en hun effecten op het welbevinden. Voorafgaand introduceren zij het stress-coping model van Lazarus, dat veruit het meest gangbaar is. Aldus worden in kort bestek vier typerende kenmerken van deze onderzoekstraditie zichtbaar.

Het eerste is de sociaal-psychologische invalshoek, die duidelijk is in Lazarus' model, maar ook in de constatering dat sociale steun eigenlijk alleen wordt onderzocht als een bijdrage aan coping. De sociale omgeving versmalt tot een input-factor in een individueel proces van evaluatie en verwerking. Chronische ziekte is een ontwikkelingsopgave voor het individu. Voor bijvoorbeeld culturele verschillen in de waardering van en omgang met zo'n opgave is geen plaats, zodat wij in het duister tasten over de vraag voor welke bevolkingsgroepen de bevindingen opgaan.

Ten tweede is er een zeer sterk empirische oriëntatie. Onderzoek is gericht op het genereren van feiten. Eventuele theorievorming is altijd gebaseerd op empirische resultaten en blijft meestal achterwege. Kritiekpunten van De Ridder en Schreurs hebben vooral betrekking op verdere nuanceringen in het stress-coping model, dat overigens zelden verder komt dan als heuristisch kader. Met name missen zij differentiatie van aandoeningen en fasen in het ziekteproces en diepgaander gebruik van het model. De verklaarde variantie zou aanzienlijk toenemen als we verschillende vormen van coping en steun meer gericht in verband brengen met verschillende ziekten en fasen.

Aansluitend en ten derde valt de kwantitatieve en technische benadering op die in dit type onderzoek vigeert. De schijnexactheid die uitgaat van gestandaardiseerde vragenlijsten en grote onderzoekspopulaties, laat ook deze wetenschappers niet onberoerd. Tot vervelens toe larderen zij hun deeloverzichten met (op zichzelf terechte) klachten over meetprocedures. Zo'n sterk technische nadruk doet vermoeden dat inhoudelijke kwesties niet voldoende belangrijk worden geacht. Hoewel zelf ook geleerd in deze richting, bekwam mij tijdens het lezen regelmatig de vraag: gaat dit ergens over?

Die vraag kwam terug toen ik, ten vierde, moest vaststellen dat coping en sociale steun in verband worden gebracht met de meest uiteenlopende aspecten van het functioneren van chronisch zieken. 'Welbevinden' is een begrip dat zeer diverse onderzoeken terminologisch verbindt, zonder dat werkelijk duidelijk is wat nu met coping en steun wordt verklaard. Wat dat betreft is het zeker niet te veel gevraagd om de onafhankelijke variabele wat meer in te vullen.

Het valt De Ridder en Schreurs niet aan te rekenen dat het onderzoek zo eenzijdig is. Zij hebben redelijk gebruik gemaakt van de mogelijkheden die de traditie (en de opdracht) hen biedt, met hier en daar ook een kritische noot. Het resultaat geeft een goed zicht op de stand van zaken. Hinderlijk is wel dat bijna de helft van het boek wordt ingenomen door een aantal overzichten van lopende en verrichte studies waar zij nauwelijks toelichting op geven. Naar de ratio achter de selectie moet de lezer raden en in de gepresenteerde selectie miste ik een en ander. Maar ook in uitgebreide vorm zou zo'n overzicht vooral aantonen dat er in het leven van en met chronisch zieken een grote uitdaging ligt voor medisch antropologen, die waarschijnlijk wel in staat zijn inzicht te geven in het specifieke van dit onderwerp. Misschien biedt de groeiende belangstelling voor bezinningsvragen rondom ziekte en hulpbehoefendheid hen hiertoe meer gelegenheid dan zij tot nog toe hebben gehad.

Fleur Thomése

André de Roo, *Natuurlijk, ethisch en gezond. Vegetarisme en vegetariërs in Nederland 1894-1990*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1992. 86 pp., f 27,50.

Bijna 100 jaar na de oprichting van de Nederlandsche Vegetariërs Bond (NVB) geeft De Roo in deze studie aardig inzicht in het wel en wee van de vegetarische beweging en de opvattingen die met vegetarisme samenhangen. Hij maakt geen onderscheid tussen de verschillende stromingen onder de vegetariërs (gedefinieerd als degenen die geen vlees, vis of gevogelte eten), maar wijst wel op hun onderlinge diversiteit en de uiteenlopende ideeën en argumenten. Centraal staat het gemeenschappelijke gedachtegoed met als voornaamste vraag welke maatschappelijke ontwikkelingen met de opkomst en ontwikkelingen van vegetarisme samenhangen en hoe te verklaren valt waarom onder bepaalde groepen de aanhang zich het sterkst voordoet. De auteur laat zich hierbij inspireren door de civilisatietheorie van Elias en legt het accent op lange-termijn ontwikkelingen.

De eerste drie hoofdstukken volgen een op specifieke kenmerken van de vegetarische beweging gebaseerde tijdsindeling: de aanloop tot 1914, een tussenperiode van de eerste wereldoorlog tot eind jaren zestig en de afgelopen twee decennia waarin van nieuwe impulsen sprake is. In het laatste hoofdstuk volgt een analyse van vegetarisme gezien vanuit het perspectief van de civilisatietheorie.

In vergelijking met andere landen kwamen industrialisatie en urbanisatie in Nederland pas laat in de negentiende eeuw op gang – en daarmee ook de reactie in de vorm van romantische idealen over 'terug naar de natuur'. Het vegetarisme en de oprichting

van de NVB in 1894 behoren tot de talrijke uitingen van de maatschappelijke beweging die onder de gegoede burgerij leefde. De doelstelling is zowel het verspreiden van het vegetarische gedachtengoed – waarvoor de Vegetarische Bode wordt opgericht – als belangenbehartiging, met name het verkrijgbaar maken van vegetarisch voedsel. In de aanloopperiode zijn de – overigens niet erg actieve – NVB-leden vooral afkomstig van de gegoede en hoogopgeleide burgerij uit voornamelijk de grote steden van het westen van het land, het Gooi en de Hollandse duinenrij. De verschillende argumenten waarop de vegetariërs zich baseren, ontleen zij aan gezondheidsoverwegingen (ook wel hygiënische motieven genoemd), ethische normen en economische rationaliteit. Aanvankelijk legden zij de nadruk op de genezende werking van een vegetarisch dieet, later stond het 'eiwit-debat' centraal. Daarin stelden vegetariërs dat de mens een veel lagere behoefte aan eiwit had dan wetenschappelijk onderzoekers nodig achtten. Gezondheidsargumenten werden echter steeds meer terzijde geschoven door ethische motieven: het medelijden met dieren en het gelijkstellen van het lijden van mens en dier. Geheel onproblematisch waren deze argumenten overigens niet, zoals onder meer blijkt uit verschillende keuzes ten aanzien van het gebruik van zuivel, eieren en leer. Economische argumenten waren enerzijds gebaseerd op de grotere hoeveelheden land en voedsel die nodig zijn voor veeteelt en anderzijds op de levensomstandigheden van arbeiders die door een vegetarisch dieet met minder geld beter zouden kunnen eten. Andere argumenten, die in mindere mate een rol speelden, waren ontleend aan religie en biologie.

Van een eenduidige, vastomlijnde vegetarische doctrine was geen sprake. Voor de meeste vegetariërs gold wel dat hun voedingswijze verband hield met een totale visie op zowel de verhouding van mensen tot dieren als van mensen tegenover de natuur, andere mensen en zichzelf. Vegetarisme zagen zij als een natuurlijke levenswijze, vrij van de kunstmatige en schadelijke vormen die werden opgedrongen door de moderne maatschappij en cultuur: mens en natuur zijn van nature goed. Deze visie had een aantal gevolgen voor de levenswijze van vegetariërs. Vegetarisme streefde naar een wijziging van de gehele voedingswijze, waarbij alcohol en tabak gemeden dienen te worden en matig gebruik van koffie, thee, chocola, zout en specerijen geboden is. Soberheid uit zich ook in kleinere hoeveelheden voedsel. Lichaamsbeweging, frisse lucht en losse kleren werden zeer gezond geacht en met natuurgeneeswijzen hadden veel vegetariërs grote affiniteit. Soberheid is ook geboden ten aanzien van seksualiteit en de vroege vegetariërs zijn uitermate puriteins. In hun verhouding tot andere mensen (hoewel De Roo het eerder over andere bewegingen heeft) vormen de soberheidsidealen een obstakel in contacten met socialisten. De leef- en eetgewoonten van de vegetarische burgerij lagen te ver weg van die van de arbeiders. Met aanverwante stromingen gericht op dierenbescherming, anti-vivisectie, geheelonthouding als ook met de theosofie en de Mazdananbeweging bestonden nauwe contacten. Vegetariërs zagen zich als een voorhoede en met name voor de Eerste Wereldoorlog leefden onder hen gevoelens van morele superioriteit.

In de periode tussen de beide wereldoorlogen doen zich geen fundamentele wijzigingen voor in organisatie, aanhang en argumentatie. Hoewel de rol van gezondheidsargumenten afneemt, spelen naast de discussie over eiwitten, nu ook de pas ontdekte

vitamines een rol. Aan de antropologie worden voorbeelden ontleend die het heilzame karakter van de vegetarische voedingswijze onderstrepen. Hoewel de activiteiten tijdens de Tweede Wereldoorlog teruglopen, neemt het aantal leden toe (van 1238 in 1940 tot 5751 in 1945). Dit was evenwel vooral een gevolg van de eis dat men lid van de NVB moest zijn om voor speciale distributiebonnen in aanmerking te komen.

Na de oorlog begint een periode van twijfel, herbezinning en kritiek. Een daling van het ledental trad in die twintig jaar zou duren. Niet alle leden konden zich meer scharen onder de optimistische visie op de natuur en het ideaal van 'terug naar de natuur' werd soms met ironie bekeken. Individuele verantwoordelijkheid nam de plaats in van de drang tot propaganda en de voorhoederol. Er ontstond een strijd tussen de 'gezondheidsvegetariërs' en de 'ethiei'. De regels voor een natuurlijke en vegetarische leefwijze bleven hetzelfde, al benaderden zij nu seksualiteit beduidend minder puriteins. Naast de gezondheids- en ethische argumenten kreeg de wereldvoedselproblematiek een grotere plaats. Solidariteit met de ondervoede bevolkingsgroepen nam de rol over die de 'sociale kwestie' in een eerder stadium van het debat had gespeeld.

Vanaf het einde van de jaren zestig kwamen er vele stromingen op die zich verzetten tegen de bestaande orde en de gangbare moraal. Ook voor het vegetarisme treedt een nieuw tijdperk aan waarbij nieuwe bewegingen ontstaan en oude meer aandacht krijgen. De Roo spreekt zelfs van een tweede vegetarische golf. Belangrijke impuls was de toegenomen exploitatie van dieren, bekend als bio-industrie, het toenemende vleesgebruik en de toegenomen fijngevoeligheid over de behandeling van dieren en een grote dierenliefde. Het aantal vegetariërs neemt sterk toe, hoewel minder dan twee procent hiervan bij de NVB is aangesloten. Helaas baseert de schrijver zich voor een profiel van de huidige vegetariër op gegevens van dit verhoudingsgewijze kleine aantal NVB-leden.

Wat bij de nieuwe impulsen opvalt, is de continuïteit in argumentatie. Ethische argumenten (medelijden met dieren) spelen de hoofdrol en worden steeds vaker op de bio-industrie gericht. Deze laatste zorgde trouwens ook voor nieuwe gezondheidsargumenten door het gebruik van groeihormonen en andere chemische middelen. Andere argumenten voor vegetarisme komen voort uit overwegingen van milieuhygiëne en natuurbehoud, zoals de problematiek van mestoverschotten. Een nieuwe ontwikkeling is dat het vegetarisme zich losmaakt van de oude (sobere) leefidealen en veel meer op zichzelf komt te staan ten opzichte van andere bewegingen. Ook de NVB richt zich op één doelstelling: vermindering en uiteindelijke stopzetting van de vleesconsumptie.

In het laatste hoofdstuk bekijkt De Roo, na een korte uiteenzetting van Elias' civilisatietheorie, het vegetarisme in dit perspectief, als een voorbeeld van toenemende 'fijngevoeligheid' en een nieuw middel tot 'distinctie'. Deze dier-fijngevoeligheid doet zich overigens voor bij groepen met een bepaald welvaartsniveau, die economisch niet direct afhankelijk zijn van vlees en vleesprodukten. Hij komt tevens terug op een aantal paradoxen die door het boek heen aan de orde komen. Vegetariërs zijn in feite het meest vervreemd van de natuur, terwijl ze de natuur het meest verheerlijken. Het ambivalente is dat terwijl ze de natuur tot ideaal verheffen, de angst voor de 'lage natuur', het 'dierlijke' in de mens constant aanwezig is. Het optimistische beeld van de natuur is volgens de auteur een uitweg uit deze ambivalentie. Zo ook staat het voorhoede-ideaal

in contrast tot de egalitaire opvattingen die vegetariërs ook aanhangen. Het is jammer dat hij deze ambivalenties van vegetariërs niet verbindt met die van vleeseters. Bij hen bestaat enerzijds de tendentie tot een steeds grotere maskering van de herkenbaarheid van de herkomst van vlees dat wèl gegeten wordt en anderzijds de grote dierenliefde onder fervente vleeseters.

De Roo concludeert dat de civilisatietheorie, hoewel bruikbaar door het lange-termijnperspectief van met name het thema 'fijngevoeligheid', problematisch is voor wat betreft de motoren achter het civilisatieproces, 'distinctiezucht' en 'imitatiedrang'. Er valt echter wel meer te zeggen over het vegetarisme. Doordat de auteur zich vooral richt op de relatie civilisatietheorie en vegetarisme en zich bij dit laatste vooral baseert op de NVB, laat hij een aantal belangrijke vragen buiten beschouwing. Dat betreft vragen als waarom vegetarisme zoveel wrevel kan oproepen, zelfs als bedreigend ervaren wordt, waarom meer vrouwen vegetariër zijn, wat de relatie is van vegetarisme met ecologische bewegingen en (eco)feminisme (zoals wel gebeurt in de aanloopperiode met socialisme). Een analyse van de associaties van met name vlees voor zowel vegetariërs als niet-vegetariërs (zoals met kannibalisme en mannelijke viriliteit) zou aanzienlijk hebben bijgedragen tot het beter begrijpen van zowel vegetarisme als de weerstand daartegen. Dat neemt niet weg dat De Roo een goed overzicht heeft gegeven van het georganiseerde ('traditionele') vegetarisme in Nederland.

Cora Govers

Lidy Schoon, *De gynaecologie als belichaming van vrouwen: verloskunde en gynaecologie 1840-1920*. Amsterdam: Walburg Pers, 1995. Academisch proefschrift. 333 pp., f 49,50.

In *De gynaecologie als belichaming van vrouwen: verloskunde en gynaecologie 1840-1920* richt Lidy Schoon zich op de rol die sekse heeft gespeeld in de verloskunde en in het ontstaan van de gynaecologie als een op 'vrouwenziekten' gerichte specialisme. Zij tracht daarmee eerdere medische geschiedenissen die geen aandacht hadden voor sekse bij te stellen. Ze analyseert de invloed van sekse vanuit drie invalshoeken: 1. het definiëeringsproces van ziekte en gezondheid; 2. de taakafbakening van de medische beroepen; en 3. de totstandkoming van zeggenschap over medische behandeling van vrouwelijke geslachtsorganen. Met name het eerste punt is voor medisch antropologen zeer relevant.

In haar analyse is Schoon sterk geïnspireerd door het werk van Laqueur *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud* (1990). Deze beschrijft hoe tot laat in de negentiende eeuw het lichamelijke sekseverschil niet gold als belangrijk ordeningsprincipe. Men ging ervan uit dat mannen en vrouwen dezelfde geslachtsorganen hadden, en volgens Schoon golden voor mannen en vrouwen ook dezelfde verklaringen voor ziekte, gebaseerd op de humoraal-pathologie van de Grieken. Pas na 1870 ontstond onder invloed van de evolutieleer zowel binnen de medische theorie als binnen de praktijk een sekse-specifieke benadering van het menselijk lichaam. Vrouwen

werden gezien als een lager soort mens dan mannen, dichter bij de natuur vanwege haar vermogen tot baren. Binnen de medische praktijk maakt de humoraal-pathologie plaats voor een op empirische observaties gebaseerde natuurwetenschappelijke geneeskunde.

De veranderingen in paradigma's illustreert Schoon in hoofdstuk drie waarin ze ingaat op de toepassing van het aderlaten in de verloskunde in overeenstemming met de humoraal-pathologie en in hoofdstuk zes waarin ze uitgebreid de veranderingen in definiëring van menstruatie bespreekt. Binnen de humoraal-pathologie overheerst de gedachte dat de menstruatie een gezonde bloedzuivering was. Halverwege de negentiende eeuw kreeg de menstruatie een plaats toebedeeld in het voortplantingsproces en werd gelijkgeschakeld met de ovulatie. Net als dieren zouden vrouwen vruchtbaar zijn, wanneer ze 'bronstig' waren. Pas in het begin van de twintigste eeuw werden de hormonen ontdekt, geproduceerd in de eierstokken, als aanstuurders van de voortplanting. De ovulatie werd losgekoppeld van de menstruatie. De menstruatie werd geconceptualiseerd als een mogelijk ziekmakende gebeurtenis.

Hoofdstuk vier gaat over de taakafbakening binnen de medische beroepen. Vroedvrouwen hadden van oudsher de verantwoordelijkheid voor de begeleiding van thuisbevallingen. Verloskundigen waren aanvankelijk vooral theoretisch geschoold in de universiteiten, maar de artsenwetten van 1865 vereisten dat de medische opleiding gekoppeld was aan de praktijk. Vanaf 1876 wordt de klinische opleiding een verplicht onderdeel van de artsenstudie. Schoon beschrijft in grote mate van detail hoe in de verschillende universiteitssteden problemen ontstonden in de verloskundige klinieken, omdat er een gebrek was aan patiënten. Vrouwen verkozen de vroedvrouwen en thuisbevalling boven de ziekenhuizen. Voor het laatste kozen vooral ongehuwden en arme vrouwen. Dit is volgens Schoon de basis van de voortdurende frictie tussen vroedvrouwen en verloskundigen. De praktische handelingen van de artsen waren zeker niet zonder gevaren. De jonge verloskundige klinieken boetten in aan populariteit door de hoge sterfte aan kraamvrouwenkoorts, veroorzaakt door postoperatieve infecties. Artsen wisten nog niet van bacteriën en de noodzaak om steriel te werken. Schoon beschrijft hoe er steeds meer een consensus ontstond dat de vroedvrouwen de natuurlijke, 'normale' bevalling zouden begeleiden en de verloskundigen de abnormale bevalling waarin interventie vereist was. Zij stelt:

Het negentiende-eeuwse natuurconcept, waardoor vrouwenarbeid geregeld werd 'in harmonie met de natuur' en kraamvrouwen in 'vertrouwensvolle eerbied voor de Natuur' benaderd werden, heeft de basis gelegd voor het vroedvrouwenberoep als autonoom vrouwenberoep. De thuisbevalling bleef in ere en Nederlandse vroedvrouwen zijn gaan behoren tot de blijvers op de verloskundige markt (p. 127).

In het tweede deel van het proefschrift ligt de nadruk meer op de gynaecologie. Dit specialisme kon pas ontstaan nadat artsen zich 'toegang tot vrouwenlichamen' hadden verworven. De morele taboes op lichamelijk onderzoek maakten vaginaal onderzoek pas mogelijk na de introductie van chloroform ter verdoving van patiënten. In hoofdstuk vijf staat de beroepsstrijd binnen de gynaecologie centraal, waarbij Schoon speciaal aandacht besteedt aan twee gynaecologen, Hector Treub en Catharine van

Tussenbroek. Beiden hebben een belangrijke rol gespeeld in het ontstaan van het specialisme in Nederland, en verzetten zich tegen een al te zeer op operaties gerichte medische praktijk. Van Tussenbroek, beschreef in een van haar publikaties bijvoorbeeld de extreme consequenties van het operatief ingrijpen in de vorm van een hoge mortaliteit aan kraamvrouwenkoorts.

Schoon schetst de spanning in de gynaecologie tussen de sekse van de gynaecoloog en die van de patiënt. De mannelijke gynaecologen stelden dat alleen mannen het zware operatieve werk in de kliniek aankunnen. Van Tussenbroek benadrukte echter dat ieder zijn geneeskundige hulp zoekt bij een seksegenoot en wist zo haar praktijk te handhaven. *Interessant detail is dat deze vrouwelijke gynaecoloog zich ook verzette tegen operatieve sterilisatie op vrouwen.* Zij was van mening dat mannen, wanneer er een reden voor vrouwen was om niet meer zwanger te worden, ook verantwoordelijkheid moest nemen voor anticonceptie, door seksuele onthouding.

Schoon gaat ervan uit dat de ontwikkelingen op het terrein van de verloskunde en de gynaecologie niet alleen de heersende sekseverhoudingen reflecteren, maar deze ook constitueren. In hoofdstuk zeven laat zij zien hoe gynaecologen steeds meer het beeld naar buiten brachten van het vrouwenlichaam dat geregeerd wordt door geslachtsorganen die ingewikkeld functioneren en snel neigen te ontsporen. Het publiek gaf hun als 'vrouwenskundigen' status in discussies over de maatschappelijke positie van vrouwen. De gynaecologie als belichaming van vrouwen kreeg, volgens Schoon, gestalte door het door een van de meest uitgesproken gynaecologen, Kouwer, uitgedragen denkbeeld dat er slechts één groot ideaal is dat de vrouw kan najagen, het moederschap.

Schoon heeft een belangrijk boek geschreven dat ook van groot belang is voor medisch antropologen die contemporain onderzoek doen naar reproductieve gezondheidsvraagstukken. De structuur van het boek is echter niet altijd even doorzichtig. Het eerste voor medisch antropologen relevante thema, de definiëring van ziekte en gezondheid, komt aan de orde in hoofdstuk drie en zes, de verloskundige praktijk in hoofdstuk twee en vier. De lezer raakt soms de draad van het verhaal kwijt, omdat in een tussenliggend hoofdstuk een ander thema geïntroduceerd wordt.

In haar voorwoord stelt Schoon dat haar boek beschrijft in hoeverre de negentiende-eeuwse situatie bewerkstelligd heeft dat de medicalisering van zwangerschap, bevalling en 'gynaecologische ziekten' in Nederland bescheiden vormen heeft aangenomen, terwijl in andere Westerse landen zwangere vrouwen veelal volledig gehospitaliseerd zijn en een zeer groot percentage vrouwen een baarmoederverwijdering heeft ondergaan. Ze beschrijft inderdaad gedetailleerd en op uiterst boeiende wijze de geschiedenis van de Nederlandse verloskunde en de opkomst van de gynaecologie in de vorige eeuw. Een verklaring voor het verschil tussen de situatie in Nederland en in andere West-Europese landen heb ik echter niet gevonden. Dit komt voornamelijk, omdat zij niet genoeg zicht geeft op de ontwikkelingen in andere landen om aannemelijk te maken dat de door haar beschreven ontwikkelingen in Nederland doorslaggevend waren.

Ik vraag mij na lezing van haar boek af, hoe het komt dat er in Nederland een vroedvrouwenstand was waar de bevolking zoveel vertrouwen in had, ondanks pogingen van artsen om hun kunde ter discussie te stellen en waarom dit niet het geval was

in de andere Europese landen. Waarom bleven Nederlanders zoveel vertrouwen hebben in de 'natuurlijke' bevalling? Deze vraag wordt niet in het proefschrift beantwoord. Het gebrek aan patiëntenmateriaal heeft de ontwikkeling van de verloskunde en de gynaecologie sterk vertraagd in Nederland in vergelijking met landen als Engeland, Frankrijk en Duitsland. Maar waarom gingen vrouwen in Nederland niet naar de nieuwe universitaire ziekenhuizen en vrouwen in de omliggende landen wel? Ook voor dit verschijnsel vind ik in Schoons boek geen verklaring.

Anita Hardon

Dorothea Sich & Waltraud Gottschalk (eds.), *Acculturation and domination in traditional Asian medical systems*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1994. 107 pp., DM 44,00.

Deze bundel bevat zeven van de twaalf bijdragen die in 1990 in Bombay werden gepresenteerd op een symposium over acculturatie en dominantie in Aziatische medische systemen. Dit symposium, bijgewoond door twaalf medisch antropologen en artsen die door Duitsland werden gesponsord, was onderdeel van de Third International Congress on Traditional Asian Medicine (ICTAM III), georganiseerd door de International Organisation for the Study of Traditional Asian Medicine (IASTAM). Bij het bespreken van de verschillende bijdragen zal het accent liggen op acculturatie en dominantie, het thema van deze bundel, alsmede op de verhouding tussen theorie en empirie.

In navolging van Kleinman pleit Sich er in haar inleiding voor om geneeskunde te beschouwen als een cultureel systeem. Evenals verwantschap, religie en taal, biedt geneeskunde een blauwdruk voor denken en handelen. Vanwege het ontmythologiserende karakter pleit Sich ervoor om het gedetailleerde werk van Lévi-Strauss en Victor Turner na te volgen bij de bestudering van Aziatische geneeskunde. Ze voert resultaten van placebo-onderzoek, alsmede hedendaagse psychosomatische inzichten aan om het biologisch determinisme van de westerse geneeskunde te bekritisieren. Bij onderzoek moeten volgens haar naast biologische variabelen, politieke, sociale en psychologische parameters moeten betrokken.

De psychosomatische invalshoek wordt verder belicht in een korte theoretische bijdrage van Ludger Albers. Deze laat zich leiden door de transactionele en communicatieve zienswijze van Thure von Uexküll, de vader van de psychosomatische geneeskunde in Duitsland. Albers ziet functionele en cultuurgebonden syndromen "as the consequence of the expression of disharmonies in social interaction" (p. 78). Vervolgens vraagt de auteur zowel aandacht voor fenomenologische aspecten alsmede voor de rol van de samenleving bij de constructie van beide genoemde ziektecategorieën.

Persoonlijke beleving en reflectie op politiek-economische omstandigheden staan centraal in Richters bijdrage over de invloed van modernisering op de psychische gezondheid van Indonesische vrouwen. Zoals we van haar gewend zijn, breekt ze Kleinmans fenomenologische analyse open. Symptomen hebben niet slechts een betekenis binnen de leefwereld van de patiënt, maar verwijzen bovendien naar de politiek-economische situatie van de zieke. Culturele factoren kunnen zowel ziek maken

(pathogene functie) als de ziekte vormen (pathoplastische functie). Psychische ziektebeelden bieden zo een venster op ontwikkelingen in de samenleving. Aan de hand van secundair materiaal, onder meer over de Minangkabau, toont ze aan dat sociaal-economische veranderingen de maatschappelijke positie en de gezondheid van vrouwen kan aantasten. Migratie van Sumatra naar Jakarta heeft de symbolische en morele macht van Minangkabau vrouwen geërodeerd. Dit verklaart volgens Richters de oververtegenwoordiging van deze vrouwen in psychiatrische instellingen in Jakarta. Het thema van de bundel toont zich hier duidelijk. Acculturatie leidt tot vermindering van macht, waarna ziekte overblijft als (on-)machtsmiddel van de zwakken. In dit verband is het mijns inziens van belang het failliet van de antipsychiatrische beweging uit de jaren zestig en zeventig te analyseren. Waarschijnlijk zijn individuele ervaringen van patiënten niet in alle gevallen, of maar ten dele, terug te voeren op politiek-economische factoren. Richters schetst de contouren van een benaderingswijze die zich door empirisch onderzoek zal moeten waarmaken. Pas dan kunnen we overtuigen dat het niet alleen, en vaak niet op de eerste plaats, bacteriën, virussen en ouderdom ziekte en dood veroorzaken.

De derde bijdrage in de bundel is van de Duitse arts en onderzoeker Nobert Kohnen. Naast het verrichten van veldwerk was hij in de periode van 1981 tot 1988 als arts verbonden aan een PHC-project op Siargo, Filipijnen. Educatiecampagnes zijn volgens hem er voor verantwoordelijk dat Filipinos biomedische inzichten vermengen met inheemse. De gevolgen blijken vaak negatief. Vaak voorkomende symptomen als spierpijn, stijfheid, algehele zwakte en gewrichtspijn verbinden patiënten met biomedische ziektebeelden als beri-beri, bloedarmoede en reuma. Deze lekendiagnoses nemen jonge Filipijnse artsen van genoemde PHC-projecten vervolgens over. Wanneer Kohnen een flink aantal patiënten zelf onderzoekt, moet hij concluderen dat deze lekendiagnoses niet kloppen. Het ten onrechte overnemen van deze diagnoses leidt tot het voorschrijven van verkeerde medicijnen met soms schadelijke bijwerkingen. Kohnens constatering maakt duidelijk dat het bij het geven van gezondheidsvoorlichting noodzakelijk is rekening te houden met zaken als etnofysiologie en etnodiagnostiek. Het is immers naïef te veronderstellen dat biomedische kennis op een tabula rasa wordt bijgeschreven.

De antropologe Loytved gaat aan de hand van informatie over de opleiding van jonge vroedvrouwen op Samoa en bijscholing van traditionele vroedvrouwen op Tonga na hoe een dergelijk project op Fiji het best kan worden aangepakt. Iedere verandering blijkt niet automatisch een verbetering. Zowel het passeren (Samoa) als het incorporeren (Tonga) van traditionele vroedvrouwen leidden tot verslechtering en verschraling van hulp bij zwangerschap, geboorte en postnatale zorg. Loytved pleit er dan ook voor dat externe adviseurs hun bemoeienis beperken tot het bieden van een platform aan traditionele vroedvrouwen, vrouwencomités en biomedisch personeel.

De volgende twee bijdragen betreffen empirische studies in twee gebieden aan de voet van de Himalaya. De antropoloog Gaenszle vraagt zich af welke rol de biomedische geneeskunde speelt in het leven van de Mewahang Rai uit Oost-Nepal. Bovendien wil hij bekijken hoe deze geneeskunde is geïntegreerd binnen het ethos van deze bevolkingsgroep van Tibetaans-Burmese origine. De personalistische opvattingen van de Rai blijken tot op zekere hoogte goed samen te gaan met biomedische visies. Op

cognitief niveau zijn er geen problemen. Deze ontstaan pas indien biomedische behandeling offers vraagt in de vorm van hoge kosten voor medicijnen of depreciatie van eigen normen en waarden. Aan de hand van een analyse van de dood van een twaalfjarige Rai ten gevolge van hersenvliesontsteking toont Gaenszle aan dat de biomedische geneeskunde op zich voor de Rai geen betekenis heeft. Bovendien wordt deze geneeskunde in de Nepalese bergen meestal vertegenwoordigd door zeer jong paramedisch personeel, niet zelden behorend tot de dominante bevolkingsgroep die neerkijkt op Nepalezen van Tibetaans-Burmese origine. Ik vind het volkomen begrijpelijk dat de Rai op cruciale momenten weinig vertrouwen hebben in slecht opgeleid, nauwelijks gemotiveerd, paramedisch personeel met een meestal lege medicijnkast.

Kuhn beschrijft hoe het pluriforme medische systeem van Ladakh (India) zich ontwikkelt onder invloed van acculturatie en biomedische dominantie. Evenals Gaenszle's analyse is Kuhns bijdrage een eerste inventarisatie. Haar conclusies beperken zich tot de hoofdstad van Ladakh (Leh) en de directe omgeving (Leh-Blok). Evenals in Nepal is de biomedische geneeskunde nog maar enige decennia actief in Leh. In Leh-blok bevinden zich enige tientallen Health Posts, terwijl Leh-bazaar beschikt over een districtshospitaal. Hier bevindt zich tevens het overgrote deel van de biomedische privé-praktijken en apotheken. Naast deze biomedische sector waarin apothekers en farmaceutische industrieën een centrale rol spelen, bestaat er ook een traditionele sector. Deze baseert zich op de Tibetaanse geneeskunde, een enigszins aan Ayurveda verwante humorale pathologie met een boeddhistische component. Kuhn deelt de tradionele sector in drieën: boeddhistische geestelijkheid, *amchi* en orakels. De structurele dominantie van de biomedische geneeskunde heeft voor de eerste groep vooralsnog weinig veranderd. Lamas en rinpoches staan nog steeds in aanzien. Omdat zij zich met morele, geestelijke en psychische problemen bezig houden, hebben ze weinig concurrentie te duchten. Dit ligt anders voor de *amchi*, semi-gekwalficeerde naturalistische genezers die zich richten op somatische problemen. Door de komst van de biomedische geneeskunde is de gezondheidszorg in Ladakh gecommmercialiseerd. Bovendien heeft de structurele dominantie van deze geneeskunde het aanzien van de *amchi* geërodeerd. Beide factoren hebben de *amchi* naar Leh-bazaar gedreven waardoor de gezondheidszorg in de dorpen is verslechterd. De orakels (*luya*), de derde groep traditionele genezers, hebben van de toegenomen pluriformiteit geprofiteerd. Zij profileren zich als therapie-verwijzers in de pluralistische medische setting van Ladakh.

De bundelt eindigt met een omvangrijk artikel waarin de filosoof Bonsel impliciet beweert, "I'd rather stare at my navel than walk up to the native arse backwards" (cf. Bob Scholte 1930-1987). Hij bezint zich op de volgende kwesties: de positie van de medische antropologie; de moeilijk te slechten epistemologische kloof tussen Aziatische genezers en medisch antropologen; Aziatische geneeskunst als breekijzer voor het openbreken van een failliete westerse rationaliteit; het aanvullen van de linguïstische benadering in de medische antropologie met de fenomenologie van de emotie. Bonsel biedt meer vragen dan originele oplossingen. Dit wordt geïllustreerd door de Popperiaanse galn die doorklinkt in Bonsels poging het dominante rationaliteitsbegrip te verruimen, "knowledge has to be *refuted* (...) [knowledge] is *partly true* and has to be revised" (p. 86, mijn markering).

Evenals Bonsel verzet Sich zich tegen een medische antropologie die alleen hand- en spandiensten verricht voor de medische professie. Beiden pleiten impliciet voor een medische antropologie die, door te wijzen op de plaats- en tijdgebondenheid van alle kennis alsmede op het verband tussen macht en 'waarheid', het geloof in eigen voortreffelijkheid van de biomedische geneeskunde ter discussie stelt. Terwijl Sichs pleidooi voor gedetailleerde studies van Aziatisch medisch handelen maar ten dele wordt waar gemaakt, ontleent deze bundel haar grootste waarde aan het empirisch materiaal uit de bijdragen van Kohnen, Loytved, Gaenszle en Kuhn.

Maarten Bode

Loudell F. Snow, *Walkin' over medicine*. Boulder: Westview Press, 1993. 328 pp., index, \$ 55.00.

Professor Loudell F. Snow is hoogleraar antropologie en kindergeneeskunde aan de Michigan State University. Haar boek *Walkin' over Medicine* is gebaseerd op twintig jaar professionele belangstelling voor Afro-Amerikaanse medische folklorie. Hierin presenteert zij verhalen van mensen die verschillende opties gebruiken om gezondheidsproblemen op te lossen. De titel kan vrij letterlijk worden opgevat. Men verzamelt niet alleen heilzame kruiden in het veld, maar in bepaalde gevallen wordt ook de klei waarop deze groeien gegeten.

Als basis van het boek dienden twee studies in stedelijke, prenatale klinieken in Tucson, Arizona en in Michigan. De onderzoekster voerde gesprekken in de wachtkamer voor of na een bezoek aan de dokter. Haar rol als sociaal-wetenschappelijk onderzoekster werd daarbij min of meer verhuld, omdat zij zich voorstelde als 'doctor Snow'. De ervaringen in de klinieken werden aangevuld met uitgebreid literatuuronderzoek en een studie naar genezers die via advertenties in bladen als New York Amsterdam News hun diensten aanboden.

Snow geeft de hoofdstukken prozaïsche titels die gebaseerd zijn op karakteristieke uitspraken van haar informanten, zoals: *I Saw a Shadow Leave Me, You'd Be Surprised What You Can Do With What You Hav, The Bible Says Watch as Well As Pray*. Een nadeel van deze uitspraken als titel van een hoofdstuk is dat de structuur van het boek niet uit de hoofdstukindeling is af te leiden. Het eerste hoofdstuk, *I Saw a Shadow Leave Me* geeft een relaas over een vrouw die de gevangene is van een man die haar vervloekt. Hij heeft de beschikking over 'roots' (een 'charm' of magisch middel) waarmee hij haar bedreigt en haar tracht te binden. De mishandelingen nemen zulke vormen aan dat zij tenslotte met haar kinderen vlucht. Na vijf jaar keert zij terug naar haar man. Ze krijgt daarna nog twee kinderen. De man ontkent echter de vader te zijn van het laatste kind. Naar aanleiding van een ruzie hierover schiet hij haar neer waardoor zij verlamd raakt. Dit geval illustreert wellicht een manier van denken die kenmerkend is voor sommige Afro-Amerikanen en de gevolgen daarvan in de praktijk, maar het is onduidelijk waarom deze case als openingshoofdstuk dient.

In het vijfde hoofdstuk, *To Be Healthy You Must Have Good Blood*, staan opvattingen over de betekenis van bloed voor de gezondheid centraal. Een aantal problemen komt hierin aan de orde die het gevolg zijn van een onjuiste interpretatie van de biomedische indeling van hoge versus lage bloeddruk. Verwarring ontstaat, omdat in de traditionele indeling gesproken wordt van 'low blood' en 'high blood' in een betekenis die hiervan afwijkt. Het onderscheid 'low/high blood' is verbonden met opvattingen over bloed als een systeem dat voortdurend in beweging is onder invloed van interne en externe stimuli. Een individu kan het systeem in balans houden door specifieke factoren als de dikte of de zuiverheid van het bloed te regelen met bepaalde voeding of huismiddeltjes. Een goede kennis van traditionele opvattingen met betrekking tot ziekte en gezondheid en de daarbij behorende terminologie moet misverstanden voorkomen bij het voorschrijven van een dieet of medicijnen.

Hoofdstuk acht, *Some Slip Up, Some Plan, and Some Have 'Em To Have 'Em*, beschrijft opvattingen over zwangerschap en geboorte. De problematische man-vrouwverhouding verslechtert door de toename van de werkloosheid onder Afro-Amerikaanse mannen. Meisjes tonen op jonge leeftijd al een zeer negatief beeld over jongens. Veel zwangere vrouwen lijden aan *pica*, de lust om oneetbare dingen te eten. Het gaat daarbij onder meer om klei, bakpoeder, as, luciferkoppen. Veel vrouwen verorberen zelfs hele pakken stijfsel om de bevalling te bevorderen. Een van Snows informanten verklaarde dat hoewel ze het eten van klei en stijfsel niet zo'n goed idee vond, ze er wel aan meedeed vanwege de traditie. Iedere bedrijfstak kent zijn kwakzalvers en beunhazen en dat geldt zeker voor het terrein van de 'onorthodoxe' medische praktijk. Het is een verdienste van Snow dat zij een voorzichtige poging doet om deze kwakzalvers te ontmaskeren. Het is opmerkelijk dat zij ondanks haar blijk van bewondering voor genezers en mensen die gebruik maken van traditionele Afro-Amerikaanse geneesmiddelen, het gebruik van het label charlatan ter aanduiding van een bepaalde categorie van genezers die uitsluitend op winstbejag uit zijn, moet verdedigen (p. 276 noot 1, zie ook Scheper-Hughes 1990).

Walkin' over Medicine is een rijke bron van Afro-Amerikaanse opvattingen over ziekte en gezondheid. Traditionele middelen verschaffen volgens de schrijfster de mogelijkheid om nieuwe problemen in een complexer wordende samenleving aan te pakken. Het benadrukken van de rationaliteit van keuzen met betrekking tot ziekte en gezondheid versluiert mogelijke contradicties en ongunstige effecten. Het is jammer dat de schrijfster dit thema niet uitwerkt en dat haar analyse het beschrijvende niveau nauwelijks overstijgt.

Chris de Beet

Scheper-Hughes, Nancy

1990 Three propositions for a critically applied anthropology. *Social Science and Medicine* 30(2): 189-97.

J.F. Wendte & J.A.C. Danse, *Verpleeghuiszorg: Overzichtsstudie naar Nederlandse literatuur sinds 1985*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994. Reeks Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. f 30,00.

Dit deel van de Reeks Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken van de NCCZ beschrijft kenmerken en problemen van chronisch zieken die verpleeghuiszorg ontvangen en schenkt aandacht aan het (effect van het) handelen van zorgverleners. Verpleeghuiszorg is multidisciplinaire zorg waarbij gebruik gemaakt wordt van de infrastructuur van het verpleeghuis. Het is om het even of deze zorg binnen of buiten de locatie van het verpleeghuis wordt verleend.

De literatuurstudie beperkt zich tot Nederlands onderzoek in de periode 1985 tot en met 1993. Buitenlands onderzoek is slechts doorgenomen om het Nederlandse beter te kunnen plaatsen. Studies zijn opgespoord via bestanden van belangrijke instanties, tijdschriften, inventarisaties van recent en lopend onderzoek en de sneeuwbalmethode. Gevonden publikaties worden alléén in beschouwing genomen als ze voldoen aan drie criteria. De directe patiëntenzorg moet centraal staan. De publikatie moet een instrument bieden voor de organisatie van de patiëntenzorg of het meten van effecten daarvan. De onderzoekers moeten ten slotte een duidelijke onderzoeksopzet hanteren.

Hoofdstuk drie bevat een kwantitatief overzicht van de bevindingen. Wendte en Danse hebben 140 wetenschappelijke publikaties opgespoord, waarvan er 76 aan de criteria voldoen en verder bij de analyse worden betrokken. Het blijkt dat Nederlandse auteurs nauwelijks internationaal publiceren (slechts zes artikelen). In de helft van de 76 publikaties is de eerste onderzoeker een (verpleeghuis)arts. Verpleegkundigen, verzorgenden en paramedici voeren nauwelijks onderzoek uit. Van de onderzoekers die vanuit een verpleeghuis opereren, werkt slechts een kwart samen met andere instellingen. Er zijn meer aanbodstudies met het accent op de zorg(verlening) dan vraagstudies die zich richten op de kenmerken van patiënten. Beide vertonen een breed scala aan onderwerpen en weinig programmatische opbouw. Verder vinden Wendte en Danse vooral kleinschalig, descriptief onderzoek. In totaal worden maar liefst veertig verschillende meetinstrumenten onderscheiden om de gezondheid of het welbevinden van verpleeghuisbewoners vast te stellen.

Het vierde hoofdstuk biedt een inhoudelijke analyse van geselecteerde studies. De studies die de vraagzijde behandelen, beschrijven morbiditeit, ziektebeloop en sterfte, lichamelijke gezondheidsproblemen en de belevingswereld van patiënten. In de aanbodstudies komen de aard en inhoud van de zorg, het zorgverleningsproces, de effecten van zorg en de bijzondere zorgfuncties aan de orde. De conclusies van Wendte en Danse liegen er niet om. Het gezondheidszorgonderzoek en klinisch-epidemiologisch onderzoek is gefragmenteerd en wordt beperkt uitgevoerd. Er zijn lacunes, bijvoorbeeld op verpleegkundig en paramedisch gebied, maar ook voor wat betreft het voor- en najaar van bewoners en de besluitvorming in het verpleeghuis. De continuïteit van onderzoek is niet gewaarborgd, omdat samenwerkingsverbanden dikwijls ontbreken. Gebrek aan een wetenschappelijk klimaat, tekort aan fondsen en een verschuiving van de aandacht naar de thuiszorg, zijn mogelijke verklaringen voor dit patroon. De aanbevelingen hebben terecht zowel betrekking op de inhoud van het onderzoek als op de

organisatorische inbedding daarvan. De auteurs pleiten voor onderzoek dat in de gevonden leemtes voorziet en voor academisering van verpleeghuizen en samenwerking met andere instellingen.

Wendte en Danse verantwoordden in hun rapport niet waarom ze voor de drie genoemde selectiecriteria hebben gekozen. Met name het tweede criterium (de ontwikkeling van instrumenten) wekt de indruk dat het de onderzoekers vooral te doen is geweest om studies die bijdragen aan een wetenschappelijke bedrijfsvoering waarbij het meten voorop staat in plaats van wegen en beoordelen. Met een dergelijk perspectief kan belangrijk inzichtgevend werk, dat juist voor medisch antropologen interessant kan zijn, worden gemist. Ik betwijfel of een vertekening is opgetreden en of de onderzoekers meer en vooral gevarieerder onderzoek hadden gevonden als ze dit criterium niet hadden gebruikt. Een vergelijking met de belangrijkste niet-geselecteerde literatuur die in een bijlage is opgenomen, levert hier in ieder geval geen bewijzen voor. Dat betekent dat andersoortige studies er gewoon niet zijn. Verplegenden en paramedici moeten zich dit aantrekken, juist omdat het gaat om verpleeghuiszorg waar verpleging, verzorging en reactivering zo belangrijk zijn. Voor sociale wetenschappers betekent het dat ze een bijdrage kunnen leveren door verklarende en vergelijkende studies uit te voeren op het gebied van de verpleeghuiszorg.

Hennie Boeije

Joke van der Zwaard, *El Mizan: Wijkverpleegkundigen over de opvoeding in allochtone huishoudens*. Amsterdam: SUA, 1993. 224 pp.

Van der Zwaard koos als titel voor haar promotieonderzoek het Arabische woord *el mizan*, de weegschaal. De groei van een kind wordt op het consultatiebureau immers niet alleen in kilo's gewogen, maar ook vergeleken met een bepaalde maatstaf en geanalyseerd als effect van de gewoontes en opvattingen van de moeder. De weegschaal als titel van dit boek staat voor wegen in deze brede betekenis, toegespitst op allochtonen en opvoedingskwesties.

De centrale probleemstelling van haar onderzoek luidde: hoe beoordelen wijkverpleegkundigen de opvoeding(sverhoudingen) in Turkse en Marokkaanse allochtone huishoudens en hoe schatten zij de mogelijkheden voor professionele interventies in? Van der Zwaard gaat er vanuit dat de verklaringsmodellen en interpretatierepertoires van de wijkverpleegkundigen (mede) de positie bepalen van allochtone cliënten in de jeugdgezondheidszorg en aanverwante instellingen. Bij haar reconstructie van de interpretaties van de wijkverpleegkundigen maakt zij gebruik van vier vertogen die in de professionele visie op de opvoedingsverhoudingen in Turkse en Marokkaanse allochtone huishoudens samenkomen: het vertoog over het cultuurverschil, over het medisch-hygiënisch perspectief, over het moderne gezin/moederschap, en de representatie van 'oosterse vrouwen'.

Van der Zwaard brengt aan de hand van bronnenonderzoek het institutionele vertoog over opvoedingskwesties en allochtonen in kaart om vast te stellen over welke

professionele verklaringmodellen en interpretatierepertoires wijkverpleegkundigen beschikken. Allereerst heeft zij door vaktijdschriften voor de jeugdgezondheidszorg te bestuderen onderzocht welk interpretatierepertoire de Nederlandse minderhedendes-kundigen aangedragen. De jeugdgezondheidszorg bleek drie verklaringmodellen te gebruiken om de opvoeding in allochtone huishoudens te beschrijven en te verklaren, namelijk cultuurverschil, achterstand en achterstelling. Vervolgens is Van der Zwaard nagegaan welke vaktermen en disciplines een rol spelen in de discussie over de opvoedingsdeskundigheid van het consultatiebureau. Hier concurreren twee interpretatierepertoires elkaar: een medische aangaande ontwikkelingsstoornissen en een pedagogische aangaande risicogroepen en opvoedingsondersteuning. Daarna heeft zij scripties van wijkverpleegkundigen over het werken met allochtonen geanalyseerd. Naar voren kwam dat met de komst van allochtone moeders naar het consultatiebureau het feministische vocabulaire onderdeel is geworden van het professionele interpretatierepertoire van de wijkverpleegkundigen. De meeste probleemstellingen van de scripties waren variaties op de vraag "Wat kunnen wij doen om de positie van de islamitische vrouwen te verbeteren?" Ten slotte zijn in 1991 dertig wijkverpleegkundigen, werkzaam in gekleurde wijken in Rotterdam, geïnterviewd.

In haar boek gaat Van der Zwaard in op de institutionele setting, de beoordeling door wijkverpleegkundigen van de didactische kwaliteit van de opvoeding in allochtone huishoudens, de beoordeling van de sociale kwaliteit van de opvoeding, de opvoedingsverantwoordelijkheid en ten slotte de beoordeling van de kwaliteit van het moederschap en het karakter van de sekseverhoudingen in allochtone huishoudens.

Van der Zwaard komt op basis van dit onderzoek tot de conclusies, dat een aantal zaken de opvoedingsprofessionele blik van de wijkverpleegkundigen op Turkse en Marokkaanse allochtone huishoudens bepaalt en beperkt. Allereerst is er sprake van een inconsequent beleid wat betreft huisbezoek en gebruik van tolken. Daarnaast hanteren wijkverpleegkundigen nog hoofdzakelijk een statisch cultuurbegrip. Een aantal 'standaardwaarheden' van wijkverpleegkundigen over de oosterse cultuur maakt het onmogelijk om ontwikkelingen, ambivalenties en verschillen in het gedrag van Turkse en Marokkaanse moeders, vaders en kinderen te zien en daar in de advisering op aan te sluiten. Dit wordt vooral duidelijk in uitspraken van wijkverpleegkundigen over de sekseverhoudingen in allochtone gezinnen.

De auteur is verder van mening dat het oordeel van wijkverpleegkundigen, dat kinderen in allochtone huishoudens te weinig gestimuleerd worden, gebaseerd is op een mengeling van een medisch-hygiënistische zienswijze en vage noties over de oorzaken van onderwijsachterstand. Hun opvatting over spelen, spelend leren genoemd door Van der Zwaard, versmalt het begrip tot een soort 'schooltje spelen'. Dit betekent een verenging van de eerste vier levensjaren tot de voorschoolse periode. Daarnaast is er wat betreft schoolvoorbereiding nauwelijks deskundigheid aanwezig op consultatiebureau. Ook gaan wijkverpleegkundigen uit van een stereotiep beeld van het gezinsleven van de hogere inkomensgroepen. Dit is het ideaal van de sensitieve moeder, die haar bezigheden volledig afstemt op de behoeften en vragen van haar kind en haar huishoudelijk werk in 'lerend spelen' omzet om de cognitieve ontwikkeling van haar kind te stimuleren.

De verpleegkundigen hebben daarnaast een individualiserende en moraliserende benadering van sociale ongelijkheid. Deze reduceert de betekenis van 'kleur' of 'multiculturele samenleving' tot individuele en collectieve tekortkomingen en belemmeringen. Tevens belemmert deze benadering effectieve advisering en voorlichting aan individuele moeders en het zoeken naar structurele oplossingen voor collectieve problemen van bepaalde allochtone (en autochtone) kinderen en hun ouders of verzorgers. Dit alles staat de ontwikkeling van een gedifferentieerd aanbod, dat rekening houdt met diverse omstandigheden en aansluit bij de opvattingen en ervaringskennis van andere bevolkingsgroepen in de weg. Van der Zwaard ziet weinig in professionalisering en netwerkvorming om te komen tot een effectievere opvoedingsondersteuning, omdat de manier waarop doorgaans binnen de pedagogiek wordt nagedacht over sociale ongelijkheid en culturele pluriformiteit niet wezenlijk afwijkt van die van de verpleegkundigen. In deze kringen is volgens de auteur de kritiek op het statische cultuurbegrip nog nauwelijks doorgedrongen.

Het onderzoek toont aan dat de geïnterviewde wijkverpleegkundigen, hoewel zij aangeven er zelf voor gekozen te hebben en het leuk en uitdagend te vinden om in een gekleurde wijk te werken, geen positief oordeel hebben over de opvoedingskwaliteiten van Turkse en Marokkaanse allochtone huishoudens. De enige positieve opmerkingen die Van der Zwaard noteerde, waren dat allochtone moeders 'natuurlijker', 'vanzelfsprekender' en minder prestatiegericht met hun kinderen omgaan. Wat de didactische en sociale kwaliteit van de opvoeding betreft, menen de meeste wijkverpleegkundigen dat (veel) allochtone moeders erg tekort schieten. De belangrijkste verklaring voor het afwijkende opvoedingsregiem in (bepaalde) allochtone huishoudens is cultuur. Wijkverpleegkundigen lijken veelal met de handen in het haar zitten als zij met het opvoedingsregiem in allochtone huishoudens geconfronteerd worden. Van der Zwaard laat zien hoe de wijkverpleegkundigen cultuur of cultuurverschil aangrijpen om voor hen onbekende en ongewenste situaties en gedrag te verklaren. Een Turkse of Marokkaanse vader die samen met zijn vrouw op het consultatiebureau komt, is al snel een bemoeial die zijn vrouw niet alleen naar het bureau wil laten gaan. Hij laat zijn vrouw niet het woord laat voeren, omdat hij nu eenmaal het hoofd van het huishouden is. Een Nederlandse vader die meekomt naar het consultatiebureau, is een 'moderne' en geëmancipeerde vader, die zijn vrouw steunt en zijn verantwoordelijkheid neemt voor de opvoeding. Een Marokkaans of Turks jongetje is 'lastig', omdat in de Turkse en Marokkaanse cultuur jongetjes 'nu eenmaal' verwend worden. Een lastig Marokkaans of Turks meisje is gewoon een 'onhandelbaar' kind. Past een bepaald gedrag niet in het stereotiepe beeld van de wijkverpleegkundige van de Turkse of Marokkaanse cultuur, dan is dit geval een 'uitzondering', of gaat het hier om een 'verwesterd' gezin. *El Mizan* staat vol van dergelijke voorbeelden. Hoe de verschillende interpretaties van de wijkverpleegkundigen precies doorwerken in de zelfconcepten van het dagelijks leven van allochtone cliënten valt helaas buiten het blikveld van dit onderzoek. Ook in dit onderzoek zijn allochtone gezinnen niet gevraagd naar hun ervaringen, opvattingen en wensen wat betreft het functioneren van de consultatiebureau en de wijkverpleegkundigen. Het zijn de opvattingen en verklaringsmodellen van de professionals, wijkverpleegkundigen werkzaam op consultatiebureau, die onderzocht zijn. Mijsn inziens

zouden hulpverleners die veel met allochtonen te maken krijgen, erg gebaat zijn bij onderzoek onder Turkse en Marokkaanse huishoudens. Uit dit en ander onderzoek is immers gebleken dat de cultuurkennis die hulpverleners opdoen uit boeken en artikelen van minderhedendeskundigen, niet het effect heeft dat hulpverleners meer te weten komen over de 'cultuur' en achtergronden van allochtonen. Deze kennis lijkt er eerder toe te leiden dat hulpverleners allochtonen willen inpassen in het beeld dat zij hebben van de Turkse en Marokkaanse (islamitische) cultuur.

Tegelijkertijd is het ook niet terecht om de wijkverpleegkundigen te negatief te beoordelen. Hun positie is niet eenvoudig. Zij zitten wat deskundigheid betreft in tussen de consultatiebureau-artsen (de medische specialisten) en de pedagogen (de opvoedkundige specialisten). Van der Zwaard stelt dat de verpleegkundigen op het terrein van de psychosociale ontwikkeling van kinderen eigenlijk niet meer zijn als geprotoperfessionaliseerde leken. Uit de opmerkingen van de verpleegkundigen maakte ze op dat de betekenis van het begrip professionele opvoedingsondersteuning in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg beperkt is. Ook over de effectiviteit van hun advisering zijn de meeste verpleegkundigen zelf niet optimistisch. Zelf zien zij ook in dat de contacten en communicatie met allochtone moeders (en vaders) niet altijd goed verlopen, maar dat zij tegelijkertijd niet altijd weten hoe dit te verbeteren met hun begrensde mogelijkheden.

Volgens Van der Zwaard moet meer aangesloten worden bij het culturele kapitaal, de kwaliteiten, de creativiteit en het oplossingsvermogen van de allochtone en autochtone (groot)moeders en vaders in de gekleurde wijken. Over hoe dit concreet gestalte zou moeten krijgen in het dagelijks werk van wijkverpleegkundigen is zij echter niet duidelijk.

A.G.A.M. Bakkers