

Boekbesprekingen

M. Balledux & J. de Mare (red.), *Ouder- en kindzorg voor migranten en vluchtelingen. Ouder- en kindzorg tussen wetenschap en praktijk*. Assen, Van Gorcum, 1995. X + 174 pp., f 39,50.

In de ouder- en kindzorg zijn kinderen van migranten reeds lange tijd een groep die extra aandacht krijgt. Vluchtelingenkinderen zijn dat getuige de agenda van studiedagen en symposia sinds kort. Op het derde Nederlandse Congres Ouder- en Kindzorg en het daaraan gekoppelde jaarlijkse congres van de *European Society for Social Pediatrics* gehouden in oktober 1995 vormden de kinderen van nieuwkomers het kernthema. In *Ouder- en kindzorg voor migranten en vluchtelingen* zijn alle 32 bijdragen aan een van beide congressen – hetzij als abstract, hetzij uitgeschreven – verzameld.

De bundel valt uiteen in drie delen. In deel I zijn de bijdragen bijeen gebracht die ingaan op de voorwaarden die voor een adequate zorg aan kinderen van nieuwkomers nodig zijn. Bala schetst hoe in vluchtelingengezinnen veranderingen die stress genereren, zich accumuleren. Het gaat er bij deze kinderen om de stressfactoren te beperken en beschermende factoren te versterken, zodat zij beter om kunnen gaan met de nieuwe leefomstandigheden. De gedachte dat kinderen niet bij voorbaat getraumatiseerde slachtoffers zijn, maar ook de nodige veerkracht en aanpassingsvermogen ontwikkelen, is als rode draad ook in andere bijdragen terug te vinden. Zo constateert Schulpen in zijn bijdrage over migrantenkinderen, dat het merendeel van hen het uitstekend doen, al hebben ze het soms zwaar. *Zijns inziens zullen de gezondheidsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen op de duur geheel verdwenen zijn*. Somers schetst verder de taken en werkwijze van de medische teams in de opvangcentra voor asielzoekers. Gecer beschrijft de ontwikkeling die het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Vluchtelingen heeft doorgemaakt.

Wat buiten de orde, maar zeker relevant is de bijdrage van Lahaise over de media in de multiculturele samenleving. Hij is van mening dat de media met meer volledige en evenwichtige informatie een beter beeld kan schetsen van de multiculturele samenleving. Zijn conclusie is dat de Nederlandse media weliswaar antiracistisch zijn, maar “in doorsnee zeker niet op de hand van de multiculturele samenleving” (p. 22). Hij wijst op de ‘aquataal’ die media bezigen. Gesproken wordt over stromen vluchtelingen, een toevloed van asielzoekers enzovoorts. Verder ontwaart hij in de minderhedenberichtergeving vormen van ‘amateur-antropologie’. De doodslag door een allochtoon wordt gekoppeld aan zijn religie of cultuur; die door een autochtoon aan de geestelijke gesteldheid van de dader. Racisme is volgens Lahaise meer dan het politieke racisme waar ieder zich tegen af zet.

Deel II is een bonte verzameling van korte bijdragen over een veelheid van onderwerpen uit de ouder- en kindzorg. Het informeert de lezer over de stand van zaken in

verschillende projecten gericht op kinderen van nieuwkomers. Het geeft een goed overzicht van de vele wijzen waarop gezocht wordt naar nieuwe wegen in de zorg aan kinderen en hun ouders uit de groep nieuwkomers. Bericht wordt over het werken met groepsbureaus voor allochtone ouders in Almere, over het project Turkse ouders en hun kinderen in de voorschoolse periode in Eindhoven, over het landelijk project Boekenpret, over de cursus *Opvoeden: Zo!* voor Turkse en Marokkaanse ouders, over buitenlandse babyboeken en voorlichting in eigen taal.

Een tweede categorie bijdragen handelt over de gezondheidsproblematiek van allochtone kinderen. Een zorgwekkend verschil in vaccinatiegraad van 11-jarige kinderen wordt geconstateerd. Sikkkelcelanemie en B-thalassemie is een aandachtspunt bij bepaalde categorieën nieuwkomers. De verhoogde sterfte onder allochtone kinderen komt vooral op het conto van achtereenvolgens perinatale aandoeningen, ongevallen, wiegedood en infectieziekten. Gegevens over bedplassen en astmatische klachten bij Nederlandse, Surinaamse, Turkse en Marokkaanse kinderen leidt tenslotte tot de conclusie dat niet altijd gezondheidsklachten vaker voorkomen bij allochtone kinderen. Het minder voorkomen van astmatische luchtwegklachten is daar een voorbeeld van. Een tweede conclusie is dat gezondheidsklachten niet zozeer ernstiger zijn, maar vooral anders.

Tenslotte zijn er eerste berichten van lopend onderzoek. Allochtone ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen zijn tevreden over de professionele hulp, maar voelen zich toch slecht geïnformeerd, blijkt uit het onderzoek van Eldering en Dubbeldam. Jonkers vond in haar onderzoek dat allochtone moeders hun kinderen niet in isolement groot brengen. Tot hun referentiekader behoren niet alleen vrouwelijke familieleden, maar ook vrouwen uit hun woonomgeving.

De bijdrage van Bulk-Bunschoten vormde een uitzondering. Onderwerp van studie waren niet zozeer gedoodverfde risicogroepen, de kinderen uit minderheidsgroepen, maar Japanse kinderen en hun ouders in Amstelveen. Ondanks de hoge opleiding en sociaal-economische positie van de ouders bleken de knelpunten in de ouder- en kindzorg aan deze groep vergelijkbaar met die aan migranten of vluchtelingen. Niet alleen vergde ook hier de zorg meer tijd, maar men kreeg ook te maken met zaken als een andere rolverdeling tussen vader en moeder, een ander opvoedingssysteem, een andere wijze van omgang met de medische zorg. Reden om voor deze groep een zogenaamd 'superpluspakket' voor te stellen om zorg op maat te kunnen realiseren.

Het derde deel bestaat uit de negen inleidingen gehouden tijdens het Europese congres. De bijdragen van Penninx en Paive bieden de (inter)nationale historische, demografische en beleidsmatige achtergronden. Penninx benadrukt daarbij dat het van belang is gezien het feit dat cultuur en etniciteit door de migratie aan veranderingen onderhevig zijn, de opname van nieuwkomers als een proces te zien.

Ingleby constateert dat de sociale situatie en de cultuur van migranten bij de aanpak van psychosociale problemen van migrantenkinderen veelal buiten beeld blijft. Ook bij psychosociale problemen hanteert men vaak het medisch model: het zijn objectieve verschijnselen. In de zoektocht naar universele wetten zijn sociale situatie en cultuur voor de psychologie vooral tot 'ruis' geworden, die eruit gefilterd moet worden. Ingleby ziet dat de aandacht voor de factor cultuur toeneemt, maar waarschuwt voor het hanteren van een star, statisch cultuurbegrip en voor stereotyperingen. Cruciale vraag voor de

hulpverlener is volgens hem: hoe verhoudt deze migrant zich tot de cultuur waar hij vandaan komt?

De Rotterdamse jeugdgezondheidszorg is prominent aanwezig. Jutmann gaat in zijn betoog in op de ontwikkeling die de ouder- en kindzorg heeft doorgemaakt sinds de komst van de eerste 'gastarbeiders'. Een ontwikkeling van eerste 'illegale' op migranten gerichte activiteiten tot specifieke migrantenprojecten gericht op de ontwikkeling van gezondheidsprogramma's voor deze groep. Hij komt tot de conclusie dat in twintig jaar veel over migranten geleerd is, maar meer nog over de ouder- en kindzorg zelf. "De komst van de migranten heeft de Nederlandse ouder- en kindzorg opgewekt uit een soort ongefundeerde zelfingenomenheid. (...) De komst van de gastarbeiders bleek een belangrijke stimulans te zijn voor vernieuwing van de Ouder- en Kindzorg." (p. 107-8). De lessen uit deze periode zijn dat voor een goede zorg het rekening houden met verschillen in culturele achtergrond en met sociaal-economische verschillen.

Van Omme gaat eveneens in op de invloed van migranten op de jeugdgezondheidszorg, maar dan voor de leeftijdsgroep ouder dan vier jaar. De grote lijn die hij ziet is de verschuiving van een éénrichtingsverkeer naar wederzijdse communicatie. Het over willen dragen van de eigen boodschap is geworden tot het bevorderen van de communicatie met migranten als gelijkwaardige partners. Zijn tussenbalans is overwegend positief, alhoewel hij moet constateren nog steeds collega's tegen te komen, die vinden dat met migranten zo prettig snel valt te werken, omdat ze toch niet met ze kunt praten.

Vier bijdragen gaan in op vluchtelingenkinderen, het 'hot item' van dit moment. Melzak benadrukt nogmaals dat er geen automatische relatie is tussen psychologische schade en ervaringen van kinderen met extreem gewelddadige gebeurtenissen. De betekenis die eraan gegeven wordt, de aanwezigheid van (vervangende) ouders en samenhang binnen de gemeenschap vormen belangrijke mediërende factoren. Stubbs bepleit op basis van zijn ervaring in voormalig-Joegoslavië een aanpak die niet zozeer het behandelen van trauma's tot kern heeft, maar het bevorderen van veiligheid en voorspelbaarheid. Hij stelt vast dat de huidige internationale hulpverlening te veel gericht is op hulpverlening aan getraumatiseerden. "When people become cases, when expressions of hurt become symptoms; and when processes of healing become treatment, I worry that it is professional definers who are empowered rather more than the people we work with" (p. 150). Van Willigen en Wolters schetsen tenslotte de gezondheidszorg aan vluchtelingen(kinderen) in Nederland.

Ouder- en kindzorg voor migranten en vluchtelingen geeft een goed overzicht van wat op dit moment gaande is in deze sector van de gezondheidszorg. Het boek als geheel heeft verder een positieve inslag. Het beperkt zich niet tot het omschrijven van knelpunten, van de last die nieuwkomers met zich mee brengen. Het geeft ook aan dat de komst van nieuwkomers de innovatie van de jeugdgezondheidszorg een stimulans heeft gegeven. Een exercitie die ook voor andere sectoren van de gezondheidszorg op zijn plaats zou zijn. De waarschuwingen die in de bijdragen vervat zijn – cultuur is geen statisch gegeven, heb ook oog voor de veerkracht van kinderen, 'traumatiseer' vluchtelingenkinderen niet bij voorbaat – zijn behartenswaardig.

Rob van Dijk

Daniëlle van Es, *De migrant als patiënt. Een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 1995. 136 pp., index, adressenlijst, f 32,00.

Hoe denken Chinezen in Nederland over anticonceptie? Wat zijn de gebruiken van Surinaams-hindoestaanse migranten rond sterven en dood? Op welke wijze is een Marokkaans kind en zijn ouders voor te bereiden op een ziekenhuisopname? Op deze en vele andere vragen wil *De migrant als patiënt* een antwoord geven. Van Es heeft met haar boek zowel informatie over ziektebeleving en -gedrag, als over geschiedenis, de religie en de cultuur van migrantengroepen in Nederland bijeen willen brengen. Informatie over deze zaken moet hulpverleners in de gezondheidszorg beter in staat stellen ook hun goede zorg te bieden.

Van Es deelt de migranten in Nederland grofweg in drie categorieën in: migranten uit de voormalige koloniën (Indische Nederlanders, Molukkers, Surinamers, Antillianen en Arubanen), arbeidsmigrant (Marokkanen, Turken en Chinezen) en onvrijwillige migranten (vluchtelingen en asielzoekers). Elke groep wordt op een vergelijkbare manier besproken. Na informatie over historie en geografie komen gezin en opvoeding, ouderen, gezondheidszorg in het land van herkomst aan de orde. Deze achtergrondinformatie wordt gevolgd door paragrafen over de patiënt uit de betreffende groep, verblijf in het ziekenhuis, anticonceptie, zwangerschap en bevalling, rituelen rond sterven en dood, en communicatie. Om exotisering te voorkomen verwijst Van Es daarbij herhaaldelijk naar vergelijkbare Nederlandse gebruiken, hedendaagse of uit een recent verleden. Algemene hoofdstukken over taalproblemen en godsdiensten (islam, hindoeïsme en winti) sluiten het boek af.

De migrant als patiënt is het resultaat van een literatuurstudie, mogelijk aangevuld met de persoonlijke ervaringen van de auteur, (kinder)verpleegkundige en pedagoog. Het geeft als zodanig een beeld van onder- en overbelichte onderwerpen in de literatuur over migranten en gezondheid. Zo biedt het boek veel informatie over Marokkanen en Turken en verhoudingsgewijs weinig over Chinezen of Antillianen en Arubanen, terwijl de informatie over de specifieke groepen vluchtelingen nauwelijks betrekking heeft op gezondheid en ziekte. Omdat Marokkanen en Turken in de literatuur vaak in een adem genoemd worden, hebben de betreffende hoofdstukken vaak sterk op elkaar gelijkende passages en blijft het specifiek-Marokkaanse of Turkse onduidelijk. Dat de geestelijke gezondheid(szorg) onderbelicht blijft heeft vooral te maken dat het boek zich sterk richt op die delen van de gezondheidszorg waar verpleegkundigen actief zijn: het ziekenhuis, kraam- en wijkzorg. Uitgebreid wordt dan ook ingegaan op onderwerpen als anticonceptie, zwangerschap, lichaamsverzorging, voedingsgewoonte, rituelen rond de dood. Onderwerpen als de omgang met invaliditeit of chronische ziekte ontbreken helaas.

Achtergronden schetsen over vele groepen migranten in relatief weinig bladzijden leidt als snel tot generalisering. Van Es is zich ervan bewust dat de werkelijkheid vaak meer nuances kent dan zij kan schetsen binnen het bestek van haar boek. Als ze moet kiezen, kiest ze voor een beschrijving van 'traditionele' migranten. Herhaaldelijk stelt ze verder dat voor de hulpverlener de migrant zelf de beste informant is. Op zich een prima advies. Jammer is het dat in het boek de migrant niet aan het woord komt. Een gevolg van de keuze zich te beperken tot de literatuur.

Het boek biedt veel informatie, die voor hulpverleners van praktisch nut kan zijn. Bijvoorbeeld, over toiletgewoonten van Marokkanen of gebruiken rond bevalling bij Surinamers. De informatie heeft echter sterk het karakter van een verzameling 'weetjes'. Het waarom komt zelden aan bod. Waarom praten Antillianen bijvoorbeeld liever niet over obstipatie of mogen Chinese vrouwen tot dertig dagen na de bevalling hun haren niet wassen? Soms poogt Van Es antwoord te geven op het waarom. Een enkele keer vliegt ze hierbij uit de bocht. Zo stelt zij: "Omdat hindoes vaak dicht bij de natuur staan, eten zij, om het voedsel te voelen, vaak met hun handen" (p. 40).

Onduidelijk is in het boek ook in hoeverre de geboden informatie altijd en op alle migranten van toepassing is. Het is bijvoorbeeld een goed advies in ziekenhuizen gebiedsruimte te creëren voor islamitische patiënten. Maar of alle Marokkaanse en Turkse patiënten daar vijf maal daags gebruik van zullen maken, is maar de vraag. Toch stelt Van Es dat deze patiënten zich op de afdeling lang niet altijd op hun gemak voelen, onder meer omdat ze moeilijk het rituele gebed uit kunnen voeren. Er blijft een spanningsveld tussen wat de cultuur voorschrijft en hoe individuen dit vorm geven of onder welke omstandigheden zij dit hun handelen laten bepalen. Dit spanningsveld blijft voorbij de horizon van dit boek.

Inzichten en gebruiken veranderen mede onder invloed van de migratie. Op verschillende plaatsen geeft Van Es dit ook nadrukkelijk aan. Hindoestaanse en Turkse mannen zijn steeds vaker aanwezig in de kraamkamer, de Chinese jeugd vernederlandst. In hoeverre de beschreven traditionele geneeswijzen in het land van herkomst ook in Nederland nog gebruikt worden, maakt het boek echter niet duidelijk. Sommige taboes (rectaal temperaturen, inwendig onderzoek) blijken onverkort voort te bestaan volgens Van Es. Ook hier krijgt de lezer geen inzicht in het waarom het ene wel en het andere niet verandert.

De migrant als patiënt is een leesbaar boek voor hulpverleners in de gezondheidszorg die te maken krijgen met migranten. Het is te gebruiken als een eerste kennismaking met de achtergronden van deze patiënten en met enkele aspecten van hun omgang met ziekte en de Nederlandse gezondheidszorg. Hopelijk fungeert het voor hen als prikkel voor verdere verdieping in de achtergronden en gedachtenwereld van deze patiënten.

Rob van Dijk

Marijke Gijswijt-Hofstra (red.), *Op zoek naar genezing. Medische geschiedenis van Nederland vanaf de zestiende eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1995. 107 pp.

Deze bundel bevat de neerslag van een congres dat in 1994 in Woudschoten plaatsvond getiteld *Healing, Magic, and Belief in Europe, 15th-20th Centuries*. In de inleiding van Marijke Gijswijt-Hofstra, die als redacteur van bundels over medische geschiedenis zo langzamerhand een reputatie begint op te bouwen, vernemen we dat het centrale thema van het congres betrekking had op de vraag "in hoeverre en op welke manieren 'magie' en 'geloof' deel hebben uitgemaakt van het gehele complex van gezondheid, ziekte en

gezezen". Een interessant, maar niet eenvoudig terrein van onderzoek, hetgeen wellicht verklaart waarom uiteindelijk maar weinig bijdragen in de bundel zijn opgenomen. Mag het aantal echter beperkt zijn, op de kwaliteit van de bijdragen is in ieder geval niet afgedongen.

Gary Waite bijt het spits af met een artikel over opvattingen onder Hollandse spiritualisten en mennisten in de periode 1530-1630 over magische, met ziekte en genezing verband houdende verschijnselen. In afwijking van wat in deze tijd bij anderen gangbaar was, beschouwden zij ziekte en genezing vooral beschouwd als een natuurlijk gegeven. God en geloof bleven uiteraard van groot belang, maar de invloed van duivelse interventies speelde in hun verklaring geen rol van betekenis.

Hans de Waardt analyseert in zijn bijdrage de factoren die op het succes van irreguliere genezers in het achttiende-eeuwse Holland van invloed waren. Cruciaal daarbij waren de steun van hooggeplaatste figuren en het geloof van een voldoende grote groep van patiënten in de bijzondere genezingsgaven van deze meesters. Daarnaast konden succesvolle reclame en wisselende vestigingsplaatsen een rol van betekenis spelen. Een vijfde factor (die de Waardt over het hoofd lijkt te zien) is dat deze genezers vaak heelkundige specialismen beoefenden, met als gevolg dat niet de heren *medicinae doctores* concurrentie werd aangedaan, maar de chirurgijns, hetgeen door het lokale geneeskundig toezicht minder hoog werd opgenomen. De door de Waardt beschreven cases aangaande de Engelse oculist John Taylor en de Vlaamse 'natuurkenner in de medicijnen' Jean Baptiste Charlier zijn zonder meer overtuigend. In wat mindere mate is dit het geval bij zijn verklaring van het succes van de Duitse geneesheer Johan Christoph Ludeman, die in Amsterdam tussen 1720 en 1750 een bloeiende praktijk opbouwde. Het bijzondere van Ludeman was dat hij genezing en astrologie met elkaar verbond. Het geloof daarin was in Amsterdam en wijde omgeving klaarblijkelijk zo verbreid dat het hem een grote klandizie opleverde. Ludemans optreden stuitte aanvankelijk op bezwaren onder *medicinae doctores* in de stad en bij het Collegium Medicum. Volgens de Waardt kon Ludeman zijn positie echter veilig stellen dankzij het feit dat hij in 1728 de doctorsbul aan de universiteit van Harderwijk verwierf, hetgeen hem tot een erkend lid van de medische stand maakte. Dit overtuigt echter onvoldoende. Niet eens zozeer omdat Ludeman daarmee formeel als irreguliere genezer ophield te bestaan, maar vooral omdat hij in het Amsterdamse doctorsmilieu een vreemde eend in de bijt bleef en zijn optreden omstreden bleef. Waar de Waardt niet van op de hoogte blijkt, is dat Ludeman (al dan niet in het geheim) veel patiënten had onder de vrouwen van regenten. Dit geeft een beeld van het soort klandizie dat hij trok, terwijl er ook uit kan worden afgeleid dat Ludeman kon profiteren van relaties met het regentenmilieu in de stad.

De bijdrage van Marijke Gijswijt-Hofstra zelf behandelt een in haar geval vertrouwd thema, namelijk in hoeverre er bij de overgang van artsen tot de homeopathie sprake was van 'bekering' en hoe dit samenging met overwegingen van meer rationele aard. Een bijzondere plaats wordt ingeruimd voor het antwoord op de vraag waarom dit soort bekeringen in Nederland zo weinig is voorgekomen. Het succes van de homeopathie wordt door haar in verband gebracht met de 'povere staat' van de orthodoxe geneeskunde, de steun voor de nieuwe behandelwijze van de kant van hooggeplaatsten en de mogelijkheid van aansluiting bij een traditie van zelfmedicatie. Wat in Nederland vooral

ontbrak waren steun onder de elite en het optreden van charismatische homeopaten, terwijl de homeopathie zich hier onvoldoende scherp als alternatief voor de gevestigde geneeswijzen profileerde.

Hilary Marland beschrijft de rol van de vroedvrouw in Nederland in de overgang van traditionele naar moderne kraamzorg in het begin van de twintigste eeuw. Daartoe speciaal geknede vroedvrouwen werd de taak toebedacht om niet alleen de bevalling tot een goed einde te brengen, maar ook de strijd aan te binden tegen bijgeloof en andere als gevaarlijke beschouwde traditionele opvattingen van kraamzorg. Het was de bedoeling dat de hervormingen op het gebied van kraamzorg niet in het minst het platteland zouden bereiken, maar de goed opgeleide vroedvrouwen bleken zich voornamelijk in de steden in het Westen te vestigen. De 'zendelingsfunctie' van de nieuwe vroedvrouwen bleef plaatselijk niet zonder uitwerking, maar de dorpen en regio's die bij hun komst het meest gebaat waren geweest, bleven grotendeels van hulp verstoken.

Het probleem met veel bundels is dat er te weinig samenhang tussen de bijdragen valt te ontdekken, maar dat blijkt in dit geval erg mee te vallen. Er is een duidelijke rode draad aanwezig, hetgeen ook geldt voor de laatste artikel van de hand van Ineke van Wetering over vrouwelijke winti-genezers in de Bijlmermeer. In dit verband blijkt de beperking tot een vijftal kwalitatief uitstekende bijdragen goed uit te pakken.

Tom Nieuwenhuis

M. Grypdonck & E. van Swieten-Duijfjes, *Nederlands onderzoek relevant voor het verplegen van chronisch zieken*. Zoetermeer, Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1995. 188 pp., literaturopgave. f 25,00.

In 1993 heeft de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) dertien overzichtsstudies laten uitvoeren om inzicht te krijgen in onderzoek op het terrein van zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. Die studies verschijnen in de NCCZ-reeks *Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken*. Deel 8 in de serie beschrijft de resultaten van een overzichtsstudie naar Nederlands onderzoek in de periode 1985-1993, dat relevant is voor het verplegen van chronisch zieken. Het boek is, naast een woord vooraf en een samenvatting, opgebouwd uit een inleiding, drie hoofdstukken, een besluit en een literaturopgave. Verder bevat het vier bijlagen waaronder een volledig overzicht van de in de studie opgenomen onderzoeks- en innovatieprojecten en een lijst van instellingen en fondsen aan wie informatie is gevraagd.

In het eerste hoofdstuk wordt uitgelegd wat het doel van de overzichtsstudie is, namelijk het genereren van informatie om het onderzoeksbeleid van NCCZ te ondersteunen. Daarbij worden vijf vraagstellingen voor de studie geformuleerd met als strekking: welke onderzoeken zijn verricht op het gebied van verpleging en chronisch zieken, wat zijn de bevindingen en op welke terreinen is verder onderzoek gewenst?

De afbakening van het onderzoeksgebied (chronisch zieken, verpleging en onderzoek) was problematisch. Daartoe hebben de auteurs op de eerste plaats de definitie van chronisch zieken van NCCZ overgenomen. Onderzoek naar kanker, AIDS, hartziekten

en aangeboren lichamelijke handicaps zijn niet in het onderzoek opgenomen. Verder werd onderzoek als 'verpleegkundig' beschouwd als de onderzoeksresultaten de besluitvorming over de uitvoering of de ondersteuning van de verpleegkundige zorg zou moeten of zou kunnen beïnvloeden. Ten slotte is door de onduidelijke scheiding tussen onderzoek en innovatie besloten om naast onderzoek ook 'systematisch opgezette innovatieprojecten' in de studie mee te nemen. Zodoende zijn 184 studies in het overzicht opgenomen.

Eveneens wordt in dit hoofdstuk toegelicht hoe de gegevens over gepubliceerd en niet-gepubliceerd onderzoek zijn verzameld, geselecteerd, verwerkt en gerapporteerd. Het is belangrijk om te vermelden dat er geen oordeel over de kwaliteit van de onderzoeken is gegeven. Volgens de auteurs ontbrak onder meer de tijd tot het ontwikkelen van objectieve criteria om de onderzoeken te beoordelen.

Hoofdstuk twee geeft een overzicht van de onderzoeken op het terrein van verpleging en chronisch zieken. De onderzoeken zijn gerangschikt naar zeven patiëntencategorieën, te weten: chronisch zieken in het algemeen, CARA-patiënten, reumapatiënten, diabetes mellitus, chronisch psychiatrische patiënten, psychogeriatrische patiënten en zwakzinnigen. Per categorie is het onderzoek opnieuw gerangschikt, maar nu naar vijf onderwerpen van onderzoek, te weten: 1. beleving van chronische ziekte, behoefte aan zorg en verpleegkundige diagnosestelling, 2. verpleegkundige interventies, 3. beschrijving en evaluatie van verleende zorg, 4. zorgondersteuning, zorgorganisatie en zorgsystemen en 5. zorgverleners. Bij enkele patiëntencategorieën zijn die onderwerpen nog eens onderverdeeld. Aldus worden in dit hoofdstuk in 84 pagina's alle 184 studies genoemd en wordt per onderzoek kort beschreven wat de belangrijkste bevindingen zijn.

Het derde hoofdstuk gaat in op de kenmerken van het onderzoek naar verpleging en chronisch zieken. Daartoe wordt een overzicht gegeven van het aantal onderzoeken per onderwerp. Wat daaruit bijvoorbeeld is af te leiden, is dat het meeste onderzoek gericht is op het onderwerp beleving van chronische ziekte, behoefte aan zorg en verpleegkundige diagnosestelling. Per onderwerp bespreken de auteur de belangrijkste bevindingen. Zo concluderen ze dat er zeer weinig onderzoek is verricht op het gebied van verpleegkundige interventies.

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal methodologische beschouwingen. Hoewel de auteurs de kwaliteit van de verschillende onderzoeken niet systematisch hebben beoordeeld, doen ze een aantal interessante ontdekkingen. Bijvoorbeeld dat er veel beschrijvend en correlatief onderzoek is verricht waarin relaties worden gevonden die niet te interpreteren zijn; experimenteel onderzoek is summier. Verder valt op dat veel onderzoek steunt op consensusmethoden en bevraging van praktijkbeoefenaars. Volgens de auteurs leiden deze methoden juist tot het in stand houden van professionele mythen en rituelen, terwijl ze door onderzoek juist ter discussie gesteld zouden moeten worden.

De overzichtsstudie wordt afgesloten met een 'besluit', waarin wordt ingegaan op prioriteiten voor vervolgonderzoek. Deze liggen volgens de auteurs onder andere op het gebied van verpleegbehoeften gezien vanuit de patiënt en op het gebied van het empirisch toetsen van effecten van verpleegkundige interventies.

Er kan worden geconcludeerd dat dit boek een goed overzicht geeft van de stand van zaken omtrent verpleegkundig onderzoek met betrekking tot chronisch zieken in

de periode van 1985 tot 1993. Het boek kan dan ook dienen als een naslagwerk, waarin *snel te achterhalen is welke onderzoeken zijn verricht en wat de belangrijkste resultaten zijn*. Volgens de auteurs is het in dit boek gepresenteerde overzicht niet alleen van belang voor NCCZ, maar ook voor praktijkbeoefenaars en onderwijsgeevenden. Wat de lezer echter voor ogen moet houden is dat, zoals de auteurs indirect ook opmerken, het feit dat onderzoeksresultaten in dit boek zijn opgenomen niet zonder meer wil zeggen dat ze gebaseerd zijn op deugdelijk onderzoek en geldig zijn. Wat dat betreft moet beslist worden teruggegaan naar de originele bron.

Jan Hamers

James Hall, *Sangoma*. Utrecht: A.W. Bruna, 1995. 259 pp. 15 foto's., f 34,50 (paperback).

In 1986 kreeg de Amerikaanse journalist James Hall de opdracht een biografie te schrijven over de Zuidafrikaanse zangeres in ballingschap Miriam Makeba. Hij zocht haar op in Guinee, niet wetende dat die onderneming tot een onomkeerbare transformatie zou leiden. Nu, tien jaar later, kan men hem in het Afrikaanse koninkrijk Swaziland als *traditioneel genezer consulteren*.

Miriam Makeba vertelde Hall over haar veelbewogen leven, maar wist hem er ook van te overtuigen dat hij zienersgaven had. Zij sprak met enige autoriteit. Haar moeder was een *sangoma*, een genezer die met behulp van de voorouders diagnoses stelt. En hoewel Makeba's leven heel anders verliep dan dat van haar moeder, spraken de voorouders ook tot haar, en zij herkende in Hall eenzelfde beroering.

Eenmaal op hen opmerkzaam gemaakt, begon Hall danig last van zijn geesten te krijgen. Ze gaven hem steeds opdringeriger tekenen; elektrische ongelukjes noemt Hall ze. Twee jaar lang vertoonden straatlantaarns de onhebbelijke gewoonte om uit te gaan als hij er onderdoor liep of er zijn Cadillac onder parkeerde. Op een avond ontvlamt zijn hoofdhaar zelfs spontaan. Als hij zich in 1988 voor een opdracht in zuidelijk Afrika bevindt, is hij er rijp voor eens een waarzegger te raadplegen. Een nicht van Makeba brengt hem in contact met Mazu, een vrouw van Zulu afkomst die in de homestead van een Swazi prins wordt opgeleid tot *sangoma*.

Zijn bezoek aan Swaziland is een verbijsterende ervaring. Niet alleen krijgt Hall uitleg over de elektrische verschijnselen – Mazu ziet een slang, helder als de bliksem, boven zijn hoofd – de genezeres beschrijft hem ook zijn lichamelijke kwalen. En belangrijker dan dat, zij heeft weet van iets dat hij nooit met iemand gedeeld heeft: zijn gevoel dat hij op de een of andere manier gefrustreerd wordt in zijn relaties en ambities. Mazu geeft er een verklaring voor. Zijn voorouders werken hem tegen. Zijn leven zal pas succesvol worden als hij *kutwasa* ondergaat, de training tot genezer. Geleid en nieuwsgierig neemt Hall de uitdaging aan. Hij regelt zijn zaken in Amerika en keert terug om met zijn opleiding tot genezer te beginnen.

Nauwgezet en levendig beschrijft Hall hoe hij zich in korte tijd de dagelijkse rituelen eigen maakt: de dans voor zijn voorouders bij zonsopgang en -ondergang, de rituele wassingen en stoombaden en het innemen en soms weer uitkotsen van traditionele

medicijnen, alles bedoeld om de reine en krachtige staat te bereiken die voor de ontvangst van de voorouders nodig is.

Hall komt in aanraking met divinatie door bottenwerpen, en krijgt lessen in gedachtenlezen. Ook wordt hem geleerd hoe hij zich als genezer in opleiding dient te gedragen. Hoe hij moet knielen voor Gogo (grootmoeder) Ndwandwe, zijn leermeesteres en haar met 'vader' aan moet spreken. En hoe hij zich gedurende de training van seksuele gemeenschap dient te onthouden, een probleem waarvoor een van zijn geesten hem overigens later een creatieve oplossing zal aanbieden.

Hij leert de taal, het siSwati, wordt ingewijd in de kruidenkunde, en assisteert bij de behandeling van patiënten. En elke avond knielt hij onder een doek, terwijl de andere genezers en genezers in opleiding zijn geesten met hun trommels, ratels en gezang roepen. Zijn training is nog maar net begonnen of hij krijgt de eerste van steeds vaker terugkerende visioenen. Al na drie weken verblijf in Swaziland komt de doorbraak: onder zijn doek hoort de journalist zichzelf met een vreemde stem huilen en vreemde geluiden maken. Als bij een volgende sessie zijn bezetenheid op de geluidsband wordt opgenomen – een Schotse soldaat spreekt zijn verdriet uit over alles wat in de tijd verloren is gegaan – brengt dat zijn realiteitszin danig aan het wankelen. Maar er zullen zich nog andere geesten aandienen, de één nog kleurrijker dan de ander: Harry, een Amerikaanse zakenman uit de jaren dertig, zijn eigen grootmoeder, een Spaanstalige boer, een Afrikaanse zebrajager en Winterbloesem, een Japanse vrouw van wie Hall een deel van haar geest moet hebben opgepikt toen hij een tentoonstelling van Japanse kunst bezocht. Zijn sterkste geest, een Indiaanse medicijnman Witte Veer, geeft hem zijn nieuwe naam: *Sibolomhlope*.

Hall beschrijft zijn scepsis en twijfel. Hij vraagt zich af of zijn prestaties bij het gedachtenlezen niet door statistisch toeval te verklaren zijn, refereert aan hysterie en hypnose, en schaamt zich dood als hij zichzelf die rare geluiden hoort maken. Voortdurend twijfelt hij of hij zichzelf niet alles wijsmaakt. Men drijft de spot met zijn ongelooft: "Ach, jouw *lidloti*'s (voorouders) moeten wel erg sterk zijn dat ze zelfs door jouw harde hoofd heen kunnen werken!"

Men geeft hem traditionele kleding en zijn leermeesteres stelt een verzameling botten voor hem samen. Hij raakt steeds meer onder de indruk van de staaltjes van waarzeggerij die hij zijn collega's ziet doen. Ten slotte onderkent hij dat zijn onderneming geen spel is en dat er geen weg terug is naar de persoon die hij was en de wereld waarvan hij deel uitmaakte. Gedeprimeerd en woedend op de voorouders die hem dwingen deze weg te gaan, geeft hij zich over aan de transformatie.

Dat valt hem niet licht. Zijn idealistisch beeld van de bevolking wordt wreed verstoord door het misbruik dat sommigen van hem maken, en door de minachting waarmee moderne Swazi's hem soms bejegenen. Door een val van een ladder loopt hij een gebroken arm op, een ongeluk dat hij zelf wijt aan de rancune die hij jegens zijn belagers voelt. Zijn voorouders zorgen ervoor dat hij niet alleen door zijn genezerschap, maar ook door huwelijk en kinderen onlosmakelijk aan Swaziland verbonden wordt. Een nieuwe geest blijkt die van een foetus, die geboren wil worden. Na een mislukte poging om een vrouw te vinden die zijn kind wil dragen, vindt hij Evah, een jonge vrouw die al een zoon heeft. Zij zal hem zijn dochter *Nomoya* geven, kind van de geesten (*umoya*:

adem, geest). Met het verwaarloosde jongetje dat hij in de tussentijd adopteert, is Hall in twee jaar tijds echtgenoot en vader van drie kinderen geworden.

Het jongetje trof hij aan in een opleidingscentrum voor genezers in het uiterste noorden van Swaziland, waar hij de initiatie van zijn collega Mazu bijwoonde. Hier zal hij zijn opleiding afmaken. Zijn relaas eindigt met de beschrijving van zijn succesvolle initiatie tot *sangoma*.

Hall heeft ontegenzeggelijk een spannend boek geschreven. Een autobiografische roman, zoals er wel meer geschreven zijn door westerlingen die zichzelf in een vreemde cultuur onderdompelen. Vanuit antropologisch perspectief past een zekere gereserveerdheid tegen zo'n document. Een onderneming als die van Hall is immers een mooi voorbeeld van dat waartegen aankomende antropologen gewaarschuwd worden: 'going native', zover gaan in de participatie dat het vermogen tot kritische reflectie verloren gaat.

In dat verband is een belangrijke vraag wat Halls document vertelt over de Swazi cultuur en de Swazi traditionele geneeskunde. Daar kan ik wel iets over zeggen omdat mijn onderzoek naar medische pluraliteit in Swaziland plaatsvond. Het opleidingscentrum voor *tangoma* waar ik contact mee had en waar ik een initiatie bijwoonde, ligt vlak bij de homestead waar Hall genezer werd. Op grond van mijn ervaringen kan ik niet anders dan concluderen dat Hall een goed journalist is. Zo is de structuur van Halls relaas kenmerkend voor een 'wounded healer' – de term komt van Mircea Eliade – voor iemand die door ziekte tot het genezerschap geroepen wordt. De wordingsgeschiedenissen van de *tangoma* met wie ik sprak, hadden alle dezelfde structuur als de geschiedenis van Hall. Er doen zich onverklaarbare problemen voor, vaak een ongeneeslijke ziekte, een genezer stelt de diagnose van een voorouderroeping, men accepteert die diagnose met grote tegenzin, de training tot genezer is een lijdensweg, en genezing bereikt men slechts door de initiatie. Wordingsgeschiedenissen van *tangoma* moeten die structuur ook hebben als men als genezer geaccepteerd wil worden.

Ook Halls beschrijvingen van rituelen en ceremonieën, komen overeen met mijn veldwerkervaringen. Maar over de inhoud van de denkbeelden die het handelen van de genezers richting geven, over Swazi percepties van gezondheid, ziekte en genezing, vertelt Hall hoegenaamd niets. Wim Bossema wees er in een interview met de journalist-genezer (De Volkskrant 2-9-1995) op dat Hall weinig zegt over het verschijnsel van rituele moord, een verschijnsel dat in de Swazi publieke opinie nauw met traditionele genezers verbonden is. Hall merkt daarover op dat een *sangoma* niet bij dergelijke praktijken betrokken kan zijn, omdat de voorouders dat niet toestaan, iets wat genezers en leken mij ook vertelden. Maar meer in het algemeen is duidelijk dat Hall weinig op heeft met en weinig kwijt wil over traditionele interpretaties van ziekte. Hij registreert wel denkbeelden van hekserij, maar accepteert het bestaan ervan niet werkelijk en hij lijkt zich er ook niet in te willen verdiepen. Voor hemzelf is dat geen probleem voor zover hij zich in zijn genezingspraktijken kan redden met pragmatische kruidenkennis en psychologische inzichten. Men kan hem die leemte ook moeilijk kwalijk nemen, omdat hij slechts zijn persoonlijk verhaal wil vertellen. Het boek is niet geschreven met het doel de traditionele geneeskunde te beschrijven. Met Halls persoonlijke invulling wijkt zijn genezerschap echter sterk af van dat van Swazi *tangoma* in het algemeen. Een van hun belangrijkste taken is juist de bestrijding van kwaad dat mensen elkaar

door de rituele manipulatie van stoffen, of meer in het algemeen door afgunst en jaloezie, aandoen. Ook over diagnostische en curatieve methoden tegen ziekten die door dergelijke kwaaddoenerij zijn veroorzaakt, komt men weinig te weten.

Voor zover Hall meer interpreteert, betreft dat vooral zijn visioenen, dromen en gesprekken met zijn geesten. Ik vond zijn beschrijvingen van die fenomenen het minst interessant van het boek. Maar de 'andere' wereld die in die fragmenten naar voren komt, heeft ook niets te maken met het Afrikaans gedachtengoed of met Afrikaanse symboliek. Hall mag zich door zijn initiatie dan wel een Afrikaans genezer noemen, zijn belangrijkste geesten, en de moraal die zij hem verkondigen, komen van het Amerikaans continent.

Hall zet zich nogal af tegen de antropologische positie van buitenstaander. In zijn interview in de Volkskrant schildert hij hen af als zouden zij traditionele genezers minachten. Het is in dat verband nogal ironisch dat er in dezelfde periode in Botswana een Nederlandse antropoloog tot *sangoma* werd geïnitieerd (Van Binsbergen 1991). Als Hall daarvan op de hoogte was geweest, zou hij dat ongetwijfeld als krenking ervaren hebben. Vooral in het eerste deel van het boek spreidt hij bij tijden een irritant narcisme ten toon, met name waar het zijn overtuiging betreft in de ogen van zwarte Amerikanen en Afrikanen 'anders dan alle andere blanken' te zijn, en zijn onvermogen om die overtuiging bij te stellen als hij na enige tijd op allerlei manieren wordt bedrogen en opgelicht.

Aan de andere kant beschrijft hij zijn aanvallen van twijfel en zelfmedelijden en vaak sombere overpeinzingen met een vertederende naïviteit. Dit boek is het relaas van een witte Amerikaanse man die overrompeld wordt door een nog steeds vitale traditie van vrouwelijke genezers in zuidelijk Afrika en die daar het beste van probeert te maken. Dat verdient respect.

Ria Reis

Literatuur

Binsbergen, Wim van

- 1991 Becoming a *sangoma*: Religious anthropological fieldwork in Francistown, Botswana. *Journal of Religion in Africa* 21(4).

Suzette Heald & Ariane Deluz (eds.), *Anthropology and psychoanalysis: An encounter through culture*. London: Routledge. 1994. xii + 244 p. £ 13.99 (paperback).

This book is based on a colloquium entitled *Culture, Psychoanalyse, Interprétation* held in Paris in 1991. An important reason for the academic meeting was the celebration of George Devereux's (1908-1985) interdisciplinary work in anthropology and psychoanalysis. The participants did not only come to the occasion for a 'reburial', for the laying to rest of Devereux's ghost (Deluz' words), they had more ambitious goals in mind. As Suzette Heald states in her fine introduction, the participants primarily convened to bring about a rapprochement between psychoanalysis and anthropology. The results of the conference, eleven articles and five commentaries by practising psychoanalysts, are divided over four parts.

Part I is organized around Devereux's view on complementarity. Although a firm believer in the irreducibility of sociological and psychological explanations, he also

held that their interpretations could be mutually supportive. The opening article by Giulia Sissa on Devereux's interpretation of the Greek myths is interesting and very readable. It does, moreover, present us with a surprise. Instead of demonstrating the perspective of complementarity, Sissa shows that Devereux was at his best when hewing close to a psychoanalytic line of interpretation, paying minute attention to the unconscious motives of the protagonists. Sissa then argues that Devereux's weakness was his respectfulness towards the classical scholars, "overestimating their accuracy, their grasp of problems (...)."

Ariane Deluz wishes to pay homage to the principle of complementarity by placing incestuous fantasies of the Guro (Ivory Coast) against the backdrop of their patrilineal and virilocal kinship structure. The author relates myths and songs, and offers us a description of fertility statues. Unfortunately, her paper is brief and too much space is taken by a structuralist analysis. The core data on fantasies are scanty and suggestive rather than persuasive.

The third paper is from David Parkin who shares with us his considerable knowledge of the Islamic peoples of East Africa. His subject are the conflicting views that Muslims have on the *maulidi*, celebrations on behalf of the Prophet's birthday. The paper convincingly brings out that power is the crucial dimension for the proper understanding of these festivities. It is the positioning within a particular arena that encourages certain groups to indulge themselves in trance and uncontrolled bodily movements. However, it is not clear to this reader what the psychoanalytic angle could be that Parkin brings to this fine essay. In her *Introduction* to the book Heald mentions Parkin's 'agnosticism' as far as psychoanalysis is concerned. In general, to be agnostic seems a perfectly acceptable attitude. But it does make one wonder why the editors have chosen to include his paper. Wouldn't it have been a better idea to ask David Parkin to explain his doubts about the complementarity principle or psychoanalysis in general?

Nigel Rapport's paper, *Trauma and ego-syntonic response*, would have fit well into a reader on political anthropology. It deals with debates and councils, with the meshing of the opinions of individuals, and their incorporation or exclusion from collective discourse. Again, I don't see what this paper teaches on complementarity.

Part II is devoted to the analysis of dreams, once presented by Freud as the *via regia* to the unconscious. Ian Edgar's *Dream imagery becomes social experience* points at the importance of the psychodynamics of the social setting and the interpretative framework of the participants. Three groups of mainly female, white and professional participants, shared dreams. We learn that they were not seated on chairs but on large cushions, and that many members espoused New Ages interests "such as yoga, meditation, astrology, circle dancing, and aromatherapy." At the end of the paper we are told that there is time to rethink the distinction between primary and secondary process, and manifest and latent dream. I don't think that this paper gives any reason at all to rethink the key insights of *The Interpretation of Dreams*.

Of great interest to me is the last article in this second part, R.H. Hook's *Psychoanalysis, unconscious fantasy and interpretation*. The paper is brief but important. It succinctly repeats some of the most significant Freudian insights which should not too quickly be considered common knowledge. In popular versions of Freudian dream theory

the role of the censor is often exaggerated to the point where the dream mechanisms do little else but conceal and obscure unpleasant forms of human mentation. But, as Hook rightly emphasises: dreams represent "a compromise between the wish to communicate and the wish to conceal."

The third part of the book is devoted to the Lacanian perspective. Henrietta Moore opens with a powerful essay on the role of gender and intersubjectivity. She demonstrates the significance of Lacan's imaginary and symbolic orders for a person's gender profile. The phallus as the privileged signifier of the symbolic order is brought to our attention. Then, equally forceful, Moore sets forth her reasons for believing that Lacanian theory by itself offers "very little insight into the experience of being a gendered individual." No 'Law of the Father' for Moore, but isn't that true for everybody, a few diehards excepted? Moore argues that only in combination with social discourses and discursive practices can a contribution be expected from Lacanian ideas to the understanding of gendered individuals. Generalities of this kind will not come a shock to most readers.

In his essay *Lacanian ethnopschoanalysis* Charles-Henry Pradelles de Latour seems much more convinced of the value of Lacanian thought for the proper study of culture. The paper recapitulates the main coordinates of the Lacanian framework, and attempts to demonstrate their usefulness by referring to the ethnography of the Trobriands. Although I have difficulty in accepting the significance of 'Names-of-the-Father', and other Lacanian key notions, the concluding sentence is challenging: "If (...) anthropology stresses that societies are determined by ideas, economic relationships and parental interdependences, the task of ethnopschoanalysis is to show that, within these constraints, societies are based in the final analysis on an absence, which indeed destroys any inter-subjectivity, each culture handling this in its own way." This is not a routine, middle-of-the road statement; it reminds me of Slavoj Zizek essays on the revolutionary potential of Lacanian thought. The paper should have started where it ends.

In Chapter 10, Bernard Doray's comments on the preceding articles do not closely follow the arguments of Moore and Pradelles. After restating the Lacanian view of the human subject, Doray takes us to Paris, to the Place de la Concorde with its obelisk, and the surrounding statues of female figures. We are reminded that the square itself is cross-cutted by various traffic axes. I am not sure that this discussion of the symbolism of city planners clarifies the contribution of Lacan to ethnopschoanalysis.

In the fourth and last part of the book, entitled *Working Models*, some of the more important essays are found. L.R. Hiatt pays homage to Stanner's ethnography on the Australian aboriginals. The ethnography (myths and rituals) is indeed stunning, but Stanner was too remote from psychoanalytic theory to be able to contribute to a cross-fertilization of ideas.

My favourite papers are the ones from Suzette Heald and Gillian Gillison. Both papers demonstrate that psychoanalysis can add a new dimension to the work of the anthropologist which may lead to the reinterpretation and deconstruction of earlier (anthropological) insights. Heald's paper deals with the complexities of circumcision rites among the Gisu of Uganda. She argues that we cannot consider these rites as solving or even alleviating earlier childhood problems as many earlier psychoanalytically informed studies would do. Rather she tends to depict them as highlighting a new, more

virulent but partly covert rivalry relationship. When the mother brews the traditional beer for the rites, the son is allowed to assist his mother in a way that is felt to be heavily charged with sexual symbolism. The symbolism of the circumcision refers at best to a temporary relief of father-son rivalry.

Gillison's account deals with Gimi (Highland New Guinea) symbolic homosexuality. The author is at her best in describing the myths and ritual performances as "multi-stranded conversations, as if each sex (...) were clandestinely producing myths and rites in response to the other, to protest or enlarge upon the other's versions." Gillison suggests that at the heart of sister exchange rites lies a symbolic but covert male homosexuality.

In conclusion I would like to repeat Heald's remark, when she writes, apropos of Devereux's postulate of 'complementarity', that it is "today less easy to see (...) that the coming together of the two perspectives will give a determinate understanding in either". She is right. Reading the four papers in the Part I (*Complementarity*) my impression is the same: the added value of complementarity is not clear at all. The other sections differ considerably in quality. Part 2 on dream analysis is uneven. The Lacanian cohorts in Part 3 make no serious effort to connect the Imaginary or the Symbolic register with the facts that anthropologists collect. The readers have to wait for the last part before their patience is finally regaled when two brilliant accounts show the added value of a dynamic coupling of anthropological and psychoanalytical perspectives: not complementarity but a relationship of creative tension.

Bonno Thoden van Velzen

J.T.M. van der Heyden, *Het ziekenhuis door de eeuwen. Over geld, macht en mensen*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1994. 128 pp., f 35,00.

Het ziekenhuis door de eeuwen, geschreven door de internist Van der Heyden, is een hybride boek geworden. Het is een kleine wereldgeschiedenis van de intramurale verzorging van zieken. Tegelijkertijd is het een persoonlijke stellingname in het hedendaagse debat over de omstreden positie van medisch specialisten.

Om met het eerste te beginnen: Van der Heyden opent zijn boek met een overzicht van de verschillende gedaanten die het ziekenhuis als geneeskundig instituut heeft aangenomen. Hij begint zijn relaas met de Oosterse culturen, geeft de Grieken en Romeinen een vluchtige behandeling en belandt uiteindelijk in de christelijke cultuur, waaraan hij een afzonderlijk hoofdstuk besteedt. Daarna geeft hij een impressie hoe het toeging in de gasthuizen en hoe deze zich ontwikkelden tot echte ziekenhuizen, om ten slotte op de geschiedenis van de verpleging over te stappen. Het boek besluit met een hoofdstuk over ziekenhuisbouw.

Tot zover is het boekje weids van opzet, zonder dat het veel pretentie heeft. Het is bedoeld voor een breed publiek, heeft wel een literatuurlijst, maar noten ontbreken. In het voorwoord vergelijkt Van Lieburg *Het ziekenhuis door de eeuwen* met *Godshuizen en gasthuizen* (1960) van Querido, volgens hem het laatst geschreven Nederlandse overzichtswerk op dit gebied. Zoals Van der Heyden ook zelf opmerkt, overlappen de twee boeken elkaar voor een groot deel, ook wat betreft invalshoek. Dit wekt verbazing, omdat

er inmiddels vijfendertig jaar zijn verstreken en er sinds 1960 heel wat nieuwe boeken over gezondheidszorg en ziekenhuizen zijn verschenen. Deze zijn ook te vinden in Van der Heyden's literatuurlijst, maar in de inhoud van zijn boek is dat slechts hier en daar zichtbaar. Querido's boek is eigenlijk analytischer van opzet en is over de niet-recente geschiedenis uitvoeriger dan *Ziekenhuis door de eeuwen*.

Daarin is het historische deel een opmaat voor wat de auteur op zijn hart heeft. Hij heeft zijn boek geschreven uit bezorgdheid over de hetze-achtige kritiek die ziekenhuizen en in het bijzonder specialisten, de afgelopen decennia ten deel is gevallen. De sfeer in ziekenhuizen heeft daar volgens hem ernstig onder geleden. Van der Heyden verdedigt zijn eigen beroepsgroep door uit te leggen welke mechanismen ten grondslag hebben gelegen aan de naoorlogse intramurale kostenstijgingen. Het gaat hier niet om een schandaal, zoals het populistisch wordt voorgesteld, noch om inhalige specialisten of ondoelmatige ziekenhuizen, maar om een moeilijk oplosbaar probleem met vele kanten. De medische consumptie is toegenomen, ten dele door hogere eisen en verwachtingen van de consument, ten dele door de vergrijzing van de bevolking. De tweedelijns gezondheidszorg is zwaarder belast geraakt. Dergelijke kwesties zijn niet aan te pakken door de specialisten eenzijdig te beschuldigen en hun inkomsten, die nog geen 5 procent van de totale kosten van het ziekenhuis bedragen, te bevriezen. De critici gaan eraan voorbij dat ziekenhuizen een efficiënte bedrijfstak zijn geworden, met een indrukwekkende stijging van hun produktiviteit. Om deze problematiek goed te kunnen plaatsen geeft Van der Heyden een helder overzicht van de bijzonder ingewikkelde stelselherzieningen die de afgelopen twintig jaar in de Nederlandse gezondheidszorg hebben plaats gevonden. Hij laat zien welke consequenties deze hebben gehad voor de relaties tussen verschillende typen artsen, verzekeraars, overheid en patiënten.

Van der Heyden behoort tot een machtige beroepsgroep die op het hedendaagse strijdtoneel aan professionele autonomie verliest. Ook als zijn analyse meer begrip voor de positie van specialisten zou wekken, zal daarin waarschijnlijk geen verandering komen. De auteur heeft dit boek geschreven om vanuit het verleden met enige distantie naar zijn eigen professie te kunnen kijken. Of zijn visie op het heden inderdaad door de geschiedenis is gerelativeerd vind ik moeilijk te beoordelen. Voor mij zijn het historische en het actueel-polemische deel los van elkaar komen te staan.

Tot slot een vraag aan de uitgever: waar is het in de inhoudsopgave vermelde *Addendum over de Goudsche Vereeniging voor genees-, heel- en verloskundige hulp gebleven?* Dat zou ik graag eens lezen.

Rineke van Daalen

M.J. van Lieburg, *De geschiedenis van de gemeentelijke gezondheidsdienst te Rotterdam 1919-1994*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1994. Pantaleon Cahier nr. 4. 126 pp. + register., f 35,00.

Aan de oprichting van gemeentelijke gezondheidsdiensten als de Rotterdamse lag het rond de eeuwwisseling groeiende besef ten grondslag dat de overheidsbemoediging met de gezondheidszorg meer positief gericht zou moeten worden op het welzijn van de burgers

dan op de beheersing van de schaduwzijden van armoede, verpaupering of epidemieën. Vanaf het eind van de negentiende eeuw was sprake van een expansie van medische voorzieningen, waarbij een grote rol was weggelegd voor diverse vormen van particulier initiatief. Er ontstond een lappendeken van instellingen en voorzieningen. Aldus kwam het streven naar coördinatie en meer samenwerking op de politieke agenda te staan, waarbij aan de gemeente een hoofdrol werd toebedacht om aan de verkavelde organisatie op het gebied van de gezondheidszorg een einde te maken. Gemeentelijke gezondheidsdiensten werden, na de relatief vroege totstandkoming van de eerste dienst in 1893 in Amsterdam, in het tweede decennium van onze eeuw in een reeks van steden opgericht. Rotterdam volgde in 1919 en koos daarbij voor het 'Utrechtse' model, waarbij niet slechts gekozen werd voor een uitbreiding van de gemeentelijke taken, maar voor een duidelijke centralisatie van voorzieningen en toezicht. Symbool van deze aanpak zou het 'kolossale' Centraal Gebouw voor de Volksgezondheid worden, dat ruim twintig jaar na de oprichting van de dienst werd geopend en in de pers wel werd aangeduid als gezondheidspaleis.

De nieuwe Gemeentelijke Geneeskundige Dienst hield zich in principe met acht werkerterreinen bezig: het ziekenhuiswezen, de eerste-hulpverlening, gemeentepersoneel, toezicht op particuliere organisaties, geneeskundige armenzorg, epidemische ziekten, forensische geneeskunde en algemene gezondheidszorg met inbegrip van de warenkeuring. In de ontwikkeling van de dienst zijn vijf fasen te onderscheiden. De opbouw tot 1931, de dienst in de jaren dertig en tijdens de oorlog, de fase van heroriëntatie na de oorlog en ten slotte de periode van veranderende structuren en taken na 1975.

De opbouwfase werd gekenmerkt door een vrij snelle, soepele en succesvolle uitbreiding van de greep van de dienst op vrijwel alle aan haar toegewezen terreinen, aanvankelijk met uitzondering van die welke met politiezaken waren verbonden. In de eerste decennia van haar bestaan was de dienst op vele terreinen actief, zoals de ziektepreventie, het terugdringen van infectieziekten en niet in het minst ook de huisvesting en hygiëne. Op beleidsmatig gebied, zeker in de crisistijd waarin het beroep op de dienst sterk steeg en bezuinigingen onontkoombaar waren, viel er echter weinig vooruitstrevends te melden. De opbouw was voorspoedig gegaan, maar de omvangrijk geworden organisatie bleek zelf slechts tot weinig initiatieven ter vernieuwing van de lokale gezondheidszorg in staat.

In de werkzaamheden van de dienst zouden na de oorlog enkele belangrijke verschuivingen ontstaan. De nadruk kwam sterk op preventie te liggen, de taken op curatief terrein werden afgebouwd, terwijl zich nieuwe terreinen van activiteit aandienden waarvan met name de milieuhygiëne, de gezondheidsvoorlichting en de geestelijke gezondheidszorg genoemd moeten worden. Ook werd het belang van een wetenschappelijk onderbouwde aanpak meer en meer onderkend. De verschuiving van curatief naar preventief hing nauw samen met het verdwijnen van infectieziekten als belangrijke doodsoorzaak, waarvoor in de plaats ziektes kwamen die nauw verbonden waren met ongezonde leefgewoonten en milieu-verontreiniging: kanker, hart- en vaatziekten. Ten slotte was er een verschuiving in die zin dat de dienst haar taken op het gebied van de geneeskundige armenzorg kwijtraakte en zich ontwikkelde tot een algemene gezondheidsdienst voor de Rotterdamse bevolking als geheel.

De laatste periode vanaf 1975 werd sterk bepaald door de gevolgen die de ingrijpende bezuinigings- en herstructureringspolitiek van de overheid voor de dienst heeft

gehad. In het gemeentelijke takenpakket bleef zware nadruk liggen op preventie, maar daarnaast werd de gezondheidszorg voor specifieke bevolkingsgroepen een steeds belangrijker agendapunt. In dit beleid, dat aansloot op het Health for All-programma van de Wereldgezondheidsorganisatie en op de 'sociale vernieuwing', werd de maatschappelijke taak van de dienst meer benadrukt, in het bijzonder gericht op het verminderen van de verschillen tussen groepen inwoners en tussen buurten. In dit verband trokken met name de jeugdhulpverlening, de verslavingsproblematiek, het migrantenbeleid en AIDS de (publieke) aandacht. In deze periode verminderde de autonomie van de dienst als gevolg van de uitbreiding van de invloed van landelijke beleidsorganen. Uit de nieuwe naam in 1987 (Gemeentelijke gezondheidsdienst van Rotterdam en omstreken) kan bovendien worden afgeleid dat de invloed van het door de rijksoverheid in de jaren tachtig ingezette regionaliseringsbeleid aan de dienst niet is voorbijgegaan.

In de medische geschiedschrijving in Nederland zijn studies naar de ontwikkeling van de gemeentelijke organisaties op het gebied van de gezondheidszorg in de twintigste eeuw allesbehalve dik gezaaid, niettegenstaande het grote belang van deze instellingen voor de medische zorg. Over dit onderwerp is zeer recent (1994) weliswaar een overzichtspublikatie verschenen (A.H.M. Kerkhoff, *Honderd jaar gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten*), maar daarbij kon van gedegen lokale studies slechts in beperkte mate gebruik worden gemaakt. Dit deed een recensent dan ook verzuchten dat een monografie over een plaatselijke GG&GD bijzonder welkom zou zijn, niet alleen om meer te weten te komen over de lokale context waarin deze diensten tot ontwikkeling kwamen, maar ook om het genre wat te verlevendigen. Met de studie van Van Lieburg over de gemeentelijke gezondheidsdienst van Rotterdam lijkt hij bijzonder snel op zijn wenken bediend.

Als er iemand geschikt is om de geschiedenis van de Rotterdamse gezondheidszorg te schrijven, dan is het Van Lieburg wel. Hij heeft een reeks van publikaties over medische instellingen in de havenstad op zijn naam staan en beschikt ook ruimschoots over de 'contextuele' kennis om het niveau van een beperkte institutionele geschiedschrijving te overstijgen. De studie is gepubliceerd naar aanleiding van het 75-jarig bestaan van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst in Rotterdam, wat helaas als gevolg heeft gehad dat de auteur belangrijke beperkingen werden opgelegd. Op medisch gebied zijn lijvige gedenkboeken verschenen, maar de ruimte die Van Lieburg werd toegemeten, maakte het tot zijn eigen spijt vrijwel onmogelijk om dieper in te gaan op afzonderlijke takken van de dienst en op afzonderlijke probleemgebieden (zoals de geschiedenis van infectieziekten, de geneeskundige armenzorg en de schoolgeneeskundige zorg). Hij heeft hierin nog enigszins trachten te voorzien door middel van excursen, zoals dat over de keuring van gemeentepersoneel waarin de paradox van een gezonder wordende bevolking en een desalniettemin stijgend ziekteverzuim mooi zichtbaar is gemaakt. Noodgedwongen ontleent de studie toch een belangrijk deel van haar betekenis als informatief uitgangspunt voor toekomstig onderzoek.

Het cahier is mooi en handzaam uitgegeven in de Pantaleon-reeks van Erasmus Publishing, het uitgevershuis dat in korte tijd toonaangevend op medisch-historisch terrein is geworden.

Tom Nieuwenhuis

Joep Munnichs, Cees Knipscheer, Nan Stevens & Tjeu van Knippenberg, *Ouderen en zingeving*. Tweede Serie Geestelijke Volksgezondheid, Deel 2-47, KSGV Nijmegen. Uitgegeven door Ambo, Baarn, 1995. 75 pp., f 19,95.

Dit boekje bevat vier korte essays. Munnichs, emeritus-hoogleraar psychogerontologie, schrijft over zingeving in het algemeen, over de verschuiving van externe zingevingskaders (zoals religie) naar interne, en past dit toe op de situatie van ouderen. Hij wijdt bijzondere aandacht aan Eriksons begrip 'generativiteit' als bron van zingeving. Daaronder verstaat hij "...dat men de basiswaarden van het bestaan in eigen doen en laten toont en doorgeeft" (p. 28). De lezer zal zich echter onmiddellijk afvragen of het niet juist het wegvallen van 'generativiteit' is waardoor in de hedendaagse samenleving ouderen bevangen worden door een gevoel van zinloosheid. De voornaamste oorzaak van dat wegvallen is dat vele basiswaarden van de oudere generatie niet meer door de jongere gedeeld worden. Er valt weinig door te geven. De tweede oorzaak is dat de fysieke verlenging van het leven, als die gepaard gaat met geestelijke achteruitgang, de oudere berooft van de mogelijkheid zijn/haar generatieve daad op waardige wijze te volbrengen.

In het tweede essay vraagt Knipscheer, sociaal gerontoloog, zich af of het nog redelijk is dat – onder de gewijzigde demografische omstandigheden – jongeren de volle financiële verantwoordelijkheid dragen voor het onderhoud van de oude generatie. In hoeverre, vraagt hij zich af, "...is het legitiem dat ouderen zich op hun rechten (blijven) beroepen?" (p. 43). Het 'intergenerationeel contract', een ongeschreven overeenkomst waar de verzorgingsstaat op rust, staat ter discussie. Knipscheer stelde zijn vragen kort nadat in 1993 en 1994 politieke keuzes die tot een 'aantasting' van de rechten van ouderen zouden leiden, voor hevige commotie hadden gezorgd in de Nederlandse samenleving en haastig waren teruggedraaid (uit angst voor stemmenverlies in de komende verkiezingen). Knipscheer geeft geen duidelijk antwoord, maar de delicate vraag stellen is in zekere zin al een positiebepaling. Hij suggereert dat ouderen, als zij aanspraak willen blijven maken op financiële ondersteuning, ook meer moeten blijven *doen* om deze te verdienen.

Het derde essay, van Stevens, psychogerontoloog, handelt over partnerverlies en zingeving op oudere leeftijd. Zo'n verlies leidt gewoonlijk tot een ernstige vorm van desorganisatie in het leven van de achterblijver. Aan de hand van twee voorbeelden laat zij zien hoe het proces van reorganisatie en hernieuwde zingeving in zijn werk kan gaan.

In het laatste essay schets Van Knippenberg, pastoraal theoloog, het probleem van zingeving bij ouderen als een spanning tussen continuïteit en verandering. Daarmee levert hij, zonder dit uitdrukkelijk te zeggen, een kritisch commentaar op het door Munnichs gebezigde begrip 'generativiteit'. De constanten in het leven, waar mensen zich aan hechten, worden hun afgenomen door de 'veranderingen in de tijd'. Geloof en godsdienstige rituelen, die de huidige oudere generatie vaak die continuïteit boden, zijn nu juist verschijnselen die hun betekenis aan het verliezen zijn. Het zijn bij uitstek symbolen van een verloren wereld en een verloren zin. "De tijd is vriend en vijand", zucht de auteur terecht.

Misschien is het mooiste essay wel het Ten Geleide van Van Heeswijk (wiens naam niet eens op de omslag verschijnt), al was het maar om de treffende wijze waarop hij

citaten uit Cicero's *De Senectute* (Over de ouderdom) contrasteert met het platte reductionisme van de hedendaagse wetenschappers, door hem "moderne alchimisten" genoemd. Zo kenschetst de Romeinse denker de tijd van het oud-zijn als volgt: "Men kan toch niet aannemen dat de natuur, wanneer de andere levensstadia precies hun plaats hebben, het laatste bedrijf slordig zou afleveren als een luie toneeldichter?"

Sjaak van der Geest

J.P. Nater, *De dood is in de pot, man Gods! Ziekte en genezing in de Bijbel*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1994. 96 pp., f 35,00

Wat gebeurt er als een dokter met klinische blik de bijbel gaat lezen? Nater, medisch hoogleraar, heeft het gedaan. Hij tracht op basis van hedendaagse medische inzichten een oordeel te geven over de bijbelse visie op geneeskunde en over diverse medische problemen die in de bijbel beschreven worden. Hij citeert vele bijbelpassages waarin ziekte en genezing ter sprake komen en voorziet die van zijn commentaar. Het is slechts een selectie; voor een volledig overzicht verwijst hij naar *Biblisches-talmudisches Medizin* (1911) van Julius Preuss en *Medizin im Neuen Testament* (1903) van Wilhelm Ebsteins. Het resultaat is soms verrassend, soms komisch, soms weinigzeggend en meestal naïef, althans in de ogen van degenen voor wie de bijbel een religieus en symbolisch geschrift is. Naters betoog heeft iets van een medische versie van *De bijbel heeft toch gelijk*.

De auteur tracht bij iedere passage vast te stellen wat er nu precies gebeurd is, over welke ziekte het nu eigenlijk gaat. Zo is hij van mening dat de onreine ziekte *zara'ath* die in het boek Leviticus uitvoerig wordt beschreven, niet lepra is, zoals in alle bijbelvertalingen staat. Niemand van de dermatologen en leprologen in de Verenigde Staten die de symptomen van *zara'ath* als 'casus pro diagnosis' voorgelegd kregen, zag er lepra in. Wat het wel geweest kan zijn, blijft onduidelijk. Interessant is wel dat, volgens Nater, deze foutieve vertaling ertoe geleid heeft dat er in de gehele Westerse cultuur "irrationele angst" voor melaatsheid heeft bestaan, een angst die in de islamitische wereld niet voor zou komen.

Over de dodelijke ingewandsziekte van Koning Joram ("... zijn ingewanden kwamen naar buiten, zodat hij aan die kwaadaardige ziekte stierf", Kronieken 21:19) meldt Nater dat het hier waarschijnlijk om een *colitis ulcerosa* ging met een rectumprolaps, maar, constateert hij met spijt: "Het is jammer dat de gegevens over de symptomen van zijn dodelijke ziekte te summier zijn om deze diagnose met zekerheid te stellen" (p. 38). Zijn mening over de straf die de "wufte vrouwen van Sion" trof ("kaalheid in plaats van haarvlechten", Jesaja 3:24), is dat deze kwaal *linea capitis* geweest moet zijn, een schimmelinfectie veroorzaakt door ringworm. Nater voegt eraan toe: "Dergelijke schimmelinfecties worden in de landen rond de Middellandse Zee nog altijd frequent gezien en ze nemen, door immigratie, ook in Nederland weer wat toe" (p. 39). Als de moeder van Simson tijdens haar zwangerschap van een engel te horen krijgt dat zij geen wijn of sterke drank mag drinken (Richteren 13:5), knikt de auteur goedkeurend: "Modern wetenschappelijk onderzoek heeft bevestigd dat er risico's aan het gebruik van alcohol tijdens

zwangerschap verbonden zijn. Met name is gebleken dat het risico van zwakzinnigheid duidelijk wordt vergroot” (p. 44). Paulus krijgt ook een compliment. Toen een jongeman, Eutuchus, onwel werd en van driehoog uit het raam viel (Handelingen 20:7-12), paste hij onmiddellijk mond-op-mondbeademing toe. De jongeman was hoogstwaarschijnlijk bedwelmd door koolmonoxyde en Paulus deed het enig juiste en redde daarmee zijn leven.

Nater vermoedt dat Noach een albino was, dat Job aan pellagra leed en dat Esau hypoglykemisch was. Dat laatste ontleent hij aan Greenblatt die in zijn in 1963 verschenen boek *Search the scriptures: Modern medicine and biblical personages* betuigt dat Esau nooit zijn eerstgeboorterecht voor een bord met linzensoep gegeven zou hebben als er geen ernstige reden voor geweest was. “De enige rationele verklaring voor zijn gedrag is, dat hij niet alleen maar moe was, maar bovendien hondsberoerd...” (p. 58). Esau leed met andere woorden aan hypoglykemie, een te laag bloedsuiker. Eerherstel voor Esau, dankzij de medische wetenschap.

In het vijfde hoofdstuk buigt de *natuurwetenschapper* zich over *bovennatuurlijke* gebeurtenissen, wondergenezingen, en vraagt zich af wat er wetenschappelijk te redden is van deze ‘fantastische’ verhalen. Zijn opmerking dat Jezus’ wonderbaarlijke genezingen het meest aannemelijk zijn bij geesteszieken (p. 69) doet denken aan het commentaar van westerse wetenschappers op Afrikaanse genezers: naarmate de kwaal verder verwijderd is van biologie en fysica, krijgt de ‘alternatieve’ genezer meer krediet. Over de genezing met vissegal van de blindheid van de oude Tobit door zijn gelijknamige zoon is Nater dan ook veel kritischer: “Een genezend effect van vissegal op corneatroebeling is niet bekend. Het kan geen adequate therapie geweest zijn...” (p. 73). Voor de genezingen van lammen heeft hij echter wel een bevredigende verklaring. We hebben hier te maken met conversieverschijnselen. De verlamden zijn waarschijnlijk neurotici geweest die via onbewuste somatisatie om aandacht bedelden. Door de ‘wondergenezing’ konden zij zonder gezichtsverlies hun symptoomfixatie opgeven (p. 75).

Het laatste hoofdstuk gaat over de gezondheid van Jezus zelf. Teruggrijpend op de medische dissertatie van Albert Schweitzer begin deze eeuw, vraagt hij zich af of Jezus misschien geestelijk gestoord geweest kan zijn. Zijn obsessie met het op handen zijnde ‘einde van de wereld’ wijst in die richting. Met Schweitzer concludeert hij dat het hier niet ging om persoonlijke waanideeën, maar dat deze ideeën gemeengoed waren in het Israël van die tijd. Gek/niet-gek wordt geplaatst in zijn historische context. Dat doet de antropoloog deugd.

De kruisdood wordt ook medisch geanalyseerd. Als het slachtoffer aan zijn armen wordt opgehangen en geen enkele mogelijkheid heeft op zijn voeten te steunen, zal het binnen een kwartier door verstikking om het leven komen. In het andere geval kan de doodstrijd twee tot drie dagen duren. Om het sterven te bespoedigen werden soms de benen of knieën met stokslagen gebroken.

Nater gaat ook in op de mysterieuze zinsnede dat Jezus in de Hof van Olijven bloed zweette (“En zijn zweet werd gelijk groote druppelen bloeds, die op de aarde afliepen,” Lucas 22:44). Hij bespreekt het verschijnsel van gekleurd zweet dat in de geneeskunde bekend staat als *chromhidrosis*, maar besluit toch dat we hier waarschijnlijk te maken hebben met beeldspraak: “Het zweet werd geen bloed, maar druppelde als ware het bloed” (p. 84). Het is de enige keer dat de auteur oog heeft voor symboliek, de grote

afwezige in dit merkwaardige boekje. Dat ziekte en genezing krachtige metaforen zijn waarmee de schrijvers van deze heilige teksten iets hebben willen uitdrukken over de religieuze situatie van de betrokken personages (en waarmee de lezers hun eigen situatie trachten te duiden), komt in dit boekje geen enkele maal ter sprake. Om die reden zullen de meeste antropologen en godsdienstwetenschappers deze exercitie afdoen als een curieus, geleerd (sciëntistisch) misverstand. Anderen zal het echter, juist vanwege zijn soms bizarre ontdekkingen, boeiende leesstof bieden. Registers van bijbelse persoonsnamen, medische verschijnselen, geografische namen en aangehaalde bijbelteksten maken het bovendien tot een mini-naslagwerk.

Wat mij echter het meest gefascineerd heeft, is dat de hele bijbel (het Oude en Nieuwe Testament) wel vol staat met verwijzingen naar ziekte en andere lichamelijke ellende, maar dat er praktisch geen medicus in voor komt. Als we de bijbel als een nationaal epos beschouwen, een cultureel document waarin de denk- en leefwijze van een volk in ontwikkeling wordt beschreven, dan is het verbazingwekkend dat gezondheidszorg, in iedere samenleving een knooppunt van culturele ideeën en praktijken, zo weinig aandacht krijgt. Als er al iets over gezegd wordt, is dat bijna altijd in afkeurende zin. Als we op de bijbel afdalen, moeten we concluderen, zoals Nater ook aangeeft, dat in het Israël van het Oude en Nieuwe Testament geneesheren niet hoog in aanzien stonden. Ziekte en genezing worden hoofdzakelijk gepresenteerd als gelegenheden waar Gods almacht wordt gedemonstreerd. Het zijn geen medische aangelegenheden, integendeel, naar een arts gaan is dwaasheid, ijdelheid, Gode verzoeken.

Er is slechts één tekst bekend waarin positief gesproken wordt over de arts, in hoofdstuk 38 van het boek Ecclesiasticus: "Houd de arts in ere, want gij hebt hem nodig en ook hij is door de Heer geschapen...." Is het toeval dat de protestantse kerken uitgeroemd dit boek als apocrief beschouwen?

Sjaak van der Geest

Eric Naterop & Ivan Wolffers (eds.), *Health and health care in transition. The example of Vietnam*. Primary Health Care Publications, 10. Amsterdam: VU University Press, 1995. 107 pp., f 24,50

The papers in this booklet have been written by Western and Vietnamese authors who worked in Vietnam on health-related projects: Ivan Wolffers, Susan Rifkin, Pamela Wright, Le Thi Thu Ha, Eric Naterop and Nguyen Tran Hien. Most of the contributions are factual in content: Pamela Wright and Le Thi Thu Ha summarize a series of reports about gender and health care; Ivan Wolffers gives an assessment of the use of modern pharmaceuticals in a market-oriented economy; Eric Naterop reports on the role of the private sector in the National Tuberculosis Program and Nguyen Tran Hien describes some aspects of medical training and primary health care in Vietnam today. An introduction by the editors and a general discussion by Susan Rifkin on Vietnam's health system in transition precede these contributions.

Vietnam's living conditions have improved over the last five, six years, and in some aspects more than in some neighbouring countries. Statistical indicators suggest that

people on the average have better access to food, improved their health, enlarged their life expectancy and are more literate now than twenty or twenty-five years ago. Compared to other developing countries, health and education in Vietnam are mostly mentioned as relative success stories. This is generally attributed to a government policy that was executed under difficult circumstances like war and the recovery from war.

In the introduction, Ivan Wolffers and Eric Naterop admit that not much knowledge is available about the period before the late eighties when the Vietnamese version of Perestroika came to be known in the West. The literature is scanty, based on anecdotal reports; the statistics bloated and independent research after 1954 in the North and after 1975 in the South is virtually non-existent. Nevertheless Rifkin states that "Vietnam has gained a place for its innovative developments in making health care serve the majority of people" (p. 11). Wright and Le think that "(U)nlike many other countries in Asia, (...) there has been little gender discrimination in access to schooling or health care" (p. 24). Nguyen Tran Hien, speaking of the Democratic Republic of Vietnam, points to "equal access to health care facilities" since 1954 and he even refers to a WHO/UNICEF report which mentioned Vietnam "as an outstanding example of developing countries that had solved its basic health problems" (p. 89). This argument is also mentioned by Wolffers, but he qualifies it with a more cautious and critical approach (p. 47-48). It is a pity that his co-authors did not take up this warning "because serious doubts have been raised if the ineffective health care system can produce such positive health indicators" (p. 50).

The decline in access to health care is not a phenomenon which can be entirely attributed to the economic liberalization as most authors in the book suggest. There is reason to believe that the quality of the health system started to falter since 1975, and probably earlier. This is at least the point made by well informed and more critical observers, whose research is only partially quoted or marginally used (Allen 1993; Vogel 1987). Local research reveals furthermore that the difference between purely public and private health care is very difficult to make. In many public facilities, health services were pursued under private remuneration arrangements. Often, new local organizations sprang up where the defunct collectivized institutions were abolished or had phased out. Health workers more than often succeeded in getting extra payments from their patients, long before the privatization policy was put in effect. In the village I studied in 1992, the past was often resented as an elaborate system of mutual 'obligations in a period that the state took care of the services.

More such contradictions can be found in the book. A striking example is the year 1989, which all the authors see as the beginning of the Vietnamese version of Perestroika, called *Doi Moi*. On the backcover it is stated that "(A)s a result a series of reforms were introduced which changed the country's economy from a central organized system towards a market approach. In 1989, this policy was confirmed in legislation and called *Doi Moi*." In reality, this policy was never put into a legal text, while in the renewed Constitution of 1992 the term is only once and rather randomly mentioned. Such mistakes do not contribute to a better understanding of the difficult transition process that is currently underway in Vietnam. The confusion probably comes from the May 1989 decision (which is not mentioned in the book) to introduce nation-wide fees for medical services, a measure that heralded the privatization of health care. The *Doi Moi* policy

was officieel gecointeerd bij de Zesde Partijcongres in Desember 1986. Het was voor een groot deel het resultaat, niet de start, van een lang, en pijnlijk proces van aanpassing aan praktijken, ten minste in het platteland, die begon in 1981. De geleidelijke terugtrekking van de staat in de landbouw werd voortgebracht door een reeks van sterke interne en externe factoren. Lokale initiatieven dwongen de geleidelijke ontbinding van de coöperaties. Een specifiek jaar is moeilijk te geven, maar 1989 is niet de beste aanwijzing voor de periode van een belangrijke waterscheiding. Ironisch, dat jaar zag de tijdelijke stop van een aarzelend politiek liberalisatieproces dat was begonnen in 1986. Zelfs Vietnam's overgang naar een markteconomie was bijna voltooid in 1989-90.

Er zijn meer punten van kritiek, terwijl diverse feitelijke fouten correctie vereisen. In hun voorwoord, de redacteuren uiten de hoop dat deze publicatie is "beide om discussie over belangrijke aspecten van PHC en (...) te leren van de Vietnamese ervaring." Het risico is dat ondanks de bijdragen die hier zijn gemaakt, de discussie zal beginnen met de verkeerde vooronderstellingen over een probleem dat niet beperkt is tot Vietnam.

John Kleinen

B.C.M. Nitsche (red.), *Ouderen, wetenschap en beleid II. Nestor symposium*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1995, 240 pp.

De bundel omvat de voordrachten die zijn gehouden op het symposium *Ouderen, Wetenschap en Beleid*, dat op 23 maart 1995 werd georganiseerd door het Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek (NESTOR) in Utrecht. NESTOR is een tijdelijk programma dat als doel heeft het ouderenonderzoek te stimuleren en steviger te verankeren in het Nederlandse onderzoeksbestel. In 1988 is de stuurgroep van NESTOR aan het werk gegaan en in 1995 bevond ze zich in de afrondende fase van de werkzaamheden. Voor de uitvoering van het programma koos men voor een top-down-benadering, waarin de aandacht zich richtte op drie thema's: 1. maatschappelijke en sociaal-economische aspecten, 2. gezondheid, ziekte en zorg en 3. geheugen, cognitieve stoornissen en dementie. Binnen deze thema's werd gewerkt aan deelprogramma's door diverse universiteiten. Al het onderzoek is erop gericht meer kennis en inzicht te verwerven om een "goed, effectief en onafhankelijk functioneren van ouderen te bevorderen, de lasten van tekorten te minimaliseren en de kwaliteit van het leven te verhogen".

De bundel geeft een goed en duidelijk overzicht van wat er in de afgelopen vijf jaar aan onderzoek is gedaan. Onderwerpen als leeftijdsdiscriminatie in het arbeidsproces, financieel-economische aspecten, maatschappelijk aanzien, onderlinge steun, lichamelijke fitheid, behoefte aan zorg, oogziekten, geheugenproblemen worden in de lezingen uitgewerkt, zodat de lezer zich een duidelijk beeld kan vormen van wat er aan ouderenonderzoek in de Nederlandse wetenschappelijke wereld wordt gedaan. Antropologisch onderzoek is vooralsnog niet te vinden. Het wordt duidelijk dat vanuit het perspectief van de overheid, verwoord in de toespraak van staatssecretaris Terpstra van VWS, vooral het accent moet worden gelegd op toepassingsgericht onderzoek. Antropologen die zich hierop niet in eerste instantie toeleggen, moeten zich echter niet door dit streven laten weerhouden om onderzoek onder ouderen te doen. Misschien levert hun onderzoek niet

onmiddellijk 'representatieve' resultaten op, maar het kan wel laten zien wat ouder worden en ouderdom betekent of is, welke verschijningsvormen er voor kunnen komen, en hoe onze samenleving ouderen percipieert.

Els van Dongen

Sonu Shamdasani & Michael Münchow (eds.), *Speculations after Freud – psychoanalysis, philosophy and culture*. London: Routledge, 1994. 227 pp., index., \$ 16.95 (paperback).

De psychoanalyse is vanuit de sfeer van intieme persoonlijke therapie uitgewaaierd in het publieke domein van wetenschappen en kunsten. Ze heeft een belangrijke taal willen zijn in de psychologische, culturele en sociale 'discours', terwijl ze tegelijk een aparte en geïnstitutionaliseerde discipline wilde blijven. Als gevolg van deze 'double bind' is haar identiteit toenemend in crisis. De therapeutisch geschoolde lezer zal aanvankelijk een gevoel van vervreemding ervaren, geconfronteerd met zoveel uiteenlopende en soms 'wilde' teksten, zo waarschuwen de inleiders – een uitspraak die mij aansprak en prikkelde.

Hoe kunnen dezelfde geschriften tot zulke verschillende uitwerkingen en speculaties leiden? En waarom willen zo sterk uiteenlopende stromingen zich onder de naam psychoanalyse scharen? Vragen die aan de orde waren op een congres *Speculations: appraising psychoanalysis, philosophy and cultural studies*, dat in oktober 1990 plaatsvond onder auspiciën van het Freud Museum in London. Het uit het congres voortgekomen boek telt elf bijdragen. Een snelle telling maakt duidelijk dat van de twaalf auteurs er acht van verschillende universiteiten in de VS komen en vier uit Parijs (waarom niet uit andere landen?). Negen van de twaalf zijn hoogleraren aan filosofische of literaire faculteiten. Er blijken vijf praktizerende analytici mee te doen. In het smaakvol uitgegeven boek is zorgvuldig geprobeerd van zeer uiteenlopende verhalen en schrijfstijlen zoveel mogelijk één geheel te maken. Tegelijk blijft er nog ruimte voor een zo nu en dan radicaal pamflettistische toon van Hillman en de aangename enfant terrible-wijsheid (soms koketterie) van Spivak. Een inleiding brengt de gemeenschappelijke thema's in perspectief. Elk hoofdstuk begint met enige informatie over de auteur en een paar zinnen die inleiden tot het essay dat volgt.

De artikelen zijn zeer heterogeen. Ze kunnen gezien worden als grensverkenningen tussen psychoanalyse en andere disciplines en gaan met name ook over de toekomst van de psychoanalyse. De vraag is of de psychoanalyse zich zal kunnen transformeren, in relatie tot bijvoorbeeld 'grens'kwesties. Kan de psychoanalyse haar overgevoeligheid voor hypnose en trance enigszins opgeven? Kan ze met haar verminderde direct-politieke betrokkenheid nog wel een bijdrage leveren in maatschappelijke zin? Kan ze haar normatieve instelling ten aanzien van het lichamelijke en erotisch wat loslaten? En kan ze meer open staan voor andere vormen van (in relatie) zijn dan zoals gegeven in het westerse individualisme, of liggen hier juist haar grenzen, en komen we daarmee aan het einde van de psychoanalyse? Voor sommige auteurs vraagt de psychologie volgens de inleiders om andere paradigma's, voor anderen is niet alleen een vernieuwing

van de psychoanalyse mogelijk, maar kan juist een getransformeerde psychoanalyse de weg wijzen in het ontwarren van de Gordiaanse knopen in het huidige politieke en culturele leven.

Hoe valt er enige lijn in een overzicht van het zo diverse gebodene te brengen? Ik begin met een paar artikelen die naast hun theoretische inslag ook enige relevantie voor de therapeutische praktijk hebben.

Cornelius Castoriadis, praktizerend analyticus en directeur bij de Ecole des Hautes Etudes in Parijs, opent het boek. In zijn bijdrage *Psychoanalysis and politics* bouwt hij voort op eerder werk in zijn 'project voor autonomie'. Hij heeft het over de drie 'onmogelijke beroepen' (Freud): politiek, pedagogiek en psychoanalyse. Psychoanalyse is een creatieve praktisch-poëtische bezigheid, gericht op het bereiken van individuele autonomie. Pedagogiek is voorwaardenscheppend bij het verwerven van autonomie, niet alleen in individuele maar ook in sociale zin. Het onmogelijke ligt erin dat beide de mens willen helpen de eigen potentiële autonomie tot ontwikkeling te brengen en tegelijk ervoor moeten oppassen dat ze met dat 'helpen' die autonomieontwikkeling niet in gevaar brengen.

Een autonome gemeenschap weet dat ze haar eigen wetten heeft gecreëerd en richt zich zo in dat 'de radicale verbeelding' vrij komt en dat ze zich zelf ruimte geeft haar instituties te veranderen, door collectieve, zelfreflexieve activiteit. In een heteronome samenleving geven – schijnbaar – 'de anderen' de wet. Zowel de heteronome als de autonome gemeenschap vraagt mensen aan wetten te gehoorzamen, maar de meta-wet is bij de heteronome samenleving dat deze wetten niet in twijfel mogen worden getrokken, terwijl dat bij de autonome juist wordt aangemoedigd. Voor de psychoanalyse is de ontmoeting met de bestaande instituties de ontmoeting met het concrete Ik van de patiënt. In een heteronome maatschappij wordt niet alleen verboden om zelf te denken, vaak is ook sprake van vernietiging van het denken en van de 'radicale verbeelding'. Zingcving wordt daarmee onmogelijk, aldus de auteur.

Julia Kristeva, hoogleraar linguïstiek in Parijs en praktizerend analytica is de auteur van *Psychoanalysts in times of distress*. In dit artikel, voor mij een van de hoogtepunten in het boek, schetst ze de uitdagingen waar de psychoanalyse zich voor gesteld ziet: de confrontatie met de neurowetenschappen en een algemene culturele onverschilligheid ten aanzien van het psychologische leven, "the desire not to know".

Psychoanalyse geeft toegang tot een proces van be-tekenen (signifier) dat voorafgaat aan linguïstische betekenis en dat verbonden is met het psychologische driftleven. Via de drift ligt er de verbinding naar de 'elektrische' en 'humorale' systemen in de hersenen. Het ontcijferen van de dramatiek van het driftleven voltrekt zich in de analytische overdrachtssituatie, met een analyticus die oog en oor heeft voor de subtiele tekenen en sporen die het driftleven achter laat, bijvoorbeeld in stembuiging en mimiek. De analyticus moet herkennen wat met en zonder woorden 'gezegd' wordt en aansluiten bij die niveaus die op dat moment in de overdracht betekenisvol zijn. Het gaat om een evenwicht tussen 'waarheid' en 'jouissance' – een vorm van genieten, bij zichzelf zijn – waarbij de aansluiting en affectieve herkenning van de woorden van de analyticus resoneren met het onzegbare. We hebben het dan over de grote gebieden van lijden die niet met psychofarmacologie bereikt kunnen worden, zo stelt Kristeva. Ze illustreert

haar verhaal met twee beschrijvingen van therapieën. Bij één daarvan werkt ze nauw samen met een arts die medicatie verstrekt. Ze voorziet dat een dergelijke samenwerking vaker zal gaan optreden. De psychoanalytische invalshoek is hierbij onmisbaar, “psychoanalysis could perhaps tomorrow be one of the rare places preserved for change and surprise, that is: for a life”.

Ook Charles Scott, hoogleraar filosofie, celebreert in *The pleasure of therapy* de ‘jouissance’ als een vorm van plezier, van genieten die in de therapie gevonden kan worden, een die tegelijk spirituele, lichamelijke en mentale kanten heeft.

James Hillman, Jungiaans analyticus, houdt een vlammend betoog tegen de huidige praktijk van de psychoanalyse in *Man is by nature a political animal or: patient as citizen*. Doordat ze burgers tot patiënten maakt remt de huidige praktijk politieke verandering eerder af dan dat ze die mogelijk maakt. Hij sluit aan bij zijn laatste boek *We've had a hundred years of psychotherapy and the world is getting worse* en stelt dat het individualisme van de huidige analyse verlaten moet worden en dat daarvoor in de plaats een Zelfbegrip, geworteld in en door de gemeenschap moet worden ontwikkeld. Individualisme is tot ziekte geworden en haalt de ziel uit de wereld. Bij Descartes, die lichaam en ziel, binnen- en buitenwereld scheidde, ging het mis. Het Zelf zal zijn eigen identiteitscrisis moeten doorleven. Hij neemt afstand van het Apollinisch-oedipale ‘Ken Uzelf’, en hij wil ‘*cogito ergo sum*’ inruilen voor ‘*convivo ergo sum*’ – vrij vertaald: ik ben deel van een groter geheel, daarom ben ik. Zinnvolle geluiden in een multiculturele samenleving.

De oorspronkelijk uit India afkomstige Gayatri Chakravorty Spivak wordt aangekondigd als feministische, marxistische deconstructivist, en in dit congres speciaal verwelkomd vanwege haar etnoculturele benadering. Haar vraag is of de psychoanalyse sociale actie kan ondersteunen in een wereld van dekolonisatie en migratie. Ze beschrijft de situatie waarin de postkoloniale psychoanalyse zich bevindt. Ze verwijst daarbij in een wijsd uitgewerkte metafoor over baseball speciaal naar de erfenis van het Britse en Franse imperialisme en naar de huidige VS. Op verrassende wijze komt ze tot een optimistische inschatting van de mogelijkheden van de psychoanalyse. Ze stelt dat deze tenminste nog over zingeving en verantwoordelijkheid gaat, terwijl de analytische filosofie het ‘mentale theater’ van het subject als gegeven aanvaardt. Het is jammer dat Spivak – hoogleraar vergelijkende literatuurwetenschappen – verder niet zozeer ingaat op de westerse geworteldheid van de psychoanalyse en de grenzen aan haar betekenis voor het begrijpen van mensen in andere culturen. Ze pakt bloemrijk uit tegen een paar andere deelnemers aan het congres: tegen de ‘self-contained systems’ van Kristeva, de *post-analysis in plaats van het post-modernisme van de ‘unreconstructed modernist’* Hillman en tegen Alphonso Lingis. Die daar ook wel een beetje om vraagt.

De titel van Lingis’ voordracht luidt *Lust*. Ze gaat over de prikkelende confrontatie van de westerling met het Bangkok-travestietentheater. Hij – hoogleraar filosofie – schrijft in beeldende ‘vleselijke’ termen over het ongemakkelijke gevoel, opgewekt door het overtreden van de grenzen die we gewoonlijk aan onze onlustbeleving stellen. In dat proces worden de psychoanalytische (schijn)houvast over wat in de erotiek aanvaardbaar is, terzijde geschoven. Opvallend is dat Lingis zijn discours steeds presenteert in termen van ‘men’ of ‘je’ in algemene zin – “one gets horny” (geil) – het gevoel bij

de ander leggend, of op zijn minst de ander in zijn gevoelsleven betreffend, 'medeplichtig' makend. Hij schrijft vanuit een uitsluitend mannelijk en nogal vrouwonvriendelijk gezichtspunt, dat niet gerelativeerd wordt en waarop niet gereflecteerd wordt.

Mikkel Borch-Jacobson, hoogleraar Romaanse talen, schrijft in *The alibis of the subject* over Lacan en filosofie. Hij stelt dat de filosofische respectabiliteit die Freud krijgt toegeschreven, vooral te danken is aan het werk van Lacan. Zijn essay gaat over de verhouding van Freud en Lacan tot de fenomenen trance en hypnose. De psychoanalyse begon – zo is de algemene idee – daar waar hypnose ophield. Freud zette zich tegen hypnose af, maar hij bleef ermee bezig, terwijl Lacan uitdrukkelijk niets met hypnose te maken wilde hebben. In de overdracht blijft een zekere vorm van trance optreden.

Daarbij sluit Sarah Kofman aan, die in haar bijdrage de unieke status van de psychoanalyse beschrijft als grensdiscipline tussen natuurwetenschap en filosofie. Freud keerde zich af van een suggestieve benadering, maar hield een ingewikkelde relatie met wat hij noemde 'speculatie'. Hij wilde de psychoanalyse graag van metafysisch speculeren tot het niveau van natuurwetenschap brengen. In een zeer erudiet en doorwrocht verhaal, met tien pagina's noten, volgt Kofman – hoogleraar filosofie – de historische lijn van Freuds geschriften en briefwisselingen die hierop betrekking hebben. Actuele discussies over de status van de psychoanalyse komen in haar artikel niet aan de orde – zoals ze trouwens ook verder in het boek geen belangrijke plaats innemen.

Een ander voorbeeld van 'close reading' van Freud leveren Nicolas Rand en Maria Torok in *The sandman looks at 'The uncanny'*. Het artikel gaat over 'the uncanny', 'das Unheimliche', het geheimzinnige, niet-vertrouwde. Hij is hoogleraar Franse literatuur, zij praktiserend analytica. Freud duidde het genoemde begrip in het verhaal van Hoffmann als de beangstigende terugkeer van een kindercomplex (castratie). De auteurs zien de terugkeer van een familiegeheim. Een essentieel verschil: gaat het om een intrapsychisch gebeuren of om een interpersoonlijke dynamiek? Het artikel kan gelezen worden als toegift bij het themanummer van Medische Antropologie over Het Geheim (1995/1). Van der Geest schetst daarin vijf thema's ten aanzien van wat geheimen tussen mensen zijn en doen. Dit artikel sluit aan bij twee daarvan: bij de verborgen dimensie, het ongezegde, onuitgelegde en bij het vermogen van een geheim om te binden en te scheiden, binnen en buiten te sluiten. Het inter- en intrapersoonlijke staan natuurlijk niet los van elkaar. Het beschreven geheim is in zijn interpersoonlijke zin zo traumatiserend voor de jongen over wie het verhaal gaat dat het in zijn intrapsychische huishouding tot een ramp leidt, met droeve afloop.

Tot slot zijn er twee artikelen waarin Heidegger een belangrijke rol speelt, beide geschreven door een hoogleraar filosofie. In *Immanent death, imminent death* schrijft David Farrell Krell over sterfelijkheid in de teksten van Freud en Heidegger. Wordt het principe van immanente dood in Freuds *Jenseits des Lustprinzips* gespiegeld in Heideggers existentieel-ontologische interpretatie van de dood in *Sein und Zeit*?

William Richardson, die een diepgaande studie over Heidegger heeft gemaakt, stelt dat deze weinig op had met (de vroege) Freud. Hij vond dat hij te simpel omging met menselijke reacties als ketenen van causaliteiten. Heidegger zou meer gehad hebben met Lacan, die het onbewuste niet opvatte in termen van een thermodynamische machine maar als fenomeen met de structuur van taal. Richardson licht op originele wijze

toe dat volgens hem Lacans interpretatie van Freuds onbewuste als “structured like a language” roept om een filosofische onderbouwing die beter geboden kan worden met Heidegger dan met het linguïstische en mathematische formalisme van Lacan.

Speculations after Freud is een kleurrijke, veelzijdige bundel, waarin zowel antropologisch, cultureel, sociaal als therapeutisch geïnteresseerden veel stimulerende gedachten zullen vinden. Zowel *Das Unbehagen in der Kultur* als het onbehagen in de psychoanalyse komt aan zijn trekken. De balans: er is wel hoop voor een zich transformerende psychoanalyse. Nog een andere vraag dan de al genoemde vragen bij het congres dat dit boek heeft gebaard, luidde: “Is appraisal of the spectacular theatre of psychoanalysis a possibility – and out of Freud’s home in London?”. Het congres werd georganiseerd vanuit het Freud Museum, het huis waar Freud eind dertiger jaren in ballingschap leefde en stierf. Hoe het ook zij, kort na het congres is het project van waaruit het voortkwam, opgeheven. De bundel is er toch gekomen, maar, aldus de samenstellers, zonder het officiële stempel van Freud. Symbolisch?

Adeline van Waning

Literatuur

S. van der Geest

1995 Ten geleide: *Geheim. Medische Antropologie*, 7(1): 1-6.

Moyra Sidell, *Health in old age. Myth, mystery and management*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 1995. 178 pp., £ 13.99.

De groei van het oudere deel van de wereldbevolking heeft tot een grote academische en professionele belangstelling voor ouderdom en ouder worden geleid. *Health in old age* van Moyra Sidell is een van de boeken uit de serie *Rethinking ageing* die wordt uitgegeven door de Open Universiteit in Engeland. Het boek kan volgens de redactie van de serie worden gezien als een opvulling van de kloof tussen kennis/begrip van ouderdom en de kennis die beschikbaar en toegankelijk is voor beroepsbeoefenaren en vrijwilligers. Een ambitieus project.

Het bijzondere van het boek is dat Sidell vanzelfsprekendheden over gezondheid en ziekte in de gerontologie en het populaire discours aan een kritisch onderzoek onderwerpt. Het belangrijkste punt van het boek is dat wat ouderen een goede gezondheid vinden, meestal verschilt met wat in onderzoek als zodanig wordt omschreven. Sidell toont dat aan door middel van analyses van onderzoek en wetenschappelijke verslaglegging, maar ook – en dat maakt het boek voor antropologen misschien interessant – door een weergave van geschiedenissen van ouderen zelf. De auteur laat ons zien dat er vele manieren zijn om naar gezondheid te kijken. Ze wil met haar analyse niet de gangbare biomedische benadering vervangen door een meer holistische, sociale of psychologische. Ze laat ons zien hoe kwantitatief en kwalitatief onderzoek soms op gespannen voet met elkaar staan. Een interessant gegeven voor antropologen die dikwijls moeite hebben om hun onderzoeksmethoden tegenover meer kwantitatief gerichte disciplines ‘waar’ te maken.

Doorgaans staat men ambivalent tegenover ouderdom. Enerzijds vinden we het geweldig dat we een leeftijd kunnen bereiken die tot voor kort voor onmogelijk werd gehouden. Anderzijds zijn we heel wat minder enthousiast over het ouder worden zelf. Dit geringe enthousiasme heeft te maken met wat wij denken over onze gezondheid wanneer we oud zijn. Gezondheidsproblemen in relatie tot ouderdom zijn reden voor grote persoonlijke bezorgdheid, en tegelijkertijd spelen ze ook een grote rol in het politieke en maatschappelijke debat. Sidell gaat in dit verband in op MacIntyre, die twee benaderingen van ouderdom in relatie tot ziekte beschrijft, respectievelijk het humanistische en organisatorische perspectief. Het eerste perspectief benadrukt onwelbevinden en lijden van ouderen; het tweede de druk die ouderen op de samenleving leggen. Sidell merkt op dat het humanitaire perspectief tegenwoordig heeft plaats gemaakt voor het organisatorische. Beide perspectieven, zo stelt de auteur, zijn gebaseerd op veronderstellingen waarbij men vragen moet stellen. Ze zijn gebaseerd op mythen en mysteries. Van de mythen over ouderdom en ziekte noemt Sidell ten eerste de veronderstelde homogeniteit van de groep ouderen. Ze spreekt van een medische mythe: ouderdom is synoniem met ziekte. Deze mythe steunt op morbiditeitsstatistieken, die laten zien dat ziekte meer voorkomt bij ouderen dan bij jongeren en dat het risico op chroniciteit en invaliditeit met het ouder worden groeit. Een tweede mythe is dat mensen gezond, fit en zonder ziekte blijven tot kort voor hun dood. Morbiditeit is geconcentreerd in hoge leeftijden. Optimistischer is de derde mythe van de super-ouden. We kennen allemaal voorbeelden van een negentigjarige marathonloper. Iedereen kent wel een man of vrouw die op zeer hoge leeftijd het gras maait of de tuin ompit.

Naast deze positieve en negatieve mythen onderscheidt Sidell nog een aantal mysteries. Het eerste is dat van genderverschillen in relatie tot ouderdom en ziekte: vrouwen worden ziek als ze oud zijn, maar mannen sterven. Ook de rol van klasse- en etniciteitsverschillen vormen een mysterie. Een andere belangrijke kwestie is wie verantwoordelijk is voor ziekte en gezondheid. Een volgende vraag is waarom ouderen over het algemeen hun gezondheid beter inschatten dan morbiditeitsgegevens laten zien. De laatste kwestie die Sidell aan de orde stelt, is het concept van de gezondheid zelf. Wat verstaan we eronder?

Ik geloof niet dat Sidell hiermee iets nieuws naar voren brengt. De mythen en mysteries waarover zij schrijft, zijn in hun algemeenheid op vele andere groepen toepasbaar. Ze hebben naar mijn idee meer te maken met algemene gevoelens van malaise en onvrede met het moderne leven, dan met een specifieke groep.

In drie delen onderzoekt Sidell de mythen en mysteries. Het eerste deel laat zien in welke termen men over ziekte en gezondheid van ouderen kennis produceert en welke bewijsvoering er gehanteerd wordt. Hiervoor gaat de auteur in op formele en professionele opvattingen over gezondheid. Daaronder vallen de biogeneeskunde, de psychoanalyse, biografische en ecologische verklaringen en het sociale model. In het eerste hoofdstuk gaat ze tevens in op het meten van gezondheid. De gegevens uit surveys en gestandaardiseerde schalen leveren dan volgens haar nuttige gegevens op voor dienstenplanning en verdeling van de zorg. Verschillende zorgvormen en alternatieve therapieën komen in het eerste hoofdstuk aan bod. Beide, stelt Sidell, individualiseren de gezondheidszorg. Vervolgens zet ze het model van Antonovski hier tegenover. Deze onderscheidt twee

paradigma's: het pathogene en salutogene paradigma. Vanuit het eerste zijn mensen ziek of niet. Het tweede is een continuüm met aan de ene pool ziekte en aan de andere pool gezondheid. Sidell stelt dat Anatovski's theorie een bruikbaar kader voor de bestudering van de gezondheidstoestand van ouderen is, juist vanwege het continuüm.

In het tweede hoofdstuk komen lekenopvattingen van gezondheid aan de orde, meer speciaal de opvattingen van ouderen. Hiervoor gaat de auteur in op surveys en interviews op het terrein van lekenperspectieven. Het meeste kwantitatief onderzoek, concludeert ze, is gebaseerd op het pathogene paradigma en het medisch model. Het beschrijft de ouderen als een groep en houdt te weinig rekening met verschillen. Dit is een bekend argument onder degenen die kwalitatief onderzoek doen.

Sidell vergelijkt in het derde hoofdstuk kwantitatieve met kwalitatieve gegevens. De belangrijkste conclusie is dat de diversiteit van ervaringen bij ouderen negatieve en positieve mythen en stereotyperingen kan weerleggen. Gender-, klasse- en etnische verschillen bijvoorbeeld maken het gezondheidsbeeld van ouderen zeer verschillend. Dat blijkt ook uit de door ouderen zelf gerapporteerde gezondheidstoestand. Bovendien tonen kwalitatieve data ook aan, dat tussen ziekte en gezondheid een heel scala aan ervaringen ligt, afhankelijk van de ideeën die men over gezondheid heeft.

Het tweede deel gaat over de ervaringen van ouderen zelf. In hoofdstuk vier beschrijft Sidell hoe theoretische visies op chroniciteit en invaliditeit de perceptie van de eigen gezondheid beïnvloeden. De auteur biedt een kader waarmee men kan analyseren hoe ouderen met fysieke en mentale aandoeningen omgaan en hoe ze hun gezondheid trachten te bewaren. Onvermijdelijk komen kwesties aan de orde als betekenisgeving, onafhankelijkheid, competentie en culturele tradities. Sidell baseert zich dan op kwalitatief onderzoek.

In hoofdstuk vijf representeert Sidell zeven case studies, waarin ze laat zien hoe verschillend ouderen met ziekte en gezondheid omgaan, afhankelijk van onder meer de context. Ze plaatst de casus op het continuüm van ziekte en gezondheid. Het blijkt echter wel dat het medische model de meeste invloed heeft op de wijze waarop mensen met hun symptomen omgaan. Ondanks het belangwekkende van het materiaal, is dit hoofdstuk jammer genoeg het minst boeiende van het boek. Dit ligt niet zo zeer aan de wijze van representatie, als wel aan het gegeven dat de auteur zich te veel moeite getroost de verhalen van ouderen in het schema van het gezondheidscontinuüm onder te brengen. Dat maakt alles wat doods.

Het derde deel gaat in op de bronnen die ouderen voor hun gezondheid tot hun beschikking staan en de implicaties die dat weer heeft op het beleid. Sidell maakt onderscheid in de bronnen van de gezondheidszorg (ziekenhuis, huisarts en dergelijke) en persoonlijke bronnen. Ze laat zien hoe belangrijk de Engelse nationale gezondheidszorg is voor ouderen, terwijl die gelijktijdig onder druk staat en erodeert. Met name de huisartsen zijn voor hen belangrijk. Deze hebben ouderen echter op het gebied van chronische aandoeningen weinig te bieden. Sidell stelt voor dat deze artsen fondsen zouden kunnen vormen, waarvan specialisten als bijvoorbeeld fysiotherapeuten kunnen worden aangesteld.

In hoofdstuk acht bespreekt Sidell de persoonlijke bronnen voor gezondheid. Daartoe rekent zij constitutie, persoonlijkheidskenmerken, materiële bronnen en sociale

steun. Opmerkelijk is – misschien juist vanwege de eenvoud – dat de veronderstelling dat ouderen per definitie afhankelijk zijn, een mythe is. Het blijkt dat ouderen net zoveel sociale steun geven als ontvangen. Een kwestie van reciprociteit?

Het negende hoofdstuk handelt over een mogelijke gezonde toekomst en gezondheidszorg voor ouderen. De auteur beschrijft hiervoor Robertsons HE- en SHE-toekomst. HE staat voor Hyper Expansion, SHE voor Sane, Humane en Ecological. Voor een goede toekomst is volgens Sidell nodig: preventie en behandeling van chronische ziekten. Er zijn wel politieke implicaties. Ten eerste een goede voorlichting en verspreiding van kennis. De meeste activiteit op dit terrein richten zich op vrouwen. Sidell zou meer voorlichting speciaal gericht op mannen willen zien. Een tweede implicatie is of er accenten moeten worden gelegd op individueel gedrag of op economische en sociale problemen. De doe-dit-doe-dat-boodschappen zullen moeten worden gerelativeerd. Het derde probleem wordt gevormd door het politieke beleid, dat meestal buiten de individuele controle valt. Ouderen zouden belangengroepen kunnen vormen die workshops organiseren en advies kunnen geven. Het vierde probleem is dat gezondheidsvoorlichting en -bevordering door professionele groepen worden uitgevoerd, waardoor leken worden uitgeschakeld. Een SHE-toekomst impliceert persoonlijke autonomie en zelfbeschikking.

Sidell komt aan het slot van haar boek tot de conclusie dat 'healthism' direct is verbonden met 'ageism'. Ouderen zijn nog steeds de belichaming van wat men moet vermijden. Voor de auteur komt het erop aan dat men pijn en lijden verlicht en mensen helpt een leven te leiden, waarin ze zich wel bevinden. Dat is natuurlijk een waarheid die niemand zou durven of mogen betwijfelen.

Health in old age is een interessant boek dat wegen opent voor nuanceringen in beelden die over ouderen in relatie met ziekte en gezondheid gangbaar zijn. Niettemin vind ik de opzet van Sidell om resultaten van kwantitatief onderzoek af te zetten tegen die van kwalitatief onderzoek met de intentie mythen en mysteries te ontzenuwen, niet erg geslaagd. De auteur is daarin niet systematisch geweest. Bovendien is er sprake van een zeker eclecticisme dat weliswaar *verbredend* is, maar niet *verdiepend*.

Els van Dongen

Henri J.M. Stephen, *Winti en hulpverlening. Een bijdrage aan de gezondheidszorg in multicultureel Nederland*. Amsterdam: uitgave in eigen beheer, 1995. 160 pp., f29,95.

Terecht staat op de kaft van zijn nieuwe boek *Winti en hulpverlening* dat Henri Stephen inmiddels een gerespecteerd winti-deskundige in Nederland is. Diverse werken staan op zijn naam, waarmee hij bekendheid heeft gegeven aan deze "sociaal-religieuze cultuur van Afro-Surinaamse oorsprong" (p. 13). Stephen doet dat in een heldere en overzichtelijke schrijfstijl. Hij houdt al jaren een pleidooi voor het uitbreiden van de kennis van artsen en hulpverleners als het om winti gaat. Met al zijn publikaties zet hij dit pleidooi kracht bij. Wat dat betreft sluit dit boek goed aan bij zijn voorgaande werken.

Het is in het begin van het boek interessant om te lezen wat de sociale, culturele, religieuze en in zekere zin economisch-politieke achtergronden van winti zijn. Vervolgens

geeft Stephen een beschrijving van de levensbeschouwelijke grondslagen van winti en de daarmee samenhangende visie op gezondheid en ziekte. In de winti-behandeling van ziekten spelen rituelen een belangrijke rol. Voorts laat Stephen op overtuigende wijze zien dat artsen en hulpverleners enerzijds en winti-genezers anderzijds verschillende visies op gezondheid en ziekte hebben en als gevolg daarvan langs elkaar heen werken. Met betrekking tot beide groepen pleit hij voor meer kennis van elkaars werk en achtergronden en voor samenwerking. In dit verband is het voor artsen en hulpverleners essentieel dat zij kennis nemen van winti. Dat is van belang, omdat zij begrip dienen te hebben voor de specifieke culturele achtergronden van ziekten en problemen, met name in de geestelijke gezondheidszorg. Omgekeerd zouden winti-genezers meer kennis dienen te krijgen van onder meer psychiatrische ziektebeelden.

Stephen is van mening dat het een adequate zorgverlening ten goede zou komen, indien men leert inzien dat bepaalde psychiatrische ziektebeelden soms onterecht worden aangezien voor winti-invloeden en omgekeerd dat bepaalde winti-verschijnselen onterecht als psychiatrisch worden bestempeld. Daarmee raakt hij aan de discussie over de vraag of ziekten universeel of cultureel bepaald zijn. Stephen gaat ook impliciet in op de vraag of therapieën universeel toepasbaar zijn of gebonden aan specifieke culturen.

Het pleidooi van Stephen voor meer bekendheid over winti en zijn streven naar samenwerking is lofwaardig. Het is echter jammer dat hij het daarbij laat. Dat wil zeggen, in zijn boek werkt hij nauwelijks uit hoe de gewenste samenwerking tussen artsen/hulpverleners en winti-genezers concreet tot stand zou kunnen komen. Terwijl dat nu juist een stap vooruit zou betekenen in de lopende discussies over dit onderwerp. Zo formuleert Stephen criteria waaraan een betrouwbare winti-genezer moet voldoen (p. 44-5), maar deze zijn te vrijblijvend. Men kan zich onder meer afvragen wie of welke instantie bepaalt of een genezer aan dergelijke criteria voldoet? Achter deze vraag schuilt het probleem van het ontbreken van organisaties van winti-genezers, althans Stephen noemt ze niet. Deze kwestie speelt al veel langer, zoals bijvoorbeeld Pengel al in 1988 heeft opgemerkt. Daaraan gekoppeld is de vraag namens wie Stephen spreekt. Zoals gezegd is de schrijver een gerespecteerd deskundige, maar onduidelijk blijft welke mening andere winti-deskundigen en -genezers erop nahouden. Is bijvoorbeeld iedereen het eens met de door Stephen genoemde criteria?

Stephen gaat evenmin in op de vraag of en in hoeverre winti-genezers aansluiting zouden kunnen zoeken bij bestaande organisaties van (autochtone) alternatieve genezers in Nederland. Immers, die zijn al langer bezig met het formuleren van kwaliteitseisen, beroepsprofielen, registratie, tuchtrecht en onderzoek naar de effectiviteit van therapieën (of beter het formuleren van kritiek op bestaand onderzoek naar effectiviteit). Met name met het oog op de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) proberen zij hun ideeën op elkaar af te stemmen.

Stephen breekt een lans voor het (inhoudelijk) meer op elkaar laten aansluiten van reguliere en winti-therapieën. Maar ook roept de tekst vele vragen op. Hoe moet dat? Wie bepaalt of er een goede aansluiting is? Stephen stelt dat met name de 'medicijnman' degene is die vast moet stellen waar de grens ligt tussen 'culturele' en 'pathologische' problemen (p. 116-7). Maar, hoe doet hij dat dan en wie controleert zijn diagnostiek? Tot wie kunnen geïnteresseerde artsen en hulpverleners zich tenslotte wenden?

Een ander aspect dat in het boek nauwelijks aandacht krijgt is de visie van de patiënten. Het boek is geschreven vanuit het gecombineerde perspectief van de reguliere en de winti-hulpverlener. De onmisbare visie van de patiënten blijft buiten beschouwing. Hoe beleven zij ziekten? Hoeveel mensen denken baat te hebben bij een wintitherapie? Stephen heeft het op een aantal plaatsen in zijn boek over 'veel' en 'steeds meer mensen' die gebruik maken van en baat zeggen te hebben bij wintitherapieën, maar exacte gegevens en bronnen ontbreken. Waarom denken zij daar baat bij te hebben? Wat is volgens hen een goede winti-genezer? Wat zijn hun ervaringen met artsen en winti-genezers?

Ondanks het ontbreken van een inventarisatie van de mogelijkheden van winti als een erkende (alternatieve) geneeswijze in de Nederlandse samenleving bevat *Winti en hulpverlening* waardevolle inzichten. Voor zowel beleidmakers als artsen en hulpverleners is het een handzaam boek, waarin zij op een intrigerende wijze kennis kunnen maken met opvattingen over gezondheid en ziekte vanuit een winti-perspectief. Dat impliceert een belangrijke bijdrage aan het overbruggen van de kloof tussen de twee betrokken medische systemen.

Cor Hoffer

Literatuur

Pengel, C.R.

- 1988 Winti in de hulpverlening, in het bijzonder in de gezondheidszorg. In: F.E.R. Derveld & H. Noordegraaf (red.), *Winti-religie. Een Afro-Surinaamse godsdienst in Nederland*. Amersfoort: De Horstink.

Werkgroep Interculturele Verpleging, *Intercultureel verplegen*, Utrecht: De Tijdstroom, 1995. 140 pp., f 29,00.

De bijdragen in deze bundel zijn geschreven ter gelegenheid van het eerste lustrum van de Werkgroep Interculturele Verpleging door een aantal leden (verpleegkundigen, docenten en onderwijskundigen). De werkgroep zet zich in voor 'cultureel sensitief verplegen': zorgverlening met aandacht voor het culturele referentiekader van de patiënt.

Ondanks het feit dat grote groepen mensen uit Indonesië, Suriname en de Antillen naar Nederland zijn gekomen, is de invloed van cultuur op het zorgvraag- en aanbod pas laat onderkend. Cultuurverschillen zijn het meest duidelijk geworden bij mensen afkomstig uit islamitische landen. Bij vele migranten treedt bij het ouder worden vaak een hernieuwde interesse op de in eigen cultuur.

Aan de hand van voorbeelden wordt in een aantal artikelen aangegeven hoe cultureel sensitief gehandeld kan worden in concrete zorgsituaties, namelijk in de bijdragen over de zorg voor Indische ouderen in een verzorgingshuis, de problemen bij het geven van een cursus ziekenverzorging voor Turkse mantelzorgers, de verpleging van Vietnamese vluchtelingen in een psychiatrisch ziekenhuis, de gang van zaken in een dagvoorziening voor ouderen migranten en bij betrokkenheid bij vrouwenbesnijdenis. Duidelijk wordt gemaakt hoe culturele karakteristieken, zoals taal en communicatie, religie, eetgewoonten, opvattingen over familieverhoudingen, ziekte en gezondheid in relatie staan tot het

verlenen van zorg. Van belang zijn die culturele aspecten die voor de patiënt van invloed zijn op zijn welbevinden en zijn verpleegproces, waarbij gewezen wordt op verschillen in zorgconcepten, opbouw identiteit en op het gevaar van generalisatie.

In een bijdrage wordt vermeld hoe een consulentschap migrantenzorg en de functie van een wijkverpleegkundige migrantenzorg vorm gegeven kan worden. De overige teksten bepleiten het interculturaliseren van de verpleegkundige professie, het management en het onderwijs en reiken mogelijkheden aan ter uitvoering. Zo wordt voorgesteld aan de verpleegkundige theorieën een basisoriëntatie toe te voegen vanuit wetenschappen als cultuurfilosofie, wijsgerige en culturele antropologie en de moraalfilosofie/ethiek. Verder wordt in het onderwijs een koppeling van kennis over cultuurbepaalde gewoonten en gebruiken en een bewustwording van de eigen intermenselijke en beroepsvaardigheden nagestreefd.

De bundel is een weerslag van ideeën van de werkgroep voor de praktijk en de opleiding. Voor de doelgroep verpleegkundigen is zij heel geschikt. Dit boek geeft een aanzet gegeven ter realisatie van het cultureel sensitief verplegen, ongeacht of het een migrant, allochtoon of autochtoon betreft, hetgeen antropologisch gezien verdienstelijk is. De mengeling van praktijk en onderwijstheorie vind ik minder geslaagd.

Gerdy Weustink