

Boekbesprekingen

Eva Abraham, *Oudere mensen zijn als bomen die schaduw geven. Oudere Marokkaanse vrouwen en mannen in de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1996. 110 pp. f 18,50.

Eva Abraham gaat vooral in op de beleving en de betekenis van oud worden in een culturele context die door migratie verschilt van die waarin men opgroeide. Ze koos als doelgroep voor haar onderzoek mannen en vrouwen van Marokkaanse afkomst tussen 55 en 80 jaar oud. De onderzoekster geeft eerlijk de beperking van haar keuze aan. De steekproef in dit onderzoek heeft omwille van de selectieprocedure allicht een meer problematische beleving van de hogere leeftijd dan de ruimere populatie van oudere Marokkaanse migranten waarover zij met deze steekproef conclusies wil trekken.

Het inleidende hoofdstuk van het boek bevat nuttige demografische informatie over het aantal Marokkaanse migranten naar leeftijd en geslacht in Nederland. Vervolgens beschrijft Abraham hoe in Marokko de plicht om voor bejaarde ouders te zorgen gefundeerd is in de koran en in het ethos van de 'extended families' waaruit de meeste oudere migranten komen. Aan het einde van het eerste hoofdstuk presenteert zij twee uitvoerig beschreven casussen. Uit het materiaal blijkt hoezeer geluk en ongeluk voor de geïnterviewde oudere Marokkaanse mannen en vrouwen samenhangt met traditionele verwachtingen van en rechten op zorg binnen de familie.

In hoofdstuk twee verklaart Abraham dit gegeven. Alle door haar geïnterviewden groeiden op in 'extended families' die ten tijde van de migratie in Marokko vanzelfsprekend waren. In dat perspectief valt Abrahams ruime aandacht te begrijpen voor oudere mannen die alleen migreerden en alleen bleven in Nederland, alsook voor oudere vrouwen die hier alleen kwamen te staan. Dat laatste is mogelijk door bijvoorbeeld het overlijden van de (soms veel oudere) echtgenoot, door verstoting of echtscheiding. De oorzaak van het alleen-zijn van de ouderen heeft vaak grote implicaties voor hun beleving van ouderdom. Abraham schetst goed de dilemma's van ouderen die hier minder steun krijgen dan verwacht, ook al leven familie en kinderen hier. Hoofdstuk twee is vanuit psychologisch-antropologisch oogpunt zeer interessant. De lezer vindt hier immers zeer concreet de twijfels en de conflictueuze gevoelens van verouderende migranten.

In hoofdstuk drie wordt beschreven hoe een aanzienlijk aantal ouderen door te vroege werkloosheid in een toestand van permanente afhankelijkheid van de verzorgingsstaat terecht komt. In die omstandigheden beleven de betrokken respondenten een WAO-uitkering als een bijzondere geruststelling. We leren in Abrahams boek zeer uiteenlopende strategieën om in dat systeem van uitkeringen terecht te komen, alsook de pijnlijke lotgevallen van sommigen om administratief en juridisch hun weg te vinden in de verzorgingsstaat. Voor vele oudere migranten zonder werk is een uitkering

een middel om vooralsnog familiale verantwoordelijkheden en plichten na te komen, in Europa en in Marokko. Desondanks lukt dat niet volledig met een uitkering, waardoor verschillende van de in dit onderzoek betrokken ouderen nauwelijks in te lossen schulden maakten.

In hoofdstuk vier gaat Abraham, in een zeer sterk deel van haar boek, in op oudere migrantenvrouwen. Deze vrouwen komen uitvoerig en goed aan het woord. Ze vertellen hoe ze, na het vertrek van hun man naar Europa, plots veel meer autonomie en verantwoordelijkheid kregen. Ze moesten voor hun gezin taken vervullen die gewoonlijk door hun man werden gedaan. Andere vrouwen hoefden dat niet te doen, doordat de taken van hun man door de schoonfamilie werden opgenomen. In dat geval werd de vrouw zelf vaak erg gecontroleerd en ingeperkt door deze schoonfamilie. Abraham geeft ook goed aan hoe sommige oudere vrouwen die ginds na het vertrek van de man veel autonomer werden, hier soms twintig jaar later bij gezinshereniging door hun man opnieuw sterk ingeperkt werden. Een aantal van de geïnterviewde vrouwen ziet in de afhankelijkheid van de verzorgingsstaat (uitkering) een kans om dan weer onafhankelijker van de man te functioneren.

In hoofdstuk vijf gaat Abraham in op veranderingen in de band tussen ouders en kinderen ten gevolge van migratie. Een traditioneel Marokkaans spreekwoord bood inspiratie voor de titel *Oudere mensen zijn als bomen die schaduw geven*. Ouderdom is traditioneel in Marokko een bron van kracht, sterkte, goddelijke zegen, levenswijsheid, ervaring. Het aspect 'schaduw geven' staat voor het behoeden van en zorg dragen voor de jongere generatie. Het behoeden van de jongere generatie gebeurde binnen hechte familiebanden die sterk hiërarchisch zijn tussen verschillende generaties. In het recente Marokko is dat aan het veranderen. Zo blijven in Marokko ouderen vaker alleen in het dorp, wanneer de kinderen naar de stad migreerden. Abraham toont tevens hoe oudere Marokkanen hier vasthouden aan het geïdealiseerde beeld over ouderdom in het Marokko van enkele decennia geleden. Hier vermeldt ze de enige keer dat ze vaststelt dat bepaalde Marokkaanse (jongere) hulpverleners dit geïdealiseerde beeld behouden. Het is jammer dat de auteur minder ingaat op de mogelijke betekenis van het zich baseren op een geïdealiseerd traditioneel beeld over ouderdom bij bepaalde Marokkaanse ouderen en bij jongere Marokkaanse therapeuten.

Vervolgens beschrijft Abraham hoe de verzorgingsstaat de kinderen van Marokkaanse ouderen minder afhankelijk maakt van hun ouders. Ze kunnen bijvoorbeeld zelf een bruidsprijs betalen en kiezen in die omstandigheden graag zelf hun partner. Abraham laat over zulke zaken de ouderen goed aan het woord. Ze geeft de beleving van ouderen weer rond de kritiek van hun kinderen op bepaalde aloude regels en patronen.

De hechte band tussen moeders en dochters wordt zeer goed geschetst. Er is bij de geïnterviewden niet zelden een blijvende steun van moeders voor hun dochters, zelfs al gaan deze dochters uitdrukkelijk in tegen hun vader. Vervolgens wordt de lezer getroffen door het geslachtsverschil in de beleving van de combinatie van professionele en informele (familiale) zorg voor ouderen. Abraham vond hierover vele interessante gegevens en belevingen bij oudere Marokkaanse vrouwen, maar geeft eerlijk weer dat ze dit thema met oudere Marokkaanse mannen nauwelijks besproken krijgt.

Samengevat, Abrahams boek is zeer dicht bij de beleving van oudere migranten geschreven. Al levert de selectie van haar steekproef beperkingen rond veralgemeenbaarheid van de conclusies op, toch is dit werk hopelijk een stimulans voor deze of een andere auteur om met dezelfde degelijkheid verder onderzoek te doen naar de beleving van ouderdom. Dit boek is een aanrader voor de lezer omwille van de sterke nadruk die Abraham legt op het verhaal en de beleving van oudere migranten. In dat opzicht is het een zeer geslaagd werk. Zeker voor hulpverleners die (rond ouderenzorg) met Marokkaanse gezinnen te maken krijgen is dit boek juist omwille van de sterke ervaringsgerichte dimensie zo goed als een must.

Patrick Meurs

Jan van Alphen & Anthony Aris (red.), *Oosterse Geneeskunde: een geïllustreerde gids van de Aziatische geneeswijzen*. Rotterdam: Lemniscaat, 1995. 271 pp. gebonden, index, foto's. f 95,00.

Tegelijkertijd met de tentoonstelling *Oosterse Geneeskunde* in het najaar van 1995 in het Etnografisch Museum van Antwerpen verscheen een geïllustreerde gids met negentien bijdragen over dit onderwerp. De essays zijn prachtig geïllustreerd met afbeeldingen van de tentoongestelde objecten en foto's uit de Aziatische geneeskundige praktijk. De bijdragen verschillen in kwaliteit, lengte en professionele achtergrond van de auteurs. Filologen, historici en Aziatische genezers zijn in de meerderheid, terwijl het medisch-antropologisch perspectief slechts summier aan bod komt.

Aan het begin van het boek stelt Van Alphen dat hij geen enkele vorm van medisch handelen wil aanprijzen, maar dat het hem gaat om het kweken van begrip en het stimuleren van een dialoog. Dit laatste komt tot uiting in de keuze van de auteurs. Zeven bijdragen zijn afkomstig van Aziatische genezers en onderzoekers. De overige zijn afkomstig van westerse wetenschappers. Hoewel deze gids ruim aandacht besteed aan het exotische karakter van Aziatische geneeskundige tradities, worden hedendaagse ontwikkelingen eveneens behandeld.

In zijn inleiding bakent Meyer het naturalisme van de Aziatische tradities af ten opzichte van personalistische opvattingen. Volgens hem wint de Aziatische geneeskunde hierdoor aan neutraliteit, algemeenheid en abstractie, maar moet zij iets prijsgeven op het gebied van de zingeving. Dit neemt echter niet weg dat door "een zinrijk spel van polysemie, parallellen en metaforen (...) lichaam en geest, wereld en maatschappij, naar elkaar verwijzen" (p. 15). Hierin verschillen Aziatische geneeswijzen van de biogeneeskunde die volgens Meyer niet-biologische aspecten van ziekte verwaarloost en daarom als onmenselijk en agressief wordt ervaren. Door beide geneeswijzen als uitersten te zien, wordt duidelijk dat Meyer zich voornamelijk op teksten baseert en niet op kennis van de hedendaagse praktijk. Deze praktijk kenmerkt zich vooral door een syncretistische, lichamelijke benadering die sterk steunt op geneesmiddelen. Meyer constateert terecht dat het bij Aziatische medische tradities gaat om "de *ontplooiing van de mogelijkheden* die alle reeds in de basisteksten besloten liggen" (p. 14, mijn

cursivering). Kennis uit de klassieke teksten is dus niet zonder meer toepasbaar. Afhankelijk van historische omstandigheden worden de Aziatische geneeskundige tradities steeds opnieuw vorm gegeven.

Na Meyers erudiete inleiding, waarin hij de lezer terecht belooft dat de studie van Aziatische medische tradities de eigen visie op ziekte en dood kan verrijken, begint de sectie *De wereld van de Indiase geneeskunde*. In het eerste artikel schetst Wujastyk de ontwikkeling van de geneeskunde op het Indiase subcontinent in de afgelopen drieduizend jaar. Als sanskritist, gespecialiseerd in klassieke Ayurvedische teksten, geeft hij een goed beeld van de herkomst, inhoud, evolutie en het gebruik van deze werken. Wujastyk benadrukt de dynamiek van Ayurvedische kennis. Hierbij schenkt hij aandacht aan inheemse tradities die Ayurveda hebben beïnvloed zoals Siddha (Zuid-India), Yunani (islamitische geneeskunde), astrologische geneeskunde, shamanisme en de geneeskundige tradities van de Portugezen, Nederlanders en Britten. Het benadrukken van de veranderingen binnen Ayurveda staat op gespannen voet met de in India gangbare visie dat Ayurvedische kennis direct van de goden afkomstig is en daarom bij aanvang reeds volledig en onbetwistbaar. Wujastyk ontmythologiseert Ayurveda verder met zijn beschouwingen over Indiase traditionele inentingstechnieken en plastische chirurgie. Deze voor hun tijd technologische hoogstandjes werden echter niet door Ayurvedische genezers, maar door lagere kasten uitgevoerd.

Het tweede artikel over Indiase geneeskunde voorziet in een lacune. In bijna dertig pagina's behandelt de jonge medisch-historicus Liebeskind de duizendjarige geschiedenis van de Yunani geneeskunde in India. Naar deze humorale pathologie die samen met Ayurveda het denken over ziekte en gezondheid op het Indiase subcontinent tot op heden beïnvloedt, is bijna geen onderzoek gedaan. Haar analyse van klassieke Yunani teksten is essentieel voor de studie van de islamitische geneeskunde. Liebeskind toont aan dat de periode tot 1800, althans voor wat de teksten betreft, werd gekenmerkt door systematisering van kennis, vertaling van Arabische werken in het aan Indiase hoven populaire Perzisch, en compilaties van therapieën. Bij deze laatste namen medicamenteuze behandelingen een belangrijke plaats in. Yunani en Ayurveda hebben elkaar wederzijds beïnvloed. Yunani nam Ayurvedische preparaten binnen haar farmacologie op, terwijl Ayurveda op haar beurt polsdiagnostiek en het gebruik van metalen overnam van Yunani. Door haar filologische benadering heeft Liebeskind vanzelfsprekend weinig te melden over de *hadith*, de islamitische volksgeneeskunde, alsmede over de hedendaagse praktijk in het land dat zich beschouwd als gidsland op het terrein van de islamitische geneeskunde.

Het volgende artikel is afkomstig van de Noord-Amerikaan Svoboda die in 1974 in het Indiase Poona afstudeerde in de Ayurvedische geneeskunde. Sinds zijn terugkeer in zijn geboorteland houdt Svoboda zich bezig met de behandeling van patiënten, het opleiden van Ayurvedische genezers, en de publicatie van boeken over Ayurveda.

Onder invloed van zijn docenten in Poona en in het kielzog van de New Age-beweging, komt Svoboda tot zijn interpretatie van Ayurveda. Volgens hem zijn klassieke Ayurvedische teksten een materialisatie van eeuwige kennis. Hij legt sterk de nadruk op moraliteit. Voor Svoboda is perversiteit van de geest de achterliggende oorzaak van iedere ziekte. Juiste gedachten leiden volgens hem tot welvaart, geluk en gezondheid.

Onverteerde spijsbrei (*ama*) – binnen Ayurveda een belangrijke somatische etiologische factor – stelt Svoboda op één lijn met onverteerde begeerte. Zo transformeert hij een geneeswijze die zijn verklaringen primair in fysiologische concepten zoekt, tot een psychisch deterministische visie op ziekte. Ziekte wordt volgens Svoboda dus vooral veroorzaakt door foutief denken. Gezondheid is bij hem geen voorwaarde voor geluk, maar geluk de determinant van gezondheid. Indien de lezer zich over deze ideologie heen zet, kan hij plezier beleven aan diens uitleg over basisbegrippen, diagnostiek en behandeling, alsmede aan de geciteerde passages uit de bekende Ayurvedische tekst *Astangahrdaya* (700 n.C.).

Het laatste artikel uit deze sectie doet recht aan Ayurveda als levende Indiase geneeswijze met beroepsorganisaties, opleidingsinstituten, onderzoekscentra en een farmaceutische industrie die op grote schaal Ayurvedische standaardpreparaten produceert. In hun essay *Ayurveda vandaag: op een kruispunt* komen de Shankar en Manohar, verbonden aan een onderzoeksinstituut in Bangalore, tot een kritische evaluatie van de Ayurvedische praktijk in India. Hoewel cijfers over Ayurveda positieve ontwikkelingen suggereren, zijn de auteurs van mening dat er sprake is van een geloofcrisis. Volgens hen is deze het gevolg van “(..) de mythe van de exclusieve, universele en unieke aard van de moderne wetenschap en technologie” (p. 103). Deze mythe heeft volgens hen geleid tot het evalueren van Ayurveda aan de hand van biomedische parameters en positivistische onderzoeksmodellen. Hierdoor wordt het eigen karakter van Ayurveda ontkend en dreigt de biogeneeskunde deze geneeswijze op te slokken. Shankar en Manohar verzetten zich tegen de huidige praktijk waarin slechts één epistemologie het geneeskundig onderzoek domineert, namelijk de van origine westerse wetenschapsopvatting gekenmerkt door positivisme en varianten op de logica van Aristoteles. Ze pleiten voor een alternatief gebaseerd op inclusieve logica en een fenomenologische benadering. Door hun kritische analyse van bestaand cijfermateriaal dragen de auteurs bij tot een reële beeldvorming van de hedendaagse Ayurvedische praktijk in India. Bovendien schetsen ze de eerste contouren van een visie waarmee Aziatische geneeskundige tradities zich kunnen ontwikkelen zonder hun eigenheid prijs te geven.

De tweede sectie behandelt de Tibetaanse geneeskunde. De bijdrage van de Franse Tibet-kenner en arts Fernand Meyer is een van de hoogtepunten van deze gids. Dit essay wordt ondersteund door de bijzonder rijke Tibetaanse iconografie. Het is niet alleen een zeer goede uiteenzetting over de Tibetaanse geneeskunde, maar biedt ook inzicht in Ayurveda waaraan Tibetaanse geneeskundige theorieën over fysiologie, pathologie en therapie deels zijn ontleend. De duizend jaar oude geschiedenis van de Tibetaanse geneeskunde die uitvoerig wordt gesehst, is ook beïnvloed door medische visies uit China, Perzië en zelfs Griekenland. Het meest opvallende is echter de geheel eigen wijze waarop de Tibetanen hun geneeswijze vorm hebben gegeven. In tegenstelling tot Ayurveda kende deze geneeskunde post-mortem onderzoek waardoor de anatomie beter was ontwikkeld. Vooral de sterke verbondenheid met het Tibetaans tantristisch boeddhisme maakt deze medische traditie zo veelomvattend. Het individu wordt gezien als een aggregaat van lichaam, bewustzijn, waarneming, emotie en wil. Het lichaam op zijn beurt is een substraat waarop lichaamsvochten de vitale functies in

stand houden. Lichaam en geest worden beschouwd als materie en bevinden zich niet, zoals binnen het door Descartes geïnspireerde dualisme van de westerse geneeskunde, in een hiërarchische relatie tot elkaar. Volgens het Tibetaans boeddhisme biedt de menselijke bestaansvorm de mogelijkheid om aan de begoocheling van het leven op aarde te ontkomen en weer terug te keren tot ongedifferentieerd Zijn. De Tibetaanse visie waarin de mens een afbeelding is van de kosmos, wordt in Meyers bijdrage inzichtelijk gemaakt door anatomische en astrologische illustraties uit de *Kalachakra Tantra* (verhandeling over het wiel van de tijd). Deze Indiase tantristische tekst die in de elfde eeuw Tibet bereikte, bevat onder meer psychofysiologische speculaties waarbij lichaamskanalen en het lichaamsvocht *wind* een belangrijke plaats innemen. Meyer maakt de lezer vertrouwd met structuren en functies van het lichaam, ziekteclassificatie en Tibetaanse technieken als polsdiagnose en urine-analyse. Zijn heldere betoogtrant en grote kennis van zaken staan garant voor een uitstekende inleiding over een esthetische humorale pathologie. Ook therapeutische ingrepen als medicatie, voeding, leefregels en uitwendige behandelingen zoals kompressen, baden, ader laten, uitbranden, moxibustie (het verbranden van moxa op vitale lichaamspunten) en kleine chirurgische ingrepen, komen uitvoerig aan bod.

In een volgend artikel schetst Meyer zeer summier de huidige stand van zaken in de Tibetaanse geneeskunde, zowel binnen als buiten Tibet. Zijn opsomming van bestaande faciliteiten zoals ziekenhuizen, onderwijs en onderzoek, is enigszins teleurstellend. Meyers filologische invalshoek kan hiervan de oorzaak zijn. Klassieke teksten hebben immers niets te melden over de relatie tussen de hedendaagse uitoefening van de Tibetaanse geneeskunde en zaken als nationale politiek, verzet en identiteit, en de invloed van globale moderniseringstendensen. Krachten die in het door China bezette Tibet uitermate belangrijk zijn.

De tweede sectie eindigt met een korte samenvatting van de autobiografie van de Tibetaanse arts en monnik Khenpo Troru Tsenam, geneesheer-directeur en hoogleraar in Tibet. Na jarenlange Chinese gevangenschap leidt Khenpo de door de Chinezen gesteunde wederopstanding van de Tibetaanse geneeskunde in Tibet. Vervolgens komt Khenpo zelf aan het woord over de relatieve bloei die de Tibetaanse geneeskunde sinds 1985 in Tibet doormaakt. Na het wegebben van de culturele revolutie – waarin het grootste deel van het Tibetaanse erfgoed werd vernietigd – leidden pragmatische (kosten-baten analyse) en politieke overwegingen tot Chinese overheidssteun. Het aantal genezers en patiënten, alsmede de productie van Tibetaanse medicijnen, bereikte in 1985 volgens Khenpo een recordhoogte.

In de derde sectie, *De wereld van de Chinese geneeskunde*, wijdt Vercammen, genezer en directeur van het taoïstische studiecentrum in Antwerpen, ons uitvoerig in in de traditionele Chinese geneeskunde. Klassieke teksten, theoretische grondslagen, zoals het yin-yang evenwichtsprincipe en de transformatie van de vijf elementen dat het principe van de eeuwige verandering uitdrukt, maar ook etiologie, diagnose en therapie waaronder acupunctuur en moxibustie beschrijft hij helder.

Het middengedeelte van deze sectie bestaat uit vier bijdragen van traditionele genezers en wetenschappers uit China, Taiwan, Vietnam en Zuid-Korea. Opvallend is dat alle auteurs pleiten voor de ontwikkeling van een geïntegreerde geneeskunde

waarin het beste uit de traditionele en de biomedische geneeskunde worden verenigd. Vooral in China en Vietnam lijkt men geen oog te hebben voor het gevaar dat 'integratie' dreigt neer te komen op het overnemen van een paar elementen, zoals kruidenpreparaten, acupunctuur en inheemse fysiotherapie, zonder recht te doen aan het eigen karakter van Aziatische geneeswijzen. Bovendien wekt het jongleren met biomedische en traditionele concepten weinig vertrouwen. Maar vooral de claim van een van de auteurs dat Chinese kruiden kanker genezen gevolgd door de trotse constatering dat 'genezen' kankerpatiënten worden "bijeengebracht om als rondreizende groep hun overwinning op de dood te verkondigen" (p. 199), geeft te denken. Hiertegenover staat de meer evenwichtige Taiwanese bijdrage waarin wordt gepleit voor het complementaire gebruik van Chinese kruiden bij de behandeling van kanker omdat deze 'tot op zekere hoogte' kunnen bijdragen aan genezing. Bovendien informeren de artikelen uit Taiwan en Zuid-Korea de lezer met meer feitenmateriaal over zaken als opleiding, beroepsorganisaties, kwaliteitscontrole en standarisatie van medicijnen. Het Taiwanese artikel is het meest duidelijk over wat men onder 'geïntegreerde geneeskunde' verstaat. Te denken is dan een combinatie van westerse technologie, biomedische nosologie en hedendaagse farmaceutische technieken vervaardigde Chinese kruidenpreparaten.

De sectie Chinese geneeskunde wordt afgesloten met twee mooie artikelen over Japanse geneeskunde. Het artikel van Van Put omspannt vijftienhonderd jaar Japanse medische geschiedenis en is prachtig geïllustreerd. Interessant is het japaniseren van buitenlandse medische visies waaronder de Chinese, de Nederlandse, de Duitse en tegenwoordig de biomedische.

Dit wordt goed geïllustreerd door het tweede artikel over Japan waarin de van origine Chinese kanpo-kruidengeneeswijze centraal staat. Sinds het midden van de jaren zeventig is de verkoop van Kanpo preparaten verachtvoudigd. In 1994 bedroeg de omzet 1,8 miljard US \$. Tachtig procent van de Kanpo medicijnen wordt door biomedische artsen voorgeschreven. Deze kruiden worden vaak in combinatie met biomedische preparaten gebruikt. Kanpo preparaten die als zacht, natuurlijk en evenwichtig worden beschouwd, worden geacht de nevenwerkingen van agressieve biomedische preparaten te neutraliseren. Tevens zijn ze de meest aangewezen medicatie bij maag- en leverproblemen en in het geval van algehele zwakte en aftakelingsprocessen. Indien we kijken naar het medicijngebruik lijkt de integratie tussen traditionele en biomedische geneeskunde in Japan zijn beslag te hebben gekregen.

De gids wordt afgesloten door drie juweeltjes die handelen over goddelijke personages die nauw verbonden zijn met Aziatische medische tradities.

Het spanningsveld tussen eigenheid en aanpassing kenmerkt de huidige stand van zaken. Aziatische medische tradities lijken onder invloed van de noodzaak tot aanpassing aan maatschappelijke realiteiten af te glijden naar een oppervlakkig herbalisme gebaseerd op syncretistische concepten zonder epistemologische basis. Indien kritische wetenschappers dit syncretisme echter niet serieus nemen en het alleen maar verketteren, dreigen ze de aansluiting met ontwikkelingen in Azië te verliezen. Omdat de Aziatische geneeskunde zich in een kritieke fase bevindt, betekent dit een gemiste kans. Het ontwikkelen van passende onderzoeksmodellen is noodzakelijk voor het

voortbestaan van deze tradities. Door het impliciet signaleren van het syncretisme dat onderdeel uitmaakt van de hedendaagse Aziatische geneeskunde, levert de gids hiertoe een eerste aanzet. Het is een uitstekende kennismaking met de Aziatische geneeskunde waarbij dilemma's niet worden weggemoffeld. Door de prachtige uitvoering wordt niet alleen het intellect, maar ook het oog gestreeld.

Maarten Bode

Gerda Assen, *Lilalu, psychose in Kenya. De bijdrage van de traditionele en gebedsgenezers en de westerse psychiatrie aan de sociale reïntegratie van psychotische patiënten*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 1990.

Deze studie is gebaseerd op veldwerk verricht in de Western Province in Kenya tussen 1982 en 1984. Het is een boeiend voorbeeld van een medisch-psychiatrisch geschoolde wetenschapper die haar kennis en inzichten toepast op een onbekende cultuur. De interculturele psychiatrie is een nog beginnend studieveld dat mijns inziens een veelbelovende toekomst kan hebben en met name resultaten zal kunnen afwerpen bij een interdisciplinaire aanpak.

Een van de grootste uitdagingen is de vraagstelling in hoeverre psychiatrie die voortkomt uit een Euro-amerikaanse traditie, universele categorieën van mentale stoornissen kan definiëren. Richters geeft in *De medisch antropoloog als verteller en vertaler* (1991) een analyse van cultuurgebonden syndromen in westers-psychiatrische categorieën en maakt gebruik van antropologisch onderzoek om haar twijfels en kritiek gestalte te geven. In haar studie gaat Gerda Assen minder diep op deze problematiek in en gebruikt na enige moeilijkheden met vertaling verschillende psychologische testen als onderzoeksinstrument.

Assen gebruikt de Present State Examination (PSE) en de Disability Assessment Schedule (DAS). De PSE wordt afgenomen in een semi-gestructureerd interview en richt zich op 140 psychiatrische symptomen. Deze test werd reeds in begin van de jaren zeventig toegepast en is erkend door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). DAS is door de WHO ontwikkeld en is een instrument om het sociale functioneren van (gewezen) psychiatrische patiënten te beoordelen. Hiertoe wordt met een sleutelfiguur uit de naaste omgeving van de patiënt gesproken. Met behulp van assistenten en een tolk heeft de auteur beide testen toegepast op patiënten van de psychiatrische afdeling van het Kakamega Provincial Hospital. Het betrof ook patiënten en hun verwanten die de hulp hadden ingeroepen van traditionele en gebedsgenezers.

Na behandeling van de probleemstelling, gaat de auteur in de volgende drie hoofdstukken in op de achtergrond van de patiënt teneinde de onderzoeksgegevens te kunnen contextualiseren. In hoofdstuk 2 krijgt de lezer een schets van de cultuur en demografie van de Luhya en van hun woongebied. In hoofdstuk 3 volgt een goede beschrijving van de gezondheidszorg in Kenya. Dit biedt een duidelijk beeld van de problematische situatie waarin psychiatrische voorzieningen ontwikkeld en onderhouden moeten worden. Hoofdstuk 4 behandelt vrij uitgebreid ziekte en gezondheid in

relatie tot traditionele en christelijke religie. Ingegaan wordt op het keuzemoment voor de patiënt. Kiest men voor de biomedische gezondheidszorg of voor één van de vele traditionele ('indigenous' of lokaal was wellicht een gelukkiger woordkeus geweest) (gebeds)genezers die het gebied rijk is.

In deze hoofdstukken krijgt de lezer aan de hand van veel bronnenmateriaal een inzicht in de wereld waarin de patiënt zich beweegt. Als medicus gaat Assen hierbij een grote uitdaging aan, omdat zij ervoor kiest de analyse uit te breiden naar een terrein dat buiten haar vakgebied ligt. Het belang dat zij als medicus hecht aan het bestuderen van een sociaal-cultureel veld is een belangrijk en vernieuwend element in deze studie. Het komt mij als antropoloog die in hetzelfde gebied medisch onderzoek heeft verricht, heel sympathiek over. Wel meen ik dat deze studie voordeel had ondervonden van een intensievere steun vanuit de antropologie.

Assen beschrijft de Luhya als een ongedifferentieerde eenheid. Ze heeft hier overigens wel haar bedenkingen bij. Zo stelt zij: "De Luhyas bestaan niet. Elke Luhya verschilt van een andere Luyha" (p. 39). Inderdaad onderscheidt de bevolking zelf zestien verschillende etnische groeperingen. Historici zien de algemene noemer Abaluhya als een overkoepelende term die de Britten in de koloniale tijd naar voren schoven. Ook de onderling verwante talen verschillen substantieel van elkaar. De verschillende etnische groeperingen van de Luyha kenmerken zich verder door een gedifferentieerde recente geschiedenis. Het Maragoli-gebied in de nabijheid van Kakamega Provincial Hospital is reeds vrij snel na de komst van de blanken gekerstend. Het kent een relatief hoge bevolkingsdichtheid, meer dan gemiddeld onderwijs, veel migratie naar Nairobi en andere steden en een gemiddelde landbezit van 0,5 acre. In Babukusu een ander deel van het Luhya-gebied in de nabijheid van de standplaats van de onderzoekster, het Alupe lepra-ziekenhuis, lag in de jaren tachtig de situatie geheel anders. Daar is relatief weinig confrontatie met de missie en zending geweest, en er is weinig onderwijs, weinig migratie en het gemiddelde landbezit is vijf acres.

Door de Luhya als stam niet verder te differentiëren is het minder noodzakelijk aan te geven in welke regio de onderzoeksresultaten verkregen zijn. Hierdoor raken verschillen in regionale ontwikkeling uit het oog. In plaats van traditie en cultuur impliciet als iets onveranderlijks te zien, zou men eerder moeten zoeken naar culturen in verandering. Dit is één de punten die de huidige antropologie naar voren brengt als kritiek op het eigen verleden waarin vaak statische beelden van culturen werden geschapen. Deze kritiek is gelieerd aan kritiek op de presentatie van 'wij' en 'de ander', waarbij de westerse samenleving vaak als hoogontwikkeld en gedifferentieerd werd gekarakteriseerd en de rest van de wereld als meer simpele, ongedifferentieerde culturen. In een studie naar de bijdrage van 'traditionele en westerse gezondheidszorg in ontwikkelingslanden' (hoofdstuk I.1) kan men verstrikt raken in deze oude, taaië vooronderstellingen en tegenstellingen, hoewel men – net als de antropologen van toen – juist ruimte tracht te scheppen om naar de ander toe te redeneren.

In hoofdstuk 4 krijgt de lezer een vrij uitgebreid beeld van de keuzes die patiënten en hun verwanten maken inzake de soort behandeling. Een deel kiest voor het biomedische ziekenhuis, een deel voor de traditionele genezer en een deel voor de gebedsgenezer. Het is een grote verdienste van de auteur dat zij de moeite heeft genomen deze

contacten te leggen en te volgen. Dit vergt veel tijd, energie en geduld. Terecht wijst zij op het feit dat nog weinig onderzoek is gedaan naar het effect van de kruidenmedicijnen die de diverse soorten genezers gebruiken. Ook gaat zij in op de ambivalente houding van de bevolking ten opzichte van hun eigen genezers. Vertrouwen wordt hun niet snel gegeven en vaak maakt men melding van de verwaarlozing van patiënten die op het erf van de genezer verblijven. Ook de wijze van behandelen ontvangt kritiek. Wanneer zij bijzonder agressief zijn, worden patiënten vaak gedurende lange periodes vastgebonden. Ook gebeurt dit soms kortstondig tijdens een behandeling in een poging de geest uit zijn lichaam te drijven. Hoewel de auteur nadrukkelijk stelt dat niet alle genezers deze methoden gebruiken, worden dit toch regelmatig genoemd in het boek, waardoor in zekere zin een duister beeld van hen ontstaat. Er zijn weinig positieve voorbeelden te vinden van de charismatische kwaliteiten, de gedeelde denkwereld met de patiënt en het vertrouwen dat hieruit kan ontstaan. Allen eigenschappen die in veel publicaties als de voordelen van de lokale genezer boven de biomedische zorg worden genoemd.

In de literatuur wordt ook de hoogst individuele benadering van de 'indigenous healer' in Oost-Afrika sterk benadrukt. Elke genezer heeft een eigen relatie met specifieke voorouders, die medische inzichten en kennis verschaffen. Hij 'ziet' als het ware door middel van de geesten die bij hem wonen, wat het probleem is van de persoon die hem raadpleegt. Vandaar dat elke genezer anders werkt, waardoor generaliseren moeilijk is. Onderling uitwisselen van informatie, bijvoorbeeld over de toegepaste kruiden, doen zij dan ook per definitie niet. De kennis is individueel, afhankelijk van de relatie tussen voorouders en de genezer. Het weggeven van informatie verstoort de relatie met de voorouders en dus het vermogen van de genezer als zodanig op te treden.

Het denken in relaties eerder dan in individuele eigenschappen is een verschil met de huidige biomedische zorg en doortrekt ook het denken over ziekte en gezondheid. Vanuit dit perspectief bekeken, zou ik op verschillende plaatsen in deze studie tot een andere formulering komen. De categorisering in traditionele genezers zou een meer vloeiend karakter krijgen, omdat genezers in de loop van hun leven contact kunnen krijgen met verschillende voorouders en dan ook verschillende talenten ontwikkelen. Ook de opsomming van soorten kwalen en tegenslagen waarvoor men de genezer raadpleegt zou veranderen. Niet de aard van de tegenslagen, maar eerder de veronderstelde oorzaak, bepaalt het besluit een bepaalde medische zorg te kiezen. Voor een als 'ordinary disease' gediagnosticeerde ziekte denkt men aan de biomedische zorg. Is tegenslag in het spel of bespeurt men hekserij of het ingrijpen van voorouders, dan verliest men geen tijd met de biomedische zorg. In die gevallen komen patiënten slechts in het ziekenhuis terecht, als de verwanten het geld voor de kostbare traditionele behandeling niet kunnen of willen opbrengen. Zo kan ook een psychotische patiënt weer geaccepteerd worden als hij zich normaal gedraagt, niet omdat ervan uitgegaan wordt dat de ziekmakende voorouder geen rol meer speelt, maar omdat deze weer in redelijk evenwicht met de patiënt kan leven. Deze voorbeelden houden verband met de verbondenheid tussen levenden en doden die waarvoor Mbiti, geciteerd door Assen, het concept 'the living dead' gebruikt in een poging deze visie kernachtig uit te drukken in een andere taal en ander cultureel perspectief.

De verschillende ontwikkelingen die deelgebieden van de Luyha doormaken, zijn mijns inziens ook van belang, omdat naarmate een proces van sociale differentiatie optreedt, gevallen van hekserij ook lijken toe te nemen. De verklaring die mensen mij indertijd gaven, doelde vaak op de toenemende jaloezie, die de sociale differentiatie met zich meebracht. "The advice of an *omulakusi* (diviner) can turn brothers into each others enemies". Tegelijkertijd neemt ook het onderlinge wantrouwen toe. Men veronderstelt eerder dat anderen kwaad in de zin hebben en de ambivalentie ten opzichte van de genezer, die in deze instrumenteel kan zijn, neemt hierdoor mogelijk toe. Ik vraag mij af in hoeverre in een dergelijk proces ook het optreden van verschillende genezers beïnvloed kan worden. Zelf heb ik tijdens mijn eigen onderzoek midden jaren zeventig in West-Bukusu geen lokale genezers getroffen die naast een ambivalent ook een dergelijke negatief imago hadden als door Assen besehreven. Hier waren het met name de christenen (een minderheid), die de *omulakusi* totaal afwezen en hen in een geheel kwaad daglicht stelden. Wel werden hierover grapjes gemaakt: "The Christians only come at night to the *omulakusi*", Hiermee gaf men aan dat iedereen geacht werd onder bepaalde omstandigheden gebruik te maken van zijn krachten. In de laatste hoofdstukken analyseert en vergelijkt de auteur de biomedische zorg met die van de traditionele en gebedsgenezers. Hoewel zij een pleidooi houdt voor het verwerven van kennis en begrip van de traditionele belevingswereld, wijst zij in verband met hun negatief imago en praktijken het betrekken van traditionele en gebedsgenezers in de westerse psychiatrie af. Hoewel ik haar studie als heel waardevol en veelzijdig ervaar, vraag ik mij af of haar eindconclusie, dat de lokale genezer het op (korte) termijn zal afleggen tegen de voorzieningen van de biomedische zorg en westerse psychiatrie, gestaafd zal worden. Mijns inziens zal er eerder sprake zijn van nieuwe interpretaties van het genezer-zijn binnen een wereldbeeld waarin de verbondenheid van voorbije, huidige en komende generaties op veranderende wijzen gestalte krijgt.

Carla Risseeuw

Literatuur

Richters, J. M.,

1991 *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*. Delft: Eburon.

Jan Baars & Doortje Kal (red.), *Het uitzicht van Sisyphus. Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1995. 271 pp. f 35,00.

Er was een diepe stilte in de zaal, toen Annemiek Richters op het gelijknamige symposium de regels las uit het gedicht van Van der Waals:

Geef mij de moed om onrecht te onderkennen,
ook waar 't door de eeuwen van gebruik gewettigd wordt.
De vaste wil aan onrecht nooit te wennen,
ook waar de macht het weg te nemen schort.

Die zaal was voornamelijk gevuld met mensen die in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam zijn. Op dat moment moet wellicht het Sisyphusgevoel groot geweest zijn. *Het uitzicht van Sisyphus* is een bundel waarin elf stukken vanuit verschillende disciplines zijn bijeengebracht, die elk de aandacht vestigen op maatschappelijke contexten van geestelijke ongezondheid. In zijn inleiding signaleert Jan Baars dat hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg zich dikwijls als een Sisyphus voelen. Veel problemen waar zij in hun praktijk mee te maken krijgen, worden op grote schaal in stand gehouden. Het lijkt er soms op dat zij niet eens greep op 'de steen' kunnen krijgen. Niettemin zijn de problemen belangrijk genoeg om te proberen de maatschappelijke contexten een plaats in de gezondheidszorg te geven. De discussie daarover is in de loop van de tijd vastgelopen of zoekgeraakt. Baars spreekt zelfs van een "verschrompeling van het kritisch potentieel".

Doortje Kal laat zien hoe er in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de afgelopen vijftig jaar over maatschappelijke contexten werd gedacht. Hoewel de GGZ momenten van kritisch denken heeft gekend – een voorbeeld daarvan is de antipsychiatrie in de jaren zestig en zeventig – is thans de kritische opstelling grotendeels verdwenen door psychologisering en biologisering van problematiek en door pragmatisme.

De opmars van de biologische psychiatrie kan zelfs de kwaliteit van de communicatie tussen hulpverleners en hulpvragers aantasten. Harry Kunneman laat in zijn bijdrage zien hoe door bovengenoemde ontwikkelingen de narratieve competentie van mensen in twijfel kan worden getrokken. Hij pleit voor narratieve individuering en normatieve professionaliteit, waarmee een bewuster verband te leggen is tussen eigen ervaringen, de kwaliteit van het werk van hulpverleners en maatschappelijke contexten en ontwikkelingen.

In een bijdrage over zwakzinnige mensen maakt Inge Mans duidelijk hoe problematisch kunnen en niet-kunnen in onze samenleving is geworden. Zij laat ook zien hoe mensen aan gezondheid kunnen lijden. Ziekte beschouwt zij als een wezenlijke ervaring van niet-kunnen. Kunnen en niet-kunnen, gezondheid en ziekte hangen samen met een economische norm.

Kees de Groot onderzocht hoe in het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGV) in de naoorlogse decennia levensbeschouwelijke stromingen hun invloed op de GGZ hebben doen gelden. Hij komt tot de conclusie dat benaderingen in de GGZ goed te combineren zijn met maatschappelijke vereisten en dat de gemaakte keuzes en ideeën over een betere wereld normatief zijn. Voor een groot deel worden de problemen van cliënten opgevat als aanpassingsstoornissen. De Groot ziet de 'pastorale macht' van de GGZ als onvermijdelijk en niet per se negatief. Volgens hem is dan een belangrijke vraag of de GGZ zich dient te laten leiden door heersende maatschappelijke idealen en eisen, of dat ze vanuit haar eigen idealen werken moet. De Groot is voorstander van het laatste, mits de GGZ kritisch naar zichzelf is.

In de daarop volgende drie bijdragen aan de bundel laten Joris Hogenboom, Jan van Dijk en Peter de Lange zien hoe de samenleving steeds meer en indringender wordt geconfronteerd met expertsystemen. Deze zijn op complexe wijze verbonden met het dagelijks leven van leken, die geen andere keuze hebben dan op deze systemen te vertrouwen. Zelfs de experts zijn op hun beurt weer afhankelijk van andere experts

buiten hun eigen specialisatie. Dat brengt de nodige risico's met zich mee. Als er iets is gaar, raken mensen in paniek omdat experts kennelijk geen greep op de situatie hebben. De samenleving wordt daardoor ook gevoeliger voor geweld, terrorisme en sabotage. Het gevolg daarvan is seherpere controle op individuen met alle gevolgen vanden voor het welbevinden van mensen.

Van Dijk gaat in op de invloed van moderne communicatietechnieken op het individu en de gevolgen daarvan op de geestelijke gezondheid. De auteur ziet bijvoorbeeld het gevaar dat mensen op de duur de virtuele en echte realiteit niet goed meer kunnen onderscheiden of dat mensen de moderne middelen als surrogaat voor de face-to-face communicatie gebruiken. Hij stelt voor dat de GGZ haar cliënten moet leren omgaan met deze middelen. Zo heeft de GGZ er weer een pedagogische taak bij.

De Lange gaat in op het probleem van de media die systemen moeten integreren. De auteur wijst erop dat beslissingen die op grond van kwantitatieve gegevens en bureaucratische regels worden genomen beslissingen zijn van expertsystemen die de meeste macht bezitten en daarom arbitrair zijn. Als de GGZ in het preventiewerk niet duidelijker wijst op de ziekmakende aspecten van de samenleving, zoals deze objectiverende cultuur, zal zij in de toekomst 'de puinruimer' van die objectiverende cultuur worden.

In de bijdragen van Annemiek Richters, Alkeline van Lenning en Cees Hoefnagels staan culturele tradities en factoren centraal die problemen constitueren. Diagnostische systemen als de Diagnostic and Statistical Manual (DSM) hebben de pretentie enkel te beschrijven, maar er spelen wel degelijk genderspecifieke en culturele interpretaties en vooroordelen een rol, stelt Richters. Met name voor vrouwen zijn diagnoses soms potentieel schadelijk. Ze illustreert een en ander aan posttraumatische stressstoornis, waarvan de symptomen crosscultureel op hun culturele validiteit moeten worden onderzocht. Richters stelt dat psychotrauma een permanente aanklacht tegen onrecht is. Zij presenteert een alternatief voor de vigerende behandeling: sociale heelwording.

Alkeline van Lenning gaat in op culturele conflicten rond vrouwelijke lichamelijkeheid. Deze lichamelijkeheid is verknoopt met manipulatie van begeerlijkheid en afschuw van dat lichaam. Die afschuw gaat zover dat vrouwen door uithongeren breken met elke sekse-identiteit. Van Lenning stelt dat of het nu hysterie, trance of anorexia betreft, deze verschijnselen steeds een uiting zijn van verzet en onvermogen tegen ideaalbeelden van het lichaam.

Cees Hoefnagels beschrijft inzichten en onderzoeksresultaten van structurele en culturele tradities van seksueel geweld. Samenlevingen blijken sterk te verschillen in het bezit van voorwaarden voor seksueel geweld. In onze samenleving, stelt Hoefnagels, vormt de aanpak van seksueel geweld een deel van het probleem, omdat zij de ernst en omvang ervan bagatelliseert.

De laatste bijdrage van de bundel gaat over maatschappelijke contexten van gerontologisch onderzoek. Uit deze bijdrage van Jan Baars wordt duidelijk dat er in onze samenleving weinig wordt gedacht over mogelijke deelname van ouderen aan de samenleving. Alle aandacht gaat uit naar toekomstige zorgbehoeften en de daaraan verbonden kosten. Baars signaleert tevens dat ouderen in de toekomst door het beleid misschien wel noodzaak zijn een netwerk op te bouwen waarop zij in hun zorgbehoefte kunnen steunen. Het behoeft geen betoog dat deze noodzaak leidt tot zakelijke,

rationele verhoudingen tussen mensen. Baars vraagt zich af of de gerontologie zich niet te veel laat leiden door het ouderenbeleid en zich zo reduceert tot een wetenschap die enkel voor dat beleid nuttige onderzoeken doet en fundamenteel onderzoek laat liggen. De auteur verwacht een kritischer houding van de gerontologie.

In de bundel keert een aantal thema's steeds terug. Dat zijn de problematische verhouding tussen beleid en gezondheidszorg, individualisering van problematiek, grootschaligheid, vertechnering, 'biologisering' van de GGZ, ideologie, belangenverstrengeling, beheersingsstrategieën, economische belangen. De auteurs hebben geprobeerd daarvan de gevolgen voor de geestelijke gezondheid van mensen te laten zien. Ik ben van mening dat deze bundel een goede aanzet vormt voor verder kritisch onderzoek door verschillende disciplines. Het wordt mij steeds duidelijker dat deze analyses vooral op genoemde maatschappelijke thema's gericht moeten zijn, eerder dan op de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg zelf.

Toch mis ik iets in deze bundel. Hoewel er veel over cliënten wordt gezegd, zijn deze weinig zelf aan het woord. Hiermee bedoel ik dat de meeste bijdragen van de bundel het perspectief van hen meer centraal zouden hebben moeten stellen. Zij zijn immers de direct betrokkenen en misschien zelfs de slachtoffers. Zij zijn de ervaringsdeskundigen die naar mijn idee meer verzetsstrategieën tot hun beschikking hebben dan in deze bundel zijn genoemd. Zij hebben zich nooit gewend aan onrecht. Tot voor kort kwam veel literatuur van cliënten op de markt, meestal met een voorwoord door een psychiater-deskundige. Deze literatuur heeft in maatschappelijke context misschien weinig effect gehad. In deze bundel is het andersom: bijdragen van experts met een voorwoord van een ervaringsdeskundige. Van der Aa van het Amsterdamse Patiënten/Consumenten Platform. Heeft zij daarom meer effect? De tijd zal het leren. Er zou wat voor te zeggen zijn de krachten te bundelen en een gezamenlijke kritische bundel te verwezenlijken.

Els van Dongen

Koos Bartels & Ineke Haaijer, *Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland*. Utrecht: Stichting Pharos, 1995. 144 pp. f 20,00.

Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland is een bewerkte uitgave van het in 1992 verschenen onderzoeksrapport 's Lands wijs, 's Lands eer? *Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland*. Dit rapport was het resultaat van een kwalitatief onderzoek verricht voor het toenmalige Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen. De aanbevelingen in dit rapport brachten indertijd een grote publieke discussie over vrouwenbesnijdenis op gang. Het rapport raakte in opspraak en jammer genoeg verloor men het zeer informatieve karakter uit het oog. Ik vind het daarom een goede zaak dat het rapport opnieuw is uitgebracht, vooral omdat de problemen rond vrouwenbesnijdenis ook vandaag de dag nog steeds actueel zijn.

Door de komst van vluchtelingen uit met name Somalië, zo is op de achterflap van het boek te lezen, is de Nederlandse gezondheidszorg in aanraking gekomen met de

gevolgen en complicaties van vrouwenbesnijdenis. De meeste Somalische vrouwen worden op jonge leeftijd geïnfibuleerd. Deze vorm van vrouwenbesnijdenis bestaat uit de gehele of gedeeltelijke verwijdering van clitoris en kleine schaamlippen waarna de grote schaamlippen aan elkaar gehecht worden, zodat een minimale opening overblijft. Omdat in Nederland vrouwenbesnijdenis verboden is, komen hulpverleners hier niet zozeer in aanraking met verzoeken om besnijdenis van jonge meisjes, maar vooral met de gevolgen van besnijdenis voor de gezondheid van Somalische vrouwen die zwanger zijn, moeten bevallen of slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld.

De Wereldgezondheidsorganisatie, de Nederlandse overheid, Stichting Pharos en ook de auteurs lijken het erover eens te zijn dat vrouwenbesnijdenis gelijk staat aan genitale mutilatie en uitgebannen dient te worden. Over de wijze waarop dit moet gebeuren bestaan echter verschillende visies. De auteurs van *Vrouwenbesnijdenis en Somalische Vrouwen in Nederland* stellen dat de ervaringen, wensen en meningen van Somalische vrouwen zelf centraal moeten staan binnen de strategieën om vrouwenbesnijdenis terug te dringen. In het eerder verschenen onderzoeksrapport deden zij daartoe een groot aantal aanbevelingen, waaronder de gewaagde aanbeveling dat de medische stand in Nederland zich zou moeten bezinnen over het uitvoeren van een minder ingrijpende vorm van besnijdenis, namelijk incisie. In de huidige uitgave staan geen passages meer die te maken hebben met deze aanbeveling, en zijn ook andere aanbevelingen en meer onderzoekstechnische gegevens verdwenen. De doelgroep waarop het boek zich richt is nu de hulpverlening.

Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen bestaat uit inleiding, vier delen, conclusie en bijlagen. Ieder deel van het boek begint met een casus waarin ervaringen en/of meningen van één Somalische vrouw worden beschreven. Het eerste deel van het boek geeft informatie over het kwalitatieve onderzoek, het doel en de methoden.

In het tweede deel van het boek wordt achtergrondinformatie over Somalië en de reden van het vluchten gegeven. De rol van Somalische vrouwen in het land van herkomst en de positie van de Somalische vluchtelingen in Nederland worden beschreven. Duidelijk komt naar voren dat in de levens van Somalische vrouwen in Nederland afhankelijkheid, isolement, seksueel geweld, veranderende rolpatronen en echtscheiding belangrijker zijn dan vrouwenbesnijdenis. Aansluitend schetsen de auteurs ook de algemene stand van zaken wat betreft vrouwenbesnijdenis.

Het derde deel van het boek is waar het allemaal om gaat, namelijk de ervaringen en meningen van de 35 geïnterviewde Somalische vrouwen. Hun standpunten over infibulatie, hun persoonlijke ervaringen en hun ideeën over het besnijden van de eigen dochters staan hier centraal. In dit deel worden de zeer belangrijke onderwerpen defibulatie – het openen van de schaamlippen bij een geïnfibuleerde vrouwen – en herinfibulatie – het verkleinen van de vaginale opening bij een gedefibuleerde vrouw door het opnieuw aaneen hechten van de (grote) schaamlippen tot de status na infibulatie – uitvoerig besproken. Dit zijn de twee ingrepen waar gynaecologen en soms verloskundigen mee te maken krijgen. Duidelijk wordt dat er een verschil bestaat tussen het geheel dichtmaken van de vulva tot een 'girl-like' status (zoals vlak na de infibulatie) of tot een 'woman-like' status (zoals na opening door geslachtsgemeenschap). Bartels en Haaijer benadrukken dat artsen zorgvuldig moeten omgaan met

verzoeken om beide handelingen en moeten proberen de achterliggende problematiek bespreekbaar te maken. Zij pleiten voor het kort en snel afhandelen van defibulaties in Nederlandse ziekenhuizen.

In deel vier gaan de auteurs in op gezondheid en gezondheidszorg. Na een korte schets van de gezondheidszorg in Somalië, bespreken zij het hulpzoekgedrag van Somaliërs in Nederland en de beleving, betekenis en presentatie van hun klachten. Ze zijn van mening dat hulpverleners een actieve rol moeten spelen in het ter sprake brengen van het onderwerp vrouwenbesnijdenis. Elders voegen zij daar expliciet aan toe dat dit pas kan als er enigszins sprake is van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. De auteurs vervolgen hun betoog met een beschouwing over soorten gynaecologische klachten en problemen rond zwangerschap en bevalling.

Ik weet uit mijn omgeving dat de angst van Somalische vrouwen om in Nederland te bevallen bij een onwetend gynaecoloog nog steeds reëel is. Hopelijk heeft deze specialisten tijd om dit boek te lezen. Zo niet dan kan het lezen van de conclusies van het boek, een zeer bondige samenvatting, ook al uitkomst bieden.

In de nabeschuiving van het boek, waarin niet duidelijk is of de auteurs zelf of Stichting Pharos spreekt, wordt benadrukt dat vooral het op gang brengen en houden van een gelijkwaardige dialoog met Somalische vluchtelingen de mogelijkheid is tot het bespreekbaar maken en de mogelijk uitbanning van besnijdenis. Een grote taak wordt terecht toegeschreven aan de jeugdgezondheidszorg, maar ook aan andere betrokken hulpverleners. Zij moeten vooral een respectvolle houding en inzicht verwerven en proberen de uitleg, vragen en twijfels van de betreffende vrouwen centraal te stellen binnen consulten en behandeling. De kritische lezers zullen zich afvragen of dit de nu werkelijk de enige oplossing is. De hulpverleners onder hen zullen minder blij zijn met het feit dat zij weer bijna onmenselijk veelzijdig moeten zijn: èn vakman, èn psycholoog, èn antropoloog èn ook nog deskundige.¹ Misschien is een basis voor een dergelijke attitude enigszins te bereiken door *Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland* tot verplichte literatuur te maken op universiteiten, hogescholen en andere (para)medische opleidingen.

Terwijl ik het boek las, begreep ik weer waarom juist studenten medicijnen en antropologie die zich bezighouden met enig aspect van de Somalische samenleving zo enthousiast zijn over het boek. Het is zeer informatief, het beschrijft de zaken op een heldere manier en laat de vrouwen op een geloofwaardige wijze aan het woord.

In het verleden is veel kritiek geuit op de representativiteit van het onderzoek gezien het aantal van 35 respondenten. Na het lezen van de methodische verantwoording ben ik echter nog steeds van mening dat het onderzoek zeker niet representatiever zou zijn geweest als er tweehonderd vrouwen via een survey-methode waren ondervraagd. In de huidige vorm pretendeert het boek bovendien niet om beleidsaanbevelingen te doen, maar hulpverleners te informeren zodat zij hun werkzaamheden kunnen laten aansluiten bij de belevingswereld van hun patiënten die in het boek overtuigend wordt gepresenteerd.

Natuurlijk zijn er ook kritische opmerkingen te plaatsen bij het boek. Zo zullen er nog steeds mensen zijn die zich druk maken over het feit dat de auteurs te veel de term vrouwenbesnijdenis bezigen en te weinig genitale mutilatie. De auteurs hebben dit mijn

inziens goed ondervangen door te stellen dat het gebruik van het begrip verminking *binnen de hulpverlening* de nagestreefde dialoog in de weg staat. Wat verder mijn verbazing wekte, is dat de publieke opinie nooit ophef heeft gemaakt over het feit dat Somalische vrouwen in Nederland een hoge kans lopen slachtoffer te worden van seksueel geweld.

Ik wil twee kritische opmerkingen bij het boek plaatsen. De eerste betreft het taalgebruik. Het is jammer dat bij het beschrijven van de gebeurtenissen die in het verleden plaatsvonden en thans veranderd zijn, de auteurs de (voltooid) tegenwoordige tijd gebruiken in plaats van de verleden tijd. Of zij het nu hebben over het regime Barre, de gezondheidszorg voor het uitbreken van de burgeroorlog van 1991 of de werkwijze tijdens het onderzoek, alles lijkt nu nog zo te zijn, hetgeen verwarring wekt, onjuistheden met zich meebrengt en bepaalde hoofdstukken minder vlot doet lezen.

Mijn tweede opmerking betreft de pretentie van het boek om Somalische vrouwen *zelf* centraal te stellen. Een hoofdstuk over wat er in de jaren tussen het onderzoek en de huidige publicatie met de vrouwen is gebeurd, zou toepasselijk zijn. *Vrouwenbesnidenis en Somalische vrouwen in Nederland* is een bewerkte, maar geen werkelijk geactualiseerde uitgave van het onderzoeksrapport. De demografische cijfers zijn bijgewerkt, maar er is niets gedaan ontwikkelingen en publicaties over dit onderwerp na 1992. Dat de nieuwe literatuur niet in deze publicatie is geïntegreerd, levert echter ook een voordeel op. *Vrouwenbesnidenis en Somalische vrouwen in Nederland* is een compact, goed leesbaar en zeer interessant boek geworden, een aanrader voor niet alleen hulpverleners, maar ook andere geïnteresseerden en betrokkenen.

Anke van der Kwaak

Noot

¹ Zie Wasif Shadid, *Interculturele communicatie in de hulpverlening: een onontgonnen terrein. Antropologische Verkenningen* 12(1993)2: 36-72.

Karin Bijsterveld, *Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland, 1945-1982*. Amsterdam: Van Gennep, 1996. 384 pp. f 69,50.

Geen kwestie van leeftijd beschrijft de geschiedenis van publieke discussies en beleid ten aanzien van ouderen in Nederland tussen 1945 en 1982. Het is tevens het proefschrift van de auteur. De hoofdstukken zijn gedeeltelijk bewerkingen van artikelen die Bijsterveld – soms met anderen – tussen 1991 en 1995 heeft gepubliceerd.

De auteur verzet zich tegen de idee dat definities zoals die van 'ouderdom', 'ouderenproblematiek' en 'zorg' vastliggen en dat er sprake is van een rechtlijnige ontwikkeling die zou bestaan in toenemende verafhankelijkheid, standaardisering van zorg en categorieën, en medicalisering. Om die misleidende eenduidigheid te vermijden introduceert zij de term 'grenzen'. Die keuze is enigszins verwonderlijk, want 'grenzen' hebben door hun geografische connotatie een haast fysieke retoriek en roepen een beeld op van

onveranderlijkheid. Maar Bijstervelds intentie is duidelijk: de ontwikkelingen in het denken over en het beleid ten aanzien van ouderen zijn verre van rechtlijnig. Er is sprake van arbitrariteit, tegenspraak en ambiguïteit. Het metaforisch nut van 'grenzen' is vooral gelegen in het feit dat het menselijke constructies zijn die voortdurend kunnen veranderen (al gebeurt dat zelden). De dynamiek van grenzen wordt beschreven in hoofdstukken over maatschappelijke definities van ouderdom (1) en ouderenproblematiek (2), discussies over de pensioengerechtigde leeftijd van ongehuwde vrouwen (3) en 'natuurlijk' en 'onnatuurlijk' verouderen (4) en over beleid ten aanzien van de bouw van instellingen voor ouderen (5).

De verschillende hoofdstukken bieden een boeiend beeld van enkele belangrijke thema's en episoden in de geschiedenis van de Nederlandse verzorgingsstaat. De contradicties van publiek debat en beleid komen goed tot uiting in het voorbeeld van de *oudere ongetrouwde vrouwen*. De pogingen om hun AOW-gerechtigde leeftijd verlaagd te krijgen mislukten (waaruit bleek dat vrouwen 'gelijkwaardig' waren aan mannen), maar allerlei variaties en uitzonderingen werden mogelijk waardoor de voorstanders van de leeftijdsverlaging toch nog – clandestien bijna – hun zin kregen.

Hoofdstuk 4 bevat een interessante beschrijving van het werk van de 'Vader van de Nederlandse Geriatrie', Schreuder. Hij was een van de eersten die er nadrukkelijk op wees dat het Nederlandse zorgsysteem de ouderen hulpbehoevend *maakte*. Hij pleitte daarom – met succes – voor een benadering van ouderen die een appèl deed op de positieve mogelijkheden – fysiek en mentaal – van ouderen. Overigens laat Bijsterveld wel zien dat Schreuders inspanningen niet alleen tot ontmedicalisering leidden, maar ook een nieuwe vorm van medicalisering in het leven riepen: de geriatrie.

Het vijfde hoofdstuk biedt een uitvoerig overzicht van de vele discussies en beleidswisselingen ten aanzien van de bouw van voorzieningen voor ouderen. Ook hier is er sprake van grillige wijzigingen, deze keer in de visies van architecten en beleidsmakers. Nu eens wil men ouderen apart plaatsen: wel kijken naar de maatschappij, maar er niet meer aan hoeven deelnemen ('beschutte verbinding'), dan weer pleit men voor actieve participatie. Toch is er hier wel sprake van enige lineariteit: de privacy van ouderen wordt steeds meer 'gerespecteerd'.

Vanuit een antropologisch gezichtspunt zijn er vooral twee opmerkingen te maken. *Het is opvallend dat de auteur haar boek eindigt met een warm pleidooi voor een vergelijkend perspectief.* Kennis van andere culturen stelt de vanzelfsprekendheden van de eigen maatschappij ter discussie. Ze geeft zelf het goede voorbeeld door in het vijfde hoofdstuk de visie van een Indiase onderzoeker, Chowdhury, op een Nederlands verzorgingshuis als uitgangspunt te nemen voor een kritische discussie over beleid. Chowdhury's verbazing over de wijze waarop de ouderen in het verzorgingshuis gebruik maakten van de ruimte, heeft haar blijkbaar attent gemaakt op het belang van privacy in het leven van Nederlandse ouderen. Maar zij heeft ook veel kansen op interculturele vergelijking laten liggen, bijvoorbeeld in haar discussies over het begrip 'ouderdom' en 'probleemdefinitie'.

De tweede antropologische opmerking is dat in deze studie de ouderen zelf nauwelijks aan het woord komen en – wat nog opmerkelijker is – dat de auteur zich dat niet bewust lijkt te zijn. Het wordt althans niet gemeld als een beperking van deze,

overigens zeer uitvoerige, verslaglegging van een stuk geschiedenis. Daarmee lijkt dit boek niet alleen een *studie over* het Nederlands beleid ten aanzien van ouderen, maar ook een typisch *product van* de cultuur waarin dat beleid tot stand komt. Degenen waar het om gaat, nemen niet deel aan de discussie; zij bevinden zich 'elders'.

Sjaak van der Geest

J.M.D. Boot & J.J. Klinkert, *Inleiding in de medische sociologie*. Assen: Van Gorcum, 1995 (5e druk). viii + 197 pp. f 47,50.

Deze inleiding bestaat uit drie delen: *Samenleving, gezondheidszorg en (medische) sociologie*, *Sociologische taal*, en *Sociologische Theorieën*. Het eerste deel betreft een nadere omschrijving van de sociologie als wetenschappelijke discipline. Het tweede deel geeft toelichting bij een aantal sociologische begrippen en de wijze waarop deze zijn toegepast op het terrein van gezondheid, ziekte en gezondheidszorg. In het derde deel worden enkele sociologische perspectieven waaronder de eensensustheorie, de conflicttheorie en de interactietheorie of het symbolisch interactionisme geschetst.

In het voorwoord melden Boot en Klinkert dat zij de vorige, vierde druk ingrijpend hebben herzien. Dit geldt vooral voor het eerste en derde deel. De auteurs presenteren veel informatief en illustratief materiaal in zogenaamde boxen, die met grote regelmaat in de tekst te vinden zijn.

In het eerste deel worden enkele maatschappelijke ontwikkelingen waaronder het proces van verzuiling en ontzuiling weergegeven en cijfermatig geïllustreerd. De auteurs doen een poging om deze karakteristieke Nederlandse sociale veranderingen te verbinden met meer algemene structurele veranderingen, die kenmerkend zijn voor de gezondheidszorg, zoals professionalisering, collectivisering, differentiatie en specialisatie. Deze begrippen worden geïntroduceerd en toegelicht om duidelijk te maken dat en hoe de gezondheidszorg mede verandert onder invloed van de ontwikkeling van ziekte- en sterftepatronen en ook van de ontwikkeling van het aanbod van medische diensten. Het gaat hier om een bekende driedeling: de medisch-biologische, de psychische en de sociale dimensie. Dit nuttige onderscheid wordt op inzichtelijke en schematische wijze weergegeven. Het problematische karakter van dit onderscheid wordt ook uitvoerig toegelicht.

Sociologische taal is de wat modieus aandoende titel voor het tweede deel, dat hoofdstukken bevat over structuur, cultuur en rol (3), sociale stratificatie (4), socialisatie (5) en afwijkend gedrag (6). Deze structurering garandeert een zekere samenhang in de bespreking van een nogal uiteenlopende reeks van begrippen en verschijnselen, die van belang zijn voor een beter inzicht in de gezondheidszorg. Zo passeren termen als professionalisering, lekencultuur, bureaucratisering en ziektegedrag, maar ook het verschil tussen reguliere en alternatieve genezers. Er wordt veel aandacht besteed aan (para-) medische beroepen en beroepsontwikkeling en ook aan de machtsverschillen tussen beroepsgroepen alsmede de legitimering daarvan. In dat kader mis ik overigens een verwijzing naar de overzichtsstudie over professionalisering van Van der Krogt uit 1981.

De daaropvolgende hoofdstukken over socialisatie en afwijkend gedrag bieden een heldere uitdieping van de wijze waarop beroepsbeoefenaren en ook patiënten zichzelf een bepaalde rol en (sub)cultuur eigen maken. In de bespreking van het thema afwijkend gedrag confronteren de schrijvers de medisch-biologische benadering van ziekte met een sociologische benadering. Met nadruk pleiten ze voor een gecombineerd gebruik van deze verschillende invalshoeken.

In de drie hoofdstukken van het derde deel concentreren de Boot en Klinkert zich op de pluriformiteit in de sociologische theorie en de pretenties van wetenschappelijk onderzoek in de sociologie. Ze vergelijken consensustheorie (Parsons), conflicttheorie en interactie-theorie (Blumer) en brengen ze in relatie met bepaalde onderzoeksthema's en -methoden. Het slothoofdstuk biedt een overzicht van verschillende visies op medicalisering en legt een relatie met schoolvorming in de sociologie. De auteurs pretenderen hiermee een voorbeeld te leveren van 'vergelijkend-historische sociologie-beoefening'. Die pretentie maken zij, naar mijn oordeel, niet overtuigend waar, hoe verdienstelijk zo'n poging ook genoemd kan worden.

Samengevat, een informatief, overzichtelijk en helder geschreven inleiding met een beperkt aantal zwakke plekken.

Joop Jaspers

René Devisch, Filip De Boeck & Danielle Jonkers (dir.), *Alimentations, traditions et développements en Afrique intertropicale*. Paris: Éditions L'Harmattan, 1995. 303 pp. 160 FF.

Dit werk omvat tien bijdragen over voedsel- en voedingsproblemen in Afrika. Hoewel het opgezet is als een multidisciplinair project, bestaat het bijna geheel uit cultureel-antropologische stukken, voornamelijk geschreven door Belgische auteurs. Uitgangspunt is een kritische beoordeling van het westers ontwikkelingsbeleid. Ontwikkelingsinstanties die zich richten op het oplossen van voedselproblemen, hebben tot dusver te weinig rekening gehouden met inheemse expertise. Ze hebben lokale culturen en tradities te vaak als onbetekenend afgedaan. In Afrika heeft deze houding er toe bijgedragen dat de voedselvoorziening ronduit als rampzalig te karakteriseren is. Dit continent kent een zodanige verscheidenheid aan klimaten, ecosystemen en agrarische regimes dat eenvormige oplossingen per definitie al uit den boze zouden moeten zijn. De auteurs betogen dat door het vervangen van lokale kennis en ervaring door uniforme westerse modellen, de voedingsproblemen voor de Afrikanen overal dramatisch zijn toegenomen. In vrijwel alle stukken is dan ook gepoogd het lokale perspectief tot haar recht te laten komen, hetgeen neerkomt op een zekere 'emic' benadering evenwel zonder te vervallen in een compilatie van dorpsstudies.

Het boek bevat bijdragen van auteurs met gedegen onderzoekservaring, die blijk geven goed op de hoogte te zijn van de lokale omstandigheden in Afrika. Daarom komt het geloofwaardig over dat de uitkomsten van hun analyses nogal somber stemmen over de mogelijkheden om in de toekomst voor een groeiende bevolking een duurzame

voedselvoorziening te verzekeren. Een groot pluspunt van dit boek is dat de schrijvers overwegend een lange-termijnperspectief hanteren, waardoor de brandende actualiteit van het probleem extra wordt geaccentueerd.

Het voornaamste bezwaar dat de auteurs tegen de heersende, als eenzijdig materialistisch en technocratisch te kwalificeren ontwikkelingstheorieën naar voren brengen, is dat deze te zeer verankerd zijn in westerse vooroordelen en concepten. Zij verwijzen onder andere naar Marshall Sahlins, die betwijfelde of men elke cultuur wel zonder onderscheid zou moeten onderwerpen aan de logica van het kapitalisme. De wetten van het kapitalisme schrijven nu eenmaal altijd en overal maximalisering van nut voor, terwijl de auteurs betogen dat elke cultuur een zekere autonomie heeft ten opzichte van economische ontwikkeling. Zij zetten zich nogal heftig af tegen het geijkte, eenzijdige model van de Homo Economicus. Net als Sahlins, zijn zij van mening dat de economie in wezen niet méér is dan een deelgebied van de cultuur.

De tien studies hebben hoofdzakelijk betrekking op het Afrikaanse platteland. Het is de lezer direct duidelijk dat respect voor lokale cultuur voor de redacteurs een soort credo inhoudt. Voor dit uitgangspunt valt veel te zeggen. Een gemis in dit boek is echter, dat het geen aandacht besteedt aan het voedselprobleem van de stedelijke bevolking en dat ook de wisselwerking tussen lokale cultuur en supra-lokale, internationale condities in vrijwel alle bijdragen te wensen over laat. In een abstract en soms ook wat vaag betoog pleiten de inleiders voor een holistische benadering, die tot uiting moet komen in "les approches des logiques d'action endogènes", waarbij de visie op voedsel van de betrokkenen zelf, steeds in het centrum van de belangstelling staat.

In deel 1, *État de la question*, werkt Johan Pottier dit uitgangspunt uit en roert daarbij een aantal brandende kwesties aan, die momenteel in heel Afrika spelen. Zijn uitgangspunt is dat men bij ontwikkelingsbeleid gericht op voedselzekerheid zo grondig mogelijk afstand moet nemen van de conventionele top-down benadering, waarbij voedselzekerheid immers als vanzelfsprekend gelijkgesteld wordt aan nationale zelfvoorziening. Men zou daarentegen juist meer rekening moeten houden met de diversiteit en complexiteit van de voedselvoorziening zoals de betrokkenen die zelf ervaren. Hij gaat vervolgens in op de voornaamste factoren die een adequate voedselvoorziening in de weg staan, zoals de stijgende kosten van de landbouw, de armoede, de dwingende rol van het patriarchaat en de afnemende plaatselijke beschikbaarheid van mannelijke arbeid. De laatste twee factoren leiden er toe dat de lasten op de schouders van de vrouwen in feite verdubbeld worden. Voorts speelt een rol dat het bezit van land niet alleen onzeker is, maar er bovendien steeds vaker sprake is van een ongedifferentieerd type landbouwgrond. Daardoor nemen micro-omgevingen steeds meer in betekenis af, waardoor ook de kansen voor gemengde bedrijfsvoering afnemen. Een belangrijk gevolg hiervan is dat men niet langer optimaal gebruik kan maken van burenhulp en verwantschapsrelaties. Voorts ziet hij als een probleem dat de Afrikanen in toenemende mate de controle over hun eigen lokale markten verliezen. Ten slotte wijst hij nog op de tweeslachtige status die nieuwe gewassen ter plaatse innemen. Nieuwe gewassen leiden weliswaar onbetwistbaar tot meer inkomen, maar gaan tegelijkertijd gepaard met allerlei ongewenste effecten, zoals het verdwijnen van uitstekende traditionele voedingspatronen en verslechtingen van de positie van vrouwen.

Deel 3 gaat over bijzondere tradities. Filip De Boeck legt hierin uit hoe bij de Luunda in Zaïre voedselgebrek zowel de voornaamste oorzaak als het gevolg is van sociale desintegratie. Hij laat zien welke diep ingrijpende gevolgen honger heeft in het dagelijkse bestaan van deze samenleving. Hierbij gaat hij onder meer in op de gevolgen voor de relaties tussen mannen en vrouwen en op verwantschapsbetrekkingen. Treffend is bijvoorbeeld, hoe door de honger de traditionele mechanismen om conflicten op te lossen niet meer te functioneren.

In hetzelfde deel gaat Danielle De Lame in op de ceremoniële en rituele aspecten van drankgebruik in Rwanda. Zij beschouwt de opkomst van kroegen en het toenemende gebruik van zowel traditionele als moderne alcoholische dranken in het licht van een plattelandssamenleving, die in een crisisachtige overgang verkeert. In een sterk symbolisch aangezette beschouwing betoogt ze hoezeer drank op tal van niveaus een bemiddelende rol speelt tussen twee sociale klassen in opkomst. Het gaat hierbij om een klasse van keuterboeren zonder looninkomsten die nochtans niet zelfvoorzienend is, en een klasse van kleine functionarissen die gedwongen is haar looninkomsten aan te vullen met werkzaamheden op het land. Beide klassen hebben in ongeveer gelijke mate een zwakke positie in de markteconomie.

De gevolgen van de koloniale periode voor de huidige voedselsituatie is het onderwerp van deel 4. J.L. Grootaers opent met een bijdrage over de agrarische geschiedenis van het Centraal-Afrikaanse Zandeland. De huidige ontwikkelingsprojecten leiden, net als de vroegere koloniale landbouwpolitiek, tot verstoorde verhoudingen tussen de verschillende voedselteelten en de bredere context van culturele betekenissen en praktijken. De beleidsbepalers lijken geen oog te hebben voor de gevolgen, wanneer ze het ene gewas vervangen door het andere. Bovendien blijkt de sociale orde danig in de war te raken wanneer men de mensen voortdurend van woonplaats laat wisselen en zij telkens opnieuw met andere gezagsinstanties te maken krijgen.

Dit deel bevat voorts een interessante bijdrage van Anne Cornet over de gevolgen van de hongersnood in Rwanda aan het einde van de jaren twintig voor de koloniale verhoudingen. De bevolking werd destijds gedecimcerd, de koloniale afhankelijkheidsrelaties werden versterkt en het aantal bekeerlingen tot het katholicisme nam toe, vooral onder de Tutsi. De laatsten waren uit de ellende als de meest bevoorrechte groep tevoorschijn gekomen. Wat de voedselvoorziening betreft, leidde deze hongersnood tot een toenemend belang van koloniale teelten, vooral van maniok en koffie. Deze waren zowel gericht op versterking van de internationale marktpositie als van grote blijvende invloed op de inheemse voedselpraktijken.

Deel 5 ten slotte, handelt over de tegenstrijdigheden waarmee economische ontwikkeling gepaard gaat. Volgens Mathias Sawadogo hebben de boeren in Burkina Faso vanouds producten verbouwd die hun de grootste kans gaven om in tijden van schaarste te overleven. Dit waren vooral peulvruchten en maïs, die onder normale omstandigheden te beschouwen zijn als tamelijk eenzijdig voedsel. Tegenwoordig zoeken deze boeren naar aanvullende inkomsten uit de tuinbouw, waarmee ze in principe hun maaltijden aanzienlijk zouden kunnen variëren. Zo verbouwen ze aardappels, kool, tomaten en andere Europese groenten die tot voor kort alleen voor stedelingen verkrijgbaar waren. Het probleem is nu echter, dat deze boeren geneigd zijn om hun inkomsten te

verhogen ten koste van hun eigen gezondheid en die van hun families. Ze proberen hun hele opbrengst af te zetten op de markt en voeden zichzelf nog steeds met hun traditionele, deficiënte diëten van bonen en maïs.

Over vergelijkbare dilemma's gaat het in het boeiende betoog van Danielle Jonckers over voedselstrategieën in ZuidMali. De levenswijze van de semi-nomadische bevolking in dit Sahelgebied heeft altijd in het teken gestaan van overleven. Hun economie was gericht op zelfvoorziening en er werd slechts sporadisch graan verbouwd op de allerbeste gronden. Het ontwikkelingsbeleid leidde tot commercialisering van granen en intensivering van de katoenteelt, waarbij het beschikbare land tot de laatste hectare moest worden benut. Het gevolg was een permanente vermindering van de reserves aan levensmiddelen voor de lokale bevolking en soms een echt, dramatisch voedselgebrek. Treffend zijn de voorbeelden van ontwikkelingsprojecten in dit gebied die tot averechtsse effecten hebben geleid. Zo hebben initiatieven die bedoeld waren om de status van vrouwen te verbeteren, slechts tot gevolg gehad dat zij harder moesten gaan werken in de katoenverbouw ten koste van onmisbare taken in de voedselvoorziening. In het algemeen is het effect van ontwikkelingsprojecten dat de zelfvoorziening van de gemeenschappen onder sterke druk is komen te staan, terwijl de commerciële markt voor de mensen nog lang geen adequate voedselvoorziening garandeert. Jonckers concludeert dat ontwikkelingsdeskundigen zich er te weinig rekenschap van geven dat de boeren in de zuidelijke Sahel altijd al experts zijn geweest in het overleven. De vrijheid van de mensen om hun eigen bestaan in te richten en hun eigen voedselstrategieën te volgen komt nu, gerechtvaardigd door het allesoverheersende belang van de nationale monetaire economie, steeds meer in het gedrang.

De desastreuze kanten van ontwikkelingsbeleid komen ook treffend uit de verf in een bijdrage van Dirk Beke over de Turkana, voormalige veehoudende nomaden in Kenya. Dit volk, dat tot voor kort in staat was te overleven in een woestijn, is tegenwoordig afhankelijk van voedselhulp. Het dreigt, zoals gebeurd is met andere volken in Kenya, als een rechtstreeks gevolg van bureaucratisering en toenemende bemoeienis van ontwikkelingswerkers te verpauperen en als stedelijk proletariaat te marginaliseren.

Antropologen als Marvin Harris en Roy Rappaport hebben voedselproblemen vooral geanalyseerd in termen van biosociale en ecologische aanpassing. In het boek is helaas maar één bijdrage in deze lijn te vinden, namelijk van Hélène Pagezy. Zij laat zien hoe in Zaïre op lokaal en nationaal niveau een complexe wisselwerking bestaat tussen het voedselsysteem en het economisch systeem. De economie van het land is zwaar in mineur en dat heeft repercussies voor de voedselvoorziening. Aanpassingsstrategieën zijn vereist. Vooral de functie van de maniok – lastig te bewerken, maar het hele jaar door beschikbaar – komt aan de orde. Uitvoerig gaat zij, als voorbeeld van cultureel-biologisch aanpassingsgedrag, in op de voedselgebruiken van vrouwen die voor het eerst moeder worden. Het voedselsysteem bij de Ntomba beschrijft ze als "adaption nutritionelle à la malnutrition". De ondervoeding heeft alles te maken met de ineenstorting van het politiek-economisch systeem in Zaïre waardoor de balans tussen ecologie, demografie, economie dramatisch verstoord is.

Het boek illustreert op gevarieerde wijze de voedselsituatie in Afrika. De strekking van alle bijdragen is ondubbelzinnig: de voedselkwaliteit voor talloze bevolkingsgroepen

in Afrika verslechtert door de ontwikkeling van de markteconomie en door technocratische en bureaucratische ontwikkelingsprojecten. Ook rapporten van de FAO bevestigen dat de Afrikaanse landen ondanks hun rijke mogelijkheden om meer dan voldoende voedsel te produceren, de twijfelachtige eer genieten om zowel het wereldrecord te hebben van onderproductie als van ondervoeding.

Antoon Hoogveld

Annette Drews, *Words and silence. Communication about pregnancy and birth among the Kunda of Zambia*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1995. 343 pp. f 40,00.

Zoals de titel aangeeft, concentreert Annette Drews zich in dit proefschrift op communicatie en wel rond de onderwerpen zwangerschap en geboorte bij de Kunda in Zambia. Haar veldwerk verrichtte zij in de periode 1989-1992 in het oosten van Zambia, aanvankelijk vanuit een medische setting. Zij geeft daarbij duidelijk aan, dat zij noch in een biomedisch perspectief past, noch in een medisch-antropologische benadering vanuit toegepast perspectief. Drews kiest voor een dialogische antropologie met de nadruk op epistemologische en linguïstische aspecten van de communicatie. Bovendien vraagt zij aandacht voor de invloed van machtsverhoudingen op de productie van kennis en problematiseert ook haar eigen rol als onderzoekster in dat proces.

Door het hele boek heen vormt letterlijk weergegeven interviewmateriaal de rode draad, waar de interpretaties en kritische reflecties van de auteur zich als het ware omheen vlechten. Op die manier wil zij met verwijzing naar Fabi niet alleen bijdragen aan de 'ethnography of communication', maar ook aan 'ethnography as communication', "leaving some space for the 'us' that constituted the ethnographic data in the communicative interaction in the field" (p. 16). In mijn ogen slaagt Drews wonderwel in haar opzet, met name omdat zij de lezer letterlijk deelgenoot maakt van het proces van constructie van kennis. Het intersubjectieve karakter hiervan komt daardoor duidelijk naar voren. Als lezer krijg ik het gevoel zelf getuige te zijn van de ontmoetingen en mee te kunnen denken over de betekenis daarvan. Het verdiept mijn inzicht in het contrast tussen de verschillende denk- en leefwerelden. Het contrast bijvoorbeeld tussen wat een Kunda vrouw ervaart bij een ziekenhuisbevalling of bij een thuisbevalling, en de rol die daarbij de vroedvrouw in het ziekenhuis, respectievelijk de 'traditional birth attendant' (TBA) in de 'birth hut' speelt. De presentatie van het onderzoeksmateriaal is zodanig dat het de lezer voortdurend uitdaagt actief mee te denken. Er is ruimte voor interpretatie van de interpretaties. De Kunda komen zo een stuk dichterbij. Het gaat niet alleen om een confrontatie tussen contrasterende perspectieven, maar ook om ontmoetingen tussen mensen.

Drews onderscheidt drie fasen in haar onderzoek, die hun weerslag vinden in de opzet van haar boek. Haar eerste contacten zijn gebaseerd op haar deelname aan een training voor traditionele vroedvrouwen opgezet door het ziekenhuis. Met een aantal van deze vroedvrouwen houdt zij intensief contact. Ze zoekt ze thuis in hun dorp op, bespreekt hun ideeën en woont bevallingen bij. In de tweede fase bezoekt zij met het

ziekenhuisteam gezondheidscentra en klinieken in de omgeving. In de derde fase woont zij ook ziekenhuisbevallingen bij. Zo heeft het boek ook drie delen. Het eerste gaat over Kunda concepten van vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling en over ziekten die daarmee samenhangen. Het tweede deel is gericht op het biomedisch discours en de wijze waarop gezondheidswerkers met Kunda vrouwen communiceren op de klinieken voor moeder- en kindzorg. In het derde deel staat de bevalling centraal, thuis en in het ziekenhuis. Ook daarbij gaat het vooral om de communicatie tussen de vroedvrouwen, andere betrokkenen en de barende vrouw.

In deel I, *Local knowledge and the discourse on birth and its dangers*, komen Kunda kernconcepten naar voren in een lang gesprek tussen de auteur, een vroedvrouw van het ziekenhuis, een getrainde en een ongetrainde traditionele vroedvrouw. De dialogen, afgewisseld met reflecties, bestrijken een heel veld van ideeën, van de gevaren van overspel, impotentie en incestueuze verlangens, tot ziekten die lijken op ondervoeding, en de kwetsbaarheid van de pasgeborene. Het *mdulo* complex, dat samenhangt met de 'rituele temperatuur', is een kernconcept dat steeds weer opduikt als verklarend principe. Het strookt in het geheel niet met biomedische verklaringen, maar is fundamenteel in het Kunda discours.

Behalve naar de Kunda concepten kijkt Drews ook naar het proces van het conceptualiseren zelf. Met een rijkdom aan voorbeelden laat zij zien hoe in het contact tussen twee culturen onbekende, nieuwe ideeën vertaald worden in bekend idioom om ze te kunnen gebruiken zonder de eigen vooronderstellingen op te hoeven geven. Dit werkt in twee richtingen. Bovennatuurlijke aspecten van inheemse medische praktijken worden door westerse onderzoekers 'genaturaliseerd' ofwel vertaald in sociologische of natuurwetenschappelijke termen en omgekeerd worden biomedische opvattingen geïncorporeerd in inheemse denkkaders, waarin de rituele temperatuur en de heet-koud balans van primair belang is. Drews noemt dit "the transposition of alien ways of knowing into a familiar idiom" (p. 93).

Het hoofdstuk *Conceptualizing conception* illustreert prachtig de vertaalproblemen van medische metaforen in een voor de TBA's begrijpelijk idioom. De vergelijking van ovaria met handen blijkt eerder verwarrend dan verhelderend te zijn, vanwege de semantische verschillen tussen het Engelse en het Kunda woord voor hand. Dit fenomeen voegt een interessante dimensie toe aan onderzoek en ook praktisch werk, inclusief de training van TBA's, dat plaatsvindt op het snijvlak van verschillende culturen. Is 'ware' dialoog, waarbij recht wordt gedaan aan 'de ander' of 'het andere', mogelijk? Wanneer is er sprake van dominantie? En hoever reikt die dominantie eigenlijk?

De relevantie van dit soort vragen wordt nog verder onderbouwd in het tweede deel *Biomedical discourse and health education*. Dit deel gaat vooral over ideeën en praktijken van het gezondheidsteam en de wijze waarop zij met Kunda vrouwen communiceren in de klinieken voor moeder- en kindzorg (met onder andere prenatale zorg, family planning en gezondheidsvoorlichting). De retoriek van de voorlichtingspraatjes, de 'minimal talk' tijdens drukke clinics, en de overredingskracht gebruikt in family planning komen hierin aan het licht. Interessante lectuur voor biomedisch personeel dat, vaak met de beste bedoelingen, gewend is op deze wijze te functioneren,

zonder zich veel rekenschap te geven van hoe dat op de doelgroep overkomt, of wat die er eigenlijk zelf van denkt.

In het derde deel, *Local knowledge and biomedical expertise: communication during labour*, staat de bevalling centraal. Opnieuw wordt de lezer deelgenoot gemaakt met behulp van een letterlijke weergave van de communicaties tijdens een bevalling, eerst in het ziekenhuis en daarna thuis. Het verhaal van de bevalling in de 'birth hut' is een prachtig verslag van een langdurig en zeer moeizaam geboorteprocess, waarin de lezer meemaakt hoe de vrouw die bevalt wordt bijgestaan, hoe de vroedvrouwen onderling communiceren en welke afwegingen zij maken wanneer de baring niet vordert. Aangrijpend is de passage die beschrijft hoe de auteur op een cruciaal moment ingrijpt, wanneer het kind bijna geboren is, maar niet verder kan doordat de navelstreng om de hals heen zit. Omdat geen van de andere vrouwen iets doet, uit angst voor beschuldiging van hekserij als het mis zou gaan, springt de auteur in, haalt de navelstreng los en laat het kind geboren worden. Zij reageert dan heel primair vanuit haar menselijke betrokkenheid. Later bespreekt zij de ambiguïteit in haar positie als onderzoeker en het besef dat de waarnemer altijd deel uitmaakt van, en invloed uitoefent op, hetgeen zij waarneemt. Zo worden theoretische stellingnames gebaseerd op concrete situaties en ervaringen. De interpretaties en reflecties van Drews vind ik verhelderend, juist omdat ze niet losstaan van het interactieve moment, maar daarin geworteld zijn.

Drews laat, op basis van de interacties in de 'birth hut', ook zien hoe oppervlakkig de interculturele integratie is. Dat blijkt vooral op het moment van crisis. Verwijzing naar biomedische kennis is dan opvallend afwezig. Het ziekenhuis wordt zelfs een schrikbeeld vergeleken met de warme ondersteuning in het dorp. "In the labour ward you suffer alone. Here in the village, it is good, we hold each other" (p. 253). Toch erkent iedereen de technische superioriteit van de westerse zorg. In het besluit om wel of niet naar het ziekenhuis te gaan speelt dan ook een heel complex van afwegingen mee, waarin de berende vrouw zelf maar weinig stem heeft. Het hoofdstuk *In the birth hut* vormt een interessant contrast met het voorgaande, dat eveneens een verslag geeft van een bevalling in de kraamkamer van het ziekenhuis. De analyse van de verschillen in benadering door de auteur wint aan overtuigingskracht, doordat de lezer de twee situaties als het ware meegemaakt. Dat dwingt, of nodigt uit, tot kritische reflectie, inclusief reflectie over de reflectie.

De waarde van de studie van Drews wordt nog duidelijker, wanneer ik die contrasteer met het werk van Lefèber (1994) *Midwives without training. Practices and beliefs of traditional birth attendants in Africa, Asia and Latin America*. Lefèber heeft een vergelijkende studie gedaan over drie continenten, 'practices and beliefs' gekwantificeerd en geclassificeerd aan de hand van biomedisch bepaalde criteria, ofwel de traditionele verloskunde wereldwijd in kaart gebracht. Dat geeft wel overzicht, maar geen inzicht, zelfs niet waar het het eigen veldwerk van de auteur in Ghana betreft. Bij Drews is het precies omgekeerd: wel inzicht, geen overzicht. De kern van het contrast ligt echter in het fundamentele verschil in benadering op epistemologisch niveau.

Wat ik mis in de aanpak van Drews – haar werk is dan ook uitdrukkelijk niet toegepast – is een idee over de ernst en omvang van het probleem van maternale sterfte. Uit andere studies is bekend dat die in Zambia zeer hoog is. Vanuit biomedisch

perspectief vormt dat een belangrijk motief voor het willen verbeteren van de verloskundige zorg, zowel thuis als in het ziekenhuis. Drews' conclusie dat etnografische kennis over obstetrische systemen zou moeten dienen om niet alleen een interculturele confrontatie maar ook een dialoog te bewerkstelligen, wil ik dan ook graag onderschrijven. Meer begrip van biomedische zijde voor de culturele dimensie zou kunnen helpen om 'maternal health' of 'reproductive health' programma's beter af te stemmen op behoeften en belangen van lokale vrouwen.

Wat niet duidelijk wordt, is wie de Kunda zelf nu precies als vroedvrouw beschouwen en welke plaats vroedvrouwen innemen in de samenleving. In dat opzicht is de studie van de medisch antropologe Winny Koster (1994) *Maternal health, who cares?* informatiever. Zij laat op basis van community based onderzoek zien dat, in het westen van Zambia, het niet zozeer TBA's zijn die vrouwen helpen bij de bevalling, maar voornamelijk 'relatives' die vaak niet meer dan enkele bevallingen in hun leven doen, vooral in hun naaste omgeving. Gezien de enorme afstanden in dit dunbevolkte gebied, waar de bevolking wijd verspreid over kleine gemeenschappen woont en transport schaars is, is dit patroon goed voorstelbaar. TBA's of traditionele genezers worden pas in tweede instantie geroepen, als er problemen zijn en dan slechts in een klein aantal gevallen. Dat zet opnieuw, maar nu vanuit een heel ander motief, een vraagteken bij de training van TBA's. In ieder geval is duidelijk dat de TBA, een door de WHO geïntroduceerd concept, niet bestaat. Etnografisch onderzoek, zoals dat van Drews, verdiept het inzicht in de wereld van verschil tussen een biomedische en een lokale setting, ondanks alle wederzijdse pogingen de kloof te overbruggen.

Al met al vind ik het boek zeker de moeite waard, niet alleen voor antropologen, maar ook, en misschien juist, voor medici en verpleegkundigen die beroepsmatig te maken hebben met zwangerschap en geboorte in een interculturele context.

Mariette Wiebenga

Literatuur

Koster-Oyekan, W. et al.

1994 *Maternal health, who cares? Utilization of maternal health care services at community level in Sesheke and Senanga, Western Province, Zambia*. Mongu: Provincial Medical Office.

Lefèber, Y.

1994 *Midwives without training. Practices and beliefs of traditional birth attendants in Africa, Asia and Latin America*. Assen: Van Gorcum.

Christine E. Gottschalk-Batschkus & Judith Schuler (Hrsg.), *Ethnomedizinische Perspektiven zur frühen Kindheit*. Curare, Sonderband 9/1996. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung. 470 pp. DM 88,00.

Deze speciale uitgave over jonge kinderen van het tijdschrift Curare bevat 41 bijdragen, waaronder twee engelstalige, van de hand van 51 auteurs. Het resultaat is een bonte

verzameling van artikelen over verschillende aspecten van het kind-zijn, waarvan de kwaliteit nogal uiteenlopend is. In zijn voorwoord geeft Wulf Schiefenvögel aan dat de uitgave door het hij elkaar brengen van verschillende disciplines en van studies uit verschillende culturen en tijdperken een bijdrage levert aan een betere kennis over en inzicht in de vroege ontwikkeling van jonge kinderen.

De artikelen zijn rond vier thema's gegroepeerd. Het eerste thema behandelt de transculturele vergelijking van percepties van jonge kinderen en de manier waarop men met hen omgaat. Uit alle continenten zijn case studies opgenomen, met een relatief sterke nadruk op Noord-Afrika en Zuidoost-Azië en Oceanië. De meeste artikelen gaan over voeding, percepties van ziekte(oorzaken) en behandeling van ziekten. Het viel mij op dat nogal eens met Duitse 'grundlichkeit' allerlei zaken tot in detail worden beschreven, maar dat een discussie over de data ontbreekt. Een voorbeeld vormt het artikel over voeding van jonge kinderen in Ethiopië.

Het tweede thema draagt de naam interculturele discussie. De bijdragen zijn ondergebracht onder twee noemers: overzichtsartikelen, en humane ethologie en psychologie. Twee van de vier overzichtsartikelen behandelen het dragen en wiegen van kinderen. In het eerste wordt aangetoond dat de manier waarop men denkt over en voldoet aan de basisbehoeften van baby's, verschilt van cultuur tot cultuur en van tijdperk tot tijdperk. Het tweede beschrijft de positieve aspecten van het dragen van baby's voor hun ontwikkeling. Het derde overzichtsartikel gaat over het toepassen van in het Westen ontwikkelde diagnostische methoden in India. Het is nogal moeilijk geschreven en in de laatste zin staat dat resultaten eerst na statistische bewerking zijn te verwachten. Het laatste overzichtsartikel is van de hand van een actiegroep die schadelijke praktijken van de farmaceutische industrie aan de kaak stelt. Het gaat over manier waarop deze het (meestal irrationele) gebruik van geneesmiddelen door kinderen tracht te bevorderen.

De meeste artikelen over ethologie en psychologie gaan over de binding van het kind aan de moeder en over zijn psychosociale ontwikkeling. Op de Trobriand eilanden bestaat volgens de auteurs een optimale omgeving voor een harmonieuze ontwikkeling van kinderen.

Het derde thema in het boek is samen te vatten als therapeutische interventies. De bijdragen gaan bijvoorbeeld over zwemmen in Noorwegen, het nut van voorlichting aan echtparen die voor de eerste keer ouders worden in Zwitserland en over de waarde van muziektherapie. Enigszins tot mijn verbazing zijn geen bijdragen over het verbeteren van de voedingstoestand van kinderen in arme landen opgenomen.

Het vierde thema is discussie over vroege kindertijd in verschillende disciplines. Borstvoeding in Duitsland, seksualiteit van kinderen en tieners en het gebruik van surrogaat-moeders, waaronder ook spenen worden gerekend, zijn enkele onderwerpen die aan de orde komen. Waarbij opgemerkt zij dat het interdisciplinaire karakter van de studies mij niet altijd duidelijk is.

De publicatie is interessant, omdat een groot aantal onderwerpen aan de orde komt, dat in de meeste medisch-antropologische studies meestal niet wordt behandeld. Een nadeel is dat er, met uitzondering van het beknopte voorwoord, geen enkele inleiding op de verschillende thema's en subthema's wordt gegeven. Het is aan de lezer om een

verband te leggen tussen de verschillende artikelen over een thema. De kwaliteit van de artikelen is nogal wisselend. Vooral de artikelen over ethologie en psychologie zijn zonder uitgebreide kennis van deze vakgebieden moeilijk leesbaar. Ook trekken enkele auteurs naar mijn mening nogal eens conclusies die zij in hun artikel niet onderbouwen. Daarbij kan ik mij niet onttrekken aan het idee zij de psychosociale ontwikkeling van kinderen in niet-westerse samenlevingen nogal eens idealiseren.

Marijke Stegeman

N.B. Goudswaard, *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1994. 264 pp. f 42,50.

Aan geneeskunst en verpleegkunst is behoefte geweest zolang er mensen zijn. De manier waarop dat gebeurde, hield verband met de heersende gewoonten en gebruiken in verschillende culturen. Godsdienstige, sociale, politieke en economische factoren spelen daarbij een belangrijke rol en laten zien dat wat vroeger actueel was, niet voorgoed voorbij is. De visies op gezondheid en genezen wisselen en zijn dynamisch. Ze hebben invloed uitgeoefend op de zorg voor en de begeleiding van de zieke mens.

Het thema van het boek geeft antwoord op de vraag in hoeverre de verpleegkunst en de opleiding daartoe een bijdrage hebben geleverd aan de gezondheidszorg. De auteur onderzoekt diverse factoren die hierbij van betekenis zijn geweest: de groei van verpleegkunst als beroepsuitoefening, de emancipatorische betekenis daarvan voor vrouwen, de verhouding tussen theorie en praktijk en de beroepsverhouding tussen artsen en verpleegkundigen.

In het boek worden drie thema's beschreven: verpleging van zieken inclusief thuis-, gezins- en mantelzorg, de opleiding tot de kunde en de kunst van de verpleging en de verhouding tussen verpleegkunst en geneeskunst.

Na een korte schets van de gezondheidszorg in oude culturen beschrijft Goudswaard het ontstaan van gasthuizen en godshuizen in de middeleeuwen. Deze werden opgericht om armen, zieken, pelgrims en andere vreemdelingen op te nemen. Ze zijn te beschouwen als hospitalen voor hulpbehoevenden. Meestal ontstonden deze vroeg-middeleeuwse verblijfplaatsen bij kathedralen en kloosters. Het initiatief ging soms uit van de overheid die afkondigde dat iedere bisschop bij zijn kathedraal een gasthuis moest bouwen. Patiënten werden ingedeeld naar de aard van hun ziekteverschijnselen en tevens waren bepaalde gebouwen bestemd voor lijdende aan een specifieke ziekte. De verzorging van de zieken was in het algemeen een taak van vrouwen en was een symbool van christelijke naastenliefde. Diaconessen in de eerste christengemeenten, cellenbroeders en -zusters in de kloosters en begijnen verzorgden en verpleegden de zieken. De opleiding was van praktische aard: opgedane vaardigheden werden aan nieuwelingen doorgegeven. Volgens de auteur liggen hier de wortels van de huidige intramurale zorgverlening.

Godshuizen waren inrichtingen die waren opgedragen aan God en/of de Heilige Geest. Hier verzorgden leken die zich dienstbaar maakten uit naastenliefde, de zieken.

Ook sommige gilden (verenigingen van ambachtslieden) bouwden gasthuizen voor verarmde gildenbroeders. Sommige complexen waren een combinatie van kerk, armenhuis en isolatie-inrichting en werden gefinancierd door stadsbestuur, kerken en particulieren. De zorg voor zieken had in deze tijd nog het karakter van liefdadigheid. Het moderne ziekenhuis is voortgekomen uit deze gastverblijven bij kerken en kloosters.

De transformatie van gasthuis naar ziekenhuis vond zeer geleidelijk plaats. De kerken gingen in de loop van de zestiende eeuw de bestrijding van armoede meer als een taak van de overheid zien en beperkten liefdadigheid tot een minimale voorziening voor de meest schrijnende gevallen. In de zeventiende eeuw verloor het gasthuis nog meer zijn primaire functie als oord van gastvrijheid en ziekenzorg. Het ging geheel of gedeeltelijk dienen als verblijfplaats voor onvermogenen die geen gelegenheid en middelen hadden om zich in hun eigen woning te laten behandelen en verplegen. Zo veranderden de gasthuizen van karakter. Zij werden beheerd door gasthuismeesters of regenten en de verpleging was in handen van zaalknechten en -meiden die voor hun werk niet waren opgeleid noch werden geselecteerd op geschiktheid en bekwaamheid. In tegenstelling tot de religieuzen werd het lekenpersoneel in het algemeen niet door hogere motieven gedreven. Het peil van de verzorging daalde niet alleen hierdoor, maar ook door andere oorzaken zoals algemene verarming en godsdiensttwisten. In de achttiende eeuw kwam het gasthuis tot verval. Het karakter veranderde ook door de intrede van chirurgijns en doctoren. Voor het eerst werd klinisch onderwijs aan medische studenten aan het ziekbed gegeven. De invoering van het heelkundig en geneeskundig onderwijs in het gasthuis veranderde dit tot ziekenhuis.

In de eerste helft van de negentiende eeuw waren de armen nog steeds aangewezen op de gasthuizen, maar vernieuwing van het ziekenhuiswezen ving in die tijd aan. Dit begon met de oprichting van particuliere ziekenhuizen, al dan niet op confessionele basis. De wantoestanden in de gasthuizen hadden scherpe kritiek uitgelokt en ziekenhuisopname werd duidelijker gezien als een sociale indicatie. Het verblijf in de gasthuizen kon zodanig verbeteren dat nu ook zieken uit de hogere sociale klassen beter daar dan thuis behandeld konden worden. Het gasthuis veranderde van verblijfsinrichting voor arme zieken en andere hulpbehoevenden in ziekenhuis voor patiënten uit alle lagen van de bevolking. De functie van het regentenbestuur werd als vanzelf overbodig en maakte plaats voor leiding door medici. Tevens maakte de zich uitbreidende en specialiserende zorgverlening een opwaardering van de verpleegkundige bezigheden noodzakelijk. Om de nieuwe medische vindingen en therapeutische mogelijkheden te benutten waren opgeleide mensen nodig. In dit opzicht was 1820 een historisch keerpunt toen de eerste Nederlandse moderne religieuze Congregatie voor ziekenverpleging werd gesticht, spoedig gevolgd door soortgelijke instellingen. De verplegenden kregen een opleiding die bestond uit theoretisch onderwijs en begeleide praktijk als basis voor deskundige uitoefening van de verpleegkunst. In deze periode kwam de verpleegkunst als beroep van de grond. Het waren de eerste tekenen van professionele ziekenbehandeling en ziekenverpleging voor allen.

Ziekten als roodvonk, pokken, malaria, cholera en difterie die soms endemisch heersten, riepen een nog niet eerder voorgekomen nationale reactie op. Eén van de uitkomsten hiervan was dat het geneeskundig onderwijs landelijk werd geregeld en op

universitaire leest werd geschoeid. De gezondheidszorg werd hiermee tot wetenschap. In diezelfde tijd ontstonden er beroepsscholen voor huishoudkunde en andere vrouwelijke beroepen. Daarbij voegde zich scholing voor meisjes en vrouwen voor de gezondheidszorg. Deze was niet primair bedoeld als voorbereiding voor liefdewerk, maar met het oog op betaalde arbeid. Daarmee was de ontwikkeling naar professionalisering van de ziekenverpleging ingezet.

Er bestond echter geen algemene basisopleiding voor verplegenden. De vorm en de inhoud van de opleiding in de verpleegkunst werd niet geregeld door landelijke wetten. De ziekenhuizen verzorgden een eigen opleiding. Er ontstonden vier aparte opleidingen: in algemene en psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen en voor zwakzinnigenzorg. Dit leidde tot fragmentering van de opleiding en had als bijkomende bezwaar dat gediplomeerden waren aangewezen op slechts één sector van de verpleging. Er werd gekozen voor de meest voor de hand liggende en goedkoopste oplossing: een leerlingstelsel, naar het model van de vroegere gilde-opleidingen, namelijk een combinatie van praktijk en theorie in bedrijfsverband. Voor mensen uit het arbeidersmilieu en de burgerstand was dit geen bezwaar, omdat het ziekenhuis kost en inwoning evenals geneeskundige behandeling en verpleging bood. Hiermee kan ook de kloof tussen geneeskunst en verpleegkunst gedeeltelijk worden verklaard. Zowel het grote verschil in vooropleiding en opleiding als de heersende mening dat verpleegkunst een makkelijk beroep was, zijn als oorzaken aan te wijzen. Ook het feit dat leerling-verpleegkundigen en medische studenten uit sterk verschillende levenssferen kwamen, heeft hieraan bijgedragen. Een ander bezwaar van deze vorm van (inservice-)opleiding is dat de leerling-verpleegkundige als werknemer wordt ingeschakeld en als werkkraeft wordt gehonoreerd, waardoor er een sterk afhankelijke positie van het ziekenhuis ontstaat. Het opleidingsaspect komt niet zelden op de tweede plaats en door het ontbreken van wetgeving konden de directies van ziekenhuizen hun economische belangen laten prevaleren. Bij de latere vervol- en specialistische opleidingen doen zich soortgelijke problemen voor. Een systeem van weinig dure gediplomeerden en veel goedkope leerlingen blijft volgens de schrijver tot op heden deel uitmaken van het beleid.

Het heeft tot 1921 geduurd voor de eerste wetgeving tot stand kwam die de wettelijke bescherming van het diploma van verpleegkundige regelde. De opleiding kreeg nu een landelijke geldigheid en kon worden behaald in een erkend ziekenhuis. In 1963 kwam de Wet op de ziekenverzorgsters en ziekenverzorger tot stand. Deze wetten hebben echter een beperkte opzet, omdat zij niet aangeven waartoe de verpleegkundigen en ziekenverzorger bevoegd zijn. Slechts de bevoegdheid tot het voeren van de beschermde titel wordt geregeld. Dit systeem, waarin alleen de bij het beroep horende titel is beschermd en niet het beroep als zodanig, wordt aangeduid met het begrip titelbescherming. Iedereen mag het beroep uitoefenen, omdat er geen onbevoegde uitoefening van het beroep bestaat. Alleen degene die in het bezit is van het diploma, mag de titel gebruiken.

Tot op heden bestaat het inservice-onderwijs als bedrijfsopleiding naast de in 1972 ingevoerde mogelijkheid om beroepsonderwijs in onderwijsinstituten te volgen. Tevens bestaan binnen het verpleegkundig beroep talrijke specialisaties, waardoor het niet eenvoudig is om bijvoorbeeld van een algemeen naar een psychiatrisch ziekenhuis over

te stappen. In de toekomst zal er een nieuw geïntegreerd opleidingsstelsel voor verpleegkundige en verzorgende beroepen worden ingevoerd, waarin niet meer wordt opgeleid voor één specifieke werkterrein, maar de opleiding geschikt is voor een breed terrein van de gezondheidszorg.

De geschiedenis van de zorg voor zieken toont aan dat elke nieuwe cultuurperiode gepaard gaat met grote veranderingen in de ziekenzorg. Deze kwamen voort uit zowel gewijzigde inzichten in de behandeling en verpleging van patiënten als de ontwikkeling van de medische wetenschap. Het boek richt zich met name op het feit dat de overheid in het verleden niet in staat is geweest de beroepsuitoefening voor verplegende op passende wijze te organiseren. De wetgever volgt de particuliere initiatieven, nadat deze hun praktische nut hebben bewezen en onmisbaar zijn gebleken.

De inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst geeft een overzichtelijke weergave van de bevorderende en belemmerende factoren die hebben geleid tot de volwaardige erkenning van het beroep van verpleegkundige. Het is geïllustreerd met vele voorbeelden en aardige stukjes historie waarbij ook de medische verzorging in het leger en de zeevaart een plaats hebben gekregen. Er is veel aandacht geschonken aan de drijvende en vertragende krachten die aan de opkomst en opleiding van verpleegkundigen ten grondslag hebben gelegen.

Irene Tiems

E.T.P. van den Heuvel & B. Meyboom-De Jong, *Wat is gepubliceerd over chronische ziek(t)en in de huisartspraktijk?* Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1995. xvi + 296 pp.

I.M. Hofman-Okkes et al., *Chronisch zieken met zeldzame ziekten in de huisartspraktijk.* Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994. xi + 229 pp.

Beide publicaties vormen samen één van de dertien deelstudies in opdracht van de Nederlandse Raad voor Gezondheidsonderzoek onder verantwoordelijkheid van de Nationale Commissie Chronisch Zieken. De studies handelen over de zorg, de opvang en begeleiding van chronisch zieken. Aanleiding tot de studieopdracht is de versnippering en het gebrek aan samenhang, aan cumulatie van kennis en aan verspreiding van onderzoeksresultaten.

Het overzicht in het eerste boek is beperkt tot in Nederland verschenen publicaties en wat door Nederlanders in het buitenland is gepubliceerd. In de gebruikte zoekstrategie is in hoge mate uitgegaan van huisartsreferenties (huisartsgeneeskundige instituten en tijdschriften). Het grootste deel van het boek betreft een opsomming met korte bespreking van de publicaties.

Bij het doornemen valt op dat, ondanks de intentie om het aspect 'chronisch zieke' te differentiëren van 'chronische ziekte', het uitgangspunt steeds blijft 'chronische ziekte' vanuit een medische definitie. Een juistere titel zou dan ook zijn: *Wat is er in de Nederlands-academische huisartsliteratuur gepubliceerd over chronische ziekten?*

Vastgesteld wordt dat de mate waarin een chronische ziekte in de huisartspraktijk voorkomt, samen met het feit of een chronische ziekte apart met de ICPC (een huisartsgeneeskundig classificatiesysteem) kan worden geclassificeerd, van doorslaggevend belang lijkt te zijn voor de vraag of naar de betreffende ziekte onderzoek in de huisartspraktijk wordt verricht. Welke factoren naast de prevalentie invloed hebben op de mate waarin onderzoek is verricht naar bepaalde chronische ziekten in de huisartspraktijk, is niet bekend. Door bestaande fondsen (bijvoorbeeld het Astmafonds) komen bepaalde gebieden wellicht gemakkelijker onder de aandacht. Mogelijk speelt financiële steun van de farmaceutische industrie een rol. De auteurs besluiten met enkele aanbevelingen, waaronder meer onderzoek naar zeldzame chronische ziekten en weinig onderzochte maar frequent voorkomende aandoeningen, zoals maag-darmlijden.

Van de ongeveer achtduizend gekende ziekten hebben 7.500 een lagere incidentie dan 1 per 1.000 en 4.000 lager dan 1 per 100.000. In een gemiddelde huisartspraktijk zullen er ruwweg 20 patiënten voorkomen met één van de 4.000 zeer zeldzame aandoeningen. Het boek van Hofman-Okkes stelt de vraag wat bekend is over de huisartsgeneeskundige zorg voor mensen met ernstige, zelden voorkomende chronische ziekten met als bijvraag of er lacunes bestaan in de kennis en vaardigheden van huisartsen. Van de ongeveer twintigduizend opgespoorde artikelen (in binnen- en buitenland) is slechts 1 procent relevant inzake zorgaspecten vanuit huisarts- en/of patiëntenstandpunt. Alleen over schizofrenie blijkt behoorlijk wat gepubliceerd. Het is overigens in dit hoofdstuk dat Medische Antropologie eenmaal wordt geciteerd met een artikel van Van Dongen.

Bij de helft van de nader bestudeerde ziekten blijken duidelijk potentiële problemen te bestaan in de diagnostische fase, met als uitschieter "de 'moderne' neiging om vooralsnog 'onbegrepen' klachten en symptomen te duiden als 'psychisch'" (p. 223).

De literatuur is uitgebreid waar het gaat om het aanduiden van mogelijke problemen inzake zorg en bejegening, maar biedt zelden concrete oplossingen. Huisartsen nemen nauwelijks deel aan het proces van kennisverwerving over chronische ziekten, een vrijwel exclusief terrein voor specialisten. Het is dus niet verwonderlijk dat de beschikbare kennis handelt over de ziekte en niet over de zieke.

De literatuurbespreking is geordend rond een aantal gekozen ziekten en omvat telkens een globale bespreking gevolgd door de referenties van de betrokken publicaties.

Bij het lezen van beide boeken en het bekijken van de twaalf andere onderzoeksonderwerpen, vond ik nergens een aanwijzing van een conceptuele benadering van chronisch ziek zijn, bijvoorbeeld vanuit antropologisch standpunt. Dit is kennelijk geen punt van zorg voor de opdrachtgevende overheid.

Ri de Ridder

Anke van der Kwaak & Ivan Wolffers (eds.), *Primary health care and refugees*. Primary Health Care Publications 9. Amsterdam: VU University Press, 1996. 114 pp. f 22,50.

In *Primary health care and refugees* zijn zes artikelen bijeengebracht met als gemeenschappelijk thema de gezondheidszorg voor vluchtelingen vanuit het perspectief van Primary Health Care (PHC). In hun voorwoord en inleiding geven de samenstellers aan dat 90 procent van de vluchtelingen in nabijheid van het conflictgebied opgevangen wordt. De hulpverlening aan hen heeft vooral het karakter van tijdelijke, ingevlogen noodhulp. De idealen van PHC, zoals participatie van de gemeenschap en vertrouwen op eigen kracht, lijken vergeten. Met deze publicatie willen Van der Kwaak en Wolffers een lans breken voor een meer structurele vorm van hulpverlening, ingebed in en aansluitend bij de behoeften van de vluchtelingengemeenschap. Voor hen is de hamvraag wat PHC kan betekenen voor de gezondheid van vluchtelingen.

De Sloveense kinderpsychiater Kos schetst in haar bijdrage een verhelderend beeld van de bijdrage die de school kan leveren aan de geestelijke gezondheid van vluchtelingenkinderen. Zij beschrijft haar ervaringen met Bosnische vluchtelingen in Slovenië. Voor haar moet het opzetten van onderwijs de hoogste prioriteit krijgen in de hulpverlening aan vluchtelingen. Onderwijs, zo maakt zij duidelijk, biedt een kader, dat het leven van vluchtelingenkinderen structureert, en draagt op die wijze bij aan het verwerken van doorgemaakte ervaringen. Het introduceert regelmaat, biedt onder meer zinvolle dagbesteding, contacten met leeftijdsgenoten, steun van leerkrachten en oriëntatie op de toekomst, maar ook een mogelijkheid vroegtijdig psychische problemen op te sporen. De school en het volgen van onderwijs helpen de kinderen weer controle te krijgen over hun leven.

Participatie van vrouwen in ontwikkelingsprojecten is cruciaal leert jaren ervaring met de praktijk van de 'ontwikkelingshulp'. Geweld gericht op vrouwen, 'gender violence', blijkt deze participatie te belemmeren. Een dubbele reden om ruim aandacht aan dit fenomeen te geven. Mannen gebruiken, zo stelt Richters in haar bijdrage, geweld als vorm van sociale controle, wanneer vrouwen door maatschappelijke ontwikkeling meer vrijheden krijgen. Ze bepleit een aanpak waarin zowel gezondheid, als ontwikkeling en mensenrechten de fundamentele vormen. Hoe herstel – lichamenlijk, psychisch, sociaal – na geweldservaringen plaatsvindt, is afhankelijk van de culturele context. In een sociocentrische samenleving heeft herstel van sociale relaties prioriteit voor de geweldsgetroffenen. Ontwikkelingsprogramma's kunnen dan meer bijdragen aan genezingsprocessen, dan interventies van westers-getrainde traumatherapeuten.

Wijnroks bijdrage is een waarschuwing uit de praktijk. Zij beschrijft de reacties van bewoners van de grensgebieden van Bangla Desh op de komst van Rohingya vluchtelingen, een moslim-minderheid uit Birma. Na alarmerende berichten over ondervoeding van deze vluchtelingen werd een voedselprogramma gestart. Het resulteerde in een daling van morbiditeit en ondervoeding tot onder het niveau van de dorpen in de omgeving van de kampen. De plaatselijke bevolking klaagde dat de vluchtelingen onder betere omstandigheden leefden dan zijzelf. Een en ander leidde zelfs tot onlusten tussen beide groepen. Op basis van deze ervaringen bepleit Wijnroks een bredere

ontwikkelingsstrategie gericht op de gehele regio in plaats van noodhulp gericht op vluchtelingenkampen.

De participatie van vluchtelingen in de besluitvorming in vluchtelingenkampen is volgens Lekskes essentieel om vluchtelingen controlé over het eigen leven te laten herkrijgen en minder afhankelijk te laten worden van hulp. Dat geldt ook voor medische programma's. Zolang hulpverleners de vluchtelingengemeenschap alleen zien als risicogroep, is er weinig ruimte de gemeenschap bij gezondheidsprogramma's te betrekken. Het inzetten van vluchtelingen als Community Health Workers in kampen is volgens haar een van de mogelijkheden om participatie te vergroten.

De gezondheidszorg voor vluchtelingen in Nederland is het onderwerp van de laatste bijdrage. Van Willigen constateert dat met het groeiend aantal asielzoekers de kwaliteit van de opvang in Nederland afgenomen is. Asielzoekers en vluchtelingen worden nauwelijks betrokken bij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. De periode van verblijf in centra is lang en werkt passiviteit en hospitalisatie in de hand. Een positieve ontwikkeling is wel de groeiende toegankelijkheid van de reguliere gezondheidszorg. Wat volgens de schrijfster ontbreekt, is een samenhang tussen het beleid wat betreft gezondheidszorg, opvang en integratie, en asielprocedure, een vereiste voor een waarachtige 'public health' benadering. Preventie in het geval van vluchtelingen vraagt immers een gecombineerde actie van gezondheidszorg en andere sectoren.

De bijdragen aan deze bundel zijn sterk verschillend van onderwerp, in steek, reikwijdte en abstractieniveau. Het geheel oogt willekeurig samengesteld en heeft een sterk kaleidoscopisch karakter. De rode draad die de hoofdstukken samenbindt is dun. Herhaaldelijk zijn behartenswaardige constatering te lezen en worden terechte kritische vragen gesteld over de huidige zorg aan vluchtelingen, zowel in conflictgebieden als in Nederland. De teneur van de bundel is dat een PHC-aanpak wenselijk is ook in het geval van hulp aan vluchtelingen, vooropgesteld dat deze ingebed is in een brede, de gezondheidszorg overstijgende strategie, die beoogt de maatschappelijke condities voor ontwikkeling dan wel integratie te realiseren. Het antwoord op de vraag wat PHC concreet kan betekenen voor de gezondheid van vluchtelingen blijft naar mijn mening fragmentarisch. Slechts enkele aanzetten hiertoe zijn gegeven. Het boek is eerder een pleidooi om vanuit een PHC-perspectief systematisch en grondig de gezondheidszorg voor vluchtelingen te analyseren en voorstellen ter verbetering te doen. *Primary Health Care and refugees* is vooral te zien als een oproep een dergelijke studie zo snel mogelijk te schrijven.

Rob van Dijk

Charles F. Longino Jr. & John W. Murphy, *The old age challenge to the biomedical model. Paradigm strain and health policy*. Amityville: Baywood Publishing Company, 1995. 169 pp. index.

Dit interessante boek heeft twee doelstellingen. Ten eerste gaat het de Longino en Murphy erom de beperkingen van het bio-medische model te laten zien, met name waar

het gaat om chronische ziekte. Ten tweede proberen zij de eigen positie die bij deze kritiek verondersteld is, in positieve zin verder te ontwikkelen. Ondanks de praktische aard van de problemen die in het geding zijn, onderstrepen de auteurs terecht de noodzaak van een goede theorie. Hun bijdrage daaraan wordt gepresenteerd als een combinatie van sociologie, gerontologie en filosofie.

Na het inleidende eerste hoofdstuk doen de auteurs in het tweede hoofdstuk de filosofische uitgangspunten van het heersende biomedische model uit de doeken, waarna ze in de volgende twee hoofdstukken de theoretische, respectievelijk praktische aspecten van de opkomst van de wetenschappelijke geneeskunde behandelen. In hoofdstuk 5 wordt het onvermogen van dit biomedische model om adequaat met chronische ziekte om te gaan aan de kaak gesteld. De problematische effecten hiervan zullen volgens de auteurs in de toekomst overduidelijk worden. Immers, de vergrijzing van de bevolking in de landen van het westerse ontwikkelingstype met name vanaf 2030, wanneer de vertegenwoordigers van de naoorlogse geboortegolf 85 jaar en ouder worden, zal zich waarschijnlijk uiten in relatief grote aantallen chronische zieken. Maar ook nu al wordt de medische zorg met dit fundamentele onvermogen geconfronteerd.

Na hun kritiek proberen de auteurs hun alternatief te ontwikkelen, dat zij karakteriseren als holistisch en democratisch. Hoofdstuk 6 presenteert een 'emerging paradigm' met als belangrijke pijler een 'niet-dualistische filosofische basis voor de interventie'. In het volgende hoofdstuk stellen de Longino en Murphy de daaruit voortvloeiende beleidsimplicaties aan de orde. Ten slotte worden in het laatste hoofdstuk enkele problemen in verband met de democratisering van de medische praktijk behandeld, geïllustreerd met recente voorbeelden uit de Verenigde Staten.

Dit boek is vooral van belang door de aandacht die het vraagt voor het gegeven dat chronische ziekte niet goed past binnen de medische praktijk, voor zover deze gericht is op onderzoek naar en behandeling van acute ziekten. De poging om tot een 'holistisch' en 'democratisch' alternatief te komen doet daarbij sympathiek aan, maar blijft enigszins aan de oppervlakte steken, waar zeer heterogeen gedachtengoed van auteurs als Foucault, Lyotard, Rorty en Habermas aan elkaar wordt gepraat.

Jan Baars

Vanessa Maher (ed.), *The anthropology of breast-feeding. Natural law or social construct*. Oxford: Berg Publishers Ltd, 1992. 185 pp. £ 12.95.

In de medische benadering houdt borstvoeding in de hele wereld hetzelfde in. Het is een kwestie van het al dan niet succesvol functioneren van een fysieke of psychologische band tussen twee individuen. Dit zegt Vanessa Maher, de samensteller van deze verzameling van zeven essays over borstvoeding, in de eerste bijdrage. In alle verhalen komt naar voren dat dit niet het geval is. Het gaat om veel meer dan alleen de relatie tussen moeder en kind. Vooral economische en sociale omstandigheden zijn bepalend voor de aard van de voeding van jonge zuigelingen en voor hun groei en gezondheid.

Het begrip 'succesvolle borstvoeding' heeft in verschillende culturen een andere betekenis en kan vroege bijvoeding inhouden. De auteurs beogen niet argumenten voor borstvoeding of flesvoeding aan te voeren, maar voeding van jonge zuigelingen in de sociale context te plaatsen.

De bijdragen behandelen heel verschillende thema's en variëren naar mijn mening nogal in kwaliteit. Maher benadrukt in haar twee bijdragen dat bij het credo 'borstvoeding is natuurlijk en goed' veel te veel wordt uitgegaan van het kind. De gezondheid van de moeder en de verhouding tussen mannen en vrouwen zijn aspecten die te weinig aandacht krijgen. Dit geldt eveneens voor beschouwingen over het begrip maternale depletie, de achteruitgang van de fysieke toestand van de moeder door veel, snel opeenvolgende zwangerschappen. De benadering is volgens de auteur te simplistisch en laat te weinig ruimte voor rationele overwegingen van de vrouw. Een voorbeeld: het vroegtijdig geven van bijvoeding kan een strategie van de moeder zijn om de vader meer verantwoordelijkheid te geven voor de voeding van het kind.

Twee essays gaan uitgebreid in op de culturele betekenis van borstvoeding. Marie-Louise Creighton beschrijft dat in Noord-Tunesië het vloeien van de moedermelk naar het kind gezien wordt als de overdracht van levenskracht (baraka). Voor een aantal kinderziekten geldt dat zijn in de ogen van de moeders het gevolg zijn van 'slechte melk'. De auteur, die haar verhaal baseert op uitgebreid etnografisch onderzoek in de jaren zeventig, geeft op heldere wijze aan welke rol borstvoeding heeft in de sociale verhoudingen.

Jane Khatib-Chahidi behandelt het begrip 'melkverwantschap' aan de hand van onderzoek in Iran. Dit begrip houdt in dat een andere vrouw dan de moeder de baby borstvoeding geeft. Deze vrouw geniet later een bepaalde bescherming van de familie van de moeder. Ook gelden voor haar strikte regels voor uitsluiting van een huwelijk met een aantal naaste verwanten van de moeder. Deze praktijk, die vooral vroeger veelvuldig voorkwam, doet een band ontstaan tussen families, waardoor bijvoorbeeld handel vergemakkelijkt wordt.

Kirsten Hastrup geeft een historische beschouwing over het niet geven van borstvoeding in IJsland gedurende de zeventiende en achttiende eeuw. De zuigelingen- en kindersterfte waren in deze periode bijzonder hoog. Het niet geven van borstvoeding was hier mede verantwoordelijk voor. *A question of reason* luidt de titel van de bijdrage en de auteur illustreert dit aan de hand van een beschrijving van de plaats die zuivelproducten innamen voor de vrouw. Zij was van mening dat deze de beste producten waren die zij haar kind kon geven.

Twee bijdragen gaan over hedendaagse borstvoedingspraktijken. Catherine Panter-Prick illustreert aan de hand van vergelijkend kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar borstvoeding bij twee etnische groepen in Nepal dat moeders de zorg voor kinderen combineren met hun werk. De aard van het werk bepaalt het ritme van de voeding. Hard werken is niet per definitie nadelig voor het kind. In Nepal nemen de moeders die de hele dag op het land werken hun baby mee en dit betekent dat de baby's per dag gemiddeld langer borstvoeding krijgen dan baby's van moeders die niet op het land werken.

Franca Balsamo et al. bespreken de situatie in Turijn. Zij constateren dat er vanuit de medische professie sterke druk wordt uitgeoefend op de moeder om borstvoeding te geven. Tegelijkertijd bestaan er echter allerlei praktijken in en buiten de kraamkliniek, die restrictief zijn voor borstvoeding. Voorbeelden zijn de regelmaat die wordt aanbevolen en de druk van de weegschaal. Wanneer het kind niet voldoende groeit, krijgt het meteen bijvoeding en dit heeft een negatieve invloed op de borstvoeding. Als de moeder hierdoor stopt, krijgt zij het imago van 'onnatuurlijke' moeder.

De publicatie is naar mijn mening interessant, omdat het allerlei aspecten van borstvoeding belicht. De bijdragen die op eigen onderzoek zijn gebaseerd, geven een boeiende illustratie van verschillende praktijken. De meer theoretisch-beschouwende bijdragen, beide van de hand van Maher, zijn van veel mindere kwaliteit. Terecht vraagt de auteur meer aandacht voor de vrouw. Zij springt hierbij echter erg slordig om met gegevens over borstvoeding. Een voorbeeld is het inconsistente gebruik door Maher van begrippen als kinder- en zuigelingensterfte. Voorts noemt zij het feit dat in landen waar langdurig borstvoeding wordt gegeven, de zuigelingensterfte erg hoog is. Daarna zegt zij dat sociaal-economische omstandigheden bepalend zijn voor deze sterfte. Op zich zijn dit geen onjuiste beweringen: de babyvoedingsindustrie zegt in haar reclame hetzelfde. Buiten de context geplaatst kunnen dergelijke beweringen echter een erg negatieve invloed uitoefenen op borstvoeding. De auteur gaat naar mijn mening veel te weinig in op de rol van propaganda van de babyvoedingsindustrie. Daarmee blijft een van de belangrijke factoren die borstvoedingspraktijken beïnvloeden onderbelicht en wordt het betoog erg ongenueanceerd.

Marijke Stegeman

Anthony J. Marsella, Matthew J. Friedman, Ellen T. Gerrity & Raymond M. Scurfield (eds.), *Ethnocultural aspects of Posttraumatic Stress Disorder. Issues, research, and clinical applications*. Washington DC: American Anthropological Association, 1996. 576 pp. zaken- en auteursindex, tabellen. f 123,50.

Met deze publicatie beogen de samenstellers een standaardwerk te presenteren, waarin de actuele stand van zaken wat betreft de culturele aspecten van de Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) geschetst wordt. Daarbij hebben zij ruimte gegeven voor de inbreng van verschillende wetenschappelijke disciplines, van zowel clinici als sociaal-wetenschappelijk onderzoekers. Marsella c.s. beloven zeer ambitieus in hun inleiding de lezer een boek dat een wetenschappelijke en uitdagende ervaring vol fascinerende feiten, theorieën en mogelijkheden biedt, die de noodzaak onderstreept rekening te houden met culturele factoren als men de aard, etiologie en behandeling van PTSD wil doorgronden. Op de vraag of zij hierin geslaagd zijn, zal ik later ingaan.

De meer dan vijfhonderd pagina's die het boek telt, herbergen in ieder geval een schat aan informatie en bieden de lezer toegang tot een zeer omvangrijk aantal bronnen dankzij goed gedocumenteerde overzichten. Zo beslaat de twee-koloms auteursindex maar liefst 24 bladzijden. Het boek krijgt daardoor een bijna encyclopedisch karakter.

zij het vooral voor de westerse engelstalige wereld. De vijftienveertig auteurs zijn op enkele uitzonderingen na afkomstig uit de Verenigde Staten. Uitgaande van de klinische diagnose PTSD komen zowel natuurgeweld (rampen) als individueel en collectief menselijk geweld (seksueel geweld, oorlog, vlucht) aan de orde. Studies naar de gevolgen van de Vietnam-oorlog nemen hierbij een centrale plaats in.

Deel I behandelt bij wijze van fundament het begrip PTSD en geeft een overzicht van de literatuur wat betreft epidemiologie en behandeling. In hun overzicht van epidemiologische onderzoeken naar het voorkomen van PTSD geven De Girolamo en McFarlane de achillespees van het boek aan: het meeste onderzoek heeft plaatsgevonden in westerse, met name engelsprekende samenlevingen. Daarbij komt dat het methodologisch niet verantwoord is vergelijkingen van prevalentiecijfers te maken. Met name onderzoek in ontwikkelingslanden ontbreekt, ondanks het groter aantal mensen 'at risk'. De roep om meer onderzoek klinkt hier, zoals op vele andere plaatsen in het boek, met als doel "the moderating effect of culture on this disorder" te verhelderen.

Deel II gaat uitgebreid in op conceptuele en methodologische vraagstukken. Uit de bijdrage van Marsella, Friedman en Huland Spain is op te maken dat onderzoek naar culturele aspecten van PTSD vooral onderzoek is naar het voorkomen van het ziektebeeld bij verschillende etnische minderheden. Ze wijzen op het gevaar te weinig aandacht te hebben voor verschillen binnen en tussen etnische groepen dan wel niet-culturele factoren, zoals socio-economische status en opleidingsniveau te onderschatten. In het voorbijgaan stippen zij interessante velden van onderzoek aan, zoals het gebruik van traditionele ceremonies en rituelen bij de behandeling van trauma's en de veerkracht van geweldsgetroffenen die geen PTSD ontwikkelen. Onderwerpen die helaas in de rest van het boek alleen in de marge behandeld worden.

Kirmayer gaat in dit deel op verhelderende wijze in op somatiseren en dissociatie in relatie tot PTSD. Hij geeft aan hoe op vele wijzen de herinnering belichaamd ("inscribed on the body") kan worden, van litteken, verandering in houding of gevoel van veiligheid en zelfachting, tot narratief verslag van verwonding en verlies geïncorporeerd in het levensverhaal. De traumatische herinnering is ook een sociaal gegeven en wordt onder meer door de gezondheidszorg gedragen en herhaald. "Trauma", zo stelt hij, "is at once a sociopolitical event, a psychopathological proces, a bodily and emotional experience, an explanation, and a narrative theme" (p. 155). De focus op stress of trauma is in zijn ogen een simplificatie.

Na een uiteenzetting van Jenkins over de relatie tussen cultuur, emoties en PTSD besluit dit deel met een bijdrage over het gebruik van meetinstrumenten in cross-cultureel onderzoek. Keane c.s. concluderen in dit verband dat alle meetinstrumenten voor PTSD beperkingen kennen bij gebruik in een andere culturele context, dan waarin zij ontwikkeld zijn. Een aanpak waarin meerdere onderzoeksmethoden gecombineerd worden, biedt de meest betrouwbare informatie.

Het voorkomen van PTSD bij verschillende etnische groepen is het onderwerp van Deel III. De grootste etnische minderheidsgroepen in de Verenigde Staten passeren de revue: Afrikaanse Amerikanen, Amerikanen van indiaanse afkomst, Aziatische Amerikanen en Spaanssprekende Amerikanen ('Hispanics'). Zelden wordt hierbij onderscheid

gemaakt tussen subgroepen binnen deze categorieën naar afkomst (Mexicanen versus Puerto Ricanen) of naar socio-economische klasse. Alle bijdragen gaan in op de interferentie tussen traumatische ervaringen en huidige maatschappelijke positie. De vraag rijst of het concept PTSD voldoende recht doet aan de aard en impact van de veelvoudige, herhaalde en geaccumuleerde aspecten van trauma bij deze groepen. Posttraumatische reacties, maar ook het beloop en effectiviteit van behandeling, kunnen niet los gezien worden van een soms eeuwenlange onderdrukking als minderheid en hedendaagse discriminatie en marginaliteit. "Race permeates any subject related to trauma in American society" (Allen, p. 233). Met name in studies onder Vietnam-veteranen wordt hierbij onder meer gewezen op discriminatie binnen het leger en de verwarring die ontstaat door identificatie met de vijand.

De meest aansprekende van deze bijdragen is *Wounded spirits, ailing hearts* van Manson et al.. Zij gaan onder meer in op de maatschappelijke discontinuïteit die de traumatisering van Vietnam-veteranen met zich mee brengt. Deze heeft niet alleen individuele consequenties, maar bedreigt het voortbestaan van de gemeenschap. "The loss is too great, for these men are of the generation who are now becoming grandfathers, who are destined to start assuming the roles of family and community leaders. (...) it is time for the Vietnam veterans to transform their combat experience, their courage and bravery into wisdom to help guide their families and tribes" (p. 274). Kort beschrijven ze de helende aspecten van traditionele ceremonies en geneeswijzen, zoals de 'Enemy Way'.

Op vergelijkbare wijze gaat Deel IV in op specifieke risicogroepen. Achtereenvolgens komen getroffen en door natuur- en milieurampen, 'women of color', kinderen en adolescenten en oorlogsveteranen aan bod. Voortbordurend op de studies in Deel III concludeert Root ten aanzien van vrouwen uit etnische minderheidsgroepen, dat historische en transgenerationale aspecten betrokken dienen te worden bij cultureel sensitief onderzoek naar traumatische ervaringen van deze groep. Het huidige conceptuele kader sluit veel van de trauma's van deze groep buiten.

Zijn de meeste bijdragen vooral een soms droge weergave van kwantitatief epidemiologisch onderzoek, DiNicola daarentegen biedt een verfrissend en prikkelend betoeg over culturele aspecten van PTSD bij kinderen en adolescenten. Hij onderzoekt PTSD vanuit een dubbel perspectief: een ontwikkelings- en een cultureel perspectief. Wat dit laatste perspectief betreft stelt hij: "Ethnocultural context does more than add to the clinical picture of PTSD. Examining PTSD across cultures may well paint an entirely different picture" (p. 399). DiNicola pleit voor een transculturele kinderpsychiatrie, die beide perspectieven verenigt. Uitgangspunt hiervan zijn dat cultuur geen barrière is die het zicht op een dieperliggende fundamentele realiteit verhult, maar een integraal onderdeel van de zelf-identiteit is. Verder ziet hij kinderjaren en adolescentie als sociale, culturele en historische constructen. Kinderen en adolescenten die traumatische ervaringen doorgemaakt hebben, omschrijft hij als 'cultural changelings', wisselkinderen losgeslagen van hun culturele wortels, als kinderen met een 'transitory identity'. Zijn therapeutische aanpak illustreert hij met twee prachtige casus. De voorgestane 'cultural family therapy' is voor hem op de eerste plaats een culturele ontmoeting tussen therapeut en gezin, waarin over alles te onderhandelen valt. "Only

by explicitly describing therapy as a cultural encounter (..) will therapists also be prepared to examine their culture as a starting point for conducting therapy" (p. 407).

In het laatste deel staat behandeling en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen centraal. Gusman et al. schetsen een 'multicultural developmental approach' voor de behandeling van trauma. In een maatschappij als de Amerikaanse is er geen sprake van een cultureel-coherente identiteit, maar van een multiculturele identiteit. Traumatisering en 'disorder of multicultural self' gaan vaak samen. Behandeling van patiënten met PTSD zal daarom in moeten gaan op de interactie tussen beiden. De auteurs bespreken de 'Three-way mirror' een therapeutische aanpak gebaseerd op een constructivistisch ontwikkelingsmodel. Uitgangspunt is hierbij dat zowel constructie als betekenis van trauma sterk varieert van patiënt tot patiënt, ook binnen een etnische groep.

In dit deel geeft Draguns verder een overzicht van universele en met de cultuur variërende principes bij de behandeling van PTSD. Hij ziet weinig heil in traditionele geneeswijzen, gezien het feit dat hun culturele contexten in ras tempo door urbanisatie en modernisering verdwijnen. Op basis van het model van Hofstede schetst hij verschillende dimensies binnen de cross-culturele psychotherapie. Rosenheck en Fontana schetsen het gebruik van voorzieningen door Vietnamveteranen. Lin et al. geven tenslotte een overzicht van variaties in effectiviteit van medicatie bij verschillende etnische groepen.

In de epiloog presenteren de samenstellers hun conclusies ten aanzien van een aantal open vragen. Zo zijn zij van mening dat PTSD ook in niet-westerse culturen gediagnostiseerd kan worden en het een klinisch zinvolle diagnose is gelet op de universele kenmerken in de reacties op trauma. Kritiek op het concept, zoals het voorstel de diagnose complexe PTSD in te voeren als het gaat om herhaalde of langdurige trauma's, de geringe aandacht voor de socio-politieke context en de stelling dat PTSD een culture-bound syndrome is, wijzen zij in hoofdlijnen af. Hun generale conclusie is: "There are substantive reasons to believe that the experience of trauma has similar biopsychosocial consequences and correlates in spite of the fact that different cultural traditions may define and experience reality, personhood, and trauma in different ways" (p. 538).

Opmerkelijk na lezing van deze hoofdstukken is, dat er feitelijk nog zo weinig met enige zekerheid te zeggen is over de culturele aspecten van PTSD, of beter over PTSD en etnische minderheden, in het bijzonder de Amerikaanse. Vergelijkend onderzoek dat methodologisch door de beugel kan, is een zeer schaars goed, zeker als het etnische of culturele grenzen overschrijdt. Daarbij valt het gebrek aan regie in onderzoek pijnlijk op. Er vindt niet of nauwelijks afstemming plaats om mogelijkheden voor vergelijking te vergroten.

Er worden door het boek heen verschillende kanttekeningen geplaatst bij het concept PTSD als maatstaf, die zeker tot nadenken stemmen. Zo wordt gewezen op de comorbiditeit die meer regel dan uitzondering is, op het bedrieglijke monocausale verband tussen incident en trauma gelet op de invloed van pre- en posttrauma-factoren bij het ontstaan van PTSD en op de schijnbare tegenstrijdigheid tussen gediagnosticeerde PTSD en 'normaal' functioneren. Het concept zelf staat echter niet fundamenteel ter discussie. Alle bezwerende opmerkingen ten spijt blijft het beeld achter van PTSD als

universeel gegeven. De culturele dimensie, de verbondenheid met een specifieke historische en culturele context waarin het concept ontstaan is, wordt in *Ethnocultural aspects of PTSD* niet behandeld of hooguit tussen de regels door vermeld. Een hoofdstuk gewijd aan deze kritische geluiden wordt node gemist. PTSD lijkt praktisch buiten historie en cultuur geplaatst te zijn.

Het boek kiest de optiek van de klinische bril van PTSD en niet dat van de mens geconfronteerd met intens schokkende gebeurtenissen. Het is met andere woorden gecentreerd rond een westers-klinisch construct, een ziektebeeld. In beeld komen daarom de zieke mensen, zicht ontstaat op hoe zij ziek geworden zijn. Hoe mensen gezond blijven, hun veerkracht en succesvolle coping strategieën die zij ontwikkeld hebben, blijft daardoor een witte vlek. Deze perspectiefverschuiving van mens naar ziekte, wordt nog versterkt door het sterk kwantitatief karakter van veel bijdragen waarin de lezer zich geplaatst ziet voor een zondvloed van cijfers en percentages. De sporadische casuïstiek vormen daarbij broodnodige rustpunten.

Rest nog de vraag of Marsella c.s. erin geslaagd zijn een standaardwerk het licht te doen zien. Deze vraag kan ik na lezing maar ten dele met ja beantwoorden. Ja, als het gaat om het geven van een overzicht van de huidige stand van zaken met name met betrekking tot etnische minderheden in de Verenigde Staten. Nee, als het gaat om de geconstateerde witte vlekken, met name de culturele dimensie van het concept PTSD en het omgaan met schokkende ervaringen buiten de Euro-Amerikaanse wereld. Het boek is daardoor vooral een behoudende terugblik op de main stream wetenschappelijk onderzoek, en nauwelijks een prikkelende stellingname voor de toekomstige discussie. Toch, zelfs met de genoemde beperkingen, is het boek aan te bevelen voor een ieder die zich wil oriënteren op de culturele dimensie van omgaan met traumatische ervaringen.

Rob van Dijk

Geert Mommersteeg, *Het domein van de marabout. Koranleraren en magisch-religieuze specialisten in Djenné, Mali*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Utrecht, 1996. 260 pp. f 35,00. Te bestellen bij Vakgroep Culturele Antropologie Rijksuniversiteit Utrecht.

In de literatuur wordt vaak een expliciet onderscheid gemaakt tussen 'de' islam en 'het' volksgeloof. Waar de grens getrokken moet worden, blijkt dikwijls een kwestie van individuele interpretatie. Marabouts in Djenné Mali hebben door studie meer kennis van de bronnen van de islam dan de doorsnee bevolking. Zij hebben ook kennis van 'het geheime' waardoor zij intermediair kunnen zijn op zowel het religieuze als het magische terrein. In zijn proefschrift beschrijft Geert Mommersteeg de wereldbeschouwing en de activiteiten van deze marabouts op beide terreinen. Het is een plezierig leesbaar verhaal dat ook interessant is voor diegenen die geen antropologische achtergrond hebben.

De auteur heeft zijn boek in vier delen gegroepeerd. De hoofdstukken 1 en 2 die het veldwerk en de dichotomie islam en maraboutage belichten vormen het eerste deel en

moeten als inleiding beschouwd worden. Het tweede en derde deel betreffen een tweedeling in het domein van de marabout. Dat wil zeggen dat in de hoofdstukken 3 en 4 de auteur het openbare (*bayanu*) domein beschrijft waarin de activiteiten van de marabouts in het traditioneel islamitisch onderwijs centraal staan. In de hoofdstukken 5 tot en met 8 behandelt hij het geheime (*siri*) domein van de maraboutage, de esoterische kennis. Hoofdstuk 9 vormt het vierde en afsluitende deel waarin Mommersteeg aantoont hoe bepaalde elementen uit het openbare domein een rol spelen in de betekenisgeving van concepten uit het geheime domein en hoe de beide domeinen met elkaar verweven zijn.

In zijn eerste hoofdstuk beschrijft de auteur het veldwerk en zijn werkwijze in Djenné. Hij stelt daarbij het probleem van representativiteit, vertaling, decontextualisering en samenwerking met een onderzoeksassistent aan de orde. Maar, zegt hij, geen enkele etnografische beschrijving ontsnapt aan dit soort vragen. Zelf heeft hij gekozen voor een zo'n direct mogelijke schildering van ervaringen, waarbij hij tracht al te geabstraheerde beschrijvingen te vermijden. De auteur vindt dat het uiteindelijke resultaat van zijn studie het best te karakteriseren is als een facet-etnografie die niet pretendeert een overzicht van *de islam* of van *de maraboutage* te geven, maar een partiële waarheid vertelt.

Uitgaande van een opmerking van zijn assistent over het onderscheid tussen maraboutage en de islam gaat de auteur in op deze dichotomie. Enerzijds is er de islam en anderzijds bestaat er het geheel van magisch-religieuze voorstellingen en praktijken, in het Frans 'maraboutage'. Mommersteeg vindt dat dit overeenkomt met de tweedeling die door onderzoekers van de islam vaak is gehanteerd en waar antropologen nooit erg gelukkig mee zijn geweest. Hun studies hebben laten zien, dat het niet mogelijk is een strenge scheiding tussen formele islam en volksislam te maken. Hoewel de maraboutage een belangrijk deel uitmaakt van de lokale islam van de bewoners van Djenné, mag deze volgens de auteur niet als synoniem van volksislam gezien worden.

In het tweede hoofdstuk omschrijft de auteur de term marabout. Deze term slaat op een veelheid van rollen in de samenleving van Djenné. In de typering van marabouts staan begrippen centraal als studie, geletterdheid en kennis van het geheime. Mommersteeg brengt het idee van een reeks, van een continuüm, naar voren. Verschillende personen ressorteren volgens hem onder het begrip marabout. Hij licht dit toe door het begrippenpaar *bayanu/siri* (respectievelijk openbaar/duidelijk en geheim) als uitgangspunt te nemen. Aan het ene eind van het continuüm bevindt zich de geleerde, de leraar in klassieke islamitische wetenschappen, de onderwijzer in hoe God te volgen. Aan de andere kant staat de specialist in esoterische praktijken die zich bezig houdt met de geheime kennis en die nodig is om amuletten te vervaardigen en divinatie te doen. De marabouts van Djenné zijn ergens halverwege deze reeks te plaatsen, omdat zij zich zowel met *bayanu* als met *siri* activiteiten bezighouden. De *bayanu* kant is vrij goed afgebakend (de auteur komt hier in een later hoofdstuk overigens enigszins op terug). Aan de *siri* kant staat ook nog een hele grote onduidelijke groep van wat Mommersteeg gelegenhedsmarabouts noemt. Dit zijn personen die niet door iedereen als marabout erkend worden, maar die wel af en toe een amulet vervaardigen of een formule uitspreken om een familielid of kennis te helpen.

Kennis van de koran en *hadith* staat centraal en marabouts zeggen voortdurend bezig te zijn met het verwerven van meer kennis uit beide bronnen. Mommersteeg geeft het model weer van de historicus en kenner van de West-Afrikaanse islam Louis Brenner (1985 a/b), die aan de hand van vijf proposities de complexiteit van het concept van islamitische kennis en de mechanismen van verwerving van die kennis toont. Brenner spreekt over vijf proposities: 1. een hiërarchische indeling naar drie graden van koranstudie: verwerving, verdieping en bovennatuurlijke waarneming; 2. onderverdeling van islamitische kennis in twee grote categorieën, te weten het manifeste en het verborgene; 3. esoterische wetenschappen; 4. persoonlijk overdragen van kennis en 5. het uiteindelijke doel van alle kennis, het zoeken naar Gods nabijheid.

Over bovennatuurlijke waarneming zegt Brenner dat er een verschil van mening bestaat tussen de geleerden enerzijds en het grootste gedeelte van de gelovigen anderzijds. Voor de geleerden ligt het accent op de passiviteit van de mens tegenover God, waardoor ook alle handelingen van de heilige geïnspireerd zijn door God en er slechts sprake is van een passieve intermediair tussen de mens en God. De massa der gelovigen denkt daar totaal anders over. Voor hen bestaat wel degelijk een actieve intermediair die in de persoon van de marabout het instrument is om hun dagelijkse problemen op te lossen. Brenner maakt een onderscheid tussen twee categorieën van islamitische kennis, die van het manifeste (*al-zahir*) en die van het esoterische, het verborgene (*al-batin*). Ook hierover bestaan tussen geleerden en de massa tegenstrijdige visies over het actieve dan wel passieve karakter van de interactie met de bovennatuur. Esoterische islamitische wetenschappen zijn enorm belangrijk geweest voor de verspreiding van de islam in West-Afrika en daarom moeten studies over de islam in dit continent meer omvatten dan alleen koran, *hadith* en *shari'a*. Zij dienen tevens oog te hebben voor het aspect van actieve interventie bij het bovennatuurlijke.

Mommersteeg acht een aantal elementen van Brenners model bruikbaar voor zijn eigen onderzoekskader. Hij hanteert het begrippenpaar *bayanulsiri*, dat eveneens een onderscheid maakt tussen twee vormen van kennis die aan de basis liggen van de activiteiten van de marabouts in Djenné. *Bayan* betekent het naar buiten brengen, helderheid geven aan iets. *Bayanu* kennis is gericht op het welzijn van iedereen en is verbonden met koran-onderwijs en de juiste vervulling van de religieuze plichten. *Siri* kennis daarentegen wordt gebruikt voor het nastreven van persoonlijke en wereldse doeleinden als gezondheid, rijkdom en macht, maar kan ook voor kwade doeleinden gebruikt worden. Mommersteegs uiteenzetting is helder en vormt een interessante introductie naar het tweede deel waarin hij de activiteiten van de marabouts op het gebied van onderwijs belicht.

Wanneer een kind in Djenné ongeveer zeven jaar oud is en aan zijn vader bewezen heeft tot tien te kunnen tellen, is hij rijp om naar school te gaan. De test van het tellen wijst volgens Mommersteeg op een analogie tussen de traditionele initiatie, de nieuwe status van het kind en het primaire koranonderwijs. Allereerst ontvouwt hij hoe en in welke fasen het onderwijs verloopt en hoe leraren en scholen georganiseerd zijn. Vanaf de eerste schooldag als de marabout aan God vraagt 'de intelligentie van de nieuwe leerling te openen' (*fer alakar*) en te helpen bij het verwerven van de kennis die de leerling uiteindelijk de status geeft van volwaardig lid van de islamitische gemeenschap,

wordt op het kind de betekenis overgedragen van de openbaring van Gods woord. De leerling likt de inkt, waarmee heilige woorden uit de koran op zijn hand geschreven zijn, op en neemt daarmee de met *baraka*, Gods zegenrijke kracht, geladen woorden lichamelijk tot zich. Zijn hele schooltijd zal hij zich bezig houden met het leren lezen en schrijven van Gods woord. Naast onderwijs heeft de koranschool tevens een cultureel-religieuze functie. Het is de plaats waar kinderen naast het leren schrijven en memoreren van de heilige tekst getraind worden in gehoorzaamheid, respect, soberheid en nederigheid. Hier leren zij de kenmerken van de sociale structuur en het culturele leven van de islamitische gemeenschap kennen. Het primaire koranonderwijs beweegt zich tussen het methodisch inprenten van uitgesproken en geformaliseerde principes, de expliciete pedagogie, en het onbewuste inprenten van principes die zich enkel in de praktijk manifesteren, de impliciete pedagogie. In het derde deel van het boek komt de auteur terug op verbanden tussen impliciete pedagogie en esoterische kennis.

Het geschreven woord, met de koran als het ultieme boek, staat centraal in de wereld van de marabouts hetgeen tot uiting komt in het traditionele onderwijs. Nadat de leerling op het elementair niveau de koran heeft leren lezen, kan hij zich bekwamen in diverse islamitische wetenschappen die hem aan de hand van klassieke werken worden onderwezen in de 'boeken-scholen' (*kitabū tirahu* of *majlisu*). Het basispakket van het traditionele voortgezette koranonderwijs ligt verankerd in een lange traditie. Ze bestaat uit: *fiqh* (rechtswetenschap), *nahw* (Arabische grammatica), *lugha* (literatuur), *'arud* (versleer), *tawhid* (theologie), *balagha* (stijl en retoriek), *tasrif* (vervoegingen), *rasm* (orthografie), *tasawwuf* (mystiek), *mantiq* (logica), *tajwid* (recitatie), *madih* (lofgedichten voor de Profeet), *hadith* (de tradities), *tafsir* (exegese), astronomie en mathematica. Een indrukwekkend curriculum dat echter niet door elke leerling (*talibe*) gevolgd wordt of door elke marabout onderwezen wordt. In overleg tussen leerling en leraar wordt vastgesteld hoe het leerprogramma min of meer zal verlopen. Over het algemeen begint de leerling eerst met boeken over rechtsgeleerdheid en pas daarna met die van verschillende taalkundige branches en theologie, waarbij regelmatig via *tafsir* (exegese-boeken) teruggekeerd wordt naar de koran. In de lessen staat het voorlezen en het vertalen van de Arabische tekst door de leraar in een van de lokale talen centraal. De leerling interrumpeert slechts als hij iets niet goed verstaat of begrijpt en door herhaald repeteren neemt hij de tekst op. In de *majlis* gaat het vooral om het lezen van boeken, het kennis nemen van de letterlijke tekst, en niet om het kritisch bestuderen van de literaire autoriteit van boeken of van het bekijken van betekenissen. In navolging van El-Tom noemt Mommersteeg dit systeem de adaptieve benadering. Kennis van esoterische wetenschappen die onderwezen wordt in de *majlis*, hoort bij het domein van de *bayanu*.

In het derde deel van zijn proefschrift bespreekt de auteur de kennis van esoterische wetenschappen die bij het domein van *siri* hoort. Het fundamentele uitgangspunt van dit domein is de *du'a* (*gara* in het Songay). *Du'a* is het vraaggebed, de persoonlijke smeekbede, de supplicatie en dat is anders dan de *salat*, het rituele gebed dat de moslim vijf maal per dag moet uitvoeren. "Roep Mij aan en Ik zal u verhoren" is het korancitaat waarop *gara* is gebaseerd. Mommersteeg noemt ook alle voortdurende aanroepen tot God en alle uitdrukkingen waarmee de alledaagse conversatie doorweven is *gara*. Dus

elke *inshallah* (als God het wil), *alhamdulillah* (geprezen zij God) en *bismillah* (in naam van God) valt daaronder. *Gara* kan iedere gelovige bezigen, maar valt specifiek onder het domein van de marabouts, die een *gara* uitspreken op religieuze dagen en feesten, bij naamgeving, besnijdenis, huwelijk en begrafenís. Het grondprincipe van amuletten en divinatie is ook *gara*. Mommersteeg zegt dat duidelijk blijkt dat de marabout zijn activiteiten verankert in religieuze voorstellingen "die er in eerste instantie onverenigbaar mee lijken". Het onverenigbare zit in het feit dat alles in een mensenleven al door God is vastgelegd op het 'welbewaarde tablet' (*al-lawh al-mahfuz*). Als alles is voorbestemd (*maktub*), hoe kunnen marabouts daar dan iets aan veranderen? Hun mogelijkheden tot verandering liggen juist in dat "Roep Mij aan en Ik zal u verhoren". De Profeet heeft gezegd dat *gara* de wapenen van de moslim zijn. Door het vragen toont God dat hij de mens bepaalde dingen kan geven en kan beschermen.

Omdat marabouts geheimen kennen die de gewone mens niet kent, kunnen zij amuletten vervaardigen. Amuletten bestaan meestal uit stukjes papier, waarop koranpassages geschreven worden die een *gara* vormen. Ze worden opgerold in een omhulsel meegedragen ter bescherming. Alleen de marabouts hebben zo veel kennis van de koran dat zij deze speciale beschermingsverzen kunnen schrijven. Door het religieuze kader geven zij legitimiteit aan hun activiteiten.

Een andere belangrijke activiteit van marabouts is divinatie. Het kijken in de toekomst kan op vele wijzen gebeuren, maar voor alle manieren geldt dat het vanuit orthodox-religieus standpunt verboden is, want alleen God kent het verborgene. Ook hier de vraag waarom de marabout het dan toch doet. Ook deze activiteit wordt in een religieus kader geplaatst. Bij activiteiten als het maken van magische kwadraten, 'profeten-tableaus', 'tableaus van leven en dood', divinatie, droomuitleg, die allen tot het standaardpakket van de marabout behoren, worden koranpassages aangehaald, geschreven, op het lichaam gedragen, 'gewassen' en gedronken. Al deze praktijken worden uitgevoerd onder de banier van de islam. De marabout wikt en God beschikt, want alleen hij heeft macht en kennis van het verborgene.

Bij alle hierboven genoemde praktijken hoort het wel of niet bezitten van *baraka*, een thema dat Mommersteeg uitgebreid bespreekt. Hij komt terug op de impliciete pedagogie van de koranschool. Een belangrijke notie die de leerling als het ware met de paplepel wordt ingegeven, is de voorstelling dat koranverzen *baraka* bevatten. *Baraka* kleeft als het ware aan koranwoorden, omdat het Arabisch Gods eigen taal is. Door koranteksten te gebruiken in de vervaardiging van amuletten en bij divinatie krijgen zij speciale uitwerkingskracht.

Mommersteeg probeerde de *siri* kennis die nodig is voor het maken van amuletten en divinatie aan de marabouts te ontfutselen, maar zij waren niet spraakzaam over hun kennis en overdracht daarvan. Een aankomend marabout leert in eerste instantie *siri* kennis van zijn meester. Als zijn kennis van het Arabisch voldoende is, kan hij meer geheime kennis opdoen uit oude magische handboeken of kopieert hij magische formules van andere marabouts. In het achtste hoofdstuk gaat Mommersteeg uitgebreid in op de vervaardiging van amuletten. Hij onderscheidt drie belangrijke typen: *al-hijaba*, profylactisch gebruikte amuletten ter bescherming tegen ongeluk, ziekte

slechte mensen en djins; *yer koy narey*, 'vragen aan God'-amuletten, en *dabari*, amuletten bedoeld ter verdediging en waarbij altijd sprake is van een benadeelde partij. Mommersteeg laat enkele voorbeelden van amuletten zien en vertelt dat zijn zegsman kant-en-klare tabellen of kwadraten voor amuletten als inferieur afkeurt. Het verbaast mij enigszins dat de getoonde voorbeelden regelrecht uit magische boeken zoals *Shams al-Ma'arif al-Kubra* van Al-Bunil (XIIIe eeuw) overgenomen lijken te zijn. Dit boek, maar ook vele andere die overal verkrijgbaar zijn in islamitische landen behelzen tientallen voorbeelden voor dit type amulet. De mysterieuze tekens in beide voorbeelden staan in de hele islamitisch wereld bekend als de Zeven Zegels van Salomo (*as-sab'a al-uhud as-sulaimaniyya*, ook *khawatim* genoemd) en worden in schriftamuletten voor vele doeleinden gebruikt. Mommersteegs opmerking dat er een parallel bestaat tussen geschreven islamitische amuletten en traditioneel Afrikaanse fetisjen is zeer interessant en hij illustreert in dit verband het gebruik van metoniem en metafoor.

In het afsluitende hoofdstuk wordt ingegaan op de ambivalente status van *siri* kennis. Marabouts verdedigen hun praktijken door te zeggen dat amuletten Gods woorden bevatten, daaraan ontlene zij ook hun *baraka*. Amuletten worden gedefinieerd in termen van 'vragen aan God' (*gara*) en verkrijgen daarmee religieuze legitimering. Met divinatie gaat het ongeveer hetzelfde. Aan de divinatie-uitslag wordt vaak het geven van *sara* verbonden. Dit is een vrome gave die weliswaar niet zoals de *zakat* overeenkomstig de religieuze voorschriften verplicht is, maar wel als een 'geven aan God' wordt opgevat. Aan *gara* en *sara* blijkt een complex van betekenissen gekoppeld te zijn die zowel in het *bayanu* als het *siri* domein een rol speelt.

Marabouts bezitten twee soorten kennis, de openbare en de geheime kennis. De openbare kennis is direct met koranonderwijs verbonden, terwijl de geheime kennis gebruikt wordt in de maraboutage. Mommersteeg heeft op boeiende wijze beschreven hoe marabouts hun praktijken construeren rond centrale symbolen die op beide terreinen betekenis hebben en dat er sprake is van overlappings van kennis en van bezitters van kennis.

Gerda Sengers

Literatuur

Brenner, L.

1985a Reflexions sur le savoir islamique en Afrique de l'Ouest.

1985b The 'Esoteric Sciences' in West African Islam.

E.C. Mudde, *Ziek in de zin der wet (De interpretatie van ziekteverzuim door verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs)*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1995. 243 pp. f 55,00.

Ziekteverzuim is een maatschappelijk vraagstuk, dat sociale wetenschappers nu reeds meer dan dertig jaar bezighoudt in de vorm van onderzoek en publiek debat. Het lijkt erop dat de wijziging (sommige publicisten spreken van afschaffing) van de Ziektewet

die thans wordt doorgevoerd, ingrijpende gevolgen zal hebben voor de omvang van het ziekteverzuim in Nederland. In Duitsland wordt thans een soortgelijke wijziging bepleit waartegen werknemers en vakbonden zich heftig verzetten.

Mudde concentreert zich in zijn boek op de besluitvorming ofwel de dagelijkse praktijk van verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs van de bedrijfsverenigingen, die toezicht houden op de rechtmatigheid van de uitkeringen krachtens de Ziektewet. De rapporteurs gaan daarvoor op huisbezoek bij werknemers, die zich ziek gemeld hebben bij hun werkgever. De rapporteurs beslissen vervolgens welke zieke werknemers zich dienen te melden op het spreekuur van de verzekeringsgeneeskundige. Verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs voeren vervolgens overleg met elkaar. Daaruit kan ook voortvloeien dat de verzekeringsgeneeskundige besluit tot een bedrijfsbezoek, waarbij meestal een aantal ziektegevallen wordt besproken met vertegenwoordigers van dat bedrijf, onder wie bijvoorbeeld de bedrijfsarts.

Deze vier onderdelen vormen ook de inzet van vier achtereenvolgende hoofdstukken: *Huisbezoek: rapporteurs en verzekerden* (4); *Overleg: rapporteurs en artsen* (5); *Spreekuur: artsen en verzekerden* (6) en *Bedrijfsbezoek: artsen en vertegenwoordigers* (7). Tezamen vormen deze hoofdstukken het onderzoeksverslag, dat ongeveer tweederde deel van de tekst beslaat.

Dit empirische gedeelte wordt voorafgegaan door drie inleidende hoofdstukken over het ziekteverzuim als probleem (1), de opzet van het onderzoek, methode en analyse (2) en een informatief oriënterend hoofdstuk (3) over de organisatie van de besluitvorming.

Het problematische van het ziekteverzuim houdt vooral verband met de omvang ervan en vervolgens ook met de aard of de mogelijke verklaring van de sterke toename van het ziekteverzuim in de periode 1960-1990. Bij dit laatste wordt dan ook wel gesproken van ontwijking of maatschappelijke afwenteling. Herziening van de Ziektewet is erop gericht om werkgevers (en ook werknemers) weer direct verantwoordelijk te stellen voor de (financiële) gevolgen van het ziekteverzuim. Dat gebeurt vanuit de verwachting dat werkgevers zo gestimuleerd worden tot een adequate en (waar mogelijk) preventieve aanpak van het probleem.

Het gaat om een nieuwe visie ofwel een andere interpretatie van het ziekteverzuim als sociaal verschijnsel. Dat geldt voor alle betrokkenen (werkgevers, werknemers, rapporteurs en artsen), zo maakt Mudde duidelijk. Hij wijst erop dat verzekerden de besluitvorming rond het moment van werkhervatting als conflictueus ervaren. Dat geldt tenminste voor een kwart van alle werknemers die het werk hervatten. Ruim een derde deel van de werkhervattingen vindt plaats op beslissing van de verzekeringsartsen. Dit impliceert dat zowel voortzetting als beëindiging van ziekteverzuim benaderd dient te worden vanuit een onderhandelingsperspectief, waarin zowel artsen als cliënten elkaar beïnvloeden. "Artsen beschikken weliswaar over professionele kennis en deskundigheid, maar zijn bij de uitoefening van hun beroep mede afhankelijk van het handelen van cliënten" (p. 17). Dat brengt Mudde tot de veronderstelling dat artsen en rapporteurs niet alleen formele kennis en categorieën hanteren, maar ook gebruik maken van alledaagse en informele kennis met een sociaal-normatief karakter. Het centrale thema van het onderzoek is dan ook gericht op de wijze waarop beslissingen

van artsen en rapporteurs tot stand komen, alsmede op de soorten van kennis, (in)formele regels en procedures en sociale normen, die daarbij worden gebruikt.

Voor de opzet van zijn onderzoek kiest Mudde voor een kwalitatieve, interpretatieve of sociaal-constructieve, benadering. Hij verwijst daarbij onder andere naar medisch-sociologische studies van Davis, Hak en Silverman en ook naar een rechts-sociologische studies van Hoekema, Knecht en Wilthagen (allemaal verbonden aan het Hugo Sinzheimer Instituut van de Rechtenfaculteit van de Universiteit van Amsterdam). Het onderzoek betreft twee bedrijfsverenigingen: het Sociaal Fonds voor de Bouwnijverheid (SFB) en het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (GAK).

De onderzoeker heeft zijn materiaal vooral verkregen door observatie, interviews alsmede documentenanalyse. Het betreft hier huisbezoeken (SFB: 55 en GAK: 111) van rapporteurs aan verzekerden, spreekurgesprekken (SFB: 253 en GAK: 339) van verzekeringsgeneeskundigen met verzekerden en ook een aantal overlegsituaties van artsen en rapporteurs alsmede een aantal bedrijfsbezoeken van artsen.

Uit de analyse van deze interacties die plaatsvinden tijdens het huisbezoek, het overleg, het spreekuur en het bedrijfsbezoek, blijkt telkens opnieuw dat professionals in de praktijk gebruik maken van zowel alledaagse als professionele noties voor de beschrijving en beoordeling van de aard, de ernst en de behandeling van klachten van verzekerden. Er vindt steeds een herdefinitie plaats van deze klachten. Daarbij is een analytisch onderscheid te maken tussen een medische en een sociaal-normatieve dimensie. Tevens blijkt expliciet dat artsen en rapporteurs verschillende kennis- en interpretatiekaders hanteren om verzuimsituaties en ziekteclaims te beoordelen. Toch kenmerkt het overleg tussen beide groepen functionarissen zich door praktische consensus. Deze wordt meestal impliciet bereikt door een gedeeltelijke nivellering van het professionele perspectief van de arts en het lekenperspectief van de rapporteurs.

Een soortgelijke onderhandelingswijze blijkt zich voor te doen tijdens het spreekuur, waarbij de arts in een aantal gevallen de definitie van de verzekerde zonder meer overneemt en daaraan op actieve wijze legitimiteit verschafft. In sommige gevallen echter ontwikkelt de arts een andere interpretatie dan de verzekerde, hetgeen opmerkelijk genoeg slechts in een beperkt aantal gevallen leidt tot het problematiseren van de verzuimredenen. Dan manifesteert zich de controlerende en regulerende functie van de verzekeringsgeneeskundige op markante wijze. Mudde stelt dan ook dat de medische besluitvorming gepaard gaat met verschillende controleregimes, doordat artsen zich op verschillende manieren oriënteren op de klachten van verzekerden, die meer of minder ruimte krijgen voor hun eigen intenties. In alle gevallen vormt de arts (en ook de rapporteur) zich een normatief oordeel over de verantwoordelijkheid en de motivatie van de verzekerde. Mudde maakt onderscheid tussen medische en sociaal-normatieve routines. Daarbinnen is dan sprake van *honorering*, *bestrafing* en *bescherming* van de belangen van verzekerde en tenslotte ook van besluitvorming met een *activerend* karakter. Een negatieve beoordeling leidt tot een activerende aanpak. Deze wordt opmerkelijk vaker gehanteerd bij jonge werknemers met een ruim verzuimverleden dan bij oudere werknemers, hoewel veel van deze jongere werknemers hun arbeid verrichten onder onzekere en bezwaarlijke omstandigheden.

Vooraf uit de analyse van de bedrijfsbezoeken blijkt tevens dat verzekeringsgeneeskundigen, hoewel dominant tegenover rapporteurs en ook verzekerden, zich niettemin afhankelijk en beducht tonen tegenover bedrijfsartsen en beroepsrechters. Dat brengt Mudde dan ook tot de conclusie: "Het contextgebonden en normatieve karakter van de dagelijkse besluitvorming van de verzekeringsartsen werpt niet alleen een specifiek licht op de maatschappelijke rol van de medische professie in de verzorgingsstaat, maar ook op de wijze waarop functionarissen in ambtelijke organisaties uitvoering geven aan wet- en regelgeving" (p. 226). Deze conclusie zou ik willen onderschrijven en uitbreiden tot dit proefschrift, dat een helder en informatief licht werpt op een actueel, massaal en omstreden maatschappelijk verschijnsel: het ziekteverzuim.

Joop Jaspers

Robert Pool, *Vragen om te sterven. Euthanasie in Nederlands ziekenhuis*. Rotterdam: WYT Uitgeverij, 1996. 234 pp. f 39,95.

In 1995 registreerde het Openbaar Ministerie 1.532 meldingen van euthanasie. In Nederland beëindigt naar schatting jaarlijks drieduizend keer een medicus bewust het leven van iemand op diens verzoek. De meldingsprocedure die sinds 1994 van kracht is, zou het de medicus juist gemakkelijker moeten maken om volgens de regels uitgevoerde euthanasie te laten registreren. De instelling van deze meldingsplicht was een poging van de wetgever om euthanasie uit de achterkamertjessfeer te halen. Medici die met inachtneming van schijnbaar heldere 'zorgvuldigheidseisen' euthanasie pleegden, zouden voortaan na melding niet meer gerechtelijk vervolgd worden. Binnenkort wordt een evaluatieonderzoek van de wetgeving rond euthanasie gepubliceerd waarin de (falende) meldingsprocedure centraal staat.

Het boek van de antropoloog Robert Pool toont aan waarom de meldingsprocedure niet de beoogde resultaten oplevert. Ook haalt het boek bij voorbaat de harde cijfers uit het evaluatieonderzoek onderuit. Euthanasie is in de praktijk geen vaststaand begrip. Het is niet één duidelijke, van ander medisch ingrijpen te scheiden handeling, maar een diffuus proces waarin verschillende, soms impliciete beslissingen genomen worden. Betrokkenen en onderzoekers kunnen die beslissingen op verschillende wijze interpreteren. Pool laat zien dat artsen aarzelend optreden als een patiënt om euthanasie vraagt. Verder blijkt het ingaan op een euthanasiewens van een patiënt afhankelijk is van diverse omstandigheden. Om bureaucratische rompslomp te vermijden vermelden artsen liever niet euthanasie als doodsoorzaak. De situatie rond het sterfbed staat deze interpretatievrijheid toe. Voor een arts is het ook emotioneel minder belastend als iemand overlijdt als gevolg van pijnbestrijding dan door actieve euthanasie.

Pool beschrijft en analyseert op neutrale wijze tien patiënten en hun levenseinde waarbij euthanasie ter sprake kwam. Hoe de betrokken hulpverleners reageerden op de wijze waarop de besluitvormingsprocessen worden weergegeven, blijkt uit een apart hoofdstuk middenin het boek.

Pool heeft voor het boek twee jaar onderzoek gedaan naar het sterven in een Nederlands ziekenhuis. Hij onderzocht de sociale context waarin beslissingen over euthanasie werden genomen. Vijftig besluiten rond het levenseinde werden door hem van nabij gevolgd. Hij liep daarvoor mee met artsen van een aantal afdelingen en sprak met patiënten, familie, medici, verpleegkundigen en andere betrokkenen. Soms werd de observatie echt participierend als de onderzoeker een rol kreeg toebedeeld in het besluitvormingsproces.

Volgens Pool blijkt de voor de onderzoeker relevante informatie over die besluiten alleen uit de manier waarop ze in praktijksituaties geactualiseerd wordt. Die praktijk-situaties noemt hij 'opvoeringen', interacties tussen hulpverleners en hulpvragers, waarin steeds weer de situatie geïnterpreteerd wordt. De voor dit onderzoek benodigde informatie kan volgens Pool niet via interviews uit de monden van de betrokkenen worden opgetekend. Zij hebben geen kant en klare informatie in hun hoofd en geen algemeen antwoord op de concrete situaties waarin zij komen te verkeren. Hun standpunten blijken pas in de interacties met patiënten en andere hulpverleners.

Hoe ingewikkeld de materie is wordt al bij de eerste gevalsbeschrijving duidelijk. Volgens de richtlijnen van de commissie ethiek van het ziekenhuis is de behandelende specialist verantwoordelijk voor de gehele behandeling van de patiënt. De specialist is in dit geval tegen euthanasie en weigert Pool daar zelfs over te woord te staan. Hij zegt: "Ik ben tegen euthanasie, dus is er géén euthanasie op mijn afdeling." De hoofdverpleegkundige antwoordt als Pool vraagt of euthanasie vaak voorkomt op de afdeling: "Nee, nu voor het eerst in elf jaar. Meestal zakken ze vanzelf weg onder de pijnmedicatie." Pool: "Dus als zij niet over euthanasie begonnen was..." "Dan hadden we haar eerder veel meer morfine gegeven en was ze vanzelf weggezakt." Blijkbaar werd het inslapen van de patiënt als gevolg van pijnstilling niet gezien als euthanasie. Ook 'echte' euthanasie kon op de afdeling plaats vinden ondanks de uitspraak van de specialist. Een zaalarts werd door de specialist in de gelegenheid gesteld om aan de expliciete wens van de patiënte te voldoen. Wie bepaalt eigenlijk wat euthanasie is en op welk moment gebeurt dat? Onder welke omstandigheden kan euthanasie op een afdeling plaatsvinden?

Pool stelt dat op de afdelingen niet zozeer de formele regels ten aanzien van euthanasie nagevolgd worden, maar dat deze regels in de praktijk geproduceerd worden. Volgens de formele zorgvuldigheidseisen is euthanasie door een arts onder bepaalde omstandigheden niet strafbaar. Er moet een weloverwogen verzoek op grond van een duurzaam verlangen naar levensbeëindiging van een wilsbekwame patiënt met ondraaglijk en uitzichtloos lijden ten gevolge van een lichamelijke aandoening aan voorafgaan. Het probleem is dat er in de praktijk vrijwel nooit sprake is van een eenduidig verzoek om euthanasie. Familieleden en (para)medische collega's zijn bij de besluitvorming betrokken en hebben alle hun visie op de toestand van de patiënt en diens uitspraken. Soms uiten patiënten zich eerder tegen verpleegkundigen over hun lijden, omdat zij met hen de hele dag contact hebben. Andere patiënten hebben al sinds lange tijd contact met een bepaalde arts en stellen hem de vraag.

Pool richt zich vooral op de medici en hun optreden. Dat is jammer en enigszins in strijd met de doelstelling van het boek. Hij wil de context van beslissingen rond

euthanasie bestuderen. Verpleegkundigen vormen op zijn minst daar een belangrijk deel van. Het blijkt ook uit de gevalsbeschrijvingen dat verpleegkundigen regelmatig andere opvattingen hebben dan de artsen en dat de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen te wensen overlaat. De soms radicale standpunten van verpleegkundigen blijven in het boek onderbelicht en worden niet verklaard. De concentratie op wat artsen beweegt, heeft tot gevolg dat hun handelen begrijpelijk wordt. Door vooral informatie te gebruiken die afkomstig is van artsen, lijkt hun handelen ook gelegitimeerd te worden.

De artsen blijken in de meeste gevallen aarzelend op te treden. Zij wensen consensus onder de hulpverleners. Het blijkt dat zij vooral hechten aan overeenstemming onder collega's. Volgens de zorgvuldigheidsregels moet dit ook. Een niet bij de behandeling betrokken arts moet om een oordeel over en een verificatie van de wens om euthanasie gevraagd worden.

De conclusie van Pool dat de artsen niet zozeer regels navolgen maar deze regels produceren tijdens het proces gaat te ver. Men zou hoogstens kunnen zeggen dat zij die regels reproduceren. Vrees voor vervolging en de grote emotionele belasting van een besluit tot euthanasie verklaren de terughoudendheid van artsen en het eerbiedigen van die regels. Opvallend is dat consensus met de verpleegkundigen niet systematisch nagestreefd wordt. De beschrijvingen van Pool laten zien dat er weinig gericht overleg tussen artsen en verpleegkundigen is. Dat terwijl beide beroepsgroepen gezien hun verschillende contacten met patiënten elkaar broodnodige aanvulling zouden kunnen geven betreffende de wensen van de patiënt.

De vraag om euthanasie wordt soms wel erg snel gesteld. Het lijkt wel, aldus Pool, dat mensen er vanuit gaan dat een ongeneeslijke ziekte de patiënt verplicht tot een verzoek om euthanasie. Ook de familie lijkt maar moeilijk met het lijden van een familielid te kunnen of willen omgaan. Ze oefenen soms druk uit op verpleegkundigen of artsen om tot levensbeëindiging over te gaan. Er is blijkbaar de laatste decennia heel wat veranderd op dit gebied. In het voorwoord bij de Nederlandse vertaling van *Awareness of Dying* van Glaser en Strauss (1973) is te lezen dat het begin jaren zeventig een punt van discussie was of de patiënt wel op de hoogte moest worden gesteld van zijn/haar naderende overlijden. Nu bespreken schijnbaar mondige patiënten het naderende levenseinde met artsen en verpleegkundigen. De hulpverleners schrikken terug voor deze openheid. Zij hanteren de zorgvuldigheidsregels heel streng, zo blijkt. Indien het verzoek niet in de juiste termen is verwoord, wordt het niet serieus genomen. Verzoeken die 'te eisend' zijn doen de artsen terugdeinzen. Druk van familieleden die het lijden van de patiënt niet langer aan kunnen zien, heeft ook een averechts effect. 'Euthanasie' zonder verzoek komt bij de door Pool beschreven gevallen niet voor. Wel verhoogde een arts bij een patiënt waarmee niet meer gecommuniceerd kan worden, de pijnstilling omdat hij veronderstelde dat het haar wens was te sterven.

Ik bewonder de wijze waarop Pool de besluitvormingsprocedure rond euthanasie beschrijft en in zijn context plaatst. Hij slaagt er zo in euthanasie uit de achterkamer-tjessfeer te halen. Het boek kan dienen als een voorbeeld van de wijze waarop een onderzoeker om kan gaan met voor hulpverleners gevoelig materiaal. De discussie tussen hulpverleners die Pool in het midden van het boek weergeeft toont immers aan

dat de betrokkenen vreesden dat de beschrijvingen hen zouden kunnen schaden. Er waren redenen genoeg om de publicatie van het boek te belemmeren. Pool noemt in een interview in *Trouw* (29 september 1996) een reden waarom het ziekenhuis uiteindelijk blij was met het onderzoek: "Het toont aan dat de praktijk niet in regels is te vatten." Ik ben benieuwd welke plaats het boek krijgt in het voortgaande debat over euthanasie in Nederland.

Eric Vermeulen

M. Singer & H. Baer, *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood Publishing Company, 1995. 406 pp. index. \$ 45.00.

Het boek is een weergave van tien jaar gezamenlijk werk van de auteurs. Ze plaatsen medische antropologie in een politiek-economische context met als belangrijkste verklaringsfactoren macht en ongelijkheid. Singer en Baer schrijven dat het werk vooral bedoeld is voor doctoraal en postdoctoraal studenten, omdat het in hun belang is een kritische benadering te ontwikkelen. Ik onderschrijf deze mening van harte, maar voeg er aan toe dat sommigen nogal somber zijn over de positie van kritische antropologen in de wetenschappelijke wereld (cf. Richters 1991). Dat maakt de benadering misschien minder aantrekkelijk voor enkelen.

Het boek heeft zes delen. Het eerste deel omvat drie hoofdstukken waarin a. een historisch en theoretisch overzicht van de ontwikkeling van de kritische medische antropologie worden gegeven, b. het kritisch perspectief wordt gepresenteerd en c. de benadering wordt gecontrasteerd met een postmodernistische benadering. De daarop volgende vier delen zijn geschreven rond verschillende niveaus van het gezondheidszorgdomein, te beginnen met het macroniveau, vervolgens het meso- en microniveau en tot slot het individuele niveau. Elk hoofdstuk is een weergave van specifiek onderzoek van de auteurs. Het laatste deel beschrijft het gebied van de toegepaste kritische medische antropologie.

De term kritische medische antropologie is ontstaan uit benaderingen binnen de antropologie die zich keerden tegen de medicalisering van de discipline en in hun analyse de politiek-economische context, macht en ongelijkheid wilden betrekken. Het is eigenlijk een hoogst ongelukkige term. Ten eerste, het adjectief 'medische' suggereert een nauwe relatie met de medische wetenschap, meer speciaal met de biogeneeskunde. Ten tweede, 'medische antropologie' suggereert dat deze subdiscipline zich enkel zou bezighouden met het medische, met gezondheid, ziekte en gezondheidszorg, terwijl de antropologie in het algemeen nu juist wordt gekarakteriseerd als een holistische wetenschap. Dat wil zeggen dat ze ziekte en gezondheid in een breder sociaal-cultureel perspectief plaatst en de relaties ervan met andere domeinen van de samenleving wil tonen. Ten derde zou de (medische) antropologie altijd kritisch moeten zijn naar datgene wat ze onderzoekt en naar zichzelf. Elke wetenschap is per definitie kritisch, of zou dat moeten zijn.

Een goede alternatieve term heb ik zo gauw niet bij de hand, maar deze zou meer in de richting moeten gaan van de antropologie van gezondheid, ziekte en gezondheidszorg. Singer en Baer omschrijven de kritisch medische antropologie als volgt: het benadrukken van het belang van de politieke en economische krachten, alsmede de uitoefening van macht in de vormgeving van gezondheid, ziekte, ziekte-ervaring en gezondheidszorg. De auteurs willen de subdiscipline losmaken van haar dienstbaarheid aan de biogeneeskunde en ook van de samenwerking met diegenen die gezondheidszorg leveren en deze meer in de richting sturen van "a more holistic understanding of the causes of sickness, the classist, racist and sexist characteristics of biomedicine as a hegemonic system, the interrelationships of medical systems with political structures, the contested character of provider patient relations, and the localization of suffer experience and acting within their encompassing political-economic contexts" (p. 6).

De medische antropologie, om haar dan toch maar zo te blijven noemen, heeft zich in het verleden ontwikkeld tot een hulpwetenschap van de biogeneeskunde. Hoewel de discipline zich meer en meer van dit imago wenst te ontdoen, zijn sommigen nog altijd van mening dat de antropologie de kennis moet leveren en de geneeskunde de job zal klaren.¹ Kritische medische antropologie wil dit nu juist niet. Zij zoekt eerder de samenwerking met 'de basis' en ziet het als haar taak de verkregen kennis ter beschikking te stellen van onderdrukten, armen, minderheden, vrouwenbewegingen, zelfhulporganisaties of progressieven sociale bewegingen. Volgens Singer en Baer is het daarom nodig dat kritische medische antropologie zich bewust wordt van de beperkingen van het 'globalistisch functionalisme' (p. 380), dat wil zeggen de tendens om alle causaliteit toe te schrijven aan het kapitalistische wereldsysteem, en oog te hebben voor sociale proessen en organisatie. Zo'n benadering zou volgens de auteurs de mogelijkheden voor kritische actie tonen.

In dit verband is hoofdstuk 14 interessant. Daarin worden twee voorbeelden beschreven van 'non-reformist reform' (inspanningen om permanente sociale veranderingen te bewerkstelligen in de sociale machtsconstellatie). Het eerste voorbeeld is dat van de Spaanse Gezondheidsraad in een Puerto Ricaanse gemeenschap. Uitkomsten van onderzoeksprojecten werden als basis gebruikt om specifieke programma's te maken voor Puerto Ricanen en andere groepen die leden aan armoede, discriminatie en een slechte gezondheid. Daarnaast voerde de Raad ook politieke actie, toen bleek dat de speciale, aangepaste projecten alleen niet genoeg waren. Het tweede voorbeeld beschrijft de acties van de boerenbeweging in de Verenigde Staten. Een van de conclusies van de auteurs is dat kritische medische antropologie gebaseerd is op de overtuiging dat geen antropoloog kan ontsnappen aan betrokkenheid.

De kritische benadering die Singer en Baer voorstaan, is echter niet alleen een toegepaste vorm van sociale en politieke actie. Zij wil tevens een theoretisch kader bieden, van waaruit een kritische praktijk kan ontstaan. Dit theoretisch kader staat beschreven in hoofdstuk 2. De auteurs baseren zich ervoor op werk van Virchow en Engels. Macht en hegemonie zijn centrale concepten. Vragen als wie hebben de macht over de verdeling van geneeskundige zorg, hoe wordt die macht vormgegeven in een gezondheidssysteem, wat zijn de economische, sociaal-politieke en ideologische

gevolgen en doelen van de machtsrelaties, zijn dan belangrijk. De onderzoeksgebieden van de kritische medische antropologie zijn de sociale herkomst van ziekte en slechte gezondheid, gezondheidspolitiek, allocatie van zorg en de rol van de staat in gezondheid en gezondheidszorg, de relaties tussen medische tradities, tussen medische systemen en politiek-economische context en de plaats van ziekte-ervaringen in een kader van hegemonie en verzet. Dit alles is nogal complex. Om die complexiteit te kunnen analyseren hebben Singer en Baer een model van verschillende -eerder genoemde - niveaus van gezondheidszorg en -gedrag ontwikkeld. Die niveaus moeten niet gescheiden worden gezien. Het doel van de kritische medische antropologie moet volgens de auteurs altijd zijn dat de discipline de meest accurate gegevens produceert, zodat de 'praxis' (dat wil zeggen geïntegreerde theorie en praktijk) die uit het onderzoek voortkomt te gebruiken is om onderdrukkende condities te veranderen en het lijden van mensen te verlichten.

Wat kan deze antropologie dan bijdragen? Singer en Baer noemen aan het einde van hun boek vijf punten:

1. Cultuurrelativisme en emic-perspectief zorgen ervoor dat zelfbepaling van mensen wordt gewaardeerd. Deze zelfbepaling wordt nog ondersteund doordat de antropologie 'people without history' aan het woord laat en samenwerking zoekt met hen.
2. De kritische medische antropologie ontleent haar kracht door het analyseren van relaties van lokale contexten met het nationale en het wereldsysteem.
3. De sociale oorsprong en de ideologische functie van concepten als ziekte, geneeskunde en sociale ontwikkeling worden duidelijk door de analyse van de historische rol van cultuur in de vormgeving van menselijk gedrag en sociale structuren enerzijds en de bijdrage van sociale relaties aan de ontwikkeling van een cultuur anderzijds.
4. De kritische medische antropologie levert haar bijdrage aan bewustwording en 'empowerment' door de ontmaskering van de structurele oorzaken van lijden en ziekte.
5. De belangstelling van de antropologie voor sociale relaties als bepalende kracht in het sociale leven zorgt ervoor dat er een kritische kijk groeit op die krachten in het praktische werk. Dit laatste benadrukt samenwerking en coalitie vorming.

Singer en Baer zien het vooral als taak van de kritische medische antropologie om bij te dragen aan 'empowerment' van groepen aan de basis. Kritische medisch antropologen moeten hiermee samenwerken. Ik onderschrijf dit bewustwordings- en empowermentproces, maar wil erbij aantekenen dat kritische medische antropologie zich niet daartoe moet beperken. Mijns inziens kan de verkregen kennis ook worden aangewend in samenwerking met mensen die in de geneeskunde werkzaam zijn. Ik pleit, behalve voor een samenwerking met basisgroepen, ook voor een samenwerking met dat deel van de gezondheidswerkers dat een kritische houding aanneemt ten aanzien van de eigen discipline en ten aanzien van de vigerende politiek-economische structuur. Dat deel groeit, naar ik de indruk heb, langzaam maar gestaag. Het verzet onder deze groep tegen onderdrukkende structuren en de bewustwording van ziekmakende factoren in een samenleving groeit mee. De kritische benadering binnen de medische antropologie zou dan niet alleen een verplicht onderdeel van de opleiding in deze subdiscipline moeten zijn (zoals studenten het wel hebben aangegeven), maar ook een geïntegreerd

onderdeel moeten vormen van de medische opleiding, zodat – om Richters (1991) te parafaseren – de ‘goede bedoelingen met kwade gevolgen’ keren in ‘goede bedoelingen met emanciperende gevolgen’. Het boek van Singer en Baer kan daarin zeker een rol spelen. Het is overzichtelijk, in heldere taal geschreven, geeft hoop voor de toekomst en geeft talrijke voorbeelden van kritische analyses. Toch laat het werk belangrijke vragen liggen. Een van die vragen is de vraag naar sociale rechtvaardigheid. Wat verstaan de auteurs hieronder? Hoe kan de kritische medische antropologie hieraan bijdragen? Kan men als antropoloog steeds de verantwoording nemen verkregen kennis zonder meer aan groepen aan de basis door te geven zonder de problemen en consequenties die daarmee samenhangen van te voren af te wegen, of zonder die consequenties mee te dragen? Die problematiek vind ik in het boek niet duidelijk terug. Een auteur die deze problemen wel ter sprake heeft gebracht, is Richters als zij schrijft over de medische antropologie als normatieve wetenschap. Zo’n wetenschap vraagt in hoge mate zelf-kritiek, en dat is wat ik in het boek van Singer en Baer mis.

Els van Dongen

Literatuur

Richters, J. M.

1991 *De antropoloog als verteller en vertaler*. Delft: Eburon.

Noot

¹ Deze opvatting werd op het symposium *Trauma en Cultuur* aan de Universiteit van Amsterdam (1996) duidelijk verwoord door De Jong.

Robert Slater, *The psychology of growing old: Looking forward*. Buckingham: Open University Press, 1995. 161 pp. £ 13.99 (paperback), £ 37.50 (hardback).

Robert Slater is een psycholoog, maar in dit boek over de psychologie van het oud worden houdt hij een pleidooi voor een veel breder perspectief dan de doorsnee psycholoog pleegt (placht?) te hanteren. Dat breder perspectief, het bestuderen van de context waarin mensen betekenis geven aan hun oud worden, komt de antropoloog vertrouwd voor. Psychische processen en het gedrag dat ermee gepaard gaat los van zijn context beschouwen is een dualisme dat funester is dan dat van Descartes. Ook een tweede pleidooi in dit boek spreekt de antropoloog aan: een psychologie van de ouderdom moet zich niet zozeer richten op interpretaties en verklaringen van gerontologen, maar op de betekenissen die de ouderen zelf aan hun situatie geven.

De ondertitel van het boek heeft een dubbele boodschap. De eerste is dat ouderdom niet een tijd hoeft te zijn waarin ouderen met nostalgie – of spijt – terugkijken op hun leven, maar ook een periode is met een toekomst om naar uit te zien. Die boodschap doet enigszins gekunsteld en overoptimistisch aan in een boek dat vol staat met uitspraken en observaties die het tegendeel beweren. De meest kernachtige is misschien wel die van de 75-jarige vader van de auteur: “Age is a bugger and don’t let anyone tell

you that it isn't. (...) Nobody wants to be old" (p. 14). Het is ironisch dat zijn eigen geleerde zoon nu tracht te suggereren: "It isn't." Overigens voegt Slater er zelf aan toe: "He may have been depressed at the time but it does pose the problem of interpreting what those who are in the best position to 'know' have to say about old age."

De tweede boodschap is gericht tot de (jonge) lezers: ouderen zijn niet de 'anderen', maar wijzelf in de – al of niet nabije – toekomst. Die gedachte is tevens het thema van het eerste hoofdstuk: ouderdom is niet een gewone sociale categorie zoals klasse, sekse en etniciteit. De constante verschuiving van mensen van de ene naar de andere leeftijdscategorie maakt ouderdom tot een zeer speciaal en intrigerend verschijnsel. Dat jongeren toch denken in termen van 'wij' en 'zij' laat zien hoe moeilijk zij het hebben met hun eigen toekomstige ouderdom. Weinig aspecten van het menselijk bestaan zijn zo onderhevig aan verdringing en ontkenning als ouderdom (en dood). Een van de schokkendste vormen van leeftijdsdiscriminatie ('ageism', 'jarisme') is infantilisering die zich onder meer uitstrekt over het gebied van de seksualiteit. Ouderen worden, net als kinderen, geacht zich niet met seks bezig te houden.

Het tweede hoofdstuk gaat over de eigen ervaring van ouderen met betrekking tot oud zijn. Slater citeert negen tegenstrijdige ervaringen van ouderen uit het populaire boek van Heim *Where did I put my spectacles?* De opsomming illustreert de ambivalente houding ten opzichte van ouderdom. Sommigen drukken zich in zeer positieve termen uit. Voor hen is ouderdom een periode van groeiend zelfvertrouwen op sociaal en geestelijk niveau, ondanks fysieke achteruitgang, een fase van toenemende emotionele verbondenheid gepaard gaande met een acceptatie van de dood en verdraagzaamheid ten aanzien van anderen. Bij anderen overheersen negatieve gevoelens. Zij verliezen hun zelfvertrouwen en betrokkenheid, worden onverschillig, humeurig en geprikkeld, en het besef van een naderend einde beangstigt hen. Deze opsomming suggereert misschien een 'tweedeling' van 'gelukkige' en 'ongelukkige' ouderen, maar het is waarschijnlijk dat deze tegenstellingen niet alleen *tussen*, maar ook *in* ouderen bestaan.

Het volgende hoofdstuk gaat over hoe ouderen omgaan met hun veranderde fysieke en geestelijke gesteldheid en hoe reacties in hun omgeving hun coping vermogen beïnvloeden. Daarna volgen hoofdstukken over de verminderde snelheid van handelen van ouderen, over veranderingen in de hersenen (het traditionele onderwerp van de psychologie), de binding met dingen (huis, meubels enzovoort) en personen (partners, familieleden, vrienden).

De laatste drie hoofdstukken gaan over het terugkijken ('reminiscence') van ouderen als een noodzakelijke voorwaarde voor het accepteren van hun toekomst, over zingeving en 'reconstruing reality' waarmee Slater bedoelt de overgang die ouderen (moeten?) maken van een logisch analytische naar een meer inwendig affectieve oriëntatie.

Het is opvallend dat in een boek waarin gepleit wordt voor een nieuwe visie op ouderdom, voor het perspectief van de ouderen zelf, voor participerende observatie, introspectie en 'kwalitatieve gerontologie', geen spoor te vinden is van antropologische studies over ouderdom. De kloof tussen de disciplines is niet minder groot dan die tussen de generaties.

Sjaak van der Geest

H.A.M. Snelders, *Wetenschap en intuïtie: Het Duitse romantisch-speculatief natuur- onderzoek rond 1800*. Baarn: Ambo, 1994. 212 pp. f 59,50.

Voor medisch antropologen en allen die ziekte en gezondheid in een breder perspectief willen verstaan dan de natuurwetenschappelijke geneeskunde, is dit een fascinerend boek. De pogingen van voornamelijk Duitse romantici aan het begin van de vorige eeuw om de eenheid van geest en natuur te herstellen in hun wetenschappelijk werk zijn voor ons zowel een bron van inspiratie als een waarschuwing.

De auteur is emeritus hoogleraar in de geschiedenis van de natuurwetenschappen aan de Rijksuniversiteit van Utrecht. Hij was tevens buitengewoon hoogleraar in hetzelfde vak aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Hij schreef eerder onder meer enkele boeken over de geschiedenis van de scheikunde in Nederland.

Snelders laat zijn studie beginnen bij Goethe die zich zijn hele leven (1749-1832) heeft beziggehouden met het zoeken naar een wetenschappelijke verklaring voor kleuren. In 1791 en 1792 verscheen zijn tweedelige studie *Beyträge zur Optik* en in 1810 zijn hoofdwerk *Zur Farbenlehre*. Goethe verzette zich fel tegen de benadering van Newton, de grondlegger van de moderne natuurwetenschap, die overal in Europa steeds meer volgelingen kreeg. Goethe vond dat Newton met zijn kleurexperimenten het licht geweld aandeed. Newton liet het licht door een klein gaatje vallen om het vervolgens te 'breken'. "Newton had bij zijn experimenten de natuur op de pijnbank gelegd om haar zo te ontfutselen wat ze spontaan niet wilde prijsgeven. Volgens Goethe kan men met instrumenten de natuur niet dwingen haar wezen te openbaren." Goethe vond dat een wetenschapper zich moet verlaten op directe zintuiglijke waarneming en zich niet van zijn studieobject moet laten vervreemden door tussengeschoven instrumenten ('martelwerktuigen'). Goethe, zou men kunnen zeggen, pleitte voor participerende observatie. Hij was een antropoloog van het licht.

Het zal menigeen verbazen te vernemen dat Goethe meer tijd van zijn leven in de wetenschap heeft gestoken dan in kunst en literatuur. Tegen het eind van zijn leven benadrukte hij dat hij daar geen spijt van had: "Ik had misschien een half dozijn meer treurspelen kunnen schrijven. Dat is alles." Voor hemzelf was zijn onderzoek naar kleuren veel belangrijker dan zijn literaire prestaties. Het is ironisch dat het nageslacht daar totaal anders over denkt. Zijn wetenschappelijk werk wordt alleen nog door kunstenaars serieus genomen, terwijl zijn literaire producten hem onsterfelijk hebben gemaakt.

"Romantiek als een natuurwetenschappelijke beweging", merkt Snelders op, "lijkt in tegenspraak met zichzelf te zijn." Voor de romantici van toen was dat echter geenszins het geval. Zij beschouwden de methode van Newton en de zijnen als beperkend. Verschillende nieuwe ontdekkingen in die tijd bleken niet te passen in het heersende verklaringsmodel en men ging op zoek naar een meer omvattende visie die wel ruimte bood voor een verklaring. Het mechanistisch wereldbeeld werd vervangen door een organisch en dynamisch. Idealistische en holistische principes vormden de kern van dit model. Fichte, Hegel en vooral Schelling gaven een filosofische basis aan deze nieuwe visie. De principiële eenheid van geest en natuur waar men vanuit ging, kwam ook tot uiting in het concrete werk van de romantici. Vele kunstenaars hadden een wetenschappelijke opleiding genoten en bewogen zich actief op het terrein van de wetenschap

(Goethe, Schiller, Von Kleist, Novalis, Von Arnim) en veel wetenschapsbeoefenaars hielden zich bezig met kunst (Von Baer, Fechner, Purkinje).

Snelders laat op treffende wijze het moeizaam evenwicht zien dat romantische wetenschappers trachtten te vinden tussen experiment en filosofisch a priori. In zijn eindoordeel zijn alleen zij geslaagd die de romantische visie van organische totaliteit op heuristische wijze toepasten en zich er niet door lieten ringeloren. Zo bleef voor Ritter en Oersted, twee succesrijke romantische wetenschappers, het wetenschappelijk experiment voorop staan en kwamen de speculaties pas daarna. Zij waren daardoor in staat verbanden te zien die de toenmalige orthodoxe wetenschappers ontgingen. Voorbeelden van romantische ontdekkingen zijn de wet op het energiebehoud en het elektromagnetisme.

Hier ligt ook de les die medisch antropologen en antropologisch *angehauchte* wetenschappers uit dit boeiend verslag kunnen leren. De afwijzing van allerlei dualismen die het wezen uitmaken van de natuurwetenschap, zoals die tussen geest en lichaam en tussen subject en object, staat centraal in het denken van filosofen als Scheler, Heidegger en Merleau-Ponty. Men zou hen de nieuwe romantici kunnen noemen. Medisch antropologen zijn door hen geïnspireerd al heeft die invloed zich met grote vertraging en zeer indirect voltrokken. Dat anti-dualisme kan slechts tot waardevolle nieuwe inzichten leiden als het ondogmatisch wordt gehanteerd.

Oersteds opmerking dat geest en natuur één zijn, twee manieren om naar hetzelfde te kijken, en dat er geen reden meer is om zich te verbazen over hun harmonie, biedt een vruchtbaar uitgangspunt voor een antropologische visie op ziekte, gezondheid en genezing. Men denke aan het placebo- en nocebo-effect. Zelfs de metaforische en allegorische uitweidingen van de romantici, die naderhand hartgrondig zijn verfoeid en belachelijk gemaakt ("belgerinkel met dubbelzinnige en hoogdravende woorden", "list en bedrog") verdienen enig eerherstel. Als mensen metaforisch en metonymisch denken, handelen en spreken, dan moeten we erop bedacht zijn dat ook het lichaam metaforisch en metonymisch zou kunnen 'werken' en dat de geneeskunde, vaak zonder het zelf te beseffen, symbolische therapieën genereert, met groot succes bovendien. Het serieus nemen van symboliek, zoals de Duitse romantici dat bijna twee eeuwen geleden deden, is derhalve een noodzaak voor antropologen en medici.

Sjaak van der Geest

Kathleen Thomaes, *Turkse vrouwen aan het woord. Een onderzoek naar ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen bij Turkse vrouwen in Maastricht*. Maastricht: RIAGG, 1994.

In *Turkse vrouwen aan het woord* laat Kathleen Thomaes op zeer levende wijze zien hoe Turkse vrouwen in Maastricht betekenis geven aan symptomen van onwelbevinden waarmee zij geconfronteerd worden in hun dagelijkse bestaan. De betekenisverlening aan ziekteverklaring en hulpzoekgedrag bij geestelijke gezondheidsproblemen door de betrokkenen of doelgroep zelf is in Nederland nog maar zelden uitvoerig

onderzocht. De projectgroep Interculturalisatie van de afdeling Preventie van de Riagg Maastricht mag zich, als opdrachtgever, dan ook gelukkig prijzen met dit zeer informatieve boek.

Thomaes analyseert het rijke materiaal, verkregen met behulp van diepte-interviews, levensverhalen en case-studies, vanuit twee theoretische perspectieven. Allereerst maakt zij op inventieve wijze gebruik van het stressmodel van Brown en Harris (1978). Dit model geeft de mogelijkheid om geestelijke gezondheidsproblemen van migrantenvrouwen te benaderen als een reactie op de acute en/of chronische stress inherent aan migratie en het migrantenbestaan. Het uitgangspunt bij de analyse van stress onder deze vrouwen is dat een migrant niet automatisch het 'slachtoffer' is van de migratie. Thomaes plaatst de migrantenvrouwen in hun sociaal-maatschappelijke, culturele en economische context om stressreacties beter te kunnen plaatsen. Veel aandacht geeft ze daarbij aan de copingstrategieën die zij hebben ontwikkeld.

Het tweede theoretische perspectief dat Thomaes gebruikt voor de analyse van ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag is ontleend aan de kritische medische antropologie. Het door Kleinman (1980) ontwikkelde model van de vijf klinische kernfuncties geeft de mogelijkheid om de constructie van ziekte en hulpzoekgedrag in intercultureel en vergelijkend perspectief te onderzoeken. Aangezien Kleinmans model met name aandacht besteedt aan communicatieproblemen, betreft Thomaes op overtuigende wijze ook de sociale, economische, politieke en maatschappelijke context in haar analyse.

Thomaes' studie toont aan dat voor alle Turkse vrouwen die bij het onderzoek betrokken waren, de migratie een belangrijke rol speelt in hun bestaan. Alhoewel de meeste Turkse vrouwen acute stressproblemen, veroorzaakt door de confrontatie met de Nederlandse taal en cultuur, verwerkt hebben, zijn er bij de meesten chronische gevolgen van de migratie voelbaar. De oorzaak van deze chronische stress hangt nauw samen met sociaal-maatschappelijke factoren, zoals de scholingsachterstand, de hoge werkloosheid onder hun echtgenoten, de afhankelijke verblijfsvergunning van vele vrouwen en de merkbaar opkomende intolerantie en discriminatie in de buurt en de bredere Nederlandse samenleving.

De stress komt op verschillende manieren tot uiting, waarbij een duidelijk waarneembaar onderscheid te maken valt tussen de vrouwen van de eerste generatie, die vooral lichamelijke klachten (hoofdpijn, buikpijn, rugpijn et cetera) hebben, en vrouwen van de tweede generatie, die geconfronteerd worden met problemen van identiteit. Het zoeken en vinden van een identiteit is een copingstrategie. Jonge Turkse vrouwen hebben deze strategie op diverse wijzen toegepast. Uit dit onderzoek zijn drie categorieën naar voren gekomen. De eerste categorie vrouwen noemt Thomaes 'belangenbehartigers'. Deze vrouwen hebben hun identiteit ontwikkeld rondom etniciteit en zetten zich beroepsmatig in voor migranten (hulpverlening, belangenbehartiging). De tweede categorie vrouwen ontwikkelt haar identiteit rondom religie en sekse. Zij pleiten voor emancipatie van moslims in de Nederlandse samenleving en vechten voor emancipatie van vrouwen binnen de moslimgemeenschap. De derde categorie vrouwen is het nog niet gelukt om identiteit te gebruiken als een beschermende copingstrategie. Zij zoeken een plek tussen Turkse en Nederlandse waarden, en zijn daardoor kwetsbaar en vaak machteloos. Bovendien, vanwege de gewoonte om huwelijkspartners in

Turkije te zoeken, zijn huwelijksproblemen onder deze, in Nederland getogen, vrouwen veelvuldig.

De lichamelijke klachten van vrouwen uit de eerste generatie zijn niet zozeer verbonden aan identiteitsproblemen, dan wel aan de zorgen die zij hebben over het bijhouden van het gezin en de toekomst van hun kinderen. Het ontbreken van een sociaal netwerk voor steun en toeverlaat vergroot de chronische stress onder deze vrouwen. Bovendien heerst er zo'n angst voor roddel dat er nauwlettend op wordt toegezien dat persoonlijke problemen niet in de openbaarheid komen.

Met behulp van deze inzichten heeft Thomaes het hulpzoekgedrag geanalyseerd. De Turkse vrouwen uit de eerste generatie zoeken nagenoeg geen hulp bij de reguliere hulpverlening in Maastricht. De zorgen achter hun klachten houden zij angstvallig verborgen, alhoewel zij wel de huisarts consulteren. Vaak is de communicatie bij de huisarts suboptimaal, omdat zij zich schamen voor hun traditionele ziekteverklaringen, die magisch van aard zijn (boze oog, hekserij). Passend bij de strijdbare houding van de 'belangenchartigers' heeft deze categorie jongere vrouwen niet vaak hulp nodig bij het oplossen van hun identiteitsproblemen. Desalniettemin vinden zij de Turkse traditionele geneeswijzen wel een bijzonder aspect van de eigen cultuur. De tweede categorie vrouwen zoekt in overeenstemming met de islam verklaringen voor ziektes. Zij zoeken relatief vaak hulp bij islamitische genezers. Van de derde categorie vrouwen vindt een gedeelte de weg naar de Riagg. De verwijzing loopt meestal via de Kruisvereniging of de afdeling Kind- en Jeugdzorg van de Riagg door bijkomende opvoedingsproblemen naast instabiele huwelijksbanden.

Turkse vrouwen aan het woord is niet alleen een doorwrochte presentatie van de twee gekozen theoretische perspectieven en de toepassing van de modellen van Brown en Harris en van Kleinman in de praktijk, maar ook een gedetailleerde etnografie, die voor vele hulpverleners in Nederland als naslagwerk kan dienen. Bovendien heeft Thomaes op – soms – gedurfde wijze haar eigen kritische kanttekeningen geplaatst bij de gekozen modellen en deze aangevuld met factoren die beter inzicht kunnen verschaffen in de door haar bestudeerde werkelijkheid. Zij geeft op meerdere plaatsen aan welke beperkingen het model van Kleinman heeft door met name de communicatieproblemen centraal te stellen en geen oog te hebben voor de sociaal-economische en politieke context van ziekte en hulpzoekgedrag. Het meest gedurfd en minst beargumenteerd is mijns inziens Thomaes' uitgangspunt bij de toepassing van het stressmodel van Brown en Harris om migratie en het migrantenbestaan gelijk te stellen aan sociale klasse. Daar kan men vraagtekens bij stellen. Desalniettemin is dat niet ten koste gegaan van de analyse van mogelijke copingstrategieën. Al met al een zeer leeswaardig en vooral informatief boek.

Fenneke Reysoo

Virginia van der Vliet, *The politics of AIDS*. London: Bowerdean, 1996. ii + 151 pp. £9.99.

Virginia van der Vliet, een Zuid-Afrikaanse cultureel antropoloog, schreef een boek over AIDS. De publicatie maakt deel uit van een reeks uitgaven die bedoeld is om complexe onderwerpen te verhelderen voor een breed publiek. Het boek kenmerkt zich door een vlotte, journalistieke schrijfstijl en is dan ook meer een populaire inleiding dan een wetenschappelijke publicatie.

Het eerste hoofdstuk plaatst de HIV-epidemie in een historisch perspectief door de vergelijking te maken met een andere pandemische rampspoed die de mensheid ooit teisterde: de pest. De centrale notie in het hoofdstuk is dat een epidemie nooit louter een medisch fenomeen is. Van der Vliet staat stil bij factoren die AIDS onderscheiden van andere epidemieën en tracht eruit alvast lessen te trekken, bijvoorbeeld dat in paniek genomen maatregelen om het gevaar te beteugelen vaak onwerkzaam zijn.

In het tweede hoofdstuk wordt de politisering van AIDS geanalyseerd. Het beschrijft de strijd die ontstaat over het verkrijgen van controle over of toegang tot middelen en invloed op de hulpverlening rondom AIDS. In kort bestek schetst de auteur hoe onder druk van met name de homobeweging in de westerse landen hulpverleningsinstanties voor HIV-geïnfecteerden werden opgericht en al snel preventieve activiteiten werden opgezet. Dit alles in een wirwar van conflicterende maatschappelijke, politieke en religieuze belangen.

Het derde hoofdstuk behandelt hoe de ziekte juist die groepen treft die toch al sociaal of politiek gemarginaliseerd waren en welke gevolgen dit voor hun positie. De ziekte biedt voeding voor een revival van racisme en homofobie, maar initiatieven van organisaties van getroffen (de westerse homobeweging en sommige NGO's in ontwikkelingslanden) hebben ook tot 'empowerment' en een nieuw zelfbewustzijn geleid.

In hoofdstuk 4 staan de socio-economische factoren centraal die tot de totstandkoming van de epidemie leidden. Van der Vliet hanteert het begrip 'disease ecology'. De 'gay capitals' in het westen en de snel urbaniserende centra in ontwikkelingslanden moedigen "high levels of sexual activity" aan, die een snelle spreiding van HIV vereenvoudigen. Dit houdt geen moreel oordeel in, haast Van der Vliet zich vervolgens te zeggen, maar deze "changing mores were a predictable result of the social dynamics and the demographic trends of the time" (p. 80). De volgende vragen staan centraal. Waarom grijpt HIV in Afrika zo snel om zich heen? Waarom zijn het juist vrouwen die kwetsbaar zijn voor HIV-besmetting?

De auteur rangschikt op vrij willekeurige wijze allerlei gegevens. Het gebruikte materiaal is zeer divers. Zo worden er onderzoeksrapporten van WHO en het onafhankelijke PANOS aangehaald, maar ook citaten uit kranten en weekbladen, waaronder het Afrikaanse *New African*. De literatuurlijst is daardoor onevenwichtig. Slechts een gering aantal sociaal-wetenschappelijke publicaties is in de studie is verwerkt. Dat is jammer, want mede daardoor komt het cliëntenperspectief niet goed aan bod. Alleen wanneer Van der Vliet voorbeelden geeft uit haar eigen land, krijgt het verhaal een eigen gezicht. Ze stipt bijvoorbeeld aan hoe in de zwarte gemeenschappen geruchten

de ronde doen over AIDS als een geheim wapen dat door de overheid wordt ingezet om de zwarte bevolkingsgroei te remmen. Als antropoloog zou ik juist over deze verhalen het naadje van de kous weten, maar helaas, het voorbeeld wordt niet verder uitgewerkt of in een breder perspectief geplaatst.

Opmerkelijk vond ik het pleidooi voor onderzoek naar een selectieve 'microbicide' die vrouwen de mogelijkheid zou bieden zichzelf te beschermen tegen besmetting, zo mogelijk ook nog zonder de spermacellen te beschadigen. Een dergelijk middel zou een grote hulp zijn voor vrouwen om preventieve strategieën te ontwikkelen om HIV-besmetting te voorkomen. Andere aanbevelingen in het boek zijn minder concreet. Zo pleit de auteur in het slothoofdstuk voor 'personal empowerment' als antidotum tegen kwetsbaarheid.

Het boek stelde me teleur. Misschien is het een onmogelijke opgave om in een kort bestek helder een overzicht te geven van een uiterst complex en gevoelig fenomeen en het daarbij ook nog leesbaar te houden. In elk geval slaagde Van der Vliet er niet in. Het geheel blijft kaleidoscopisch zonder dat me een rode draad duidelijk werd.

Peter Ventevogel

Gill Walt, *Health policy: An introduction to process and power*. London: Zed Books; Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1993. 218 pp.

Gill Walt biedt in haar boek een analytisch kader voor het inzichtelijk maken van de wijze waarop gezondheidsbeleid tot stand komt, wie de verschillende spelers zijn in dit proces en hoe zij te werk gaan. Dit is een opmerkelijk uitgangspunt: meestal wordt gezondheidsbeleid beoordeeld op inhoud in relatie tot resultaten en, al minder vaak, tot behoeften van de doelgroep. Nog opmerkelijker is het dat Walt gezondheidsbeleid expliciet plaatst binnen een politieke context en aan de hand van Blondels typologie van politieke systemen beschrijft hoe deze verschillende systemen heel duidelijk van invloed zijn geweest op de organisatie van (bio)medische zorg en de mate waarin de bevolking daarin direct of indirect een stem heeft. Zij zoekt echter naar regelmatigheden in het proces van beleidsvorming en de participanten daarin die uitgaan boven deze politieke determinanten. Ook probeert ze verschillen in economische ontwikkeling te overstijgen, al stelt ze in de laatste pagina's van haar boek expliciet dat de economische situatie in vele Derde Wereldlanden enorme begrenzings stelt aan het formuleren zowel als uitvoeren van gezondheidsbeleid. Hoewel culturele en andere situatie gebonden factoren zoals oorlog, droogte genoemd worden, is de focus van het boek toch vooral gericht op het tot stand komen van gezondheidsbeleid in een nationale en globale politiek-economische context. Dat levert zo'n tweehonderd boeiende pagina's op.

Allereerst behandelt Walt algemene theorieën over beleidsvorming. Ze komt uit op een combinatie van uitersten, zowel op macroniveau (consensus- versus conflicttheorie) als op microniveau waar het gaat om de administratieve routine van beleidsvorming (rationele lineaire modellen versus incrementalistische, stapsgewijze veranderings-

modellen). Walt opteert voor het cyclische model van Kingdom. Deze onderkent drie gelijktijdige 'streams' of processen die op een gegeven moment bij elkaar moeten komen wil een probleem op de politieke agenda komen. Allereerst moet het politiek duidelijk worden door hun informatiesysteem of zelfs persoonlijke ervaring, dat er een probleem is. Verder moet het probleem ook vanuit de maatschappij, door zichtbare of meer verborgen groepen (partisanen volgens Lindblom of wetenschappers die vaak pas in het voetlicht komen als de pers hun onderzoeksresultaten politiek interpreteert) onder de aandacht gebracht worden. Ten derde dienen de technische, financiële en politieke mogelijkheden voor het aanpakken van problemen te worden bekeken en prioriteiten gesteld. Wanneer een van deze condities ontbreekt, is de kans op effectief beleid gering. AIDS kwam bijvoorbeeld in veel landen met vertraging op de politieke agenda, omdat politici, bevolking en pers het probleem aanvankelijk ontkenden ondanks gedocumenteerde aansporingen van de WHO en internationale experts tot actie. In Afrikaanse landen bezuiden de Sahara ontbraken ook de middelen daartoe. Toen het aantal AIDS-gevallen toenam en onderzoeken naar HIV-infectie alarmerende cijfers aan het licht brachten nam ook de bereidheid tot politieke actie toe, die mede mogelijk werd gemaakt door internationale steun voor nationale AIDS controle programma's. Het gebrek aan overeenstemming over de inhoud van voorlichtingsprogramma's (bijvoorbeeld geringe politieke speelruimte omdat kerken en ministeries van Onderwijs seksuele voorlichting streng aan banden leggen) is echter een grote handicap in het concretiseren en uitvoeren van NACP beleid.

Wie zijn nu de actoren in het tot stand komen van gezondheidsbeleid? Walt onderscheidt zes groeperingen, die ieder weer onder te verdelen zijn. Regeringen van landen vormen de belangrijkste groep (1) met daarbinnen het ministerie van Gezondheid. Zij hebben de bestuurlijke macht en middelen om beleid te bepalen en uit te voeren. Hoe sterk deze macht is, wordt onder andere bepaald door de steun die de regering ontvangt van de andere betrokken partijen. Dit zijn georganiseerde (nationale en internationale) belangengroepen (2), het administratieve apparaat op verschillende niveaus dat de data moet aanleveren voor beleidsplanning en het beleid moet uitvoeren (3), onderzoekers die beleidsvoorbereidend of -evaluerend onderzoek verrichten, en adviseurs uit alle voornoemde groepen (4), de media (5) en, met name voor ontwikkelingslanden, de wat Walt noemt 'internationale arena' van UN-organisaties (6): Wereldbank en IMF, bilaterale organisaties voor ontwikkelingssamenwerking NGO's en belangenorganisaties uit de industriële wereld of met een meer ideële doelstelling zoals Greenpeace, Health Net International, Artsen Zonder Grenzen of Oxfam.

De hamvraag luidt of het mogelijk is een rationeel beleid te ontwerpen als er zoveel groepen op staan dat hun behoeften gedekt en hun wensen ingewilligd worden. Tot op zekere hoogte, zegt Walt. In navolging van Hall en Lindblom onderscheidt ze 'grote politiek', waarin vooral politiek-economische zaken van nationaal en supranationaal belang aan de orde komen, en die gevormd wordt binnen een klein, elitair kader, van 'huishoudelijke' of 'alledaagse' politiek, waarin bijvoorbeeld gezondheidszorg, onderwijs, verkeer en waterstaat gestalte krijgen en waar meer ruimte is voor inspraak. 'Gebonden pluralisme' noemt Hall deze mengvorm. Walt ziet de vorming van gezondheidsbeleid dan ook als een interactief proces en onderbouwt deze visie met vele

boeiende voorbeelden waarin verschillende partijen het voortouw nemen, elkaar ondersteunen of juist op de vuist gaan.

Gezondheidsbeleid tegen roken wordt gevormd door zo'n amalgaam van tegenstrijdige belangen. De tabaksindustrie is in handen van zes machtige transnationale corporaties. In Engeland vormen deze een Tobacco Advisory Council die regelmatig onderhandelt met politici en ambtenaren van de betrokken ministeries en de Europese Unie over zaken als belasting op sigaretten en advertentierestricties. Het ministerie van gezondheid is daarin een zwakke partner vergeleken bij de ministeries van Economische Zaken, Financiën of Werkgelegenheid, die weer worden gesteund door de vakbonden en door de ministeries van Kunst en Sport die grote subsidies ontvangen van de tabaksindustrie. In 1971 nog verscheen in Engeland een interdepartementale studie waarin de economische kosten van een afname van tabaksconsumptie werd benadrukt (minder belastinginkomsten, meer pensioengerechtigden in leven (!), verstoring van de betalingsbalans), terwijl de (economische) aspecten van de winst aan gezondheid nauwelijks aan bod kwamen. Een kwart eeuw later zijn de gevolgen merkbaar van de acties van anti-rookbewegingen, gesteund door onderzoekers, de (medische) pers en de WHO. Zelfs de Wereldbank is in 1992 gevolgd met een verbod op leningen aan de tabaksindustrie of tabakshandel. Het aantal rokers gaat, althans onder mannen in Europa en de VS, omlaag. Het is echter de vraag of de regering in met name de VS zich had kunnen permitteren het roken uit openbare ruimtes te bannen wanneer niet tegelijkertijd de tabaksindustrie nieuwe markten had kunnen aanboren in Oost-Europa en Azië. Walt haalt een citaat aan van een woordvoerder van de tabaksindustrie: 'Until recently perhaps 40% of the world's smokers were locked behind ideological walls (zoals het ijzeren gordijn, cv). We've been itching to get at them – and we're much relieved and excited that this 40% is now open to us.' De tabak lobby heeft de afgelopen tien jaar ook met succes druk uitgeoefend op de regeringen in de VS en Engeland om economische sancties op te leggen aan landen als Japan, Thailand, Korea indien deze hun restricties op het importeren van sigaretten niet zouden verlagen of opheffen. Overal in de Derde Wereld neemt het roken toe. Aangezien veel van deze landen tabak produceren voor de binnen- en buitenlandse markt zijn voorlopig geen interne overheidsrestricties te verwachten ten aanzien van tabaksconsumptie.

Minstens even boeiende voorbeelden van – in de tijd wisselende – belangenconflicten vormen het medicijnenbeleid, en het beleid ten aanzien van family planning of kindervoeding. Walt belicht daarbij ook de rol die individuele beleidmakers kunnen spelen. Zowel Ershad, de president van Bangladesh, als Margaret Thatcher bemoeiden zich persoonlijk met de invoering van beleid dat het gebruik van een generieke medicijnen in plaats van een aantal veel duurdere merkartikelen verplicht stelde. Hun snelle actie overrompelde medische, farmaceutische en industriële belangengroepen, maar de nasleep was indrukwekkend. De grote farmaceutische industrieën mobiliseerden politieke druk om hun belangen te behartigen (ook de Nederlandse ambassadeur maakte zijn opwachting bij president Ershad!) en oefenden zelf druk uit, onder andere tijdens de jaarlijkse algemene vergaderingen van de WHO, om de regels te verzachten. Pas toen duidelijk werd dat lokale geneesmiddelenindustrie wel kon varen bij de productie van essentiële geneesmiddelen, de lijsten met essentiële geneesmiddelen wat

werden opgerekt en door toenemende privatisering van de gezondheidszorg de vraag naar merkmedicijnen gewaarborgd bleek, verflauwde de politieke actie van de farmaceutische industrie.

Walt benadrukt dat ook uitvoerders van de gezondheidszorg een stem in het kapittel hebben. Ze ziet het tot stand komen van gezondheidsbeleid als een interactief proces tussen beleidsmakers, uitvoerders en andere relevante actoren, waarbij beleid niet (louter) als besluitvorming wordt gedefinieerd maar als een serie min of meer verwante activiteiten en hun bedoelde en onbedoelde consequenties voor de betrokkenen. Hoewel begrip op te brengen valt voor Walts ruime definitie gezien haar aandacht voor het proces van beleidsvorming lijkt deze gelijkschakeling van 'rule' en 'reality' voor een analyse van beleidsuitvoering onpraktisch. Juist de spanning tussen wat als wenselijk gezien wordt en de zelden geheel naar wens verlopende praktijk van de uitvoering vormt doorgaans een dankbaar onderwerp voor onderzoek en actie van betrokken partijen. Dat een beleidsverandering soms pas merkbaar is aan de activiteiten van de beleidsuitvoerders en ook van onderaf geïnitieerd kan worden doet niets af aan de bruikbaarheid van het onderscheid tussen beleidsbeslissingen en beleidsuitvoering.

Ook ten aanzien van onderzoek en informatie neemt Walt, in navolging van Weiss, wel een heel pragmatisch standpunt in. Ze classificeert onderzoek als (leverancier van – schijnbaar – objectieve) data, als (leverancier van) ideeën en kritiek, en als argument voor verandering van beleid. In feite gaat het om een indeling in onderzoekers die ofwel naakte feiten presenteren, ofwel hun data interpreteren en bijvoorbeeld wijzen op discrepanties tussen beleid en uitvoering, of op de noodzaak voor een beleidswijziging, en onderzoekers die onderzoek genereren om bepaalde argumenten kracht bij te zetten, al dan niet gesteund door de pers. In geen van de gevallen is de relatie tussen onderzoek en beleid vanzelfsprekend. Ideologie en middelen van beleidsmakers bepalen in hoge mate wat geaccepteerd wordt. Directe relaties tussen onderzoek en actie zijn dan ook zeldzaam volgens Walt. Eerder is er sprake van een meer diffuse beïnvloeding.

Veel uitgesprokener is Walt in haar analyse van de invloed van donoren op beleid. Deze verpersoonlijken voor Walt een 'macht zonder verantwoordelijkheid'. Ze somt de bekende negatieve kanten op van donorsteun in de gezondheidssector: (duurdere) verticale diensten, donorcompetitie, duplicatie van activiteiten, investeringen zonder lopende kosten en onderhoud te waarborgen. Sinds eind jaren tachtig het 'globale kapitalisme' de dominante ideologie werd, met de G7-landen als 'uitvoerend comité van de moderne bourgeoisie', zijn de Wereldbank en het IMF ten koste van de WHO een steeds grotere rol gaan spelen in het gezondheidsbeleid van met name ontwikkelingslanden. Dat beleid dient kosten-effectief te zijn, wat gezondheidshervormingen van ongekende omvang tot gevolg heeft. De marges voor het onafhankelijk formuleren van gezondheidsbeleid en voor participatie van de bevolking zijn klein. Ook in het Westen liberaliseert echter de gezondheidssector en eroderen sociale voorzieningen. De tijd van ongelimiteerde groei lijkt voorbij voor de economie en derhalve voor overheidsdiensten. Deze realiteit vraagt om nieuwe, transformatieve beleidsstrategieën, waarbij de bestaande rationale en incrementalistische theorieën van beleidsvorming maar een beperkte waarde hebben. Walt ziet de vereiste transformatie als een pijnlijk proces, maar ook als een uitdaging. Deze is het grootst in relatief arme ontwikkelingslanden,

gekaracteriseerd door gebrekkige middelen, informatiesystemen, bestuurlijke vaardigheden en infrastructuur. Hier is 'thick description' geboden van wat zich op het vlak van gezondheid en gezondheidszorg afspeelt: het experimenteren met gezondheidssystemen, deels opgelegd door internationale krachten, kan onder marginale financiële omstandigheden een kwestie van leven of dood zijn.

Corlien Varkevisser