

Boekbesprekingen

Corry F.M. Bosch, *Vertrouwdheid: verlangen, ervaren en creëren. Een onderzoek naar de werkelijkheidsbeleving van dementerende ouderen verblijvend op psychogeriatrische verpleegafdelingen*. Utrecht: Uitgeverij Lemma, 1996. 146 pp. f 35,-.

Een gebeurtenis op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis, waar demente ouderen verblijven. Een verzorgende maakt de deur van de afdeling open met de daarvoor bestemde sleutel. Een van de vrouwen wil mee naar buiten. Ze wil naar huis. De verzorgende zegt dat mevrouw er niet uit mag. De vrouw antwoordt: "Als ik toch niet naar huis mag, kan ik net zo goed dood zijn".

Dementie is een ziekte die wonderlijke effecten op de werkelijkheidsbeleving heeft. Het gedrag van demente verpleeghuisbewoners stelt zorgverleners nogal eens voor vragen of moeilijk oplosbare problemen. Corry Bosch is als docent verantwoordelijk voor de inhoud van het curriculum psychogeriatrische verpleegkunde aan de Hogeschool Eindhoven. Aangezien zij zelf praktisch noch theoretisch geschoold was in de psychogeriatrische zorgverlening, voelde zij de behoefte onderzoek te doen naar de werkelijkheidsbeleving van dementerenden. Een tweede, persoonlijke aanleiding voor haar onderzoek, vormden de laatste levensjaren van haar moeder, waarin ze van nabij haar geestelijke achteruitgang meemaakte. Het boek opent met een citaat van Norman Denzin: "Interpretive research begins and ends with the biography and the self of the researcher. The events and troubles written about are the ones the writer has already experienced or witnessed firsthand". Het maakt me nieuwsgierig naar de ervaringen die Corry Bosch had in de zorg voor haar dementerende moeder en de rol die deze ervaringen, misschien onbewust, speelden in haar theorievorming.

Geïnspireerd door het werk van Jacomine de Lange, die als eerste in Nederland kwalitatief onderzoek verrichtte in de psychogeriatric, koos Bosch voor de methode van de 'grounded theory'. Ze besteedt in haar boek veel aandacht aan de principes van de methode en de verantwoording van haar werkwijze. Het boek valt dan ook tevens te lezen als een eenvoudige inleiding in het doen van onderzoek volgens de gefundeerde theorie-benadering.

In de eerste fase verrichtte zij gedurende een jaar drieënhalve uur per week participerende observaties op één afdeling in een verpleeghuis. Ze werkte mee met de verzorging, interviewde, volgde bewonersbesprekingen. Wat haar opviel was het vele zoeken en vragen van de vrouwelijke bewoners om naar huis te kunnen gaan. Dit ging vaak gepaard met intens verdriet, huilen en ook nogal eens boosheid. Verzorgenden verschillend te reageren op het zoeken van de vrouwen en hadden moeite met dit gedrag om te gaan.

Bosch besloot alle observaties rondom het concept 'thuis' in de werkelijkheidsbeleving van dementerenden grondig te analyseren. Als de vrouwen naar huis wilden,

doelden ze meestal op het huishouden tijdens de vroege volwassenheid waarin de vrouwen een zorgende rol vervulden voor man en kinderen ("Ziet u, mijn zonen wachten op me thuis"). Soms doelden ze op het ouderlijk huis en werd moeder of vader genoemd ("Moeder weet niet waar ik blijf"). Ook kwam het voor dat de verpleegafdeling als het eigen huis wordt beleefd. Zo werd een vrouw telkens kwaad als zij de huiskamer binnenkwam en al de andere mensen zag. Met boze stem: "Dit is mijn huis en daar zitten ze allemaal. Wat moeten die hier".

Hoewel er maar weinig mannen op de afdeling verbleven, merkt Bosch op dat de mannen minder vaak dan de vrouwen naar huis wilden. Verzorgenden bevestigden deze observatie in interviews. In de tweede fase observeerde Bosch daarom een vergelijkbare afdeling in een ander verpleeghuis waar meer mannen verbleven. De mannen vertoonden inderdaad minder een drang naar huis, en degenen voor wie dit wel gold, bleken mannen te zijn die vroeger hun werk aan eigen huis hadden. Wel bleken enkelen 'naar het werk' te willen. De mannen spraken meer over hun werk dan over hun thuis (vrouw, kinderen of gezin). Ook constateerde Bosch dat de verzorgenden het gedrag van mannen over het algemeen positiever waardeerden dan dat van vrouwen en dat zij graag met hen over vroeger (hun werk) spraken. Er was meer interactie.

Bosch wijt verschillen in gedrag van mannen en vrouwen aan hun sociale biografie. De vrouwen van de generatie van voor 1920 hadden als primaire taak de zorgende rol in het eigen gezin. Het (t)huis was hun terrein waar zij baas waren en hun taak lag. Zij hebben niet geleerd zich buitenshuis, in een vreemde omgeving, aan te passen. Hun levensopdracht was 'thuis zijn voor de anderen'. De mannen daarentegen leerden al op jonge leeftijd zich buiten het gezin te begeven. Voor hen was het openbare leven de primaire levenssfeer, waardoor zij getraind raakten in het zich begeven in een vreemde omgeving.

Bosch wilde tot slot het gedrag van dementerende vrouwen die vroeger buitenshuis werkten vergelijken met dat van vrouwen die zich volledig met het huishouden bezighielden. Uiteindelijk observeerde zij hiertoe op een verpleeghuisafdeling waar dementerende vrouwelijke religieuzen verbleven. Dit hoofdstuk vind ik het meest interessante deel van haar werk. Naar huis willen kwam hier slechts af en toe voor en ging met minder verdriet gepaard. Over het algemeen ervoeren de religieuzen de afdeling als hun normale leefwereld. Ze hadden het gevoel alsof ze nog in het klooster waren en hun werk deden. Het dagelijks leven in het verpleeghuis kent een leefritme dat veel overeenkomst vertoont met dat in het klooster. De religieuzen zijn gewend te leven in een grote groep, volgens een sterk gestructureerd dagschema en met een van bovenaf opgelegd gezag. Ze hebben bij intrede in het klooster de gelofte van gehoorzaamheid afgelegd en zijn levenslang getraind in gehoorzamen. Een regelend optreden door de verzorging wordt als vertrouwd ervaren.

Op basis van haar observaties komt Bosch tot de presentatie van haar kerncategorie 'vertrouwdheid'. Ze betoogt dat door het afgenomen herinneringsvermogen bij dementerenden het vermogen om situaties te kunnen herkennen, overzien en interpreteren verdwijnt. Ik citeer: "Dement worden betekent dat het vanzelfsprekende karakter van de werkelijkheid meer en meer verdwijnt" (p. 118). Waar de dementerende zelf geen gevoel van vertrouwdheid meer kan creëren, moet dit gebeuren door de omgeving. De

mate waarin de verpleeghuisomgeving lijkt op de leefomgeving in eerdere levensfasen (thuisituatie, werk, klooster) is, aldus Bosch, bepalend voor de werkelijkheidsbeleving. Voor de dementerende vrouwen staat het gemis aan vertrouwdheid op de voorgrond. Ze zijn op zoek naar hun (t)huis en voelen zich belemmerd om hierheen te kunnen, hetgeen frustratie en vooral veel verdriet met zich meebrengt. Het creëren van vertrouwdheid is dus voor de psychogeriatrische zorgverlener een primaire taak. Het is jammer dat zij hierover alleen in algemene zin uitspraken doet en niet haar observatiemateriaal geanalyseerd heeft op situaties waarin verzorgenden hierin slagen. Nu blijft toch de vraag hangen hoe vertrouwdheid te creëren is.

Het boek heeft me nieuwsgierig gemaakt. Ik ben als psycholoog werkzaam in een verpleeghuis en als universitair docent en onderzoeker. Corry Bosch doet interessante uitspraken, die niet allemaal zo vanzelfsprekend zijn of algemeen bekend in de psychogeriatric. Dat het in de zorg voor dementerenden om vertrouwdheid gaat zal echter niemand die in een verpleeghuis bekend is verbazen. Echter dat 'naar huis willen' meer bij vrouwen voorkomt, is niet een algemeen bekend gegeven, maar klinkt plausibel als we het koppelen aan de zorgende rol in het gezin die de vrouw vroeger doorgaans vervulde. Ook stelt Bosch dat de vroege volwassenheid een belangrijkere rol inneemt in de werkelijkheidsbeleving van dementerenden dan de kindertijd (p. 125).

Bosch trekt het in de psychogeriatric algemeen aanvaarde principe van de 'omgekeerde ontwikkeling' in twijfel. Volgens dit principe wordt de persoon in zijn gedrag en beleving steeds kinderlijker naarmate de dementie vordert. Mogelijk komt ze tot deze conclusie omdat ze zich vooral beperkt tot datgene wat dementerenden *zeggen* om informatie over hun beleving te achterhalen. Om deze reden koos ze er zelfs voor alleen dementerenden met wie communicatie mogelijk is, in het onderzoek te betrekken. Bewust werden dus de ernstiger dementen niet geobserveerd. Het boek biedt weinig informatie over gedrag van dementerenden, hoewel dit toch ook aanwijzingen over de werkelijkheidsbeleving kan geven. Wat te denken van zuigen op een zakdoek, spullen verstoppen, met een lepeltje tegen een mok tikken, kleren uittrekken, frunniken aan een kussen, steeds maar hetzelfde blijven roepen, met ontlasting smeren. Dit gedrag is waar te nemen in ieder psychogeriatrisch verpleeghuis en refereert duidelijk aan een kinderlijke beleving. Ik ben daarom geneigd te stellen dat de bevindingen van Bosch – de bepalende invloed van de biografie op de werkelijkheidsbeleving – vooral geldigheid hebben voor de eerste en een deel van de tweede fase van dementie van de drie die onderscheiden worden. In een latere fase gaat het volwassen zelfgevoel steeds meer verloren en speelt de sociale biografie een minder grote rol. De systematische verschillen in gedrag tussen man en vrouw, tussen notaris en arbeider worden geringer naarmate de dementie vordert en verdwijnen ten slotte.

Kritiek op het werk van Bosch heb ik ook als onderzoeker. Stellingen als "mannen tonen minder de neiging van de afdeling weg te willen dan vrouwen" (p. 85) of "wanneer vrouwen over thuis spreken, bedoelen ze meestal de thuisituatie met man en kinderen" (p. 68) en "de jaren van de vroege volwassenheid laten het meest hun sporen achter in de beleving van dementerenden (meer dan de kinderjaren)" (p. 125) worden niet onderbouwd, terwijl het toch duidelijk toetsbare uitspraken zijn, ook met het materiaal zoals Bosch het verzameld heeft.

Klinische ervaring leert dat dementerenden, ook al werkt hun geheugen absoluut niet meer, wél een vertrouwdheidsgevoel kunnen ontwikkelen in een nieuwe omgeving. Ook dementerenden kunnen nog wennen. Heel vaak, is bij een nieuwe opname te zien dat na een moeilijke aanvangsperiode van zes tot acht weken met veel onrust en naar huis willen de dementerende haar draai vindt op de afdeling. Het zou mij dan ook zeer verbazen als het naar huis willen niet zou afnemen naarmate vrouwen langer verblijven op de verpleeghuisafdeling. Vaak ook horen we van een verbaasde partner, die na enkele maanden zijn vrouw op zondag mee naar huis genomen heeft, dat zij na enkele uren onrustig werd en aangaf weer terug te willen. Ook is bekend dat dementerenden gevoelig zijn voor veranderingen in hun omgeving, bijvoorbeeld een andere plaats aan tafel. Die gevoeligheid laat zich alleen maar verklaren, omdat zij nog vertrouwdheidsgevoel bezitten. Het is echter niet een rationele, verklarende vertrouwdheid, in de zin dat ze weten waarom ze waar zijn, maar meer een zintuiglijke vertrouwdheid. Ze merken dat er iets 'anders' is en worden onrustig.

Het is jammer dat Corry Bosch in haar gerichtheid op de sociale biografie voorbijgaat aan andere factoren die hun invloed op de werkelijkheidsbeleving hebben zoals de persoonlijkheid, ingrijpende levensgebeurtenissen en het stadium van de ziekte. Steeds meer gegevens wijzen erop dat het karakter voor de ziekte van invloed is op gedrag en beleving tijdens de dementie. Ook zijn er aanwijzingen dat traumatische ervaringen gedurende de levensloop de angst en onrust tijdens de dementie vergroten.

Toch draag ik het werk van Corry Bosch een warm hart toe, omdat het boek het belang van kennis van de biografie van de dementerende voor begrip van diens gedrag en behoeften ondubbelzinnig aantoont. Het sluit daarbij aan bij recente ontwikkelingen in de psychogeriatric waar in gedifferentieerd wordt naar leefstijl. Dementerenden met dezelfde sociale achtergrond vormen met elkaar een leefgroep (een groep notabelen, een groep met mensen met agrarische achtergrond, een Indische groep) en de leefomgeving en verzorging worden hierop aangepast. Bovendien is het werk origineel en zet het aan tot denken. Hopelijk ook tot nader onderzoek dat de stellingen van Bosch kan bevestigen.

Toine Thissen

Dee Burck, Huib Cornielje, Harry Finkenflügel & Arthur Vreede (red.), **Gehandicap-
tenzorg in ontwikkelingslanden. Cultureel-antropologische aspecten van de fysio-
en ergotherapeutische praktijk**. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen,
1997. 112 pp. f 29,-.

Er is weinig 'biologie' dat zozeer het stempel draagt van sociale verhouding en culturele perceptie als wat wij in het gewone spraakgebruik aanduiden met 'handicap'. Hoe verschillend het gehandicapt-zijn beleefd wordt, door de betrokkene zelf en door diens omgeving, wordt treffend geïllustreerd door het – fictieve? – voorbeeld waarmee Arthur Vreede zijn bijdrage opent in het boek dat hier besproken wordt:

Een Marokkaanse migrant met een paraplegie redt zich heel goed in een rolstoel in Nederland. In Marokko echter maakt hij er geen gebruik van en verdwijnt de rolstoel in een opbergruimte. Wat is er aan de hand? Het gebruik van de rolstoel door gehandicapten wordt in Nederland als normaal ervaren. In een Marokkaans dorp kan het gebruik van een rolstoel als vernederend worden ervaren. Daarentegen, indien deze man een aangepaste auto zou worden aangeboden, dan zou zijn sociale status aanzienlijk verhoogd worden.

Toch is de belangstelling vanuit de antropologie voor gehandicapten betrekkelijk laat op gang gekomen. Het zijn vooral de Noorse antropologe Benedicte Ingstad en de Amerikaan Robert Murphy die de aandacht van de antropologie op dit onderwerp hebben gevestigd. Beiden deden dat vanuit een directe persoonlijk betrokkenheid.

In Nederland heeft deze groeiende belangstelling gestalte gekregen in gesprekken tussen antropologen en revalidatiewerkers. Die gesprekken hebben geleid tot deze publicatie waaraan dertien auteurs hebben meegewerkt. De eerste redacteur, Dee Burck, is enige jaren geleden gepromoveerd op een antropologische studie over ideeën en praktijken rond gehandicapt-zijn in Zimbabwe. De huidige belangstelling voor sociaal-culturele aspecten van 'handicap' blijkt ook uit het feit dat in Nederland opvallend veel revalidatiewerkers kiezen voor een studie in de (medische) antropologie.

De term 'handicap' staat tussen aanhalingstekens, omdat het een problematische term is. In de eerste vier bijdragen wordt ingegaan op problemen van terminologie en theorievorming. In navolging van de ICHID-classificatie van de WHO wordt handicap (beperking van de maatschappelijke rol van een individu) geplaatst naast *impairment* (verlies of aantasting van een fysieke of psychologische functie) en *disability* (beperking of verlies van het vermogen een bepaalde activiteit uit te voeren). Enigszins parallel met de begrippen *disease*, *illness* en *sickness* hoeft bijvoorbeeld de aanwezigheid van een 'impairment' niet te leiden tot een beperking in iemands maatschappelijk functioneren.

In de vier inleidende antropologische bijdragen wordt verder nog gesproken over de – soms moeizame – communicatie tussen antropologen en revalidatiewerkers, de relatie tussen 'traditionele' en 'moderne' vormen van revalidatie en over het theoretisch en praktisch nut van het begrip *Activities of Daily Living* (ADL).

Daarna volgen vier bijdragen vanuit het standpunt van de revalidatiewerker: het dagboek van een week in het leven van een Nederlandse fysiotherapeute in een community-based revalidation project in Zambia; ervaringen van twee Nederlandse ergotherapeuten in Ghana; een artikel over houding en gedrag van een Zambiaanse gemeenschap ten aanzien van lichamelijk gehandicapten gebaseerd op vijftig interviews; en een beschouwing van een Zuid-Afrikaanse fysiotherapeut die zich enigszins provocerend afvraagt wie er nu eigenlijk gerevalideerd moet worden. Een kleine anekdote van de laatste uit zijn werk in Zuid-Afrika illustreert zijn antropologische, relativerende stellingname. Hij besluit de eerste zes maanden van zijn verblijf in de township te besteden aan praten alvorens aan 'het werk' te gaan. Als hem na drie maanden door zijn manager gevraagd wordt wat hij nu eigenlijk aan het doen is, antwoordt hij – naar waarheid – dat hij al zeer veel heeft bereikt: zijn consumptievermogen van lokale thee en bier is aanzienlijk gestegen.

De laatste drie bijdragen gaan over specifieke onderwerpen binnen revalidatie. De eerste twee zijn aansprekende etnografische notities: over de ervaringen en problemen van Pakistaanse moeders met een gehandicapt kind en over bepaalde traditionele technieken bij het baden van kinderen in Jamaica. De auteurs zijn van mening dat westerse revalidatiewerkers hiervan kunnen leren en pleiten voor meer twee-richtingsverkeer in de kennisoverdracht tussen westerse en traditionele revalidatie. De laatste bijdrage handelt over het begrip 'empowerment', toegepast op de situatie van 'gehandicapten'. De auteur tracht de visies van revalidatiewerkers, gehandicapten-organisaties en antropologen dichter bij elkaar te brengen.

De bundel is een waardevolle terreinverkenning van een belangrijk thema. Het is te hopen dat de discussies van deze auteurs afkomstig uit antropologie en revalidatie, onderwijs en onderzoek, theorie en praktijk, leiden tot meer samenwerking op het terrein van cultuur en handicap. Bovendien is het te wensen dat – aansluitend bij de laatste bijdrage – de 'gehandicapten' zelf een grotere rol gaan spelen in die ontwikkeling. Hun afwezigheid in deze bundel is eigenlijk in strijd met de geest die eruit spreekt.

Sjaak van der Geest

Peter Davis, *Managing medicines: Public policy and therapeutic drugs*. Buckingham: Open University Press, 1997. 178 pp. f 42,50.

Dit boek behoort tot de publicatiereeks State of Health. Deze serie bestaat uit vijftien titels die door een analyse van het beleid op het terrein van de gezondheidszorg wil bijdragen aan het debat over de toekomst van de gezondheidszorg in het rijke Noorden. Davis behandelt de maatschappelijke regulering van de productie, distributie en consumptie van farmaceutica. Hij maakt hierbij gebruik van een analytisch raamwerk waarin onderscheid wordt gemaakt tussen vier arena's, te weten het culturele (hoofdstuk 3), het sociale (hoofdstuk 4), het economische (hoofdstuk 5) en het politieke domein (hoofdstuk 6). Ieder domein kenmerkt zich door specifieke relaties tussen de media, de medische beroepsgroep, de industrie en de overheid. De inhoud van dit boek – zowel geschreven voor de geïnformeerde leek als voor mensen die zich beroepshalve met de gezondheidszorg bezig houden – wordt uitstekend samengevat in de 41 tabellen die het boek rijk is. Deze tabellen bevatten cijfers over uiteenlopende zaken zoals de bedragen die gemoeid zijn met verschillende typen van farmacologisch onderzoek dat voorafgaat aan het op de markt brengen van een nieuw medicijn; uitgaven van verschillende landen aan allerlei soorten medicijnen; omvang en aard van de Europese markt voor medicijnen die zonder recept (over the counter) verkrijgbaar zijn. Andere tabellen bevatten schematische voorstellingen van bijvoorbeeld scenario's voor toekomstig overheidsbeleid ten aanzien van farmaceutica, kostenbeheersstrategieën van Europese overheden, gemedicaliseerde sociale problemen, en metaforen verbonden met medicijngebruik. Het boek bevat zoveel interessante informatie dat het niet mag ontbreken in de collectie van een ieder die geïnteresseerd is in de maatschappelijke rol die medicijnen spelen in het rijke Noorden. Davis brengt een maatschappelijk-geïnformeerde

studie over een terrein dat tegenwoordig bijna wekelijks aandacht krijgt in de Nederlandse media.

In hoofdstuk 4 behandelt Davis de rol die farmaceutica spelen binnen zowel de organisatie van de gezondheidszorg – financiering, privatisering en professionalisering – als het medisch handelen van artsen en paramedici. Hij besteedt ruim aandacht aan het inperken van de autonomie van artsen bij het voorschrijven van medicijnen. Dit gebeurt door overheden die zich beperkt weten door steeds krappere budgetten voor gezondheidszorg. Davis signaleert bovendien een toenadering tussen het Amerikaanse vrije-markt-systeem en de Europese aanpak waarbij tot voor kort het accent lag op solidariteit en vrije toegang tot gezondheidsvoorzieningen. Voor Europa betekent dit onder meer een toename van medicijnen die zonder recept verkrijgbaar zijn en het toekennen van het privilege van het voorschrijven van bepaalde categorieën van medicijnen aan paramedici, zoals fysiotherapeuten en verpleegkundigen.

De grote rol van de medische beroepsgroep en de overheid bij zowel verstrekking als legitimering van medicijnen, maakt duidelijk dat geneesmiddelen een bijzonder soort handelswaar vormen. Niet de prijs voor het product, maar technologische innovatie bepaalt veeleer de marktpositie van farmaceutische bedrijven. De geneesmiddelenmarkt is dan ook sterk gesegmenteerd en wordt niet door een handvol bedrijven gedomineerd, zoals de markt in vliegtuigen, staal en consumentenelektronica. Van de ruim honderdvijftig bedrijven die fors investeren in het ontwikkelen van nieuwe medicijnen, dragen slechts tien een werkelijk multinationalaal karakter. Volgens Davis zijn de meeste bedrijven voornamelijk actief in één segment van de markt, bijvoorbeeld die van tranquillizers of anti-conceptie. Ieder bedrijf heeft dus zijn 'nis'. De drie meest verkochte producten binnen een specifiek marktsegment zijn al gauw goed voor 75 procent van de omzet in dit marktsegment.

Een ander opmerkelijk gegeven is dat farmacologisch onderzoek niet zo'n grote kostenpost vormt als soms wordt gesuggereerd. Marketing-kosten bepalen gemiddeld voor 25 procent de kostprijs van een medicijn, terwijl Research & Development slechts 10 procent voor zijn rekening neemt. Dit grote marketing-budget wordt onder meer besteed aan het overtuigen van artsen, de overheid en het grote publiek van het nut van specifieke farmaceutica voor het oplossen van problemen die vroeger niet voor chemotherapie in aanmerking kwamen, zoals opvoedingsproblemen en ouderdomsverschijnselen.

Bij onderzoek naar veiligheid en effectiviteit van farmaceutica wordt het voordeel van de wetenschappelijke twijfel – onzekerheid is inherent aan het statistisch universum van de farmacologie – systematisch toegekend aan de industrie. Patiëntenverenigingen zijn niet in staat om een goed tegenwicht te bieden. Door gebrek aan macht en essentiële informatie zijn deze organisaties geen gelijkwaardige tegenspelers van de industrie.

Davis' boek zit vol intrigerende dilemma's. Wat te denken van het contrast tussen de enorme vooruitgang in de celbiologie, die het mogelijk maakt cellulaire processen nauwkeurig te modelleren hetgeen de weg opent voor de ontwikkeling van medicijnen die biochemische processen rechtstreeks beïnvloeden, en de voortdurende afname van het aantal nieuwe farmaceutica dat werkelijk een verbetering vormt vergeleken met

reeds bestaande producten? Hoe moeten we de roep van consumentenorganisaties om meer uitgebreide 'safety studies' combineren met de wens van andere patiëntenorganisaties om te komen tot versnelling van de procedures voor overheidsgoedkeuring van medicijnen die een oplossing zeggen te bieden voor hun ziekte?

De productie, marketing en consumptie van farmaceutica in ontwikkelingslanden komt in dit boek nauwelijks aan de orde. Het antwoord is te vinden in één van de tabellen uit het boek. In 1994 werd slechts 18 procent van de wereldomzet van farmaceutica behaald in landen buiten Noord-Amerika, Europa en Japan.

Maarten Bode

Mary-Jo Del Vecchio Good, *American medicine: The quest for competence*. Berkeley: University of California Press, 1995. 265 pp. \$ 35.00 (hard cover).

Wat betekent het vandaag de dag om een goede dokter in de Verenigde Staten te zijn? Wat voor invloed hebben nieuwe technologieën, schadeclaims vanwege medische fouten of wanpraktijken op de kwaliteit van de zorg van de dokter? En wat is eigenlijk een goede dokter in de context van deze ontwikkelingen? In *The quest for competence* gaat Del Vecchio Good op deze vragen in. Ze laat in drie etnografische studies van verschillende medische domeinen zien wat competentie betekent, hoe die vorm krijgt en wordt bewaard: dokters in ruraal Californië, artsen en studenten in opleiding aan de Harvard University en oncologen die borstkanker behandelen. Ze laat zien hoe competentie in de medische wereld centraal staat en welke rol die speelt in het denken en spreken van artsen. Het is opmerkelijk hoe open artsen over competentie en vergissingen of fouten spreken. Del Vecchio Good laat dat door middel van uitgebreide citaten uit haar materiaal zien.

Het boek is gebaseerd op een jarenlange studie van diverse medische praktijken. Het thema ervan is in de loop van deze studie ontstaan. Tijdens onderzoek in ruraal Californië samen met Byron Good ontdekten ze tot haar verbazing dat voor verloskundigen en gynaecologen een van de moeilijkste dingen van de medische praktijk de discussie was die zij met collega's moesten voeren over competentie. In de eerste etnografie laat de auteur zien hoe machtsstrijd tussen huisartsen, algemene artsen, vroedvrouwen, verloskundigen en specialisten vorm krijgt door disputen over competentie. Stijging van de kosten van verzekeringen tegen wanpraktijken en medische fouten van dokters scherpten de concurrentie en disputen aan. Del Vecchio Good geeft verder aan hoe de komst van specialisten in de plaatselijke ziekenhuizen en veranderingen in het management van die ziekenhuizen hevige debatten tot gevolg hadden over competente medische zorg. Van 1980 tot 1987 volgde ze de ontwikkelingen hierin en constateerde een aantal 'crises of competence'. Herdefiniëring van verloskundige competentie, die in deze jaren het domein werd van specialisten, had tot gevolg dat de verloskundige zorg anders werd opgevat. Voordien werd thuis bevallen gestimuleerd door vroedvrouwen én artsen, maar met de komst van specialisten werd het opnieuw een ziekenhuisaangelegenheid. De verdeling van de verloskundige zorg was zo, dat vrouwen (vroedvrouwen, vrouwelijke huisartsen) vooral de geboorten deden met een laag risico

en de doorgaans mannelijke specialisten die met een hoog risico. De projecten die de vroedvrouwen en artsen opzetten rond geboorte en zorg, leken soms door gezamenlijke inspanning tot stand te zijn gekomen, maar werden toch van elkaar onderscheiden op basis van gender en specialisme. Dat onderscheid leidde tot culturele conflicten en scherpe grenzen tussen praktijken, kennistypen en waardering van competentie.

Een rechtszaak bracht de verloskundige gemeenschap in 1985 in een crisis. Deze reageerde met verhevigde disputen – nu meer publiek – over competentie en financiële eisen. Specialisten betwijfelden openlijk de competentie van niet-specialisten. De problemen waren soms zo groot dat verschillende vrouwen hun verloskundige praktijken hebben gestopt. Dat bracht het publiek in beweging, dat het opnam voor de vrouwelijke verloskundigen en vroedvrouwen. Volgens de auteur werd een basiswaarde in de Amerikaanse samenleving aangetast: vertrouwen. Twee macrosociale veranderingen hebben de crisis teweeg gebracht: de nationale crisis rond medische fouten en wanpraktijken en de transformatie van het genderprofiel van de beroepsgroep.

In de tweede etnografische studie speelde competentie eveneens een belangrijke rol. Het is een studie onder artsen en studenten van de medische opleiding in Harvard. Del Vecchio Good onderzoekt daar de vernieuwingen die destijds in het curriculum werden doorgevoerd. Die hervorming bood een prima gelegenheid voor onderzoek naar de vraag hoe organisatorische veranderingen in de medische opleiding worden gemotiveerd met behulp van 'competentie'. Het verzet tegen de vernieuwingen was binnen de faculteit groot en in wezen ging het om institutionele macht en invloed in het onderwijskundig proces. De debatten van de staf gingen echter over hoe men het beste competente artsen kon opleiden. Studenten werden thuis gemaakt in deze discussie en tijdens tutorials, interviews en onderwijs werden dringende vragen gesteld of en hoe het nieuwe onderwijs (probleemgestuurd en student-georiënteerd) hen kon opleiden tot bekwaame artsen. De kritiek vanuit de staf schiep voor studenten het risico tot 'medische onbekwaamheid'. Del Vecchio Good laat heel mooi zien hoe studenten leren 'medisch bekwaam' te zijn door patiëntpresentatie en optreden in het opleidingsteam en ten slotte door het samenstellen van doelgerichte klinische narratieven die gevolgen hebben voor de zorg voor patiënten.

Wat grote indruk op mij heeft gemaakt is de beschrijving van interacties tussen opleiders (specialisten) en studenten. Studenten leren soms met veel pijn hoe zij een casus moeten presenteren in het bijzijn van een heel team: hoe minder woorden hoe beter. Del Vecchio Good zet met deze studie een interessante traditie voort die men onder andere ook bij Light (1980) kan vinden: hoe worden mensen opnieuw gesocialiseerd (acculturatie)? Sprekend is het volgende citaat van een van haar informanten:

The point is to preserve the smooth social functioning in which all the bad stuff is kept out of sight. The complainer is the one who has realized what's going on and gives voice to it, but they're hated (p. 159).

Leren een competente arts te zijn impliceert de reproductie van de bestaande medische hiërarchie en het versterken van de hegemonie van de professionele ideologie over bekwaamheid. Studenten leren zowel de vorm als de grenzen van professionele kritiek.

Na hun opleiding weten ze welke repertoires worden getolereerd en welke niet. Patiëntendossiers zijn openbaar, is hun geleerd en dus moet daarin geen kritiek, geen onenigheid over een diagnose of behandeling. Studenten leren dus ook waar, wanneer en hoe iets gezegd of geschreven mag worden. Disputen tussen beroepsbeoefenaren blijven buiten het gezichtsveld van het publiek.

De derde studie gaat over het meest recente onderzoek van de auteur onder oncologen en hun vrouwelijke patiënten met borstkanker. Ook hierin speelt bekwaamheid of competentie een belangrijke rol, maar nu staan professionele interacties centraal. Del Vecchio Good laat zien hoe oncologen competente, klinische verhalen maken voor en met hun patiënten. Bekwaamheid moet worden opgevat als het samengaan van de twee werelden van de oncologie: de wetenschap en de geneeskunde. Zorg en klinische arbeid moeten voortdurend beantwoorden aan nieuwe technologische ontwikkelingen en wetenschappelijke onzekerheden. Centraal in de interactie tussen dokter en patiënte staat het nemen van een goede beslissing over de behandeling van borstkanker. Die beslissing dient de patiënte te nemen, maar deze moet dan wel kunnen vertrouwen op de kennis en kunde van de arts. Medische bekwaamheid is dan veel meer dan kennis en kunde of correct optreden. Bekwaamheid betekent ook dat de arts zijn patiënte moet kunnen helpen bij het nemen van een goede beslissing en – vooral – deze het gevoel moet geven dat er een goede, zo niet de beste beslissing genomen is, omdat er nu eenmaal verschillende behandelingsmogelijkheden zijn. Vooral vrouwelijke oncologen zijn zich van dit laatste goed bewust. Met behulp van veel fragmenten uit interacties laat de auteur zien hoe de narratieve strategieën werken.

In de derde etnografie is het narratief het analytisch perspectief. Twee concepten worden gebruikt: 'plot', op te vatten als onderliggende structuur van een narratief, en 'emplotment', de activiteit van de luisteraar of de lezer die betekenis aan het narratief geeft. De elementen van het oncologische narratief zijn duidelijk: welke therapie komt het eerst in aanmerking, welke bijwerkingen kunnen worden verwacht, hoe is de behandelingssequentie, wie doet de behandeling en waar gebeurt die? Daaronder ligt de vraag: wat is de meest effectieve therapie en hoe kiest men uit verschillende mogelijkheden? Zal de behandeling succes hebben en kan ik (de patiënte) een agressieve therapie verdragen? Wat gebeurt er werkelijk? In een analyse van interacties van chirurgen, radiologen en oncologen laat de auteur zien hoe de plot van de therapie wordt gevormd en hoe patiënten worden betrokken bij de interpretatie van het klinisch verhaal. Tijd, pijn, levensverwachting, onzekerheden en routine krijgen in het verhaal hun plaats. Patiënten zijn partners en 'lezers', dat wil zeggen zij dienen het klinisch verhaal te interpreteren en van betekenis te voorzien. Nieuwe mogelijkheden, waarvan de resultaten hoogst onzeker zijn, zorgen voor ethische dilemma's en zetten competentie onder druk. Oncologie is 'medicine on the edge'.

In de epiloog gaat Del Vecchio Good in op het belang van competentie voor beleid. Competentie is volgens de auteur een middel om de machtsrelaties en competitie om middelen (geld, kennis, prestige) in de klinische praktijken uit te drukken. Verder is competentie een symbolisch domein dat verschillende betekenissen en sociale contexten bij elkaar brengt. De auteur doet een poging om verschillende vormen van geneeskundige praktijken, ideologie en politiek-economische factoren bij elkaar te brengen.

Ze eindigt met te zeggen dat de kwaliteitscontrole van de medische zorg erbij gebaat is als verschillend sociaal gebruik, contexten en betekenissen van het begrip 'competentie' kritisch worden onderzocht. Ook in internationale vergelijkingen kan 'competentie' een sleutelbegrip zijn.

Op de flap van de omslag van het boek wordt gesproken over een provocatieve studie. Naar Amerikaanse maatstaven zal dat zeker het geval zijn. Toch vind ik de auteur heel behoedzaam als het om kritische reflectie gaat. Ik kan niet goed achterhalen wat de reden daarvan is. De epiloog vind ik het minst indrukwekkend. Del Vecchio Good laat hier het niveau van de klinische realiteit nagenoeg geheel los en doet meer abstracte uitspraken. Het is opvallend dat er geen opmerkingen worden gemaakt over de betekenis van haar studies voor mensen die de zorg nodig hebben. Er blijven bij mij enkele vragen. Wat kan dit boek betekenen voor de 'empowerment' van patiënten? Wat zullen de consequenties zijn van de kennis over de praktijken van artsen voor mensen die onder hun behandeling zijn? Wat vindt Del Vecchio Good van de 'geheime kennis en praktijken' van westerse artsen? Dat neemt echter niet weg, dat de auteur een prachtig boek heeft geschreven. Voor mij is het een 'echte' antropologische studie die associaties oproept met vroeger (en recent?) onderzoek naar geheime genootschappen.

Els van Dongen

Literatuur

Light, D.

1980 *Becoming psychiatrists: the professional transformation of self*. New York: Norton.

Jessica Erdsiesk, *Pepo as an inner healing force. Practices of a female spiritual healer in Tanzania*. Culture, history and anthropology, Bulletin 343. Amsterdam: Royal Tropical Institute/Dar Es Salaam: Dar Es Salaam University Press, 1997. 80 pp. f 15,-.

Het uitgangspunt van de auteur van deze bescheiden publicatie is de conclusie dat de biogeneeskunde zich over geheel Afrika heeft verbreid en zich doorgaans een (monopolie)positie als 'staatsgeneeskunde' heeft verworven en als zodanig ook op subsidies rekenen kan. Dit is ten koste gegaan van de zogenaamde 'autochtone', 'plaatselijke', 'traditionele of 'endogene' heelwijzen. Dit inzicht is sinds 1978 gemeengoed. Het is ook onomstotelijk waar bevonden. Dit in tegenstelling tot de veronderstelling dat het enkel een zaak is om de biogeneeskunde voldoende toegankelijk en betaalbaar te maken om de andere geneeswijzen uit de patiëntenmarkt te concurreren.

Deze uitgave is gebaseerd op tien maanden veldwerk in de regio Mbeya, Zuidwest-Tanzania in 1990-1991. Ze omvat de etnografische beschrijving van de heelkundige activiteiten van een *pepo* genezer. Na een beschrijving van de levensloop de genezer, van negen (divinaire) consultaties, van zang en trance als therapeutische momenten en processen, mondt het boek uit in een weergave van de etiologie van enkele veel

voorkomende ziektes. Deze worden min of meer volgens het gangbare biomedische model geïnclassificeerd. Verder worden de verschillende planten die in de genezing worden aangewend, opgesomd. Dit krijgt relatief veel aandacht toebedeeld.

In het laatste hoofdstuk, dat ook de conclusies bevat, raakt de auteur even aan de mogelijkheid van een emic-perspectief, een mogelijkheid die evenwel snel verlaten wordt. Het is haar verdienste dat ze zich – weliswaar uitsluitend vanuit het standpunt van de genezer – richt op het moeilijke terrein van de geestesbezetenheid en -genezing. Door de diverse beschrijvingen heen verschijnt de dagelijkse realiteit als een complexe verweving van ‘moderne’ en ‘traditionele’ elementen. Dit gegeven, de articulatie van bijvoorbeeld Kiswahili en de moedertaal van de betrokkenen, werkt zij als zodanig echter weinig uit.

Steven Van Wolputte

Joke Haafkens, *Rituals of Silence. Long-term tranquilizer use by woman in the Netherlands. A social case study*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Het Spinhuis, 1997. 177 pp. f 42,50.

Ongeveer tien procent van alle Nederlanders kreeg in 1992 als slaap- of kalmeringsmiddel een benzodiazepine voorgeschreven. Ruim drie procent bleek dat middel zelfs al langer dan zes maanden te gebruiken. Nu is dat ruimhartig en langdurig voorschrijven van deze benzodiazepines door Nederlandse artsen een tamelijk onverwacht gegeven. Al sinds het begin van de jaren tachtig is bekend dat deze slaap- en kalmeringsmiddelen forse bijwerkingen kunnen vertonen, dat ze sterk verslavend zijn én dat hun werking na enkele weken door gewenning vrijwel geheel is verdwenen. Langdurig gebruik van benzodiazepines heeft dus simpelweg geen zin. De WHO heeft ze daarom in 1984 op de lijst van *controlled psychotropic substances* gezet en de meeste landen hebben zich verplicht maatregelen te nemen om langdurig gebruik van benzodiazepines te voorkomen. Ook in Nederland wordt vanaf 1985 artsen geadviseerd benzodiazepines niet langer dan voor twee maanden voor te schrijven. Toch is het langdurige gebruik van benzodiazepines alleen maar toegenomen. Zodat Nederland in 1992 450.000 mannen en vrouwen telde die langere tijd een benzodiazepine slikten, terwijl dat middel nauwelijks nog het bedoelde effect kon hebben.

Het was deze toch wat wonderlijke situatie die Joke Haafkens er toe bracht zich af te vragen welke mechanismen aan het langdurige gebruik van benzodiazepines ten grondslag liggen. Omdat van een farmacologische of medische verklaring geen bevredigend antwoord te verwachten is, zocht zij aansluiting bij een sociologische theorie van Becker (1953) over de (verslavende) werking van psychotrope stoffen bij druggebruikers. Becker stelde dat de uiteindelijke werking van deze stoffen sterk afhankelijk is van de *interpretatie* die de gebruiker aan de lichamelijke effecten ervan geeft. Deze interpretatie blijkt de gebruiker echter weer grotendeels te construeren met behulp van informatie die de sociale omgeving aanreikt. Gebruikers van psychotrope middelen moeten volgens deze theorie dus eerst van hun omgeving leren wat zo'n middel behoort te doen, voordat ze dat effect kunnen ervaren. De werking van illegale psychotrope

middelen blijkt dus vooral een culturele constructie te zijn. Becker suggereerde in 1973 al dat dit model ook op het reguliere medicijngebruik toepasbaar kan zijn, waarbij het naar zijn idee vooral de voorschrijvend arts is, die de gebruiker helpt de lichamelijke reacties op het ingenomen medicijn te interpreteren op de 'juiste' wijze.

Haafkens onderzoekt in *Rituals of Silence* dit leerproces rond het gebruik van benzodiazepines. Ze laat daartoe vijftig langdurige gebruiksters van benzodiazepines aan het woord over de manier waarop ze hebben geleerd wat deze middelen zouden 'behoren te doen'. Ze concentreerde zich daarbij op de overdracht van informatie tijdens een vier fasen; de kennismaking met benzodiazepine, het eerste en laatste halfjaar van gebruik en het eventuele stoppen. Ik zal – als proeve voor de rest van het boek – laten zien wat Haafkens over de informatieoverdracht bij de eerste kennismaking opdiept. Dit is de periode waarin gebruikers leren welk effect deze benzodiazepines zouden moeten hebben.

Voor veel van de vrouwen die Haafkens gesproken heeft, begint hun eerste ervaring met benzodiazepines bij de huisarts. Maar in tegenstelling tot wat Becker voorspelde, was deze arts voor veel vrouwen niet de bron van informatie over de werking van het middel. Vrouwen die al ervaring hadden met andere kalmerende medicijnen (barbituraten), bleken voornamelijk zelfstandig op basis hiervan de lichamelijke effecten van het nieuwe medicijn te interpreteren als 'kalmerend' of 'slaapverwekkend'. De huisarts speelde in dat proces nauwelijks een rol van betekenis. Ook vroeg een aantal vrouwen zonder ervaring met kalmerende middelen toch zélf aan de huisarts om een benzodiazepine voor te schrijven. Deze vrouwen hadden blijkbaar op basis van informatie uit de media of van verhalen van anderen een beeld gevormd over de manier waarop dat kalmeringsmiddel zou werken en ze wilden dat 'veronderstelde effect' ook zelf ervaren. Ook deze groep wist de lichamelijke effecten van de benzodiazepines al snel op de 'juiste' manier te interpreteren zonder daar veel informatie van de huisarts bij nodig te hebben.

Heel anders bleek dat te liggen bij de vrouwen die op initiatief van de huisarts begonnen met het gebruik van benzodiazepines. Zij kwamen met een sociaal, emotioneel of psychisch probleem naar de huisarts, maar kregen vervolgens een kalmerend of slaapverwekkend medicijn voorgeschreven. Juist deze vrouwen bleken grote moeite te hebben om de lichamelijke effecten van het voorgeschreven middel als een oplossing voor hun probleem te herkennen. Ze keerden dan ook vrijwel allemaal een of meerdere malen terug naar de huisarts om hun probleem, en daarbij nu ook hun ervaring met de benzodiazepine, te bespreken. In deze latere consulten werd echter ook geen andere oplossing dan medicatie geboden of gevonden. Deze groep vrouwen moest dus – in interactie met de huisarts – gaandeweg leren accepteren dat er voor hun probleem geen andere oplossing zou zijn. Ze leerden als het ware van hun huisarts om de benzodiazepine en haar lichamelijke effecten als enig mogelijke oplossing in hun situatie te ervaren.

Na de eerste periode waarin de werking van benzodiazepines op de gebruiker geconstrueerd wordt, lijken alle betrokkenen er vooral op uit een verder gesprek over het benzodiazepine-gebruik te vermijden. De grote stilte die volgens Haafkens het langdurige gebruik van benzodiazepines kenmerkt, is begonnen. De auteur behandelt in de volgende hoofdstukken de periode van de grote stilte zelf en de periode van het eventuele stoppen met het benzodiazepine-gebruik, waarin die stilte weer doorbroken wordt.

Haafkens vestigt met dit boek de aandacht op een nogal onthutsende medische praktijk van onbekommerd voorschrijven van onwerkzame medicijnen. Ze toont daarnaast met haar studie aan dat bij 'regulier' medisch gebruik van psychotrope middelen de invloed van de sociale omgeving op de (culturele constructie van) de werking van deze medicijnen niet onderschat moet worden. Haar boek laat daarnaast zien hoe het proces verloopt waarin de huisarts onervaren gebruiksters van benzodiazepines 'begeleidt' bij de constructie van de werking van deze middelen. Ze belicht daarmee tevens het proces waarin de dominante positie van de medische oplossing voor alle problemen in onze maatschappij wordt vastgelegd. Ook blaast Haafkens nieuw leven in een sociologische verklaring voor de werking van medicatie en drugs die al jaren (ten onrechte) genegeerd wordt. Ze slaagt er bovendien in om de vrouwen die 'stilte'-middelen als benzodiazepines gebruiken opnieuw een stem te geven. Ze heeft met dat alles zonder meer een nuttig en bovendien ook nog een goed leesbaar boek afgeleverd.

Haafkens toont zich ook een ware meester in het beperkt houden van een onderzoeksonderwerp. Ze zegt in haar introductie slechts de *overdracht* van betekenissen rond het gebruik van benzodiazepines te willen bestuderen en dat is vervolgens ook uitsluitend wat ze doet. Aan de betekenissen zelf lijkt ze zich in haar conclusies verder niet te willen wagen. En dat prikkelt de lezer. Want in het gepresenteerde materiaal vallen juist die betekenissen op. Wat zou er op grond van haar materiaal meer voor de hand hebben gelegen dan de constatering dat *alle* gebruikers van alle kalmerende middelen ooit van een dokter hebben moeten leren hoe zo'n middel 'behoort' te werken. Dat dus alle gebruikers van kalmerende middelen ooit een keer bij de huisarts hebben gezeten om daar te ervaren dat hun probleem onoplosbaar was. Maar ook om te leren hoe ze zichzelf konden 'sussen' met tabletjes. Wat zou er meer voor de hand liggen dan de constatering dat de grote stilte rond het langdurige gebruik van benzodiazepines overeenkomt met de grote innerlijke stilte die het middel aan de gebruikers belooft? Of dat het slikken van benzodiazepines door hen al snel geïnterpreteerd wordt als troost en steuntje in de rug in een onoplosbaar *geachte situatie*, dat ze *mother's little helper* zijn in een situatie waarin de moeders partner, sociale omgeving, dokter en de hele samenleving het verder ook niet meer (willen) weten? Het borrelt allemaal spontaan uit Haafkens materiaal op, maar zelf trekt ze dergelijke conclusies nergens. Omdat ze zich louter tot de benzodiazepines wilde beperken? Omdat ze slechts de overdracht van informatie wilde bestuderen, en niet de betekenissen zelf? Omdat dat niet wetenschappelijk zou zijn? Omdat dat het onderwerp van verder onderzoek moet worden? Het zijn allemaal heel legitieme overwegingen, maar wat mij betreft zou iets meer 'onbezonnenheid' en een beetje meer (zichtbare) boosheid dit boek veel goed hebben gedaan.

Pepijn Van de Port

Literatuur

Becker, H.S.

1953 Becoming a marihuana user. *American Journal of Sociology* 59:235-43.

1973 Consciousness, power and drug effects. *Society* 10: 67-76.

Herbert Hendin, *De dood als verleider. De 'Hollandse remedie'. Een buitenlandse visie op de Nederlandse euthanasiepraktijk*. Haarlem: Gottmer, 1996. 223 pp.

In dit boek probeert Hendin, zoals hij zelf aangeeft, de feitelijke ervaringen en de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding te beschrijven en te onderzoeken hoe wij aan de behoeften van terminale patiënten tegemoet kunnen komen.

Hendin is een Amerikaanse psychiater en directeur van de American Suicide Foundation (een organisatie ter voorkoming van zelfdoding) en hoogleraar psychiatrie aan het New York Medical College. Hij onderzocht gedurende vier jaar vele gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in Amerika en Nederland, waarbij hij sprak met verschillende deskundigen in Nederland op medisch en juridisch gebied. Dit onderzoek is voortgekomen uit zijn bezorgdheid die, zoals hij zelf beweert, voortkomt uit de haast waarmee in Amerika getracht werd euthanasie en hulp bij zelfdoding te legaliseren (wat overigens niet gebeurd is), zonder dat het Amerikaanse volk de kans kreeg om te begrijpen wat de implicaties van legalisering zouden zijn.

Hoofdstuk één beschrijft enkele gevallen en personen die in de Verenigde Staten een rol hebben gespeeld bij pogingen om tot legalisering van euthanasie en hulp bij zelfdoding over te gaan. Hulp bij zelfdoding en euthanasie worden gepresenteerd, volgens Hendin, als een mogelijkheid om de patiënt zeggenschap over zijn eigen dood te geven. Argumenten als het recht om te sterven, de autonomie en de waardigheid van de patiënt worden gebruikt in de discussies die voor legalisering pleiten. Volgens Hendin is de roep om legalisering een symptoom van ons onvermogen om een beter antwoord te bedenken op de problemen rond het sterven en de angst voor ondraaglijke pijn of voor kunstmatige verlenging van het leven onder ondraaglijke omstandigheden. Door van de dood een medische beslissing te maken, houdt de arts overeind dat hij de ziekte en de bijgaande gevoelens van machteloosheid de baas is.

Hoofdstuk twee is een bespreking van de Nederlandse situatie. Hendin geeft enkele fragmenten weer van interviews met de beoefenaars en voorstanders van euthanasie in Nederland en de reacties van deze geïnterviewden zelf op het concept van een door hem geschreven artikel, dat daarna gepubliceerd is. Bovendien uit Hendin hier doortlopend zijn kritiek op het rapport van de commissie Rummelink. Volgens Hendin wordt euthanasie gepropageerd om het zelfbeschikkingsrecht te bevorderen, terwijl in tegenstelling hiermee juist de paternalistische macht van de medische professie is toegenomen. Daarbij hamert hij er elke keer weer op dat uit het onderzoek in opdracht van de commissie Rummelink gebleken is, dat bij ongeveer duizend gevallen per jaar de dood actief is veroorzaakt zonder verzoek van de patiënt. De autonomie van deze patiënten is daarbij terzijde geschoven en het leven wordt beëindigd, omdat men begaan is met de pijn en het lijden van de patiënt. De dokter heeft in die gevallen besloten dat de kwaliteit van leven zodanig is dat het tijd is om te sterven. Daarbij is dus de taak van de arts duidelijk meer dan die van een neutrale waarnemer en daar hebben, volgens Hendin, de Nederlanders grote moeite mee om dat toe te geven. Naar Hendins idee zien artsen in Nederland de zorgvuldigheidseisen als een onaangename plicht waaraan zij zich moeten houden om kritiek of moeilijkheden met justitie te voorkomen en beschouwen zij deze niet als een waarborg die noodzakelijk is ter bescherming van de patiënt.

Hoofdstuk drie beschrijft hoe men in Nederland euthanasie propageert en tot iets normaal probeert te maken en hoe Nederlanders afwijkende meningen in eigen land onderdrukken en hoe de politiek hier een rol in speelt. Ook bespreekt hij de televisiefilm 'Dood op verzoek' uit 1994. Nederlandse artsen voelen zich het meest thuis bij de opvatting dat alle verzet tegen euthanasie religieus van aard is. Dit is niet bij alle tegenstanders het geval. In dit hoofdstuk zet Hendin enkele afwijkende meningen van sommige Nederlanders op een rij.

Hoofdstuk vier beschrijft de relatie die volgens Hendin bestaat tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding enerzijds en suïcide anderzijds. Over dit verband wordt in Nederland nauwelijks verslag gedaan. Volgens Hendin wordt euthanasie gebruikt om als een acceptabele manier met depressie en zelfdoding om te gaan.

Hoofdstuk vijf tracht in een historisch, sociaal en politiek verband in te gaan op de waarom-vragen. Waarom kan euthanasie in Nederland plaats vinden en hoe is dat toch gekomen? En waarom wordt er in de Verenigde Staten zo'n druk uitgeoefend om euthanasie te legaliseren? Bij de Nederlanders, verklaart Hendin, zijn met name het calvinisme en ook de koopmansuccessen in de zeventiende eeuw en de overwinningen van het land op de zee, sterk bepalend geweest voor de Nederlandse huidige houding tegenover euthanasie. Misschien als reactie op vroegere beperkingen van het calvinisme viert nu de autonomie van het individu hoogtij bij het nastreven van genot en het vermijden van pijn. Men streeft naar de grootst mogelijke tolerantie op allerlei gebied. Verder geven de technische prestaties van Nederlanders aan hoe sterk zij geloven in het vermogen om te organiseren en te controleren. Zo ook rond euthanasie en de zorgvuldigheidseisen. Bovendien dragen de arts, de rechter en de patiënt in Nederland misschien bij, volgens Hendin, aan een utilitaristische visie dat de zin van het leven bij ziekte afneemt.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding krijgen steeds meer steun in de Verenigde Staten vanwege de angst voor een pijnlijke en menonwaardige dood als gevolg van de voortschrijdende medische technologie. Er is een toenemende angst voor de dood in de Amerikaanse (en ook de Nederlandse) cultuur. Hulp bij zelfdoding en euthanasie zijn volgens Hendin beide middelen die mensen de illusie geven dat zij hun angst voor de dood onder controle hebben.

In hoofdstuk zes beschrijft Hendin de sociale, medische, ethische en juridische problemen die bij euthanasie een rol kunnen spelen en uitspraken hierover van verschillende filosofen, juristen, ethici en artsen.

In hoofdstuk zeven wordt de vraag gesteld wie een rol (behoren te) spelen in beslissingen aangaande euthanasie en hulp bij zelfdoding in situaties dat de patiënt dat zelf niet meer kan door langdurig coma of dementie. Uiteraard is het noodzakelijk dat een arts met de familie communiceert. Verder is het volgens Hendin van belang dat er een maatschappelijke consensus ontstaat die via een openbare discussie tot stand moet komen. In dit hoofdstuk beschrijft hij ook zijn ervaringen met zijn zieke demente moeder.

In hoofdstuk acht houdt Hendin een pleidooi voor de verdere ontwikkeling van de palliatieve zorg, met name in de medische opleidingen. Hendin zegt dat onze kennis over hoe wij terminale patiënten in hun behoeften kunnen bijstaan één van de prachtig-

ste verworvenheden is van de geneeskunde van de laatste tien jaar, maar dat het verspreiden van deze kennis naar de gemiddelde arts nog maar net begonnen is.

Met een provocerende vooringenomenheid beschrijft Hendin op journalistieke wijze de volgens hem onaanvaardbare gevolgen van legalisering van euthanasie. Hendin vertelt dat hij dringend behoefte heeft om anderen deelgenoot te maken van wat hij in Nederland geleerd heeft aangaande euthanasie en hulp bij zelfdoding. Op deze moralistische toon is het boek dan ook geschreven: "Pas op, jullie Nederlanders zitten op een hellend vlak, het gaat de verkeerde kant uit". Voor wie zich over die toon heen kan zetten, vertelt en beargumenteert Hendin op heldere wijze zijn zienswijze aangaande dit onderwerp. Ook wie het niet eens is met zijn argumenten kan stilstaan bij het vraagstuk van euthanasie en hulp bij zelfdoding en hoe er in onze maatschappij wordt omgegaan met sterven en dood.

Bovendien stelt Hendin zinnige vragen, zoals: Is euthanasie een oplossing waarmee de patiënt meer controle over zijn sterven krijgt en onder betere omstandigheden kan sterven? In hoeverre wordt de keuze voor euthanasie door de patiënt genomen en in hoeverre wordt deze door de arts beïnvloed? Wat zeggen euthanasie en hulp bij zelfdoding ons over wat we moeten doen om terminale patiënten de juiste zorg te bieden?

Het blijft onduidelijk wat Hendins mening is over pijnbestrijding met als mogelijk neven-gevolg een bespoedigde dood. Hij is in ieder geval van mening dat artsen in Nederland en in Amerika beter opgeleid moeten worden in effectieve pijnbestrijding als onderdeel van palliatieve zorg. Hij is van mening dat in Amerika de administratieve en juridische barrières in veel staten moeten worden weggenomen, zodat ziekenhuizen voldoende narcotica kunnen inslaan om terminale patiënten effectieve pijnbestrijding te kunnen geven. Bovendien vindt hij dat iedereen die met terminale patiënten werkt, hen eraan moet herinneren dat zij het recht hebben om een zinloze behandeling of ongewenste behandeling te weigeren of te stoppen. Hendin is echter van mening dat het absoluut verkeerd is om euthanasie ter sprake te brengen bij terminale patiënten, terwijl meer dan de helft van de Nederlandse artsen dit juist vindt. Volgens Hendin geef men dan aan de patiënt te kennen dat zijn of haar leven niet meer de moeite waard is. Dit argument zou men ook kunnen aandragen voor het ter sprake brengen bij patiënten dat zij een behandeling kunnen weigeren of stoppen. Hier ligt een verschil tussen de 'Nederlandse' denkwijze en die van Hendin. Als Nederlandse artsen euthanasie ter sprake brengen bij een patiënt, laten zij, volgens Hendin, deze in de kou staan, terwijl de Nederlandse artsen van mening zijn dat zij dat juist niet doen. Net zo min als Hendin van mening is dat men de patiënt links laat liggen als men hem laat weten dat hij een behandeling kan weigeren.

Wie dit boek leest, krijgt het idee dat aan vrijwel elke euthanasiewens een depressie ten grondslag ligt, die verholpen kan worden, waarmee de euthanasievraag weer verdwijnt. Dit lijkt een wat al te eenvoudige voorstelling van zaken. Het is heel aannemelijk dat er een euthanasiewens kan bestaan zonder onderliggende depressie. Dit neemt niet weg dat er wel bij elke euthanasievraag overwogen moet worden of er mogelijk een depressie meespeelt.

De kritiek van Hendin dat medische, juridische en interdisciplinaire beoordelingscommissies over euthanasie in Nederland alleen te horen krijgen wat de arts hun vertelt,

is terecht. Is dat de hele waarheid? Het onderzoek van Van der Maas e.a. (1991) en het vervolgonderzoek van Van der Wal en Van der Maas (1996) geven alleen maar getallen en niet de interacties tussen artsen, patiënten, verpleegkundigen en familieleden. In het stukje dat Hendin schrijft over zijn ervaringen met zijn demente moeder komt de onzekerheid van Hendin duidelijk naar voren bij de beslissingen die hij voor haar moest maken toen zij een longontsteking kreeg. Ook toont hij door deze beschrijving aan hoe de slechte communicatie tussen hemzelf en de artsen een rol heeft gespeeld in de keuzes die hij maakte. Dit geeft aan hoe belangrijk de interacties tussen de verschillende partijen rondom het sterfbed van een patiënt zijn en hoe deze een grote invloed kunnen hebben op de keuzes die gemaakt worden. Hier ligt nog een aanzienlijk onbekend terrein bloot. Er is in Nederland weinig onderzoek gedaan naar de 'ware aard' van praktijk-situaties rond euthanasie en de 'gewone' stervenszorg. De studies van Pool (1996) en The (1997) naar de context van euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde zijn een begin.

Het is volgens Hendin niet mogelijk om euthanasie zonder normatieve richtlijnen te sanctioneren en te reguleren. Het stervensvraagstuk wordt door alle huidige regeltjes rond euthanasie in Nederland geïsoleerd uit de complexe context van de menselijke relaties waarin wij leven. Daarin heeft hij gelijk. De dood is een gegeven dat wij niet in de hand hebben.

Sabine de Vries

Literatuur

Maas, P. van der, J.J.M. van Delden & L. Pijnenborg

1991 *Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie.* 's-Gravenhage: SDU Uitgevers.

Pool, R.

1996 *Vragen om te sterven: Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis.* Rotterdam: WYT Uitgeefgroep.

The, A.

1997 *'Vanavond om 8 uur...'. Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wal, G. van der & P.J. van der Maas

1996 *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure.* 's-Gravenhage: SDU Uitgevers.

T. Kitwood, *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 1997. 160 pp. £ 14.99.

*I'm sure it isn't me
that's gone round the bend*

Bovenstaande regels uit de poëzie van Killick, iemand die veel tijd met demente ouderen heeft doorgebracht, drukken vervreemding en vreemdheid uit. Vreemd en vervreemd, dat lijken twee woorden die passen bij mensen met dementie en bij mensen die zorgen voor demente ouderen. De man kent zijn demente vrouw niet meer, de vrouw herkent haar man en zichzelf niet.

Kitwoods boek is een pleidooi voor een andere benadering van mensen met dementie. Zijn argument is dat als we demente mensen als *persoon* voorop stellen, er nieuwe, andere inzichten over de aard van dementie ontstaan. Bovendien wordt dan de mogelijkheid een meer humane zorg voor deze groep mensen te hebben. Kitwood verbindt theorie met praktijk. Ideeën over dementie onderwerpt hij aan een kritisch onderzoek en zet er nieuwe tegenover, gebaseerd op onderzoek en ervaring. Hedendaagse kennis uit de neurologie, neuropathologie en psychiatrie verbindt hij met sociale en persoonlijke elementen. Het verbindend element is persoon, de persoonlijkheid van demente mannen en vrouwen die in de wetenschap jarenlang is genegeerd. Maar Kitwood laat het niet daarbij. Hij beschrijft een model: hoe kan de zorg aan deze groep mensen worden verbeterd, wat moeten verzorgers zijn en wat kunnen ze doen. Hij doet dat niet alleen door overwegingen te geven, maar laat ook concreet zien hoe zo iets kan en hoe het leven van demente mensen erdoor verbetert.

De auteur begint zijn boek met de beschrijving van een eigen ervaring, lang voordat hij zich intensief met het probleem bezig hield. Het is een verhaal van een vrouw bij hem uit de straat. Deze vrouw, een psycholoog, kwam geregeld bij hem op bezoek. Op een avond staan de auteur en de vrouw samen af te wassen. Ze zingen: "The carnival is over. We shall never meet again". Dat lied werd een tragische profetie, want binnen een paar maanden was de vrouw opgenomen in een inrichting: dement. De auteur wijst erop dat hij de toen gangbare gedachte had "dementia is a death that leaves the body behind". Jarenlange ervaring leert hem dat deze gedachte onjuist is geweest. Zijn eigen ervaringen verwerkt hij systematisch en gebruikt ze om de zorg voor demente mensen te verbeteren. Hij legt uit wat hij onder 'persoon' en persoonlijkheid verstaat: de status die door anderen aan iemand wordt toegekend. Die impliceert herkenning, respect en vertrouwen. Kitwood laat ons ook zien hoe hij de relatie van persoonlijkheid en lichaam opvat. De auteur 'goochelt' dan met formules, waarin neurologie en psychologie gelijk worden gesteld. Die formules zijn eigenlijk helemaal niet nodig voor wat de auteur wil, ze leiden de lezer af van de hoofdargumenten en halen hem uit de lijn van het betoog.

Elk hoofdstuk van het boek gaat in op een belangrijk onderwerp in relatie met dementie. Zo laat Kitwood in het tweede hoofdstuk zien hoe dementie als psychiatrische categorie is vorm gegeven. Hij gaat in op verschillen in pathologie, laat zien hoe moeilijk het is een nauwkeurige diagnose te stellen, toont ons wat de prevalentie van

dementie is, schrijft over depressie en psychose in relatie tot dementie en vraagt zich af of de persoonlijkheid van een demente mens verandert.

In het derde hoofdstuk beschrijft Kitwood hoe de persoonlijkheid wordt ondermijnd. Het dictum 'no cure, no help, no hope', dat de boodschap van zoveel artsen is, onderschrijft hij niet. Met een verhaal over Margaret, een oudere dame, laat hij zien hoe demente mensen worden gesedeerd als ze in instituten terecht komen en hoe eentonig het leven wordt: opstaan, eten krijgen, zitten wachten tot de dag voorbij is. Kitwood zegt dat het verhaal van dementie veel meer is dan een progressieve neurologische aandoening. Het is ook het verhaal van een inadequate cultuur, economie, medisch systeem, perspectieven op gender en het leven in het algemeen. Het verhaal van Margaret en haar echtgenoot die zo graag voor haar wilde zorgen, illustreert deze bewering. Kitwood noemt maar liefst zeventien elementen van inadequate zorg. Die dragen bij tot de progressiviteit van dementie. Weer in diagrammen laat Kitwood de lezer zien hoe neurologische en sociale factoren de ernst van de aandoening bepalen.

In het volgende hoofdstuk beschrijft de auteur hoe persoonlijkheid kan worden gehandhaafd. Twee elementen vallen op. Kitwood ziet het belang van biografische kennis voor een aangepaste zorg en ook het belang van gemeenschapszorg. Het eerste duikt heden ten dage vaker op in de zorg voor mentaal en psychisch zieke mensen. Wat mensen vroeger graag deden bijvoorbeeld, kan nu in aangepaste vorm ook worden gedaan. Iemand die gewend is aan een uithuizig leven, kun je niet opsluiten in een afdeling voor demente mensen, daar moet je mee uit. Zelfs bij extreme vormen van dementie kan inspelen op de verlangens en behoeften van demente ouderen nog rust en een betere zorg betekenen, zowel voor de ouderen zelf als voor degenen die voor hen zorgen.

In hoofdstuk vijf gaat Kitwood in op ervaringen van dementie. Hij laat zien welke wegen er zijn voor verzorgers om daar inzicht in te krijgen. Kitwood noemt er zeven: lezen van biografieën, gestructureerd luisteren bijvoorbeeld aan de hand van afbeeldingen en foto's, luisteren naar wat ouderen zeggen gedurende de dagen en daar ook op ingaan, observeren van gedrag en lichaamsexpressies, raadplegen van mensen die een dementie-achtige aandoening (Kitwood noemt hier depressie!) hebben gehad, gebruik maken van de eigen poëtische verbeelding (inleven) en als laatste rollenspellen. Kitwood geeft in dit hoofdstuk ook aan wat demente mensen nodig hebben: comfort, hechting, inclusie, bezigheden, identiteit. Dat zijn gewone dingen die alle mensen nodig hebben, lijkt me zo, maar de auteur geeft wel aan hoe men dat kunt doen.

De laatste vier hoofdstukken van het boek gaan uitgebreid in op de zorg, de verzorgers, de organisatie van zorg en de noodzaak voor 'culturele' transformatie. Met voorbeelden maakt de auteur duidelijk hoe je dagelijks met demente mensen kunt omgaan, hoe je ermee kan praten, hoe demente ouderen onderling met elkaar kunnen verkeren en hoe psychotherapie in aangepaste vorm kan worden bedreven. Organisatorische aspecten worden besproken. Kitwood gaat er daarbij vanuit dat de organisatie goed voor de verzorgers moet zorgen. Supervisie, training, individuele begeleiding en teambuilding moeten veel meer aandacht krijgen. Daarmee nemen niet alleen de vaardigheden van verzorgers toe, maar wordt ook 'burn out' voorkomen.

Wat heeft een goede verzorger van demente ouderen nodig? Kitwood noemt een flink aantal zaken, waaronder creativiteit, speelsheid, humor, tederheid. Deze zaken

maken deel uit van een volgroeide persoonlijkheid die zichzelf goed moet kennen. Scripts die mensen in de loop van hun (jeugdige) leven hebben opgedaan, kunnen hen in de zorg voor demente mensen vaak te parten spelen. Ontwikkelen van inzicht in het eigen denkpatroon is daarom noodzakelijk. Dit klinkt bekend. In de psychiatrie in het algemeen vindt men een dergelijk scenario noodzakelijk. We noemen het daar doorgaans reflectie op tegenoverdracht.

Veranderingen binnen de zorg zijn noodzakelijk, zo luidt de conclusie van Kitwood. Hij noemt dit culturele transformatie. Dat transformatieproces betreft echter niet alleen de verzorgingssector, maar de hele samenleving. Dementie is niet langer een zaak van een van de wereld afgesloten instituut.

Het boek is zeker een aanrader voor iedereen die te maken heeft met de zorg voor demente mensen. Het staat vol goede 'tips', het geeft een achtergrond voor het denken over dementie, het is in duidelijke taal geschreven. Ook voor antropologen is het waardevol. Zij die onderzoek met en onder ouderen doen, zullen er aanwijzingen in vinden voor een betere communicatie met deze ouderen. De verhalen en cases die in het boek staan zijn waardevolle informatie. Antropologen die overwegen aan het einde van hun onderzoeksrapport aanbevelingen te doen, kunnen aan dit boek een voorbeeld nemen. Kitwood sluit met zijn boek aan bij de auteurs die pleiten voor humanisering van de zorg als tegenwicht voor de nadruk op technologie en medisch determinisme. Het boek stelt de vraag naar wederzijdse afhankelijkheid aan de orde. Een leesbaar boek, maar hier en daar wat te veel utopisch.

Els van Dongen

Ed Knipe, *Culture, society and drugs. The social science approach to drug use*. Waveland Press: Prospect Heights, 1995. 438 pp. \$ 21.95.

Het boek heeft een brede titel en een meer omvattende behandeling van het thema drugs, cultuur en samenleving is nauwelijks denkbaar. Voorin het boek verwijzen 31 lokaties op een wereldkaart naar de volkeren en culturen die in worden beschreven. Het duidelijk cultureel-antropologische perspectief van het boek blijkt al uit de geografische spreiding van de plekken op de aardbol die de auteur heeft bezocht. Er is een sterke concentratie op de min of meer traditionele plekken van onderzoek van de (Amerikaanse) niet-westerse culturele antropologie, met een zekere nadruk op het zuidelijk halfrond. Vooral de autochtone culturen van Midden- en Zuid-Amerika, Afrika en het Verre Oosten (inclusief Polynesië) zijn ruim vertegenwoordigd. Canada, Europa en het Aziatische continent blijven opvallend witte plekken.

Gelukkig heeft het traditioneel-antropologische zwaartepunt op kleine, exotische en pre-industriële culturen niet geleid tot het ontbreken van aandacht voor eigentijdse, westerse manifestaties, betekenissen en functies van het gebruik van bewustzijnsveranderende middelen. De relevantie van sociaal-wetenschappelijk werk neemt immers aanmerkelijk toe als het ook iets te zeggen heeft over de eigen wereld van de lezer. Modern stadsetnografisch onderzoek heeft een plaats gekregen, waarbij de moderne klassieken over marginale 'volksstammen in de eigentijds westerse wereld aan bod

komen. Een voorbeeld hiervan is de behandeling van de *skid row*, waar grootstedelijke alcoholisten door een subtiel systeem van wederzijdse verplichtingen overleven in *bottle gangs*. New Yorkse junkies geven hun leven zin en inhoud door zich als kleine ondernemers staande te houden binnen de illegale straat economie. 'Respectabele cocaïnehandelaren van Florida delen dankzij de verboden handelswaar met hun burens het vlotte leven van jonge managers in de welvarende suburb. En de hippies van de jaren zestig verzetten zich met hun rituele solidariserende gebruik van cannabis tegen de 'burgerlijke waarden van de vorige generatie. Maar ook wie graag dicht bij huis (het conventionele midden) blijft, komt aan zijn trekken in de beschouwingen die gewijd zijn aan de functies en betekenissen van alcohol als *time out marker* in het westerse dagelijkse bestaan.

De beschrijving van zoveel varianten van een sociaal en cultureel fenomeen leidt onvermijdelijk tot het gevaar te ontaarden in een caleidoscopisch overzicht dat veel laat zien, maar weinig verduidelijkt en waar de lezer in de veelheid van willekeurig lijkende uitingvormen van het bestudeerde verschijnsel het spoor al spoedig bijster dreigt te raken. Naar mijn mening wordt dit gevaar weliswaar niet volledig, maar wel goeddeels bezworen door de toepassing van een rigoureuze sociaal-wetenschappelijke systematiek. De functies en manifestaties van productie, distributie en gebruik van bewustzijnsbeïnvloedende middelen worden beschreven en geduid aan de hand van een fundamenteel sociologisch stelsel van begrippen. Op een hoger niveau worden hierdoor analogieën zichtbaar tussen de bijvoorbeeld organiserende en continuïteit bevorderende functies van drugsrituelen, voorschriften en verboden in onderling sterk verschillende samenlevingen en culturen.

In de eerste drie hoofdstukken zet Knipe het sociaal-wetenschappelijke perspectief uiteen. Met behulp hiervan schetst hij ook de betekenis van het begrip 'drugs. De sociaal-wetenschappelijke essentie ervan wordt gezocht in de binnen een cultuur gedeelde overtuiging dat drugs non-food middelen zijn die *normale* lichamelijke functies beïnvloeden. De psychofarmacologie is in deze visie niet meer of minder dan de biologische aanleiding die verklaart waarom in zoveel uiteenlopende culturen de consumptie van bewustzijnsbeïnvloedende middelen is gerelateerd aan belangrijke sociale en culturele functies. In vele culturen zijn alcohol en tabak betekenisvolle middelen. De cultuurspecifieke overtuigingen bepalen de manier waarop en het domein waarin deze middelen werkzaam zijn. Zo zullen volgens deze visie de sociale gedragseffecten van bijvoorbeeld dronkenschap van alcohol afhankelijk zijn van cultureel gedetermineerde leerprocessen. Dit leidt tot de verwerping van de vrij algemeen aanvaarde notie dat het gebruik van alcohol (de onafhankelijke variabele) altijd leidt tot controleverlies (de interveniërende variabele), waardoor er 'abnormaliteit van het sociale gedrag (de afhankelijke variabele) optreedt. Aan de hand van cultureel-antropologisch onderzoek wordt daarentegen verondersteld dat cultuur het gedrag van alcoholintoxicatie specificeert en dat de notie van controleverlies op zijn minst overbodig is. "(...) alcohol in and of itself has no specific behavioral outcome, either directly or through lessening of cultural constraints. The determinant of behavior, drunk or sober, is culture – and culture is learned" (p. 67). Deze visie wordt ook bevestigd door de antropologische observatie van het gebruik van cannabis. Dit middel gebruiken (indiaanse) Midden-Amerikaanse

landarbeiders als een stimulerend middel, dat het mogelijk maakt om zware landarbeid langer vol te houden. Dit staat in sterk contrast tot de passiviteitsbevorderende werking die de Amerikaanse hippies (en hun verontruste ouders) aan het middel toeschreven.

Het centrale thema van *Culture, society and drugs* wordt in de volgende vijf hoofdstukken uitgewerkt. De rode draad door deze hoofdstukken is dat bewustzijnsbeïnvloedende middelen universeel zijn in hun functionaliteit ten aanzien van de ordening, het voortbestaan en de zinsverlening van samenlevingen en culturen. Achtereenvolgens wordt de functionaliteit van drugs met betrekking tot een aantal onderwerpen behandeld.

Knipe bespreekt drugs in relatie tot de bevordering van identiteit, afgrenzing van de dominante cultuur en sociale cohesie binnen etnische groepen, sociale bewegingen en sub-culturen. Als voorbeelden geeft hij het introverte religieus ingebedde gebruik van peyote in de Noordamerikaans-indiaanse Native American Church, het generatie-onderseheidende en waardepatroon markerende cannabisgebruik van hippies in de jaren zestig, en het religieus-etnisch 'zwart-nationalistisch profilerende gebruik van marihuana (*ganja*) door de van huis uit Jamaicaanse Rastafarians.

Aan de orde stelt hij de betekenis van drugs voor de regulering van de arbeidsverdeling, de sociale stratificatie en de aanpassing van de gemeenschap aan veranderingsprocessen. Hij belicht een Zuid-Amerikaanse indianenstam, bij wie een krachtig hallucinogeen middel (*ebene*) en de veel mildere en alledaagse tabak complementaire functies hebben die essentieel zijn voor de bevestiging van de heersende sociale orde in deze samenleving. *Ebene* is een uitdrukking van de suprematie van de volwassen mannen. Het gebruik is alleen aan hen voorbehouden. Het heeft een sacraal-ritueel (geestenbezwerend) karakter en kanaliseert op rituele wijze agressie van de mannen onderling. Tabak heeft daarentegen een bindende functie op familieniveau, die sekse- en generatiegrenzen overstijgt. "In the Yanomamö division of labor, ebene symbolizes the distinctions between adult males, children and females. Conversely tobacco serves in its production as a distinction between families. In its consumption tobacco marks the integration of men, women, boys and girls" (p. 186).

De functionaliteit van de organisatie van drugsgebruik aan macro-sociale veranderingsprocessen beschrijft Knipe aan de hand van de opkomst van *beer gardens* in het urbaniserende en verwesterende Rhodesië vanaf ongeveer 1970. Deze grootschalige gelegenheden functioneerden als multifunctionele ontmoetingsplaatsen in een periode van transformatie, waarin zowel 'nieuwe urbane als traditionele 'tribale behoeften konden worden vervuld.

Vervolgens behandelt de auteur de betekenis van drugs voor sacrale, religieuze praktijken en instituties. De psychofarmacologische effecten van (sommige) drugs impliceren de aanwending ervan om een bewustzijnstoestand te bereiken die als bovennatuurlijk te interpreteren is. Drugs kunnen daarom worden gebruikt als een "vehicle to converse with the supernatural" (p. 251). Waarschijnlijk om de zelfde reden bestaan er vaak ook strenge religieuze verboden (taboes) op druggebruik. Dit geldt vooral voor de sterk geïnstitutionaliseerde vormen van religie. Bij de geïnstitutionaliseerde kerk wordt intoxicatie daarom vrijwel altijd als ontheiligend opgevat. Waar, daarentegen religieuze opvattingen een rechtstreeks contact toestaan met het magische en bovennatuurlijke, daar kan al of niet aan priesters voorbehouden intoxicatie een rol spelen.

De universaliteit van de vraag naar bewustzijnsbeïnvloeders en de vele sociale functies van druggebruik brengen het bestaan van velerlei (formele of informele) drugs-economieën met zich mee. Productie en distributie vormen de kernfuncties van de (drugs)economie. Intensieve technologische transformatie, zoals bijvoorbeeld bij de productie van alcoholdestillaten, heroïne of chemische middelen vergen een betrekkelijk ingewikkeld, op verregaande arbeidsdifferentiatie gebaseerd productieproces. Andere middelen, zoals tabak, marihuana of qat, behoeven veel minder bewerking en kunnen daarom belangrijke functies vervullen in pre-industriële samenlevingen die geen formele markteconomie kennen. Drugs hebben dan vaak de functie van een multifunctioneel ruilmiddel waarmee de op wederkerigheid gebaseerde verplichtingen kunnen worden voldaan. Dit zelfde principe speelt soms ook een rol in de (economische) relatie van een traditionele niet-geld samenleving met de moderne wel op geld gebaseerde buitenwereld. Knipe schetst de casus van een Thaise dorpsgemeenschap waar in het dagelijks leven geld nauwelijks een rol speelt en de productie van opiumgrondstof voor de gemeenschap de enige mogelijkheid is om te kunnen beschikken over een universeel ruilmiddel met de buitenwereld.

Bewustzijnsbeïnvloeders zijn veelal zowel onderwerp van als instrument voor sociale controle binnen een samenleving. Er is sprake van een dynamisch proces waarbij de sociale orde binnen de samenleving wordt gereproduceerd en geconsolideerd. In *Culture, society and drugs* worden in dit verband twee centrale 'voorwaarden voor het voortbestaan van sociale orde' genoemd: *alliance* (coalitievorming tussen groepen bloedverwanten) en *descent* (de continuering van sociale orde in de tijd). De regulering van drugs vervult hierbij vaak een belangrijke (symbolische) rol. Veranderende normen ten aanzien van drugsgebruik kunnen daarentegen ook uitdrukking geven aan – en daarmee instrumenteel zijn voor – veranderende waarden en machtsverhoudingen. Het primaat van sociale controle boven farmacologie bereikt de grens van geloofwaardigheid in de behandeling van de effecten van alcohol in een sterk egalitaire Spaanse dorpsgemeenschap. Onderzoekers constateerden de afwezigheid van dronkenschap, *onafhankelijk* van de mate van drankgebruik. "Drunken behavior is a consequence of socialization. With no drunks after whom to pattern appropriate drunken behavior, (the villagers) simply do not know how to behave in a drunken manner" (p. 338). Zouden deze dorpingen dan werkelijk geen probleem hebben als ze na veel drank achter het stuur gaan zitten?

In de 'hoogontwikkelde westerse (post)industriële samenleving bereikt de sociale controle zijn uiterste consequentie in juridische codificering (strafrechtelijke en bestuurlijke regulering) van de productie, distributie en consumptie van bewustzijnsbeïnvloeders. In dit proces worden sommige middelen aangewezen als bronnen van gevaar en (moreel) kwaad. Naar politieke macht strevende groeperingen binnen bijvoorbeeld de Amerikaanse samenleving hanteren de sociale constructie van drugsproblemen als middel om hun moreel-politieke invloed te vestigen en uit te breiden. "(...) the function of danger is to legitimate the cultural order through the adoption of 'causes directed at ameliorating some perceived 'problem'" (p. 389). De Amerikaanse alcoholverbod eind jaren twintig en het (op volksgezondheidsgronden) weinig rationele verbod op 'exotische drugs als cannabis, heroïne en cocaïne wordt in navolging van vermaarde sociale

drugshistorici als Musto, Brecher en Gusfield dan ook geduid als primair een strijd om morele en politieke belangen.

Ed Leuw

S.E. Kooiker & M. Mootz (red.), *Patiënt en professie: Culturele determinanten van medische consumptie*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996. 207 pp.

Patiënt en professie bevat acht bijdragen waarin de veranderende culturele betekenis van gezondheid en de invloed daarvan op aanbod en gebruik van gezondheidszorg in de Nederlandse samenleving wordt onderzocht. De bundel is een uitgave van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Er is geen nieuw onderzoek verricht voor deze publicatie. Alle bijdragen zijn gebaseerd op analyses van bestaande onderzoeksresultaten. Drie belangrijke thema's in de Nederlandse gezondheidszorg worden hier uitdrukkelijk niet behandeld: alternatieve geneeswijzen, zorgverlening aan allochtonen en genderverschillen in de zorg.

Hoewel cultuur – zeker in relatie tot gezondheid – een 'zacht' begrip is dat zich moeilijk laat vangen in geprecodeerde vragenlijsten, baseren alle auteurs zich uitsluitend op kwantitatief materiaal. Deze benadering is weliswaar begrijpelijk voor een planbureau dat geacht wordt met de getallen te komen die beleidsmakers nodig hebben, maar roept tevens vragen op, waarover later meer.

Kooiker, de eerste redacteur, schetst in zijn inleiding kernachtig de sociale, economische en culturele ontwikkelingen van de Nederlandse samenleving in de naoorlogse periode. Hij vat die ontwikkelingen samen in de term 'zelfontplooiing' of 'zelfbeschikking'. In de jaren zestig begon de afbrokkeling van de 'zuilen' en kwamen allerlei traditionele waarden onder druk te staan. Opvallend in die snelle veranderingen was de opkomst van 'gezondheid' als de hoogste waarde. Op het gebied van gezondheidszorg zien we in die periode ontwikkelingen zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde. Patiënten worden veeleisender en doen vaker een beroep op medische diensten. Regering en verzekeraars trachten de groeiende kosten te beheersen door privatisering en verzekeringspakketten die medische consumptie moeten beperken. In het kader van al die ontwikkelingen wordt in dit boek de vraag gesteld welke rol de (veranderende) waarden, normen en opvattingen van patiënten en artsen spelen bij het gebruik van medische voorzieningen. Die vraag is, vrees ik, te causalistisch gesteld. De samenhang tussen cultuur en gezondheidsgedrag laat zich niet zo gemakkelijk in termen van oorzaak en gevolg benoemen zoals ook blijkt uit verschillende bijdragen.

In het eerste deel worden enkele trends in culturele ontwikkeling ("culturele determinanten") geschetst. In het tweede wordt onderzocht hoe deze trends het gedrag van patiënten en (huis)artsen hebben beïnvloed.

De bijdrage van Elie en Kooiker over de media laat een scherpe stijging zien in het aanbod van medische onderwerpen. Kennis over medische zaken wordt via televisie, radio, krant en tijdschrift verspreid onder een groot publiek. Meer mondigheid bij patiënten zou hiervan het gevolg kunnen zijn. De toegenomen kennis bij patiënten heeft echter nauwelijks geleid tot meer gelijkheid en betere communicatie tussen artsen en

hun patiënten. Artsen lijken eerder wat geïrriteerd te reageren op deze 'lekenkennis' en zijn misschien zelfs nog minder bereid tot echte communicatie met mensen die wel de klok gehoord hebben, maar de klepel niet weten te hangen. Bijna de helft van de huisartsen kent zelfs geen enkel medisch tv-programma. Ze kijken niet met hun klanten mee.

Een andere bijdrage van Kooiker gaat uitgebreid in op de waardeveranderingen in Nederland zoals die geregistreerd zijn door het Sociaal en Cultureel Planbureau. Uit recent onderzoek is gebleken dat voor 60 procent van de Nederlanders gezondheid het belangrijkste in het leven is. Toch lijkt die waardeverandering niet tot gedragsverandering te voeren. Dat ongezonde leefgewoonten op grote schaal worden voortgezet tracht de auteur te verklaren met de veronderstelling dat gezondheid voor velen waarschijnlijk pas echt belangrijk wordt als die in gevaar komt. Een aannemelijke veronderstelling die echter niet ondubbelzinnig uit de getallen af te leiden is. Het is een van de vele voorbeelden waarbij een kwalitatieve interpretatie onopgemerkt binnengehaald wordt om de getallen begrijpelijk te maken.

In het tweede deel wordt in drie bijdragen onderzocht hoe de in het eerste deel beschreven culturele 'determinanten' inwerken op het gedrag van patiënten en artsen. De bijdragen gaan over wat mensen *doen* voor hun gezondheid (conclusie: "Het toegenomen belang dat men aan gezondheid hecht, leidt (...) niet tot een gezondere leefwijze noch tot een groter beroep op de huisarts."), wat de invloed is van niet-medische factoren in het contact met de huisarts en welke invloeden er zijn op het verwijsgedrag van huisartsen.

Vooraf het eerste deel van deze bundel heeft mij aangesproken, ongetwijfeld vanwege zijn meer bescheiden en beschrijvend karakter. Deze bundel is er zeker in geslaagd belangrijke culturele trends in de Nederlandse samenleving te duiden, maar het bijna totale ontbreken van kwalitatief onderzoek is *verontrustend*. Ik vrees dat men op het niveau van het Sociaal en Cultureel Planbureau nog niet de noodzakelijke complementariteit tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek onderkent.

Voor de (medisch) antropoloog is deze bundel een teken aan de wand. De auteurs zijn sociologen, een sociaal geograaf, een sociaal psycholoog en een gezondheidwetenschapper. Een boek over cultuur waar de antropoloog niet aan meedoet. Een *wrange paradox*. Antropologen worden blijkbaar nog steeds gezien als experts in vreemde culturen.

Sjaak van der Geest

Eric Midwinter, *Pensioned off. Retirement and income examined*. Rethinking Ageing Series, Buckingham: Open University Press, 1997. 114 pp. £ 14.99.

Met de serie *Rethinking ageing* wil uitgever Open University Press actuele kennis over gerontologische vraagstukken en implicaties van deze kennis voor praktijk en beleid van de (Britse) ouderenzorg toegankelijk maken voor een ieder die zich in studie of werk met ouderen bezighoudt. Na uitgaven over onder meer intramurale zorg, leeftijd en etniciteit, gezondheid en leeftijdsdiscriminatie is *Pensioned off* geheel gewijd aan het verschijnsel pensionering.

In drie delen behandelt Midwinter verleden, heden en toekomst van het pensioen in het Verenigd Koninkrijk. Hoewel pensioenen in hun huidige vorm nog geen honderd jaar bestaan, moeten we voor hun wordingsgeschiedenis ver terug in de tijd, zo blijkt uit het eerste deel. Midwinter plaatst het ouderdomspensioen in de traditie van *charitas* en armenzorg. Hij verklaart de noodzaak van deze oudedagsvoorziening uit samenhangende economische en demografische ontwikkelingen die ertoe hebben geleid dat voor het eerst in de geschiedenis sprake is van grote groepen 65-plussers met nog een aanzienlijke levensverwachting, die niet meer (mogen) werken. Technologische ontwikkelingen in het industriële en post-industriële tijdperk, met in hun kielzog urbanisatie, rationalisering van de arbeid, bureaucratisering, vergrijzing en ontgroening, hebben zo'n stempel gedrukt op de menselijke levensloop en de beeldvorming over ouderen, dat 'oud', 'gepensioneerd' en 'uitgerangeerd' praktisch synoniem zijn geworden. Ageism, de negatieve, op zijn best ambivalente, houding tegenover ouderen loopt volgens Midwinter als een rode draad door de geschiedenis van de ouderdomsvoorzieningen.

Het tweede deel van het boek gaat over het heden, dat wil zeggen de na-oorlogse periode. Midwinter beschrijft het overheidsbeleid inzake pensioenen en andere vormen van ouderenzorg in samenhang met ontwikkelingen die zich voordeden op het gebied van werkgelegenheid en de primaire leefsfeer. Een periode van economische bloei bevorderde aanvankelijk gunstige arrangementen voor zowel staats- als privépensioenen. De aanhoudende groei van het aantal (hoog)bejaarden, resulterend in een toename van het aantal eenpersoonshuishoudens, en – na de economische crisis van 1975 – de grootchalige uitstoot van arbeidskrachten nog vóór de pensioengerechtigde leeftijd stelde de Britse overheid echter voor steeds grotere problemen. Het tijdperk Thatcher (1979-1990) had dramatische gevolgen voor met name de ouderen die voor hun inkomen van de staat afhankelijk waren, en vergrootte de verschillen tussen arm en rijk. Hoe slecht veel ouderen er ook nu nog voorstaan, blijkt uit een overzicht van de inkomsten en uitgaven van ouderen in verschillende typen huishoudens en inkomensklassen. Ook een vergelijking van de mate waarin arme en rijke ouderen met bepaalde problemen kampen, spreekt boekdelen. Zo kan maar liefst 30 procent van de ouderen met een laag inkomen hun woning 's winters onvoldoende verwarmen, tegenover 7 procent van de meer bemiddelde ouderen. Voor toekomstige beleidsmakers ziet Midwinter dan ook twee taken weggelegd: een einde maken aan de algemene achterstelling van ouderen en het aanpakken van sociaal-economische ongelijkheid, niet alleen bij ouderen, maar al eerder in de levensloop.

Deel drie is gewijd aan de toekomst, waarbij Midwinter een meest waarschijnlijk en een ideaal scenario schetst. Om een en ander in perspectief te plaatsen, vergelijkt hij het Verenigd Koninkrijk met elf andere Europese landen waaronder Nederland op de volgende punten: de leeftijdsopbouw van de bevolking, het nationaal inkomen per hoofd van de bevolking, de uitgaven aan pensioenen, de andere ouderdomsvoorzieningen en gezondheidszorg, de verdeling van de beroepsbevolking over de primaire, secundaire en tertiaire sector, en de 65-plus armoede-index. Algemene conclusie is dat het welvaartspeil van het Verenigd Koninkrijk dat van de rijkere Europese landen benadert, maar dat de uitgaven van het land aan sociale zekerheid, pensioenen en

gezondheidszorg meer overeenkomen met die van de armere landen. Ouderen zijn er dan ook slecht af. Het ziet er ook niet naar uit dat dit in de toekomst zal verbeteren, want het Verenigd Koninkrijk kampt met een sterke vergrijzing en ontgroening en er gaan stemmen op voor een minimaal staatspensioen, dat slechts dient als vangnet en aanvulling op zelf af te sluiten verzekeringen. Midwinter voorziet daarom een toenemende ongelijkheid tussen werklozen en degenen met slecht betaalde banen en (dus) lage pensioenen enerzijds, en degenen die na een glanzende carrière ook nog een goed pensioen kunnen genieten anderzijds. Verdergaande uitsluiting van arme ouderen kan volgens hem worden tegengegaan door een ingrijpende herverdeling van de betaalde arbeid, een sterke inkomensnivellering en een individueel basisinkomen voor ouderen, dat onafhankelijk is van eerdere inkomsten. Maar dan zijn we al bij het niet-waarschijnlijke toekomstscenario aangeland.

Simone Lamme

Sarah Nettleton, *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press, 1995. 298 pp. £ 12.95 (paperback), £ 45.00 (hard cover).

Medische sociologie bestaat in Nederland nauwelijks als discipline. Het is bijvoorbeeld nergens een erkende, geïnstitutionaliseerde afstudeerrichting (behalve als de verkorte studie Verzorgings sociologie aan de Universiteit van Amsterdam als zodanig beschouwd wordt). In het Verenigd Koninkrijk en in Noord-Amerika is dat heel anders. Dat heeft met verschillende factoren te maken. Eén daarvan is dat een universitaire studie aan een Angelsaksische universiteit (voorzover die vergelijkbaar is met de Nederlandse doctoraal-opleiding) uit twee delen bestaat: een grootschalig en weinig gedifferentieerd undergraduate deel die opleidt tot een Bachelor's degree, en een veel meer geprofileerd Master's deel dat bestaat uit vele en veelsoortige, kleinschalige – denk aan twintig studenten per jaar – opleidingen. Daaronder zijn veel Master's opleidingen in wat tegenwoordig meestal 'sociology of health and illness' wordt genoemd. Deze opleidingen bevinden zich vooral in sociaal-wetenschappelijke faculteiten, maar deels ook in medische. De grote hoeveelheid van zulke opleidingen schept niet alleen een arbeidsmarkt voor in de medische sociologie (en antropologie) gespecialiseerde docenten, maar ook een voldoende basis voor uitgeverijen om op die opleidingen toegespitste leerboeken op de markt te brengen. Er is dus een markt voor leerboeken die gericht zijn op gevorderde, zich specialiserende studenten met een sociaal-wetenschappelijke achtergrond. Deze verschillen vanzelfsprekend aanmerkelijk van boeken die gericht zijn op opleidingen van medici, verpleegkundigen en andere hulpverleners.

Mijn favoriete Britse leerboek in deze categorie is al vele jaren Margaret Stacey's *The sociology of health and healing*. Dit is het enige mij bekende leerboek dat niet alleen veel aandacht besteedt aan de historische dimensies van gezondheid, ziekte en gezondheidszorg, maar ook systematisch uitgaat van het leken-, patiënten- of gebruikersperspectief. Stacey hanteert daarbij ook nog een uitgesproken feministisch-marxistisch perspectief hetgeen er bijvoorbeeld toe leidt dat zij twee hoofdstukken geheel

wijdt aan 'onbetaald gezondheidswerk', namelijk het werk dat gedaan wordt door patiënten in het kader van hun behandeling en door hun verzorgers (meestal moeders en dochters). Dit boek verscheen in 1988 en er is geen nieuwe editie.

Nettletons boek is een nieuwe bijdrage op de Britse markt voor leerboeken voor studenten met een sociaal-wetenschappelijke achtergrond. Om twee redenen begon ik dit boek te lezen met een nogal sceptische houding. In de eerste plaats kende ik een ander boek van dezelfde auteur, *Power, pain and dentistry* (1992), een Foucauldiaanse studie van de ontwikkeling van de tandheelkunde in deze eeuw, dat mij in het geheel niet overtuigde. Ik vond dat Nettleton (te) veel gebruik maakte van kennelijk Foucauldiaanse begrippen zonder dat dit tot enig nieuw inzicht leidde. Een typisch voorbeeld van de nieuwe kleren van de keizer. Het idee om een medisch-sociologisch leerboek te moeten gaan lezen van deze auteur sprak mij helemaal niet aan. Bovendien werd mijn argwaan bevestigd toen ik in de inhoudsopgave van het boek ontdekte dat er na de inleiding eerst zou worden ingegaan op de sociale constructie van medische kennis. In de tweede plaats dacht ik niet dat de kans groot was dat een nieuw boek de kwaliteit van Stacey's boek zou evenaren.

Tot mijn verrassing bleek Nettletons boek echter wel degelijk de moeite waard. Het bevat niet alleen hoofdstukken over klassieke thema's uit de 'kwantitatieve' (sociale ongelijkheid) en vooral ook 'kwalitatieve' medische sociologie (lekenopvattingen, sociale aspecten van chronische ziekte, arts-patiënt-interactie), maar bovendien zijn deze hoofdstukken overzichtelijk, duidelijk, competent en actueel. Wat betreft dit laatste, actualiteit, kan als voorbeeld worden genoemd dat het hoofdstuk over lekenopvattingen niet alleen het gebruikelijke overzicht bevat van onderzoeken en theorieën over ziektegedrag en leefstijl, maar ook de actuele discussie over risicobeoordeling en riskant gedrag samenvat en in dat kader uitweidt over HIV. Naast hoofdstukken over de genoemde 'klassieke' thema's zijn er ook geslaagde – dat wil zeggen voor studenten in Master's opleidingen toegankelijke en inzichtgevende – hoofdstukken over de 'sociology of the body' en over 'late modernism and the changing social relations of formal health care work'.

Het hoofdstuk over de sociale constructie van medische kennis is naar mijn mening minder geslaagd, omdat het net als veel bijdragen van de postmodernistische wetenschapssociologie niet goed duidelijk maakt wat nu eigenlijk het punt ervan is om iets 'sociaal geconstrueerd' te noemen. Na vier vormen van 'social constructionism' onderscheiden te hebben en ook verschillende kritieken daarop genoemd te hebben, blijkt de relevantie van het hele verhaal uiteindelijk neer te komen op de stelling dat medische kennis zoals alle wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke kennis maatschappelijk tot stand komt en dat we daarom kennisaanspraken moeten zien als claims en niet als onomstotelijke waarheden. Maar dat is een alledaags inzicht waarvoor we zulke ingewikkelde redeneringen helemaal niet nodig hebben. Wetenschappers – ook medische – hebben elkaars kennisaanspraken altijd al gezien als te weerleggen claims. Achter de rookwolken van de discussie over het sociaal-constructionisme gaat een veel belangrijker probleem schuil dat in dit hoofdstuk helemaal niet uit de verf komt, namelijk het feit dat er niet automatisch handelingsvoorschriften kunnen worden afgeleid uit (al of niet omstreden) waarheidsclaims. Als Nettleton elders in haar boek ingaat op zulke

morele en politieke kwesties, zoals bijvoorbeeld in haar discussies over AIDS en over 'health promotion', dan blijkt dat je voor een goed begrip daarvan een notie als sociale constructie kunt missen als kiespijn.

Zoals het een Brits leerboek betaamt, wordt het afgesloten met een analyse van recente ontwikkelingen in de Britse gezondheidspolitiek. Dat is ongetwijfeld het hoofdstuk dat het snelst zal verouderen. Nederlandse en Vlaamse gebruikers van het boek moeten er overigens rekening mee houden dat het gehele boek door-en-door Brits is, ook waar dat niet uitdrukkelijk is vermeld. Dat uit zich voornamelijk in de gebruikte referenties en in de aan de orde gestelde thema's.

Is dit boek nu een geschikte opvolger van Stacey's boek? In veel opzichten wel, maar zowel de historische als de feministische dimensie zijn bij Nettleton toch minder ontwikkeld dan bij Stacey. Daar staat tegenover dat Nettleton deze thema's wel behandelt en ook hoog scoort op de weergave van actuele debatten en ontwikkelingen.

Tony Hak

Denise Russell, *Women, madness and medicine*. Cambridge: Polity Press, 1995. 196 pp. f 48, 30.

[W]omen are caught in an impossible situation. If a woman breaks out of the female role she may be regarded as mentally unhealthy, as she is not fulfilling her role, but if she stays within the role she may be regarded as mentally unhealthy on an adult standard (p. 30).

In dit boek toont Russell aan dat de biologische psychiatrie vrouwen in een onmogelijke positie houdt. De auteur, hoofddocent van de vakgroep Algemene Filosofie aan de Universiteit van Sydney, betoogt dat de biologische psychiatrie deze bestaat uit een losse groepering van theorieën en praktijken die uitgaan van ziekte, gekte of stoornissen aan de ene kant en gezondheid en normaal-zijn aan de andere kant. Geestesstoornissen zouden een biologisch oorsprong hebben en vanuit de biologische visie behandeld moeten worden. Deze biologische psychiatrie brengt volgens Russell vrouwen meer schade toe dan dat het ze goed doet. Ze tracht dit op een epistemologische wijze aan te tonen door te onderzoeken waarop de kennis is gebaseerd en te kijken naar de bedekte claims van de kennis. Ze stelt het nut van de huidige categorisering in de psychiatrie ter discussie en vraagt zich af waar de grens tussen gezondheid en gekte ligt, om vervolgens te concluderen dat het tijd wordt, als we geestesziekten willen begrijpen, om naar geheel nieuwe zienswijze om te zien.

De eerste vier hoofdstukken van haar boek richten zich vooral op de classificering en diagnostisering binnen de psychiatrie. Ze gaat in op de historische relatie tussen de psychiatrie en vrouwen en beschrijft de verschillende visies op gekte door de eeuwen heen. Het verband tussen de medische wetenschap en vrouwen wordt al in de negentiende eeuw gelegd toen de medische wetenschap menstruatie, zwangerschap en daar mee samenhangende elementen als pathologisch ging beschouwen. Zo waren veel artsen ervan overtuigd dat hysterie een organische basis had. Sommigen gingen zelfs over

tot verwijdering van de baarmoeder om de vrouw te genezen. Bovendien zagen de psychiaters een taak voor zich weggelegd in het handhaven van de morele orde. Maar volgens Russell zou het protest van de vrouwen tegen de toenemende restricties op haar rol wel eens de onderliggende laag van de, vermeende, psychopathologie kunnen zijn.

De auteur ziet drie kernproblemen bij de DSM-III-R. Ten eerste wijst ze op de conceptuele fundering. Als de oorzaak onbekend is, kan de onderliggende pathologie niet meer zijn dan een vermoeden. Ten tweede is er het probleem met de subjectiviteit. De categorieën binnen de DSM-III-R geven veel ruimte voor interpretaties en zijn dus zeer subjectief. Ten slotte is er de beperkte focus van de DSM-III-R, waardoor de problematiek verengd wordt tot het individu, in plaats van deze in zijn sociale context te zien. Daardoor blijft onzichtbaar of bepaald gedrag niet juist een normale reactie is op een frustrerende omgeving. Door te pretenderen waardevrij te zijn wordt binnen de DSM-III-R de mogelijkheid ontnomen om de waarden, die een belangrijke rol in de diagnostiek vervullen, ter discussie te stellen.

In hoofdstuk drie komt de verschuiving van diagnoses bij vrouwen aan bod. Het premenstrueel syndroom (PMS) neemt de plaats in van de depressies, als diagnose voor de 'zwakke, kwetsbare vrouwen'. Zoals in het verleden de hysterie aan de vrouwelijke voortplantingsorganen werd gekoppeld, zo wordt het PMS gezien als gevolg van hormonale schommelingen. Russell vraagt zich af of PMS nu pas wordt herkend of nu is uitgevonden. Ze ziet het promoten van PMS als een middel om vrouwen in de hand te houden.

Dat de epistemologische problemen zich ook op andere gebieden van de dominante medische psychiatrie voordoen, tracht ze in hoofdstuk vier aan te tonen. Volgens Russell zijn er, na jaren van onderzoek, geen biologische dragers gevonden voor psychiatrische stoornissen en dit stelt de theoretische oriëntatie van de medische psychiatrie ter discussie. Genetische studies, bijvoorbeeld bij schizofrenie, hebben geen duidelijk uitsluitend gegeven, al zijn er wel enige aanwijzingen voor een biologische aanleg. Als er overigens al een genetische basis zou zijn, dan geeft dit volgens Russell nog niet de rechtvaardiging voor een medisch model, want het zegt niets over welke factor het tot een ziekte of een stoornis brengt. Het biologische model houdt onze aandacht af van het sociaal-culturele model.

In hoofdstuk vijf maakt ze een uitstapje naar de rechtspraak. Ook hier blijkt dat de man als uitgangspunt wordt genomen. Deviant gedrag wordt bij vrouwen eerder als pathologisch gezien en vrouwen worden sneller een gedwongen behandeling opgelegd. De discussie over de 'battered women' heeft er wel toe geleid dat de rechtbank meer kijkt naar de voorgeschiedenis en dit ook meeneemt in de afweging.

De relatie tussen vrouwen en gekte vanuit een filosofische benadering komt in het zesde hoofdstuk aan de orde. De auteur haalt twee theoretici aan: Phyllis Chesler en Luce Irigaray. Volgens Chesler moet gekte begrepen worden in termen van sekserollen die in de westerse cultuur bestaan. Haar basisprescriptie is dat men moet werken aan het beëindigen van de onderdrukking van vrouwen. Irigaray gelooft dat de vrouwelijke seksualiteit en identiteit worden onderdrukt in patriarchale culturen en is geconceptualiseerd in mannelijke termen. De huidige taal is vreemd en exploiterend naar vrouwen in de samenleving. In de culturele representatie belichamen vrouwen gekte, maar deze

gekte bestaat niet. Het is een revolte en het verlangen van een vrouw om meer te zijn dan een reproductief lichaam. Irigaray brengt de psychiatrische diagnoses terug naar verklaringen van verlangen, identiteit, taal en repressie.

In hoofdstuk zeven bespreekt de auteur het werk van enkele schrijfsters, die met de psychiatrie in aanraking zijn geweest. Volgens een van hen, Virginia Woolf, moet een vrouw uit haar vrouwenrol stappen, als ze een creatief leven wil leiden. Dit komt, zo betoogt zij, omdat de rede fallocentrisch is en de enige wijze waarop vrouwen eerlijk aan hun eigen natuur kunnen zijn dus irrationeel is. De wijze waarop vrouwen geestelijke nood uiten kan door anderen als ongewenst worden gezien, maar dat wil, volgens Janet Frame, nog niet zeggen dat men van gekte kan spreken.

In het laatste hoofdstuk *Beyond Psychiatry* tracht Russell tot een samenvattende conclusie te komen. Zij vraagt zich af of het horen van stemmen wel gezien moet worden als symptoom van geestelijke stoornis. Dit fenomeen wordt in andere culturen heel anders bekeken en soms als iets waardevols voor de samenleving gezien. Zo kunnen sjamanen een medium zijn tussen god en de mensen.

Russell gebruikt de theorie van Lakatos om aan te tonen dat de biologische psychiatrie een degeneratief onderzoeksprogramma is. Een onderzoeksprogramma heeft volgens Lakatos twee cruciale elementen: de harde kern en de mantel. De harde kern omvat de principes waarop het programma is gebaseerd. Het is het geheel aan opvattingen dat niet ter discussie wordt gesteld. Deze harde kern heeft volgens Russell twee basisaannames: geestesziektes of stoornissen zijn gesepareerde condities van gezondheid en de oorzaken van geestesziektes of stoornissen zijn biologisch. De mantel bevat specifieke theorieën welke kunnen worden bijgesteld of zelfs compleet veranderd. Een mantelhypothese is bijvoorbeeld de opvatting dat depressie en PMS geestesziektes of stoornissen zijn. Als men kijkt naar het gebrek aan ontwikkeling dat de manteltheorieën de laatste twee eeuwen heeft gekenmerkt dan kan er volgens Russell gesproken worden van een degenererend onderzoeksprogramma.

Wat blijft er over als we de kern van de biologische psychiatrie verlaten? Verwerping van het onderscheid tussen gezond en gek betekent niet dat alle problemen zijn verdwenen. Russell pleit voor een relationele benadering met oppressie en repressie als kernbegrippen. Oppressie is te beschouwen als een relatie met een negatieve kracht. Dat kan een persoon, instituut, praktijk of ideologie zijn. Repressie moet zeer breed worden gezien, als een gebrek aan vrijheid om te doen en te zijn wat men wil en is. Een benadering welke gericht is op relaties, kan nog steeds iets zeggen over de individuen. De individuen en hun problemen zijn echter nu relationeel geconceptualiseerd. Men zal zich moeten gaan richten op de oppressieve en repressieve relaties die met name de vrouwen beschadigen. Ook relaties tussen verschillende culturele groepen, met name in tijden van oorlog en economische conflicten dienen een onderdeel te zijn van een bredere kijk.

In deze feministische aanklacht tegen de biologische psychiatrie toont Russell aan dat de vooronderstellingen, die aan de basis liggen van de biologische benadering als uitgangspunt hebben dat de vrouw inferieur is aan de man en van nature al tobt met een verstoring van haar balans door haar reproductieve rol. De argumenten zijn overtuigend en worden in een helder historisch perspectief behandeld. Hoewel het maar terzijde aan

bod komt, geeft ze aan dat haar kritische analyse ook geldt voor de vermeende universele geldigheid van de DSM-III-R. Russell ziet als een van de hoofdproblemen het feit dat bij de DSM-III-R niet de oorzaak van belang is, maar het gedrag en de ervaring. Hierdoor wordt de klacht uit de historische en sociaal-culturele context gelicht. Haar voorstel om te kiezen voor een relationele benadering, waarbij juist het historische en de sociaal-culturele elementen een centrale rol spelen, lijkt een serieus alternatief. Het probleem is echter dat, zoals ze betoogde, de harde kern en de mantelhypothesen van de biologische theorie moeten worden vervangen. Helaas bespreekt ze niet hoe deze veranderingen te bereiken zijn. Richters (1995: 179) zegt dat antropologen en feministen hebben bereikt dat erkend wordt dat er meer dan een oppervlakkige relatie tussen cultuur en psychopathologie bestaat, maar dat deze erkenning niet met zich mee heeft gebracht dat de "voorgestelde revisies die de structuur, organisatie en wetenschapstheoretische basis van het DSM-III-systeem hadden moeten veranderen geaccepteerd zijn. Integendeel, die revisies zijn volledig verworpen". Juist de oppressie en repressie en de genderrollen binnen onze samenleving spelen hierin een doorslaggevende rol. Ook van binnenuit zijn pogingen ondernomen om de dominante biologische psychiatrie te veranderen, maar volgens Russell is dat tot heden niet gelukt, omdat men onderling oneens is. Ik denk dat deze verklaring te eenvoudig is. Oppressie zal hier ook een rol in spelen. Ook de vrouwenhulpverlening, die haar plaats heeft weten te veroveren, is het niet gelukt om van binnenuit veranderingen aan te brengen op wetenschapstheoretische basis.

Een goede psychiatrische benadering heeft, mijns inziens, een relationele aanpak, waarbij historische en contextuele aspecten centraal staan, maar die tegelijkertijd ook open blijft staan voor andere, ook biologische, zienswijzen. Echter een voortdurende kritische kijk op de wijze van oordeel vormen en diagnostiseren lijkt me minstens zo essentieel, want een relationele benadering lost niet automatisch de problemen betreffende de oppressie en repressie op, zodat vrouwen toch weer in een positie worden gedrongen waarbij wordt gesuggereerd dat zij geestelijk ongezond zouden zijn. In de jaren zeventig zijn bijvoorbeeld veel vrouwen ernstig door de psychiatrie beschadigd, doordat men veronderstelde dat de oorzaak van schizofrenie was gelegen in de ziekelijke relatie die moeders onderhielden met hun kind. De moeder zou door haar wijze van omgaan met haar kind de schizofrenie hebben veroorzaakt. Cynisch genoeg was het de biologische psychiatrie die deze opvatting deed verbleken.

Marian Tankink

Literatuur

Richters, Annemiek

- 1995 Posttraumatische stressstoornis, een feministisch-antropologisch onderzoek. In: Jan Baars & Doortje Kal (red.): *Het uitzicht van Sisyphus. Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Heinrich Schipperges, *Goethe – seine Kunst zu leben. Betrachtungen aus des Sicht eines Arztes*. Frankfurt am Main: Josef Knecht, 1996. 303 pp. DM. 48.- (gebonden).

Ik heb dit boek gelezen zoals het hoort: in Goethes voetsporen. Wandelend door het Harzgebergte, de grillige loop van de Bode volgend langs rotsformaties waar de dichter zijn beitel in zette, in de straten van Leipzig en Dresden. Overal Goethe-paden. Overal gedenksteden en borst- en standbeelden van de man die tot een nationale mythe is uitgegroeid.

Schipperges' boek nadert de *Imitatio Christi* van Thomas à Kempis, het vijf-eeuwen oude devotieboek. Zijn speurtocht door de geschriften van en over Goethe hebben inderdaad een meditatieboek opgeleverd vol diepzinnige en poëtische uitspraken van de meester over levenskunst.

Het is een boek dat zich het best op lokatie laat lezen. Als de dichter, in zijn holistische visie, anatomie, psyche of gemoedsstemming beschreef in termen van de natuur, hoefde ik mijn blik slechts op te richten en zag waar hij het over had: "Das Sterben des Menschen erscheint ihm wie der langsam verblässende Purpurglanz der Abendwolke, der nur das Grau des Stoffes zurücklässt."

Schipperges (geboren in 1918), gerenommeerd medisch historicus, neuroloog en psychiater, heeft een levenslange fascinatie met Goethe. In de epiloog traceert hij Goethes inspiratie in zijn leven tot de boekenkast van zijn vader en de vele Goethe-citaten in schoolboeken. Vanaf de jaren zestig begon hij lezingen te geven over 'Goethe als levenskunstenaar', 'Goethe en de geneeskunde', 'Goethe als genezer'. Dit boek moet dan de afsluiting zijn van die fascinatie.

Schipperges verontschuldigt zich bij voorbaat voor alweer een boek over Goethe. Is er iets dat nog niet over de man is gezegd? Volgens de auteur geldt voor Goethe wat deze zelf ooit over Shakespeare heeft gezegd: "Doch ist dies die Eigenschaft des Geistes, dass er den Geist ewig anregt." Bijbelse taal haast.

Ik wil niet ironisch doen over deze verering voor Duitslands nationale dichter. Evenmin wil ik laatdunkend spreken over Goethes romantisch erfgoed vanwege de rol die het misschien gespeeld heeft in de periode van het nationaal socialisme. Goethe heeft iets te zeggen dat de medisch antropoloog aanspreekt. Zijn verzet tegen een mechanistisch wereldbeeld waar ziekte en gezondheid gereduceerd worden tot gedehumaniseerde chemie is nog steeds actueel.

Wat Schipperges gedaan heeft is indrukwekkend. In de duizenden pagina's die er door en over Goethe geschreven zijn (zijn literaire werk, zijn wetenschappelijk werk, zijn gesprekken, zijn brieven en dagboeknotities, de brieven van anderen, aan hem en over hem) heeft hij passages gekozen en gerangschikt die betrekking hebben op Goethes ideeën over ziekte en gezondheid. Het resultaat – ik heb het al gezegd – is een meditatieve beschouwing rond aansprekende citaten.

Goethe, lijkt wel, sprak altijd 'literatuur'. Gewone woorden komen er nauwelijks voor in deze bloemlezing, met uitzondering misschien van zijn laatste woorden. Die zouden niet, zoals de overlevering het wil, het diepzinnige "Mehr Licht" geweest zijn, maar het gewone: "Nun, Frauenzimmerchen, gib mir dein gutes Pfütdchen."

Goethe is tijdens zijn leven vele malen ernstig ziek geweest. Reeds bij zijn geboorte ging het bijna mis. Ook tijdens zijn jonge jaren had hij vele gezondheidsproblemen. Na zijn mislukte studie in Leipzig keerde hij in een erbarmelijke toestand naar huis. Toch – daarom juist, zegt Schipperges – is hij het symbool geworden van de vitale mens.

Schipperges gaat eerst in op Goethes belangstelling voor de fysica, “die Geheimnisse der Natur”. Voor hem vloeiden geologie en anatomie samen. Zijn vriendin Charlotte von Stein (sic!) merkt op dat menselijke botten voor hem even interessant waren als stenen in de natuur. Goethes natuurkunde was antropomorfisch en zijn antropologie was doortrokken van de natuur.

Daarop volgt een boeiend hoofdstuk over Goethe als ‘patholoog’, over diens persoonlijke ervaringen met ziekte, oud worden en de dood. Op 12 april 1823, twee maanden nadat hij een hartaanval heeft gehad, schrijft hij: “Lange leben heisst gar vieles überleben, geliebte, gehasste, gleichgültige Menschen, Königreiche, Hauptstädte, ja Wälder und Bäume, die wir jugendlich gesäet und gepflanzt [haben].”

Dan volgt een beschouwing over Goethe als ‘Heilkundige’. De medicijnen die Goethe zichzelf en anderen aanbeveelt, zijn natuurlijke kruiden, een gezond dieet, lichamelijke beweging en – het summum van geneeskraft – het gesprek. “Herrlicher als Gold is das Licht... Was aber is erquicklicher als Licht? Dat Gespräch! Wenn auch alles versagt, ‘bleibet heilsam fort und fort immer noch ein freundliches Wort’.”

De belangrijkste boodschap komt in het zesde hoofdstuk waar Schipperges Goethes leven als zijn belangrijkste kunstwerk presenteert. Zijn levensstijl is een zorgvuldig uitgekiend programma waarin gezondheid samenvalt met deugd en esthetiek. Morele en filosofische beschouwingen over vriendschap en liefde vloeien over in meditatie de menselijke stofwisseling, over rust en stilte, over slapen en dromen, over eten en drinken en over de kunst van het samen eten: het gastmaal.

Over één aspect van zijn levenskunst is de dichter, volgens de mores van zijn tijd, uiterst zwijgzaam: zijn seksualiteit. Op dit punt is Goethe “der grosse Verhüller” gebleven. “Von der Liebe erfahren wir vieles und alles, vom Verkehr aber selten...” Hier ligt nog stof ter speculatie. De discussie over Goethes seksuele geaardheid is inmiddels al begonnen.

Het boek van Schipperges is niet alleen een meditatie over Goethe als patiënt en arts, het biedt ook een prachtig beeld van een wijdverbreid gevoel, een perspectief op de Duitse gezondheidscultuur, geput uit én geprojecteerd op het nationale symbool Goethe.

Sjaak van der Geest

Marijke Stegeman, *Viva criança. Health, nutrition and care of young children in Northeastern Brazil*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1996. 166 pp. f 30,-.

In haar proefschrift beschrijft Marijke Stegeman kort en bondig de gezondheidssituatie van jonge kinderen in een vissersplaats in de deelstaat Ceará in Noordoost-Brazilië. Voeding, gezondheid en kindzorg zijn de centrale thema's van het onderzoek dat is uitgevoerd in één van de armste en meest ondervoede regio's van Brazilië. Het onder-

zoek mag met recht medisch-antropologisch genoemd worden. De arts-antropologe Stegeman verloochent haar medische achtergrond niet, hetgeen zowel in de methoden van onderzoek als in de beschrijvingen te merken is. Doordat de studie zich deels op epidemiologisch terrein bevindt en medische deskundigheid doorklinkt in de antropologische beschrijvingen, wordt de interesse gewekt van zowel sociale als medische wetenschappers.

De brug die Stegeman slaat tussen antropologie en epidemiologie, is niet de eerste maar daarom niet minder prijzenswaardig. Het blijkt wederom dat beide disciplines elkaar goed kunnen aanvullen. Zo vormden de resultaten van grootschalig Braziliaans epidemiologisch onderzoek voor Stegeman de aanzet tot verder kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Het resultaat is een goed op elkaar aansluitende opeenvolging van antropologische beschrijvingen, tabellen met epidemiologische gegevens en praktische aanbevelingen. Die combinatie van onderzoeksmethoden blijkt ook offers aan beide zijden met zich mee te brengen: de antropologische beschrijvingen zijn vaak niet 'diep' genoeg en de kwantitatieve resultaten zijn veelal niet representatief te noemen door de geringe omvang van de onderzoeksgroep.

Van de 96 kinderen die in oktober 1993 geboren waren, heeft Stegeman een groep van 87 gedurende de eerste twee levensjaren tijdens vijf bezoeksperiodes gevolgd. Een prestatie op zich in een gebied waar weinig overzichtelijke registratie bestaat en veel geboorte- en sterfgevallen helemaal niet geregistreerd worden. Haar centrale onderzoeksdoel is te beschrijven hoe en in welke omstandigheden de kinderen zich in die twee jaar ontwikkelen. Hierbij lette zij vooral op voeding, gezondheid en motorische en psychosociale ontwikkeling. In hoeverre er in het plaatsje Flor do Mar sprake was van 'benign neglect', de selectieve verwaarlozing van zuigelingen en kinderen die Nancy Scheper-Hughes (1992) in de noordoostelijke deelstaat Pernambuco meende waar te nemen, vormt een belangrijke bijkomende onderzoeksvraag.

Tot verwondering van Stegeman ging het helemaal niet zo slecht met de arme kinderen, waardoor zij zich spoedig de vraag stelde hoe het komt dat het onder de moeilijke omstandigheden zo goed met hen ging. Zij stelt vast dat de kinderen over het algemeen een uitstekende zorg krijgen van de vaak inventieve moeders en dat er in Flor do Mar geen sprake is van verwaarlozing van de zwaksten. In tegenstelling tot de nogal sombere vertellingen van Scheper-Hughes is het betoog van Stegeman dan ook optimistisch van aard. Het gegeven dat 8 van de 87 van de kinderen van haar studiegroep het eerste levensjaar niet overleefden lijkt hiermee echter enigszins in tegenspraak en verdient nadere uitleg.

Een geheel bevredigende verklaring voor het hoge sterftecijfer ondanks de goede zorg geeft Stegeman niet. Wel geeft zij aan dat de doodsoorzaak bij op één na alle gevallen, diarree, een in principe gemakkelijk te genezen ziekte was. Dat de kwaliteit van de medische hulp sterk te wensen heeft overgelaten, is dan een voor de hand liggend vermoeden. De onderzoekster kan dit echter niet concluderen, omdat er geen systematisch onderzoek naar heeft verricht. Aan de moeders heeft het in ieder geval niet gelegen. Zij hadden er in hun visie alles aan gedaan om het kind in leven te houden. De optimale zorg in de ogen van moeders en verwanten komt echter niet altijd overeen met de optimale zorg en behandeling naar medische maatstaven. Een casus maakt dit

pijnlijk duidelijk. Stegeman beschrijft daarin hoe een moeder haar één maand oude zuigeling met diarree al na een dag onder druk van de schoonmoeder uit het ziekenhuis gehaalde, vooral terwille van de vader die niet alleen thuis kon zitten. Een behandeling door een gebedsgenezers en de doop in de kerk waren de andere redenen voor het vervroegde vertrek uit het ziekenhuis. Het kind stierf twee dagen later. Dit geval blijkt geen uitzondering te zijn aangezien slechts één van de acht kinderen in het ziekenhuis is overleden. De overigen waren voortijdig door de familie naar huis gehaald, omdat geen verbetering zichtbaar was en het kind nog gedoopt moest worden. Dit belang van de doop voor de gezondheid wordt overigens wat onderbelicht. Verder wijst Stegeman er op dat zeven van de acht gestorven baby's geen borstvoeding kregen in de periode voor de dood.

De onderzoekster laat duidelijk blijken een fervent voorstander te zijn van borstvoeding. Zij wijst op de negatieve gezondheidsgevolgen van de te snelle supplementaire voeding die zij waarnam. Een lage zelfperceptie van de moeders en hun opvatting dat hun melk van onvoldoende kwaliteit is om de baby goed te voeden, veroorzaken de snelle invoering van voeding 'buiten de borst'. Stegeman ziet een taak voor lokale gezondheidswerkers weggelegd om dit onjuiste, negatieve zelfbeeld van de moeders te veranderen. Ook noemt zij de gemiddelde borstvoedingsperiode van zes maanden kort, maar vergeet de lezer een vergelijking te geven tot welke regio's dit kort is.

In het hoofdstuk over de voeding verbaast Stegeman zich over het feit dat de kinderen met een ideaal geboortegewicht ter wereld komen en ook nadien redelijk gezond blijven. Zij presenteert een mooie vergelijking tussen het voedsel van een arm en een rijk kind en stelt vast dat het dure en gevarieerde voedsel van het rijke kind niet beter voor de gezondheid is dan de dagelijkse rijst met bonen en een banaan van het arme kind. Verder concludeert zij dat het vooral financiële belemmeringen zijn die een ideale voeding in de weg staan. Qua kennis zit het wel goed bij de moeders. Ook aan het einde van dit hoofdstuk komt de onderzoekster met praktische aanbevelingen zoals voedingsadviezen en benadrukt nogmaals de noodzaak van een verlengde borstvoeding.

De medische achtergrond van Stegeman uit zich in het herhaaldelijk ventileren van de eigen mening waar het medische kwesties betreft. Wanneer zij de ziektes van de kinderen bespreekt stelt zij: "The mothers did say on several occasions that their child had got worms because of bad water, but they did not think the child got diarrhea from it, and I agree with them" (p. 76). Door vaak een duidelijk medisch standpunt in te nemen winnen haar beschrijvingen aan zeggingskracht. Dat Stegeman bij deze *Nordestinos* geen enkele ziekteverklaring gebaseerd op een disbalans van warm en koud kon achterhalen is opvallend omdat, vaak algemeen wordt aangenomen dat dergelijke opvattingen in geheel Brazilië en zelfs Latijns-Amerika leven. Ook enigszins verrassend is de lage incidentie van longontstekingen en daardoor de geringe aandacht die aan deze ziekte besteed wordt. Ernstige acute respiratoire infecties, zoals longontstekingen, zijn immers naast diarree de voornaamste oorzaak van kindersterfte ter wereld. Een griepiepidemie zorgde wel voor een groot aantal licht-zieke kinderen.

Antibiotica wordt er in ruime mate verstrekt tijdens z'n griepiepidemie. Stegemans kritiek dat doktoren en apothekers overmatig antibiotica voorschrijven, staaft ze echter niet met gedegen onderzoek naar medicijnverstrekking. Toch is haar conclusie dat

irrationeel voorschrijven tot een onregelmatige voorraad bij de patiënten en uiteindelijk tot irrationeel gebruik leidt, geloofwaardig. Zij heeft de medicijngebruikers immers wel uitgebreid gevolgd. Een kritische noot klinkt door wanneer de onderzoekster bovenstaande conclusie naar een hoger politiek economisch niveau tilt door te wijzen op de commerciële belangen van de farmaceutische industrie.

Het functioneren van zowel reguliere als traditionele gezondheidszorg is een antropologisch interessant onderwerp dat de auteur helaas, wellicht door het deels kwantitatieve karakter van het onderzoek, aanstipt, maar niet verder uitwerkt. Zo is Stegeman indruk dat de gezondheidszorg tekort schiet, maar zij kan deze veronderstelling niet afdoende toetsen, bijvoorbeeld door veelvuldig consulten te observeren. De moeders wisten zich overigens zeer tevreden over de medische zorg, hetgeen de onderzoekster zich kritisch doet afvragen of zij door haar beroep als arts wellicht met de gezondheidsdiensten is geassocieerd en de moeders daardoor voor een sociaal wenselijk antwoord hebben gekozen. De ene gebedsgenezers die zij heeft geobserveerd, en de bescheiden data die dit opleverde, zijn eigenlijk te weinig voor een antropologische studie naar kindergezondheid in een gemeenschap waar voor zuigelingen de gebedsgenezers "by far the most frequently sought form of health care" (p. 130) is.

In haar eindkritiek op Scheper-Hughes maakt Stegeman een uitgebreide cross-culturele vergelijking van de resultaten van studies naar kindzorg waarin zij en passant ook Oscar Lewis enigszins achterhaalde begrip van de 'culture of poverty' (1963) betreft en bekritiseert. Het concept van 'benign neglect' van Scheper-Hughes ziet Stegeman als een component van de 'culture of poverty'. Zon aangeboren, onontkoombare en uiteindelijk geaccepteerde armoedespiraal bestaat wat haar betreft niet in Flor do Mar, waar moeders gelukkig zijn met hun kinderen en er alles aan doen om hen een betere toekomst te bieden dan zij zelf hebben gehad. De oorzaken die Stegeman aangeeft voor haar zo afwijkende bevindingen van die van Scheper-Hughes zijn aannemelijk en relativeren haar kritiek enigszins. Zo was de tijdspanne tussen overlijden van het kind en interview met de moeder bij Scheper-Hughes veel langer dan bij Stegeman. Hierdoor gingen mensen gebeurtenissen vergeten en antwoordden daarom op vele vragen met Braziliaanse standaardantwoorden als 'omdat God het wil' of 'God weet wat hij doet'. Het is goed dat Stegeman er op wijst dat zulke veel voorkomende volksuitdrukkingen niet al te letterlijk moeten worden opgevat en niet mogen leiden tot vergaande conclusies.

Aan het einde van het boek werkt de schrijfster de relatie tussen antropologie en epidemiologie verder uit naar aanleiding van haar eigen onderzoekservaringen. Terugkijkend op het kwalitatieve deel van de studie stelt Stegeman onder meer vast dat het van belang is om meer oudere verzorgsters bij de dataverzameling te betrekken. Verder laat zij er geen misverstand over bestaan dat zowel medische antropologie als epidemiologie zich primair bezig moeten houden met de vraag wat er verbeterd kan worden. Antropologie kan in dit pact de achtergrondfactoren achterhalen die de doelgroep belangrijk acht, waarna epidemiologie deze factoren grootschalig in kaart brengt. Naar aanleiding van die resultaten zou er weer diepgaand antropologisch onderzoek bij kleine groepen gedaan kunnen worden. Van dit geschetste ideaalbeeld heeft Marijke Stegeman alvast een bescheiden, maar dapper en voor een breed publiek lezenswaardig voorproefje gegeven.

Het boek sluit in toegepaste stijl af met aanbevelingen voor de gezondheidszorg over de promotie van borstvoeding, supplementaire voeding voor ondervoede kinderen, het volgen van medische normen bij medicijnverstrekking en respect voor de opvattingen van de moeders, zodat een adequate voorlichting daarop aangepast kan worden. De laatste aanbeveling is onmiskenbaar het gevolg van antropologisch onderzoek.

Hans Veltmeijer

Literatuur

Lewis, Oscar

1963 *The children of Sanchez. Autobiography of a Mexican family.* New York: Random House Inc.

Scheper-Hughes, Nancy

1992 *Death without weeping.* Berkeley: University of California Press.

Peter Ventevogel, *Whiteman's things: Training and detrainning healers in Ghana.* Amsterdam: Het Spinhuis, 1997. 120 pp. f 35,00 / BF 700.

Sinds de verklaring van Alma Ata in 1978 is *Primary Health Care* (PHC) het ordewoord voor de Wereld-Gezondheidsorganisatie. PHC was een verlicht westers antwoord op de vaststelling dat biogeneeskunde toch niet die ene zaligmaker bleek te zijn voor de volksgezondheid, vooral dan in Afrika. Om één of andere reden werd PHC gekoppeld aan 'traditionele geneeskunde'. En talloze initiatieven hebben getracht een samenwerking tot stand te brengen tussen biomedici en 'traditionele' genezers.

Whiteman's things gaat over het effect van een dergelijk project in Ghana, het 'Primary Health Training for Indigenous Healers' programma (PRHETIH), gestart in 1979, maar na training van meer dan 120 genezers opgedoekt in 1983. Sinds 1990 loopt het programma opnieuw, zij het in fel afgeslankte vorm. In de medisch-antropologische literatuur wordt PRHETIH vaak voorgesteld als een stichtend voorbeeld. Echter even vaak gevolgd door de gefrustreerde vraag waarom het aanvankelijke succes van dergelijke initiatieven toch altijd ophoudt wanneer de 'donorlanden' zich terugtrekken.

Ventevogel presenteert een nuchter, helder geschreven en pretentieloos onderzoek naar het uiteindelijke resultaat van het PRHETIH-programma bij de Bono, één van de Akan-subgroepen in Zuid-Ghana. Daartoe meent hij eerst een schets te moeten geven van Akan geneeskunde binnen de ruimere socio-culturele context. Zijn dubbele opleiding als medicus én antropoloog maakt hem hiervoor natuurlijk tot de geknipte persoon.

Het boekje is een verzilverde doctoraal scriptie gebaseerd op vijf maanden veldwerk in 1991-92. Dat laat zich merken. Zowel het meer antropologische luik als het medische survey zijn te summier om echte conclusies toe te laten. Hoofdstuk 3, bijvoorbeeld, toont de band tussen Akan geneeskunde en kosmologie. Maar veel verder dan een vage beschrijving van een driedelig mensbeeld en een aantal goden en wezens

komen we niet. Hoewel Ventevogel terecht opmerkt dat Afrikaanse geneeskunde meer is dan een ideologisch 'magisch' discours, blijft het wachten op een degelijke voorstelling van het eigenlijke etnomedisch systeem van de Bono.

Ook op de vraag waarom ze nu eens lokale en dan weer biomedische hulpverlening verkiezen, kan Ventevogel geen duidelijk antwoord geven. Op basis van een vluchtige vragenlijst met 42 'symptomensets' stelt hij: "There seems to be a tendency to seek hospital treatment in the case of acute and life-threatening conditions with symptoms such as severe loss of blood or high fever" (p. 25). Misschien is er een meer diepgaande culturele logica aan het werk. Misschien is de gepercipieerde efficiëntie belangrijker. Ventevogel geeft toe dat zijn data ontoereikend zijn dit te kunnen beoordelen.

De literatuurstudie in hoofdstuk 5 van de (westerse) visies op samenwerking tussen de twee geneeskundige tradities mondt uit in een viertal ideaaltypes. Het hadden er meer of gewoon andere kunnen zijn. Maar de voorstelling van de antagonistische, pragmatische, idealistische en sceptische attitude is zowel herkenbaar als verhelderend, en laat ook toe bepaalde evoluties te observeren. 'Antagonisme' duidt op het afwijzen van samenwerking met als argument dat traditionele geneeskunde toch geen echte bijdrage kan leveren tot de volksgezondheid. 'Pragmatisme' ziet in het bestaande netwerk van genezers het ideale middel om noties van biogeneeskunde tot bij de bevolking te brengen. 'Idealisten' vinden dat beide geneeskundige tradities best van elkaar kunnen leren. En 'sceptici' vrezen dat door integratie traditionele geneeskunde gewoon het kleine broertje wordt van biogeneeskunde.

Het PRHETIH-programma is duidelijk geëvolueerd van een idealistische naar een meer pragmatische visie. Nadruk kwam te liggen op 'cost-effectiveness' en 'upgrading' van genezers met een aantal simpele succesformules uit de biogeneeskunde. In drie hoofdstukjes gaat Ventevogel na wat is overgebleven van evenveel biomedische eerstelijns-klassiekers: de behandeling van diarree (ORS-behandeling), van koortskonvulsies (betten en doorverwijzen), en van ondervoeding (veranderen van voedingsgewoontes). Aan de hand van een batterij vragen gebaseerd op de inhoud van het trainingsprogramma's destijds, ondervroeg Ventevogel telkens zowel *getrainde als niet getrainde* genezers over hun behandeling van deze problemen.

Wat blijkt? Orale rehydratie (ORS) is eenvoudig en redelijk bekend bij de getrainde genezers. Toch passen ze de therapie zelden toe. Hetzelfde geldt voor de behandeling van ondervoeding. Wijzen op slecht eetgewoontes lijkt in niets op het toedienen van een behandeling zoals dat normalerwijs van een genezer mag worden verwacht. En bij koortskonvulsies worden de aanwijzingen van de biogeneeskunde zelfs als totaal ontoereikend van de hand gedaan. Als verklaring voor de vaststelling dat 'meer kennis' niet noodzakelijk tot een gedragsverandering leidt, merkt Ventevogel op dat de traditionele etiologie helemaal niet aangetast wordt door de fragmentaire biomedische weetjes. Een 'disease entity' (p. 134) haalt immers haar betekenis uit een cultureel discours. Dat genezers zich vaak niet au sérieux genomen voelen, verklaart ook ten dele hun afwijzing van bepaalde opgelegde therapieën.

Ventevogel concludeert dat PRHETIH weinig van de originele doelstellingen heeft waargemaakt: er is geen echte gedragsverandering bij de genezers; er is niet meer doorverwijzing; en niet meer patiënten ontvangen bijgevolg (biomedische) Primary Health

Care. Anderzijds wijst hij erop dat het programma een aantal onbedoelde gevolgen heeft: genezers zijn meer zelfbewust, meer geëmancipeerd, en uit PRHETIH hebben ze een rationalisatie van hun bestaande therapeutische praktijk gehaald. Dit is niet zo verwonderlijk. PHC is opgenomen in het bestaande sociale veld. Genezers zochten een uitbreiding van hun praktijk en een erkenning vanwege de overheid (certificaat, beroepsvereniging,...). De "misunderstanding by the healers" (p. 69) is eigenlijk gewoon *hun* "understanding". Misschien zien de getrainde healers PRHETIH wel als een succes, en gaat dat onverminderd voort. Of hoe klonk dat principe van de planmatige sociale verandering ook weer: welke bedoeling je maatregel ook heeft, de feitelijke gevolgen draaien toch helemaal anders uit. Het zogenoemde 'dominante' discours van donorlanden is maar één zienswijze, die antropologen niet zomaar hoeven te beamen. Misschien spreekt de *subaltern* niet, hij of zij interpreteert wel.

Ventevogel besluit zijn studie met een aantal lessen voor de toekomst. Ten eerste is volgens hem het gevaar voor "absorption through integration" (de sceptische visie) denkbeeldig vanwege de autonomie van de cultuurgebonden etiologie. Daarnaast blijken genezers niet de gedroomde bemiddelaars tussen traditionele geneeskunde en biogeneeskunde te zijn. Zij zijn niet de uitdragers van de biomedische PHC-ideologie. Ze 'onttranden' zichzelf en gebruikten het programma veeleer voor hun eigen emancipatie.

Ventevogel biedt ons een eerlijk onderzoek dat zich bewust is van meer dan één gevaar, als daar zijn de relatieve vertaalbaarheid van ziekte termen, het probleem van een esthetiserende en exotiserende antropologie, of de impliciete ontwikkelingsideologie achter PHC. De beleidsaanbevelingen zijn zowel ontvullend als inspirerend. De studie weegt echter iets te licht om echte conclusies toe te laten. Het blijft bij interessante ideeën voor verder onderzoek.

Stefan Bekaert

Robert R. Winzeler (ed.), *The seen and the unseen: Shamanism, mediumship and possession in Borneo*. Williamsburg: Borneo Research Council, 1993. xxxiii+324 pp., illustraties.

The seen and the unseen is de tweede publicatie in een serie antropologische monografieën uitgegeven door het Borneo Research Council. Met deze reeks wil het Council onderzoekers uit alle mogelijke disciplines aanmoedigen om onderzoek aan te vatten over Borneo. In dit tweede verzamelwerk, volledig gewijd aan de rituele en religieuze specialisten, slagen de verschillende medewerkers er alvast in een rijk en verscheiden beeld op te hangen van wat sjamanen, mediums en priesters vandaag de dag voor de vele volkeren van Borneo betekenen. In een ijtempo wordt de lezer binnengeleid in een wereld waar mensen tal van zielen hebben en in contact komen met spirituele bondgenoten en vijanden, rondwarend in parallelle werelden boven en onder de zichtbare wereld. Ziekte wordt er doorgaans verklaard als de blijvende afwezigheid van een ziel van de zieke. De ziel is ontvoerd of verdwaald in één van die parallelle werelden en het is aan de specialist om dit euvel te verhelpen. De *sjamaan* doet dit ideaaltypisch door

in trance zijn ziel op zoektocht te zenden; het *medium* laat spirituele bondgenoten in zijn eigen lichaam neerdalen; en de *priester* vervult rituele verplichtingen om de ontvoorders te paaien. Wat de publicatie echter meteen duidelijk maakt, is dat we niet teveel moeten vasthouden aan dergelijke antropologische categorieën en beter de etnografische voorbeelden laten spreken in hun gevarieerdheid en eigenheid.

In zijn inleiding schikt redacteur Winzeler de negen bijdragen in drie delen: één sociologisch, één psychologisch, en één fenomenologisch van aard. De bijdragen van George N. Appell, Laura Appell, H.S. Morris, Jérôme Rousseau en S.E. Jay vallen blijkbaar onder *sociologisch* daar ze allen de Weberiaanse stelling behandelen dat bij overgang van een egalitaire naar een meer hiërarchische samenleving ook religie meer en meer geïnstitutionaliseerd raakt en weinig ruimte laat voor 'extatische' vormen van religieuze beleving. In Borneo houdt dit in dat door toenemende stratificatie en onder invloed van externe religieuze systemen de *aanvankelijke rol en positie van de sjamaan* gedifferentieerd raakt. Waar de sjamaan zich in de marge van de samenleving nog in trance mag zweten voor ideosyncratische gevallen van ziekte of overtreding, is het nu de priester die de centrale plaats opeist in het religieuze complex door op vaste tijdstippen teksten te reciteren en geritualiseerde handelingen te stellen. De priesters gaan dan op de koop toe nog met het grootste sociaal prestige lopen, en het mag geen wonder heten dat we in deze categorie onze – opportunistische – mannen terugvinden, terwijl de positie van sjamaan (en medium) steeds vrouwelijker wordt.

Niet zo origineel, dit thema. I.M. Lewis heeft dit lang geleden reeds beschreven in zijn *Ecstatic religion*, maar klassieke thesen kunnen altijd bevestiging of nuancering gebruiken. Teleurstellend in het sociologische luik vind ik de steeds terugkerende discussie over de waarde van antropologische begrippen. Vooral de Appells bezondigen zich graag aan een nogal goedkope vorm van reflexieve disciplinekritiek, die, bij gebrek aan constructief alternatief, doet denken aan het steengruis achtergelaten door de Marcus & Fisher-implosie. Begrippen als sjamanisme, bezetenheid, het bovennatuurlijke blijken plots zo etnocentrisch (p. 20) dat ze onbruikbaar worden om die totaal verschillende kosmologie van de Rungus of de Bulusu' te beschrijven. De 'westerse' tweedelingen zoals zichtbaar/onzichtbaar en natuurlijk/bovennatuurlijk gaan niet op voor hun "naadloze kosmologie" (*seamless reality*), waar zelfs onzichtbare dingen zich plots kunnen materialiseren. De auteurs kennen blijkbaar weinig van westerse volkscultuur en hebben, zo lijkt wel, nog nooit een tekenverhaal of een horrorfilm gezien (*de laboratoria van onze verbeelding*) want daarin worden die harde westerse tweedelingen probleemloos omzeild: geesten worden getroffen door kogels, spoken laten slijm achter op mensen, en zo verder. Dergelijk tweedelingen (zoals *the seen and the unseen*) kunnen, waar ook ter wereld, slechts werken in het alledaagse leven als ze niet te systematisch worden doorgedacht. Rungus-cultuur moet vergeleken worden met westerse cultuur. Niet met theologie of fundamentele wijsbegeerte... of systematische antropologie.

Het *psychologische* luik bevat niet de nieuwere thematieken rond *altered states of consciousness* of rond de symbolische efficiëntie van therapieën (cf. Atkinson 1992). Psychologisch betekent hier blijkbaar het vergelijken van het gedrag van de sjamaan met categorieën van de westerse psychiatrie. Voor Jay Bernstein vertoont de Taman-sjamaan in zijn initiatorische ziekte nogal wat gelijkenissen met wat in de psychiatrie

doorgaans 'hysterie' wordt genoemd. In beide gevallen vinden we een sterk verlangen naar een taboe-object, of naar sociale adaptatie, een verlangen dat niet erkend en dus verdrongen wordt. Terugtrekking, verwarring, en afkeer zijn vaak voor-komende symptomen en niet zelden leidt dit tot ziekte. Bernstein is wel voorzichtig genoeg om niet te stellen dat sjamanen hysterici zijn, of dat elke hystericus eigenlijk waarzegger zou moeten worden. Hij ziet gelijkenissen in de psychodynamische structuur van beiden. De maatschappelijke etikettering als 'hysterisch' of 'sjamaan' doet de rest. In beide gevallen gaat het om een soort causale attributie, een projectie, waarbij de tweede duidelijk meer 'secundaire voordelen' oplevert – als die al niet werden beoogd.

Hoewel we reeds bij Shirokogoroff (1935) aanzetten tot een dergelijke analyse vinden, blijft een psychodynamische vergelijking interessant en heel plausibel. De bijdrage van R.C. Fidler behandelt in dezelfde lijn de initiatorische bezetenheid van de sjamaan als een vorm van 'exculpation', een 'blame it on the devil'. Wanneer een situatie om één of andere reden onhoudbaar wordt, is er nog altijd de mogelijkheid om een soort zenuwzinking te krijgen en het dan zonder gezichtsverlies op de geesten af te schuiven. Opnieuw niet zo'n originele analyse, en de these is ook niet echt empirisch onderbouwd. Wel interessant is de stelling dat zelf-evaluatie een essentieel moment is in het sociale functioneren van een mens. Teveel schuldgevoel brengt het zelfbeeld fundamenteel in gevaar en er moeten dus maatschappelijk aanvaarde 'verontschuldigungs-technieken' bestaan die de mens vrijwaren van al te destructieve blaam.

Echt boeiend was voor mij vooral het *fenomenologische* luik. Robert J. Barrett knipt het lint door en volgt de 'structure of performance' aanpak (Kapferer 1983) in zijn analyse van sjamanistische sessies. Het rituele podium is een plaats waar tijd en ruimte niet deze van de alledaagse wereld zijn, een plaats waar de onzichtbare werkelijkheid voor en door de betrokkenen tegenwoordig wordt gesteld. In goede 'Schutziaanse' traditie ziet hij de leken theorieën en het zelf-evaluatieve discours rond uitvoering en efficiëntie van rituelen als constitutief voor die uitvoering en efficiëntie. Het ritueel reflecteert over zichzelf, maakt Barrett ons duidelijk (p. 238). Daardoor wordt het betekenisvol en brengt het teweeg wat het beweert te doen.

Ik volg hem echter niet wanneer hij stelt dat de sociale fenomenologie niet enkel als analytisch kader maar ook als etnografische methode zou moeten fungeren. Daarmee bedoelt hij blijkbaar dat fenomenologische begrippen zoals 'time', 'space' en 'paramount reality' hun endogeen equivalent zouden moeten hebben in de bestudeerde cultuur. Uiteindelijk blijken de Iban in zijn studie volleerde praxiologen die geen Bourdieu, Kapferer, of Tambiah nodig hebben om te weten dat ze doorheen hun rituele gezangen en daden eigenlijk perlocutionair bepaalde dingen bewerkstelligen!

Clifford Sather benadert 'spel' en 'ritueel' als twee werelden die noodzakelijkerwijs types genereren met een andere relevantiestructuur dan die in het alledaagse leven. Het gaat om twee realiteiten met een tegenstrijdige meta-boodschap, die ervaringen vormt zolang de meta-boodschap geldt. De meta-boodschap van het spel is *doen-alsof*, terwijl die van het ritueel *laat-ons-geloven* is. In deze werelden gelden de alledaagse sociale actie-typeringen niet langer (b.v. de sjamaan als marginaal persoon). Er worden symbolische types gecreëerd (b.v. de sjamaan als heroïsch bestrijder van kwaadwillende krachten) die door hun gereduceerde en logische opbouw

verstoorde situaties (zoals ziekte, ongeluk, overtreding) herinterpreteren en herordenen.

Sather werkt dit niet verder uit voor de wereld van het ritueel, zoals Kapferer wel doet. Hij analyseert daarentegen een symbolisch type dat steeds terugkomt in de wereld van het verhaal bij de Iban: de sjamaan-idioot. Telkens gaat het om een lui en arrogant figuur die door zich als sjamaan voor te wenden anderen om de tuin leidt en uiteindelijk als held uit de strijd komt. Wat in deze verhalen dus op prijs wordt gesteld is slim uitgevoerd bedrog. Sather stelt dat dit evenzeer geldt voor sjamanistische rituelen: de sjamaan moet in een klimaat van scepticisme door allerlei trucs trachten het onzichtbare toch zichtbaar te maken en misschien zelfs door een komische wending op het einde, het bedrog duidelijk te maken en de hele geestenwereld weg te lachen als onbestaand. Dit is Kapferers positie met betrekking tot de werking van rituelen: het invoeren van een anti-ritueel. Stel je voor dat een garagist je motorpech verklaart door het feit dat de 'nazuigpomp' is uitgevallen. Na uren werken en sleutelen barst hij plots in lachen uit en proest dat hij je al de hele tijd aan het belazeren is, dat die pomp niet bestaat, en dat er gewoon benzine in de wagen moet. Een bijzondere vorm van therapeutische efficiëntie! Kan het zijn dat rituelen zo werken? Een heel interessante hypothese. Wat duidelijk is, is dat het geloof in de nazuigpomp, nodig voor de eerste herstellingswerken (lees: ritueel), plots helemaal wordt teniet gedaan door te zeggen: "het was maar een spelletje". De wereld van *je-moet-geloven-dat* (het ritueel) is onverenigbaar met die van *laat-ons-voor-de-lol-even-geloven-dat* (het spel). Komedie speelt op deze antithese tussen geloof en scepticisme, en volgens Sather geldt dit ook voor de sjamanistische sessies.

The seen and the unseen is een goed gestructureerde uitgave (wat van een verzamelwerk zelden kan worden gezegd), die een rijke etnografische verscheidenheid biedt en een aantal interessante themata behandelt. Minpunten zijn: een voorwoord dat over heel andere dingen gaat, de afwezigheid van een index of een globale literatuurlijst en de wat ouderwets aandoende vormgeving. Opvallend zijn de vele verwijzingen naar het denken van Hallowell. Diens pragmatisme heeft blijkbaar de Amerikaanse antropologie sterk beïnvloed. Inhoudelijk heb ik me gestoord aan de voortdurende verwarring tussen lekenbegrippen en antropologische termen. Alfred Schutz' onderscheid tussen begrippen van de eerste en tweede orde had deze misverstanden kunnen voorkomen.

Stefan Bekaert

Noten

Atkinson, J.M.

1992 Shamanisms today. *Annual Review of Anthropology* 21: 307-330.

Kapferer, B.

1983 *A celebration of demons: Exorcism and the aesthetics of healing in Sri Lanka*.
Bloomington: Indiana University Press.

Shirokogoroff, S.M.

1935 *The psychomental complex of the Tungus*. London.

Robert L. Winzeler, *Latah in Southeast Asia. The history and ethnography of a culturebound Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. 172 pp. f 117,65.

Halverwege de negentiende eeuw begonnen Europeanen in Maleisië en Java gewag te maken van een vreemde aandoening onder de bevolking. Sommige mensen vertoonden als men ze aan het schrikken bracht, bizar gedrag met obscene taalgebruik en onwillekeurige nabootsing van wat men zei of deed. Het fenomeen was bij de bevolking bekend onder de naam *latah* en zou onder die naam in psychiatrische en antropologische handboeken als standaardvoorbeeld van exotische geestesziekte gaan fungeren. *Latah* werd een schoolvoorbeeld van een cultuurgebonden syndroom, zoals dit in 1966 door de psychiater Yap gedefinieerd werd: een abnormaal en pathologisch (gedrags)patroon in een niet-westerse samenleving waarvoor de westerse psychiatrie geen verklaring heeft en dat men moet benaderen met een combinatie van cultuurkennis en kennis over de werking van de psyche.

In de jaren tachtig kwam het concept van cultuurgebonden syndromen echter onder vuur te liggen. Want op welke beperkte schaal moet afwijkend gedrag eigenlijk voorkomen om als 'cultuurgebonden' beschouwd te mogen worden? Hoe pathologisch en disfunctioneel moet een bepaald gedragspatroon zijn om 'syndroom' te mogen heten? Eerder had de antropologe Hildred Geertz in het discours rond *latah* al de aanzet tot deze discussie gegeven. Zij vroeg zich af hoe het mogelijk is dat *latah* bij ver uiteenliggende culturen voorkomt, terwijl men de aandoening alleen in zeer cultuurspecifieke termen kan begrijpen. Aan deze vraag, de *latah*-paradox, is het *Latah in Southeast Asia* gewijd. Winzeler meent dat zijn eigen veldwerkmateriaal nieuw licht op het probleem kan werpen. Hij houdt zijn argument in vier stappen op. Het eerste deel behandelt het probleem vanuit een historisch en comparatief perspectief. Het tweede en derde deel zijn gewijd aan gegevens uit Winzeler's onderzoek in Borneo en naar Maleisiërs in Kalimantan. Het vierde deel vormt een terugblik op het probleem van cultuurgebonden syndromen, in dit geval *latah*.

Het eerste deel begint met een hoofdstuk over het verschijnsel zoals het in koloniale documenten naar voren komt. Levendige gevalbeschrijvingen worden afgewisseld met theoretische uiteenzettingen die in hun verscheidenheid de geschiedenis van het biomedisch denken weerspiegelen. Over de oorzaak van *latah* werd verschillend gedacht. Men verklaarde het verschijnsel uit raciale factoren, uit een erfelijke gevoeligheid en prikkelbaarheid van het Maleisische zenuwstelsel die mogelijk teruggevoerd kon worden op het klimaat. Er werd gezocht naar een verband met hypnose, met amok, een ander bekend syndroom in dezelfde regio, of met de gewoonte betelnoten te kauwen. Men zag *latah* in die vroege periode dus primair als een organische aandoening, een exotische aandoening van het zenuwstelsel.

Vanaf de jaren twintig gingen psychiatrische verklaringen domineren. *Latah* zou een doorbraak van onbewuste verdrongen emoties zijn. Men besteedde aandacht aan dromen, in het bijzonder de seksueel getinte varianten. De rol van het onderbewuste werd uitgediept en men stelde vragen over het bewustzijn bij *latah* episodes. Zo raakte het verschijnsel in de theorievorming verbonden met de idee van repressie. Dit verband

werd ondersteund door epidemiologische gegevens. Het syndroom werd namelijk vooral aangetroffen bij vrouwen en, althans volgens sommigen, bij mensen die in contact met Europeanen stonden. De theorie van Geertz dat *latah* met marginaliteit samenhangt en niet met traditie, sloot hier bij aan.

De juistheid van deze interpretatie is echter moeilijk aan te tonen vanwege de gefragmenteerdheid van het beschikbare materiaal. Dat er zulke verschillende perspectieven op *latah* werden ontwikkeld, kan immers ook samenhangen met veranderingen die de verschijningsvorm van het syndroom in de loop der tijd zelf onderging. Men kan denken aan een soort epidemie, waarbij de aandoening zich langzamerhand onder nieuwe bevolkingsgroepen verbreidde en daarbij van karakter veranderde. In plaats van cultuurgebondenheid zou van historische gebondenheid gesproken kunnen worden. Maar historische veranderingen in het syndroom zelf zijn evenmin gemakkelijk aan te tonen. Want verschillen in interpretatie kunnen evengoed ontstaan door historische ontwikkelingen in de theorievorming met betrekking tot cultuurgebonden syndromen, zodat verschillende onderzoekers eenvoudigweg verschillende perspectieven hanteerden. Dit komt in het bijzonder naar voren in de gender-kwestie, in de vraag of *latah* seksegebonden is. Terwijl in de oudste documenten *latah* wordt beschreven als een syndroom waaraan zowel mannen als vrouwen kunnen lijden, spreken medische en jongere documenten over een aandoening die vooral vrouwen treft. Dat verschil is voor een deel toe te schrijven aan verschillen in de mate waarin men contact met lokale vrouwen had. De opkomst van psychoanalytische noties droeg er echter ook toe bij dat men eerder geneigd was aandoeningen met veronderstelde hysterische symptomen als typisch vrouwelijk te zien.

De tegenstrijdigheden die men aantreft als bij een historische analyse van *latah*, worden overtroffen door de problemen bij een transculturele vergelijking. Al aan het einde van de vorige eeuw werd *latah* in verband gebracht met andere exotische schrikreacties ('startle patterns'), zoals bijvoorbeeld *jumping* bij Franse Canadezen in Noord-Amerika en *miryachit* en andere gedragspatronen in Noord-Europa, Noord-Azië en Afrika. Winzeler vergelijkt deze complexen op de rol van gender, het optreden van coprolalie (uitstoten van obscene woorden), echolalie (nadoen van geluiden), echo-kinese (nadoen van bewegingen) of automatisch gehoorzamen, en het bestaan van een lokale term voor de aandoening. Een aantal afzonderlijke kenmerken van *latah* blijken zo verbreid dat als universeel menselijk te beschouwen zijn. Dit betreft bijvoorbeeld nabootsend gedrag in situaties van eerste contacten of meer in het algemeen bij stress. Maar gedragspatronen die zoals *latah* aan alle criteria voldoen, zijn alleen bij de Ainu en in Siberië te vinden.

Het tweede deel van het boek is geheel gewijd aan Winzeler's eigen onderzoeksmateriaal. In de stad en het district Pasir Mas op Kelantan komt *latah* zowel onder de stedelijke als de plattelandsbevolking voor. Er worden twee soorten onderscheiden: *latah kejut*, waarmee men mensen aanduidt die schrikkerig zijn en sterk op prikkels reageren; *latah betul* is de 'echte' *latah*, gekenmerkt door verschillende vormen van nabootsing. De laatste vorm komt vooral bij vrouwen voor, maar ook leeftijd en sociaal-economische klasse spelen een rol. Zo krijgt men zijn eerste aanval van *latah* meestal ergens tussen de vroege en late volwassenheid en worden vooral armere fami-

lies erdoor getroffen. Men treft het zelden onder de nieuwe middenklasse aan. De aandoening wordt in verband gebracht met erfelijkheid, maar ook met levenscrises of traumatische ervaringen, soms in dromen. Heeft men eenmaal *latah*, dan komt men er moeilijk van af. Er wordt echter zelden hulp voor gezocht. Uiteindelijk wordt de aandoening gezien als iets wat zowel bij de persoon als zijn omgeving hoort. Als mensen me niet steeds aan het schrikken zouden maken, zou het wel overgaan!

In dit deel worden ook verschillende theorieën over de samenhang van *latah* met de neurofysiologie én de Maleisische cultuur besproken. Wat het eerste betreft, de universele fysiologische reactie op schrik blijkt het syndroom slechts voor een klein deel te overlappen, i.e. de eerste fractie van een seconde. De voor *latah* karakteristieke gedragingen, zoals echolalie en coprolalie, zijn niet op fysiologische processen terug te brengen. Bovendien blijkt dat als men proefpersonen zonder *latah* vaker aan bepaalde prikkels blootstelt, de reactie op den duur afneemt, terwijl bij *latah* de reactie alleen maar heviger wordt. Wel zouden sommige mensen meer dan anderen gevoelig kunnen zijn voor neurofysiologische schrikreacties, met het gevolg dat door hun sterkere reacties op prikkels hun intrapsychische controlemechanismen schade oplopen. Aan de cultuurkant is *latah* in verband te brengen met trance en andere vormen van bewustzijnsveranderingen die een plaats hebben in de lokale denkwereld. Winzeler maakt daarbij aannemelijk dat *latah* niet moet worden gezien als een soort functioneel alternatief voor de verdwijnende vormen van bezetenheid. Hij meent dat *latah* en andere vormen van trance altijd naast elkaar hebben bestaan en elkaar versterkende patronen zijn. Deze these werkt hij verder uit in het laatste hoofdstuk van dit deel. Want *latah* lijkt ook een zekere aantrekkingskracht te hebben. Sommige mensen kiezen zelfs bewust voor *latah* gedrag. Een mogelijke verklaring is dat het verschijnsel ruimte biedt voor grappen, agressieve plagerij en seksuele humor in een cultuur die weinig ruimte voor dergelijke ontspanning laat. Het verschijnsel kan ook worden gezien als symbolisch protest, een toegestane overschrijding van de gedragsregels door mensen in marginale posities die daarmee uiting kunnen geven aan hun frustraties zonder de structuren waarin ze leven te bedreigen.

Het derde deel over *latah* in Borneo is kort in vergelijking met de eerste twee. Wel volgt de schrijver dezelfde methodiek: hij geeft eerst een beschrijving van het voorkomen van de aandoening en kijkt vervolgens naar de relatie met de Dayak-cultuur. In veel opzichten is het syndroom gelijk aan dat in Maleisië. Maar terwijl in Kelantan ook mannen de aandoening hadden, lijdten in Borneo alleen vrouwen eraan. Daar worden ook bijna altijd dromen als oorzaak genoemd, waarin anders dan in de Maleisische dromen geen dieren figureren, maar geesten, demonen en mensen, en vaak met een seksuele connotatie. Dergelijke dromen worden geïnterpreteerd als een communicatie met de bovennatuurlijke wereld. Er is in Borneo een directe relatie met sjamanisme.

In het laatste deel zet Winzeler zijn visie op de *latah*-paradox uiteen. Van die paradox is in de loop van zijn boek echter weinig overgebleven. Hij heeft weinig moeite het fenomeen in culturele termen te verklaren. Hij heeft het fenomeen als geritualiseerd gedrag een plaats gegeven tussen ander dissociatieve verschijnselen en tussen andere situaties waarin openlijk sterke emoties getoond mogen worden. De vraag hoe het mogelijk is dat het syndroom ook elders voorkomt heeft hij beantwoord door het syndroom

een beperkte definitie te geven, namelijk als een complex van gedragingen die zelden tegelijkertijd voorkomen. Er zijn maar twee vergelijkbare gedragspatronen elders en die, zo stelt Winzeler, kunnen misschien zelfs wel verklaard worden vanuit een diffusieperspectief. Bovendien, zo zegt hij, komen juist in die gebieden ook andere vormen van trance en sjamanisme voor.

Winzeler wijdt zijn slotwoorden aan de vraag of *latah* gezien moet worden als een ziekte, als een disfunctionele aandoening. Zeker is dat sommige van de kenmerken van het gedrag ook bij mensen voorkomen bij wie een biologisch defect is aangetoond. Ook hier kiest Winzeler voor een gematigde visie. Net als bij geestesbezetenheid kan er in individuen wel een neurobiologische pathologie aan het syndroom ten grondslag liggen, maar als cultuurpatroon is het de pathologie al lang voorbij. Uiteindelijk moet men *latah* interpreteren in termen van culturele leerpatronen, individuele behoeften en sociale functie.

Het boek van Winzeler is een plezier om te lezen vanwege het interessante materiaal en, als men daarvan houdt, vanwege de schrijfstijl, die de lezer dwingt samen met de auteur te reflecteren op de theoretische problemen waarvoor het verschijnsel *latah* antropologen en medici nu al een eeuw lang stelt. Winzeler weet duidelijk te maken hoezeer de interpretatie van een verschijnsel afhankelijk is van het historisch bepaalde wetenschappelijk discours waardoor onderzoekers in bepaalde perioden worden gedreven. Wel kreeg ik door de gecomprimeerde veelheid aan data en het voortdurend terugkoppelen naar theoretische thema's bij mijn tweede lezing behoefte aan een andere indeling van het boek, met meer omljnde hoofdstukken over de relatie met andere neuro- of psychopathologie, over gender of over trance. Als Winzeler's conclusie juist is en men *latah* als primair cultureel verschijnsel moet interpreteren, wordt hiermee opnieuw een onderzoekslijn uitgezet. Want het is één ding om een bepaald gedragspatroon als symbolisch protest te karakteriseren, iets anders is het de inhoud van dat protest te analyseren. De term symbolisch protest wordt meestal gebruikt voor geritualiseerd verzet tegen onderdrukkende structuren, dat die structuren niet zozeer in gevaar brengt, maar veeleer mede constitueert. De interpretatie van *latah* als geritualiseerd protest roept vragen op zowel naar de inhoud van dat protest als naar de sociale functie ervan. In de vergelijking met grappenmakerij (joking) of bezetenheid valt mij vooral de minimale gearticuleerdheid van *latah* op, zowel in haar uitingsvorm (vormen van nabootsing en het uitstoten van obscene woorden die aan niemand in het bijzonder gericht zijn) als in de wijze waarop men erop reageert (provocatie en amusement). Ook komt mij voor dat personen die *latah* hebben, vooral bevestigd worden in hun rol als slachtoffer, terwijl de typische grappenmaker of sjamaan zijn zwakte in kracht transformeert (de dwerg die als enige zelfs de koning mag bekritisieren, de bedeesde vrouw door wiens mond de voorouders bevelen geven, de zieke die genezer wordt).

Winzeler weet het aantal op *latah* gelijkende gedragspatronen buiten de Maleisische invloedssfeer te reduceren tot slechts twee, die hij vervolgens bovendien aan diffusie toeschrijft. Wat mij heeft verbaasd is dat hij zo weinig woorden besteedt aan het syndroom van Gilles de la Tourette, een neurologische aandoening die in de ernstigste vorm aan meerdere van de criteria voor *latah* voldoet, behalve dan dat vrouwen er geen groter risico op hebben. Interessant is vooral dat de wijze waarop Winzeler

latah afbaket, veel gelijkenis vertoont met de wijze waarop de medische wetenschap vat probeert te krijgen op het syndroom van Gilles de la Tourette. In de neurologie is dit syndroom een biomedische constructie van een patroon van symptomen die bij verschillende individuen in variërende mate kan voorkomen, en die aan een verondersteld defect wordt toegeschreven. In de medisch-antropologische vraag waar cultuur ophoudt en biologie begint, worden biologische verschijnselen vaak beschreven als universele verschijnselen. Maar biomedisch onderzoek zoals zich dat in het laatste decennium ontwikkelt, richt zich veel meer op de biologische gefundeerdheid van het specifieke, bijvoorbeeld de genetische basis voor aandoeningen die in specifieke families of bevolkingsgroepen voorkomen. Vanuit dit perspectief heeft men *latah* in Maleisië waarschijnlijk nog niet onderzocht. Hoe interessant Winzeler's betoog ook is, en hoezeer zijn boek ook aanzet tot reflectie op de theorievorming over het verschijnsel, het lijkt mij niet onwaarschijnlijk dat voor de oplossing van de *latah*-paradox nog steeds een gecombineerde medische en antropologische inspanning nodig is.

Ria Reis