

Boekbesprekingen

Rob Barrett, *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia. An anthropological study of person and illness*. Cambridge: Cambridge University Press 1996, 337 pp., index. £ 45 (hard cover).

Het boek is verschenen in de serie *Studies in social and community psychiatry* en heeft een voorwoord van Byron Good. Deze voegt het werk toe aan een reeks boeken over psychiatrische instituten, waaronder Estroffs *Making it crazy* and Rhodes' *Emptying beds*. Als overkoepelend kader plaatst Good de machtstheorie van Foucault over deze boeken. Hij vindt het een opmerkelijk boek, omdat het een tegenhanger is van de neo-Kraepeliaanse psychiatrie, die een sterk accent legt op het biologische karakter van de psychiatrische aandoeningen. Barrett pleit voor cross-cultureel onderzoek naar schizofrenie, voor onderzoek naar de spanning tussen professioneel en moreel idioom.

Barrett schrijft als psychiater-antropoloog over het Ridgehaven-ziekenhuis ergens in een Australische stad. Hij beschrijft niet het hele ziekenhuis, maar een deel ervan, de afdelingen voor mensen met schizofrene aandoeningen. En daar neemt hij ook weer een onderdeel van het totale 'plaatje', namelijk de kern van psychiatrische bezigheden: schrijven en praten. Het boek valt uiteen in twee delen. Het eerste deel richt zich op de drie groepen hulpverleners: psychiaters, verpleegkundigen en sociaal werkers. Zijn doel is te laten zien hoe die drie groepen zijn georganiseerd in relatie tot elkaar en hoe de organisatie de benadering van patiënten beïnvloedt. Het tweede deel beschrijft hoe de staf van het ziekenhuis schrijft en spreekt over patiënten.

Het eerste hoofdstuk plaatst schizofrenie in een context van het ziekenhuis, van etnografie, in andere werken over psychiatrische ziekenhuizen. Barrett gaat kort in op zijn theoretisch perspectief: de macht van het psychiatrisch discours volgens Foucault en de sociale fenomenologie. Hij gebruikt Foucault om de fenomenologie te bekritisseren en de fenomenologie om Foucault van kritische kanttekeningen te voorzien. Omdat hij dat aan het begin van zijn boek zo expliciet vermeld, verwacht de lezer daar door het boek heen iets over te vinden. Dat is niet uitdrukkelijk het geval. In de conclusies keert Barrett wel nog even bij Foucault en Schutz terug. Hij stelt dan dat binnen de psychiatrie de beroepsbeoefenaren de macht hebben schizofrenie als een pathologische variant van de categorie persoon te definiëren. Dat is een interessante visie voor een psychiater.

Ridgehaven is een progressief psychiatrisch ziekenhuis. In het tweede hoofdstuk over tijd en ruimte in het ziekenhuis zet Barrett uiteen waarom. Het was het eerste ziekenhuis dat met de-institutionalisering begon. De ideologie van de vooruitgang wordt weerspiegeld in verandering en innovatie. Niettemin is de bouw van het ziekenhuis niet zo progressief. Barrett beschrijft hoe de architect eigenlijk eenzelfde idee bij de bouw heeft gehad als in de tijd van de eerste krankzinnige gestichten: een gebouw met vier

vleugels, in het midden de receptie, de kantoren, de fotokopieermachine en de muziekcentrale. In dat centrum worden ook de dossiers van de patiënten bewaard. Hoe verder men in het ziekenhuis naar achteren gaat, hoe ouder de gebouwen en hoe ernstiger de psychiatrische problematiek. Foucault maakt voor deze instituten de vergelijking met het panopticum van Bentham: een moderne, niet-gewelddadige, onzichtbare vorm van macht. Barretts beschrijving roept echter meer het beeld op van Orwells 'Big Brother is watching you'. De tijd en de vooruitgang worden aan elkaar gekoppeld door een kader, waarin negatieve aspecten van het ziekenhuis verbonden worden met 'de slechte oude tijd'. Progressiviteit is aan de toekomst gekoppeld, met name de wetenschappelijke vooruitgang. Barrett geeft hierbij aan dat veel stafleden twijfelen aan deze ideologie van vooruitgang. Zij kritiseren vooral de bureaucratisering en de voortdurende verplaatsing van personeel. Een probleem dat ik momenteel ook signaleer op de ouderenafdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis in Nederland. Tijd en ruimte hangen nauw met elkaar samen. Hoe chronischer de aandoening bijvoorbeeld, hoe verder naar achteren de afdelingen in het ziekenhuis zijn gevestigd.

In het derde hoofdstuk gaat Barrett in op de professionele gebieden (psychiatrie, verpleging en sociaal werk). De auteur doet dat in termen van tijd en ruimte, maar ook gecentreerd rond de casussen. Barrett laat zien hoe de verschillende beroepsgroepen hun tijd en ruimte organiseren. Het bespreken van casussen kent zijn eigen tijd. Definiering en herdefiniering van een casus hebben hierin een belangrijke plaats. Het belangrijkste voorbeeld is de tijd voor retrospectie (de achtergrondgeschiedenis), die wordt gereorganiseerd om een acute casus om te vormen naar een chronische casus. Men kijkt dan naar het verleden van een patiënt en vindt daar al aanwijzingen voor chroniciteit. Interessant is ook hoe de psychologen van het ziekenhuis zich weren tegen alle diagnostiek en erop aan dringen vooral te kijken naar het gedrag van mensen. Zij pleiten er dan voor het ziekenhuis in te delen in functionele eenheden. Zo wordt duidelijk dat macht niet alleen een zaak tussen patiënten en hulpverleners is, maar ook tussen hulpverleners onderling.

In hoofdstuk vier ontwikkelt Barrett een analyse van de teams, die rekening houdt met integratie van alle verschillen, maar tegelijkertijd een fundamentele plaats aan conflict en macht in de teamorganisatie wil toekennen. Hij vat het team op als de arena, waar de psychiatrische hegemonie wordt uitgeoefend. In de teambijeenkomsten – vergadering, casusrapportage en casusconferentie – zijn het de psychiaters die de klinische bijdragen van verpleegkundigen en sociaal werkers samenvatten, omschrijven en een synthese maken. Barrett laat met korte transcripten van besprekingen en schriftelijke rapportage zien hoe conflicten worden vermeden of vorm krijgen. In dit hoofdstuk vindt men naar mijn mening het beste wat de auteur te bieden heeft, namelijk een goede en levendige beschrijving van de gang van zaken tijdens besprekingen. Daarbij wordt een patiënt als het ware uit elkaar gepeuterd en besproken om vervolgens (op papier en in besprekingen) weer in elkaar te worden gezet tot een heel persoon.

Hoofdstuk vijf behandelt de schriftelijke rapportage. Schrijven is een kernbezigheid in de psychiatrie. Ingegaan wordt wat er gebeurt als de staf een patiënt interviewt en daarbij aantekeningen in het dossier maakt. Interpretatie, spreken en schrijven zijn cyclisch. Aan de hand van transcripten laat Barrett zien hoe common sense kaders worden

getransformeerd in meer professionele kaders. Hij toont tevens hoe schizofrenie van de mens wordt gescheiden, hoe het verhaal van de patiënt vorm gegeven wordt door herhaling en hoe schizofrenie weer wordt geïntegreerd met de mens. Het zijn allemaal technieken die de lezer die bekend is met de gang van zaken in een psychiatrisch ziekenhuis, tegen kan komen. Zelfs de afgedrukte rapportage is te herkennen als een vorm die ook in de Nederlandse psychiatrie voorkomt. De cyclus van praten en schrijven produceert twee versies van schizofrenie: een die afgescheiden is van de patiënt en een versie waarin schizofrenie te maken heeft met alle aspecten van de mens en mens-zijn. In het ene geval lijdt iemand aan schizofrenie; in het andere geval is iemand schizofreen.

Hoofdstuk zes gaat over de morele loopbanen van schizofrene mensen: van acuut naar chronisch. Als stafleden onder elkaar over patiënten praten, doen ze dat op een andere wijze dan in de dossiers. De patiënt is dan meer iemand met morele verantwoordelijkheid, die kan kiezen tussen goed en kwaad. Het team van de afdeling die in dit boek de hoofdrol speelt, gebruikt een reeks van ruimtelijke metaforen om iemand van het zelf te scheiden: "weg van deze planeet", "in de eigen wereld". Bijzonder alert zijn de stafleden op abnormale ziekte-trajecten. Mensen kunnen zich te vlug thuisvoelen op de afdeling of zich helemaal niet thuisvoelen. Beide zijn niet in orde. Ook als negatief ervaren spelletjes van patiënten, conflicten en ambiguïteit stelt Barrett aan de orde. De auteur laat zien dat de chroniciteit van schizofrenie strikt gesproken een kwaliteit van de aandoening is. Chronisch schizofrene mensen zijn een anomalie.

Hoofdstuk zeven geeft een overzicht van de geschiedenis van schizofrenie met als kern het concept 'persoon'. Barrett start bij het begin van de moderne psychiatrie in de laatste jaren van de negentiende eeuw en beschrijft alle belangrijke wetenschappers die zich met de aandoening hebben bezig gehouden. In het daaropvolgende hoofdstuk gaat hij in op de huidige formuleringen van schizofrenie. Hij legt de nadruk op het onverklaarbare van de aandoening. Ook de biologische psychiatrie biedt volgens hem geen soelaas in de verklaring. Barrett gaat in op de biopsychosociale opvatting en de theorieën van Expressed Emotion. Hij komt tot de conclusie dat alle benaderingen in het Ridgeway-ziekenhuis zijn vertegenwoordigd.

Hoofdstuk negen heeft een intrigerende titel: *Schizophrenia for practical purposes*. Het is ook een boeiend hoofdstuk, na twee hoofdstukken die eigenlijk het verhaal verstoren. Het gaat over een opvoedingsprogramma waarin mensen leren hoe ze met hun aandoening om moeten gaan. De schizofrenie wordt van de persoon gescheiden. Daartoe wordt over wanen en hallucinaties gesproken in groepen. Het moet de mensen duidelijk worden dat het wanen en hallucinaties zijn die kunnen worden beheerst. Pas als dat lukt wordt schizofrenie weer geïntegreerd in de persoon. Op de afdelingen wordt de schizofrene identiteit altijd in twee delen gezien: een deel dat hetzelfde is als andere niet-schizofrene mensen, en een ander deel dat volkomen anders is. Dat impliceert volgens Barrett wel dat schizofrenie ook voor de lijders eraan altijd een zeer ambigue aandoening zal blijven.

Het tiende hoofdstuk geeft conclusies en samenvattingen. Barretts belangrijkste conclusie is dat psychiatrische inrichtingen de macht hebben een ziekte-categorie te maken, in dit geval schizofrenie. Die categorie is een variant van de categorie persoon. De

auteur doet flink zijn best om dat in woord en beeld (schema's van modellen van een persoon die in het ziekenhuis worden gehanteerd) duidelijk te maken. Zijn aanbevelingen in de laatste twee paragrafen zijn interessant. Zo stelt Barrett voor dergelijk etnografisch onderzoek in allerlei culturen te doen. Dat is opvallend, omdat men in de psychiatrie gewoonlijk aanneemt dat schizofrenie nu juist niet cultuurbepaald is. Voor de psychiatrisch wetenschap zelf ziet Barrett de waarde van een cultuurstudie in het richting geven aan onderzoek naar neurale processen die moeilijk te bestuderen zijn, omdat ze zo complex, klein en ontoegankelijk zijn. Hier worden we herinnerd aan het werk van Oliver Sachs. Voor de klinische praktijken denkt Barrett dat het door etnografie mogelijk moet zijn een nieuwe klinische taal te ontwikkelen, een die minder moreel oordelend is. Voor patiënten kan het boek een wegwijzer zijn in het voorkomen van verschillende opvattingen binnen een instelling over een bepaalde ziekte. Het klinkt allemaal erg ambitieus en het is daarom jammer dat Barrett niet beschrijft hoe zijn boek in het ziekenhuis zelf is ontvangen.

Barretts boek verschijnt in een tijd van de-institutionalisering en extramuralisering. Dat is opmerkelijk, want het gaat geheel over de intramurale geestelijke gezondheidszorg voor mensen met schizofrene aandoeningen. Men zou het daarom een vorm van 'bewaaranthropologie' kunnen noemen. Maar ook laat het boek zien waarom extramuralisering nodig is. De situatie in de afdelingen van het ziekenhuis heeft grote overeenkomsten met die ik aantref in de intramurale psychiatrische zorg. De gang van zaken bevordert in zekere zin de chroniciteit van schizofrenie. Een conclusie die ik verschillende malen heb moeten trekken en die anderen ook hebben getrokken.

De auteur is psychiater en antropoloog. Hij is psychiater in het ziekenhuis waar hij als antropoloog onderzoekt. Hij verkeert in een moeilijke positie van 'dubbeldunk'. Bekend met de taal en de gang van zaken binnen een inrichting is het voor hem lastig zich van vanzelfsprekendheden los te maken. Toch is Barrett daar redelijk in geslaagd, hoewel het, naarmate men verder in het boek vordert, wel duidelijk wordt dat hij niet al te diep op zijn interpretatieve arbeid heeft gereflecteerd. Dat wordt vooral aan het licht als hij schrijft over de morele waardering van hulpverleners voor schizofrene mensen. Hij laat dan zien dat hulpverleners niet altijd professionele taal gebruiken als ze het over hun patiënten hebben, maar ook woorden gebruiken als 'gek' en 'onderduiken'. Een dergelijke manier van spreken, die ik consolidatie van tegenoverdracht zou willen noemen, bevestigt en versterkt de bestaande opvattingen. De emotionele reacties van hulpverleners op hun patiënten worden zo vanzelfsprekend dat ze tot het ziektebeeld gaan behoren. Misschien stond Barrett toch te dicht bij zijn onderwerp.

Het eerste gedeelte van het boek is boeiend. Voor mij geeft het een zeer herkenbaar beeld van afdelingen voor schizofrene en psychotische mensen en wat daar allemaal te beleven valt. Maar na hoofdstuk zes wordt het minder. In hoofdstuk zeven en acht geeft de auteur een historisch overzicht van het deskundig spreken over schizofrenie. Deze hoofdstukken zijn duidelijk geschreven, maar niet direct noodzakelijk voor het boek. Weliswaar wil Barrett laten zien hoe het huidig spreken binnen het ziekenhuis zich heeft ontwikkeld, maar de context van de geschiedenis weet hij slecht te verbinden met het huidige discours in het ziekenhuis. Hoofdstuk negen is weer 'echte' etnografie. Daarin schrijft de auteur over een opvoedingsprogramma, zoals ik eerder aangaf. Maar

het slothoofdstuk is minder aantrekkelijk. Het geeft een samenvatting van het voorafgaande en probeert de persoonsbeelden van hulpverleners in schema's weer te geven. Dat maakt zijn verhaal, dat toch zo levendig en zo helder is, statisch. Barrett heeft vooraf getoond dat de werkelijkheid een en al dynamiek is, waarin allerlei spreekvormen voorkomen. Aan het slot bevriest hij die dynamiek.

Dat neemt niet weg dat het boek zeer de moeite waard is voor iedereen die werkzaam is in een dergelijk instituut. Voor antropologen die zich bekend willen maken met hoe in de eigen omgeving etnografisch werk te doen is; voor mensen die opgenomen zijn geweest en zeker in de eerste helft van het boek een schok van herkenning zullen ervaren, en voor hen die in een psychiatrisch ziekenhuis werken, zij kijken in de spiegel.

Els van Dongen

Till Below & Anette Morvai, *Schamanistische Volksmedizin in Peru*. Berlin: VWB, 1997. (Beiträge zur Ethnomedizin: Kleine Reihe Bd. 13). 72 pp.

Deze zeer bescheiden 'Beitrage zur Ethnomedizin' is het relaas van een Duitse studente over haar verwondering over traditionele geneeswijzen op het platteland van Peru. Till Below verbleef in 1995 in Peru waarvan zij zes weken van haar verblijf voor veldwerk inruimde bij de *curandeiro* (sjamaan) Eduardo Calderon. Bij het schrijven en duiden van haar ervaringen tijdens een 'Gruppenarbeit' werd zij bijgestaan door Anette Morvai. Een verdere verdieping in het onderwerp leidde uiteindelijk tot deze publicatie.

Calderon was reeds eerder onderwerp van studie voor de Amerikaanse antropoloog Douglas Sharon. Aangezien deze studie (*Wizards of the Four Winds*) als referentiekader voor het eigen onderzoek gebruikt wordt, komt de genadeloze uithaal van Below in de laatste alinea's naar deze antropoloog en de antropologische methoden van onderzoek in het algemeen wat vreemd en ongefundeerd over. De relatie onderzoeker-onderzochte was volgens Below hij Sharon zeer paternalistisch en bovendien heeft het boek over Calderon de man in kwestie financieel vrijwel niets opgeleverd.

Het boekje van Below is qua opzet duidelijk gestructureerd waarbij een aanzienlijk gedeelte is ingeruimd voor besprekingen van theoretische discussies gerelateerd aan de eigen ervaringen en voor gedegen beschrijvingen van achtergrondfactoren. Hierbij maakt de auteur zich er wel wat gemakkelijk van af door vooral de situatie van de jaren zestig te hespreken aan de hand van Navarro's boek *Imperialism, health and medicine* (1981). Dit alles geïllustreerd met evenzeer gedateerde tabellen met algemene statistische gezondheidsindicatoren, terwijl de veranderde sociaal-economische en politieke context en gezondheidssituatie van de jaren negentig waarin het onderzoek plaatsvond, nauwelijks aan bod komt. De auteur ontwikkelt ondertussen een kritische politiek-economische visie en een kritische kijk op de biogeneeskunde waarvan zij meermalen het historisch bepaalde reductionistische karakter aanstipt.

Het eigenlijke veldwerkverslag omvat krap twintig pagina's en omvat beschrijvingen van een aantal genezingsrituelen en ziektegevallen. Na vele vergelijkingen met 'traditionele', sjamanistische geneeswijzen, concludeert Below dat de biomedische

wetenschap veel kan leren van de Peruaanse sjamanen en dat enige vorm van integratie van beide systemen mogelijk is. Tot serieuze voorstellen voor integratie komt het echter niet, temeer omdat de door de auteur beschreven Peruaanse volksziektes zoals het boze oog (*el ojo*) en 'de schrik' (*el susto*) vooral cultureel bepaalde betekenissen omvatten die vooralsnog niet passen in een westers wereldbeeld.

Voor wie geïnteresseerd is in een kritische, historisch getinte verhandeling over de biogeneeskunde en de politieke economie van Peru en oog heeft voor een meer medische-biologische dan antropologische benadering van een casus van één van de syncretische traditionele geneeswijzen die in de Andes-landen worden gepraktiseerd, is de publicatie best de moeite waard. Wie reeds de nodige achtergrondkennis bezit en bovendien diepgaand antropologisch onderzoek op prijs stelt, mag niet te hoge verwachtingen hebben van *Schamanistische Volksmedizin in Peru*.

Hans Veltmeijer

J.A. van Belzen (red.), *Metabletica en wetenschap: Kritische bestandsopname van het werk van J.H. van den Berg*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1997. 126 pp., f 37,50.

J.H. van den Berg is een van de meest gelezen Nederlandse non-fictie auteurs, in binnen- en buitenland, maar als wetenschapper heeft hij nauwelijks volgelingen getrokken. Van den Berg heeft zichzelf altijd 'zenuwarts' genoemd, maar is eigenlijk in geen enkele discipline te vangen. Een van de medewerkers aan deze bundel opstellen schetst de Van-den-Berg-paradox als volgt: "De stilistische, esthetische kracht van zijn werk blijkt groot. Wie begint te lezen houdt niet op, leest geboeid verder en raakt in de ban van het betoog. Wie een boek echter uit heeft, blijft achter met een ongemakkelijke vraag: 'is het wel waar wat ik las?'" Enkelen van de auteurs lijken zich zelfs af te vragen of het wel juist is Van den Bergs werk als 'non-fictie' te beschouwen.

Van den Berg is vooral bekend geworden door het begrip 'metabletica', een term die hij zelf heeft uitgevonden en die zoveel betekent als 'de leer der veranderingen'. Hij is sterk beïnvloed door het fenomenologische denken en keert zich in zijn werk vooral tegen allerlei determinismen die de psychologie zijn binnengedrongen zoals dat van de psychoanalyticus Freud en de fysioloog Pavlov. Voor hem is de mens noch een 'product' van het verleden, noch van de toekomst. De mens "is vóór alles mogelijkheid. Zijn levensgeschiedenis is open, discontinu. Hij is 'geschiedenis' door het contact met 'het andere', dat hij als 'het nieuwe' kan aanvaarden of weigeren" (p. 74).

De beste kennismaking met het denken van Van den Berg is waarschijnlijk diens eigen bijdrage aan dit boek. Schoorvoetend blijkbaar, heeft de oude meester op metabletische wijze en in zijn bekende meeslepende stijl de groei van zijn denken beschreven. Het begint met een ervaring op zijn 21e verjaardag als hij een boekje in handen krijgt waarin een verband gelegd wordt tussen de ontdekking van de bloedsomloop door William Harvey en de Barok. "Ik voelde mij als door de bliksem getroffen." Hij noemt het zijn eerste metabletische ervaring. Waarom? "Omdat, wat in mijn jeugdige ogen geen verband (...) kon hebben, toch samenhang, en wel (...) vanwege de gelijktijdigheid" (p. 12). Hij spreekt van 'heterologe synchronismen', gelijktijdigheden die niet

dezelfde zaak betreffen, bijvoorbeeld Harveys bloedsomloop en de devotie tot het Heilig Hart van Jezus. Die gelijktijdigheid is niet toevallig. Met zijn onnavolgbare stijl verleidt Van den Berg zijn lezers om met hem de verbanden te zien.

Een andere fundamentele gedachte in zijn denken illustreert hij aan de hand van een citaat van Pascal: "Les petites choses dont ma vie est faite". Kleine verborgen zaken zijn even belangrijk, wanneer we veranderingen willen begrijpen als veldslagen, revoluties en grote ontdekkingen. Grootse ideeën, nieuwe theorieën en politieke omwentelingen vinden hun oorsprong in de huishoudelijke en psychische ervaringen en chemische processen van hun grondleggers. Een voorbeeld, dat overigens niet door Van den Berg geciteerd wordt, is de opmerking van de Britse historicus Manchester dat Luther zijn inzicht *sola fide* ('door geloof alleen') gekregen zou hebben tijdens een moeizame stoelgang op de wc van het klooster in Wittenberg. De tegenstelling tussen zijn pijnlijke en onwillige onderlichaam en zijn verheven gedachten zouden hem op dat moment het beslissende inzicht hebben opgeleverd.

Of bovenstaande anekdote echt gebeurd is, doet eigenlijk niet meer terzake. Het zou gebeurd kunnen zijn. En daarmee kan de grote bijdrage van Van den Berg aan ons denken mijns inziens getypeerd worden: Het zou waar kunnen zijn wat hij schrijft, maar bewezen kan het niet worden en dat irriteert de strenge wetenschappers, waarvan er sommigen in deze bundel hebben geschreven.

Het boek bevat naast de beschouwing van Van den Berg zelf vijf kritische commentaren door een filosoof/psychiater (A.W.M. Mooij), een historicus (M.B. Pranger), een historisch psycholoog (W. van Hoorn), een filosoof/historicus (J.A. van Belzen) en een socioloog (L. Laeyendecker). De aanleiding voor deze bundel was het verschijnen van Van den Bergs laatste boek *Metabologica van God*. Hun opmerkingen komen in grote lijnen overeen met wat hierboven reeds is gezegd: Van den Berg is een originele denker, een knappe schrijver en nog veel meer, maar wat hij denkt en schrijft is noch bewijsbaar, noch weerlegbaar.

Voor de medische antropologie is vooral zijn tweedelige studie over het menselijk lichaam interessant. De grote provocatie van deze studie, die in 1959 en 1961 verscheen, was dat daarin de mening gelanceerd werd dat niet alleen de opvattingen en visies op het menselijk lichaam door de eeuwen veranderd zijn, maar dat ook het lichaam zelf, naar zijn stoffelijkheid, belangrijke veranderingen heeft ondergaan. Voor Van den Berg is het onjuist te spreken van een *zijn* dat er eerst zou zijn en gevolgd wordt door een *zien*. Zijn en zien zijn één, zegt hij de filosoof Berkeley na. Een 'gekwadrateerde fenomenologie', volgens zijn oud-leerling Van Hoorn die hem van 'Spielerei' en 'naïef realisme' beticht; "gegoochel met woorden".

Over Van den Berg raakt men niet uitgesproken. Hij betovert en irriteert. Ik beschouw hem als een post-modernist avant la lettre, en juist omdat hij 'avant la lettre' was, is hij onweerstaanbaar. Zijn betogen zijn gedachtenexperimenten die niemand onberoerd kunnen laten, ook niet de schrijvers van deze bundel. Hij is een poët onder de wetenschappers. Zijn grootste aantrekkingskracht ligt voor mij in zijn radicale relativisme zoals dat tot uiting komt in zijn verzet tegen hodie-centrisme. Wat me het meest verbaast – en teleurstelt – is dat hij nauwelijks inspiratie gevonden lijkt te hebben in het cultuurrelativisme van antropologen, iets wat hij gemeen heeft met zijn tijdgenoot (en

geestverwant?) Buytendijk. Over gelijktijdigheid gesproken! De bijdragen in deze bundel bieden ondanks hun kritische stellingname een goede inleiding in het denken van Van den Berg.

Sjaak van der Geest

German E. Berrios, *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, 565 pp. £ 40 (paperback), £ 110 (hard cover).

Voor mij ligt een indrukwekkend boek. Op de eover staat een foto waarop men artsen en verpleegkundigen van een krankzinnigengesticht (zoals dat destijds werd genoemd) ziet: ernstige, degelijke mensen, in het wit. Op de achtergrond een traliehek: La Salpêtrière rond 1920, het beroemde gekkenhuis in Parijs, waar Chaslin zijn theorie over bewustzijnsstoornissen uitwerkte. Op de voorgrond drie artsen, waaronder Chaslin, daarachter enigszins potige verpleegsters, waaraan je ziet dat er door patiënten niet mee te spotten valt. Die foto herinnert aan een omslag in het denken binnen de 'zielskunde': profilering van de psychiatrie als 'harde' wetenschap, onderzoek, experimenten, verrijning van de nosologie. Dat laatste vooral.

Psychiatrie is een beschrijvende discipline (evenals veel van de antropologie). Met die gedachte als achtergrond vindt de auteur het noodzakelijk dat mensen uit de psychiatrische praktijk begrijpen hoe de taal van de psychiatrie tot stand is gekomen. Berrios is een psychiater én een historicus. Hij laat in dit lijvige werk zien hoe de descriptieve categorieën van de psychopathologie zich hebben ontwikkeld in relatie tot de psychologische en filosofische context van de tijd waarin ze zijn ontstaan.

Het boek is niet in korte tijd tot stand gekomen. Vijfentwintig jaar heeft de auteur erover gedaan. Het boek beslaat dan ook twee eeuwen geschiedenis van Franse, Duitse, Italiaanse, Spaanse en Engelse primaire bronnen. De reden dat het boek vooral de geschiedenis van de psychopathologie vanaf de negentiende eeuw beschrijft, is dat er in die tijd een breuk in het 'discours' binnen de psychiatrie was, een vrij radicale omslag. De psychiaters en wetenschappers, waarvan in dit boek sprake is, werden – volgens de auteur – geconfronteerd met problematiek die in ernst alles overtrof. Organische stoornissen en de dood waren onder hun patiënten heel gewoon. Dat stelde hen in staat post-mortem 'zekerheden' omtrent de diagnose te verkrijgen. Zij werden niet geconfronteerd met het probleem van de huidige onderzoekers. Er waren hersenen genoeg beschikbaar voor onderzoek.

Er zijn vier perspectieven van waaruit de geschiedenis van de symptomatologie in de negentiende eeuw te beschouwen is: de descriptieve psychopathologie, de etiologische theorie, de pathogenese en de taxonomie. Berrios houdt zich in zijn boek uitsluitend bezig met de descriptieve psychopathologie. Dit is het beschrijvend systeem dat werd ontwikkeld om abnormaal gedrag te beschrijven. Het duurde honderd jaar – vanaf het eerste decennium van de vorige eeuw tot kort voor de Tweede Wereldoorlog – voordat het systeem compleet was. Voor Berrios is de vraag hoe negentiende-eeuwse psychiaters erin slaagden een relatief stabiel systeem te ontwikkelen op basis van hun

observaties in ziekenhuizen. Zes factoren hebben daaraan bijgedragen: de behoeften van de ziekenhuispsychiaters; de beschikbaarheid van psychologische theorieën die de beschrijvingen konden ondersteunen; de veranderde opvattingen over tekens en symptomen in de geneeskunde; de introductie van subjectieve symptomatologie; het gebruik van tijd als context van de aandoeningen en de ontwikkeling van kwantitatieve perspectieven. De huidige descriptieve psychopathologie berust op de negentiende-eeuwse beschrijvingen van melancholia, mania, frenitis, delirium, paranoïa, lethargie, carus en dementie, categorieën die laten werden uitgesplitst en verfijnd.

Berrios behandelt heel systematisch de verschillende stoornissen, die hij heeft ingedeeld in cognitieve en bewustzijnsstoornissen, stemmings- en emotionele stoornissen, wils- en handelingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Het voert te ver om de beschrijvingen van alle stoornissen samen te vatten. In zeventien hoofdstukken toont de auteur de ontstaansgeschiedenis van descriptieve psychopathologie in verschillende Europese landen. Hij laat zien hoe nationale aspecten van invloed zijn geweest op de beschrijvingen van de psychopathologie. Europese psychiatrische wetenschap heeft zich voornamelijk bezig gehouden met de beschrijving van de vorm van de symptomen. Zo zijn het horen van stemmen of het hebben van visioenen beide voorbeelden van hallucinaties.

Ik zal een voorbeeld bespreken om een idee te geven van de werkwijze van Berrios. Dit voorbeeld betreft depressie. Depressie komt aan bod in het deel over affectieve stoornissen. In het begin van de negentiende eeuw werd het niet omschreven als melancholia, maar als vaped, spleen of hypochondria. Melancholia was een verzamelterm voor toestanden van gekte met slechts enkele wanen. Na 1820 echter besloot men dat melancholia geen juiste term was voor de aandoeningen met wanen. Melancholia was eerder een emotionele stoornis en werd voortaan depressie genoemd, een term die gebruikelijk was in de cardiologie van het midden van de negentiende eeuw. Depressie werd gedefinieerd als een toestand tegengesteld aan opgewondenheid, een reductie van activiteiten.

Tegen het einde van de negentiende eeuw werd depressie beschreven als een toestand die wordt gekenmerkt door vermindering van de geestkracht, gebrek aan moed en initiatief en een neiging naar sombere gedachten. In een bekend geschrift omschreef Savage melancholia als een toestand van mentale depressie. Vervolgens werd de categorie depressie langzaam uitgebreid met symptomen en toestanden. Kraepelin gebruikte de term als adjectief: depressieve toestanden, waaronder allerlei vormen van melancholia vielen. Omdat depressieve toestanden ook in andere psychische stoornissen werden gevonden, was er onenigheid in het kamp van de klinische psychiatrie. Het was Kraepelin die de knoop doorhakte in de achtste editie van zijn tekstboek met een veelomvattend concept van depressie. Na 1910 is de geschiedenis van affectieve stoornissen eigenlijk niets anders dan de analyse van de fragmentatie van Kraepelins idee over melancholia en depressiviteit, volgens Berrios.

De periode vanaf Esquirol tot en met Kraepelin werd voor wat betreft affectieve stoornissen gekenmerkt door zeven vooronderstellingen: affectieve stoornissen behoren tot de *primaire pathologie van het affect*; de stoornissen hebben een *stabiele psychopathologie*; ze zijn in de hersenen op te sporen; ze zijn periodiek; ze zijn genetisch

van oorsprong; ze doen zich voor in mensen met een zekere predispositie en ze zijn endogeen van aard. Berrios werkt elke vooronderstelling uit, bespreekt de nationale verschillen in beschrijving, de controversen tussen de klinisch psychiaters, en verschillende bekende persoonlijkheden op het terrein van de psychopathologie, zoals Kraepelin, Cotard, Dreyfus, Prichard, die een bijdrage aan de descriptieve psychopathologie hebben geleverd.

In het gedeelte over affectieve stoornissen beschrijft Berrios de oorsprong van depressieve toestanden en de manier waarop deze werden gecombineerd met 'mania'. Het deel brengt in kaart hoe het proces in de Duitse, Franse en Britse psychiatrie zich heeft voltrokken. Het bestudeert de geschiedenis van de involutionele melancholie en evalueert het empirisch bewijs waarop Kraepelin zijn beslissing baseerde om het depressieve syndroom onder de kop 'manisch-depressieve stoornis' te plaatsen. Berrios laat ook zien hoe de eensgezindheid over mania en melancholia na 1910 verdween. De belangrijkste factor die hieraan bijdroeg, was de toename in de omvang en variantie van de patiëntendatabase. Gevalsbeschrijvingen van ziekenhuispatiënten met ernstige, vaak chronische aandoeningen en fysieke complicaties werden aangevuld met gevalsbeschrijvingen van patiënten in privépraktijken, mensen die buiten de klinieken om werden behandeld, en mensen die werden beschreven als depressief door psychoanalitici. Berrios eindigt met de conclusie dat de huidige diagnostische categorieën niet volledig zijn ontsnapt aan de invloed van de negentiende-eeuwse gezichtspunten.

Na de beschrijving en de analyse van de verschillende categorieën psychiatrische aandoeningen eindigt het boek vrij abrupt met suïcide en automutilatie. Er is geen concluderend hoofdstuk of geen samenvatting van de ontwikkelingen in de negentiende-eeuwse psychiatrie. Dat laat de lezer achter met een veelheid van beschrijvingen en feiten, waar hij of zij zelf maar een conclusie uit moet trekken. Het boek is een beschrijving van een beschrijving. Het draagt gegevens aan, discussies die over symptomatologie zijn gevoerd, wetenschappelijke debatten en onenigheden, beschrijvingen van de daden van beroemde psychiaters, maar komt niet met een eindoordeel. Dat is jammer, want zo'n omvangrijk werk vergt toch een synthese.

Het boek van Berrios is interessant voor degenen die zich in detail willen verdiepen in de ontwikkeling van de descriptieve psychopathologie. Zij vinden een schat aan gegevens en materiaal. Maar na lezing blijf ik achter met het gevoel dat – ondanks de omvang – het boek nog niet af is. Ik mis een beschrijving en analyse van de maatschappelijke en culturele context waarin de gedachten van de genoemde, ons bekende psychiatrische wetenschappers tot stand zijn gekomen. Gedachten ontstaan immers niet in een vacuüm. Ze zijn verbonden met de tijdgeest. Niettemin biedt het boek voor geïnteresseerden een fascinerend inzicht in de subjectieve aard van psychische ziekten en in de aard van de ideeën van Britse, Amerikaanse en continentale wetenschappers die hebben geprobeerd om ze te verduidelijken en te definiëren. Voor psychiaters een 'must', voor antropologen een rijke bron voor een analyse over de ontwikkeling van de psychiatrische classificatie. Maar bovenal is het interessant te lezen dat de echo's van de vorige eeuw nog doorklinken in de hedendaagse psychiatrie, die hard op weg is een 'harde' wetenschap te worden.

Els van Dongen

Renate Franke, *Vom Leiden zum Heilen. Über das kreative Potential im Heilerberuf*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997. 241 pp. DM 36,00.

Het onvermogen om te lijden vermindert de kwaliteit van het helen. Of deze omkering van *Vom Leiden zum Heilen: Über das kreative Potential im Heilerberuf* valide is, weet ik niet, maar het maakt in ieder geval een rode draad van dit boek zichtbaar. Het is geen gemakkelijk boek. De boodschap is echter zeer actueel. Sommige delen lezen makkelijk, maar het kost soms ook moeite de onderlinge samenhang te pakken. De professionele positie en een korte biografie van de schrijver ontbreken jammer genoeg. Het had de samenhang van het boek verhelderd. Franke is psycholoog-psychotherapeut; het boek is de bewerking van haar proefschrift. Haar opzet is in haar klinische en onderzoekswerk oude helende tradities terug te brengen.

Het betoog begint met het concept van de 'gewonde genezer'. Volgens de Griekse mythologie droeg de centaur Chiron de kunst van het genezen, van de muziek en van het jagen over aan Asklepios en Herakles. De laatste verwondt echter Chiron per ongeluk met een giftige pijl. De centaur geeft vervolgens zijn onsterfelijkheid door aan Prometheus om in de dood verlichting te vinden voor de ondraaglijke pijnen door de 'eeuwige wond'. De 'gewonde genezer' komt in de mythologie van vele culturen voor. Jung ontwikkelde zelfs een 'Archetype des verwundeten Heilers'. Ook (medisch) antropologen gebruiken dit concept. Een niet te helen wond kan een belangrijke factor zijn bij de keuze om een 'helende' loopbaan te volgen, als genezer, arts, therapeut of als iemand die anderen emotioneel en sociaal begeleidt. Franke vat het concept van 'Heiler' breder op dan gebruikelijk in onze gemedicaliseerde wereld. Ook een manager kan een genezer zijn in zijn werk.

Het eerste deel van het boek behandelt drie psychoanalytici en psychotherapeuten: Frankl, Ferenczi en Erickson. Aan de hand van hun levensgeschiedenissen probeert Franke een verband te leggen tussen hun 'lijdende ervaringen' en hun 'helende kwaliteiten'. Hoewel lang niet alles waterdicht is en de biografieën af en toe schreeuwen om een verdere uitwerking, maakt Franke toch plausibel dat er een verband is tussen bijvoorbeeld de Joodse geschiedenis, de Shoah, en de therapeutische expertise van Frankl en Ferenczi. De lange onderdrukte realiteit van de Joodse cultuur in de diaspora in Europa heeft eigen vormen van sensibiliteit, van intuïtie, van empathie voortgebracht. Ook de vaardigheid om veel en intensief over het 'waargenomene' te communiceren is verbonden met hun leven gedurende eeuwen in vijandige omgevingen. De relatief grote continuïteit van cultuuroverdracht heeft deze eigenschappen en vaardigheden nog eens uitvergroot. Naast de historische-culturele invloeden noemt Franke ook familie-invloeden. Zo heeft bij Ferenczi een sterk gemis aan ouderlijke affectie zijn leven als therapeut belangrijk beïnvloedt.

Het tweede deel poogt het persoonlijke lijden van de drie therapeuten in een breder historisch en cultuurvergelijkend verband te plaatsen. Franke baseert zich aan de ene kant op de nog steeds springlevende sjamanistische traditie van genezers zoals haar begeleider, de filosoof-methodoloog Chaviers, die doceert. "Schamanen erkannten schon vor langer Zeit, das Menschen ohne Lebenssinn erkrankten. (...) 'Seelenverlust' ist die schwerwiegendste Diagnose im schamanistischen System und wird vom

Schamanen als Hauptursache von Krankheit und Tod betrachtet" (p. 43). Aan de andere kant knoopt zij aan bij Illich in zijn cultuurkritiek op de westerse geneeskunst. "Alles ist machbar durch Naturwissenschaft, Medikamente und Apparate. (...) Die Menschen verlernen es, das Leiden als unvermeidlichen Teil ihrer bewussten Auseinandersetzung mit der Realität zu akzeptieren, und sie lernen, jeder Schmerz als Zeichen ihres Bedürfnisses nach Schonung und Rücksichtnahme zu deuten. (...) Die Medikalisierung läst jedes kulturelle Programm der Schmerzbewältigung auf" (p. 45). In deze citaten komt de opvatting van Franke over het moderne lijden en genezen het duidelijkst naar voren. Het doorwerkte lijden bepaalt de kwaliteit van het genezen.

Als psychotherapeute volgt Franke de biografische en narratieve methode. Voor haar is deze wijze van ondervragen en vertellen een zeer oude genezende traditie die onder meer in Keltische cultuurpatronen geworteld is. Zij ondervroeg artsen, psychotherapeuten, managers en alternatieve genezers met deze interviewtechniek naar hun levensgeschiedenis en de samenhang met hun huidige werk. Narratieve interviews zijn vertelde levensgeschiedenissen. De sociale betrekking tussen de interviewer en de geïnterviewde vormt de kern van het interview. Door specifieke interventies en gerichte vragen kan de therapeut/interviewer nieuwe 'vertelruimtes' mee helpen scheppen. Daardoor kan het zelfbeeld van de ondervraagde veranderen. Na een autobiografische beginsessie volgen sessies waarin het vertelproces op gang wordt gebracht en gehouden. Daarna volgen sessies waarin de ondervraagde zijn eigen theoreticus wordt. Het biografische en narratieve interview is een gemeenschappelijk product van de deelnemers. Daarin vindt zowel een gedifferentieerde reconstructie als een scheppend proces plaats. Hierin kan een nieuw beeld van de samenhang tussen lichamelijke, geestelijke en 'seelische' klachten in het lijden ontstaan.

Franke plaatst het vermogen om het lijden te 'transformeren' centraal in de analyse van de interviews. Transformeren is de kern van een door Chavers ontwikkelde methode, die zowel in de sociotherapie, de psychotherapie en het bedrijfsleven, als in het dagelijks sociale leven is te gebruiken. Bij Chavers is 'helen' veranderen ofwel transformeren tot je erbij neervalt. Om niet de fouten van ouders en/of grootouders te herhalen is een reconstructie van de persoonlijke én de familiegeschiedenis nodig. Je kunt ook de fouten van de vorige generatie herhalen of blijven steken in scepticisme, cynisme en zelfs morbiditeit. Door de levensgeschiedenis op een bepaalde 'narratieve' manier te vertellen vindt een therapeutisch proces plaats waardoor transformaties op gang worden gebracht die in het dagelijks leven verder uit te werken zijn.

Chavers onderscheidt drie fasen in een transformatie. Allereerst de analytische fase. Anamnese en dynamische diagnose van de culturele, sociale, familiale persoonlijkheidsstructuren en de daarin naar voren komende spanningsvelden. In de synthetische fase worden nieuwe samenhangen gemaakt. Het is de constructieve periode. Ten slotte vindt in de dialectische fase de omzetting plaats waaraan werd gewerkt. Het is de verwerkelijking van de eigen potenties in beroep, relatie, sport. Geblokeerde energie wordt ontkoppeld en kan creatieve en expressieve vormen krijgen, onder andere op genezend gebied als therapeut. De drie casussen van de psychotherapeuten én de negen ondervraagde proefpersonen geven een idee hoe positieve transformaties verlopen. In ons dagelijks leven vinden vele negatieve transfor-

maties plaats. Mensen die sceptisch, cynisch zijn en geen geloof (meer) hebben dat hun leven echt kan veranderen, neigen te stoppen met bewust te veranderen. Het maakt toch niets uit, verlies aan levenslust, ambities en zingeving en verlies aan reflectie op dagelijks leven en handelen op langere termijn. Dit is de voedingsbodem voor negatieve transformaties zoals bijvoorbeeld de grote cultivering van het moment: de kick. Ook allerlei (milde) verslavingsvormen zoals roken, zoetigheid, alcohol, televisie kijken, twee keer per jaar op vakantie gaan zijn als negatieve transformaties te zien. Niet echt willen veranderen vormt de kern.

Het boek is de moeite waard om te lezen. Hoewel niet geschreven als antropologische studie brengt het de antropologie dicht bij huis. Het bracht bij mij de volgende, geenszins nieuwe, gedachten boven. De biomedische dominantie heeft bijna alle genees- en heilkundes gemonopoliseerd. De veel oudere traditionele heilkundes, bijvoorbeeld de kruidendokters en handopleggers in Brabant, zijn, in tegenstelling tot genezers in Ghana en Swaziland, nog nauwelijks onderzocht door medisch antropologen. Het feit dat deze tradities de kerk en de medische wetenschap hebben overleefd zou al voldoende interesse moeten wekken.

Franke bewerkt een psychotherapeutisch gebied. Haar onderwerp en benadering zijn vernieuwend, waardoor enkele aspecten van de methodiek onvoldoende uitgewerkt lijken. Omdat zij echter door het hele boek heen voldoende de innovatieve potentie van haar benadering laat zien bleef ik geïnteresseerd. Zij geeft een interessante aanzet voor een sociogenese van de relatie tussen psychoanalyse en psychotherapie met de mijdingsgeschiedenis van geweld in de Joodse cultuur in Europa.

De weergave en analyse van de interviews nemen meer dan de helft van het boek in beslag en bevatten een schat aan gegevens. Zij ziet in posities van de ondervraagden in hun ouderlijk gezin, in grootmoeders van boerenafkomst, in de aanwezigheid van verborgen familiegeheimen aanwijzingen voor de beroepskeuzes van genceskundigen, therapeuten en andere genezers. Een krachtiger wisselwerking tussen de antropologische participerende, biografische en interviewtradities en de therapeutische en klinische tradities van de psychologie zou de analyse van de interviews kunnen verrijken. Franke's manier van werken verdient bijzondere aandacht bij de huidige interculturalisering van de (geestelijke) gezondheidszorg.

Dirck van Bekkum

Ad Goethals, Tony Hak & Paul ten Have (red.), *Kwalitatieve medische sociologie*. Amsterdam: SISWO, 1997. 217 pp., tabellen, f 27,50.

Kwalitatieve medische sociologie kwam tot stand op initiatief van de Studiegroep Kwalitatieve Medische Sociologie. In een inleidend hoofdstuk geeft de redactie een antwoord op algemene vragen omtrent de aard, doelstelling, resultaten en positie van kwalitatief medisch-sociologisch onderzoek. Er wordt betoogd dat kwalitatief onderzoek "bij uitstek geschikt is om de inherente logica van het samen-leven van mensen te bestuderen, als aanvulling op, en vooral ook ter correctie van globale, geïdealiseerde (professionele en bestuurlijke) kennis. Het aan die globale kennis inherente morele

simplisme kan daarbij worden vervangen door concreet inzicht in hoe mensen hun leven en werken vormgeven" (p. 10).

Het kwalitatieve onderzoeksdomein heeft drie grote aandachtsgebieden, te weten: het diepgaand onderzoeken van het perspectief van personen, het uitdiepen van de sociale context waarbinnen een bepaald fenomeen zich voordoet en het bestuderen van procedures, protocollen en besluitvorming. De redactie gebruikt een vergelijkbare indeling in het boek en grijpt deze aan om de meerwaarde van kwalitatief onderzoek aan te tonen. Er worden drie categorieën onderscheiden, te weten: perspectiefonderzoek, arena-onderzoek en procedureel onderzoek. Perspectiefonderzoek wordt voorgesteld als onderzoek waarbij een exploratie plaatsvindt van de kijk van een categorie mensen. In het arena-onderzoek wordt daarentegen een bepaald veld in ontwikkeling beschreven, waarin verschillende categorieën deelnemers met elkaar verweven zijn. Bij de derde categorie gaat het om een analyse van sociaal georganiseerde activiteiten in een bepaalde setting, waarbij vaak verschillende categorieën deelnemers betrokken zijn. Het onderscheid tussen de teksten met betrekking tot de verschillende categorieën is twijfelachtig en vaag. De teksten die volgens de redactie behoren bij het arena-onderzoek, handelen over onderzoeken waarbij het perspectief van mensen nader belicht wordt en leunen dus tegen het perspectiefonderzoek. Verder is er in het boek geen goed voorbeeld opgenomen van procedureel onderzoek. De bijdragen behorende bij het procedureel onderzoek benaderen dit onderzoek, maar handelen enkel over teksten. Er kunnen daarom vraagtekens worden gesteld bij het gebruik, het nut en de duidelijkheid van de voorgestelde categorieën in het boek.

De inleiding eindigt met de constatering dat de positie van het kwalitatief medisch-sociologisch onderzoek niet rooskleurig is. Dit is deels terug te voeren op het feit dat kwalitatief onderzoek weliswaar eigen kwaliteitscriteria heeft, maar nog steeds beoordeeld wordt met criteria ontleend aan kwantitatief onderzoek, zoals generaliseerbaarheid, betrouwbaarheid en geldigheid. "De grootste handicap is dat kwalitatief onderzoek niet past binnen het dominante wetenschapsmodel en daarom niet met de criteria daarvan kan worden beoordeeld. Kwalitatief medisch-sociologisch onderzoek kan op zijn eigen wijze aan de eisen van wetenschappelijkheid voldoen, maar lang niet iedereen is hiervan overtuigd" (p. 15).

De redactie wil daarom de relevantie van kwalitatief onderzoek op het terrein van ziekte en gezondheid aantonen en zodoende zijn positie verbeteren. Dat dit nodig is, blijkt uit het, overigens saaie, stuk van Hak. Er wordt (te) weinig kwalitatief medisch-sociologisch materiaal gepubliceerd in medische tijdschriften. Een aantal vooroordelen over kwalitatief onderzoek ligt hieraan ten grondslag, in combinatie met het gegeven dat kwalitatieve onderzoekers zelden manuscripten opsturen naar medische tijdschriften. Verder wil het boek laten zien hoe kwalitatief onderzoek ons in staat stelt meer begrip te ontwikkelen voor de manier waarop mensen hun leven vorm geven, wanneer zij geconfronteerd worden met ziekte, handicap of andersoortige tegenslag.

Een aantal bijdragen is in deze dubbele opdracht goed geslaagd. Zo is de bijdrage van Anne Eland, Tony Hak en Liesbeth Vollemans, *Schuld en schaamte bij heroïnegebruikers*. Aan de hand van interviews met heroïnegebruikers is nagegaan hoe zij zelf over hun bestaan spreken. Veel van wat zij zeggen past in de metafoor van de neer-

gaande spiraal. Het viel de onderzoekers op dat de geïnterviewde gebruikers niet hun morele standaarden bleken te verliezen, maar het vermogen om hun gedrag hiermee overeen te laten stemmen. Dit kwam het duidelijkst naar voren in de schaamte over betrokkenheid bij criminele activiteiten en familiaal isolement. Deze bijdrage heeft een uitgebreide beschrijving van de methode van dataverzameling, omdat het interviewen van heroïnegebruikers, met name degenen die geen contact hebben met de drugshulpverlening, in een aantal opzichten afwijkt van het gebruikelijke sociaal-wetenschappelijke interview. Fragmenten uit veldnotities en interviews laten de lezer meekijken met de onderzoekers, waarna in een discussie ingegaan wordt op de complexe verhouding tussen normovertreding, controle, zelfbeeld, trots en schaamte. De conclusie is overtuigend. Kwalitatief onderzoek kan een basis vormen voor overheidsbeleid.

Conny Pronk, Gerold Moltzer en Marylee van der Meulen schreven *Over mensen die mensen die leven met een kunstgebit. Interviews met 'tevreden' en 'ontevreden' prothesepatiënten*. Kunstgebitten zijn voor de tandheelkunde, als wetenschap en als professie, onderzoeksobject voor wat de ontwikkeling van technische aspecten van protheses betreft. Er is tot op heden nauwelijks aandacht besteed aan de emotionele ervaringen en de subjectieve gezichtspunten van patiënten met een kunstgebit. Dit hoofdstuk brengt verslag uit onderzoek naar het dragen van een kunstgebit als een sociaal verschijnsel. Uit eerder onderzoek bleek dat er tevreden en ontevreden prothesepatiënten zijn. Na de interviews komt naar voren dat ze moeilijk te onderscheiden zijn en dat mensen die in eerder onderzoek tevreden genoemd werden, geen van allen 'echt' tevreden zijn. Alle ondervraagden ondervonden bovendien problemen in hun sociale contacten, een gegeven dat uit kwantitatief onderzoek niet boven water was gekomen. De schrijvers constateren dan ook dat een continuering van kwalitatief onderzoek op tandheelkundig gebied gewenst is.

Anne-Mei The verhaalt in *Op zoek naar een juiste balans over haar werkveldervaringen als cultureel antropologe in een ziekenhuis*. Daar volgde zij gedurende twee jaar patiënten met longkanker. Kritiek op kwalitatieve onderzoeksmethoden handelt vaak over een gebrek aan objectiviteit, omdat onderzoekers een te grote betrokkenheid vertonen met de te onderzoeken situatie. Echter, in dit stuk laat The op een overtuigende manier zien dat door emotionele betrokkenheid het (enigszins) mogelijk wordt mee te leven en te voelen met de terminaal zieke. Een betrokken (kwalitatieve) onderzoeksbenadering maakt het, in tegenstelling tot een afstandelijke (kwantitatieve), mogelijk dat er niet alleen gegevens, maar ook emoties, inzichten en ervaringen worden verzameld. Het meeleven met de zieke is voor de onderzoeker niet altijd even gemakkelijk en wordt beschreven als een leerproces om te gaan met distantie en betrokkenheid. Een aangrijpend stuk dat kwalitatieve onderzoekers inzicht biedt in hun rol als onderzoeker.

In de hierboven beschreven hoofdstukken werd duidelijk dat kwalitatief onderzoek inzichten naar boven brengt die kwantitatief onderzoek niet belicht. Zo werden verschillende aanbevelingen voor verder onderzoek vermeld, maar ook inzichten voor overheidsbeleid en andere kwalitatieve onderzoekers. Deze hoofdstukken voldoen aan de doelstelling van het boek en maken het belang van kwalitatief onderzoek duidelijk.

Andere auteurs zijn maar gedeeltelijk in die opzet geslaagd. AnneLoes van Staa en Gerdy Weustink schreven een mooie bijdrage, maar zijn er niet in geslaagd te

laten zien wat de bijdrage van kwalitatief onderzoek is. Pietje Verbeek-Heida, maar ook Ate Nievaard schreven een droog verhaal dat de meerwaarde van de kwalitatieve onderzoeksmethodiek niet toont. De bijdrage van Eva Abraham vermeldt in de inleiding dat de bruikbare theorieën niet geheel worden uitgewerkt. Het stuk bevat voornamelijk verwijzingen naar eerder onderzoek, maar van enige theoretische beschouwing of onderbouwing is geen sprake. Ten slotte doet de bijdrage van Inge Varekamp, *De rol die leeftijd speelt bij de beslissing tot niertransplantatie. Een kwalitatief onderzoek naar medische beslissingen onder invloed van schaarste*, afbreuk aan het opzet van dit boek. Varekamp schetst het belang van kwalitatief onderzoek, maar beoordeelt haar eigen resultaten op kwantitatieve merites. De bijdrage heeft een kwantitatieve opbouw waarbij veel aandacht is besteed aan zaken die in kwantitatieve verslaggeving belangrijk geacht worden, zoals een nauwkeurige beschrijving van de methode van data-analyse. Verder eindigt de conclusie met de vraag hoe betrouwbaar en valide de verzamelde data zijn.

In een boek dat zich als taak stelt de positie van het kwalitatief onderzoek te verbeteren, is het jammer dat sommigen zich niet kunnen onttrekken aan de invloed en macht die uitgaat van het kwantitatieve onderzoeksdomein en de bijbehorende kwaliteitscriteria en erkenningseisen. Zolang kwalitatieve onderzoekers de indruk wekken zich te moeten behelpen met kreten ontleend aan dit dominante, gevestigde wetenschapsdomein om hun eigen werk kracht te geven, zolang zal de situatie van kwalitatief medisch-sociologisch onderzoek niet rooskleurig te noemen zijn. Kwalitatief onderzoek moet beoordeeld worden op eigen criteria, door mensen die zelf met kwalitatief onderzoek bezig zijn. Door zich te richten naar de maatstaven van kwantitatieve onderzoekers doet de kwalitatieve onderzoeker zichzelf onrecht aan. Kwalitatief onderzoek moet – eerst en vooral door kwalitatieve onderzoekers zelf – gewaardeerd worden als een discipline 'an sich' met een eigen onderzoekstraditie en niet als aanhangsel van het kwantitatieve veld.

Els Goorman

Christine E. Gottschalk-Batschkus, Judith Schuler & Doris Iding (eds), *Frauen und Gesundheit – Ethnomedizinische Perspektiven / Women and Health – Ethnomedical perspectives*. Themanummer Curare, Zeitschrift für Ethnomedizin/Journal for Ethnomedicine. Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, 1997. 448 pp., tabellen, illustraties. DM 88,00.

Het tijdschrift Curare heeft een speciaal nummer gewijd aan het thema vrouwen en gezondheid vanuit etnomedisch perspectief. Het resultaat is een omvangrijke tweetalige (Duits en Engels) bundel met 52 artikelen geschreven door zeventig auteurs. De ordening van de artikelen is ten dele regionaal en ten dele thematisch. De verdeling is niet gelijkelijk. Zo zijn er twaalf artikelen over Afrika en slechts twee over Zuidoost-Azië en Oceanië; zeven over zwangerschap en geboorte en één over menstruatie. Al lezend ontdekte ik een aantal andere thema's. Deze nieuwe ordening maakte een vergelijking van de bijdragen mogelijk en is leidraad in mijn bespreking.

Een opvallend thema in de bundel is de articulatie van cultuur en gezondheid(szorg). Enerzijds treft men het pleidooi aan voor een meer cultuurgebonden formulering van gezondheidsprojecten (vaak Primary Health Care interventies) en family planning projecten. Anderzijds veroordelen sommige auteurs in hun kritische beschouwingen traditionele praktijken, zoals vrouwenbesnijdenis en 'ontvoering' (*tefala*), die in naam van cultuur in stand worden gehouden en vaak negatieve effecten hebben op de gezondheid van meisjes en vrouwen.

Soms moet er dus respect zijn voor traditie en cultuur, soms moeten deze kritisch hekeken worden. Dit laatste gebeurt vooral in de bijdragen die aandacht besteden aan de genderspecifieke rolverdeling in bepaalde gemeenschappen en landen. Deze studies benadrukken hoeveel taken vrouwen en jonge meisjes moeten combineren en welke verantwoordelijkheden zij als verzorgsters van de familie en de gemeenschap hebben. De genderrol en de relatief lagere status van vrouwen werkt door op hun gezondheid. Scherbaum toont in haar studie aan hoe in Afrika bezuiden de Sahara gender de voedingsstatus van vrouwen negatief beïnvloedt en welke impact dat heeft op de gezondheid van het nageslacht, te beginnen bij een laag geboortegewicht. Hembron laat in zijn bijdrage over India zien dat de rol van 'caretakers of the community' strategisch gebruikt kan worden voor de 'empowerment' van vrouwen.

Het is algemeen bekend, maar vele bijdragen benadrukken dat nogmaals, dat de genderrol vrouwen kwetsbaar maakt. Meermaals wordt er geconstateerd dat vrouwen hun ondergeschikte rol passief ondergaan en dat zij zich niet bewust zijn van hun rechten. Hof en Richters gaan een stap verder in hun vraagstelling. In hun studie over tienerzwangerschappen in Zimbabwe tonen zij aan hoe machtsverschillen tussen de seksen prominent naar voren komen als het gaat om seksualiteit en anticonceptie. Dat is een gebied waarop de rechten van vrouwen met voeten getreden worden. Zij beantwoorden de vraag of de uitsluiting van vrouwen in het besluitvormingsproces rond seksualiteit en anticonceptie een vorm van gendergeweld is, positief. Tegelijkertijd vragen zij zich af of er nog steeds sprake is van gendergeweld als de vrouwen die geen zeggenschap hebben over hun eigen seksualiteit en anticonceptie, dit niet ervaren als inbreuk op hun mentale integriteit. Deze discussie over universalisme en cultuur-relativisme lossen ze mijns inziens op plausibele wijze op, door de consequenties van dit gendergeweld door te trekken naar de potentiële negatieve algehele gezondheidsstatus van de tienermoeders.

Niet alleen de genderrol beïnvloedt de gezondheid van vrouwen negatief, maar vaak ook de sociale en ecologische context waarin velen genoodzaakt zijn te leven. Nkiru Alumanah laat zien hoe armoede, analfabetisme, een niet toereikende infrastructuur voor gezondheid en transport in Nigeria het kader om de slechte gezondheid te benaderen en dus ook te verbeteren. Bangha maakt een zelfde pleidooi op het niveau van het hele gebied bezuiden de Sahara. Vooral in de rurale gebieden laat de infrastructuur te wensen over en is een intersectorale aanpak vereist. Friedrich en Regmi onderschrijven met duidelijk statistische correlaties hoe armoedige leefomstandigheden bijdragen tot een sterk negatief gevoel van welbevinden onder vrouwen in Nepal. Vluchtelingenstatus maakt vrouwen eveneens kwetsbaar en stelt hen bloot aan verschillende vormen van geweld, zoals Groenenberg betoogt.

Een groot deel van het meer toegepaste onderzoek richt zich op de integratie van traditionele geneeskunde en genezers in de reguliere gezondheidszorg. Als voordeel wordt aangegeven dat dit goedkoper is. Nyaoro betoogt dat etnomedische systemen in Kenia 'cost-effective' zijn. Vohora en Vohora geven een uitgebreid overzicht van de voordelen van natuurlijke cosmetica ten opzichte van synthetische schoonheidsartikelen in India. Hemborn laat zien hoe de Munda-vrouwen in India medicinale kruiden kennen en kunnen verbouwen. Zo leveren ze niet alleen een bijdrage aan de gezondheidszorg, maar genereren ook een inkomen. Mbuvi toont welke rol vrouwen spelen als 'traditional medical practitioners' in Kenia; Scheibeler en Schmitt geven aan dat dit ook geldt in Westerse samenlevingen, waar vrouwen de verborgen verzorgsters zijn.

Manneschmidt en Crowshoe beschrijven hoe in Canada traditionele genezeressen van de Blackfoot indianen geïntegreerd worden in het moderne gezondheidssysteem in Canada met het oog op het behoud van inheemse kennis en cultuur. In Nieuw-Zeeland ligt een dergelijke integratie van Maori kennis politiek veel gevoeliger, volgens Binder-Fritz. De integratie van een meer holistische Maori gezondheidsfilosofie in gezondheidscentra van de overheid kan een steun in de rug zijn voor Maori 'leadership'. In een andere context laat Mwangi Kagwanja zien hoe 'traditional birth attendants' in Kenia tweederangs ambtenaren worden als ze gaan werken in de openbare gezondheidssector. Daar mogen ze de tweede viool spelen, naast het medisch geschoolde personeel. Burgos Ligan geeft een uitvoerige analyse van de sociale status van vroedvrouwen in de traditionele Andesgemeenschappen van Peru. Zij spelen een belangrijke rol tijdens rituelen, bemiddelen tussen het bovennatuurlijke en het wereldlijke en zijn te zien als de vrouwelijke tegenhanger van de sjamanen. Als zij in gezondheidsprojecten slechts eenzijdig als vroedvrouwen worden ingezet, schaadt dit hun status.

Traditionele geneeskunde is ook toe te passen in de regionale gezondheidszorg voor vluchtelingen in Oost-Afrika, waar humanitaire hulporganisaties geen toegang hebben. Harrell-Bond en Van Damme geven aan hoe hiermee financiële middelen gespaard kunnen worden. Ze waarschuwen echter ook voor het 'blinde' winstbejag van traditionele genezers die de chaotische situatie uitbuiten. Nyakabwa betoogt dat om redenen van kosteneffectiviteit en toegankelijkheid traditionele geneeswijzen en genezers ingezet zouden kunnen worden in Oeganda ter bestrijding van Aids en ter verzorging van Aids-patiënten.

Twee artikelen behandelen de negatieve uitwerking van religie op het fysieke en mentale welzijn van vrouwen. De Nederlandse theologe Inbens-Fransen betoogt hoe het patriarchale Godsbeeld als legitimatie opgevoerd wordt van verkrachting en incest. Kort samengevat blijken vrouwen de idee te hebben geïnternaliseerd dat alles wat van God komt, goed is. Als God incest of verkrachting toestaat, dan zal dat wel goed zijn. Föllmer, een Duitse gynaecoloog gaat in op de geringe vrijheid en beslissingsmogelijkheden van Libische vrouwen en hoe dat doorwerkt in hun (gynaecologische) aandoeningen en algeheel welbevinden.

Een aantal bijdragen is meer antropologisch van aard. Zo gaat Langeveld in op de rol van maskers in de Casamance, Senegal. Deze maskers bieden bescherming tegen boze krachten die de dood van pasgeborenen veroorzaken. Veth beschrijft hoe vrouwen in Frans-Guyana de maancultus gebruiken om hun eigen vruchtbaarheid en die van het

land te beïnvloeden. Heineman geeft ons een kijkje in de matrilineaire samenleving van Palau, een recente onafhankelijke republiek in Oceanië. Een fysiek gebrek of handicap schrijft men daar toe aan de belediging van een God-totem. De gemeenschap in haar geheel moet God weer goed stemmen en in die zin is het christelijke individuele schuldgevoel nog niet helemaal doorgedrongen. In Ecuador, daarentegen, stelt Denzler vast dat de westerse eenheidscultuur lokale tradities verdringt en dat veranderde genderrollen vrouwen confronteren met een nieuwe vorm van bestaansonzekerheid.

Nöbauer hanteert een filosofisch perspectief gebaseerd op concepten van Foucault met betrekking tot controle over het lichaam. Zij vraagt zich af of Hausa vrouwen die deelnemen aan de Bori-cultus niet eerder geneigd zijn om hun sociale en politieke lijden te somatiseren dan te psychologiseren. Met andere woorden, in hoeverre hanteren zij een somatische tactiek om met psychische problemen overweg te kunnen? Obrist van Eeuwijk is naast Nöbauer een van de weinigen in deze bundel die een theoretische verhandeling presenteert. Zij werkt in navolging van Franse en Britse sociologen het begrip gezondheid uit. Hoe vrouwen gezondheid definiëren is een combinatie van een 'public discourse' over fysiek en mentaal welzijn en idiosyncratische geloofsvoorstellingen. Aan de hand van door Herzlich uitgewerkte typologieën van gezondheid analyseert zij haar materiaal uit Tanzania.

Een paar studies zijn gewijd aan de gezondheidssituatie van, vooral Turkse, migranten in Europa. Berg vraagt zich af waarom de gezondheidstoestand van Turkse migranten na dertig jaar nog steeds slechter is dan die van Duitsers uit dezelfde sociale laag. Geringe participatie aan prenatale zorg, vage klachten, cultuurgebonden uitleg en definitie van symptomen die leiden tot communicatieproblemen tijdens anamnese en therapie worden als mogelijke oorzaken genoemd. Scheibler vergeleek subjectieve concepten van ziekten en welbevinden in Spanje en Duitsland. Duitse vrouwen hanteren een definitie van gezondheid die sterker gericht is op het lichamelijk functioneren, en proberen haar te behouden door individuele maatregelen waarbij gezonde voeding, sport en mediteren een belangrijke rol spelen. Spaanse vrouwen definiëren gezondheid meer in termen van algemeen welbevinden en geluk. Sociale relaties zijn belangrijk evenals een mooie natuur. Het op peil houden van de gezondheid laten zij over aan door de overheid geïnitieerde preventieactiviteiten.

Andere studies gewijd aan Europa presenteren een verscheidenheid aan onderwerpen. Iding waagt zich aan een historische studie van genezeressen die in de loop van de Middeleeuwen beticht zijn van hekserij. Dit was een manier om vrouwen eeuwenlang te weren uit de beroepen van arts, chirurgijn en apotheker. Een vergelijkende studie naar het beroep van vroedvrouw in negen Europese landen door Schücking leidt tot een opdeling van landen waar zwangerschap en geboorte in hoge mate gemedicaliseerd zijn (Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk, Luxemburg) en landen waar hulp bij geboorten zonder medische staf worden verricht (Scandinavische landen en Nederland). Zij vraagt zich af hoe dit zich binnen een verenigd Europa zal ontwikkelen. Medicalisering van allerlei rites de passage die vrouwen betreffen, zoals menstruatie, zwangerschap en menopauze, worden door Schindele gepresenteerd als analogie van rituelen in niet-Westerse samenlevingen. Ook in dit artikel lezen over de toenemende controle van de gynaecologie over het gezonde vrouwenlichaam. David Aldridge laat zien hoe organi-

satorische aspecten van een psychiatrische inrichting vrouwelijke patiënten aan kunnen zetten tot suïcidaal gedrag. Gudrun Aldridge geeft inzicht in hoe vrouwen na de traumatische diagnose borstkanker en een borst-amputatie hun lijden kunnen uitdrukken door middel van muziektherapie gebaseerd op antroposofische uitgangspunten. Hoe machtsverschillen tussen mannen en vrouwen in Duitsland tot uiting komen rondom plastische chirurgische ingrepen analyseerde Ensel. Dit soort ingrepen betreft identiteit en maakbaarheid van de perfecte vrouw in esthetisch opzicht. Zoals de gynaecologie de controle over de vrouwelijke reproductiviteit heeft overgenomen, zo neemt de plastische chirurgie het discursieve ontwerp van de gefantaseerde vrouwelijkheid over. Het esthetisch gave vrouwenlichaam dat op allerlei manieren gepropageerd wordt in onze consumptie- en prestatie maatschappij is de bron van allerlei eetstoornissen zoals Eschertzhuber laat zien.

Dos Santos-Stubbe heeft onderzoek gedaan onder Afro-Braziliaanse dienstmeisjes in Rio de Janeiro. Deze studie, samen met de studie van Obrist van Eeuwijk over Tanzania laat het meest uitvoerig zien hoe vrouwen gelijktijdig gebruik kunnen maken van verschillende medische systemen.

Over het algemeen bestrijkt deze bundel het hele gebied van de etnogeneeskunde. Mijns inziens is de redactie echter iets te ambitieus geweest, en wat zij gewonnen heeft in de breedte is zeer zeker ten koste gegaan van de diepte. Bij vele artikelen heb ik als lezer behoefte aan meer diepgang of een uitvoeriger betoog. Enkele uitzonderingen daargelaten krijgen we ook geen inzicht in de toegepaste methoden van onderzoek, zoals de vraagstelling, de omvang van de onderzoeksgroep, de waarnemingstechnieken en de analytische kaders. Dat maakt het niet makkelijk de redeneringen en conclusies op waarde te schatten.

Jammer genoeg laat de vormgeving van de bundel her en der te wensen over en zijn er zelfs ogenschijnlijk stukken tekst weggevallen. De Beijing Conferentie – de inspiratiebron voor de redacteurs – dateert men in 1996 in plaats van 1995 en het Engels is op vele plaatsen zeer navrant. Dit alles neemt niet weg dat ik tijdens het lezen meegenomen ben over regionale en thematische grenzen, en dat ik verrast was om naast de verscheidenheid aan thema's, culturen en tradities, ook vele overeenkomsten te zien. De grootste overeenkomst is helaas dat de genderrol van vrouwen vaak aan de basis ligt van hun slechte gezondheidstoestand. Persoonlijk spraken mij de artikelen over gendergeweld en cultuur en over de verschillen tussen subjectieve concepten van gezondheid in Noord-, West- en Middellandse Europa het meeste aan. Beide thema's geven aanknopingspunten voor het thema migranten en vrouwengezondheid in Nederland.

Fenneke Reysoo

Anita Hardon & Elizabeth Hayes (eds), *Reproductive rights in practice. A feminist report on the quality of care*. London & New York: Zed Books in collaboration with Women's Health Action Foundation. 220 pp. £ 13.95 (paperback), £ 39.95 (hard cover).

Anita Hardon, Ann Matua, Sandra Kabil & Elly Engelkes, *Monitoring family planning and reproductive rights. A manual for empowerment*. Bijbehorend methodieboek. 143 pp. £ 11.95, (paperback), £ 32.95 (hard cover). Beide zijn te bestellen bij Women's Health Action Foundation, Amsterdam (020-6552002).

Sociale wetenschappers die het functioneren van family planning programma's willen beoordelen, plegen eerst en vooral te kijken naar het bereik. Welk percentage van de mensen die hun vruchtbaarheid willen reguleren, wordt bediend? Andere indicatoren zijn dan hiervan afgeleid: de mate waarin methodes gebruikt worden, (dis)continuïteit in het gebruik en de redenen hiervoor, kennis en meningen van (niet-)cliënten over anticonceptiemethoden etcetera. De schrijvers van *Reproductive rights in practice* staan een andere benadering voor. De informatie die gewoonlijk verzameld wordt voor het evalueren van family planning programma's, is vooral toegesneden op de behoeften van beleidsmakers, voor zover deze bevolkingspolitieke doelen hoog op de agenda hebben staan. Zeker in de aanloop naar en tijdens de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling in Cairo in 1994 heeft echter het discours van reproductieve rechten zich een plaats verworven naast de bevolkingspolitiek. Tegen die achtergrond ligt het voor de hand dat kwaliteit van de zorg van belang is in de beoordeling van family planning programma's: niet coverage, maar eare.

Centraal in kwaliteitsgerichte benadering staan de reproductieve rechten van cliënten: de mogelijkheid om zelf een vrije en geïnformeerde keuze te maken wat betreft geboorteregeling. Kwaliteitsbevorderend zijn een breed en gevarieerd aanbod van anticonceptiemethoden, goede informatievoorziening, vrijwaring van dwang en druk en behoorlijke voorzieningen met goed opgeleid personeel. De auteurs constateren een kloof tussen mooie beleidsvoornemens in het Program of Action en de weerbarstige praktijk. De doelen van dit groots opgezette onderzoeksproject zijn de vergelijking van nationaal beleid en praktijk in acht landenstudies en de ontwikkeling van vernieuwende indicatoren voor het evalueren van family planning. Deze indicatoren moeten uitgaan van de kwaliteit van de zorg.

De ambitieuze opzet van het boek heeft veel voordelen. Het biedt elk wat wils. Voor beleidsmakers en organisaties voor family planning zijn er concrete aanbevelingen voor te ondernemen activiteiten. Een belangrijke bijdrage is ook het op gang brengen en houden van de dialoog tussen vrouwengezondheidsorganisaties, sociaal-wetenschappelijk onderzoekers en beleidsmakers. Voor organisaties van cliënten en vrouwengezondheidsorganisaties is het inspirerend om te leren hoe verschillend family planning voorzieningen kunnen zijn. Het is zeer verfrissend om kennis te nemen van de grote verschillen tussen landen in de organisatie van family planning, in het aanbod van middelen en in de informatieverstrekking. De lezer wordt zo uitgedaagd vanzelfsprekendheden te herzien en nieuwe vragen te stellen. Waarom wordt in Nederland in verreweg de meeste gevallen de pil voorgeschreven, terwijl in Finland het spiraaltje en

het condoom bijna even populair zijn? Hoe komt het dat sterilisatie van de vrouw veel wordt toegepast in Mexico en Thailand en niet in de andere landen? Is het vanwege het beperkte aanbod of de hoge kinderwens van vrouwen in Nigeria dat minder dan tien procent anticonceptie gebruikt? De meerwaarde van de vergelijkende aanpak van het onderzoek is evident. Zo'n opzet heeft ook nadelen. Een aantal vragen blijven onbeantwoord.

Anders dan de titel suggereert is de focus van het boek methoden voor geboorteregeling en niet van de zorg in het algemeen op het gebied van reproductieve gezondheid en seksualiteit. Zo'n inperking is ook wel nodig om acht landen (Nigeria, Kenia, Bangladesh, Thailand, Bolivia, Mexico, Finland en Nederland) te kunnen vergelijken. Wat ik verder in een rapport met in de ondertitel het woord feministisch miste was een analyse van de rol van vrouwengezondheidscentra en activisten in de diverse landen. Deze organisaties hebben een belangrijke rol gespeeld bij het ontwikkelen en in de praktijk vormgeven van het concept kwaliteit van de zorg, en bij het initiëren van het debat hierover op nationale en internationale agenda's van de gezondheidszorg.

In public health beleid op het gebied van geboorteregeling wordt de term 'unmet need' gebruikt. Deze term verwijst naar het verschil tussen het aantal kinderen dat een vrouw krijgt en het aantal dat zij zegt te willen krijgen. Internationale beleidsmakers veronderstellen, dat unmet need een indicatie geeft voor de mate waarin family planning programma's aan de reproductieve rechten van vrouwen tegemoet komen. Maar aan de hand van de abortuskwestie komen verschillen tussen de concepten naar voren. Wereldwijd is onveilige abortus een van de belangrijkste oorzaken van moedersterfte en dus te beschouwen als een uitdrukking van unmet need. Actie ter voorkoming van moedersterfte staat al jarenlang hoog op de agenda van vrouwengezondheidsactivisten. Maar voorzieningen voor veilige abortus dragen ook in andere zin bij aan de keuzemogelijkheden van vrouwen. De afweging tussen een misschien minder effectieve barrièremethode en een zeer effectief systemisch middel met bijwerkingen wordt anders, als zo'n back up voorziening aanwezig is. Voorzieningen voor veilige abortus dragen dus bij aan de kwaliteit van de zorg en zijn te beschouwen als een reproductief recht. In tegenstelling tot unmet need zijn reproductieve rechten niet in een eenvoudige formule van gebaarde minus geplande kinderen te vatten. Kortom, vanuit het reproductieve rechten discours kan het concept unmet need bevraagd worden. Unmet need van wie, voor wat precies, en gegeven welke situatie? De vraagstelling van de onderzoekers is: zijn de verschillen in gebruikspatronen van anticonceptie in de onderzochte landen gerelateerd aan de verschillen in keuzemogelijkheden? Met andere woorden, wat valt er nog meer te zeggen over de manieren waarop 'unmet need' tot stand komt in de verschillende landen?

Dat het concept kwaliteit van zorg een verschillende invulling krijgt en er dus ruimte voor en behoefte aan debat hierover is, maakt het boek bij uitstek duidelijk. Uit de analyse van het beleid van de diverse overheden blijkt dat het gebruik van de term kwaliteit van zorg snel is ingeburgerd in de plannen van met name de ontwikkelingslanden. Maar in Bangladesh is de benadering voor kwaliteitsverhoging van de zorg "training, provision of adequate supplies, improvements in management and supervision and appropriate incentives" (p. 114). Dit zijn factoren die ook onder een andere vlag, zoals

efficiency of productieverhoging, op te voeren zijn. Het Thaise beleid beschouwt kwaliteitsverbetering van de zorg nadrukkelijk niet als doel op zich, maar als een middel om de bevolkingsgroei onder controle te brengen. De beschrijvingen van het family planning beleid in de diverse landen levert ook aardige voorbeelden op van wel heel expliciete dubbele standaarden ten aanzien van gender. In Nigeria wordt vrouwen voorgeschreven niet meer dan vier kinderen te krijgen, terwijl mannen worden aangemoedigd niet meer vrouwen en kinderen te hebben dan ze kunnen onderhouden.

Het boek doet verslag van acht landenstudies. In elk land is, met behoud van ruimte voor specificiteiten, eenzelfde methodologie gebruikt. Deze bestaat naast het analyseren van het formele beleid op het gebied van geboorteregeling. Het onderzoek in elk land bestaat uit circa veertig observaties van consulten, observaties van de omstandigheden in overheids- en privé-klinieken, circa tachtig exit-interviews met cliënten, interviews met gezondheidszorgverstrekkers en focusgroepdiscussies. In alle landen is gekeken naar de beschikbaarheid van anticonceptiemiddelen, naar de prijs, de restricties in het voorschrijven van middelen en de inhoud en kwaliteit van het voorlichtingsmateriaal. Verder zijn de fysieke infrastructuur van de klinieken, de tevredenheid van de cliënten en de interactie tussen cliënten en zorgverstrekkers bestudeerd. Aan de hand van focusgroepdiscussies ten slotte is inzicht verkregen in kennis en motivaties van (niet)cliënten van family planning programma's. Zo'n degelijk opgezet onderzoek levert een schat aan informatie op.

Om eens in de praktijk te gaan kijken naar wat er zoal terecht komt van deels door Cairo geïnspireerde nationale beleidsplannen is bepaald geen overbodige luxe. Het zeer vooruitstrevende plan van het Mexicaanse Ministerie van Gezondheid uit 1994 blijkt bij de gezondheidszorgverstrekkers bijvoorbeeld nagenoeg onbekend te zijn. Grote verschillen werden ook gevonden tussen beleid en praktijk op het gebied van abortus. In Bangladesh is abortus illegaal, maar 'het reguleren van de menstruatie' in de eerste drie maanden na de conceptie is wijdverbreid.

De onderzoekers zijn vaak opmerkelijk mild in hun oordeel. In Bolivia zei 74 procent van de 49 geïnterviewde cliënten dat ze de service had gekregen die ze wilde. In het begeleidende commentaar staat dan dat de cliënten gewoonlijk de anticonceptiemethode kregen die ze wilden. Eenzelfde in mijn ogen nogal lage standaard wordt aangehouden in de conclusies, waar in een samenvattende tabel een methode die in 60 procent van de onderzochte centra in een land werd aangetroffen als 'beschikbaar' wordt aangemerkt. Door dergelijke inschattingen is de sfeer die het boek schept rond de stand van zaken in de praktijk van de family planning niet echt verontrustend. Toch vraag ik mij af, en voor de lokale onderzoekers lijken mij dit ook relevante vragen, wat er mis is gegaan met die 26 procent van de Boliviaanse cliënten die niet de service kregen die ze wilden, of met de cliënten van 23 procent van de Mexicaanse gezondheidscentra waar de pil niet beschikbaar was.

Belangrijke aanbevelingen van de onderzoekers zijn: verbetering van de informatievoorziening, respect voor de cliënt en het wegnemen van achterhaalde niet-medische restricties (zoals burgerlijke staat) bij het voorschrijven van anticonceptiemethoden. Dat lijken mij heel haalbare aanbevelingen. Maar is kwaliteit van de zorg inderdaad vooral een informatie- en communicatieprobleem? Had het ook niet te maken met

kritiek op de standaarden voor het testen van de veiligheid van anticonceptiemiddelen in plaats van klachten van vrouwen over bijwerkingen proheren weg te counselen? En met oog voor barrières die voortkomen uit de complexiteit van het leven van cliënten die wel of niet anticonceptie gebruiken? Het onderzoeksterrein van kwaliteit van de zorg heeft nog vele onontgonnen gebieden.

De onderzoekers concluderen, dat aan unmet need niet tegemoet gekomen kan worden louter door meer methodes op de markt te brengen. Dat is een belangrijke conclusie: onderzoek en ontwikkeling van nieuwe methodes voor family planning worden gewoonlijk gelegitimeerd onder verwijzing naar unmet need, en vrouwengezondheidsactivisten wijzen er dan altijd op dat voor verbetering van de kwaliteit van de zorg meer nodig is. Voor beleidsmakers bevat het boek overigens nog meer zeer behartenswaardigs, zoals de aanbeveling om ruimte te creëren voor inspraak van cliënten in de organisatie van family planning programma's. De enorme variatie in wie toegang hebben tot welke methodes leidt tot de vraag wie daar eigenlijk over beslissen en hoe dat gebeurt. Het lijkt mij duidelijk dat dit onderzoeksproject opvolging verdient.

Jessika van Kammen

Piet Houben, *Reflexieve modernisering ouderenzorg*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1997, 138 pp. f 35,-.

Houben onderneemt in dit boek een welkome poging beleidsontwikkelingen op het terrein van wonen, zorg en welzijn van ouderen te duiden aan de hand van kritische moderniseringstheorieën. Modernisering slaat in dit verband op lange termijnontwikkelingen in de laatste eeuwen van dit millennium. De poging die hij onderneemt, is daarom welkom, omdat veel publicaties over problemen die zich op het beleidsterrein van ouderen voordoen, te oppervlakkig zijn om een werkelijke bijdrage te kunnen leveren aan betere randvoorwaarden voor maatschappelijke participatie en welzijn van ouderen.

In vijf hoofdstukken worden theoretische noties afgewisseld met beschrijvingen van de huidige stand van zaken in de geïnstitutionaliseerde wereld van wonen, zorg en welzijn.

In hoofdstuk 1 wordt in grote stappen een compact overzicht geboden van de demografische veranderingen die zich sinds 1980 hebben voorgedaan en de consequenties daarvan voor de ouderenhuisvesting. De auteur constateert daarbij dat het begin van de vierde levensfase steeds meer opschuift in de richting van tachtig jaar. Dan beginnen psychische en fysieke aandoeningen hun tol te eisen en maken ouderen in groeiende mate gebruik van intramurale huisvesting gekoppeld aan zorg en welzijnsarrangementen. Daar waar verzorgingshuizen in het verleden nog grotendeels bevolkt werden door (redelijk valide) ouderen uit de derde levensfase, verblijven er nu voornamelijk 80-plussers. Voor 55-plussers zijn en worden nieuwe huisvestingstypen ontwikkeld zoals aanleunwoningen, woon-zorg projecten, serviceflats, seniorcomplexen. Opvallend daarbij vindt Houben dat ontwikkelingen niet (langer) alleen top down door de overheid worden geïnitieerd, maar steeds meer het gevolg zijn van bottom up impulsen en initiatieven.

Het hoofdstuk sluit met een opmaat voor de theoretische verkenning waar de auteur constateert dat de dynamische ontwikkeling binnen het beleidsterrein ouderen identiek is aan wat zich in andere sectoren voor doet onder de noemer 'modernisering'. De auteur legt daarbij relaties met de structuratietheorie van de Engelse socioloog Anthony Giddens. Volgens hem is het typerend voor de moderne samenleving dat reflexiviteit centraal staat bij het handelen van maatschappelijke actoren, in dit geval overheid, instellingen en de ouderen zelf. Elk van de beleidsactoren maken afwegingen over bedreigingen en kansen van bestaande structuren en bepalen hun gedrag op basis van die afwegingen. Dit leidt er toe dat structuren onder invloed en uit het samenspel van al die afwegingen kunnen veranderen. Houben concludeert hieruit dat het daarom mogelijk is beleidsruimte te onderkennen en strategische keuzen te doen.

Hoofdstuk 2 schetst op informatieve wijze het ontstaan en de groei van de Nederlandse verzorgingsstaat en daarbinnen van de zorg en aandacht voor ouderen. Centraal in de ontwikkeling van armenzorg naar ouderenzorg is de omslag van filantropie naar het sociaal bewustzijn, dat tegenslag en tekorten door de samenleving opgevangen dienen te worden. Maar begrotingstekorten en kritiek op de afhankelijke positie van ouderen leidden sinds de tweede helft van de jaren zeventig tot wat genoemd wordt de modernisering van het ouderenbeleid. Modernisering is dan niet gelijk aan het moderniseringsparadigma uit de kritische theorieën. Modernisering van het ouderenbeleid omvat drie samenhangende trends in onze samenleving. Allereerst, de neiging problemen functioneel aan te pakken in combinatie met een aanbod van probleemoplossingen dat steeds afgestemd is op de sociaal-economische positie van de burger. Ten tweede, de wens op meerdere niveaus en plekken besluiten te nemen over het functieaanbod in combinatie met de wil schotten tussen functies en systemen te doorbreken zodat aansturing van het functieaanbod geïntegreerd plaats kan vinden. Ten derde, een sterke groei van individualisering leidt tot het vermijden van standaardoplossingen, zodat burgers zelf meesturing aan hun eigen leven kunnen geven. Eén van de gevolgen is dat directeuren van gezondheidszorginstellingen morele ondernemers zijn geworden die rekening houdend met de genoemde trends problemen in de samenleving aanpakken. Terecht wijst de auteur hier niet alleen op de vele kansen voor sociale ondernemers maar ook op bedreigingen zoals onzekerheid, kans op tweedeling en veronachtzaming van het persoonlijke door de prioriteit voor rationaliteit en productiviteit.

In hoofdstuk 3 stelt de auteur zich de vraag of de structuratietheorie van Giddens meer inzicht kan verschaffen in de innovatieve ontwikkelingen die wij thans doormaken op het terrein van wonen, zorg en welzijn. Is het mogelijk met behulp van de structuratietheorie meer grip te krijgen op de ontwikkelingen en daardoor meer beleidsruimte te creëren. Giddens beschrijft elementen die sociale systemen structureren. Structuren en systemen leven geen eigen leven. Het zijn de actoren, of dit nu instellingen, individuele burgers of instellingen zijn, die structuren en systemen middels hun activiteiten reproduceren. Dit rationele, reflexieve vermogen van de westerse mens maakt het mogelijk zicht te krijgen op die elementen en wijzigingen aan te brengen in structuren en sociale systemen. Vandaar de beleidsruimte die kan ontstaan.

De door Giddens genoemde elementen verschaffen de auteur een kader om de innovaties binnen het ouderenbeleid nader te analyseren. Op grond daarvan komt hij er

toe de achter ons liggende periode in drie fasen in te delen: de fase van het flankerend beleid, de fase van substitutie en reallocatie en de fase waarin een mix te zien is van functionele en territoriale decentralisatie. Deze drie fasen in het vernieuwingsproces worden elk gekenmerkt door een wisselwerking tussen de kijk op de problemen, de posities van actoren en de rechtvaardigingen voor acties. Het maakt bijvoorbeeld duidelijk waarom een directeur van een verzorgingshuis in de eerste fase slechts doet wat de overheid initieert, in de tweede fase een ontwikkelaar wordt en in de huidige derde fase tot een ondernemer is uitgegroeid. Het is kenmerkend voor de auteur om vervolgens de positie van de oudere zelf in ogenschouw te nemen en zich af te vragen hoe het zit met diens reflexief vermogen om volwaardig te participeren in ontwikkelingen. Hij constateert dat dat vermogen afneemt naarmate de oudere meer behoefte aan zorg krijgt. Anders gezegd: de oudere heeft meer behoefte aan ondersteuning naarmate zelfsturende vermogens afnemen.

Hoofdstuk 4 is anders van aard dan de overige, waar het zich meer baseert op de beleidskunde en vanuit dat perspectief de effecten van het ouderenbeleid van de overheid onder de loep neemt. Het hoofdstuk behandelt specifiek de beleidsoperatie *Modernisering Ouderenzorg*, die in 1993 van start is gegaan. De auteur gaat daarbij met name in op de implicaties van de beleidsoperatie voor de welzijnsdimensie bij ouderen. Hij signaleert weinig politieke, maatschappelijke en beleidsmatige impulsen voor actieve betrokkenheid van de welzijnssector rond de modernisering van de ouderen­zorg. Die aandacht is echter juist nodig om wenselijk geachte verschuivingen in de ouderen­zorg te laten slagen. De door de overheid in gang gezette verschuivingen zijn bedreigend waar het taakverzwarend is binnen de sectoren van de ouderen­zorg, waar het wel­zijnsaspect naar de achtergrond gedrongen wordt, waar een sluimerende tweedeling manifest gemaakt wordt. Verschuivingen bieden daarnaast ook kansen, omdat er meer aanbod is en de ouderen meer invloed krijgen en de vermogenstoets voor opname in een verzorgingshuis is vervallen.

In het laatste hoofdstuk realiseert de auteur zich dat er in tweeërlei opzicht sprake is van modernisering. In beperkte zin gaat het om de koerswijzigingen die zich op het beleidsterrein van de ouderen­zorg hebben voorgedaan. In ruime betekenis staat het voor langetermijnverschijnselen die zich in de westerse samenleving hebben voorge­daan.

Het confronteren van de twee moderniseringstendensen toont nogal wat verschui­vingen aan in posities van actoren in het beleidsterrein, van geldstromen, van machts­verhoudingen. Houben stelt dan de voor hem centrale vraag, namelijk hoe om te gaan met de door de modernisering opgeroepen veranderingen. Het lijkt er op dat reflectie voor functiedragers en beleidsactoren het meest nodig is. Reflectie op veranderingen in het functiedragerschap, op de transformatie van waarden op het terrein van wonen, zorg en welzijn en op het welzijnswerk. Van functiedragers wordt een innovatieve hou­ding verwacht om tegemoet te komen aan de gedifferentieerde kijk op het wonen, de zorg en het welzijn. De geldende waarden waar beleidsactoren zich aan vast hielden, zijn veranderd van voorzieningengericht via het accent op zelfstandigheid naar het be­lang van maatschappelijke participatie binnen eigen werkelijkheidsdomeinen. Dit laat­ste betekent in termen van Giddens dat ouderen 'het zelf' als een project zullen moeten

beschouwen. Ouderen moeten op zoek gaan naar een eigen identiteit die in de individualiseringstendensen besloten ligt. Voor het welzijnswerk ligt er een opgave waar zelfsturing bij ouderen afneemt op de terreinen van gezondheid, sociale relaties, materiële zekerheid, maatschappelijke participatie en zingeving. De auteur pleit voor maatschappelijke activering van ouderen in de derde levensfase, sociale preventie met het oog op te verwachten problemen in de vierde levensfase en persoonsgerichte ondersteuning van verzorgingsbehoevende ouderen, met name in de vierde levensfase. Deze activiteiten vragen om een interdisciplinaire aanpak en aansturing. Die bevordert dat de vraag van ouderen genuanceerd bekeken moet worden en dat het beleid intersectoraal wordt aangestuurd. Beïnvloeding van ouderen zelf, ervaringsdeskundigen bij uitstek, is hierbij onontbeerlijk.

Reflexieve modernisering ouderenzorg is een informatief boek en werpt in kort bestek licht op recente ontwikkelingen in de ouderenzorg. De confrontatie van kritische theorieën met de dagelijkse beleidspraktijk mag zeker geslaagd genoemd worden. Jammer is dat de eindredacteur of de uitgever nogal wat storende taalfouten in de tekst heeft laten zitten.

Het boek richt zich tot wetenschappelijk onderzoekers en zij die (korte termijn) beleidsonderzoek verrichten. Zij zullen in dit boek zeker inspirerende gedachten vinden om hun arbeid verder te brengen. Het betekent daarmee een wezenlijke aanzet en bijdrage aan een meer op reflexieve wijze tot stand te brengen modernisering van de ouderenzorg.

Het boek is gering van omvang, maar omvangrijk van gedachtegoed. Die combinatie werkt op enkele plekken in het nadeel waar redeneringen en bewijzen of adstructies soms wel erg kort door de bocht geformuleerd worden. Dat betekent met name dat soms de rol van de oudere zelf nog wat onduidelijk wordt geformuleerd. Wellicht dat anderen dan Houben daarin de uitdaging vinden voor nader onderzoek en studie.

Joop Belderok

J.E. Hovens & M. Kooyman (red.), *Vluchteling en psychotrauma*. Assen: Van Gorcum, 1997. 75 pp. f 25,-

Vluchteling en psychotrauma is een bundeling van lezingen die zijn gehouden tijdens een symposium in oktober 1996 met de gelijknamige titel. De organisatoren waren psychiatisch ziekenhuis De Gelderse Roos en Centrum '45. Doel was het stimuleren van de methodiekontwikkeling bij hulpverleners aan vluchtelingen en asielzoekers. Beide instellingen hebben een behandelafdeling voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. De Vonk is onderdeel van Centrum '45; Phoenix van de Gelderse Roos. De laatste heeft een jarenlange ervaring met de behandeling van Vietnamese vluchtelingen, maar staat nu ook open voor andere vluchtelingen en asielzoekers.

In de bundel zijn zes voordrachten opgenomen vergezeld van een voor- en nawoord. Grofweg zijn de lezingen in twee blokken in te delen: diagnostiek en de behandeling, en de bredere context van de klachten van de getraumatiseerde vluchtelingen en asiel-

zoekers. Dwars door deze indeling is in de bijdragen van de vier Nederlandse auteurs al dan niet verholen kritiek te vinden op het Nederlandse beleid ten aanzien van de opvang van vluchtelingen en asielzoekers. Deze mensen die alles en iedereen hebben moeten achterlaten en vaak de meest verschrikkelijke ervaringen met zich mee torsen, raken in Nederland verder getraumatiseerd, is het signaal dat zij afgeven.

In haar bijdrage legt Van Willigen, medisch directeur van Pharos Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen, het accent op het leven in Nederland. *De gouden kooi heeft zijn glans verloren* is de veelzeggende titel van haar bijdrage. Het klimaat voor vluchtelingen en asielzoekers is aanzienlijk verslechterd. Tegen deze achtergrond moet volgens haar de gezondheidsproblematiek worden beschouwd. De duur van de toelatingsprocedure, het gebrek aan privacy en zinvolle activiteiten, de hospitalisering, de onzekerheid omtrent het resultaat van de asielpprocedure en de zorgen om achtergebleven familieleden vergroten de spanningen en de klachten. Daar komt bij dat racisme en discriminatie in onze samenleving zijn toegenomen. Ze toont aan hoe politieke boodschappen daaraan bijdragen door hun 'aquataal'. Gesproken wordt over 'stromen asielzoekers die ingedamd moeten worden'. Onze collectieve angst voor het water wordt zo gekoppeld aan de angst overspoeld te raken door vreemdelingen. Deze postmigratiefactoren beïnvloeden het welbevinden op een negatieve wijze.

Kleber, onder meer werkzaam bij het Instituut voor Psychotrauma, richt zich eveneens op de context van de vluchteling. In zijn lezing stelt hij de beperkingen van de posttraumatische stressstoornis aan de orde. Dit begrip uit de psychologische en psychiatrische praktijk is erg op het individu en zijn of haar innerlijke belevenis gericht en heeft weinig aandacht voor de sociale context waarin deze zich bevindt. Bovendien lijkt het voorvoegsel 'post' twijfelachtig bij vluchtelingen en asielzoekers. De traumatisering is vaak nog niet afgelopen. Kleber pleit dan ook voor een breder perspectief waarin de context van een persoon niet wordt genegeerd.

Vanuit antropologisch oogpunt gezien waren deze twee bijdragen het meest interessant. De bijdragen van Hovens en Kooyinan, als psychiater werkzaam bij respectievelijk De Vonk en Phoenix, zijn beschrijvingen van de kenmerken van het behandelaanbod. Daarbij valt op dat beide instituten zich daarbij richten op het 'hier en nu' en minder op het verwerken van de traumatische ervaringen. Leren leven met het verleden is het doel, maar dat kan niet worden gerealiseerd als verdere traumatisering in de praktijk van het vluchtelingenbeleid doorgaat.

De bijdrage van Moro, medeoprichter van het Trauma Centrum te Rijeka (Kroatië) en hoogleraar van de psychiatrische kliniek aldaar, betreft eveneens de behandeling. Ze beschrijft hoe gebeurtenissen in de kindertijd mensen kwetsbaarder kunnen maken bij traumatische ervaringen op volwassen leeftijd. Ze licht dit toe aan de hand van een casus over een individuele therapie.

Het boek start met een historisch overzicht van Genefke. Daarin legt ze uit hoe medici martelingen onder de aandacht van vakgenoten en de politiek hebben gebracht. Zij is oprichter van zowel het Rehabilitation and Research Centre of Torture Victims als de International Rehabilitation Council for Torture Victims. Volgens haar luisteren politici naar deze organisaties, omdat hun kennis gebaseerd is op een maatschappelijke analyse met een medische en psychologische basis. Wat politici tot luisteren brengt,

blijft gissen, maar ik vermoed dat het te maken heeft met de invloedrijke positie van de medici in de westerse samenleving. Gebleken is overigens dat eenderde van de landen op de wereld martelingen als machtsinstrument gebruikt.

Het boekje belicht in vogelvlucht bovenstaande onderwerpen. Het is aan te raden voor mensen die al dan niet beroepsmatig in aanraking komen met getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. Wat mij betreft hadden de lezingen verder mogen worden uitgediept. Desalniettemin ben ik blij dat langzamerhand de stem om aandacht te besteden aan de sociale, politiek-economische en historische context luider wordt. Deze aandacht moet niet alleen gericht zijn op wat de vluchtelingen hebben meegeemaakt, maar ook op het gegeven dat hun verblijf in Nederland traumatiserend kan zijn. Dat maakt dit boekje ook een aanrader voor de beleidmakers op het gebied van asielzoekers en vluchtelingen.

Marian Tankink

Marli Huijer, *De kunst gewoon te leven. Aids en de bestaansethiek van Foucault*. Amsterdam: Boom, 1996. 223 pp. f 38,50.

Hoe het leven tot een kunstwerk te maken? Hoe kan ik in de praktijken waarin ik leef mij tot mijzelf verhouden? Deze in de bestaansethiek van Foucault geformuleerde vragen staan centraal in dit boeiende boek, waarin op een gedegen wijze Foucaults theoretisch framework en drie aangrijpende verhalen samenkomen.

Marli Huijer gaat in de hiv- en aidspraktijk op zoek naar bestaansethische aspecten die een aanzet geven om op een andere manier over ziekte en sterven te denken. Daartoe maakt zij gebruik van een 'historische ontologie van het heden', welke uit twee onderdelen bestaat. Enerzijds een kritische analyse van de gebeurtenissen die er toe hebben geleid dat we onszelf op een bepaalde manier ervaren en anderzijds een appèl om de grenzen die in de analyse naar voren komen te overschrijden. Deze historische ontologie van het heden bevat een systematiek die overeenkomt met drie assen die de ervaring van subjectiviteit structureren op drie verschillende niveaus: Hoe hebben wij ons als subjecten van ons weten gevormd? (de as van het weten); Hoe hebben wij ons gevormd als subjecten die machtsrelaties ondergaan of uitoefenen? (de as van macht); Hoe hebben wij ons als morele subjecten van onze handelingen gevormd? (de as van de erkenning van onszelf). Deze drie vragen staan centraal in de analyse van de verhalen van David, George en Dora, die allen besmet zijn met het hiv-virus. Het accent in het onderzoek ligt echter nadrukkelijk op de laatste as: de vorming van zichzelf door zichzelf. In de gesprekken met David, George en Dora gaat Huijer op zoek naar de betrekking die zij hebben tot zichzelf (gerelateerd aan de diagnose hiv-positief of aids), welke weerstanden zij ervaren en de mogelijkheden om vervolgens zichzelf op een andere, nieuwe wijze vorm te geven.

Na de diagnose hiv-positief bezoekt David vaak de dokter. Hij heeft veel klachten en hij laat regelmatig zijn bloed controleren op het aantal T4-cellen, de afweercellen tegen het hiv-virus. Op het moment dat de dokter David adviseert zijn verdere leven antibiotica te slikken, besluit hij vrijwel elke medische behandeling te weigeren, omdat

hij het gevoel krijgt zijn eigen leven niet meer te leiden. Hij heeft het gevoel te worden geleefd door de medische wereld. David wil zijn gevoelens en spanningen niet langer wegstoppen en zijn innerlijke balans en evenwicht terugvinden. Het op deze wijze werken aan zichzelf en het zichzelf opnieuw vormgeven geeft David de mogelijkheid zoveel mogelijk zichzelf te zijn en te worden.

Vanaf het moment dat George weet dat hij hiv-positief is, gaat hij zich verdiepen in de medische kennis over hiv en aids als gevolg van zijn onzekerheid en de behoefte 'grip op de zaak te houden'. Hij draait volop mee in de medische wereld en ontwikkelt zich tot ervaringsdeskundige. Toch confronteert deze ervaring als 'kennissubject' hem uiteindelijk met zijn gevoelens en ervaringen. George wil niet langer zijn gevoelens, angst en onzekerheid buitensluiten en gaat op zoek naar hoe hij hiermee wil omgaan. Dit leidt ertoe dat hij gaat werken aan een nieuwe zelfbetrekking, waarin zoekt naar een evenwicht tussen zekerheid en onzekerheid. Hij wil pogen gevoelens aan te kunnen en met het leven ' bezig te zijn'.

Ook Dora keert zich af van de geneeskunde. Haar geloof in het medische heeft zij ingeruild voor het hogere. Daarbij pendelt Dora continue tussen enerzijds een ontkenning van haar ziekte en de daarmee gepaard gaande depressiviteit en anderzijds een streven om positief te leven. Deze onzekerheid, het heen en weer geslingerd worden tussen deze twee subjectposities is voor Dora de aanleiding na te denken over de vraag hoe zij zichzelf op een ander manier vorm wil geven, hoe zij aan zichzelf wil werken.

De verhalen van David, George en Dora zijn openhartig, boeiend en aangrijpend. Zonder de pretentie te bezitten om te generaliseren geeft Huijer met de beschrijving en de analyse van hun verhalen een bijzonder goed beeld van wat er gebeurt met iemand die te horen krijgt hiv-positief te zijn. Dit beeld wordt mede duidelijk door de aspecten van een bestaansethische analyse, die Foucault ontwikkelde: problematisering, subjectiveringswijze, werken aan zichzelf en de gerichtheid op een bestaansethiek. Met deze aspecten kan worden belicht welk deel van iemands leven wordt geproblematiseerd. Tevens wordt duidelijk hoe men zich verhoudt tot de regels die men zichzelf stelt (subjectiveringswijze). Een kritische en actieve houding tegenover zichzelf (werken aan zichzelf) en ten slotte het streven het leven tot een kunstwerk te maken (gerichtheid op een bestaansethiek) complementeren de bestaansethische analyse.

Huijer licht de vier aspecten duidelijk en concreet toe in de drie verhalen. De conclusie is dat er in het leven van David, George en Dora door de diagnose hiv-positief een wending heeft plaatsgevonden. Door een kritische reflectie op zichzelf en het ervaren van weerstanden worden grenzen overschreden en zijn David, George en Dora in staat ruimte en vrijheid te geven om veranderingen in gang te zetten. Veranderingen die ertoe leiden dat zij zichzelf vormgeven op een wijze die een ethische houding ten opzichte van zichzelf impliceert, als een poging van het leven een kunstwerk te maken. Met het analyseren van deze verhalen wil Huijer benadrukken dat er geen blauwdruk bestaat van een kunstwerk en dat de zelfbetrekking geen algemeen goed is, maar wordt geconstitueerd in de praktijk, in de handelingen die hij of zij verricht en de woorden die hij of zij spreekt.

David, George en Dora hebben een hoofdrol in dit boek. Zij zijn de bakens voor de lezer, die op theoretische argumenten voort vaart. De verhalen zijn ingeweven in een

uitgebreide beschouwing en analyse van de bestaansethiek van Foucault. Zowel een ontologische, archeologische als genealogische analyse doorkruisen het boek.

De ontologische analyse structureert de ervaringen van David, George en Dora op de verschillende niveaus. De genealogische analyse gebruikt de auteur om na te gaan welke machtsrelaties er aanwezig zijn in de hiv- en aidspraktijk. De belangrijkste macht is te omschrijven als de 'macht over het leven', de 'wil' om het leven te beheren, te reguleren en te bezetten. Dit gaat gepaard met een ontkenning van de dood. Zowel het individuele lichaam als een bevolking in zijn geheel worden door deze macht gedisciplineerd en onder andere de epidemiologie speelt daarbij een belangrijke rol. De archeologische analyse gebruikt Huijer voor een uiteenraffing van de regelmatigheid in het spreken over hiv en aids (discursieve hiv- en aidsformatie). Deze analyse leidt tot een levendige beschrijving van het isoleren van het hiv-virus, de verschillende ziektebeelden, de betrokken instanties en organisaties en het grootschalige epidemiologisch en laboratoriumonderzoek.

Voor de leek in het denken van Foucault is de tekst niet gemakkelijk te verteren. Hierdoor is het vaak moeilijk de rode draad van het verhaal vast te houden. Veelvuldig worden nieuwe aspecten, assen, onderdelen en analyses geïntroduceerd. Voor diegene die geïnteresseerd is in het narratieve materiaal, is een heleboel moed nodig zich door de theorie heen te worstelen. In de kwantitatieve verhouding tussen theorie en praktijk ligt in dit empirisch onderzoek een te grote nadruk op de ontwikkeling van theorie. Gezien de waardevolheid van de verhalen zou een uitgebreidere beschrijving niet mistaan. De auteur beoogt met de verhalen de (deels door haar ontwikkelde) theorie verder uit te werken. Het is de vraag of de zware theoretische inzet nodig is om de verhalen te presenteren en een ruggengraat te geven. Huijer beperkt zich daarbij, omdat zij de kaders van Foucaults bestaansethiek als bril gebruikt om de praktijk te bekijken. Gezien vanuit een hermeneutisch oogpunt bieden de verhalen van David, George en Dora mogelijkheden tot verdere verdieping. Met deze verdieping kunnen aanvullende narratieve aspecten aan bod komen die nu nog verborgen blijven, zoals de rol van vrienden, communicatie met betrokkenen, zorg, besluitvorming, het levensverhaal van de hoofdrolspeler, toekomstverwachtingen.

Het lezen van de verhalen van David, George en Dora roept vragen op en maakt de lezer nieuwsgierig. Wie is er betrokken bij de hoofdpersonen? Welke rol spelen zij in hun leven? Hoe gaat het nu verder met David, George en Dora. Huijer merkt terecht op dat hoe zij zichzelf vormgeven niet een antwoord is op de vraag hoe mensen in het algemeen met hiv en aids moeten omgaan, maar wel op de vraag hoe iemand zichzelf kan transformeren in de praktijken van het leven, in de handelingen die men verricht en de woorden die men spreekt. Uit de verhalen blijkt dat de praktijk heterogeen is en aan veranderingen onderhevig. Dit betekent dat vormgeving en zelfbetrekking eveneens aan verandering onderhevig zijn en gepaard gaan met een constante reflectie. Dit laatste leidt tot de vraag in hoeverre theorie die Huijer in dit boek ontwikkelt rondom de bestaansethiek van Foucault, ook elders van toepassing is, bijvoorbeeld in de zorg voor (verstandelijk) gehandicapten. Volgens Huijer kan de bestaansethiek van Foucault ook op andere terreinen een aanzet geven om op een ander manier over ziekte en dood te denken. Maar juist dit denken, dat iemand in staat stelt

(de vrijheid geeft) een actieve houding te ontwikkelen ten opzichte van de praktijken waarin men zich begeeft, is niet voor iedereen weggelegd en beperkt de reikwijdte van de theorie.

De methode van dit empirisch onderzoek beperkt de reikwijdte geenszins. De beschrijving van de drie casus is een voorbeeld van hoe ervaringen van mensen in de praktijksituatie helder worden belicht en een centrale rol kunnen spelen in kwalitatief onderzoek. Ervaringen waaruit blijkt dat David, George en Dora zich op een nieuwe manier tot zichzelf gaan verhouden, nadat zij te horen hebben gekregen dat ze ongeslechts ziek zijn. Ondanks deze bedreigende realiteit slagen zij er toch in om op een originele wijze van het leven een kunstwerk te maken.

Carlo Sohl

Catherine J. Kudlick, *Cholera in post-revolutionary Paris: A cultural history*. Berkeley: University of California Press 1996. Studies on the History of Society and Culture vol. 25. xiv+293 pp. £ 30.

Het bestuderen van cholera in de negentiende-eeuwse stad kent een traditie van ruim anderhalve eeuw. Van veel Europese steden zijn studies over de cholera verschenen, van Utrecht tot Hamburg en van Londen tot Parijs. De Amerikaanse historica Catherine Kudlick staat met dit boek met één been in deze traditie en met één been erbuiten. Het is een oorspronkelijke en deels afwijkende variant op het thema cholera in de stad. In tegenstelling tot de meeste andere studies gaat ze niet op zoek naar het 'verhaal'. Haar aandacht richt zich daarentegen op de culturele en sociale implicaties van de komst van de epidemische ziekte in een stadssamenleving. Welke betekenis werd aan de ziekte gegeven? Hoe werd de ziekte ingezet bij maatschappelijke veranderingsprocessen? In haar eigen woorden: "Instead, cholera serves as an opportunity for exploring larger issues: the cultural aspects of class formation."

Voor de twintigste-eeuwse lezer is de schok en de angst die de cholera in de vorige eeuw teweeg bracht nauwelijks voor te stellen. Toen bereikte begin jaren dertig voor de eerste maal de cholera West-Europa vanuit India. De ziekte werd voorafgegaan door bijzonder verontrustende berichten. Dit leidde tot grote angst voor de ziekte, ruim voor ze daadwerkelijk uitbrak. *Cordons sanitaires* en andere quarantainemaatregelen bleken de ziekte niet te kunnen tegenhouden. De hoge sterfte, het dramatische en het snelle verloop, de mysterieuze oorzaken en de onduidelijke verspreiding misten hun uitwerking niet. De ervaringen met de cholera bleken angstwekkender dan men van tevoren had gevreesd. De cholera-epidemieën volgden elkaar met grote regelmaat op en eisten honderdduizenden slachtoffers. De ziekte trof vooral de steden, met name de arme en vaak overbevolkte wijken. Ongeveer de helft van de zieken stierf, blauw van de snelle uitdroging, vaak zelfs binnen één dag tijd. Het is dus niet vreemd dat de cholera een gevreesde ziekte werd en een grote invloed had op het leven en de verhoudingen in de negentiende-eeuwse steden van Europa.

Pas na het midden van de eeuw maakten de epidemiologische onderzoeken van John Snow duidelijk dat de cholera zich onder meer via verontreinigd water verspreidde.

Pas een halve eeuw na de komst van de cholera ontdekte Koch de veroorzaker van de cholera, de cholera-bacterie. Door verbetering van de sanitaire voorzieningen en hygiënische maatregelen was de dreiging van de cholera tegen het einde van de eeuw verdwenen.

Kudlick richt haar blik op de twee eerste cholera-epidemieën in Parijs in 1832 en 1849. Deze hadden belangrijke overeenkomsten. Beide malen werd de stad zwaar getroffen. Ongeveer één op de twintig Parijzenaars werd ziek en er stierven bij elk van de epidemieën tegen de twintigduizend mensen. Hoewel ook de betere buurten door de cholera werden aangedaan, waren het ook hier vooral de arme wijken die het zwaarst werden getroffen. Andere overeenkomsten waren het seizoenspatroon en het gebrek aan adequate kennis over de ziekte. In 1849 was het nog steeds onduidelijk hoe de ziekte zich verspreidde en wat de cholera veroorzaakte. Daarnaast deden de twee epidemieën zich voor in een periode kort na een revolutie in de stad. In 1830 had de Juli-revolutie Burgerkoning Louis Philippe aan de macht gebracht. Tijdens zijn bewind kwam de middenklasse ten koste van de aristocratie aan de macht. In 1848 maakte de Februari-revolutie, tijdens een Europese revolutiegolf, een einde aan de burgerlijke Juli-monarchie en kwam de latere keizer Napoleon III als president aan de macht.

Kudlick constateerde grote verschillen in de reacties op de epidemie. In 1832 kreeg de eerste Parijse cholera-epidemie, net als elders in Europa, erg veel aandacht. Er brak een *grande peur* uit, zowel bij de armen als bij de bourgeoisie. Deze angst leidde tot heftige, en soms zelfs gewelddadige, reacties onder de armen. Een ware vloedgolf van publicaties over de cholera rolde van de persen en beschreef met veel details welke drama's zich in de stad afspeelden. Ondanks de vele overeenkomsten bleek de tweede epidemie in 1849 evenwel nauwelijks aandacht van tijdgenoten te hebben gekregen, en in hun spoor evenmin van historici. Tegenover de grote opwinding van 1832 stond een relatieve stilte in 1849.

Kudlick wil nu in haar boek de oorzaken en de achtergronden van deze verschillen in reactie onderzoeken. Haar centrale hypothese is dat die achtergronden niet in de epidemieën zelf gezocht moeten worden, maar in de ontwikkeling van de bourgeois identiteit tijdens de Juli-monarchie. "This book explores the complex process by which a disease acquired vastly different social and cultural meanings over a relatively short period of time."

Kudlick baseert haar studie op uitgebreid archiefonderzoek. Ze heeft een voorkeur voor tijdschriften, obscure literaire bronnen en niet-gepubliceerde memoires. Haar benadering is eclectisch, ook wel interdisciplinair genoemd. Zij noemt haar postmoderne benadering 'new cultural history', doordat ze meer aandacht schenkt aan culturele uitdrukkingsvormen, symbolische acties en de processen van betekenisgeving. Foucault is voor Kudlick een belangrijke inspiratiebron, in het bijzonder zijn inzichten in de ontwikkeling van machtsrelaties en de vorming van de identiteit van de bourgeoisie toegespitst op de sleutelrol van de medici in de stedelijke sociale relaties in post-revolutionair Frankrijk. Haar, aan de figuratiesociologie verwante, uitgangspunt stelt dat de sociale relaties en de reacties op de cholera zowel het resultaat zijn van doelbewust handelen, als van onbedoelde acties en min of meer toevallige incidenten. Ze kritiseert

eerdere auteurs zoals Chevalier en Delaporte, die ze respectievelijk naïef biologisch determinisme en eenzijdige samenzweringstheorieën verwijt.

Het boek is niet chronologisch, maar thematisch van opzet. In vijf hoofdstukken behandelt Kudlick thema's die volgens haar cruciaal zijn voor het begrip van deze ontwikkelingen. Ze schetst op levendige wijze hoe de opvattingen van de Parijse bourgeoisie over epidemieën en de lagere klassen in zeventien jaar tijd veranderden. Deze verandering hing samen met de versteviging van de maatschappelijke positie van de bourgeoisie, de versterking van haar identiteit en de interne cohesie, en de vergroting van haar zelfvertrouwen.

In 1832 koesterde de bourgeoisie grote argwaan tegenover de armen. De recente geschiedenis had de middenklassen geleerd de lagere klassen te beschouwen als tot gewelddadigheid geneigde stompers die de stabiliteit van de stadssamenleving bedreigden. Door de bloedige ervaringen van de Franse Revolutie was in de perceptie van de bourgeoisie sociale onrust direct verbonden met irrationeel geweld. Deze houding speelde in tijden van crisis een belangrijke rol. Vooral tijdens de cholera-epidemie van 1832 kwam dit duidelijk naar voren. De tijdgenoten legden toen een direct verband tussen de epidemie en sociale onrust.

Begin jaren dertig hadden de Parijse middenklassen een pessimistische houding tegenover de stad. Men beschouwde de stad als ziek. *Paris malade* was een vaak gehuzigde term. Ten tijde van de epidemie van 1832 had Parijs enkele decennia veel immigranten uit de provincie getrokken. In de eerste helft van de negentiende eeuw verdubbelde de bevolking zich. Ze vestigden zich vooral in de arme, zwaar overbevolkte en vervuilde buitenwijken. Rond 1830 leefde ongeveer 80 procent van de bevolking in extreme armoede. De kloof tussen de bezitters en de bezitlozen werd steeds groter. Deze kloof speelde een belangrijke rol in de 'Selbstbetrachtung' van de bourgeoisie. De bourgeoisie identiteit kwam meer voort uit een gedeelde vijand dan uit een gemeenschappelijk bewustzijn.

De sociale pathologie van de bourgeoisie liet de cholera versmelten met de bloedige revolutionaire traditie van Parijs. De angst voor revolutie was prominenter dan de angst voor de cholera. De angst voor de revolutionaire traditie werd bevestigd door rellen. Aanleiding van deze rellen waren onder meer geruchten over een complot van artsen om de armen te vermoorden met behulp van de cholera.

Kudlick stelt drie prominente groepen uit de bourgeoisie gezamenlijk verantwoordelijk voor het actief vestigen van het publieke beeld van de cholera tijdens de beide epidemieën. De medici, de bureaucraten en de journalisten waren de 'cholera-boodschappers'. Zij behoorden tot de elite van de middenklassen en beschouwden hun opvattingen en levenswijze als universeel. Ondanks het negatieve beeld van *Paris malade* waren ze optimistisch en geloofden ze in rationaliteit, vooruitgang en de menselijke volmaakbaarheid. Ze waren er vast van overtuigd dat het nastreven van hun eigen belangen zou leiden tot bevordering van het algemeen belang. Ze meenden dat informatie behulpzaam kon zijn bij het begrijpen van zichzelf en de wereld waarin ze leefden.

De boodschappergroepen werkten noodgedwongen samen in de strijd tegen de cholera en in de verbreiding van hun beeld van de cholera. De hygiënistische medici speelden een belangrijke rol in het begrijpen dat de omgeving van doorslaggevende beteke-

nis was voor de verspreiding van de ziekte. Veel maatregelen waren op dit inzicht gebaseerd. De bureaucraten troffen vooral bestuurlijke maatregelen. Dit bleek een vernieuwende ontwikkeling te zijn. De pers droeg er aan bij dat deze nieuwe medische en bestuurlijke inzichten onder de Parijse middenklasse werden verspreid. Door de uitgebreide beschrijvingen en de gedetailleerde statistieken ontstond het beeld dat men druk doende was de epidemie te bestrijden en de crisis onder controle had. Dit beeld leidde tot de bourgeois verwachting dat de overheid de burgers moest informeren.

Ondanks de samenwerking en de onderlinge afhankelijkheid bestond er ook rivaliteit tussen de drie boodschappergroepen. Kudlick gaat uitgebreid in op het thema van samenwerking en rivaliteit. Ze doet dat aan de hand van verschillende maatregelen die werden getroffen: verspreiding van preventieve instructies, het opzetten van eerste-hulp-posten en het publiceren van statistische gegevens.

De verschuivende coalities en de onderlinge spanningen geven inzicht in de verschillende reacties op de epidemieën van 1832 en 1849. Tijdens de eerste epidemie hadden de bestuurders en de medici een bijna openlijke strijd gevoerd over het gezag. De overheid bleek van de medische stand afhankelijk te zijn. Dit leidde uiteraard tot spanningen. In 1849 lag het zwaartepunt van de strijd tegen de cholera primair bij de overheid, onder andere doordat ze een deel van het sociale en culturele prestige van de medische stand had overgenomen. De boodschappers toonden in 1849 een groter zelfvertrouwen in hun retoriek, hun verwachtingen en de verantwoording van hun optreden. De klassentegenstellingen kwamen minder openlijk aan bod en de sociale pathologie was helemaal verdwenen.

Kudlick besteedt uitvoerig aandacht aan de rol van de katholieke kerk tijdens de twee epidemieën. Want naast de burgerlijke seculiere context speelde ook de kerk een rol in de strijd tegen de cholera. Ondanks de verzwakte maatschappelijke positie had de katholieke kerk nog steeds invloed op de perceptie van de cholera, de boodschappers en de Parijse leefomgeving. Liefdadigheid was een effectief middel om sympathie, gezag en macht te winnen. De kerk ontfermde zich over de vele wezen, verzorgde zieken en begroef de doden.

De bourgeoisie benaderde de problemen vanuit een rationeel standpunt: hoe moet de ziekte begrepen en dus bestreden worden? De kerk, daarentegen, behandelde de crisis als een spiritueel probleem, de cholera als een symbool van moreel verval. Deze opstelling leidde, naast de traditionele antiklerikale houding van de bourgeoisie, vaak tot conflicten. De afkeer van de kerk leverde de bourgeoisie een kristallisatiepunt voor haar identiteit op. De antiklerikale Verlichtingsidealen dwongen vertegenwoordigers van de bourgeoisie deze seculiere idealen tegenover de kerk te verdedigen. Ondanks al hun claims konden beide groepen weinig tegen de cholera uitrichten. Beide probeerden zo goed mogelijk hun onmacht tegenover het grote sterven te verhullen.

In 1849 is de situatie sterk veranderd. De tegenstellingen tussen kerk en bourgeoisie waren afgenomen. Naarmate de identiteit van de bourgeoisie duidelijker werd en haar zelfverzekerdheid toenam, nam het gevaar van de kerk met zijn concurrerende verzorgingsarrangementen af. De kerk was overigens zelf ook veranderd in zijn houding tegenover de armen. Deze veranderingen maakten het mogelijk dat de bourgeois bood-

schappers en de kerk tijdens de epidemie van 1849 samen tegen de cholera ten strijde trokken.

De relatieve stilte tijdens de tweede epidemie was opvallend. In die periode was er namelijk nog steeds sprake van sociale onrust. De sociale kwestie en het socialisme waren actuele thema's geworden. De angst voor de rebellerende lagere klassen was niet verdwenen, integendeel, maar ze werd niet meer verbonden met ziekte. Ze was gebaseerd op politieke en sociale argwaan, niet meer op biologische achterdocht. In 1849 was de cholera voor de bourgeoisie gedemystificeerd. De verbinding tussen de cholera en sociale pathologie, het beeld van de zieke stad, was bij de bourgeoisie uit de gedachten en uit de retoriek verdwenen.

De katholieke herleving en de opkomst van het socialisme zorgden voor een klimaat waarin het politiek verstandiger was de lagere klassen met een verzoenende houding te benaderen. In 1849 beschouwde men de getroffen armen als meelijwekkende stumpers, niet meer als tot opstand geneigde woestelingen. De nieuwe strategie van verzoening en de gewijzigde retoriek van de bourgeoisie maakte een directe verbinding tussen de cholera en geneigdheid tot revolutie onmogelijk. Daarnaast hadden de armen, van hun kant, sinds 1832 enig vertrouwen in de medische stand en in de bureaucraten ontwikkeld. Er waren geen geruchten meer over complotterende artsen die de armen probeerden te vergiften.

De toegenomen invloed van bourgeois waarden in de samenleving speelde een belangrijke rol in de wijze waarop de tijdgenoten de cholera beschouwden. De medici, de bureaucraten en de journalisten speelden daarin een sleutelrol. In 1832 waren ze nog defensief geweest. In 1849 maakte het toegenomen zelfvertrouwen, de duidelijker identiteit en de versterkte cohesie na de economische, sociale en politieke consolidatie van de Parijse bourgeoisie een andere benadering van de cholera mogelijk. Dit verklaart hoe in de korte tijd de houding van de bourgeoisie zo sterk kon veranderen. Ze konden definiëren wie ze waren, in plaats van wie ze niet waren. Dit leidde tot een significante verandering van de wijze van bekijken en behandelen van de lagere klassen. Vanuit dezelfde achtergrond was ook de katholieke kerk minder bedreigend geworden.

De cholera heeft een belangrijke invloed gehad op het leven in Parijs. De epidemieën werkten als een katalysator voor het veranderen van ideeën over de omgeving en het openbaar bestuur. Pas met het grote sterven kwam er voldoende aandacht voor de problemen die samenhangen met de voortgezette groei: overbevolking, armoede en vervuiling. De hygiënist onderzochten de levensomstandigheden van de armen. De kranten berichtten de bourgeoisie hierover en brachten het aldus in de openbare discussie. De cholera leidde tot de vestiging van nieuwe instituties en tot nieuwe vormen van samenwerking tussen de overheid en de medici en het op een andere wijze beschouwen van de Parijse leefomgeving. De Parijse ervaringen vonden via de invloedrijke Parijse medische school hun weg in de rest van Europa.

De wijze waarop Kudlick de epidemieën midden in de samenleving plaatst, is aantrekkelijk en vernieuwend. Door de constructie van een veranderlijke, bijna fluïde, bourgeois identiteit maakt ze het mogelijk de sterk uiteenlopende reacties op de cholera te begrijpen. De bestudering van verhalen, de gebruikte retoriek en symbolen geven een levendig en overtuigend beeld van de verschillen.

Ten aanzien van een aantal argumenten kan enige twijfel naar voren worden gebracht. Speelde de traumatische schok van de eerste kennismaking met de cholera in 1832 niet een belangrijker rol dan Kudlick weergeeft? Was men in 1849 niet beter voorbereid en beter op de hoogte van de cholera dan ze ons wil doen geloven? Evenmin ben ik geheel overtuigd door haar zeer sterk culturele benadering van de veranderingen. Mogelijk is ze af en toe iets te eclectisch geweest en heeft ze andere factoren buiten beschouwing gelaten. Niettemin is haar vernieuwende culturele benadering zeer de moeite waard.

Het gebruik van de termen bourgeoisie en middenklasse door Kudlick is soms wat verwarrend. Hoewel ze een poging doet om duidelijkheid te scheppen, gebruikt ze zowel de enge als brede betekenis van deze en andere begrippen voortdurend door elkaar heen. Hoewel het boek voor een belangrijk deel draait om klassenrelaties en de veranderingen daarin, blijven de armen en hun positie toch wat buiten beeld. Het boek stelt de middenklassen consequent centraal en beschouwt de armen volledig en afstandelijk vanuit dat gezichtspunt. Ondanks de angst van de bourgeoisie lijken ze in het boek nauwelijks echt te hebben bestaan.

Storend is dat vanaf de inleiding het betoog schijnbaar direct naar de conclusies wordt geleid. Er komen dan ook nogal wat hinderlijke herhalingen voor. Naast ergernis leidt dit tot enige argwaan. Waarom moeten de argumenten zo vaak herhaald worden? Heeft ze misschien iets te verbergen? Desondanks is Kudlicks schrijfstijl helder en haar betoog meeslepend. Het typografisch zeer fraai verzorgde boek is het lezen meer dan waard.

Arthur Eyck

M.M. Lamens-van Malenstein, *Oefening en bespiegeling. Het verloskunde-onderwijs van M.S. du Pui*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1997. 477 pp. f 97,50.

In de loop van de achttiende eeuw werd de basis gelegd van de instrumentele verloskunde en nam het aantal in deze sector werkzame mannen sterk toe. Hadden voorheen chirurgijns slechts in noodgevallen ingegrepen, dikwijls om een dood kind 'af te halen', nu werden ze zich steeds meer betrokken bij normale bevallingen. Het werkterrein van de vroedvrouw, die geen instrumenten mocht gebruiken, werd ingeperkt. De *man-midwives*, *accoucheurs* en vroedmeesters boekten terreinwinst. Er ontstond behoefte aan instituten waar de mannen onderricht konden krijgen en in Nederland leidde dat in 1791 tot de benoeming te Leiden van de eerste hoogleraar praktische verloskunde en chirurgie, Meinard Simon du Pui. Huisarts Lamens-van Malenstein heeft een grondige medisch-historische studie gemaakt van het leven en werken van deze man. Bovendien plaatste ze hem in de context van de verloskundige ontwikkelingen in het West-Europa van zijn tijd.

Du Pui gaf de chirurgijns les in het Nederlands, bediende de universitaire studenten in het Latijn. Daarnaast was hij ook belast met onderwijs en controle over de stads-vroedvrouwen. Bij gebrek aan ruimte in het gasthuis, waar hij interne geneeskunde doceerde, dezen zijn studenten hun praktische ervaring op tijdens bevallingen bij 'be-

hoeftige' vrouwen thuis. Du Pui's streven om een kliniek met een kraamzaal te openen werd acht jaar na zijn benoeming verwezenlijkt. Zo werd zijn naam verbonden aan het Nosocomium Academicum, een kliniek van veertig bedden, die als voorloper van het huidige Academisch Ziekenhuis Leiden beschouwd kan worden.

Na de voltooiing van zijn studie in Groningen en Leiden heeft Du Pui enige tijd doorgebracht in Londen en Parijs, de centra waar naarstig gewerkt werd aan de ontwikkeling van de verloskunde als wetenschap. Centraal stond de bekkenleer, speciaal het onderzoek naar de verhouding tussen de maten van het bekken van de moeder en de grootte en ligging van het kind. Om het 'geklemd hoofd' te redden werden instrumenten en technieken ontwikkeld. De introductie van de verlostang en de onthulling van het Roonhuysiaanse geheim (de hefboom) gaf in de jaren vijftig van de achttiende eeuw de verloskunde een heel ander karakter. Natuurlijk is het griezelen geblazen bij de beschrijving van de instrumenten uit die tijd: tangen, hefbomen, haken, banden en teugels.

De schrijfster stelt dat men tegen het einde van de eeuw een zekere mate van overeenstemming had bereikt over de bekkenleer. Het omgaan met de nageboorte bleef echter een kwestie die de gemoederen hoog deed oplopen. Sommigen kozen ervoor om een afwachtende houding aan te nemen en de natuur de tijd te geven om haar werk te doen. Anderen stelden dat de moederkoek 'aanstonds' na de haring 'door konst of geweld' verwijderd diende te worden. Iedereen kende het beeld van de vrouw die na een voorspoedige bevalling stierf ten gevolge van bloedverlies. Juist de angst daarvoor leidde tot een actief beleid met alle complicaties en uitwassen van dien. In Engeland bestond mee respect voor de 'natuur' dan in Frankrijk, waar de 'kunst' voorop stond. Daar werd in het algemeen veel sneller tot interventie overgegaan. In Duitsland liep het beleid sterk uiteen. In Nederland werd vooral het Engelse model gevolgd. Het onderwijs en praktische werk van Du Pui is daar een goed voorbeeld van. Een van de stellingen bij zijn dissertatie luidde: "Het naar buiten trekken van de moederkoek onmiddellijk na de geboorte van het kind veroorzaakt groter onheil dan wanneer wij dit werk altijd aan de Natuur overlaten." Deze stelling is hij heel zijn leven trouw gebleven. Een opmerkelijker verschil tussen Nederland en het buitenland was de grote terughoudendheid hier ten aanzien van de klinische bevalling. In Engeland en Frankrijk daarentegen nam het aantal kraamklinieken snel toe.

Lamens-van Malenstein heeft een indrukwekkende hoeveelheid materiaal verzameld, waaronder veel correspondentie, bewaard gebleven collegedictaten en door de hoogleraar zelf bijgehouden verslagen van 171 baringen. Haar vragen, hoe vervulde hij zijn taak als hoogleraar, wat was zijn visie op de verloskunde en wat voor invloed had hij op zijn studenten, hebben niet tot vuurwerk geleid. Zij schetst het beeld van een afwachtend obstetricus die zo min mogelijk ingrijpt in het natuurlijk verloop van de baring, die niet vernieuwend is, maar plichtsgetrouw zijn werk doet en voor zijn tijd progressieve ideeën heeft over de behandeling van ongehuwde moeders. Als bij een bevalling een keuze gemaakt moet worden tussen leven van de moeder of van het kind, kiest Du Pui consequent voor de moeder. Met andere pijnlijke kwesties weet hij minder goed raad. Wanneer twee vrouwen die vanwege een sterk vernauwd bekken (rachitis was wijd verspreid) levensgevaarlijke baringen achter de rug hebben, hem advies vragen inzake 'den coïtus' dan voelt Du Pui zich 'zeer bezwaard'. Hij raadpleegt dan zijn

vroegere leermeester, de befaamde Petrus Camper. Deze doet de uitspraak dat 'al redenerende men moreel' de coïtus nooit verboden zou mogen worden, tenzij voor de man de echtscheiding verworven kon worden.

De voor sociale wetenschappers boeiende zaken zijn vooral tussen de regels door te lezen. Dan gaat het om het belang van persoonlijke vriendschappen bij academische benoemingen, de problemen in de omgang tussen mannelijke en vrouwelijke leerlingen verloskunde, de kwesties die onder de gerechtelijke geneeskunde vielen, zoals maagdelijkheid, lues bij pasgehuwden, twijfelachtig geslacht van een kind, kindermoord, en vooral hoe de verloskunde zich tot een wetenschap ontwikkelde over de ruggen (buiken?) van de meest machtelozen in de samenleving. Arme dikwijls ongehuwde, vrouwen vormden het klinisch materiaal'. Zo werden bijvoorbeeld in het prestigieuze Maternité van het Hotel-Dieu in Parijs behoeftige zwangeren en barenden getouchéerd door grote aantallen onervaren studenten. Bovendien werden sectio cesaria en symfyiotomie (het chirurgisch van elkaar verwijderen van de schaambeenderen) op arm-lastige vrouwen uitgeprobeerd. Rond 1800 was de gemiddelde opnameduur van vrouwen in de Maternité vijftientig dagen. Voor hun baby's was dat slechts twee. Deze werden zo snel mogelijk afgevoerd naar voedsters in de stad of op het platteland dan wel bij vondelingentehuizen afgeleverd. Overigens had men in het Maternité mannen die zich in de vroedkunst wilden bekwamen, heel lang weten te weren. Tot 1797 werden er alleen vroedvrouwen opgeleid, want de beroemde directrice madame La Chapelle gruwde bij de gedachte haar leerlingen door studenten verleid te zien worden. Een mooi en rijk geïllustreerd boek.

Eva Abraham

Annette Leibing (ed.), *The Medical Anthropologies in Brazil*. Berlin: VWB, 1997 (Curare : Special Volume; 12). 245 pp.

Deze speciale uitgave van het Duitse Zeitschrift für Ethnomedizin, *Curare*, bundelt studies en artikelen over de veelvormige relatie tussen Braziliaanse cultuur en gezondheid. De zeventien artikelen zijn voornamelijk door Braziliaanse sociale (antropologische) en psychologische wetenschappers geschreven. Ze zijn alleen al de moeite waard, omdat er niet vaak medisch-antropologische publicaties van en over Brazilianen verschijnen. Dit komt waarschijnlijk mede omdat medische antropologie nog geen lang leven in Brazilië kent. Die achterstand wordt allengs ingelopen, aangezien Braziliaanse medische antropologen zich vooral richten op 'het vreemde' in hun geboorteland. Dit in tegenstelling tot Europese en Noord-Amerikaanse vakgenoten die meestal het verre 'exotische' kiezen.

De eerste twee artikelen beschrijven *nervoso* (nervositeit) een bekend fenomeen in de antropologische literatuur van Latijns-Amerika. Alves en Rabelo bestudeerden vooral de narratieven van een *nervoso* lijdende vrouw uit een lage inkomensgroep in Salvador, de hoofdstad van de deelstaat Bahia. Zij zagen de brede maatschappelijke en culturele context weerspiegeld in het levensverhaal van de vrouw, mede doordat deze zich in de positie van 'de ander', de hoofdpersoon van het verhaal, plaatst.

Luiz Fernando Dias Duarte bespreekt *nervoso* in een vergelijkend perspectief. De opvattingen van de middenklasse en elite plaatst hij tegenover de perceptie van de arbeidersklasse. De bevindingen zijn gebaseerd op tien jaar onderzoek in Rio de Janeiro. De onderzoeker maakt gebruik van een psychologisch-analytisch model om de data te presenteren en te interpreteren. Zijn conclusie is dat nervositeit in Brazilië iets heel anders is dan de puur fysieke, universele ziekte die vanaf begin achttiende eeuw vanuit een voor het eerst opkomende individualistische ideologie door Europese fysiologen en later, begin deze eeuw, door Braziliaanse psychiaters werd beschreven. *Nervoso* in Brazilië is namelijk een uiterst dualistisch fysiek-moreel model dat uitdrukking geeft aan een holistische en hiërarchische opvatting van 'the Person' en de wereld, aldus de auteur in het wat minder toegankelijke artikel. Betreffende de lage sociale klasse is de overeenkomst tussen beide studies dat familie van cruciaal belang is. *Nervoso* in deze bevolkingsgroep is dan ook vaak het gevolg van het op de een of andere manier buiten de beschermende familiestructuur vallen.

Ook de studie van psychologe Russo in Rio de Janeiro onder lichaamstherapeuten (beoefenaars van een psychologische therapie gericht op het lichaam) is gebaseerd op levensgeschiedenissen als onderzoeksmethode en maakt gebruik van symbolische verklaringen. In het korte betoog wordt gesteld dat individuen voornamelijk uit de middenklasse door het opbouwen van een nieuw lichaam zichzelf bevrijden van een onderdrukkende en beklemmende maatschappij. Het lichaam is zo een instrument ter zelfconstructie en verandering en eveneens een vorm van afzetting tegen de taal van de officiële academische instituties. De taal van het lichaam is superieur aan woorden in de wereld van de lichaamstherapeuten.

Vier belangrijke medische systemen worden met elkaar vergeleken door Luz en De Camargo jr. aan de hand van zes variabelen. De biomedische, homeopathische, traditioneel Chinese en Ayurvedische rationaliteiten worden naast elkaar gezet op het gebied van kosmologie, medische doctrine, diagnose, morfologie, vitale dynamiek en therapie. De hypothese dat er in Brazilië meerdere rationaliteiten met en door elkaar bestaan en geen van de vier als 'de ware' aangemerkt hoeft te worden, is niet origineel te noemen. De systematische en historische wijze waarop de systemen vervolgens worden besproken is wel alleszins boeiend en kan zelfs dienen als naslagwerk. Tot een toetsing van de hypothese komt het echter niet. Het blijft bij een algemene vergelijkende samenvatting van de systemen, zonder de Braziliaanse context erbij te betrekken.

Maria Andrea Loyola heeft veel onderzoek gedaan naar traditionele en religieuze geneeswijzen onder de lagere klassen van Nova Iguaçu, een (miljoenen)voorstad van Rio de Janeiro. In haar bijdrage vergelijkt zij die bevindingen met de resultaten van onderzoek naar cliënten van homeopathische genezers in de binnenstad van Rio de Janeiro. Loyola concludeert dat ziekteperceptie een reflectie is van de sociale structuur en dat dit geldt voor zowel hulpzoeker als hulpgever. De lagere klassen classificeren ziektes in termen van materieel en spiritueel op basis van oorzaak, maar ook van symptomen of het resultaat van een biomedische behandeling. De middenklasse-bezoekers van een homeopaat gebruiken de categorieën balans en disbalans om gezondheid en ziekte te definiëren. Beide groepen zijn er evenwel van overtuigd dat lichaam en geest

onderling verbonden zijn en werpen daarmee het dualisme tegen dat zo kenmerkend is voor het officiële medische systeem.

Van een andere orde is de bijdrage van Da Silva over de gevolgen van een milieuramp in 1987 waarbij inwoners van Goiânia, hoofdstad van de deelstaat Goiás in Centraal-Brazilië, werden blootgesteld aan radioactieve straling. Ook hier wordt grote verklarende waarde toegekend aan narratieven. Die vertellingen, alledaagse claims en ervaringen van de slachtoffers geven volgens de onderzoeker een goed beeld van het karakter van de gezondheidseffecten van de ramp. Die effecten blijken namelijk niet alleen (zoals gesteld door de officiële regeringsinstanties) op het fysieke, waarneembare vlak te liggen. Slachtoffers eisen dat de 'onzichtbare' effecten van de ramp, zoals desintegratie van sociale- en familieverbanden en verlies van arbeid door het officiële biomedische circuit erkend worden. Tevergeefs vooralsnog. In feite beschrijft de onderzoeker hoe de indirecte gevolgen van een milieuramp door de jaren heen door de autoriteiten worden verwezen en percepties van de slachtoffers van de ramp niet serieus worden genomen.

Een zuiver beschrijvende, historische analyse van de opvattingen van Braziliaanse wetenschappers aan het begin van deze eeuw over de destijds massaal voorkomende syfilis komt van de hand van Carrara. Het betoog kent haar charme vooral in de mooie citaten van Braziliaanse medische wetenschappers uit lang vervlogen tijden en de creatieve theorie van de auteur waarin hij syfilis doet uitgroeien tot een symbool van Braziliaanse vooruitgang. Waar Europese wetenschappers er van uit gingen dat syfilis endemisch was in Midden- en Zuid-Amerika en door onder meer de Portugezen uit Brazilië naar Europa was meegenomen, ontwikkelden Braziliaanse wetenschappers de theorie dat de ziekte elders in het Caraïbisch gebied is ontstaan. Columbus' vloot bracht de ziekte naar Europa en vervolgens belandde syfilis via de kolonisten in Brazilië. "Civilization is syphilization", concludeerde een wetenschapper (Araujo) in 1928.

Met bovenstaande constructie verwijderde Brazilië zich volgens Carrara van de 'inferieur' geachte landen uit de Caraïbische regio en plaatste het zich dicht bij de 'geciviliseerde wereld'. Tevens nam syfilis en daarmee 'seksuele pathologie' de plaats in van 'rassenvermenging' als hoofdoorzaak van de vele sociale en morele kwaden in de Braziliaanse samenleving. Dit impliceerde dat verbeteringen op sociaal-moreel gebied mogelijk waren door het bestrijden van ziekte. Hiermee hebben volgens de antropoloog Braziliaanse syflografen een grote bijdrage geleverd aan een veranderende nationale identiteit waarin plaats kwam voor waardering voor de Afrikaanse en inheemse wortels.

Een antropologische studie over aids ontbreekt niet. Toch onderscheidt het artikel van Larvie zich van de meeste aids-studies in die zin dat de opvattingen van beleidsmakers en hulpgevers onderzocht worden, niet die van patiënten. Larvie beschrijft uitgebreid het officiële model van interventie van de WHO en het Braziliaanse Nationale Programma tegen aids en soa en het 'lokale model' van psychologen en maatschappelijk werkers die de preventieprojecten in de praktijk van Rio de Janeiro moeten uitvoeren.

De twee modellen blijken te wortelen in verschillende theoretische uitgangspunten en daardoor te botsen. Het officiële ('geïmporteerde') model ziet risico als een combinatie van kennisgebrek en invloed van sociaal-culturele factoren en voorlichting als de sleutel tot succes. De hulpverleners in Rio de Janeiro blijken in hun benadering sterk

beïnvloed door de, in deze bundel door Russo beschreven, 'culture of psychology unique to Rio de Janeiro'. Deze groep richt preventie op persoonlijke transformaties van kwetsbare individuen en streeft tevens politieke veranderingen na. Kwetsbaarheid neemt hier de plaats in van risico en verwijst naar de sociale en politieke context van het risicogedrag. Door bewustwording (*conscientização*) moeten mensen een grotere persoonlijke vrijheid krijgen en mogelijke veranderingen teweeg brengen in hun opvattingen en (seksueel) gedrag. Succes is echter niet verzekerd in dit model, mensen kunnen als zij 'vrij' zijn ook kiezen voor risicogedrag.

De afsluiting van het betoog is enigszins positief. Larvie stelt vast dat het officiële Nationale Programma zodanig veranderd is dat men nu werkt met voorheen gedemoniseerde 'sexual outsiders' (travestieten, prostituées, homoseksuelen) en aids niet meer als een moreel probleem ziet, maar als een kwestie van openbare gezondheid. Ten slotte vraagt de auteur zich terecht af of beide modellen die qua theorie en praktijkmethodes zo gebaseerd zijn op academische (psychologische) opvattingen over gezondheid en uitgaan van het moderne individu wel aansluiten bij bevolkingsgroepen die een andere (traditionele, religieuze) kijk op risico, ziekte en gezondheid hebben.

De Noord-Amerikaanse antropologe Marilyn Nations en Cristina Monte leveren een gezamenlijke bijdrage. Nations heeft vele jaren onderzoekservaring in de Noord-oostelijke deelstaat Ceará, één van de armste regio's van Brazilië. Het artikel beschrijft opvattingen over cholera in twee sloppenwijken van Fortaleza, hoofdstad van Ceará. De auteurs beginnen met een nauwgezette historische, epidemiologische en medische inleiding over cholera zodat de lezer zich met een goede basiskennis aan het antropologische gedeelte kan zetten. Hierin worden de weinig opwekkende onderzoeksresultaten cijfermatig opgevoerd, casussen besproken en flarden van interviews weergegeven. Verzet en onbereidwilligheid ten opzichte van medische behandelingen en preventieprojecten interpreteren de auteurs als 'hidden transcripts' waarin een politiek-economisch protest tegen de uitbuitende heersende klasse schuilgaat.

De onderzoekers stellen dat met name door de elite in stand gehouden culturele stereotypen over de *favela*-bewoners, zoals *vira lata* (vuilnisbakkenras) en *pessoa imunda* (viezerik) door de armen als metaforen voor de ziekte cholera opgevat worden. Hierdoor wordt het negeren en ontkennen van de ziekte verkozen boven het sociaal-economisch vernietigende stigma van cholera-patiënt, lijder aan 'de hondenziekte'. Naar mijn mening draven de auteurs door in hun symbolische benadering door hond en arme mens gelijk te schakelen, bestaan er ook 'goede rijken' in Fortaleza en zijn de desastreuze cijfers over politiek, economie, gezondheid en politiegeweld sterk gedaald. Sinds het aantreden van de socioloog Fernando Henrique Cardoso als president in 1994 is er enige, ook voor de arme Brazilianen, verandering ten goede. Toch is het een mooie antropologische studie die terecht de nadruk legt op de politiek-economische oorzaken van gezondheidsproblemen en waarvan de resultaten bovendien medische specialisten van dienst bleken te zijn bij het 'cholera control programme' in één van de sloppenwijken.

Een antropologisch onderzoek naar de aanhoudende incidentie van schistosomiasis (bilharzia) in een dorpje in de bergachtige deelstaat Minas Gerais wordt samengevat in het artikel van Uchôa et al. Aanleiding tot het onderzoek was de ontdekking dat een

'schistosomiasis control programme' gedurende tien jaar geen effect op de incidentie van de ziekte had. Het Braziliaanse Ministerie van Gezondheid was dan ook één van de sponsors van de studie. Voornaamste conclusie is dat de dorpsbewoners weliswaar over voldoende kennis van de ziekte beschikken, maar dat een herinterpretatie van deze kennis op basis van hun eigen 'geloofssysteem' toch tot een zekere onderschatting van de risicofactoren (besmet water) leidt. Van praktische waarde is de vaststelling dat de waterpompen vaak niet blijken te werken en mensen dus geen stromend water hebben en aangewezen zijn op het besmette natuurlijke water van rivieren, meren, moerassen en bronnen.

Twee artikelen hebben opvattingen over fertiliteit en zwangerschap onder arme bevolkingsgroepen in de meest zuidelijke deelstaat Rio Grande do Sul als onderwerp. De ene auteur (Leal) put in haar bijdrage in grote mate uit het werk van de andere (Victoria). Leal ziet de bevindingen van Victoria overtuigend bevestigd dat vrouwen hun vruchtbare periode zien overlappen met de periode van ongesteldheid en menstruatiebloed associëren met sperma en onderscheiden van lichaamsbloed. Over het algemeen wordt menstruatiebloed, zoals in zovele culturen, als vies en vervuilend gezien. De schrijfster verklaart deze paradox deels door de opvattingen van de vrouwen te plaatsen in het humorale verklaringsmodel waarin het (vrouwelijk) lichaam een entiteit is waar vloeistoffen in- en uitstromen. Onder bepaalde omstandigheden, wanneer het lichaam zich opent en sluit, wordt het bloed gezien als voortbrenger van leven, maar wanneer aan het einde van de menstruatiecyclus het bloed haar kraecht verloren heeft, wordt het (tevens en vooral door de mannen) als vervuilend gezien.

Leal beschrijft verscheidene traditionele en huiselijke abortusmethodes die onder de vrouwen in zwang zijn. Ze presenteert een tabel van de plaatselijke gezondheidspost met alle anti-conceptiemethoden van de vrouwen in vruchtbare leeftijd. 'Any method' blijkt, naast de pil, de meest toegepaste methode, maar wordt helaas niet verder omschreven.

Victoria kwam in sloppenwijken van Porto Alegre (hoofdstad van Rio Grande do Sul) antropologisch interessante opvattingen over zwangerschap tegen. De vrouwen geloofden in het bestaan van een 'moeder van het lichaam' (*mãe do corpo*) dat voor de baby zorgt vóór en na de zwangerschap. Deze entiteit in het vrouwelijk lichaam lijkt op een lokale opvatting van de baarmoeder, maar behelst volgens Victoria een veel ruimere betekenis. Zo kan de *mãe do corpo* verantwoordelijk zijn voor een psychologische zwangerschap en is aldus een reflectie van het gedrag en de gedachten (hier de kindwens) van de moeder. Uiteindelijk brengt Victoria de opvattingen over het lichaam in verband met de dagelijkse leefcultuur van de mensen. De stelregel in de sloppenwijk dat iemand nooit alleen moet zijn en men voor elkaar moet zorgen, wordt zo symbolisch weergegeven in 'de moeder van het lichaam' die de baby gezelschap houdt en verzorgt.

Een mooie, maar nauwelijks in het medisch antropologische rijtje passende bijdrage is van Contardo Calligaris met zijn *Notebook on Migrations*, al noemt hij zijn zeven opmerkingen een eerste bijdrage aan de psychopathologie van moderne migrantenbevolkingen. In feite bespreekt de psycholoog de relatie tussen migratie en individualisme. De kern van het betoog schuilt in zijn definitie van moderne migraties: "voyages

toward (more) individualism". Interessant vond ik de verklaring van Calligaris van het verschil in opvatting tussen Latijns-Amerikanen en Noord-Amerikanen over de geschiedenis van hun land. Waar Brazilianen in de passieve vorm vertellen door de Portugezen gekoloniseerd en uitgebuit te zijn, identificeren (Anglo) Noord-Amerikanen zich met de kolonisator. Volgens de auteur wortelen deze fundamenteel verschillende percepties van het vaderland in de wijze waarop de kolonisatie plaatsvond. In Noord-Amerika gebeurde dit met de gedachte om vrijheid te bewerkstelligen en een natie te construeren, in Latijns-Amerika was vooral tijdelijk gewin en kerstening het doel. De auteur legt vervolgens een verband tussen die historisch bepaalde percepties en de huidige sociaal-economische situaties van de beide Amerika's. Calligaris onderwerpt ook het aanzwellende contingent Braziliaanse migranten in de VS aan een psychoanalyse. Eigenlijk, denkt Calligaris wat al te idealistisch, was de droom van de vooral middenklasse Brazilianen geen droom van welvaart, maar van democratie en betekent hun migratie een groot verlies voor de toekomst van Brazilië.

Een bijdrage over Afro-Braziliaanse geneeswijzen mag natuurlijk niet ontbreken in een medisch-antropologische bundel over Brazilië. Caroso et al. bestudeerden de therapiekeuze van geestelijk zieken in een stadje aan de kust van Bahía. Ze beschrijven de lokale context, de methodologie die gebaseerd is op Kleinmans indeling van gezondheidszorg in 'popular', 'professional' en 'folk' sector en de (kwalitatieve) onderzoekstechnieken. Als theoretisch kader gaan de onderzoekers in zekere zin uit van de 'labelling' theorie van Scheff, die geestesziekte ziet als een sociale constructie vorm gegeven door contact tussen het zieke individu en diens sociale netwerk. Doordat de gemeenschap patiënten beoordeelt op basis van hun therapiekeuze, hebben mensen met geestelijke problemen meer baat bij een bezoek aan een centrum voor *candomblé* (Afro-Braziliaanse religie) dan aan een psychiater. Voor vertrouwde en tijdelijke problemen als bezetenheid bezoekt men een dergelijk centrum. Wordt iemand bij een psychiater gesignaleerd, dan beschouwt men hem werkelijk gek. Een stigma dat men moeilijk kwijt raakt. Uiteindelijk stellen Caroso et al. dat rituele socialisatie het geloof in magisch-religieuze oorzaken van ziekte en strenge naleving van plichten behelst. Dat een strenge religieuze opvoeding mogelijk heeft bijgedragen aan een snellere genezing, blijkt uit de besproken casus, maar wordt niet geconcludeerd door de auteurs.

Het korte, maar informatieve artikel van Dalgallarrondo borduurt in essentie voort op het vorige. In een kwantitatief onderzoek onder driehonderd patiënten van een psychiatrisch ziekenhuis in Zuidoost-Brazilië vergeleek hij de duur van het verblijf in het ziekenhuis tussen patiënten met een katholieke en een pentecostale achtergrond. De meer toegewijde, fanatieke en over een groter sociaal (religieus) netwerk beschikkende pentecostale patiënten verbleven veel korter in de kliniek dan de meer vrijblijvend religieuze katholieke patiënten. De professor in de psychiatrie verwijst naar andere cross-culturele studies die eveneens aantoonen dat een toegewijde vorm van religie een beschermende factor tegen schizofrenie en andere geestesziekten is. Hiermee legt Dalgallarrondo tevens de vinger op de zere plek bij de WHO die vooralsnog weigert om religie als mogelijke factor van invloed op te nemen in hun 'multicentric' studies naar geestelijke aandoeningen.

De samenstelster van de bundel, de aan de Federale Universiteit van Rio de Janeiro werkzaam zijnde Duitse antropologe Annette Leibing, sluit de serie artikelen in stijl af met een studie over de ziekte van Alzheimer onder de middenklasse van Rio de Janeiro. Leibing geeft eerst een weergave van de wetenschappelijke discussie die zich toespitst op de vraag of de ziekte van Alzheimer een altijd bestaande, maar met de veroudering van de wereldbevolking pas sinds 1970 in beeld gekomen ziekte is, of dat het een post-moderne constructie is die steeds universeler wordt toegepast. Omdat dementie op oudere leeftijd van alle tijden en alle culturen is, maar niet altijd het predikaat 'Alzheimer' van toepassing is, complementeren beide verklaringen elkaar, stelt ook Leibing.

Het Braziliaanse verklaringsmodel voor deze ziekte combineert officiële biomedische noties met lokale le kentheorieën. De 52 geïnterviewde verzorgers van Alzheimerpatiënten houden biografische vertellingen over de zieke persoon om zo deels de oorzaak van de ziekte te verklaren. Daarnaast bleken dezelfde persoonlijke karaktereigenschappen met de ziekte in verband te worden gebracht. De laatste verklaring heeft een associatie met de biomedische definitie waarin op de genetische invloed wordt gewezen. Enkele casussen waren ontwapenend en soms aangrijpend. Qua onderzoeksresultaten zag ik een bescheiden bevestiging van de stelling dat toegewijde, strenge religie een beschermende factor tegen geestelijke aandoeningen kan betekenen. Van de patiënten bleek namelijk 93 procent katholiek en had aldus een zeer klein percentage mogelijk een streng geloof. Leibing uit ten slotte haar angst voor een ontwrichting van traditioneel verzorgende Latijns-Amerikaanse familiestructuren door een verdere medicalisatie van het aloude verschijnsel van dementie op oudere leeftijd.

De afwisselende reeks onderwerpen geven een goed beeld van uiteenlopende gezondheidsvraagstukken in verschillende Braziliaanse contexten en maken het lezen van de bundel aangenaam en nimmer saai. Het meervoud in de titel, *The medical anthropologies in Brazil*, is daarom op zijn plaats. Toch krijgt Rio de Janeiro, hoe interessant de stad ook is, buitenproportionele aandacht, mist de bundel bijdragen over kindergezondheid en de inheemse bevolking en is de diversiteit ook qua theoretische benadering niet overtuigend. Hoewel Leibing in het voorwoord stelt dat geen bepaalde theoretische stroming overheerst, viel mij op hoe dikwijls een beroep werd gedaan op symbolische en cognitieve verklaringen, gebaseerd op de 'life history' onderzoeksmethode. Deze ondergeschikte punten van kritiek bederven het leesplezier echter geenszins, temeer omdat die symbolische verklaringen vaak creatief en fantasierijk zijn. Eigenschappen die overigens als stereotypen aan Brazilianen worden toegeschreven.

Hans Veltmeijer

Anna Petra Nieboer, *Life-events and well-being: A prospective study on changes in well-being of elderly people due to a serious illness event or death of the spouse*. Amsterdam: Thesis, 1997. 225 pp. f 37,50.

In dit boek wordt de vraag gesteld welke invloed een ingrijpende gebeurtenis als ziekte of dood van een partner heeft op het welbevinden van ouderen en waarom die invloed zo varieert. Over dit onderwerp is reeds veel geschreven, maar het nieuwe van Nieboers

studie is dat zij de beschikking heeft gegevens over de situatie *voor* de gebeurtenis, terwijl vorige studies zich beperkten tot de periode *erna*. Dat was mogelijk doordat zij gebruik kon maken van het databestand van het NESTOR onderzoeksprogramma Ouderen Onderzoek Groningen. De studiepopulatie van dat onderzoek bestaat uit 8.723 personen van 57 jaar of ouder. In totaal was het mogelijk de gegevens te gebruiken van 127 respondenten die getroffen waren door ernstige ziekte van hun partner en van 92 respondenten die een partner verloren hadden. In beide gevallen omvatten die gegevens de situatie vóór en na de gebeurtenis.

De studie bestaat uit statistische analyses van de gegevens gebaseerd op vooral twee theoretische uitgangspunten, de sociale-productietheorie en de framingtheorie. De eerst genoemde theorie gaat ervan uit dat "mensen rationeel en doelgericht zijn in hun streven naar fysiek en sociaal welbevinden". De tweede theorie stelt de beperkingen van de eerste vast. Het aanpassingsproces na een tragische gebeurtenis kan negatief beïnvloed worden door een 'verliesperspectief'. Met andere woorden, het doelbewust streven naar optimaal welbevinden blijkt soms niet mogelijk, omdat de getroffen persoon door gevoelens van verdriet over het verlies wordt beheerst. Deze, zo op het eerste gezicht vanzelfsprekende, veronderstellingen worden in Nieboers boek op kwantitatieve wijze, met tal van 'multiple regression' analyses, getoetst.

Het antropologisch onheugen hij een dergelijke extreem kwantitatieve benadering is drieërlei. Er verschijnt geen enkel menselijk wezen in de studie, de interpretatie van de uitkomsten van de statistische toetsen is onzeker en er wordt te causalistisch geredeneerd.

Een voorbeeld dat betrekking heeft op de eerste twee bezwaren. Naarmate mensen meer zorg verleenden aan hun partner voordat deze stierf, schrijft de auteur, ondervonden zij minder teruggang in welbevinden als gevolg van diens dood. Dat kan van alles betekenen. Was de dood van de partner een 'bevrijding' voor de ander? Of moet de goede verwerking van het verlies verklaard worden uit de overtuiging van de overgebleven partner dat deze al het mogelijke gedaan heeft en zichzelf niets te verwijten heeft? Er zijn nog diverse andere veronderstellingen mogelijk. De gecodificeerde gegevens bieden onvoldoende inzicht in de gevoelens van de ouderen om hun 'mate van welbevinden' na de ingrijpende gebeurtenis te begrijpen, laat staan te verklaren. Onbedoeld laat deze studie het grote voordeel zien van een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

Eenzelfde opmerking is te maken bij de conclusie dat beperkingen in activiteiten leiden tot een afname in het welbevinden. De auteur wijst er zelf op dat die conclusie, met even grote aannemelijkheid, omgekeerd kan worden. Ook hier blijkt een betrouwbare uitleg onmogelijk omdat complementaire kwalitatieve gegevens ontbreken. Een causalistische terminologie (het boek staat vol met "heeft effect op", "heeft invloed op") kan dit gebrek aan dieper inzicht niet verbergen.

Dat neemt echter niet weg dat de beleidsaanbeveling van de auteur geloofwaardig is. Zij stelt voor dat hulp aan ouderen in deze fase er vooral op gericht zou moeten zijn hen in staat te stellen hun belangrijkste activiteiten te blijven doen. Die aanbeveling is geloofwaardig juist omdat geluk en welbevinden niet eenduidig causalistisch begrepen kunnen worden. Of het opgeven van hobby's nu het gevolg of de oorzaak van somber-

heid is mag een wetenschappelijke vraag blijven. Als mensen in staat zijn hun hobby weer op te nemen, is dat een goed teken.

Sjaak van der Geest

Simon J. Williams & Michael Calnan (eds), *Modern medicine: Lay perspectives and experiences*. London: UCL Press, 1996. 270 pp. £ 13.95.

Alle twaalf bijdragen aan *Modern medicine* richten zich op de veranderende houding van 'leken' tegenover de geneeskunde. De auteurs, in hoofdzaak medisch sociologen, trachten het stereotiepe beeld van de dociele en passieve patiënt bij te stellen door te wijzen op de groeiende kennis van medische zaken bij leken en hun daaruit voortvloeiende meer kritische stellingname ten aanzien de geneeskunde. De overheersende conclusie is dat er sprake is van een sterke ambivalentie. Enerzijds is er een groot vertrouwen in de bestaande medisch zorg, anderzijds is er ook twijfel en kritiek. Mensen hebben het gevoel dat sommige medische praktijken hun doel voorbijschieten en schade aanrichten aan het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden van patiënten. De meeste auteurs baseren hun bevindingen op oorspronkelijk empirisch onderzoek.

Deze kritische mondigheid en ambivalentie wordt beschreven voor de wijze waarop mensen omgaan met – en zich verzetten tegen – geneesmiddelen (hoofdstuk 3-5), hoe zij zich opstellen tegenover de 'oplossingen' van de geneeskunde voor chronische ziektes (hoofdstuk 6-8) en voor de houding ten aanzien van reproductieve technologie (hoofdstuk 9-10).

Drie voorbeelden. Gerhardt beschrijft de geschiedenis van vier mensen die een niertransplantatie hebben ondergaan en onderzoekt hoe zij deze ingreep hebben beleefd. Zij doet dat aan de hand van 'narratieve interviews'. De betrokkenen staan allen uiterst positief tegenover de operatie maar voelen tegelijkertijd een zware last die deze 'gift of life' hun oplegt. Zij hebben nu de morele plicht te laten zien dat zij dit geschenk 'verdiend' hebben door geheel en al terug te keren naar de 'normaliteit'.

Bedelow toont in haar bijdrage het paradoxale effect van de techniek van pijnbestrijding. De hoge verwachting die mensen met chronische pijn hebben van de biomedische mogelijkheden tot pijnbestrijding heeft hun pijntolerantie verlaagd. Als die hoge verwachting niet uitkomt, voelen zij zich in de steek gelaten door de geneeskunde en lijden zij nog meer pijn dan tevoren.

Denny levert kritiek op radicaal-feministische auteurs die geavanceerde reproductieve technieken louter als middelen van onderdrukking zien. Zij stelt daar tegenover dat vrouwen die bijvoorbeeld in vitro fertilisatie ondergaan en zich daarbij onderwerpen aan een medisch-technisch regime, dit veelal ervaren als een middel tot bevrijding uit een situatie waarin zij tegen hun wil verkeren. Zij verwijt het feminisme dat zij door haar eenzijdige stellingname zelf een onderdrukkende factor in het leven van vrouwen dreigt te worden.

In de conclusie staan de twee redacteurs nog eens stil bij de groeiende ambivalentie ten aanzien van de geneeskunde. Zij merken daarbij op dat mensen niet of positief of negatief zijn, maar dat hun stellingname het resultaat is van allerlei complexe sociale

processen. Zowel medicalisering als de-medicalisering wordt door consumenten gedragen en bevorderd. Williams en Calnan suggereren mijns inziens terecht dat de betrokkenheid van iemand bij een medische handeling een grote rol speelt in diens houding tegenover de geneeskunde. Wie ver verwijderd is van een medische ingreep, blijkt zich meer kritiek en scepticisme te kunnen veroorloven dan wie door ziekte gedwongen is een beroep te doen op medische hulp.

Sjaak van der Geest

Steven Van Wolputte, *Gezondheid en genezen in Afrika*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1997. 130 pp. f 29,-.

Gezondheid en genezen in Afrika is een inleiding voor gezondheidswerkers, journalisten en politici die weinig vertrouwd zijn met de antropologische literatuur. Van Wolputte, antropoloog aan de Katholieke Universiteit van Leuven, tracht met dit boek even te "schudden aan de boom van verwachtingen en evidenties waarmee we ons doorgaans 'in den vreemde' begeven, en waarop in het spreken over genezen en gezondheid vaak – té vaak – een beroep wordt gedaan".

De Westerse biogeneeskunde heeft ondanks haar inzet en haar genezend potentieel in Afrika min of meer gefaald. De oorzaak is mede gelegen in haar vermeende universele geldigheid en superioriteit. Van Wolputte tracht met zijn boek aan te tonen dat ziekte en gezondheid cultuurgebonden zijn en bovendien ingebed zijn in een politiek-economische en sociaal-culturele context.

In hoofdstuk twee staat het cultuurspecifieke van genezen in de Afrikaanse context centraal. Van Wolputte haalt de conversatie aan tussen Livingstone (de medische dokter) en de regendokter, waarin de vraag centraal staat of een regendokter met zijn medicijnen regen kan maken. Hierin komt prachtig naar voren dat beiden, de medicus en de regendokter een rationele verklaring hebben voor hun handelen en in die zin niet zo erg van elkaar verschillen. De Afrikaanse patiënt, of beter gezegd, de patiënt met zijn of haar verwanten, zoekt bij ziekte naar de meest geschikte geneeswijze voor die specifieke ziekte. Men maakt doorgaans een rationele keuze uit de traditionele genezers, de biogeneeskunde of een overgangsvorm van beide.

Van Wolputte behandelt in hoofdstuk drie de context van kolonisatie en de overheersing van het dominante Westerse paradigma. Hij geeft een historisch overzicht met veel voorbeelden die aantonen dat het doel dat men zich had gesteld, namelijk het uitdoven van epidemieën, niet gehaald is. Waarschijnlijk had een verbetering van de sociaal-economische omstandigheden meer invloed op het verminderen van ziekten.

De zwarte als belichaming van de 'Ander' is de titel van het vierde hoofdstuk en deze zin vat de inhoud ervan. Erin wordt beschreven hoe de biogeneeskunde een rol vervult bij het uitdragen van de Westerse waarden en cultuur. De zwarte vormt het tegenbeeld en werd geïdentificeerd met primitiviteit, achterlijkheid, bijgeloof en ongezondheid. Dat dit niet alleen geschiedenis is, laat Van Wolputte zien door te belichten hoe deze beeldvorming ook nu nog is verweven met de theorievorming rond AIDS.

Na de onafhankelijkheid kreeg de stedelijke elite de macht in handen. Deze elite sprak de taal van de blanken en nam ook de, op Westerse lees gestoelde, gezondheidszorg over. Er ontstond een tegenstelling tussen dorp en stad, die er een lijkt te zijn van 'moderniteit' versus traditie. De stedelijke elite hield zich vast aan de biomedische waarden. Wat voor gevolgen dit kan hebben, maakt het voorbeeld van de invoering van de flessenmelk in Nigeria duidelijk. De fles werd als symbool gezien voor een geslaagde adoptie van het moderne leven. Borstvoeding werd geassocieerd met onderontwikkeling. Men kan zich voorstellen wat voor problemen het kan geven als kinderen de natuurlijke bescherming die de borstvoeding in zich heeft, moeten missen en wat de effecten kunnen zijn als er, bij de bereiding van de melkpoeder, ongekookt water wordt gebruikt.

De Westerse aanpak bracht niet datgene waarop men had gehoopt en deze teleurstelling was de basis voor een nieuwe aanpak die in 1978 in Alma Ata werd vastgesteld. Hoofdstuk zes en zeven gaan hierover. In Alma Ata werd de Primary Health Care (PHC) geïntroduceerd, dit was een ware ideologische verandering. Men stelde voor gemeenschapswerkers aan te stellen en traditionele genezers te integreren in de gezondheidszorg. Hoe mooi de ideeën ook waren, de invoering stuitte op vele problemen. Zo vreesden Westers opgeleide gezondheidswerkers voor een devaluatie van hun beroep en waren ze bang dat hun autonomie af zou nemen. Bovendien bleek het succes van invoering af te hangen van de steun die het van de plaatselijke machtsstructuur kreeg. Het was een politiek proces en het werd duidelijk dat de beginselverklaringen van Alma Ata weinig realistisch waren en te ver afstonden van de daadwerkelijke verbeteringen.

Dit gaf weer een nieuwe polarisatie in het denken, welke werd versterkt door de politieke, economische en culturele crises waarin veel Afrikaanse landen terechtkwamen. Enkele van de gestelde vragen: Wat kan de biogeneeskunde betekenen in gebieden waar oorlogen een ziekmakende invloed hebben op de burgers? Waarom zoeken veel mensen hun heil in de genezingskerken? Wat te zeggen van de opmerking dat de kracht van de biogeneeskunde zich heeft gemarginaliseerd in pillen? Van Wolputte tracht een verklaring te geven voor deze processen. De bespreking hiervan doet onmiddellijk de vraag rijzen wat er eigenlijk goed gaat. Het is een deprimerende demonstratie van mislukkingen, van worstelingen om projecten uit te voeren en de ongewenste effecten die ze met zich mee brengen. Toch ziet Van Wolputte wel toekomst voor de biogeneeskunde in Afrika, maar dan moet het wel ingebed zijn in de politiek-economische en sociaal-culturele context met zijn omvattende kosmologie en moet men uitgaan van de behoeften van de mensen in kwestie.

Het boek is prettig en goed leesbaar geschreven met veel voorbeelden en ingekaderde teksten met aanvullende informatie. Van Wolputte heeft dit boek voor niet-antropologen geschreven, maar voor antropologen die niet zijn ingevoerd in de gezondheidsaspecten in Afrika is het een leuke, overzichtelijke inleiding op dat probleem. Zelfs voor de ingewijden is het aardig te lezen, mede door de vele voorbeelden in de tekst. Het doel van het boek is gehaald. Na lezing lijkt het me onmogelijk met dezelfde verwachtingen en evidentie naar Afrika te gaan. Het dwingt tot een kritische beschouwing hiervan. De boom is door elkaar geschud.

Marian Tankink

Allan Young, *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press, 1995. x+327 pp., index. f 84,55 (gebonden), f 50,10 (paperback).

Ging Achilles, de Griekse held in Homerus' werk, na de gewelddadige dood van zijn vriend Patrokles gebukt onder een posttraumatische stressstoornis? Is deze stoornis te traceren in de werken van Shakespeare, in de bijbel en het Gilgamesh-epos? Vragen die in de literatuur over posttraumatische stressstoornis (PTSS) positief beantwoord zijn. Sinds de introductie in de derde editie van het *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-III) in 1980 heeft PTSS stormenderhand de medische wereld veroverd. De klachten van een groeiend aantal groepen, waaronder Vietnam-veteranen, oorlogsgetroffenen, seksueel-geweldslachtoffers, vluchtelingen, overlevenden van natuurrampen, zijn van dit label voorzien. Steeds verder terug in de geschiedenis zijn de tekenen van PTSS waargenomen. PTSS lijkt een onveranderlijk gegeven, onafhankelijk van en voorafgaand aan de psychiatrische praktijk, dat in uiteenlopende contexten en historische perioden op ontdekking wacht. Deze ontwikkeling heeft inmiddels ook de nodige tegenreacties opgeroepen. Gewezen is onder meer op het medicaliseren van het lijden en op het individualiseren of veronachtzamen van collectieve trauma's. De analyse van de antropoloog Allan Young richt zich op de wordingsgeschiedenis van dit concept. Voor hem is het antwoord op de openingsvraag ontkennend.

PTSS onderscheidt zich niet van andere ziektebeelden door de symptomen. Er is een overlap met depressieve, dissociatieve en angststoornissen. Wat schijnbaar uiteenlopende casus gemeen hebben, is de onderliggende traumatische herinnering ('traumatic memory'), de kwelling door opgeroepen gevoelens van verlies, droefheid, angst en afgrijzen. De traumatische herinnering verbindt een gebeurtenis in het verleden causaal en chronologisch met symptomen in het heden. Voor Young is PTSS een cultureel product, een voortbrengsel van psychiatrische praktijk en wetenschappelijke onderzoek. De veronderstelde feiten zijn slechts een convergentie van ficties, een *harmony of illusions*. Kortom, PTSS is niet ontdekt, maar uitgevonden. Dat ontkent niet, zoals Young niet na laat te onderstrepen, de pijn en het lijden. "The suffering is real; PTSS is real. But can one also say that the facts now attached to PTSS are *true* (timeless) as well as real?" (p. 10). In zijn boek wil Young inzicht geven hoe PTSS is doorgedrongen in de leefwereld van mensen, tot feit geworden is en vorm geeft aan de inzichten van patiënten, onderzoekers en hulpverleners.

The harmony of illusions valt uiteen in drie delen. Het eerste deel volgt de geschiedenis van de traumatische herinnering vanaf de laatste decennia van de negentiende eeuw tot aan de introductie van DSM-III op de voet. In het tweede deel beschrijft Young hoe deze uiteindelijk gestalte krijgt in de posttraumatische stressstoornis. Het laatste deel gaat met name in op de psychiatrische praktijk, waarin PTSS telkens weer verwerkt wordt.

Young traceert in deel I het ontstaan van de traumatische herinnering in de laatste decennia van de vorige eeuw. Voordien was er geen traumatische herinnering, maar verdriet, wanhoop, verwarrende herinneringen. Het concept ontstaat in de verweving van twee ontwikkelingen. Medici stelden bij slachtoffers van spoorwegongevallen vast

dat door extreme angst verschijnselen ontstaan, die vergelijkbaar zijn met een 'surgical shock'. Ze spraken daarom analoog hieraan van een 'nervous shock' en zochten de relatie tussen beiden langs pathofysiologische wegen. Onder psychiaters ontstond de notie dat een pathogeen geheim aan de oorsprong kan liggen van psychiatrische stoornissen, zoals hysterie. Hieruit vloeit onder meer de theorie voort dat de traumatische herinnering als een 'mental parasite' in het onder- of onbewuste nestelt, verborgen voor en door de patiënt. In een gedetailleerde beschrijving van hun inbreng volgt de auteur de voetsporen van Erichsen, Charcot, Pavlov, Janet, Freud en anderen. De geschiedenis van de traumatische herinnering ontvouwt zich langzaam. Van ontdekkingen of doorbraken is geen sprake. Stap voor stap worden de elementen geformeerd en samengevoegd die aan het huidige concept van traumatische herinnering ten grondslag liggen. De gedachte wint daarbij terrein dat een beangstigende ervaring syndromen kan voortbrengen die lijken op hysterische en neurologische stoornissen.

De slagvelden van de Eerste Wereldoorlog brachten naast andere oorlogsneurosen, ook de *shell shock* voort. Deze neurose werd niet zozeer als een organische stoornis gezien, maar als een functionele stoornis. Het verband tussen shell shock en een fysieke of fysiologische oorzaak laat men al snel los. Opvallend is, dat de diagnose doorgaans beruiste op een veronderstelde etiologische gebeurtenis. Ook later bij Vietnam-veteranen ziet Young een vergelijkbaar verschijnsel. Niet zozeer de symptomen, maar de militaire staat van dienst is aanleiding tot verwijzing naar de medische centra van de Veterans Administration. In de kantlijn merkt hij fijntjes op hoezeer diagnose en sociale klasse samenhangen. Omdat Britse legerartsen hysterie relateerden aan een zwakke mentale en morele constitutie, werd deze diagnose vaker gesteld bij soldaten dan bij officieren. Bij de laatsten zagen zij veel vaker neurasthenie, een minder stigmatiserend ziektebeeld.

In de behandeling van de oorlogsneurosen groeit het inzicht dat ze geworteld zijn in conflicten tussen uiteenlopende drijfveren. Voor Freud waren de somatische symptomen, zoals bij alle neurosen, een vorm van verdediging. Later in de volgende Wereldoorlog zal Kardiner eraan toevoegen dat ze ook te zien zijn als een vorm van aanpassing. Aan het licht komt dat de traumatisering kan voortkomen uit het geweld dat ondergaan is en dat veroorzaakt wordt. De soldaat kan zowel slachtoffer als dader zijn. Naast traumatische angst introduceert Freud zo ook traumatische schuld. Er vindt in deze periode weinig accumulatie van kennis plaats. Young merkt dan ook op dat de aandacht van psychiaters voor psychogene trauma's na de Eerste Wereldoorlog sterk af nam. Een situatie die voort zou duren tot het uitbreken van de Vietnam-oorlog en de terugkeer van de soldaten in de Verenigde Staten.

Het tweede deel spitst zich toe op de transformatie van de traumatische herinnering in PTSS. Young schetst eerst de context: het ontstaan van DSM-III als gestandariseerde psychiatrische nosologie. Dit markeert de overgang van een klinisch gebaseerd biopsychosociaal model, naar een op wetenschappelijk onderzoek berustend medisch model, waarin meetbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit prevaleren. Een ingrijpende ontwikkeling die Young typeert als de DSM-III-revolutie. De introductie van PTSS is verder niet los te zien van de levens van Vietnam-veteranen, de eerste traumaslachtoffers die collectief erkenning eisen. Het niet opnemen van PTSS in DSM-III zou gelijk

hebben gestaan met 'blaming the victim'. "Acknowledging PTSD would be a small step toward repaying a debt" (p. 114).

In het vierde hoofdstuk, *The architecture of traumatic time*, gaat Young dieper in op de traumatische gebeurtenis, het onderscheidend kenmerk van PTSS. "Evidence of a credible etiological experience transforms nonspecific symptoms into tokens of PTSS" (p. 120). De overige criteria ontleen hun onderscheidend vermogen aan hun relatie, via de traumatische herinnering, aan deze gebeurtenis. DSM-III noemt twee kenmerken van een traumatische gebeurtenis. Ze veroorzaakt leed bij bijna iedereen en ligt buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaring. Young wijst erop dat de betreffende gebeurtenissen voor de meeste veteranen vaak pas jaren later een negatief affect van schuld en smart krijgen. De lijst van gebeurtenissen die door iedereen als beangstigend wordt ervaren, is verder kort. De betekenis van ongebruikelijke menselijke ervaringen varieert van cultuur tot cultuur. Onderzoekers en medici hanteren cultuur-specifieke noties om dat te bepalen bij hun patiënten. Het gaat verder ook om gebeurtenissen, die op het moment zelf mogelijk niet uitzonderlijk zijn, maar in ieder geval tijdelijk in Vietnam tot de 'gebruikelijke menselijke' ervaringen behoorden. Wat beide kenmerken betreft constateert Young een verschil tussen de letterlijke betekenis van de DSM-III tekst en de actuele diagnostische praktijk.

De achterliggende vooronderstelling bij PTSS is dat de tijd verloopt van significante gebeurtenis naar symptomen. Zou dat niet zo zijn, met andere woorden gaan de symptomen, de traumatische gebeurtenis vooraf, dan is deze stoornis niet te onderscheiden van depressies en angststoornissen. De herinnering is dan een post hoc verklaring van het ontstaan van de symptomen. Young is een andere mening toegedaan. De tijd kan wel de andere kant opstromen: van de huidige psychologische status naar de gebeurtenis, waar deze zijn genealogie en betekenis verkrijgt. Zo kan een traumatische gebeurtenis de trigger zijn voor een depressie waarna een feedback mechanisme verantwoordelijk is voor de emotionele binding met de gebeurtenis. Er is dan evenwel geen sprake van PTSS, alhoewel deze wel op basis van symptomen en traumatische gebeurtenis diagnosticeerbaar is. Een vergelijkbare situatie doet zich voor wanneer de symptomen pas lang na de geïdentificeerde traumatische gebeurtenissen door andere omstandigheden naar buiten komen. Modellen zoals Horowitz' Stress Response Syndrome Scheme herinterpreteren dergelijke situaties en brengen ze weer in het tijdsgareel. Het uitblijven van symptomen wordt daarin gezien als onderdeel van de ontkenningsfase, in de PTSS-terminologie een vorm van vermijding.

Deel drie beslaat de diagnostiek en behandeling in een centrum, waar Young in 1987 de behandeling van Vietnam-veteranen observeerde. Hij maakt daarbij gebruik van passages uit de dialogen tussen therapeuten en patiënten en tussen therapeuten onderling. Aan de hand van vier casus, allen psychometrisch en diagnostisch binnen grenzen PTSS, laat hij zien hoe de therapeut het verhaal van de veteraan hervertelt op een gestandaardiseerde wijze. Er ontstaat een vast patroon, een gestructureerd geheel met begin, midden en eind, en met de traumatische gebeurtenis als transformerend element. Deze structuur gaat de inhoud vooraf. Alhoewel alle vier veteranen volgens de formele criteria en psychometrisch onderzoek PTSS hebben, twijfelt de behandelstaf in meer of mindere mate. Het meest overigens bij een zwarte veteraan. Of culturele verschillen

hier mede een rol in spelen laat Young echter onbesproken. In alle gevallen geldt dat het beeld onhelder wordt als de mannen over zichzelf spreken. De mens intervineert. Wat de veteranen over zichzelf vertellen, is niet congruent met het PTSS-verhaal, waarin ze diagnostisch passen. Ook hier schikt de klinische impressie zich uiteindelijk naar de meetresultaten gebaseerd op collectieve betekenisconstructies.

De kern van de behandeling in het onderzochte centrum is psychodynamisch. Uitgangspunt is dat iedere patiënt een pathogeen geheim heeft, dat ten grondslag ligt de ont koppeling van de twee *instinctieve driften, de agressieve en de libidinale*. Het programma is gericht op herstel door het in het bewustzijn roepen van de traumatische gebeurtenis en deze te ontsluiten voor de therapeut en medepatiënten in de groepstherapie. Verbalisatie en objectivering zijn nodig om een volledige betrokkenheid te verkrijgen in het therapeutisch proces. Het wijten van de problemen aan de huidige sociale en economische omstandigheden of verzet tegen het therapeutisch regime worden geïdentificeerd als symptomatisch voor het ziektebeeld. Even stipt Young hierbij de maatschappelijke context buiten de kliniek aan. Het systeem creëert tegenovergestelde doelen, of met de woorden van Schuyt het produceert tegendraadse werkingen. Voor de patiënt is de diagnose PTSS een basis voor een uitkering, zowel tijdens het verblijf in de kliniek, als daarna bij arbeidsongeschiktheid. Vermindering van belemmeringen mag het doel van de therapeut zijn, maar de vraag is of dat ook het doel is van de patiënt. Helaas werkt Young dit gegeven niet verder uit.

In *The biology of traumatic memory* analyseert Young onderzoeken naar een onderscheidend neurobiologisch mechanisme achter PTSS. Deze plaatst hij in het kader van de 'rebiologization' van de Amerikaanse psychiatrie. Hij laat zien hoe de resultaten van de onderzoeken, wanneer de voorspelde uitkomsten zich niet voordoen, door middel van aanvullende hypothesen of het postuleren van intermediaire factoren alsnog binnen het PTSS-kader worden verklaard. De neurohormonale theorie voorziet in een oplossing voor de discrepanties tussen de verhalen van de veteranen en het PTSS-verhaal. Ze biedt een bypass voor de 'verstorende' mens. Het onderzoek verplaatst zich met andere woorden van woorden en betekenis naar biologische substanties. Het toekomstperspectief is weinig verlokkelijk. Young merkt cynisch op: "To obtain facts and findings, researchers now interrogate blood and urine rather than men" (p. 283). De betekenis van de traumatische gebeurtenis als cruciale, maar nauwelijks meetbare en individuele variabele raakt daardoor meer en meer op de achtergrond.

In zijn nabeschuiving gaat Young in op de veranderingen in omschrijving van PTSS in de vierde editie van DSM ten opzichte van eerdere versies. Deze editie laat een veel bredere variëteit aan ervaringen toe om tot de diagnose van PTSS te kunnen komen. Daarmee is de definitie weer in de pas gaan lopen met de bestaande diagnostische praktijk. Plastisch noemt Young DSM IV de repatriëring van de traumatische herinnering, de terugkomst uit de jungle van Vietnam. "As veterans of Vietnam age and fade, and their patrons in government adopt new priorities, a chapter in the history of the traumatic memory draws to a close" (p. 290).

Youngs analyse van de opkomst en de ontwikkeling van 'traumatic memory' en zijn transformatie in PTSS is te zien als een levenswerk. Het resultaat is boeiend, diepgaarend en veelzijdig. Naast een historische analyse is betoog gebaseerd op observaties

van interacties in een klinische setting en met methodologische beschouwingen van medisch onderzoek. Young haalt alles uit de kast om zijn stelling te onderbouwen. In de zijlijn biedt hij de lezer lezenswaardige achtergrondinformatie, zoals over de totstandkoming van het huidige inrichting van DSM, de huidige inzichten over onderliggende biochemische processen van stress. Het boek is een illustratie welke inzichten gedegen medisch-antropologische onderzoek kan bieden in gezondheidszorgsystemen in de geïndustrialiseerde maatschappij.

Young maakt voldoende duidelijk hoe op de verschillende niveaus, in klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek, de 'feiten' ontstaan of gemodelleerd worden in het licht van het PTSS-verhaal, dat op zijn beurt is onderdeel is van een maatschappelijke en wetenschappelijk discours. Uitgebreide toelichtingen op deelonderwerpen voorkomen dat de niet-ingewijden in de psychologie, psychiatrie, bioneurologie of onderzoeksmethodologie tussentijds afhaken. Hij onderbouwt zijn betoog aan de hand van de groep op wiens lijf PTSS feitelijk geschreven is, de Vietnam-veteranen. In feite begeeft hij zich zo in het hol van de leeuw. Hun ervaringen vormen immers de kern waaromheen PTSS uitgekristalliseerd is. Hun maatschappelijke strijd om erkenning bracht de traumatische herinnering weer in het centrum van het psychiatrische blikveld. In *The harmony of illusions* komt PTSS naar voren als een krachtig concept ingebed in een naar binnengekeerd, zelfbevestigend verhaal. Kortom, Young beschrijft de vorming en de structurerende werking van het PTSS-paradigma op de feiten met grote overtuigingskracht.

Onderbelicht blijft wat de gevolgen zijn van het doordringen van de leefwereld van de Vietnam-veteranen door het PTSS-concept. Hoe verandert hun dagelijks leven en de interactie met de omgeving door het benoemen van hun gedrag en klachten als PTSS-symptomen? Het boek biedt verder geen concrete wijzigingen voor de hulpverleningspraktijk. Ook een aanzet hiertoe ontbreekt helaas. Het schildert daarentegen de achtergrond waartegen deze praktijk begrepen en kritisch bevraagd kan worden. De relevantie van Youngs betoog is tweeledig. Allereerst demystificeert het PTSS en plaatst het terug in een historisch-maatschappelijke context. Het is van belang te blijven realiseren dat PTSS een man-made constructie is, een hulpmiddel en geen blauwdruk voor de werkelijkheid. Het fundament voor universele pretenties en de huidige dominantie, of volgens sommigen de terreur van het concept is daarmee ingrijpend aange tast. Daarnaast is zijn betoog een waarschuwing tegen de biologisering en ontmaatschappelijking van het menselijk lijden en daarmee het verdwijnen van zijn morele en sociale dimensie, van de menselijke maat, de betekenis gehecht aan de traumatische ervaring. *The harmony of illusions* illustreert daarmee op rake wijze Kleinmans constatering in diens *Writing at the margin* dat in de context van de moderne samenleving "professional transformation (...) re-creates human suffering as inhuman disease." Voor hulpverleners en onderzoekers een weliswaar pittig, maar aan te bevelen standaardwerk.

Rob van Dijk