

Recensies

Paul Antze & Michael Lambek (eds), *Tense past. Cultural essays in trauma and memory*. New York: Routledge, 1996. xxxviii+266 pp. f 58,75.

Herinneringen zijn zoals het weer. Stabiliteit en instabiliteit wisselen elkaar af en periodes van rustig zomerweer maken plotseling plaats voor regen, wind en lage temperaturen. Soms is het bewolkt en is de lucht bij vlagen te zien, maar het kan ook zo mistig zijn, dat men amper een hand voor ogen ziet en geen idee heeft waar men is. Deze metafoor gebruiken Antze en Lambek om het geheugen te verbeelden. Iedereen weet dat we alle oorzaken die tot weersverandering leiden niet kennen. Zo zit het ook met ons geheugen. Een groot deel van het geheugen bevindt zich buiten ons bewustzijn, maar oefent wel zijn invloed uit. Vergeten is dus minstens even belangrijk als herinneren. Het een kan niet zonder het ander. Dat het spel tussen herinneren en vergeten actueel is, blijkt uit de discussies rondom hervonden herinneringen bij incestslachtoffers en de 'false memory movement' die de echtheid van deze herinneringen ter discussie stelt.

Herinneringen zijn geen simpele registraties van het verleden, maar interpretatieve reconstructies die mede worden gevormd door culturele aannames, lokale opvattingen, sociale reacties en (feestelijke) herdenkingen. Dat is het uitgangspunt in dit boek, waarin antropologen, psychiaters, historici en filosofen een bijdrage leveren. De auteurs, beiden antropoloog, willen met dit boek meer inzicht verwerven in de rol die het geheugen binnen onze cultuur inneemt. Ze richten zich daarbij met name op de rol van trauma en 'victimisatie' binnen het geheugen. Ze hebben getracht dit doel vanuit drie, elkaar overlappende, perspectieven te benaderen. In deze triangulatie van perspectieven komt voortdurend de interactie tussen individueel en collectief geheugen aan bod. Anders gezegd, de culturele betekenis en de sociale instituties, waardoor de praktijk van het herinneren wordt bemiddeld, staat centraal.

Het boek is volgens deze triangulatie ingedeeld. Het eerste blok heeft als titel *Remembering trauma, remaking the self*. Het bevat drie essays die bij slachtoffers van misbruik de narratieve presentatie van herinneringen onderzoeken. Het accent ligt enerzijds op de vraag hoe het geheugen een onderdeel is van een moreel vertoog van individuen en groepen en anderzijds op de vraag welke rol het geheugen speelt bij het legitimeren en construeren van identiteit en van relaties met anderen. Er wordt vooral gekeken naar de wijze waarop herinneringen aan het misbruik wordt onderdrukt of gereconstrueerd binnen verschillende omstandigheden en bij verschillende culturele idiommen. Michael Antze richt zich, net als Donna Young op de hervonden herinneringen. Hij vraagt zich af wat voor zelfbegrip het oplevert als men multiple persoonlijkheid niet als ziekte ziet, maar als een cultureel idioom. Young belicht dit door drie generaties aan het woord te laten over een zelfde traumatische gebeurtenis en bekijkt hoe de wijze waarop men over deze gebeurtenis spreekt, is gerelateerd en beïnvloed door de sociale

context. Glynis George laat aan de hand van verhalen van twee misbruikte vrouwen zien dat herinneringen aan misbruik zowel de individuele als de collectieve identiteit beïnvloeden en dat dit tot sociale conflicten kan lijden.

Het tweede perspectief richt zich op de wijze waarop ideeën over het geheugen van individuen en groepen zijn geconstrueerd en op welke wijze deze zijn geobjectiveerd en uitgewerkt in een wetenschappelijk discours. Dit deel heet *The medicalisation of memory*, een titel die voor zichzelf spreekt. Het bestaat eveneens uit drie essays. Ian Hacking beschrijft hoe trauma van fysieke wond is getransformeerd naar een psychische wond. Hij claimt dat het geheugen een politieke en morele plaats in is gaan nemen in een gebied dat was verbonden met de ziel. De connectie van het geheugen met identiteit en ziel werd pas problematisch, toen traumatische amnesie werd verbonden met het geheugen. Daardoor werd benadrukt dat mensen worden geschapen door wat ze zijn vergeten. Ook Allen Young bespreekt de overgang van trauma als een lichamelijke wond naar een psychiatrische stoornis en de complexiteit die dit met zich mee brengt. Hierbij richt hij zich op een aspect dat in de psychiatrie amper aan bod komt, namelijk de wijze waarop het lichaam zich traumatische ervaringen herinnert. Ruth Leys onderzoekt hoe in deze eeuw verschuivingen hebben plaatsgevonden in de toepassing van hypnose en het gebruik van catharsis als therapievorm bij mensen met traumatische herinneringen. Aanvankelijk werd hypnose alleen gebruikt om dissociatie op te heffen en zo tot een coherent verhaal van het verleden te komen. Catharsis werd niet gebruikt. Volgens haar hielden toonaangevende mensen op dit gebied, zoals Freud, Charbot en Janet rekening met het feit dat emotionele herinneringen mogelijk helemaal geen herinneringen zijn. Iets wat, volgens haar, de huidige traumatherapeuten zich amper afvragen.

In het derde perspectief worden manieren besproken om collectieve aannames en opvattingen vorm te geven binnen verschillende culturele contexten. Dit deel is getiteld *Culture as memorial practice*. Onze herinneringen over het verleden zijn altijd cultureel bemiddeld en de essays laten een grote variëteit zien van de culturele representaties van het verleden. Michael Kenny vergelijkt het verklaringsmodel over hekserij bij de Azande, beschreven door Evans-Pritchard met de westerse therapie. Hij concludeert dat beide modellen een theorie van oorzakelijkheid hebben die binnen een raamwerk van morele oordelen valt. Gevoelens van diepe malaise worden verklaard in gebeurtenissen uit het verleden. Bij *susto* is dat volgens hem ook het geval. Bovendien leggen alle verklaringsmodellen de verantwoordelijkheid buiten de patiënt en vaak zelfs buiten zijn lichaam.

Laurence Kirmayer vraagt zich af waarom incestslachtoffers juist vaak last hebben van amnesie en dissociatie, terwijl Holocaustslachtoffers juist worden geteisterd door zich opdringende herinneringen. Hij wijst naar de sociale dimensie. Een gebeurtenis en de herinnering eraan worden gestuurd door sociale contexten en culturele modellen. Zulke culturele modellen bepalen wat als opdringerig wordt gezien, hoe voorvallen moeten worden geïnterpreteerd en gecodeerd op het moment van registratie. Ze geven eveneens aan wat sociaal mogelijk is om te vertellen. Hij laat op een boeiende wijze zien hoe deze culturele modellen en de sociale contexten een verklaring bieden voor de verschillen in presentatie van herinneringen bij incest- en bij Holocaustslachtoffers. Of een bepaald lijden op sociale erkenning kan rekenen lijkt hierin cruciaal. Jack Kugelmass houdt zich ook met de Holocaust bezig en bespreekt de veranderingen die in de

loop van de tijd in het publieke bewustzijn van de overlevenden van de Holocaust zijn opgetreden. Hij vraagt zich af hoe en waarom herinneringen aan de Holocaust een soort preoccupatie zijn geworden en wat de effecten daarvan zijn op de culturele productie.

Maurice Bloch vergelijkt verschillende groepen mensen in de wereld om te laten zien dat er niet één wijze is om met het verleden en de toekomst om te gaan en evenmin één wijze waarop het geheugen in de publieke wereld wordt getrokken. Herinneringen zijn, volgens hem, alleen te begrijpen door zich bezig te houden met de algemene context. Hij gebruikt hierbij de opvattingen van Plato en Aristoteles over de invloed van het leven op de productie van kennis. Er zijn volgens hem twee basisaannames die van invloed zijn op hoe mensen met herinneringen omgaan. Er is de opvatting van Plato, dat men er tijdens het leven niks belangrijks bijleert en dat het er vooral om gaat om op te roepen wat men al weet, en die van Aristoteles die geloofde dat mensen grotendeels worden gecreëerd door wat ze leren gedurende het leven.

In het laatste hoofdstuk beschrijft Michael Lambek de bezetenheid door geesten in Mayotte. Hij beschrijft een casus waarbij een geest een persoonlijk geheugen lijkt te hebben. Hij vraagt ons voor te stellen dat dit geheugen een functie heeft binnen sociale relaties. Bij zijn voorbeeld van bezetenheid is elke geest verbonden met een specifieke periode in iemands leven, met bepaalde problemen, projecties en relaties in een periode met vaak serieuze ziekten of conflicten. Geesten helpen met het construeren en autoriseren van het verleden van een persoon en tegelijkertijd zijn ze herinneringen van het verleden. Volgens Lambek zijn ze dragers van het geheugen in plaats van het vaak voorgestelde idee van bevroren overblijfselen van het geheugen.

Tense past is een aanrader voor een ieder die is geïnteresseerd in traumatische herinneringen. Het bevat een schat aan informatie en ideeën over hoe traumatische herinneringen te bezien zijn anders dan vanuit de psychologische context. Het maakt op boeiende wijze duidelijk hoe complex herinneringen zijn verbonden met de historische, sociale en politieke context. Sommige essays vragen om de stof te laten bezinken of nog eens te herlezen, anderen zijn fascinerend of verrassen de lezer met een zienswijze die aanknopingspunten biedt voor verder onderzoek.

Marian Tankink

Joost Baneke & Roland Pierloot, *Psychoanalyse en antropologie*. Reeks Psychoanalyse en Cultuur 9. Amsterdam: Thela/Theseus, 1998. 114 pp. f24,50.

Het negende deel van de reeks *Psychoanalyse en Cultuur* bevat de bewerkte lezingen van de studiedag *Psychoanalyse en culturele antropologie* die in oktober 1996 in Kortenberg (België) gehouden is. *Medische Antropologie* (1996/2) deed hiervan reeds verslag. Alle bijdragen zijn in de bundel opgenomen, samen met de commentaren van de referenten (Bernet, Vermote en Le Roy).

In zijn inleiding geeft Pierloot aan dat antropologie en psychoanalyse reeds in het begin van deze eeuw met elkaar verweekeld raakten. Marvin Harris typeerde in *The rise of anthropological theory* (1969) antropologen en psychoanalytici in de twintiger jaren zelfs als bondgenoten tegen het toenmalige provincialisme en seksuele benepenheid. Het

primitieve vormde het verband: voor de een vroegere stadia in de menselijke evolutie, voor de ander het mentaal functioneren tijdens de vroegkinderlijke ontwikkeling. Psychoanalytici verwachten bij primitieve gemeenschappen uitingen van het onbewuste beter te kunnen bestuderen; antropologen dat de psychoanalyse aanknopingspunten zou bieden voor de interpretatie van de mentale verschijnselen en gedrag die zij bij deze groepen tegenkwamen. De relatie kende ups en downs, met name in de Anglosaksische wereld. Met name de universaliteit van het Oedipuscomplex bood stof tot heftige discussies. Malinowski leverde hieraan op grond van zijn studie van de Trobrianders een belangrijke bijdrage. Ook later, getuige het werk van Sapir, Benedict, Mead en Kardiner op het gebied van persoonlijkheid en cultuur, zijn er duidelijke dwarsverbanden zichtbaar. Deze vrijage ontlokte aan Harris de uitspraak: "Anthropologists are not therapists". Uit de bundel blijkt dat nog heden ten dage antropologen inspiratie vinden in de psychoanalytische traditie, zij het op andere wijze.

Thoden van Velzen, cultureel antropoloog, beschrijft de raakvlakken van psychoanalyse en antropologie. Een van hem reeds bekend betoog. Ondanks verschillen in werkwijze en contact met de ander, hebben beide disciplines gemeenschappelijk dat zij dieperliggende en verborgen verschijnselen in kaart willen brengen: het onbewuste en sociale structuren. Zoals psychoanalytici in momenten van zwakte, zoals de droom of de grap, het onbewuste trachten af te tasten, zo zoekt Thoden van Velzen naar dergelijke momenten in het leven van de Ndyuka in Suriname om onderliggende sociale structuren en spanningsvelden te sonderen. Hij vindt deze onder andere in de 'schuimgroepen', sociale groepen die plots ontstaan en het dorpsleven tijdelijk domineren. In deze processen worden even de conflicten en spanningen zichtbaar, die gepaard gaan met de toenemende verstrengeling van de Ndyuka-gemeenschap en de Surinaamse markteconomie. Dergelijke processen fungeren voor hem als het ware als een maatschappelijk 'bellenvat'. Samengevat, vooral een verhaal over parallellen in benadering van het object van studie.

Vandermeersch, godsdienstpsycholoog, gaat uitgebreid in op het Oedipuscomplex. De universaliteit ervan is een bekend twistpunt tussen de beide disciplines. Doorgaans wordt het veronderstelde dogma van de universaliteit gezien als de lakmoesproef voor de psychoanalyse. Is het juist te veronderstellen dat Freud het universeel voorkomen van dit fenomeen postuleerde? Vandermeersch geeft een gedetailleerde analyse van het tijdsgewricht waarin Freud dit concept ontwikkelt en de discussie daarover tussen hem en Jung. Hij komt tot de conclusie dat Freud in zijn welbekende *Totem en taboe* (1913), waarvoor hij zwaar leunde op antropologische studies, niet zozeer de universaliteit van het Oedipuscomplex wilde bewijzen, maar de historiciteit.

De antropoloog Robben geeft aan dat het begrip 'das Unheimliche' zowel bruikbaar is om individueel gedrag te analyseren als om inzicht te krijgen in maatschappelijke processen. Hij licht dit toe aan de hand van het politieke geweld in Argentinië en de positie van de mensenrechtenactivisten daarin, en het hoofdpersonage Meursault uit Camus' roman *De vreemdeling* (1940). In beide gevallen is sprake van een situatie waarin een individu of groep zich weigert te voegen in de bestaande maatschappelijke tweedelingen en conventies. Zij vormen de 'beslissingslozen' (naar Derrida's 'les undecidedables'). Daarmee onthullen ze onder meer deze als culturele constructies en roepen daarmee gevoelens van 'Unheimlichkeit' op.

Devisch, antropoloog en lid van de Belgische school voor psychoanalyse, ten slotte, bespreekt de rol van de talloze genezingskerken in het door anomie gekenmerkte Zaïre. Enerzijds is er sprake van ontwrichting door de kolonisatie, de modernisering en de kapitalistische ordening van productie en handel; anderzijds van erosie van traditionele verbanden. De toenemende anomie raakt met name grote delen van de snel groeiende stedelijke bevolking. Hij concludeert: "De genezingskerken integreren elementen van uiteenlopende werelden door die te tonen in een bijzondere theatrale 'bricolage', los van hun oorspronkelijk identiteitspatroon. (...) (Ze) beogen bekering noch emancipatie. Ze streven naar genezing" (p. 102-3). Ze beogen de verdorping van de ontwortelde stedelijke middengroepen en voegt zijn referent, psychiater Le Roy, eraan toe, ze bieden de persoon in crisis een vervangende en tijdelijke beschermende functie en dragen bij tot een stabiele individuatie en herordening van familierelaties.

Psychoanalyse en cultuur snijdt interessante thema's aan. Psychoanalytici belichten een oud discussiepunt vanuit een ander perspectief; antropologen zoeken aanknopingspunten buiten het traditionele vlak van cultuur en persoonlijkheid. De bijdragen neigen op sommige momenten naar psychoanalytische exegese en vragen dan de nodige voorkennis. De moeizaamheid van het debat, met name van de kant van de psychoanalyse, is vooral te zien in de reactie van Vermote op de inbreng van Robben. Toch is het voor antropologen de moeite waard te lezen hoe vakgenoten parallellen zien met de psychoanalyse en de raakvlakken van beide tradities in kaart brengen. Dat hoeft geen onderschikking van de een aan de ander met zich mee te brengen of een in elkaar vervloeien. Een psychoanalytische antropologie of antropologische psychoanalyse is niet het doel. Pierloot verwijst dan ook in zijn inleiding naar de complementariteitstheorie van Devereux. Het kan verrijkend zijn om hetzelfde fenomeen vanuit verschillende referentiekaders te interpreteren. Dit boek maakt dit op bescheiden wijze zichtbaar, met name in de analyse van de genezingskerken vanuit een sociaal en individueel perspectief door Devisch en Le Roy.

Rob van Dijk

Meerten ter Borg, Sjaak van der Geest & Jacques Janssen. *Op zoek naar hoop. Over genezing, magie en religie*. Nijmegen: Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid (KSGV), 1997. 83 pp. f24,50 (bestellingen: 024-3442690).

Het onderhavige boekje bevat de bijdragen aan een KSGV-studiemiddag uit 1996, gewijd aan *Hoop op heil en heling in de hedendaagse cultuur*. De inzet is dat heilsvragen en magische praktijken die daaraan tegemoetkomen, niet alleen in de moderne cultuur in den brede nog volop voorkomen, maar specifiek ook in de beoefening van de geneeskunde, zowel regulier als alternatief. Ten eerste wordt er op gewezen dat allerlei neoreligieuze fenomenen en alternatieve geneeswijzen voor de betrokkenen functioneel kunnen zijn. Zeker in een situatie waarin de reguliere geneeskunde voor hun lijden niets meer te bieden heeft. Ten tweede wordt betoogd dat ook de reguliere geneeskunde allerlei rituele en magische elementen behelst, die (mede)verantwoordelijk zijn voor het succes. "Het reguliere medische bedrijf is minder rationeel dan hier kennelijk stil-

zwijgend wordt aangenomen, en het alternatieve circuit is minder irrationeel” (p. 15-6). Oftewel, bidden kan helpen en pillen werken niet zonder poespas. Welbeschouwd heeft iedere patiënt een heilsvraag en elke genezer doet er goed aan hierop in te spelen. De vele lagen van dit thema komen nog steeds onovertroffen tot uiting in het motto van een van de oprichters van de huidige KSGV, Han Fortmann: *Heel de mens*.

De godsdienstsocioloog Meerten ter Borg is nog terughoudend om aan arts-magische rituelen toe te dicht. Hij laat de rationaliteit van het reguliere aanbod in het midden en richt zich op de vraagkant van de reguliere geneeskunde. Hoe rationeel het aanbod ook is, voor de patiënt wordt medische consumptie ingekaderd in een heilsverwachting. De geneeskunde vult haars ondanks de leemte op die de verzwakking van de traditionele religieuze ideeën en vormen hebben achtergelaten. Ter Borg noemt dit de medicalisering van de religie, sprekend zichtbaar in het feit dat de arts juist op het met taboes omgeven intieme domein van lichamelijke en seksualiteit de plaats van de priester is gaan innemen. Omdat de nieuwe heilsleer sterk activistisch is, kan de patiënt niet meer leven met medisch falen en blijvend lijden. Aan hem is verlossing beloofd en hij zal niet rusten voordat deze gevonden is. Als de patiënt vervolgens zijn heil zoekt in het alternatieve circuit, is dit dan ook geen breuk, geen overstap van het rationele naar het irrationele, maar een logische stap op een continuüm.

Ook Sjaak van der Geest benadrukt de overeenkomst tussen de reguliere biogeneeskunde en alternatieven. In beide is cultuur aan het werk en deze functioneert als een placebo: “zij brengt tot stand wat mensen van haar verwachten” (p.42). Vanuit de biogeneeskunde werd een begrip als ‘symbolische genezing’ tot dusverre louter van toepassing geacht op situaties waar het reguliere bioparadigma geen verklaring voor heeft. Het is dus een negatief gedefinieerde restcategorie, waarvoor de term ‘placebo’ in het leven werd geroepen. Van der Geest pleit er daarentegen voor het symbolische en culturele aspect juist positief te beschouwen als iets dat onlosmakelijk is verbonden met elk handelen, ook het biomedische, en dat daarom ook onlosmakelijk is verbonden met het eventuele succes van dit handelen. “Juist omdat de medische techniek zichzelf overstijgt in therapeutische betekenis en kracht, is zij zo effectief” (p. 51). De arts is ongewild een placebo van formaat en arts-patiënt-interacties hebben een ritueel karakter. Een aardige paradox is nog dat placebo en ritueel wellicht het best werken naarmate de participanten het zelf niet als zodanig beleven.

De cultuur- en godsdienstpsycholoog Jacques Janssen signaleert als probleem dat wij in onze cultuur, nu de bedreigingen met hel en duivel hun kracht verloren hebben, voor het Kwaad geen goede plek meer hebben. Daardoor beschikken we nog maar amper over gedeelde rituelen om het Kwaad te bezweren of af te zweren. Janssen maakt de interessante observatie dat een cultuur van individuele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid het moeilijker maakt om een zuiverend ritueel van schuld bekennen te ondergaan. In de wereld van justitie en politie, gezondheidszorg en hulpverlening is er voor professionals en andere daders een hoge drempel om individueel of collectief schuld te erkennen, omdat zij daar ook letterlijk (in de vorm van een schadelclaim) op afgerekend kunnen worden. Dit terwijl zo’n schuldbekenningsritueel voor veel slachtoffers wellicht minstens zo bevredigend kan zijn dan straffen of materiële compensaties.

Het boek bevat al met al goed en licht verteerbare kost: drie goed leesbare bijdragen die tot nadenken stemmen. Wel roept het drie samenhangende bezwaren op. Ten eerste is het jammer dat de auteurs snel hun toevlucht nemen tot grote woorden en grootschalige ontwikkelingen: individualisering, secularisering, medicalisering. Over het magische aspect van genezing wordt wel verteld, maar het wordt ons niet echt getoond of invoelbaar gemaakt. De concrete, feitelijke verschijningsvorm van de geneeskundige rituelen, regulier of alternatief, wordt niet onderzocht. Hoe ziet de alledaagse realiteit van deze rituelen eruit? Wat zijn de significante verschillen tussen 'reguliere' en 'alternatieve' rituelen? Kennelijk worden we geacht dit allemaal uit eigen ervaring al te weten.

Door echter amper of niet in te gaan op de praktijk, dringt zich een tweede bezwaar op. De precieze rol van de culturele factor blijft in het ongewisse. Hoe het symbolische en het materiële in de praktijk verknoopt zijn, blijft daardoor vaag. Achter deze vaagheid kan de asymmetrie van regulier en alternatief in stand blijven. De suggestie blijft in stand dat de biogeneeskunde op pil-plus-ritueel werkt en de 'helers' louter op ritueel. Zonder preciezer inzicht in wat de helers feitelijk doen en hoe hun cliënten daar mee omgaan, blijft aan de alternatieve praktijk toch een verdacht geurtje hangen. Over de biogeneeskunde zegt Van der Geest: "Op de rug' van chemicaliën die zich door het lichaam verspreiden bij het innemen van medicijnen, bevindt zich allerlei informatie die eendrachtig met de chemicaliën meewerkt (of niet), en die zich vertaalt in fysiologische processen" (p. 51). Maar op de rug waarvan verspreidt de symbolische genezing zich bij alternatieven?

Van der Geest stelt nergens dat de biogeneeskunde het louter van ritueel hoeft te hebben. Dat hij uitgaat van een vorm van geïntegreerde werking van het culturele en het materiële blijkt al uit de manier waarop hij Malinowski's beschrijving van magisch handelen bij de Trobrianders weergeeft als model voor de magie van het moderne geneeskundig handelen: "Als dezen een kano bouwen, doen ze dat met grote zorgvuldigheid en deskundigheid. Tegelijkertijd wordt de bouw omgeven met magische rituelen die er voor moeten zorgen dat de kano snel zal kunnen varen en geen ongeluk zal ontmoeten. (...) De magie voegt iets toe aan het technisch vakmanschap en geeft kano-bouwers en -vaarders vertrouwen in het succes van hun onderneming" (p. 52-3). Wij geloven natuurlijk graag dat de reguliere geneeskunde goede kano's bouwt (en een enkele slechte), maar kun je ook goed (of slecht) instralen of bidden? De culturele factor lijkt in het reguliere een extraatje, het 'glijmiddel' voor de techniek. En inderdaad, aan de zorgvuldigheid en deskundigheid van onze dokters twijfelen wij niet. Maar moeten de 'helers' het louter van cultuur hebben?

Deze onduidelijkheid en kennelijke asymmetrie roept, ten derde, wantrouwen op over Van der Geests bredere antropologische doelstellingen door hem geformuleerd als: "Als we het andere, het afwijkende kunnen zien als een reële mogelijkheid voor onszelf, een manier van denken die niet wezenlijk verschilt van wat wij gewoonlijk denken en doen, dan heeft het afwijkende zijn vreemdheid verloren en iets vertrouwd gekregen" (p. 41-2). Emancipatie door erkenning van de culturele verbondenheid, dus. Maar de aanspraak van zowel regulieren als alternatieven op een wezenlijk verschil wordt hiertoe genegeerd. Alternatieve geneeswijzen worden als 'het andere', dat ons iets kan leren over onszelf, tegemoetgetreden en daardoor inhoudelijk op afstand

gehouden. 'Zij' hebben cultuur en 'wij' ook. Dit is een schrale troost voor genezers die meer te bieden denken te hebben, eenzelfde niet-louter-culturele surplus dat aan 'onze' geneeskunde nog steeds als vanzelfsprekend wordt toebedeeld. We moeten oppassen voor een gebruik van cultuur als quasi-gelijkschakelende factor.

Dit laatste punt kan nog geïllustreerd worden aan Van der Geests merkwaardig optimistische conclusie "dat critici van de biogeneeskunde zich minder zorgen hoeven te maken over het proces van medicalisering dat wij lijken door te maken", omdat "wij te maken hebben met een woud van symbolen dat ons een overvloed aan ruimte laat voor persoonlijke beleving van ziekte en gezondheid" (p. 55). Nu heeft Susan Sontag in *Illness as metaphor* inderdaad overtuigend laten zien dat ook chemotherapie zijn symboliek heeft, bijvoorbeeld die van oorlogvoering tegen een vreemde indringer. Maar dit voorbeeld maakt meteen duidelijk dat andere symbolieken toch wel eens onschuldiger zouden kunnen zijn dan de biomedische. Met andere woorden, zowel de reguliere als de alternatieve geneeskunsten worden ernstiger genomen met een differentiërende en confronterende benadering, dan met een harmoniserende en globaliserende benadering.

Rob Houtepen

Renée C. Fox, *Experiment perilous. Physicians and patients facing the unknown*. New Brunswick: Transaction Publishers, 1998. 289 pp. \$ 25.00.

Experiment perilous, het proefschrift van Fox, is een klassieker in de medische sociologie. Het boek verscheen oorspronkelijk in 1959. In 1974 werd het met een nieuwe inleiding als paperback uitgegeven. En nu is het verschenen met een epiloog uit 1995. Door deze toevoegingen biedt het boek de lezer een aantal tijdgebonden blikken op geneeskunde, medisch-wetenschappelijk onderzoek en participierend-observerend onderzoek binnen deze praktijken. Fox deed het veldwerk in het begin van de jaren vijftig. In die tijd onderzochten sociale wetenschappers voor het eerst door middel van participerende observatie ziekenhuizen en ziekenhuisafdelingen. Deze studie bepaalde mede de ontwikkeling van de medische sociologie en verwijzingen naar dit boek zijn derhalve overal te vinden.

Fox bestudeerde de manier waarop artsen en patiënten op de afdeling F-Second omgingen met de onzekerheden en spanningen die voortkwamen uit de confrontatie van vaak chronische en dodelijke ziekten én het medisch-wetenschappelijk onderzoek naar mogelijke behandelingen ervan. F-Second was een afdeling waar hoofdzakelijk mensen met metabole ziekten werden opgenomen. Veel van de patiënten konden (toen) niet behandeld worden. Mede daarom onderwierpen ze zich op deze afdeling vrijwillig aan experimentele behandelingen met (stress)hormonen die toen voor het eerst geïsoleerd en nageemaakt konden worden. Het onderzoek van Fox maakte deel uit van een multidisciplinair onderzoek naar de omgang van mensen met stress. F-Second telde vijftien bedden en maakte deel uit van een klein onderzoeks- en opleidingsziekenhuis dat de afdeling veel middelen verschafte. Fox deed in de jaren 1951-1953 gedurende twee perioden van vijf maanden veldwerk op deze afdeling. Naast observaties, verzamelde zij

haar onderzoeksmateriaal aan de hand van interviews. Ze bestudeerde de medische gegevens van patiënten, de brieven die artsen en patiënten elkaar schreven en gebruikte gegevens die andere disciplines verzamelden.

Mede het feit dat F-Second geen normale behandelafdeling was, maakt het boek heel bijzonder. Het is zowel een studie van zwaar zieke mensen en hun artsen als van de praktijk van wetenschappelijk onderzoek. Het is echter vooral een studie van de manier waarop beide groepen met onzekerheden, ethische vragen en het ongemak en leed veroorzaakt door de medische experimenten omgingen. Het boek leest makkelijk. Thema's, zoals bepaalde gedragspatronen op de afdeling, worden heel mooi beschreven. De wijze waarop Fox er toe kwam deze patronen te benoemen wordt op elegante wijze uit de doeken gedaan in de methodologische verantwoording.

Fox zag de afdeling F-Second als sociaal systeem waarin de betrokkenen specifieke, door de omstandigheden bepaalde, gedragspatronen ontwikkelden en in stand hielden. Ze analyseert in vier hoofdstukken met welke problemen en spanningen de artsen en hun patiënten te maken hadden en hoe ze trachtten die spanningen het hoofd te bieden. Daarna toont ze aan de hand van casussen drie manieren om met de problemen op de afdeling om te gaan en bespreekt de voor- en nadelen van die strategieën. Vervolgens beschrijft ze het verloop van het veldwerk. Tot slot laat ze zien hoe haar bevindingen in een algemeen kader passen.

De elf aan de afdeling verbonden artsen waren jong en getalenteerd. Collega's beschouwden hen als het meest deskundig op het terrein van metabole ziekten. Volgens Fox hadden ze echter te maken met een aantal problemen. Ze waren onzeker door hun mogelijk tekortschietende kennis en vaardigheden. Op de afdeling werden bijna per definitie patiënten opgenomen. De aard van hun ziekte was moeilijk vast te stellen of de onderliggende mechanismen onduidelijk bleven. Ze voelden zich machteloos. De problemen van de artsen hingen ook samen met hun dubbele rol. Als onderzoeker hadden ze er soms belang bij bepaalde patiënten geen medicijnen te geven om hen als controlepatiënt te laten dienen, terwijl ze wisten dat die medicijnen wel aan de genezing bijdroegen. Het was ook niet gemakkelijk om geschikte en gemotiveerde onderzoekssubjecten te vinden. Overigens komt slecht uit de verf hoe ze daar dan wel in slaagden. Het gedrag van de artsen vertoonde volgens Fox patronen die hen hielpen de spanningen het hoofd te bieden. Tot die strategieën behoorde ook het doen van onderzoek, al was dit tegelijkertijd een bron van onzekerheid. Ook al konden ze de patiënten niet genezen, hun wetenschappelijk arbeid hield de belofte in dat het later mogelijk wel zou kunnen. Het gaf hun een hoger doel en verschafte de mogelijkheid in logisch-rationele termen over de ziekten op de afdeling te denken.

De groepscohesie onder de artsen droeg ook bij aan het overwinnen van de ervaren problemen. Met humor en 'the game of chance', het praten in termen van kansen die iemand of een behandeling had en daarop weddenschappen afsluiten, trachten zijn de spanning te verlagen. Fox geeft hier vele voorbeelden van. De groepscohesie strekte zich ook uit buiten de medische groep. De artsen gaven de patiënten op de afdeling bijzondere voorrechten. Ze beschouwden de patiënten soms beschouwd als medeonderzoekers en bedankten hen in medische artikelen voor hun inbreng. De artsen gingen ook een meer intieme relatie aan met de patiënten. Ze spraken met hen over zaken uit hun

eigen persoonlijke leven. Ze informeerden hen grondig over hun medische toestand en over medische kennis in het algemeen. Fox spreekt van het 'onderwijzen' van deze proefpersonen. Ook dit gedrag kon de frustraties van de artsen over hun geringe geneeskundige vermogens en over het veroorzaakte ongemak en leed van patiënten verzachten. Maar het creëerde op zijn beurt weer een probleem: ze raakten aan de patiënten gehecht.

Fox beziet de problemen van de patiënten in het kader van het sociologische begrip rol. "Illness is not just a biological 'upset'. Illness is also a disturbance in the psychological and social functioning of an individual (...) Illness is more than a biological condition; it is also a *social role* with certain patterned characteristics and requirements" (p.115). Ze legt uit dat voor de patiënten op F-Second problemen vooral voortkwamen uit het veroordeeld zijn tot inactiviteit op een ziekenhuisafdeling en niet zozeer uit het doodziek zijn. Verder, aldus Fox, voelden de patiënten zich geïsoleerd en overgeleverd aan de medische wetenschap en de afdelingsstaf. Pas in tweede instantie beschrijft ze dat de patiënten ook grote problemen hadden met de onzekerheid van hun conditie en met de zingeving van hun ziekte. Ze probeerden deze problemen te overwinnen door een sterk saamhorigheidsgevoel. Op F-Second heerste een 'take up thy bed' mentaliteit. Patiënten probeerden zo actief mogelijk te zijn en iedereen te tonen hoeveel zij nog konden. In hoeverre hierbij een 'systeem van de hoop' in stand werd gehouden wordt niet duidelijk. Het verwerven van medische kennis was voor de meeste patiënten een doel geworden. Ze spraken met elkaar in medische termen en de kennis droeg er toe bij dat ze zich lid van het team van de artsen voelden. Een andere manier om met de toestand om te gaan was het streven naar de positie van 'ster'. De patiënten die in artikelen bedankt werden door de artsen kregen in de lekenmedia veel aandacht. Ook voor de patiënten werkte humor spanningsverlagend. Fox observeerde dat de grappen vaak overgingen in bidden en vice versa. De patiënten spraken ook in een 'taal van kansen' en sloten weddenschappen met elkaar af, alsof ze zo de boosheid over het amorele en weteloze van de ziekte teniet konden doen.

Fox constateerde dat de strategieën en communicatiepatronen van artsen en patiënten vaak overeen kwamen of elkaar aanvulden. Dat is eigenlijk moeilijk voor te stellen: patiënten die zwaar ziek zijn en weten dat ze gaan sterven of niet beter zullen worden, en artsen die met wetenschappelijk onderzoek aan hun geneeskundige carrière werken. De posities lijken te zeer te verschillen om overeenkomende problemen en strategieën te hebben.

Merkwaardig is verder dat in de analyse van de communicatiepatronen op de afdeling, die Fox ziet als een sociaal systeem, de verpleegkundigen geen rol spelen. De verpleging wordt speelt geen enkele rol in haar analyse.

Het lezen van dit boek is een oefening in de kennis van de geschiedenis van de sociologie en een gevecht tegen de heersende beeldvorming over het functionalisme. Door mijn onbekendheid met de geneeskundige realiteit in de Verenigde Staten van de jaren vijftig en de toen heersende theoretische belangstelling in de sociologie roept het boek veel vragen op. De epiloog uit 1995 biedt daar maar in beperkte mate een antwoord op. Het boek is geschreven in een andere geneeskundige en wetenschappelijke wereld en moet wellicht ook zo beoordeeld worden, hetgeen voor een jonge lezer niet gemakkelijk is. Zo valt het erg op dat Fox de afdeling summier, tussen de regels door beschrijft. Ze

begint niet met een beschrijving van de fysieke omgeving, van de dagelijkse routines, van hiërarchische verhoudingen. Daardoor krijgt de lezer geen zicht op de omstandigheden waarin de geanalyseerde communicatiepatronen zich ontwikkelden. We weten niet of de vijftien patiënten al dan niet op één zaal liggen. Hoe de patiënten geselecteerd worden, blijft onduidelijk. Alleen komen we te weten dat de verpleegkundigen speciaal geselecteerd werden en instructies kregen het de patiënten zo veel mogelijk naar de zin te maken. Onduidelijk blijft hoeveel mensen overleden en hoe dat verliep.

Verder valt op dat Fox heel neutraal de gang van zaken op de afdeling beschrijft. Geen woord over 'medische macht' of het 'dehumaniserend effect' van medisch handelen en onderzoek. Wel zit er een oordelend element in de beschrijving van sociale functies en dysfuncties van de gedragspatronen. De functie van de grote onderlinge band en de grote intimiteit is dat de spanning verlaagd wordt. Maar, zegt Fox, die binding veroorzaakt ook weer problemen voor de groep. Voor patiënten heeft het intensieve sociale leven op de afdeling ook een dysfunctie, omdat ze daardoor verleid worden zich, zoals Hans Castor in *Der Zauberberg*, in de afdeling te verliezen.

De kracht van de analyse is de beschrijving van de communicatiepatronen op de afdeling. Deze blijken uit korte citaten met uitspraken van artsen en patiënten. Fox biedt de lezer echter nooit een gesprek tussen een arts en een patiënt in zijn totaliteit. De gedachten en uitspraken van de betrokkenen blijven op die manier wel erg onderworpen aan de visie van de onderzoeker.

Fox beschrijft geen concrete interacties, maar geeft de interactiepatronen op de afdeling aan en gaat in op de vraag

waarom dat deze zo verliepen. Ze analyseert de functie van deze patronen in het licht van de omstandigheden op de afdeling. Ze schaart zich zo bij andere pioniers van die tijd, zoals Goffman en Roth. Hun beschrijving van de gang van zaken op ziekenhuisafdelingen was ook sterk theoretisch. Deze studies betreffen het meso- en macroniveau. Ook zij geven het microniveau, de concrete interacties, alleen summier weer. Het bijzondere van deze afdeling gaat daarmee verloren.

Hoe bijzonder de afdeling die Fox bestudeerde wel is, blijkt in *Awareness of dying* (1965) van Glaser en Strauss. Ze gebruikten de analyse van de afdeling F-Second, omdat daar de mensen op waardige wijze kunnen sterven. Het was in 1965 nog normaal dat patiënten niet op de hoogte werden gesteld van hun naderende dood. Op F-Second gebeurde dat blijkbaar wel. De toestand van de patiënten legitimeerde de artsen om deze patiënten te onderwerpen aan experimentele behandelingen waarvan onduidelijk was welk effect ze zouden hebben. Maar ze moesten hun dan natuurlijk wel volledig informeren. De patiënten stemden in met de behandelingen. Maar omdat we niet kunnen lezen hoe de patiënt geïnformeerd werd over zijn ongeneeslijke toestand, weten we niet hoe deze 'open besefcontext' (Glaser & Strauss) tot stand kwam. We komen ook niet te weten hoe een arts met een patiënt – en potentieel onderzoekssubject – sprak over mogelijke experimenten, het belang van de patiënt daarbij en de risico's die hij daarbij zal lopen. We blijven daardoor verstoken van informatie die de beschrijving van deze toestand geloofwaardig maakt.

Fox schetst een harmonieus beeld van afdeling, terwijl de vraag van deze studie er juist een was naar problemen: welke problemen ontstaan er en hoe lost men die op? De

artsen en hun patiënten-onderzoekssubjecten delen dezelfde problemen. Hun technieken om daarmee om te gaan overlappen elkaar vaak. Zoals gezegd, Fox analyseert heel kundig de mechanismen waarmee de aan elkaar overgeleverde betrokkenen de problemen overwinnen, waardoor de lezer de indruk krijgt dat het hun ook echt lukt die problemen te overwinnen. In het geval van de patiënten, waarvan er sommigen overlijden, is dat moeilijk voor te stellen. Maar ook de wereld van de artsen wordt rooskleurig voorgesteld, alsof er geen strijd is om publicaties of onderzoeksgegevens en er geen meningsverschillen bestaan over behandelingen en risico's van experimenteren.

Ondanks de geringe aandacht voor de wijze waarop artsen (en verpleegkundigen) concreet met patiënten praten, blijkt soms dat dit niet altijd goed verliep. Zo vernemen we bijvoorbeeld dat een patiënt door de artsen op de 'danger list' is gezet. Niet duidelijk wordt wat de betekenis daarvan is in de afdelingsroutines, maar het is blijkbaar een teken dat de artsen verwachten dat de patiënt spoedig zal overlijden. De patiënt moet dit overigens vernemen van een verpleegkundige.

Fox slaagt er in om de strakke artsenrol zoals Parsons die omschreef, aan te vullen. Artsen gedroegen zich op deze afdeling veel minder afstandelijk dan op basis van zijn theorie te verwachten is. Ook over de wetenschap in de praktijk is in het boek veel te lezen. De wetenschappelijke activiteit is niet koel, onpartijdig en afstandelijk.

Het onderzoeksmateriaal presenteert Fox in een strak theoretisch kader. Het lijkt daardoor alsof de gebeurtenissen op die afdeling eenduidig zijn en harmonieus verlopen. De huidige visie op de studie naar de patiëntenzorg geeft meer aandacht voor de details uit de gesprekken tussen patiënten, artsen en verpleegkundigen. Het is de vraag of dergelijke kritiek gerechtvaardigd is. Fox droeg met dit boek en latere publicaties bij tot de ontwikkeling van het vak. Juist daardoor kunnen deze vragen gesteld worden.

Het boek van Fox is een mijlpaal in de medische sociologie en het inspireert nog steeds tot het doen van participierend onderzoek in een klinische setting. Mogelijk juist door wat men er in mist.

Eric Vermeulen

Literatuur

Glaser, B.G., A.L. Strauss.

1965 *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Arthur W. Frank, *The wounded storyteller. Body, illness, and ethics*. Chicago, University of Chicago Press, 1995. xvii+214 pp. \$ 19,95 (hard cover).

De ziekte als loutering of openbaring, die de zieke tot genezer maakt, is een bekend gegeven in de medisch-antropologische literatuur. Naast deze 'wounded healer' ofwel de ervaringsdeskundige genezer, plaatst Frank de zieke als 'wounded storyteller'. Terwijl de wounded healer verwijst naar de centaur Chiron uit de Griekse mythologie, heeft de wounded storyteller de blinde ziener Tiresias tot prototype. De kern van zijn betoog is dat het doormaken van een ernstige ziekte ook een zoektocht naar betekenis

inhoudt: de aloude vraag naar het waarom. De beproeving van Job door God is het bekende bijbelse oerverhaal van dit thema.

De vraag die Franks wil beantwoorden is: "How can we make sense of illness stories as being told through the diseased body?" Het zieke lichaam is niet stom, maar ongearticuleerd en van zichzelf vervreemd. Het vertellen van verhalen over de ziekte geeft het lichaam een stem. Door te spreken kan het veranderde lichaam weer vertrouwd worden. Het gaat er daarbij niet om wat verhalen vertellen over het lichaam, maar om de verhalen te beschrijven die het lichaam vertelt. Voor hem hebben mensen niet zozeer een lichaam, maar zijn het bovenal. Frank licht dit toe aan de hand van egodocumenten van mensen met een ingrijpende of levensbedreigende ziekte. Het boek is ook de uitwerking van zijn eigen verhaal, van zijn ervaring met kanker en een hartinfarct. In zijn conceptuele uitgangspunten, 'embodied experience' en 'illness narrative', sluit hij met name aan bij Arthur en Joan Kleinman.

Het perspectief van het boek is postmodern. Frank gebruikt de metafoer van de reis. Het leven heeft een kaart en een reisdoel. Ziekte kan een 'narratieve schipbreuk' inhouden; een roep om verhalen, om nieuwe kaarten en reisdoelen met zich mee te brengen. Het heden is niet meer wat het verleden veronderstelde en de toekomst is nauwelijks denkbaar. Een dergelijk onderbroken leven vraagt om een nieuw narratief. Het vertellen van verhalen beantwoordt aan de behoefte om een nieuwe visie op de relatie met de wereld te construeren. Het gaat enerzijds om het herstellen van de orde die onderbroken is en anderzijds om de waarheid onder ogen te zien dat dergelijke interrupties zullen blijven plaatsvinden. Ziekte is leren leven met het (blijvend) verlies aan controle. Het leven blijft een voortdurend zoeken te zijn. "Dying is accepting where the map always led." Het zoeken is het feitelijk levensdoel; het ideaal van het 'communicatieve lichaam' het kompas.

Momenteel, zo constateert Frank, domineert het medische narratief zozeer dat er sprake is van een 'narratieve overgave' door de zieke, van een narratieve kolonisering door het medisch systeem. De zieke is zijn stem ontnomen. Desondanks ziet de auteur een kentering. Zieke mensen leveren hun lichaam over aan de geneeskunde, maar in toenemende mate houden zij vast aan hun eigen verhalen. De zieke neemt verantwoordelijkheid voor wat de ziekte voor zijn leven betekent. Het vertellen van uiteindelijk individuele, unieke verhalen maakt hem van passief slachtoffer van ziekte tot een actief individu, die zijn (nood)lot transformeert in ervaring. Het is een poging om ervaringen die de geneeskunde niet onder woorden kan brengen, weer een stem te geven. Dit is geen individuele onderneming, maar onderdeel van een wederkerig proces. Het verhalen vertellen veronderstelt zowel een verteller als een luisteraar. Het speelt zich af in een sociale ruimte en heeft een morele dimensie. Het luisteren is een fundamentele morele daad; naar de ander luisteren uiteindelijk een luisteren naar jezelf.

Frank onderscheidt vier typen lichamen aan de hand van even zovele dimensies: controle, relatie tot eigen lichaam (associatie/dissociatie), relatie met de ander (monadisch/dyadisch) en verlangen. De moderne geneeskunde ontmoedigt associatie met het lichaam. Het lichaam staat als het ware buiten het zelf en los van anderen. De combinatie van deze dimensies levert vier ideaaltypische lichamen op: 'disciplined body', 'mirroring body', 'dominating body' en 'communicative body'. De laatste is overigens meer een geïdealiseerd type, dan een ideaaltype. Het communicatieve lichaam ziet de reflecties van

het eigen lijden in de lichamen van anderen. De basis voor empathische relaties tussen mensen ligt in het gedeelde feit dat zij lichamen te zijn. Hij haakt daarbij aan bij Albert Schweitzers uitspraak: "I can understand the nature of the living being outside of myself only through the living being within me."

Frank onderscheidt drie verhalen, die in elke ziekte zichtbaar zijn: het verhaal van het herstel, van de chaos en van de zoektocht. De verschillende lichamen hebben affiniteit met verschillende narratieven. Elke zieke heeft daarbij zijn eigen unieke verhaal, maar maakt gebruik van de narratieve vormen die de cultuur hem ter beschikking stelt. Het verhaal van het herstel is in de westerse cultuur het meeste voorkeur. De kwestie van de sterfelijkheid wordt hierin uit de weg gegaan. De kern van het verhaal is dat voor elke ziekte een remedie bestaat en dat na de ziekteperiode het leven zich weer als vanouds hervat. Dit verhaal leidt tot problemen als geen herstel optreedt, als de ziekte chronisch is of de zieke stervende. Velen bevinden zich in dit grijze gebied, vormen de 'remission society'. Er is dan geen verhaal meer om op terug te vallen. In het verhaal van de chaos wordt het leven nooit meer beter. Feitelijk traceert het verhaal de randen van de wond. "Chaos is what never can be told, it is a hole in the story", aldus Frank.

In het verhaal van de zoektocht accepteert de zieke de ziekte en maakt ervan gebruik. Er is iets te winnen door de doorgemaakte ervaring. Is in het verhaal van het herstel een ander (de medicus) de actieve persoon en in dat van de chaos het lijden te omvattend om te vertellen, in het verhaal van de zoektocht staat het zieke individu zelf centraal. De interruptie van het leven door de ziekte wordt herdefinieerd als uitdaging. Frank wijst hierbij op het gevaar van het verheerlijken van het lijden. "The risk of quest stories is like the risk of the Phoenix metaphor: they can present the burning process as too clean and the transformation as too complete." Ook memoreert hij, helaas zonder dit verder uit te werken, dat het onmogelijk is zich volledig te onttrekken aan de narratieve kolonisering door het medische systeem. Wat zich op het grensvlak afspeelt, de interactie tussen het medisch narratief en het persoonlijk narratief van de zieke, en welke effecten dit heeft ook voor de gezondheidszorg, blijft onbelicht.

In de afsluitende hoofdstukken van het boek gaat Frank met name in op de morele en ethische dimensie van het vertellen van verhalen. In de postmoderne ziektecultuur erkennen leken en medische professionals de noodzaak het lijden te accepteren als een onlosmakelijk deel van het menselijk bestaan. Het lijden impliceert dat iemand de ander iets te leren heeft en dus ook iets te geven heeft. De zieke staat met andere woorden niet met lege handen, is niet louter de ontvangende partij. De ziekteverhalen zijn getuigenissen door het lijden in gang gezet. Het lijden leert zo zichzelf te verstaan door de eigen getuigenis te horen. Uiteindelijk gaat het om de 'pedagogy of suffering', met als ethische vraag hoe als zieke een goed leven te leiden is. "The sufferer is made whole in hearing the other's story that is also hers, and in having her own story not just listened to but heard as if it were the listener's own". besluit Frank. Het helen mag dan niet (altijd) het lichaam genezen, maar het is een remedie voor het verlies van 'body-self intactness' dat het lijden inhoudt. De 'wounded healer' en de 'wounded storyteller' vloeien in dit handelen uiteindelijk samen.

Frank geeft aan alleen te spreken over mensen met ernstige chronische of levensbedreigende lichamelijke ziekten, zoals leukemie of multiple sclerose. Een enkele keer

verwijst hij naar literatuur over de slachtoffers van de Holocaust, een andere vorm van lijden, maar gaat daar niet uitgebreid op in. Frank bakent het domein waarover hij uitspraken wil doen, zeer strikt en naar mijn mening te strikt af. Dit is opvallend, omdat het boek mij als bijna vanzelfsprekend uitnodigde het betoog door te trekken naar andere narratieve schipbreukelingen, niet alleen Holocaustslachtoffers en vluchtelingen, maar ook migranten. 'L'exil, c'est ne pas une châtime, c'est une quête' (de ballingschap is geen kastijding, maar een 'kwestie'), betoogt immers de Frans-Maghrebijnse schrijver Meddeb. De gehanteerde metafoor van de reis is breed toepasbaar. Franks invalshoek is daarin niet medisch-specifiek, maar weerspiegelt de kenmerkende thematiek van de post-moderne samenleving: het verlies van 'grote' narratieven en de daarmee samenhangende onzekerheden, en het communicatieve handelen van individuen als oriëntatiepunt.

In het verlengde hiervan rijzen andere vragen, namelijk naar de betekenis van Franks stellingname in situaties waar de communicatieve voorwaarden soms verre van optimaal zijn. Is het verhaal van de ander te verstaan, als die door zijn geestesgesteldheid het contact met de omgeving in belangrijke mate heeft verloren, of als beide partijen uit verschillende culturele referentiekaders putten en andere narratieve modellen of scripts hanteren? Is in hun spreken alleen het chaosverhaal te horen of kunnen wij hun verhaal niet anders interpreteren? Ook hier onthoudt Frank zich van uitspraken, zelfs van tentatieve. Impliciet gaat hij uit van een cultureel-homogene context. Daarmee is een belangrijke zwakte van het boek blootgelegd: Frank stipt de relatie tussen cultuur en narratief slechts terloops aan. De rol van de cultuur beperkt zich tot het aanreiken van een aantal 'narratieve vormen'. Hij blijft binnen de context van de 'westerse' culturen. De vraag is of het verhaal van het herstel (en zijn donkere keerzijde, dat van de chaos) universeel is of juist cultuurgebonden en onderdeel van het ideologisch kader van de biogeneeskunde. Een niet alleen voor antropologen boeiende vraag blijft onbeantwoord.

The wounded storyteller is een fascinerend boek. Het is een kernachtig, compact betoog van een gedreven auteur. Het heeft een hoge citeerdichtheid. Het betoog is het te zien als een resultaat van de zoektocht die de ervaringen met kanker in Franks leven in gang gezet heeft. Het is een onderdeel van zijn eigen verhaal, van zijn pogen nieuwe betekenis te construeren. In kort bestek, krap tweehonderd ruim gezette pagina's, behandelt hij de verwevenheid van lichaam, zelf, sociale omgeving en ethisch handelen op een wijze die de lezer geboeid houdt. Ziekte is een roep om verhalen. De kunst is in die verhalen het lichaam te verstaan. En, uiteindelijk in het aanhoren van de ander, horen wij onszelf. Hij geeft de verrijking aan die uit ziekte te putten is, zonder de ziekte en het lijden te verheerlijken. De kracht van het boek is dat Frank zijn persoonlijke ervaringen inzichtelijk weet te verbinden met de theorie. Hij slaat daarmee een brug tussen de kille afstandelijkheid van wetenschappelijke publicaties en het intieme, individueel-unieke van egodocumenten. Kortom, een inspirerend boek.

Rob van Dijk

Godelieve van Hugte & Renée Smulders, *'Zolang ik leef, kan ik ook nog beter worden.'* *Chronisch zieke oudere Turken en Marokkanen.* Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1997. 104 pp. f 12,50 (exclusief verzend- en administratiekosten).

In de brede maatschappelijke discussie over de Nederlandse gezondheidszorg ontbrak de stem van de allochtone gebruikers. Vooral de stem van Turken en Marokkanen. Dat was echter wel nodig, zo bleek uit een rapport van het Nederlands Centrum Buitenlanders, omdat de gezondheid van deze groep over het algemeen slechter is, allochtonen moeilijk toegang hebben tot de zorg, slecht zijn geïnformeerd, communicatie tussen zorgverleners en -gebruikers in veel gevallen moeizaam verloopt, de verwachtingen anders zijn en de groep nauwelijks meedoet aan patiënten- of consumentenorganisaties. Er werd een project gestart om onder Turken en Marokkanen de discussie op gang te brengen. Voor het project werden de oudere, chronisch zieke Turken en Marokkanen en hun directe omgeving als doelgroep gekozen. Met deze mensen werden diepte-interviews gehouden. Op basis daarvan werden twee videoproducties samengesteld en uitgezonden op de landelijke televisie. Lokaal werden de resultaten geïmplementeerd door middel van de videobanden.

Dat is een mooie combinatie van onderzoek en actie. *'Zolang ik leef, kan ik ook nog beter worden'* is een weergave van de diepte-interviews. Een weergave, want er lijkt enkel een bepaalde ordening in het materiaal gemaakt te zijn, bepaalde keuzes uit het materiaal en een minieme conclusie. De lezer moet dus geen diepgaande analyse van de verhalen van Turken en Marokkanen verwachten te vinden. Het materiaal wordt aangeboden en de partijen in de zorg moeten maar zien wat ze ermee doen.

De ordening en keuze van fragmenten uit de diepte-interviews zijn natuurlijk niet willekeurig. De samenstellers zochten naar belangrijke thema's over de keuzeproblematiek, de ziektegeschiedenis, de relatie tussen artsen en allochtone patiënten, het beleid van huisartsen, zorgvoorzieningen, medicijngebruik, behandeling in land van herkomst en in Nederland, behandelingsaanbod, verzekering, patiëntenbeleid. Er is van te voren structuur aangebracht door een uitgebreide vragenlijst te gebruiken. Het is dus geen antropologisch diepte-interview waarin men vaak meer ongestructureerd te werk gaat. Alle thema's zijn met de woorden van de Turken en Marokkanen weergegeven. In die citaten staan soms juweeltjes. Wat te denken van het antwoord op de vraag wat een goed ziekenhuis zou moeten zijn. "Een ideaal ziekenhuis maakt geen verschil tussen een buitenlander en een Nederlander. In sommige ziekenhuizen lopen echte racisten rond en dat is gevaarlijk voor onze gezondheid." En over de kostenstijging in de gezondheidszorg. "Wij willen ook dat het goed gaat in Nederland".

De ziektegeschiedenissen worden in de woorden van de mensen zelf beschreven. Ze zijn soms schrijnend. Zoals de Turkse man met een hartfalen, dat pas na lange tijd werd vastgesteld, omdat de huisarts de ernst van de klachten niet onderkende.

De kwaliteit van de relatie tussen artsen en patiënten is vooral afhankelijk van een goede communicatie. Tolken vindt men een noodzaak, maar kleven ook nadelen aan, want men durft niet altijd om een tolk te vragen. De meeste mensen nemen een familielid mee, maar sommigen ervaren dat als afhankelijkheid en dat willen ze eigenlijk liever niet.

Men zou verwachten dat Turken en Marokkanen zich liever in hun thuisland willen laten behandelen of door een Turkse of Marokkaanse arts. De algemene indruk die de lezer hierover uit de teksten krijgt, is dat men wel veel meer vertrouwen in de Nederlandse zorg stelt, maar bijvoorbeeld de Marokkaanse medicijnen beter vindt. De ziektekostenverzekering speelt in de keuze een belangrijke rol.

Als de communicatie dan zo moeizaam verloopt, is het dan te verwachten dat Turken en Marokkanen veel gebruik maken van alternatieve vormen van gezondheidszorg? Dat blijkt niet zo te zijn. Men vindt dat alternatieve middelen de kans op genezing niet vergroten.

De vooronderstelling dat Turken en Marokkanen niet goed het ingestelde geneesmiddelenregime opvolgen, wordt geloochenstraft. Men is er zelfs heel zorgvuldig in en als men de geneesmiddelen niet gebruikt, dan heeft men daar doorgaans een duidelijke reden voor.

Wat de Turkse en Marokkaanse patiënten over de thuiszorg zeggen, is ook belangrijk. Men veronderstelt nogal eens dat zorg een familieaangelegenheid is. Dat is ook wel zo, maar als de arts professionele zorg zou aanraden, dan zal men daar zeker gebruik van maken. Mensen maken van de thuiszorg gebruik of zouden dat wel willen.

Al met al is het een aardig boek zonder wetenschappelijke pretentie, maar het voorziet in kennis die als basis voor voorlichting en discussie heeft gediend. Het laat goed zien dat mensen heel verschillende kennis over ziekte en gezondheidszorg hebben, net als overall elders op de wereld. Ze zijn echter heel wel in staat om alles in het werk te stellen om de kwaliteit van hun bestaan zo goed mogelijk te maken. "Ik leer het meest van wat ik zelf voel." Dat ze daarbij soms hulp moeten krijgen, lijkt me evident.

Els van Dongen

Karin Johannisson, *Het duistere continent. Dokters en vrouwen in het Fin-de-Siècle*. Amsterdam: Van Gennep, 1996. 304 pp. f 54,40.

In dit boek analyseert en illustreert Johannisson de medicalisering van het vrouwelijk lichaam aan het eind van de negentiende eeuw. Ze gebruikt hierbij drie interpretatietijnen om de vrouwelijke ziekelijkheid historisch te verklaren. Ten eerste ziet ze definities van gezondheid, ziekte en gender als socioculturele constructies waarmee de samenleving de gespannen sociale verhoudingen tussen mannen en vrouwen reguleerde. Daarnaast gaat ze ervan uit dat het lichaam niet alleen de ziekelijkheid en de ziekenrol bepaalde, maar ook de specifieke levensomstandigheden. Op die manier is ziekte een taal die medieert tussen het lichaam, het ik en de samenleving. Ten derde onderscheidt ze objectieve en subjectieve ziekte om een verschil te kunnen maken tussen de medische definities van (meetbare) ziekte en de ervaring van de vrouw. De analyse is opgebouwd uit vijf niveaus van waaruit vrouwelijke ziekelijkheid moet worden begrepen: maatschappelijk, cultureel, medisch, biologisch en existentieel.

In het eerste deel laat Johannisson zien hoe de vrouwelijke ziekelijkheid een weerspiegeling was van de sociale structuur en klassendynamiek zoals die voortkwamen uit de

industrialisatie, urbanisatie en de groeiende markteconomie aan het einde van de negentiende eeuw. De toenemende scheiding tussen de klassen en tussen de productie- en reproductiesfeer leidde tot een dubbel vrouwbeeld: de sterke, gevaarlijke en besmettelijke vrouw uit de lagere klassen en de zwakke, gevoelige, ziekelijke vrouw uit de hogere klassen. De vrouw moest zowel beschermd als ingeperkt en gecontroleerd worden. Dit dubbele beeld werd vooral gedragen door de middenklasse die volgens Johannisson numeriek, politiek en cultureel de 'interpretatiepreferentie' vertegenwoordigde. Dit betekent dat het wereldbeeld en de cultuur van de middenklasse door de andere lagen van de bevolking als ideaal werd gezien en uiteindelijk zou gaan domineren. De burgerlijke ideologie over de vrouw had als voornaamste inhoud de fundamentele romantische polariteit van mannelijkheid en vrouwelijkheid, maatschappij/productie en gezin/reproductie, cultuur en natuur, ratio en emotie. De vrouw belichaamde reinheid, schoonheid, zachtheid en intimiteit. Het gezin en het huiselijk leven waren sociale instituten waarbinnen zij de taak had de maatschappelijke status van de man vorm te geven door verzorging en consumptie. Deze scheiding tussen mannelijkheid en vrouwelijkheid weerspiegelde de maatschappelijke en economische orde en versterkte de patriarchale structuur ervan. Het was een maatschappelijke voorwaarde voor de groeiende markteconomie.

De polariteit tussen mannelijkheid en vrouwelijkheid kreeg aan het einde van de negentiende eeuw duidelijk een hiërarchische vorm met een nadruk op biologische verschillen. Johannisson verklaart dit uit ontwikkelingen in de medische wetenschap (de mogelijkheid tot anesthesie en aseptiek). Daarnaast wijst zij op de invloed van het evolutionistisch denken waarbinnen de behoefte ontstond om de mens (de man) duidelijker te onderscheiden van het dier door de vrouw en het kind als een soort tussenvorm te zien tussen het dierlijke en het menselijke (mannelijke). Dit laatste verklaart ook de dubbele houding van angst en bescherming ten opzichte van het vrouwelijke.

Het tweede deel van het boek gaat in op 'ziekten van de vrouw' als culturele constructie en biologisch verschijnsel. Johannisson zoekt naar specifieke vrouwelijke ziekelijkheid met behulp van ziekenhuisstatistieken, gezondheidsonderzoeken, medische literatuur, archieven van artsen en verslagen van het gebruik van huis-, tuin- en keukenniddeltjes uit de negentiende eeuw. Uit de identificatie van de toen heersende ziekten blijkt dat het zwaartepunt vooral lag op de reproductieve functies van de vrouw. Menstruatie, zwangerschap en menopauze werden gemystificeerd, gedramatiseerd en gemedicaliseerd. Deze processen werden gezien als periodes van verhoogde lichamelijke en met name geestelijke kwetsbaarheid waartegen de vrouw (en de man) beschermd, zo niet behandeld moest worden door de medische professie. De medicalisering van het vrouwelijk lichaam schiep en legitimeerde een ziekenrol waarbinnen de vrouw zich terug kon trekken en aanspraak kon maken op verzorging en aandacht van bedienden en artsen (die soms wekelijks of zelfs dagelijks werden geconsulteerd). Andere ziekten waaraan de vrouw leed, waren ziekten die weliswaar biologisch verklaard werden, maar een sterk psychosomatische aard hadden. Dit leek te bewijzen dat de vrouw door haar biologie geestelijk zwak was. Het betrof migraine, chlorose, anorexia, neurasthenie, hysterie en krankzinnigheid. Johannisson toont aan dat deze ziekten weliswaar door de (mannelijke) medische wetenschap werden gedefinieerd, maar dat ze voor vrouwen een duidelijke functie hadden als sociaal geaccepteerde bezigheid en uitlaat-

klep. Tegelijkertijd zijn de medische definities van deze vrouwenziekten te interpreteren als sociale legitimering om vrouwen letterlijk te verbannen uit het sociale leven naar de slaapkamer. Dit passieve leven binnenshuis droeg bij aan een hogere incidentie van lichamelijke en geestelijke ziekten bij vrouwen door structureel gebrek aan beweging, frisse lucht en inspirerende activiteiten, opnieuw een 'bewijs' voor de fundamentele vrouwelijke zwakte.

Deel drie gaat logischerwijs verder met een interpretatie van de laatnegentiende-eeuwse vrouwengeneeskunde. Met het opkomen van deze specialisatie nam de ziekelijkheid van vrouwen duidelijk toe. Dit kwam onder andere door een toegenomen zichtbaarheid en demystificatie van de vrouwelijke onderbuik in de gynaecologie en door de tendens van deze nieuwe wetenschappelijke richting om omliggende gebieden van ziekte naar de eigen specialisatie toe te trekken vanuit een streven naar erkenning en bevestiging. "De toegenomen ziekelijkheid van vrouwen [was] voor een deel onderdeel van een wetenschappelijk specialiserings- en professionaliseringsproces", aldus Johannisson (p. 166). Deze tak van de geneeskunde die zich specifiek met de voortplantingsfuncties van de vrouw bezighield, terwijl er geen aparte geneeskunde voor mannen was, kon ontstaan door de culturele constructie van de vrouw als aparte soort waarvan de voortplantingsfuncties meer bepalend waren voor het algemeen functioneren dan bij de man. Ziekte van de vrouw was automatisch gynaecologische ziekte. Dat de vrouw als apart soort dichter bij de natuur werd geplaatst, legitimeerde de controlerende functie van de vrouwengeneeskunde als aparte discipline. De vrouw werd een object dat door de wetenschap in toom gehouden en ontleed kon en moest worden. Om dit te illustreren beschrijft Johannisson vele medische handelingen die meer leken te dienen om de vrouw te straffen en te onderwerpen dan om haar ziekte accuraat te diagnostiseren en haar lijden te verlichten: clitoridectomie, ovariectomie, hysterectomie, curettage, baarmoederfixatie en inwendige behandelingen met brandijzers en bloedzuigers. Deze methoden werden voornamelijk gebruikt om de vrouw van allerlei geestesziekten af te helpen die in verband werden gebracht met de geslachtsorganen: behandeling en genezing betekende ontseksing.

Johannisson beschrijft verschillende interpretaties van deze invasieve medische behandelingen van vrouwen. De seksualiteit van de vrouw was als een donker continent vol degeneratie en chaos. Het moest in kaart gebracht en gemanipuleerd worden om de orde en rationaliteit van de (mannelijke) beschaving te beschermen. De agressiviteit van de gynaecologische behandelingsmethoden diende om het kwaad en de immoraliteit van de vrouw, gecentreerd rond de geslachtsorganen, te bestraffen en te onderwerpen. Johannisson vindt deze interpretaties aannemelijk, maar niet doorslaggevend. Zij verklaart de gynaecologische agressiviteit eerder vanuit "de kracht van een wetenschappelijk paradigma dat de specifieke pathologie van de vrouw naar haar onderbuik verwees, in combinatie met een kritiekloos, maar voor die tijd karakteristiek enthousiasme voor de heroïsche chirurgie" (p. 200).

In het laatste deel gaat de schrijfster in op de belangrijke vraag hoe vrouwen de cultureel bepaalde beelden over hun aard, psyche en ziekelijkheid zelf interpreterden en gebruikten: ziekelijkheid als gedrag en rol. Ze maakt hierbij voornamelijk gebruik van maatschappijkritisch werk van Laura Marholm (*Over de psychologie van de vrouw*,

1895). Ziekte lijkt voor vrouwen in deze periode de enige sociaal geaccepteerde manier om aandacht te krijgen en gevoelens van ongenoegen te uiten. Ziekte was bovendien een cultureel aanvaardbare mogelijkheid (naast bezigheden als handwerken) voor de vrouwen uit de hogere klassen om hun lege leven binnenshuis inhoud te geven. Daarnaast was ziekte als teken van zwakte en verfijning een vorm van vrouwelijkheid die de immoraliteit en ondergeschiktheid van diezelfde vrouwelijkheid excuseerde.

De patiëntenrol gaf een betekenisvolle naam en inhoud aan niet toegestane gevoelens van onmacht en frustratie en schiep de mogelijkheid voor de vrouw om zich te onttrekken aan huiselijke en sociale plichten: “de ziekte werd zowel een rol – een identiteit bij gebrek aan een andere identiteit – als een mogelijkheid om pijn, woede of een trauma te kanaliseren” (p. 233). De vrouwelijke patiëntenrol bestond niet los van de rol van de (mannelijke) arts. Vrouwenziekten bevestigden en legitimeerden de professionele en maatschappelijke machtspositie van de arts. Johannisson laat zien dat de relatie tussen patiënte en arts zich baseerde op metaforen van macht en strijd die ook terug te vinden waren in de bredere cultuur. Ze verwijst hierbij naar het werk van Ehrenreich en English die aantonen dat “de medicalisering van de vrouw een belangrijke functie vervulde in de industriële economie van het Victoriaanse tijdperk” (p. 235).

Johannisson geeft in *Het duistere continent* een multi-dimensionale en tegelijkertijd ook verrassend gedetailleerde interpretatie van vrouwelijke ziekelijkheid aan het einde van de vorige eeuw. Wat ze beschrijft lijken toestanden uit een ver verleden, maar we moeten niet te snel concluderen dat er veel veranderd is in honderd jaar. Studies als deze zijn niet alleen te lezen als een beschrijving van hoe het vroeger was, maar tevens als een analyse van hoe het zo geworden is als het nu is. De hedendaagse medische diagnose van vrouwelijke ziekelijkheid is nog steeds doortrokken van metaforen van macht en onderdrukking, van bescherming en bestraffing. Natuurlijke biologische processen van het vrouwelijk lichaam worden nog steeds in sterke (en misschien wel in groeiende) mate gemedicaliseerd, hoewel dezelfde wetenschappelijke ontwikkelingen vrouwen ook tot een zekere hoogte meer onafhankelijkheid hebben bezorgd. De beschreven maatschappelijke processen spelen nu nog steeds door op een dieper niveau. Om deze hedendaagse krachten te kunnen begrijpen moeten we beginnen met analyseren hoe het zo geworden is. Johannissons studie zou hiervoor kunnen worden aangevuld met studies naar de mogelijkheden van vrouwen om creatief om te gaan met de beperkingen die de toenmalige heersende maatschappelijke ideeën hen oplegden, als wel naar de mogelijkheden voor mannelijke artsen (en mannen in het algemeen) om tegen de geldende normen in gelijkwaardige relaties met vrouwen op te bouwen. De kritische literatuur van zowel vrouwen als mannen uit de betreffende periode die wordt aangehaald door Johannisson, illustreert dat niet alle vrouwen zich passief en onbewust in de afhankelijkheid van de ziekenrol lieten manoeuvreren en niet alle mannen er op uit waren hun vrouwen te onderwerpen aan hun patriarchale belangen.

Franka van Poelgeest

Yvonne Lefèber & Henk W.A. Voorhoeve, *Indigenous customs in childbirth and child care*. Assen: Van Gorcum, 1998. 116 pp. f40,-.

Dit mooie en fraai vormgegeven boek is geschreven door auteurs met ervaring: Yvonne Lefèber, medisch antropoloog, gepromoveerd op een studie over traditionele vroedvrouwen en Henk Voorhoeve als pediater al decennia werkzaam op het gebied van moeder- en kindzorg in diverse landen in het Zuiden. Het boek beschrijft inheemse gewoonten in verschillende fasen: de zwangerschap, de bevalling, de postpartum-periode en kindertijd. Het laatste hoofdstuk over seksualiteit en spreiding van geboorten neemt binnen deze tijdsordening een wat uitzonderlijke plaats in. Per periode worden gewoonten besproken uit Afrika, Azië en Latijns Amerika op basis van de literatuur of eigen observaties.

Lefèber en Voorhoeve geven in de inleiding drie redenen voor het schrijven van dit boek. Allereerst, omdat gewoonten gemakkelijk verloren gaan en ze op deze manier bewaard blijven. Ten tweede, om gezondheidswerkers in het Zuiden kennis te verschaffen over inheemse gewoonten. En ten derde, omdat 'indigenous customs' bruikbaar (kunnen) zijn in het Westen en opgenomen (kunnen) worden in het biomedische model. De auteurs geven daar een paar mooie voorbeelden van, zoals de andere houdingen bij bevallingen dan de liggende en 'kangarooing' van te vroeg geboren kinderen. Het boek richt zich op een lezerspubliek van vroedvrouwen, verplegers, gynaecologen, pediaters en medisch antropologen.

De auteurs beschrijven de verschillende gewoonten op een zeer objectieve manier, die zij op bewonderenswaardige wijze consequent volhouden in het gehele boek. Ze hebben als doel voor ogen gehad om de gewoonten 'sec' neer te zetten, zonder direct oordeel of interpretatie vanuit de westerse, biomedische achtergrond. Daarin zijn ze geslaagd. Met uitzondering van een kanttekening bij de verzorging van de navelstreng geven ze pas in het laatste hoofdstuk de biomedische implicaties van de gewoonten aan. Af en toe zou de lezer eigenlijk wel graag meer willen weten. 'Werkt' een gewoonte nu wel of niet? Zo zijn er, wanneer na de geboorte van het kind de placenta verlaat is, verschillende praktijken die vrouwen betrachten om de moederkoek er alsnog uit te krijgen, zoals door te niezen of proberen over te geven. Voor een leek op medisch gebied lijkt dat een erg plausibele manier om het probleem op te lossen, maar is dat ook zo of kan het nadelige gevolgen hebben? Dat zou de lezer graag van een westerse geschoold arts willen weten.

Wat opvalt bij de opsomming van al de gewoonten, zijn de overeenkomsten. Zoals classificaties van voedsel in termen van verhittend en verkoelend in zowel Azië, Latijns Amerika en Afrika, of de welhaast universele gewoonte om het colostrum te vermijden in de eerste dagen na de bevalling. Het roept de vraag op dit cultuurgebonden gewoonten zijn of dat het om een universeel gebruik gaat? En wat zijn dan eigenlijk *indigenous customs*? Een overzicht, zoals dit boek, leent zich om tot vergelijkingen en generalisaties te komen. De auteurs doen dat op een gegeven moment ook. Ten aanzien van zwangerschap concluderen zij dat zwangere vrouwen in eerste instantie op allerlei manieren proberen een miskraam te voorkomen. Ook hun angst voor huidproblemen van het kind lijkt universeel te zijn. Dit zijn interessante waarnemingen, die het niveau van 'gewoonten' overstijgt.

Op grond van de informatie in het boek zijn meer interpretaties mogelijk dan nu geboden worden. Dus: naast rapportage een nadere interpretatie van de gewoonten. Bijvoorbeeld, het feit dat in zoveel samenlevingen de angst bestaat voor invloed van kwade geesten tijdens de zwangerschap en de postpartum-periode, wijst er op dat mensen zich zeer wel bewust zijn van de gezondheidsgevaaren in deze periode.

De nadruk van het boek ligt sterk op Afrika. Aan Azië en Latijns-Amerika wordt relatief minder aandacht besteed. Dat brengt ons op het punt dat de lezer bezig blijft houden bij het lezen van het boek: *welke* gewoonten hebben de auteurs geselecteerd, welke *criteria* zijn daarbij gebruikt en welke literatuur is geraadpleegd? Zo besteedt het eerste hoofdstuk wel aandacht aan de operationalisering van de verschillende fasen (bijvoorbeeld intrapartum, postpartum, postnatale periode), maar niet aan wat verstaan wordt onder 'indigenous' en wat onder 'customs'. Zijn gewoonten 'indigenous' als ze eigen zijn aan een 'indigenous' samenleving? En wat wordt onder dat laatste verstaan: welke samenlevingen vallen daar wel onder en welke niet? De gewoonte in India om vrouwen na de bevalling voor langere tijd speciale zorg en aandacht te geven, valt in het boek onder de noemer 'indigenous'. Is dan de gewoonte om dat in Nederland niet te doen, dat dan ook niet? Of is iets 'indigenous' als het afwijkt van het westerse biomedische model?

Eén van de doelen van het boek is om gezondheidswerkers in het Zuiden kennis te verschaffen over inheemse gewoonten, omdat zoals de auteurs concluderen moderne adviezen alleen werken als traditionele gewoonten bekend zijn. De vaststelling is terecht, maar men zou zeggen dat niet alleen de gewoonten bekend moeten zijn, maar ook de achterliggende betekenis die er door mensen aan wordt gegeven en de sociaal-culturele context waarin deze gewoonten plaats vinden. In dit opzicht is het boek vooral geschreven vanuit een medische traditie: het beschrijven van gewoonten en handelingen, en het toeschrijven van een centrale rol aan traditionele vroedvrouwen, terwijl veel gewoonten bekend zijn bij een bevolking in haar totaliteit. Het boek is daarom in eerste plaats vooral interessant voor medisch geschoolde mensen. Het feit dat zij op deze manier kennis kunnen nemen van gebruiken in andere culturen, is toe te juichen. Om die reden is het ook voor medisch antropologen interessant, maar bij hen zal misschien net zoals bij mij na lezing een zelfde gevoel van gemis achterblijven. Wat is de achterliggende betekenisgeving en de sociaal-culturele context van deze gewoonten?

Inge Hutter

Margaret Lock & Patricia A. Kaufert (eds), *Pragmatic women and body politics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. xii+363 pp. £ 17.95 (paperback).

Dit boek is het vijfde deel van de serie *Cambridge Studies in Medical Anthropology*. Het bestaat uit een inleidend hoofdstuk en dertien hoofdstukken met case studies van zeer verschillende aard wat betreft onderwerp en methode van onderzoek. De hoofdstukken hebben wel enkele thema's gemeenschappelijk. De belangrijkste daarvan zijn medicalisering, lichaamspolitiek en de reacties van vrouwen op allerlei vormen van bio-

macht. Het vertrekpunt van de auteurs – dertien antropologen, en twee epidemiologen en een historicus als mede-auteurs van twee hoofdstukken – is dat medicalisering en macht, evenals verzet, handelen en autonomie in hun historische en culturele context geplaatst en begrepen moeten worden. Het blijkt dan dat het gedrag van vrouwen ten overstaan van technologische vernieuwingen gewoonlijk voortkomt uit pragmatisme. Dat verklaart waarom de reacties van vrouwen op de technologieën die in het boek besproken worden, variëren van selectieve acceptatie tot selectieve afwijzing. Daarnaast komt ook ambivalentie of onverschilligheid voor.

Het is de bedoeling van de samenstellers van het boek, beiden als antropoloog werkzaam in Canada, dat de contextgebonden beschrijvingen en verklaringen, waarin veel aandacht besteed wordt aan het perspectief van vrouwen, als stimulans dienen tot zelfreflectie ten aanzien van de structurering van vanzelfsprekendheden in westerse samenlevingen. Alleen op basis van een dergelijke semiotische wending ('semiotic turn'), waarin waarheidsclaims zoals die van de medische wetenschappen gerelativeerd worden, kan men proberen te komen tot generaliserings over lichaamspolitiek. Gegeven de snelle verspreiding van kennis en technologie is echter ook nog een andere semiotische wending nodig: een semiotische terugkeer ('semiotic return') naar onderzoek op lokaal niveau teneinde beter te begrijpen hoe globalisering lichaamspolitiek op lokaal niveau beïnvloedt.

Met uitzondering van het inleidend hoofdstuk laten de hoofdstukken zich goed afzonderlijk lezen. In de inleiding brengen Lock en Kaufert allerlei dwarsverbanden aan tussen de studies en bespreken zij al doende concepten zoals medicalisering, cultuur, ideologie, hegemonie, biomacht, subjectiviteit, verzet, naturalisatie met behulp van medische technologie en globalisatie. Gangbare theoretische benaderingen van die concepten worden kritisch ter discussie gesteld. Ook in de overige hoofdstukken worden veel kritische kanttekeningen geplaatst, niet alleen bij de inhoud van in de (medische) antropologie veel gebruikte concepten, maar ook bij de keuze van thema's in medisch-antropologisch onderzoek. De meeste hoofdstukken zijn rijk aan thematiek en laten zich daarom moeilijk samenvatten. Ik stip daarom in het navolgende slechts een centraal thema uit ieder hoofdstuk aan.

Boddy vergelijkt de invloed van de biogeneeskunde op het beloop van zwangerschap en bevalling in Soedan en Canada, en de zeer verschillende reacties van vrouwen daarop. Gruenbaum analyseert de interacties van moslimvrouwen op het platteland van Soedan met de verschillende sectoren van het gezondheidszorgsysteem in termen van macht, winst en verlies. Morsy bekritiseert de beperktheid van het dominante internationale feministische discours waarin de reproductieve gezondheid van vrouwen centraal staat, en richt de aandacht op door de staat gesanctioneerde ontwikkelingsprogramma's die de volksgezondheid van vrouwen, kinderen en mannen bedreigen. Wetenschappelijke kennis is een belangrijk middel van politiek verzet tegen die bedreiging. Grundfest Schoepf bespreekt hoe AIDS in de context van sociale ongelijkheid in Zaïre bezit neemt van vrouwenlichamen en in dit proces nieuwe vormen van medicalisatie en verzet creëert. Kielman brengt de betekenissen van verzet van vrouwen niet in relatie tot de medicalisering van hun lichamen zoals gewoonlijk gedaan wordt, maar in relatie tot een gezondheidsprobleem waar geen biomedisch discours voor beschikbaar is. Bij onvruchtbare vrouwen op

Pemba, Tanzania, ontstaat verzet wanneer zij hun door onvruchtbaarheid veroorzaakte lijden in de openbaarheid brengen in de vorm van lokale kennis over het lichaam en het zoeken naar behandeling van hun probleem. Lewin wijst erop dat het besluit van lesbiennes in de Verenigde Staten om hun natuurlijke moederwens al dan niet behulp van de biogeneeskunde in vervulling te laten gaan, wel eens minder van doen zou kunnen hebben met acceptatie van of verzet tegen die geneeskunde, dan met andere doeleinden die de vrouwen proberen te verwezenlijken. Handwerker analyseert de gevolgen van de medicalisering van onvruchtbaarheid in China voor vrouwen en hun (on)mogelijkheden tot verzet tegen die medicalisering. Locks bijdrage gaat over de medicalisering van reproductie met behulp van verschillende nieuwe technologieën in Japan en de mogelijke perfectivering van de Japanse maatschappij middels die technologieën. Lopez richt zich vooral op de intersectie van gender, ras en klasse in relatie tot de maatschappelijke krachten die het relatief hoge percentage aan sterilisaties onder Puertoricaanse vrouwen in New York in stand houden. O'Neil, Elias and Yassi geven aan hoe inheemse vrouwen in Canada (de Dene vrouwen van Wollaston Lake) zich verzetten tegen de uraniummijnbouw in hun land die het milieu en daarmee de gezondheid van hun families en gemeenschap aantast. Kaufert verkent de verschillende vormen van verzet die vrouwen met borstkanker ontwikkeld hebben. Het is volgens haar een typisch Noord-Amerikaans verschijnsel dat de middenklasse-vrouwen van de borstkankerbeweging met behoud van hun geloof in de wetenschap de wetenschappelijke establishment waarvan zij voor hun behandeling afhankelijk zijn, uitdagen. Abel en Browner onderzoeken hoe vrouwen in de Verenigde Staten hun ervaringskennis gebruiken om de expansie van de biogeneeskunde in prenatale zorg en thuiszorg voor ouderen te vergemakkelijken dan wel tegen te houden. Nichter ten slotte laat aan de hand van een case study van één patiënt zien hoe medicalisering door patiënten zelf geïnitieerd en in stand gehouden kan worden.

De studies zijn stuk voor stuk de moeite van het lezen waard. Wat het lezen van het boek in zijn geheel spannend maakt, is dat het theoretisch perspectief op de centrale concepten van het boek in elk hoofdstuk weer iets anders is. Dat is echter niet alleen spannend maar ook frusterend, daar een overkoepelend theoretisch kader in het boek ontbreekt. Het ligt niet ten grondslag aan het boek en het is ook niet uit de afzonderlijke hoofdstukken te distilleren. Het is daarom dat Lock en Kaufert in hun inleiding niet verder komen dan de hoofdstukken onderling op een aantal punten met elkaar te vergelijken. Die vergelijkingen bieden in ieder geval aanknopingspunten voor een verder doordenken, deconstructie en reconstructie van concepten die een rol (kunnen) spelen bij de identificering, bestudering en analyse van allerlei vormen van lichaamspolitiek.

De concepten autonomie en medicalisering bijvoorbeeld, zoals die altijd gebruikt zijn in de vrouwenhulpverlening in Nederland, zijn mijns inziens nodig aan herziening toe. De lichaamspolitiek van vrouwen is, mede onder invloed van nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen, sinds het begin van de vrouwenhulpverleningsbeweging immers niet hetzelfde gebleven. Bovendien kan die politiek – dat wordt inmiddels algemeen erkend – per individu, leeftijd, klasse, religie en etniciteit verschillen. Een meer complex en gedifferentieerd begrippenapparaat is nodig om de huidige vormen van lichaamspolitiek ten overstaan van biomacht, en de diversiteit daarvan, te begrijpen en kritisch te onderzoeken.

Lock en Kaufert wagen zich niet aan generalisering over die lichaamspolitiek. Zij gaan niet verder dan te wijzen op het alomtegenwoordige pragmatisme van vrouwen en de verschillende inhoud daarvan. Alleen al de diversiteit aan bijeengebrachte studies maakt generalisering schier onmogelijk. Het boek daagt uit tot toekomstige studies die van meet af vanuit cultuurvergelijkend perspectief rond één bepaald thema opgezet worden. Vooral de hoofdstukken uit het boek die gaan over de snel om zich heen grijpende globalisering van nieuwe medische (reproductieve) technologieën en milieu- en gezondheidbedreigende industrieën en de reacties daarop van vrouwen op lokaal niveau, dagen uit tot dergelijk vergelijkend onderzoek. Het boek wekt nu de indruk dat de meeste auteurs reeds verzamelde onderzoeksgegevens bewerkt hebben om een antwoord te geven op de door Lock en Kaufert gestelde vraag 'het verzet van vrouwen tegen biomacht vanuit het perspectief van vrouwen opnieuw te doordenken'. Dat hebben alle auteurs met veel creativiteit gedaan. Ik beveel het boek dan ook ieder die geïnteresseerd is in de in deze bespreking aan de orde gestelde problematiek, van harte aan.

Annemiek Richters

Martha O. Lousaunau & Elisa J. Sobo, *The cultural context of health, illness and medicine*. Westport: Bergin & Garvey, 1997. 221 pp. index, £ 17.50 (paperback), £ 47.95 (hard cover).

The cultural context of health, illness and medicine is een joint-venture van een socioloog (Lousaunau) en een antropoloog (Sobo). In het boek willen de auteurs nagaan welke rol culturele verschillen spelen in het definiëren van en omgaan met gezondheid en ziekte. In de zeven hoofdstukken bejiveren zij zich de sterke kant van medische antropologie en sociologie te benutten. Ze introduceren de lezer stapsgewijs in de sociale en culturele dimensies van gezondheid en ziekte. Lousaunau en Sobo hanteren bij deze verkenning een voor medisch-antropologen bekend uitgangspunt: ook de biomedische geneeskunde is een cultureel systeem en als zodanig niet los te zien van de maatschappelijke context. In de multiculturele Verenigde Staten, het referentiekader van het boek, staat de gezondheidszorg staat voor een dubbele taak: het inzetten van respect voor en kennis van culturele diversiteit in de zorg en het handhaven van een gevoel van eenheid in het licht van gedeeld lijden door de culturen heen.

In het eerste hoofdstuk behandelen de auteurs in vogelvlucht de meest relevante concepten, zoals cultuur, maatschappij, medico-en etnocentrisme, cultureel relativisme. Soms hinken zij daarbij op twee gedachten. Enerzijds is cultuur voor hen het totaal van gedeelde, aangeleerde kennis; anderzijds een abstractie en blauwdruk voor de analyse van de maatschappelijke context. Bij de behandeling van het cultureel relativisme stellen zij dat culturele elementen niet beter of slechter zijn, maar geven toch aan dat er grenzen zijn. Culturele veranderingen maken dat traditionele praktijken, zoals vrouwenbesnijdenis, niet heilig en onaantastbaar zijn. Overigens stellen de auteurs – zich baserend op een publicatie van Alice Walker – ten onrechte dat in Nederland voorgesteld zou zijn vrouwenbesnijdenis te legaliseren als zijnde een expressie van cultuur van

Somalische vrouwen. Een culturele analyse blijft essentieel, maar daarbinnen dient het cultureel relativisme een verbinding aan te gaan met mensenrechten, is de boodschap. In een zich transformerende wereld is geen plaats te zijn voor een rigide relativisme en vormen de mensenrechten, zo lijkt het, een cultuurvrije toetssteen.

Het tweede hoofdstuk heeft een meer sociologische invalshoek. Het behandelt de gevolgen voor de gezondheid van de sociale structuur. Kennis van culturele regels is naar de mening van de auteurs onvoldoende. Een beschouwing van de sociale structuur onthult waarom mensen handelen zoals ze handelen. In dit hoofdstuk komen gezin en familie aan de orde, met name de rol van de vrouw daarbinnen als hoeder van de gezondheid. De familie is echter ook een bron van lijden, zoals in het geval van geweld binnen relaties en kindermishandeling ('domestic violence'). Een tweede thema is etniciteit, in het bijzonder de relatie tussen minderheidsstatus en gezondheid. Andere thema's zijn armoede en sociale klasse, en gender. Zeker in het laatste geval is gelet op de gehanteerde tweedeling af te vragen of gender tot het domein van de sociale structuur of van de cultuur hoort. Wat betreft gender merken Loustaunau en Sobo op dat de gedachte dat de instroom van vrouwen in medische beroepen de biomedische geneeskunde meer sensitief en care-gericht zou maken, niet wordt bewaarheid. Vrouwelijke artsen internaliseren dezelfde waarden en gedrag als hun mannelijke collega's. Over welk facet van de sociale structuur het zwaarste weegt of hoe de facetten zich tot elkaar verhouden, doen de auteurs geen uitspraak.

Het derde hoofdstuk behandelt gezondheid in relatie tot de levensloop. Cultuur blijkt een centrale factor te zijn in het bepalen of mensen al dan niet hun gezondheids-potentieel gedurende hun levensloop bereiken. Ook in dit hoofdstuk is de scheidslijn cultuur/sociale structuur soms vaag en worden beide perspectieven gecombineerd in termen van socioculturele factoren. De paragrafen volgen de levensloop: zwangerschap en bevalling, kind-zijn, adolescentie, volwassenheid, ouderdom en sterven.

Dan volgt een hoofdstuk dat een overzicht biedt van de verschillende lichaamsbeelden, van verschillende typologieën of indelingen van de gezondheidszorg (Kleinman, Wardwell, Young), van de verschillende etiologische schema's (Foster, Forrest Clements, Young). Onderliggende boodschap is steevast, dat er meer onder de hemel is dan dat men als vanzelfsprekend en normaal ervaart. Loustaunau en Sobo maken ook hier geen keuzes, maar pleiten voor complementariteit, een pleidooi dat als een rode draad door het boek loopt. Complementair en alternatief zijn voor hen synoniemen. Ze wijzen erop dat het gezondheidszorgsysteem constant in beweging is. Zo zijn osteopaten in de loop van de tijd van alternatieve genezers een erkend deel van de biomedische sector geworden. Daarbij is het hulpzoekgedrag dynamisch. Mensen evalueren hun presentatie van klachten en ziektegedrag, en stellen dat bij. Mensen zijn multidimensionaal. Zolang de biomedische geneeskunde maar één dimensie aanspreekt, gaan zij op zoek naar aanvullende mogelijkheden om hun behoeften te vervullen. Zo zoekt één op de drie Amerikanen zijn heil in alternatieve geneeswijzen buiten het biomedisch circuit. Dit is niet altijd een vrije keuze. Voor een aanzienlijk deel van de Amerikaanse bevolking is de reguliere gezondheidszorg ontoegankelijk, want onbetaalbaar.

Het vijfde hoofdstuk *Biomedicine: history, culture and change* behandelt zowel de plaats van de biomedische geneeskunde binnen de cultuur, als de biomedische genees-

kunde als cultureel systeem. In dit, naar mijn smaak meest interessante hoofdstuk, beschrijven Loustaunau en Sobo op boeiende wijze het tot stand komen van de dominante positie van de biomedische geneeskunde in de Verenigde Staten. Opvallend daarbij is dat niet de effectiviteit van de zorg, maar de machtspositie van de biomedische professionals daarin doorslaggevend is geweest. Pas met de introductie van antibiotica rond de Tweede Wereldoorlog heeft de biomedische geneeskunde volgens Loustaunau en Sobo echt meer te bieden dan andere geneeswijzen.

De negentiende eeuw in de Verenigde Staten kenmerkte zich door medisch pluralisme, dat nog voortleeft in de huidige diversiteit van alternatieve gezondheidszorgsystemen. De machtsgreep van de medische professie kreeg pas met het Flexner Report in 1910 zijn beslag en wel door de regulering van de opleidingen. Als gevolg van het rapport werd een aantal medische scholen gesloten. Dat waren met name de scholen waar vooral vrouwen en etnische minderheden hun opleiding kregen. Daarmee ontstond niet alleen een biomedische hegemonie, maar ook een hegemonie van witte mannen in de medische professie

Voor Loustaunau en Sobo is de kern van de kritiek op de biomedische geneeskunde: "A subjective person, not an objective organism suffers" (p. 124). Daarom is uitbreiding of aanvulling van het biomedisch model is nodig. De vanuit de gezondheidszorg zelf ingezette ontwikkelingen, zoals het biopsychosociaal model en de 'holistic health'-school blijven daarin volgens de auteurs nog te veel voortbouwen op de basisconcepten van de biomedische geneeskunde.

In *Gathering and interpreting cultural information. The communication of meaning* geven Loustaunau en Sobo aan hoe een cultuursensitieve zorg te realiseren is. Naast aandacht voor tijd, tolken en verschillende aspecten van verbale en nonverbale communicatie, staan zij stil bij etnografische technieken, die hierbij inzetbaar zijn. Ze geven hiermee al vast een opmaat van de strekking van het laatste hoofdstuk. Ze verwijzen onder meer naar participerende observatie, naar het belang van contacten met de etnische gemeenschap en met sleutelinformanten daarbinnen, en het nut van ongestructureerde interviews. Deze insteek roept het beeld op dat cultuursensitiviteit vooral een zaak van methoden en technieken is. De houdingsaspecten blijven in dit hoofdstuk nogal onbelicht. Het belang van cultuursensitiviteit heeft volgens de auteurs effect op therapietrouw, tevredenheid en houding van de patiënt naar de medicus.

Het laatste hoofdstuk behandelt de integratie en toepassing van de inzichten. De ondertitel luidt: *A contemporary challenge*. De titel krijgt in het vervolg een dubbele uitleg. Een omvangrijke gevalstudie van de huidige pandemie AIDS/HIV, een van Sobo's specialismen, vormt het leeuwendeel van het hoofdstuk. Ze laten hierin een aantal van de behandelde onderwerpen in hun samenhang terugkeren. In de resterende paragrafen wordt met name ingegaan op de integratiemogelijkheden, een tweede uitdaging gelet op multiculturele context. De auteurs wijzen op drie wegen. Allereerst kan er sprake zijn van samenwerking, co-existentie en respect tussen geneeswijzen. Een tweede optie is het verbinden of uitbreiden van de biomedische aanpak met strategie gericht op community development gelet op de maatschappelijke ontstaansgrond van veel medische problemen. De derde optie is het ontwikkelen van een socio-culturele geneeskunde. Dan komt het hoge woord eruit. In de laatste twee bladzijden

van het boek omarmen Loustaunau en Sobo Hahn die een antropologische geneeskunde bepleit. "An anthropological perspective is a basic and essential component of good medical theory and practice", aldus Hahn. Kernprincipes zijn het belang van het luisteren, van het doorgronden van de socioculturele context en van het herkennen van intra-etnische variabiliteit. Een antropologisch perspectief binnen de geneeskunde zou het vereiste nieuwe paradigma kunnen vormen. Met deze statement eindigt het boek als het ware met een *cliffhanger*, want de vraag hoe dit praktisch te realiseren is, wordt niet beantwoord.

Loustaunau en Sobo verbinden de veranderingsnoodzaak van de biomedische geneeskunde aan de multiculturele context, die in de Verenigde Staten ontstaan is. "Biomedicine (...) must correspond to changing needs and expectations as a part of an expanding multicultural world." Ik ben van mening dat dit verband complexer is. Niet alleen is het multiculturele niet van recente datum, zoals de auteurs zelf aan geven. Maar ook is de multiculturele samenleving vooral het vergrootglas dat de structurele tekortkomingen van de biomedische geneeskunde extra duidelijk en pregnant maakt. Ook in een monoculturele context is verandering nodig. Zoals de auteurs aangeven dat medicalisering in het tijdsgewricht waarin het vorm gekregen heeft, ook een positieve uitwerking heeft gehad, zo is een vergelijkbare redenering bij de kritiek op de biomedische geneeskunde mogelijk. Het positieve en het negatieve, het baandoorbekende en het vervormende van de biomedische geneeskunde is tijd- en contextgebonden. Een tweede bezwaar is dat de analyse zich vooral op een abstract niveau afspeelt. Met name het vraagstuk van de organisatie van de zorg (algemeen of categoriaal), van de positie van 'allochtone' of 'zwarte' hulpverleners binnen de 'witte' gezondheidszorg en van de gezondheidszorg als maatschappelijke arena blijven onderbelicht. De strijd die moet worden aangegaan om een nieuw paradigma te vestigen in de gezondheidszorg, lijkt meer van buitenaf gevoerd te moeten worden dan van binnenuit. De gezondheidszorg blijft een monolithisch geheel. Een zicht op breukvlakken en conflicten, als ook op potentiële bondgenoten daarbinnen ontbreekt.

The cultural context of health, illness and medicine is bovenal een laagdrempelig leerboek voor een breed publiek binnen de gezondheidszorg. Dat komt niet alleen naar voren in de behandeling van een groot aantal thema's (overzicht) en het bieden van veel ingangen naar de literatuur (bronnen), maar ook in de opzet. Elk hoofdstuk start met een of meerdere expliciet geformuleerde doelen en eindigt met enkele discussievragen. Kernwoorden zijn vet gedrukt. Praktijkvoorbeelden zijn door de tekst verweven. Verwijzingen naar trainingen, relevante web-sites, interessante wetenschappelijke tijdschriften etcetera zijn in appendices opgenomen.

Het aanstippen van veel thema's biedt overzicht, maar maakt het boek ook vluchtig. In de tekst staan soms prachtige one-liners: "The multicultural person (...) is the person who has learned how to learn culture – rapidly and effectively", of "Diversity of our culture and approaches to problems testifies of human resilience and imagination". De vluchtigheid van het boek maakt ze soms tot 'sweeping statements'. Loustaunau en Sobo leunen in het boek zwaar op de teksten van de aangehaalde auteurs. Een eigen perspectief wordt niet ontwikkeld. Desalniettemin is het boek een goede introductie in de problematiek van de gezondheidszorg in een multiculturele context. Alhoewel de

Verenigde Staten het referentiepunt vormen, laat het zich gemakkelijk 'vertalen' naar de Nederlandse context.

Rob van Dijk

Juan E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega & Delores Parron (eds), *Culture and psychiatric diagnosis. A DSM-IV Perspective*. Washington: American Psychiatric Press, 1996. xxiii+360 pp. index, f 117,- (hard cover).

"The clinician who understands that he or she is a participant in, as well as an observer of, the drama of health and sickness will be better able to fashion new remedies for old problems.", aldus Leon Eisenberg in zijn voorwoord bij *Culture and psychiatric diagnosis*. Deze stellingname klinkt eenvoudig, maar is complex. Dit boek behandelt een element ervan, de diagnostiek. Het gaat om een paradox: het universeel gebruik van een cultuurgebonden, en volgens velen ook klassegebonden, classificatiesysteem. Het boek behandelt in wezen het kruispunt van twee basale stellingnames: 'de diagnose is een centraal concept in de psychiatrie' en 'elke diagnose is een culturele constructie'. De basis van dit boek werd gelegd in 1991 tijdens een conferentie over cultuur en psychiatrische diagnose. Deze werd gehouden in het kader van de voorbereiding van de vierde editie van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Een speciaal ingestelde omvangrijke werkgroep van deskundigen, de Culture and Diagnosis Group, deed vervolgens voorstellen aan de DSM-IV Task Force. Deze werden echter slechts ten dele overgenomen werden. De onvrede met deze gang van zaken ligt ten grondslag aan het verschijnen van dit boek.

Het doel dat de samenstellers voor ogen staat is de cultuursensitiviteit en validiteit van DSM-IV te vergroten. Ze erkennen daarmee dat DSM-IV als zodanig niet meer voorbij gegaan kan worden. Ze realiseren zich eveneens dat het niet haalbaar is een diagnostisch handboek samen te stellen dat de diversiteit van een multiculturele samenleving weerspiegelt. Het is anderzijds onmogelijk zich te onttrekken aan culturele invloeden. Een cultuurvrije beoordeling van psychiatrische stoornissen vanuit een 'God's eye point of view' is niet haalbaar. Zij eisen daarom een gelijkwaardige plaats op voor het sociale en culturele perspectief op ontstaan en behandeling van psychiatrische stoornissen. Het boek brengt daarom in beeld hoe culturele factoren de ervaring van psychopathologie beïnvloeden, de manifestatie, beoordeling en verloop van psychische stoornissen, en de reacties op de aangeboden behandeling. Daarbij gaat het niet alleen om het gebruik van de DSM-IV buiten de Verenigde Staten ("in exotic locations"), maar nadrukkelijk ook daarbinnen. Mezzich c.s. verwijzen naar het veelvuldig voorkomen van misdiagnosen bij etnische minderheden in de Verenigde Staten. Een niet onbelangrijk gegeven, gezien de verwachting dat in het midden van de komende eeuw, de huidige 'Kaukasische' meerderheid in de Verenigde Staten, een minderheid zal zijn geworden.

Het boek telt maar liefst 47 grotendeels korte hoofdstukken, geschreven door een keur van medici, psychiaters en antropologen. Op een enkeling na zijn allen afkomstig uit de Verenigde Staten en Canada. Onder hen bevinden zich naast de genoemden coryfeeën

als J. David Kinzie, Laurence Kirmayer, Roland Littlewood, Spero Manson en Joseph Westermeyer. Ze nemen, zoals Byron Good in de epiloog stelt, een betrokken en kritische positie in. "(S)cholars whose primary concern is not finding a biological marker for a specific subtype of anxiety but who link their concerns for scientific accuracy with a commitment to human rights" (p. 350). Wat hen verenigt is de stellingname dat psychopathologie een sociaal en cultureel verschijnsel is en het verzet tegen de hegemonie van de neurobiologie en tegen al te gemakkelijke aannames over de universaliteit van ziektebeelden.

De eerste sectie behandelt een aantal algemene onderwerpen. Naast opmerkingen over de culturele en historische grondslagen van de psychiatrische descriptie, volgen hoofdstukken met de visies op en kanteekeningen bij DSM-IV vanuit het perspectief van de grootste Amerikaanse minderheden. De daarop volgende secties behandelen clusters van stoornissen volgens een vast stramien. Na een inleidend hoofdstuk volgen meerdere commentaren van culturele en nosologische aard. Aan de orde komen: organische en psychotische stoornissen, aan middelen gebonden stoornissen, stemmings- en angststoornissen, somatoforme en dissociatieve stoornissen, eet- en seksuele stoornissen, aanpassings- en stressstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, 'childhood-onset' stoornissen en cultuurgebonden syndromen. De afsluitende sectie gaat in op het meer-assige beoordelingsstelsel.

Cultuur, zo wordt duidelijk in het deel over organische en psychotische stoornissen, is ook van belang bij universeel voorkomende stoornissen met een veronderstelde organische basis, zoals schizofrenie. Lin geeft in zijn bijdrage aan dat culturele factoren zowel in het ontstaan als in de symptomen een rol kunnen spelen. Zo komen de verschillende typen van schizofrenie komen niet gelijkmatig in alle culturen voor. Het katatone type komt bijvoorbeeld frequent voor in India en het hebefrene in Japan, maar zelden in West-Europa. Het is volgens hem aannemelijk dat genetische en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van schizofrenie ongelijk verdeeld zijn over de verschillende culturele en etnische groepen. Corin voegt daaraan toe dat niet alleen crossculturele variaties zichtbaar zijn in het voorkomen en de presentatie van de stoornis, maar ook variaties die samenhangen met de persoon van de diagnosticus. Uit onderzoek is op te maken dat klinici meer geneigd zijn bepaalde diagnoses aan specifieke groepen toe te schrijven. Dat zou bijvoorbeeld gelden voor paranoïde schizofrenie en Afro-Amerikanen. Overigens is ook in Nederland vastgesteld dat schizofrenie vaker gediagnostiseerd wordt bij bepaalde groepen etnische minderheden, waaronder Surinaamse en Antilliaanse migranten. Ten slotte wijst zij op de culturele relativiteit van de diagnose schizofrenie. Immers, aan de diagnose zelf liggen culturele noties ten grondslag onder meer ten aanzien van de relatie en grenzen tussen zelf en anderen.

Door het boek heen klinkt een krachtig pleidooi voor het betrekken van cultuur en maatschappelijke context in de diagnostiek. Een psychiatrische diagnose is immers een interpretatie van een interpretatie; het psychisch lijden niet los te zien van de maatschappelijke context. Cultuur is in dit verband niet zozeer het geheel van gedeelde waarden, normen en visies op lichaam, zelf en ziekte. Uitgangspunt is, in de woorden van Arthur Kleinman, "the notion that culture is constituted by, and in turn constitutes,

local worlds of everyday experience" (p. 16). Ten overvloede stelt hij dat cultuur niet zetelt in de geest van geïsoleerde individuen, maar in onderlinge verbondenheid van groepen individuen: familie, netwerken, samenlevingen.

Om de aandacht van hulpverleners te scherpen wat betreft de culturele dimensie van psychopathologie en diagnostiek, is door de Culture and Diagnosis Group de DMS-IV Cultural Formulation Outline opgesteld. In tegenstelling tot DSM-IV is het geen gestandaardiseerde, schaalmatige typering, maar een op het individu toegespitste, idiografische beschrijving. Onderdelen ervan zijn onder meer: de culturele identiteit van de patiënt, culturele ziekteverklaringen, culturele factoren gerelateerd aan de psychosociale omgeving en niveaus van functioneren, culturele elementen van de relatie tussen patiënt en clinicus. Deze Cultural Formulation of Diagnosis komt overigens niet in plaats van een DSM-IV diagnose. De discussie over deze benaderingswijze is inmiddels voortgezet in een artikelenreeks in *Culture, Medicine and Psychiatry*.

Culture and psychiatric diagnosis is een imposant boek. Het bundelt in een kort bestek de belangrijkste klinische en wetenschappelijke bevindingen op dit terrein. Het is een stevig onderbouwd antwoord op de tendens psychiatrische stoornissen vooral vanuit een biomedisch of bioneurologisch perspectief te benaderen. Voor wie zich wil verdiepen in de cultuuraspecten van de huidige psychiatrische diagnostiek biedt het talloze ingangen voor verdere studie. Opvallend is daarbij wel, zeker in het licht van de psychische problematiek van Vietnamveteranen, dat aandacht voor de posttraumatische stressstoornis minimaal is. Daarnaast slaagt het boek erin de klinisch-gebaseerde diagnostiek, waar de DSM zich sterk op oriënteert, kritisch te bezien in het licht van de dagelijkse leefomstandigheden van een cultureel en maatschappelijk diverse bevolking. Het is een antwoord op de gesignaleerde "reluctance to incorporate knowledge generated at the social margins" (p. 350). De sterke oriëntatie op de Verenigde Staten en soms wat oppervlakkige bijdragen doen weinig af aan de waarde van het boek. Het vraagt als het ware om een Europese tegenhanger. Kortom, een standaardwerk voor iedere belangstellende in de psychiatrische diagnostiek.

Rob van Dijk

C. Milders, P. Schnabel, A. Bouhuys & J. Bleeker (red.), *De Januskop van de psychiatrie. Waarden en wetenschap*. Assen: Van Gorcum, 1996. 159 pp. f 35,-.

De titel van deze afscheidsbundel voor Jan Pols doet denken aan de aloude controverse binnen de psychiatrie: de biologische versus de sociale en psychologische benaderingen. Die gedachte klopt ook wel. Men vindt bijdragen over beide kanten in de bundel. Maar waar de redactie vooral naar heeft gestreefd, is te laten zien hoe een wetenschap als psychiatrie (is het wel een wetenschap?) gebonden is aan waarden.

De bundel bevat veertien bijdragen van zeer verschillende inhoud en kwaliteit. De lezer krijgt als het ware een dwarsdoorsnede te zien van de psychiatrie. Bijna alle facetten worden belicht: de sociale en psychologische benadering, de diagnostiek, interpersoonlijke processen, de instellingspsychiatrie, de ouderenpsychiatrie, de gezondheidsinspectie, cultuur in de psychiatrie, juridische aspecten en bemoeizorg. Werkelijk een

Januskop, maar met nog meer gezichten dan het oude beeld in de tempel in Rome, zoals Schnabel in het laatste stuk van de bundel ons ook wil laten zien.

Dat de psychiatrie sociaal en cultureel gebonden is, mag langzamerhand als bekend worden verondersteld. Wat de consequenties van het aanvaarden van dit gegeven kunnen zijn, is misschien minder bekend. En misschien minder gewild hier en daar. In het tweede hoofdstuk gaat Miller op deze kwestie in. Volgens hem moet de psychiatrie maar accepteren dat het zo is en zijn de werkelijke vernieuwingen binnen de discipline niet vanuit de biologische psychiatrie gekomen, maar vanuit de benaderingen die aansluiten bij de leefwereld van de patiënten. Zijn persoonlijk pleidooi komt erop neer dat het vaststellen wat er met iemand aan de hand is en wat dit betekent in de dialoog moet gebeuren. Het verhaal mag niet ontdaan worden van waarden.

In de bijdrage van Van Tilburg kan de lezer ook iets dergelijks lezen. Daarin gaat het om de diagnostiek als dialoog. De volgende bijdrage, van Pols zelf, is een pleidooi voor reflectie op de kennis van verpleegkundigen over de dagelijkse praktijk in de psychiatrie. Van den Bosch gaat in op de twee zielen van de psychiatrie: hard en zacht. Hij stelt de vraag of de psychiatrie de meer humanistische cultuur binnen het vakgebied moet opschuiven ten gunste van de toegepaste neurowetenschappen. Hij komt tot de conclusie dat de waarheid van de wetenschappen niet die van de therapeut is, maar dat men moet blijven streven naar integratie. Dat is niets nieuws. Van den Bosch houdt ons een oude waarheid voor. Van den Hoofdakker behandelt de biologische psychiatrie. De auteur vindt 'biologische psychiatrie' maar een vreselijke term. Hij laat zien dat het in de neurowetenschap (die term verdient de voorkeur) ook gaat om psychologie, zorg en de persoon.

De biologische psychiatrie is ook het onderwerp van de bijdrage van Bouhuys. Deze gaat in op het werk van gedragsbiologen en de sociobiologie. Hij illustreert zijn betoog over biologische benaderingen van gedrag met het nonverbaal gedrag in de therapeutische interactie, met name in gevallen van depressie. De vraag wat de directe oorzaken van het nonverbaal gedrag zijn en hoe zulk gedrag zich heeft kunnen ontwikkelen, staan bij hem centraal. Bouhuys vindt de context waarin gedrag tot stand komt, van groot belang.

Bijker plaatst de psychiater in het krachtenveld van de instelling geplaatst. De auteur laat zien hoe externe zorgarena's in flinke mate de interne zorgarena's bepalen. Ook binnen de instellingen vindt er een spel van geven en nemen plaats. De psychiater heeft in dit spel een relatief autonome positie als het gaat om behandelen, maar een relatief machteloze positie als het om managementzaken gaat. Volgens Bijker is het noodzakelijk deze machteloosheid te doorbreken.

Van Veldhuizen, regionaal inspecteur van de gezondheidszorg, geeft een profiel-schets van de toekomstige psychiater. Hij heeft nogal wat punten op zijn programma: meer medisch specialist, meer breedtespecialist, beter getraind in kortere therapieën en gespreksvoering, mobiel superspecialist, een maatschappelijke rol, beter getraind als organisatiegenoot, meer deskundig in kwaliteitssystemen en voortdurende na- en bijscholing. Daarnaast moeten psychiaters ook ruim contact met de patiënten hebben. Een erg ambitieus programma, lijkt me.

Bleeker schrijft over de sociale psychiatrie voor ouderen. Ouderen hebben in de psychiatrie tot voor kort weinig aandacht gehad. Bleeker pleit ervoor dat de psychiatrie

een bijdrage dient te leveren voor consulten en consultatie in instellingen waar ouderen verblijven. De psychiatrie moet specifiek gericht zijn op de ouderen en niet dezelfde vorm hebben als voor andere leeftijdsgroepen.

Giel laat de invloed van cultuur op psychiatrische aandoeningen zien in zijn bijdrage. Hij gebruikt daarbij een casus, de geschiedenis van cultuur en geestesziekte en Expressed Emotion. Wat zijn stuk aardig maakt, is dat hij ingaat op schizofrenie; een aandoening waarvan men soms wel aanneemt dat die nauwelijks door cultuur wordt beïnvloed.

De juridisering van de psychiatrie is het onderwerp van Legemaate's bijdrage. Er zijn nogal wat juridische regels bijgekomen de laatste jaren, die gevolgen hebben voor het therapeutisch handelen van hulpverleners. Legemaate gaat in op vrijwillige en gedwongen opname in een psychiatrische kliniek; op het probleem van wilsonbekwame patiënten; op hulp bij zelfdoding. Hij komt tot de conclusie dat voor een goede uitvoering van alle regels intensieve samenwerking tussen recht en psychiatrie nodig is.

In de volgende bijdrage bediscussieert Kortmann de bemoeizorg. Hoe ver mag een psychiater gaan met zijn bemoeienissen? Hij schetst een dilemma: zijn mensen erbij gebaat als een hulpverlener ongevraagd op hen afstapt, omdat hij denkt dat ze hulp nodig hebben, of is het beter ze met rust te laten? De toenemende inkadering door juridische regelgeving maakt deze kwestie nog ingewikkelder. Natuurlijk kan Kortmann hier geen oplossing voor geven, maar hij is wel van mening dat de psychiater de plicht heeft om over het goede voor een patiënt na te denken.

De laatste bijdrage is van Schnabel. De Januskop van de psychiatrie blijkt een jong en een oud gezicht te hebben, die zichzelf en elkaar tegenwoordig in de spiegel kunnen waarnemen. De psychiatrie heeft volgens de auteur vier gezichten. Wat erbij is gekomen is de vermaatschappelijkte wetenschap en de nieuwe verwetenschappelijkte praktijk.

Het boek biedt voor degenen die enigszins bekend zijn met de psychiatrische literatuur en discussies heel wat bekende geluiden. Als hulpverlening heeft de psychiatrie in ons soort samenlevingen natuurlijk al lang een belangrijke plaats. Als wetenschap is de psychiatrie nog maar nauwelijks erin geslaagd door het grote publiek serieus genomen te worden. Of het boek hieraan een bijdrage levert is nog maar de vraag. Qua inhoud en kracht blijft het een heel stuk onder het niveau van het werk van Jan Pols aan wie het is opgedragen.

Els van Dongen

Klaus E. Müller, *Schamanismus. Heiler, Geister, Rituale*. München: C.H. Beck, 1997. 128 pp. DM 14,80.

Er is moed voor nodig om in een beperkt aantal pagina's een overzicht te willen geven van een onderwerp, waarover al duizenden publicaties in vele talen verschenen zijn. Daar komt nog bij dat sinds de jaren vijftig de termen sjamaan en sjamanisme verbonden worden met een toenemend aantal verschijnselen en culturen en van een regionaal Noord-Aziatisch en Noord-Amerikaans fenomeen gepromoveerd is tot een globaal verschijnsel waaraan ook Sinterklaas, de Kerstman en de avantgarde kunstenaar deel hebben.

Klaus Müller construeert een ideaaltype van het sjamanisme. Hij behandelt hoofdstuksgewijs de verbreiding, de typologie, de terminologie, de kosmologie, de roeping, de initiatie, het kostuum, de rekvisieten, de seance, het alledaagse leven, de persoonlijkheid en de dood van de sjamaan. Sjamanisme is voor hem een wereldwijd fenomeen. Het is een uiting van de zijns- en natuuropvattingen van de jagende mens, een sociaal-cultureel verschijnsel dat kenmerkend is voor jagers- en verzamelaarsmaatschappijen. Het kwam zijns inziens al voor in het paleolithicum en is tot zeer recent blijven bestaan in een aantal afgelegen gebieden in Azië, Australië en Amerika. Hij constateert dat het sjamanisme niet voorkwam in Afrika of in Oceanië, maar hij gaat niet in op de redenen waarom dat zo zou zijn.

Müller onderscheidt drie vormen van sjamanisme die elk horen bij het ontwikkelingsstadium van de maatschappij en die tot op zekere hoogte elkaars opvolgers zijn. Hij spreekt over het elementaire, het complexe en het bezetenheidssjamanisme. Het elementaire sjamanisme, de oudste en meest pure vorm, plaatst hij in de prehistorie en bij 'randgroepen' als de Eskimo's, de Chukchi, de Samoëden, de Vuurlanders, de Aboriginals en de bewoners van de Andamanen. Een elementaire sjamaan draagt zorg voor de contacten tussen de geesten en de mens. Een taak die hij kan vervullen door zijn speciale band met de geesten. Hij is door hen uitverkoren. Zijn beheersing van de extase stelt hem in staat om naar de wereld van de geesten te reizen en met hen te communiceren. De sjamaan zorgt voor het lichamelijk en geestelijk welzijn van de leden van de clan, voor de geboorte van nieuwe groepsleden, het begeleiden van de geesten van de gestorvenen naar de onderwereld en het verzekeren dat het wild, de voedselbron, niet uitgeput raakt. Hij ontvangt zijn roeping van de moedergeest van de dieren. Zijn rituelen en magische handelingen zijn karig in uitvoering. Hij gebruikt geen of nauwelijks verdovende middelen om de extase te bereiken, heeft geen aparte kleding of specifieke voorwerpen en speelt geen leidende politieke of militaire rol.

Het complexe sjamanisme komt voor bij de Mongolen, Tungusen en de Siberische Turken, volken die onder invloed gestaan hebben van landbouwende 'archaïsche hoogculturen', maar voor wie de jacht nog een belangrijke rol speelt. Bij de complexe sjamaan zijn de kenmerken van de elementaire sjamaan uitgebreid met trekken die wijzen op een beginnende sedentaire levenswijze. Vooroudergeesten en de persoonlijke beschermgeest van de sjamaan spelen een belangrijke rol. Er zijn specifieke technieken. Er is sprake van theater, dans, ritme en beweging. Er zijn aparte plekken voor het ritueel. Er is een eigen kleding en allerlei paraferalia. Verdovende middelen spelen een rol in het opwekken van de extase en het offer is een vast onderdeel van de seance. De kosmologie is ingewikkeld en het beroep van de sjamaan kan erfelijk zijn.

Het bezetenheidssjamanisme komt voor in boerensamenlevingen in onder meer Zuid-Oost Azië, Tibet, Taiwan, Korea, Japan, Nepal, Tadzjikistan en Oezbekistan. De bezeten sjamaan in deze 'hoogculturele-syncretistische maatschappijen' is vaak een vrouw. Er zijn tempels. Het is meestal een erfelijk beroep en men gaat niet meer in extase op reis naar de andere wereld.

Het boek eindigt met een kort overzicht van de theorievorming binnen de antropologie en de godsdienstwetenschap over het sjamanisme en een nawoord over de huidige situatie met als toekomstvoorspelling de marginalisering van de sjamaan in de charlatanerie van de New Age.

Wereldwijd en door alle tijden heen en dat alles in 128 pagina's, zonder afbeeldingen, kaarten of noten, maar wel met een register en een summiere literatuurlijst. Het is een van de vele algemene werken waarin een antropoloog zijn licht laat schijnen over een thema dat in de publieke belangstelling staat. Bronislaw Malinowski, Margret Mead, Raymond Firth, Desmond Morris gingen Klaus Müller hierin voor en ontegenzeggelijk hebben hun populaire publicaties een grote invloed gehad op wat mensen denken over andere culturen en de ontwikkeling van de samenleving. Het zijn volgens een vast stramien geschreven boeken. Een allesomvattend schema wordt toegelicht aan de hand van een groot aantal verwijzingen naar diverse culturen en tijdsperiodes, culminerend in een rooskleurige of in zijn onvermijdelijkheid tragische toekomstverwachting. Er wordt veel versimpeld en veel weggelaten om het grote beeld beter te kunnen schetsen. Noodzakelijkerwijs is de schrijver afhankelijk van de publicaties en de gegevens van anderen waarvan de betrouwbaarheid en de betekenis niet altijd even duidelijk zijn. Bij de keuze uit de voorbeelden die de schrijver zou kunnen aanhalen, is de vervoering van het grote schema een groot gevaar. Antropologen door de tijd heen hebben de neiging om zich te affichereren als duiders van de evolutie van de menselijke samenleving, waarin het verschijnsel dat zij beschrijven, productiemethoden, de rechten van de vrouw, de sleutel vormen en dientengevolge de richting aangeven waarin een maatschappij zich zou moeten ontwikkelen. Het is een constante die ervoor zorgt dat de populaire werken van antropologen net als vele ontwikkelingsprojecten in opvattingen, woordgebruik en presentatie zo sterk lijken op hun eindnegentiende-eeuwse voorgangers.

Veel van Müllers talloze verwijzingen in de trant van dit komt zo voor in Zuid-Oost Azië of bij de centrale Tungusen, zijn aantoonbaar foutief. Feitenmateriaal dat zijn schema zou kunnen tegenspreken, laat hij weg en bij aanhalingen uit andere wetenschapsgebieden heeft hij de neiging zich tot verouderde theorieën te beperken. Met name de verwijzingen naar de archeologie, de prehistorie en de historische taalwetenschap getuigen van een grote naïviteit.

Het is nog tot daaraan toe dat Müller niet vermeldt dat zijn schema in grote trekken ontleend is aan de vooroorlogse werken van Shirokogorov en Anisimov, die nog zo verstandig waren om hun theorieën te beperken tot het noorden van Azië dat zij goed kenden. Het is opvallend dat Müller geen aandacht besteedt aan de sjamaan als verhalenverteller, noch ingaat op de muziek en de teksten die bij de seances gebruikt worden of, om nog maar wat te noemen, het belang van het vuur in de kosmologie.

Men kan gereede twijfels hebben over de verklarende waarde van 'simpel naar ingewikkeld' schema's en wereldwijde vergelijkingen. De classificatie van Eskimo's of Pygmeeën als simpele maatschappijen is ahistorisch en ontkent hun culturele rijkdom. Het idee dat de 'primitieve' mens leeft in een voortdurende angst voor de grillen van de natuur en daarom geesten wilt bezweren is te simpel. Het is veeleer een uiting van de angst voor een onbekende omgeving die de stedeling aangrijpt als hij het bos ingaat, dan een correcte beschrijving van de geestestoestand van de bewoners van dat bos. Het verraadt ook een onderschatting van irrationaliteit van de westerse maatschappij, waarin wichelroeden, aardstralen en klopgeesten al eeuwenlang een grote populariteit genieten.

Het is ondoenlijk om in deze recensie Müller uitgebreid te corrigeren. Ik zal het houden bij een paar voorbeelden. Als we naar Zuidoost-Azië kijken, hetgeen een voorbeeld van bezetenheidssjamanisme zou moeten zijn, dan zijn er allerlei kenmerken die in Müllers schema bij het elementaire sjamanisme horen. Karigheid van ritueel komt voor bij de Kayah, in extase reizen naar de andere wereld bij de Hmong. Kijken we naar een ander kenmerk, het ontbreken van een politiek of militair leidende rol van de elementaire sjamaan, dan zien wij dat bij de Tungusen en de Samoeden dit in tegenstelling tot wat Müller beweert wel voorkomt. De sjamaan kan een leidende rol spelen bij zowel migratie als militaire confrontatie. Het zien van de hulpgeest van de sjamaan als exclusief bezit van de clan wordt weer tegengesproken door de goed gedocumenteerde voorbeelden van sjamanen die een hulpgeest hebben die afkomstig is van een ander volk en vaak ook in extase de taal van dat volk spreken. Een Jakut sjamaan met een Tungusische hulpgeest, een Tungusische sjamaan met een Korjak sprekende hulpgeest enzovoorts.

Wat Müller schrijft over de prehistorie is speculatie, hij noemt de tekening van de 'vogelziel' in Lascaux, verwijst indirect naar de Trois Frères afbeelding van de diergemaskerde danser en interpreteert de bekende, maar relatief zeldzame voluptueuze venussen als 'diermoeders'. Het is een merkwaardig soort omkering van de theorieën van Breuil, de vader van de moderne prehistorie, die voor zijn interpretaties van de toen pas ontdekte rotstekeningen zijn toevlucht zocht in de beschrijvingen van het Siberische sjamanisme, van wat men toen nog beschouwde als in de steentijd levende volken. Venussen als diermoeder horen thuis bij de door Müller zo verworpen ideeën van het oorspronkelijke matriarchaat. Het is mij een raadsel waarom hij een vaker gelegde vergelijking tussen het belang van het ongeschonden geraamte in jagerculturen en de zogenaamde prehistorische x-ray stijl niet vermeldt. Dit zou een overtuigender argument kunnen vormen voor een zekere historische continuïteit van de 'zijns- en natuuropvatting' van de jagende volken. In plaats van duizenden jaren terug te gaan had Müller zich beter kunnen beraden op de recentere geschiedenis, op de prominente rol van ijzer als materiaal voor sjamanistische paraferalia of het voorkomen van Sinterklaas, Lenin en de Franse communards in de Siberische geestenwereld. In plaats van te zoeken naar een unieke origine had Müller beter kunnen uitgaan van het idee dat elke cultuur een hybride is. Zo wordt tijdsgebondenheid weerspiegeld in de beschrijvingen van de trommel van de sjamaan. Het zijn niet zoals Müller het beschouwt kosmologische afbeeldingen, maar kaarten van de reële wereld gezien door de ogen van de sjamaan waarin, nogal logisch als je gelooft in geesten, deze afgebeeld zijn naast concrete rivieren, dieren of mensen. Zo publiceerde Scheffer in 1682 al een tekening van een 'Lapse Tovertrommel' met 150 afbeeldingen waarop naast de zon, de maan, een reeks geesten, een aantal rivieren ook de Hollanders, de Hanzesteden, de Finnen en de Zweden afgebeeld zijn.

Toch is *Schamanismus* geen door en door slecht boek. Het is wel slordig in uitwerking, maar met enige correcties geeft het een redelijk beeld van het sjamanisme bij de Tungusen. Het is zeker een verdienste dat hij wijst op het belang van het theatrale aspect tijdens seances. Zo gauw hij echter uitstapjes maakt naar de andere Siberische culturen of naar andere delen van de wereld, is het beter om zijn opmerkingen te negeren. Zijn aanval op de psychologische verklaringen, de sjamaan leidend aan de arctische histerie

of als epilepticus, zijn terecht. Dat geldt ook voor zijn aanval op de Sovjet antropologen en de Sovjet pogroms tegen sjamanen, hoewel het in 1997 ietwat gratuit aandoet. Zijn aanval op Eliade is unfair, omdat hij hem alleen maar kwalificeert als onwetenschappelijk en niet ingaat op wat deze schrijft. De gelijkenis tussen hen beiden, hun opvatting van het sjamanisme als een wereldwijd fenomeen en de even slordige omgang met het bronnenmateriaal, zal daar wel debet aan zijn.

Het is jammer dat Müller in zijn literatuurlijst niet de publicaties noemt van mensen die een wezenlijke bijdrage geleverd hebben aan de kennis van het sjamanisme, met name Shirokogorov, Dioszegi, Delaby, Lot-Falck, Okladnikov, Jochelson, Bogoraz, Manker en Vasilevic. Hun werken zijn in de gangbare westerse talen verkrijgbaar en ik kan de lezer alleen maar aanraden om als zij zich willen verdiepen in het sjamanisme eerst deze werken te raadplegen.

Fred Gales

Tom Nieuwenhuis, *Vroedmeesters, vroedvrouwen en verloskunde in Amsterdam 1746-1805*. Amsterdam: Uitgeverij Het Spinhuis, 1995. 111 pp. f35,-.

De ontwikkeling van de verloskunde verliep in ons land anders dan in Frankrijk en Engeland. Nieuwenhuis belicht specifiek het wel en wee van de vroedmeesters in Amsterdam in de tweede helft van de achttiende eeuw. In die periode vond 'medicalisering' plaats. Daarvoor werden vroedmeesters alleen ingeschakeld in uiterste nood, vaak om een dood kind 'af te halen'. Sindsdien stonden ze vaker aan het kraambed tijdens 'normale' bevallingen. Een en ander ging samen met een toenemend gebruik van technologie, met name tangen en hefbomen, waarmee zeer geheimzinnig werd omgesprongen en die veel geld kostten. Zo werd verloskunde aantrekkelijk voor zowel 'doctores' als chirurgijns, hetgeen leidde tot de nodige conflicten tussen deze beroepsgroepen. De *medicinae doctores* hadden een universitaire opleiding en hielden zich bezig met inwendige ziekten. Ze bedienden vooral de bemiddelden en hadden een hogere status dan de chirurgijns of heelmeesters. Deze werden beschouwd als ambachtslieden die hun vak, 'het edele handwerk', vooral al doende leerden en zich aan uitwendige ziekten wijdde. In de praktijk bleken de grenzen niet zo duidelijk te liggen.

Doctores oefenden een vrij beroep uit; de chirurgijns maakten deel uit van een gilde. In Amsterdam stelde het stadsbestuur in 1638 een Collegium Medicum in dat, net als in andere steden, direct toezicht uitoefende op de doctores, de apothekers en de vroedvrouwen. Het Collegium beschouwde zich verantwoordelijk voor de hele medische sector, ook voor zaken op heelkundig gebied en de verloskunde. Dat leidde tot botsingen met het chirurgijns-gilde dat de heelkunde als haar exclusief domein opeiste.

Doctores en meesterchirurgijns stortten zich zonder kwalificatie op de verloskunde. De gruwelijke dood van een kraamvrouw door de tomeloze snijlust van een chirurgijn in 1745 leidde ertoe dat er in het daarop volgende jaar paal en perk gesteld werd aan de wildgroei in de verloskunde. Voortaan mochten alleen degenen die een speciaal examen hadden afgelegd, barenden vrouwen bijstaan. Het chirurgijns-gilde protesteerde heftig, maar moest uiteindelijk bakzeil halen. Ondanks de toenemende vraag naar hun

diensten nam in de volgende jaren het aantal vroedmeesters af. Hoewel dat alles voor de vroedvrouwen uiteraard van het grootste belang was, schijnen deze bij de conflicten geen actieve rol te hebben gespeeld. Kortom, in tegenstelling tot Londen en Parijs kwamen hospitalisering van de bevalling en klinisch onderricht in de verloskunde in Amsterdam nauwelijks op gang. Nieuwenhuis stelt dat de professionalisering van de Amsterdamse chirurgijns werd vertraagd, omdat ze zich pas laat losmaakten van het gilde. In 1797 tijdens de Bataafse Republiek werd begonnen met ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg. Het chirurgijns-gilde werd toen als eerste afgeschaft.

Nieuwenhuis heeft een grote hoeveelheid materiaal verzameld over een boeiend onderwerp waarover relatief weinig is geschreven. Daarvoor alle lof. Hij gaat zuiver beschrijvend te werk. Ik ben van mening dat hij zijn data meer had kunnen uitbuiten. Een meer sociologische analyse van de machts- en statusverschillen tussen doctores en vroedmeesters, en van de facties binnen deze groepen, gecombineerd met het distinctiegedrag van de doctores, zou de vele historische feiten meer toegankelijk hebben gemaakt.

Tijdens het lezen had ik soms moeite de draad van het betoog vast te houden. Nieuwenhuis beschrijft specifiek Amsterdam, maar doet toch ook heel vaak uitspraken over Nederland, dan wel de Republiek. Ik vroeg me dan ook steeds af of de verloskunde in Amsterdam tijdens de Republiek nu wel of niet verschilde van die in de andere Hollandse steden, en zo ja, om welk opzicht. Was de rol van het gilde in de hoofdstad anders? De stelling dat het chirurgijns-gilde de professionalisering van de vroedmeesters belemmerde, had mogelijk meer reliëf gekregen door een vergelijking met de periode na de opheffing van het gilde.

In zijn beschrijving van de toenemende instrumentalisering in de achttiende eeuw baseert Nieuwenhuis zich op Van Lieburg (1978) en Van der Zwaag (1970), schrijvers van de medische geschiedenis. Hij voegt daaraan toe dat 'ook' de befaamde Camper, hoogleraar heel- en ontleedkunde en stadsvroedmeester te Amsterdam van 1755-1761, wees op een toename van instrumenteel ingrijpen in zijn tijd. Maar Camper is een van de belangrijkste bronnen waarop Van Lieberg zich baseert. Van der Zwaag ontbreekt overigens in de index.

De conclusie dat de ontwikkelingen in de tweede helft van de achttiende eeuw hebben bijgedragen tot de huidige verloskundige situatie (een hoog percentage thuisbevallingen en professionalisering van de vroedvrouwen) komt als een 'afterthought', omdat deze kwestie eerder in de tekst nergens aan de orde komt.

Ondanks deze kanttekeningen is dit mooi uitgegeven boek een aanrader. Ik hoop dat Nieuwenhuis zich nog verder op dit terrein zal begeven, want vragen zijn er genoeg. Ten slotte, de auteur heeft een enorme hoeveelheid beeldmateriaal doorgenomen, waaruit een groot aantal illustraties is geselecteerd. Wat zou het boeiend zijn, als onderzoekers al deze tekeningen en gravures niet alleen als illustraties zou gebruiken, maar ook als volwaardig bronnenmateriaal.

Eva Abraham

Hanne Overgaard Mogensen, *AIDS is a kind of Kahungo that kills. The challenge of using local narratives when exploring AIDS among the Tonga of Southern Zambia*. Kopenhagen: Scandinavian University Press, 1995. 135 pp. \$ 34.00.

Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan dit boek, maakte deel uit van een interdisciplinaire studie op het gebied van AIDS-voorlichting. Hanne Mogensen deed in 1993 tien maanden veldwerk bij de Tonga in drie rurale gebieden in Zambia. Ze was geïnteresseerd in wat mensen dachten en vertelden over AIDS, dat ze vooral kenden uit voorlichting en niet uit persoonlijke ervaring.

Mogensen ontdekte dat mensen vaak een relatie legden tussen AIDS en de traditionele ziekte *kahungo*. Ze kon aanvankelijk geen duidelijke lijn ontdekken in de redenen dit verband. Ze stuitte zowel op verschillen als overeenkomsten wat betreft oorsprong, oorzaak, overdracht en symptomen. Al naar gelang de situatie en gesprekspartner vertelden mensen verschillende dingen. Mogensen benadrukt dat die verschillen niet betekenen dat mensen geen verbanden leggen tussen etiologie, symptomen en behandeling, maar dat ze redeneren op verschillende oorzakelijke niveaus. Ze legt uit dat mensen niet denken in categorieën als ze over ziekte praten, maar verhalen (*narratives*) vertellen en beleven, die ingebed zijn in de maatschappij en de cultuur. Die verhalen overstijgen persoonlijke ervaringen. Zij structureren die ervaringen en worden erdoor gestructureerd.

Na verloop van tijd concludeerde Mogensen dat mensen betekenis geven aan zowel AIDS als *kahungo* door dezelfde vertelstructuur (*narrative structure*), waarin verontreiniging een centraal begrip is. De basis van dit verhaal is dat iemand *kahungo* krijgt na contact met de geest van een foetus door op diens graf te gaan staan of na contact met een vrouw die een miskraam heeft gehad en niet ritueel gereinigd is. Het bloed van die persoon raakt dan verontreinigd en de symptomen die daarop wijzen, zijn bijvoorbeeld zweren en diarree. *Kahungo* is echter veranderd, zeggen mensen. Volgens sommigen was het vroeger niet besmettelijk, maar is het nu seksueel overdraagbaar. Sommigen zien *kahungo* als het begin van AIDS. *Kahungo* was wel te genezen door aan bepaalde rituele verplichtingen te voldoen, zodat de orde weer hersteld werd. Bij AIDS is dat niet mogelijk. Er zijn allerlei verhalen, die voortdurend veranderen.

Voor de Tonga wordt de moderne wereld gekarakteriseerd door beweging, door vermenging en gebrek aan respect voor sociale en culturele verplichtingen, kortom door wanorde. De grenzen van sociale categorieën die normaliter de orde in de samenleving waarborgen, worden door met name geld en reizen overschreden. Dat is uit veel verhalen van mensen over AIDS en *kahungo* op te maken. Door wat zij over die ziektes vertellen, wordt duidelijk welke waarden in hun samenleving belangrijk zijn.

Door de relatie tussen AIDS en *kahungo* tot onderwerp van studie te maken, kwam Mogensen erachter hoe belangrijk het is te onderscheiden 'how AIDS comes' en 'why it comes'. Tonga weten wel hoe AIDS wordt verspreid, maar het gaat erom waarom sommige mensen het wel krijgen en anderen niet, en waarom AIDS bestaat.

Om erachter te komen waarom juist dit verhaal over AIDS bij de Tonga dominant is en wat het over hen, AIDS en AIDS-voorlichting zegt, vergelijkt Mogensen hun verhaal met een ander bekend verhaal over AIDS, dat te vinden is in Paul Farmers *AIDS and*

accusation (1992). Hij laat zien dat op Haïti mensen AIDS veelal toeschrijven aan hekserij. Zowel Farmer als Mogensen benadrukken dat persoonlijke ziektebetekenissen te maken hebben met politieke en sociale systemen. Mensen construeren verhalen om AIDS te begrijpen, gebaseerd op hun ervaringen met de ziekte en de wereld om hen heen.

De Tonga, althans zij die deel uitmaakten van Mogensens onderzoek, lijken de wereld niet primair te zien als een wereld van conflicten, ongelijkheid, armoede, haat en vernedering, zoals de Haïtianen in Farmers boek. Voor hen is AIDS een gevolg van het overschrijden van grenzen die volgens de traditie niet overschreden mogen worden. Het is de samenleving als geheel die debet is aan de opkomst van AIDS, niet specifieke individuen. Daarom, zo zegt Mogensen, is er geen sprake van stigmatisering van zondebokken of risicogroepen, zoals elders vaak het geval is.

In de voorlaatste paragraaf en de conclusie van haar boek gaat de auteur in op de mogelijke implicaties voor AIDS-voorlichting. Zij pleit ervoor om lokale verhalen te zien als alternatief voor het dominante biomedische verhaal en dus als basis voor voorlichting in plaats van als culturele obstakels. In het geval van de Tonga zou dat, gezien het bovenstaande, de moeite waard zijn, omdat dan termen van schuld vermeden kunnen worden.

Voorlichting cultuurspecifiek maken kan het best gebeuren door mensen hun eigen verhalen te laten vertellen, bijvoorbeeld in de vorm van theater. Elders, in een artikel op basis van haar onderzoek schrijft Mogensen: "We should not expect to replace the existing narratives with new ones, but merely hope to make contributions to this dialogical and interactional process in which people are already engaged". Dergelijke opmerkingen maken nieuwsgierig naar wat er in het project waarbinnen Mogensen haar onderzoek uitvoerde, met haar bevindingen en conclusies is gedaan.

Mogensen wilde laten zien hoe lokale culturele kennis gebruikt kan worden bij het afremmen van de verspreiding van AIDS. Hoewel die toegepaste component beperkt blijft tot enkele zeer algemene suggesties, is dit boek de moeite waard door de eenvoudige en boeiende weergave van theorie en veldwerkgegevens.

Maud Radstake

Helaine Selin (ed.), *Encyclopaedia of the history of science, technology and medicine in Non-Western cultures*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997. 1117 pp. f 650,-.

Dit boekwerk van meer dan duizend pagina's is waarschijnlijk het eerste in zijn soort. Het tracht twee leemtes te vullen. Ten eerste in de geschiedschrijving van wetenschap en techniek die zich gewoonlijk beperkt tot de Westerse wereld en begint bij de Grieken (zie bijvoorbeeld het Nederlandse meesterwerk van Dijksterhuis *De mechanisering van het wereldbeeld*). De islamitische wereld wordt daarbij hoogstens vermeld als vertaler en doorgever van het Griekse denken. De tweede leemte bevindt zich in antropologische en culturele studies van 'Niet-Westerse' maatschappijen die zelden aandacht besteden aan wetenschap en techniek binnen de cultuur die beschreven wordt. Kennis en

techniek in deze samenlevingen werd gewoonlijk behandeld onder de titel van 'magie en religie'. Jolly schrijft: "Magic and science are, in essence, labels used to exclude and include according to an intellectual value system rooted in European history. They are part of the cultural baggage taken abroad by Euro-American travelers, and used to identify 'otherness' in foreign cultures" (p. 523).

Deze encyclopedie tracht het boven aangeduide niemandsland in kaart te brengen. De inhoud is zeer gevarieerd. Er zijn korte biografische schetsen van voornamelijk Arabische en Chinese geleerden. Dan zijn er langere beschouwingen over onderwerpen als landbouw, wiskunde, getallen, akoestiek, astronomie/astrologie, kalenders, voedselbereiding, milieu en natuur, geografie, landkaarten, stadsplanning, irrigatie, natuurkunde, geneeskunde, klokken, metallurgie, mummies, weerkunde, wapens, navigatie, papier, het schrift, zoutwinning, textiel, maten en gewichten en het begrip van de tijd. In een aantal gevallen worden deze onderwerpen binnen een bepaalde regionale of culturele context besproken. Ten slotte zijn er enkele langere en meer algemene essays over thema's als kolonialisme en wetenschap, magie en wetenschap, 'Oost en West', technologie en cultuur, wetenschap als een Westers verschijnsel, waarden en wetenschap, en rationaliteit, objectiviteit en methode.

Wat opvalt is dat in de titel 'medicine' apart genoemd wordt, hoewel men zou kunnen stellen dat de geneeskunde reeds deel uitmaakt van het gehele complex van wetenschap en techniek. Ongeveer een-tiende van de encyclopedie is gewijd aan medische onderwerpen. Dat zijn hoofdzakelijk biografieën van Arabische medische wetenschappers uit (onze) middeleeuwen, korte bijdragen over onderwerpen als abortus, *jamu*, acupunctuur en trepanatie, en langere beschouwingen over bevalling, medische teksten in China, medische ethiek, medicinale planten en geneeskunde in de volgende regio's of culturen: Afrika, China, Egypte, India (Ayurveda), islam, Midden- en Zuid-Amerika, 'Native America', Oceanië, Thailand en de joodse talmoed.

Dat de keuze van onderwerpen soms wat arbitrair is, is waarschijnlijk onvermijdelijk in een pionierswerk als dit. Zo is er weinig te vinden over bijvoorbeeld architectuur, 'regenmakers', veeteelt en de techniek van heksen en tovenaars. De keuze van regio lijkt ook soms afhankelijk van toevallige factoren. Dat Korea speciale aandacht krijgt en Vietnam en Ethiopië slechts eenmaal terloops ter sprake komen, is een voorbeeld.

Ook de bijdragen over geneeskunde lijken soms wat willekeurig gekozen. Waarom één ziekte, epilepsie, wel en zelfs twee keer (in de Chinese en Ayurvedische geneeskunde) wordt besproken en alle andere menselijke kwalen – inclusief 'culture-bound syndroms' – niet genoemd worden, is onduidelijk. Onder het lemma *Medicine in Islam* valt slechts een historische beschouwing die eindigt in ('onze') zestiende eeuw, terwijl we niets vernemen over de Unanie geneeskunde die, naast Ayurveda, nog steeds een grote populariteit geniet in zuidelijke Azië. De kennis over pathologie, materia medica en therapie die aangetroffen is op Assyrische kleitabletten blijft onbesproken. Diergeneeskunde en sanitatie komen niet aan bod en vroedvrouwen komen er bekaaid vanaf. Ook diagnostische technieken zoals de orakels in Afrika die uitvoerig beschreven zijn door antropologen, ontbreken veelal.

Als we echter de enorme omvang van het veld in ogenschouw nemen plus het feit dat dit een eerste poging is, mogen we stellen dat Selin een prestatie van formaat heeft

geleverd die ongetwijfeld een vervolg zal krijgen. Zij heeft terecht aandacht gevestigd op een kolossale blinde vlek in wat nu Wetenschaps- en Technogiedynamica genoemd wordt.

De encyclopedie bevat een index van veertig pagina's en een klein aantal zwart-wit illustraties. Van de ongeveer driehonderd auteurs is naar schatting de helft afkomstig van de 'Niet-Westerse' maatschappijen waarover dit naslagwerk gaat.

Sjaak van der Geest

David P. Shuldiner, *Folklore, culture, and aging. A research guide*. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1997. 283 pp. £ 55.50.

Folklore, culture and aging is een onderzoeksgids op het terrein van folklore, cultuur en ouder worden. Als men onderzoek wil doen naar opvattingen en gebruiken van en met betrekking tot ouderen en ouder worden en de creatieve uitingen van en over ouderen, kan men voor literatuurverwijzingen dit werk raadplegen. Het boek is ingedeeld in hoofdstukken over onderzoeksinstrumenten, algemene werken over ouderen, opvattingen en gebruiken, narratieven, traditionele kunst, gezondheid en genezen, toegepaste folklore en films. In die hoofdstukken vindt de lezer titels van artikelen en boeken over dat onderwerp. Het boek is opgebouwd – hoewel niet consistent – rond thema's als gender, etniciteit, regio, gebruiken en sociale praktijken. Een groot deel van het werk wordt in beslag genomen door een bibliografie over narratieven, levensverhalen en reminiscentie.

Deze onderzoeksgids is vooral bestemd voor hen die cultuursensitieve hulp aan ouderen willen geven, maar ook voor wetenschappers die in hun onderzoek methoden en technieken uit antropologische en folklorestudies willen gebruiken. Als men met behulp van de literatuur wil bestuderen hoe ouder worden en ouderen worden voorgesteld in verschillende culturen, dan kan men in dit boek goed terecht.

Voor antropologen is het werk interessant, want het laat zien dat ouder worden en traditionele kennis over ouderen net zo gevarieerd en variabel zijn als dat het geval is bij andere groepen. Duidelijk komt naar voren, dat oud en ouder worden polyvalente en meerduidige begrippen zijn. Ook van belang is dat de bibliografie bestaat uit werk van hen die ouderen hebben bestudeerd en van de ouderen zelf.

Het werk heeft wel een paar beperkingen. Op de eerste plaats geeft het titels vanaf de jaren zeventig. Verder worden natuurlijk niet alle werken vermeld die op de genoemde terreinen zijn vermeld. De gids is niet uitputtend. Ook de taal is een beperking. De auteur heeft zich beperkt tot engelstalige publicaties. De meeste studies zijn afkomstig uit de Verenigde Staten. Deze beperkingen hoeven echter geen belemmering te vormen het boek eens ter hand te nemen. Het is een uitstekend uitgangspunt voor verdere zoektochten.

Els van Dongen

Succesvol oud worden. Themanummer *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 75 (1997/7), pp. 385-464 + 1-38. Stichting JPHS, A. Helfrichlaan 1, 3527 KV Utrecht. Abonnement: f 139,- (individueel), losse nummers ca. f 25,-.

Het *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* bestond in 1997 75 jaar, een respectabele leeftijd, en vierde dat toepasselijk met een congres over 'succesvol oud worden'. Maar wat is dat eigenlijk: succesvol oud? In dit themanummer, dat tevens de congresbundel was, wordt deze vraag door een groot aantal auteurs verschillend gesteld en verschillend beantwoord.

Het congres – dus ook dit themanummer – had vier deelthema's die zowel voor onderzoekers als voor beleidmakers en actief betrokkenen relevant zijn. In het eerste, 'Gezond oud worden kent geen leeftijd', wordt betoogd dat de fundamente van een goede gezondheid op hoge leeftijd in de jeugd gelegd worden. Het tweede thema gaat over lichamelijke beperkingen die ouderen treffen, en onderzoekt hoe ouderen zich daar tegen weren. In een uitstekend artikel vragen Deeg en Hoeymans zich af hoe men met allerlei gebreken toch succesvol oud kan worden. Het derde thema richt zich op zorgverlening aan ouderen met name op de relatie tussen formele en informele zorg. Het vierde thema gaat over succesvol oud worden in het werk, waarbij de gedwongen pensionering veel aandacht krijgt.

Het themanummer biedt een uitstekend overzicht van de diversiteit aan meningen en disciplinaire aandachtsvelden met betrekking tot succesvol oud worden in Nederland. Dankzij de ongeveer tachtig auteurs die aan dit nummer en het congres hebben meegewerkt is deze publicatie bovendien een handzame gids voor wie de weg zoekt in het Nederlandse gerontologie- en geriatrie-onderzoek. Er zijn 'background papers', 'voordrachten', 'poster-teksten' en 'standpunten' van ouderen.

Vanuit de antropologie zou men kunnen opmerken dat de inbreng van kwalitatief onderzoek gering is en dat er nauwelijks vergeleken wordt met andere culturen en andere stijlen van oud-worden, zowel binnen als buiten Nederland. Dat verwijt mogen antropologen echter dan vooral tot zichzelf richten. De antropologie heeft zich – tot zeer recentelijk – nauwelijks geïnteresseerd getoond in ouderdom, noch in de eigen cultuur, noch elders.

Het mag dan ook geen verbazing wekken dat dit themanummer een overwegend kwantitatieve en medisch-gerichte benadering vertegenwoordigt, ook waar gepoogd wordt het perspectief van de ouderen zelf bij het betoog te betrekken. Een zeer aantrekkelijke uitzondering vormen de zeven overwegingen van prominente oudere Nederlanders die hun visie geven op het ouder worden en dat doen vanuit persoonlijke ervaringen.

Smalhout, medicus, keert zich fel tegen de discriminatie van ouderen: "Als een sollicitant wordt afgewezen, omdat hij/zij zwart is, of homo, kan de teleurgestelde kandidaat direct een juridisch proces beginnen op grond van de Wet Gelijke Behandeling. Hoort men echter, ondanks uitstekende referenties en diploma's: 'Helaas, u bent voor ons te oud,' dan heeft men geen been om juridisch op te staan." Hij noemt het pensioenrecht pensioenterreur en stelt dat het onzinnig is mensen louter op grond van hun aantal kalenderjaren uit het arbeidsproces te verwijderen. Wat zou moeten tellen is prestatie,

niet leeftijd. De Wied, emeritus farmacologie, valt hem bij en pleit voor het instellen van 'senior-hoogleraarschappen, analoog aan bijzondere leerstoelen.

Munnichs, dubbel deskundig omdat hij oud en psychogerontoloog is, houdt enkele 'tegendraadse bespiegelingen' waarin hij onder meer wijst op het pretentieusheid van de titel 'succesvol oud worden': "(...) of we het maar voor het zeggen hebben bij ouder worden en je het zelf maar in handen hebt." Hij wijst erop dat de maakbaarheid van de latere levensjaren zeer beperkt is. Verwey-Jonker (socioloog), tot slot, memoreert enkele zeer praktische details van haar strategie bij het ouder worden. Voor haar ligt het geluk tijdens de ouderdom vooral in de continuïteit met de eigen jeugd. Ze vertelt hoe ze zelf zoveel mogelijk contact blijft onderhouden met de vrienden uit haar jeugd, maar wijst tevens op het belang van goede relaties met burens en leveranciers in de tegenwoordige tijd "want je weet nooit, wanneer je ze nodig kunt hebben." Voor haar is succesvol oud worden een gelukkige combinatie van achteruit en vooruit kijken.

Een mooi themanummer. Het *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* mag tevreden zijn over haar 75e verjaardag.

Sjaak van der Geest

Anne-Mei The, *'Vanavond om 8 uur'. Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997. 211 pp. f 37,50.

Anne-Mei The laat in haar boek de mensen die betrokken zijn bij sterfgevallen in een ziekenhuis, uitgebreid aan het woord en schetst helder de werkomgeving waarin die uitspraken passen. Ze wil laten zien hoe de praktijk is van een vraagstuk dat volgens haar vrijwel geheel door buitenstaanders, door politici, juristen en ethici wordt beheerst. De goede leesbaarheid van het boek beantwoordt aan die doelstelling: de praktijk weer-geven en stem geven aan de mensen uit de praktijk, in het bijzonder aan de verpleegkundigen. Dat is nodig, aldus The, want de huidige regelgeving rond levensbeëindiging in Nederland heeft in de praktijk voor de zogenaamde wilsonbekwame patiënten én voor de verpleegkundigen ingrijpende gevolgen.

Wilsonbekwame patiënten een zachte dood bezorgen is door de huidige wettelijke afspraken en jurisprudentie een probleem van de praktijk geworden. Aan een belangrijke voorwaarde waaraan een arts moet voldoen om aan strafrechtelijke vervolging na actieve euthanasie te ontkomen, is bij wilsonbekwame patiënten niet te voldoen. Want de wilsonbekwame kan niet consistent en persistent om euthanasie verzoeken. Een milde dood is echter ook voor deze mensen soms wenselijk in de ogen van stafleden en familie. Van die stafleden hebben verpleegkundigen het meest direct contact met de patiënt en zijn familie. Zij krijgen intens met het lijden en de onmacht van de patiënt te maken. Zij krijgen vaak de verzoeken van patiënten en familie, maar hebben niet de mogelijkheden om daar direct op in te gaan. Ook als wilsbekwame patiënten om euthanasie vragen, zijn verpleegkundigen daarbij betrokken. Dat geldt zeker voor de uitvoering van handelingen die euthanasie genoemd worden. Verpleegkundigen zijn hier niet bevoegd toe, maar voeren in de praktijk deze wel vaak uit.

The richt zich specifiek op de verpleegkundigen en hun rol bij euthanasie, en ruimer, bij beslissingen rond het levenseinde. Daarmee is het boek meteen "een boek over menselijke samenwerking, ontmoetingen en communicatie" (p.3) geworden. Het gaat niet zozeer over medische beslissingen, maar veeleer of gehoor gegeven wordt aan een euthanasiewens. De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen heeft veel kenmerken van onderhandelingen tussen vertegenwoordigers van groepen die een verschillend perspectief hebben op de behandeling van patiënten. De groepen hebben ook ongelijke mogelijkheden om beslissingen te nemen. Artsen en de beslissingen die zij rond het levenseinde nemen, kunnen (bijna) afzonderlijk bestudeerd worden, zoals Pool (1996) ons laat zien. Een studie van de verpleegkundige visie op euthanasie en levensbeëindiging vraagt veel meer om een studie van de wijze waarop het er op een afdeling aan toe gaat. Ook de visie van artsen moet bestudeerd worden. Want verpleegkundigen handelen naar voorschrift van die artsen, trachten hen te bewegen iets voor te schrijven, of proberen te anticiperen op wat in hun ogen de arts bedoelde met een vage opdracht.

Doordat The zich concentreerde op verpleegkundigen, komen allerlei soorten overleg en praktische omstandigheden aan de orde die een rol blijken te spelen bij beslissingen rond het levenseinde. Zo worden die beslissingen in wording zeer concreet getoond. Het gaat niet meer om de overwegingen van artsen en hun beoordeling of euthanasie in dit geval wel of niet mag. In The's boek blijkt dan ook dat het rond het sterfbed niet zozeer gaat om 'diffuse processen' (Pool 1996), maar meer om communicatieve processen waarin de betrokkenen vanuit hun positie en individuele overtuigingen de situatie naar hun hand trachten te zetten. Artsen bepalen dan uiteindelijk wel hoe de situatie gedefinieerd wordt, maar The laat zien hoe belangrijk de beïnvloeding of de druk van verpleegkundigen is bij het tot stand komen van die definitie. Doordat verpleegkundigen geen formele verantwoordelijkheid hebben bij levensbeëindigend handelen, althans, zij zijn niet degenen die vervolging riskeren indien een arts euthanasie uitvoert, kunnen zij vrijer denken over het al dan niet uitvoeren van euthanasie.

Het intensieve contact van verpleegkundigen met patiënten in hun levenseinde doet hen ook vroeg verzoeken om duidelijkheid. Zo willen verpleegkundigen weten of iemand in noodgevallen al dan niet gereanimeerd moet worden. De verpleegkundige is vaak de eerste die er bij is als zo'n situatie ontstaat en dan moet handelen. Maar de vraag al dan niet reanimeren komt voor artsen meestal ongelegen en snel. Zij weten dat het beantwoorden van deze vraag een beoordeling van de mogelijkheden van de behandeling bij die patiënt inhoudt en daar zijn ze vaak nog niet aan toe. Ook moet een beslissing om niet te reanimeren met een patiënt besproken worden en zo wordt voor alle betrokkenen expliciet wat mogelijk in het verschiet ligt.

De communicatie tussen de twee beroepsgroepen verloopt niet gemakkelijk. Gewoonlijk vernemen artsen van de verpleegkundigen de wens van de patiënt. Ze geven die informatie echter niet neutraal door. Ze stellen zich vaak op als spreekbuis van de patiënt en trachten de artsen ervan te overtuigen dat er iets moet gebeuren, want ze hebben direct met het lijden van de patiënt te maken. Verpleegkundigen beoordelen een vraag om euthanasie vaak op andere gronden dan artsen. Ze baseren zich op subjectieve indrukken die zij tijdens de vele contacten krijgen. Artsen zijn het meest ontvankelijk voor op enigszins zakelijke wijze gebrachte verzoeken om euthanasie van patiënten.

Door de positie, de waarnemingen en de stellingname van verpleegkundigen zorgvuldig te beschrijven laat The zien wat het probleem van de verpleegkundigen is en hoe de communicatie in het ziekenhuis verloopt. De verpleegkundigen zeggen zich vaak machteloos te voelen, omdat ze de artsen niet kunnen overtuigen actief in te grijpen. Maar The toont juist dat de verpleegkundigen veel invloed op het door artsen bepaalde beleid hebben doordat ze als groep opereren.

De invloed van verpleegkundigen blijkt doordat zij vrij snel na opname vragen of behandelingen nog wel ingezet of voortgezet moeten worden. Deze vraag stelden de verpleegkundigen soms om tactische redenen, om de artsen aan het denken te zetten en zo mogelijke beslissingen uit te lokken. Van de andere kant komt dit de artsen wel goed uit, vermoedt The. Zij wachten tot verpleegkundigen het reanimeerbeleid of het palliatieve beleid aan de orde stellen. Verpleegkundigen maken zo ongewild bepaalde gedragingen van artsen mogelijk waarover de verpleegkundigen wel klagen. Artsen trekken zich bijvoorbeeld van de patiënt terug als er geen behandelingsmogelijkheden meer zijn. Ze zijn dan ook vaak afwezig bij stervensbegeleiding. Ze kunnen dit doen doordat de verpleegkundigen deze taak op zich hebben genomen. Deze ontlenen aan die ruimte deels ook hun professionele autonomie.

De invloed van de verpleging als groep groeit in het bijzonder in bepaalde situaties, bijvoorbeeld als de behandeling niet meer centraal staat, omdat de patiënt die niet meer wenst of omdat zij zinloos is geworden. Tevens kunnen (maar men kan ook zeggen: moeten) verpleegkundigen meer beslissingen nemen in de (late) avond en nacht, wanneer er vaak alleen telefonisch contact met artsen is. The laat zien dat de meningen van de verpleegkundigen wat dat betreft niet consistent zijn. Juist in die situaties waarin ze ruimte krijgen om initiatieven te nemen en ook hun zin krijgen, zijn ze ontevreden, omdat ze er voor moesten onderhandelen. Juist in die situaties geven artsen soms vage opdrachten, zodat de verpleegkundigen in feite kunnen handelen naar eigen inzicht. Daarmee laten ze zich gebruiken door de artsen om het 'vuile werk' te doen. Zo geeft een arts een verpleegkundige de opdracht om bij een patiënt die stervende is en reeds veel morfine krijgt als pijnbestrijding, een paar cc. van de infuusvloeistof waarin morfine zit 'door te spuiten'. De verpleegkundige verzekert zich ervan dat de arts haar toestemming geeft naar eigen inzicht te handelen. De extra dosis doet de ademhaling bij de patiënt staken en deze overlijdt na tien minuten. Morfine als 'definitieve pijnstiller' roept bij verpleegkundigen angst op, omdat ze vrezen iemand te doden met een dosis die bedoeld was als pijnstilling. Zo'n gang van zaken wekt verbazing, want eigenlijk moeten medicatie-opdrachten precies en schriftelijk worden aangegeven, zeker als het opiaten betreft.

Uit het boek blijkt dat op de afdeling twee vormen van euthanasie na een expliciete vraag van de patiënt voorkomen. Eén daarvan roept veel weerstand op bij verpleegkundigen. Het zijn situaties waarin de arts op de polikliniek met zijn patiënt tot een afspraak is gekomen over euthanasie. De arts laat de patiënt dan opnemen op de afdeling met het doel om de euthanasie uit te voeren, maar meldt die werkelijke reden van de opname niet aan de verpleegkundigen. Zij kunnen dat vaak moeilijk accepteren. Ze hebben het besluitvormingsproces niet meegemaakt en hebben ook niet kunnen wennen aan het feit dat er euthanasie zou worden uitgevoerd. In hun ogen gaat het om het 'doodmaken' van

een patiënt in plaats van het 'helpen bij het doodgaan'. De andere vorm is die waarbij artsen en verpleegkundigen gezamenlijk naar een beslissing toegroeien. Artsen voeren in beide gevallen de handelingen uit waardoor de patiënt uiteindelijk overlijdt. Hier hebben de verpleegkundigen tijd gehad en ze hebben niet het gevoel dat de arts de afdeling, die zij praktisch trachten te runnen, gebruikt om euthanasie bij een patiënt uit te voeren.

Euthanasie heeft iets zakelijks, schrijft The, want er worden afspraken gemaakt en een tijdstip van handelen vastgesteld. Voor de verpleegkundigen heeft zo'n afgesproken dood voordelen. "Voor ons verpleegkundigen is dat wel zo prettig. Anders word je alleen achtergelaten met de patiënt en familie en mag je de arts bellen als er wat bijzonders aan de hand is. Bijvoorbeeld als de patiënt stuiptrekkingen krijgt" (p. 145).

Ondanks de onderhandelingen tussen artsen verpleegkundigen blijft in de praktijk veel rond het besluitvormingsproces en de uitvoering van euthanasie impliciet. Beslissingen worden in feite niet genomen. Men gaat gewoonweg steeds iets verder de ingeslagen weg op. Daardoor blijkt het beginnen met de toediening van morfine bij patiënten met pijn en/of benauwdheid de belangrijkste beslissing. Belangrijker dan het toedienen van een middel waardoor de patiënt effectief overlijdt. Want bij dat instellen van pijnstilling wordt in feite besloten dat de patiënt te helpen bij het (versneld) sterven. Iedereen 'weet' dat de patiënt meestal niet meer van een morfine-infuus af zal komen.

De verpleegkundigen komen in dit boek uitgebreid aan het woord. Dat gebeurt wel overwegend aan de hand van de interviews die The in een min of meer formele setting met hen hield. Ze praten dan samen over de situatie of over wat een patiënt of iemand anders nu precies in de ogen van de geïnterviewde bedoelde. The toont niet vaak wat ze in de praktijk zeggen. Ze presenteert constructies van verpleegkundigen over hoe de situatie in elkaar zat. We zien weinig van wat ze in hun rapportage schrijven en horen geen uitspraken over patiënten en de artsen bij een overdracht of in dagelijks werk. Tijdens onderlinge overdracht bijvoorbeeld komen verpleegkundigen geleidelijk tot een beoordeling van de toestand van de patiënt. Bovendien worden daar al dan niet expliciet afspraken gemaakt over hoe men zich meent te moeten opstellen. Wellicht is via dit soort interacties aan te tonen hoe de verpleegkundigen erin slaagden met elkaar en de artsen samen te werken. Nu blijft impliciet hoe de verpleegkundigen er in slaagden om als groep op te treden, of ten minste als groep door de artsen gezien te worden. Een snelle wisseling van diensten en onderlinge meningsverschillen lijken de kansen op een groepsop treden van verpleegkundigen toch af te zwakken. De uitspraken in de interviews geven de indruk dat de betrokkenen de dingen die ze zeggen zeker weten. Ze zijn vervat in mooie zinnen. De observaties van The dienen dan vaak om de context van die uitspraken weer te geven. En juist die observaties weerleggen dit beeld van zekerheid. De praktijk blijkt niet te bestaan uit meningen van mensen.

De observaties zijn treffend. We zien hoe een arts zich nog tijdens het klaarmaken van medicatie voor het ten uitvoer brengen van euthanasie moet informeren over de juiste bereidingswijze van de medicatie. En hoe een andere arts het blijkbaar normaal vindt dat iemand die hij niet kent, van nabij meemaakt hoe euthanasie plaats vindt. The beschrijft hoe deze arts pas na enige tijd, waarin hij al verschillende vragen over de gang van zaken beantwoord heeft, aan haar vraagt: "Loop jij hier nu mee in het team?",

vraagt dokter Blondell aan mij. ‘Ik begrijp er niets van. Ik kom je soms tegen en soms ben je er niet. Hoe zit dat eigenlijk?’” (p. 148). Ook lezen we hoe de onderzoeker plots aan het bed van een stervende met de familie geconfronteerd wordt. Deze beelden van de praktijk maken het boek geloofwaardig en tonen de praktijk van het veldwerk. We zien hoe de onderzoeker tracht interpretaties van gebeurtenissen via verschillende ogen weer te geven. Daarbij valt op hoeveel moeite de betrokkenen doen om de onderzoeker in te lichten over gebeurtenissen. Frohock (1986) vroeg zich dat tijdens zijn onderzoek op een afdeling voor neonatologie ook af. Hij concludeerde dat de artsen en verpleegkundigen dat deden om drie redenen: om professionele kennis te laten zien, medestanders voor het eigen standpunt te winnen én om hulp te vragen bij de moeilijke beslissingen die ze namen. Dat de betrokken professionals zo graag openheid van zaken geven, leidt volgens mij ook tot de conclusie dat het niet helemaal juist is om ‘de praktijk’ te contrasteren met wat politici, ethici en beleidmakers te melden hebben, zoals The doet. Of om het strafrecht te zien als iets dat buiten het ziekenhuis is, (en ook hoort te zijn, zoals artsen vaak zeggen). De beslissingen rond het levenseinde zijn juist op een bijzondere manier publiek, omdat de artsen en verpleegkundigen er openlijk over spreken en er altijd familieleden bij betrokken zijn.

Eric Vermeulen

Literatuur

Frohock, F.M.

1986 *Special care*. Chicago: University of Chicago Press.

Pool, R.

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

August Freiherr Von Gall, *Medizinische Bücher der alten Azteken aus der ersten Zeit der Conquista*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997.

Het gaat hier om een met opmerkingen omlijste vertaling van de Azteekse teksten betreffende de inheemse Mexicaanse terminologie en kennis over de delen van het menselijk lichaam, de ziekten en de geneeswijzen. De teksten zijn door de Spaanse priester Bernardino de Sahagún in de vroeg-koloniale tijd verzameld. Aan deze vertaling zijn twee bijdragen toegevoegd van de hand van dr. Christian Räscher. De eerste gaat over sinds de zestiende eeuw in Europa ingevoerde Mexicaanse geneesmiddelen. De tweede behelst een bibliografie van de Azteekse cultuur en in het bijzonder van de Azteekse geneeskunde.

Het is voor Mexicanisten prettig, dat Von Gall bij al zijn vertalingen ook de oorspronkelijke in het Nahuatl (de taal der Azteken) geformuleerde teksten heeft laten afdrukken. Voor de belangstellende leek met medisch gerichte belangstelling is dat uiteraard minder belangrijk, maar het duidt in ieder geval aan, dat de auteur zich tegenover de gespecialiseerde Mexicanisten controleerbaar heeft willen opstellen.

De hier behandelde Azteekse teksten zijn in drie geschriften bewaard gebleven. De oudste twee bevonden zich in het Koninklijk Paleis te Madrid en in de Koninklijke Academie voor Geschiedenis in de Spaanse hoofdstad. De latere, meer volledige weergave van de door Sahagún vergaarde teksten zijn bekend geworden als de Codex van Florence, omdat zij in die Italiaanse stad terecht gekomen zijn. Bij zijn vertalingen heeft Von Gall deze drie bronnen vergeleken, hetgeen alleszins nuttig is, want zij vertonen onderling soms bepaalde belangrijke verschillen.

Zoals op iedere vertaling zijn er ook hier aanmerkingen en opmerkingen te maken. Discussie over interpretaties blijft steeds mogelijk, zeker in een situatie als deze, waarbij veel woorden en begrippen vertaald moeten worden die in geen van de bestaande woordenboeken afdoende behandeld zijn. Voor het publiek waar deze beoordeling voor bedoeld is, lijkt het weinig zinvol hier een taalkundige kritiek na te streven. Toch mag in het algemeen wel even opgemerkt worden, dat de vertaling nog in diepte en nauwkeurigheid had kunnen winnen als er meer aandacht besteed was aan de volksgeneeskunde van hedendaagse Nahuatl-sprekende autochtonen en de daarin gebezigde terminologie.

In een boekbeoordeling is het uiteraard niet mogelijk aandacht te besteden aan de talrijke door de Azteken onderkende ziekten en kwalen, evenmin als de behandelingen, die zij ontwikkelden en de toegepaste geneesmiddelen. Wij moeten trouwens ook niet vergeten, dat het doel dat Spaanse priesters als Sahagún met de vastlegging van de Azteekse kennis op dit gebied hadden verder ging dan het bevredigen van medische belangstelling. Er lag steeds een taalkundige belangstelling mede aan ten grondslag. Men wilde alle bijzonderheden van het Nahuatl leren kennen met het doel de christelijke leer beter aan de indianen te kunnen overbrengen. Zo is te verklaren dat alle onderdelen van het menselijke lichaam nauwkeurig geregistreerd zijn, veelal niet met één enkele Azteekse aanduiding, maar dikwijls met één of meerdere synoniemen.

Helaas wordt in dit boek de belangrijke strijdvraag over het wel of niet inheems zijn van de ziekten *nanahuatl* (syfilis) en *teococoliztli* (melaatsheid) grotendeels vermeden. In sommige moderne dialecten van het Nahuatl wordt *nanahuatl* ook als aanduiding van melaatsheid gebruikt. Het is dus denkbaar dat de twee termen oorspronkelijk synoniemen waren en dat eerst na de Spaanse verovering de eerste term voor de genoemde geslachtsziekte gebezigd is. Deze opvatting kan toch moeilijk onmiddellijk naar de prullenbak verwezen worden, zoals velen tegenwoordig maar al te graag doen, want *teococoliztli* betekent letterlijk goddelijke ziekte. Nu is het in de Tolteekse scheppingsmythe van de zon en de maan zo, dat de god die zich in de nieuwe Zon verandert Nanahuatzin heet. Deze naam wordt doorgaans als 'Geëerde Geslachtszieke' vertaald. Als *nanahuatl* oorspronkelijk 'melaatse' zou hebben betekend, is het heel wel denkbaar, dat op grond van de bekende scheppingsmythe het synoniem 'goddelijk zieke' daarnaast ontstaan zou zijn! Er is naar mijn mening dus zeker een goede reden om de discussie over het al of niet oorspronkelijke karakter van syfilis in Mexico voort te zetten. Hetzelfde geldt overigens voor melaatsheid, want het is natuurlijk evenzeer denkbaar dat beide termen juist synoniemen voor syfilis waren.

Er zijn in de vertaling van Von Gall ook voorbeelden te vinden van termen, die hij als synoniemen beschouwt, maar die dat naar mijn opvatting niet zijn. Als voorbeeld noem ik de termen *tomimihuayo* en *têcauh*, die zonder onderscheid vertaald worden

met 'Unsere Lunge'. *Têcauh* is echter de bezitsvorm in de eerste persoon meervoud van *êcatl*, hetgeen 'wind' betekent. Het lijkt mij dus dat 'onze adem' hier de betere vertaling zou zijn en dat het in dit geval niet om een synoniem gaat.

Heel belangwekkend is de eerste door Râtsch verzorgde bijlage. Hij geeft hierin een geïllustreerd overzicht van belangrijke geneeskrachtige Mexicaanse kruiden en planten, die sinds de Spaanse verovering van het Azteekse Rijk naar Europa overgebracht zijn. De bijdrage van de Azteekse geneeskunde en hun kennis van kruiden, alsmede hun inzichten in het functioneren van het menselijk lichaam, kunnen voor de ontwikkeling van de Europese geneeskunde moeilijk overschat worden. De Mexicaanse bevolkingsgroepen bezaten al vroegtijdig een gedegen kennis over de onderdelen en organen van het menselijk lichaam. Die kennis was voor een niet onbelangrijk deel verworven door de priesters die de rituele mensenoffers uitvoerden. Als onderdeel van dat ritueel werden sommige slachtoffers tot in heel kleine lichaamsdelen uitgebeend. Het was namelijk bij bepaalde rituelen noodzakelijk om de vele leden van de sociale groep waar de offeraar toe behoorde te laten meedelen in een gemeenschappelijke rituele maaltijd. Hierbij nuttigden alle aanwezigen een klein stukje vlees van het lichaam van de geofferde. De geofferde werd op die wijze postuum opgenomen in de sociale groep van de offeraar, waarmee de vijandschap, die soms aan het offer ten grondslag lag, teniet gedaan werd. Als de geofferde een vrijwilliger was, deelde hij op die wijze zijn heiligheid met de in dat geval meestal verwante consumenten van zijn stoffelijk overschot.

De grondgedachte waarop het Mexicaanse mensenoffer berustte, was een wederkerigheidsbeginsel. De goden hadden zichzelf bij de schepping van de wereld opgeofferd om onze zon te scheppen. De mens had daarmee de plicht gekregen de zon met mensenbloed te voeden om hem in staat te stellen zijn hemelse weg te blijven vervolgen. Dat dit ritueel ook belangrijke gevolgen kreeg voor de ontwikkeling van de geneeskunde, zullen de priesters uit lang vervlogen tijden die het bedacht hebben, waarschijnlijk toen niet beseft hebben!

Voor de zeer belangstellende leek is dit als wetenschappelijke publicatie bedoelde boek wel aan te bevelen. Het mist echter het juiste karakter en de geschikte opzet voor verbreiding ervan in brede kring. Dit laatste zal echter in dit geval ook niet de intentie van de uitgever zijn geweest.

Rudolf van Zantwijk