

Recensies

Marijke Bouwmeester, Maja Dekovi & Han Groenendaal. *Opvoeding in Somalische vluchtelinggezinnen in Nederland*. Assen: Van Gorcum, 1998. 98 pp. f 29,50.

Opvoeding in Somalische vluchtelinggezinnen in Nederland beschrijft de resultaten van een exploratief en inventariserend onderzoek van de Vakgroep Pedagogiek van de Universiteit van Utrecht naar de opvoedingssituatie van Somalische vluchtelinggezinnen in Nederland en de veranderingen daarin als gevolg van migratie. Voor dit onderzoek werden vijftientig gezinnen en drie sleutelinformanten geïnterviewd.

In de inleiding van dit boekje stellen de schrijvers dat er weinig kennis van de Somalische opvoedingspraktijk beschikbaar is. Daarom is er behoefte aan een inventarisatie en beschrijving ervan. Daarbij streven de auteurs ernaar de Somalische behoefte aan opvoedingsondersteuning in kaart te brengen en aanbevelingen te doen voor verbetering van preventie- en hulpverleningsprojecten.

Het tweede hoofdstuk in het boek geeft zeer beknopt informatie over Somalië, waarbij in grote lijnen tal van onderwerpen de revue passeert, zoals taal en religie, politieke geschiedenis, sociale verhoudingen en vrouwenbesnijdenis. Hierbij valt op dat maar zeer summier informatie beschikbaar is over ouder-kindverhoudingen. In het derde hoofdstuk wordt vervolgens ingegaan op de situatie van asielzoekers in Nederland, het aantal asielaanvragen van Somaliërs en de toekenning van de verschillende statussen. De schrijvers concluderen dat er per 1 januari 1997 23.000 Somaliërs in Nederland woonden, die het algemeen goed opgeleid zijn en waaronder vele alleenstaande jongeren en alleenstaande moeders met kinderen.

Het vierde hoofdstuk beschrijft de onderzoeksofzet. De werving van de vijftientig gezinnen, in totaal 41 respondenten, vond plaats via de Somalische interviewster. Moeders, zestien uit twee-oudergezinnen en negen uit een-oudergezinnen waren de voornaamste respondenten. De vaders zijn hoger opgeleid dan de moeders. Slechts een vader en twee moeders hebben betaald werk, alhoewel zij allen te kennen gaven graag te willen werken. Van de kinderen valt op dat ze vaak in een lagere klas zitten dan hun leeftijd aangeeft en dat ouders niet kunnen benoemen wat voor soort onderwijs wordt gevolgd. Havo en Atheneum komen weinig voor als gevolgde schoolvorm.

De vijf volgende hoofdstukken geven een beschrijving van de onderzoeksresultaten. De oriëntatie van de Somalische gezinnen op de Nederlandse maatschappij komt als eerste aan de orde. Duidelijk is dat de kinderen beter Nederlands spreken en tweetalig georiënteerd zijn, terwijl de ouders vooral de Somalische taal gebruiken. De contacten van de Somalische ouders met de Nederlandse bureaus beperken zich dan ook alleen tot het gedag zeggen, terwijl zij te kennen geven behoefte aan meer contacten met Nederlanders te hebben. Hun kinderen hebben zowel Nederlandse als Somalische vrienden en zijn door buiten spelen, televisie kijken, de sportclub en verjaardagspartij-

tjes meer dan zichzelf op de Nederlandse samenleving georiënteerd. Wat betreft toekomstverwachtingen is duidelijk dat ongeveer even veel respondenten hun toekomst in Nederland als in Somalië zien. Allen uiten de wens dat hun kinderen een goede opleiding zullen volgen en een goede baan vinden.

Kinderen worden als volwassen gezien als zij trouwen en/of werk hebben. In tegenstelling tot Nederlandse ouders die als ideale doelen van opvoeding autonomie en sociale kwaliteiten zien, richten de Somalische ouders zich op prestatiegerichtheid, conformisme en religiositeit. Alhoewel het economisch motief – garantie voor de oude dag – genoemd wordt, geven deze ouders met name psychologische motieven voor hun ouderschap zoals gezelligheid en het voortbrengen van eigen vlees en bloed. Als opvoedingsverantwoordelijkheden zien ze vooral allerlei verzorgingstaken, het uitoefenen van controle op het gedrag van hun kinderen en het zich bemoeien met hun schoolcarrière. Daarbij concluderen de auteurs dat de moeders met name binnenshuis bezig lijken te zijn, terwijl de taken van de vaders meer naar buiten zijn gericht. De auteurs constateren dat deze opsomming van ouderlijke taken in grote mate overeenstemt met dat van Marokkaanse ouders. Somalische ouders vinden dat Nederlandse ouders te veel vrijheid aan hun kinderen gunnen en te weinig gezag hebben. Zij tonen geen begrip voor het gebruik van drugs and alcohol van Nederlandse kinderen. Ze zijn bang dat hun kinderen de eigen taal, cultuur en religie vergeten, zich te goed gaan doen aan drugs en drank of in het homoseksuele of criminele circuit terecht komen.

De auteurs bespreken in deze context de indeling van Pinto in G(rofmazige) en F(ijnmazige) culturen. De Nederlandse gezinnen zijn individualistisch gericht. Men kent een grofmazige structuur van gedragsregels met veel ruimte voor het individu, terwijl in de Somalische context meer van een fijnmazige collectivistische opvoedingscontext sprake is. Aansluitend wordt de Somalische opvoedingspraktijk besproken. Ondersteuning bieden Somalische ouders vooral door warmte en liefde te geven. De ouders oefenen met name restrictieve controle uit op hun kinderen, maar geven aan in Somalië meer gebruik te hebben gemaakt van slaag. Onder invloed van de Nederlandse samenleving hebben ze meer van andere technieken gebruik hebben leren te maken. De ouders gaan in op de verschillende vragen van hun kinderen, zodat deze nieuwe vaardigheden en kennis kunnen ontwikkelen. Ze vertellen echter dat hoe welwillend ook zij maar in geringe mate in staat zijn om hun kinderen met huiswerk te helpen. Later in het boek wanneer de beleving van de opvoeding wordt besproken, komt naar voren dat ze het van belang vinden dat kinderen goed op school zijn en zich goed gedragen. Conformistische en prestatiegerichte aspecten van de opvoeding zijn belangrijk voor Somalische ouders.

De Somalische ouders variëren in hun mening over het Nederlandse onderwijssysteem. Duidelijk wordt ook dat zij het vaak te complex en moeilijk te begrijpen vinden en dat zij zelf te weinig invloed uit kunnen oefenen op de onderwijskeuze. Ze veronderstellen daarbij veronderstellen dat hun kinderen minder kansen hebben dan Nederlandse kinderen.

De Somalische ouders blijven over het algemeen vasthouden aan hun eigen waarden en normen, maar zijn geneigd zich aan te passen, bijvoorbeeld in het geven van toestemming voor het samen zwemmen van jongens en meisjes. Onder invloed van de mi-

gratie lijken er meerdere veranderingen in de opvoedingspraktijk tot stand gekomen te zijn. Zo nemen vaders deel aan de huishoudelijke activiteiten, en zijn ouders in bepaalde situaties afhankelijk geworden van hun kinderen (vertalen).

De auteurs signaleren dat ouders in deze typische G-cultuur nu alleen verantwoordelijk zijn voor de opvoeding van hun kinderen. Dat geeft hen het idee dat Nederland onveilig is. Wat betreft psychopathologische problematiek van kinderen blijkt uit verschillende bronnen dat Somalische kinderen veel meer problemen te hebben dan Nederlandse, zoals nachtmerries, vertraagde spraak- en taalontwikkeling problemen met leerkrachten. Ouders brengen deze echter zelden in verband gebracht met mogelijk doorgemaakt geweld.

De vraag rest elke opvoedingsondersteuning de Somalische ouders behoeven. De meeste ouders blijken behoefte aan informatie te hebben, liefst in het Somalisch, bijvoorbeeld over het Nederlandse onderwijssysteem. Over het algemeen proberen alleenstaande ouders eerst problemen zelf op te lossen, daarna schakelen zij familieleden en/of vrienden in. Pas in allerlaatste instantie wordt bij Nederlandse instanties aangeklopt. De Somaliërs hebben vaak verwachtingen van de ondersteuning vanuit die instellingen die niet uitkomen. Wel als het een woning of vergunning betreft, maar zeker niet als het gaat om toegang tot de arbeidsmarkt, financiële ondersteuning enzovoorts. Zij voelen zich vaak aan hun lot overgelaten. Alleenstaande moeders ontberen een noodzakelijk sociaal netwerk en zij hebben de meeste ondersteuning nodig.

Sleutelinformanten melden de auteurs de vele problemen tussen Somalische ouders en Nederlandse hulpverleners. Slechts drie ouders ondervonden zelf daadwerkelijk problemen met de zorg voor hun neef en nicht waar een Nederlandse instelling intervenieerde. Andere ouders weten alleen van het bestaan van dergelijke problemen en bij hen leeft sterk het idee dat Nederlandse instellingen vooral de belangen van de kinderen behartigen, nauwelijks die van de ouders. Volgens hen ligt de oplossing in een frequenter overleg en grotere kennisneming van Nederlandse instellingen met de Somalische cultuur en opvoedingspraktijk. Ook zouden alle betrokkenen beter geïnformeerd moeten worden en Somalische ouders meer moeten weten over opvoeding in Nederlandse gezinnen.

De auteurs concluderen dat in het Somalisch gezinsleven duidelijk sprake is van aanpassing aan de Nederlandse gewoonten en gebruiken wat betreft dagindeling, eetpatronen, buiten spelen en televisie kijken. Het aanpassingspatroon van de kinderen verloopt soepel. Zij maken zich de taal en Nederlandse gebruiken gemakkelijk eigen. De ouders daarentegen beheersen de Nederlandse taal matig of onvoldoende en houden de mogelijkheid tot terugkeer naar Somalië open. Hierdoor blijven zij slecht geïnformeerd en hebben vaak een onjuiste beeldvorming over opvoeding en onderwijs in Nederland. De ongelijkmatige ontwikkeling van het aanpassingsproces van ouder en kinderen kan zeker in problemen resulteren. Daarbij komt nog dat mogelijke traumatisering van gezinsleden niet een issue is in de gezinnen, terwijl deze psychosociale problematiek zeker aanwezig is.

De auteurs eindigen het boek met aanbevelingen voor de voorlichting aan de Somalische gemeenschap en met richtlijnen ter verbetering van hulpverleningsprojecten aan Somalische gezinnen. Gedacht wordt aan een intensivering van voorlichting aan

Somaliërs door gebruik van Somalische folders of Somalische contactpersonen. Ook stellen ze voor informele contacten met Nederlanders te bevorderen vanuit scholen en buurthuizen door middel inzet van hulpouders, thema-avonden. Hulpverleners zouden zich beter moeten informeren over Somalische cultuurpatronen en opvoedingspraktijken en minder Nederlandse normen als autonomie en zelfontplooiing van kinderen in de hulpverlening centraal moeten stellen. Als laatste bevelen de auteurs aan om diverse bestaande projecten gericht op allochtone gezinnen aan te passen aan de behoeften aan steun van Somalische gezinnen. Zij denken daarbij bijvoorbeeld aan *Moeders informeren Moeders*, *Spelvoorlichting aan Huis* en *Instapje, Opstapje* en *Opstap*. Dergelijke activiteiten moeten dan in nauwe samenwerking met Somalische organisaties ontwikkeld en uitgevoerd worden en aansluiten bij hun specifieke behoeften dit om de noodzakelijke vertrouwensbasis te creëren.

Opvoeding in Somalische vluchtelinggezinnen in Nederland verschaft belangwekkende informatie vooral voor diegenen die als hulpverlener betrokken zijn bij Somalische vluchtelinggezinnen. Met name de hoofdstukken over de opvoedingspraktijk en beleving zijn waardevol en lezenswaardig. Ook de geringe kennis van het onderwijssysteem en de verwachtingen van de Somalische ouders worden goed beschreven. Het pleidooi voor betere voorlichting aan Somaliërs in hun eigen taal en het verbeteren van de afstemming van hulpverlening op de Somalische situatie wordt aannemelijk gemaakt. Wat daarbij erg jammer is, dat het theoretische model waar de auteurs mee werken zwak is. Zij gebruiken het zogenaamde Drie-stappen-model van Pinto dat deze presenteerde voor het doeltreffend overbruggen en managen van cultuurverschillen. Dit model dat uitgaat van de eerder genoemde G- en F-culturen leidt niet alleen tot grove generalisaties en het over het hoofd zien van belangrijke aspecten van de opvoedingsproblematiek. Het ook geeft het geen inzicht in de reden waarom een individuele Somalische vader op een bepaalde manier handelt dat afwijkt van het zogenaamde groepsgedrag. Somaliërs kennen onderling ook veel wantrouwen dat uit deze indeling geenszins verklaard kan worden. Bij de beschrijving van de verschillende taken van moeders en vaders hanteren de auteurs een binaire indeling die juist de veranderende taakverdeling van Somalische mannen en vrouwen als gevolg van de migratie te niet doet. De Somalische vrouwen opereren meer en meer buitenshuis en het feit dat zij bijvoorbeeld de kinderbijslag ontvangen heeft gevolgen voor de gezinsverhoudingen. Veel Somalische mannen zijn apathisch als gevolg van werkloosheid en besteden hun tijd en het gezinsinkomen aan het kauwen van qat. Geweldsproblematiek binnen de Somalische gezinnen komt in dit boekje niet aanbod, terwijl het een groot probleem vormt. Waarschijnlijk heeft deze omissie te maken met de selectie van de respondenten.

Opvoeding in Somalische vluchtelinggezinnen in Nederland is vooral een boek dat aan zal slaan bij de hulpverleners betrokken bij de Somalische gezinnen. Niet zozeer de summere algemene informatie over Somalië, maar de beschrijvingen over de Somalische opvoedingspraktijk/beleving en verwachtingen zijn waardevol. Hopelijk zullen op basis hiervan, zonder een indeling in typen culturen, zogenaamde allochtonenprojecten vooral in samenwerking met de Somalische gemeenschap meer aansluiten bij de Somalische context.

Anke van der Kwaak

Valerie Curtis, *The dangers of dirt; Household hygiene and health*. Wageningen: Proefschrift. 175 pp. Prijs: f 22,-. Verkrijgbaar bij de auteur, Roghorst 123, 6708 KE, Wageningen.

In Afrika en Azië sterft tien tot twintig procent van de kinderen voor het vijfde levensjaar. Minstens een kwart van die sterfgevallen wordt veroorzaakt door ziekten die samenhangen met diarree. Wereldwijd sterven jaarlijks meer dan drie miljoen mensen aan dergelijke ziekten. In Afrika is de sterfte het hoogst: een op de drie mensen sterft aan een ziekte die met diarree gepaard gaat.

In antwoord op deze 'permanente epidemie' is vanaf de jaren tachtig in veel ontwikkelingslanden geïnvesteerd in het bouwen van veilige voorzieningen voor de toevoer van water en afvoer van ontlasting. Met enig succes: volgens de wereldbank heeft tegenwoordig ongeveer driekwart van de wereldbevolking toegang tot schoon water en zestig procent tot sanitaire voorzieningen. Internationaal gesubsidieerde campagnes ter verbetering van de volksgezondheid staken daarnaast veel energie in de promotie van borstvoeding en het gebruik van Oral Rehydration Solutions (ORS). Ook aan voorlichting over hygiëne is in de afgelopen decennia veel aandacht besteed.

Vanaf 1982 heeft de WHO de effectiviteit van dergelijke campagnes systematisch geëvalueerd. De belangrijkste conclusie is dat hygiënische maatregelen inderdaad een belangrijke bijdrage leveren aan de preventie van diarree. Over twee zaken is men het echter niet eens: welke praktijken vormen eigenlijk het voornaamste risico en hoe kan men ervoor zorgen dat die praktijken veranderd worden?

Het probleem is dat het creëren van voorzieningen er niet onmiddellijk toe leidt dat deze op de best mogelijke manier gebruikt worden. En langzamerhand is wel duidelijk geworden dat als men de praktijken van mensen wil veranderen het in ieder geval niet voldoende is alleen voorlichting te geven. Op het vlak van de internationale gezondheidszorg wordt het begrip 'health education' geleidelijk verdrongen door 'health promotion': "the combination of educational and environmental supports for actions and conditions of living conducive to health". Het boek van Curtis breekt een lans voor de toepassing van deze complexe benadering op het vlak van hygiëne. Hygiëne promotie heeft aldus tot doel kennis en methoden uit verschillende vakgebieden, in het bijzonder epidemiologie, antropologie, marketing- en communicatiewetenschappen, in te zetten om op zo effectief en goedkoop mogelijke wijze die hygiënische praktijken die het belangrijkste gezondheidsrisico vormen te identificeren en, uitgaand van wat mensen doen, weten en willen, hen te helpen die praktijken door meer hygiënische te vervangen. Het boek is een weerslag van meer dan acht jaar multidisciplinair onderzoek in Burkina Faso, dat in de laatste drie jaren voorafgaand aan de publicatie heeft geleid tot een nog steeds lopend Hygiëne Promotie Programma.

Een eerste vraag is wat hygiëne eigenlijk is. Ideeën over hygiëne zijn van alle tijden, maar er zijn grote historische en culturele verschillen in wat mensen vies vinden. Preventie van ziekte vormt niet de enige drijfkracht achter hygiëne. Ook het vermijden van vuil maakt er deel van uit. Op dat vlak heeft de antropologie een belangrijke bijdrage geleverd. Sinds Mary Douglas haar boek *Reinheid en gevaar* publiceerde, is spreken over vuil spreken over dat wat buiten de (sociaal-symbolische) ordening van

samenlevingen valt. Vuil kan ook staan voor overtredingen van taboes, of categorieën mensen die in een bepaalde cultuur als marginaal of als buitenstaanders worden beschouwd.

Op zoek naar de psychologische en culturele wortels van voorstellingen omtrent hygiëne komt de onderzoeker verschillende verklaringen tegen. Het primaat wordt nu eens bij instinct gelegd, dan weer bij aangeleerde gewoonten of het axioma van een fundamentele menselijke behoefte tot ordening. Denkbeelden over hygiëne kunnen dan ook meerdere functies vervullen. Bedreigingen vanuit de natuurlijke omgeving, zoals rampen en ziekten, worden ermee onder controle gehouden. Denkbeelden over hygiëne kunnen echter ook de identiteit van de eigen groep versterken en tegen vreemde elementen beschermen. Denkbeelden over hygiëne, gezondheid en reinheid kunnen dienen ter legitimering van de sociale hiërarchie of ter sanctionering van gedrag dat als anti-sociaal wordt beschouwd.

Het tweede hoofdstuk behandelt in vogelvlucht manieren waarop deze functies in verschillende culturen en historische periodes zijn vormgegeven. In de loop der tijd ging de medische wetenschap met haar begrippen als 'microbe' en 'ziektekiem' een centrale rol spelen in de productie van ideeën omtrent hygiëne. Ook deze constructies zijn overigens met waarden beladen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de grote verschillen tussen programma's die de gezondheid moeten bevorderen. Opvallend is hoeveel aandacht er aan water wordt besteed, en hoe weinig aan de menselijke uitwerpselen die waarschijnlijk de echte boosdoeners zijn. Poep is nog steeds een taboe onderwerp.

Zo leert de korte excursie in de culturele constructie van hygiëne ook dat de motivatie van mensen om hygiëne te betrachten vooral berust op de wens om orde te bewaren en minder op de gedachte dat men er ziekte mee kan vermijden. Een tweede les is dat woorden die met hygiëne te maken hebben voorzichtig gebruikt moeten worden, aangezien ze over het algemeen morele connotaties hebben.

Het volgende hoofdstuk hanteert een 'etic' benadering, en wel vanuit het standpunt van de westerse gezondheidszorg. Wat is diarree en wat voor ziekten gaan ermee gepaard, hoe worden dergelijke ziekten overgebracht en welke praktijken hebben er invloed op? Uit een vergelijking van programma's ter preventie van diarree blijkt dat activiteiten gericht op hygiëne weinig systematisch en gericht waren. Om een meer efficiënte benadering mogelijk te maken moet eerst worden onderzocht welke praktijken nu eigenlijk het meest risicovol zijn. Daarna zouden programma's zich specifiek op die praktijken moeten richten.

De auteur onderscheidt twee wegen waarlangs ziektekiemen worden verspreid: van een besmette persoon naar de omgeving en van die omgeving naar nieuwe slachtoffers. Zo zijn er ook twee typen preventieve acties: primaire barrières die voorkomen dat de ziektekiemen in de omgeving terecht komen (bijvoorbeeld het veilig opbergen van poep) en secundaire barrières die voorkomen dat ziektekiemen in de omgeving nieuwe slachtoffers kunnen maken (het koken van drinkwater of het wassen van de handen voor men gaat koken of eten). Ziektekiemen kunnen zich op uiteenlopende wijze verspreiden (via water, vliegen, besmet voedsel, flesvoeding, uitwerpselen van dieren), maar niet alle wegen zijn van toepassing op de lokale situatie. Niettemin leidt de analyse van de auteur ertoe twee praktijken op de voorgrond te stellen: het veilig kwijtraken

van menselijke uitwerpselen en het wassen van de handen na contact met die uitwerpselen.

De hamvraag is natuurlijk hoe mensen op lokaal niveau in de praktijk met uitwerpselen omgaan, en waarom ze dat zo doen. Het veldwerk van de auteur vond plaats in Bobo-Dioulasso, in het Zuid-westen van Burkina-Faso. De stad telt rond de 300.000 mensen van ongeveer zestig verschillende etnische groepen met een christelijke, islamitische of traditionele achtergrond. In 1988 werd een multidisciplinair onderzoekprogramma gestart waarin wetenschappers uit Noord en Zuid met elkaar samenwerkten. Het onderzoek bestond uit een bestudering van de plaatselijke omstandigheden, focusgroep discussies met vrouwen en specifieke vrouwengroepen, een case-control studie waarin alle voor diarree opgenomen kinderen onder 3 jaar participeerden, gestructureerde observaties in huishoudens, gestructureerde interviews met genezers en kruidenartsen, een studie van een groep van 125 kinderen onder de 3 jaar, een onderzoek naar informatieoverdracht en kleine proefnemingen waarin vrouwen werden gevraagd zich gedurende tien dagen hygiënisch 'veilig' te gedragen.

Twee hoofdstukken worden vervolgens gewijd aan de onderzoeksmethoden. Denkbeelden en praktijken rond hygiëne hebben immers een morele waarde. Daarom moet men er rekening mee houden dat mensen de werkelijkheid anders weergeven. Drie elementen van gedrag (het ideale, het imago en het actuele) worden afgezet tegen drie onderzoekstechnieken (discussie, interview en observatie). Hoe meer gevoelig het onderwerp, hoe meer de resultaten van verschillende methoden van elkaar zullen verschillen. Dit is een reden om in het onderzoek verschillende methoden tegelijkertijd te gebruiken. Het ligt voor de hand dat directe observatie meer valide gegevens oplevert dan interviews. De observatiemethode is echter, als ze effectief wil zijn, tijdrovend en daarom relatief duur.

In het zevende hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de denkbeelden van moeders in Bobo-Dioulasso over diarree en de manier waarop zij diarree behandelen. *Konoboli, running stomach* wordt gezien als een symptoom waaraan meerdere ziekten ten grondslag kunnen liggen. Geen van deze ziekten wordt toegeschreven aan 'vuil'. De ernstigste vormen, bijvoorbeeld die gepaard gaan met uitdrogingsverschijnselen, worden aan sociale overtredingen toegeschreven. Alleen 'diarree van de witten' wordt gezien als veroorzaakt door 'vuil' of parasieten en wormen. Causale attributies bepalen over het algemeen de therapiekeuze. Als men denkt dat de diarree veroorzaakt is door kou, geef je warme drank te drinken etcetera. Van de westerse gezondheidszorg wordt in verband met diarree weinig gebruik gemaakt. Uitwerpselen worden, afhankelijk van de leeftijd van het kind die ze voortbrengt, wel gezien als vuil, maar niet als ziekteverwekkend. Het vermijden van vuil en 'schoon zijn' wordt positief gewaardeerd, maar heeft vooral te maken met etiquette en sociaal geaccepteerd gedrag en minder met gezondheid. Daarom worden de methoden van de westerse gezondheidszorg ook alleen maar als effectief gezien tegen de 'diarree van de witten'. In alle lagen van de bevolking wordt gebruik gemaakt van traditionele genezers.

Een studie van wat moeders in de praktijk doen laat zien dat drie activiteiten een rol spelen in het overbrengen van ziektekiemen: kinderen die te oud zijn voor het potje maar te jong voor de latrine poepen vaak op de grond; ontlasting wordt niet altijd veilig

weggegooid; en veel vrouwen wassen hun handen onvoldoende nadat ze in aanraking zijn geweest met poep. Dat laatste heeft ermee te maken dat het vooral de geur van poep is die smerig wordt gevonden. Als je niets ziet of ruikt, is het er niet.

Uit de resultaten van het onderzoek kan men concluderen dat er een programma ter preventie van diarree in Bobo-Dioulasso erop gericht zou moeten zijn: 1. de positieve waarde die aan hygiëne wordt gehecht te gebruiken als basis voor 'veilige' praktijken; 2. duidelijk te maken dat er poepdeeltjes kunnen zijn die je niet ziet of ruikt en dat je die wegstrijkt met zeep; 3. lokale termen voor diarreeziekten te gebruiken en 4. traditionele genezers bij de campagne te betrekken.

Denkbeelden zijn natuurlijk niet de enige factoren die bepalen hoe vrouwen in de praktijk omgaan met poep. De grote hoeveelheid data gegenereerd door verschillende methoden van onderzoek maakte het mogelijk belangrijke variabelen van gedrag te combineren met demografische en andere achtergrondgegevens. Uit een statische analyse blijkt dat de plaats van de waterbron meer dan andere factoren correleert met de plaats waar het kind poept, waar men de poep laat en of er poep in de tuin of de directe omgeving van het huis ligt. Het meest veilige gedrag wordt aangetroffen in huishoudens die een kraan in huis hebben, het minst veilige in huishoudens die het water moeten halen uit een bron buitenshuis die zij delen met anderen. Andere factoren, zoals het beroep van de echtgenoot, het aantal bijgewoonde voorlichtingssessies, de regio waar men woont enzovoort lijken vooral aan te geven dat de normen die in een omgeving prevaleren en significante anderen van grote invloed zijn op het gedrag van de mensen die er wonen. De resultaten geven aanleiding het beschikbaar maken van veilig water als prioriteit te handhaven.

In de twee laatste hoofdstukken van het boek worden de uitkomsten van de studie in Bobo-Dioulasso veralgemeniseerd. Terwijl het laatste hoofdstuk vooral een, overigens overtuigend, pleidooi is voor het model dat in deze studie wordt gebruikt, beschrijft het voorlaatste hoofdstuk een stappenplan voor een formatief onderzoek. Zo'n onderzoek is gericht op het in beperkte tijd produceren van data op grond waarvan een interventie ontworpen kan worden. Vijf vragen staan centraal: Welke praktijken vormen een risico voor infectie voor kinderen? Welke praktijken zouden in de plaats van die risicopraktijken moeten komen? Welke leden van de gemeenschap moeten worden aangesproken? Hoe kunnen mensen gemotiveerd worden om hun praktijken te veranderen? En welke communicatiekanalen en welke materialen zijn het meest effectief om gedragsverandering te bewerkstelligen. Op basis van de antwoorden kan een interventieplan worden opgesteld. Het onderzoek in Bobo-Dioulasso vormt aldus een model voor hygiëne-promotieactiviteiten elders.

Dit boek is vanzelfsprekend interessant voor mensen die toegepast onderzoek (willen) doen op het vlak van diarree. Het geeft uitstekende handvaten om zo'n onderzoek op te zetten, het leert de juiste vragen te stellen en uitkomsten van onderzoek relativerend te benaderen. De kritische stellingname ten aanzien van gangbare visies over hygiënisch gedrag zijn verkwikkend. Het boek is bijzonder omdat het erin slaagt een symbolisch antropologische interpretatie van hoe mensen omgaan met onreinheid te verbinden met een toegepaste doelstelling en bij te dragen aan de preventie van ziekten die met diarree gepaard gaan. Het feit dat de auteur zich nogal eens herhaalt wordt haar

in dat licht vergeven. Maar ondanks de maatschappelijke relevantie van het onderwerp is natuurlijk niet iedereen in poep en diarree geïnteresseerd. Als voorbeeld van toegepast medisch antropologisch onderzoek is het boek echter van belang voor iedereen die zich met preventie en voorlichting bezighoudt. De vragen die gelden voor het omgaan met poep kan men ook stellen voor andere fenomenen waarin het gedrag van mensen en hun motivatie om dat gedrag te veranderen de centrale rol innemen.

Ria Reis

R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good & A. Kleinman, *World mental health. Problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press. 1995. 382 pp., index, adressenlijst. \$ 39,93 (hard cover).

De auteurs proberen in dit boek de belangrijkste problemen en mogelijke oplossingen in kaart te brengen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. Met een stijgende levensverwachting neemt daar ook de incidentie van psychische problemen toe. Tot voor kort ging de aandacht van beleidsmakers op het gebied van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden vooral uit naar vermindering van de mortaliteit ofwel de kwantiteit van leven. De auteurs bepleiten meer aandacht te geven aan de kwaliteit van leven, aan morbiditeit en disfunctie, waartoe ook de psychische problematiek behoort.

Dit boek is het resultaat van een twee jaar durend onderzoek door leden van de afdeling Social Medicine van de Harvard Medical School. Het poogt de stand van zaken weer te geven ten aanzien van psychische en psychiatrische ziekten en gedragsstoornissen in ontwikkelingslanden. Elk hoofdstuk neemt een specifiek thema onder de loep dat op diverse niveaus wordt beschreven en geanalyseerd. Zowel het individueel niveau, de dorpsgemeenschap als de brede (inter)nationale sociaal-maatschappelijke context komen aan de orde. Ten slotte dragen de auteurs oplossingen aan voor de besproken problematiek.

Hoofdstuk 1 geeft een beschrijving van sociale, politieke en economische factoren die bijdragen aan de wereldwijde toename van psychische stoornissen. Ook wordt nogmaals aangegeven hoe globale of regionale processen hun invloed hebben op het (psychisch) welzijn in kleine gemeenschappen.

In hoofdstuk 2 wordt een beeld gegeven van de wereldwijde incidentie en prevalentie van de belangrijkste psychische stoornissen, zoals schizofrenie, stemmingstoornissen en angststoornissen. Ook gaat het in op de reeds aanwezige (lokale) voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Deze verschillen sterk per land. Westers-georiënteerde psychiatrische voorzieningen zijn schaars in vergelijking met de geïndustrialiseerde landen. Zo is er in de Verenigde Staten op elke 5.000 inwoners 1 psychiater actief, terwijl er in geheel Zimbabwe 10 psychiaters voor 10 miljoen mensen zijn. Dit betekent dat mensen met psychische problemen veelal gebruik zullen maken van het plaatselijke, traditionele gezondheidszorgsysteem. In vrijwel elk etnomedisch systeem worden psychische stoornissen wel herkend als afwijkend van normaal en ook behandeld. Een afgegrensd domein van psychische stoornissen bestaat er

echter meestal niet. Traditionele genezers werken vanuit zeer uiteenlopende culturele theorieën en behandelvormen. Op het vlak van de zorg en behandeling neemt de familie vaak het leeuwendeel voor zijn rekening.

Hoofdstuk 3 en 4 behandelen suïcide en middelenmisbruik. Cijfers over suïcide zijn gezien het stigma wat hier wereldwijd vaak aan kleeft moeilijk te verkrijgen. Duidelijk is wel dat het in veel ontwikkelingslanden een behoorlijk probleem is. Soms zijn het cultureel gesanctioneerde of opgelegde gebeurtenissen (zoals in het geval van India's hindoeïstische weduwen) of sociale conflicten (bijvoorbeeld over bruidsschaten), maar veelal spelen psychopathologische factoren de hoofdrol als oorzaak van suïcide. Opvallend zijn de (nog niet verklaarde) cijfers van Tamils in Sri Lanka en India die het hoogste suïcidepercentage ter wereld kennen. Dat geldt ook voor het feit dat in China in tegenstelling tot elk ander land ter wereld vrouwen vaker suïcide plegen dan mannen. Ook drugsmisbruik is een wereldwijd probleem dat snel groeit en waar in ontwikkelingslanden nog slechts weinig tot geen behandelvoorzieningen voor zijn.

Hoofdstuk 5 en 6 gaan over twee factoren die leiden tot aanzienlijke psychopathologie: geweld en vluchten. Gevolgen van psychotrauma's worden weergegeven alsook de veelal reeds bekende psychische gevolgen die het vluchten met zich meebrengt.

In de drie hoofdstukken die hierop volgen komen de specifieke psychische problemen aan de orde bij respectievelijk kinderen, vrouwen en ouderen. Bij kinderen valt vooral op dat ten gevolge van een geringere kindersterfte de kinderpsychiatrische stoornissen aanzienlijk toenemen zonder dat hiervoor reeds goede zorg is opgezet. Bij vrouwen blijkt dat wereldwijd de psychosociale belasting hoger ligt dan bij mannen. Mede hierdoor komen psychische stoornissen zoals depressie vaker voor. Geweld tegen vrouwen is in ontwikkelingslanden zeker niet minder frequent dan in het Westen, eerder gaat het tegenovergestelde op. Ook voor ouderen geldt zoals voor kinderen dat deze bevolkingscategorie in ontwikkelingslanden fors in omvang toeneemt. Dit heeft gevolgen voor het voorkomen van leeftijdsgebonden stoornissen zoals verschillende vormen van dementie. Voor de gezondheidszorg is dit een extra kwetsbare groep omdat door migratie en de toenemende toetreding van vrouwen op de arbeidsmarkt het steunsysteem steeds minder wordt.

Het wat warrige tiende hoofdstuk getiteld *Behavior and health* is een samenraapsel van diverse onderwerpen. Ze variëren van het roken van sigaretten en eetgedrag tot de blootstelling aan toxische stoffen en de gevolgen van AIDS.

De auteurs sluiten het boek af met hoofdstukken over de belangrijkste conclusies en beleids- en onderzoeksvoorstellen. Hun boodschap is duidelijk. Psychische problemen in ontwikkelingslanden nemen fors toe. Hun aanbevelingen zijn gericht op het verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg vooral via lokale initiatieven. Wat betreft onderzoek pleiten ze onder meer voor verdergaand epidemiologisch onderzoek en voor het opzetten van 'culturally informed databases'.

Al met al lijkt dit boek in eerste instantie een saai beleidsdocument, maar door voortdurend allerlei onderzoeksresultaten kort aan te geven krijgt het toch meer leven. Merkbaar is dat de samenstellers op twee gedachten hinken. Enerzijds willen ze verslag doen van de feiten over aard en omvang van psychische stoornissen, anderzijds lijkt het ook een beleidsstuk waarin aangegeven wordt op welk vlak nader onderzoek

verricht moet worden en om welke wijze de zorg verbeterd kan worden. Hoe dan ook de auteurs zijn er redelijk in geslaagd een overzichtswerk te leveren over de geestelijke gezondheid(szorg) in ontwikkelingslanden. Ook kan het als inspiratiebron dienen voor onderzoekers en studenten die op zoek zijn naar een onderzoeksthema op dit terrein. Handig is daarbij de vrij uitgebreide lijst met namen en adressen van internationale deskundigen met vermelding van hun deskundigheidsgebied.

Mario Braakman

Jefferson M. Fish, *Culture and therapy. An integrative approach*. Northvale/London: Aronson, 1996. xvi+320 pp., index. \$ 50.00 (hard cover).

Er zijn het laatste decennium diverse publicaties over transculturele psychotherapie en counseling verschenen. Vaak zijn deze ingebed in een bestaande psychotherapeutische stroming, bijvoorbeeld de gezinstherapie (McGoldrick et al. 1996) of psychoanalytische psychotherapie (Grinberg & Grinberg 1989, Akhtar 1995). Jefferson Fish is hoogleraar psychologie en psychotherapiesupervisor aan een Amerikaanse universiteit met jarenlange ervaring als gedragstherapeut en systeemtherapeut. Hij poogt met dit boek psychotherapie in een socioculturele context te plaatsen. Hij hanteert daarbij een basishouding van 'pragmatisch iconoclasmé' (vrij vertaald als "Laat je niet ringeloren door theorieën, probeer alles uit en behoudt wat werkt" [p. xii]). Hij omschrijft zijn benadering als "sociocultural interactional cognitive environmental determinism" (p. xiii).

Het boek bestaat uit vier delen. Het eerste deel is een theoretische autobiografie, waarin hij in een kleine honderd pagina's zijn subjectieve, professionele ontwikkeling schetst, en ingaat op de vier belangrijke stromingen die zijn denken beïnvloedden. Achtereenvolgens zijn dat de psychoanalyse, de leertheorie, de culturele antropologie, en uiteindelijk de systeembenadering. Aanvankelijk was hij sterk gericht op de psychoanalytische theorie, maar hij richt zich al spoedig op de gedragstherapie. Hij legt uitgebreid uit waarom gedragstherapie naar zijn idee te prefereren was boven de gangbare Freudiaanse of Rogeriaanse therapie. Hij gaat op diverse plaatsen in het boek in op de tekortkomingen van de psychoanalyse: de concepten zijn niet verifieerbaar, het causaliteitsbegrip is ouderwets, er wordt teveel nadruk gelegd op de betekenis van gedrag in plaats van het actuele proces waarin dat gedrag plaatsvindt, en de premisse dat volwassen gedrag grotendeels gebaseerd is op ervaringen uit de kindertijd, is onhoudbaar (p. 40-42).

De beïnvloeding door de antropologie ontstond door een verblijf in Brazilië met zijn echtgenote, een antropologe die veldwerk deed bij een Amazonevolk. Fish was in die periode visiting professor aan een Braziliaanse universiteit, waarvan hij vermakelijke anekdotes geeft. Aan het eind van dit autobiografische deel geeft Fish zijn vijf therapeutische principes weer. Deze zijn samen te vatten in: probeer iets nieuws en zie wat er gebeurt; verander de opvattingen van de cliënt en zijn systeem over het probleemgedrag; verander de interactionele context waarin het probleemgedrag plaatsvindt; bewerkstellig veranderingen in gedrag, dat is belangrijker dan veranderingen in cognitie, en neem de socioculturele context in de analyse mee.

Het tweede deel van het boek gaat in op sociale en culturele factoren. Een hoofdstuk gaat over cultuur en maatschappij, kernbegrippen in de sociale wetenschappen, en persoonlijkheid, kernbegrip in de psychologie. Het geheel maakt een weinig uitgewerkte indruk. Pogingen om deze theorie om toe te passen op de psychotherapeutische praktijk verzanden in het daaropvolgende hoofdstuk, omdat Fish voortdurend stelling neemt tegen vooronderstellingen van gevestigde psychotherapeuten. Hij verzet zich tegen de opvatting dat de therapeutische situatie een microkosmos is die de psychologische wereld van de cliënt reflecteert. Daarmee veronachtzaamt men de reële problemen. Veel psychotherapie, vooral als het wat langer duurt, is eigenlijk overbodig, en kan volgens Fish zelfs schadelijk zijn. In een lang hoofdstuk legt hij vervolgens uit dat het begrip ras niet louter op biologische parameters stoelt, maar cultureel geconstrueerd is.

De laatste twee delen, over gedragstherapie en over systeembenadering, zijn verzamelingen van kleine hoofdstukken die over diverse thema's gaan, variërend van het maken van een gedragstherapeutische functie-analyse, de vraag of verandering een geleidelijk of discontinu proces is, tot de rol van paradoxale interventies in de psychotherapiesupervisie. Over cultuur gaat het dan allang niet meer.

Ik heb grote moeite met dit boek. Het werk is doordeesemd van onverbloemd Amerikaans optimisme en pragmatisme. Met ongeloof las ik hoe Fish bijvoorbeeld de therapeutische techniek van 'reframing' aanbeveelt: "Just turn everything upside down (applied iconoclasm): bad is good and good is bad; advantages are disadvantages, and vice versa, and so on until something usefull emerges" (p. 67). Weliswaar levert zijn frisse houding zo nu en dan rake passages op. Zo stelt hij dat voor veel psychotherapeuten de theorie fungeert als een seculiere religie ("a shared symbolic system that organizes communication with their professional reference groups and gives meaning to their lives" [p. 36]). Ik mis echter de theoretische diepgang en reflectie. Zo is er geen aansluiting met wat er al eerder over transculturele psychologie en psychotherapie is geschreven. In de literatuurlijst staat geen enkele verwijzing naar tijdschriften als de *Journal of Cross-Cultural Psychology* of *Transcultural Psychiatric Research Review*. Ook de aansluiting met de sociale wetenschappen ontbreekt. Als het over culturele antropologie gaat wordt steeds verwezen naar het cultureel materialisme van Marvin Harris. Andere, en meer gangbare, stromingen binnen de antropologie noemt hij niet. Dat er zich de afgelopen decennia een subspecialisme binnen de culturele antropologie heeft ontwikkeld dat zich met ziekte en gezondheid bezighoudt lijkt hem volkomen te zijn ontgaan. Dat is jammer want daarmee is *Culture and therapy* weliswaar tot een persoonlijk en soms enthousiasmerend boek geworden, maar mist het een goede theoretische inbedding. De verwachting die uit de ondertitel spreekt als zou het om een integratieve benadering gaan, maakt Fish niet waar. Ik raad mensen die zich willen oriënteren op transculturele psychotherapie dan ook niet aan om met dit boek te beginnen.

Peter Ventevogel

Literatuur

Akhtar, S.

- 1995 A third individuation: immigration, identity, and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 43: 1051-84.

Grinberg, L & R. Grinberg

- 1989 *Psychoanalytic perspectives on migration and exile*. New Haven: Yale University Press.

McGoldrick et al. (eds)

- 1996 *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford.

Robbie Davis-Floyd & Gloria St. John, *From doctor to healer. The transformative journey*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1998, 309 pp., index.

De waarden van de geneeskunde komen overeen met de dominante waarden van de cultuur waarin zij opereert. In een westerse (Amerikaanse) cultuur domineren wetenschap en technologie, economisch voordeel en patriarchale instituties. Het medisch systeem dat hierin functioneert is de technocratische geneeskunde met de bekende successen. Toch is het een gegeven dat heel wat artsen in de marge van dat systeem werken. Ze hanteren een werkwijze die grondig kan verschillen van de dominante benaderingswijze, dikwijls dan nog tegen materieel eigenbelang in. Wat drijft hen er toe om 'alternatief' te werken en welke de kenmerken heeft die 'andere' geneeskunde? Op deze vragen wil dit boek een licht werpen.

Robbie Davis-Floyd is cultureel antropoloog en publiceerde over de technocratisering van de verloskunde. Gloria St. John heeft al vijftientig jaar ervaring in ziekenhuismanagement, maar raakte in het onderwerp geïnteresseerd na genezing door een homeopaat. Ze publiceert regelmatig over holistische geneeskunde. De kern van hun onderzoek vormen uitgebreide interviews met veertig artsen die de 'overstap' maakten, aangevuld door andere getuigenissen en literatuurgegevens. Hiermee is de methodologische beperking aangegeven. De gegevens in dit boek zijn niet rechtstreeks waargenomen, maar resulteren uit getuigenissen. De auteurs beamen dit ruiterlijk: "Since this book is based on interviews, not on ethnographic observation of actual practices, here we can only take them at their word" (p. 208).

Het boek streeft daarenboven niet naar een neutrale weergave, maar wil artsen in de richting van het holisme aanmoedigen. "It is my hope that this book will encourage doctors who are awakening to the limits of their training in Western Medicine to feel supported by those who have responded to the call to become the healers they were born to be" (p. 7), schrijft St. John. Als lezer voel je dan ook de hele tijd dat je wil stelling nemen. Tegenover de 'technische' geneeskunde plaatsen de auteurs de holistische geneeskunde bijna als het tegengestelde ervan. Door hun interviews heen ontwaarden zij echter nog een 'tussenpositie', de humanistische geneeskunde. Het is de positie van hen die weliswaar binnen de 'technogeneeskunde' functioneren, maar zich onderscheiden door een zeer individuele en respectvolle benadering van patiënten.

Een analyse van deze drie posities neemt de eerste helft van het boek in beslag. Een formeel schema met telkens twaalf eigenschappen en een trefwoord vormt de leidraad van de uiteenzetting. De tweede helft van het boek bespreekt de overstap die dokters maken naar de holistische geneeskunde, de dagelijkse praktijk en toekomstperspectieven van deze geneeskunde.

Indien artsen kiezen voor alternatieve geneeskunde, moeten er beperkingen liggen in de successen van de technogeneeskunde. De auteurs beschrijven de grondtrekken van die geneeskunde. Het trefwoord is separatie, scheiding van lichaam en ziel. De ziekte staat los van de context, het laboratoriumexperiment los van de leefomgeving. Het is de geneeskunde van de 'high tech, low touch'. Hierin worden technische prestaties overgewaardeerd, oefenen standaarden gezag uit. Hier is "the doctor (...) the authority, the patient lacks responsibility" (p. 33). De auteurs tonen aan hoe deze geneeskunde rond de eeuwwisseling in de Verenigde Staten aan de macht is gekomen en de rol die het zogenaamde Flexner-rapport uit 1910 hierbij speelde. Zeer herkenbaar voor wie het heeft meegemaakt, is vervolgens de beschrijving van de medische opleiding als een rite de passage. De student wordt geïsoleerd van zijn levensbeschouwingen, van zijn gevoelens tegenover lijden en sterven en wordt gedisciplineerd wordt. Men denke aan het zinloze memoriseren van koolstofketens in de basisopleiding of aan de urenlange herhaalde handelingen tijdens de klinische opleiding, zoals het bloeddruk meten, die eigenlijk niets met vorming te maken hebben. "What was mental overload in the first two years becomes physical exhaustion in the last four" (p. 61). De auteurs stellen verder vast dat het vrouwelijke aspect van genezen hiermee in de verdrukking komt, waardoor heel wat vrouwelijke artsen zich juist gaan waarmaken als 'overachievers'. Maar het is ook duidelijk dat deze gang van zaken de basis vormt van een weerstand die bij studenten reeds begint te groeien.

Tijdens de interviews bleek een aantal artsen helemaal niet holistisch te werken, maar toch ook niet echt te passen in het courante medische discours. Dit bracht de auteurs ertoe een derde positie te introduceren voor artsen die weliswaar volledig in het gangbare medisch discours functioneren, maar toch een andere houding tegenover hun patiënten innemen: de 'humanistische' geneeskunde. Het trefwoord is hier connectie of verbinding. Centraal is de relatie van de arts tegenover zijn patiënt, zijn erkenning van diens problematiek, de helende kracht van die. "If the man can begin to feel recognised (...) the hopeless nature of his unhappiness will have been changed" (p. 94). Op microniveau klinkt hier de problematiek van maximale nabijheid met behoud van distantie, "the struggle to balance professional distance and personal relationship" (p. 94). Op macroniveau komt hier de strijd in onze samenleving tussen wetenschap en cultuur, technologie en humanisme aan het licht. De kracht van de humanistische geneeskunde bestaat er voor de auteurs in dat ze de technogeneeskunde van binnenuit kan hervormen.

De holistische geneeskunde situeert zich vrijwel helemaal buiten de grenzen van de technogeneeskunde. Het trefwoord is integratie. "Holistic healers reintegrate not only body, mind and spirit, but also medicine and religion" (p. 115). Hier bestaat er een één-worden van arts en patiënt in de therapeutische relatie. Hier tellen niet de technische prestaties, maar het wederzijds beïnvloeden ten goede (het vrouwelijke vervloei-

ende principe) waarbij de patiënt verantwoordelijk is voor zijn lichaam (tegenover de institutionele verantwoordelijkheid in de courante geneeskunde). Beschouwt de technogeneeskunde ziekte als een invasie van buiten uit, in het holisme komt het er op aan iemand van binnenuit te versterken. Het vloeiende principe leidt er ook toe dat het holisme zich niet houdt aan één paradigma. "Fluid thinkers often plunge into one paradigm or another for a time, incorporating its wisdom into their worldview" (p. 145). Het is dan ook geen wonder dat het holisme de rijkste variatie aan benaderingswijzen kent onder de drie posities!

De overstap naar het holisme is voor een arts niet vanzelfsprekend. Er is het perspectief van de isolatie van de peer group. Geen van de geïnterviewden heeft nog een noemenswaardige medische positie. Er is inkomensverlies en juridische onzekerheid. Het worden van een holistisch-werkende arts is opnieuw best te begrijpen als een rite de passage waarbij de beperkingen van de courante medische praktijk, persoonlijke levenscrisis of ziekte, sociaal of spiritueel ontwaken van wat reeds op de achtergrond leefde, als katalysator kunnen werken. Van vijf artsen krijgen we vervolgens het relaas van hun 'transformative journey'. Elk van hen komt uiteindelijk in een situatie van vertrouwen en overgave tegenover het proces dat zich in hen ontvouwt. Deze artsen beleven hierin het vrijkomen van energie zoals nooit tevoren.

Een volgend hoofdstuk bespreekt het holisme in de dagelijkse praktijk. Hoe kunnen deze artsen de problemen van inkomens- en statusverlies aan? Hoe beschermen ze zich tegen juridische vervolging of isolatie van de peer group. Een steun voor velen is de American Holistic Medical Association. Maar het meest steun vinden ze in de kracht die ze uit hun persoonlijkheid putten. "The collaborative model of care (...) eliminates the sense of separation (...) in an environment where trust and agreements rather than obedience to the standard of care govern the healing interaction" (p. 236).

In een afsluitend hoofdstuk wordt benadrukt dat het holisme sturend werkt op scheef lopende ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals het consumentisme met enkel oog op directe behoeftebevrediging, of de 'managed care' waarbij geen plaats meer is voor onafhankelijk werkende (huis)artsen. Een (overtuigend) voorbeeld van mogelijke integratie van holisme in de geneeskunde is dat van de chirurg die de patiënt onder anesthesie behandelt alsof deze bewust erbij is. "Pre-operative visualization would set the patient up for success; and family members would be waiting in the post-operative recovery room. In other words, the underlying principle of separation would be replaced with connection and integration" (p. 255).

Dit boek heeft een boodschap, die uitnodigt tot stellingname. Zeker als je dagelijks in de medische praktijk staat, wil je je tegenover dit boek voortdurend situeren. Voor mij als eenvoudige huisarts is het een uitgemaakte zaak om de humanistische geneeskunde te onderschrijven. Hier situeren zich trouwens de grote voorbeelden van de huisartsgeneeskunde. Maar tegelijk is het de ervaring van vele huisartsen dat deze humanistische positie in de wetenschappelijke huisartsenpublicaties aan belang inboet. Ook hier gelden meer en meer standaardisering, informatisering, uniformering. Maar de holistische positie roept bij mij een grote ambivalentie op bij het lezen van het boek. Aan de ene kant is er de niet aflatende indruk van oppervlakkigheid. Is het wel zo eenvoudig als de auteurs het voorstellen? Genezen oorontstekingen met een melkarm dieet? En

wat te denken van de stellingname dat alles één wordt en distincties niet belangrijk zijn (“No sharp divisions, or distinct boundaries”). Bestaat goede diagnostiek er niet juist in het maken van het goede onderscheid, om als het ware met een uitgebreide klinische woordenschat naar de patiënt toe te treden? Dat is trouwens een werk dat soms veel tijd kan vragen en niet past in de opvatting dat “in twenty-five minutes, we literally can get right to the core” (p. 213). Trouwens, wanneer weet je dat je de kern van iemands probleem hebt geraakt? Ben je niet méér ‘fluid’ als je ervan uit gaat dat die ‘kern’ er niet is of onbereikbaar is? Klinkt er niet méér respect door voor de patiënt als je hem benadert als iemand die toch altijd de vreemde zal blijven, dan als je met hem een “sacred dance between physician and patient” (p. 214) begint? En wat te denken van principe veertien van de AHMA: “Unconditional love is life’s most powerful emotion. Holistic physicians strive to adopt an attitude of unconditional love for patients, themselves, and other practitioners” (p. 210)? Op een jaarlijkse bijeenkomst van die vereniging gaan tweehonderd vijftig artsen op extatische wijze met de armen in de lucht zingen: “I got the healin’ spirit. Way down deep in my soul” (p. 5). Dit staat me te ver af van de klinische ervaring, die om voortdurende waakzaamheid vraagt.

Aan de andere kant voel je echter bewondering voor die collega’s die als pioniers van het rechte pad af, de marge van de geneeskunde zijn binnengestapt. Hun werk toont de grenzen van de geneeskunde scherper, brengt een nieuwe taal binnen in de geneeskunde met soms onverwachte perspectieven. Dit laatste wordt door enkele casussen in het boek treffend geïllustreerd. Het boek appelleert verder aan een belangrijke imperatief namelijk dat artsen met hun patiënten coalities moeten aangaan en spoort je daar op een wonderlijke manier toe aan. Het vreemde aan dit boek is dat je als arts weer méér plezier krijgt in je werk.

Tom Jacobs

Alard Joosten, *Psychosociale verklaringen voor klachten in huisarts-spreekuur-gesprekken: een gespreksanalytische studie*. Groningen: Vakgroep Taal en Communicatie Rijksuniversiteit Groningen, 1997. Groningen Series on Language Use and Communication. 220 pp. + bijlagen, bibliografie, registers. f 40,00. Te verkrijgen door overmaking van dit bedrag op postgiro 2989960, t.n.v. Taalcom Groningen, o.v.v. Gluc 4.

Alard Joosten doet in dit proefschrift verslag van zijn onderzoek bij de Vakgroep Taal en Communicatie (voorheen Taalbeheersing) van de Rijksuniversiteit Groningen. Qua (sub-)discipline is dit onderzoek te plaatsen binnen de linguïstische pragmatiek of de interactionele sociolinguïstiek. Hierbinnen heeft Joosten zich in hoofdzaak georiënteerd op de conversatie-analyse. De studie is gericht op het taalgebruik van huisartsen en patiënten tijdens het spreekuur. “Ik probeer door middel van het taalgedrag van huisartsen en patiënten te onderzoeken hoe zij bepaalde aspecten van de interactie en hun relatie vormgeven. Door middel van analyses van taalgedrag probeer ik uitspraken te doen over het sociaal-psychologisch handelen van huisartsen en patiënten” (p. 3). De aandacht is hierbij in het bijzonder gericht op de vraag: “Op welke wijze brengen huisartsen en patiënten tijdens het consult lichamelijke klachten in verband met psycho-

sociale oorzaken?” (p. 49). De studie is gebaseerd op video-opnamen van in 279 consulten van acht huisartsen. Vierentwintig opnamen daarvan werden vanwege hun relevantie voor de bovengenoemde vraagstelling geselecteerd voor nadere studie.

Het boek is ingedeeld in negen hoofdstukken. De eerste drie hebben een inleidend karakter: een zeer korte inleiding, een literatuuroverzicht over eerder onderzoek naar huisarts-patiënt-interactie en een kort overzicht van de conversatie-analyse, een uitwerking van de vraagstelling, inclusief een bespreking van eerder onderzoek naar psychosociale problemen in de huisarts praktijk, en een beschrijving van de materiaalverzameling en de corpusselectie. Daarna volgen de substantiële hoofdstukken. Hoofdstuk 4 gaat over de psychosociale verklaringen die patiënten naar voren brengen in hun klachtpresentaties. Joosten introduceert hierin een onderscheid tussen expliciete en impliciete psychosociale verklaringen. In het eerste geval leggen zij expliciet, zij het voorzichtig, een causale connectie, terwijl ze in het tweede geval nog voorzichtiger te werk gaan en deze alleen maar suggereren, bij voorbeeld door na een lichamenlijk klacht ook psychosociale omstandigheden ter sprake te brengen. De expliciete verklaringen worden vervolgens in hoofdstuk vijf behandeld en de impliciete in hoofdstuk zes. Hoofdstuk 7 gaat over de sturing door huisartsen naar psychosociale verklaringen, waarna hoofdstuk 8 ingaat op de consequenties van psychosociale verklaringen voor advies of behandeling. De conclusies van het onderzoek zijn opgenomen in hoofdstuk 9. Het boek sluit af met een bibliografie, twee registers en enkele bijlagen.

Wat deze studie oplevert, is een verkennende procesbeschrijving van de manieren waarop huisartsen en patiënten een mogelijk psychosociale achtergrond van een in eerste instantie als lichamenlijk gekarakteriseerde klacht te sprake brengen. Het is daarbij een opvallend, hoewel niet verbazingwekkend resultaat dat beide partijen dit erg *omzichtig* doen. Ze laten zien dat ze zulke verklaringen delicaat achten. Verder blijkt dat beiden “gericht zijn op het oordeel van de ander” waar het gaat om het vanuit psychosociale achtergronden verklaren van zo’n klacht. Zulke verklaringen “worden interactieel als een gezamenlijke activiteit geconstrueerd.” Als patiënten expliciet of impliciet een psychosociale verklaring formuleren of suggereren doen ze dit op een manier die je proberenderwijs zou kunnen noemen. Ze bieden deze als het ware ter professionele beoordeling aan de arts aan. Het blijkt dat de artsen deze geïnitieerde verklaringen van patiënten overwegend accepteren, zij het opnieuw met de nodige voorzichtigheid en vaak niet meteen, maar pas later in het consult en/of na het vergaren van nadere informatie. Ook als artsen zelf met een psychosociale verklaring komen, doen zij dat op een voorzichtige manier in een vraagvorm en niet als een objectieve constatering, zoals bij somatische verklaringen. Die vragen zijn verschillend van aard en hebben een verschillende uitkomst. ‘Oorzaakzoekende’ vragen hebben – in het onderzochte corpus – geen succes; ‘oorzaakverifiërende’ soms wel en soms niet. De ‘delicaatheid’ die in deze consulten aan psychosociale verklaringen wordt gegeven, lijkt een complexe achtergrond te hebben. Deze heeft zowel te maken heeft met het raken aan de intimiteit, of ten minste de privé-sfeer van de patiënt, als aan de aard van de expertise-verdeling. De arts heeft medische expertise, terwijl de patiënt over intieme kennis aangaande zijn of haar privé-sfeer beschikt. Het is opvallend en enigszins paradoxaal dat in de onderzochte consulten, waarin bij lichamenlijke klachten een psychosociale verklaring ter sprake is ge-

bracht, toch altijd een somatisch-georiënteerde behandeling of advies wordt gegeven, terwijl psychosociaal gerichte adviezen of doorverwijzingen vrijwel niet voorkomen in het materiaal. Joosten heeft aan het eind van zijn boek korte paragrafen opgenomen over praktische implicaties (vooral: "wees expliciet") en suggesties voor nader onderzoek (onder andere een vergelijking van psychosociale en somatische verklaringen).

Dit proefschrift biedt een interessante verkenning van een voor (het begrijpen van) de medische praktijk belangrijk onderwerp. Het is beperkt van focus en in het verwerkte materiaal, maar die beperkingen worden volmondig erkend. Helaas is het wat moeizaam geschreven.

Paul ten Have

Cigdem Kagitcibasi, *Family and human development across cultures. A view from the other side*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd, 1996. 233 pp., index. £17,50 (paperback), £39,95 (hard cover).

Cigdem Kagitcibasi is een internationaal bekend psychologe afkomstig uit Turkije. Zij is hoogleraar aan de Koc universiteit te Istanbul en voormalig presidente van de International Association of Cross Cultural Psychology. Zij heeft veel gepubliceerd op het gebied van cross-culturele psychologie.

De ondertitel geeft aan dat zij een niet-westers perspectief hanteert. De titel geeft daarmee indirect kritiek op de culturele gebondenheid en de daarmee samenhangende beperkingen van de Euro-Amerikaanse psychologie. De combinatie van een Turkse opvoeding en studie in de Verenigde Staten heeft haar de verschillen tussen de beide culturen zelf doen ervaren. Dit beschrijft zij op persoonlijke wijze in het voorwoord. Ook in het theoretische deel van haar boek is deze kritiek op de culturele gebondenheid van de Euro-Amerikaanse psychologie terug te vinden. De huidige universeel geldend geachte theorieën zijn overwegend gebaseerd op westerse uitgangspunten, zoals het benadrukken van het individu. Kagitcibasi gaat uit van een cross-culturele, contextuele benadering. Ze zoekt een manier om cognitieve competentie en zelfontwikkeling te vergroten waarbij autonomie en samenhang met de context in balans zijn. Het is een benadering van verandering die niet uitgaat van een toenemend individualisme, zoals de westerse modellen, maar juist van een balans tussen individualisme en sociale interafhankelijkheid. Haar kritiek op het individualisme en nadruk op de waarde van verbondenheid ('relatedness'), en haar model van emotionele interafhankelijkheid zijn een aanvulling op de bestaande benaderingen. Deze visie komt in haar hele boek terug, zowel in het theoretische als in het praktische deel.

Het eerste gedeelte van *Family and human development across cultures* is theoretisch van aard. Het dient als onderbouwing voor het tweede gedeelte van het boek. Daarin beschrijft ze haar onderzoeksproject, het 'Turkish Early Enrichment Project'. De onderwerpen die de auteur in dit deel behandeld zijn de contextgebondenheid van psychologische ontwikkeling, het belang van socialiseren voor cognitieve competentie binnen verschillende ecologische en socio-economische contexten, de verschillende visies van cultuur op het zelf en het individu, en veranderingen binnen de familie. Een

van de boeiendste gedeelten was voor mij het hoofdstuk over de verschillende concepten van het zelf. Daarin behandelt zij de stellingname van Geerts dat de basis van de psychologie, het individu, feitelijk een westers concept is. Vervolgens beschrijft ze verschillende andere psychologische en antropologische visies op het 'zelf'. Zij gaat op zoek naar mogelijke causale relaties tussen maatschappijvorm en zelf. Ze onderscheidt daarbij culturele contexten waarin menselijke relaties centraal staan zijn en de opvoeding gericht is op het ontwikkelen van een 'relational self' en contexten waarin de ontwikkeling van een 'seperated self' gestimuleerd wordt. Zij concludeert dat het gezin een bepalende rol speelt in de oorzakelijke verbanden tussen het zelf en de maatschappij.

Het tweede deel van haar boek beschrijft haar visie op verandering. Ze maakt daarbij gebruik van haar onderzoek naar 'Early Childhood Care and Education' (ECCE). Dit onderzoek strekt zich uit over de afgelopen tien jaar en richt zich op de verschillende manieren van vroege interventie, waarbij zowel het kind en/of de ouders ondersteund worden. De resultaten zijn indrukwekkend bij een combinatie van interventies, bijvoorbeeld van educatieve dagopvang voor de peuter of kleuter met training van de moeder. Hierbij gaat het niet alleen om verbetering op korte termijn van studieresultaten van het kind in het vervolgonderwijs, maar ook om verbetering van de communicatie binnen het gezin, van autonomie en zelfvertrouwen en van status van de vrouw ten opzichte van haar echtgenoot. Zowel de moeders als de kinderen scoorden hoger op het gebied van welzijn.

Het praktijkgedeelte van het boek zou eigenlijk voor alle beleidsmakers verplichte kost moeten zijn. Het is een antwoord op de steeds zichtbaardere kloof tussen de eerste en tweede generatie migranten, maar mogelijk eveneens een antwoord op de tweedeling in onze maatschappij. De resultaten van het onderzoek zijn een goede tegenhanger op de sombere berichten van de 'zwarte scholen', waarbij de hopeloosheid van deze groep voorop staat. De doelgroep van het onderzoek zijn mensen uit de lagere sociale klasse met weinig mogelijkheden. Het boek maakte mij enthousiast over de getoonde mogelijkheden, maar ik werd mij ook bewust van het feit dat interventie op één niveau of doelgroep weinig doelmatig is, dat bepaalde structuren en regels binnen een maatschappij invloed hebben op interafhankelijkheid en individualisme. Zo noemt Kagitcibasi de studiefinanciering in Nederland waarbij kinderen meer geld van de overheid krijgen als zij zelfstandig gaan wonen. Deze maatregel bevordert het individualisme en vermindert de interafhankelijkheid. Met dit voorbeeld laat zij zien hoe het overheidsbeleid indirect bepaalde maatschappelijke tendensen stimuleert.

Het boek is aangenaam leesbaar. Alle hoofdstukken zijn inzichtelijk onderling verbonden en refereren op heldere wijze aan elkaar. De hoofdstukken zijn evenwel ook los van elkaar te lezen, waardoor het boek te gebruiken is als naslagwerk. Ieder hoofdstuk geeft veel informatie en stof tot nadenken. Kagitcibasi gebruikt verschillende theorieën uit de psychologie, sociologie en antropologie en koppelt deze aan elkaar om haar visie op menselijke ontwikkeling uit te dragen. Het is theoretisch goed onderbouwd, maar de hoeveelheid aan theorieën en details komt de leesbaarheid niet altijd ten goede. Kortom, een boeiend boek voor iedereen die geïnteresseerd is in de cross-culturele psychologie.

Lia van Marrewijk

Patrick Meurs & Antoon Gailly (red.), *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil*. Leuven: Acco, 1998. 239 pp. BF 895, f52,75.

Nederlandstalige publicaties die uitgebreid ingaan op de hulpverlening aan migrantengezinnen, zijn dun gezaaid. Zeker als daarbij niet alleen de analyse van de problematiek van de gezinnen de aandacht krijgt, maar ook de hulpverlener en zijn worsteling met de ontmoeting met de 'Ander' en zijn cultuur. *Wortelen in andere aarde* is daarom een welkom boek. De redacteurs zijn antropoloog, maar ook actief betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg voor migranten in België. Voor hen is de culturele dimensie in de psychologische hulpverlening onontbeerlijk. Ze belichamen een constructieve samenwerking tussen culturele antropologie en klinische psychologie. Nederlandse auteurs, met als belangrijkste uitzondering Django Serman, oriënteren zich doorgaans op Angelsaksische schrijvers. De auteurs van deze bundel richten daarentegen hun blikken vooral zuidwaarts. Het ontwikkelde perspectief is behalve aan Winnicott, vooral ontleend aan Belgische en Franse antropologen, psychologen en psychoanalytici, zoals Roosens, Devisch, Devereux, Bion en Nathan. Daarmee ontsluiten zij in ieder geval voor het Nederlandse publiek een aantal schrijvers uit de francofone wereld. Dat is een extra verdienste.

Het boek bevat naast *Inleiding* en *Besluit* van de hand van de redacteurs, vijftien bijdragen. Ze zijn ruim voorzien van casuïstiek en ondergebracht in drie delen: *Bemiddelen en verbinden*, *De cultureel 'andere' ontmoeten* en *Verweven in ruimere contexten*. Deze indeling is enigszins arbitrair en markeert met name in het tweede en derde deel hoofdzakelijk accentverschillen. De negentien auteurs, hoofdzakelijk van Belgische herkomst, zijn allen betrokken geweest bij een reeks maandelijks uitwisselingsbijeenkomsten rond de hulpverlening bij gedragsstoornissen van adolescenten uit migrantengezinnen. Dit vormt de basis van het boek. De bijdragen beschrijven zowel de ambulante en residentiële jeugdhulpverlening als de geestelijke gezondheidszorg. Een deel is beschrijvend van aard. Zo worden bemiddelingsprojecten in de gezondheidszorg en de jeugdhulpverlening belicht alsook de ervaringen met ouderbegeleiding en met adolescentie en jongvolwassen cliënten. De overige artikelen hebben een meer beschouwende toon. De bijdragen, waarbij Meurs en Gailly betrokken zijn, zetten daarin de toon. Ik beperk mij tot het aangeven van de belangrijkste thema's.

In de *Inleiding* schetsen Meurs en Gailly de jarenlange geschiedenis van samenwerking en schermutselingen tussen antropologie en psychologie. Het heeft grofweg geleid tot het psychologiseren van de cultuur of het culturaliseren van de psyche. De antropologie heeft onvoldoende aandacht voor het individuele, de psychologie voor het culturele. Het gaat Meurs en Gailly niet om een synthese of de ontwikkeling van een hybride discipline, maar om de verschillen in beide benaderingswijzen te kapitaliseren, creatief aan te wenden. Enkele van de kernthema's van het boek worden hier al zichtbaar: de angst voor of de fascinatie door de ander, die tot afweerreacties leidt, het reductionisme en de vanzelfsprekendheid van het eigen perspectief. Daarbij leggen ze parallellen tussen de ontmoeting van hulpverlener en migrant, en van antropologen en psychologen. De stellingname van de auteurs leidt tot een Scylla en Charybdis-

strategie. In de hulpverlening aan migranten dient zowel aandacht te zijn voor het individuele, het familiale en het culturele, en voor de interactie tussen deze niveaus.

Naast de verwevenheid van individu, sociale gezinsgroep en culturele leefwereld, zijn de transitionele ruimte, de verbondenheid met de oorsprong en het verleden, en cultuur als zingevend en omhullend draagvlak, terugkerende thema's in het boek. Het begrip transitionele ruimte is een kernbegrip en ontleend aan Winnicott. Dit concept verwijst naar "de gelegenheid tot of openheid voor een ontmoeting met de multiculturele realiteit in de migratie". De migratie, maar ook, zo is tussen de regels door te lezen, de hulpverlening aan migranten vraagt een voortdurende inzet om de verschillende culturele dimensies tot ontmoeting te brengen. Het gaat om een *potentiële* ruimte in het spanningsveld van een afgesloten thuiscultuur en een dominante buitencultuur. In verschillende bijdragen komt naar voren hoe belangrijk het is zorg te dragen voor de ontmoeting tussen de verschillende culturele werelden. Daarvoor is niet altijd aandacht, zoals Meurs in zijn bijdrage over ouderbeleiding schrijft. De gangbare, mechanische werkwijze is om achtereenvolgens informatie te verzamelen, diagnose te stellen en een therapievoorstel te doen. Dat gaat voorbij aan de vraag of er eigenlijk wel een therapeutische ruimte is. Het is volgens Vliegen de taak van de hulpverleners om 'in de schoot van een migrantengezinnen' deze ontmoetingsruimte te creëren. Ze moeten daarbij balanceren tussen waarderend invoelen en kritisch afstand houden en daarbij zicht blijven houden op de verwevenheid van het individuele, relationele en culturele.

Meurs en Gailly gaan in *Ontmoeting met cultuurverschillen* vooral in op de angst, fascinatie en twijfels die ontstaan bij de hulpverlener in zijn ontmoeting met de andere cultuur. Deze gevoelens worden hanteerbaar gemaakt door reductionistische modellen. Ze gaan in op de beperkingen van bekende dichotomieën zoals het onderscheid tussen individualistische en collectivistische culturen, tussen stress-somatiserende en stress-psychologiserende culturen, en op de reductie van de migrantencultuur tot 'vierdewereldcultuur', die migranten met autochtone kansarmen gelijkstelt. Ook de vlucht in etnografische kennis plaatsen zij in het teken van de reductie van onzekerheid. Interessant is het aan Devereux ontleende onderscheid tussen interculturele en metaculturele therapie. In het eerste geval gaat de behandeling uit van de kennis van de cultuur van het land van herkomst, in het tweede geval richt deze zich op het zoeken naar oplossingen voor het gemeenschappelijk probleem van ouders en kinderen in hun contact met een vreemde cultuur. Etnografische kennis blijft ondanks alles van belang, zolang deze niet gebruikt wordt om de andere te fixeren in de therapeutische relatie of verschillen te ontkennen.

Gailly, Hernandez en Kahya werken dit thema verder uit. Ze onderscheiden drie projecties of reacties van de hulpverlener op de culturele ontmoeting. Allereerst worden verschillen ontkend onder het motto "Ik begrijp de ander". Ook het tegenovergestelde is het geval. Verschillen worden als onoverbrugbaar gezien: de ander is onbegrijpelijk. De derde reactie is de angst of fascinatie die tot uiting komt in het grenzeloos verzamelen van etnografische kennis, waarbij de hulpvrager tot culturele informant wordt. Cultuur komt dan in beeld als een statisch gegeven dat stukje bij beetje gereconstrueerd en gekend kan worden. Deze reacties hebben gemeen dat ze de migrant het recht op een eigen culturele ruimte ontkennen. De migrant wordt ingesloten, uitgeslo-

ten of opgesloten in een stereotype. Er is geen ruimte voor het liminele, ambivalente en meervoudige van de migratie. Ook Vliegen wijst op de dubbele gevoelens van angst en fascinatie. Ze merkt daarbij de sterke invloed van hypothesen of fantasieën van de therapeut, bijvoorbeeld opgeroepen door 'traditionele' wijze van kleden. Michiels, Schelkens en Vermeulen formuleren bondig de essentie van de migrantenhulpverlening: iedere werkelijkheid, ook die van de hulpverlener, is slechts een partieel beleefde werkelijkheid. Vanuit dat oogpunt gezien is het contact met de ander niet langer een bedreiging, maar verrijking.

Meurs roert in *Verlangen naar verwevenheid met de cultuur van herkomst* een andere heikel discussiepunt aan: de waardering van de gehechtheid aan de cultuur in het land van herkomst, van de actualiteit van de cultuur van 'ginds en toen'. Volgens hem ligt het verlangen naar continuïteit en de verwevenheid met de sociale groep en culturele leefwereld aan de basis van de verwerking van de migratie-ervaringen. Een evenwicht is nodig tussen verlangen naar continuïteit en erkennen van discontinuïteit. Hij ziet diverse vormen van 'bricolage'. Meegebrachte culturele scripten veranderen of blijven identiek, maar worden in een andere culturele context gesteld. Er is een paradox: integratie door behoud van eigen cultuur. "De openheid voor de ontmoeting tussen verschillende culturele perspectieven vergt dat de meegebrachte cultuur stevig verankerd is en blijft in een migrantengezin en dat deze cultuur voor gezin, leden en leefwereld waardevol blijft." Een voorwaarde, waaraan het in onze 'multiculturele' samenleving nogal eens aan ontbreekt.

Een aantal bijdragen (onder andere De Ridder, Verrept, en Vliegen) bespreekt de de interculturele bemiddelaar. Dit concept heeft ook in Nederland sterk terrein gewonnen. Nogal snel is men geneigd bemiddelaars als panacee voor de knelpunten in de hulpverlening in te zetten. Uit het onderzoek van Verrept naar de kwaliteit en effecten van interculturele bemiddeling komt naar voren dat er een gebrek aan vaardigheden en inzichten is bij hulpverleners en bemiddelaars om efficiënt te kunnen samenwerken. Bemiddelaars hebben verder in de hulpverleningsinstellingen een lage status, die hun werk belemmert. Ten slotte gaat de praktijk voorbij aan het gegeven dat de bemiddelaars zelf (tweede generatie-) migranten zijn en dat hun werk de eigen migratieproblematiek kan activeren. Verrept en Vliegen geven aan dat de verwachtingen over de bemiddelaars hoog gespannen zijn. Ten onrechte ziet men hen als probleemoplossers. In de lijn van het boek heffen bemiddelaars voor de hulpverleners de noodzaak om de migrant te ontmoeten niet op, maar vergemakkelijken deze vooral. Verrept wijst overigens op een aspect dat doorgaans over het hoofd gezien wordt: de inschakeling van bemiddelaars ontnemt de allochtone hulpvrager een van zijn weinige machtsmiddelen in het contact met de gezondheidszorg, namelijk het voorwenden van communicatieproblemen.

Bijzondere bemiddelaars zijn de migrantenmoeders. Phalet beschrijft in haar bijdrage over groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse migrantenmoeders, hoe zij zowel bemiddelaars als grenswachters tussen culturen zijn. Enerzijds zijn zij via hun kinderen ontvankelijk voor cultuurcontact, anderzijds ook kwetsbaar voor cultuurvreemde invloeden die juist de moeder-kind-band kunnen schaden. Verlieservaringen uiten zich het scherpst in het onvermogen cultuur door te geven aan de kinderen. De

groeps gesprekken maakten de deelnemers duidelijk dat de Turkse of Marokkaanse cultuur geen vast en onveranderlijk cultureel gegeven is, maar dat er sprake is van culturele verscheidenheid. Zowel het negatieve als het positieve van cultuurverandering en de culturele meervoudigheid van de omgeving, kwam naar voren. Dit inzicht is essentieel, want als “een reële culturele keuzeruimte in het gezin ontbreekt, staan culturele keuzen gelijk met persoonlijk verraad.” Ouders verschansen zich dan in een versteende versie van culturele tradities als plaatsvervangend gezag; kinderen rebelleren en vereenzelvingen zich met hun versie van de dominante cultuur.

Het boek richt zich met name op het migratieproject, waarvoor de migrantengezinnen staan. Door de psychodynamische benadering die veel bijdragen kenmerkt, komt soms even het spanningsveld tussen biografische en contextuele analyse aan het licht, die de werkelijkheid zo mogelijk nog complexer maakt. Zo gaat Ben Driss in op problematiek van jeugdige hulpvragers. Daarbij stelt hij dat de adolescenten alleen te begrijpen zijn in het kader van de migratiegeschiedenis van de ouders. De adolescentie verscherpt individuele en gezinsproblemen en brengt deze naar buiten. De problematiek is echter ook een actualisatie van de vroegere levensgeschiedenis. De kiemen van de adolescentieproblemen liggen volgens hem nogal eens in de zeer vroege kind-ontwikkeling. De dubbele interferentie van migratie met zowel vroegkinderlijke ontwikkeling en als met adolescentie vraagt om een nadere uitwerking, die het artikel helaas niet biedt.

“We zijn allemaal gemigreerd”, zo besluiten Meurs en Gailly hun boek. Niet alleen zijn de migranten op zoek naar een therapeut, ze zijn ook op culturele zoektocht. De psychische en relationele hulpvraag is verweven met deze zoektocht. Dit zoeken verbindt migranten en hulpverleners. Oog krijgen voor de culturele dimensie is daarbij van belang en ook relevant voor de hulpverlening aan autochtonen. Individuatie en zelfontplooiing staan volgens hen zo centraal in de westerse psychotherapie, juist omdat er weinig of geen oog is voor deze dimensie.

Wortelen in andere aarde is een waardevol boek, een verfrissende publicatie uit het Belgische. Het blijft voor hulpverleners praktisch van aard. Het vervalt niet in filosofische bespiegelingen, bijvoorbeeld over de vraag of de ander eigenlijk wel te ontmoeten is en we feitelijk niet altijd onszelf ontmoeten in de ander. Inhoudelijk wordt het vooral gedragen door beide redacteurs. Zij vormen de rode draad in het boek. Zij geven – gelukkig – niet precies aan hoe de samenwerking tussen antropologen en psychologen vruchtbaar kan verlopen, maar bieden wel inzicht in de valkuilen van reductionisme en vanzelfsprekendheden die vermeden moeten worden.

Bij herhaling wordt betoogd dat de betekenis van het boek en zijn benadering verder zou reiken dan de hulpverlening aan migrantengezinnen. De redacteurs geven dat bij hen zelf al doende langzaam een andere kijk op cultuur gegroeid is. Zij zijn tot de conclusie zijn gekomen dat de introductie van de cultuurdimensie ook voor de hulpverlening aan autochtonen een verrijking betekent. Een stellingname die migrantenhulpverleners vaker innemen, maar jammer genoeg ook in dit boek niet met praktijkervaringen staven. Het blijft een boek over de hulpverlening aan migrantengezinnen en niet over cultuur en geestelijke gezondheidszorg. Te meer is dit jammer, omdat het tastbaar maken van deze meerwaarde de migrantenhulpverlening uit haar marginale positie kan

halen. Helaas zijn uitspraken als deze, die al jaren te horen zijn, alleen niet genoeg, waardoor ze al te gemakkelijk tot 'sweeping statements' verworden. Op dit punt maakt het boek een belofte onvoldoende waar, namelijk een gelijkenis te willen tonen met de hulpverlening aan autochtone gezinnen.

De aangesneden thematiek raakt het hart van de migrantenhulpverlening. Uiteindelijk zegt de migrantenhulpverlening, de ontmoeting met de 'Ander' iets over ons zelf. Het houdt ons een spiegel voor. Het is daarom aanbevolen lectuur voor iedereen die betrokken is bij de hulpverlening aan deze bevolkingsgroep. Een reden te meer om de ontwikkelingen in de migrantenhulpverlening in België nauwgezet te blijven volgen.

Rob van Dijk

Anne-Mei The, *Palliatieve behandeling en communicatie. Een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999. 300 pp. f 79,50.

Hoe kan het dat mensen die lijden aan een niet te genezen vorm van longkanker, optimistisch zijn over hun kansen op genezing? Anne-Mei The schreef een proefschrift over deze, door haar 'onterecht?' genoemde hoop. Hoop die niet gebaseerd is op een reële inschatting van de kans op genezing.

Uit de keuze van dit thema door The blijkt hoe bijzonder de betekenis van het begrip 'hoop' in de geneeskunde is. Enerzijds gezien als noodzakelijk, want bijdragend aan genezing. Anderzijds gezien als probleem, want een aanwijzing dat de patiënt niet weet van de beperkingen van behandelingen. Hoop koesteren zonder dat die terecht is, wordt gezien als tragisch. Want zo zou die patiënt (en diens sociale omgeving) zich niet kunnen voorbereiden op ziekte en mogelijk overlijden. In een samenleving geregeerd door de maakbaarheidsgedachte kan niets iemand overkomen. Het moet gepland en besproken worden. Die ongegronde hoop moet dus verklaard worden, want ze wordt gekoppeld aan het weten van de waarheid, aan het zelf beslissen over de toekomst. Aan het autonoom zijn en verantwoordelijk zijn voor het eigen leven. Door die aannames komt de informatie die de patiënt van de artsen en verpleegkundigen krijgt op de voorgrond te staan.

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst is vastgelegd dat iedere patiënt het recht heeft te weten wat hij mankeert en wat de gevolgen zullen zijn. Aan de verwondering over die ongefundeerde hoop wordt dus nog een dimensie toegevoegd. Blijkbaar wordt ook de wet overtreden of werken de gedragsregels ontleend aan die wet in de praktijk niet.

We weten dat kankerpatiënten vroeger hun diagnose en prognose niet te horen kregen. Glaser en Strauss (1965) gaven van die praktijk een eerste analyse. Dit niet vertellen van de waarheid aan patiënten paste zelfs heel goed in 'het systeem van de hoop', zoals De Swaan (1982) de werking, gevolgen en functies van de geheimhouding binnen het medisch regime analyseerde. Maar dat was in het verleden. Worden patiënten nu nog steeds in het ongewisse gelaten over hun nabije verscheiden? Gebeurt dit

bewust door de stafleden? Inmiddels lijken er immers grote veranderingen plaats te hebben gevonden. Hiërarchische verhoudingen tussen artsen en patiënten en tussen verpleegkundigen en artsen zijn genivelleerd. Er is inspraak van patiënten. Kanker is geen taboe-onderwerp meer. Er heeft een emancipatie van de stervenden plaatsgevonden. Emoties moeten besproken worden en de waarheid moet dus gezegd worden. In feite toonde The in haar eerdere boek *“Vanavond om acht uur” Verpleegkundige dilemma’s bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde* (1997) aan dat mensen vaak heel bewust hun eigen dood wensen te regelen. Toch blijkt ook tegenwoordig in de oncologie het ondubbelzinnig inlichten van patiënten over hun diagnose en de daaraan verbonden prognose niet plaats te vinden.

Daarmee wordt de hoop die The bestudeert alleen maar raadselachtiger. Ze beschrijft en analyseert hoe die hoop bij een specifieke groep patiënten kan ontstaan. Ze bestudeerde daartoe interacties tussen artsen en mensen die leden aan een kleincellig bronchuscarcinoom. Ze volgde in totaal dertig mensen. Ze was aanwezig bij gesprekken die deze mensen met ziekenhuismedewerkers hadden en ze interviewde hen ook. Verder sprak ze ziekenhuismedewerkers, artsen en verpleegkundigen. The laat in het boek chronologisch zien hoe ze greep kreeg op de problematiek. De praktijk van het onderzoek doen komt zo steeds aan de orde. De eigen betrokkenheid van de onderzoeker bij de mensen die ze bestudeert blijkt uitvoerig.

Ze selecteerde een aantal casussen en presenteert die op leesbare wijze. The heeft een boek willen schrijven dat deze problematiek voor geïnteresseerde leken toegankelijk maakt. Daarin is ze zozeer geslaagd dat de lezer benieuwd wordt hoe het verder gaat met de patiënten wiens geschiedenis beschreven wordt. Dat is wel een schok, een proefschrift dat in zekere opzichten leest als een roman. The schetst aan de hand van enkele personen, die ze hoofdrolspelers noemt, hoe de ziekte verliep en hoe patiënten, hun familieleden en ziekenhuismedewerkers daar mee omgingen. Ze beschrijft chronologisch de verschillende fasen die deze mensen doormaken. Opmerkelijk is wel dat The de twee belangrijkste casussen geconstrueerd heeft uit geobserveerde en geïnterviewde patiënten. Verder valt op dat niet alle momenten waarop deze mensen informatie kregen, onderzocht zijn. Zo merken we dat de bestudeerde mensen al vóór het ‘slecht-nieuwsgesprek’ contact hadden met de artsen. We vernemen niet wat deze toen die patiënten mededeelden. Datzelfde geldt voor de inhoud van de gesprekken die verpleegkundigen met patiënten hebben tijdens de uitvoering van min of meer alledaagse verzorgingstaken.

Het thema dat in de ondertitel aangekondigd wordt, blijkt slechts tijdelijk te bestaan bij de behandeling van deze patiënten. Hoop op genezing blijkt alleen in een bepaalde fase bij de patiënten te domineren. Nadat de diagnose is gesteld, krijgt de patiënt van de specialist te horen dat hij een vorm van kanker heeft waarvan hij niet genezen kan worden. Vrij snel vertelt de specialist dan over de behandelingen die mogelijk zijn. De arts verzuimt te spreken over de lange termijn en de patiënten vragen er niet naar. Dat de patiënt binnen twee jaar overleden zal zijn, ondanks alle mogelijke behandelingen, zegt de arts niet. De eerste fase die The benoemt, is begonnen. Na de diagnose volgt een fase van wanhoop.

De patiënten stemden allen in met behandeling. The maakte slechts drie keer mee dat een patiënt niet behandeld wilde worden, maar ze volgde deze patiënten niet. Twee

van de drie waren mensen die door hun werk ervaring hadden met kanker. De verklaring voor de weigering van therapie vindt zij in de biografie van deze mensen. Ze hadden gezien wat de behandeling deed met de patiënten die hem ondergingen.

De eerste behandeling werkt vaak spectaculair, het gezwel, dat op röntgenfoto's ook voor leken goed te zien is, verdwijnt. Of lijkt te verdwijnen, want individuele kankercellen kunnen niet gevisualiseerd worden. De artsen tonen zich over die verdwijning van de tumor enthousiast. Ze spreken van "een succesvolle behandeling", "een goede reactie op de behandeling", "een optimaal effect". Ze doen dit vanuit het kortetermijn-perspectief en veronderstellen blijkbaar dat de patiënt dit ook doet. De patiënt echter, vertaalt het enthousiasme van de arts naar de lange termijn en denkt dat hij genezen is.

Het blijkt dat deze fase van hoop samenhangt met communicatiepatronen tussen arts en patiënt, patronen die door een groep patiënten mogelijk gemaakt worden. De artsen gaan er van uit dat patiënten vragen stellen, als ze dat niet doen, geven ze niet uit zichzelf de informatie die ze verder nog hebben. Ze gaan er van uit dat die mensen deze informatie niet aan kunnen. Voeg daar nog aan toe de eufemismen, het medisch jargon en het spreken van de arts vanuit het referentiekader 'behandelen' en de motieven voor patiënten om ondanks alles hoop te blijven koesteren lijken verklaard.

Volgens The moeten we de echte verklaring zoeken in de levensloop van patiënten. Soms lijkt ze daar mee te bedoelen de sociale categorie. Er zijn bijvoorbeeld drie andere patiënten die geen hoop op genezing hadden. Ze ontmoette hen tijdens het veldwerk, maar volgde hen jammer genoeg niet speciaal. Twee van hen waren hoger opgeleid. De andere patiënt had altijd een dochter bij zich die verpleegkundige was die ingreep als haar moeder hoop op genezing uitsprak. Deze mensen vielen niet in de valkuilen van de communicatie met de arts en stelden de vragen die de andere patiënten niet stelden.

Het gaat er dus niet zozeer om, stelt The, "dat artsen de waarheid zeggen, maar wat ze daar precies net wel en net niet over zeggen. Het gaat niet om de feitelijke informatie alleen, maar ook om hoe ze het zeggen" (p. 105). Dat maakt het ook zo moeilijk om de kern van deze gesprekken in rapportage vast te leggen, zodat collega's of verpleegkundigen weten wat er tegen de patiënt verteld is. Het gevolg is in ieder geval dat verpleegkundigen vaak niet weten hoe ze op ongegrond optimisme van patiënten moeten reageren, als ze niet zelf bij gesprekken met de arts zijn geweest.

De patiënten gaan tijdens de behandelingen fysiek achteruit. Hun optimisme blijkt dan ook niet eenduidig te zijn. Ze geven door hun gedrag aan dat ze naast de hoop ook twijfels hebben over hun genezing. Ze gaan bijvoorbeeld alternatieve genezers bezoeken en vertellen sommige mensen wel over hun angst en pessimisme. Hoop verschijnt dus vooral in een bepaalde fase, bij een bepaalde groep patiënten. Daarenboven blijken de uitingen van hoop ook nog ambigu.

Een volgende fase treedt in wanneer een recidief optreedt. De zieke wordt zich meer en meer bewust van de ernst van de ziekte. Dat recidieven optreden ligt in de lijn der verwachting bij deze vorm van longkanker. Ook die recidieven kunnen weer behandeld worden maar leiden er wel toe dat patiënten zich bewust worden van de ernst van hun ziekte. Ze gaan verder fysiek achteruit. De voor- en nadelen van verdere behandeling worden nu ook besproken. De patiënten weten wat de nadelen van de behan-

deling zijn, maar ze menen dat ze geen keuze hebben. Niets doen wordt niet als optie gezien. De patiënten horen nu van de arts dat ze de vruchten van de kuur moeten plukken. In die mededeling zit een waarschuwing. De zieke kent inmiddels ook medepatiënten die met dezelfde problemen te maken hebben.

Artsen vinden vaak dat psychosociale begeleiding niet tot hun takenpakket behoort. Ze zijn er voor de longen, zeggen ze. De patiënten gaan nu gerichter vragen aan hen stellen, maar krijgen toch geen uitsluitel. De artsen geven voor dit gedrag de volgende verklaringen: het is moeilijk voorspellingen te doen en een exact doodvonnis zou verlamdend werken bij patiënten. The laat zien dat niet volstaan kan worden met het beschuldigend wijzen naar de artsen. "In *onze* samenleving en cultuur zijn de geaccepteerde en naar buiten gebrachte verhalen 'herstelverhalen'. Het is niet verwonderlijk dat patiënten dikwijls (veel) te hooggespannen verwachtingen van het medisch kunnen hebben" (p. 186, mijn cursivering). De zieke moet de boodschap willen en kunnen horen. Op die psychologische afweer is het informatiepatroon van artsen volgens The dan ook afgestemd.

Uiteindelijk vallen uitzaaiingen niet meer te behandelen. Als de patiënt uitbehandeld is, hoeft hij niet meer naar het ziekenhuis te komen. Hij krijgt dan weer te maken met de huisarts die een tijd uit beeld is geweest doordat de zieke alle vertrouwen in de specialist en diens behandelingen stelde. Er is door de uiteenlopende perspectieven van de huisarts en specialist weinig continuïteit van hulpverlening mogelijk. De huisarts kent de mensen veel beter dan de specialist en kijkt heel anders tegen diens behandeling aan. Hij is veel minder op behandelen gericht en juist meer op de beleving van de patiënt en diens omgeving.

Na een hoofdstuk over het afscheid van deze mensen schrijft The een epiloog over de nabestaanden en hun visie op het gebeurde. Verder komt ze nader terug op haar rol als onderzoeker.

In het laatste hoofdstuk werkt The naast de conclusies een alternatief model uit. Ze grijpt onder meer terug op de studie van De Swaan. Alle betrokkenen zijn in het ziekenhuis afhankelijk van elkaar voor aandacht. Het betreft aandacht op het vlak van medische verzorging, informatie en steun. De ziekenhuismedewerkers geven vooral aandacht in de vorm van verzorging en informatie. The stelt dat zieken echter vooral behoefte aan steun, zorg hebben. Steun is meer op de individuele patiënt afgestemd dan verzorging en informatie. Ze pleit ervoor dat aan steun en zorg meer aandacht wordt gegeven. Ze observeerde dat deze patiënten eigenlijk niet de verantwoordelijkheid wilden nemen voor hun belangrijke keuzen en daarom ook niet doorvroegen in gesprekken met artsen. Ze legden hun lot in de handen van de arts. De informatie van de artsen was in die zin aangepast aan hun gedrag. De theorie achter de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst is dat mensen autonoom (willen) zijn en zelf (willen) beslissen over hun leven. Ze concludeert echter dat dit met zieke mensen niet het geval is. Die mensen hebben meer behoefte aan zorg, aan het tijdelijk overgeven van verantwoordelijkheden, dan aan informatie waarmee zij keuzen kunnen maken. Een zorgperspectief kan de patiënt helpen de verantwoording die hij tijdelijk in handen van anderen legt, terug te krijgen. Daarmee analyseert The subtiel hoe deze wetgeving, gebaseerd op een ideale autonome burger, in de praktijk haar doel voorbij schiet. De wet werkt in

de praktijk dan ook niet als middel om de communicatie tussen arts en patiënt te verbeteren.

The heeft een heldere analyse geschreven van de huidige medische praktijk betreffende een specifieke groep zieken en hun specialisten. Ze vond een mooie balans tussen een kritische studie en het weergeven van de lokale redelijkheid van het handelen van artsen en patiënten. Ze nuanceert stereotypen over artsen en zieke mensen en de gevolgen van wetgeving in de medische praktijk. Het boek is geschreven voor een breed publiek en het gegeven van de hardnekkige hoop spreekt ongetwijfeld velen aan. Bij nadere beschouwing blijkt wel dat die hoop ambigu is en dan ook nog slechts in een specifieke fase aanwezig. Van een proefschrift mag dan echter wel verwacht worden dat over dit aspect meer theoretische reflectie plaatsvindt en dat inzichten uit (eerdere) studies over de interactie tussen de zieke en zijn arts en daaruit mogelijk resulterende onterechte hoop worden weerlegd, bevestigd of genuanceerd.

Eric Vermeulen

Literatuur

B.G. Glaser & A.L. Strauss

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

A. de Swaan

1982 *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Meulenhoff.

Alan Walker & Tony Maltby, *Aging Europe*. Buckingham: Open University Press, 1997. 126 pp. + bijlagen. £13.99.

Welke rol hebben ouderen in de Europese samenleving aan het einde van de twintigste eeuw? Pensionering is niet meer het vanzelfsprekende moment waarop men toetreedt tot de rijen der ouderen. Meer en meer verlaten werknemers in Europa de arbeidsmarkt op verschillende tijdstippen en op verschillende wijzen. Tegelijkertijd leven ouderen langer en blijven langer gezond. In *Aging Europe* worden gegevens gepubliceerd uit beleidsgericht onderzoek dat is uitgevoerd door het Observatory on Aging and Older People van de Europese Unie (EU). Deze is in de (toen nog) twaalf lidstaten ingesteld om zicht te krijgen op de gevolgen van sociaal en economische beleidsmaatregelen voor de positie van ouderen. Deze positie wordt belicht vanuit vier invalshoeken, te weten intergenerationele relaties en sociale integratie, pensioenen en levensstandaard, de arbeidsmarkt en de oudere werknemer, gezondheidszorg en welzijn. Daarnaast geeft het boek ook de resultaten weer van een speciaal 'Eurobarometer'-onderzoek naar de beeldvorming van ouder worden en ouderen in de twaalf lidstaten. Dit onderzoek vond plaats in het kader van het Europees jaar van de Ouderen en solidariteit tussen de generaties (1993).

Na een korte introductie van het onderzoek schetst hoofdstuk twee een profiel van de oudere Europeaan. Daarna worden achtereenvolgens de vier terreinen belicht waarop de positie van ouderen is onderzocht. Ten slotte schenkt het laatste hoofdstuk aan-

dacht aan de invloed van de ouderen in de samenleving en aan hun rol in de politieke besluitvorming.

Aging Europe is hoofdzakelijk beschrijvend van karakter. Het bevat veel cijfermateriaal. De verschillende landen van de EU worden onderling vergeleken wat betreft de verschillende aspecten van de positie van ouderen alsook de opvattingen die er ten aanzien van ouderen en bij ouderen bestaan. Zoals vaak het geval is bij publicaties die refereren aan eerder uitgevoerde vergelijkende studies, is het cijfermateriaal enigszins gedateerd. Veel beschrijvingen maken gebruik van materiaal uit eind jaren tachtig en begin jaren negentig.

De belangrijkste conclusie uit de profielschets van ouderen in Europa – maar dit is natuurlijk niet echt nieuw – is dat dé oudere niet bestaat. Er is onder de populatie ouderen een ruime differentiatie gebaseerd op combinaties van factoren, zoals sociaal-economische positie, geslacht en financiële situatie. De levensverwachting neemt toe. Dit geldt voor alle Europese landen, maar niet in gelijke mate. De hoogste levensverwachting voor mannen werd gevonden in Zweden (75,5) en voor vrouwen in Frankrijk (81,5). Er is verder sprake van verandering van wijze waarop oud-zijn wordt beleefd en de betekenis van ouder worden. Niet langer is pensionering de automatische overgang naar de categorie der ‘ouderen’. Veel mensen verlaten op verschillende leeftijden en om verschillende redenen de arbeidsmarkt. Veranderingen die optreden in de leeftijdsopbouw, de gezondheidssituatie alsmede arbeidspatronen zijn van invloed op de aard van de ‘oudere leeftijd’. Passieve rolverwachtingen van ouderen worden ter discussie gesteld. De auteurs introduceren een onderscheid tussen de derde en vierde levensfase. De derde levensfase vangt aan vanaf 55 jaar op een moment dat men in vele gevallen terugtreedt van de arbeidsmarkt en de kinderen het huis verlaten hebben. Van de vierde levensfase spreken ze vanaf 75 jaar, waarbij een afname van de gezondheidstoestand het belangrijkste kenmerk is.

Resultaten van Europees onderzoek onder ouderen tonen een relatief hoog niveau van integratie binnen informele relaties van familie en burens. Veel ouderen participeren hierin actief, bijvoorbeeld door zelf zorg te verlenen. Er zijn geen indicaties van wijd verbreide isolatie of anomie onder Europa's ouderen. Op basis van een aantal indicatoren doen Walker en Maltby uitspraken over de relatie tussen de generaties. Hieruit blijkt dat frequente contacten tussen ouderen en de jongere generaties plaats hebben en dat in het algemeen ouderen een gunstig beeld van jongeren hebben. Op macro-niveau tonen de resultaten van de onderzoeken met betrekking tot de vraag of de pensioenen moeten worden gefinancierd uit belastingen (sociaal contract) een opmerkelijk hoog niveau van consensus en doen vermoeden dat het sociale contact nog steeds over een goed draagvlak beschikt.

De sociale integratie van ouderen is onderzocht langs drie dimensies. Wat betreft informele netwerken blijken de meeste ouderen, die familie hebben, deze ook regelmatig te zien. Wel zijn er in dit opzicht soms aanzienlijke verschillen tussen de Europese staten en tussen stedelijke en landelijke gebieden in zuidelijke landen. De tweede dimensie, vrijwilligersactiviteiten, laat zien dat ouderen een bescheiden, doch vitale, rol hebben in hulpverlening en vrijwilligerswerk voor leeftijdgenoten. Ten slotte gelet op

de formele economische en politieke instituties, is een belangrijke constatering in de verschillende rapportages de tegenstelling die in alle lidstaten wordt geconstateerd, tussen de voortdurende sterke integratie van de meeste ouderen in de primaire netwerken van familie en buurt enerzijds, en hun uitsluiting van de belangrijke formele economische instituties, met name de arbeidsmarkt, anderzijds.

Financiële en economische zekerheid vormt de bodem voor sociale integratie van ouderen. Het is een functie van de interactie van de sociaal-economische status gedurende het werkzame leven en het pensioensysteem van het betreffende land. Daardoor is er sprake van aanzienlijke verschillen tussen de geslachten. Vrouwen hebben een aanzienlijk lagere levensstandaard dan de mannelijke ouderen. Een vergelijking van de pensioensystemen in EU toont aan dat in de meeste landen sprake is van twee pijlers, het staatspensioen en aanvullende pensioenen. Er is echter een aanzienlijke differentiatie tussen de landen. Vier trends zijn aan te wijzen. De levensstandaard van ouderen in de afgelopen jaren gestegen in alle landen behalve in Portugal. Er bestaat een grote variatie tussen de lidstaten in de mate van bescherming die de pensioensystemen de gepensioneerden bieden. Er is een toenemende kloof wat betreft levensstandaard binnen de categorie ouderen. En ten slotte is er een voortdurend probleem van armoede onder een minderheid van ouderen. De omvang van deze groep varieert sterk per lidstaat.

Met de invoering van pensioensystemen werd 65 jaar de leeftijd waarop men de deelname aan het arbeidsproces beëindigde. Uitzondering zijn Ierland, Portugal, Griekenland en Denemarken, waar veel agrarische bedrijvigheid is en men ook op hogere leeftijd nog werkt. Inmiddels is in de geïndustrialiseerde landen uittreding uit de arbeidsmarkt vanaf 55 jaar eerder regel dan uitzondering. Er is daarom sprake van een verschuiving van een vaste pensioenleeftijd naar flexibele vormen van uittreding. De invoering van invaliditeits- en werkloosheidsverzekeringen is daarbij een belangrijke factor. Deze boden de mogelijkheid om voor de pensioengerechtigde leeftijd de arbeidsmarkt te verlaten. Verder zijn er in een aantal landen, waaronder met name Nederland, regelingen voor vrijwillige vervroegd uittreden (VUT). Een belangrijke drijfveer was dat de VUT als instrument ingezet kon worden tegen de hoge werkloosheid in de jaren tachtig onder het motto 'ouderen eruit, jongeren erin'.

Het feit dat een vaste pensioenleeftijd niet meer vanzelfsprekend is, heeft consequenties. Allereerst bepaalt de werkgever wanneer iemand met pensioen gaat. Dit geeft een gevoel van onzekerheid over de toekomst. Verder is er onzekerheid over de hoogte van het te bereiken pensioen. Voorheen was de verwachting dat na een bepaald aantal jaren automatisch een vooraf vastgesteld pensioen tegemoet kon worden gezien. Nu men via allerlei regelingen de arbeidsmarkt verlaat, is deze vanzelfsprekend niet meer aanwezig. Ten slotte is er sprake van marginalisatie en devaluatie van de oudere werknemer.

Uit de Eurobarometer blijkt dat 70 procent van de zestig-plussers niet meer werkt. De opvatting dat ouderen plaats moeten maken voor jongeren leeft niet. Zowel ouderen als jongeren zijn het met deze stelling niet eens, terwijl ten tijde van het onderzoek in de meeste lidstaten sprake was van hoge werkloosheid. Daarentegen is bijna 80 procent van mening dat ouderen worden gediscrimineerd op de arbeidsmarkt, en is tweederde dat er sprake is van discriminatie van ouderen bij promotie en scholing.

De schrijvers beginnen het hoofdstuk over gezondheid en zorg met de waarschuwing dat informatie over het aanbod van medische en sociale zorg moeilijk te geven is gezien de uiteenlopende systemen in de lidstaten. Na deze constatering brengen zij de volgende aandachtspunten voor het beleid naar voren. Hoewel de meerderheid van de ouderen in redelijk goede gezondheid verkeert, is deze groep niettemin verantwoordelijk voor een meer dan gemiddeld gebruik van gezondheidsvoorzieningen. De sterke institutionele en organisatorische fragmentatie van gezondheidszorg- en welzijnsvoorzieningen leidt vaak tot aanzienlijke coördinatieproblemen. Er bestaat vrij algemeen consensus over het feit dat zorg voor ouderen het beste extramuraal kan worden aangeboden. Er is een aanzienlijke variatie in het aanbod van zowel intramurale als extramurale voorzieningen tussen de verschillende lidstaten. In een aantal landen is sprake van ernstig tekort in het aanbod van extramurale voorzieningen.

Het boek gaat vervolgens dieper in op de verschillende stelsels van ouderenzorg in de afzonderlijke landen en beschrijft beknopt de organisatie en bekostigingssystematiek ervan. Na een weergave van de ontvangen hulp door ouderen in de lidstaten, wordt geconstateerd dat slechts een klein deel van hen deze hulp ontvangt bij persoonlijke en huishoudelijke verrichtingen. Het betreft hier overigens uitsluitend zelfstandig wonende ouderen. In de meeste landen ligt het percentage onder de 30 procent. Alleen Luxemburg, Portugal en Griekenland steken hier boven uit. Daarnaast wordt er op gewezen dat deze cijfers de ontvangen hulp weergeven en niet de werkelijk zorgbehoefte.

In het laatste hoofdstuk wordt nagegaan welke rol ouderen spelen in het politieke systeem en hoe het staat met hun aanwezigheid en integratie in beleidmakende structuren en organisaties. In de Eurobarometer is ook naar de mening gevraagd over de politieke participatie van ouderen. De meerderheid was de mening toegedaan dat ouderen een te bescheiden rol hebben in de politiek. Ook vindt 80 procent van de respondenten, en dat geldt voor alle landen van de Europese Unie, dat zij beter op moeten komen voor hun eigen rechten. Aangegeven wordt dat er een tendens van sterkere betrokkenheid van ouderen. Dit komt tot uiting in de opkomst van ouderenpartijen en actiegroepen als 'grijze panthers'. De opkomst van de ouderenpartijen in het Nederlandse parlement en de gemeenteraden wordt hier als voorbeeld genoemd. Het is de vraag of deze groeperingen een blijvende factor zijn. De neergang van de ouderenpartijen in Nederland is wat dat betreft veelzeggend.

Aan het eind van het boek formuleren de auteurs enkele conclusies geformuleerd op basis van de aangehaalde onderzoeken. Ze wijzen op een spanningsveld tussen wensen en behoeften van ouderen die kunnen rekenen op brede steun uit de samenleving enerzijds en het sociaal en economisch beleid van de regeringen die ouderen als een economische last beschouwen anderzijds. Ondanks vooruitgang is er voor ouderen nog geen sprake van 'full citizenship'. Ze noemen vier punten die uitoefening van volledig burgerschap in de weg staan. Allereerst is dit inkomen. Een laag inkomen beperkt ouderen in hun maatschappelijke participatie. Armoede blijft een hardnekkig probleem bij een minderheid van de ouderen. Ten tweede, leeftijdsdiscriminatie, met name op de arbeidsmarkt. Ten derde, behoefte aan zorgvoorzieningen. Deze zijn hiërarchisch gestructureerd en niet primair gericht op de gebruikers. Ten slotte noemen zij angst voor misdaad. Hoewel ouderen minder vaak slachtoffer zijn dan jongeren, voelen zij zich

toch kwetsbaar. Het gevoel van onveiligheid weerhoudt hen ervan om bijvoorbeeld 's avonds de straat op te gaan. Het slechten van deze barrières moet het full citizenship van ouderen een stap dichterbij brengen.

Norma Schuijt-Lucassen

Hub Zwart & Cor Hoffer, *Orgaandonatie en lichamelijke integriteit. Een analyse van christelijke, liberale en islamitische interpretaties*. Best: Damon, 1998. 176 pp. f 29,90.

Dit boek doet verslag van een onderzoek naar morele en levensbeschouwelijke overwegingen die van invloed kunnen zijn op de individuele beslissing al dan niet organen af te staan na het overlijden. Het uitgangspunt van het onderzoek was dat de praktijk van transplantatiegeneeskunde in een ruimte functioneert die door morele tradities is voorgestructureerd. Voor het begrijpen en beheersen van de problemen waarop deze praktijk stuit, is inzicht nodig in de door deze tradities gedragen overwegingen rond zaken als het hersendoodcriterium, lichamelijke integriteit en het voortbestaan na de dood. In het onderzoek werden christelijke, liberale en islamitische opvattingen vergeleken. Daartoe werden twee onderzoekstrategieën gecombineerd, een wijsgerig-ethische gedragen door de filosoof en psycholoog Zwart en een kwalitatief-empirische gedragen door de socioloog Hoffer. In de voorgaande aflevering van het tijdschrift *Medische Antropologie* hebben de auteurs in een artikel reeds een uitstekende samenvatting gegeven van de uitgangspunten, methodiek en resultaten van het onderzoek (1998 10(2): 239-259). Daarom beperkt de recensie hier zich tot enkele evaluatieve opmerkingen.

Orgaandonatie en lichamelijke integriteit kwam uit kort voordat de Wet op de Orgaandonatie van kracht werd. Inmiddels is bekend dat het aantal mensen dat zich onder deze wet in een centraal register als donor heeft laten inschrijven, gelijk is aan het aantal dat voor invoering ervan een donorcodicil bij zich droeg. De resultaten van het onderzoek waarvan het boek verslag doet, hebben daarmee verklarende waarde gekregen. Het boek levert zo een belangrijke bijdrage aan inzicht in de donatieproblematiek in Nederland. De discussie van de onderzoeksmethoden en de reflectie op het verschil tussen interpretatie (betekenisgeving) en digitalisering (omzetting in vragen die met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden) zijn in het algemeen interessant voor onderzoek naar thema's in het spanningsveld tussen de leefwereld van mensen en de systemen (zoals rechtspraak, geneeskunde) die op die leefwereld ingrijpen of dat pogen te doen. De uiteenzettingen over de christelijke en liberale interpretaties, islamitische medische ethiek en opvattingen van moslims in Nederland kunnen een aanknopingspunt bieden voor ander antropologisch onderzoek naar de beleving van en het omgaan met het lichaam in Nederland, zeker als zich dat op mensen met een islamitische achtergrond richt.

Het boek lijdt eigenlijk maar aan één zwakte, namelijk dat verschillende morele tradities met verschillende methoden zijn onderzocht en de resultaten daarom eigenlijk niet goed vergelijkbaar zijn. Bij de liberaal-christelijke traditie ontbreekt namelijk de

kwalitatief-empirische methode. Anders gezegd, waar het eigen spreken van betrokkenen aan de orde komt, betreft dat alleen moslims. De verschillende academische achtergrond van de twee auteurs en de door hun gekozen taakverdeling in het onderzoek heeft hier ongetwijfeld een rol in gespeeld. Niettemin lijdt het boek daardoor aan een zekere onevenwichtigheid. Men mag veronderstellen dat ook de attitudes, reacties, gedachten, overwegingen en emoties van niet-moslims in Nederland niet zonder meer overeenstemmen met wat daarover in documenten, rapporten en brochures van belanghebbende organisaties verschenen is. Van de tachtig procent van volwassen Nederlanders die zich niet als orgaandonor hebben laten registreren, is de meerderheid niet islamitisch. Een kwalitatief-empirisch onderzoek naar beleving en perceptie van lichamelijke integriteit, het voortbestaan na de dood en het hersendoodcriterium onder niet-moslims in Nederland lijkt een noodzakelijk vervolg van dit onderzoek.

Ria Reis