

Recensies

Dr. Aigremont, *Volkserotik und Pflanzenwelt. Eine Darstellung alter wie moderner erotischer und sexueller Gebräuche, Vergleiche, Benennungen, Sprichwörter, Redewendungen, Rätsel, Volkslieder erotischen Zaubers und Aberglaubens, sexueller Heilkunde, die sich auf Pflanzen beziehen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997. 165 + 121 pp., index. DM 48,-.

Er is geen boom of struik, geen tak of blad, geen wortel of knol, geen vrucht of bloem of knop, of er is wel een gelijkenis te vinden met het mannelijk of vrouwelijk geslachtsdeel – of een deel daarvan. En als het niet de vorm is, dan is het wel de beharing, de kleur, de geur of de smaak.

In 1907 schreef Dr. (voornaam onbekend) Aigremont een twintig pagina's lang artikel over "Erotische Pflanzenbenennungen im deutschen Volke" waarin hij zijn lezers oproep hem meer informatie te verstrekken over volkskennis en -gebruiken op dit terrein. Het effect van zijn oproep moet bevredigend geweest zijn want drie jaar later verschenen er twee delen van zijn hand over *Volkserotiek und Pflanzenwelt*. Het eerste deel behandelt bomen, inclusief fruitbomen, sierstruiken, voedselgewassen en paddestoelen. Het tweede gaat over kruiden en bloemen, afrodisiaca en antafrodisiaca, en besluit met een opsomming van plantennamen die aan de mensenwereld zijn ontleend (bijvoorbeeld fette Hanne, schöne Margreth, stolzer Heinrich). In totaal behandelt de auteur zo'n vijfhonderd verschillende planten.

Hoewel de collectie van Aigremont volgens hedendaagse wetenschappers onbetrouwbaar is, heeft Christiaan Rätsch de twee delen opnieuw uitgegeven, nu in één band, en voorzien van een kort voorwoord. Het is duidelijk dat zijn bedoeling afwijkt van die van de oorspronkelijke auteur. Wat in 1910 misschien wetenschappelijke prenties had, is nu een intrigerend document uit het preutse begin van deze eeuw, waarin uitbundig en uitvoerig over seks, genitaliën en priapische curiosa geschreven kon worden onder het pseudoniem van de flora.

Aigremont is van mening dat de 'primitieve mens' een zielsverwantschap heeft met de omringende plantenwereld. Planten, schrijft hij in zijn inleiding, hebben in de opvatting van deze mensen dezelfde gevoelens en gedachten als mensen: zij beminnen en haten, zij eten en drinken, zij bloeien en sterven, en zij hebben erotische gevoelens. Het evolutionistisch gedachtegoed van die tijd (animisme, mana) waart rond in zijn inleidende beschouwing. Het vormt de wetenschappelijke basis van zijn werk.

Wat de huidige lezer, bijna een eeuw later, in handen heeft, is vooral een fascinerende opsomming van de verleidingskunsten van de Grote Metafoor, Moeder Natuur. Lang voor de symbolische antropologie werd uitgevonden, heeft de ijverige Dr. Aigremont een indrukwekkende verzameling data aangelegd waarin, in talloze varianten – maar meer nog in eindeloze herhalingen – beschreven wordt hoe mensen de

concreetheid van de hen omringende flora gebruikten om greep te krijgen op wat de auteur noemt “der gewaltigste und vorzüglichste aller Triebe”.

De concrete en directe aanwezigheid van bloemen, vruchten, planten en bomen verleidt mensen tot vergelijkingen met zaken, ervaringen en gebeurtenissen die minder direct zichtbaar en/of bespreekbaar zijn. Zo wordt het mogelijk in indirecte – bijna huishoudelijke – termen te spreken over zaken waar men ‘niet over spreekt’. Zo wordt het ‘afgieten van de aardappelen’ een verwijzing naar seks en verkondigt het gezegde “Kleine peren, lange stelen” de troostvolle volkswijsheid dat korte mannen gewoonlijk een lange penis hebben. Aigremont ondersteunt zijn associaties met citaten uit de bijbel, en de Griekse en Romeinse mythologie en met lokale gezegdes en spreekwoorden (zie zijn lange ondertitel).

Zodra een metafoor is gevestigd, ligt de weg open voor medische praktijken. Wat in de natuur een erotische vorm, kleur of geur heeft, wordt al gauw de leverancier van substanties die erotische effecten bij mensen te weeg moeten brengen. Frazers begrip ‘sympathetic magic’ is hier van toepassing: wat op elkaar lijkt, beïnvloedt elkaar. Aigremont ziet het echter in het licht van de verwantschap tussen mens en plant: wat de plant seksueel gevormd heeft, leent zich ook voor gebruik door de mens.

Twee voorbeelden. De ui wordt in verband gebracht met vrouwelijkheid en erotiek vanwege zijn (haar?) vele schillenlagen die aan de lagen kleding doen denken die afgelegd worden in het minnespel. Zo wordt de ui een afrodisiacum waarvan de roem tot in de Romeinse tijd teruggaat. Aigremont citeert de Romeinse spreuk *Bulbus nihil profuit*, wat zoveel wil zeggen als: bij hem helpt zelfs de ui niet (reddeloos impotent). De Bumskeule (*Typha latifolia*) met zijn extreem lange stengel wordt geassocieerd met de opgerichte penis en dus ook met vruchtbaarheid. Wie de stengel als een sigaret rookt, draagt de seksuele kracht van de natuur over op zijn eigen geslachtsdeel.

Maar het omgekeerde kan ook: sommige planten manifesteren een uitgesproken afwezigheid van erotiek en hun stoffen zijn dan ook van groot nut voor kloosterlingen en anderen die hun seksuele driften willen temperen. Aigremonts verzameling is een schatkamer van metaforische verbeelding.

Sjaak van der Geest

Abdelhafid Chlyeh, *Les Gnaoua du Maroc. Itinéraires initiatiques transe, et possession*. Casablanca: La Pensée Sauvage/Le Fennec, 1998. 158 pp. kleurenfoto's, illustraties, begrippenlijst. 85 dirham.

Een van de bekendste broederschappen in Marokko zijn de Gnaoua (gnawa), nazaten van geïslamiseerde zwarte slaven uit West-Afrika. Het woord *gnaoua* is volgens sommigen dan ook afgeleid van Guinée. Deze bekendheid is voor een deel het gevolg van de popularisering van hun muziek en verspreiding ervan in Noord-Afrika en West-Europa door groepen als Gnawa Difussion. De Gnaoua-muziek behoort inmiddels tot de categorie ‘wereldmuziek’. De Marokkaanse psycholoog, psychotherapeut en etnoloog Abdelhafid Chlyeh onderzocht de rituelen van de Gnaoua in Marrakesh en Essaouira en sprak met leden van enkele andere broederschappen, de Aissaoua en de

Hamadcha. Met name de therapeutische aspecten van hun activiteiten hadden zijn belangstelling. *Les Gnaoua du Maroc* is het resultaat van zijn veldwerk.

In de inleiding gaat Chlyeh uitgebreid op zijn werkwijze in. Zijn participerende observatie betekende niet, zo legt hij omstandig uit, dat hij zelf actief deelnam aan de bezetenheidsriten noch het gedachtegoed van de Gnaoua deelt. Zijn positie is marginaal en observerend gebleven. De dubbelrol van praktiserend psychotherapeut en onderzoeker van traditionele geneeswijzen is, zo valt daaruit af te leiden, geen vanzelfsprekende combinatie in Marokko. De activiteiten van de Gnaoua, is zijn conclusie na jaren participierend observerend onderzoek, zijn te kenschetsen als een vorm van etnopsychologie. Het is een samenhangend geheel van procedures en technieken, dat te beschouwen is als een therapie met het bezetenheidsritueel als kern.

Alle Gnaoua beschouwen Sidna Bilal, een zwarte slaaf, die zich als een van de eersten tot de islam bekeerde en de vaandeldrager van de profeet werd, als hun gemeenschappelijke voorouder. Daarmee traceren zij hun genealogie tot aan het prille begin van de islam. De broederschap van de Gnaoua kent geen heilige plaats, waar hun stichter begraven is, zoals de andere broederscapen en waar hun activiteiten zich concentreren. In elke stad waar de broederschap actief is, hebben zij zich aangesloten bij de lokale heiligenverering. Te onderscheiden zijn de Gnaoua uit de voormalige oude koningssteden, waaronder Marrakesh, en de Gnaoua woonachtig op het Berber-sprekende platteland. Chlyeh beperkt zich tot de eerste groep. De kern van hun rituelen is de *lila de derbeda*, de nacht van de bezetenheidsrite. Tijdens dit ritueel raken leden van broederschap in trance onder invloed van zang en dans. Ze worden dan in bezit genomen door geesten (*malk*, mv. *mlouk*), die vergelijkbaar zijn met de djinns. Hierin onderscheidt de Gnaoua zich van de Aissaoua, Hamadcha en andere (Soefi-)broederscapen, waar de trance voortkomt uit extase in de toenadering tot Allah. Aan het eind van de rite roepen de Gnaoua Aicha Qandisha aan, een beruchte vrouwelijke djinn die uit Soedan afkomstig heet te zijn en bekend staat als verleidster van mannen. Chlyeh ziet duidelijke overeenkomsten tussen de rituelen van de Gnaoua en bezetenheidsriten in Brazilië en Haïti. In alle gevallen is er sprake van een West-Afrikaanse herkomst, een etnische melange en religieus syncretisme.

Na inleidende hoofdstukken schetst Chlyeh de belangrijkste rituelen en beschrijft de centrale actoren van het Gnaoua-ritueel. Van drie van hen geeft hij de levensgeschiedenis. De musici zijn gegroepeerd rond een *maâlem* (mv. *maâlmîne*), een meestermusicus die het bespelen van de *guenbri* beheerst. Dit snaarinstrument is het medium om de *mlouk* op te roepen en tevreden te stellen, ieder met zijn of haar eigen melodie en akkoorden. De status van *maâlem* wordt verkregen na een meesterproef ten overstaan van andere *maâlmîne*. Elke *maâlem* heeft een persoonlijke alliantie met een of meer *mlouk*. Dat geldt ook voor de *tallaâ* (mv. *tallaâte*), de helderziende en therapeute. Dit zijn in merendeel vrouwen, die in bezit genomen door een *malk* hun rituele taak vervullen. Deze geest is opgeroepen door muziek en dans tijdens het ritueel of door auto-inductie.

Er zijn globaal twee wegen om *maâlem* of *tallaâ* te worden: overerving van ouder op kind of roeping na een ziekte-episode. Uiteindelijk staat altijd een ziekte-periode hetzij van de persoon zelf, hetzij van een voorouder, aan het begin van de carrière als

musicus of helderziende. De ziekte wordt dan geïnterpreteerd als interventie door de *mlouk* en als voorteken of uitverkoren zijn voor een latere status als *maâlem* of *tallaâ*. Voor beiden geldt dat na initiatie er een lange leertijd met verschillende stadia volgt in het gezelschap van een gevestigde *maâlem* of *tallaâ*.

Gedetailleerd beschrijft de auteur een *mousse*m (letterlijk feest) een uitgebreide reeks rituelen die jaarlijks georganiseerd wordt, met als hoogtepunt de trance of bezetenheid van de deelnemers. Een deel van de *mousse*m is profaan en openbaar van karakter. Het bezetenheidsritueel vindt plaats in de beslotenheid van de *zaouia*, de verzamelpplaats van de broederschap, plaatsvindt. Daarbij wordt elk van de zeven groepen of cohorten van de *mlouk* afzonderlijk aangeropen met hun kenmerkende muziek, wierook, kleuren en voorwerpen. Deze beschrijving wordt gecompleteerd met kleurenfoto's van de verschillende accessoires, die hierbij gebruikt worden. In een bijlage is ten slotte de complete tekst van de reeks opeenvolgende aanroepingen van heiligen en *mlouk* opgenomen.

In *Les Gnaoua du Maroc* schildert Chlyeh een minutieus beeld van de leden en rituelen van dit broederschap. Het therapeutische schuilt erin dat de *mlouk* die eerst de zieke kwelden, beteugeld worden door er een alliantie mee aan te gaan. Hun in wezen kwade krachten worden zo ten goede aangewend voor genezing, helderziendheid en divinatie. De bezetenheid, zich onder meer uitend in (geestes)ziekte, wordt ritueel in positieve zin gheredefinieerd. De zieke krijgt een nieuwe rol als participant in de rituelen, als volgeling van de broederschap en sommigen uiteindelijk als *maâlem* of *tallaâ*. Voorwaarde hiervoor is dat men een groot aantal rituele verplichtingen nakomt, die vooral een collectief aspect hebben. Anders dan in de moderne psychotherapie gaat het niet zozeer om het veranderen van de persoon in kwestie, maar veel meer om het opnieuw inpassen van de veranderde persoon in zijn sociale omgeving. Het gaat, met andere woorden, meer om 'social engineering' dan om 'mental engineering'. De verbondenheid met de broederschap en zijn rituelen heeft dan ook een permanent karakter.

Hoe de toekomst van de Gnaoua eruit zal zien, blijft in het boek in het ongewisse. Chlyeh zelf doet hier geen uitspraken over. In een van de biografieën in het boek valt echter uit de woorden van de betreffende *maâlem* op te maken dat het bezetenheidsritueel een aflopende zaak is. Volgens hem zijn er steeds minder ervaren *maâmine*, die alle melodieën en akkoorden kennen. Ze hebben veel aan respect en prestige verloren. De jonge generatie veronachtzamen de tradities en zien hun roeping vooral als een beroep om op commerciële wijze geld te verdienen. Uiteindelijk is ook hij zelf die weg gegaan, zij het dat hij voor geld alleen de profane muziek speelt.

Chlyeh plaatst evenmin de Gnaoua in de hedendaagse Marokkaanse context. Door zijn focus op het ritueel en de kernpersonages, op de *lila de derbeda* en de rol van *maâlem* en *tallaâ*, blijft de meerderheid van de volgelingen, gebruikers en sympathisanten van Gnaoua buiten beeld. Tot welke bevolkingsgroepen behoren zij, wat is de reden en wijze van hun betrokkenheid, welke betekenis hechten zij aan het ritueel, welk beeld hebben de omstanders en plaatsgenoten van de broederschap? Onduidelijk blijft daardoor ook wat het draagvlak van de Gnaoua (nog) is onder de Marokkaanse bevolking.

Chlyeh onthoudt zich van een oordeel over de betekenis van de beschreven rituelen voor de geestelijke gezondheid en voor de moderne gezondheidszorg in Marokko,

waar hij zelf deel van uitmaakt. Ondanks dat hij het therapeutisch karakter van de rituelen benadrukt, blijven 'traditionele' en 'moderne' geneeskunde keurig van elkaar gescheiden. Een benadering die kenmerkend is voor de moderne Marokkaanse psychiatrie, die categorisch geen mogelijkheden ziet met traditionele genezers samen te werken. Daar wordt vooral gewezen op de negatieve effecten van consultatie van deze genezers voor de patiënt, met name op de kwakzalverij, het staken van de medicatie, de soms buitensporige kosten en het niet onderkennen van onderliggende somatische problematiek. Chlyeh wijkt hier in zoverre van af dat hij zich in deze neutraal opstelt door het onderwerp niet aan te roeren.

Les Gnaoua du Maroc heeft niet het kaliber en diepgang van Vincent Crapanzano's *The Hamadsha* (1973), het standaardwerk op dit terrein. Het is vooral beschrijvend van aard. Toch is het een lezenswaardig boek voor geïnteresseerden in de Marokkaanse etnogeneeskunde, niet op de laatste plaats omdat het een van de weinige publicaties is die een beeld van een broederschap schetsen op basis van observaties en informatie uit eerste hand. Met name door de presentatie van drie levensgeschiedenissen geeft het ook een beeld van binnen uit. Lezing ervan biedt mogelijk een (gedeeltelijk) antwoord op de vraag waarom een op de drie Marokkaanse Nederlanders naast contacten met de reguliere gezondheidszorg ook hun heil zoeken bij een alternatieve of traditionele genezer, zoals onlangs bleek uit een onderzoek in negen Amsterdamse huisartspraktijken. De Marokkaanse etnogeneeskunde heeft aandacht voor de zieke in zijn sociale context en geeft in ieder geval antwoord op zijn vraag: waarom overkomt dit mij?

Rob van Dijk

Concilium, Ziekte en genezing. Themanummer, 34e jaargang (1998) nr. 5. 132 pp., Losse nummers f 31,50 / BF 585.

Concilium is een internationaal tijdschrift voor theologie dat in zeven talen verschijnt. Dit nummer is gewijd aan 'ziekte en genezing' en draagt als ondertitel "Op zoek naar een nieuwe heilstheologie op spiritueel, sociaal en economisch niveau". De verschillende auteurs schetsen de bredere betekenis van ziekte en gezondheid in 'traditionele' maatschappijen en in alternatieve medische praktijken in de Westerse wereld, met name de religieuze, sociaal-economische en politieke dimensie van gezondheid of de afwezigheid daarvan. Vanuit hun christelijke inspiratie onderstrepen zij de 'poreusheid' van de scheidslijnen tussen het fysieke en spirituele, maar als leden van een wetenschappelijke traditie doen zij dat op een uiterst behoedzame, soms verwarrende, wijze. Die ambivalentie maakt onbedoeld de charme uit van deze zeer heterogene collectie van bijdragen. Zij handelen onder meer over de botsing tussen traditionele en moderne medische tradities in Kameroen, de aantrekkelijkheid van alternatieve geneeswijzen, exorcisme-praktijken, de therapeutische werking van het geloof en over het katholieke sacrament van ziekenzalving.

De kleurrijkste bijdrage is ongetwijfeld die van de Franse historicus Delumeau die enkele oorspronkelijke documenten uit de zestiende en zeventiende eeuw presenteert

welke, zo meent hij, de lezer zullen verbazen. Dat doen ze inderdaad. Eén document is een geschrift van een priester in het zuiden van Bretagne, rond 1610, die geconfronteerd wordt met vormen van “verwarring en bijgeloof die hem de tranen in de ogen deden springen”. Zo meldt hij dat de gelovigen de beelden van heiligen bedreigden als dezen hun gebeden niet zouden verhoren. Ze sloegen de beelden kapot of gooiden ze in het water als ze niet kregen wat ze gevraagd hadden. In een passage uit *Dialogue concerning heresies* (1529) laat Thomas More iemand vertellen over een pelgrimsoord waar de heilige Valéry wordt aangeropen tegen ‘steenziekte’ (nier- en galstenen). Bij het altaar staat een monnik die goudgekleurde koordjes zegent en uitdeelt onder mannelijke pelgrims. Dezen moeten de koordjes om hun geslacht binden onder het bidden van een gebed. De muur hangt vol met ex-voto’s van mannelijke en vrouwelijke geslachtsdelen. Bij het verlaten van de kerk ontmoet de verteller een vrouw die hem een nog beter middel tegen de ziekte aanprijst: een kaars laten branden die exact dezelfde lengte heeft als de mans penis, in combinatie met bepaalde gebeden. Uit het klassieke werk van Keith Thomas *Religion and the decline of magic* haalt Delumeau nog enkele staaltjes van christelijk-magisch denken aan. Zo waren er mensen die bij de communie de hostie niet doorslikten, maar bewaarden en in poedervorm in hun tuin uitstrooiden tegen rupsen. Wat de schrijver met deze bonte verzameling van magische praktijken wil beweren, blijft echter onduidelijk.

De enige Nederlandse auteur in dit themanummer is Mathijs Schoffeleers met een interessante bijdrage over gebedsgenezing en politiek in zuidelijk Afrika. Zijn stelling is dat missionaire kerken zich verzetten tegen de magische opvattingen in Afrikaanse culturen en om die reden onmachtig waren tegemoet te komen aan de populaire vraag naar genezingsrituelen. In plaats daarvan zouden deze kerken een meer kritisch sociaal-politiek standpunt hebben ingenomen, althans meer kritisch dan de genezingskerken, die volgens Schoffeleers uitgesproken conformistisch zijn.

Twee bijdragen over ‘ziekenzalving’ of ‘sacrament van de stervenden’ werpen licht op een oude discussie die opnieuw relevant is nu er – als gevolg van de medische mogelijkheid van ‘waardig sterven’ – vraag is naar zinvolle stervensrituelen. Het gaat dan om overgangsrituelen waarbij de stervende zelf nog actief betrokken kan zijn, in tegenstelling tot de begrafenis of crematie waar diens rol is uitgespeeld.

Dit themanummer illustreert de (wanhopige?) pogingen van christelijke theologen om een lange traditie van dualistisch denken in kerk en wetenschap bij te stellen en spiritueel en lichamenlijk welzijn weer bij elkaar te brengen.

Sjaak van der Geest

Joke Haafkens & Marina Smit, *Even slikken. Vrouwen over kalmerende middelen en slaapmiddelen*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1998. ix + 154 pp. f. 30,-.

Dit boek bevat zeven levensverhalen van vrouwen die langdurig afhankelijk zijn van benzodiazepinen. Het gaat om zeven van de vijftig vrouwen die de eerste auteur interviewde in het kader van haar proefschrift *Rituals of silence* (1997) (besproken in *Medische Antropologie* 9(2) 1997). De interviews zijn met toestemming van de betreffende

vrouwen op journalistieke wijze 'gerestaureerd' door de co-auteur Marina Smit die evenals Haafkens verbonden is aan de afdeling Psychiatrie van de Erasmus Universiteit in Rotterdam.

Het eerste verhaal is dat van een 65-jarige vrouw die twintig jaar middelen gebruikt heeft en er niet over piekert te stoppen. De middelen helpen haar overdag fit te zijn en haar drukke bestaan aan te kunnen. De vrouw zegt geen enkele last van bijwerkingen te hebben. In de loop van de verhalen wordt steeds duidelijker hoe ernstig die bijwerkingen kunnen zijn. Het laatste verhaal is dat van een 43-jarige vrouw die op de leeftijd van 26 jaar begon met middelengebruik. In tegenstelling tot de eerste vrouw is zij van jongs af aan geconfronteerd geweest met traumatische ervaringen. Ze gaat door een hel, nadat zij op basis van disfunctioneren ten opzichte van haar twee kinderen besloten heeft radicaal te stoppen met gebruik. Het is haar naaste omgeving van wie zij steun krijgt om vol te houden in het afkickproces.

De verhalen worden voorafgegaan door een kort voorwoord van de hoogleraar klinische en sociale psychiatrie W.J. Schudel en een korte inleiding van de auteurs over de rationale en opzet van het boek. Het boek wordt afgesloten met enkele korte notities over benzodiazepinen (over hun werking en bijwerkingen en over het gebruik ervan), een overzicht van benzodiazepinen die beschikbaar zijn in Nederland, en een lijst met adressen waar men hulp kan vragen bij het stoppen met slikken.

Een interpretatie van de verhalen wordt aan de lezer zelf overgelaten. De verhalen zijn gevarieerd en mede daarom vooral in combinatie boeiend om te lezen. Zij zullen verschillende soorten lezers om verschillende redenen aanspreken. Het potentiële lezerspubliek is naar mijn mening groot. Allereerst de vrouwen die zelf slikken en al dan niet verslaafd zijn. Benzodiazepine-gebruik is door ritueel zwijgen (zie titel proefschrift) omgeven. Dit boek doorbreekt dat zwijgen waar genoemde vrouwen hun voordeel mee kunnen doen, al was het alleen maar het voordeel van lotgenotencontact. De sociale omgeving van deze vrouwen zal na lezing van het boek beter kunnen begrijpen wat de middelen voor gebruiksters ervan kunnen betekenen. Hulpverleners kunnen op basis van dit boek reflecteren over hun eigen gedrag ten overstaan van gebruiksters.

Bij mij als sociale wetenschapper roept het boek allerlei vragen voor analyse op. Een analyse vindt men niet in dit boek. Ook ontbreken be- en veroordelingen. De verhalen staan op zich. Voor een analyse van de verhalen moet men teruggrijpen naar Haafkens' proefschrift. Iets wat ik zelf meteen deed. Dan ontdekt men dat het boek *Even slikken* meer thema's betreffende benzodiazepinegebruik en -verslaving bevat die om een uitwerking en verdere bestudering vragen dan de auteur zelf in haar proefschrift gedaan heeft. Ook thema's die zich lenen voor cultuurvergelijkend onderzoek. Er is reeds relatief veel medisch-anthropologische literatuur voor handen over het thema *nerves* (*nevra*, *nervios*, *nerfiza*). Vooral het subthema medicalisering van *nerves* krijgt aandacht. Ik heb niet geprobeerd uit te zoeken hoe Haafkens' promotieonderzoek dat ten grondslag ligt aan *Even slikken* wat specifieke vraagstelling en analyse betreft al dan niet aansluit bij genoemde literatuur. Wat mij als medisch-anthropoloog meteen opvalt is, dat in ieder geval in *Even slikken* geen verhalen van zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen opgenomen zijn. Onderzoek naar de betekenis van gebruik

van kalmerende en slaapmiddelen onder deze vrouwen in Nederland laat nog op zich wachten.

Annemiek Richters

J.N. Hays, *The burdens of disease. Epidemics and human response in Western society*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1998. 359 pp. £ 19.50.

Dit boek behandelt meer dan tweeduizend jaar geschiedenis van ziekten en plagen in de westerse wereld. Het is geen historisch overzicht zonder meer. De auteur kadert ziekte als een multidimensionaal constructie in geschiedenis, politiek, cultuur en geneeskunde. Hij laat zien hoe ziekte ingebed is in opvattingen en sociale relaties, maar ook in biologische condities en pathologie. In het bijzonder toont hij aan hoezeer plagen zich juist richten op de armen, welke spanningen hieruit voortkomen en hoe veranderingen vervolgens tot stand worden gebracht.

Het boek is een van de weinige historische werken die ingaan op de effecten van ziekte op sociale structuren en het leven van alledag. Voor Hays is ziekte niet alleen een culturele constructie te beschouwen, gevormd in het mentale vermogen en sociale relaties, maar ook biologisch gefundeerd. Het is een combinatie van beide. Hij zet twee auteurs tegenover elkaar. Sigerist schrijft dat ziekte niets anders is dan een abnormale reactie van het organisme op een abnormale situatie. Hudson is van mening dat als mensen een verschijnsel als ziekte bestempelen, het een ziekte is. Hays' standpunt neemt geen tussenpositie in. Alle ziekten, ongeacht hoe samenlevingen ze noemen, zijn verstoringen van de sociale structuur door biologische processen, die leiden tot fysiek onvermogen en de dood. Na deze stellingname bespreekt hij de menselijke antwoorden op deze processen.

Het boek gaat over epidemische ziekten. Epidemie is een ambigu woord. De definitie houdt geen kwantitatief component in. Meestal neemt men aan dat een epidemie tijdelijk is en dat er veel mensen ziek zijn of worden. Dit in tegenstelling tot een endemie, een ziekte die altijd wel aanwezig is. Voor epidemiologen, die het woord zelf weinig gebruiken, is het niet duidelijk wat 'significante' aantallen mensen zijn. Hays schrijft over infecties, die meestal worden geassocieerd met epidemieën, maar ook over andere ziekten. Bovendien bespreekt hij ziekten, zoals malaria, tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen die lange tijd endemisch zijn, maar plotseling een epidemie worden. Hij sluit hart- en vaatziekten uit. Een andere beperking die de auteur zich oplegt is geografisch. Hays bespreekt de westerse samenlevingen, de Grieks-Romeinse-Latijnse christelijke cultuur samen met de Germaans-Slavische en Keltische culturen van Europa en Amerika.

Hays begint zijn tocht door de geschiedenis van ziekten en epidemieën: het Griekse en Romeinse gedachtegoed. Hij beschrijft de genezingstraditie onder de vroege Grieken: de cultus van Asclepios. Deze bleef bestaan tot in de vierde eeuw, toen deze in conflict kwam met de christelijke traditie. De zieke ging naar de tempel, offerde en baadde gevolgd door een incubatieslaap met dromen en visioenen. Deze dromen konden genezen of aanwijzingen over de therapie. De traditie van Hippocrates had ele-

menten van deze cultus in zich, maar omvatte ook oudere chirurgische en farmacologische tradities. Het was in deze traditie dat men zorgvuldig symptomen beschreef, vooral in relatie met de 'koortsen', waaronder malaria, die in de Mediterrane landen heersten. Ook verklaarde men epilepsie, voorheen gezien als een goddelijke ziekte, op basis van erfelijkheid.

Voor de westerse medische geschiedenis is vooral de humorale theorie van belang. Een zeer invloedrijke medicus bij christenen en moslims was Galen, afkomstig uit Pergamum. Hij stond op het kruispunt van de traditie van Hippocrates en van de anatomische studie. Binnen de Grieks-Romeinse culturen was Galen de belangrijkste. In de vroeg-christelijke traditie treft men echter niet de zijn ideeën aan, maar de joodse traditie. De laatste twee tradities gaven een bovennatuurlijke verklaring aan ziekte: de straf van God bij verkeerd gedrag. Die straf kon een individu of een heel volk treffen. De nadruk werd verder gelegd op onreinheid in relatie tot ziekte. In de vroeg-christelijke periode speelden verder demonen een rol. Ziekte was een uiting van bezetenheid door de demonen. Genezen betekende exorcisme in zijn meest dramatische vorm. De tegenstelling tussen wat Hays de 'heidenen' noemt en de christenen was groot. De groei van de christelijke gemeenschappen ging samen met de plaag van Crypius in het midden van de derde eeuw: de chronische druk van malaria, tuberculose en een verscheidenheid aan andere aandoeningen. In dergelijke tijden beloofden de christenen redding van God en tegelijkertijd zorg voor zieken. Een eeuw later ontstonden de eerste ziekenhuizen, hetgeen een verbond betekende tussen de christelijke ziekenzorg en de Grieks-Romeinse medische traditie. Echter, tegen het einde van de zesde eeuw was de kennis van de laatste grotendeels verdwenen. Dat bleef zo tot na het jaar duizend.

Deze reden waarom ik lang stilsta bij het eerste deel van het boek is, dat velen aannemen dat de westerse culturen tussen de derde en de achtste eeuw beginnen. Hays laat echter zien dat 'onze' medische traditie al veel eerder tot stand kwam. Tot op de dag van vandaag klinken echo's van dit verleden door. Ook nu nog zien velen ziektes als AIDS de straf van God. We balanceren tussen medemenselijkheid en biologische benadering van ziekte. Er is veel veranderd, maar de grondprocessen zijn kennelijk hetzelfde gebleven.

Het tweede hoofdstuk is een inleiding op de middeleeuwse plagen en epidemieën die de auteur in de volgende twee hoofdstukken analyseert. Daarin beschrijft hij hoe de oude Grieks-Romeinse traditie in de christelijke wereld werd herontdekt. Er ontwikkelde zich een moderne geneeskunde, maar de effecten ervan bleven vooralsnog beperkt zeker op morbiditeit en mortaliteit. De moderne artsen van die tijd werkten voor de stedelijke bovenklasse van de samenleving. Voor het merendeel van de bevolking had genezen nog altijd een religieuze context. Voor de veertiende eeuw kenden de Europeanen vele ziekten, maar een ervan krijgt de meeste aandacht in de literatuur: lepra. De bekende, dramatische vorm van lepra is Hansens' ziekte. Hays maakt ons erop attent dat sommige wetenschappers betwijfelen of de middeleeuwse vorm wel deze dramatische vorm was. Onderzoek heeft aangetoond dat dit inderdaad zo geweest moet zijn. De middeleeuwse diagnostiek was op dit punt opmerkelijk goed. Hays beschrijft de interventies van die tijd. De lijdens aan deze ziekten werden het slachtoffer van harde maatregelen die hen van de samenleving afscheidden. Zelfs de vertegenwoordigers

van de traditie van Galen schaarden zich onder degenen die de morele oorzaken en gevolgen van de ziekte naar voren brachten, al was hun verhaal wel anders dan dat van de kerk en stadsbestuur. Zij zagen de ziekte als gevolg van het consumeren van slecht eten en water, en verklaarden deze met behulp van de humorale theorie. Tevens werden concepten van besmetting gangbaar. Er was weinig hoop op genezing en de lepralijders sletten hun dagen in een leprozerie opgezet door de kerk. Cijfers over het aantal lepralijders zijn moeilijk te geven. Lepra verdween vrij plotseling in Europa. De pest kan hierin een rol hebben gespeeld. Volgens Hays was de rol van de pest was niet biologisch, maar sociaal en intellectueel. Veel leprahuizen werden gesloten door een economische crisis, zodat de lepralijders stierven van hongersnood en verwaarlozing. Daarbij kwam dat door goede diagnose het aantal lepralijders ook verminderde. Hays draagt nog meer verklaringen aan. Zo zou lepra abusievelijk gediagnostiseerd zijn, terwijl er sprake was van de pest, syfilis of tuberculose. Niettemin bleef lepra een morele les.

Interessant voor antropologen is Hays' beschrijving van de koninklijke aanraking. In de middeleeuwen bestond een sterk verband tussen koningschap en magische krachten. Hays haalt Maurice Bloch aan die beschrijft hoe men in Engeland en Frankrijk door de koninklijke aanraking van scrofula dacht te genezen. De koning raakte de zieke plekken aan, wiste zijn handen en het waswater had genezende krachten. Die koninklijke aanraking had ook een politieke dimensie. Er waren geen sterke regeringsinstellingen en charismatische krachten maakten de positie van de koning alleen maar sterker.

De context van epidemieën was bedroevend. Steden groeiden, de voedselproductie, met name in Noord-Europa, omvatte meer dierlijke vetten (een grondslag voor de latere hart- en vaatziekten volgens Hays), fruit speelde een steeds kleinere rol en er ontstonden vitaminedeficiënties. Deze periode was ook buitengewoon gewelddadig. Langzaam concentreerde de macht zich in handen van enkelingen. De kerk droeg andere oplossingen aan voor problemen dan geweld. Vrouwen begonnen langer te leven dan mannen. Er ontstond een formele geneeskunde met een universitaire opleiding, hoewel het aantal artsen klein bleef. De groei van de steden was niet altijd een zegen voor de gezondheid. Ze waren overvol en smerig. Gebrek aan goed sanitair gaf ziekten als diarree, dysenterie en tyfus de kans; overbevolking tuberculose, griep, waterpokken, mazelen en pest. Dit werd nog versterkt door toenemende mobiliteit.

Hoofdstuk drie gaat over de meest ernstige epidemie in de westerse geschiedenis: de pest. Die begon in 1347 in Sicilië en aan het eind van 1350 was nagenoeg heel Europa. Beide vormen – bubonic en pneumonic – van de pest kwamen voor. Dertig tot veertig procent van de bevolking stierf eraan. Hays beantwoordt de volgende vragen: wat was de aard van deze epidemie, waar kwam hij vandaan, hoe verspreidde hij zich, was de samenleving rijp voor zoiets, wat deed men ertegen en wat waren de consequenties? Maar vooral waarom en wanneer verloor de pest zijn greep op de westerse samenleving? Hays bespreekt de twee vormen van de pest en vervolgens laat hij zien hoe deze worden verspreid door knaagdieren, vlooiën en menselijk speeksel. Hij gaat na in de bronnen waar de herkomst ligt en komt tot de conclusie dat dit in Azië moet zijn geweest en via reizigers Italië binnenkwam. Vervolgens verspreidde de ziekte zich over de rest van Europa. Polen, Bohemen en ook sommige delen in het zuiden van de Nederlanden bleven vrij van de pest. Hays vraagt zich af in hoeverre het gebrek aan voldoende calorieën een

rol heeft gespeeld en komt tot de conclusie dat dit een belangrijke factor moet zijn geweest. Wat vonden de mensen in de middeleeuwen eigenlijk van de pest? Hays toont dat hier de religie nog steeds een belangrijke rol speelt: het is een straf uit de hemel. Maar tegelijkertijd zocht men ook de verklaring in de 'slechte lucht'. Astronomische of vulkanische krachten werden ervoor verantwoordelijk gehouden, maar voor de meeste mensen waren deze verklaringen te 'natuurlijk'. Voor hen was het vooral onreinheid, besmetting door slechte lucht, Gods krachten. De korte termijneffecten varieerden, maar de sterfte was overal hoog. Op de lange termijn waren de effecten voor de arbeiders gunstig. Tekort aan arbeidskrachten joeg de lonen omhoog, nieuwe technieken in de landbouw om efficiënter te werken en productie van meer luxe goederen. De pest leidde ook tot verzet tegen de kerk, politieke bewustwording, controle op de publieke gezondheid en maatregelen tegen besmetting. De grondslag voor een actieve overheidsbemoeienis met gezondheid werd gelegd.

Hoofdstuk vier gaat over de nieuwe ziekten die via de Atlantische oceaan zijn verspreid. Dat waren eind vijftiende eeuw vooral syfilis, tyfus en de Engelse zweetkoorts. Syfilis kwam het eerst in Italië voor en men geloofde dat de matrozen van Columbus deze hadden meegebracht uit Amerika. Hoewel men het er niet helemaal over eens is dat dit een nieuwe ziekte was, pleiten drie omstandigheden die daar wel voor. Archeologisch onderzoek laat zien dat de ziekte wel in Amerika voor kwam, maar niet in Europa. Er zijn ook klinische bewijzen en de snelle verspreiding is karakteristiek voor een nieuwe ziekte. In die tijd bracht de ziekte opschudding. Men zag ziekten ook meer en meer als besmettelijk. Ze werd ook wel de pokken genoemd. Als medicijn diende guaiacum, een van de hardste houtsoorten op de wereld, kwik en sulfaat. Dit was nu niet eens en ziekte van de armen, maar ook van de rijken, koningen zoals Henry VIII van Engeland zouden eraan geleden hebben. De Engelse zweetziekte kwam voor het eerst voor in 1485 en bleef praktisch beperkt tot Engeland. Het verloop van de ziekte was dramatisch: plotselinge koorts en na korte tijd volgde de dood. Men denkt dat de ziekte wordt gedragen door zoogdieren en overgebracht wordt oor insecten (arbovirussen). Tyfus, voor het eerst waargenomen aan het einde van de vijftiende eeuw in Spanje tijdens militaire operaties, bleek met name gerelateerd te zijn aan de groei van legers. Epidemieën bleven zich voordoen tot na de eerste wereldoorlog.

Europese expedities brachten ook ziekten naar Amerika, hetgeen leidde tot een regelrechte ramp. De dramatische daling van de bevolking had verschillende oorzaken, waarvan ziekte er een was. Hays betwijfelt of voedselgebrek en te grote bevolkingsdichtheid de oorzaken waren. Hij wijst op een biologisch probleem: de kwetsbaarheid voor ziekten door isolatie van het oostelijk halfmond. Men was niet immuun voor onbekende ziekten als waterpokken, mazelen, tyfus en pest. De vraag blijft of er sprake kan zijn van een genetische predispositie tot een hogere mortaliteit. Een van de eerste epidemieën waren de waterpokken. Dramatisch waren de gevolgen van griep en tyfus. De nieuwe ziekten interacteerden met de veranderde economische situatie. Geweld en harde arbeid deden het aantal mannen drastisch dalen. De combinatie van ziekten, veroveringen en gewelddadige herstructurering van sociale en economische systemen droegen hieraan bij. Opmerkelijk was dat waterpokken in Europa meestal niet tot de dood leidden, maar in Amerika wel. Of de vraag of Europeanen misschien aan bio-

logische oorlogvoering deden en dus genocide pleegden, geeft Hays als antwoord dat men de consequenties voor de Amerikanen niet kende en het belang van arbeidskrachten groot was. Dat neemt echter niet weg dat men later – vooral de Engelsen – op deze wijze de autochtone bevolking kwijt kon raken.

Hoofdstuk vijf verbindt middeleeuwse magie, religie, geneeskunde en wetenschap met elkaar. Dit is mijns inziens een van de interessantste hoofdstukken van het boek. Hierin beschrijft de auteur de geneeswijzen en de wetenschappelijke revolutie. Hij legt een verband tussen zwaar lichamelijke arbeid, ondervoeding of slecht voedsel en ziekten. Alcohol was voor velen het medicijn tegen de pijn. Christelijke religieuze praktijken speelden een zeer belangrijke rol. Gods wil was een belangrijke etiologische verklaring. Cultussen rond heiligen en hun schrijnen zoals die van Sint Guinefort in Italië, bloeiden. De kerk stond daar ambivalent tegenover. Zij had haar eigen magische krachten: water, doop en de mis. De macht van de kerk op het terrein van genezing werd nog versterkt door koningen. Magie in de vorm van alchemie en astrologie waren een veel voorkomende manier om de zieken te zuiveren. De volksgeneeskunde – door Hays aangeduid met empirische genezing – kende kruiden, aderlaten, bidden, strijken, talismannen en het waren vooral de vrouwen die op dit terrein werkzaam waren.

Aan het einde van de dertiende eeuw waren er veel dokters gekwalificeerd als artsen. Kwalificatie kwam van een universiteit, een gilde of door erkenning. Zij werkten in de traditie van Galen, Hippocrates en Arabische geschriften. Hun medische theorieën waren gebaseerd op de humorale theorie. Zij, maar ook bontzetteren en barbiers, beoefenden de chirurgie. In de keuze van een geneeswijze keek men natuurlijk naar de kosten ervan, maar een belangrijke overweging was de geografische toegankelijkheid van medische diensten en het succes van de remedie. Officieel erkende artsen werkten ook wel met 'trucs'. Een bekend voorbeeld daarvan is een Franse dokter die een man genas van bezetenheid. Hij riep de priester erbij, deed een levende vleermuis in een zak en vertelde de man dat hij moest worden geopereerd. Hij gaf een kleine incisie in de zij en liet de vleermuis vliegen. De man was op slag genezen. Kennen we dit placebo-effect vandaag de dag ook niet? Van belang was de wetenschappelijke ontwikkeling van anatomie en fysiologie. Het probleem was vaak het gebrek aan unanimiteit in terminologie, wat tot misverstanden leidde. Noties van bloedcirculatie en kennis van weefsels en organen konden worden opgetekend in werken als *De fabrica* en *De revolutionibus*. De belangrijkste figuur was wel Paracelsus. Hij was de grondlegger van de experimentele en empirische geneeskunde en van chemische remedies tegen ziekten. De impact van de wetenschappelijke revolutie en de ontwikkeling van instrumenten, zoals de microscoop, was enorm. De afstand tussen kerk en wetenschap werd groter; de scheiding tussen lichaam en ziel kwam tot stand. De consequenties voor genezingspraktijken waren enorm. Er deed zich een opmerkelijke scheiding in de wetenschappelijke geneeskunde voor. De school van Galen bevond zich vooral in de Latijnse, katholieke samenlevingen; die van Paracelsus in de protestantse. De wetenschappelijke revolutie versterkte tevens de positie van de elite. Door hun prestige konden artsen gemakkelijker toegang tot privileges verkrijgen. De elite kon in de ontwikkeling van de vrije markteconomie zodoende een belangrijke rol spelen.

Hoofdstuk zes behandelt ziekten tijdens de Verlichting. Hays suggereert dat de verspreiding van de nieuwe wetenschap meer van doen had met veranderingen in het milieu dan met medische interventie. De Verlichting was een tijd van verwarring en onzekerheid over het medische. Hays beschrijft zijn studie naar het milieu waarin ziekten zich voordeden. Op de eerste plaats komt de verdere ontwikkeling van de steden. De gezondheidscondities waren beter door een betere planning en ander bouw materiaal. Ziekten als de pest verdwenen. Door betere organisatie en discipline verspreidden legers in steeds mindere mate ziekten als tyfus. Nieuwe gewassen zorgden voor meer calorieën, maar de verbouw van maïs in het zuiden van Europa bracht ook een nieuwe ziekte: pellagra. De denkers van de Verlichting zagen het belang van milieu. Mechanische en iatrochemische verklaringen voor ziekten kwamen op de voorgrond. De relatie tussen ziekte en omgeving bracht de ontwikkeling van het belang van reinheid en geur naar voren. Het bad was nu gezond en niet langer alleen maar prettig. Drainage, ventilatie, wassen en dergelijke droegen bij aan betere condities voor de gezondheid. Artsen als Boerhave en Cullen hadden een grote reputatie en droegen bij aan de ontwikkeling van inzicht in de relatie tussen micro-organismen en het lichaam. Nieuwe medicijnen, als cinchona tegen malaria, werden door jezuïeten uit Amerika meegebracht.

In de tijd van de Verlichting moest alles wetenschappelijk worden verklaard. Hays spreekt van de 'craze for scientific explanation'. Zo begon Mesmer in Wenen magnetische krachten in zijn therapieën in te schakelen. Hij zette zijn patiënten rond een grote kuip die was gevuld met ijzeren draden en flessen met gemesmeriseerd water. Die flessen werden door ijzeren draden met de patiënten verbonden. Ze kregen dat magnetische krachten die genezend zouden werken. Later werd deze therapie anti-wetenschappelijk en meer geassocieerd met hypnose en spiritualisme. Met name in Frankrijk kwam de moderne geneeskunde tot ontwikkeling door artsen als Pinel en Bichat. In Engeland schoeide onder meer Hunter de geneeskunde op een moderne leest en liet de traditie van Galen los. Krankzinnigheid werd wetenschappelijk aangepakt, dat wil zeggen men beschreef symptomen en maakte classificaties. Hays verwijst hiervoor naar Foucault en zijn de geschiedenis van de waanzin.

Pokken en scheurbuik waren de belangrijkste ziekten in deze periode. Vooral kinderen werden het slachtoffer van de pokken. De incidentie was hoog. Pokken was een ziekte die alle sociale lagen van de samenleving trof. Wie het overleefde was verminkt. Eerst in de achttiende eeuw werden mensen geïnoculeerd: eerst onder de elite, later op grote schaal. Hays beschrijft het verloop van dit proces in Engeland. Voor scheurbuik kende men in de achttiende eeuw al preventie, al begreep men niet goed hoe dat werkte. Scheurbuik wordt veroorzaakt door voedseltekorten, met name vitamine C. Zeelieden waren er dikwijls het slachtoffer van. De artsen hadden een chemische interpretatie, scheurbuik hing samen met het Ph-gehalte, of hanteerden de theorie van de 'fixed air' met het gebruik van malt als remedie. Therapieën waren echter trial en error. Uiteindelijk heeft men via empirisch onderzoek een goede therapie ontdekt: de citrusvruchten.

Ondanks de snelle vooruitgang van de medische wetenschap bleven er toch epidemieën. Zo brak in 1793 in Philadelphia een gele koorts-epidemie uit. Voor wetenschappers was dat een probleem. Was gele koorts een op zichzelf staande ziekte of onderdeel van het continuüm van koortsen? Aanvankelijk dacht men aan besmetting via

de grote hopen gebruikte koffie uit de Caraïben in de grote steden of aan een elektrische golf. Met name Haïtianen werden als zondebokken gezien (Klinkt dat niet bekend?). Allerlei remedies werden toegepast tot aan aders laten toe. Politieke effecten waren er ook. Zo beweerde men dat de gele koorts had voorkomen dat een revolutie uitgebroken zou zijn, waarvan het doel was Washington te bewegen om aan de oorlog tegen Engeland deel te nemen. Hays noemt de gele koorts het klassieke voorbeeld van alles wat er in de medische geschiedenis van die tijd plaats vond.

De auteur beschrijft vervolgens de cholera-epidemieën in de negentiende eeuw. Cholera neemt een enigszins marginale plaats in de geschiedenis van ziekten en geschiedschrijving. Voor veel mensen uit die tijd was cholera net als pest en pokken de wraak van God. Wetenschappers hadden er nauwelijks een antwoord op. Zij waren druk bezig met tuberculose en koortsen. De toenmalige geschiedschrijving richtte zich meer op de gevolgen van de industrialisatie dan op de cholera. Vanuit India verspreidde de cholera zich over nagenoeg heel Europa, waar de ziekte even dramatische gevolgen had als de pest. En dat in een tijd waarin het geloof in de wetenschap nagenoeg onbeperkt was. De verklaring voor de ziekte werd vooral in miasma gezocht. Het was in die tijd ondenkbaar mensen met cholera te isoleren, want dat ging in tegen het grondprincipe van de vrijheid van het individu. Verklaringen werden daarom niet gezocht in besmetting van persoon op persoon. Het falen van isolatiemaatregelen in Rusland versterkte deze opvatting. Weer doken morele verklaringen op. De vijandigheid tegen artsen nam toe. Men beschuldigde hen van 'cholera humbug'. Het was hen alleen om de lijken te doen voor studie. Uiteindelijk leidde het verlichte 'milieubewustzijn' tot sanitaire maatregelen. Statistieken gingen een rol spelen in de bewijsvoering van de relatie tussen bevolkingsomvang, ziekten en slechte sanitaire toestanden. Onder andere Villermé, Shattuck en Chadwick maakten daarvan gebruik. Water- en rioleringsystemen werden aangelegd. Hays heeft ook hier een schone uitdrukking voor: de 'gospel of sanitation'. In de tweede helft kwam nog een andere verklaring op de voorgrond, die voor allerlei ziekten steeds meer terrein zou gaan winnen: bacteriën. Koch ontdekte het micro-organisme dat de cholera veroorzaakte.

In hoofdstuk acht gaat het om de armenziekte: tuberculose. Dat was volgens Hays de werkelijke plaag van de negentiende eeuw. Behalve dat tuberculose epidemisch was en een groot aantal mensen trof, had de ziekte ook iets 'romantisch'. Hij trof veel kunstenaars, die door hun bewonderaars zeker niet met rust werden gelaten. Daardoor kon de ziekte zich uitbreiden. Volgens Hays droegen allerlei factoren bij aan de verspreiding van tuberculose: stress, dieet en hoge bevolkingsdichtheid. In de negentiende eeuw stelde men zich ook de vraag of het voorkomen van tuberculose gerelateerd was aan ras en een bepaald volk. Zo zouden de Ieren vatbaarder zijn. In elk geval droeg migratie vanuit het platteland naar de steden en armoede in hoge mate bij tot de verspreiding. Sanatoria werden opgericht en de overheid stichtte werkhuizen voor de armen. Chirurgische ingrepen werden toegepast (de longcollaps). Aan het einde van de negentiende eeuw kwam de ziekte minder voor als gevolg van de betere gezondheidstoestand van de mensen. Rond 1900 zou de incidentie weer stijgen in Europa.

Hoofdstuk negen gaat in op de relatie tussen ziekte, geneeskunde en westers imperialisme. Moderne transportmiddelen hielpen zowel ziekte als westerse geneeskunde

verspreiden. Hays bespreekt hoe mazelen, cholera, pest en tuberculose in gebieden kwamen waar ze niet of nauwelijks voorkwamen. Een ander punt van bespreking zijn tropische ziekten, zoals cholera en gele koorts. Westers imperialisme veranderde de menselijke en ecologische structuren en verspreide ziekten. Tropische ziekten konden uitgroeien tot epidemieën door armoede en erbarmelijke arbeidsomstandigheden. Volgens Hays is de grootste overwinning van het westen waarschijnlijk is de overtuiging dat men de oorzaken van ziekten begreep en aan preventie kon doen.

In hoofdstuk tien komen het wetenschappelijk perspectief en de triomf van de professionele geneeskunde aan de orde. De staat erkenden formeel artsen. Verpleging werd een professie. Niettemin bleven er alternatieve geneeswijzen bestaan, waarin vooral vrouwen werkzaam waren als verzet tegen de door mannen gedomineerde en voor hen onderdrukkende formele medische systemen. Verschillende groepen claimden de oplossing voor het probleem van de epidemieën: artsen, microbiologen en ingenieurs. De vraag is of men erin slaagde met sanitaire maatregelen en bacteriëtheorie de epidemieën te overwinnen.

Hoofdstuk elf handelt over het schijnbare einde van de epidemieën. De succesverhalen over geneeskunde en armoedebestrijding zijn bekend. Hays geeft aan hoe steeds weer nieuwe epidemieën de kop opsteken die vervolgens tot staan worden gebracht door medische en sociaal-economische maatregelen. Maar er blijven onopgeloste kwesties bestaan. Rond 1960 werd het duidelijk dat de geneeskunde niet alles onder controle had. Het voorkomen van poliomyelitis en tuberculose zette het falen van de geneeskunde in schril contrast met eclatante successen. Het succes hangt vooral af van de wil van de mensen om bepaalde gewoonten aan te nemen of te laten.

Het slothoofdstuk gaat in op ziekte en macht. Hierin komt de rol van de staat naar voren, onder meer in de bespreking van vaccinatieprogramma's. De gebeurtenissen onder het Nazi-regime leidden ertoe dat men niet langer sprak over ras of volk in relatie tot voorkomen van bepaalde ziekte. Het nieuwe doel van stigmatisering was nu de ziekte zelf. Hays bespreekt AIDS in relatie tot armoede. Hij laat daarmee zien dat het denken over ziekte verder gaat dan het medische. Hij eindigt zijn boek als volgt: "Will our insistence that disease is a cultural construct (...) now blind us, once again, to the physical reality of disease of the less favored?"

Hays' boek is fascinerend. Het leest gemakkelijk en geeft duidelijk inzicht in de ontwikkeling van de geneeskunde als antwoord op ziekten en epidemieën. Het verbindt het biologische met het sociale. Voor medisch antropologen is het boek interessant, omdat zij in hun onderzoek dikwijls de echo's van het verleden zullen vinden. Zij zullen in dit boek de oorspronkelijke klanken terug vinden en dat zal hen helpen in hun vergelijkingen en historische analyses. Daarom vind ik het enigszins jammer dat Hays de klassieke chronologische volgorde heeft aangehouden. Waarom niet begonnen bij de huidige plagen van samenlevingen en de sporen terug gevolgd? Dat was nog indringender geweest. Het boek maakt ons duidelijk dat wat we ook doen, we dat altijd moeten doen vanuit de gedachte dat armoede een sleutelconcept in de bestrijding van ziekten dient te zijn.

Els van Dongen

Paul Geense & Trees Pels. *Opvoeding in Chinese gezinnen in Nederland*. Assen: Van Gorcum, 1998. 213 pp. f 45,-.

Iedereen kent in Nederland 'de Chinees', het Chinees-Indische restaurant met zijn gerechten voor weinig geld. Weinig Nederlanders kennen echter de Chinezen achter 'de Chinees'. Al zullen veel mensen wel denken dat ze hen kennen. Chinezen staan in Nederland bekend als een gesloten groep waar moeilijk echt mee in contact te komen is. Het is een hechte gemeenschap die zelf zijn problemen oplost. Daarnaast bestaat de indruk dat Chinezen in Nederland vergeleken met andere migranten succesvol zijn.

Recent onderzoek onder Chinezen in Nederland haalt beide beelden onderuit. Chinezen kennen vergelijkbare problemen als andere migranten in Nederland en daarnaast een aantal specifieke problemen. Naar schatting zestig procent van de Chinese migranten in Nederland is werkzaam in de Chinese horeca. Zij werken meestal zes dagen per week en vaak meer dan tien uur per dag. Chinese restauranteigenaren en hun medewerkers hebben door de aard van hun werkzaamheden weinig tijd voor een leven naast hun werk. Het gebrek aan vrije tijd wrekt zich op meerdere gebieden. Er is niet veel tijd voor ontspanning, voor het ontmoeten van familie en vrienden of om de Nederlandse taal te leren. Het werken in de Chinese horeca brengt specifieke problemen met zich mee voor Chinezen in Nederland, die zij moeilijk zelf weten op te lossen.

Opvoeding in Chinese gezinnen in Nederland laat zien dat ook het Chinese gezinsleven onder de hoge werklast te lijden heeft. Vaders zijn door de lange werkdagen niet veel thuis en in de gezinnen waar moeder ook werkt, ervaren de kinderen een gebrek aan aandacht. Door het werk in de horeca verkeren veel Chinese gezinnen tevens in een sociaal isolement. De ouders worden zo in beslag genomen door het werk in het restaurant en de gezinstaken dat zij geen tijd hebben om veel contact te houden met familie of naaste vrienden die vaak ook niet in de buurt wonen.

Het onderzoek van Geense en Pels sluit aan bij eerdere onderzoeken naar opvoeding in Nederlandse en andere allochtone gezinnen. De opdrachtgever, de Stichting Kinderpostzegels, vroeg de onderzoekers inzicht te verschaffen in de alledaagse opvoedingspraktijk en de vragen, twijfels, problemen en behoeften van de opvoeders in deze gezinnen. Ze vroeg daarnaast om een analyse van de relatie tussen de opvoeding en de achtergronden van de ouders, de kinderen en hun omgeving.

In de eerste fase van het onderzoek sprak Geense uitvoerig met acht Chinese moeders, een Chinese vader, een Nederlandse gastmoeder die jarenlang Chinese kinderen opving en een decaan van een middelbare school. Vervolgens werden semi-gestructureerde interviews van gemiddeld 2,5 uur afgenomen bij vijftig Chinese moeders en vijfentwintig Chinese jongeren in de leeftijd van 12 tot 19 jaar.

De geïnterviewde moeders zijn tussen de 30 en 45 jaar en wonen gemiddeld zo'n twintig jaar in Nederland. De meerderheid is afkomstig uit Hong Kong, uit de stad of een dorp uit de omgeving, en spreekt Kantonees. De meeste vrouwen zijn getrouwd en hebben gemiddeld twee kinderen. In ongeveer de helft van de gezinnen zijn de kinderen twaalf jaar of ouder. De vaders werken meestal in de Chinese horeca in loondienst of als restauranteigenaar. De helft van de moeders werkt zelf ook, waarvan de meeste in het eigen restaurant.

De meeste Chinese moeders laten zich voor de opvoeding inspireren door de eigen opvoeding en hun gevoel. Ze vertellen dat ze jongere kinderen op een andere manier benaderen dan oudere kinderen. Kinderen tot zes jaar vragen voortdurende aandacht en zijn nog niet redelijk is hun opvatting. Zij moeten geïnstrueerd worden en herhaaldelijk aangegeven wat wel en niet mag door hen straf te geven of te belonen. Met oudere kinderen wordt gepraat en geredeneerd waarom ze iets niet mogen of wat ze in de ogen van hun moeder verkeerd gedaan hebben. Tussen het tiende en twaalfde jaar wordt een kind namelijk zelfstandiger en leert het zijn rol en verantwoordelijkheden. Zij hoeven niet meer gestraft, maar alleen bijgestuurd te worden. Dit verandert wanneer de kinderen volwassen worden. Volgens de meeste moeders worden kinderen tussen het zestiende en twintigste jaar volwassen. Bijsturen gaat dan over in het geven van advies en goede raad.

Geense en Pels onderscheiden vier concepten die ten grondslag liggen aan verschillende opvoedingsdoelen: conformisme, prestatie, sociabiliteit en sociale autonomie. In onderzoek naar opvoeding in autochtone Nederlandse gezinnen leggen ouders de meeste nadruk op sociale autonomie (voor zichzelf opkomen en goed omgaan met anderen) en wordt maatschappelijk presteren (een goede opleiding behalen) het minst belangrijk gevonden. Chinese moeders vinden daarentegen conformisme het belangrijkste, gevolgd door prestatie. Sociale autonomie komt bij hen op de laatste plaats.

Volgens de auteurs heeft dit te maken met de traditionele Chinese familie-ideologie. Hierin staat het begrip *xiao* centraal. *Xiao* omvat de eerbied en plichten die kinderen aan hun ouders verschuldigd zijn. Kinderen zijn hun ouders verplicht goed te presteren in het onderwijs en de maatschappij, hard te werken en ervoor te zorgen dat de harmonie in relaties met anderen en de eer van de familie behouden blijft. Daarnaast kan de nadruk op conformisme en prestatie in de opvoeding ook verklaard worden uit de migratieachtergrond van de ouders. De ouders zijn om economische redenen gemigreerd en willen voor hun kinderen een betere toekomst.

De problemen die de Chinese moeders bij de opvoeding van hun kinderen tegen komen, hebben vooral te maken met een gebrek aan tijd en een taalbarrière. In de opvoeding en zorg voor de kinderen ervaren veel moeders weinig steun van anderen en werkende moeders ondervinden problemen bij de opvang van hun jonge kinderen. Aangezien de meeste moeders niet of nauwelijks de Nederlandse taal spreken, is het contact met de Nederlandse samenleving beperkt. Zij voelen zich onzeker over de steun die zij hun kinderen kunnen geven bij het onderwijs.

Chinese kinderen doen het volgens de auteurs gemiddeld goed op school, maar beginnen dikwijls met een grote taalachterstand. De kinderen lopen deze achterstand vaak niet in, maar ze compenseren hem door hard te werken of omzeilen hem door vakken waarin taal belangrijk is te laten vallen. Niet elk kind slaagt hier echter in. De moeders die de Nederlandse taal niet of slechts in geringe mate beheersen, kunnen hun kinderen hierbij uiteraard moeilijk ondersteunen. De meeste geïnterviewde jongeren geven aan dat ze ook hun school- of vakkenkeuze zonder steun of bemoeienis van hun ouders maken en dat ze problemen op school zelf op moeten zien te lossen.

Opvoeding in Chinese gezinnen in Nederland schetst een scherp beeld van de situatie in Chinese gezinnen en hun moeilijkheden. Het staat boordevol informatie voor geïnteresseerden die zich in deze bevolkingsgroep willen verdiepen. Jammer genoeg

schiet het boek te kort in leesbaarheid. Aan deze boekuitgave is duidelijk geen goede redacteur te pas gekomen. Het heeft veel kenmerken van een saai onderzoeksverslag en de auteurs vallen veelvuldig in herhaling.

Geense en Pels proberen de opvoedingsopvattingen van de moeders te verklaren vanuit de Chinese traditionele opvoedingsopvattingen zoals die beschreven staan in de literatuur. Daarentegen constateren zij zelf, dat in de gangbare beschrijving van de traditionele Chinese opvoedingsstijl "een zekere bias optreedt doordat die tamelijk sterk gebaseerd is op (oude) literaire bronnen omtrent gewoonten in hogere kringen". Ook geven ze in hun inleidend hoofdstuk aan dat opvoedingsopvattingen aan verandering onderhevig zijn door uiteenlopende factoren. Toch leggen Geense en Pels een direct verband tussen de traditionele Chinese familie-ideologie en de opvoedingsdoelen en opvattingen van de Chinese moeders in Nederland en veronachtzamen zij zelf de dynamiek waaraan opvattingen, normen en waarden in culturen (en zeker de Chinese) onderhevig zijn. Zodoende vervallen zij in algemene uitspraken die geen recht doen aan de werkelijkheid. Dit onderdeel van het boek overtuigt veel minder dan hun beschrijving van de huidige opvoedingssituatie in de Chinese gezinnen in Nederland.

Mirjam Blaak

Gesler, W., D. Rabiner & G. DeFriese (eds.), *Rural health and aging research: Theory, methods and practical applications*. Amityville/New York: Baywood. 259 pp. \$ 46.

Dit boek uit de serie *Society and Aging Series* onder redactie van J. Hendricks is precies wat de titel belooft. Het maakt studie van de gezondheid van ouderen in rurale gebieden van Noord-Amerika en biedt theoretische perspectieven, methoden van onderzoek en praktische implicaties van onderzoek. Het doel van de schrijvers is dan ook een reeks benaderingen te bieden die interdisciplinaire onderzoeksteams, samengesteld uit academici en mensen uit de praktijk, kunnen gebruiken. Het aardige van het boek is dat het aan duidelijkheid over wat de auteurs in hun onderzoekingen hebben gedaan niets te wensen overlaat. Het is dus voor beginnende medisch antropologen, die steeds vaker moeten werken in dergelijke interdisciplinair teams, een handig boek. Voor de gevorderden onder hen zou het aanleiding tot een methodologische en theoretische discussie kunnen geven.

Waar gaat het in dit boek over? Op de eerste plaats, zoals de titel aangeeft, over ouderen in rurale gebieden. Zij moeten een groot aantal problemen het hoofd bieden als het om hun gezondheid gaat, zoals een hoog niveau van ziekte, geografische isolement, een lage niveau van gezondheidszorgvoorzieningen. Om welke gezondheidsproblemen het precies gaat, was volgens de auteurs van het boek tot dan toe onbekend.

Na een overzicht wat er aan onderzoek gedaan is op dit terrein, biedt het boek met een hoofdstuk waarin stedelijke en rurale gebieden met elkaar worden vergeleken wat betreft gezondheidsproblemen. In dit hoofdstuk geeft men ook een analyse van secundaire bronnen: atlanten, statistieken, studies van specifieke rurale gebieden. Tevens komen de stappen van de analyse en de methoden van presentatie aan de orde.

Een volgend hoofdstuk gaat in op de geografische aspecten van de gezondheidszorg voor ouderen in rurale gebieden. Niet verbazingwekkend is dat het dan vooral om de fysieke toegankelijkheid van voorzieningen gaat. De bedoeling is om ervoor te zorgen dat noodzakelijke voorzieningen, dichterbij te brengen.

Dan volgt een hoofdstuk over migratie, een belangrijk fenomeen onder Amerikaanse ouderen. Een bekend voorbeeld is de trek naar Florida. Minder bekend is wellicht dat er ook een omgekeerde migratie van ouderen bestaat. Dat zijn de ouderen die door handicaps en ziekte dichterbij hun kinderen willen wonen. Er bestaat ook een belangrijke seizoengebonden migratie van ouderen: de 'snowbirds', die van Canada naar Florida reizen in de winter. Men vraagt zich af wat deze migratiestromen voor de gezondheid van ouderen betekenen en vooral wat ze betekenen voor de kosten en de belasting van gezondheidszorg. Niet verbazingwekkend is een van de conclusies: de snowbirds betalen voor hun zorg in Florida en wanneer ze een groter beroep moeten doen op de zorg, gaan ze minder vaak naar Florida.

De volgende hoofdstukken doen verslag van onderzoek op verschillende niveaus in een rurale gemeenschap in een aantal 'counties' van Noord-Carolina. Daarvan is vooral het hoofdstuk over kwalitatief onderzoek in de gerontologie voor antropologen interessant. Een etnografische benadering staat centraal. Die draagt volgens de auteurs bij tot beter inzicht in het sociale leven van ouderen op het platteland, hun opvattingen over ziekte en gezondheid en gezondheidsgedrag.

Voor de auteurs is de belangrijkste bijdrage van het boek aan het onderzoek van gezondheid van ouderen op het platteland de benadering die is gebaseerd op de samenwerking van leden van de gemeenschap (de ouderen zelf dus ook) en de onderzoekers van verschillende universiteiten. Daarbij ging het niet enkel om de resultaten, maar ook om de directe toepassing van de bevindingen.

Het boek heeft zeker waarde als voorbeeld van een groots opgezet onderzoek onder ouderen. Wat ik jammer vind, is dat in dergelijke studies, of liever in verslaglegging van dergelijke studies, de rijkdom van bijvoorbeeld etnografisch onderzoek verloren gaat. Men geeft wel aan dat er bijvoorbeeld een dieper inzicht in de beleving en opvattingen van ouderen wordt verkregen, maar ik mis toch de weergave van die beleving. Het boek geeft een redelijk inzicht in gezondheid en gezondheidszorg voor plattelandsouderen, maar ik mis de ouderen, als u begrijpt wat ik bedoel.

Els van Dongen

A.J.F. Köbben & H. Tromp, *De onwelkome boodschap of hoe de vrijheid van wetenschap bedreigd wordt*. Amsterdam: Jan Mets, 1999. 200 pp.

Als de resultaten van onderzoek niet stroken met de belangen van de opdrachtgever of politiek niet goed uitkomen, ontstaat er spanning. Hoe het dan verder kan gaan en hoe daarbij de druk op de brenger van een onwelkome onderzoeksboodschap toeneemt, is het onderwerp van dit interessante en heel leesbare boek. Het betoog is gebaseerd op analyse van 37 onderzoeken die uitmondten in een onwelkome boodschap, waarna zich een conflict ontwikkelde. Het is niet duidelijk in hoeveel van deze

gevallen het om een vrouwelijke onderzoeker gaat, in de uitgewerkte voorbeelden uit Nederland staan mannen op de voorgrond. Centraal in de analyse staat steeds het verloop en de sociale dynamiek van het conflictproces, met speciale aandacht voor de reacties van de opdrachtgever en de onderzoeksinstelling en voor de consequenties waarmee de onderzoeker te maken krijgt. De geanalyseerde gevallen zijn goed gedocumenteerd. Ze bestrijken diverse disciplines en terreinen (onder meer visserij, kernfysica, enzymologie, politicologie). Ze vormen natuurlijk een steekproef uit een populatie waarvan de omvang niet bekend is. De auteurs hebben wel overwogen om de uitkomsten van hun kwalitatieve onderzoek aan te vullen met kwantitatieve gegevens middels een enquête onder onderzoekers, maar hebben daar om methodische redenen vanaf gezien.

Bij de voorbeelden gaat het steeds om onderzoekers die in dienstverband werken, hetzij bij een onafhankelijke onderzoeksinstelling, hetzij bij een universitair instituut. De auteurs typeren de reacties op een onwelkome boodschap als volgt. De eerste is het doodzwijgen van de ongewenste uitkomsten: ze verdwijnen in de bekende lade. De tweede reactie is die van de retoriek: de ontvanger van de boodschap komt met een eigen verhaal dat de resultaten van het onderzoek onderuit haalt of in een kwaad daglicht stelt, en/of de onderzoeker te kijk zet als een prutser of een onbetrouwbare partner. De derde is die van het monddood maken en isoleren van de onderzoeker. Het gebruik van retoriek en het monddood maken blijken bijzonder werkzame en waarschijnlijk vaak effectieve middelen te zijn, omdat de instelling waar de boodschapper in dienst is meewerkt aan de uitvoering ervan. Met andere woorden, de druk van binnenuit, van baas of collega's, versterkt die door de opdrachtgever wordt uitgeoefend. De reden daarvoor is meestal simpelweg de vrees dat de opdrachtgever in het vervolg naar een concurrent zal gaan. De voorbeelden laten zien dat de uitgeoefende druk zeer groot kan zijn en dikwijls diepe sporen trekt in het privé-leven van de steeds verder geïsoleerde bringer van ongewenst nieuws. Van hem wordt in de loop van het aandraaien van duimschroeven steeds gevraagd om de uitkomsten te relativeren, te manipuleren of met geheel andere accenten samen te vatten.

De auteurs bespreken ook de context waarbinnen spanning ontstaat, wanneer onderzoeksuitkomsten niet goed uitkomen. De derde geldstroom, ook wel die van het contractonderzoek genoemd, is sterk gegroeid. Vele onderzoeksinstellingen zagen hun subsidies teruglopen en zijn nu vaak in heel grote mate afhankelijk van dergelijke betaalde onderzoeksopdrachten. Trouwens, ook voor universitaire instituten is de derde geldstroom als financieringsbron voor onderzoek heel belangrijk geworden. Vervolgens lijkt de markt voor betaald onderzoek nogal krap en kan men het zich daarom niet veroorloven zich al te hard tegen een opdrachtgever op te stellen. Onderzoeksinstellingen zijn verder dikwijls redelijk tot strak hiërarchisch georganiseerd waardoor open discussies over onderzoek en opdrachten ertoe weinig ruimte krijgen, zeker wanneer er spanning rond de resultaten ontstaat. Binnen zo'n organisatie speelt ook spanning tussen waarden een rol, zoals van de collegialiteit (je kunt toch als eenling de toekomst van het instituut niet op het spel zetten), van de markt (de klant is toch koning) enerzijds en die behoren tot een 'Gallileïsche geesteshouding', namelijk dat onderzoekers de plicht hebben verworven inzichten uit te dragen, desnoods tegen alle weerstanden

in. Ten slotte vallen onderzoeksinstellingen soms onder de overheid en voelen de onderzoekers zich ambtenaar, voor wie het beeld van de goede ambtenaar die de zaak binnenshuis houdt een sterke leidraad is.

Volgens Köbben en Tromp zijn het de omstandigheden, vaak samen met de eerste ontwikkelingen van het zich ontvouwende proces dat volgt op het brengen van de onwelkome boodschap, die sommige onderzoekers steeds sterker in een oppositionele rol duwen. Soms ook: hoe sterker de druk, hoe vasthoudender het verzet. Het blijkt dat bepaalde (karakter)eigenschappen van de boodschapper ook van belang zijn: sterke persoonlijkheid, erkende vakbekwaamheid, vaardige pen. Ze besteden ook aandacht aan degenen die in geval hun boodschap of die van hun collega slecht valt, het compromis zoeken, bekwaam zijn in het koordansen tussen de verschillende belangen die in het geding zijn.

De auteurs zijn uitgesproken in hun oordeel over het bestrijden van een onwelkome boodschap. Ze vinden dat die strijd open en met redelijke argumenten moet worden gevoerd, niet op de vaak weinig ontziende en destructieve wijze waarvan hun beschrijvingen kond doen. Ze voeren ook enkele remedies aan ter voorkoming of beheersing van conflicten. Begeleidingscommissies kunnen bemiddelen in geval van interpretatieverschillen, zeker als er onafhankelijke deskundigen in zitten. Men kan ook de handen zo schoon mogelijk houden door iedere opdracht als zichzelf respecterende onderzoeksinstelling heel zorgvuldig te bezien en die waarbij het belang van een bepaald gewenst resultaat overduidelijk is te vermijden. Maar daarmee los je het probleem van de ongewenste boodschap natuurlijk niet op. Het bestrijdt de categorie van uitwassen, maar voorkomt niet dat het betreffende onderzoek dan door anderen, eindigend in een gewenste boodschap, wordt uitgevoerd. Dan is er de bescherming van de boodschapper. In dat verband pleiten de auteurs voor een rol voor de beroepsvereniging, een helder statuut dat de verhouding tussen opdrachtgever en -nemer bij contractonderzoek regelt, een vertrouwenspersoon waar men als boodschapper in het nauw terecht kan, een vast onderwonderdeel en een prijs voor de beste brenger van een onwelkome boodschap. Maar het overtuigt toch niet helemaal, behalve een goede raad aan de boodschapper: zoek tijdig juridische steun.

Het is een belangwekkend boek, omdat het onze aandacht vraagt voor spanning die inherent is aan onderzoek dat in opdracht wordt uitgevoerd en waarvoor wordt betaald, een vorm van onderzoek die meer voorkomt dan voorheen. Overigens had men bij de analyse wel wat meer schakering binnen de categorie van het contractonderzoek kunnen aanbrengen. Ook is natuurlijk lang niet elk onderzoek in potentie even bedreigend en worden onwelkome boodschappen ook geaccepteerd. Maar wanneer er wel acceptatie en of juist afwijzing volgt, wordt niet duidelijk. Een vraag is welke boodschappen uit deze studie we in het onderwijs voor sociaal-wetenschappelijke onderzoekers moeten benadrukken. Het begint met te wijzen op de noodzaak om wetenschappelijk goed onderzoek te doen, opdrachtgevers duidelijkheid over mogelijkheden en onmogelijkheden te verschaffen, goed uit te kijken met opdrachten, zich te verzekeren van een goede hand van schrijven en een zo groot mogelijke publicatieruimte, en twijfelachtige onderzoeksopdrachten te mijden. Maar er komt nog iets bij, namelijk het aanleren van een ontsluitende onderzoekshouding, die belang hecht

aan het naar voren brengen van de tijdgebonden (deel)waarheden die goed onderzoek oplevert.

Pieter Streefland

P. Manoleas (ed.), *The cross-cultural practice of clinical case management in mental health*. New York/London: The Haworth Press, 1996, 255 pp.

Dit boek is een bijdrage aan de groeiende hoeveelheid literatuur over multiculturele praktijken in de geestelijke gezondheidszorg. Het is bestemd voor mensen die in de praktijk werken met cliënten van verschillende culturele achtergronden. Deze collectie papers handelt over begrippen die in klinische praktijken worden gebruikt, over socio-demografische kennis en onderzoeksresultaten die van dienst zijn in klinisch 'case management' met verschillende culturele groepen.

Het eerste hoofdstuk, de inleiding geschreven door de redacteur, gaat in op het begrip 'case management', de rol van cultuur daarin, de specifieke psychiatrische cultuur, taal en metaforen. In de geestelijke gezondheidszorg hebben zich vanaf de jaren zeventig twee vormen van case management ontwikkeld: een vorm voor de publieke en een voor de privé-sector. Dat is met name het geval in de Verenigde Staten. In Nederland is de privé-sector een weinig bestudeerd en beschreven domein van de psychiatrie. Zeker interessant voor antropologen om daar eens onderzoek te doen! Case management is van oorsprong een deel van maatschappelijk werk. Het is ingevoerd in de psychiatrie, vooral voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De bedoeling is de continuïteit van de zorg te waarborgen en de relatie van de cliënt met zijn omgeving nadrukkelijk aandacht te schenken. Centraal in het boek staan de wederkerige relaties met elk van de groepen binnen de driehoek case manager – cliënt – omgeving. Elk van die groepen heeft zijn eigen complexe cultuur. De effectiviteit van het case management afhangt van de juiste culturele overbrugging tussen de drie groepen. Laat deze centrale these dan ook de toetssteen zijn, waarmee we naar de verschillende bijdragen kijken.

'Cultuur' is een belangrijk concept. In de inleiding wordt het beschreven als het 'voertuig' waarmee de ene generatie haar wijze van kijken, ervaring en interpreteren op de andere generatie overbrengt. Dat is voor de psychiatrie een werkzame definitie die praktijkmensen bekend in de oren zal klinken. Dat geldt vooral voor degenen die vanuit een systeemtheoretische visie werken en heel goed weten hoe bepaalde communicatiepatronen en ideeën binnen familie hardnekkig standhouden, zelfs al doen ze mensen geen goed. Het is ook een omschrijving die ruimte geeft tot onderscheiding in subculturen, zelf op microniveau: de omgeving van een cliënt. De psychiatrische cultuur is in dit boek opgevat als een geheel van kennis, instellingen en praktijken die in 'het Westen' zijn ontwikkeld. Centraal in deze cultuur staat het begrip psychopathologie. Manoleas zegt dan dat binnen de psychiatrie een etic perspectief wordt gehanteerd, terwijl cliënten een emic perspectief bezitten. Deze tweedeling is echter achterhaald. De 'wetenschappelijke' psychiatrie is natuurlijk ook 'emic' in die zin dat het een culturele kijk op verschijnselen weerspiegelt. In plaats van etic en emic tegenover elkaar te

zetten, had men dus beter kunnen spreken van culturele verschillen tussen westerse psychiaters en cliënten en de consequenties daarvan.

In de inleiding vindt de lezer tevens een korte uiteenzetting over de relatie tussen cultuur en psychische aandoeningen. Bekende onderzoeken naar schizofrenie (de WHO-studie van Sartorius), chroniciteit en psychose komen aan de orde. Manoleas stelt dat overal ter wereld verborgen zaken zoals geesten, hekserij, een rol spelen, maar dat in westerse culturen de nadruk op cognitie, emotie en andere mentalistische structuren wordt gelegd. Ik ben er niet zeker van dat deze tegenstelling zo scherp moet worden gesteld.

Case managers moeten worden gezien als culturele bemiddelaars, die de rol hebben van therapeut, vriend, adviseur, onderwijzer en advocaat. Deze rol dient niet alleen op de cliënt te zijn gericht, maar ook op de geestelijke gezondheid zelf. Het is van belang dat zo'n culturele bemiddelaar de taal van zijn cliënten beheerst. Bovendien moet hij letten op metaforisch taalgebruik. Metaforen kunnen bijdragen tot depersonalisering bij schizofrene mensen (die metaforen vaak letterlijk nemen), maar metaforen kunnen mensen ook hun situatie laten begrijpen. Voorzichtigheid en sensitiviteit is dus geboden. Een culturele bemiddelaar moet ook in staat zijn mensen opnieuw in te schrijven in hun cultuur, dat wil zeggen dat hij samen met cliënten en omgeving naar nieuwe betekenissen moet zoeken van culturele gewoonten, opvattingen of gedragingen. De conclusie ligt voor de hand: case management is een fundamentele methode in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met chronische of ernstige psychische aandoeningen.

Het tweede hoofdstuk gaat over de daklozencultuur. Dak- en thuisloze mensen met psychiatrische problematiek vormen een aanzienlijke groep in de geestelijke gezondheidszorg, die vaak de steun van een omgeving ontbeert. De case manager heeft hier dus een essentiële taak als bemiddelaar tussen cliënt en omgeving. Wil die taak zinvol zijn, dan moet volgens de auteur – Fellin – de case manager de cultuur van de daklozen begrijpen. Hij karakteriseert deze als volgt: extreme armoede, onthechting, negatieve houding ten aanzien van behandeling en sociale diensten en subculturen rond plaatsen als de straat, tehuisen. De case manager moet vooral optreden als advocaat. Pas als aan de directe behoeften van de dakloze psychiatrische patiënt is voldaan, kan worden begonnen met therapie. Dit hoofdstuk geeft na lezing een onbevredigend gevoel. Ten eerste is het een 'omgevallen boekenkast': de lezer raakt in de war door de vele verwijzingen. Overigens moet ik daaraan toevoegen dat de uitgebreide bibliografie een goede hulp is voor degenen die zich echt in deze groep willen verdiepen. Ten tweede gaat het voor mij te ver de groep ernstig zieke daklozen te zien als een culturele groep. Natuurlijk hebben zij een eigen leefstijl ontwikkeld die erop gericht is te overleven in omstandigheden van extreme armoede en marginaliteit en daarom is die leefstijl ook zinvol. We moeten echter niet vergeten dat deze situatie ten nauwste verbonden is met het andere deel van een samenleving en er zelfs het gevolg van is. Daarmee komt de taak van de case manager ook in een ander daglicht te staan.

Het volgende hoofdstuk is een studie van Hodge en Kidnis onder Amerikaanse indianen. Centraal staat hier de demoraliseringsthese. Studies van deze groep richten zich op het problematisch gedrag in relatie tot alcoholisme, suïcide, geweld en derge-

lijke. Dit brengt het gevaar met zich mee dat het gedrag uit zijn context wordt gehaald en zo kan leiden tot 'blaming the victim'. Het probleem ligt in de instrumenten waarmee wordt vastgesteld of mensen bijvoorbeeld depressief zijn. Volgens sommigen meet men geen depressiviteit, maar demoralisering (laag zelfbeeld, hopeloosheid, droefheid en angst). Demoralisering is dan een situatie van depressie, laag zelfbeeld en algemene angst. Uit het onderzoek van Hodge en Kipnis blijkt dat er hoge risicofactoren zijn die leiden tot demoralisering en het gevolg van de slechte economische en sociale situatie van de indianen. Ook zij trekken daar niet de consequenties uit. De auteurs concluderen dat kennis van risicofactoren de case manager kan helpen iets te doen aan de lage zelfwaardering, maar zij verbinden dit niet met de maatschappelijke context. Eigenlijk geldt hetzelfde als in het tweede hoofdstuk. De psychische problematiek is het gevolg van onderdrukkende sociale omstandigheden. In dat veld moet er dus worden gewerkt, maar de auteurs suggereren een individuele benadering zonder al te veel relaties te leggen met die maatschappelijke context.

Het vierde hoofdstuk handelt over crisisinterventie onder etnische minderheden, met name de Latinos. Herrera komt daarin tot de conclusie dat crisisinterventie dient te bestaan uit korte behandelingen met de hulp van curanderos, spirituele genezers, herbalisten en masseurs. Deze maken nu eenmaal deel uit van het systeem van de cliënten. De case manager kan praktische adviezen geven en zijn of haar cliënten de weg wijzen in de wereld van de traditionele genezers. Lange-termijnbehandelingen blijken het niet te doen onder de Latinos.

Het vijfde hoofdstuk van de hand van Organista en Dwyer sluit bij het vorige aan in die zin dat het dezelfde etnische groep heeft onderzocht: de Latinos. Het gaat hier echter om psychosociale hulp aan depressieve patiënten. De auteurs raden een aantal praktische interventies aan op het terrein van case management. Zo moet de behandeling beginnen met tijd te besteden aan de kennismaking volgens de etiquette van de Latinos. Het idee om wederzijds informatie over zichzelf uit te wisselen lijkt mij prima, niet alleen voor Latinos. Vaak genoeg weten therapeuten een heleboel over cliënten, terwijl dat andersom niet het geval is. Waarom eigenlijk niet? Een tweede suggestie heeft betrekking op psycho-educatie. Het gaat er dan om het stigma dat op psychische problematiek rust, weg te werken door middel van kennisoverdracht en het aanleren van bepaalde technieken om met de sociale omgeving om te gaan. Een volgende punt is cognitieve herstructurering. Daarbij wordt cliënten geleerd verschil te maken tussen 'depressief' en 'normaal' denken. Ook op religieus terrein kan men de aandacht bijvoorbeeld richten op bepaalde manieren van bidden. Case management moet ook inhouden dat cliënten leren bepaalde plezierige activiteiten te doen. Tot slot is assertiviteitstraining belangrijk, ondanks dat dit tegen veel culturele normen in lijkt te gaan.

De volgende twee hoofdstukken zijn beschrijvingen en analyses van andere etnische groeperingen in de Verenigde Staten: van Aziatische en Afrikaanse Amerikanen. Deze groepen hebben hun eigen wijzen van omgaan met ziekte en van genezen, die onderling ook weer kunnen verschillen. Case management blijkt in deze gevallen vooral bemiddelen te zijn. De ervaringen van vluchtelingen vereisen volgens de auteurs een specifieke benadering. Om aan al die verschillen recht te doen, is dan case management onontbeerlijk. Racisme speelt vooral een rol in therapie met Afrikaanse Amerika-

nen. Case management zou een rol kunnen spelen in de bewustwording hiervan. Na lezing van beide hoofdstukken kan ik me niet aan de indruk onttrekken dat de auteurs zich schuldig maken aan enige stereotypering. Soms is dat onvermijdelijk als men uitspraken wil doen die algemener moeten gelden, maar het gaat me toch te ver te blijven benadrukken dat Aziatische vrouwen 'glimlachen' en 'giechelen' onder de meest droevige omstandigheden (p. 153).

Hoofdstuk acht en negen behandelen segmenten van de samenleving: vrouwen en kinderen. In het kader van de theoretische benadering van het boek moeten we deze groepen zien als een cultuur binnen een cultuur. Dat gaat me wat te ver. Vrouwen en kinderen maken deel uit van een samenleving. Wel hebben ze een specifieke situatie, die specifieke gevolgen voor hun geestelijke gezondheid kan hebben. Ik onderschrijf de stelling dat case management gender- of leeftijdsspecifiek moet zijn, maar laten we vooral niet vergeten dat de problematiek van vrouwen en kinderen, net als van etnische groepen trouwens, nauw samenhangt met sociale, politieke en economische omstandigheden in de samenleving als geheel en dat als we werkelijk een goede geestelijke gezondheidszorg willen vormgeven, dit aspect op de eerste plaats zal moeten staan. Mishandeling van vrouwen is dan geen 'case', maar een consequentie van ongezonde processen in een cultuur die de mogelijkheid tot mishandeling bieden. Een case manager moet daar vooral mee aan de slag.

Tot slot wil ik terugkeren naar het begin van deze recensie, tot de stelling dat een goed case management erin slaagt culturele kloven tussen de geestelijke gezondheidszorg, de cliënten en de omgeving te overbruggen. De vraag of in dit boek waardevolle praktische adviezen op dit terrein worden gegeven kan dan positief worden beantwoord. Er is echter een maar: het accent ligt nadrukkelijk op de 'opvoeding' van cliënten. Dat wil zeggen dat slechts een gedeelte van de driehoek case manager – cliënt – omgeving uitgewerkt wordt. Wat ik mis is hoe een case manager moet bemiddelen naar de samenleving en naar de psychiatrie.

Els van Dongen

Ildis Santini & Christina Marsal Roig, *De deur van de hoop. Integrale multidimensionale groepstherapie voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos, Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen, 1999. 118 pp. kleurenfoto's. f 42,50.

Als individuele verbale therapie niet haalbaar lijkt te zijn door taal of cultuurverschillen, dan worden groepsbehandeling en nonverbale methodieken nogal eens gezien als een noodgreep of tweede keus in de behandeling van allochtone cliënten. Niet zelden wordt dit gelegitimeerd door te verwijzen naar de groepsgerichte cultuur van de cliënt. *De deur van de hoop* laat zien dat dit onterecht is. Het toont hoe krachtig een combinatie van groepstherapie en non-verbale methodieken kan zijn in de behandeling van vluchtelingen. In de loop van het boek stellen de auteur overigens ook andere veronderstellingen ter discussie. Effectieve behandeling van de klachten van vluchtelingen hoeft zich niet per se te richten op het expliciteren van onderliggende traumatische ervaringen. Het niet willen praten over deze ervaringen staat een positieve ontwikkeling

niet in de weg. Homogeniteit wat betreft culturele achtergrond en kennis van de Nederlandse taal is geen absolute voorwaarde voor het werken met groepen. Zo bestaat een van de beschreven therapiegroepen uit vrouwen met een uiteenlopende kennis van het Nederlands en afkomstig uit Iran, Turkije, Zaïre, Armenië en Bosnië.

De deur van de hoop is bovenal een consciëntieuze beschrijving van de rijke ervaring van de auteurs met groepstherapie met vluchtelingen. Ildis Santini en Christina Marsal Roig zijn reeds jaren als psychotherapeut werkzaam bij Stichting Pharos, een landelijke instelling gespecialiseerd in de gezondheidszorg aan vluchtelingen. Ze noemen hun werkwijze integraal en multidimensionaal. Uitgegaan wordt van een holistische mensvisie, waarbij aandacht is voor de samenhang van het lichamelijke, psychologische, creatieve, relationele en emotionele. Het boek is vooral praktijkgericht. De theoretische inkadering is vooral te vinden in de inleiding van Adeline van Waning, psychiater en psychoanalytica.

Het boek valt in twee delen uiteen. In het eerste deel beschrijven de auteurs de achtergronden en uitgangspunten van hun werkwijze. Kenmerkend voor de traumatisering van vluchtelingen is dat hun vermogen om met zichzelf en met hun omgeving te communiceren verminderd is. Het symboliseren is verstoord. Deze traumatisering ondermijnt ook de relatie tussen individu en zijn lichaam. Ze is ook in het lichaam opgeslagen en weerspiegelt zich in de lichaamstaal, in houding, beweging en manier van communiceren. De ontwikkelde methode sluit hierbij aan en biedt de vluchteling nieuwe uitdrukkingsmogelijkheden. De auteurs benadrukken dat het bij deze vorm van therapie meer gaat op het zijn en doen, dan om het zeggen en vertellen. De therapie bevordert het lichamenlijk vertrouwen en de psychische stabiliteit en schept daarmee de voorwaarden om dieper in te gaan op de traumatische ervaringen. Het gaat er vooral om de eigen mogelijkheden te ontdekken en te ontplooien. Doorgaans is deze werkvorm gecombineerd met individuele therapie.

Vervolgens worden de werkwijze en het uitgebreide scala van gebruikte methoden en technieken toegelicht. Het gaat daarbij om bewegingsoefeningen, bio-energetica, creatieve technieken (keramiek, tekenen, collages), spel, ontspanningsmethoden, visualisering, ademhalingsoefeningen, meditatie, schrijfoefeningen en psycho-educatie. Door het hele boek heen zijn uitgewerkte voorbeelden hiervan beschreven. In hun werkwijzen onderscheiden Santini en Marsal Roig drie fasen: toename van vertrouwen en vermindering van klachten, ontwarren van gevoelens en maken van keuzen, en de stap van ontworteling naar innerlijke vrijheid. Afhankelijk van de fase kunnen verschillende modules doorlopen worden: het eigen lichaamsbeeld, concentratie en ontspanning, werken met emoties, cognitieve verandering, en rouw, scheiding en toekomstperspectief.

In het tweede deel van het boek beschrijven de auteurs het verloop van de therapie bij twee van de begeleide groepen. Een schematisch overzicht van de opbouw van de bijeenkomsten is in een bijlage opgenomen. De groepen zijn relatief klein, zes en zeven deelnemers. De duur van de behandeling is lang, twee jaar of meer. Twee therapeuten begeleiden steeds de groep. Uitgebreid wordt stil gestaan bij de ontwikkelingen die de deelnemers doorgemaakt hebben. Een reeks kleurenfoto's van tekeningen, keramiek en collages, die als het ware het sediment van de therapie vormen, vormt hier de

illustratie van. De titel van het boek is afkomstig uit een toelichting van een deelnemer op een van haar werkstukken, een collage met een afbeelding van twee kunstig bewerkte deuren, getiteld Baab el Faradj (Arabisch voor De Deur van de Hoop). “Dit zijn de deuren van Pharos. We kijken door de ramen naar binnen en zien wat er gebeurt. Er gebeurt van alles. Ik heb de naam van die deuren erbij laten staan, want die past er heel goed bij: ‘De deur van de hoop’. Wij bevinden ons achter die deuren” (p. 80). Uit de reacties van de deelnemers aan het eind van de therapie wordt dat de doelstellingen ervan in veel gevallen gerealiseerd zijn. Ze ervaren minder klachten, hebben meer zicht op het eigen functioneren en geven aan meer greep te hebben gekregen op hun leven.

De deur van de hoop toont hoe uiteenlopende methodieken geïntegreerd kunnen worden in de therapie voor vluchtelingen en bijdragen aan het succes ervan. Het sluit aan bij de toegenomen aandacht in de sociale wetenschappen voor het lichaam en de belichaming (embodiment) van het leed als reactie op de dominantie van het psychische en het mechanistisch lichaamsbeeld. De mens heeft niet zozeer een lichaam, maar is een lichaam. Op grond van hun concrete hulpverleningservaringen geven Santini en Marsal Roig deze gedachtegang op beeldende wijze vorm zonder te vervallen in eindeloos getheoretiseer.

Het boek is om minstens drie redenen waardevol. De eerste heb ik in de inleiding genoemd, het ter discussie stellen van veronderstellingen over de hulpverlening aan allochtonen. Het is verder voor hulpverleners een zeer toegankelijke en praktijkgerichte handleiding voor integrale multidimensionele groepstherapie met vluchtelingen. Het is ook een bron van inspiratie, zeker als we ons realiseren dat een dergelijke arbeidsintensieve therapie in huidige geestelijke gezondheidszorg van de vijf-gesprekken-behandeling en van productiecijfers niet zo maar te realiseren is. In hun boek maken Santini en Marsal Roig duidelijk dat al de beschreven methodieken slechts zijn wat ze behoren te zijn: middelen en geen doelen op zich. Essentieel is voor hen de attitude van de therapeut. In het afsluitend hoofdstuk komen zij dan ook tot de conclusie: “Werken met het lichaam en met creatieve verbeelding kan ook een manier zijn om over emotionele blokkades heen te komen (..), zolang de therapeuten op een respectvolle wijze aansluiten bij de belevingswereld van de deelnemers” (84-5). Het boek is van deze instelling een treffende illustratie. Deze conclusie reikt echter veel verder dan de integrale multidimensionele groepstherapie. Ieder die met vluchtelingen werkt, kan dit ter harte nemen. Het enige minpunt van dit fraai vormgegeven boek is de literatuurlijst, die maar ten dele aansluit bij de tekst. Tal van aangehaalde publicaties zijn er helaas niet in terug te vinden.

Rob van Dijk

Pieter Streefland (ed.), *Problems and potential in international health. Transdisciplinary perspectives*. Amsterdam: Het Spinhuis/Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1998. 232 pp. f 40,-.

Dit boek is een bundeling van essays over onderwerpen die zich situeren in het brede veld van de internationale gezondheid en gezondheidszorg. Deze essays zijn gebaseerd

op voordrachten die de auteurs in de loop van 1997 gegeven hebben aan twee Amsterdamse wetenschappelijke instellingen: het Koninklijk Instituut voor de Tropen en de Universiteit van Amsterdam. De aanvankelijke – en originele – opzet bestond erin om telkens twee wetenschappers (een gezondheidswerker enerzijds, en een socioloog of antropoloog anderzijds) vanuit een verschillend perspectief een identiek thema te laten behandelen. Zes thema's werden uiteindelijk weerhouden. We wegens ziekte is één presentatie weggevallen; de resterende voordrachten zijn bewerkt tot elf hoofdstukken van dit boek.

De thema's van het boek zijn epidemieën, methodologische aspecten van het onderzoek naar en rond epidemieën, de hervorming van de gezondheidssector, de gezondheidssituatie van vrouwen, het ontwikkelen van nieuwe technologieën en ten slotte de geneesmiddelen. De focus ligt vrijwel steeds op de realiteit van ontwikkelingslanden.

In hoofdstuk 1 heeft Piet Kager het over het begrip 'nieuwe' epidemieën en over de mogelijke opties voor preventie en controle. Aanvankelijk heeft de auteur het over de moeilijke (want toch wat willekeurige) definitie van wat nu precies een nieuwe (of een oude) epidemie zou zijn en verwijst daarvoor naar de wetenschappelijke literatuur ter zake. Het probleem van de Afrikaanse slaapziekte komt uitvoerig aan bod. Kager presenteert een korte historie van de evolutie van de epidemie in het huidige Congo (ex-Zaire) en heeft het verder over het nog steeds nijpend (en schandelijk!) tekort aan doeltreffende en veilige behandelingsmethoden. Kager geeft verder een opsomming van een aantal (vaak exotische) zoonoses en bespreekt kort een aantal nosocomiale infecties zoals lassakoorts, ebola- en marburginfecties. Tot slot komen de opties voor preventie en controle aan bod.

Abram de Swaan, in hoofdstuk 2, heeft het op een erg boeiende – en ontluisterende – wijze over het waarom van collectieve actie om het hoofd te bieden aan individuele gezondheidsrisico's. Deze theorie werd eerder reeds uitvoerig ontwikkeld in zijn bekende werk (*In Care of the State. Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*). In dit essay trekt de Swaan die redenering door naar een wereldwijd niveau. De auteur vraagt zich af aan welke eigenschappen een (hypothetische) epidemie zou moeten beantwoorden opdat ze aanleiding zou geven – conform de theorie van collectieve actie – tot actie van de rijke landen.

In hoofdstuk 3 heeft Pieter Streefland het over de impact van epidemieën op sociale verhoudingen. Zijn betoog steunt op een analyse van de sociale veranderingen teweeg gebracht door de pest- en choleraepidemieën in Europa en in Indië. De sociale impact bestrijkt een brede waaier van het verergeren van discriminatiepatronen van etnische minderheden tot het effect op toerisme in ontwikkelingslanden. Streefland besluit dat er ook zoiets bestaat als sociaal geconstrueerde epidemieën, als het ware 'denkbeeldige' epidemieën.

Op een overtuigende wijze heeft Corlien Varkevisser het in hoofdstuk 4 over de noodzaak om epidemiologisch en sociaal onderzoek als complementair te beschouwen. Zij illustreert dit uitvoerig aan de hand van het voorbeeld van AIDS-onderzoek in Tanzania. Participatorische onderzoeksmethoden, zoals rollenspel, stellen ook uitdagingen, wetenschappelijk-methodologische, maar vooral ethische. In het geval van AIDS stelt

Varkevisser, kan het niet zo zijn dat sociaal onderzoek gescheiden is van dienstverlening. Eigenlijk gaat men dus meer en meer de richting uit van een mix van onderzoek, aanbod van gezondheidszorg, opvoeding en rurale ontwikkelingsactiviteiten.

Jane Kusin gooit het in hoofdstuk 5 over een meer technische boeg. Zij haalt uitvoerig epidemiologisch cijfermateriaal aan om het (onderschatte) belang bij vrouwen in reproductieve leeftijd van niet-infectueus morbiditeit – meer bepaald voedingsproblemen – aan te tonen. Zij houdt een gepassioneerd pleidooi om meer voedingsinterventies te richten op adolescenten en dan vooral op meisjes. Dit zou een doeltreffende manier zijn om latere problemen met betrekking tot voortplanting te voorkomen.

In hoofdstuk 6 plaatst Anita Hardon het concept 'reproductieve gezondheidszorg' in een ruimere sociale, economische en culturele context. Zij doet dit aan de hand van resultaten van onderzoek naar (in)fertiliteit in de Filippijnen en Mozambique. Hardon stelt dat een succesvolle operationalisering van reproductieve gezondheidszorg noodzakelijkerwijze rekening moet houden met lokale percepties alsook met culturele en genderspecifieke dimensies van fertiliteitsregulering. Voor de gezondheidswerkers is het uiterst belangrijk om vrouwen in een dialoog te betrekken over de veiligheid en de doeltreffendheid van bestaande praktijken van fertiliteitsregulering.

Jarl Chabot schrijft op verhalende wijze in hoofdstuk 7 over de hervorming van de gezondheidssector in Zambia en Guinee Bissau. Na een korte historische schets van de evolutie van de gezondheidszorgsystemen in de loop van de laatste vijftig jaar, somt hij de voornaamste kenmerken van dergelijke hervormingen op. In zijn betoog legt hij meer nadruk op de inhoud van de hervormingen (wat verandert er) dan op de redenen die aanleiding gaven tot de hervormingen (de vraag waarom) en het gevolgde proces (de vraag hoe). De organisatorische veranderingen die plaats vonden in beide landen, worden in detail beschreven vooral wanneer het gaat over de belangrijke transfer van beslissingsmacht die in Zambia plaats vond van centraal naar perifeer (districts)niveau. In zijn conclusie laat Chabot duidelijk blijken dat hervorming van de gezondheidssector géén mechanisch lineair proces is, maar wél dat het een resultaat is van een mix van technische inputs, politiek leiderschap en publiek debat.

Hoofdstukken 8 en 9 beschrijven het langdurig proces met de vele hinderpalen om een bepaalde technologie die in een (meestal westers) laboratorium ontwikkeld werd op het 'veld' in ontwikkelingslanden beschikbaar te maken. Stuart Blume heeft het in hoofdstuk 8 over vaccins en Wiepko Terpstra en Henk Smits in hoofdstuk 9 over diagnostische testen. Blume stelt de mijns inziens terechte vraag of de belangrijkste drempels wel van technische aard zijn. Hoe zit het bijvoorbeeld met de winstmarges voor de industrie? Verder gaat Blume in op de betrekkelijkheid van het concept veiligheid, over de plaats van (maatschappelijke) waarden en keuzes in het proces van testen en evalueren van doeltreffendheid van vaccins. Terpstra en Smits beschrijven de ervaring van het Departement voor Biomedisch Onderzoek van het KIT met de transfer van een diagnostische test voor de aandoening *leptospirose* van het laboratorium in het noorden naar de bush in het zuiden. Zij wijzen hierbij de noodzaak van een meer zakelijke instelling vanwege traditionele onderzoekers.

Sjaak van der Geest, in hoofdstuk 10, bekijkt gebruik en misbruik van geneesmiddelen vanuit een antropologisch perspectief. Hij doet dit aan de hand van een aantal

korte cases uit zowel ontwikkelings- als geïndustrialiseerde landen. Van der Geest benadrukt dat het gros van het (erg populair) gebruik van westerse geneesmiddelen in ontwikkelingslanden eigenlijk zelden gestuurd wordt door de medische professie. Wat vooral het gebruik bepaalt, zijn de beschikbaarheid van geneesmiddelen, de financiële mogelijkheden van de mensen en hun eigen perceptie over ziekte en geneesmiddelen. De auteur gaat in zijn slotwoord dieper in op mogelijke interventies om gebruik van geneesmiddelen te verbeteren. Het verstrekken van 'betere' dat wil zeggen correcte en vooral begrijpelijke informatie is absoluut noodzakelijk. Twee aanbevelingen van Van der Geest lijken mij voldoende belangrijk om ze expliciet aan te halen. Ten eerste is dit de cruciale rol van basisgezondheidswerkers, in ontwikkelingslanden vaak verpleegkundigen, in dit continu proces van informatieverstrekking. Ten tweede merkt hij op dat een hypothetische, want moeilijk haalbare vernietiging van informele distributiesystemen van geneesmiddelen en/of het ontmoedigen van zelfmedicatie weinig of niets bijdraagt tot een beter geneesmiddelengebruik. Hoe aantrekkelijk dergelijke strategieën op het eerste zicht ook mogen lijken.

Tot slot heeft Henk van Wilgenburg het in hoofdstuk 11 over de farmacologische 'schatten' van het Zuiden. Hij geeft een kort overzicht – bijwijlen erg technisch – van de oorsprong en de mogelijke indicaties van een aantal van deze 'traditionele' plantaardige geneesmiddelen en houdt een warm pleidooi voor meer respect voor en een betere promotie van deze stoffen. In zijn enthousiasme gaat Van Wilgenburg erg ver wanneer hij in zijn besluit stelt – of droomt? – dat een beter gebruik van 'traditionele' geneeskrachtige planten de nood aan dure westerse geneesmiddelen aanzienlijk zou kunnen verminderen.

Dit boek biedt de lezer een aantal impressies over enkele belangrijke problemen in de internationale gezondheid en gezondheidszorg. Het geheel is vlot leesbaar niettegenstaande de toch wat willekeurige aaneenschakeling van erg uiteenlopende thema's en het verschil in stijl tussen de auteurs onderling. Deze heterogeniteit maakt tevens ook de kracht uit van dit boek: voor elk (of tenminste toch voor velen) wat wils. In die zin is het een nuttig boek voor professionelen, maar ook voor leken die geïnteresseerd zijn in de problematiek van internationale gezondheid. Sommige stukken vormen een mooie synthese, andere stemmen de lezer tot verdere reflectie, en weer andere ten slotte beperken zich tot een meer beschrijvende bijdrage waarin het punt dat de auteur uiteindelijk wenst te maken niet altijd even duidelijk is. Opvallend is het ontbreken – op enkele uitzonderingen na – van de problematiek van gezondheid en gezondheidszorg in de geïndustrialiseerde wereld. In die zin komt het internationale karakter van het boek niet helemaal tot zijn recht. Een persoonlijke teleurstelling is het gevoel dat het potentieel van een benadering van eenzelfde thema vanuit twee verschillende invalshoeken – zoals aangekondigd in de inleiding van het boek – niet echt uit de verf komt.

Bart Criel

Meredeth Turshen, *Privatizing health services in Africa*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1999. 185 pp., index. £ 18,50 (paperback), £ 39,95 (hard cover).

In haar eerdere boeken, *The political ecology of disease in Tanzania* en *The politics of public health*, heeft Meredith Turshen steeds een bijna 'orthodox' marxistisch standpunt ingenomen ten aanzien van ziekte en gezondheidszorg. Die positiebepaling resulteerde in een selectief gebruik van bronnen en een weinig genuanceerde beschrijving van uiterst complexe toestanden. In haar laatste boek zet zij die traditie voort.

Privatizing health services in Africa is geschreven, zoals zij zelf opmerkt in haar voorwoord, uit woede over de doelbewuste afbraak van "viable government institutions in the name of the new international policy to privatize the health sector". Zij beschuldigt de VN en andere internationale organisaties ervan dat zij alleen nog maar geïnteresseerd zijn in de economische rentabiliteit van gezondheidszorg en dat hun enige doelstelling de groei van het wereldkapitalisme is. Zij wil met haar boek aantonen hoe het verlies van gezondheidszorgfaciliteiten verweven is met de rol van transnationale bedrijven en de Wereldbank en met de invoering van het 'Structural Adjustment Program'. Een monetair paradigma heeft het model van de verzorgingsstaat vervangen, concludeert zij in haar laatste hoofdstuk.

Zij begint haar boek met een beschrijving van de wereldwijde ineenstorting van publieke gezondheidszorg. Zij ziet die ineenstorting als het gevolg van een aanval ('assault') van buiten af en wijdt geen woord aan het vijftiende eeuwige echec van publieke gezondheidszorg in praktisch alle landen van het Afrikaanse continent. Preventieve zorg werd schromelijk verwaarloosd, ongelijke behandeling van stad en platteland kwam algemeen voor en initiatieven als Primary Health Care en Essential Drugs bleven in de meeste gevallen papieren dromen.

Haar kritiek op de herstructurering van de gezondheidszorg, het onderwerp van het tweede hoofdstuk, gaat voorbij aan het feit dat die herstructurering mede tot stand kwam omdat het publieke systeem niet bleek te werken, onder meer vanwege bureaucratisme en wanbeleid en corruptie op alle niveaus van de zorg. Talloze studies hebben beschreven hoe duur de 'gratis' gezondheidszorg uitpakte voor de meest marginale groepen (stedelijke armen en platteland). Van die studies is geen spoor te vinden in haar bibliografie.

Het derde hoofdstuk is een kritiek op privatisering. De gevaren van privatisering die zij schetst, zoals verdere uitsluiting van de armste groepen, zijn beslist reëel, maar opnieuw wreekt zich hier haar krampachtig vasthouden aan een utopisch beeld van het alternatief, publieke gezondheidszorg. Hoe aantrekkelijk het model van een algemeen toegankelijke gratis gezondheidszorg op papier ook moge lijken, de afgelopen decennia hebben geleerd dat het niet gewerkt heeft. Haar blinde vlek voor de bevindingen van het onderzoek van haar collega's in de sociale wetenschappen is onthutsend. De slotzin van het derde hoofdstuk projecteert op cynische wijze haar eigen ideologische vooringenomenheid: "Lacking empirical grounds, neoliberal health economists appear to posit privatization as a solution on ideological grounds."

In het vierde hoofdstuk wijst zij – terecht – op het ontbreken van een "workforce safety net" en de daaruit voortvloeiende sociale onzekerheid. Opnieuw roept haar analyse echter vele vragen op. Haar opmerking dat gratis gezondheidszorg is afgeschaft

om mensen te dwingen een verzekering te kopen is absurd. Publicaties over schaarse pogingen tot het oprichten van een volksverzekering in Afrikaanse landen gaan over het wantrouwen tegenover de staat, door sommige auteurs de 'vampire state' genoemd, en het ontbreken van een solidariteit die zich uitstrekt buiten de grenzen van de grootfamilie of het dorp. Een op winst gericht verzekeringsstelsel is – althans voor de arme bevolking – voorlopig niet in zicht.

Het vijfde hoofdstuk is gewijd aan NGO's. Veel van de somberheid van de auteur over dit nieuwe, als belangeloos verpakte, maar vaak uiterst commerciële verschijnsel, kan ik met haar delen. Opnieuw verbaast de lezer zich echter over de eenzijdigheid van haar berichtgeving. Geen woord wijdt zij aan de rol van aan de kerk gerelateerde ziekenhuizen en gezondheidscentra die reeds gezondheidszorg boden – curatief en preventief – lang voor de term NGO was uitgevonden. Tot op de dag van vandaag is hun bijdrage aan de zorg in tal van Afrikaanse landen aanzienlijk. In sommige landen maakt een derde tot de helft van de bevolking gebruik van deze voorzieningen. Voor Turshens studie is hun rol uiterst significant. Het bestaan en voortbestaan van deze voorzieningen, waar men betaalde voor zorg en medicijnen, *naast* publieke gezondheidszorg die gratis was, is altijd een teken aan de wand geweest waar beleidsmakers – om begrijpelijke redenen – en onderzoekers – onbegrijpelijk – zelden naar gekeken hebben. Hun voortbestaan was immers slechts mogelijk *omdat* de publieke zorg faalde. Het verschijnsel van deze NGO's avant la lettre, die over het algemeen een relatief betaalbare en goede gezondheidszorg boden, zou de weg kunnen wijzen naar een gematigde en humane vorm van privatisering die uitvoerbaar en bestendig zal blijken.

Dit 'non-profit' model van kerk-gerelateerde zorgvoorzieningen is met name succesvol geweest in de verstrekking van medicijnen. Waar publieke instellingen – met name in rurale gebieden – uitblonden door tekorten aan essentiële geneesmiddelen, slaagden de kerkelijke centra erin hun voorraden op peil te houden, tegen een betaalbare prijs. De ineenstorting van het publieke systeem dient op de eerste plaats verklaard te worden uit haar tekort schieten in medicijnvoorziening, want een dokter of verpleegkundige zonder medicijnen heeft in de ogen van een zieke geen waarde.

De auteur begint haar laatste hoofdstuk met de volgende zin: "Health is political in every sense of the word: it concerns government intervention to prevent illness, to protect the public from a noxious environment, to guard workers' health and safety, to keep children from harm, and to ensure peace and security." Voor haar is deze uitspraak de aanhef van een pleidooi voor een teruggave van de verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg aan de staat. Het trieste verhaal van Afrika is echter dat de politici op grote schaal onmachtig en onwillig zijn gebleken die verantwoordelijkheid, geijkt naar een westers koloniaal model van een welvarende verzorgingsstaat, waar te maken. Privatisering is geboren uit deze mislukking. Turshen wil het maar niet geloven.

Haar studie bevat vele uitstekende observaties over de risico's en onrechtvaardigheden van privatisering en ik deel haar ongerustheid over de toekomst van een geprivatiseerde zorg. Omdat ze echter slechts één kant van de medaille laat zien, verliest het boek veel van zijn waarde en schommelt het tussen bedrog en naïviteit.

Sjaak van der Geest

Guus van der Veer, *Gevluchte adolescenten. Ontwikkeling, begeleiding en hulpverlening*. Utrecht: Stichting Pharos, 1998. 123 pp. f 29,50.

In de inleiding introduceert Van der Veer zijn onderwerp van studie: adolescenten die na gedwongen migratie in Nederland asiel hebben gezocht. Inmiddels zijn er in ons land een meerdere duizenden. Het gaat om een buitengewoon heterogene groep met uiteenlopende culturele achtergronden, verschillen in levensgeschiedenissen en in huidige leefomstandigheden.

Het boek is geschreven als methodiekboek en beoogt de wetenschappelijke kennis naar de praktijk te vertalen. De gepresenteerde inzichten zijn gebaseerd op onderzoek van literatuur, praktijkervaringen van hulpverleners en informatie opgedaan in sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische hulpverleningsituaties. Het richt zich op uiteenlopende werkvelden in de eerste en tweede lijn. In de negen hoofdstukken laat Van der Veer inzichten over ontwikkeling, begeleiding en hulpverlening van adolescenten in het algemeen en gevluchte adolescenten in het bijzonder aan de orde komen. Hij pleit voor deskundigheidsbevordering en roept op tot samenwerking in het belang van deze groep jeugdigen.

In hoofdstuk twee staat Van der Veer stil gestaan bij de meest relevante concepten die hij in zijn boek hanteert om de achtergronden en het gedrag van de adolescente vluchteling begrijpelijk te maken. Met het begrip traumatisering wordt verwezen naar een langdurig psychisch proces waarin herhaalde ingrijpende (gewelds)ervaringen worden opgedaan. Hij maakt duidelijk dat de posttraumatische klachten die zich diensetengevolge dikwijls ontwikkelen begrepen moeten worden als normale reacties op buitengewone gebeurtenissen. Ze nemen in de meeste gevallen in de loop der tijd af. Adolescenten met stoornissen ten gevolge van migratie en geweld zijn sterk in de minderheid. De term ontworteling verwijst naar een langer lopend proces, waarin men gedwongen is te vluchten, belet wordt terug te keren naar de woonplek, ingrijpende verliezen lijdt en genoodzaakt is zich aan te passen aan een nieuwe omgeving. De psychische belasting die begint bij het verlaten van de woonplek, gaat door tot in Nederland, waar die jongere genoodzaakt is het ene opvangadres in te ruilen voor het andere. De auteur benadrukt het gefaseerde verloop van traumatisering en ontworteling, waarbij hij tevens een ontwikkeling richting herstel onder de aandacht brengt.

Om het gedrag van de gevluchte adolescenten te begrijpen is het van belang zicht te krijgen op verschillende overlevingsmechanismen die de jongere noodzakelijk heeft ontwikkeld om de continue spanning, het constant dreigend gevaar het hoofd te bieden. Diverse 'coping skills', op verschillende wijze ingedeeld, laat Van de Veer aan de orde komen. Het ondersteunen van adequate vormen van coping passend bij het nieuwe leven waarin de jongere terecht is gekomen, moet uitgangspunt van de begeleiding zijn.

Ingegaan wordt op de uiteenlopende culturele achtergronden van de adolescenten. Van der Veer probeert aan de hand van de indelingen van G. Hofstede (1991) en D. Pinto (1990) meer inzicht te geven in de diverse verschillen in culturen. Deze indelingen dragen mijns inziens het gevaar in zich stereotypering en bevooroordeeling te bevorderen, in plaats van zoals Van der Veer beoogt cultuursensitiviteit te vergroten.

De auteur wijst op het interculturele karakter van begeleiding en bepleit rekening te houden met cultuurspecifieke betekenisverlening door de cliënt, maar ook door de hulpverlener.

In het derde hoofdstuk gaat hij in op de psychosociale taken waarvoor de gevluchte adolescent, eenmaal in Nederland, gesteld wordt. Algemene ontwikkelingstaken waar alle jongeren mee te maken krijgen worden op een rij gezet, uitgebreid met de specifieke taken waar de gevluchte adolescenten zich voor geplaatst zien. Vaardigheden, kennis, 'persoonlijk stijl' van de buiten de Nederlandse samenleving grootgebrachte jongeren sluiten dikwijls onvoldoende aan bij de leeftijds- en cultuurgebonden eisen en verwachtingen.

Met behulp van vele praktijkvoorbeelden wordt geïllustreerd hoe gemis aan vaardigheden, financiële en juridische belemmeringen, gevolgen van traumatisering en ontworteling, het uitvoeren van ontwikkelingstaken bemoeilijkt. Zo kan aan de adolescentiefase gekoppelde opgave om zelfstandig, vriendschappelijke contacten met leeftijdgenoten aan te gaan bemoeilijkt worden door bijvoorbeeld het wantrouwen dat de jongere in mensen heeft ontwikkeld ten gevolge van doorgemaakte traumatische ervaringen.

In hoofdstuk vier worden de immateriële voorwaarden behandeld, die Van der Veer nodig acht voor een optimale ontwikkeling van de jeugdige vluchteling. Aan de hand van een ordening in categorieën komt het belang van continuïteit en zekerheid, het profijt van een stimulerend sociaal netwerk en het nut van kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen aan de orde. Hij wijst op de ongunstige gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het uitblijven van genoemde voorwaarden. Het lineair-causaal verband tussen het ontbreken van deze condities en de soms ernstige problematiek, zoals dat in de voorbeelden geschetst wordt, geeft naar mijn idee echter soms een te eenvoudige voorstelling van zaken.

Handig verweeft de auteur in de tekst van in dit hoofdstuk zijn kritiek op de huidige asielprocedure. Daarin wordt de jongere geconfronteerd met onvoorziene veranderingen in de woonplek, onderbrekingen in begeleidende en vriendschapscontacten en het lang uitblijven van een definitieve beslissing over een asielverzoek. Ook in de huidige opvangsituaties zou men veelal onvoldoende uitgerust zijn om aan gunstige ontwikkelingsvoorwaarden te voldoen.

Hoewel gevluchte jongeren veelal reacties laten zien op de ingrijpende ervaringen die ze hebben meegemaakt, ontwikkelt slechts een minderheid zodanig ernstige problematiek de GGZ-hulp nodig is. De beoordeling of klachten en symptomen gerekend moeten worden tot variaties binnen de grenzen van de normale ontwikkeling en begeleiding van betrokken instanties toereikend dient te zijn of dat er aanwijzingen zijn voor een verstoord ontwikkelingsverloop en GGZ-hulp geïndiceerd is, is lastig. In hoofdstuk vijf en zes tracht Van der Veer een ordening te geven in de diversiteit van problemen en hulpvragen waarmee jeugdige vluchtelingen zich tot de hulpverlening wenden en een overzicht te bieden op het diagnostisch en behandelingsarsenaal. Hij besteedt in dit kader aandacht aan een individuele klachtgerichte benadering. Ter sprake komen ook de moeilijkheden die men tegenkomt bij het stellen van de juiste diagnose. Immers hetero-anamnestic gegevens en voldoende kennis over de achtergrond

ontbreken. Beoordelingsfouten liggen op de loer. Anamnestic kunnen gedragingen die binnen een cultuur of context functioneel waren volgens westerse maatstaven een stoornis suggereren.

Een speciaal hoofdstuk is gewijd aan specifieke groepen vluchtelingen zoals tienermoeders, ex-kindsoldaten, kinderen met forse gedragsproblemen die niet te handhaven zijn in de normale voorzieningen.

Hoofdstuk acht behelst een algemeen betoog over hoe de eigen deskundigheid op dit relatief jonge werkteerrein te vergroten is. Te weinig, mijns inziens, komt uit de verf, waarom het werken met deze doelgroep zo zeer iemands deskundigheid op de proef stelt en waarom een degelijk ondersteuningssysteem van de begeleider of van de hulpverlener onontbeerlijk is.

In het laatste hoofdstuk pleit Van der Veer voor verbetering van samenwerking tussen de personen en instanties die betrokken zijn bij de opvang, begeleiding en hulpverlening van de jeugdige vluchtelingen. Investeren in goede communicatie, informatie uitwisseling en duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden acht hij in deze essentieel.

Gevluchte adolescenten is een inleidend boek met veel praktische informatie, met name geschikt voor medewerkers uit de eerste lijn die vrijwillig of beroepshalve met de doelgroep te maken hebben. Van der Veers neiging complexe zaken te schematiseren werkt verhelderend, maar draagt ook het gevaar in zich van simplificatie van de reële hulpverleningspraktijk. De mate waarin het boek boeit wisselt met de wijze waarop de verschillende thema's worden besproken. Fragmenten die Van der Veers ruime ervaring als hulpverlener aan jeugdige vluchtelingen weerspiegelen, hebben meer mijn aandacht dan uiteenzettingen van algemene handelwijzen en theorieën ten aanzien van adolescentenhulpverlening. Voor mensen werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg lijkt Van der Veers eveneens in 1998 uitgegeven boek *Hulpverlening aan vluchtelingen. Psychische problemen en de gevolgen van traumatisering en ontworteling*, meer tot nadenken te stemmen.

Marieke Hermse

Loes van Willigen en Bertien den Brok (eds), *Medical ethical standards in mental health care for victims of organized violence, refugees and displaced persons*. Amsterdam: KIT/Utrecht: Pharos, 1998. 120 pp.

Ethische kwesties in de gezondheidszorg aan vluchtelingen vormden het thema van een internationale workshop in 1995 georganiseerd door Pharos – Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen. De acht bijdragen aan deze dag zijn gebundeld in deze uitgave aangevuld met een uitgebreide literatuurstudie van de hand van Den Brok over het onderwerp. In een appendix is een samenvatting van de conclusies en aanbevelingen van de internationale workshop opgenomen.

Zowel in de hulpverlening aan vluchtelingen als bij onderzoek spelen vaak ethische kwesties. Informed consent, instemming met behandeling door de patiënt op basis van adequate informatie, is een randvoorwaarde in de hulpverlening. Hoe is dit te realise-

ren als de vluchtelingen een andere taal spreekt, een andere perceptie van hulpzoekgedrag en gezondheidszorg heeft, onbekend is met de onderhandelingshuishouding die de gezondheidszorg inmiddels geworden is, soms het vertrouwen in artsen verloren heeft en bovendien in een afhankelijke positie verkeert? Deze hoeksteen in de gezondheidszorg wordt door verschillende auteurs in deze bundel belicht.

Van Leeuwen wijst op de kwetsbare en afhankelijke positie van vluchtelingen. Het verkrijgen van informed consent is dan meer dan de formele procedure van toestemming vragen, maar vooronderstelt een vertrouwensrelatie. Richters constateert dat in het westerse debat de kwestie van autonomie van de patiënt en informed consent in interculturele hulpverleningsrelaties nauwelijks aan bod gekomen is. Ze bepleit een antropologisch perspectief ten aanzien van medisch-ethische aspecten van de hulpverlening aan vluchtelingen. Ook Hauff gaat in op het concept autonomie in het kader van de psychotherapie aan vluchtelingen. Autonomie is een belangrijk therapeutisch doel in de westerse geestelijke gezondheidszorg. Hij bespreekt onder meer de met de cultuur variërende betekenis, waarde en expressie van autonomie.

In de bijdragen van Radjokovic en Sarajlic is de achtergrond waartegen ethische kwesties belicht worden niet het veilige land van opvang, maar het land van herkomst, in casu het voormalige Joegoslavië. De eerste constateert dat ethische kwesties door het ontbreken van ondersteunende systemen voor de schaarse hulpverleners daar een belangrijke bron van burn out zijn. De tweede vraagt zich af of informed consent onder oorlogsomstandigheden of in een vluchtelingenkamp geen illusie is.

Bracken, Giller en Summerfield hanteren een breder perspectief in hun bijdrage. Uitgangspunt van de geneeskunde is 'do no harm'. Dit betekent onder meer dat hulpverleners hun geaccepteerde manier van denken over de wereld en assumpties die aan het medisch handelen ten grondslag liggen, telkens weer ter discussie moeten stellen. Richman en Baker ten slotte, gaan in op ethische kwesties bij het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

Mogelijk meer dan bij andere cliënten in de geestelijke gezondheidszorg drukt de hulpverlening aan vluchtelingen de hulpverlener met de neus op specifieke ethische kwesties, op vragen die de toepassing van algemene ethische principes oproepen, en op daarmee samenhangende morele dilemma's. Te vaak staan hulpverleners bij het maken van keuzen hier alleen voor. Deze publicatie is een van de weinige publicaties, die op deze thematiek ingaat. Het geeft aan de hand van de literatuurstudie en artikelen op deelonderwerpen inzicht in een aantal aspecten van ethische kwesties in hulpverlening aan en onderzoek onder vluchtelingen en doet suggesties voor de wijze hoe hiermee om te gaan. Terecht benadrukt het hoe belangrijk het is algemene principes voor ethisch handelen te vertalen naar de concrete leefsituatie van de betrokken cliënten. In een aantal gevallen vraagt dat om kritische bezinning. Doordat het boek op een internationaal publiek is gericht, is de toonzetting algemeen van karakter. Case studies, waarin uitgewerkt wordt hoe in concrete gevallen omgegaan is met de ethische kwesties en morele dilemma's, ontbreken. Toch is deze publicatie een waardevol document voor hulpverleners en onderzoekers, informatief en tot nadenken stemmend.

Rob van Dijk

Judith van Woudenberg, *Women Coping With HIV/AIDS We take it as it is*. Serie Health Care and Development. Amsterdam: KIT, 127 pp., f 19,50

Van april tot juli 1993 deed Judith van Woudenberg in een buitenwijk van Harare onderzoek in een kleinschalig opvangcentrum voor vrouwen met HIV/AIDS. De vragen die ze wilde beantwoorden waren: hoe houden zij zich staande, hoe leven zij met HIV/AIDS en aan wat voor soort steun hebben zij behoefte? Ze is van mening dat de ervaringen, emoties en levensverhalen van de negentien vrouwen die ze interviewde, representatief zijn voor de ervaringen van veel andere vrouwen met HIV/AIDS in Zimbabwe en in het algemeen in zich ontwikkelende landen. Ik zag inderdaad grote overeenkomsten met de situatie van vrouwen in Thailand.

Een belangrijk gegeven is dat ten tijde van het onderzoek van Van Woudenberg HIV/AIDS zo'n gestigmatiseerd onderwerp is, dat bijna geen van de vrouwen hun familie, vrienden of burens in wilde lichten over haar HIV-status. Ook mensen van wie ze sterke vermoedens hadden dat ze ook HIV/AIDS hadden, spraken ze hierover liever niet aan. Dit betekent dat veel mensen met HIV/AIDS (en hun families) op zichzelf zijn aangewezen.

Het opvangcentrum, een project onder leiding van twee Ierse nonnen, is in 1990 van start gegaan en biedt de vrouwen een aantal mogelijkheden om wat geld te verdienen. Er zijn zelfhulpgroepen die wekelijks bijeen komen. Ze krijgen informatie over de manier waarop ze zichzelf zo goed mogelijk kunnen verzorgen, infecties kunnen voorkomen, en er wordt voor ze gezorgd wanneer ze ziek worden. Deze zorg wordt voornamelijk gegeven door naaste familie of vrienden onder leiding van een verpleegkundige. De angst voor afwijzing en verlating blijkt groter dan nodig; in werkelijkheid worden mensen maar zelden volledig aan hun lot overgelaten. Er is tevens dagopvang en school voor de kinderen. Vanaf 1994 is er ook een project dat de opvang van weeskinderen door familie of andere leden van de gemeenschap probeert te organiseren.

Van Woudenberg schetst in drie hoofdstukken hoe de levens van deze vrouwen zijn veranderd, wie ze wel of niet inlichten en waarom, en wat de sociaal-economische en psychologische consequenties zijn van hun infectie met HIV. Het blijkt erg moeilijk HIV/AIDS openlijk met hun man of vriend te bespreken en vaak is het de aanleiding tot het beëindigen van de relatie. Mannen vertrekken vaak zodra vrouwen (of een kind) ziek worden. Stellen die wel bij elkaar blijven hebben het er niet minder moeilijk mee. Soms zijn ze bang om de uitslag van een bloedtest (van henzelf of een kind) te horen en blijven weg. Behalve relationele stress en moeilijkheden rondom het bespreken van condoomgebruik, is er natuurlijk ook de vraag om wel of geen kinderen te nemen. Vrouwen die al kinderen hadden (gehad), konden daar makkelijker vanaf zien dan vrouwen zonder kinderen.

Bijna alle vrouwen zijn ten gevolge van de HIV-infectie er economisch op achteruit gegaan, omdat het inkomen van hun partner wegviel, de medische kosten enorm waren gestegen en ze zelf niet langer in staat waren te werken. Bij meer dan de helft van hen waren er geen familieleden die hierin konden ondersteunen. Psychische reacties waren onder andere verdriet, depressie, onzekerheid, angst, en verwarring en zorgen over de toekomst, vooral van hun kinderen.

Van Woudenberg maakt onderscheid tussen eerste reacties op het slechte nieuws en lange termijn-strategieën en legt daarbij in navolging van Carver et al. (1989) de nadruk op individuele patronen. Deze auteurs maken onderscheid tussen probleemgericht en emotie-gericht coping. Het eerste is gericht op het vinden van een oplossing, op het wegnemen van de bron van stress; het tweede op het omgaan met emoties, wanneer het duidelijk is dat er niet zoveel aan de situatie te veranderen valt. Ook onderscheiden zij 'slechte' vormen van coping, die niet-functioneel zouden zijn. Van Woudenberg plaatst hier een aantal kanttekeningen bij. Ten eerste meent ze dat dit onderscheid enigszins kunstmatig is, omdat mensen meerdere strategieën tegelijkertijd kunnen gebruiken en deze in elkaar over vloeien. Ten tweede moet men met HIV/AIDS bedenken dat er duidelijke grenzen zijn aan wat iemand aan de situatie kan doen. Vandaar dat ze de 'slechte' vormen als emotie-gerichte coping beschouwt. Ten derde mist ze de factor 'hoop' in dit model. Daar vallen de vrouwen wel degelijk op terug en kan bijvoorbeeld religie een belangrijke rol kan spelen.

Generaliserend stelt ze vast dat de vrouwen een combinatie van probleem- en emotiegericht coping toepassen. De nadruk ligt daarbij op emotiegericht coping, met name positieve reïnterpretatie, religie, acceptatie, het zoeken van emotionele steun met name bij lotgenoten van het project, hoop en ontkenning. Dat iemand zelf accepteerde HIV/AIDS te hebben, betekende niet automatisch dat zij bereid was deze informatie te delen met familie, vrienden of burens. Vrouwen deden dat maar heel zelden, vaak in een laat stadium van de ziekte. Het verloop van de infectie bepaalde ook in grote mate hoe vrouwen zich aanpasten. Natuurlijk speelden persoonlijkheidskenmerken een grote rol in de keuze voor een bepaalde strategie.

Van Woudenberg concludeert dat de holistische aanpak van het project, waarbij de vrouwen zowel economisch, sociaal, medisch en psychologisch ondersteund worden, effectief is. Met name de psychologische ondersteuning is belangrijk, omdat uit andere studies is gebleken, dat psychologische stress de werking van het immuunsysteem kan ondermijnen. De nonnen beseften echter goed dat eerst aan de basisbehoeften van mensen voldoen moet zijn, voordat er sprake kan zijn van counseling. Ook al waren de vrouwen in eerste instantie vaak bang om naar het centrum te gaan, eenmaal daar ervaren ze het als een enorme opluchting dat ze niet de enigen waren. De warme ontvangst en de aanmoediging terug te komen hielpen veel vrouwen onder ogen te zien dat hun leven weliswaar door HIV/AIDS veranderd was, maar dat er wel degelijk nog veel gedaan kon worden. Vrouwen waren na een tijdje minder bang, meer ontspannen en begonnen hun ervaringen met anderen te delen. Ook voelden ze zich sterker. Door deel te nemen aan de zelfhulpgroep kregen ze het gevoel zelf iets aan hun situatie te kunnen veranderen. 'Positief leven' heeft in het Westen een bepaalde betekenis gekregen, maar hier betekende het vaak gewoon leven bij de dag: gelukkig zijn dat je te eten hebt en wat geld en dat je je kinderen kunt verzorgen.

Van Woudenberg geeft in kort bestek een goed beeld van de omstandigheden in Zimbabwe en de problemen waar vrouwen met HIV/AIDS mee te maken krijgen. De interviewfragmenten dragen hier soms pijnlijk aan bij, maar maken het verhaal ook onoverzichtelijk en fragmentarisch. Ik miste een paar uitgewerkte casestudies, waardoor de verbanden tussen de manieren van coping en de omstandigheden van de vrou-

wen wellicht beter uit de verf zouden komen. Desalniettemin is het boek aan te raden voor een ieder die zich met deze problematiek in ontwikkelingslanden bezighoudt.

Jetske Bijdendijk