

Recensies

Alastair Ager (ed.), *Refugees. Perspectives on the experience of forced migration*. London/New York: Pinter, 1999. 262 pp. £ 16,99 (paperback), £ 49,99 (hard cover).

Vijftig miljoen vluchtelingen en ontheemden zijn er momenteel in de wereld: één procent van de wereldbevolking, een niet te bevatten aantal. Het doel van dit boek is om de menselijke ervaring, maar vooral de complexiteit van de politieke, sociaal-economische en psychische krachten achter deze getallen een plek te geven. Niet de directe ervaringen van vluchtelingen staan centraal, maar de achterliggende processen. Dat maakt het boek interessant. De analyses reflecteren op de notie van verantwoordelijkheid van de internationale samenleving om te handelen op het gebied van humanitaire zaken, maar ook op de specifieke positie van de vluchteling en op zijn stem, visie en veerkracht.

Het boek bevat tien bijdragen die in drie groepen zijn in te delen. De eerste drie hoofdstukken behandelen de verwevenheid van mondiale trends en ontwikkelingen met de sociale en persoonlijke ervaring van de vluchteling. In het inleidende eerste hoofdstuk beschrijft Ager de fasen die een vluchteling doorloopt. De eerste fase is de periode dat de vluchteling nog thuis is en ernstige sociale verstoringen ondervindt waardoor er ook economische problemen ontstaan. De tweede fase is de vlucht en de derde die van de hervestiging. De bijdragen in het boek zijn geschreven vanuit een postmodern raamwerk, waarbij er juist aandacht is voor andere stemmen en visies, ook als deze complex en ambivalent zijn. Volgens Ager wordt in westerse samenlevingen juist een modernistische visie aangehangen als het gaat om vluchtelingen, waarbij men streeft naar orde. Hierdoor wordt geen recht gedaan aan de stem van de vluchtelingen.

Het tweede hoofdstuk van de hand van Charles Westin biedt een historisch overzicht van de patronen in vluchtelingenstromen in Europa en Afrika bezuiden de Sahara. Volgens hem zijn deze patronen een gevolg van het formeren van natiestaten. Een interessante visie, waarbij hij concludeert dat het vluchtelingenprobleem alleen binnen de internationale gemeenschap kan worden opgelost. Op dit moment lijkt echter het beschermen van de natiestaat in Europa belangrijker dan het lot van de vluchtelingen. Europa wil harmonisatie van de vluchtelingenproblematiek, vooral ter bescherming van zichzelf.

In hoofdstuk 3 houdt Roger Zetter het vluchtelingenverdrag van Geneve tegen het licht. Volgens hem is het vluchtelingenverdrag een compromis omdat er met name aandacht is voor de soevereiniteit van een staat en de relatie tussen twee staten. Staten creëren echter vluchtelingen en daar is geen internationale wet voor. Dit geeft spanningen waardoor de niet-politieke opstelling die men van humanitaire organisaties verwacht langzaam wordt afgebroken. De UNHCR (het hoge commissariaat voor de vluchtelingen van de Verenigde Naties) is partij geworden in het politieke conflict in voormalig Joegoslavië en de NGO's kiezen meer en meer partij. Bovendien worden de

NGO's steeds afhankelijker van de vluchtelingen om fondsen te kunnen aanboren. Tegelijkertijd vertonen staten steeds meer weerstand om vluchtelingen onder het humanitaire label op te nemen, terwijl ze zelf dit label hebben gecreëerd.

Volgens Howard Adelman is de twintigste eeuw de eeuw van de vluchtelingen. Niet door de grote hoeveelheden vluchtelingen, maar door de verdeling van de wereld en de opkomst van de natiestaten. Natiestaten hebben het recht om te beschermen, maar ook om geweld aan te doen. Deze natiestaten geven de contradicties van de moderniteit weer. Hij laat in hoofdstuk 4 zien wat de invloed is van globalisering en moderniteit op het creëren en opvangen van vluchtelingen. Er is een discrepantie tussen gehanteerde begrippen als autonomie en zelfbeschikkingsrecht en het handelen namens de vluchtelingen. Zo wordt hen de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht ontnomen.

De volgende drie hoofdstukken richten zich op de sociale en culturele ervaringen en kenmerken van vluchtelingen en verbinden deze ook met bredere mondiale kwesties. In hoofdstuk 5 bespreekt Derek Summerfield de sociaal-culturele dimensies van oorlog, conflict en het ontheemd zijn. De humanitaire hulporganisaties richten zich met name op de prioriteiten die deze organisaties zelf stellen. Hij is kritisch naar de Westerse individuele kijk en pleit voor een 'sociocentrische' benadering. Mensen kunnen vrede met de oorlog vinden als ze betekenis vinden die sociaal, cultureel en politiek is ingebed. Vluchtelingen hebben ook een strategische kijk en leggen eigen accenten. Ze zijn niet alleen bezorgd over hun interne emotionele leven, maar ook over hun vernipperde leven daarbuiten. Om sociale heling te bevorderen zal men meer naar de wensen van de vluchteling moeten luisteren.

In hoofdstuk 6 borduurt Barbara Harrell-Bond op dit onderwerp door. Volgens haar kunnen vluchtelingen zich alleen goed voelen als men een soort sociale inbedding heeft, waarbij de politieke en economische bronnen toegankelijk zijn. Dit laatste ontberen vluchtelingen. Zij roept op tot meer nadruk op zelfmanagement van vluchtelingengemeenschappen. Er moet onderzoek komen naar wat het voor een vluchteling betekent om geholpen te worden, hoe het de relatie beïnvloedt tussen hulpverlener en vluchteling. Ze hebben geen ander alternatief dan te ontvangen en dat ondermijnt hun persoonlijke vaardigheden. Juist dit hulpeloos maken van vluchtelingen geeft hen stress.

In hoofdstuk 7 bespreken Giorgia Doná en John Berry hoe vluchtelingen zich aanpassen aan het leven in een land waarnaar ze zijn gevlucht of, als ze weer worden repatriëerd, aan het leven in het land van herkomst. Ze hebben vooral de Guatemalteekse situatie onderzocht. Zij pleiten ervoor om bij onderzoek naar de positie van vluchtelingen meer gebruik te maken van kwalitatief onderzoek, omdat alleen zo verschillende waarden, die men geeft aan verschillende dimensies van acculturatie helder te krijgen zijn.

De laatste drie hoofdstukken handelen over de specifieke aspecten. Hoofdstuk 8 gaat over de positie van vrouwelijke vluchtelingen. Agnèa Callmard laat zien hoe de positie en de rol van de vrouwelijke vluchteling is gecreëerd door de overheid, vluchtelingenorganisaties en hulpverleners. Discriminatie en geweld tegen vrouwelijke vluchtelingen zijn politiek bepaald, zo betoogt ze, en politiek gesanctioneerd. De recente pogingen van de natiestaten om de vluchtelingenstromen te beperken, versterkt

dit. Ze denkt hierbij aan de toenemende militarisering en criminalisering van de vluchtelingenkampen, evenals de marginalisering van de vrouwen in de kampen. Veel onderzoekers zeggen dat seksueel geweld een vorm van machtscontrole is, maar zij poneert de stelling dat seksueel geweld is gekoppeld aan de sociaal-politieke situatie van de vrouw, wat tot marginalisering leidt.

In hoofdstuk 9 staan Fred Ahearn, Maryanne Loughry en Alastair Ager stil bij de positie van jonge vluchtelingen. Ze vragen zich af welke aspecten van invloed zijn op de veerkracht van deze kinderen. De helft van de vluchtelingen zijn kinderen, bovendien hebben kinderen van gevluchte gezinnen vaak een cruciale rol in het overleven. Denk alleen maar aan het feit dat ze zich sneller de taal van een gastland eigen maken en de mediator tussen het gezin en de samenleving zijn. Centraal staat de vraag welke persoonlijke, sociale, culturele en politiek-economische aspecten van belang zijn voor het zich goed voelen van deze kinderen. Het blijkt dat het belangrijkste aspect is of de kinderen bij hun eigen ouders verblijven of bij andere naaste familie.

Het laatste hoofdstuk gaat over de hulpverlening aan mensen die zijn gemarteld. Susan Levy bepleit een psychodynamische aanpak voor deze mensen, omdat bij gemartelde mensen de persoonlijke en politieke ervaring met elkaar zijn verweven, ook bij het geven van betekenis aan wat er is gebeurd. Het grootste probleem van gemartelde mensen is het hanteren van hun gevoelens van haat. De taak van de therapeut om een veilige omgeving te creëren waarbinnen met de verstoorde gevoelens kan worden gewerkt. Ze laat aan de hand van een paar cases zien hoe intens de worsteling is, bij de gemartelde maar ook bij de hulpverlener, om met dit gevoel van haat, maar ook met de overlevingsschuld, om te gaan.

Refugees gaat over de ingewikkelde verwevenheid tussen de persoonlijke dimensies van de vluchteling met de mondiale en de lokale politieke en sociale dimensies. Het geeft een overzicht over de oorzaken en gevolgen van de vele ontheemden sinds de tweede wereldoorlog en laat op een indringende wijze de rol en de inadequate respons van de internationale gemeenschap zien. Interessant om te lezen voor iedereen die zich op welke wijze ook verbonden voelt met de vluchtelingenproblematiek.

Marian Tankink

Walter Andritzky, *Traditionelle Psychotherapie und Shamanismus in Peru*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1999. 296 pp.

Andritzky noemt zich een cultuurvergelijkend psychotherapieonderzoeker. Zijn boek is een herziening van eerdere publicaties over volksgeneeskunde in Peru in de periode 1986-1996. Doordat Andritzky zich al die tijd met hetzelfde onderwerp bezig heeft gehouden, heeft *Traditionelle Psychotherapie und Shamanismus in Peru* een veelomvattend en diepgaand karakter gekregen. De auteur blijft niet steken in de talrijke mooie beschrijvingen, maar zoekt consequent vergelijkingen met biomedische therapieën, teneinde zijn resultaten van veldwerk- en literatuuronderzoek ook voor gezondheids-politieke doeleinden aan te kunnen wenden. Het respect en de erkenning vanuit de

westerse medische wetenschap voor traditionele genezers en daardoor een versterkt zelfvertrouwen van die genezers is een van die gezondheidspolitieke doelen.

Door de mix van een beschrijvende, vergelijkende en toegepaste benadering worden de exotische behandelingen voor de lezer tastbaarder, vooral wanneer blijkt dat ze bij veel ziektes een verrijking kunnen zijn voor westerse (meest psychotherapeutische) behandelmethoden. Een aanzienlijk manco is het feit dat de effectiviteit van deze geneeswijzen uit de Andes niet voldoende aangetoond kan worden aangezien empirisch onderzoek naar de resultaten niet voor handen is. Daar was Andritzky's kwalitatieve onderzoek van vijf maanden bij een *curandero* (volksgenezer) in Lima en enkele bezoeken aan twee andere volksgenezers niet toereikend voor.

De auteur heeft gekozen voor een systeemtheoretische benadering die zich richt op structuren en processen waarin kosmische, geestelijke, sociale en materiële gebieden samen komen. Zo wordt de holistische filosofie op een wetenschappelijke manier geoperationaliseerd. Enkele doelstellingen van de studie zijn het geven van een gedegen historische beschrijving, het bepalen van de functionaliteit van de Peruaanse volksgeneeskunde vanuit westerse gezondheidsperspectieven en het vast te stellen of bepaalde ziektes cultuurgebonden zijn of varianten van universeel voorkomende ziekteverschijnselen. Andritzky grijpt daarbij niet zelden terug op het werk van historische namen uit de psychologische en antropologische literatuur als Freud, Jung, Levy-Strauss, Levy-Brühl en Frazer.

De historische context van de *curanderos* krijgt ruime aandacht. Zo gaat de auteur terug tot de Spaanse inquisitie en hekserij in Europa om de ontwikkeling van de volksgeneeskunde in Peru te beschrijven. Ook de pré-colombiaanse en pré-Inca wortels komen aan bod. De hedendaagse geneeswijzen blijken gebaseerd op Iberische (Spaanse, joodse en moorse) en aloude inheemse invloeden uit de Andes. De duivel en de heksen blijken door de Spanjaarden in de natuurverering van de Andes-bewoners geïntroduceerd te zijn. Opmerkelijk is dat volgens Andritzky de Afrikaanse slaven waarschijnlijk hun culturele bagage in Afrika hebben achtergelaten daar hun invloed op de volksgeneeskunde in Peru niet te traceren is. Bij deze stelling kunnen vraagtekens geplaatst worden, aangezien bij een aantal beschreven zwarte magie-rituelen een object met naalden geprikt wordt, identiek aan voodoo praktijken. De auteur geeft overigens wel aan dat er zeer weinig literatuur bestaat over de invloed van de Afrikaanse slaven in Peru en pleit voor verder onderzoek.

Een aantal geneeswijzen en rituelen wordt uitgebreid in afzonderlijke hoofdstukken besproken: het *mesa* ritueel (de objecten op de tafel gaan leven voor de hallucinerende genezer), *limpia del cuy* (reiniging met een Guinees biggetje door middel van het bewrijven van het lichaam met het levende dier en het aan de ingewanden van het dode dier aflezen van de gezondheidstoestand van de patient), het *ayahuasca* ritueel (op basis van een geestverruimend middel en de daaruit voortvloeiende trance van de genezer), het *koka* orakel (ziekteverklaringen aflezen uit geworpen cocabladeren) en de behandeling van *susto* (ziekte als gevolg van een schrikreactie). Voor de meeste behandelingen geldt dat er een grote verscheidenheid en regionale diversiteit in de zowel materiële (massages, kruidendranken) als spirituele (hulp van de natuurgeesten) genezingsmethoden bestaan.

Andritskys verhandelingen zijn vooral op literatuur en misschien iets te weinig op eigen onderzoek gebaseerd. Daarin zoekt hij naar een vertaling van de traditionele noties naar westerse (meest psychotherapeutische) begrippen door middel van het vaststellen van zogeheten 'Wirkfaktoren', en ook consequent naar de bredere functie van de geneeswijzen. Over het algemeen blijken de behandelingen naast de individuele genezing vooral een groepsversterkende functie te hebben. De patiënt wordt door de genezer getransformeerd in een groep verwanten of vrienden, die tezamen het medium voor de genezing versterken. De kracht van de behandelingen schuilt verder vooral in het extrapoleren van de klachten van het individu naar een symbolisch niveau buiten de patiënt, vooral bovennatuurlijk (zielen van de doden, natuurgeesten, heksen). Als het probleem op het symbolisch niveau wordt opgelost, zijn ook de zorgen en daarmee vaak het probleem van de patiënt (en de verwanten of vrienden) opgelost. Andritzky concludeert dat op die manier na enkele behandelingen en rituelen problemen analoog aan schizofrenie worden opgelost die in de psychotherapie behandelingen van jaren zouden vergen.

Een van de conclusies in het boek is de weerlegging van de these dat de ziekte *susto* een Latijns-Amerikaans cultuurgebonden syndroom is. Andritzky meent op basis van vele transculturele vergelijkingen dat *susto* een verzamelnaam is voor een veelheid aan symptomen die wereldwijd voorkomt. Bovendien blijkt *susto* in Latijns Amerika zeer vele regionale varianten te hebben. Ook de oorzaak van *susto* (een schrikreactie, soms veroorzaakt door zielerroof door een natuurgeest) blijkt in Afrika en Azië terug te vinden. Het Westen kan volgens Andritzky de psychische en somatische gevolgen van een schrikreactie die een trauma uit de kinderjaren weer activeert (de westerse vertaling van *susto*) wel eens onderschatten. De *susto* therapie is zeer holistisch te noemen, omdat het inzicht omvat die bij verschillende medische systemen afzonderlijk gebruikt worden, aldus Andritzky. Zo blijken 'essenties' van vele westerse natuurgeneeswijzen onderling en met behandelingen die analoog zijn aan psychotherapie, gecombineerd te worden. Een zwak punt in de ruime bespreking van *susto* is de onvoorwaardelijke aanname dat het begrip uit Spanje komt en daarmee de Portugese invloed in Zuid Amerika vergeten wordt. Brazilië, met meer dan de helft van de Zuid-Amerikaanse bevolking en waar *susto* eveneens een wijdverspreid syndroom is, komt zelfs niet ter sprake in de crossculturele verhandelingen. Een van de sterke punten in hetzelfde betoog is de vondst dat er twee vormen van *susto* bestaan, een traditionele, rurale met dieperliggende spirituele oorzaken en een moderne, urbane als puur gevolg van een schrikreactie.

De volksgeneeskunde in Peru blijkt geheel psychosomatisch gericht te zijn en loopt daarmee volgens de auteur ver voor op het Westen. In het slothoofdstuk geeft Andritzky zijn bevindingen een praktische draai door te pleiten voor het introduceren van dit holisme in de opleidingen tot etnopsychotherapeut in Duitsland. Ook nadat hij een Peruaanse volksgenezer enige tijd in Duitsland actief zijn geneeskunsten heeft laten beoefenen, is het tot nu toe niet gelukt om vakgebieden als geschiedenis van de geneeskunde, natuurgeneeskunde, parapsychologie, psychotherapie en sociale wetenschappen in opleidingen te integreren. Daarbij pleit hij tevens voor een 'zelfervaring' van de studenten met rituele zang en dans. Etnologisch onderzoek moet ook een multidisciplinair karakter krijgen waarin medici, homeopaten en psychologen samenwerken met een etnoloog/ antropoloog om het holisme van de volksgenezer te kunnen

duiden. Andritzky heeft hiertoe reeds een poging ondernomen al ontbreekt gedegen (kwalitatief en kwantitatief) wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit, noodzakelijk om serieus genomen te worden in de biomedische wereld. Niettemin is het resultaat vaak verhelderend met vele aanknopingspunten voor verder onderzoek.

Hans Veltmeijer

Gay Becker, *Disrupted lives. How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley: University of California Press, 1998. xi+264 pp. index. \$ 27.50 (hard cover).

Medisch antropologe Gay Becker snijdt in haar boek een thema aan dat haar voorafgaande studies verbindt. Het draait om één vraag: hoe gaan mensen om met (lichamelijke) ervaringen die hun vertrouwde levenswereld ingrijpend verstoren en van betekenis ontdoen. Zij maakt in haar betoog gebruik van talloze casus en interviewfragmenten uit eerdere onderzoeken naar de wijze waarop mensen omgaan met onvruchtbaarheid, herseninfarcten, midlife crises en de onvermijdelijke verouderingsprocessen op hogere leeftijd, alsook uit haar studie naar vijftigplussers uit etnische minderheden. Het zijn onderzoeken in de beste antropologische traditie: longitudinaal van opzet en diepte-interviews als belangrijkste instrument. Ten slotte put ze ook uit haar eigen leven materiaal voor haar betoog. Het boek opent met een casus van een 82-jarige Hongaarse vluchteling. Gay Becker geeft hier de rode draad van haar boek aan. "Her story shows how disruption can bring about renewed efforts at self-discovery and highlight concerns about how the self is portrayed to others" (3).

In het leven van Beckers respondenten heeft ziekte het gevoel van lichamelijke integriteit en zinvolheid ondergraven. Lijden hangt niet alleen samen met de ziekte, maar ook met het onvermogen om die verstoring te verwoorden. Het opnieuw creëren van orde in het verstoorde leven vraagt om het herdefiniëren van het zelf en de wereld, van de verstoring en van het leven zelf. Dit proces is bij uitstek een terrein voor de antropologie, want zo stelt Becker: "The effort to create order is, in essence, what anthropologists study" (5). Het leven, de mens streeft naar orde, overzicht en voorspelbaarheid. Het ordenen ligt aan betekenisstructuren ten grondslag. Herstel van betekenis vraagt om het scheppen van orde. In de vele manieren waarop mensen dit doen, weerspiegelt zich het creatieve gebruik van cultuur. Het scheppen van betekenis begint met lichamelijke ervaring. In dit opzicht is het dan ook bevreemdend dat de antropologie zo weinig aandacht heeft voor discontinuïteit. Ook andere antropologen merken overigens op dat een 'anthropology of suffering' nog in de kinderschoenen staat. Vanuit de postmoderne theorievorming is er echter meer aandacht voor discontinuïteit. Becker sluit zich dan ook aan bij het narratief paradigma en hanteert de metafoor van het leven als autobiografie. Ziekte is een "major disruption of one's biography", een verstoring van het gevoel van persoonlijke onkwetsbaarheid en onveranderlijkheid en van de ervaren orde van het lichaam.

Narratieven helpen mensen het gevoel van continuïteit te herstellen en om te gaan met spanningen tussen culturele idealen, vervat in 'normalizing ideologies' en per-

soonlijke ervaringen. In dit verband en op vele andere plaatsen wijst Becker op variaties al naar gelang gezondheid, leeftijd, sekse en etniciteit. Immers, betekenissen geassocieerd met ziekte worden binnen de biografische context geïnterpreteerd, onder meer door sociale relaties. Zo is in de Verenigde Staten het verlies van onafhankelijkheid en autonomie een belangrijke verandering die met ziekte gepaard gaat.

Continuïteit is een universeel gegeven, maar heeft een cultuurspecifieke vorm. Het gevoel van continuïteit kan samenhangen met de betrokkenheid bij geliefde anderen of met het vervullen van een speciale rol of kan in stand gehouden worden door symbolen of onveranderde karaktertrekken. Ernstige of chronische ziekte brengt met zich mee dat het vanzelfsprekende lichaam als vreemd of vijandig wordt ervaren, dat men zichzelf ziet als anders. Ook de reacties hierop zijn cultuurbepaald. In de Verenigde Staten hanteren mensen lineaire verhalen, die gaan over de transformatie van chaos in orde. In dergelijke verhalen openbaren ze beelden van henzelf en wereld aan het publiek. Specifiek voor de westerse culturen vindt Becker het gegeven dat ontwikkeling gezien wordt als iets dat vooral persoonlijk gevormd is, en niet zozeer cultureel of sociaal. Ziekte wordt primair ervaren in termen van persoonlijke geschiedenis en daarin ontwikkelde betekenissen. Dat betekent dat herstel van continuïteit meer gezien wordt als een individuele dan als een culturele zaak. Door deze narratieven, culturele documenten over verstoring en herstel te analyseren wil Becker er achter komen hoe de verstoring van het leven ervaren wordt en continuïteit herstelt.

De kern van de verwerking en de stuwende kracht in de betekenisverlening is de metafoor, die het narratief een grondstructuur biedt. Becker illustreert met vele voorbeelden hoe metaforen kunnen bijdragen aan het herstel van de continuïteit. Zo stelt een van de respondenten uit het midlife-crisis onderzoek: "People in midlife are wounded soldiers. And weary soldiers. We've been to the front and back". Ze onderscheidt in het westers denken twee centrale metaforen: het leven als een reis, en transformatie als een cyclus van dood en wedergeboorte. Metaforen tonen verder wat in een bepaalde samenleving de idealen zijn van orde en van wat normaal is. Deze idealen, maar ook het gevoel van identiteit en 'passen' in de maatschappelijke omgeving worden door de verstoring ter discussie gesteld.

Metaforen zijn niet alleen instrumenten om met ervaringen om te gaan en het proces van het scheppen van betekenis te vereenvoudigen, ze verwijzen ook naar nieuwe betekenissen. Ze reorganiseren zelf niet het denken, maar bieden een mogelijkheid nieuwe betekenissen te vinden. Belangrijk is dat ze een antwoord geven op de universele vraag van de verteller: waarom ik?

Het lichaam speelt in het boek een cruciale rol. Het onderliggende uitgangspunt is dat wij niet zozeer een lichaam *hebben*, maar een lichaam *zijn*. Het lichaam is, hoewel kwetsbaar, de enige 'zekere' continuïteit. Het is het medium, waardoor mensen hun culturele wereld ervaren. Het verleden is als het ware neergeslagen in het lichaam, wordt erdoor belichaamd (embodied). Ook identiteit is belichaamd en verankerd in gedrag, houding, dagelijkse routines, kleding. Kenmerkend voor een verstoring is dat deze de 'routinization of bodily experience' doorsnijdt. Het gekende en ervaren lichaam wordt er ingrijpend door veranderd.

Begrip van onszelf en de wereld begint met het vertrouwen op een ordelijk functioneren van het 'historically situated and contextually informed body'. Het lichaam evolueert in de context van de biografie en transformeert in de interactie met anderen. Ook het herstel van continuïteit begint bij het herstel van de voorspelbaarheid van het lichaam. Belangrijk in het herstelproces zijn 'markers of continuity', geheugensteuntjes voor het identiteitsgevoel. Het kunnen voorwerpen zijn, maar ook lichaamsaspecten en dagelijkse routines.

Het leven verschijnt in Beckers boek als een zandkasteel aan de vloedlijn. Het is een doorlopend en uiteindelijk verloren achterhoedegevecht tegen de oprukkende chaos. Desondanks koesteren we permanent de gedachte al bouwend en scheppend de zee te kunnen trotseren. De continuïteit blijkt een illusie, maar wel een effectieve. Herinneringen zijn voor Becker een vervanging voor iets wat gemist wordt. We herinneren ons daarom vooral gebeurtenissen die te maken hebben met breuk en verlies. Herinneringen belichamen geen retrospectieve continuïteit, maar zijn bakens van discontinuïteit. Door vooruit te kijken naar de toekomst en terug naar het verleden, herformuleren mensen steeds weer hun identiteiten om ze verenigbaar te maken met hun ervaringen. Voor Becker is identiteit en pluriform en dynamisch. Metafoor en narratief faciliteren dit proces.

Herstel van de verstoring heeft zijn beperkingen. Als de ene levensverstoring na de andere volgt, dan kunnen mensen verstoringen eerder als regel dan als uitzondering ervaren. De verstoring is niet te herstellen als er sprake is van doorlopende verandering in lichaamservaringen.

Becker rafelt de ideologie van de continuïteit uiteen en onderscheidt als elementen: 'embodied knowledge' inclusief lichamelijke orde en herinnering, het beeld van een lineaire levensloop, waarin ontwikkeling, aanpassing en transformatie plaats vindt, een binaire tweedeling van orde en chaos; persoonlijke verantwoordelijkheid, doorzettingsvermogen, controle over omgeving en oriëntatie naar de toekomst als onderliggende waarden, orde als onderdeel in het dagelijks leven door middel van narratief. Het herwinnen van een gevoel van continuïteit is een langdurig proces bovenal bemiddeld door lichamelijke ervaring.

Interessant is, dat Becker onderstreept dat de verwevenheid van religieuze en biomedische opvattingen over ziekte niet een uitheems gegeven is, ook in de VS zichtbaar is. Mensen met een levensbedreigende of chronische ziekte zijn doorgaans van mening dat herstel of genezing een complex proces is, dat meer dan één 'heelwijze' omvat. Ze hebben meervoudige, vaak intern conflicterende inzichten in hun ziekte en maken gebruik van meer dan een gezondheidszorgsysteem. Het zo vaak als negatief aangeduide 'medisch winkelen' komt zo in een ander daglicht te staan.

In haar analyses refereert Becker stevast naar waarden en normen in de Amerikaanse cultuur. Al haar respondenten, of zij nu behoren tot het zwarte, Spaanstalige of joodse bevolkingsdeel, zijn in eerste instantie representanten van die cultuur. Daarmee verschijnt de Amerikaanse cultuur als homogeen en ongedeeld in beeld. Van intraculturele verschillen, of liever van zwarte, Spaanse en joodse subculturen daarbinnen in nauwelijks een spoor te bekennen. Er is geen niveau tussen een homogene algemeen geformuleerde Amerikaanse cultuur en de veelheid en verscheidenheid van individuen. Becker is verder wazig over het culturele domein: wat is universeel, wat onderdeel

van de Amerikaanse (sub)culturen. Ze maakt zelden onderscheid. Enerzijds stelt ze dat orde ten grondslag ligt aan alle betekenisystemen, anders dat in de Verenigde Staten in de overheersende culturele discours het leven als een geordend, continue geheel wordt getypeerd. Het voor de antropologie zo typerend vergelijkend perspectief ontbreekt in haar boek.

Het boek laat een aantal interessante zaken onbesproken. De ingrijpende gebeurtenissen waarover Beckers respondenten spreken, betreffen zaken die hun leven ernstig verstoord hebben. Dat voor praktisch alle mensen geldt is in het geval van een herseninfarct evident. Bij verouderingsprocessen of onvruchtbaarheid is dat minder het geval. De subjectieve dimensie van de verstoringen: waarom ervaart de een iets wel en de ander niet als verstoring laat zij buiten beschouwing. De scheidslijn tussen orde en chaos is dun, sociaal en individueel bepaald. Op deze variatie in individuele en culturele definities van orde en chaos gaat Becker niet in. Dat geldt ook voor de vraag in hoeverre het benadrukken van het individuele in de beeldvorming van verstoring en herstel van het continuïteitsgevoel, dat de Amerikaanse cultuur kenmerkt, mensen kwetsbaarder maakt.

Het verwerken van verstoringen in de biografie, zo wordt bij herhaling gesteld in *Disrupted lives*, is een individueel én sociaal proces. Verhalen vertel je immers voor een ander. Ze ontvouwen zich in een interactief proces. Toch blijft het boek vooral een bundeling van verhalen waarin individuen een solo-rol spelen. Begrijpelijk gelet op het focus op de individuele verantwoordelijkheid voor continuïteit in de Amerikaanse cultuur. Het zijn als het ware 'self-made stories'. Maar Becker heeft in haar boek weinig oog voor het sociale karakter van het narratief, de totstandkoming en vormgeving ervan in de dagelijkse interactie met anderen.

Disrupted lives gaat evenals *The wounded storyteller* van Arthur Frank (Medische Antropologie 2 (1998)) over de verstoringen die lichamelijke ziekten en processen in het leven te weeg brengen. Maar dergelijke verstoringen van de biografie kunnen ook het gevolg zijn van externe, sociale processen die ingrijpen of lichaamsbeleving en identiteit. Treden er dan vergelijkbare processen van herstel op wanneer de intermenselijke verhoudingen en de relatie met de fysieke omgeving ingrijpend verstoord worden? Gelet op de interpretatie van het lichaam als bergplaats van leefwereldervaringen en het sociale karakter van lichaamsbeeld en identiteitsconstructie lijkt dit in de rede te liggen. Migratie, al dan niet gedwongen, brengt veranderingen in lichaamservaringen, fysiek en sociaal, met zich mee. Ondergaan geweld (verkrachting, marteling, deprivatie) en mensenrechtenschendingen leiden niet zelden tot vervreemding van het lichaam. Het lichamelijke is verder het kristallisatiepunt van racisme en xenofobie. Tegelijkertijd is te zien dat de betekenisgevende ruimte onder invloed van migratie en acculturatie aan het schuiven raakt. Welke rol spelen metaforen als trauma, transplantatie en ontworteling in deze verstoorde en veranderende leefwerelden? Vergelijkbaar is de vraag hoe herstel van continuïteit plaats vindt in het geval van psychiatrische stoornissen, wanneer de relatie tussen individu en sociale omgeving ernstig verstoord raakt en de taal die mensen verbindt, ontregeld is. Het wachten is op een antropologische studie die in de lijn van Becker (en Frank) de omgang met deze biografische interrupties, om een eufemisme te gebruiken, belicht.

Disrupted lives is een fraaie weergave van een antropologische zoektocht naar betekenisverlening in een westerse context. Gay Becker wil de lezer vooral iets laten zien, uitleggen, voelbaar maken, zonder te vervallen in uitgebreide of moeizaam toegankelijke theoretische bespiegelingen. Ze slaagt daar zeer zeker in. Ze laat daartoe de mensen in kwestie uitgebreid aan het woord. Doelgericht en met gevoel voor detail analyseert ze de levenservaringen van deze uiteenlopende groep en legt in hun verhalen het onderliggend mechanisme bloot. Ondanks het gevoel van herhaling dat mij soms bekreep, is het een lezenswaardig boek met een boeiend thema dat stevig geworteld is in empirisch onderzoek. Voor wie daar nog aan twijfelde, maakt het duidelijk dat medische antropologie ook in de analyse van gezondheidsgedrag in de westerse samenleving een rol van betekenis kan spelen.

Rob van Dijk

Jalil Bennani, *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*. Casablanca: Le Fennec, 1996. 254 pp. Foto's, begrippenlijst. 70 dirham.

Jalil Bennani is in Nederland vooral bekend geworden door zijn boek *Le corps suspect* (1979). Het is het eerste en ook een van de weinige Franstalige teksten over geestelijke gezondheid en migratie, die in een Nederlandse vertaling (*Het sprekende lichaam* 1980) toegankelijk zijn. *La psychanalyse au pays des saints* gaat niet over migranten. Bennani voert inmiddels al ruim vijftien jaar een praktijk als psychiater en psychoanalyticus in de Marokkaanse hoofdstad, Rabat. De psychoanalyse heeft in Marokko meer dan in andere Franse koloniale gebieden in Noord-Afrika voet aan de grond gekregen. Bennani geeft in zijn boek een antwoord op de vraag hoe dat zo gekomen is. Over de introductie van de psychoanalyse in Marokko en haar verhouding tot de (koloniale) psychiatrie is weinig bekend. Hij beschrijft daarom uitvoerig het historisch kader waarin deze ontwikkeling plaatsvond. Hij schetst zowel de moderne als de traditionele behandeling van geesteszieken vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw. En passant bekritiseert hij de inbreng van Franse (amateur-)etnologen uit bestuurlijke en universitaire kringen in dit discours. In het overzicht van de etnopsychiatrie in Marokko gaat hij vanzelfsprekend ook in op het maraboutisme of heiligenverering. Zodoende geeft hij tevens een indruk van het beeld van geestelijke gezondheidszorg, dat Marokkaanse migranten met zich mee genomen hebben. Hij constateert verder dat een aantal concepten en attributies die psychiaters nu hanteren ten aanzien van Maghrebijnse migranten in Frankrijk, zoals sinistrose en somatiseren, te traceren is naar het vocabulaire van de koloniale psychiatrie. Dat maakt het boek het lezen waard voor degenen die betrokken zijn bij de zorg aan Marokkaanse migranten in West-Europa.

Bennani behandelt in vier hoofdstukken min of meer chronologisch de geschiedenis van de psychiatrie en psychoanalyse in Marokko. Markatiepunten in de tijd zijn het verschijnen in Frankrijk van de eerste Europese publicatie over de geestesgestoorden in Noord-Afrika (1843), het congres van Tunis (1912), waar besloten werd tot vestiging van een 'moderne' psychiatrische kliniek in Noord-Afrika, en de komst naar

Marokko kort na de tweede wereldoorlog van René Laforgue, een van de voormannen van de Franse psychoanalytische beweging. Voor de Nederlandse lezer – tenzij hij in het bijzonder geïnteresseerd is in geschiedenis van de psychoanalyse – is dit laatste en meest omvangrijke hoofdstuk het minst interessante. Bennani stelt vast dat gedurende het Franse protectoraat de Marokkaanse psychiatrie bovenal gekarakteriseerd werd door een coëxistentie van een organistische, psychologische en etnologische discours. Hierin onderscheidt Marokko zich van Algerije en Tunesië. Dat vormde een goede voedingsbodem voor de introductie van de psychoanalyse door Laforgue.

Uitgebreid beschrijft Bennani de stand van zaken rond de eeuwwisseling. Hij constateert dat van de geroemde Arabische geneeskunde op dat moment weinig of niets meer over is. De maristans zijn tot dolhuis geworden. De oudste, de in de behandeling van geesteszieken gespecialiseerde maristan van Sidi Fredj in Fes, is onafgebroken van 1286 tot 1944 in functie geweest. In zijn beschrijving van deze maristan verwijst hij hierbij naar de rapportages van twee bezoeken die Franse psychiaters eraan brachten in 1911 en 1921. Ten tijde van het Franse protectoraat bestaat er geen psychiatrische zorg in de westerse zin, evenmin zijn er genezers die werken vanuit de klassieke Arabische geneeskunde. Medische zorg door modern opgeleide artsen ontbreekt praktisch geheel. Men doet een beroep op heilige of schriftgeleerde. In zijn beschrijving van de traditionele geneeswijzen geeft Bennani dat de heilige of marabout opereert op het kruispunt van drie wegen: de religie, het geloof in demonen en magie, en de geneeskundige praktijken. De kracht van de traditionele geneeswijzen ligt in het feit dat zij antwoord geeft op vragen waar de moderne, wetenschappelijke geneeskunde verstek laat gaan, zoals de vraag: waarom ik? Hij benadrukt dat ook nu voor de Maghrebijnse patiënten er geen tegenstelling bestaat tussen moderne en traditionele geneeswijzen. De eerste legt het accent op de fysieke fenomenen, maar de laatste verklaart de spirituele oorzaken van ziekte. Patiënten uit alle sociale lagen maken gelijktijdig gebruik van de moderne en traditionele geneeskunde. De veronderstelde beschavingsmissie van de moderne psychiatrie om traditionele verklaringsmodellen gaandewijs te vervangen door moderne rationaliteit heeft zijn doel klaarblijkelijk niet weten te bereiken.

Bennani gaat uitvoerig in op de relatie tussen etnologie en psychiatrie. Met name in de vooroorlogse periode nemen psychiaters klakkeloos de antropologische studies over. Bennani geeft aan dat antropologen de traditionele geneeswijzen deïslamiseren. Zo hadden coryfeeën als Westermarck en Doutte geen oog voor de islamitische inslag van genezingspraktijken. Zij legden vooral verbanden legt tussen etnopsychiatrische praktijken en pre-islamitische invloeden. Zo stelt Serieux in 1938 nog dat de Arabieren slechts de Griekse en christelijk-byzantijnse traditie continueerden, en traceert Der-menghem de wortels van de marabout naar de voor-islamitische periode. Een benadering die past in het negentiende-eeuwse oriëntalisme. Zijn belangrijkste kritiek op de antropologie is dat deze de vraag niet beantwoordt wat normaal en wat pathologisch is. De psychiatrie daarentegen analyseert de cultuur vanuit het pathologische en psychiatriseert de cultuur. De etnologen wilden ‘heidense’ gebruiken en rituelen die de islamisering overleefde hadden onthullen; de psychiaters wilden fenomenen observeren, die in het Westen grotendeels verdwenen waren, zoals magie en het geloof in demonen.

Scherp geeft hij aan waar psychiaters in de eerste helft van de vorige eeuw steken hebben laten vallen en studies van etnologen onvoldoende bestudeerd of verkeerd geïnterpreteerd hebben. Een diepgaande analyse van de Marokkaanse samenleving en haar geschiedenis zou veel misopvattingen voorkomen hebben. Bennani noemt onder andere het negeren van het individu en de individuele dimensie in naam van de almacht van de collectiviteit, het onvoldoende onderscheiden van verschillen tussen sociale categorieën ten gunste van generaliserende uitspraken over de Marokkaanse samenleving, het karakteriseren van deze samenleving als primitief. “L’orient, c’est l’Arabe, l’homme du douar, le fellah, le musulman, bref toute une communauté considérée d’une seul bloc” (92). Bijzonder kritisch is hij over het primitivisme van Levy Bruhl. Deze gaat uit van een ‘mentalité primitive’ en raadt aan: “ne juge pas les indigènes à notre échelle”. De Maghrebijnse moslims vormen zo een aparte categorie. Deze gedachtengang impliceert volgens Bennani het primaat van de organiciteit boven het socio-culturele, van de collectiviteit boven het individu. Hij wijst er verder op dat het geen toeval is dat een aantal kwalificaties van Noord-Afrikanen door koloniale psychiaters nu opnieuw gebruikt worden voor de huidige Maghrebijnse migranten in Frankrijk. Kwalificaties die bijvoorbeeld verwijzen naar de veronderstelde houding van passieve onderwerping en fatalisme. Fijntjes merkt hij op dat hiervan tijdens de Algerijnse bevrijdingsoorlog weinig van te merken was.

Aan het eind van het boek komt Bennani tot de conclusie dat de psychiatrie in Marokko haar kennis en praktijk gebouwd heeft op een koloniale erfenis en zijn beschavingsmissie. Ten onrechte heeft de psychiatrie de gedachte gekoesterd de monopolie van de traditie te niet te kunnen doen. Psychiatrische begrippen en classificaties hebben die van de traditionele therapeut niet vervangen. Het gebruik van traditionele geneeswijzen is niet verdwenen. Psychoanalyse en psychiatrie zo stelt Bennani vooraf nadrukkelijk behoren tot hetzelfde ‘kamp’. Ze baseren zich op de moderne wetenschappelijke traditie. De psychoanalyse buigt zich echter meer dan de psychiatrie over de culturele context. De psychoanalyticus kan echter een brug slaan tussen beide werelden door naar de taal te luisteren die traditioneel gericht is op de heilige en door de symptomen te plaatsen in een ander discours deze te ontcijferen. In de lijn van zijn kritiek op het primitivisme van Levy Bruhl is het niet verbazingwekkend dat Bennani een universalistisch standpunt inneemt. Zijn werk in Frankrijk en Marokko, zo stelt hij, hebben hem overtuigd van de universaliteit van onbewuste gedragspatronen, die schuil gaat achter culturele bijzonderheden.

La psychanalyse au pays des saints is meer dan een pleidooi voor een eigen plaats van de psychoanalyse in Marokko. Feitelijk bepleit Bennani het in ogenschouw nemen van het individu in zijn geschiedenis en culturele context. Het is verder een gedegen bronnenstudie met talloze literatuurverwijzingen over de introductie van psychiatrie en psychoanalyse in een niet-westerse context. Daarin is het een van de weinigen in zijn soort. Bijzonder is dat het op plausibele wijze een lijn trekt tussen koloniale psychiatrie en de moderne geestelijke gezondheidszorg in Marokko en, in geval van Maghrebijnse migranten, in Frankrijk.

Rob van Dijk

Marc Berg & Annemarie Mol (eds), *Differences in medicine: Unravelling practices, techniques, and bodies*. Durham: Duke University Press, 1998. 272 pp. \$ 17.80.

For many years Renée Fox, recently retired as Professor of Sociology at the University of Pennsylvania, was one of very few engaged in the empirical study of 'high tech' medical practices. Her ethnographic studies of transplantation medicine, for example, some written together with historian Judith Swazey, were unique. Nearly four decades after the publication of the first of these studies, the subject is beginning to attract the attention of more and more anthropologists and sociologists. Research in the sociology of science and technology may have functioned for anthropologists much as the work of Thomas Kuhn, earlier, did for the sociologists of science. It provides reason to believe that the tools of sociology B and then anthropology B can reasonably and fruitfully be applied to a domain which previously appeared too well defended, too opaque. Among anthropologists the work of Emily Martin and Rayna Rapp stands out. Moving back and forth between the 'citadel' of scientific medicine and the broader culture, they have explored B and contributed to B the transactions between the two. How is immunity, or pregnancy understood and rendered in each domain, and how do these renderings influence one another?

The present volume, edited by Marc Berg and Annemarie Mol, draws on these various traditions. The work of both editors exemplifies their integration in understanding something of how medical knowledge is defined, produced and used. A starting point of this book, and one which binds the various contributions together, is the notion of the heterogeneity of modern Western medicine. Medicine, they write in their introduction, "is not a coherent whole. It is not a unity. It is, rather, an amalgam of thoughts, a mixture of habits, an assemblage of techniques. Medicine is a heterogeneous coalition of ways of handling bodies, studying pictures, making numbers, conducting conversations" (p.3). How to understand this diversity and, vitally, the attempts which are endlessly made to overcome it, is the core question of the book. There is a continuing and characteristic tension between the specifics of local situations B differing from hospital to hospital, from specialty to specialty B and the imposition of standards and protocols. Most of the ten chapters focus on this tension, exploring it empirically in medical practices as diverse as foetal surgery (Casper), experimental cancer treatments (Berg), the treatment of pain (Baszanger), and occupational medicine (Dodier).

How does the attempt to impose order on local diversity come about, and what form does it take? The partial answers the authors provide are themselves intriguingly different. Monica Casper, for example, explains how a common desire to establish foetal surgery obliges distinctive specialties to conceal their differences of opinion as to what precisely it should be at least from the outside world.

Nicolas Dodier, looking at occupational medicine in France, stresses the administrative context within which practitioners work. Here, the tension derives from a conflict between administratively given rules and categories, codified and legalistic, and the sensitivity to patient uniqueness which physicians bring with them.

Marc Berg focuses on protocols, and their use in multi-centre trials of a new breast cancer treatment. On the face of it, the protocol is a tool for achieving co-ordination

and standardization, formulated (as he so well puts it) as a series of 'if-then' statements. Everyone involved is supposed to act in a uniform and stable manner. There is no room for adapting the intervention to some sense of what might be best for a specific individual. In clinical trials its purpose is of course to ensure homogeneity of practice and comparability of results. The desire to standardize today goes much further than this. In these days of 'evidence based medicine', of meta-analysis of trial data and Cochrane collaborations, the hope is of course that some 'best practice' can be imposed B by consensus B on all. The reality, as Berg makes clear, is something rather different. The protocol actually used is a negotiated compromise, and part of what is negotiated is precisely the space for local idiosyncrasy. Here too, in other words, we see a tension between public commitment to a 'scientific methodology', and the scope for freedom of action (or 'clinical judgement') which medical personnel value.

I can add a personal footnote to Berg's account here. Not so long ago I was invited to join a collective bid for funding being submitted by a quite different cancer trial. In that particular trial, patients from a number of European countries travelled, with their treating physicians, to a single centre. There they were treated, remained a few days, and returned home. However effective the treatment, there were problems with the trial. Its director had major difficulties in collaborating with the medical teams arriving from the different participating centres and countries. As he explained it to me, in some desperation, they had widely different views regarding his authority as trial director (or authority in general). They had different views as to the freedom they could expect to have, within the trial, in coping with unexpected effects. What could he do about it? Could I study the trial and help him make sense of what was going on? Perhaps if the funding had been available I would have done (the application was turned down.). Perhaps I should send him Marc Berg's paper. He'd understand. The trial protocol may have been clear enough as a blue-print, but the negotiations necessary to generate a mutually acceptable set of operating procedures had not been accomplished.

Annemarie Mol writes about atherosclerosis. Or rather, she writes about atheroscleroses (plural). Because she focuses not on how the term is defined, but on the wide variety of practices through which it is identified, treated, written about, lived with, she sees not terminological uniformity but practical diversity. It is, as she puts it, 'different objects'. And since these objects are made visible in the variety of practices of which medicine is composed, it is those diverse practices that the sociologist or anthropologist should study. "Studying the practical performance of bodies and diseases may be a way of attending not only to the body as it is experienced or interpreted, but also to the body as it is manipulated, measured, observed, cut into pieces B or grows or decays" (p. 162).

This is a useful book, and one which certainly deserves its place alongside those of Fox, Martin, and a few others. As with any edited volume, the quality of the papers is uneven. I have preferred to focus here on the ones I liked best. The language rarely achieves elegance or liveliness of style. Since only four of the pieces are written by authors for whom English is a native language, this is perhaps not surprising. Alas some of those four (not all, and no names!) come at the bottom of my style ladder. More curiously, in few of the contributions (and here Annemarie Mol is an exception) is the reader invited to observe for him or herself. Use of the present tense and the

active voice are devices which are sometimes used to great effect for this purpose. Nor is the writer often present or production of the account reflected upon. We don't learn much about the work of studying contemporary medicine, or the stresses B and indeed pain B it may invoke in the researcher herself. The reader who wants to understand that might well read the (highly moving) Appendix to Fox and Swazey's last book *Spare Parts*, or Linda Hogle's recent study of transplantation medicine *Recovering the Nation's Body*. But this is a useful book, from which I learned a lot.

Stuart Blume

A. Thomas Couser, *Recovering bodies. Illness, disability, and life writing*. Madison: University of Wisconsin Press, 1997. 314 pp. index. , \$ 19.95 (paper back), \$ 43.95 (hardcover).

'You sit in a tiny room, probably white, probably without windows, the walls decked with posters showing parts of your anatomy you might rather not contemplate. With luck, you got your clothes back on; otherwise, you're wearing a scanty smock that bares anatomical parts you'd definitively prefer no one else to contemplate. Something is amiss, you know, or else you wouldn't be here; unless you're a doctor or a hypochondriac, you have no idea what the problem is, but you're inclined to believe that the wonders of modern medicine will soon make it go away.'

Met deze woorden begint het voorwoord van dit boek, geschreven door Nancy Mairs. Ze kijkt terug op hoe het was, toen ze zat te wachten op de diagnose multiple sclerose: "Suddenly, you feel lopped off from the social body, shut up here in this bright little box, unutterably alone". Couser vraagt in zijn boek aandacht voor de autobiografie over ziekte en handicap. Hij onderzoekt deze verhalen op mogelijke overeenkomsten en eigenaardigheden. Hij laat zien dat het geen verhalen zijn over medische zaken, maar dat ze voor mensen met een ernstige ziekte of een handicap een middel zijn om hun plaats in de samenleving te heroveren, "to reclaim their bodies from marginalization and impersonal medical discourse".

Omdat het boek voor 'leken' geschreven is, is er geen lange methodologische beschouwing te vinden. Wel heeft Couser vier condities gekozen, die volgens hem bovenal de belangstelling van de lezers zullen hebben, te weten borstkanker, HIV/AIDS, verlamming en aandoeningen van het gehoor. Bovendien door naar specifieke ziekten te kijken wordt duidelijker welke individuele en collectieve menselijke inspanningen nodig zijn om het discours over ziekte en handicap te veranderen en zo het lijden te verminderen.

Cousers boek hoort binnen twee tradities thuis. Op de eerste plaats binnen een nog jonge traditie van ziekte-autobiografieën. Deze traditie heeft de laatste jaren vooral in de Verenigde Staten een hoge vlucht heeft genomen, maar wint ook op het Europese continent meer en meer aan belang. Over het algemeen hebben deze autobiografieën gemeen dat ze de aandacht vragen voor het persoonlijke lijden van mensen en de tekortkomingen van het medisch verhaal belichten. Het zijn daarom geen ziekte-

geschiedenissen of pathografieën, maar veel meer dan dat. *Recovering bodies* is geen autobiografie, maar een boek over autobiografieën. Daarmee past het boek zeer wel binnen de medisch-antropologische studies die zich met subjectieve, op ervaring van ziekte en handicap gerichte verhalen bezig houdt.

Hoewel zowel zijn moeder als een nicht aan kanker zijn gestorven en een aantal vrienden aan de gevolgen van AIDS is overleden, is dat niet de eerste reden voor de auteur om het boek te schrijven, althans niet bewust. Zijn belangstelling gaat verder terug. Hij is hoogleraar Engels en heeft jaren aan de bestudering van autobiografieën gewijd. Zijn missie in dit boek is niet literair, maar 'politiek'. Enerzijds intern politiek, de machtsverdeling tussen de zieke mensen en degenen die over hen schrijven; anderzijds extern politiek, de relatie tussen de verteller of schrijver en de culturele scripts van lichamelijk disfunctioneren. Couser probeert een aantal vragen te beantwoorden. Zijn de verhalen wel een representatie van iemand zelf? Waarom wordt er over de ene ziekte wel veel gesproken en geschreven en over de andere niet? Onder welke condities komt een autobiografie tot stand? Spelen de verhalen wel een rol in de moderne 'politics of the body'? Is de impliciete politiek wel consistent met de expliciete?

Couser begint elk hoofdstuk over een van de vier aandoeningen met een bespreking van de algemene condities. Daarna onderzoekt hij een groot aantal autobiografieën om duidelijk te maken hoe mensen hiermee omgaan. Een algemeen kenmerk voor alle verhalen is dat ze niet, zoals wel eens wordt verondersteld, een 'map' voor anderen uittekenen, maar eerder over het maken van die 'map' vertellen.

Na een inleiding waarin de auteur zijn project beschrijft en verantwoordt, volgt een hoofdstuk over het medische discours en subjectiviteit. Hoe verhouden die twee tot elkaar? Voor medisch antropologen is het geen verrassing dat Couser beschrijft hoe het medisch discours mensen depersonaliseert, vooral sinds de ontwikkeling van hoogwaardige technologie (Fthe medical gaze'). Maar volgens Couser is het niet alleen deze technologie die bijdraagt aan de vervreemding van het lichaam; ook de psychotherapie die wordt ingezet om mensen die een ernstige aandoening hebben te helpen draagt er een steentje aan bij. In deze therapie staat de dokter-patiënt relatie centraal en dat werkt weer de scheiding van lichaam en geest in de hand, iets dat door patiënten niet zo wordt ervaren. De effecten van het medische discours op mensen zijn altijd dubbel: de ziekte wordt een vijand waar zowel patiënt als dokter tegen vechten, of het medisch discours wordt door patiënten overgenomen waardoor de ziekte ook weer wordt geobjectiveerd. Persoonlijke geschiedenissen zijn in toenemende mate ook een populair middel om het proces van depersonalisatie teniet te doen. Ze getuigen dan van verzet tegen een 'objectief' discours en vragen om erkenning van menselijk lijden dat meer is dan alleen maar het lijden aan een ziekte.

Ook binnen het medische systeem komt meer aandacht voor het verhaal van de patiënt. Couser geeft het voorbeeld van *Brody's My story is broken: Can you help me fix it? Medical ethics and the joint construction of narrative*. Hierin pleit Brody voor een gedeeld auteurschap van dokter en patiënt van het verhaal. Couser neemt daarvan onmiddellijk ook weer afstand, omdat het zo volgens hem te doen is om een betere relatie, een grotere controle over de ziekte en de symptomen. Maar, zo stelt hij, het medisch discours zal wel moeten veranderen gezien alle verhalen die zich ertegen verzetten.

Het derde hoofdstuk is gewijd aan autobiografieën van vrouwen met borstkanker. Voor Amerikaanse vrouwen is borstkanker de meest gevreesde ziekte, stelt Couser. Niet alleen vanwege de dreiging van en eventuele dood, maar ook omdat lumpectomie en mastectomie letterlijk en figuurlijk een vrouwelijke identiteit aantasten. De effecten van bestraling en chemotherapie zijn zeer ingrijpend. Al deze factoren geven de verhalen van vrouwen hun vorm. Meer dan andere pathografieën zijn verhalen over borstkanker verhalen met een publieke missie, die in zekere zin een politieke is. Couser vergelijkt de verhalen met die van slaven. Evenals bij verhalen van slaven is de ontsnapping aan kanker vaak tijdelijk. Men wil de aandacht vestigen op de ziekte in de hoop de invloed ervan te verminderen. Maar anders dan in de verhalen van slaven die veelal zijn bestemd voor niet-slaven, schrijven de vrouwen voor anderen die het risico lopen de ziekte te krijgen. Couser wijst op het discriminerende aspect van borstkanker. Vrouwen die verhalen erover schrijven zijn per definitie overlevers. En daarom hebben de verhalen vaak ook een happy end. Eigenlijk behoren de verhalen tot een apart genre, omdat ze intussen zeer belangrijk zijn geworden. Het gelukkige einde van de ziekte is echter een mythe. Voor veel vrouwen betekent ze een voortdurende strijd om niet het hele leven door die ziekte te laten beheersen. Verhalen over borstkanker hebben een 'masterplot' en een serie onderwerpen die voortdurend aan de orde komen. Een ervan is de keuze van de therapie, die helemaal niet blijkt af te hangen van wat de dokters zeggen of aanbevelen. Natuurlijk bediscussieert Couser ook de metaforisatie van borstkanker en citeert Susan Sontag, wiens werk op dit terrein het bekendst is. Na zijn inleiding analyseert de auteur verschillende autobiografieën, onder andere die van Betty Isaac (*A breast for a live*), Kahane's *No less a woman: Ten women shatter the myths about breast cancer*, Lorde's *The cancer journals*, en vele andere. Wat al deze verhalen gemeenschappelijk hebben is dat ze ondernemingen zijn ter herstel van het 'zelf'. Dat is dan ook de titel van het hoofdstuk. Couser is overtuigend genoeg in zijn poging te laten zien hoe de vrouwen met borstkanker hun plaats weer opeisen.

Hoofdstuk vier is een hoofdstuk over autobiografieën van mensen met HIV of AIDS. De structuur van het hoofdstuk is grotendeels hetzelfde als het voorgaande. Couser begint met belangrijke mechanismen die zich zo prominent lijken voor te doen bij deze ziekten: blaming, victimizing en accusation. Weer haalt hij Sontag aan, die stelt dat samenlevingen een ziekte nodig hebben die kan worden geïdentificeerd met het kwaad. Na enige klinische informatie gaat de auteur in op stigmatisering en bespreekt ook het noodlot van de zieke: de dood. Ook het onderwerp AIDS en homoseksualiteit wordt door hem besproken. De lezer moet zich tijdens het lezen van dit hoofdstuk echter wel realiseren dat Couser spreekt over verhalen over AIDS in de Noord-Amerikaanse samenleving. Zo leest hij dat AIDS in deze samenleving als een chronische ziekte wordt beschouwd. Elders in de wereld is dat zeker niet het geval. In tegenstelling tot de verhalen over borstkanker, zijn deze verhalen dus niet voorzien van een gelukkig einde. Weer belicht de auteur allerlei problemen en de weerstand van mensen met de ziekte tegen het medische en culturele discours. Vooral de verhalen over HIV en AIDS zijn duidelijke voorbeelden van verhalen die vanuit de marge van de samenleving zijn geschreven. Dat zou kunnen betekenen dat ze hun marginale status behouden, maar het gegeven dat er meer en meer van dergelijke verhalen komen kan het proces van marginalisering tegengaan.

Het volgende hoofdstuk gaat over autobiografie en handicap (de lezer moet het me maar niet kwalijk nemen als ik het woord handicap gebruik; een goede vertaling van disability die ook nog de lading dekt heb ik niet gevonden). Handicap, stelt Couser, verschilt van ziekte. Hoewel ze wel aan elkaar verbonden kunnen zijn, hoeft een handicap niet noodzakelijk een ziekte te zijn. Dat maakt autobiografieën anders dan in de voorgaande hoofdstukken. Als de auteur over handicap spreekt, bedoelt hij lichamelijke handicap. Meer dan in andere vormen van chronische aandoeningen staat het gevecht tegen stereotypen en stigmatisering op de voorgrond. In de Verenigde Staten bestaat een sterke beweging die zich verzet tegen de culturele constructie van handicap. Couser bespreekt bijvoorbeeld Calahans cartoons; een boek vol beelden van gehandicapte personen, soms tekeningen van hemzelf, soms van anderen. Kreupelen, mensen met haken als handen etcetera confronteren de lezer met het verschijnsel stereotyperen op indringende wijze. In de autobiografieën is autonomie en onafhankelijkheid een belangrijk discussiepunt. De sterkste overeenkomst in alle verhalen is echter dat mensen vertellen dat ze erin zijn geslaagd compensatie te vinden voor hun handicap. Er is 'winst', in beroep, op intellectueel gebied of spiritueel terrein. Couser noemt als voorbeeld *The body silent* van Robert Murphy en *Missing pieces* van Zola. Beiden zijn auto-etnografieën met een politieke dimensie. Cousers conclusie aan het eind van het hoofdstuk is veelzeggend. Gehandicapten breken uit hun door de gemeenschap opgelegd isolement en er bestaat een tendens om het stigma te zien als eervol.

De besproken autobiografieën of auto-etnografieën (Couser gebruikt vele omschrijvingen voor de verhalen, hetgeen wel eens verwarrend werkt) hebben met elkaar gemeen dat de makers ervan hun plek in de samenleving op- of terugeisen. De besproken autobiografieën tonen de lezer een gevecht om af te komen van het stigma dat nog altijd samen gaat met gehandicapt zijn.

Het laatste hoofdstuk gaat over doofheid en handicap. De titel is veelzeggend: tekens van leven. De relatie tussen doofheid en handicap is recentelijk dubieus geworden, stelt Couser. Doven zien zichzelf als een culturele en linguïstische minderheid. De dovengemeenschap is op dit terrein vooral actief in de Verenigde Staten sinds de jaren zeventig. Wat is er specifiek aan de dovenautobiografie, vraagt de auteur zich af. Het probleem is volgens hem dat een dergelijke biografie aan de 'normale' linguïstische eisen dient te voldoen. Een autobiografie kan dus niet in de 'moedertaal' worden geschreven. Een video zou daarom een beter middel zijn. Couser bespreekt autobiografieën die op indringende wijze vertellen wat het betekent een gehoorapparaat te dragen. In *Keep listening* van Warfield betekenen de draden van het apparaat haar sociale dood. En toch draagt de schrijfster het apparaat: ze wil blijven horen. Anderen vertellen hoe zij als doven merken dat anderen weliswaar kunnen horen, maar niet luisteren. Couser bespreekt ook werk waarin ouders vertellen over hun dove kind. Weer anderen beschrijven hoe het is om als dove familie te leven temidden van horenden. Of hoe het is om de doventaal te vertalen in een taal die horenden kunnen verstaan. Opvallend aan deze vormen is de vitaliteit.

In de epiloog gaat de auteur in op de waarde van de verhalen over het lichaam dat op de een of andere wijze is aangetast. Hij neemt afstand van de opvatting dat dit werk tot de kunst gerekend zou dienen te worden. Ook stelt hij dat zijn onderneming niet als

al te ambitieus moet worden gezien. Hij betwijfelt de waarde van deze verhalen voor het grote publiek, die immers dergelijke ervaringen niet heeft, maar stelt Couser, het lichaam is het middel tot ervaring, het is ons bestaan en herinnert ons eraan dat we kwetsbaar zijn. Het belangrijkste is echter wel dat in de autobiografieën duidelijk wordt dat mensen hun lichaam niet tot een object laten maken door het medisch discours. Ziekte en handicap leert ons hoe we een gezonder leven kunnen leiden. Het meest waardevolle van de besproken verhalen is volgens de auteur dat ze ons laten begrijpen wat het betekent 'some body' te zijn.

Cousers boek staat vol waardevolle besprekingen van autobiografieën. Voor antropologen is dat interessant. Maar zij moeten na lezing zelf aan het werk om de relatie, de dialectiek tussen handicap, ziekte, lichaam en cultuur duidelijker voor ogen te krijgen. Het boek zou een bron kunnen zijn voor crossculturele vergelijking als er tenminste wereldwijd dergelijke autobiografieën zouden bestaan. Het boek is in heldere taal en stijl geschreven en het lijdt geen twijfel of de auteur is in zijn opzet geslaagd. Hij heeft duidelijk laten zien hoe de verhalen getuigen van de strijd om het eigen lichaam terug te veroveren op het medisch discours en op wat anderen buiten de biogeneeskunde erover zeggen.

Els van Dongen

Rosanne Cecil (ed.), *The anthropology of pregnancy loss. Comparative studies in miscarriage, stillbirth and neonatal death*. Oxford: Berg, 1996. 266 pp.

The anthropology of pregnancy loss bundelt werk van negen antropologen, een historicus en een psycholoog. Het gaat over miskraam, doodgeboorte en neonatale sterfte. In haar inleiding constateert Cecil dat er weinig antropologische studies zijn naar de beleving en betekenis van miskramen. Dat verbaast haar omdat het onderwerp nauw raakt aan de onderwerpen die antropologen zeer boeien, zoals voortplanting en geboorte, begrafenis- en andere rituelen. Het blijft bij zijdelingse onderwerpen in publicaties van antropologen over miskramen en andere minder succesvolle aflopen van zwangerschap. Cecil ziet wel hierin een terugkerend thema: de nadruk op de rol van vrouwen in een gezond verloop van de zwangerschap. Vaker dan mannen moeten zij zich houden aan voedsel- en andere voorschriften. Dit vraagt om belichting van het thema vanuit een genderperspectief. Er zijn in West-Europa en Noord-Amerika recentelijk studies verricht vanuit psychologisch perspectief, maar tot een interculturele vergelijking van bevindingen is het tot dusver niet gekomen.

De bundel is opgesplitst in twee delen. In het eerste deel wordt verslag gedaan van etnografische studies in India, Jamaica, Papua Nieuw-Guinea, Tanzania en Kameroen. Het tweede deel bevat een analyse van nieuwsbrieven, en verder een epidemiologische, een psychologische en twee historische studies.

De bijdrage van Jeffrey en Jeffrey, *Delayed periods and falling babies: The ethnophysiology and politics of pregnancy loss* is gebaseerd op veldwerk in Uttar Pradesh, Noord-India. De betrokkenen zijn zich ervan bewust dat hun zwangerschap risico loopt als ze zich niet houden aan richtlijnen over voeding, werk, seksueel

gedrag en mobiliteit, of als ze een bevalling van een andere vrouw mee maken, herhaaldelijk zwanger zijn waardoor de baarmoeder zwakker wordt, geslagen worden, of bezeten zijn door geesten. Pas als de menstruatie drie maanden uitblijft, onderkennen vrouwen hun zwangerschap. Dan “(enters) the life of [the] spirit (...) the baby, its body parts begin developing and its sex settled”. Volgens de onderzoekers is het onderscheid een ‘delayed period’ (tot drie maanden wegblijven van de menstruatie) en ‘falling of a baby’ (na die drie maanden), een van de redenen dat de vrouwen een relatief laag aantal miskramen rapporteerden. Er zijn ook andere redenen. Wellicht zijn vrouwen een of meerdere miskramen vergeten te noemen, of is zwangerschap omringd met schaamte, waardoor ze zelf niet expliciet in een vroeg stadium over de zwangerschap spreken en het afbreken ervan niet benoemen als een miskraam.

Voor inzicht in de betekenis van een miskraam is het niet voldoende de etnofysiologische opvattingen over zwangerschap te kennen. Die ideeën moeten ook geplaatst worden in de sociaal-politieke context, met name de plaats van de zwangere vrouw in het huishouden van haar echtgenoot. In de praktijk blijken de zwangere vrouwen weinig te kunnen doen om een miskraam te voorkomen. Ze hebben nauwelijks zeggenschap over wat ze eten, de aard van hun werkzaamheden, het al dan niet bezoeken van een gezondheidswerker, en de frequentie van seksueel contact met hun echtgenoot. Schoonmoeders en/of echtgenoten bepalen of zij extra geld en tijd aan de zwangere vrouw willen spenderen, en dit is vaker niet dan wel het geval. In de Indiase context met een hoog vruchtbaarheidscijfer en kindersterftecijfer hebben vrouwen al weinig de gelegenheid te rouwen om hun gestorven kinderen. In deze context worden miskramen absoluut gemarginaliseerd als ‘non-events’, waarvoor geen speciale rituelen of behandelingen uitgevoerd worden.

De bijdrage van Sobo, *Cultural explanations for pregnancy loss in rural Jamaica*, laat zien dat Jamaicaanse vrouwen en biomedische wereld niet vanzelfsprekend dezelfde definities hanteren over biomedische gebeurtenissen. De vrouwen interpreteren een gemiste menstruatie niet meteen als een zwangerschap. Pas als een vrouw leven voelt, is ze een zwanger, een ‘bellywoman’. Vaginale bloedingen voor die tijd, beschouwen zij niet als miskramen. Een maal als zwanger erkend, kunnen plotselinge fysieke bewegingen of zware arbeid “knock it [the fetus] out of its nest in the belly”. Een zwangerschap heet ‘funny’ te zijn als de bevalling erg vroeg begint, de buik te snel of in een vreemde vorm groeit, of een klein monster wordt gebaard in plaats van een baby. Dan constateert men dat de vrouw niet echt zwanger was (‘false belly’), maar op onnatuurlijke wijze zwanger geworden is. Oorzaken hiervoor zoeken zij in de persoonlijke sfeer, met name in problemen met minnaars, echtgenoten of bloedverwanten. Sobo beschrijft gedetailleerd hoe een ‘false belly’ kan ontstaan. Het begrip heeft meerdere lagen. Vrouwen gebruiken het om betekenis te geven aan een emotionele en pijnlijke ervaring, zoals miskraam of de geboorte van een misvormd kind. Het wordt gebruikt om schuldgevoelens te uiten over overspelige verhoudingen. Mensen kunnen zo ambivalente gevoelens over familieverplichtingen en genderspanningen verwerken. Tot slot noemt ze nog – bijna terloops, maar niet minder betekenisvol – dat een ‘false belly’ niet altijd een miskraam (in biomedische termen) hoeft te zijn, maar ook betrekking hebben op een abortuswens. Het opwekken van een abortus is sociaal niet goorloofd.

Een ongewenste zwangerschap die volgens de culturele traditie gegoten wordt in een “unhealthy, unnatural, socially created false belly” mag echter wel afgebroken worden.

In het hoofdstuk *Water spirits, medicine-men and witches: Avenues to successful reproduction among the Abelam, Papua New Guinea* beschrijft Anna Winkvist hoe vrouwen vanaf hun tiende levensjaar aan de hand van een aantal rituelen werken aan een succesvol reproductief leven. Hierbij worden ze geholpen door familieleden en diverse, voornamelijk mannelijke, traditionele genezers. Voorts komen percepties over conceptie aan de orde, het vaststellen van de zwangerschap (soms al na een maand uitblijven van de menstruatie); het verloop van de bevalling; reacties op reproductieproblemen, zoals onvruchtbaarheid, miskramen en moeilijke bevallingen. Winkvist sluit af met een bespreking van voedseltaboes tijdens de zwangerschap en het gebruik van (voornamelijk) traditionele voorbehoedmiddelen.

Winkvist benadrukt dat de mannen kennis hebben van en controle uitoefenen over de aanvang, het onderhoud en de beëindiging van de voortplanting. Vrouwen controleren weliswaar de bevalling, maar consulteren mannen voor alle andere doeleinden. Zij worden verantwoordelijk gehouden voor miskramen, misvorming van het kind, laag geboortegewicht en neonatale sterfte. Ik realiseerde mij bij lezing dat medische antropologie wel aandacht heeft besteed aan miskramen, maar dan met name aan de preventie ervan door rituelen en taboes, en veel minder aan de beleving of betekenis ervan voor de betrokkenen.

In *Explaining pregnancy loss in matrilineal south east Tanzania* gaat Wembah-Rashid in op de wijze waarop vrouwen zorgen voor een gezond nageslacht. Ze houden zich aan de regels die zij te horen krijgen gedurende initiatierites en andere rituelen. Zo trachten zij miskramen en andere problemen te voorkomen. De auteur geeft vervolgens een overzicht van de gehanteerde personalistische en naturalistische verklaringen als miskramen toch optreden.

Olayinka Njikam Savage betoogt in ‘Children of the rope’ and other aspects of pregnancy loss in Cameroon is grotendeels gebaseerd op verhalen van vrouwen die zelf een miskraam hebben ondergaan. Ze beschrijft dat men een dood geboren kind (miskraam of vroeggeboorte) beschouwt als “a stranger who was just passing through” (p.101). Het kind had haast om weg te komen. Het krijgt geen naam en is geen lid van de groep. Vaak geven traditionele genezers deze *children of the rope* een inkeping in de wang, zodat ze herkend zullen worden als ze weer herboren worden. Om zo’n kind hoeft ook niet getreurd te worden. De moeders worden aangespoord niet publiekelijk te rouwen, maar zo snel mogelijk weer zwanger te worden. De Kameroense vrouwen worden veelal zelf verantwoordelijk gehouden voor de miskraam. Ze hebben hun netwerken niet goed onderhouden, waardoor ze hulp van burens en familieleden ontberen tijdens hun zwangerschap en gemakkelijk slachtoffers van hekserij kunnen worden. Of ze hebben zich seksueel misdragen. Vrouwen die een miskraam hebben, kunnen dan ook op weinig sympathie rekenen. Volgens Savage heeft dit een negatief effect op de gezondheid van de moeders: ze willen hun zwangerschap zo lang mogelijk verborgen houden, ook voor het personeel van de gezondheidszorg, waardoor er van prenatale zorg weinig terechtkomt.

Het tweede deel van de bundel opent met een epidemiologische bijdrage, *Variation in risk of pregnancy loss*, van Michael DeLuca en Paul Leslie. Er is volgens hen weinig bekend over de variatie in risico op miskramen tussen verschillende bevolkingsgroepen. Ze halen een aantal onderzoeken aan die een zekere variatie in het voorkomen van miskramen laten zien, waaronder hun eigen studie bij nomaden en gevestigde Turkana in Kenya. De gebruikte onderzoeksmethodes zijn echter zo divers, dat deze wellicht een groot gedeelte van de gevonden variatie verklaren. Er zijn klinische studies onder en veldonderzoeken. Men hanteert verschillende criteria en methodes om zwangerschappen en miskraam vast te stellen: zelfrapportage, fysiek onderzoek; retrospectief en prospectief. Bij gebrek aan adequate informatie bespreken de auteurs een aantal factoren, die van invloed kunnen zijn op de variatie: genetische oorzaken, het immuunsysteem en infectieziekten. Ze concluderen dat nog veel onderzoek nodig is om inzicht te krijgen in de variatie in het voorkomen van miskramen en zijn determinanten.

Linda Layne's bijdrage, 'Never such innocence again': Irony, nature and technoscience in narratives of pregnancy loss, is gebaseerd op een studie onder tweepregnancy loss support groups. Er zijn ruim 900 van dergelijke groepen in de Verenigde Staten. Layne analyseert de nieuwsbrieven en andere publicaties van deze twee groepen. Volgens haar is voor de meeste leden "the loss of a wished-for baby (...) a watershed event after which they will never experience the world or think about their lives in the same way" (p.132). Andere levenservaringen worden altijd gesitueerd voor of na deze gebeurtenis. Daarom hebben deze mensen niet alleen hun zwangerschap verloren, maar ook hun onschuld. Layne analyseert vervolgens enkele vaak voorkomende 'ironische' thema's uit de brieven en gedichten van de getroffen.

In haar bijdrage vergelijkt psychologe Beverly Chalmers de ervaringen van vrouwen uit Zuid Afrika die een miskraam hebben gehad. Zij zijn afkomstig uit verschillende rurale en stedelijke culturele groepen. Ze begint met enkele methodologische opmerkingen naar aanleiding van de problemen bij het lokaliseren van respondenten. Alle vrouwen die in een bepaalde periode een miskraam hadden ondergaan in zes verschillende ziekenhuizen werden eerst schriftelijk over het onderzoek geïnformeerd en in tweede instantie telefonisch benaderd. Veel van de witte en gekleurde vrouwen bleken niet telefonisch te traceren. Vermoedelijk hadden deze vrouwen een illegale abortus (willen) laten plegen en derhalve een onjuist adres opgegeven. De woonplaats van de Aziatische vrouwen was gemakkelijker te vinden. Sommigen wilden echter niet meewerken, wellicht vanwege gevoelens van schaamte, anderen mochten van hun mannen niet deelnemen. De rurale zwarte vrouwen waren moeilijk te benaderen. Ze hadden vaak geen telefoon hadden. Daarnaast speelde ook de angst voor hekserij een rol. Men wilde niet over zwangerschap of miskraam spreken met anderen en een bezoek aan hun woning kon niet onopvallend plaats kon vinden en zou dus risicovol kunnen zijn voor de betrokkenen. In dit geval werden de het bezoek van de onderzoekers gecombineerd met een soort algemene gezondheidszorg-visite bij alle wijkbewoners.

Het onderzoek laat duidelijk de waarde van een kwantitatieve studie zien. De soms grote verschillen tussen de verschillende groepen zouden met een kwalitatieve benadering wellicht niet zo duidelijk gevonden zijn. Tegelijkertijd maakt de opsomming van de vele getallen en percentages per subgroep dit hoofdstuk minder leesbaar. Deson-

danks laten de interessante bevindingen de diversiteit in de beleving van miskramen zien (of in elk geval de verwoording daarvan) en worden de implicaties voor het klinisch management besproken. Aan het eind laat de auteur haar gedachten gaan over de voor leken tamelijk negatieve connotaties van de medische terminologie: 'spontaneous abortion', 'failed pregnancy', en 'incompetent cervix'. Dit kan de negatieve zelfbeleving van sommige vrouwen na een miskraam versterken.

De meest indrukwekkende bijdrage van de bundel is *Memories of pregnancy loss: recollections of elderly women in Northern Ireland* van Rosanne Cecil. Ze laat het belang zien van oral history en van 'medical anthropology at home'. Cecil sprak met twaalf vrouwen in de leeftijd van 65 tot 89 jaar oud over hun ervaringen met miskramen in de periode 1940-1970. Zonder deze studie zouden de ervaringen van deze vrouwen onherroepelijk verloren zijn gegaan. Geen van hen ooit in enig detail hierover gesproken met verwanten. Ook hebben zij indertijd nauwelijks of niet met hun echtgenoten hierover gesproken. Er werd over gezwegen; niemand vroeg of zei wat. Sommigen hebben dat indertijd niet als een probleem ervaren: het was gewoon zo. Anderen hadden het als verschrikkelijk ervaren, onder andere omdat er geen mogelijkheid was geweest om te rouwen om het verloren kind. Cecil beschrijft de veranderingen in de wijze waarop vroeger en nu doodgeboren kinderen begraven werden: "in their unmarked graves is symbolized their social value". Ze plaatst de acceptatie van miskramen in de context van de levens van de vrouwen. Het waren materieel gezien zware tijden. Het vruchtbaarheidscijfer was erg hoog. De vrouwen waren zich bewust van de grote risico's van zwangerschap en bevalling en prezen zichzelf gelukkig in vergelijking met vrouwen die in het kraambed waren gestorven. Hun verhalen laten ook zien hoeveel in een korte tijdsbestek veranderd is in West-Europa wat betreft de perinatale zorg. Een vrouw kreeg bij een miskraam na zes maanden zwangerschap te horen dat de foetus slechts zes weken geleefd had. De zinnige opmerkingen over de beperkingen en mogelijkheden van de methode van 'autobiographical memories', maakt ten slotte dit hoofdstuk extra lezenswaardig.

De bijdrage van de historicus Mark Jackson *Something more than blood: Conflicting accounts of pregnancy loss in eighteenth-century England* is "an exploration of the various popular, medical, legal and political meanings attached to menstrual blood loss and pregnancy loss". In het Engeland van de achttiende eeuw werden ongehuwde vrouwen door burens, familieleden en vrienden ervan beschuldigd hun zwangerschap te verbergen en hun pasgeboren kinderen te vermoorden. Men maakte zich zorgen om het gedrag van alleenstaande vrouwen en over de potentiële last van nog meer bastaarden. De ongehuwde vrouwen weerspraken de beschuldigingen: ze hadden een miskraam van een prematuur kind of enkel wat bloed verloren. Ze construeerden hun verhalen zodanig dat ze overkwamen als onschuldige en passieve slachtoffers: eerst in onwetendheid verleid en zwanger gemaakt, en vervolgens ook nog een miskraam. De aanklagers benadrukten dat zij, behalve zich met mannen in te laten, er ook nog eens voor zorgden dat ze een miskraam krijgen door geen goede hulp te regelen. Jackson maakt gebruik van rechtbankverslagen over de vervolging van deze vrouwen. Aan de orde komt ten slotte de manier waarop artsen hun rol als getuigendeskundigen vervulden en zo het aanzien van hun eigen professie trachten te vergroten.

The anthropology of pregnancy loss is een lezenswaardige en informatieve bundel, die de lezer vanuit verschillende invalshoeken aanzet tot nadenken over de betekenis van miskramen. De etnografische hoofdstukken presenteren interessant materiaal over taboes en culturele richtlijnen om een gezonde zwangerschap te bevorderen of een miskraam te voorkomen. Dergelijke informatie is echter niet nieuw. Cecil's inleidende opmerking over het ontbreken van inzicht in de beleving van en het omgaan met miskramen door de betrokkenen zelf riep verwachtingen op. Feitelijk gaat alleen haar eigen bijdrage naast die van Layne en Chalmers, daarop in. Al met al is deze bundel een prima eerste aanzet om de door Cecil geconstateerde leemte op te vullen.

Trudie Gerrits

Bart Criel, *District-based health insurance in Sub-Saharan Africa*. Case studies. Studies in Health Services Organisation and Policy 9. Antwerp: ITG Press (isa@itg.be), 1998. 150 pp.

Bart Criel, *From theory to practice*. Case studies. Studies in Health Services Organisation and Policy 10. Idem. 90 pp.

In the search for sustainable solutions to the problems of health care financing for low income population of the developing world, Criel's book comes in timely with useful lessons particularly for countries in Sub-Saharan Africa. This published edition of his doctorate thesis is presented in two parts. Part one deals with the theoretical analysis, while part two presents the empirical basis of the analysis. His main thrust is to provide an analysis of the potential and limitations of district based health insurance systems in order to draw lessons for the way forward in health financing in Sub-Saharan Africa. Three case studies from the subregion are presented: Bwamanda and Masisi in Mobutu's Zaire (now Democratic Republic of Congo) and Murunda in Rwanda. The studies are aimed at providing insights in understanding of the complexity of health insurance as well as design recommendations and framework for monitoring its effects.

The book begins with a historical background to the present problems of health care financing in Sub-Saharan Africa. The author traces this account from the post-independence free health care period and the changes through time resulting from problems of national economies and impact of international recessions that cumulatively made free care a myth. This led to gradual shifts to policies of cost recovery and community financing as potentially powerful resorts in the development of primary health care. The literature review on financing models also shows a shift that occurred from general definitions of criteria of financing mechanisms to a narrow focus of one particular mechanism, the cost recovery schemes in the frame of out of pocket payments. His discussion on sources of funding for health care, however, underscores his concern about the irony of user fees in generating revenue while at the same time reducing access. This problem Criel illustrates with the case of Kissidougou in rural Guinea-Conakry.

The author devotes a chapter to the concepts and typologies of insurance and solidarity. He looks at the two pitfalls of health insurance: adverse selection and moral

hazard. Then he discusses five African examples of mutual risk schemes: family solidarity systems in which there is a moral obligation to help during risks, informal insurance which is structured on individual and voluntary choice, private for profit model where there is little or no solidarity, mutuality model where there is voluntary and consenting solidarity and mandatory social insurance based on insurance and solidarity. He presents arguments for and against these schemes and concludes that the increasing political stress on decentralisation and the progress of the district paradigm tend to favour district level health insurance systems as alternative young potentials in Africa.

Using the case of Bwamanda, the author eulogises district based health insurance (DBHI) to a point where he considers "a badly functioning system of health care insurance probably worse than no insurance scheme at all" (I: 127). DBHI is in this sense the 'optimisation' alternative and not necessarily a standard recipe for Sub-Saharan Africa because optimisation according to him "implies a balance between expectations, needs and efficiency" (I: 125). Much of what accounts for this success is attributed to economic and management factors. High subscription rates is seen as an indication of social acceptability, stable resources for the hospital, improved geographical access. This strong optimism based on Bwamanda's evidence is admirable for the hope he spells for Africa's health care problems, but nevertheless problematic considering the unique advantages that made Bwamanda successful. In particular he appears to give so much weight to the district organisational and managerial structures. He is thereby merely browsing the sociocultural underpinnings in the community that can make and unmake even well planned exogenous innovations. Indeed the role of sociocultural factors was not a direct concern of the author but the take off for Africa in a DBHI would have to tie in with relevant studies of such issues in the community that do not easily lend themselves to management control. These include kinship factors, alternative health care arrangements, attitudes, beliefs and practices about health care in the community as well as government legislation on factors that indirectly influence people's ability and willingness to pool resources together for mutual benefit. The paradox of his DBHI examples though is that the initiatives came from expatriates and thereby leaves the biggest challenge for African or local leadership in such schemes.

One of the interesting issues the book raises is 'scaling up' the dynamic small-scaled insurance schemes that exist in Sub-Saharan Africa. Is it appropriate to wait for bottom-up solutions to gradually expand, the way European social insurance systems developed? In the view of the author Africa cannot wait for such a long time and the shortcut is DBHI. Far from sounding cynic, I equally share in the potentials of DBHI to lift Africa from the doldrums of health payment insecurity, but I am afraid the speed with which the author is asking Africa to move may turn out to be a 'false start' for those who hurriedly venture to 'steal a start'. Indeed the important lessons from the cases in the book indicate that Africa needs to hasten a little to understand the sociocultural imperatives of implementing insurance schemes in order to marry existing traditional networks and arrangements with exogenous ideas. Before that happens of course there is a gestation period of further research for information, education and communication among all the partners in health care.

The book provides a number of cautious optimistic lessons on the feasibility of DBHI. The successful development of DBHI in Africa needs to take people's priorities into account. The involvement of local field actors in the process is crucial. The introduction of health insurance could serve as a boost for the development of the district although there is need to investigate the nature of organisational measures that contribute to its successful development and the fact that a scheme may serve as an instrument for strengthening the continuous dialogue between the community and the health services.

One of the crucial issues which those interested in implementing district health insurance schemes have to deal with, is the most appropriate level for the introduction of health care insurance: first level, hospital or both? Criel provides sound argument to support the introduction of health care at hospital level: higher direct cost, less consumer moral hazard. It is however not true that in the whole of Sub-Saharan Africa local solidarity schemes will be unwilling to cope with such payments. It is not so much the fact that such situations will defeat the solidarity basis of insurance but emerging evidence in Ghana indicates that most local support schemes are rather sympathetic towards serious sickness.

Those oriented towards economic analysis will find the book very handy to read since it is rendered in a health economics perspective with various tables and figures to illustrate the cases. At the same time it will generally prove useful for all interested in the historical antecedents of the problems of health care financing in Sub-Saharan Africa.

Daniel Kojo Arhinful

Cor Hoffer, *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Thela Thesis, 2000, 397 pp. f 49,50.

Met het verschijnen van dit proefschrift heeft Cor Hoffer zijn trilogie over islamitische genezers in Nederland voltooid. Maar anders dan in het geval van een echte trilogie is hier niet zozeer sprake van elkaar opvolgende delen als wel van elkaar insluitende. Elke volgende publicatie (Hoffer 1991, 1994) omvat de voorgaande.

Na afronding van zijn beleidsstudie in opdracht van het voormalige ministerie van WVC, die resulteerde in het boek *Islamitische genezers en hun patiënten* (zie bespreking in Medische Antropologie 1995(1): 188-92), waren er twee onderwerpen die Hoffer verder wilde exploreren, namelijk de historische en culturele achtergronden van islamitische geneeswijzen, de veranderingen die islamitische geneeswijzen in Nederland onder invloed van migratie ondergaan. Vragen op deze terreinen lagen ten grondslag aan de literatuurstudie en het aanvullend empirisch onderzoek waarvan de bevindingen in het proefschrift zijn neergelegd.

De dissertatie bestaat uit drie delen en wordt afgesloten met een korte slotbeschouwing. De eerste twee delen omvatten respectievelijk de methodische en theoretische verantwoording en de beschrijving van de historische en culturele context van islamitische geneeswijzen. Het derde en meest omvangrijke deel, getiteld *Islamitische geneeswijzen in Nederland*, bevat het empirisch materiaal dat voor het grootste deel reeds eer-

der is gepubliceerd. Hoewel Hoffer een gedegen en zeer leesbare schrijfstijl hanteert, leiden zijn zorgvuldigheid en hang naar duidelijkheid er op sommige momenten toe dat de lezer – zo was althans mijn ervaring – het idee krijgt dat de auteur hem wat al te nadrukkelijk bij de les wil houden.

Na een eerste hoofdstuk over de opzet en uitvoering van zijn onderzoek, zet Hoffer in het tweede hoofdstuk uiteen welke theoretische inzichten hem als leidraad gediend hebben. Hij gaat hierbij in op het werk van de antropologen Geertz en Tennekes en de sociologe Archer. Met name bij Archers onderscheid tussen het culturele en het sociale niveau staat hij uitgebreid stil. Het onderscheid tussen cultuur – waar het gaat om betekenissen, waarden en normen die al dan niet inherent logisch zijn – en sociaal handelen – waar het verschillen in belangen en macht betreft – is van betekenis voor de latere bespreking van de ambivalente verhouding tussen islam en volksgeloof. In dit kader, namelijk om de machtsstrijd tussen ‘officieel geloof’ en ‘volksgeloof’ te kunnen verduidelijken, worden ook de begrippen religieuze regime (Bax) en medisch regime (De Swaan) besproken. Ter afsluiting van het hoofdstuk besteedt Hoffer aandacht aan het transactionalisme en de ruiltheorie. Het daarin geboden perspectief biedt inzicht in de rol van de genezers als ‘ondernemers’.

Het tweede deel bestaat uit de hoofdstukken *Geschiedenis van de geneeskunde in de islamitische wereld* en *Islam en volksgeloof in islamitische samenlevingen*. In het historisch overzicht komen de arabisch-islamitische, de profetische en de biomedische geneeskunde aan bod. Met name de eerste twee worden gedetailleerd besproken. Behalve aan de specifieke medische tradities, besteedt Hoffer tevens aandacht besteed aan het soefisme en de visie van aanhangers van deze mystieke stroming op gezondheid en ziekte. In de bespreking van dit alles wordt bij herhaling onderstreept dat vertegenwoordigers van verschillende medische stromingen zich baseren op hun eigen interpretaties van de koran en de *hadith*. Het polyinterpretabel hanteren van de bronnen van de islam kenmerkt ook het spanningsveld tussen islam en volksgeloof dat in het volgende hoofdstuk wordt behandeld.

Tussen het domein van de officiële (soennitische) islam en dat van het volksgeloof bestaat een complexe en ambivalente verhouding. Het trekken van een grens is een kwestie van interpretatie. Het is hier dat Hoffer laat zien hoe het werk van Archer inzicht kan bieden. Verschillen in geloofsinterpretatie (culturele niveau) hangen samen met sociale, politieke en economische factoren (sociale niveau). Een elite van schriftgeleerden en imams vormt de dominante religieuze cultuur en doet volksgeloof af als ‘bijgeloof’ en niet-islamitisch. Ze zien het als logisch tegenstrijdig aan wat zij als officiële islam definiëren. Aanhangers van het volksgeloof zien het daarentegen als logisch complementair met de islam. Er kan, in termen van Bax, gesproken worden van twee religieuze subregimes binnen de islam.

Terecht wijst Hoffer erop dat met name uit het werk van antropologen, die zich bezig houden met de studie van de levende religie van concrete groeperingen, duidelijk wordt hoe in de dagelijkse praktijk islam en volksgeloof samen vallen. Aardig is dat veel van de voorbeelden die hiervan gegeven worden afkomstig zijn uit het werk van Nederlandse antropologen die in diverse samenlevingen onderzoek naar de lokale islam hebben verricht.

In de verschillende vormen die het islamitisch volksgeloof in de diverse landen aanneemt – en waarbinnen het ook weer lokale varianten kent – is een aantal gemeenschappelijke elementen aan te wijzen. Daarbij is te denken aan het onderscheid tussen natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken van ziekte, waarbij magie, het boze oog en interventies van djinns als belangrijkste vormen van laatstgenoemde gezien worden; de centrale betekenis van *baraka* als genezende kracht en het vereren van heiligen en de belangrijke rol van soefi-broederschappen daarbinnen. Deze elementen, waarvan Hoffer in hoofdstuk 4 de kenmerken uiteenzet, zijn ook terug te vinden in het werk van islamitische genezers in Nederland. In deel drie van het proefschrift komen zij en hun patiënten aan bod.

Hoewel, zoals gezegd, het overgrote deel van het hier gepresenteerde empirisch materiaal al eerder gepubliceerd is, blijft het boeiend om in detail te lezen over de door de genezers gehanteerde werkwijzen, zowel op diagnostisch, curatief als preventief gebied. In de loop de jaren heeft Hoffer 39 genezers van elf nationaliteiten uitgebreid geïnterviewd. Praktijken als het gebruik van religieuze en magische boeken, het oproepen van geesten, rituelen met lood of peperkorrels, het uitspreken van gebeden en schrijven van amuletten, het gebruik van kruiden en toepassen van massages, om er slechts enkelen te noemen, passeren de revue. Van de patiënten (van wie er 65 geïnterviewd en 227 geënquêteerd zijn) worden de achtergronden, de aard van hun klachten en hun visie op ziekte en gezondheid belicht. Ondanks de diversiteit aan klachten waarmee patiënten islamitische genezers benaderen, is er sprake van één gemeenschappelijk kenmerk. Vaak hangen de klachten samen met sociale problemen en spelen levensvragen een rol. Een belangrijk deel van het werk van de islamitische genezers speelt zich dan ook af op het terrein van de zingeving. Door een combinatie van symbolische handelingen en praktische adviezen die aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt, zijn de genezers in staat hun patiënten een nieuw perspectief op hun situatie te bieden.

Voor wat betreft de sociaal-structurele context waarbinnen de islamitische genezers in Nederland werken zijn niet enkel de eerder genoemde religieuze subregimes van betekenis, ook op medisch gebied is er sprake van subregimes. Het in Nederland geldende systeem van gezondheidszorg en hulpverlening kenmerkt zich immers door de dominantie van de biomedische geneeskunde en de ondergeschikte rol van alternatieve medische benaderingen. Islamitische genezers zijn op dit terrein als dubbel marginaal te kenschetsen. Zowel ten opzichte van de reguliere sector als ten opzichte van de autochtone alternatieve sector waarmee ze nauwelijks banden onderhouden, bevinden zij zich in de marge.

Toch spelen de islamitische genezers ondanks hun marginale en informele positie voor een deel van de moslims in Nederland een belangrijke rol. In hoofdstuk 8, dat ingaat op het sociaal handelen van de genezers, belicht Hoffer deze rol. Zingeving en interculturele bemiddeling zijn hier de sleutelbegrippen. De genezers spelen in op de behoeften van patiënten die medisch en sociaal zijn vastgelopen. Motieven die genezers voor de uitoefening van hun praktijk aanvoeren lopen uiteen: materiële beloning, sociaal aanzien of religieuze verdienste. Met name bij het punt van giften en reciprociteit staat Hoffer uitgebreid stil. Vanwege de religieuze grondslag van hun activiteiten

mogen de genezers hiervoor geen geld vragen. Een 'gift' van patiënt aan genezer als een religieuze verplichting – overigens niet zelden door sociale druk afgedwongen – biedt hiervoor echter uitkomst.

In dit hoofdstuk komen tevens kort de geleidelijke veranderingen die medische visies in de migratiesituatie ondergaan, aan de orde. Kort, want zoals Hoffer tegen het einde van het proefschrift opmerkt, heeft er zich gaandeweg het onderzoek een verschuiving in de aandachtspunten voorgedaan. In plaats van de veranderingen van islamitische geneeswijzen – een van de twee onderwerpen die het uitgangspunt van het promotieonderzoek vormden – is de maatschappelijke positie van islamitische genezers en de rol van het islamitisch volksgeloof in de Nederlandse samenleving steeds centraler komen te staan. Met name in dit laatste ligt een deel van het belang van Hoffers dissertatie besloten. Zijn studie levert het bewijs dat in Nederland, naast de officiële islam, ook het islamitisch volksgeloof zich een plaats verwerft. Een feit dat in het werk van andere onderzoekers van de islam in Nederland tot nu toe zeker onderbelicht is gebleven.

Op verschillende plaatsen in zijn proefschrift benadrukt Hoffer dat zijn werk een symbolisch interactionistische grondslag heeft en dat er conform het uitgangspunt van de, in deze denkrichting gewortelde, gefundeerde theorie-benadering tijdens het onderzoek een voortdurende vergelijking tussen theorie en onderzoeksgegevens heeft plaatsgevonden. Toch wordt de lezer niet veel inzicht geboden in het feitelijke verloop van Hoffers onderzoek. Een gunstige uitzondering hierop vormt de passage waarin hij beschrijft hoe de contacten met imams verliepen. Aan het begin van zijn project, op zoek naar islamitische genezers, bezocht Hoffer diverse moskeeën en sprak daar met imams. Het enige dat hij van hen te horen kreeg, was dat de personen die hij zocht niets met de islam te maken hadden. Wanneer, in een latere periode van het onderzoek, in individuele gesprekken met diezelfde imams echter blijkt dat deze zich zelf eveneens met genezingspraktijken bezighouden, laat dit op treffende wijze zien hoe problematisch het onderscheid tussen 'islam' en 'volksgeloof' er in de praktijk uitziet. De weergave van een sessie waarbij een genezer een meisje in trance brengt, vormt het enige langere fragment in het boek dat de lezer een daadwerkelijke blik in de empirie gunt. Helaas. Want de, vooral uit dialogen bestaande, beschrijving is bijzonder fascinerend om te lezen. Persoonlijk had ik wel wat meer van dergelijk materiaal gepresenteerd willen zien. Wellicht een idee voor een vierde deel in de reeks van Hoffer over islamitische genezers in Nederland.

Geert Mommersteeg

Sharon-Ann Gopaul-McNicol, *A multicultural/multimodal/multisystems approach to working with culturally different families*. Praeger Publishers: Westport, 1997. 150 pp. index. , \$ 39.95 (hard cover).

Dit boek is het resultaat van tien jaar werken als cross-cultureel psychotherapeut en testpsycholoog. Gopaul-McNicol werkt als gezinstherapeut én heeft ervaring als consultant in het onderwijs en diverse klinische centra in de Verenigde Staten en in het

Caribisch gebied. Zij kent hierdoor de verschillende ervaringen met het werken met families met een verschillende etnische en culturele achtergrond uit de dagelijkse praktijk van onderzoek, consultatie, en supervisie. Ze introduceert een nieuw werkmodel, waarmee zij antwoord te geeft op de andere behoeften van de verschillende etnische groepen. Zij noemt dit model de 'Multi-Cultural/Modal/Systems approach' (Multi-CMS). Het is gebaseerd op een combinatie van theoretische modellen uit de systeemtherapie.

Het boek bestaat uit vier delen. In het eerste hoofdstuk onderzoekt zij de historische en hedendaagse perspectieven van de invloed van cultuur op het gebied van psychologie en van de geestelijke gezondheidszorg. Het tweede deel gaat over het (psychologisch) beoordelen van cultureel andere families; het derde deel over de factoren die het behandelproces beïnvloeden. In het laatste deel beschrijft zij de implicaties van dit gedachtegoed voor training.

Vrij compact schetst Gopaul-McNicol eerst het historisch perspectief van het multiculturalisme. Ze geeft aan hoe kritiek ontstond op de witte manier van 'counseling', dat teveel uitging van de 'middle-upperclass white American families', en uitmondde in het 'crosscultural counseling' en hoe vanaf de jaren negentig het multiculturalisme zijn intrede deed in de psychologie en het onderwijs. Nu rijzen nieuwe vragen. Dat is enerzijds de vraag van de diversiteit. De Verenigde Staten herbergen de grootste variatie van etnische groepen in de wereld. Anderzijds is er de vraag of de 'professionals of color' hun witte collega's in een co-leiderschapsrol in deze multiculturele beweging welkom zullen heten. In dit deel pleit zij voor meer aandacht voor het multiculturele perspectief binnen de professie.

Deel twee gaat in op de verschillende psychologische testen waarbij een cultureel en linguïstisch andere populatie slecht scoort. Puttend uit het nature/nurture-debat uit zij kritiek op diverse testen. In hoeverre zijn de variaties in de testen het gevolg van genetische of van omgevingsfactoren? Gopaul-McNicol kiest voor het laatste gegeven en onderbouwt dit met diverse voorbeelden. Voor een goede psychologische test raadt zij de bio-ecologische aanpak aan, het onderzoeken van de socioculturele context om een completer beeld te krijgen van de intellectuele capaciteiten van het individu. Zo vindt zij het onder meer belangrijk om te kijken naar de religieuze achtergrond, een differentiaal diagnostisch gesprek te hebben met de huisarts of schoolarts, met de onderwijzer en de ouders, en goed te observeren. Ze komt ten slotte tot diverse aanwijzingen voor het gebruik en combineren van de verschillende soorten testen. Twee van die aanbevelingen zijn het testen van de mate van acculturatie en het informeren bij de onderwijzer over de schoolprestaties en gedrag. Daarnaast pleit zij voor het inschakelen van een psycholoog die de school, de onderwijzer, de familie en het kind ondersteunt om tot de best mogelijke prestaties te komen.

Het derde deel gaat over counseling van migrantenfamilies. Hierin behandelt zij onder meer het concept van ziekte en psychotherapie, de therapeutische alliantie, de effecten van rolveranderingen door acculturatie, de verplichtingen van kinderen naar hun ouders, taal en communicatiepatronen, verblijfsstatus, etniciteit, ras/gender en cultuur van de therapeut, en de mate van acculturatie. Ze gaat kort in op de verschillende systeemtheoretische benaderingen, de 'educational approach' van Bowen, de

‘structural approach’ van Minuchin en de ‘multisystem approach’ van Boyd-Franklin. Deze drie benaderingen probeert zij te integreren in haar Multi-CMS aanpak. Bowens aanpak richt zich op het verhelderen van de feiten en gedragspatronen in plaats van op het gevoel. Hij presenteert zich als een coach, niet als gezinstherapeut van de familie, waardoor deze minder bedreigend is. De aanpak van Minuchin helpt bij het herstructureren van families die vastlopen, of teveel losraken gedurende het proces van acculturatie. Hij ziet de individuele symptomen van een cliënt als een gevolg van het systeem wat zich niet goed kan aanpassen aan veranderende omstandigheden. Boyd-Franklin geeft een theoretisch concept om complexe gegevens overzichtelijk te maken en interventies in de juiste volgorde te plegen. Hierbij moet niet alleen de therapeut flexibel zijn, maar ook de instelling waarin de therapeut werkt. Het werken met andere subsystemen dan het nucleaire gezin staat hierbij op de voorgrond.

Door de combinatie van deze systeemtheoretische benaderingen biedt het model van Gopaul-McNicol een breed spectrum aan technieken. Zij verdeelt de therapie in verschillende stadia of processen: het onderzoek en de beoordeling, de educatie, de psychologische behandeling en empowerment. De onderzoeksfase is hierbij vrij uitgebreid. Het onderzoek start met uitleg over het proces en het verkrijgen van vertrouwen. Hierna volgt pas het verzamelen van informatie, het bepalen van de mate van acculturatie en van de doelen. Na uitleg van het theoretisch model volgt boeiende casustiek.

In het laatste hoofdstuk behandelt Gopaul-McNicol de implicaties voor training en welke competenties noodzakelijk zijn voor het crossculturele werken met gezinnen of kinderen. Voor haar is het bijvoorbeeld onethisch als cliënten met een andere etnische achtergrond behandeld worden door een professional die geen speciale training en expertise hebben gehad op het gebied. Crosscultureel werken is een specialisatie. Hierbij wordt onder andere aandacht gevraagd voor bewustwording van de eigen culturele normen en waarden, het begrijpen van interraciale onderwerpen en de crossculturele bewustwording.

Het bijzondere van dit boek is de compactheid. Over de verschillende behandelde onderwerpen is afzonderlijk een boek te schrijven. De hoofdstukken staan los van elkaar en de bindende factor is het crossculturele aspect. De auteur slaagt erin praktijk en theorie goed samen te brengen. Ondanks het compacte geheel en de diversiteit aan onderwerpen geeft dit boek een zeer verhelderende analyse op de diverse aspecten van (witte) hulpverlening. Zij legt daarbij de nadruk op het belang van het creatief gebruik maken van eigen mogelijkheden bij problemen die niet direct met therapie te maken hebben en niet door te verwijzen naar andere instanties. Zij pleit voor interventies op verschillende niveaus, waarbij zij het oplossen van de maatschappelijke problemen als onderdeel ziet van een geslaagde (psychologische of psychiatrische) behandeling. Zij gaat uit van invloed vanuit de hulpverlening op individueel, institutioneel en maatschappelijk niveau.

Lia van Marrewijk

Brigitte Holzer, Arthur Vreede & Gabriele Weight (eds), *Disability in different cultures: Reflections on local concepts*. Bielefeld: Transcript Verlag, 1999. 387 pp. 55,00 DM.

Disability in different cultures bevat de presentaties die gehouden zijn op het bijna gelijknamige symposium in Bonn van 21 tot 24 mei 1998. Het doel was een discussie op gang te brengen over gebruiken, verklaringen en belevingen van handicaps. De rode draad is het relativeren van westerse waarden en normen door handicap of gebrek te ordenen op grond van zijn symbolische inhoud.

De 31 artikelen in het boek hebben betrekking op alle werelddelen en de groep auteurs is even internationaal. Hun disciplines variëren van arts, antropoloog of biomedisch ingenieur tot sociaal werker, pedagoog of traditioneel genezer. De bijdragen zijn gegroepeerd in vijf delen: lokale beleving en opvattingen; migranten; kennisoverdracht in twee richtingen; nieuwe benaderingen van zelfhulpgroepen.

Steeds weer komt naar voren dat revalidatiewerkers overal ter wereld westerse uitgangspunten hanteren, waardoor in het 'Zuiden' behandelingen niet aanslaan. Een andere wereldbeschouwing geeft een ander begrippenkader of classificatie en leidt dan tot belemmeringen voor de revalidatie. Operaties worden geweigerd en behandelingen afgebroken. Ook in het 'Noorden' krijgt de revalidatie hier de laatste jaren mee te maken. In het bijzonder migranten en oorlogsslachtoffers stellen binnen de behandeling kosmologische en relationele aspecten aan de orde. Luisteren naar gehandicapten en hun omgeving als onderdeel van planning en uitvoering lijkt gezond verstand voor overheidsdiensten en NGO's op het terrein van onderwijs, werk en gezondheidszorg. De invloed ervan op les- en trainingsmateriaal kan niet onderschat worden.

Spontaan georganiseerde zelfhulpgroepen in Noord en Zuid uiten hun frustraties over de hulpverlening uitgaande van het biomedisch model, dat zij als beknellend en eenzijdig bestempelen. Nu eens in scherpe bewoordingen ("We don't need to be cured in order to live."), dan weer met de prangende vraag of het zinvol is de diagnose stellen als er geen gehandicapte is. Men kan zich terecht afvragen of het nodig is te spreken van gebrek of handicap als de betrokkene sociaal geïntegreerd is. Het bekendste voorbeeld is de genezer of genezeres bij wie het gebrek juist als een teken wordt gezien. "Rene (polio) is not regarded as inferior, only as different. And to compensate being different there are rituals, rules which he fulfils. The balance of his contribution to the welfare of the village – the reciprocity – is not disturbed" (p. 30-1). Deze wederkerigheid komt veel ter sprake en legt de nadruk op een groepsproces, waarbij iemand niet gereduceerd wordt tot zijn gebrek. Integendeel, er wordt juist een appèl gedaan op alle kwaliteiten van de totale persoonlijkheid in relatie tot medemens en gemeenschap. Je hebt een plaats. Een voorbeeld uit het boek. Een familievetete kan niet worden bijgelegd. Genoegdoening wordt steeds opnieuw geëist. Totdat er bij de familie die de genoegdoening weigert, een meisje wordt geboren dat epileptische aanvallen krijgt. Door beide families wordt dit erkend als compensatie en de medische behandeling van het meisje wordt stopgezet. Acceptatie vindt op meerdere niveaus plaats en neemt vele vormen aan. "We met him just like that", klinkt als een voldongen feit, een constatering voor het moment. Ook de kostenfactor is zo'n constatering die leidt tot het staken van deelname aan revalidatie.

Het boek biedt een scala aan 'exotische' en schrijnende gevallen waarin het fysieke in termen van waarden en doelen van het spirituele en sociale leven verklaringen biedt. 'Normaal' zijn is een ideaal van het Westen. Normaal betekent dan zelfstandig zijn, een autonoom individu zijn dat geen ander nodig heeft. Handicap is een fysiek probleem dat afwijkt van dat ideaalbeeld. Het is een soort chronische ziekte, een individuele zaak waar iets aan gedaan moet worden. Zodra geboorte en dood als een terugkerende cyclus in een oneindige tijd worden ervaren, is er sprake van een ander tijdsbesef: het 'chronische' van de westerse diagnose blijkt dan toch tijdelijk, namelijk tot aan de dood, in dit leven slechts.

De behandelde casussen zijn feitelijk een pleidooi voor een 'klantvriendelijke' benadering en verwerpen daarmee standaardoplossingen en medische (over)consumptie. Steeds opnieuw blijkt dat een behandeling veel meer kan worden toegesneden op de persoon in kwestie, dat wil zeggen zeer concreet toepast op diens dagelijkse omgeving binnen de familiesituatie én culturele setting. De (hoogwaardige) technologie en (efficiënte) planning van de westerse geneeskunde heeft een blinde vlek voor spirituele oorzaken en groepsprocessen. Antropologische tradities zijn in staat symbolische inhouden van het fenomeen 'gebrek' te registreren en complexe verbanden te ontwarren.

Het boek is nuttig voor een ieder die werkzaam is in de revalidatie, waar steeds meer migranten en oorlogsslachtoffers binnenkomen. Het is een aanrader voor mensen die meer willen weten over het hoe en waarom. Hoe wordt gereageerd op ingrijpen of opereren? Waarom wordt afgezien van de aangeboden behandeling? Daartoe hoeft niet het hele boek gelezen te worden. Kiezen op onderwerp aan de hand van titel of regio volstaat, zeker gezien de omvang van het boek en herhaling van theoretische principes en antropologische methoden. Wie het boek wel helemaal doorneemt, vindt een waardevol overzicht van de ervaringen en denkbeelden ten aanzien van handicap en de daaruit voortvloeiende behandeling en interactie.

Cees Hageraats en Anneriet Meijers

Hans Lam, *Helpen bij sterven. Levensbeëindiging op verzoek in verschillende samenlevingen*. Academisch proefschrift RUU. Amsterdam/Overveen: Boom/Belvédère, 1997. 279 pp.

De auteur toont aan dat hulp bij sterven en zelfdoding niet beperkt is tot de moderne westerse samenleving. In tal van culturen worden mensen onder uiteenlopende omstandigheden en om verschillende redenen met hun instemming, medewerking of op hun verzoek naar de andere wereld geholpen. Een etnografisch overzicht van deze gebruiken in India (*suttee*), Japan (*seppuku*) en senilicide in enkele tribale samenlevingen, waaronder het bekende geval van de Inuit, dient als opmaat voor een nadere bespreking van euthanasie in Nederland. Hierbij baseert Lam zich op de literatuur en zijn eigen ervaring als hulpverlenende arts.

De vergelijking is verhelderend, hoewel niet altijd verrassend. In de moderne samenleving staat bij euthanasie en hulp bij zelfdoding de autonomie van de patiënt

centraal. De handeling vindt plaats achter coulissen, evenals de eraan voorafgaande besluitvorming. In de zogenaamde niet-westerse wereld bestaat veelal een sociale plicht tot levensbeëindiging vaak vanwege het voortbestaan van de groep. Vandaar het veelvuldig gesignaleerde openbare karakter van de geboden hulp bij levensbeëindiging en zelfdoding, hetgeen natuurlijk vragen oproept over de mate van 'vrijwilligheid', ook bij een uitdrukkelijk 'verzoek'.

De auteur schetst de langzamerhand meer algemeen bekend geworden dilemma's die in de Nederlandse samenleving verbonden zijn met de besluitvorming en uitvoering van euthanasie en met de wijze waarop de arts de kloof tussen patiënt en samenleving tracht te overbruggen. Als praktiserend huisarts pleit Lam voor een verschuiving van accenten in de zorg: naast of in plaats van een normatief-regulerend medisch regime moet er in de stervensbegeleiding meer ruimte komen voor wat hij noemt wederkerigheid en intersubjectiviteit. Hier is uiteraard veel voor te zeggen. Als Lam, die er van uitgaat dat ieder mens verlangt op een zelfgekozen wijze te sterven, voor zijn voorstellen tot koerswijziging gehoor vindt, dan zou dit ook meer erkenning en ruimte scheppen voor de praktijk van het zogenaamde versterven – het bewust staken van eten en drinken – dat zich ten onzent reeds op grotere schaal voordoet dan tot voor kort bekend was.

Versterving is een veronachtzaamde weg naar de dood, meent Chabot, en zoals hij in *Sterven op drift* (1996) overtuigend heeft aangegeven, kan het bewust staken van eten en drinken onder goede begeleiding (door arts of vriend) een geruststellend alternatief voor euthanasie zijn. Chabot staat hierin niet alleen. In haar proefschrift *Endura-jeune ou suicide* (1996) ziet Pikaar in versterving een wens tot waardig sterven. Men vermijdt de nachtmerrie van het verpleeghuis en de praktische en ethische dilemma's die met euthanasie verbonden zijn. Iets van deze kentering blijkt niet alleen uit de cijfers van het CBS. In de laatste uitgave van Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse taal (1999) is een nieuwe betekenis van de term *versterven* toegevoegd: (van zieken en ouderen) bewust voedsel en drank weigeren om te kunnen sterven.

Anton Blok

Literatuur

Chabot, B.E.

1996 *Sterven op drift. Over doodsverlangen en onmacht*. Nijmegen: SUN.

Pikaar, S.A.

1996 *Endura-jeune ou suicide?* Universiteit Utrecht.

Monica McGoldrick (ed.), *Re-visioning family therapy. Race, culture, and gender in clinical practice*. New York: The Guildford Press, 1998. 444 pp. index.

Elke ochtend vertrek ik op de fiets uit de concertgebouwbuit in Amsterdam om de trein te nemen naar Rotterdam, waar ik met lijn 4 me begeef naar de Mathenesserlaan alwaar ik werk. Een vreemd begin van een recensie van *Re-visioning familytherapy*

geredigeerd door Monica McGoldrick. Na het lezen van dit boek, heb ik gemerkt dat deze dagelijkse reis niet meer dezelfde is. Vertrekkend van een 'witte' buurt, waar de Volvo's en BMW's elkaar verdringen en gekleurde mensen nog opvallen en eindigend in lijn 4, waar ik één van de weinige witte passagiers ben, onder de indruk geraakt van de verschillende sferen en verhalen in de tram. Zeker wanneer ik in het boek lees dat de dominante groepen (waartoe ik als 'witte' psychotherapeut en gezinstherapeut behoor) ongemerkt en gemerkt hun racistische opstelling handhaven ten koste van de etnische minderheden. Een toenemende onzekerheid en nieuwsgierigheid maken zich van mij meester. Maar ook een triestheid door het nieuws van de afgelopen maanden waarbij in bijna alle delen van de wereld afrekeningen plaatsvinden tussen bevolkingsgroepen, naar aanleiding van ras en geloofsovertuigingen. Ook de door het NRC ingezette debat over het Nederlandse integratiebeleid en de achterstand van onze allochtone landgenoten in werk, hulpverlening en onderwijs maakt me niet optimistisch, waarbij echter gezegd kan worden dat het aan de orde stellen meer mogelijkheden biedt dan het te verzwijgen.

Het valt me vooral op in de vele discussies hoe de 'witte' dominante groep uitspraken blijft doen, zonder zichzelf en de rol van de 'witte' dominantie erbij te betrekken. Dit is voor mij een van de bouwstenen van Monica McGoldricks boek, namelijk het van zelfsprekende van onze dominante rol aan de orde stellen. Op dinsdag 11 april las ik in de NRC onder het kopje *Ereschuld aan slaven* de relativerende studie over slavenhandel van prof. Emmer, waarbij hij onder andere het volgende zegt: "De slavernij was erg. Afrikanen werden van huis en haard weggehaald, de Europeanen *zetten hun normen en waarden opzij om mensen te verhandelen* (mijn cursivering), maar dat wil nog niet zeggen dat alles in die geschiedenis pikzwart is". Volgens McGoldrick en andere schrijvers in *Re-visioning family therapy* zou dit een withelder voorbeeld zijn van racistische geschiedschrijving.

Re-visioning family therapy heeft zeven delen: 1. herziening van de gezinstherapie, 2. racisme uitdagen in ideologie en training, 3. wat betekend 'wit' zijn, 4. culturele ervaringen, 5. therapie met verschillende populaties, 6. migratie en 7. nieuwe benaderingen in de praktijk. In totaal worden er achtendertig bijdragen geleverd door vijftientwintig vrouwen en dertien mannen van verschillende nationaliteiten en kleuren.

In het voorwoord maakt Monica McGoldrick duidelijk dat op dit moment de grootste bedreiging van onze samenleving uitgaat van de mate van tolerantie die er bestaat ten aanzien van de diversiteit van de verschillende bevolkingsgroepen. De macht van raciale, seksistische, culturele, klassegebonden en heteroseksuele hiërarchieën bepalen volgens haar de grenzen van het leven van onze cliënten en meer specifiek: wat als probleem gedefinieerd wordt en welke hulp hiervoor de gemeenschap beschikbaar stelt om de problemen op te lossen.

Wat mij vooral trof en nog steeds bezighoudt is de constatering die als een rode draad door het boek loopt, namelijk dat het gebrek aan bewust zijn van de rol en invloed van de bestaande machten (de witte heteroseksuele), de huidige situatie van ongelijkheid lijkt te bestendigen. Vergelijkbaar met de jarenlange strijd die de vrouwen in de praktijk van de gezinstherapie hebben gevoerd ten aanzien van de emancipatie en waarbij begrip alleen van de mannen niet voldoende was.

Veel persoonlijke verhalende bijdragen van collegae kleuren dit boek en maken het, mede door de diversiteit en praktijkgerichtheid van onderwerpen, uiterst boeiend om te lezen. Twee bijdragen wil ik hier nader bespreken. Allereerst het hoofdstuk van Monica McGoldrick over herziening van de gezinstherapie door een culturele lens. Ze beschrijft hierin de geschiedenis, het heden en de mogelijkheden voor de toekomst van de gezinstherapie in Amerika. Hoe opvallend is het nu terug te kijken naar het begin van de gezinstherapie, waar de pioniers vooral bestond uit witte mannen met Virginia Satir als uitzondering. De gezinstherapie in die tijd had vooral betrekking op gezinstherapie, uitgevonden en geboden door witte mannen. De definitie van gezin had alleen betrekking op heteroseksuele gezinnen uit de middenklasse, waar de man het hoofd was van het gezin en de vrouw het huishouden deden. Tegenwoordig blijkt slechts 3 procent van de Amerikaanse gezinnen uit kerngezinnen te bestaan, waarbij de vader werkt en de moeder het huishouden doet. Termen als onafhankelijk en individualiteit staan hoog in het vaandel en worden als positief omschreven. Daarentegen wordt afhankelijkheid als negatief neergezet en zijn de arme gezinnen afhankelijk van de systemen boven hen om te overleven.

Ten aanzien van het benoemen van problemen, de classificatie weet McGoldrick ook de nodige bezwaren aan te voeren. Een schrijnend voorbeeld zijn de twee geestelijke ziekten welke onder de slaven zouden heersen: 'drapetomania', waarbij het symptoom bestond uit de ongecontroleerde behoefte van slaven om te proberen te ontsnappen en 'dysaesthesia', waarbij vele symptomen een rol speelden zoals eigendommen vernietigen op plantages, ongehoorzaam zijn en werkweigering. Deze diagnoses verdraaiden het verlangen naar vrijheid in een ziekte van de slaaf.

Na het traditionele universele perspectief van de witte mannen, kwam in de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw het genderperspectief naar voren, waardoor vrouwen meer plaatsnamen in het veld van de gezinstherapie en de relatie tussen mannen en vrouwen centraal stond en daardoor veranderde. Het culturele perspectief volgde eind jaren '80 en '90, waarin minderheidsgroeperingen eindelijk meer aandacht kregen. De boodschap van McGoldrick is duidelijk: alle gezinnen, niet alleen de minderheden, hebben hun bedding en zijn gebonden door klasse, cultuur, gender en ras en dienen ook als zodanig bestudeerd en behandeld te worden.

De tweede bijdrage, *The cultural context model* van Thea Almeida, Rosemary Woods, Theresa Messineo en Roberto Font gaat over hoe in praktijk te werken is met het culturele-contextmodel. Dit model is gebaseerd op een meer inclusieve en expansieve definitie van identiteit dan welke gebruikt wordt in de ontwikkelingspsychologie en de gebruikelijke gezinsmodellen. De theorieën van Piaget zijn in hun ogen niet crosscultureel toepasbaar. Zowel gender, sociale klassen, ras en sociale achtergronden worden betrokken in hun wijze kijken en aanpak. Ze maken gebruik van sponsors bij hun behandeling van bijvoorbeeld geweldsdelicten. Onder sponsors worden vrijwilligers verstaan die onder andere afkomstig zijn uit de bevolkingsgroep waar bijvoorbeeld de pleger van het geweldsdelict uit afkomstig is. Elementen uit het AA (Alcoholics Anonymous), psycho-educatie en gezinstherapie komen hier bij elkaar, waarbij gender, sociale klasse, ras en cultuur een plek krijgen. Ze eindigen hun bijdrage met

twee bijzondere casussen, waardoor ik als lezer achterblijf met een gevoel van hoopvolle verwarring en nieuwsgierigheid.

Re-visioning familytherapy is in ieder geval een boek dat uitnodigt tot verdieping en reflectie. Een boek ook dat ons allen aangaat en mogelijk hoop biedt voor de toekomst van onze multiculturele samenleving.

Cor Vreugdenhil

David B. Morris, *Illness and culture in the postmodern age*. Berkeley: University of California Press, 1998. x+346 pp. \$ 27,50 (gebonden).

Gedurende de afgelopen vijftig jaar – de overgangperiode van moderniteit naar postmoderniteit – hebben zich essentiële veranderingen voorgedaan in de ziekten waaraan wij lijden, en de manier waarop wij ziekte ervaren. Wij worden ziek van voorheen onbekende stoornissen, ondergaan behandelingen waarvan wij tot voor kort niet hadden kunnen dromen, en wij sterven op nieuwe, onbestemde manieren en plaatsen. Postmodern ziek-zijn – Morris' term voor onze veranderde en voortdurend veranderende ervaring van menselijke aandoeningen – is even specifiek als de films, auto's, computers, multinationals en ruimtevaart die gezamenlijk kenmerkend zijn voor het tijdperk na de Tweede Wereldoorlog. Het postmoderne ziek-zijn krijgt vorm door bepaalde tijdgebonden convergenties tussen biologie en cultuur, die niet terug te brengen zijn tot het mechanistische ziektemodel. Zij geven daarentegen specifieke en complexe mogelijkheden aan om onszelf in de postmoderne tijd te herontdekken als 'het zieke dier' (zoals Nietzsche het, volgens Morris, zo pregnant verwoordt).

Bovenstaande stellingname werkt Morris in zijn boek nader uit en illustreert dit met behulp van de bespreking van een aantal aandoeningen, zoals Alzheimer, het syndroom van Tourette, meervoudige persoonlijkheidsstoornis, AIDS, het chronische vermoeidheidssyndroom, eetstoornissen, depressie en posttraumatische stressstoornis. In de geest van het postmodernisme claimt de auteur geen originaliteit. Hij plaats zichzelf in de traditie van illustere mensen als René Dubois, George L. Engel, Oliver Sacks, Melvin Konner, Arthur Kleinman, Michel Foucault, Zygmunt Bauman, Nicholas J. Fox, Arthur W. Frank en Elaine Showalter, die zich in hun werk richtten op allerlei verbanden tussen biologie en cultuur en op postmoderne ziekte-ervaringen. Morris zelf doet niet veel meer dan het strategisch herordenen van reeds eerder gemaakte verbanden en het leggen van nieuwe. Daarmee wil hij bijdragen aan de verdere ontwikkeling van een gedachtegoed dat voorlopig nog slechts in de schaduw staat van het nog steeds dominante biomedische denken. Een gedachtegoed dat echter wel fundamenteel is om te kunnen begrijpen wat mensen in westers-industriële samenlevingen in deze tijd ziek maakt en waarom mensen in andere culturen anders ziek worden. Dat begrip moet dan weer bijdragen aan de gezondheid van individuen; een gezondheid die niet zoals in het modernisme opgevat moet worden als de afwezigheid van ziekte, maar als het goed leven met niet te vermijden aandoeningen, handicaps en trauma's.

Morris kiest voor een concrete benadering en niet die van een filosoof of theoreticus. Hij vertelt een selectief, gefragmenteerd, non-lineair verhaal over de specifieke kwaliteiten van postmodern ziek-zijn. Zijn kernbegrippen 'postmodern' en 'cultuur' worden niet scherp gedefinieerd. De beschrijving van het leven van de artiest Andy Warhol heeft tot doel de diffuse en complexe sociale krachten die cultuur en ziek-zijn in het postmoderne tijdperk vorm en inhoud geven scherper in beeld te brengen. In die beschrijving staat de laatkapitalistische consumptiecultuur met haar massaal geproduceerde en op de markt gebrachte beelden en artefacten centraal. De representaties en simulaties in die cultuur kunnen even ziekmakend zijn als microben en muskieten.

Het begrip cultuur verwijst bij Morris regelmatig naar – al dan niet lege – beelden, symbolen en betekenisgeving. Op veel plaatsen in het boek is cultuur echter zo ongeveer alles wat niet in het biomedisch model past. De biologie van longkanker, zo poneert Morris bijvoorbeeld, is onlosmakelijk verbonden met de cultuur waarin het voorkomt. Dat wil zeggen de feiten aangaande a) het tegenhouden van onderzoek naar nicotineverslaving, b) op kinderen gerichte advertentiecampaagnes, en c) regeringssubsidies voor tabak. De plotselinge aandacht voor longkanker in de context van deze feiten wordt door Morris geduid als een postmodern verschijnsel. Die aandacht zou tot belangrijke verbeteringen in de volksgezondheid kunnen leiden.

Door de postmoderne aanpak van Morris wordt ons geen classificatiesysteem gepresenteerd van de verbindingen tussen cultuur (in beperkte zin gedefinieerd) en biologie die de mens van dieren geërfd heeft. Kan cultuur in de zin van betekenisgeving bijvoorbeeld effect hebben op de menselijke biologie van een groep of volk tot op moleculair niveau, zoals de medisch antropologe Margaret Lock op verschillende plaatsen in haar werk verdedigt? Morris schrijft wel aan het eind van zijn boek dat cultuur moleculaire structuren verdraait. Maar hoe gaat dat precies in zijn werk? En zijn de effecten overerfbaar? Dit soort van vragen komen niet uitgewerkt aan de orde in dit boek. Alleen met het voorbeeld van voodoo-dood wordt aangegeven dat er cultuuruitingen zijn die zo'n krachtige invloed op het autonome zenuwstelsel van een individu kunnen hebben dat de dood erop volgt. De vraag die onbeantwoord blijft is wat nu precies de postmoderne vormen van een dergelijk verschijnsel zijn.

In hoofdstuk zes over 'neurobiologie en het obscene' waar de menselijke biologie veel centraler staat dan in andere hoofdstukken, beargumenteert Morris dat obscene taalgebruik en gedrag een anatomisch substraat heeft en van oudsher als overlevingsmechanisme gefunctioneerd heeft. Morris betoogt, als ik het tenminste goed begrepen heb, dat het biologisch gewortelde vermogen tot obscene taaluitingen bijdraagt aan de ontwikkeling van cultuur en daarom nog steeds crosscultureel aanwezig is, maar dat cultuur niet meer dan een vormende invloed heeft, en wel op de manier waarop het obscene geuit wordt en op dat wat als obscene beschouwd wordt. Een voorbeeld van dit laatste haalt Morris uit het werk van Henry Miller. In de werelden die Miller schetst is seks eindelijk gevrijwaard van het stigma van obsceniteit en boezemt dan ook geen angst meer in. Wat momenteel als een van de meest obscene taferelen beschouwd moet worden is het tafereel van mannen in gesloten ruimten die aan massavernietigingswapens werken. Vooralsnog komt de mens steeds situaties tegen waarin hij obscene gedrag en obscene taal nodig heeft om uitdrukking te geven aan woede, angst en dreig-

ging. Of en in hoeverre cultuur de biologisch gegenereerde behoefte aan obscentiteit ooit fundamenteel gewijzigd heeft of zou kunnen wijzigen, blijft in het midden.

Er komt nog veel meer aan de orde in het hoofdstuk over obscentiteit wat het tot een fascinerend, maar gezien de fragmentarische aanpak wel erg 'postmodern' hoofdstuk maakt. Ook de andere hoofdstukken zijn boeiend om te lezen, al zullen medisch antropologen veel bekends tegenkomen. Het op essayistische wijze in elkaar weven van een groot aantal thema's uit geschiedenis, literatuur, filosofie, natuur- en sociale wetenschappen heeft geresulteerd in een boek dat juist door de veelheid van gegevens overtuigend de beperktheid van het biomedisch model voor de postmoderne tijd aantoont. Wat dat betreft zouden vooral artsen en beleidsmakers het boek moeten lezen. Wetenschappers die geïnteresseerd zijn in verklarende kennis zal het boek teleur stellen. Wel kan het boek stimuleren die kennis elders te zoeken en/of zelf te gaan genereren.

Als we dingen of verschijnselen op een bepaalde manier classificeren en ze daarmee een zelfde naam geven, leggen we ons vast op een bepaalde onderzoeksmethodologie en methode. Dat wil echter niet zeggen dat onderzoek zal uitwijzen dat we die dingen of verschijnselen ooit in een taxonomie kunnen onderbrengen, omdat duidelijk kan worden dat ze niet allemaal op dezelfde wijze oorzakelijk verklaard kunnen worden. De generatieve mechanismen die aan dingen of verschijnselen ten grondslag liggen, kunnen ontologisch zeer verschillend van aard zijn. Wetenschappelijk onderzoek moet daarom altijd bestaan uit dialectiek tussen een (vooronderstelde) taxonomie en pogingen tot oorzakelijk verklaren. Die dialectiek moet zich hoeden voor cognitivisme, omdat daarin te veel overweegt dat externe stimuli (symbolen) een subject zonder interne structuur zouden determineren, terwijl in feite het subject zijn leefwereld symbolisch interpreteert. Uiteraard zijn onze leefwereld en ons lichaam, zoals we ze voelen en denken, maar dat is primair op sensomotorische ervaringen en vaardigheden gebaseerd en niet op ratio of cultuur. Cognitie is daarom niet het vermogen tot representatie van een voorgegeven leefwereld in een voorgegeven brein, maar het vermogen om (delen) van die wereld naar eigen ervaring in scène te zetten. Morris heeft, met veel eruditie, ons een dergelijke scène gepresenteerd, maar geeft gelijktijdig aan dat eruditie op zich onvoldoende is om verklarende, wetenschappelijke kennis (connectivisme) te genereren.

Na een inleiding volgen acht hoofdstukken en een slothoofdstuk. De eerste twee hoofdstukken gaan in op het begrip postmoderniteit in relatie tot cultuur, ziekte, ziek-zijn en de biogeneeskunde. Morris' antwoord op de vraag wat nu zo kenmerkend voor postmodern ziek-zijn is, is eenvoudigweg: "*Postmodern illness is fundamentally biocultural – always biological and always cultural – situated at the crossroads of biology and culture*" (p. 71, cursief in origineel). Niet elke ziekte is biocultureel en de een meer dan de ander. Specifiek voor de postmoderne tijd is dat wel heel veel ziekten biocultureel zijn, en dat het culturele een specifieke inhoud heeft. Morris heeft het dan vooral over de Noord-Amerikaanse cultuur die hij het beste kent.

Hoofdstuk drie gaat over de invloed van de postmoderne cultuur op omgevingsfactoren – variërend van chemische milieuvervuiling tot landmijnen en computers – die op hun beurt de volksgezondheid aantasten. Een van de typisch postmoderne ziekten, chronische pijn, krijgt alle aandacht in hoofdstuk vier. Morris begeeft zich hier op

bekend terrein. Hij ontving de PEN prijs voor zijn boek *Culture of Pain* (1991). In hoofdstuk vijf gaat het over het individuele, postmoderne vlees dat zich gemakkelijk laat omvormen tot utopische lichamen met zeer schadelijke gevolgen voor de gezondheid. Ook hier geldt weer dat alleen bioculturele therapieën mogelijk effect zullen sorteren. Naar de inhoud van hoofdstuk zes over het obscene verwees ik hierboven reeds. Hoofdstuk zeven behandelt de plot van een ziekteverhaal als één van de belangrijkste cognitieve bronnen om lijden te kunnen begrijpen. 'Ziek-zijn in de tijd van Disney' (hoofdstuk acht) gaat onder meer over postmodern doodgaan in een wereld vol simulaties. In het slothoofdstuk wordt een pleidooi gehouden voor het belang van narratieve ethiek en narratief genezen. De impuls tot het narratieve is volgens Morris uiteindelijk biologisch van aard. Voorts wordt het belang van een interdisciplinaire samenwerking wat betreft de bestrijding van ziekten benadrukt. De 55 pagina's noten (inclusief literatuurverwijzingen) en elf pagina's index ten slotte wijzen op de diversiteit aan bronnen die Morris geraadpleegd heeft.

Het ontbreken van een disciplinair perspectief (niet makkelijk!) maakt dat er géén conclusies zijn. Het 'inter-connectie tarief' (term uit de informatietechnologie) voor de vele, veelvormige, veelsoortige, dynamische en contingente connecties waarmee de mens (lichaam/geest) met zijn postmoderne leefwereld (natuur/cultuur) verbonden zijn, is vooralsnog voor wat zijn gezondheid betreft, hoog. Een daling van dat tarief lijkt mij voorlopig niet te verwachten.

Annemiek Richters

M. Pijnenburg & V. Kirkels, *Dementie, schaduw als schrikbeeld. Wijsgerige, ethische en gelovige gezichtspunten*. Nijmegen: Valkhof Pers, 1999. 127 pp. f 27,50.

Dit boek schetst in een aantal korte, overzichtelijke hoofdstukken verschillende perspectieven op dementie. In een maatschappij waar idealen als autonomie, vitaliteit en onafhankelijkheid de boventoon voeren, vormt dementie volgens Pijnenburg en Kirkels een schrikbeeld. Zij beogen met het boek een handreiking te bieden aan degenen die beroepshalve betrokken zijn bij de zorg van dementerenden. Ze concentreren zich op de verschillende vragen die dementie oproept om zo een aanzet te geven tot verdere bezinning.

In het eerste hoofdstuk geven de schrijvers een kort overzicht van de medische en epidemiologische feiten aangaande dementie. Dementie zal een steeds groter probleem worden door de toenemende vergrijzing. Door dementie verliezen mensen progressief hun geestelijke vermogens. Tot op heden is er nog geen behandeling beschikbaar. Naast dit medisch probleem is dementie ook te op vatten als een relationeel en sociaal probleem. Verder speelt de culturele beeldvorming over dementie een belangrijke rol in de wijze waarop wij ermee omgaan. In het vervolg van het boek is dementie vooral een casus waaraan de mensbeelden in onze cultuur te ontleen zijn en van de wijze waarop deze beelden morele vragen en antwoorden beïnvloeden.

Het verlies van geestelijke functies, waardoor het vermogen een greep te hebben op het eigen leven afneemt, is in de hedendaagse cultuur volgens de auteurs een schrik-

beeld. In onze geseculariseerde maatschappij heeft het christelijke vroomheidsideaal plaats gemaakt voor idealen als vrijheid, gezondheid, vitaliteit, zelfstandigheid. Deze idealen lijken voor iedereen haalbaar, wat bijdraagt aan het idee van de maakbaarheid van de mens. Deze maakbaarheid heeft ook een keerzijde: het noodlot wordt onverteerbaar en onverdraaglijk. Trachtte men vroeger met behulp van religie zin aan lijden en ziekte te verlenen, in het idee van de maakbaarheid van de mens worden ziekte en lijden bijna als levensvreemd ervaren. In de heersende technische rationaliteit bestaat er slechts selectieve aandacht voor het meetbare en beheersbare, waardoor aspecten als eindigheid en kwetsbaarheid als wezenstrekken van de mens op de achtergrond zijn verdwenen. Daarnaast is dit instrumentele denken nauw vervlochten met economische rationaliteit. Met name de zorg ondervindt hinder van deze marktvisie, omdat verschillende aspecten van zorg niet op te nemen zijn in een economisch model. Verder hecht de hedendaagse cultuur veel waarde aan de autonomie van de mens, die als maatstaf geldt voor een geslaagd leven. Weliswaar worden degenen die hierin te kort schieten wel geholpen, maar zij maken echter geen wezenlijk deel uit van de maatschappij. Deze heersende idealen en waarden in onze maatschappij dragen bij aan het schrikbeeld van dementie. De auteurs vinden dat dit dominante beeld moreel problematisch is en gaan op zoek naar alternatieve benaderingen.

Pijnenburg en Kirkels beginnen met het probleem van de dementerende als persoon. De vraag wie een persoon is, heeft namelijk morele implicaties. Een persoon is beschermwaardig, heeft rechten en plichten. Hier is een ontologische vraag, maar ook een morele vraag te stellen. Welke wezens willen wij bejegenen als ware personen? Vanuit vier verschillende perspectieven wordt getracht tot een ontologische definitie van het begrip persoon te komen.

Afhankelijk van het ingenomen perspectief ligt de nadruk hetzij op de rationele aard van persoon-zijn, hetzij op relationele aspecten. Daarnaast wordt ook de juridische context van het persoon-zijn besproken. Het toekennen van de persoonsstatus in deze context erkent het bezit van plichten en rechten, waaronder recht op respect en recht op beschermwaardigheid. In deze visie ligt de nadruk op het autonomiebegrip, in de zin van een zelfdenkend subject.

De auteurs concluderen dat het niet mogelijk is om tot één ontologische definitie te komen. Daarom stellen zij dat niet de ontologische vraag bepalend is hoe wij iemand benaderen, maar een moreel gebod. Bij twijfel over de persoonsstatus kan iemand namelijk wel als persoon bejegend worden. Een demente kan aanspraak maken op respect en beschermwaardigheid op grond van het feit dat hij 'bij ons' hoort. Uitgangspunt is de visie van Levinas: de ander appelleert aan zorg en eerbied vanuit de heteronomie van menselijke relaties. Pijnenburg en Kirkels trachten dit fundament te verstevigen met het begrip 'waardigheid'. Ze definiëren dit als de rang die iemand toekomt in de samenleving en de daarbij passende eerbied. Echter tussen de erkenning dat elke mens waardigheid bezit en de feitelijke ervaring ervan kan zich een kloof bevinden. Hierbij worden de begrippen honor en decorum onderscheiden, waarbij honor (Würde) verwijst naar de intrinsieke kwaliteit van het mens-zijn en decorum verwijst naar betamelijkheid, c.q. de uiterlijke verschijningsvorm. De dementerende verliest niet de honor, maar alleen het decorum. Dit onderscheid lost echter geen morele han-

delingsvraag op, want welk goed kunnen wij voor iemand doen in geval van verlies van decorum? Dit brengt ons weer tot de ethische dimensies van het begrip waardigheid, welke niet te beschouwen is buiten de context van het mensbeeld. De waardigheid van een demente weerhoudt volgens de auteurs een ieder ervan concrete morele handelingsvragen op te lossen met een calculatie van de waarde die het leven voor iemand of in andermans ogen nog heeft.

In het volgende hoofdstuk richten de auteurs zich op hoe we ons zelf verhouden tot dementie vanuit een ethisch perspectief. Hierbij komen vragen aan de orde als hoe wij staan ten opzichte van dementie in ons eigen leven, ten opzichte van de dementerende ander en hoe de georganiseerde samenleving staat ten opzichte van dementerenden. Het nadenken over dementering in ons eigen leven is voor veel mensen een schrikbeeld. Voor sommigen is dit beeld onaanvaardbaar. Dit doet echter ook een morele uitspraak over dementerende anderen. De auteurs bekritisieren deze houding vanuit hun christelijk perspectief dat het goed-zijn van de mens niet verloren gaat in zijn lijden. We zullen volgens hen onder ogen moeten zien dat het leven niet in zijn geheel maakbaar is. De mens heeft de morele opdracht om zich ook in zijn kwetsbaarheid en eindigheid te ontplooien. De zingeving kan in plaats van in rationaliteit ook gevonden worden in de communicatie met anderen. Indien dementie aanvaard wordt als uiting van een natuurlijk aflopende levenslijn, kan hieruit het vertrouwen worden gehaald dat ook met dementie het leven de moeite waard blijft.

De zorgverlening aan dementerenden brengt eveneens tal van morele vragen met zich mee. De auteurs hebben een selectie gemaakt. Zij richten zich op de begrippen autonomie, weldoen en zorg als waarde. Volgens hen is er een aantal misverstanden over het begrip autonomie. Ten onrechte zou autonomie niet kunnen samengaan met kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Daarnaast gaat het idee dat autonomie betekent dat mensen geheel zelf uitmaken wat goed en slecht is voorbij aan het idee van de overdracht van waarden en normen. De auteurs vragen zich af of autonomie wel de hoogste waarde is. Ook weldoen is immers van belang, zeker in het licht dat de beslisvaardigheid bij dementie afneemt. De kritiek op autonomie maakt dat het begrip identiteit losgekoppeld kan worden van de specifieke beslissingscontext. De identiteit van een dementerende kan gedefinieerd worden als het levensverhaal en de persoon die hij nu is. Hierbij speelt respect voor de eigenheid een belangrijke rol. Hierop kan de zorgverlening beter aansluiten, dan uit te gaan van een rationele benadering van het autonomiebegrip. De zorg zelf kan ook als waarde worden gezien, in de zin dat de zorg een procesmatig zoeken is naar wat goed en waardevol is voor een concrete patiënt.

Het boek eindigt met de verhandeling *Een gelovig perspectief*, waarin de rol van religie bij het denken over en de zorg voor dementie centraal staat en een beschrijving wordt gegeven hoe het pastoraat een belangrijke rol kan spelen voor de dementerende en zijn zorgverleners.

Dementie, schaduw als schrikbeeld is een uitgave van het Thijmgenootschap. Dit genootschap bestaat uit christelijke intellectuelen die zich inzetten voor wetenschappelijke publicaties met een actueel en levensbeschouwelijk accent. Ondanks het feit dat verschillende wijsgerige en ethische perspectieven worden behandeld, is het sluitstuk van het betoog vaak een argument vanuit het christelijk perspectief. Dit geeft een

eenzijdig beeld. Alternatieve perspectieven en funderingen van waarden verdwijnen hierdoor naar de achtergrond. Het boek is er wel in geslaagd een aanzet te geven tot verdere bezinning. Het biedt namelijk een cultuurkritische benadering en een kritische behandeling van de ethische uitgangspunten die op het moment de boventoon voeren binnen de medische ethiek. De waarde van deze uitgangspunten, en met name van de principes autonomie en weldoen, laat zich goed illustreren aan de hand van het voorbeeld van dementie. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat de discussie verder verbreed wordt en ook dat er meer empirische gegevens uit de zorgpraktijk beschikbaar komen om deze discussie te voeden. Deze gegevens zouden ook kunnen dienen om te onderzoeken of de enigszins cultuurpessimistische inslag van dit boek ook overeenkomt met wat er in de praktijk gebeurt.

Astrid Vellinga

Anne V. Reeler, *Money and friendship. Modes of empowerment in Thai health care*. Studies in Medical Anthropology and Sociology. Amsterdam: Het Spinhuis, 1996. 182 pp. f 30,00.

In this book Anne Reeler investigates the position of Northeastern Thai medicine consumers vis-à-vis the providers of these medicines in formal and informal health circuits. Within the wide array of drugs available, she has taken the use of injections and the specific therapeutic settings in which injections are provided as the major focus of her analysis. It is Reeler's objective to bring into view the significance of social interactions and cultural context for the outcome of the encounter between 'provider' and 'user.'

Most of the research, which took place in 1991, has been carried out in Ban, a small typical Northeastern village of 209 households in Udon Thani province. Additional research was carried out in Motak, one of the slum areas of Udon Thani city, and in Ban Phang, a nearby district town. One of the aims of the research was to make a comparison between rural and urban therapeutic relations. Reeler's point of departure in this comparison is empowerment as a context related concept. In her view empowerment is not necessarily limited to the education and informing of people by others (i.e. outsiders), but equally includes people's own ability to make use of the possibilities available in their daily life. She hypothesises that in rural areas it are largely social relationships (fellow villagers and friends) that determine therapeutic relations, while in the urban slum these relations are basically set by purchase power. But both, money and friends, can be modes of empowerment in people's dealings with the representatives of the various health care settings.

The first two chapters provide the reader with information on the research: the aims of the research, socio-economic background, and the methodology followed, together with some background information on Thai society and religion, and the history and development of the Thai public health care up to the present day. Her research assistant is Noi, the midwife of the health centre of Ban and to whose central role I will return later. With her help both qualitative and quantitative research was conducted. Next to

information from by participant observation, in-depth interviews and focus group discussions, Reeler collected quantitative data on drug use, number and type of drug providers, and quantities of drugs for sale, sold and in stock.

The types of treatment and providers available for the people of Ban, from the public and the private health care sector, are dealt with in chapter three. Treatment by injections is but one type of therapy available for the villagers. In the informal sector, these injections are or have been provided by men with a more or less prominent position in the village, like the rice mill owner and the (former) village headman. From the formal sector it is Noi, the health centre's, who provide injections. Next to injections as a therapy option, Ban people can buy drugs at grocery shops or drug stores, see doctors at private clinics or at the district hospital in Ban Phang, or ultimately may decide to go Udon Thani, which city houses a public and a private hospital.

What makes people decide for a certain therapy is the topic of chapter four. For an insight how people reason it is necessary to know the cultural concepts and perceptions about the body and illness. In Thailand these concepts are centred around the four bodily elements (water, air, earth and fire), which have to be kept in balance. Illness springs from any distortion in this equilibrium. In Reeler's study staying healthy was often expressed in terms of keeping or restoring the balance. This inclusion of 'the cultural factor' in the analysis of decision making, opens up the way for both a better understanding of people's aim and, subsequently, the therapeutic course that is followed.

In chapter two Reeler refers to other medical anthropological research in Thailand demonstrating an overall decline in the popularity of injections. What used to be a profitable business in the sixties and seventies for informal medicine providers, now only has maintained some of its popularity in the most remote and socio-economic disadvantaged villages. The village of Ban seems to fit this position. The majority of the inhabitants are rather poor cassava and rice farmers. But even here the number of informal injectionists has declined over the years from six to one. At present it is Noi who provides most injections. Apparently, at present the choice for injections is only made by a limited number of people. Reeler's inventory shows a extremely high consumption of pain-killers for all kind of (minor) diseases and discomforts, an outcome that re-confirms results of other research in Thailand. But whether one decides for injections or any other pharmaceutical, the general attitude is a strong believe in the fast and positive influence of biomedicines on the imbalance of the body elements. One clings to the idea that "there is a pill for every ill" (p. 57).

For the people of Ban it is the presence of a network consisting of friends and relatives (the 'therapy managing alliance') that next to money exerts a strong influence on the final choice of therapy. The reliance on such alliances goes thus far that Ban over-sees labour migrants (in the Middle East, Singapore) often prefer to ask their relatives to send Thai medicines abroad, even for the most trivial diseases, than making use of foreign drugs or health care facilities.

The research data from the urban slum confirmed Reeler's assumption that people could not rely on such 'traditional' alliances. In the slum therapy managing alliances were smaller and more unstable. In Motak the first determining factor was, not surprisingly, purchase power. The second factor, however, is remarkable. Although most of

the Motak people in Reeler's study were so poor that they were entitled to free treatment in the public hospital, the hours to be spend waiting could amount to such a loss in labour time (thus income), that when people had work they preferred to go to private clinics and to pay for it.

Chapter five and six mainly deal with the social relationships between provider and user. Reeler distinguishes three provider sectors: the professional, the folk and the popular. Depending on how the provider relates to the sick person, the user can be classified as friend, patient or customer. This is important as the role of the user can have consequences for the outcome of the therapeutic encounter. To give an example, when the user has no influence, he is considered a 'patient.' This is particularly the case if the sick person goes to a public hospital (part of the professional sector). The doctor can afford to spend as little time as possible (34 seconds/patient in the district hospital, p. 84), and determines both the diagnosis and the therapy. For reasons of space, I will limit myself further to Reeler's accounts of those relationships where the choice for injections was the therapeutic outcome. In the folk sector (a quite fuzzy entity) injections are provided by the already mentioned rice mill owner. In this setting the user is a 'customer.' The relation between user and provider is symmetrical and equal. The customer wants an injection, receives it and pays for it. In the professional private sector, the user is also a customer: he has bargaining power vis-à-vis the provider. But because of the more asymmetrical power relations C the doctor has a higher status C the user has to negotiate stronger and to pay more for injections if the doctor tends to subscribe another therapy.

As already said, in the village it is Noi who administers most injections. Although Noi works for the public health care centre, and therefore belongs to the professional sector, her contacts with the users are extra-ordinary: they generally have the position of 'friends.' Different from her two colleagues, a married couple without any apparent interest in their work, Noi is very dedicated. She is available for consultation day and night and always responds positively and professionally (p.36, 106). Her position comes sometimes very close to being part of the user's therapy managing alliance. Noi's interest and involvement "make villagers feel empowered to ask for the best treatment" (p. 107), that is injections and IV fluid. And although Noi from a biomedical point of view does not agree with injections, she does not reject such requests. "The high rate of injections administered in the health centre was an expression of Noi's attempts to satisfy the patients and prevent them from seeking alternative unhygienic sources of injections" (p. 82). These unhygienic sources seemingly are the rice miller or doctors, as Reeler found that people do not administer injections themselves. The core of this part of Reeler's argument is thus that friendship empowers: with Noi the people of Ban can get the treatment they want.

For Motak people, empowerment through friendship with providers is no option. And since therapy managing alliances are meagre, no cash means no treatment (p.72). But people with money can become 'customers' with bargaining power. In Motak empowerment means purchase power. However, one may wonder what empowerment is about when people in these situations manage to get the treatment of their desire indeed, but also end up receiving medically pointless or even harmful treatments. In

Reeler's view "*the high rate of injections may be a necessary and acceptable price*" (p. 153, emphasis in original) in situations like Noi's because her popularity might render a more successful implementation of useful preventive health care. I am not convinced. For friendship based empowerment this remains to be proven and it certainly does not apply to empowerment based on purchase power.

In the final chapter Reel discusses empowerment by purchase power in the context of the commodification and commercialisation of health. The labour dependent slum people define health as being able to work, and this condition should be restored as quick as possible. The importance of money in maintaining health does not, as is often assumed, alienate or de-socialise people. But, the power relationships between provider and user are altered. Paying for health, a phenomenon far from new in Thailand, is as much a social and cultural practice as other health related practises and ideas.

Reeler ends her book stating that the irrational choice for injections is not only symbol for the outcome of empowerment, but is also empowering in itself. The position of Noi was empowered, as the injections made her popular. Here she touches upon an crucial issue. I would have loved to know more about Noi. Why was she so different? What were her motivations? How does she come to terms with her professional insight when knowingly administering unneeded injections? But we learn nothing about Noi, except for Reeler's repetitive idealistic impressions. There is no single citation from Noi. Nor do we learn much about those who desired injections. Most of the book is written in very general statements. The descriptions of Noi's activities and her visiting 'friends,' for instance, only speaks of 'women.' Where are the in-depth interviews and focus-group discussions? The (scant) empirical material presented is not detailed nor thoughtfully considered. The private doctor interviewed says that only people older than fifty years like injections. Injections are disliked by the young (p. 95). However, in the case of the rice miller "qualitative information indicates that it is mainly older people and young males" who come for injections (p. 115). Although the topic of the research is 'injections,' Reeler does not reflect on this contradiction. And what does 'qualitative information indicates' actually mean? What do her quantitative data indicate? What do we learn from figures like that the average number of drugs taken by four people in Ban who first turned to their friends for medicines was 1.75 (p. 106)? Indeed, "one has to be careful with drawing major conclusions" from such figures, as Reeler says. Unfortunately, in this attempt to build a research upon qualitative and quantitative data, both do not live up to their promise.

Irene Stengs

A.B. Robillard, *Meaning of a disability: The lived experience of paralysis*. Philadelphia: Temple University Press, 1999.

Er zijn, zo langzamerhand, al heel wat boeken waarin sociale wetenschappers met een chronische ziekte of handicap schrijven over hun ervaringen daarmee. Britt Robillards boek is een recente toevoeging aan die reeks. Het genre is zowel veelbelovend als gevaarlijk, lijkt me. Het is veelbelovend als een mogelijkheid om te vernemen hoe een

door wetenschappelijke vorming aangescherpte waarnemer zijn of haar conditie ervaart, als een soort *sophisticated patient view*. Maar het gevaar is dat de indringendheid van de ziekte-ervaring en de zelfbetrokkenheid van de verteller de rapportage doen onttaarden in een larmoyante vertelling met te weinig analytische diepgang en scherpte.

Robillard heeft genoeg materiaal voor een klagend lijdensverhaal. Hij lijdt aan *amyotrophic lateral sclerosis* (ALS) of *motor neuron disease*. Hierdoor is hij vrijwel totaal verlamd. Hij zit in een rolstoel, kan niet spreken en het speeksel dat zijn luchtpijp inloopt moet dagelijks uit zijn longen gezogen worden en veroorzaakt een voortdurend gevaar van longontsteking. Dat alles vergt assistentie bij de meest gewone zaken van zich verplaatsen en bij alle communicatie, alsook vele uren per dag medische verzorging. Hij kan alleen communiceren, waaronder 'schrijven', door zijn tekst letter-voor-letter te spellen via een persoonlijk ontwikkeld systeem van letterspellen op basis van lipbewegingen en hoofdschudden en dit te laten lezen door een getrainde 'vertaler'. Hij is communicatief volledig afhankelijk van zulke 'tolken', waaronder zijn vrouw en een reeks student-assistenten. Toch is hij op aangepaste wijze zijn werk blijven doen. Hij geeft onderwijs, correspondeert per email en heeft dus dit boek geschreven van bijna tweehonderd pagina's, wat een enorme geestkracht gevergd moet hebben.

Inderdaad bevat het boek iets wat je zou kunnen aanduiden als een larmoyant klaagverhaal, wat tegelijkertijd de schrijver als een held, zijn vrouw als een heilige en de meeste andere mensen als schuldig aan achteloze wreedheid neerzet. In een vloed aan details word je als lezer op de hoogte gesteld van de ontwikkeling van de kwaal, het leven met een zware handicap en vooral de meedogenloze onverschilligheid van talloze medici, verpleegkundigen, collega's en kennissen. Tegelijkertijd, maar veel minder nadrukkelijk, zijn in dat verhaal, analytische, of misschien beter gezegd, empirisch-filosofische thema's ingeweven die het boek uittillen boven het individuele geval van een toevallige patiënt. Daarin gebruikt Robillard zijn fenomenologisch-etnomethodologische achtergrond (hij is een leerling van Harold Garfinkel) om zijn eigen ervaringen verdiepend te beschrijven, maar tegelijk werpt hij zo een soms zeer scherp licht op veelal onopgemerkte aspecten van het (inter)menselijk bestaan. Wat daarin voortdurend terugkomt, is dat de traagheid van de beperkte communicatiemiddelen waarover hij nog kan beschikken in feite leidt tot een vrijwel totale uitsluiting uit het dagelijkse sociale verkeer. Omdat hij om zich uit te drukken afhankelijk is van zijn 'tolken' en het proces uiterst traag verloopt, haken de mensen waarmee hij zou willen communiceren meestal snel af. Ze herkennen de schaars en traag doorkomende boodschappen niet, omdat de context waarin ze bedoeld zijn al een tijdje voorbij is. Een antwoord dat na vijf minuten binnenkomt, wordt niet meer met de oorspronkelijke vraag in verband gebracht. Het komt er op neer dat hij eigenlijk alleen kan omgaan met een heel beperkte kring intimi, terwijl hij verder als persoon genegeerd wordt.

In de opeenvolgende hoofdstukken wordt veel leed, frustratie en woede vertolkt, maar daar door heen verweven word je ook getroffen door gerijpt inzicht in de 'procedurele infrastructuur' van het alledaagse menselijke leven, de vanzelfsprekende wisselwerkingen die mensen in staat stellen als sociale wezen met elkaar om te gaan en relaties te onderhouden. Ontbreekt dat, dan vallen met name de mogelijkheden om

sociale initiatieven te nemen en op die van anderen te reageren weg, dan leidt dat inderdaad tot veel leed, frustratie en woede. Het is alsof Robillards leven, als een *natural breaching experiment*, van een radicaliteit waar Garfinkel slechts van kan dromen, zichtbaar maakt hoe zeer wij afhankelijk zijn van eenvoudige zaken als spierbeheersing en spreekvermogen. In bijna achteloze formuleringen en tussenbeschouwingen werkt Robillard dit steeds op een iets andere wijze uit.

Na een eerste hoofdstuk met de globale ziektegeschiedenis, *Telling the story*, heeft de tweede de wrange titel *You are lucky your wife stuck with you*. Het is letterlijk wat een arts hem toevoegde. Het derde hoofdstuk gaat het over communicatieproblemen tijdens een verblijf in een Intensive Care Unit en is eerder gepubliceerd in *Qualitative Sociology*. Zo'n afdeling wordt gedomineerd door haast, en voor communicatie met een patiënt, zeker als die enorm vertraagd reageert, is er de tijd noch het geduld. In het volgende hoofdstuk bespreekt Robillard de boosheid die hij ervaart, vanuit de frustratie van zijn afhankelijkheid van anderen, het niet kunnen communiceren en de achteloze ongevoeligheid waarmee hij vaak behandeld wordt. Het is als *Anger-in-the-Social-Order* verschenen in *Body and Society*. Deze thema's worden verder uitgewerkt in het vijfde hoofdstuk over het sociale isolement waarin hij terecht is gekomen, doordat steeds meer mensen zich van hem afwenden, zijn blik vermijden, hem letterlijk en figuurlijk de rug toewenden. De achteloze wreedheid (mijn term) waarmee dit allemaal gebeurt, heeft te maken met de 'lichtheid' van de alledaagse infrastructurele procedures, en in contrast daarmee de zwaarte die sociabiliteit kost als je er zo veel moeite voor moet doen. Mensen zien af van een praatje over het weer als dat betekent dat de rolstoel op de rem gezet moet worden, de begeleidster om moet lopen tot ze Robillard in het gezicht kan zien, waarna ze letter voor letter zijn reactie af moet lezen om die dan uit te spreken. Dat heeft iets belachelijks, zo belangrijk is zo'n praatje over het weer niet, zodat mensen die situatie vermijden en de contacten van Robillard zich steeds meer beperken tot zijn gezin, een enkele collega, studenten en zijn assistenten.

Een nog subtielere vorm van isolering vindt plaats via de stereotype beelden van een verlamde in zijn rolstoel die doorklinken in allerlei al dan niet goedbedoelde opmerkingen, variërend van bewondering voor de moed en de opoffering van de patiënt en zijn partner tot seksuele avances naar de partner met de suggestie dat ze wel veel tekort zal komen. Waar Robillard protest tegen aantekent, is de stereotype beperking van wat mensen tegen en over hem zeggen, veronderstellen en suggereren waardoor hij vastgepind wordt in een rol van tragische, maar moedige gehandicapte. Tegelijk wordt hij dan toch weer uitgesloten uit de wereld van de normalen, onder meer door te negeren dat hij nog steeds werkt. Dit laatste is zo onwaarschijnlijk voor mensen, zo moeilijk te combineren met het beeld van een hulpeloos lichaam waar verder weinig aan af te lezen valt, dat de mogelijkheid gewoon niet in mensen opkomt. Het repertoire van onze cultuur lijkt de combinatie van typering, vrijwel totale hulpbehoefvendheid én een actief en creatief beroepsleven, gewoon niet toe te laten. Er komt dan ook heel wat voor kijken aan steun van assistenten en 'co-teachers'. Toch stelt Robillard dat hij nu "a far more productive scholar and a better teacher" is, deels door de steun die hij ontvangt van zijn vrouw, assistenten en collega's, deels door de verhoogde concentratie die nodig is om zijn leven te leven en het wegvallen van allerlei afleiding.

Bij dit alles speelt ook een rol dat hij voor zijn ziekte opging in vrij globaal toegepast medisch sociologisch/antropologisch veldwerk op de eilanden in de Stille Oceaan, wat hij door zijn conditie niet langer kon voortzetten. In plaats daarvan is hij zich na een aantal jaren weer gaan oriënteren op zijn oorspronkelijke vorming tot etnomethodoloog onder leiding van Garfinkel, met name ook het op Maurice Merleau-Ponty geïnspireerde idee dat we alleen vanuit onze 'vergeten' lichamelijke vermogens van positionering, beweeglijkheid en zintuiglijke oriëntatie een normale interactionele orde in stand kunnen houden. Wat bij Garfinkel alleen via geforceerde experimenten aan de orde kon komen, overkwam Robillard spontaan, al duurde het jaren voordat hij het zo kon zien. Zo kon zijn conditie van alleen maar belemmering ook inspiratie en onderwerp worden. Men moet daarbij bedenken dat korte aanduidingen als hier slechts een beperkt idee kunnen geven van de geleefde details die in zijn tekst worden opgeroepen.

Kortom, dit boek is veel meer dan weer een patiëntverhaal, het is ook een ontroerende en schokkende, empirisch-filosofische schets van het menselijke bestaan.

Paul ten Have

Susan Reynolds Whyte, *Questioning misfortune. The pragmatics of uncertainty in eastern Uganda*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. 258 pp. £ 16,95 (paperback), £ 50,00 (hard cover).

We trachten altijd ziekte, ongeluk en onzekerheid te beheersen. Allerlei maatregelen worden genomen om, als het ons toch overkomt, de gevolgen zo klein mogelijk te laten zijn. In dit interessante boek beschrijft Susan Reynolds Whyte hoe mensen in Bunyole, een arm gebied in Oost-Oeganda, omgaan met ziekte, ongeluk en onzekerheid. Ze kan putten uit onderzoeksdata verzameld over een periode van vijftientig jaar. Sinds 1969 verblijft ze met wisselende tussenpozen in haar huis in Bunyole. Alleen tijdens de gewelddadige regimes van Amin en Obote II is ze er amper geweest. Haar boek wordt extra interessant, omdat ze door deze lange periode van data verzamelen de effecten van veranderingen in de samenleving en van de introductie van nieuwe ziekten zoals AIDS heeft kunnen meenemen in haar analyse. Ze laat zien dat de Nyole (de mensen die in Bunyole wonen) een praktische benadering hebben bij ongeluk, tegenslag en ziekte, waarbij ze trachten er controle op te krijgen.

Het boek bestaat uit vier delen. Het eerste deel start met een hoofdstuk waarin ze haar interpretatiekader uitlegt. Ze baseert zich op het pragmatisme van de Amerikaanse filosoof Dewey. Volgens hem trachten mensen met hun onzekerheid om te gaan door te handelen, waarbij voornamelijk het resultaat de sturende kracht achter het handelen is. De eventuele verklaring komt achteraf. De Nyole zoeken de oorzaak van de ellende die hen overkomt, voornamelijk bij externe agentia. Reynolds White beschrijft beeldend hoe ze dat doen.

Hoofdstuk twee behandelt de belangrijke aspecten van het leven: veiligheid, economie, religie, educatie, huwelijk en kinderen. Ze zet deze aspecten in de context van

het leven in Bunyole en beschrijft de moeilijkheden om deze waarden veilig te stellen. Als mensen door ongeluk of ziekte worden geteisterd, gaan ze consult vragen, waarbij ze hopen dat de veroorzaker van de misère zich openbaart en zegt wat hij wil. Hoofdstuk drie gaat over dit proces waarbij men de onzekerheid bediscussieert en specialisten bezoekt om antwoorden te krijgen. Er zijn twee soorten specialisten in Bunyole: de voorspellers die werken met geesten en de Arabische boekraadplegers. Deze laatste groep, alleen mannen, gebruiken Arabische teksten om het probleem uit te leggen en te verklaren. Beide specialisten geven suggesties wat mensen kunnen doen om zekerheid te vinden.

De volgende delen in het boek geven inzicht in hoe mensen tot een verklaring over de oorzaak van hun ellende komen en vervolgens hun ellende trachten te bestrijden. Ieder hoofdstuk behandelt een ziekteverklaring. In deel twee komen de niet-levende veroorzakers van ongeluk en ziekte aan bod. Als eerste de 'schaduwen van de doden'. Dit zijn de geesten van overleden familieleden. De schaduwen herinneren de levenden aan de morele verantwoordelijkheid en kunnen ziekten veroorzaken als men dit verzaakt. Ten tweede zijn er de geesten van de clan. Zij worden vooral in verband gebracht met problemen bij huwelijk en vruchtbaarheid. Deze geesten zijn nooit mens geweest en hebben ook geen menselijke namen. Men kan in contact komen met de clangeesten via een medium. De clangeesten zijn minder voorspelbaar. Men heeft vaak twijfels bij het uitwerken van ideeën die clangeesten geven voor de problemen. De derde groep wordt gevormd door de kleine geesten. Dit zijn onstabiele, gevaarlijke geesten die slechts tijdelijk met families zijn verbonden en in het bijzonder ziekte en sterfte bij vrouwen en kinderen veroorzaken. Als Westerse medicijnen falen, legt men de oorzaak bij kleine geesten. Hoewel men vaak onzeker is over de identiteit en de eisen van de geesten en schaduwen, is men ervan overtuigd dat deze agentia verborgen intenties hebben.

De problemen met het omgaan met onzekerheid komen vooral tot uiting in de omgang met mensen. Hierover gaat het derde deel van het boek. Ouderen hebben het vermogen tot vervloeking. Zij doen dit als jongere familieleden hen onheus behandelen of kwetsen of wanneer de familiemoraal is aangetast. Vervloeking heeft tot doel de voorouders op te roepen om te straffen. Toch staat men ambivalent tegenover vervloeking. Immers, een ouder wenst zijn kind toch altijd het beste. Omdat vervloeking echter moreel acceptabel is, opent het de weg tot vergeving. De vervloeking wordt weer opgeheven als vergeving wordt gevraagd en compensatie betaald. Vervloeking versterkt op deze wijze de banden tussen ouders en kinderen.

Ernstiger is de tovenarij. Dit is gevaarlijk en wordt in het geheim tegen een ander gebruikt. Tovenarij wordt gezien als een persoonlijke daad van agressie tegen een ander. Er worden 'medicijnen' in het eten gestopt of op plaatsen verstoppt waar het slachtoffer langs komt. Het is echter niet het medicijn dat doodt, maar degenen die het toepast, zoals de schutter de moordenaar is door de trekker over te halen. Men bespreekt niet openlijk wie men van tovenarij verdenkt, waardoor men wantrouwend kan worden ten opzichte van ander mensen. Geesten, schaduwen en vervloeking vinden plaats binnen familie- of clanverbanden en zijn dus relationeel ingebed. Tovenarij is voor iedereen toegankelijk en heeft te maken met afgunst. Er hoeven geen familiale banden te zijn tussen tovenaars en slachtoffers.

Het vierde deel van het boek gaat over de verklaringen die de Westerse geneeskunst heeft gebracht. De Westerse geneeskunst heeft vooral bijgedragen aan het symptomatische verklaringsmodel. De vele geneesmiddelen die in de winkels te koop zijn, hebben meer zekerheid gebracht, omdat het mensen de mogelijkheid biedt de gehoopte zekerheid te krijgen tegen ziekte en dood. Tegelijkertijd is ook de onzekerheid toegenomen. De werkers in de gezondheidszorg zijn niet altijd beschikbaar of wensen geld voor hun handelen en ook is het altijd de vraag of de noodzakelijke medicijnen beschikbaar zijn en of de dokter hen niet voor de gek houdt.

AIDS heeft deze onzekerheid versterkt. Voor AIDS geldt dat zwijgen en onzekerheid beter is dan weten, want dat laatste is te pijnlijk. AIDS heeft er echter ook toe bijgedragen dat er een andere wijze van handelen met tegenslag en ziekte is ontstaan. Er is bij Aids niet alleen sprake van individuele verantwoordelijkheid voor correct gedrag om besmetting tegen te gaan, ook het gedrag van anderen is een bron van zorg.

Susan Reynolds White heeft een indrukwekkend boek geschreven over hoe mensen trachten de misère in hun leven te beheersen. Het stemt niet vrolijk. De Nyole zijn aardige mensen, zegt een niet-Nyole in het boek, maar ze doen elkaar veel leed aan. Veel vermoedens en beschuldigingen hebben voornamelijk psychologische en relationele effecten, ten goede en ten slechte. Enerzijds verhoogt het het wantrouwen ten opzichte van elkaar en verhoogt het de spanningen binnen familieverbanden, anderzijds geeft het mensen het gevoel dat ze niet lijdzaam hun lot ondergaan, maar dat ze het actief kunnen bestrijden. Susan Reynolds White deelt dit sombere beeld niet. Zij gelooft in meliorisme: mensen brengen zelf veranderingen in hun leven aan, waardoor het enigszins zal verbeteren.

Marian Tankink

Ilario Rossi, *Corps et Chamanisme. Essai sur le pluralisme médical*. Paris: Armand Colin/Masson, 1997. 210 pp., bibliografie.

De Huichol of zoals zij zich zelf noemen de Wixarica wonen in een moeilijk toegankelijk berggebied in midden Mexico, de Sierra Madre. Hun internationale vermaardheid danken zij aan de peyote en hun geloof in dromen en geesten. Dat fascineert en trekt mensen aan, antropologen, kunstenaars, drop outs, wereldhervormers en toeristen. Kleurige Huichol kunstwerken worden in galerieën over de hele wereld verkocht. Hun verhalen en mythen zijn in vele vertalingen en bewerkingen te verkrijgen en geheel in de geest van deze tijd adverteren Huichol sjamanen op het internet.

“De blanken komen om te nemen”, schrijft Ilario Rossi zijn boek *Corps et chamanisme* en niet zonder reden, want het zijn de vreemdelingen die de inkomsten plukken van de bekendheid en de voorouderlijke kennis van de Wixarica. Men is wantrouwend tegenover buitenstaanders en nieuwsgierige vragen worden nauwelijks beantwoord. Rossi is er, blijkens een van de voetnoten, in geslaagd om dat wantrouwen te doorbreken. Tussen 1984 en 1990 heeft hij gesprekken gevoerd met 24 informanten waaronder elf sjamanen.

Het boek begint met een korte plaatsbepaling van het sjamanisme. Hij beschrijft in een historisch overzicht de ontvangst van en de theorievorming over het sjamanisme in de antropologie en de godsdienstwetenschap vanaf ruwweg de zeventiende eeuw. De huidige stand van zaken wordt volgens hem gekarakteriseerd door een tegenstelling tussen twee scholen, de Amerikaanse, met zijn nadruk op de eigen ervaring en de levensloop van de sjamaan, en de Franse, met zijn nadruk op de achter de verschijnselen verborgen structuren. Het is een nogal grof overzicht en zo te zien aan de vele literatuurverwijzingen voornamelijk gebaseerd op Franstalige publicaties, met name Perrins boek *Le Chamanisme* (1995). Interessanter wordt het als Rossi de geschiedenis van de Wixarica beschrijft. Een van de weinige pre-colombiaanse beschavingen die tot op de dag van vandaag hun tradities hebben weten voort te zetten. Een geschiedenis van een onherbergzaam berggebied, van verzet, late verovering en rebellie.

Het is de inleiding tot het overheersende thema, een beschrijving van het universum van de Wixarica als een wereld doordrongen van het spirituele, van de 'heidense' denkwijze waarin een fundamentele eenheid bestaat tussen mens, materie, natuurkrachten en goden. Een wereld waarin het 'symbolische' de ruimte, de tijd, het lichaam en het leven structureert. Rossi ontvouwt dit universum aan de hand van voorbeelden die hij ontleend aan de analyse van taalcategorieën, van mythen, van uitspraken van informanten en van het verloop van rituelen. Hij gaat uitgebreid in op de manier waarop de geografische ruimte ingedeeld wordt, op de vier windstreken en het centrum van de wereld. Deze indeling is als een blauwdruk terug te vinden in de indeling van tijd, van de andere wereld, het lichaam en het welbevinden. Microkosmos en macrokosmos zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden door een onzichtbare draad die geactiveerd kan worden met zang, droom en peyote.

Rossi beschrijft het universum als een dynamisch geheel onderhevig aan verandering. Geesten die niet door de mensen onderhouden worden verdwijnen. Christelijke elementen zijn in de loop van de tijd in het pantheon van de Wixarica opgenomen en de man uit Nazareth woont nu op de plek waar het jaarlijkse peyote ritueel zich volstrekt. Hij verzet zich tegen de opvatting dat het sjamanisme slechts een systeem is om onheil te bezweren, niet meer dan een irrationele onderwerping aan een door de natuur of omstandigheden bepaalde onwrikbare ordening. De Wixarica hebben het zelf over de *yeiyàari*, de weg van het hart. Dit actief principe maakt het mogelijk dat de wereld voortbestaat en de mens zijn potentieel kan realiseren.

Het universum van de Wixarica is heterogeen en in beweging, de rituele handelingen van de mens zijn noodzakelijk om de harmonie tussen warm en nat, tussen het mannelijke en het vrouwelijke, en tussen de goden te bewaren. Als een sjamaan een mythische voorouder aanroept, roept hij niet zijn bescherm- of hulpgeest op, maar doet hij een beroep op een deel van zichzelf, op een kracht die in hem zowel als in alle andere mensen en bezielde verschijnselen aanwezig is.

In de mythe wordt verteld dat de zelfopoffering van het voorouder-kind in het vuur de mens in staat stelde om de kennis te verwerven. Het is kennis van de zon die leven geeft en van het vuur in het lichaam dat het leven is. Maar met deze kennis zijn ook de ziekten in de wereld gekomen. Het centrum van de wereld en het centrum van het

lichaam zijn gelijktijdig een bron van kennis en van kwaad. Als het lichaam zwak is, ziek wordt, dan is de traditie niet gerespecteerd en bestaat er een disharmonie.

De sjamanistische discours postuleert een continuüm tussen het lichaam en zijn omgeving, tussen individu en gemeenschap, tussen leven en dood en tussen ruimte en tijd. Deze discours wordt in het laatste hoofdstuk van het boek geconfronteerd met de westerse medische denkwijze die zich volgens Rossi kenmerkt door een reductie van het lichaam tot een verzameling van organen, die los staan van het individu, zijn omgeving en zijn emoties. Pas recent mede door de opkomst van een groeiend aantal psychosomatische en beschavingsziekten dringt langzamerhand in het westen het besef door dat er een verband bestaat tussen gevoel, milieu, cultuur en ziekte. Het placebo-effect wordt aangehaald als een bewijs dat ook hier emoties en gevoelens ziekmakende of genezende krachten kunnen zijn.

Rossi pleit voor het bestuderen van het sjamanisme in zijn context en logica om onze eigen concepten en ideeën kritisch te kunnen bekijken en de zwakheden van de westerse medische denkwijze te ontsluiten. Dit is een nobel streven, maar hij slaagt er niet in om dit doel te bereiken in *Corps et chamanisme*. Zijn beschrijving van de denkwereld van de Wixarica is soms interessant maar vooral fragmentarisch en geconstrueerd. Veel getheoretiseer, veel *langage* en *langue*, maar weinig wol. Wat overblijft is een hartenkreet tegen de verkillung van de westerse samenleving, waarin ouderdom gelijk staat aan aftakeling en de mensen bang zijn voor de dood.

Fred Gales

Patricia Schell & Paulien Muller, *Terugkeren, een levenslang dilemma. Methodiek voor psychosociale ondersteuning van vluchtelingen*. Utrecht: Pharos, 2000. 95 pp. f 27,50.

De wortels van een mangrovebos sieren de omslag van het boek. Een toepasselijker beeld voor de leefwereld van vluchtelingen is nauwelijks denkbaar. Is hier sprake van ontwortelen of van inwortelen? Het is kenmerkend voor de ambivalentie van vluchtelingen over hun verblijf in Nederland, over hun ballingschap.

Terugkeren, een levenslang dilemma gaat over het onbeantwoord blijven van de terugkeervraag en de gevolgen voor gezondheid en sociaal functioneren. Het is een handleiding voor methodisch handelen in de begeleiding van vluchtelingen die terugkeer naar het land van herkomst overwegen of voorbereiden. Omdat de terugkeervraag onlosmakelijk met het vluchtelingenbestaan verbonden is, richt het boek zich op allen die als hulpverlener of begeleider met vluchtelingen en asielzoekers te maken krijgt. Het wil hen inzicht bieden in de psychosociale aspecten van terugkeer en instrumenten om hiermee in hulpverlenings- en begeleidingscontacten adequaat om te gaan. Het kan daarbij gaan zowel om vluchtelingen die na vele jaren in ballingschap terug willen keren, als om asielzoekers die uitzetting te wachten staat. Een belangrijke bron van informatie en ervaring vormen de wederwaardigheden van de Latijns-Amerikaanse vluchtelingen die in de zeventiger jaren naar Nederland kwamen. Een van de auteurs,

Patricia Schell, zelf gevlucht uit Chili, heeft jaren als maatschappelijk werker voor deze groep gewerkt.

Het boek valt in drie delen uiteen. In het eerste deel worden de verschillende fasen in het leven van vluchtelingen in beeld gebracht. Schell en Muller onderscheiden achtereenvolgens vijf fasen: breuk met het normale leven, vlucht en eerste opvang in de regio, asielprocedure en centrale opvang in Nederland, toekenning van verblijfsvergunning of afwijzing, terugkeer en herintegratie. Per fase geven zij aan hoe terugkeer in het leven van vluchtelingen doorspeelt. In elke fase heeft terugkeer een andere betekenis: heimwee, verlangen, schrikbeeld of vage toekomstdroom. De antwoorden op de terugkeervraag variëren dan ook navenant. Aangegeven wordt dat het ook voor de verschillende groepen vluchtelingen anders kan uitwerken. Zo wijzen Schell en Muller op het feit dat Iraakse vluchtelingen van Arabische en Assyrische afkomst in Londen verschillende toekomstperspectieven hebben. In tegenstelling tot de eersten speelt terugkeer nauwelijks een rol in het leven van de laatsten. Zij identificeerden zich in het verleden als groep sterk met het Britse koloniale bestuur in het Midden-Oosten en zijn sterk toekomstgericht. Zo ook is terugkeer voor etnisch-gemengde echtparen uit voormalig-Joegoslavië terugkeer nauwelijks realistisch in tegenstelling tot etnisch homogene echtparen.

Het tweede deel gaat dieper in op de psychosociale processen in het leven van een vluchteling. Het gaat in op traumaverwerking, rouwverwerking, ontworteling, acculturatie en de verschillende psychosociale processen tijdens de fasen van het vluchtelingenschap. De onopgeloste terugkeerkwesie heeft, zo blijkt, gevolgen voor gezondheid, welzijn en sociaal functioneren. Ze splijt soms de relatie tussen generaties en tussen partners. Psychosociale ondersteuning kan daarbij nodig zijn. In deze twee delen, die telkens met een casus openen, wordt duidelijk dat terugkeer niet altijd het probleem uit de wereld helpt. De teruggekeerde vluchteling ziet zich daar wederom gesteld voor de taak zich te wortelen. Geen eenvoudige taak, omdat ook nu soms weer kinderen of verwanten zijn achtergelaten. Voor de tweede keer moet afscheid genomen worden. "Wat vluchtelingen in Nederland hebben ervaren, ervaren zij opnieuw – alleen in een andere context", aldus Schell en Muller. Een belangrijke les trekken zij uit de ervaringen van Latijns-Amerikaanse vluchtelingen. Het lijkt een contradictie, maar vluchtelingen die in Nederland actief aan integratie hebben gewerkt, maken na hun terugkeer de meeste kans op succesvolle herintegratie. Wie in Nederland moeite had met acculturatie en ontworteling, lukt het meestal niet om goed te herintegreren. Een constatering met cruciale consequenties voor het opvangbeleid.

Deel drie is geheel gewijd aan methodiek. Dit deel is systematisch opgezet en bevat veel puntsgewijze opsommingen en samenvattingen in kaders. Na een beschrijving van de aard en kenmerken van psychosociale hulpverlening, worden aandachtspunten benoemd bij de kijk van vluchtelingen op terugkeer. De auteurs maken onderscheid tussen psychosociale steun bij terugkeer in de fase van opvang, in de fase na toekenning van een verblijfsvergunning en in de fase na afwijzing. Dit deel besluit met een korte uitweiding over groepsvoorlichting en groepstherapie.

In de bijlage zijn nuttige adressen en informatie over terugkeerregelingen opgenomen.

Terugkeren, een levenslang dilemma informeert de lezer over een onderbelicht aspect van het vluchtelingenbestaan: het terugkeervraagstuk. Deze kwestie woedt als een veenbrand door het leven van vluchtelingen. Hulpverlenend Nederland heeft nog te weinig aandacht voor dit belevingsaspect. Vluchten lijkt een fase die je doormaakt, moet verwerken en vervolgens achter je laat. Acculturatie doet na verloop van tijd dit vraagstuk verbleken. Schell en Muller schetsen een tegenovergesteld beeld: de terugkeervraag is inherent aan het vluchtelingenbestaan. "Weggaan draagt immers de vraag van het terugkomen in zich", zo stellen ze. De stelling is te verdedigen dat zolang de vraag van de terugkeer speelt iemand vluchteling is. Men is pas vluchteling af, als de vraag afdoende beantwoord is. Soms is een leven hiervoor tekort. Hulpverleners dienen zich hiervan bewust te zijn. Daarin schuilt de verdienste van dit boek.

Het is een bruikbaar methodiekboek dat in kort bestek een overzichtelijk beeld biedt van het probleem. Het had echter aan kracht kunnen winnen met meer casusbeschrijvingen en vignetten om de uiteenlopende verschijningsvormen en beleving van de terugkeervraag te illustreren. Het boek laat één vraag onbeantwoord: in hoeverre onderscheiden vluchtelingen zich op dit punt van de 'klassieke' migranten? Ook zij, althans de eerste generatie, kampen met de terugkeervraag en met verlies van terugkeerperspectief. Desondanks is het boek zeker aan te raden voor hulpverleners en begeleiders die te maken krijgen met deze groep.

Rob van Dijk

W.L.H. Smelt & V.G.H.J. Kirkels (red.), *Grenzen aan het medisch handelen*. Nijmegen: Valkhof Pers, 1999. 105 pp. f 27,50.

In dit boekje bespreken diverse auteurs het thema 'grenzen aan het medisch handelen'. Dat gebeurt enerzijds vanuit een algemeen perspectief, anderzijds vanuit een christelijk en vooral katholiek perspectief.

De kwaliteit van de bijdragen is zeer wisselend. De als inleiding bedoelde tekst van Dorothea Touwen is zeer algemeen en kort, en daardoor weinig zeggend van aard. Het is ook tamelijk storend dat zij de casuïstiek waarmee de bijdrage opent, in het geheel niet bespreekt. Dat geldt ook voor de bijdrage van Dillmann over de rol van waardeoordelen in het medische handelen, die daarop volgt. Zijn betoog is echter verder glashelder en waardevol. Dillmann toont aan dat er vanwege de altijd aanwezige waardeoordelen in formele (objectieve) zin geen grenzen zijn te formuleren voor het medisch handelen. Deze bijdrage is, samen met die van Zylicz over de behoeften van terminale patiënten, waarin de casuïstiek overigens wel wordt uitgewerkt, zeer de moeite waard.

Een aantal andere bijdragen, waaronder de inleiding leunt erg zwaar op allerlei ideologische noties als de denaturatie, objectivering, mechanisering en maakbaarheid van de mens. Deze zouden allemaal het negatieve gevolg zijn van de stormachtige ontwikkeling van de geneeskunde. Niet voor niets wordt in vrijwel elke bijdrage verwezen naar het boek van Van den Berg uit 1969 en het lijkt wel of voor sommigen de tijd sinds die publicatie heeft stilgestaan. Allerlei ontwikkelingen in de medische ethiek, het recht en niet in de laatste plaats in de feitelijke medische praktijk komen nauwelijks

aan de orde. Dit soort algemene bespiegelingen staan mijlenver af van de gecompliceerde beslissingen die in de dagelijkse medische praktijk moeten worden genomen en, zo toont de bijdrage van Zylicz, waar in de dagelijkse praktijk ook niet veel van te bespeuren valt.

Ten slotte, wie in dit boekje een uiteenzetting over economie, schaarste en grenzen aan de geneeskunde verwacht, komt bedrogen uit. En dat is jammer, omdat er juist op dat gebied de komende tien jaar zich wel eens grote veranderingen kunnen voltrekken.

Arko Oderwald

B.C.L. Touwen & D.P. Touwen (red.), *Grensgeval. Besluitvorming rond het levensbegin van prematuren*. Utrecht: Van der Wees, 1999. 176 pp. f 35,-

Ernstig zieke pasgeborenen kunnen door sterk toegenomen medische behandelingstechnieken steeds effectiever in leven worden gehouden. Die medische mogelijkheden leiden in de praktijk ook regelmatig tot de vraag of ze (nog) wel ingezet moeten worden. Behandelingen zijn lang niet altijd effectief. Ze kunnen pasgeborenen niet altijd in leven houden. Soms kan een pasgeborene wel in leven blijven, maar ziet zijn toekomst er somber uit als gevolg van hersenbeschadigingen. De behandelings- en beoordelingsmogelijkheden vragen dus om besluitvorming over de (verdere) inzet van intensieve behandelingen. Indien u wilt weten hoe de besluitvorming over leven en dood van pasgeborenen er in de ogen van professioneel betrokken personen uit, ziet kunt u daarover in dit boek meer lezen. Verschillende soorten professionals schreven een bijdrage over de praktijk of over de discussie daarover. Ze worden in- en uitgeleid door ethici. Het is alsof zij ter vervanging van veldwerk de mensen uit de praktijk zelf hun daden laten beschrijven. Jammer genoeg trekken de ethici uit die verhalen geen conclusies over de praktijk. Het boek wordt zo niet afgerond en de artikelen blijven los van elkaar staan.

Veel van dergelijke besluitvormingsprocessen vinden plaats op afdelingen neonatologie. Dit zijn afdelingen gespecialiseerd in de behandeling van zieke of te vroeg geboren kinderen. Daar gaan de meeste bijdragen dan ook over. Twee neonatologen, kinderartsen gespecialiseerd in de behandeling van pasgeborenen schreven een bijdrage, evenals een neonatologie-verpleegkundige. Ook zijn er bijdragen van zijdelings betrokken professionals, zoals een gynaecoloog en een neuroloog. Een gezondheidsjurist informeert de lezer over de juridische aspecten van deze beslissingen aan de hand van jurisprudentie. Daaruit blijkt dat veel beslissingen over pasgeborenen buiten de afdeling neonatologie worden genomen. Enkele roemruchte gevallen betreffen beslissingen van een gynaecoloog en een huisarts. Ouders komen in dit boek alleen via casuïstiek, dus verwoord door professionals, aan het woord. Dit tekent de aanpak van het boek. De nadruk ligt op het professionele perspectief. Een specifiek professioneel perspectief, want het boekje heeft een hoog 'Groningen-gehalte'. De meeste auteurs zijn verbonden aan het Groningse academische ziekenhuis of aan de Rijksuniversiteit Groningen. De (neonatologische) praktijk wordt beschreven als een eenheid. Verschillen tussen afdelingen op dit terrein worden niet besproken.

In het eerste hoofdstuk schetsen B.C.L. Touwen, (emeritus) neuroloog en D.P. Touwen, theologe, de aanleiding voor dit boek. Er wordt over dit onderwerp volgens hen niet (publiekelijk) gesproken, zoals dat wel gebeurt over euthanasie, over beslissingen aan het begin van het leven. Wanneer dit wel gebeurt, ontbreekt informatie over de praktijk en houden de meest betrokken beroepsgroepen zich nogal eens afzijdig. De thema's die in het boek aan de orde komen zijn: moet alles wat kan, en mag alles wat kan? En wie moet en kan daar dan over beslissen? De vraag is ook "Wat kan er eigenlijk?" Deze laatste vraag kenmerkt het boek. Enerzijds blijkt dat uit de uitleg over wat er medisch gezien allemaal kan. De niet-ingewijden, voor wie het boek vooral geschreven is, wordt de behandelingsmogelijkheden en onmogelijkheden uitgelegd. Er wordt niet ingegaan op de prangende vraag of alle beslissingen om niet verder te behandelen wel 'kunnen'. De ethische vragen rond pasgeborenen gaan vaak, zo ook in dit boek, over de legitimiteit van behandelingen. Moeten en mogen alle behandelingen toegepast worden op deze kleine mensen gezien, de soms geringe kansen op succes? Dat is een terechte vraag. Maar even intrigerend is de vraag naar de redenen waarom behandelingen niet aangevangen of gestopt worden met de bedoeling dat het kind overlijdt. Deze beslissingen worden vaak genomen op grond van de verwachte levenskwaliteit van het kind. Dat zijn in wezen geen medische, maar ethische en morele beslissingen, die in de medische setting gemaakt (moeten) worden. Die vraag komt in dit professionele en insiders-perspectief niet aan de orde. Dat is een gemiste kans voor de in- en uit-leiders van het boek. Ze laten de betrokkenen aan het woord, maar gebruiken hen niet als informanten uit de praktijk.

Het hoofdstuk na de inleiding is geschreven door een gynaecoloog. Deze beroepsgroep wordt veelal het eerst geconfronteerd met een mogelijke vroeggeboorte en moeten dan met de zwangere en partner beslissen over eventueel medische ingrepen. De bevalling kan versneld, geremd of kunstmatig plaatsvinden. Maar men kan ook beslissen dat het kindje er zo slecht aan toe is in de baarmoeder dat men 'afwacht'. Die beslissingen zijn extra moeilijk, omdat goede cijfers over de kansen om te overleven en op (ernstige) handicaps ontbreken. Denken in kansen en procenten is bovendien moeilijk. Bovenal blijken die beslissingen complex door de dwingende aanwezigheid van in de klinische omgeving aanwezige mogelijkheden. Ouders hebben er zelden of nooit spijt van dat ze met de gynaecoloog besloten hebben het kindje te halen met een keizersnede, ook al overlijdt dat kindje daarna ondanks behandelingen. Daarentegen hangt rond het laten overlijden van een in wezen kansloos kindje in de baarmoeder een sfeer van nalatigheid en hebben de ouders de vraag of ze wel gedaan hebben wat mogelijk was.

In het volgende hoofdstuk bespreekt een neonatoloog de gang van zaken op de afdeling aan de hand van twee ziektegeschiedenissen. De eerste casus is zeer instructief, omdat ze gaat over een kind dat nauwelijks te vroeg geboren is, waarbij er bovendien problemen zijn die ook bij voldragen pasgeborenen voorkomen. Het kind heeft voor de geboorte ernstig zuurstoftekort gehad en de hersenen zijn in onbekende, maar toch ernstige mate aangetast. Tegen de tijd dat de ernst van de hersenbeschadigingen duidelijk is geworden, is het kind niet meer afhankelijk van intensieve behandelingen en zijn de opties om te beslissen over het kind sterk verminderd. De arts stelt: "Verschillende keren kwam bij de zaalvisite de vraag naar voren of het niet beter voor Pieter

(en voor zijn ouders) zou zijn als hij overleed. Ik gaf als mijn mening dat het om juridische redenen niet mogelijk is een kind dat spontaan ademt op grond van de slechte prognose te laten overlijden.” Een dergelijk ingrijpen zou actieve levensbeëindiging zijn en dat is juridisch vervolgbaar. De andere casus is van een vijftien weken te vroeg geboren kind, dat zoals veel van deze kinderen aanvankelijk niet zelfstandig in leven kan blijven. Op het moment dat er bij dit kindje (met de vroeggeboorte samenhangende) hersenbeschadigingen geconstateerd worden kunnen de behandelaars en ouders beslissen dat het kindje niet door mag leven. In dat geval is daarvoor namelijk slechts een ‘passieve’ handeling nodig: het staken van levensverlengende behandelingen. De levens van deze extreem te vroeg geboren kinderen worden mogelijk gemaakt met technieken. Als echter blijkt dat het verdere leven gekenmerkt wordt door handicaps, geven diezelfde technieken de ruimte om een einde aan dat leven te maken.

Een verpleegkundige legt in het volgende hoofdstuk uit hoe zij haar werk op de afdeling neonatologie ervaart en welke taak zij heeft. Verpleegkundigen hebben door hun verzorgende en observerende taken veel direct contact met het kind en diens ouders. Ze oordelen (daardoor?) vaak negatief over de behandelingsdrift van artsen. Deze verpleegkundige wijst er echter op dat men op moet passen met het hanteren van ‘niet-medische’ criteria bij de bepaling van de zin van behandeling. Voorbeelden van dergelijke criteria zijn het verwachte latere vermogen tot communicatie en zelfredzaamheid. Volgens haar gaat het er bij beslissingen over dood en leven echter niet om dat het kind kan voldoen aan wat de maatschappij als ideaal ziet: “Het gaat er om of je een kind het lijden, dat hij ondergaat, aan mag doen.” Ze is daarmee eigenlijk de enige die dit aspect van de praktijk ter sprake brengt. Hoewel ze verder gedetailleerd uitlegt wat haar taken zijn, vertelt ze jammer genoeg niet welke rol ze heeft bij besluitvorming en bij het informeren van ouders. Dat is zeker van belang gezien haar kritische houding ten opzichte van het argument ‘kwaliteit van leven’ bij besluitvorming. De mening van deze verpleegkundige is namelijk even duidelijk, terecht en ‘juist’ als niet afgestemd op de praktijk. Want het criterium ‘kwaliteit van leven’ wordt met grote, schijnbaar vanzelfsprekende, geldigheid gebruikt bij besluitvorming.

De ontwikkelingsneuroloog geeft een algemene inleiding over de ontwikkeling van de hersenen. Hij bespreekt het functioneren van kinderen die lang geleden te vroeg geboren werden. Dat vergelijkt hij met recente onderzoeksuitkomsten over de (neurologische) uitkomsten van behandeling van prematuren. Relatief veel van de te vroeg geboren kinderen hebben in het latere school- en maatschappelijke leven diffuse problemen, die niet te relateren zijn aan aantoonbare hersenbeschadigingen. Deze kennis leidt tot overwegingen die nog verder gaan dan die waarvoor de verpleegkundige in het voorafgaande hoofdstuk waarschuwde. Want het toekomstige leven van prematuren kan blijkbaar ook zonder zichtbaar te maken hersenschade een slechte kwaliteit hebben. De neuroloog beseft dat en antwoordt de verpleegkundige dan ook schijnbaar: “Let wel, het gaat er hier niet om of deze kinderen al of niet gelijkwaardig zijn aan anderen.” Hij geeft echter wel aan dat neonatologie het leven mogelijk maakt van kinderen die het later heel moeilijk krijgen.

Twee medisch sociologen bespreken vervolgens de positie van de ouders. Ze doen dat niet in algemene zin, maar speciaal in verband met het verleggen van de behande-

lingsgrenzen. Ze schrijven weliswaar dat ze de rol van ouders bij het verleggen van de levensvatbaarheidsgrens bestuderen, maar dat is een verkeerde formulering. De levensvatbaarheidsgrens is een sociale constructie die is afgeleid van de inzet van behandelingen. Ook de herformulering in de nabeschouwing is niet juist: "Wordt, zo is de centrale vraag, de ontwikkeling van steeds weer nieuwe behandelingsmogelijkheden nu wel of niet mede door hen gestimuleerd?" Het gaat om de inzet van die mogelijkheden. De vraag naar de ontwikkeling van de geneeskunde is heel breed en vele factoren beïnvloeden deze.

De auteurs bespreken twee casussen waarin de ouders expliciet zeggen dat hun kind niet behandeld moet worden. Om verschillende redenen gebeurt dat uiteindelijk toch. In de eerste casus lijkt een kind van vijftientig weken ten dode opgeschreven na geboorte. De moeder had gezegd dat ze het kindje niet behandeld wil zien. De artsen hadden daarmee ingestemd, maar toen het kindje enige levenstekens vertoonde, gingen ze toch over tot behandeling. Het kindje overleefde aanvankelijk zonder intensieve behandeling, maar had die na een week toch nodig. De moeder die aan het woord is, zegt dat ze toen inmiddels aan het kind gehecht was en dat er bovendien geen hersenafwijkingen te zien waren. De beademing werd bovendien, zegt ze, voorgesteld als 'ondersteunend'. Uiteindelijk overleefde het kindje na langdurige behandeling. De tweede casus gaat over een vrouw die lange tijd in het ziekenhuis ligt, nadat bij haar na 23 weken zwangerschap de bevalling begint. Die wordt geremd en ze spreekt met de artsen af dat het kind na geboorte geen behandeling zal krijgen als het niet voldoende levenstekens vertoont. Na 28 weken zwangerschap wordt haar kind geboren. Het kind wordt met instemming van de ouders behandeld, maar het is zo ziek dat het waarschijnlijk niet te redden is. Als de vrouw haar kind dan ook ziet op de afdeling neonatologie zegt ze tegen de arts: "Dit kan toch niets worden?" Hij zei: 'Nee, daar zijn wij ook bang voor.' Ik zei: "Dan moet je er mee ophouden." Het zijn aangrijpende verhalen, waarin echter de inbreng van de artsen grotendeels ontbreekt. Het is de vraag of op grond van deze uit interviews verkregen informatie conclusies te trekken zijn over wat er zich in de praktijk afspeelt. De auteurs lijken dit wel te doen. Maar zijn die meningen inderdaad zo helder en duidelijk uitgesproken in de verwarrende praktijk? De auteurs concluderen dat de grenzen die de vrouwen aanvankelijk stelden, altijd in één richting zijn verlegd: van niet naar wel behandelen. Daarom menen ze dat er sprake is van een mechanisme, 'geanticipeerde beslissingsspijt'. Dit zet ertoe aan alle middelen in te zetten, omdat men bang later spijt te krijgen, als niet alles geprobeerd is. Een opmerkelijke conclusie, want in de tweede casus zegt de vrouw: 'Dan moet je er mee ophouden'. Uit de andere stukken in het boek blijkt eerder een ander soort geanticipeerde beslissingsspijt, of een zekere angst. Het gaat om de angst dat men beslist een kind dat later gehandicapt blijkt te zijn met alle middelen in leven te houden. Die zorg verklaart ook het discours over het staken van levensverlengende behandelingen en het dwingende effect van het kwaliteit van leven-argument.

De rol van de ouders bij de besluitvorming is moeilijk te karakteriseren, zo blijkt ook uit de andere hoofdstukken. Ouders geven toestemming om behandelingen te staken, zoals beschreven in de bijdrage van de neonatoloog. Maar deze stelt ook dat ouders niet verantwoordelijk te stellen zijn voor die beslissing en dat ze bovendien als

emotioneel betrokkene de belangen van het kind niet goed in kunnen schatten. Volgens de verpleegkundige wordt van ouders verwacht dat ze mee beslissen, maar de informatie is voor hen vaak moeilijk te begrijpen.

Een andere neonatoloog schetst de ontwikkeling van een invloedrijk rapport van kinderartsen over levensbeëindigend handelen. Ook de reacties op het rapport worden beschrijft hij. Het rapport somt de aandachtspunten op om de kwaliteit van het toekomstige leven vast te stellen. Het kunnen communiceren is een van die aandachtspunten. Een gezondheidsjurist als Leenen heeft in reactie op dat rapport geschreven dat de zinvolheid of zinloosheid van medische behandelingen een medisch-professioneel oordeel moet zijn, waar alleen medische argumenten bij horen en waarin geen plaats is voor waardeoordelen over de kwaliteit van leven. De kinderartsen zijn het daar niet mee eens. Ze stellen dat het in leven houden zeker niet hun enige doel moet zijn. De kinderartsen menen dat ze onzorgvuldig handelen als ze zouden proberen alle pasgeborenen in leven te houden.

Een gezondheidsjurist beschrijft belangrijke jurisprudentie op dit terrein. In de zaak Prins, de gynaecoloog die in 1995 een einde maakte aan het leven van een ernstig gehandicapte pasgeborene, sprak de rechtbank uit dat de arts niet vervolgd diende te worden, omdat hij handelde in een noodtoestand en bovendien aan een aantal voorwaarden had voldaan. Daaronder schaarde de rechtbank dat de ouders uitdrukkelijk en herhaald om de levensbeëindiging hadden gevraagd. Tijdens de beroepsprocedure voor het Hof werd echter besloten dat het verzoek van de ouders niet als voorwaarde voor de toelaatbaarheid van levensbeëindiging kon gelden. Deze uitspraak stelde dus weer dat ouders minder zeggenschap hebben. Ze kunnen niet om de dood van hun kind vragen. Die beslissing is uitsluitend medisch. Hoe dat in de praktijk moet, is niet helemaal duidelijk, want wetgeving als de WGBO stelt dat ouders toestemming moeten geven voor behandelingen, anders kunnen die in principe niet worden uitgevoerd.

In hoofdstuk 9 behandelt D.P. Touwen de ethische discussie omtrent vroeggeboorte. Ze beschrijft eerst een aantal ethische principes ten aanzien van levensbeëindiging en bespreekt daarna de juridische uitspraken over levensbeëindiging bij pasgeborenen. Vervolgens gaat ze in op de belangrijkste rapporten over neonatologie. Het boek wordt afgesloten met een algemene bespreking van deze besluitvorming door een andere ethicus.

Grensgeval is een zeer leerzaam boek. Het maakt niet alleen de praktijk die ter discussie staat, inzichtelijk, maar verheldert ook de manier waarop insiders hierover spreken. Bovendien laat het zien hoe de beschouwers van die praktijk te werk gaan. De ethici laten de professionals aan het woord en stellen geen kritische vragen bij hun weergave van de praktijk. De sociologen beschrijven de praktijk aan de hand van interviews die ze met één deelnemer (de moeder) van die praktijk hielden.

Eric Vermeulen

Nicole Vliegen & Patrick Meurs (red.), *Het voorjaars ontwaken: De adolescentie in psychodynamische theorie en therapie*. Leuven: Garant, 1999. 155 pp. f 43,-, BF 745.

Deze bundel is de neerslag van een studiedag van de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische psychotherapie waarop de adolescentie centraal stond. Van de redacteurs, die ook meerdere bijdragen leveren aan deze bundel, is voor lezers van *Medische Antropologie* vooral Patrick Meurs bekend. Nicole Vliegen blijkt een prominent Belgisch kinderpsychoanalytica.

De titel *Het voorjaars ontwaken* is ontleend aan een toneelstuk van Franz Wedekind uit 1890. Blijkens de inleiding van Martine Sucaet sluit niet alleen de titel maar ook het stuk zelf prachtig aan bij de (eigenlijk 'romantische') opvatting van de adolescentie als periode van *Sturm und Drang*, van het ontwaken van een dionysische, vitale oerkracht die makkelijk tot ongebreidelde vernietigingsdrang kan leiden. De Freudiaanse psychoanalyse met haar nadruk op libido en seks, agressie en doodsdrijf sluit er goed op aan. Niettemin concludeert Sucaet dat er niet veel aandacht vanuit de psychoanalyse is uitgegaan naar juist deze ontwikkelingsfase waarin de biologische rijping plaatsvindt van een kind naar een individu met volwassen, seksuele en agressieve mogelijkheden.

Een van de redenen hiervoor is, dat in de adolescentie de resultaten van de eerdere ontwikkelingsfasen gecomprimeerd tot uitdrukking komen. Aanvankelijk maakte deze eigenschap de studie van deze fase minder interessant. Het psychoanalytisch inzicht raakte echter tot de diepe overtuiging dat de adolescentie staat voor een essentieel ontwikkelingsmoment met kansen voor het ten goede keren van wat eerder in de ontwikkeling fout ging.

Sucaets bijdrage maakt duidelijk dat verder twee verwante ideeën centraal staan in het psychoanalytisch denken over de adolescentie, namelijk de losmaking van de ouders (de 'tweede separatie/individuatie') en de crisis die dit teweeg brengt.

Nicole Vliegen legt vervolgens in een individuele bijdrage de theoretische accenten iets anders en plaatst ze in verband met het ontstaan van nieuwe cognitieve mogelijkheden. Zij stelt de ontwikkelingstaken centraal van de ontwikkeling van een (seksuele) identiteit en het vinden en innemen van een plek in de generaties. In het tweede deel van deze bijdrage illustreert Vliegen haar ideeën aan de hand van de beschrijving van een casus. Uit de titel van de bijdrage blijkt haar centrale metafoor voor de adolescentie: wanneer de vulkaan uitbarst.

Irene Mettrop, een Nederlands analytica, presenteert eveneens een casus en belicht zo belangrijke aspecten van de (psychoanalytisch) therapeutische praktijk waarin de losmaking van de ouders, als een tweede separatie/individuatie, centraal staat.

Mark Kinet traceert de gevolgen van een onvoldoende benutte adolescentie bij volwassenen. In de kliniek waar hij werkt, komen volwassen patiënten met wat ook wel een midlife crisis wordt genoemd. Als wezenlijk kenmerk hiervan ziet hij de verlate confrontatie van kinderlijke fantasieën en mogelijkheden met de realiteit van het menselijk tekort en het geslachtelijk onderscheid.

Dergelijke problematiek kan ook tot uitdrukking komen in de ouderlijke relatie met opgroeiende kinderen. Lut De Rijdt benadert de adolescentieproblematiek vanuit de re-

latie tussen de adolescent en diens ouders. De dilemma's en oplossingen om om te gaan met hun eigen adolescentie komen bij de ouders terug in de relatie en de confrontatie met hun kinderen die volwassen worden en kunnen die ontwikkeling belemmeren.

Nogal afwijkend is de bijdrage van de enige auteur die geen psychoanalytische achtergrond heeft. Marita de Sterck presenteert een vooral cultureel-antropologische kijk op de adolescentie. Zij bespreekt de 'krachtlijnen' die zij ziet in de initiatieriten van diverse stammen, verspreid over de wereld. Thema's in deze krachtlijnen zijn: de overgang naar een volwassen, vruchtbaar lichaam, de verwijdering van de ouders, het opnieuw symbolisch geboren worden en een 'plek' krijgen tussen voorgaande en komende generaties, binnen de cultuur en het wereldbeeld. De rituelen en gebruiken ensceneren en initiëren verder een confrontatie met de dood, met pijn, angst en wanorde en de beperkingen van het eigen zelf en stellen daar de esthetische ervaring, verbeeldingskracht en humor tegenover. De volwassene neemt hier een leidende rol en het geheel van rituelen benadrukt de onderlinge verbondenheid. De Sterck is behalve antropoloog ook kenner en schrijfster van jeugdliteratuur. In dit verband constateert zij een grote armoede aan initiatieriten in onze moderne samenleving. Ze eindigt met het stellen van een aantal vragen die op retorische wijze de verwaarlozing aangeven van de adolescent binnen onze cultuur.

Een drievoudig auteurschap zet vervolgens in wisselende samenstelling (Nicole Vliegen, Gaston Cluckers & Patrick Meurs versus Patrick Meurs, Gaston Cluckers & Nicole Vliegen), samenvattingen van twee groepen (analytische) auteurs tegenover elkaar. De eerste groep wordt vertegenwoordigd door vooral Britse analytici (met name Laufer en Laufer c.s.). Zij staan voor een traditie van de 'klassieke' analytische theorieën over de adolescentie. De nadruk ligt hier op de *developmental breakdown* of crisis die samenhangt met de tweede separatie/individuatie. De reeds gesignaleerde bijdragen van Sucaet, Vliegen, Mettrop en De Rijdt zouden mijn inziens hierbij onder zijn te brengen.

De tweede groep valt uiteen in een bespreking van het werk van Bergeret, een Frans analyticus, en van Frankel, een auteur die sterk door Jung en Winnicott is beïnvloed. Volgens Meurs, Gluckers en Vliegen voegen zowel Bergeret als Frankel duidelijk vernieuwende invalshoeken toe aan de psychoanalytisch theorievorming over de adolescentie. Bergeret doet dat met zijn concept *la violence fondamentale*. Dit staat voor een vitale oerkracht die gericht is op zelfbehoud en in wezen asociaal is. Deze kracht krijgt in de menselijke ontwikkeling tegenwicht van het libido, een even fundamentele kracht die eigenlijk weinig uitwerking krijgt in deze bijdrage maar vooral socialiserend lijkt te zijn. In de adolescentie neemt de vitale kracht om zich te laten gelden, toe en kan de overhand krijgen. Het resultaat hiervan kan tot uitdrukking komen in de diverse vormen van pathologie. Frankel zou vernieuwend zijn, omdat hij ten opzichte van de meer klassiek analytische benaderingen van de eerste groep, een ander perspectief aanbrengt. Hij benadert de adolescentie vanuit het perspectief van een volwassen identiteit en niet als het resultaat van vooral de eerdere ontwikkelingsgang. Van hem worden zijn opvattingen besproken over de adolescentie als (archetypische) initiatie en als zoektocht naar een persona waarbij potentieel destructieve krachten (in Jungiaanse termen schaduwaspecten) geïntegreerd moeten worden in de persoonlijk-

heid. Middelen hierbij zijn de relatie die in de therapie ontstaat tussen de adolescent en de (oudere) therapeut die ook als archetypisch begrepen kan worden (het puer-senex archetype) en, zeer innovatief in het kader van psychoanalyse, kunst- of creatieve therapie in de vorm van tekenen. Meurs, Gluckers en Vliegen zien met name Frankels benadering als complementair aan de klassieke psychoanalyse van de adolescentie.

Patrick Meurs en Nicole Vliegen leiden de bundel uit. Zij doen dit niet in de vorm van een nadere beschouwing van de verbanden tussen de overige bijdragen. Dit zou het meer een boek kunnen hebben gemaakt dan wat het nu is: een bundeling van bijdragen aan een studiedag. In de plaats van een nadere beschouwing gaan zij dieper in op de fundamentele kwetsbaarheid van de adolescent en hoe die vanuit de therapeutische relatie moet worden benaderd.

De bundel nodigt uit om verder na te denken over de overeenkomsten en verschillen tussen bijvoorbeeld de hulp en steun die volgens Meurs en Vliegen nodig zijn in de therapeutische relatie met de adolescent en het aspect van initiatieriten dat De Sterck onderscheidt als 'jongeren woorden geven' en 'jongeren thuis laten komen'. Reflectie over de overgangen tussen en de grenzen van wat universeel is en wat historisch, cultureel en plaatsgebonden, houd je in de optiek van deze bundel in contact met wat jong, onstuimig en enthousiast is in jezelf en met wat bij de adolescente patiënt speelt. Een opwekkende gedachte.

Victor Kouratovsky

Stevan M. Weine, *When history is a nightmare. Lives and memories of ethnic cleansing in Bosnia-Herzegovina*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1999. 261 pp. index, illustraties. , \$ 19.95 (paperback), \$ 41.50 (hard cover).

Stevan Weine is een bekende naam in kringen van behandelaars van trauma's bij vluchtelingen. Hij is schrijver van een twaalfstal artikelen over de behandeling van vluchtelingen in gerenommeerde tijdschriften zoals de *Journal of Traumatic Stress* en de *American Journal of Psychiatry*. Deze artikelen hebben de aandacht getrokken, omdat ze in zekere zin een aantal vermoedens hebben bevestigd. Zo stelt hij vast dat de diagnose posttraumatische stressstoornis die bij aankomst in de Verenigde Staten bij 75 procent van de Bosnische vluchtelingen gesteld wordt, na een jaar zonder behandeling nog maar bij 45 procent gediagnosticeerd wordt. Bovendien bleken bij de overgeblevenen de PTSS-symptomen sterk verminderd te zijn. Hij is ook de eerste die de getuigenismethode, ontwikkeld door Cienfuegos en Monelli in Chili in 1983, onderzocht heeft op zijn werkzaamheid bij vluchtelingen. Deze methode is een vorm van behandeling, waarbij de getraumatiseerde uitgenodigd wordt als een getuige te spreken over zijn ervaringen. De cognitieve verandering van slachtoffer naar getuige is hierbij erg belangrijk. In een open studie bleek de methode zeer effectief te zijn.

Op grond van zijn artikelen zou men kunnen vermoeden dat het boek een beschrijving geeft van epidemiologische gegevens en van onderzoek naar effecten van behandeling. Weine schrijft echter in zijn voorwoord dat het boek daar niet over gaat, en verwijst daarvoor naar zijn artikelen. *When history is a nightmare* heeft een heel andere

strekking. Het is veeleer een beschrijving van een aantal gebeurtenissen uit de oorlog in Bosnië en de achtergronden daarvan. De hoofdstukken zijn meer essays over de oorlog in Bosnië. Weine geeft hierin blijk van een enorme deskundigheid en belezenheid over Bosnië. Toch is het boek geen geschrift van een historicus, maar van een professor in de psychiatrie, en het draagt daarvan de kenmerken.

When history is a nightmare leest als een aanklacht tegen de Servische agressie en tegen de etnische zuiveringen. Weine neemt met andere woorden duidelijk stelling. Het boek is geen wetenschappelijke verhandeling over methoden om vluchtelingen te behandelen, en ook niet een afstandelijke historische blik op de recente geschiedenis. Veeleer lijkt het boek voortgekomen te zijn uit een zoektocht naar de achtergronden van zijn Bosnische cliënten. Hun getuigenissen door het hele boek heen en geven zo ook een blik op waar Weine naar op zoek is geweest. De weergegeven verhalen van de vluchtelingen maakt sommige gedeelten zwaar om te lezen. Het is bepaald geen ontspanningslectuur om pagina na pagina beschrijvingen te lezen van hetgeen tijdens de etnische zuiveringen heeft plaatsgevonden. Wat Weine siert is dat hij de verhalen niet voetstoots heeft aangenomen, maar toelicht met wat hij in zijn zoektocht aan feitenmateriaal heeft gevonden.

Weine schrijft in zijn voorwoord over zijn ontmoeting als Amerikaanse jood met de groep Bosnische vluchtelingen die in Chicago aankwam en daar hulp zocht in het centrum dat voor hen speciaal opgericht was. Vanuit zijn eigen achtergrond raakte hij bij hen betrokken: de overeenkomsten tussen de twee groeperingen, joden en Bosnische moslims, zijn tussen de regels door goed te lezen.

De meeste moslims waren vóór de Bosnische oorlog niet erg 'kerkelijk'. Slechts 17 procent beschouwde zich in 1985 als religieus. Ook was in die tijd één of de drie huwelijken een gemengd huwelijk. Overigens werden deze pas in de oorlog als gemengd gekenschetst. Men leefde samen op grond van wat in Bosnië *merhamet* werd genoemd. Dit is te vertalen als verdraagzaamheid. Uiteraard wordt hierbij de rol van Tito ook belicht. Hij streefde vanuit zijn communistische gedachtengoed er naar de verschillen tussen mensen en tussen groepen mensen weg te poetsen.

Weine stapt vervolgens direct over naar de ervaring van de Bosniërs in de oorlog. Hij accentueert daarbij de acute cultuuromslag die de mensen moesten maken: van het wonen tussen andere verdraagzame en vriendelijke mensen naar het plotseling beroofd, verkracht en vermoord worden door je eigen burens en collega's. Hij geeft hiervan vele getuigenissen. "Na zeven dagen van gevangenschap, kwam onze beste vriend. We moesten hem alles geven wat we hadden. Hij bracht ons naar ons huis, brandde het af en liet ons toekijken. Hij zei: 'Ik weet dat jullie geld en juwelen hebben. Geef me alles'." (p. 43, vertaling HR). Dit is één van de minder gruwelijke getuigenissen. De verhalen uit Omarska, het beruchte concentratiekamp dat een half jaar heeft gefunctioneerd en waar duizenden moslims, mannen en vrouwen, zijn omgekomen, doen je wereldbeeld wankelen. We wisten het wel enigszins, maar alles zo gedetailleerd te lezen maakt het nog erger.

In het tweede gedeelte van het boek beschrijft Weine vervolgens hoe de psychiatrie in Bosnië en Servië zich met de oorlog bezig ging houden. Dat was voor mij als psychiater het interessantste gedeelte van het boek. Hoe is er toch een sfeer geschapen waarin

gruwelijkheden konden plaatsvinden? Er waren weinig psychiaters in Bosnië, maar twee van hen speelden een grote rol in de politiek: Jovan Raskovic, de latere leider van de Servische Democratische Partij in Kroatië en Radovan Karadzic, de leider van de Bosnische Serviërs. De laatste staat nu hoog op de lijst van de te veroordelen oorlogsmisdadigers van het Tribunaal in Den Haag.

Weine heeft zowat al hun geschriften gelezen en geeft er een beschrijving van. Raskovic was in vakkringen zeer bekend door zijn artikelen, Karadzic niet, maar hij schreef veel gedichten. Raskovic blijkt veel geschreven te hebben over de Serviërs die verslagen waren in de strijd tegen de fascistische Kroaten, en daarbij aanwijzingen te hebben gegeven dat de strijd het beste middel was tegen oude gevoelens van onderdrukt te zijn. Na de oorlog heeft hij zijn excuses gemaakt voor het feit dat hij wellicht bijgedragen heeft aan de emoties die een rol speelden in het ontstaan van de oorlog (p.91). Wine beschouwt hem echter als één van de grote ideologen van het Servische nationalisme en dus als schuldig aan de etnische zuiveringen. Karadzic is een ander geval. Hij werd door zijn collega's als lui en een slecht dokter beschouwd. Al zijn patiënten kregen zowat dezelfde diagnose en behandeling. Ook zijn gedichten zijn matig, maar er spreekt wel een sterk nationalisme uit. Eigenlijk is het een wonder volgens velen om hem heen, dat deze man ooit psychiater en politicus is geworden.

In het derde gedeelte beschrijft Wine de periode ná de oorlog. Om niet in dezelfde valkuil als Raskovic te vallen staat hij uitgebreid stil bij methoden om weer verzoening te krijgen. Hij beschrijft de omstandigheden waaronder hij tot de keus is gekomen om de getuigenismethode te gaan toepassen. Hij tracht met de methode ook weer een nieuwe sfeer van verdraagzaamheid te creëren. Helaas ontbreekt hier een goede beschrijving van wat de methode precies inhoudt. Wat dat betreft schiet het boek als handboek voor psychotherapeuten tekort. In hoeverre neemt de behandelaar stelling, hoe en wat stimuleert hij, wat wordt er genoteerd en met wat voor doel? Met deze vragen blijft de lezer zitten. De getuigenismethode wordt zo enigszins gereduceerd tot het laten vertellen van verhalen, waar de therapeut als een neutrale toehoorder bijzit: tamelijk sponsachtig. Wat evenmin duidelijk wordt is wat hij nu met de getuigenissen doet. Blijven ze in de dossiers zitten of wordt er een databank mee gemaakt. En hoe verhouden zich de getuigenissen in psychotherapie tot de getuigenissen voor een rechtbank, zoals een oorlogstribunaal? Men kan zich voorstellen dat het de getuigen een beter gevoel geeft als de getuigenis leidt tot de juridische vervolging en veroordeling van een dader. Hierover brengt Wine echter niets in discussie. In een hoofdstuk laat hij wel nog de kunstenaars aan het woord die de verwoesting, maar ook de nieuwe hoop gestalte proberen te geven in Bosnië. In het boek staan een aantal voorbeelden van hun kunst afgedrukt. Hij eindigt met nieuwe hoop uit te spreken op een ontwakend Bosnië.

Het boek biedt een rijke blik op de gebeurtenissen in Bosnië vóór, tijdens en na de oorlog. Er zijn veel persoonlijke getuigenissen in opgenomen. Wine geeft blijk van veel kennis van de Bosnische samenleving. Als leerboek voor psychotherapeuten is het niet geschikt. Alleen het zevende hoofdstuk over de achtergronden van de getuigenismethode is voor hen leerzaam. Er zijn echter betere beschrijvingen te vinden van de getuigenismethode. Maar ook is het nodig deze methode nog verder theoretisch te verankeren, en wetenschappelijk als werkzaam te bewijzen. Pogingen daartoe worden nu

ook in Nederland gedaan. Dat kan bijdragen aan de vele psychotherapeutische ervaringen die Weine heeft opgedaan. Ondertussen zou Weine een goede uitgever kunnen gebruiken: iemand die hem duidelijk maakt voor wie hij schrijft en met wat voor doel. Nu is de doelgroep enigszins duister. Voor historici is het boek wellicht te weinig afstandelijk, voor psychologen te weinig gedetailleerd, en voor antropologen te weinig diepgaand. Eenieder kan echter vrijelijk uit het boek halen wat hem of haar interesseert. Het is een rijk overzicht geworden.

Hans Rohlof

Roy Willis, *Some spirits heal, others only dance*. Oxford: Berg, 1999, 220 pp. Prijs: £ 14.99

Rondom de zuidelijke punt van het Tanganyika Meer, gedeeltelijk in Zambia en gedeeltelijk in Tanzania, ligt Ulungu, een gebied zo groot als één-derde van Nederland en het thuisland van de Lungu. Roy Willis heeft er in 1990 onderzoek gedaan en was geboeid geraakt door de vitaliteit van de traditionele religieuze instituties. Daarin staken de Lungu nogal af bij de hen omringende volkeren, zoals de Fipa in Tanzania, bij wie de auteur drie decennia eerder zijn carrière als antropoloog begonnen was. Een buitengewoon geschikte plek dus, zo legt Willis op de tweede bladzijde van zijn boek uit, om de hypothese te testen dat het 'authorial self' (vrij vertaald: het zelf als auteur) van Anthony Cohen overeenkomt met dat wat Edith Turner als de 'werkelijkheid van geesten' benoemt. Dat vergt enige uitleg.

Cohen stelt dat mensen een verborgen 'zelf' hebben dat slechts gekend en onderzocht kan worden voor zover het wordt weerspiegeld in maatschappelijke vormen en handelingen, maar dat daar niettemin aan vooraf gaat, als auteur van het eigen levensscript. In tegenstelling tot Giddens die dit auteurschap opvat als reflexief – mensen (re)construeren in reactie op maatschappelijke veranderingen voortdurend het eigen verhaal – ziet Cohen dit 'zelf' als (pro)actief, creatief en motiverend. Cohen breekt daarmee met gangbare antropologische interpretaties die het zelfbewustzijn van individuele leden van een samenleving reduceren tot een afgeleide van sociale instituties. Maar, vraagt Willis zich in navolging van Edith Turner zich af, als het zelfbewustzijn van mensen oorspronkelijk is, geldt dit dan ook niet voor geesteswezens, zoals die in Afrika worden beleefd? Ook die worden immers gewoonlijk alleen waargenomen in hun maatschappelijke reflecties zoals culten en fenomenen van geestesbezetenheid, en vervolgens door antropologen als afgeleiden daarvan beschouwd. Als we nu aan nemen dat geesteswezens wel degelijk bestaan, en voorafgaan aan door mensen geconstrueerde instituties, hoe verhoudt zich dan het verborgen menselijk zelfbewustzijn tot die verborgen geesteswezens? Tot de niet geringe verbazing van Willis kreeg hij voor dit welhaast occulte onderzoek een beurs en reisde hij in 1996 af naar Zambia.

Het eerste hoofdstuk weerlegt de kritiek dat antropologen de mensen bij wie en met wie ze onderzoek doen geen zelfbewustzijn toekennen. Het introduceert zijn assistenten, in het bijzonder mijnheer Chisanga (BC), als een intelligente, zelfverzekerde en bij tijden charismatische persoonlijkheid, met uitgebreide contacten onder alle lagen van

de Lungu. Een toegewijde en uitstekende vertaler van zijn eigen cultuur – de man assisteerde al antropologen sinds de jaren vijftig – maar tevens iemand die er zelf niet in slaagde te voldoen aan de belangrijkste norm voor een volwassen Lungu: een stabiel huishouden te vestigen. Juist dat ontwortelde maakt zijn senior-assistent tot zo'n goede verteller en vertaler, zo overpeinst Willis, en hij vergelijkt hem met andere beroemde onderzoeksassistenten, de Mexicaanse Don Juan van Casteneda, de Ndembu Muchona van zijn eigen leermeester Victor Turner. De tweede assistent, mijnheer Sikazwe, was niet alleen een lokale politicus, maar ook een traditionele genezer, en voldeed daarmee aan Willis' wens om een assistent te krijgen die thuis was in de geestenwereld. De derde werd Sylvia Nanyangwe, een alleenstaande marktvrouw, moeder van twee kinderen, met een onafhankelijke geest. De hierna volgende hoofdstukken zullen niet alleen het antropologisch avontuur onder genezers en geesteswezens verhalen, maar vormen ook een spannend relaas van de dramatische verwickelingen tussen deze drie karakters en de auteur in het Ulungu Research Project, zoals Willis zijn onderneming doopte.

Het tweede hoofdstuk beschrijft het familiale universum van de Lungu, de wereld van gedeelde verwantschap. Terwijl de auteur de ritjes in de Peugeot 403 voornamelijk beschouwde als een manier om zo snel mogelijk van A naar B te komen, vormden ze voor zijn assistenten aanleidingen voor talrijke ontmoetingen met verwanten, en eindeloze discussies over huwelijken, sterfgevallen, erfenissen en de daar bijna altijd mee gepaard gaande kwaaddoenerij. Verwantschap is bij de Lungu ruim bemeten. Zij kennen ongeveer veertig patrilineaire afstammingscategorieën, waarbij de termen voor vader en moeder verwijzen naar alle mannen en vrouwen die binnen de patriline in dezelfde genealogische verhouding tot de ik-persoon staan. Alle kinderen van deze mannen en vrouwen zijn broers en zussen, waarmee de ik-persoon bijgevolg niet kan trouwen. Willis geeft een beschrijving van de dynamiek van verschillende relatiepatronen, de wederzijdse afhankelijkheid en kenmerkende conflicten tussen de vaderlijke en moederlijke lijn (de bruidsnemers en bruidsgivers) en de rituelen die grenzen tussen families, tussen de levenden en de doden en de overerving bewaken. Meer uitgebreid wordt een ritueel beschreven waarbij de erfgenaam van de gestorvene diens identiteit overneemt, of meer correct 'erbij neemt', een eerste verwijzing naar het thema van het 'zelf' dat grenzen van ruimte en tijd, en de grenzen met het andere overschrijdt.

Lungu percepties van tijd en ruimte worden in het derde hoofdstuk beschreven aan de hand van etnografisch materiaal uit het eerdere veldwerk. De opdracht van dat onderzoek was een beschrijving van de sociaal-historische instituties van de Lungu. Het bracht de auteur vooral in gesprek met officiële vertegenwoordigers van de Lungu: hoofdmannen en priesters. Deze twee groepen produceren ook de twee contrasterende verhalen over het ontstaan van de Lungu natie, die de kern van dit hoofdstuk vormen. Israël Kasomo, oudste van Ulungu, beschrijft een lineaire temporele ontwikkeling vanuit een situatie van chaos, orde en hiërarchie. Centraal thema is de ontmoeting tussen twee radicaal verschillende typen samenlevingen: binnenkomende groepen wier leiders hun autoriteit ontlenden aan hun afstamming van een vergoddelijkte voorouder en reeds in het gebied gevestigde groepen bij wie de priesters aan de macht zijn, die deze ontlenden aan territoriale geesteswezens en haar uitoefenen vanuit plaatselijke heilighdommen. In het scheppingsverhaal van Paul Kaongela, senior priester van zo'n

heiligdom, domineert de ruimtelijke dimensie over de, hier overigens circulair opgevatte, tijd. Willis maakt aanschouwelijk hoe het relaas van de hoofdmans aanzet tot een vergelijking met wat uit de koloniale geschiedschrijving en archeologische bronnen bekend is, tot een reconstructie van een tijdspad van verleden naar heden. Daarentegen geeft het relaas van de priester aanleiding tot een steeds dieper gravende structuralistische analyse die het begrijpen van de symbolische dimensie van de Lungu samenleving ten doel heeft.

In 1996 vormen meer informele praktijken rond geesteswezens het focus van het onderzoek. Maar anders dan narratieve reconstructies van het verleden treden *ngulu* sessies, waar geestesbezetenheid wordt gediagnosticeerd en genezen, niet op aanvraag op. Dat probleem wordt opgelost in een bijzondere etnografische keuze: het onderzoeksteam gaat zelf *ngulu* sessies organiseren. De titel van het hoofdstuk waarin Willis deze verwickelingen beschrijft, heet toepasselijk: *Making ethnography*. Voor de eerste sessie worden een genezer en drummer ingehuurd en gelukkig dient zich vanzelf een patiënt aan, een jonge vrouw bij wie *ngulu* geesten worden vermoed. Hoewel de authenticiteit van de geesten door de genezers nogal betwijfeld wordt, zijn de auteur en zijn senior-assistent zeer onder de indruk van het ritueel drama, en dan in het bijzonder van het feit dat door hun beider inspanningen een fundamenteel, maar onderdrukt element van de Lungu culturele identiteit op krachtige wijze voor een nacht en een dag tot leven is gebracht. Dit is het begin van een opwindende experimentele manier van antropologie bedrijven. Willis besteedt geen tijd aan de morele vragen die zo'n antropologie op zou kunnen roepen. Het organiseren van rituelen bevredigt de behoefte van zijn assistent om zijn cultuur in het voetlicht te zetten, en voor hemzelf leveren de rituelen interessante vragen op. Zoals deze: waar is de sociaal-structurele dimensie gebleven die volgens zijn leermeesters van de Britse structuralistische school in dergelijke rituelen domineert? Waar zijn de sociale conflicten? De enige oplossing is meer van zulke betaalde rituelen te organiseren.

Van de vijf rituelen die hierna beschreven worden, zijn er drie om verschillende redenen vanuit de visie van Willis 'mislukt': er is geen patiënt voorhanden, de genezers komen niet opdagen, de 'atmosfeer' is niet goed. Bij twee sessies beleeft Willis zelf een toestand van veranderd bewustzijn: "We are all related, different versions of each other, but there are no fixed boundaries to selfhood, there is a permeability and flexibility between self and other, an infinite reflexivity, and again this sense of everything flowing within the all-encompassing rhythm of the drum". Na een sociohistorische discussie van de *ngulu* cultus in relatie tot andere 'cults of affliction' in Zuidelijk Afrika, komt Willis tot de kern van zijn opvatting over *ngulu*. Je verbinden met *ngulu* geesten betekent je verbinden met dat wat buiten de alledaagse wereld ligt, dat wat buiten de complexe en conflictueuze wereld van verwantschap ligt. *Ngulu* geesten zijn de belichaming van het andere, het wilde, de nacht, de bush. *Ngulu* geesten zijn wilde dieren die hun menselijke prooi, de patiënt, verslinden. Maar het is een geweld dat tot transformatie leidt, als de verslondene ten slotte de verslinder wordt, als de patiënt uiteindelijk de geest belichaamt.

Het hoofdstuk wordt besloten met een discussie van geestesbezetenheid als subjectieve ervaring. Willis verbindt twee contrasterende interpretaties met elkaar: de op het

individuele lichaam gerichte reductionistische verklaring in termen van neurofysiologische processen bij trance, en de op het sociale fenomeen gerichte verklaring in termen van 'communitas', een ritueel geïnduceerde toestand van veranderd bewustzijn, waarin de grenzen tussen het individu en de ander worden opgeheven. Op basis van zijn eigen subjectieve ervaring oppert Willis dat de interactieve 'atmosfeer' tijdens een ritueel een beslissende invloed heeft op de processen in het brein van groepsleden. Hij zoekt steun voor deze gedachte bij nieuwe theorieën over de werking van het brein, die laten zien dat neurofysiologische processen niet alleen oorzaak zijn van toestanden van de geest, maar dat het omgekeerde evenzeer geldt. Voortbordurend op Friedson, beschrijft Willis hoe door de ervaring van een intersubjectieve werkelijkheid een uitbreiding van het zelf ontstaat. Voor Willis is die uitbreiding echter meer dan het opheffen van sociale structuur, van de beperkingen van tijd en ruimte en de grenzen tussen individuen zoals Victor Turner dat met zijn begrip *communitas* aanduidde. De uitbreiding van het zelf kan uiteindelijk leiden tot een fusie met entiteiten die het menselijke overstijgen, met de geesteswezens die in feite de 'raison d'être' van deze rituelen vormen.

De wereld van geesteswezens is echter ook die van de kwade geesten, de wereld van hekserij. Bij de *ngulu* sessies zag Willis geen geesteswezens, behalve dan zoals dansende genezers en patiënten ze belichaamden. De kwade geesten die hemzelf en andere leden van zijn team gezonden worden, ziet hij tot zijn ongenoegen echter wel. Zijn senior-assistent wordt er ernstig ziek van. Gelukkig slaagt een in aller ijel te hulp geroepen genezer het kwaad uit te drijven. Met BC aan de beterende hand beginnen verklaringen zich op te dringen. Heeft de kok hem vergiftigd, of heeft de tweede assistent hem uit jaloezie een kwade geest gestuurd? De familie van de senior-assistent raakt betrokken, het kost weinig of de kok wordt aangevallen door BC's familie. Anders dan in relatie tot *ngulu* wil Willis zich hier niet wagen aan een conclusie. Hij houdt het erop dat kwaaddoenerij een metafoor is voor de chaos waaruit sociale relaties bestaan.

Genezers zijn de aangewezen personen om deze chaos te bestrijden. Op basis van een survey onder meer dan tweehonderd Lungu genezers beschrijft hoofdstuk 6 hun activiteiten en de betekenis die zij daar zelf aan geven. Hoewel er grote verschillen tussen genezers zijn, blijkt er een duidelijk verband tussen dromen, communicatie met geesteswezens en de wildernis, de bush. Voor het thema van dit boek is vooral belangrijk dat genezers zich bewust zijn van een radicale verandering van het zelf. In hun zelfbewustzijn zijn dimensies die voor normale mensen gescheiden blijven, met elkaar verbonden. Genezers bewegen van het dorp naar de wildernis, van sociale relaties naar ecologische relaties en van een wakker naar een dromend bewustzijn. Geïnduceerd door een catastrofe leiden deze drie wegen tot een definitief veranderd bewustzijn, een bewustzijn van een uitgebreid, maar ook intern verdeeld zelf. Want de genezer is zowel de dorpsbewoner met omschreven sociale rollen, als het ecologische wezen met toegang tot geesten, voorouders, en de niet-menselijke krachten van de wildernis.

In het laatste hoofdstuk onderzoekt Willis de implicaties van dit gegeven voor hoe het menselijk zelf en het fenomeen van geesteswezens moeten worden verstaan. Daarvoor vindt echter een intermezzo plaats waarin hij het dramatisch verloop van de relaties in het onderzoeksteam beschrijft. De komst van zijn vrouw Mary heeft een katalyserende werking op het team. Onderliggende problemen in de relaties tussen de

medewerkers komen heftig naar boven in roddels en wederzijdse beschuldigingen, waarbij de senior-assistent steeds meer het focus wordt van negatieve gevoelens en verdenkingen. Uiteindelijk overtuigd van de kwade bedoelingen en manipulaties van de man die tot dan zijn beste makker was, doen Willis besluiten BC definitief te ontslaan, tot grote opluchting van de achterblijvers, Willis inclusief.

In het slothoofdstuk trekt Willis conclusies over het kosmisch drama van het Lungu 'zelf' dat uit zijn dagelijkse en familiale beslommeringen en veiligheden ontwaakt en zich verbindt met het essentieel andere. Willis volgt Cohen in het onderscheid tussen het 'zelf' als ervarend menselijk wezen en de 'persoon' als het sociaal geconstrueerde concept van dit wezen. Het menselijk 'zelf' wordt gekenmerkt door zijn morele plasticiteit en de mogelijkheid een oneindig aantal rollen op zich te nemen. Voor Cohen is het 'zelf' daarin meester en motivator van het eigen script in een gegeven sociale context. Willis gaat een stapje verder. Hij meent op basis van zijn veldwerk te kunnen concluderen dat het authentieke zelf een aangeboren vaardigheid heeft om de beperkingen van het sociale te overstijgen, oftewel om het parasociale en paramenselijke (let op de variaties op de term paranormaal) te omhelzen. Gebaseerd op de universele impuls van het menselijk organisme om zich situationeel met anderen te verstaan, is de mens niet alleen in staat tot het creëren en handhaven van intersubjectieve realiteit, maar ook tot een verder reiken dan het intermenselijke. De uitkomst van dit expansief proces is een paradoxaal zelf: verdeeld en pluraal, maar tegelijkertijd geïntegreerd. Genezers oscilleren tussen gelijktijdig tegengestelde en complementaire werelden.

Het hoofdstuk besluit met een discussie van de beperkingen van het westers dualistisch denken. Het veldwerk heeft Willis bevestigd in zijn mening dat het menselijke creatieve zelf en 'het andere' van geesteswezens nauw verbonden zijn. Tegelijkertijd is hij er zich meer dan ooit van bewust geworden dat de conceptuele taal om deze verbondenheid te analyseren en begrijpen vooralsnog ontbreekt.

Dit boek leest als een trein. Het is boeiend geschreven, en dat betreft zowel de verwickelingen in het team als de beschrijvingen van de Lungu samenleving en rituelen. De hoofdstukken waarin Willis theoretische problemen en hete hangijzers van de religieuze en symbolische antropologie van Afrika ter hand neemt, zijn zeer de moeite waard. Dat betreft bijvoorbeeld het hoofdstuk waarin de twee ontstaansmythen van de Lungu worden geanalyseerd, en de kritische beschouwing van Turners begrip *communitas* en fenomenen van trance. Een boek om over na te denken, inderdaad, een antropologisch avontuur.

Het boek heeft mij ook verward. Het is op meerdere manieren complex. Dat betreft in de eerste plaats de vorm. In deze etnografie domineert een (post)moderne stijl van presenteren, met een ruim gebruik van dagboekfragmenten en een auteur die zichzelf en de andere veldwerkpersonages – overigens niet altijd van hun beste kant – aan de lezer laat kennen. Dit wordt afgewisseld met theoretische vertogen, in klassieke stijl gevoerd, over thema's die in de Afrikanistiek ook welhaast klassiek te noemen zijn, en in conversaties met gerespecteerde Ouden als Durkheim, Evans-Pritchard, Turner en Eliade. Na het boek twee keer gelezen te hebben, ben ik er nog steeds niet van overtuigd dat etnografie en analyse op elkaar aansluiten. Eerder ben ik mij gaan afvragen of de opvallende stijlsprongen geen losse eindjes in het betoog verhullen.

Een zo'n los eindje is de betekenis van de soms vermakelijke, maar uiteindelijk pijnlijke verwickelingen in het onderzoeksteam voor het betoog. De idealisering van BC, de senior-assistent, en later diens dramatische val van zijn voetstuk in het voorlaatste hoofdstuk, worden spannend beschreven, maar nauwelijks in de analyse betrokken. Als de eerste verdachtmakingen optreden, waagt Willis zich nog aan een nogal naïeve structuralistische analyse van de machtsrelaties en motivaties van teamleden, maar voor het overige worden de gebeurtenissen louter beschreven: die beschuldigt die en dan beschuldigt die weer die, en daar voelde ik dat en dat bij. Maar was het voor het welslagen van het project soms nodig dat de assistent als zondebok uitgedreven werd? En belangrijker: nu heeft Willis eindelijk het sociale conflict waar hij in de *ngulu* sessies zo naarstig naar op zoek was, en dan legt hij een verband noch met de geestenwereld, noch met de motivatie van BC, die in deze gebeurtenissen toch een opvallend (pro)actief 'zelf' laat zien. Dat maakt de lezer benieuwd naar de mening van BC over de gebeurtenissen. BC's interpretatie – Willis noemt het terloops – dat de andere teamleden Willis hebben behekst, lijkt me adequaat. Aan de auteur kan een wat naïeve ontvankelijkheid voor roddels zeker niet ontegensproken worden.

Een tweede los eindje houdt hiermee verband. Als zelfbewustzijn met geesteswezens in verband gebracht kunnen worden, waarom dan alleen met de *ngulu* geesten, de ecologische geesten die behulpzaam zijn bij genezing? Heeft het menselijk zelf ook niet een aangeboren vermogen zich uit te kunnen breiden tot kwade entiteiten? Deze vraag wordt door Willis geschuwd, en dat terwijl de geesten die Edith Turner en hijzelf met eigen ogen zagen, nu juist kwade geesten waren. Mogelijk speelt hier een rol dat Willis zelf aan de 'goede' kant, als genezer actief is. Levensbedreigende ziekten en bijna-doodervaringen tijdens zijn vroeger leven als journalist in Egypte en Zambia in de jaren veertig en vijftig, vormden een voorbode van experimenten met bewustzijnsverruimende middelen en een gedreven zoektocht naar occulte wijsheid in de jaren tachtig. Als 56-jarige ontdekte hij bij toeval – eigenlijk deed hij undercover onderzoek naar een alternatieve genezer – dat hij zelf genezende krachten bezat. Naast zijn wetenschappelijke activiteiten aan de universiteit van Edinburgh heeft hij sinds zeventien jaar een succesvolle neo-sjamanistische praktijk. Willis is niet de eerste westerling die in het domein van paranormale genezing alleen het discours met betrekking tot goede krachten omarmt, en zich aan uitspraken over de werkelijkheid van het kwade liever niet waagt.

Blijft de vraag of het betoog van Willis overtuigt. De *à priori* aannames van de lezer over geesteswezens zullen hier een rol in spelen. Het wel of niet werkelijk bestaan van dergelijke entiteiten onttrekt zich per definitie aan de sociaal-wetenschappelijke methode. Het boek is dus meer dan een antropologische studie. Anderzijds is mogelijk, dat dit boek de werkelijkheid zoals de Lungu die ervaren, dichter benadert dan een studie die zich tot de conventionele methoden en theorieën beperkt. In die zin stelt dit boek essentiële vragen over de bruikbaarheid van de antropologie om fenomenen van geestesbezetenheid, meer in het algemeen religieuze fenomenen te onderzoeken. Alleen daarom al is deze studie de moeite van het lezen waard.

Ria Reis

Jean Pierre Wils (red.), *Pijn en lijden*. CEKUN Boekenreeks nr. 4. Best: Damon, 1998. 109 pp. f 21.50.

Het is een nare gewoonte van recensenten om vooral te schrijven over datgene wat niet in het boek staat. Na de lezing van *Pijn en lijden* gingen mijn gedachten eerlijk gezegd ook onmiddellijk in die richting. Daar is wel een reden voor, want op de achterflap staat dat er slechts weinig sporen zijn van werkelijk lijden in de theologie en filosofie. Men vermoedt dan dat dit boek wel op dat werkelijke lijden in zal gaan en wordt vervolgens teleurgesteld als dat niet zo is.

In het boek zijn vier essays opgenomen van respectievelijk een medicus (Crul, hoogleraar pijnbestrijding), een hoogleraar dogmatische theologie (Häring), een universitair docent hindoeïsme en boeddhisme (Van de Velde) en een hoogleraar moraaltheologie (Wils). Het boek is uitgegeven door het CEKUN, het centrum voor ethiek van de KUN. Alle auteurs zijn aan de KUN verbonden.

Men zou verwachten dat de ervaringen uit de praktijk het meest aan bod zouden komen in de bijdrage van de medicus. Helaas is deze bijdrage de zwakste. Via het obligate 'van Hippocrates tot heden' medische continuüm, maar dan met grote hiaten en zonder de natuurwetenschappelijke finesses van de huidige inzichten in pijn, en een onuitgewerkte casus, eindigt deze bijdrage in een klaagzang over de ontkerstende samenleving en het verloren gaan van oude waarden. Het is jammer dat er geen verband is gelegd tussen de medische ervaring met pijnlijders en het betoog van Wils, waarmee het boek eindigt. Deze laat op overtuigende wijze zien aan de hand van literaire, veelal autobiografische teksten, dat het raadsel van de pijn precies is dat wij onder andere pijn nodig hebben om iemand te worden en het tegelijkertijd kunnen missen als kiespijn. In dit verband wordt Wittgenstein, op een enkel motto na, net zoals Rosenzweig overigens pijnlijk gemist in deze bundel. Het betoog van Wils toont de werkelijkheid van pijn zonder al te veel in een cultuurpessimisme te vervallen.

Een zelfde soort benadering lijkt Häring te kiezen, maar zijn betoog is voor mij te zeer binnen de katholieke traditie dat ik daar een gedegen oordeel over kan vormen. Uit zijn betoog wordt duidelijk dat lijden, pijn en erfzonde geen onverbreekelijke drie-eenheid is in de katholieke traditie. Er zijn ook andere interpretaties mogelijk die de andere, mensonterende kant van pijn naar voren brengen. Toch lijkt bij hem, net zoals bij Crul, ook de veel gedebiteerde opvatting door te schemeren dat de moderne westerse mens vervreemd is van zijn lichaam en zijn lichaam als een object beschouwt. Een dergelijke opvatting vooronderstelt altijd een vastgestelde natuur (of een paradijs) van de mens, hetgeen met Nietzsche en de neurobiologie betwifelbaar is. Bovendien is het een niet op empirische feiten gestoeld waardeoordeel over onze cultuur dat eerst maar eens bewezen moet worden. En als het bewezen is, kan er pas gediscussieerd worden over de vraag of het ook slecht is. Bij dit essay zou het overigens interessant geweest zijn om deze inzichten te verbinden met de werkelijkheid van pijn in de pastorale praktijk.

Het derde essay handelt over pijn en lijden in het hindoeïsme en het boeddhisme en heeft een hoog informatief gehalte over de opvattingen binnen deze religies. Meest interessante punt is de gedachte dat de mens geen greep kan hebben op de situatie waarin

hij of zij leeft. In onze psychologische begrippen een externe locus of control heeft. Omdat in onze cultuur (althans in de psychologie) geldt dat psychische gezondheid vooral samengaat met een interne locus of control, vroeg ik mij onmiddellijk af hoe de pijnbeleving in de praktijk van beide culturen er uit ziet. Hier zou een vergelijkende antropologische beschouwing op zijn plaats zijn geweest.

Maar zoals gezegd, er valt altijd wel wat te zeggen over wat er niet staat. Als we dat vergeten blijft er een boek over met twee voornamelijk informatieve en theoretische essays over religieuze opvattingen, een overpeinzing van een medicus en een prikkelend en helder essay over de paradoxale werkelijkheid van pijn. Het is vooral dit laatste essay dat ik van harte aanbeveel.

Arko Oderwald