

Boekbesprekingen

Waqar I.U. Ahmad (ed.), *Ethnicity, disability and chronic illness*. Buckingham: Open University Press, 2000. 154 pp. £18.99 (paperback), £ 55,- (gebonden).

Een opvallende leemte in de bestaande literatuur rond etniciteit en gezondheid betreft het onderzoek naar (de beleving van) handicaps en chronische ziekten bij etnische minderheden, en naar de wijze waarop de hulpverlening met allochtone gehandicapten, chronisch zieken en de mensen die voor hen zorgen, omgaat. Ahmad brengt dat in het in het eerste inleidende hoofdstuk van dit boek in verband met het feit dat de geneeskunde handicaps te zeer heeft geconceptualiseerd als een individueel, persoonlijk drama. Weinig aandacht gaat naar de sociale en culturele context waarbinnen een stoornis een zin en betekenis (eventueel een stigma) krijgt. In het boek ligt de klemtoon op de processen van betekenisgeving die zowel bij hulpverleners als allochtone gehandicapten bestaan en hoe die zich verhouden tot de beleving en het omgaan met handicaps.

In het tweede hoofdstuk beschrijven Katbanna, Bhakta en Parker de percepties van handicaps en het zorgen voor gehandicapten in de Zuid-Aziatische gemeenschappen in het Verenigde Koninkrijk. Het gaat hierbij om Punjabi Sikh, Gujarati Hindu en moslims uit Bangladesh en Pakistan. Hun bijdrage is gebaseerd op een survey uitgevoerd onder 105 personen die een gehandicapt familielid verzorgden. Er blijken veel parallellen te bestaan tussen de beleving en het omgaan met handicaps bij de betrokken minderheden en autochtone bevolking. Ook in onderzoeksgroep stelt men immers vast dat handicaps sterk gestigmatiseerd zijn. Dit leidt tot sociaal isolement van de gehandicapte en in veel gevallen ook van hen die voor hem zorgen. Tussen en binnen de verschillende groepen blijkt er een grote variatie te bestaan aan opvattingen over het ontstaan en de betekenis van handicaps, gaande van een geschenk van God tot een straf voor het begaan van een morele overtreding. Mannen die zich intensief bezighouden met de zorg voor hun gehandicapt familielid, worden vaak het voorwerp van spot, omdat ze met het opnemen van deze rol hun traditionele geslachtsrol doorbreken. Bovendien komt het nogal eens voor dat ze in het geval van een gehandicapt kind door hun omgeving onder druk gezet worden om hun vrouw te verlaten en te hertrouwen. Zij wordt immers vaak hiervoor verantwoordelijk geacht. In tegenstelling tot wat veel autochtone hulpverleners denken, blijkt de uitgebreide familie weinig steun te geven bij het zorgen voor de gehandicapte. Daar staat tegenover dat die er wel duidelijke ideeën op na houdt over de wijze waarop men met hem moet omgaan, en die ook kenbaar maakt. De mensen die voor een gehandicapt familielid zorgen, worden nogal eens bekritiseerd omdat ze, aangezien die zorg veel tijd in beslag neemt, niet in staat zijn om sociale verplichtingen na te komen.

In het derde hoofdstuk onderzoeken Ahmad, Atkin en Chamba de opvattingen van ouders van kinderen met sikkelcelziekte, thalassemie major en aangeboren doofheid over het ontstaan van deze aandoeningen. Ze vergelijken deze met die van hulpverleners. Centraal staan daarbij de ideeën over het huwelijk met verwanten (in de meeste gevallen neef/nicht) en de mogelijke bijdrage van dit gebruik tot het ontstaan van in het bijzonder sikkelcelziekte en thalassemie major. Beide ziekten komen zoals ook in Nederland en België bijna uitsluitend bij allochtonen voor. Dat feit heeft ertoe geleid dat het opzetten van een aangepast zorgaanbod voor deze vrij zeldzame, maar ernstige aandoeningen nooit voldoende aandacht binnen het Britse gezondheidsbeleid gekregen heeft. In plaats daarvan heeft de gezondheidszorg vooral de allochtonen zelf verantwoordelijk gesteld voor het optreden van deze aandoening. Het wordt in verband gebracht met de gebruikelijke (consanguïne) huwelijken tussen neef en nicht. De oplossing – en voor wie vertrouwd is met literatuur over etnische minderheden en gezondheid klinkt dit bekend in de oren – situeert zich dus in eerste instantie op het overnemen van althans een deel van de leefwijze/cultuur van de Britten. Mochten ze met partner buiten de familie trouwen, dan zou het probleem (althans gedeeltelijk) opgelost zijn.

In dit hoofdstuk onderzoeken de auteurs vooreerst de literatuur waarin een oorzakelijk verband gelegd wordt tussen consanguïne huwelijken en het optreden van thalassemie en sikkelcelziekte. Ze wijzen daarbij op een aantal niet onbelangrijke methodologische fouten. De belangrijkste daarvan is ongetwijfeld dat in sommige onderzoeken van de onderzoekspersonen niet bekend is in welke mate ze met elkaar verwant zijn. Dat maakt uitspraken over de gevolgen van die verwantschap op hun nakomelingen uiteraard bijzonder moeilijk. De auteurs concluderen hieruit dat de klemtoon die hulpverleners en onderzoekers leggen op het preferentiële huwelijk met verwanten als oorzaak van thalassemie in hoge mate ingegeven is door een racistisch discours. Binnen dit discours worden allochtonen in verband gebracht met disfunctionele gezinspatronen en ‘culturele pathologie’. De cultuur wordt gezien als oorzaak van de aandoeningen.

In het tweede deel van het hoofdstuk bestaat uit een analyse van gegevens verzameld tijdens interviews met 88 ouders van kinderen met sikkelcelziekte (25), thalassemie major (37) en aangeboren doofheid (26). Daarnaast worden gegevens uit interviews met 95 hulpverleners geanalyseerd. Zeer vaak blijken de ouders over te weinig informatie te beschikken over de aandoening van hun kind. Ouders van dove kinderen zijn niet overtuigd van de rol van consanguïniteit in het ontstaan van de aandoening. Tweederde van de ouders van kinderen met thalassemie major verwijzen tijdens de interviews wel naar dit verklaringsmodel. Opvallend en dramatisch is de vaststelling dat ouders de mededeling dat de kans dat een kind van hen met de aandoening geboren wordt 1 op 4 bedraagt, verkeerd interpreteren. Ze denken dat – wanneer ze een kind met deze aandoening ter wereld hebben gebracht – dit automatisch betekent dat de volgende drie daarvan bespaard zullen blijven. Ouders van kinderen met sikkelcelziekte vermelden consanguïniteit niet in het verklaringsmodel van de ziekte. Juist omdat de hulpverleners zo sterk de klemtoon op de onwenselijkheid van huwelijken met familieleden leggen, zijn de ouders verontwaardigd wanneer ze vaststellen dat de ziekte ook

voorkomt in gezinnen waarbinnen de partners niet verwant zijn. De relatie met de gezondheidswerkers wordt daardoor soms in aanzienlijke mate belast.

Het vierde hoofdstuk is een beschrijving van de wijze waarop jonge mensen met sikkelcelziekte omgaan met de behandeling van hun aandoening. Twee aspecten staan daarbij centraal: hoe proberen ze de grotendeels onvoorspelbare pijncrisis die deze aandoening kenmerken, te voorkomen, en hoe ervaren ze de behandeling wanneer ze tijdens een dergelijke crisis in het ziekenhuis opgenomen moeten worden. Aan de ene kant stellen Atkin en Ahmad vast dat non-compliance bij jonge patiënten met sikkelcelziekte, zoals ook bij andere jongeren met bepaalde chronische aandoeningen, een symbolische poging is om binnen de context van het volwassen worden aansluiting te vinden bij de normaliteit. Aan de andere kant blijkt de opvang in de ziekenhuizen tijdens een crisis in veel opzichten tekort te schieten. Patiënten moeten te lang wachten, de bij deze aandoening zeer belangrijke pijnbestrijding is inadequaet, hulpverleners blijken te weinig op de hoogte van de ziekte en de patiënt stuit vaak op weinig begrip bij de hulpverleners. De auteurs brengen dit in verband met institutioneel racisme. De gedachte heerst dat sikkelcelziekte een 'zwarte' ziekte is in de betekenis dat ze vooral zwarten afkomstig uit het Caraïbische gebied treft. Dit leidde ertoe dat het probleem niet de aandacht kreeg die het verdiende. Bovendien hanteren hulpverleners in hun omgaan met deze patiënten raciale of culturele stereotypen. Ze blijken ervan overtuigd dat zwarten een lagere pijndrempel hebben, en door overdreven uitingen van pijn de hulpverleners proberen te manipuleren om in het beste geval meer aandacht en in het slechtste meer geneesmiddelen te krijgen. Ten slotte zijn ze ervan overtuigd dat deze patiënten makkelijk verslaafd worden aan pijnstillers, een veronderstelling waarvoor geen empirisch bewijs bestaat.

Het vijfde hoofdstuk van de hand van Ahmad, Darr en Jones heeft de sprekende titel *I send my child to school and he comes back an Englishman*. Het behandelt de problematiek van de opvang van allochtone doven in Engeland. De Britse dovengemeenschap heeft zich nooit willen aansluiten bij de emancipatiebeweging van andere groepen gehandicapten. Ze profileren zichzelf als een linguïstische minderheid, die verdrukt wordt door een meerderheid van horenden die hun taal (British Sign Language [BSL]) niet beheerst. Binnen de dovenbeweging blijkt weinig ruimte voor etnische en religieuze diversiteit en is er sprake van racisme en discriminatie. Dit vertaalt zich in te weinig aandacht voor de problemen van allochtone doven. Het onderwijs speelt daarbij een centrale rol. Kinderen die naar speciale dovenscholen gaan, verwerven enkel BSL. Zij die wel kunnen praten, verwerven op dergelijke scholen hun moedertaal niet. Beide factoren leiden ertoe dat de communicatie tussen ouders en kinderen een problematische verloop kent. Doordat het aangeboden onderwijs bovendien erg 'eurocentrisch' is, hebben kinderen weinig toegang tot hun eigen cultuur en godsdienst. Bij de ouders merken we dat ze in extreme mate geconfronteerd worden een culturele vervreemding of acculturatie bij hun kinderen die hen beangstigt en boos maakt. Het is pas sinds het begin van de negentiger jaren dat allochtone doven zichzelf zijn gaan organiseren en aandacht voor hun specifieke problemen zijn gaan opeisen. Er blijken te weinig allochtone BSL-tolken voorhanden te zijn, wat de communicatie van allochtone doven met allerlei instanties bemoeilijkt. Allochtone BSL-tolken blijken,

net als interculturele bemiddelaars voor horende allochtonen, veel sneller een diepgaande vertrouwensband met hun cliënten te ontwikkelen dan autochtone BSL-tolken of hulpverleners. Ten slotte wijzen de auteurs op het feit dat BSL opzicht als taal eurocentrische en racistische trekjes vertoont. Voor veel 'etnische' fenomenen bestaan er geen tekens of hebben de tekens een negatieve connotatie. Autochtone BSL-tolken blijken – hoe vreemd dat ook moge klinken – 'non-verbale' signalen van allochtone doven 'die expressiever zijn dan de autochtonen' verkeerd te interpreteren als tekenen van agressie.

Chamba en Ahmad behandelen in het zevende hoofdstuk de problematiek van de communicatie tussen hulpverleners en ouders met een zwaar gehandicapt kind. Ze komen tot de vaststelling dat allochtone ouders vaak te weinig informatie hebben over de aandoening van hun kind, de oorzaken ervan en het te verwachten verloop. Minstens even belangrijk is de vaststelling dat ze minder toegang hebben tot voordelen, zoals de tegemoetkoming voor de meeruitgaven verbonden met het zorgen voor een gehandicapt kind, en tot allerlei hulp en ondersteuning die sociale diensten en zelfhulpgroepen hen zouden kunnen geven. Naast de behoefte aan informatie onderzochten de auteurs bij zeshonderd gezinnen ook de behoefte aan taalbijstand en de ervaringen die ze met tolken in de dienstverlening hadden opgedaan. Veel ouders die behoefte hadden aan taalbijstand, bleken een beroep te moeten doen op informele (onprofessionele) tolken. Wie een beroep kon doen op een professionele tolk was vaak ontevreden over de kwaliteit van zijn werk. Men verweet tolken te weinig kennis over de handicap, onnauwkeurig tolkwerk, het gebruik van te moeilijke termen en een gebrek aan empathie en betrokkenheid. Gehandicapte kinderen blijken frequent in het kader van hun eigen behandeling te moeten tolken, wat zowel door henzelf als door hun ouders als zeer belastend ervaren wordt.

Hoofdstuk zeven en acht behandelen ten slotte de ervaringen van gezinnen en gehandicapten met diensten die tot doel hebben hen te ondersteunen. In deze hoofdstukken brengen weinig nieuws. Samenvattend komt men tot de conclusie dat de hulpverlening aan allochtone gehandicapten en hun omgeving in een groot aantal opzichten beneden de maat is.

Ethnicity, disability and chronic illness geeft een interessant overzicht van de problemen waarmee allochtone gehandicapten en hun omgeving geconfronteerd worden. Verfrissend is het feit dat Ahmad en de andere auteurs oog hebben voor de opvattingen over de cultureel andere die bij hulpverleners bestaan, en hoe die het hulpverleningsproces in negatieve zin beïnvloeden. De verschillende onderzoeksresultaten roepen vragen op bij het begrip 'cultuurbarrière'. In het boek vinden we weinig aanwijzingen dat 'objectieve' cultuurverschillen, met uitzondering van de talenkennis, een belangrijke rol spelen bij het tot stand komen van de vastgestelde problemen in de hulpverlening. Het is veeleer de wijze waarop autochtone hulpverleners denken over de (waarde van de) cultuur van de allochtoon die een rol speelt. Het negatieve beeld van de cultuur van de allochtoon leidt tot 'blaming the victim', een aspect dat ook in de communicatie met de allochtone patiënt sterk naar voren komt en tot heel wat conflicten en spanning leidt. Racisme op individueel en institutioneel niveau belast verder de samenwerking tussen autochtone hulpverlener en allochtone patiënt of cliënt. Een en ander roept de

vraag op of er in het Verenigd Koninkrijk (maar ook bij ons) niet dringend nood is aan meer aandacht voor racisme in de hulpverlening.

Voor hulpverleners die allochtone gehandicapten onder hun patiënten tellen, is het boek ongetwijfeld nuttig om hen alert te maken voor een aantal problemen en valkuilen die zich in de begeleiding van deze mensen kunnen voordoen. Beleidsmakers in het domein van de gehandicaptenzorg kunnen zich naar aanleiding van het lezen van dit werk de vraag stellen in welke mate hun zorgaanbod aansluit bij de hulpvraag van allochtone gehandicapten en of het voor deze groep even performant is als voor de autochtonen.

Hans Verrept

Jurrit Bergsma, *Deze langdurige ziekte. Een zoeklicht op chronisch zieken en hun omgeving*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom. 232 pp. f 59,50.

Mijn kleinzoon van zes vroeg me hoe laat het was. 'Kijk maar omhoog', antwoordde ik. Hij zag de klok en zei dat het kwart over twaalf was. Het was een correct en adequaat antwoord. Spontaan liet ik mij ontvallen: 'Je lijkt wel een patiënt'. Waarop hij mij weer wazig aankeek en uiteraard niet begreep waar ik het over had. Ik heb het hem ook niet uitgelegd en moest zelf nog een poosje nadenken waarom mijn zinnetje er zo maar ongecontroleerd uitrolde (p. 150).

Dit is een citaat uit het boek van Bergsma, dat eigenlijk aan het begin van het boek had moeten staan. Het geeft precies de kernaspecten weer van een leven met chronische ziekten: autonomie, macht, informatie, hogere machten waartoe mensen in hun lijden zich vaak wenden, en onomkeerbaarheid van het ongeluk. Kwart over twaalf, te laat om er iets aan te doen? Dit laatste is precies waartegen de auteur stelling neemt. Hij is van mening dat mensen, ook degenen die aan een ernstige, dikwijls fatale chronische ziekte lijden, de mogelijkheden die ze hebben om hun leven met de ziekte toch zo goed mogelijk te maken, niet altijd volledig benutten. Bergsma is psychotherapeut en medisch psycholoog en heeft jarenlange ervaring in de gezondheidszorg. Zijn boek is volgens hem bedoeld om leemtes op te vullen in het denken over mensen als het op gezondheid en ziekte aankomt. Dat doet hij in een strak gestructureerd werk bestaande uit een kennismaking en zes hoofdstukken die allemaal dezelfde compacte opzet hebben: de persoonlijke verhalen – reflecties en evaluaties – consequenties – noten.

Het eerste hoofdstuk gaat over het ecologisch denken, dat de auteur opvat als een denken over het menselijk bestaan als een complexe wisselwerking tussen biologische, psychische en sociale factoren en de vitaliteit van mensen als onderdeel van hun ziekzijn. De daarop volgende hoofdstukken hebben als centraal thema autonomie, kennis en macht. Het tweede hoofdstuk gaat in op het belang van iemands verleden voor autonomie. Het volgende hoofdstuk behandelt de vraag in hoeverre een ernstige ziekte iemands autonoom bestaan belemmert. Het vierde hoofdstuk gaat daar naar mijn idee verder op in met een beschrijving hoe een psychotrauma iemands autonomie kan aantasten. Om het beeld genuanceerder te maken komt in het vijfde hoofdstuk het

perspectief van de medicus aan de orde. Het laatste hoofdstuk integreert het voorgaande en gaat in op de mogelijkheden het menselijk vermogen zo te ontwikkelen dat een betere kwaliteit van het leven kan worden bereikt.

Ik heb het boek met gemengde gevoelens gelezen. Aan de ene kant vind ik het een mooi boek van iemand die jarenlang met mensen die zeer ernstig ziek zijn heeft gewerkt en daar kennelijk niet ongeschonden, of beter nog onaangedaan, uit is gekomen. Aan de andere kant word ik soms wat geïrriteerd. De auteur is iemand die zeer nauw betrokken is bij zijn cliënten. Daar zit voor mij nu juist de moeilijkheid. Hoewel de auteur geen boek heeft gemaakt met leefregels, kan ik toch de misschien wat cynische gedachte niet van me afzetten dat het geheel een sterk pedagogische inslag heeft. Dat het misschien toch wel wat weinig de positie van de therapeut 'im Frage stellt', wat de indruk van held-vader enigszins versterkt. Zinsneden als "Nog meer moeten we voorkomen dat mensen zichzelf gaan veroordelen als hun gebed niet effectief is geweest" (p. 81) keren regelmatig terug. Wie zijn die 'we'? Wat betekent het? Mijn probleem hangt samen met de definitie van cultuur in het boek, of eigenlijk het ontbreken van een duidelijke omschrijving. De auteur wijdt een aparte paragraaf aan cultuur, omdat hij het belangrijk vindt dat mensen beseffen dat ze culturele wezens zijn. Daar heeft hij natuurlijk gelijk in. Maar uiteindelijk blijkt het dan de persoonlijke cultuur, die hij 'cultuurtjes' noemt en een belangrijke rol in de menselijke omgang spelen. Dat kan ik niet goed rijmen met opmerkingen over de schuldvraag, die toch zo duidelijk is gefundeerd in onze protestants-christelijke traditie. Ik denk dus dat aan de trits bio-psycho-sociaal nog een dimensie moet worden toegevoegd: de culturele.

Een ander probleem dat ik met het boek heb, is dat de auteur mensen in categorieën indeelt. Hij onderscheidt vier groepen mensen gelet op hun houding ten aanzien van leven en problemen: de informatie-mens die zich in de omgang beperkt tot het uitwisselen van informatie; de 'cultuurtjes'-mens die de wijze van omgang met anderen belangrijk vindt; de gevoelsmens die in menselijke relaties vooral het accent legt op zijn gevoelens en tot slot de betekeniszoeker die de zin achter de ziekte wil zoeken. Ik ben van mening dat mensen slechts zelden tot een enkele categorie behoren. Ik denk dat ze voortdurend switchen van de ene identiteit naar de andere. Ik denk ook dat dit soms samenhangt met veronderstellingen die ze hebben over waar en hoe men zich op een bepaalde wijze dient te gedragen. En dat hangt naar mijn idee weer samen met cultuur en met de situatie. Een psychologische uitleg over de verschillende lagen die mensen als afweer om zich heen hebben, voldoet dan niet altijd. Een mens is geen ui die men schil voor schil kan afpellen.

Een andere twijfel mijnerzijds betreft het gebruik van het begrip trauma. Enerzijds vind ik het boeiend dat de auteur het concept in brede zin gebruikt. Hij beschrijft het als een mentale beschadiging, een psychotrauma. Hiermee helpt hij de enge definitie van trauma die tegenwoordig in de psychiatrie zo gangbaar is te verbreden. Trauma is een mentale beschadiging. Alle ongeluk dat mensen kan overkomen, ziekte inclusief, kan mensen mentaal ernstig beschadigen. Aan de andere kant voel ik me soms wat ongemakkelijk als trauma in relatie tot stress verder wordt uitgewerkt. Neem nu Cees, die in tijden van verhoogde spanning meer last krijgt van ontstekingen. Cees gaat allesbehalve gemakkelijk door het leven. Hij heeft te weinig controle op zichzelf, is

gevoelig voor spanning en volgt een verkeerde strategie om ermee om te gaan. Maar wat de omgeving bijdraagt aan de stress, blijft onduidelijk. En evenzeer, wat zijn sociale netwerk en iedereen om hem heen eraan bij. Ik wil hiermee zeggen dat onze moderne hulpverlening te zeer is gericht op het individu en te weinig erkent dat de wijdere culturele en sociale context, de sociaal-maatschappelijke structuren er soms toe bijdragen dat mensen zich zieker voelen dan ze zijn of zelfs ziek worden. Ik ben van mening dat de erkenning ten overstaan van zieke mensen even belangrijk is als de benadering van de auteur.

Desondanks vind ik het boek interessant. Het geeft een schat aan 'etnografisch materiaal', misschien moet ik zeggen 'klinisch materiaal', dat heel duidelijk laat zien hoe mensen reageren op hun ziekte, erdoor van streek raken of nog erger, hoe het soms hun leven bepaalt en hoe ze zich er tegen teweer stellen. Het boek geeft ook een goed inzicht hoe een ervaren en moderne therapeut te werk gaat. Als zodanig is het een document dat voor antropologen ook interessant is. Als ik het in die hoedanigheid lees – vanuit een kritisch antropologisch perspectief dat tegelijkertijd ook een betrokkenheid en een stellingname van de antropoloog vereist – dan moet ik wel tot de conclusie komen dat dit boek iets 'ongewoons' brengt, namelijk de aandacht voor het perspectief van de patiënt; het belang van de emotionele aspecten van het ziek-zijn; de aandacht voor de betekenisgeving van de zieken zelf. Dat staat haaks op de vele kritiek die vanuit de antropologie de afgelopen decennia is geuit, dat juist binnen de medische wetenschap daar te weinig aandacht voor zou zijn. Bovendien laat de auteur zien dat juist in gevallen van chronische ziekten de mens nog niet aan het einde is, maar in veel gevallen zich juist te weer stelt al of niet samen met een hulpverlener.

Nadenkend over de titel, die op het eerste gezicht allerlei associaties oproept, bijvoorbeeld dat dergelijke ziekten het leven kunnen bepalen, misschien zelfs overheersen, moet ik echter bekennen dat het juist de titel van het boek is die een enigszins bittere smaak in de mond geeft. Het gaat er de auteur om het belang van omgevingsfactoren voor de ziekte en het verloop ervan te laten zien. Iemand die in zijn geschiedenis nooit goed met problemen heeft kunnen omgaan, zal dat in zijn ziekte dan ook niet kunnen. Misschien is dat wel zo, maar is dit niet weer 'eigen schuld, dikke bult'? Of misschien van het rotsvast geloof dat het verleden van mensen altijd hun toekomst zal bepalen, tenzij er hulp komt natuurlijk. En die hulp komt er. Bergsma laat zien hoe macht ook een rol speelt in de levens van mensen met chronische ziekten, maar is de afhankelijkheid van psychische hulp niet evenzeer een kwestie van macht? Het leven van iemand is volgens de auteur zeer bepalend voor hoe mensen met hun ziekte omgaan. Maar mijn vraag is – het is natuurlijk een vraag vanuit een ander perspectief – waarom wordt de een wel ziek en de ander niet? Waarom lukt het de een wel en de ander niet om tot het einde toe, dwars door alle lijden, een zinvol leven te hebben? Over degenen die het niet lukt, kunnen we in dit boek lezen; over degenen die het wel lukt niet. Die laatste groep lijkt mij nou juist zo interessant.

Els van Dongen

Willem de Blécourt, *Het Amazonenleger. Irreguliere genezeressen in Nederland 1850-1930*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1999. 195 pp. f 39.50

Lange tijd leek de vestiging van het artsenmonopolie door academici het einde van andere geneeswijzen te betekenen. In achtergebleven gebieden kwam weliswaar nog wat bijgeloof voor en hier en daar praktiseerden nog wat kwakzalvers, maar de modernisering zou dat snel veranderen. Uiteindelijk zou de wetenschappelijke benadering van ziekte en gezondheid zegevieren. De gedachte dat irreguliere geneeswijzen in de twintigste eeuw achterhaald zouden zijn, biedt waarschijnlijk ook een verklaring voor de veronachtzaming van dit segment van de medische markt in de sociale geschiedenis van de geneeskunst. Door deze verwaarlozing is een poosje over het hoofd gezien dat de irreguliere geneeskunst in de twintigste eeuw allerm minst is verdwenen en dat eerder het tegenovergestelde is gebeurd. In de laatste decennia is het onvoorwaardelijke en exclusieve vertrouwen in artsen verdwenen. Er is meer ruimte gekomen voor ervaringskennis, traditie en alternatieve geneeswijzen. Nederland is verder verstedelijkt, de verschillen tussen stad en platteland zijn vervaagd en mensen zijn beter geschoold en ontwikkeld. Toch blijven zieken uit alle sociale lagen, met of zonder godsdienst, in de stad en op het platteland, gebruik maken van de diensten van niet-academische genezers. Ook de overheid beschouwt hun bestaan tegenwoordig als een vaststaand gegeven en stelt zich pragmatischer tegenover hen op. Irreguliere genezeressen en genezers zijn allerm minst verdwenen, ook al werden ze negatief bejegend.

Het Amazonenleger van De Blécourt past in dit meer tolerante klimaat tegenover niet-academische geneeswijzen. Het boek is een wetenschappelijke studie van een kleurrijk segment van de medische markt, de irreguliere geneeswijzen. Het beperkt zich tot Nederland in de periode tussen 1850 en 1930. Juist die periode is de tijd waarin de afbakening van het artsenberoep plaats vond en artsen iedereen probeerden uit te sluiten die zich buiten hun terrein met ziekten en gezondheid bezig hield. Met irreguliere genezers werd – meer dan tegenwoordig – verbeterd afgerekend.

De Blécourt beperkt zijn onderzoek tot de vrouwelijke beoefenaars van de irreguliere geneeskunst. Zijn argument is dat feministen deze genezeressen – anders dan de vrouwelijke artsen – niet of nauwelijks hebben onderzocht. Feministische onderzoekers hebben vooral onderzoek gedaan naar de belemmeringen die vrouwen ondervonden bij hun toetreding tot de artsenstand, maar voor irreguliere genezeressen hadden zij geen belangstelling. Dat blijkt bijvoorbeeld uit hun veronachtzaming van een figuur als Lize Deutmann, die een van de eerste vrouwelijke artsen was en die later in haar leven spiritiste werd. Door die keuze verspeelde zij de belangstelling van latere feministen. De Blécourt ziet in deze selectieve aandacht voor de bevoegde geneeskunde een medicalisering van het feminisme, die het onderzoek naar genezeressen in de weg heeft gestaan. Dat laatste geldt volgens hem ook voor het slecht onderbouwde, ideologisch gekleurde beeld van de genezende heks, voor de associatie van toveren met genezen. Hij beschouwt de irreguliere genezeressen met andere woorden als een groep die dubbel gemarginaliseerd was, zowel ten opzichte van de medische stand als ten opzichte van mannen. In de wetenschap ziet hij dit patroon van marginalisering terug. Om die reden geeft hij juist de vrouwelijke irreguliere

genezers een ereplaats in *Het Amazonenleger*, een term die voor hem een geuzenklank heeft.

De Blécourt plaatst zijn onderzoek zowel binnen het terrein van de sociale geschiedenis van de geneeskunde, als binnen dat van de vrouwen- en gendergeschiedenis. Hij wil niet alleen meer te weten komen over de irreguliere geneeskunst, maar ook een bijdrage leveren aan het historische onderzoek naar vrouwen en werk. Deze dubbele onderzoeksagenda geeft het boek een hybride karakter, temeer omdat niet goed duidelijk wordt waarom hij deze twee doelstellingen met elkaar combineert. Wie vooral geïnteresseerd is in de onbevoegde geneeskunst en in de zieken die daarvan gebruik maakten, komt niet echt aan zijn trekken en tegelijkertijd doet de gerichtheid op het vrouwelijke wat gekunsteld aan. Soms noemt de auteur een bepaald fenomeen kenmerkend voor de irreguliere genezeressen, terwijl het om een algemener verschijnsel gaat. Zo is het inderdaad waar dat hun klantenkring voor het grootste deel uit vrouwen en kinderen bestond, maar dat geldt ook voor bevoegde huisartsen, de mannelijke en de vrouwelijke. Het heeft meer te maken met de verzorgende positie van vrouwen en moeders dan met de scheidslijn tussen wel en niet erkende geneeskunst. Hetzelfde geldt voor de bemiddelende rol die De Blécourt de irreguliere genezeressen toekent. Het zou kenmerkend zijn voor irreguliere genezeressen dat zij mensen terzijde staan bij het passeren van belangrijke overgangen – bij geboorten en bij dood, bij huwelijken of bij ziekten. Ondersteuning bij belangrijke passages in het leven is echter ook een belangrijk onderdeel van het werk van bevoegde artsen, van de mannelijke en de vrouwelijke. Hoewel de positie van deze irreguliere genezeressen vanuit het oogpunt van vrouwenarbeid binnen het bestek van dit boek niet goed is uit te werken, is deze zeker interessant. Zij hadden geen erkende opleiding, ze verdienden hun geld met bezigheden die niet onder officiële definities van arbeid vielen of die zelfs verboden waren en ze hadden vooral economische drijfveren om zich op de medische markt te begeven. Ze blijken in steden geopereerd te hebben, omdat het op het platteland niet werd getoleerd dat ze als gehuwde vrouwen geld verdienden.

Als rechtgeaard cultureel-anthropoloog is De Blécourt vooral geïnteresseerd in het dagelijkse leven van de genezeressen. Hij stelt hoge eisen aan zijn onderzoeksmateriaal. Hij neemt slechts genoeg met een grote verscheidenheid aan bronnen en gaat met liefde voor detail te werk. De collectieve en individuele portretten die hij van de genezeressen schetst zijn zorgvuldig samengesteld. Hoe gedreven hij als onderzoeker is, blijkt uit het grondige en ongetwijfeld zeer tijdrovende onderzoek dat hij voor de studie van deze vrouwen en hun dienstverlening heeft verricht. Hij bekeek advertenties in dagbladen om na te gaan wie welke diensten aanboden, voor hoeveel geld ze dat deden en hoe ze zich in hun concurrentiestrijd van elkaar trachtten te onderscheiden. Zo kan hij bijvoorbeeld bepalen waar een bepaalde genezeres werkte en hoe lang ze werkzaam was. Hij bestudeerde politiearchieven en citeert daaruit levensechte dialogen. Hij heeft studie gemaakt van rapportages van de inspecteurs van het geneeskundig staatstoezicht en van rechtbankverslagen. Hij put uit de rijke rapporten van politieambtenaren, zoals van een Haagse rechercheur die onderzocht of masseuses en waarzegsters zich misschien aan prostitutie en afdrijving schuldig maakten. Hij is zowel aan de weet gekomen uit welke ingrediënten een zalf bestond als hoe vaak een bepaalde

genezeres werd vervolgd. Bij de keuze van zijn bronnen heeft hij zich naar eigen zeggen door persoonlijke voorkeuren laten leiden. Zijn materiaal is daarom ongeschikt om kwantitatief te bewerken, al beslaan sommige van zijn bronnen wel een lang tijdsbestek, zoals de verslagen van rechtszittingen, de rapporten van het Geneeskundig Staatstoezicht of het Maandblad van de Vereniging tegen Kwakzalverij.

Het veld dat De Blécourt onderzoekt, is bijzonder onoverzichtelijk en het is nogal onduidelijk in hoeverre de staalkaart van *Het Amazonenleger* de verscheidenheid aan irreguliere geneeswijzen dekt. Aan bod komen strijksters en wonderdokteressen, onbevoegde vroedvrouwen, waarzegsters, kanker- en papvrouwen, somnambules en genezende media, helderzienden, kaartlegsters en afdrijfsters. De auteur hanteert een ruime definitie van 'genezeres'. Wat de, meer of minder gespecialiseerde, genezeressen met elkaar gemeen hadden, was dat hun werk buiten de reguliere geneeskunst viel. Of zij als 'genezeres' zijn te beschouwen is een tweede vraag. Geen twijfel bestaat over de geneeskundige status van een wonderdokteres als Malle Gijsje, die door zieken werd bezocht, die de lamme weer kon laten lopen en die overigens ook kon toveren. Ook de onbevoegde vroedvrouwen die in geval van 'de natuurlijk ziekte' hulp boden, werden door patiënten bezocht en zijn om die reden als genezeres te beschouwen. Dat geldt ook voor de handopleggers, strijksters en de belezeressen, die mensen door het prevelen van geneeskrachtige formules van hun kwalen probeerden af te helpen. Moeilijker ligt het bijvoorbeeld voor de waarzegsters, voor zover hun specialisatie het voorspellen van de toekomst betrof. Zij zijn eerder te vergelijken met psychotherapeuten of geestelijken. Naast diefstal en betoveringen hielden ze zich bezig met levensvragen – 'met dood, ziekte, trouwen en geboorte'. Hun tijdgenoten waren het er destijds niet over eens of het hier om het uitoefenen van de geneeskunst ging. Het medisch staatstoezicht zag waarzeggen vooral als vermaak en toonde zich niet erg geïnteresseerd in hun activiteiten. Maar vertegenwoordigers van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen beschouwden het werk van waarzegsters en aanverwanten als een vorm van kwakzalverij en tovenarij. Dat ze in *Het Amazonenleger* aan bod komen, verdedigt De Blécourt met een verwijzing naar het verleden, toen het werk van genezers nog minder gedifferentieerd was en het werk van waarzeggers minder scherp was te onderscheiden van dat van andere genezers.

Het is een verdienste van De Blécourt dat hij de irreguliere geneeskunst vanuit het perspectief van de genezers en hun clientèle heeft onderzocht. Daarin onderscheidt zijn boek zich van eerder onderzoek naar alternatieve geneeswijzen, dat de academische geneeskunst als uitgangspunt neemt. Dat soort onderzoek gaat vooral over de strijd tegen de kwakzalverij en over de 'volksgeneeskunde' op het platteland, over eeuwenoude, geleidelijk verdwijnende gebruiken en tradities. Het nog steeds springlevende alternatieve circuit komt daarin onvoldoende tot zijn recht en verdient meer aandacht. In *Het Amazonenleger* zijn verschillende observaties te vinden, die zich lenen voor nadere uitwerking. Dat geldt bijvoorbeeld voor het verband tussen irreguliere geneeswijzen en religie of sociale klasse, of voor de manier waarop mensen hun specialisaties aan elkaar doorgeven.

Rineke van Daalen

Meerten B. ter Borg, *Waarom geestelijke verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij*. Nijmegen: KSGV, 2000. 89 pp. f 19,50.

Mensen willen de dingen om zich heen altijd in kaders plaatsen, zodat ze er raad mee weten. Met andere woorden: men geeft zin aan dingen en gebeurtenissen. Iedereen houdt zich dag in dag uit bezig met zingeving en geestelijke verzorging. We kunnen niet overleven zonder zingeving, maar zolang we er niet in vastlopen, zijn we ons dat niet echt bewust. Zingeving is vele eeuwen verbonden geweest met de christelijke godsdienst, maar ook in deze tijd van secularisering blijft zingeving een centraal element in ons bestaan. Het boek van Ter Borg gaat over zingeving en de positie van de professionele geestelijke verzorging in onze huidige samenleving.

Waarom geestelijke verzorging? valt in twee delen uiteen. In het eerste deel bespreekt Ter Borg zingeving. Het bestaat uit korte hoofdstukjes waarin hij verschillende dimensies van zingeving bespreekt en wijst op de complexiteit van zingeving en haar rijkdom aan aspecten. Een systematische beschrijving van het hedendaagse zingevingssysteem is volgens hem niet te geven, want daar is het te vluchtig en te veranderlijk voor, maar hij noemt wel een aantal structurele kenmerken. Juist het samenspel van deze kenmerken is medebepalend voor het handelen van mensen.

In onze samenleving ziet men de verschuiving van de oriëntatie op het bovenwereldse, op God, naar een meer op de wereld gerichte. Kijkend naar deze verschuiving vraagt Ter Borg zich af hoe uiteindelijke zingeving in deze tijd moet worden geplaatst. Door de kerkelijke bemoeienis lijken we deze vragen los te hebben gekoppeld van de praktijk van alledag. Ook lijkt de sterke secularisatie en het individualisme in onze samenleving de uiteindelijke zingeving in de weg te staan, maar, volgens Ter Borg, worden heel veel uitingen van uiteindelijke zingeving niet meer als zodanig herkend.

In hoofdstuk vier en vijf bespreekt hij twee vormen van moderne alledaagse zingeving. De eerste vorm is de productie en consumptie als zingevers in onze samenleving. De economie verschaft mensen een kader waarbinnen ze dingen kunnen plaatsen en gebeurtenissen betekenis kunnen geven. Het geeft structuur en identiteit. Productie en consumptie zijn, volgens Ter Borg, niet alleen verbonden met onze materiële behoeftebevrediging, maar ook belangrijk voor onze behoefte aan zin.

Het vijfde hoofdstuk gaat over de zin van zinloos geweld. Hij vraagt zich af waarom er in onze huidige samenleving, waar het individualisme en de hiermee samengaande onverschilligheid de stempel drukken, er stille marsen en manifestaties zijn na uitingen van zinloos geweld. Volgens Ter Borg heeft het onder andere met het gevoel van verlies van existentiële veiligheid te maken. Dit gevoel wordt opgehangen aan het begrip 'zinloos geweld'.

In het tweede deel van het boekje plaatst hij geestelijke zorgverlening tegen de achtergrond van zingeving. Met geestelijke zorgverlening bedoelt hij het in stand houden, herstellen of versterken van een 'functionerend zingevingssysteem'. Hij tracht aan te tonen dat geestelijke verzorging van belang blijft in onze samenleving, ook al is de geïnstitutionaliseerde godsdienst aan het verdwijnen. Geestelijke verzorging is een bezigheid die overal in ons maatschappelijke bestel een rol speelt.

In onze pluriforme samenleving is zingeving geïndividualiseerd en gemedicaliseerd. Psychotherapeuten hebben de plaats van de geestelijke verzorgers ingenomen en dit heeft een sterk medicaliserend effect op de zingevingproblematiek. Ter Borg pleit voor professionele geestelijke verzorging nieuwe stijl.

Professionele geestelijke verzorgers hebben hermeneutische vaardigheden om bijzondere levensomstandigheden van mensen in te passen in de ruimere context van iemands leven. Hij laat dit zien aan de hand van een voorbeeld uit een ziekenhuis, waar mensen een medisch zinloze chemokuur wordt aangeboden, omdat de medicus de hoop van de patiënt niet helemaal wil wegnemen. Men veronderstelt echter dat zo'n aanpak existentieel zinvol is. Ter Borg wil dat deze veronderstelling eerst behoorlijk wordt onderzocht. Hij ziet bij dit soort beslissingen professionele geestelijke verzorgers als een noodzakelijke aanvulling op een behandelstaf.

Door secularisatie heeft de kerk een andere positie gekregen en er is niet meer één dominant standaard verhaal. Dit betekent volgens Ter Borg echter niet dat er voor professionele geestelijke verzorgers geen plaats meer is in onze huidige samenleving. Hij houdt in dit tweede deel een pleidooi voor een rol van de professionele geestelijke verzorgers binnen allerlei instellingen in onze samenleving. Ook in sectoren waar ze nooit aanwezig zijn geweest, zoals het bedrijfsleven. Professionele geestelijke verzorgers zijn bemiddelaars tussen individu en omgeving en dit versterkt op langer termijn het 'sociaal kapitaal' waar ook bedrijven van afhankelijk zijn.

Deze laatste hoofdstukken zijn een pleidooi voor een herpositionering en waardering van de professionele geestelijke verzorging. Hoewel Ter Borg erkent dat professionele geestelijke verzorgers nog altijd worden gezien als vertegenwoordigers van religieuze instituten, stapt hij toch naar mijn mening te luchtig over ten minste twee problemen heen. Dat is het probleem dat mensen in deze tijd van snelheid en de maakbaarheid van persoonlijk succes zich niet snel zullen wenden tot hulpverleners die als vertegenwoordigers van kerken te boek staan, hoe onterecht dat misschien ook is. Ook onderkent hij onvoldoende dat de sterke tendens van medicalisering in onze samenleving niet zo maar te keren is. Mensen verklaren zichzelf ziek als ze worstelen met zingevingsvraagstukken en gaan dus naar de dokter of de psychotherapeut.

Marian Tankink

Gabriël van den Brink, *Een schaars goed. De betekenis van zorg in de hedendaagse levensloop*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), 1999. 261 pp. f 59,50.

Gabriël van den Brink heeft een optimistisch boek geschreven over een onderwerp waarover zijn lezers waarschijnlijk pessimistisch gestemd zijn: over de toekomst van de zorg in Nederland. Hij noemt die zorg een schaars goed. Er is steeds meer zorg nodig. Ten eerste, omdat het percentage hulpbehoevenden in onze samenleving gestaag groeit. Ten tweede, omdat de eisen die aan die zorg gesteld worden, steeds hoger worden. Die groeiende behoefte aan zorg gaat bovendien gepaard met een

afnemende bereidheid om zorg te verlenen. Dat geldt voor de zorg die in gezinsverband gegeven wordt, voor de informele zorg (dat wil zeggen: vrijwillige zorg aan niet-gezinsleden, vaak wel familieleden) en voor de – betaalde – professionele zorg.

Een schaars goed biedt een uitstekende analyse van de ontwikkelingen en knelpunten in de zorg, maar laat na de logische conclusie uit dat betoog te trekken, namelijk dat de toekomst van de zorg in Nederland uiterst zorgelijk is. Van den Brink ontleent zijn optimisme aan de toegenomen aandacht voor de kwaliteit van menselijke betrekkingen in onze samenleving en verwacht dat de aandacht voor zorg daarmee gelijk op zal gaan. Het enige bezwaar dat ik heb tegen deze voortreffelijke studie is dat de conclusie in tegenspraak is met het betoog. Het is waar dat de aandacht voor zorg is toegenomen, maar die aandacht is vooral afkomstig van de zorgvragers (de hulpbehoevenden en hun naaste familieleden) en niet van de – potentiële – zorgverleners. Het is droevig gesteld met de toekomst van de zorg, omdat steeds minder mensen bereid zijn betaald of onbetaald zorg te verlenen. Analoog met de voorspelde pensioenbreuk is er in de nabije toekomst een ‘zorgbreuk’ te verwachten. De jonge generatie zal steeds minder zorg bieden aan de oudere generatie die indertijd wel voor haar gezorgd heeft. Er is nog een tweede reden om somber gestemd te zijn. De maatschappelijke tweedeling tussen mannen en vrouwen blijkt nergens zo hardnekkig als in de zorgverlening. Vrouwen bieden twee maal zo veel zorg als mannen. Anders gezegd, zorgverlening continueert een van de grootste ‘kwalen’ in de Nederlandse samenleving: ongelijkheid tussen de seksen.

Een schaars goed bestaat uit vijf hoofdstukken. In het eerste, *Fenomenologie van de zorg* behandelt Van den Brink de verschillende connecties die het woord ‘zorg’ heeft en geeft vervolgens zijn visie op wat zorg is en welke soorten zorg er zijn. In het Nederlands en Duits kan de term ‘zorg’ verwijzen naar gevaar, probleem, verdriet, kortom naar negatieve levenservaringen. Merkwaardigerwijs bestaat die betekenis niet in andere ons omringende talen. De tweede betekenis heeft betrekking op ‘zorgen voor’, verplegen, behandelen. Die tweede betekenis heeft een technisch of praktisch karakter. Het gaat om het verrichten van taken die de verzorgde zelf niet of alleen met grote moeite kan verrichten. Terecht wijst Van den Brink er op dat er achter die praktische hoedanigheid van zorg een emotionele en existentiële dimensie schuilgaat die minstens even belangrijk is. Met verwijzingen naar Warners’ beschrijving van zorg voor dementerende ouderen noemt hij nabijheid, er zijn, het wezenskenmerk van de zorg.

Het tweede hoofdstuk *Sociologie van het zorgen* vraagt: Wie biedt welke zorg aan wie en wat zijn de motieven en ervaringen? Achtereenvolgens komen zorg in gezinsverband, informele zorg en professionele zorg aan de orde. Leeftijd en geslacht blijken de voornaamste factoren te zijn die bepalen wie zorg ontvangt en geeft. Hulpontvangers zijn vooral kinderen en ouderen, hulpgevers vooral vrouwen tussen de 35 en 55 jaar. Informele zorg gaat vooral naar familieleden. Factoren als inkomen en opleiding bieden een veel minder eenduidig beeld. Persoonlijke ervaringen blijken een belangrijke rol te spelen in de gevoeligheid voor (behoefte aan) zorg. Zo zouden mensen die zelf kinderen hebben, eerder bereid zijn zorg te verlenen buiten hun eigen gezin dan personen zonder kinderen. Van den Brink wijdt ook enkele pagina’s aan wederkerigheid. Mensen die voor een chronisch ziek familielid zorgen, hebben daar een

zware taak aan, waar zij vaak alleen voor staan. Wat krijgen zij daarvoor terug? De literatuur suggereert dat die vraag zelden zo gesteld wordt. Zorgen voor een zieke partner of een hulpbehoevend kind is vanzelfsprekend. Het is een plicht die voortvloeit uit de familiebetrekking. Als zij echter gevraagd worden wat zij er 'voor terug krijgen', antwoordt de overgrote meerderheid dat zij een bijzonder soort bevrediging ontlene aan hun zorg. Ook is typerend dat de zorgontvangers zelden klagen over informele zorg, terwijl zij dat wel vaak doen ten aanzien van professionele zorg. De verklaring hiervoor is natuurlijk dat men voor spontane hulp dankbaar behoort te zijn, terwijl men mag klagen over iets waarvoor betaald wordt. In goed Nederlands: een gegeven paard kijkt men niet in de bek. Dat die verplichte dankbaarheid verstikkend kan zijn (en professionele zorg bevrijdend), komt in deze studie verder niet ter sprake.

In het derde hoofdstuk wordt zorg geplaatst in de levensloop. Zoals te verwachten laten zorgvraag en -aanbod respectievelijk een U-curve en een omgekeerde U-curve zien: de vraag is het grootst aan het begin en aan het eind van het leven; het aanbod in de middenperiode.

De twee laatste hoofdstukken richten zich op de toekomst. Terugkijkend naar de afgelopen decennia komt de auteur tot de conclusie dat de normen voor een 'goed leven' sterk veranderd zijn, met name door de toegenomen aandacht voor emoties en hogere ambities, en dat die ontwikkeling zich zal voortzetten. Die veranderingen leiden tot een grotere zorgvraag voor kinderen waaraan ouders zullen blijven voldoen. Dat is onder meer mogelijk dankzij het afgenomen aantal kinderen. Ten aanzien van de zorg voor ouderen – hun aantal neemt juist toe – past echter veel minder optimisme.

Van den Brink noemt drie demografische en drie sociaal-culturele ontwikkelingen die in de toekomst hun stempel zullen zetten op zorgvraag en -aanbod. Demografisch zijn dat twee soorten 'vergrijzing': de getalsverhouding tussen ouderen en jongeren wijzigt en ouderen blijven langer leven. De derde is dat het aantal alleenstaanden sterk zal groeien. De sociaal-culturele veranderingen zijn dat gezondheid het 'hoogste goed' is geworden in de waardering van mensen; dat zieken en hulpbehoevenden mondiger zijn; en schijnbaar in tegenspraak met het vorige punt, dat de invloed van deskundigen in de maatschappij zal toenemen. Het proces van medicalisering en protoprofessionalisering zal zich voortzetten. Al deze ontwikkelingen wijzen in dezelfde richting: de behoefte aan zorg zal blijven groeien, zowel kwantitatief als kwalitatief. En daar komt nog bij dat de intramurale professionele zorg teruggedrongen wordt, waardoor de druk op informele zorg binnen en buiten gezinsverband nog verder zal toenemen. Terecht besluit de auteur dat er grote tekorten dreigen in het aanbod van zorg.

Zoals reeds gezegd, deze analyse van vraag en aanbod in de zorg leidt echter niet tot een negatieve prognose. In zijn laatste hoofdstuk, *Toekomstbeelden*, be geeft Van den Brink zich – zoals hij zelf toegeeft – op het speculatieve pad en stelt dat wij op weg zijn naar een 'zorgzame samenleving'. Die zorgzaamheid zou blijken uit de groeiende aandacht voor de individuele wensen van hulpbehoevenden, de stijgende waardering voor de kwaliteit van – zelfgekozen – menselijke relaties, de veranderingen in de publieke waardering van zorg, en de privatisering (en commercialisering) van zorg.

De kritische lezer zal hier waarschijnlijk afhaken. Van den Brink heeft immers overtuigend aangetoond dat vraag en aanbod van zorg steeds meer omgekeerd even-

redig wordt. Een eenvoudige rekensom leert dan dat deze ontwikkeling wel spaak moet lopen. De ineensstorting van ons zorgsysteem kan slechts met de ruime financiële middelen waarover wij beschikken uitgesteld worden. Maar zelfs tegen betaling lukt het niet meer voldoende zorgers te vinden. Het 'gastarbeidersscenario' van de vijftiger en zestiger jaren wordt opnieuw van stal gehaald en zorginstellingen zijn begonnen met het werven van verpleegkundigen en verzorgers in het buitenland. Opvallend is dat dit gebeurt in een periode waarin het oude scenario bekritiseerd wordt en de overheid juist maatregelen neemt de komst van 'vreemdelingen' terug te dringen.

Van den Brink spreekt van een paradox: de groeiende aandacht voor zorg valt samen met een dalend aanbod. Sociaal gezien mag dat inderdaad 'slechts' een paradox zijn (hun samengaan is logisch goed verklaarbaar, namelijk als negatieve reciprociteit: men wil meer krijgen en minder geven), maar voor beleidsmakers is dit een regelrechte contradictie.

Mijn bezwaren tegen dit ongefundeerde optimisme worden goed verwoord door Aart Pool die in een bijlage van gesprekken met deskundigen als volgt geciteerd wordt:

In de toekomst zullen er steeds minder mensen zijn die in de zorg willen werken. Over een jaar of vijf worden er gewoon mensen van elders naar Nederland gehaald, bijvoorbeeld uit Oost-Europa. De zorgsector neemt nu eenmaal een heel ambivalente positie in. Dat is in het verleden ook altijd zo geweest. Van de ene kant vinden we het allemaal heel belangrijk dat er gezorgd wordt. Van de andere kant betalen we er weinig voor, niet alleen in financiële zin, maar ook in termen van eer of status.

Sjaak van der Geest

Nancy J. Chodorow, *The power of feelings. Personal meaning in psychoanalysis, gender and culture*. New Haven & London: Yale University Press, 1999. 328 pp. index. £17.95 (gebonden).

Nancy Chodorow is psychoanalytica met een eigen praktijk en tevens hoogleraar sociologie aan de University of California. Zij heeft een aantal baanbrekende boeken op haar naam staan. Zittend in de werkkamer van Freud in de Berggasse 19 te Wenen is het een bijzondere ervaring dit boek te lezen en erover te schrijven. De compacte inleiding inspireerde mij het te bespreken vanuit de invalshoek van haar eerste doelstelling, namelijk het bevorderen van de dialoog tussen wetenschapsbeoefenaar en praktijkmens. Met mijn verblijf in Wenen begon ik een nieuwe fase in mijn leven als psychiater. Een fase waarin ik meer afstand neem van de praktijk en mij meer ga richten op kwalitatief onderzoek binnen mijn vakgebied. Vandaar mijn belangstelling voor Chodorows visie op de genoemde dialoog. Hoe en met welke middelen opereert zij om die dialoog te bewerkstelligen? Hoe probeert zij ons te overtuigen van de interpretaties die zij geeft van haar eigen praktijkervaring? En hoe probeert zij haar eigen stellingname zodanig in het huidige discours over dialoog tussen wetenschap en praktijk in te brengen dat ze daaraan een wetenschappelijke bijdrage levert?

Met haar tweede doelstelling, de profilering van de psychoanalyse als een theoretisch en wetenschappelijk concept, kiest Chodorow de psychoanalyse als terrein, waar haar dialoog tussen wetenschap en praktijk plaats zal vinden. Dit maakt het boek extra interessant, omdat de auteur als praktiserend psychoanalytica met zichzelf als wetenschapper in dialoog gaat. Hier dient zich al aan dat zij interdisciplinair samenwerken heel belangrijk vindt. De keuze van deze tweede doelstelling is zeer waarschijnlijk mede ingegeven door het feit dat psychotherapeutische programma's aan universiteiten vervangen dreigen te worden door wetenschappelijke onderzoeksprogramma's. In deze tijd waar de kortdurende psychotherapie en psychofarmatherapie in zwang zijn, breekt Chodorow een lans voor de langst durende vorm van psychotherapie: de psychoanalyse. Vanuit dit concept probeert zij ons te overtuigen van de wetenschappelijkheid van de psychoanalyse. Ze doet dit pleidooi openlijk en maakt haar eigen argumentatie en concepten expliciet.

De auteur sluit aan bij het groeiende bewustzijn van de complexiteit van levens van individuen en van groepen/volkeren en hun onderlinge tegenstellingen. Empirische analyses zijn van grote betekenis en hebben verstrekkende gevolgen voor individu en groepen. In wetenschappelijke teksten is retoriek onvermijdbaar zoals blijkt uit de vele analyses van wetenschappelijke teksten. Retoriek staat voor het repertoire van strategieën, communicatievormen en overreding om overtuigingen over te brengen die gebaseerd zijn op zekerheid of op onzekerheid. Echter op het gebied van psychoanalyse en psychotherapie zijn dergelijke analyses schaars, mogelijk omdat men de teksten niet wetenschappelijk achtte, een denkbeeld waar Chodorow verandering in wil brengen. Een reflexieve beschrijving van de *The power of feelings* kan ertoe bijdragen dat niet alleen de inhoud van Chodorows onderzoek, maar de presentatie ervan gezien wordt in het licht van de retoriek. Dit perspectief kan kennis opleveren over de wijze waarop een vertaalslag en de dialoog verder vorm kunnen krijgen. De verstaanbare taal is dan niet alleen gebonden aan de inhoud, maar vooral ook aan de vorm, de retoriek.

Chodorow geeft haar boek een indeling die meteen haar brede veld van deskundigheid weerspiegelt. De inleiding wordt gevolgd door vier delen die respectievelijk gaan over fundamentele begrippen uit de psychoanalyse, uit het veld van gender en cultuur, en haar conclusies. In mijn bespreking van de verschillende delen zal ik niet zozeer ingaan op de validiteit van haar bevindingen, want ik acht Chodorow zeer deskundig en bekwaam, maar meer op haar 'verstaanbaarheid'. Ik leg hier de nadruk op, omdat zowel theoretisch als praktisch getrainde professionals zijn Chodorow doorgaans een moeilijk te volgen spreekster en schrijfster vinden.

In haar compacte inleiding zet de schrijfster met grote retorische dichtheid en zeer helder en leesbaar haar positie uiteen. Deze is passend bij haar beschrijving van haar uitgangspunten een dubbele positie: één die polariseert en één die verbindt. Psychoanalyse als wetenschap profileren enerzijds en wetenschap en praktijk voor elkaar verstaanbaar willen maken anderzijds, doen een groot appèl aan de taal. De taal van Chodorow geeft weer dat zij veel weet en wil zeggen. Hierdoor worden haar zinnen soms zo lang dat ze vaak herlezen moeten worden, vooral wanneer zij andere schrijvers aanhaalt. Tegelijkertijd kan haar taal puntig, kort en helder zijn als zij haar eigen standpunten neerzet. Zij neemt in ieder hoofdstuk een lange aanloop voordat zij

tot haar eigen puntige samenvatting komt aan het eind van ieder hoofdstuk. Een groot deel van de aanloop wordt ingenomen door citaten van collega's die niet allemaal nodig zijn om haar eigen meningen te verstaan, maar die wel, ook door de herhaling van een bepaalde visie vanuit verschillende perspectieven, indringend zijn. Deze citaten geven ook helder de ontwikkeling van Chodorow's denken in psychoanalytische, feministische en culturele concepten weer, ook voor niet ingewijden.

Voor analytici in opleiding zal dit boek een prachtig overzicht geven van historische ontwikkelingen van hun vak en het is een uitnodiging om ook de huidige stand van kennis van andere disciplines te betrekken in hun denken en werken. Dit gebeurt overigens mijns inziens al langer in Nederland. Sterker nog, de auteur laat zien dat haar de integratie gelukt is: de zich opdringende realiteit van gender- en cultuurverschillen in haar spreekkamer heeft zij geïncorporeerd in haar vakconcepten en vertaald in haar vaktaal. Welk concept zij ook aanhaalt, zij blijft consequent de taal en terminologie van haar vak gebruiken. Het boek levert leermomenten op door zijn innerlijke consistentie.

Voor niet-analytici kan haar taalgebruik echter ook rigide of beperkend overkomen. Soms zal ongeduld de kop opsteken, omdat de inzichten van de schrijfster in andere vakgebieden al langer gemeengoed zijn. Haar uitnodiging aan andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de culturele antropologie en sociologie, om meer kennis over de individuele psychodynamische subjectiviteit in hun vak te incorporeren zal voor Nederland een welkome bevestiging kunnen zijn voor het streven naar intensiever interdisciplinair samenwerken.

In het eerste deel maakt Chodorow duidelijk hoe basaal 'overdracht' voor haar is. Zij beargumenteert dat voor haar de overdrachtsprocessen een terrein zijn waar de betekenis van het persoonlijk leven gecreëerd wordt en waar persoonlijke ontwikkeling met betrekking tot deze betekenis zichtbaar wordt en beschreven kan worden in de voor velen verstaanbare taal van de psychodynamica. Vooral de beschrijvingen van de kracht van gevoelens ('power of feelings'), beschouwt de auteur als een van de meest belangrijke bijdragen van de psychoanalyse. Voelen betekent hier: een voelen dat onlosmakelijk verbonden is met het hele verhaal van de mens, het geheel van onbewuste fantasie en expressie over zichzelf, over de ander, en over zichzelf in de interactie met de ander.

Chodorow licht toe, in psychoanalytische termen, dat de complexiteit van de menselijke psyche niet helemaal te verklaren en te begrijpen valt met behulp van welk concept dan ook. Voor sommige aspecten ontbreken de woorden en als die er wel zijn, hebben we te maken met door plaats en tijd bepaalde constructies. Toch, denk ik, is het samenspel te beschrijven van sociaal-culturele, historische contexten, van persoonlijke psychodynamische, psychobiografische contexten en psychobiologische, transgenerationale genetische contexten. Deze contexten geven in interactie met de belangrijke Ander in het verleden en in het heden vorm aan de individuele mogelijkheden van de psyche in een levenslang intersubjectief proces. Elke persoonlijke ervaring heeft op elk moment invloed op dit proces. De 'kracht van gevoelens' is aanwezig zowel in de bewuste als in de onbewuste en preverbaal existentie van de psyche en heeft constant invloed op het intersubjectieve proces van de ontwikkeling en vormgeving van de psyche.

Iedere menselijke psychologie vertoont tevens een bepaald soort determinatie vanuit eerdere generaties en het erbij horende chromosomenmateriaal waarvan de mogelijkheid tot expressie afhankelijk is van sekse, omgeving en cultuur van zowel in het verleden als in het heden en in de verwachte toekomst. We worden telkens weer voor verrassingen geplaagd als we meemaken bij anderen en bij ons zelf dat en hoe het, tot nu toe nog zonder onze inmenging, gegeven materiaal tot expressie komt dankzij een aantal bekende en een groot aantal onbekende factoren. Dit kan echter goed gecombineerd worden met de eigen invloed van de psyche die kan ontstaan en groeien in voor haar gunstige contexten en intersubjectiviteit. In de overdrachtssituatie van de psychoanalyse kan (zo ook in andere vormen van psychotherapie) de eigen invloed op de ontplooiing van de eigen mogelijkheden vergroot worden, altijd in interactie met de context en de erbij komende consequenties van die interacties. Hier dient zich de beschrijving aan van de interactie tussen de macht van de context en de invloed van het individu.

Inderdaad onderzoekt Chodorow dit gegeven in het tweede en derde deel door twee gebieden nader te belichten: gender en cultuur. In het licht van haar benadering betekent gender voor haar geen rigide categorie die alleen aan mannen of alleen aan vrouwen toegekend wordt, maar een psychologie die voor elke vrouw en voor elke man heel persoonlijk, individueel geldt. Gender staat in continue interactie met al de andere aspecten van de persoonlijkheid, zoals die in de eerste twee hoofdstukken zijn beschreven. Gender kan een nuttige categorie zijn als er ook aandacht is voor de uniekheid van elk individu. Elk individu verbindt in zich de persoonlijke inhoud van gender zoals die psychodynamisch van binnen uit gegroeid is met de invloed van de cultuur van buiten af. Vanuit de wisselwerking tussen psyche en de belangrijke Ander(en) vormen zich de concepten gender en cultuur. Voor een groot gedeelte wordt deze vorming mede bepaald door de onbewuste fantasie en innerlijke ervaring die zich een leven lang met het individu verder ontwikkelt. Deze psychologische krachten hebben volgens de auteur ook invloed op de wijze waarop cultureel gekleurde emoties ervaren worden zoals uiteraard ook culturen onze emoties kleur geven. Chodorow stelt dat de wetenschappers die met de antropologie van het zelf en van het gevoel bezig zijn meer kennis zouden moeten hebben van de psychologie van het individu. Een pleidooi voor interdisciplinair samenwerken zou ik het willen noemen.

Dat pleidooi wordt vooral gevoerd in het zesde hoofdstuk. Daarin maakt Chodorow met behulp van concrete voorbeelden duidelijk hoe belangrijk het is in de klinische praktijk oog te hebben voor de invloed van cultuur op de individuele vorming van zingeving, zelfbeeld en emoties. Hier vertaalt zij consequent en helder haar praktijkervaring in het theoretische concept van de psychoanalytische individuele ontwikkelingsvisie. Doordat zij ook consequent een en/en-benadering blijft volgen legt ze ook de daarbij horende spanning open.

Chodorow besluit het thema gender en culture in hoofdstuk 7 met een oproep aan haar vakgenoten dat niet alleen hun patiënten, bewust en onbewust, al hun geïntegreerde culturele elementen meebrengen in de therapie, maar dat therapeuten zich moeten realiseren dat ook zij de culturele elementen die in hun psyche geïnternaliseerd zijn horen te erkennen, te herkennen, te observeren en te beschrijven in hun overdracht

en tegenoverdracht. Volgens mij is dit in Nederland al lang gebruikelijk. De schrijfster nodigt tevens uit om de invloed van de cultuur op de psyche onderdeel van onderzoek te maken. Duidelijk ziet zij de tijd- en cultuurgebonden conceptualisering van de psyche in de westerse landen. Ook hier zou ik willen wijzen op de aandacht in Nederland voor de grote en eigen tijd- en cultuurgebonden kennis van de oosterse wereld en de zuidelijke en Afrikaanse wereld. Wij weten dat de dialoog met die werelden nodig is om wijzer te worden, we hebben de interdisciplinaire samenwerking met hen nodig om tot differentiatie van concepten te komen waarbij overeenkomsten en verschillen erkend en gewaardeerd worden.

De visie op subjectiviteit is het thema waarop Chodorow verder ingaat in het laatste deel, in haar conclusies. Al is die visie westers en psychoanalytisch, zij biedt deze visie toch aan als een psychoanalytische benadering van aspecten en vragen met betrekking tot de menselijke natuur en haar mogelijkheden. Vanuit die visie kan discussie gevoerd worden over verschillen en overeenkomsten in visies. De auteur expliciteert hier op welke wijze de dialoog tussen wetenschap en praktijk binnen de psychoanalyse tot stand kan komen. Zij stelt dat de klinische doelstelling van de psychoanalyse en de methode om deze te bereiken, gedragen en verbonden worden door de psychoanalytische visie op subjectiviteit. Deze visie is gebaseerd op de subject-utopie van de analytici dat de persoonlijke emotionele constructies, die de mogelijkheden van een mens bepaald en geblokkeerd hebben, zodanig omgebogen kunnen worden dat het leven van een mens door deze constructies verrijkt wordt. Volgens Chodorow geeft Loewald, die zij veelvuldig aanhaalt, de beste omschrijving als hij zegt dat een zinvol leven bereikt kan worden door de integratie en acceptatie van de invloed van het onbewuste in ons dagelijks leven. Hij gebruikt de mooie metafoor: angstaanjagende geesten tot onze voorouders maken.

In haar slothoofdstuk laat Chodorow verder haar persoonlijke 'power of feelings' en haar liefde voor de psychoanalyse de vrije loop. Zij gaat ervoor dat ieder individu zijn eigen 'power of feelings' mag claimen voor zichzelf en dat het de doelstelling is van de psychoanalyse om dit te bereiken.

Chodorow bekent zich en beperkt zich tot de een-persoons-psychologie waar de centrale rol van 'de Ander' meer op het intrapsychische terrein uitgewerkt wordt dan in het intersubjectieve gebied. Dat is dan ook een van de paradoxen waar volgens haar alle analytici het moeilijk mee hebben. De geboden oplossing is haar persoonlijk concept. In haar visie op het innerlijk van het individu, ziet zij de psyche als een concentratie van de onbewuste psychische realiteit (in constante ontwikkelingsbeweging vanaf ver voor de geboorte) en van de bewuste psychische realiteit (dat is het hele levensverhaal vanaf ver voor de geboorte en tot het eind van het leven van elk individu). Chodorow claimt een vorm van een psychisch geheel van het onbewuste en het bewuste, het verleden, de huidige en toekomstig verwachte ervaringen. In haar psychoanalytische benadering wordt zo de belangrijkheid van elk subject duidelijk zonder te verwaarlozen dat gender en cultuur de menselijke onbewuste en bewuste psyche mede vormen. Dit betekent voor haar dat alle theorievorming rond zingeving, met name de invloed van het onbewuste zeer serieus moet nemen. Hieraan koppelt Chodorow de mening dat de psychoanalyse de psychotherapie bij uitstek is, duidelijk en extra

gesteund door een veelvoud aan culturele theorieën die wijzen op de invloed van de multiculturele realiteiten op de vorming van het onbewuste en bewuste psychische leven. Chodorows tweede doelstelling is daarmee bereikt. Zoals zij beargumenteert is psychoanalyse nodig als vak, als wetenschap en als praktijk waardoor de mens en de wereld veranderd kunnen worden.

Zoals ik al eerder aangaf, zijn er echter al meer disciplines bezig met de psychische realiteit en wordt binnen de psychologie het onbewuste multidisciplinair bestudeerd en voor de praktijk toegankelijk gemaakt. Wel denk ik dat de discours erover tussen de theoretici en de werkers in het veld frequenter zou plaats kunnen vinden. Hiermede kom ik bij Chodorows eerste doelstelling, namelijk de vertaalslag tussen theorie en praktijk. Zij slaagt er volgens mij in deze binnen haar vakgebied zo duidelijk te maken door heel consequent haar vaktaal te blijven gebruiken en de praktijkvoorbeelden direct te transformeren in de theoretische beschrijving. Nu is de psychoanalyse bij uitstek een vak waarbij de praktijk beschreven wordt met termen uit de theorie, waarbij de andere kant van de medaille is dat door de buitenstaander regelmatig gereageerd wordt met de verzuchting: kan het ook in gewone mensentaal?

Voor psychoanalytici is het boek een aanwinst. Andere vakgebieden zouden ervan kunnen profiteren, omdat het gaat over epistemologische en methodologische problematiek. De auteur slaagt erin de praktijk en de wetenschap dichter bij elkaar te brengen door zoveel mogelijk concrete voorbeelden vrijwel onmiddellijk te beschrijven en te vertalen in hun theoretische concepten. Dat kost echter veel tijd. Deze tijd zou in het kader van meer onderzoek vrij gemaakt kunnen worden. Een volgende stap kan dan zijn de verschillende disciplines nieuwsgierig te maken naar elkaars kijk op mens en wereld en naar elkaars bevindingen, waarbij we weer de elementen van de retorica nodig hebben.

In de gemeenschappelijke discourses kunnen de overeenkomsten en verschillen beschreven worden zoals Chodorow de overeenkomsten en verschillen beschrijft tussen de vroege en latere Freud, de vroege en latere analytici. Zij laat haar eigen binding zien met haar historische vakwortels en differentieert zich respectvol. Dat maakt haar boek zo sympathiek en tot een voorbeeld voor een constructieve discours. Het zou inspirerend kunnen zijn met Chodorow te onderzoeken of en op welke wijze haar ervaringen met de vertaalslag tussen theorie en praktijk in het vakgebied van de psychoanalyse voor andere disciplines bruikbaar kunnen zijn.

Monique Jongerius-Joras

Matthias David, Theda Borde & Heribert Kantenich (red), *Migration – Frauen – Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2000. 276 pp. tabellen. DM 39.90.

In de herfst van 1997 organiseerden de auteurs in Berlijn het eerste Virchow-Symposium. De bijdragen daarvan verschenen onder de titel *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Was toentertijd één buitenlandse spreker uitgenodigd, tijdens het tweede Virchow-Symposium twee jaar later waren er sprekers uit Nederland (Annemiek Richters en Geert Drenthen), Engeland (Stefan

Priebe), Oostenrijk (Franz Pöchhacker en Safile Akbal) en Zwitserland (Paola Bollini). In het duitstalig gebied is het verrijkend inzicht te krijgen in ervaringen uit Nederland en Engeland. Voor spanning was bovendien gezorgd, omdat migratie en gezondheid gecombineerd werd met vrouwen en gezondheid, beide gemarginaliseerde thema's.

In dit licht stelt de bijdrage van Ulrike Maschewsky-Schneider en Judith Fuchs teleur. Zij wilden een antwoord op de vragen of voor onderzoek over de samenhang van migratie en gezondheid speciale methoden nodig zijn en of hierbij ervaringen uit feministisch onderzoek van nut zijn. Zij geven weliswaar een interessant en informatief overzicht van de stand van zaken van het project Gender Bias – Gender Research in het public health-centrum in Berlijn, maar de uitwerking naar blinde vlekken op migratiespecifiek onderzoek blijft theoretisch en zeer summier. Desalniettemin schaadt het niet er bij stil te staan, dat zowel binnen en tussen de allochtone en autochtone bevolkingsgroepen systematisch vergelijkend onderzoek nodig is. De overige achttien bijdragen stellen niet teleur. De rode draad is de aandacht voor de verscheidenheid binnen een bepaalde bevolkingsgroep en de wijze waarop het gezondheidssysteem op de speciale situatie van gemigreerde vrouwen reageert.

Borde, David en Kantenich deden onderzoek binnen het public-health-project "Analyse der Versorgungsqualität gynäkologisch erkrankter türkischer Frauen im Krankenhaus". Ze vroegen aan 262 Turkse en 320 Duitse vrouwen, die tussen 1996 en 1999 op de gynaecologische afdelingen van het Virchow-Klinikum in Berlijn opgenomen waren, wat zij weten over hun eigen lichaam. Deze vrouwen werden wederom op grond van socio-demografische kenmerken in groepen onderverdeeld. Let men op het niveau van kennis, dan blijkt kennis over typisch vrouwelijke lichamelijke functies gerelateerd aan opleiding, plaats van de opleiding en werksituatie significant verschillend te zijn. Factoren zoals taalkennis, alfabetisering en verblijfstatus (eerste of tweede generatie) hadden bovendien bij de Turkse vrouwen invloed op hun kennisniveau. Het kunnen doorgronden van gebeurtenissen, begrijpen hoe het eigen lichaam functioneert en beseft hebben van handelingsmogelijkheden, zijn wezenlijke voorwaarden bij de oplossing van gezondheidsproblemen. Slechts 3% van de Turkse vrouwen en 13% van de gehele onderzoekspopulatie zijn goed tot zeer goed geïnformeerd over typisch vrouwelijke lichamelijke functies. Dus voor artsen is het informeren van vrouwen niet bij gemigreerde vrouwen van belang. De positie van niet-Duitse vrouwen is echter nog zwakker. Zo toonde de studie aan, dat gemigreerde vrouwen ook bij ontslag uit het ziekenhuis een ernstige handicap hebben. In vergelijking met Duitse vrouwen waren zij duidelijk minder op de hoogte van hun gezondheidsproblemen en van de behandeling die zij in het ziekenhuis hadden ondergaan.

Paola Bollini doet in *Die Gesundheit von Migrantinnen in Europa – Perspektiven für 2000* verslag van haar literatuuronderzoek van epidemiologische studies met perinatale gegevens. Ze geeft aan, dat allochtone vrouwen in vergelijking met autochtone vaker voor de geboorte ontoereikende of zelfs geen verzorging hebben, wat natuurlijk invloed heeft op het verdere verloop van een zwangerschap.

Annemiek Richters gaat in *Soziokulturelle Vielfalt in Geburtshilfe und Gynäkologie in den Niederlanden* in op het lopend onderzoek in Nederland. Zij vraagt zich onder meer af of bij allochtone vrouwen als gevolg van taal- en communicatieproblemen

meer dan bij dan autochtone vrouwen sprake is van medicalisering. Aangezien het betreffende onderzoek nog niet is afgerond, kan ze deze vraag nog niet eenduidig beantwoorden. De lezer krijgt echter in een ander artikel het antwoord op deze vraag. De bijdrage van Götz Pette *Unterschiedliche Versorgungsbedingungen für deutsche und ausländische Patientinnen in einer gynäkologischen Notfallambulanz* betreft onderzoek in Berlijn. Hij onderzocht of artsen anders met Duitse dan met niet-Duitse vrouwen omgaan en wat de gevolgen kunnen zijn van mogelijke kwaliteitsverschillen in de klinische verzorging. Pette vindt duidelijke verschillen. Zo wordt onzekerheid in de arts-patiënt-verhouding door diagnostische en therapeutische zekerheid gecompenseerd en krijgen niet-Duitse vrouwen vaker medicijnen voorgeschreven.

De bundel artikelen geeft zicht op recent onderzoek naar de interactie tussen het gezondheidssysteem en vrouwen, die in West-Europa in een (nog) niet vertrouwd omgeving leven. Opvallend is, dat culturaliserende verklaringsmodellen vrijwel afwezig zijn. Een verademing. Het lezen over resultaten maakt nieuwsgierig naar vergelijkend onderzoek in verschillende Europese landen. Welke structurele oplossingen werden waar op grond van welke voorwaarden gevonden? Hoe zouden de uitkomsten van hetzelfde onderzoek uit Berlijn in Rotterdam zijn, in een land, waar, zo stelt Geert Drenthen, sinds twintig jaar tolkencentra vanzelfsprekend zijn?

Martine Verwey

Patrick J. Devlieger & Anja de Greve (red.), *Handicap in intercultureel perspectief: Verkenning rond classificatie, familielevens, en discours*. Schaarbeek: P.H.O.S., 1999. 73 pp.

Het Vlaamse Platform Handicap en Ontwikkelingssamenwerking (P.H.O.S.) is een platform voor zelfhulpgroepen. Bij het P.H.O.S. staat de uitwisseling van ideeën en ervaringen van gehandicapten wereldwijd centraal. De drie verkenningen in deze publicatie betreffen Afrika, en dan met name de verhouding tussen Europa en Afrika op het vlak van cultuur en handicap.

In de eerste bijdrage benadert Patrick Devlieger het westers begrip handicap ('disability') aan de hand van het Swahili. Hij gebruikt hiervoor etnografisch materiaal. Via linguïstisch onderzoek laat hij zien hoe cultuur- en taalgebonden het begrip handicap is. In de meeste Afrikaanse talen, zo ook in het Swahili, kent het geen directe vertaling, omdat het woord niet als herkenbare categorie bestaat. Juist omdat het begrip nog niet is ingebed in het Afrikaans taalgebruik, kan, aan de hand van woordkeus en differentiatie, aangetoond worden hoe er in Afrika over handicap wordt gedacht. Zo beginnen differentiatie en regels reeds voor de geboorte, namelijk bij de zwangerschap, door het volgen van voedseltaboes waarvan wordt aangenomen dat ze fysieke verschillen veroorzaken in het ongeboren kind. En zo faciliteren de bedelende gehandicapte en de gever van aalmoezen de intrede in een bovennatuurlijke wereld. De titel van dit eerste hoofdstuk, *Handicap/disability als interstitiële categorie*, verwijst naar de mogelijkheid tussen de bestaande categorieën door te laveren en deze ter discussie te stellen. Daarin ligt het creatieve cultureel potentieel van handicap/disability. Zo heeft het

protest van activisten in Tanzania ertoe geleid dat de term *kipofu* (blind), in deze definiëring beschouwd als kleinerend en dus onaanvaardbaar, werd vervangen door *msiona* (persoon die niet ziet, mv. *wasiona*), waarmee de term geplaatst wordt in de klasse die gereserveerd wordt voor menselijke wezens.

In de tweede bijdrage benadert Anja de Greve handicap vanuit het perspectief van de familie. Zij probeert een overzicht te geven van de verschillende omgangsstrategieën rond handicap. Ze doet dit op basis van de literatuur. In vele Afrikaanse culturen wordt het ontstaan van handicap verklaard vanuit een verstoring van de kosmologische of sociale orde. Andere oorzaken worden wel erkend, maar worden slechts beschouwd als secundair. De zoektocht naar een verklaring voor het ontstaan van de handicap en naar een geschikte behandeling is een proces dat nooit af is en vele oplossingen open laat. Een voorbeeld, in vele Afrikaanse culturen zijn huwelijk en ouderschap essentieel voor de opbouw van de sociale identiteit van een individu. Mensen met een handicap hebben meer kans om een partner te vinden als ze in staat zijn taken te verrichten (huishouden, baan, aanzien). Ook als ze niet kunnen huwen, krijgen relatief veel personen met een handicap kinderen. Zij blijven op het erf wonen totdat kindlief voor hen kan zorgen. Dan krijgen zij een eigen hut.

Geert van Hove rapporteert in de derde bijdrage over het onderwijs aan kinderen met 'special needs' in Zuid-Afrika en het spanningsveld tussen werkelijkheid en maatschappelijk debat. In tegenstelling tot de officiële overheidsstandpunten beschouwt de medisch geïnspireerde schoolpsychologie verstandelijk gehandicapten nog altijd als een groep van 'niet-leerders' (custodial group). Twee casestudies tonen echter aan dat er wel degelijk bereidheid is om met deze kinderen als 'leerders' te werken, en met succes. Het enthousiasme en de kwaliteiten van de lokale gemeenschap, van ouders, voormalige leerkrachten, gezondheidswerkers tot de plaatselijke chefs, speelden een doorslaggevende rol bij de start van het onderwijs en de uitbreiding met begeleidingsprojecten.

Het is een goed initiatief van het P.H.O.S. om inhoudelijke, korte beschouwingen en onderzoeken tussentijds te bundelen en daarmee voor een groter publiek toegankelijk te maken. Ondanks de soms onnodige hoogtheoretische formuleringen is de publicatie een waardig opvolger van *Disability in different cultures* (Holzer, Vreede & Wright, 1999. Zie *Medische Antropologie* 12(1)). Met name de gedetailleerde samenhangen, zoals de coherentie van vanzelfsprekendheden, maken het boek de moeite waard. Er is een uitgebreide en brede literatuurlijst bij elke verhandeling. Jammer van de taalfouten. Een laatste correctie had de meeste er zeker uitgehaald.

Anneriet Meijers

Sylvie Fainzang, *Of malady and misery. An African perspective on European illness*. Amsterdam: Het Spinhuis, 2000. 114 pp. f 35,00.

"Exotische medische antropologie kan een belangrijke bijdrage leveren aan medisch-antropologische onderzoeken in westerse samenlevingen" [mijn vertaling MT], stelt Sylvie Fainzang. Zij onderzocht bij de Bisa in West-Afrika hoe verklaringen en uitingen

van ziekte zijn verbonden met verwantschapsrelaties en met economische en religieuze praktijken. Bij deze wijze van onderzoek worden ziekte en genezing worden gezien als sociale en culturele fenomenen. Deze vaal in Afrikaanse samenlevingen gebruikte aanpak heeft ze toegepast in haar studie naar ziekte en gezondheid in een semi-stedelijke samenleving met veel immigranten in de buurt van Parijs. Haar studie laat zien hoe een Afrikaans perspectief de symbolische betekenis kan openbaren die onder 'natuurlijk' gedrag ligt, en die als vanzelfsprekend wordt ervaren. Het accent ligt hierbij op de betekenis die aan ziekte wordt gegeven.

Het boek is een vertaling van de oorspronkelijk Franse publicatie uit 1989. Haar doelstelling is overeenkomsten te vinden tussen de Europese en Afrikaanse symbolische denkwijze. Twee hypothesen liggen ten grondslag aan haar onderzoek. Ten eerste, wat mensen zeggen over ziekte zijn vaak idiomen van sociale spanning en ongemak. Ten tweede, deze uitingen (en met name het aanwijzen van anderen als oorzaak voor ziekte) beïnvloeden de individuele reacties en therapiekeuze.

Dit Afrikaanse perspectief schept de mogelijkheid om met afstand en open blik te kijken naar alle categorieën van 'illness', ook als ze niet binnen de medische woordenboeken vallen. Het geeft de mogelijkheid om ook in een westerse samenleving naar de specifieke context van het leven van alledag te kijken, naar het leven van een familie en hun sociale relaties.

Door deze aanpak toont de auteur aan dat sociale verklaringsmodellen, die vaak als typisch Afrikaans worden gezien, ook in het Westen belangrijk zijn. Deze wijze van onderzoek en analyse, waarbij fundamentele vragen worden gesteld over de invloed van cultuur op sociaal gedrag en lichaamsgedrag, kan helpen ons inzicht in menselijke samenlevingen te vergroten. Bovendien biedt, volgens Fainzang, deze wijze van onderzoek de mogelijkheid om onderzoek in verschillende samenlevingen met elkaar te vergelijken en zo tot een universeel stelsel van analyse en interpretatie van ziekte te komen.

Het boek telt tien, soms heel korte, hoofdstukken. Ze begint met een kort historisch overzicht van de verbintenissen die er zijn gelegd tussen de traditionele geneeskunde en de cultuur en organisatie van de samenleving. Vervolgens besteedt ze, in hoofdstuk twee, enkele woorden aan het doen van onderzoek 'at home', waarbij ze Comaroffs opmerking onderschrijft dat niet de plaats van het onderzoek de antropoloog van de onderzoeksgroep onderscheidt, maar de focus van analyse. Haar 'Afrikaans' model van onderzoek biedt haar de mogelijkheid om als 'buitenstaander' onderzoek te doen in haar eigen cultuur.

In hoofdstuk drie bespreekt ze de voorwaarden waaraan het onderzoeksveld moest voldoen en in het zesde hoofdstuk schetst ze La Ville-Du-Bois. Het is een dorp met vijftienduizend inwoners. Door de verdubbeling van de bevolking in de laatste twintig jaar zijn er allerlei processen van in- en uitsluiting ontstaan.

Na in hoofdstuk vier en vijf het probleem en de methode te hebben besproken, gaat Fainzang in het zevende hoofdstuk verder in op de oriëntatie van het onderzoek. Ze richt zich op drie aspecten: de representatie van 'illness'; de wijze waarop men met 'illness' omgaat en, ten slotte, de relatie met het lichaam en de vraag naar effectiviteit. Ze kiest voor de term 'illness', omdat hier het accent met name ligt op de persoonlijke ervaring

binnen de sociale en culturele omgeving, waarbij bovendien allerlei beschuldigingen worden geuit. Dit wordt in hoofdstuk acht verhelderd met een mooie casusbeschrijving over de 'illness' van Lucie. Dit Afrikaanse perspectief biedt de mogelijkheid om naar aspecten van ziekte te kijken die anders snel over het hoofd worden gezien.

In hoofdstuk negen vergelijkt ze de overeenkomsten en verschillen tussen de Afrikaanse en de westerse samenlevingen. Hierbij maakt zij onder andere duidelijk dat het verschil niet zozeer is gelegen in het magische van de Afrikaanse samenleving en het rationele van de westerse samenleving, maar in de relatieve posities van de betrokkenen. Ook in westerse samenlevingen speelt beschuldiging een grote rol, maar er wordt anders mee omgegaan dan in Afrikaanse gemeenschappen.

In het laatste hoofdstuk *Aftermath* start ze met een korte beschrijving van een onderzoek naar ex-alcoholisten die in een zelfhulpgroep *Vie libre* bij elkaar komen en elkaar steunen. Deze studie heeft ze in een later tijdstip in hetzelfde dorp gedaan en ook weer vanuit haar Afrikaanse perspectief. Ze beschrijft de worsteling tegen het alcoholisme als een nieuwe cultuur en levenswijze met eigen rituelen. Deze casus komt wat uit de lucht vallen, maar het laatste deel van dit hoofdstuk is wel interessant. Hierin plaatst ze haar aanpak binnen de heersende stromingen en opvattingen van de medische antropologie. Ze stelt dat de medische antropologie met name naar de sociale en culturele noties moet kijken. De 'Afrikaanse aanpak' is hiervoor een goede methode, ook voor onderzoek in het Westen.

Ondanks het gevoel van enige versnippering door de vele korte hoofdstukken, is het een boeiend boek om te lezen. Het geeft, zoals Van Dongen al in haar voorwoord zegt, een dieper inzicht in wat gezondheid, ziekte en geneeskunde laten zien over cultuur en samenleving. Het gebruik van dit Afrikaanse perspectief in westerse gemeenschappen verdient naar mijn mening dan ook serieus aandacht in de medische antropologie.

Marian Tankink

Gilbert Herdt (ed.), *Sexual cultures and migration in the era of AIDS*. Oxford: Oxford University Press, 1997. 255 pp. £ 35,00 (gebonden).

De titel *Sexual cultures and migration in the era of AIDS* laat weinig te raden over het onderwerp van de bundel artikelen. De uitgave is een vervolg op een door een groep antropologen en demografen georganiseerde conferentie in Bangkok in 1994 over de relatie tussen migratie, seksueel gedrag en AIDS in ontwikkelingslanden. Deze benadering die antropologische beschrijvingen aanvult met harde demografische cijfers, blijkt niet alleen pakkende verhalen, maar ook praktische aanbevelingen op te leveren.

Zo betogen Caldwell et al. in de bijdrage over Afrika beneden de Sahara dat AIDS-preventieprogramma's vooral gericht moeten zijn op plekken waar risicogroepen bijeenkomen zoals parkeerplaatsen voor vrachtwagenchauffeurs, marktplaatsen en bordelen. Algemene campagnes hebben minder zin. De prostituees ('commercial sex workers') blijken namelijk een veel groter HIV-verspreidingsrisico te vormen dan promiscue gedrag van de bevolking. Het zijn ook de prostituees die na een werkperiode

in de stad het verspreidingsgevaar mee terugnemen naar hun geboortedorpen. Vrachtwagenchauffeurs zijn hun beste klanten.

Ook in de bijdrages over Thailand komen de desastreuze gevolgen van het circulaire migratiepatroon van de sexwerkers naar voren. Bond et al. betogen dat de migratie van platteland naar stad (of verschillende steden) en terug naar het platteland HIV over alle delen van het land heeft verspreid. De auteurs belichten de situatie in Noord-Thailand aan de hand van een aantal hartverscheurende casussen van tienermeisjes die meestal door familie gedwongen in de prostitutie beland waren. Velen hadden inmiddels HIV opgelopen. Soms blijkt de achtergrond van de meisjes zo triest dat zij pooiers en klanten als fictieve verwanten zijn gaan zien. Belangrijkste motief voor het werk is het verschaffen van inkomen aan de familie. Commerciële sex wordt dan ook als pad naar economische en sociale mobiliteit gezien in Noord-Thailand.

Eveneens aangrijpend zijn de 'sexual histories' van vier vrouwelijke vluchtelingen. Long wijst in haar artikel op de machteloze positie van de vrouwen waar zij ook geen raad mee weet. Verder dan de vaststelling dat "war must be stopped and soldiers must stop using violence as a weapon of war" komt zij niet.

Zoals in Thailand betekent prostitutie ook in Nigeria economische vooruitgang, al zijn de vanuit het platteland gemigreerde prostituees in Lagos vooral op persoonlijk gewin uit. Slechts één derde van de meisjes blijkt geld naar de familie te sturen (tachtig procent in Thailand) en vier procent heeft de ouders van de job verteld (mede in verband met toekomstige huwelijkskansen). 'Quick money' is dan ook het motief voor de niet langer laag-opgeleide meisjes, die meer verdienen dan een academicus in de publieke sector. Prostitutie wordt ook gezien als een levensfase, en is beslist geen 'way of life'. Een eigen business is de droom. Uit het onderzoek van Orubuloye komt verder naar voren dat campagnes voor condoomgebruik wel resultaat hadden, al komt het initiatief vooral van de klant.

Ten Brummelhuis ontdekte dat er een vage grens bestaat tussen het condoomgebruik in de professionele sfeer en het afzien van condooms in de persoonlijke sfeer binnen de Thaise gemeenschap in Nederland. De grenzen tussen prostitutie, huwelijk en andere vormen van partnerschap zijn dan ook onduidelijk. Ten Brummelhuis refereert in dit verband op een 'clash of categories and perceptions' tussen Thailand en het Westen in 1655. Wat destijds als man-vrouw-relatie door de Thai werd opgevat, werd door Europeanen als 'prostitutie' betiteld. In tegenstelling tot Caldwell's advies aan Afrika, en met betrekking tot een geheel andere context, concludeert Ten Brummelhuis dat een bredere benadering ten aanzien van de gehele Thaise gemeenschap in Nederland gewenst is. Preventie moet dus niet alleen op risicogroepen gericht zijn, aangezien daar mensen buiten kunnen vallen.

Tot soortgelijke conclusies komen Parker en Larvie in twee verschillende bijdrages over Brazilië. Larvie deed onderzoek in de homoscene van Rio de Janeiro en spreekt over een 'globalized sex industry' waarvan reisagenten, familie, taxichauffeurs en ontwikkelingswerkers net zo goed deel uitmaken als de prostitueés (mannelijk). Met deze 'subculture of people in movement' moet rekening gehouden worden bij HIV-interventies. De subcultuur wordt volgens Larvie gestructureerd door homohaat, die de prostitué niets anders toelaat dan van het ene tijdelijke onderkomen naar het andere te

vluchten. Het 'schandknepenprobleem' komt de autoriteiten niet slecht uit, aangezien een zondebok voorradig is waartegen de natie zich kan verenigen. Anders dan het geval van de Thaise meisjes, is de vlucht naar de stad van de Braziliaanse jonge homoseksuelen geen daad uit armoede maar een vlucht naar (duur betaalde) seksuele vrijheid.

Volgens Caldwell dienen de preventieprogramma's in Afrika vooral gericht te zijn op prostituees en vrachtwagenchauffeurs en niet op homoseksuele mannen. Door de sterke anti-homo cultuur in Afrika is anale seks geen belangrijk onderdeel van de AIDS-epidemie. Hoe anders is de situatie in de Verenigde Staten. Carrier et al. deden onderzoek onder Vietnamezen in Californië en komen met de hypothese (overigens niet gestaafd door een survey met slechts sociaal wenselijke antwoorden) dat vooral geaccultureerde homoseksuele Vietnamezen een verhoogd risico op HIV hebben, doordat zij met hun Anglo-Amerikaanse en Latino partners anale seks bedrijven, een bezigheid die in Vietnam en onder niet-geaccultureerde Vietnamezen in Californië niet populair is.

Opvallend was verder dat het risico voor de Vietnamese mannen om HIV op te lopen groter is bij een stop-over in Bangkok op weg naar Vietnam, dan bij veelvuldig bezoek aan de (vrij gezonde) Mexicaanse prostituees in de 'third culture zones' nabij de Mexicaanse grens. Deze 'third culture zone' van pooiers, prostituees en klanten is volgens John H. Cagnon, in een inleidend hoofdstuk van de bundel, exemplarisch voor de globale seksuele cultuur die mede door de massamedia tot stand is gekomen.

Ondanks de toenemende globalisering van seksuele culturen, blijkt uit de verschillende artikelen dat er per cultuur nog grote verscheidenheid in seksuele gedragingen en opvattingen bestaan. Deze culturele verschillen en de noodzaak van een per regio of cultuur verschillende aanpak van HIV-preventieprogramma's vond ik ook het meest aansprekende gegeven uit de bundel. Daarbij is meegenomen dat de bijdrages actueel zijn en een aantal extra boeiend is door de persoonlijke levensbeschrijvingen van de informanten.

Hans Veltmeijer

John R. Hinnels & Roy Porter (eds.), *Religion, health and suffering*. London, New York: Kegan Paul International, 1999. 498 pp. \$ 65.00.

Religie en geneeskunde hebben veel met elkaar gemeen. Beide zijn gericht op 'heil': het bieden van hulp en hoop aan mensen in nood. Beide kennen ook voorschriften en regels, waaraan men zich moet houden teneinde het heil te verkrijgen. In beide spelen specialisten een rol die nauw betrokken zijn bij de distributie van de 'heilsgoederen'. In de meeste culturen vallen de rollen van deze specialisten samen, de priester is tegelijkertijd genezer. In het Westen zijn beide rollen gescheiden: de arts houdt zich primair bezig met gezondheidsproblemen, de priester met geestelijke vraagstukken.

Ondanks de gemeenschappelijke kenmerken, is de relatie tussen religie en geneeskunde vaak verre van harmonieus. Religieus gefundeerde morele voorschriften over abortus of besnijdenis staan op gespannen voet met het medische welzijn van betrokkenen. Religie eist soms offers en martelaarschap of roept bij zieke gelovigen (onge-

zonde) schuldgevoelens op als ze hun ziek-zijn toeschrijven aan zonde. Daartegenover staat dat religie vaak ook een stimulans geeft tot het geven van zorg aan zieken: veel ziekenhuizen en zorginstellingen zijn vanuit religieus initiatief ontstaan. Soms is religie een factor in het proces van genezing.

Het is onbegrijpelijk dat ondanks de grote verwantschap tussen religie en gezondheidszorg er nauwelijks studies voor handen zijn over dit terrein. De bundel *Religion, health and suffering* probeert in deze lacune enigszins te voorzien. Ze gaat uit van een breed religiebegrip. Religie staat niet alleen voor een stelsel van opvattingen of een bepaalde levenspraktijk, maar kan ook de uiting zijn van een collectieve identiteit of de manifestatie van een collectieve of persoonlijke omgang met waarden, angsten en hoop. De termen religie en magie worden nauwelijks onderscheiden en religie wordt benaderd als een integraal onderdeel van cultuur. De bundel veronderstelt dat de culturele en religieuze bagage van patiënten van invloed is op hun fysieke en psychische conditie. Religie stempelt de wijze waarop mensen gezondheidsproblemen ervaren en definiëren. Soms speelt ze een rol in het ontstaan en voortbestaan van deze problemen. Tegelijkertijd kan ze ook een factor zijn in de mobilisatie van krachten die deze problemen overwinnen. Het is volgens de Hinnels en Porter daarom van belang dat medische hulpverleners inzicht hebben in de religieuze wereld waarin patiënten verkeren en daar rekening mee houden in het zorgprogramma.

Religion, health and suffering is zeer breed van opzet. Aan het boek werkt een interdisciplinaire groep van 21 onderzoekers mee die zich buigt over zeer uiteenlopende onderwerpen, variërend van visies op gezondheid en lijden in het zoroastrisme tot angsten voor plagen in het pre-moderne Engeland, van de geneeskunde en martelaarschap in de vroege islam tot pijn in de hippocratische geneeskunde.

In feite valt het boek in vier delen uiteen. Het eerste deel bevat een acht crossculturele studies over de wijze waarin verschillende religies gedacht en omgegaan wordt met het probleem van het kwaad en het lijden van onschuldigen. Hoe valt het geloof in een almachtige God te verzoenen met het geloof in een liefhebbende God? Als lijden een uitvloeisel is van zonde in een vorig leven, hoe is medisch ingrijpen dan te rechtvaardigen? Is lijden goed voor de ziel? In dit deel ligt het accent op de officiële leer van de grote religies.

In het tweede deel worden enkele niet-Europese gezondheidssystemen behandeld uit China, India, het Midden-Oosten en Mozambique. De vraag komt op of de westerse medische geneeskunde wel altijd geschikt is voor het behandelen van gezondheidsproblemen in een niet-westerse context. In dit deel ligt de nadruk op religie als geleefde praktijk.

In het derde gedeelte worden vier premoderne vormen van geneeskunde besproken. Ingegaan wordt op de band tussen geneeskunde en religie in de antieke wereld, pijn in de hippocratische geneeskunde, het Engelse ziekenhuis en de zielzorg in de middeleeuwen, en tot slot de wijze waarop van kerkelijke en geneeskundige zijde gereageerd is op de angst voor de pest in het vroegmoderne Engeland.

In het laatste deel staat de moderne geneeskunde centraal. Aan de orde komt de ontwikkeling van percepties van pijn in deze geneeskunde, de verhouding tussen de orthodoxe en alternatieve geneeswijzen in het Westen, veranderingen in het (politieke)

idioom aangaande de gezondheidszorg en het belang van de factor religie in een dokterspraktijk in het centrum van Londen.

Bij een gevarieerde bundel als deze, komt de vraag op naar de coherentie van het geheel. Deze laat nogal te wensen over. Tussen de gekozen onderwerpen bestaat nauwelijks verband en ook in de behandeling van de onderwerpen is geen systematiek te ontdekken. Wel hebben de Hinnels en Poster geprobeerd in het slothoofdstuk enige samenhang aan te brengen. Verder ademen de artikelen eenzelfde (positieve) benadering uit van religieus gefundeerde geneeswijzen.

Exemplarisch voor deze positieve toonzetting is het artikel *Beyond the frontiers of science?*, waarin Saks expliciet ingaat op de ontwikkeling van de verhouding tussen de reguliere geneeskunde en op religie gebaseerde alternatieve therapieën in het Westen. Saks benadert de verhouding tussen 'orthodoxe' en 'alternatieve' geneeswijzen vanuit een historisch oogpunt. Volgens hem werd met het toenemende maatschappelijke belang van de natuurwetenschappen in de negentiende eeuw de tegenstelling tussen orthodoxe en alternatieve geneeswijzen in het Westen steeds scherper. Men ging ervan uit dat de eersten gebaseerd zijn op wetenschappelijke uitgangspunten en de laatsten op niet-wetenschappelijke en dat deze berusten op bijgeloof en religie. Omdat binnen het Verlichtingsdenken religie gold als een gepasseerd station, kregen daarmee ook de alternatieve geneeswijzen het etiket 'verouderd' opgeplakt. Hoewel deze geneeswijzen nog steeds niet verdwenen zijn, maar integendeel aan populariteit winnen, worden zij tot op de dag van vandaag door de medische elite niet serieus genomen als zijnde niet-wetenschappelijk. Saks trekt tegen deze opvatting ten strijde. Hij is van mening dat de verschillen tussen beide geneeswijzen beduidend kleiner zijn dan deze elite veronderstelt. Hij verwijt haar met name uit te gaan van een verouderde wetenschapsopvatting die na het werk van figuren als Popper en Kuhn onhoudbaar is geworden. Het onderscheid tussen wetenschap en niet-wetenschap valt niet samen met de tegenstelling tussen rationeel en irrationeel of 'open minded' en dogmatisch. In beide vormen gaat het om sociale constructies die gebaseerd zijn op uitgangspunten die niet getoetst kunnen worden. Volgens Saks ligt het verschil tussen orthodoxe en alternatieve geneeswijzen niet zozeer in de mate waarin ze gebaseerd zijn op wetenschappelijke uitgangspunten, maar in hun benadering van gezondheidsproblemen. In de orthodoxe geneeskunde worden deze problemen vooral benaderd als zijnde louter fysieke problemen en is er sprake van fysisch reductionisme; in de alternatieve geneeswijzen gaat men uit van een meer holistische benadering van 'mind, body and spirit'.

In het slothoofdstuk behandelt Parkin thema's die in de uiteenlopende bijdragen aan de orde zijn geweest. Zo gaat hij in op het vraagstuk van het lijden en de verhouding tussen menselijke actoren en bovenmenselijke machten. Hij deelt in dit verband de religies in drie categorieën in: de van oorsprong Indische godsdiensten (hindoeïsme, boeddhisme, jainisme en de godsdienst van de Sikhs) die een onderscheid kennen tussen de mens en karma of kosmische invloeden, de zogenaamde Semitische godsdiensten (jodendom, christendom en islam), die een tegenstelling kennen tussen de mens en een machtige, wetende en liefdevolle God, en manicheïsche stromingen, waartoe hij het zoroastrisme en de religie der Katharen rekent, die goede en kwade

machten onderscheiden, maar waarbij niet op voorhand wordt veronderstelt dat het goede het kwade definitief zal overwinnen.

In de oosterse godsdiensten wordt het huidige lijden van een persoon toegeschreven aan diens vroegere karma. Alleen via de weg van ascese, onthechting en reïncarnatie kan de persoon van zijn lijden verlost worden. Binnen de drie grote Semitische godsdiensten speelt het probleem van de theodicee. Hoe is het lijden van onschuldige mensen te rijmen met het bestaan van een almachtige God die liefde is? Hoewel dit probleem strikt logisch gezien onoplosbaar is, dragen de verschillende tradities in de drie 'godsdiensten van het boek' wel oplossingen daarvoor aan. Aan de ene kant staan daarbij de stromingen die de menselijke vrijheid en verantwoordelijkheid voor het lijden benadrukken, aan de andere kant de tradities die juist op de bepaaldheid van de mens wijzen. Lijden is een straf van God, of lijden is een beproeving van God om te komen tot bekering of heiliging. Een speciaal geval is het zoroastrisme, die uitgaat van een dualisme tussen goede en kwade machten en waarbij het goede niet bij voorbaat de kosmische strijd tussen goed en kwaad zal winnen. De mens speelt in deze visie een prominente rol in de strijd tussen goed en kwaad.

In aansluiting op de visie van Saks benadrukt Parkin dat het verschil tussen de westerse geneeskunde en religieus gefundeerde geneeswijzen niet ligt in de tegenstelling tussen wetenschap en niet-wetenschap, maar in hun benadering van 'materialiteit'. Volgens hem wordt in de conventionele westerse geneeskunde de sociale en lichamelijke materialiteit los van elkaar gezien en het lichaam primair benadert als een 'geesteloos kadaver'. In de niet-westerse medisch-religieuze geneeswijzen wordt het lichamelijke en sociale gezien als nauw met elkaar verbonden en wordt het (zieke) lichaam in relatie gebracht tot menselijke verhoudingen. Ook wanneer een ziekte toegeschreven wordt aan het werk van God of juist een demon, is dit het geval. Goden, demonen en geestelijke krachten immers, maken deel uit van een wijder kader, waarin de sociale omgeving en het sociale handelen van de persoon in kwestie vaak een beslissend element is bij het ontstaan van een ziekte.

Religion, health and suffering is een vrij losse verzameling van specialistische artikelen op het gebied van religie, gezondheid en lijden. Het biedt geen systematische introductie tot dit gebied, maar bestaat wel uit bijdragen die stuk voor stuk boeiend zijn. De bundel spoort aan tot verder onderzoek van dit grotendeels nog onontgonnen terrein.

Sipco Vellenga

Kelly Johnson, *Deinstitutionalising women: An ethnographic study of institutional closure*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. xiv + 216 pp. £14.95 (paperback), £ 40.00 (gebonden).

Deze psychoanalytisch georiënteerde studie is gebaseerd op twintig maanden veldwerk in het begin jaren negentig op een gesloten afdeling van Hilltop (1), een groot instituut voor geestelijk gehandicapten in Australië. Gebouwd in 1860 behoort het qua bouw en doelstellingen tot de Victoriaanse instellingen voor 'psychisch gestoorden' die in het

Verenigd Koninkrijk en zijn koloniën in die tijd ontstonden. Die instellingen werden bij voorkeur zo ver mogelijk van de bewoonde wereld gebouwd vanwege het gevaar dat 'gekken' voor de samenleving vormden. Een benaderingswijze die zich niet tot Brits Imperium beperkte, gezien de namen van veel Nederlandse psychiatrische inrichtingen, zoals Berg en Bosch, Dennendal, Meer en Berg, Veldwijk. Naarmate er meer bekend werd over de 'zorg' en 'behandeling' in die oorden in het verleden, werd duidelijk dat er naar de huidige maatstaven gesproken kan worden van crimineel gedrag (2). Het betrof instellingen die E. Goffman mede geïnspireerd hebben tot de introductie van het concept 'total institution'. De specifieke subcultuur die in dergelijke instituties bestaat, wettigt de ondertitel van Johnsons boek: een etnografische studie.

De auteur geeft weinig informatie over Hilltop als geheel, maar beperkt zich tot het beschrijven van het lot en leven van 21 vrouwen op een gesloten afdeling, allen met de diagnose 'intellectueel gehandicapt' en 'uitdagend gedrag'. De vrouwen werden niet alleen van de maatschappij werden buitengesloten maar ook van een leven als vrouw, omdat ze beschouwd werden als wezens die er niet in geslaagd waren 'vrouw' te worden. Dit feit maakt dat ook van een 'sociologische' studie gesproken zou mogen worden. Een systematische uiteenzetting van die sociologische aspecten ontbreekt echter.

Johnson presenteert haar boek als 'een verzameling van stemmen': de stemmen van de 21 vrouwen, van de vrouwelijke staf die met hen werkt, van de families van de vrouwen, en van de mensen die verantwoordelijk zijn voor het sluiten van Hilltop. In de afdeling worden de vrouwen als een homogene groep beschouwd en behandeld. Er is geen aandacht voor onderwerpen die Johnson in haar werk als etnografe juist wel centraal stelt: de levensgeschiedenissen van de vrouwen, de fundamentele, onderlinge verschillen en hun subjectieve belevingswereld.

Vier maanden na aanvang van het onderzoek wordt bekend gemaakt dat Hilltop in het kader van het landelijke deïnstitutionaliseringbeleid gesloten wordt. Dat stelt Johnson onverwacht in de gelegenheid dit proces – dat een 'schijn'-deïnstitutionalisering blijkt te zijn – tot aan hun daadwerkelijke 'uitplaatsing' te volgen. Een dergelijke uitplaatsing van patiënten heeft ook in Nederland plaats gevonden. Ze was het gevolg van ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg in Italië rond de psychiater Franco Basaglia, die vanaf 1961 directeur was van een psychiatrische kliniek in Gorizia (Noord-Italië). Hij verzette zich aanvankelijk tegen de gebruikelijke 'total institution'-situaties door wekelijks bijeenkomsten te organiseren waaraan zowel staf als patiënten deelnamen. In 1972 werd de inrichting gesloten en werden de patiënten in de gemeenschap ondergebracht(3).

In Nederland werden in dezelfde periode de psychiatrische inrichtingen op de schop genomen, omdat de kennisachterstand van de geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van ontwikkelingen in de biomedische gezondheidszorg te evident werd. De psychiater Jan Foudraïne en de commotie in en rond Dennendal hebben daartoe de aanzet gegeven. Die ontwikkelingen hebben uiteindelijk geleid tot uitplaatsingen bijvoorbeeld uit Meer en Berg in Santpoort, de psychiatrische inrichting van de GGD-Amsterdam. Een aanzienlijk aantal van de patiënten werden daarbij in kleine groepen 'semi-zelfstandig' in Amsterdam gehuisvest. Een deel van hen kon het verblijf buiten hun 'total institution' echter niet aan en moest in het hen vertrouwde Santpoort weer

‘gereïstitutionaliseerd’ worden (4). Een verschijnsel dat zich ook voordoet bij mensen na een langdurig verblijf in gevangenissen. Mijn berekening op basis van de verstrekte gegevens levert op dat de vrouwen in Johnsons studie gemiddeld 28,5 jaar geïstitutionaliseerd geweest zijn en dat het daarom niet mag verbazen als zich onder de ‘Hilltop vrouwen’ hetzelfde verschijnsel zal voordoen.

De auteur gaat gedetailleerd in op haar eigen geïnvolveerdheid met het onderwerp van haar studie. Dat houdt in dat zij op reflexieve wijze haar vooringenomenheden, belangen en beperkingen, haar emoties (angst, depressie, woede) en haar verschillende rollen als onderzoeker en als belangenbehartiger van de vrouwen bespreekt. Ze benadrukt in haar methodologische verantwoording dat de stemmen en verhalen van haar respondenten onvermijdelijk via haar eigen stem als onderzoeker gepresenteerd worden. Daarnaast vermeldt zij dat zij ook zichzelf als subject van onderzoek beschouwt. In deze ‘dialogisch-antropologische’ benadering ruimt zij slechts een bescheiden plaats voor de expliciete bespreking van dat ‘zelf’ in. Daardoor blijft een belangrijk epistemologische probleem onderbelicht. In navolging van wat in de psychiatrische hulpverlening als het probleem van de ‘uitverkoren helper’ bekend staat, dreigt namelijk voor sociaal-wetenschappelijke onderzoekers die zich met enigerlei vorm van participerende observatie wat betreft die hulpverlening bezig houden, het gevaar van de ‘uitverkoren onderzoeker’. Dat wil zeggen, van het verliezen van objectiviteit waar die mogelijk en noodzakelijk is.

Het gaat Johnson er vooral om de opgesloten vrouwen aan het woord te laten. Dat is van belang, omdat de feministische literatuur op dit terrein de stemmen van die categorie vrouwen nooit duidelijk heeft laten horen en ook in gehandicaptenstudies die stemmen nog steeds schaars vertegenwoordigd zijn. Eline Gumberts boek *Stemmenstorm* dat in 2000 bij Bert Bakker zal verschijnen, voorziet mijns inziens, zeker na kennisname van haar columns in de zaterdageditie van het dagblad Trouw, wat dit aangaat, in een behoefte. Maar daarmee zijn wij er nog niet, want wie is degene die spreekt? Alhoewel de vraag ‘wie zijn deze 21 vrouwen’ van meet af aan centraal staat in het onderzoek van Johnson en zij zeer veel tijd met de vrouwen doorbrengt om antwoorden op die vraag te krijgen, moet zij tot haar ontsteltenis in de slotzin van haar boek vaststellen dat (ook) zij geen definitief antwoord geven kan op die vraag. Zij concludeert: “Their stories continue to escape us”. Het is dunkt mij geen onbelangrijke vraag of niet van zeer veel mensen die niet op gesloten afdelingen zitten of gezeten hebben, datzelfde gezegd kan worden!

Johnson constateert dat de ‘total institution’-situatie met de daarbij behorende macht-en-kennis-vertogen (cf. Foucault) tot gevolg had dat de vrouwen in haar onderzoek voortdurend met dat soort vertogen geobjectiveerd en tot zwijgen gebracht werden. Het feit dat het medische in die vertogen domineerde, had tot gevolg dat de gedragsproblemen van de vrouwen met medicijnen werden aangepakt. Hoe dat alles in z’n werk ging, wordt gedetailleerd beschreven en geanalyseerd.

Het proces van de-institutionalisering heeft weinig verbetering voor de vrouwen opgeleverd, omdat het medische vertoog in hoge mate werd vervangen door een juridisch vertoog. De opzet was dat daarmee en daardoor de rechten van de vrouwen meer gerespecteerd zouden worden, de sociale en gendervooroordelen tegen hen zouden

afnemen en de objectivering en het tot-zwijgen-brengen tot het verleden zouden gaan behoren. Maar nee, het managementvertoog bleek al snel alles bepalend te worden. Het ontnam de vrouwen de ruimte om een actieve, meebeslissende rol aangaande hun uitplaatsing te spelen. Ook nu werd weer aan hun specifieke belangen en behoeften voorbij gegaan. Zo werden zij nog steeds als wezens zonder gender beschouwd die onder meer zonder problemen met mannen in één huis zouden kunnen wonen. Hun seksualiteit werd alleen in acht genomen voorzover die als problematisch beoordeeld werd. Die seksualiteit zou zowel voor de vrouwen zelf als voor de gemeenschap vanuit het oogpunt van eugenetica gevaarlijk kunnen zijn en beide moesten daarom beschermd worden. Was ooit institutionalisering ver van de bewoonde wereld, op een gesloten afdeling, de oplossing voor dat gevaar, bij de zogenoemde 'deinstitutionalisering' moest naar andersoortige oplossingen gezocht worden.

Johnsons boek bestaat uit drie delen die voorafgegaan worden door een inleidend hoofdstuk. Deel I (hoofdstuk 2-4) richt zich op het leven van de vrouwen op de gesloten afdeling en hun relaties met belangrijke anderen vóórdat het proces van deinstitutionalisering begint. In Deel II (hoofdstuk 5-8) komt dat proces aan de orde in zoverre dat van invloed is op het leven van de vrouwen alvorens zij (uiteindelijk) de afdeling verlaten. Beide delen bestaan uit beschrijvende hoofdstukken en worden afgesloten met een theoretisch hoofdstuk met reflectie op het veldwerk. In elk beschrijvend hoofdstuk wordt naast een variëteit aan kort geciteerde 'stemmen', een voor het betreffende hoofdstuk relevant verhaal van één van de vrouwen opgenomen. Hoofdstuk 9 in deel III, *Escaping stories* begeeft zich buiten Hilltop voor een explorerend onderzoek naar de verhalen die ontsnapt zijn aan de aandacht van allen geïnvolveerd in het deinstitutionaliseringproces, naar 'their stories'. Bovendien wordt een analyse gemaakt van enkele van de redenen voor het veronachtzamen van de subjectiviteit van de vrouwen gedurende het gehele proces.

Aan het begin van het boek worden de vrouwen die bij het onderzoek betrokken waren, kort voorgesteld met vermelding van hun individuele voorkeur voor woonsoort na uitplaatsing en of, en zo ja, in hoeverre, al dan niet aan hun wensen tegemoet gekomen is. Dat roept voor mij de methodologisch, psychologisch en sociologisch niet onbelangrijke vraag op, of er nog wel sprake kan zijn van 'eigen' verhalen van mensen die gemiddeld 28,5 jaar op een gesloten afdeling verkeerd hebben. Is de 'waarheid' bij dergelijke mensen te achterhalen als dat, als we bijvoorbeeld Marcel Proust mogen geloven, bij 'normale' mensen al een twijfelachtige zaak is?

Mijn methodologische vragen bij het boek laten onverlet dat ik het boek geboeid en geëmotioneerd gelezen heb. Het geeft op indringende wijze weer hoe er in een instelling als Hilltop werd omgegaan met een specifieke vorm van 'anders-zijn', in het bijzonder hoe gepoogd werd dat 'anders-zijn' te objectiveren en te normaliseren en hoe de antropoloog gepoogd heeft die objectivering en normalisering te doorbreken en daarmee zelf subject van onderzoek werd. Dat zijn centrale thema's in de culturele antropologie die blijven boeien. Het feit dat de genderproblematiek expliciet aan de orde komt, maakt het boek niet alleen relevant voor antropologen, maar ook voor vrouwen- en genderstudies. Vooral in een tijd dat genderstudies steeds meer belangstelling is gaan tonen voor verschillen tussen vrouwen binnen een bepaalde maatschap-

pij en er nog relatief weinig diepgaande studies over dit thema verschenen zijn. Dit geldt in het bijzonder waar het gaat om 'geestelijk gehandicapte' vrouwen.

Helaas ontbreekt aan het boek een afsluitend sociologisch en psychologisch deel dat beschrijft hoe het de vrouwen sedert hun uitplaatsing is vergaan. Dat had meer informatie kunnen geven over het omgaan van de Australische staat en samenleving met 'anders-zijn' (5) buiten (semi-)gesloten instituties. In het boek wordt niet duidelijk of en in hoeverre de wijze waarop in Hilltop met 'anders-zijn' omgegaan werd zich laat generaliseren naar andere delen van de Australische samenleving in verleden en heden. Noch worden vergelijkingen met andere landen en culturen gemaakt. Australië is bij uitstek een maatschappij die veel ervaring heeft met allerlei vormen van 'anders-zijn'. Tot de eerste generaties van immigranten behoorden bijvoorbeeld nogal wat Britse criminelen. Vervolgens werden talloze zogenaamde weeskinderen uit Britse instellingen binnengebracht, zogenaamd omdat ze afkomstig waren van geaborteerde, meest ongehuwde meisjes en vrouwen. En momenteel staat het probleem ter discussie van 'the stolen generation', de Aboriginals die destijds op jeugdige leeftijd van hun ouders weggenomen zijn en naar wie die ouders hun leven lang op zoek geweest zijn.

De zeer uitgebreide literatuurlijst aan het eind van het boek bevestigt dat de auteur zich reeds lang intensief met het onderwerp 'geestelijk-gehandicapt-zijn' beziggehouden heeft. Het feit dat in het boek op veel van de literatuur inhoudelijk niet wordt ingegaan, zodat driekwart van de lijst geschrapt had kunnen worden, kan verklaren waarom zo veel van wat aan de orde had kunnen, soms zelfs moeten komen, in dit boek ontbreekt. Het boek daagt uit tot een vervolgstudie.

Annemiek Richters

Noten

- 1 Hilltop is een schuilnaam voor een inrichting die waarschijnlijk in Zuid-Australië gevestigd is, aangezien de auteur verbonden is aan Deakin University in Melbourne. Gezien de inhoud van het boek zou het mij niet verbazen als Hilltop zich bevond op een heuvel die de Engelman E.J. Eyre, die na drie maal te vergeefs in Zuid-Australië naar vruchtbaar land gezocht te hebben, in 1840 'Mount Hopeless' noemde alvorens teleurgesteld naar Engeland terug te keren.
- 2 De traditie om hard om te gaan met psychiatrische patiënten is zeer oud. Zo kon men in het Amsterdams Dolhuis vanaf de zestiende eeuw voor vijf cent een middagje 'gekken kijken'. Ten behoeve van de gestichtskas werd bijvoorbeeld tussen 19 en 27 september 1695 136 gulden en 10 stuivers bijeen gebracht. Vooral vrouwelijke heksen waren zeer in trek, men denke aan het gebruik van het 'kolrijden'.
- 3 In Geel, een klein plaatsje in België, is deze problematiek sinds jaar en dag veel verstandiger aangepakt. Het psychiatrisch ziekenhuis aldaar beschikt over een groot aantal 'gastgezinnen', waar patiënten die daarvoor geschikt zijn, een normaal (gezins)leven kunnen leiden, werkzaamheden verrichten en daardoor hun eigenwaarde kunnen terugvinden of behouden. Slechts in een enkel geval is het nodig om een patiënt voor enige tijd, of voor goed weer in de instelling op te nemen.
- 4 Ook Basaglia en zijn medewerkers zijn na verloop van tijd met dit verschijnsel geconfronteerd.

- 5 Veelzeggend is in dit verband de opmerking van Shulamit Ramon in de introductie van *Psychiatry in transition: The British and Italian experiences* (S. Ramon & M.G. Giannichedda (eds.) London: Pluto Press, 1991): "People with disabilities continue to be marginalized in Britain today, but less than in the past. Although Britain is officially a member of the EC, remarkably little interest has been demonstrated by the British public in the rest of Europe up to now. Will that ever change, beyond tourism, football and foodies?" (p. 4). Aangezien het Zuiden van Australië, met name rond Adelaide en Melbourne 'more British than the British' is, kan daar eenzelfde houding verwacht worden.

Savita Kathbamna, *'Race' and childbirth*. Buckingham: Open University Press, 2000. 151 pp. £18.99 (paperback), £ 55.00 (hard cover).

Dit boek handelt over de ervaringen met zwangerschap en baren van twee groepen Aziatische vrouwen in Engeland. Het onderzoeksthema is de confrontatie van hun 'traditionele' model en het medische model van de National Health Service (NHS). Kathbamna vergelijkt in haar onderzoek vijftien Hindu-vrouwen (Gujarati) uit Noord-India en vijftien islamitische vrouwen uit Bangladesh. De vrouwen waren primipara en multipara, tussen achttien en veertig jaar oud. Ze werden twee keer geïnterviewd, vóór en na de geboorte van hun kind.

De Gujarati zijn in veel gevallen via Oost- en Centraal-Afrika naar Engeland gekomen en staan bekend als zeer succesvol. Daarbij hebben ze veel van hun eigen cultuur en tradities weten te behouden, niet alleen voedingsgewoonten en kleding maar ook het kastensysteem en de extended family. De onderzochte vrouwen uit Bangladesh waren nog niet zo lang in Engeland. De gezinshereniging in deze groep is pas laat op gang is gekomen. De groep Bangladeshi worden gekenmerkt door armoede, analfabetisme, werkloosheid en slechte huisvesting.

De auteur stelt dat wanneer het om ziekte en gezondheid gaat, Aziatische vrouwen teveel op een hoop worden gegooid. Zelf legt ze de nadruk op de verschillen tussen de twee groepen. Interessant is dat de vrouwen uit Bangladesh, die gewend zijn om na aanvang van de weeën nog zo lang mogelijk actief te blijven, vaak pas op het laatste moment naar het ziekenhuis gaan. In de regel krijgen ze daar hun kinderen met een minimum aan medisch ingrijpen. De Gujarati daarentegen gaan in een veel eerdere fase van het baren naar het ziekenhuis, vragen om pijnbestrijding en ondergaan veel meer medische interventies.

Het meest boeiende van dit onderzoek is voor mij het beeld dat Kathbamna schetst van de familierelaties bij Gujarati. Deze houden de extended family nog hoog in ere. (Schoon)moeders spelen daar een heel belangrijke rol bij zwangerschap, geboorte en kraambed. Ze bieden veel hulp en steun, maar zetten ook hun meer 'moderne' en westerse (schoon)dochters onder druk zich te conformeren aan oude praktijken en rituelen. Hun dwingende regels en adviezen zijn soms strijdig met die van artsen en vroedvrouwen. Dit geldt veel minder voor de families uit Bangladesh die veelal door de migratie naar Engeland uiteen zijn gevallen. Maar ook bij de Gujarati verandert er van alles. Een toenemend aantal zonen en dochters wil 'gemengde' huwelijken aangaan, of

willen niet meer bij de ouders inwonen. Dochters willen op de arbeidsmarkt participeren, hun zwangerschappen uitstellen en kunnen soms weinig begrip meer opbrengen voor het cultureel erfgoed, dat de oudere generatie aanbiedt. Toch laten maar weinig dochters en schoondochters het op een confrontatie aankomen. Eerder houden ze een schijn van gehoorzaamheid op en smokkelen zo nu en dan met de regels waarin ze niet meer geloven. Bovendien hechten ze heel veel waarde aan de verzorging die ze binnen de familie krijgen in de fysiek zware periode na de geboorte.

In beide onderzoeksgroepen wordt op vrouwen veel pressie uitgeoefend om een, liefst meerdere, zonen te baren. Wat me intrigeerde is de bewering van de auteur dat de nadruk in het westerse systeem op 'bonding' tijdens het kraambed, het creëren van een unieke, exclusieve relatie tussen moeder en pasgeboren kind, strijdig kan zijn met een cultuur waarin de plaats van het kind in het grotere familieverband belangrijker wordt geacht. Jammer dat dit een losse stelling blijft die ze nergens uitwerkt.

De titel van het boek is verwarrend. De auteur zet 'race' tussen aanhalingstekens en stelt dat dit, net als etniciteit, vaak wordt gebruikt als categorie om verschillen in ziekte en gezondheid tussen populaties te verklaren. Ze heeft daar kritiek op omdat het begrip de vele culturele, historische en sociaal-economische verschillen tussen groepen mensen verwaarloost. 'Race' komt verder in de beschrijving van de onderzoeksresultaten niet ter sprake, maar duikt weer op in de conclusie. Daarin blijkt dat de auteur, die niet uitgaat van een theorie, een ideologie hanteert die stelt dat Aziatische vrouwen het slachtoffer zijn van seksisme en racisme dat is geïnstitutionaliseerd in de NHS. Blanke, mannelijke artsen zouden onder meer te weinig respect tonen voor de cultuur van Aziatische vrouwen zoals die blijkt uit voedingsvoorschriften en specifieke gebruiken bij zwangerschap en geboorte. Blanke vrouwen uit de middenklasse hebben zich sinds de jaren zeventig strijdvaardig opgesteld. Dat is de veel Aziatische vrouwen nog niet gelukt, onder meer omdat zij het racisme hebben geïnternaliseerd. Misschien is dat wel zo, maar de auteur toont het op geen enkele manier aan. Het is haar uitgangspunt. Toch zijn met name de Gujarati vrouwen kritisch genoeg. De vele citaten uit interviews bevatten echter wel veel klachten over (schoon)moeders, maar nauwelijks over artsen of ander medisch personeel. Kortom, *'Race' and Birth* geeft de resultaten van prima onderzoek weer, maar verbindt daaraan een conclusie die daarin geen basis vindt. Het gaat over een belangrijk onderwerp, maar het is geen mooi boek, daarvoor blijven de beschreven vrouwen veel te abstract.

Eva Abraham

Corrie Koppedraijer, *Sterven op verzoek; negen portretten*. Utrecht: Van der Wees, 1999. 210 pp.

Pauline de Bok, *Doodsberichten*. Meulenhoff, Amsterdam, 1999 (tweede druk). 288 pp.

In 1999 verschenen twee boeken met portretten van stervende mensen. Op het eerste gezicht zijn er grote overeenkomsten. Beide auteurs schrijven in de ban van de dood te zijn. Ze presenteren hun werk door middel van uitvoerige casusbeschrijvingen en ze

concluderen dat ‘mensen sterven zoals ze hebben geleefd’. Beiden verliezen zelfs tijdens het werken aan het boek hun vader en dragen dit aan hem op.

Koppedraijer werkte mee aan een onderzoek van de Universiteit van Humanistiek naar euthanasie. Ze selecteerde enkele interviews uit het onderzoek, hield vervolgesprekken en bundelde deze tot een boek. Wel vroeg ik me af wie de ik-persoon is in het zesde hoofdstuk. Deze heeft tot het overlijden van broeder L. een intensieve band met hem. Is dat Koppedraijer of medeonderzoekster Versteegh die de nagesprekken met Broeder L. hield? De Bok is journaliste en verzamelde haar materiaal door drie jaar mee te werken als vrijwilliger bij Markant, een organisatie voor terminale thuishulp.

Toch zijn de boeken verschillend. Koppedraijer richt zich op ‘verzoeken om de dood’, terwijl de invalshoek van De Bok het ‘gewone sterven’ is. Koppedraijer nam interviews af. De Bok was gedurende langere tijd aanwezig bij de stervensprocessen. Ze observeerde en participeerde zoals een cultureel antropoloog dat doet. De Bok presenteert louter casuïstiek; Koppedraijer voegt daar beschouwingen aan toe.

Het grootste verschil vond ik echter de overtuigingskracht van de beschrijvingen. Koppedraijer beschrijft haar personages als mensen die hun best hebben gedaan om wat van het leven te maken. Ze werden op een moment door onheil (ziekte) werden getroffen, waardoor ze niet meer willen leven. Koppedraijer neemt haar respondenten heel serieus, maar daardoor hebben de mensen weinig reliëf en is het soms zelfs op het kleffe af. Het lijkt wel alsof ze haar personages alleen met citaten recht kon doen. Bladzijde na bladzijde worden 't Hooft, Mahler, Levinas of het eigen werk van respondenten aangehaald. Wat een verschil met de beschrijvingen van De Bok. Je herkent de ‘lastige’, zich tegen de dood verzettende Gordana Miric en de eenzame in een fantasiewereld levende Cor Idema die door zijn vrouw wordt belazerd. Deze personages hebben diepgang. Ze zijn óók vervelend, irritant, grappig en ambivalent. De Boks aanwezigheid verlevendigen niet alleen het boek, het geeft ook extra inzicht in het verloop van de stervensprocessen. Je ziet haar wanhopig met de incontinentie Gordana door de kleine bovenwoning gang naar het toilet zeulen. Je merkt de scepsis als ze met Tineke Lucas de sessies van Jomanda bijwoont. Je voelt haar moeheid en opluchting als ze na het overlijden van Gordana naar huis fietst.

Het is de verdienste van Koppedraijer dat ze laat zien hoe het debat rond het levens-einde zich heeft ontwikkeld. Haar geïnterviewden willen om hun moverende redenen dood. Vrees voor wat komen gaat, speelt daarbij een centrale rol: aftakeling, afhankelijkheid, eenzaamheid en verblijf in een verpleeghuis. Koppedraijer schrijft: “Hun leven heeft niet alleen de kwaliteit verloren die ze gewend zijn en verlangen, ze zijn ook niet meer in staat om er wat van te maken” (p. 193). De vraag of de mens zelf over leven en dood mag beschikken, wordt bevestigend beantwoord. Koppedraijer brengt daarbij belangrijke thema's naar voren als autonomie en zelfbeschikking, maar als ze deze koppelt aan de interviews is ze weinig kritisch. Ze noemt de ‘socratische autonomie’, maar vervolgt onmiddellijk dat de respondenten alles gedaan hebben om wat van hun leven te maken. Hoe weet ze dat zo zeker? Koppedraijer geeft terecht aan dat het opvallend is hoe weinig haar respondenten zich inleven in de overwegingen van de arts. Dan gaat ze volledig op in hoe frustrerend het voor betrokkenen is, dat er niet met de dokter kan worden gepraat. De arts schiet dus tekort. De moderne mens heeft het

recht om als de maat vol is 'niet meer te willen' en dit vervolgens vooral tot de verantwoordelijkheid van anderen te definiëren, meestal de dokter of van 'het systeem'.

De kracht van het boek van De Bok is dat ze de alledaagse werkelijkheid van het sterfbed laat zien, zonder zieligdoenerij en zonder veroordelend te zijn. "Meestal gaat het niet zo mooi," merkt ze terecht op. Doodgaan is ook hard werken. De Bok laat zien dat afhankelijkheid, ongelijkwaardigheid en de dood bij het leven horen en dat in het leven nou eenmaal niet alles gaat zoals je hoopt dat het gaat. Het boek van Koppedraijer ademt daarentegen de sfeer uit van onrecht dat de personages is aangedaan: hoewel ze zo hun best hebben gedaan, kregen ze niet wat ze verdienden. Daarmee doet ze haar personages toch tekort. Zo worden ze slachtoffers die maar moeten hopen dat anderen zich over hen zullen ontfermen.

Anne-Mei The

Malcolm MacLachlan, *Culture and health*. Chichester: John Wiley & Sons, 1997. 316 pp. £ 18.99.

Culture and health is een handboek voor medici en paramedici over het samenspel tussen cultuur en gezondheid. De auteur is een Ierse klinisch psycholoog met werkervaring in zowel Europa als Afrika. De achterliggende filosofie van deze handleiding is dat de maatschappij multicultureel is geworden en dat dit gevolgen heeft voor de gezondheidszorg. In het verleden, zo merkt hij op in zijn nawoord, was de studie van andere culturen een exotische liefhebberij in de sociale wetenschappen. De onbegrijpelijkheid van een andere cultuur werd beschouwd als een bevestiging van de terechtheid van etnocentrisme. Nu echter is de studie van cultuur onmisbaar voor het menselijk bestaan, omdat we als door een katapult in een multicultureel 'hot-house' geschoten zijn. Begrip van en voor andere culturen is absoluut noodzakelijk als we ernstige conflicten en rampen willen voorkomen. Hij richt zich daarom tot degenen die zich beroepsmatig met gezondheidszorg bezighouden en wijst hun de weg naar een meer cultuurgevoelige en cultuurbekwame stijl van zorgverlening.

De teneur van deze inleiding wordt sterk bepaald door de achtergrond van de auteur en zijn doelgroep. Cultuur wordt pragmatisch gedefinieerd als communicatiemiddel en het betoog is vooral een serie aanwijzingen hoe communicatie tussen culturen verbeterd kan worden, in dit geval communicatie met betrekking tot ziekte en gezondheid. De belangrijkste hoofdstukken in het boek handelen over 'culture-bound syndromes', cultuur en psychische welzijn, cultuur en fysieke gezondheid, cultuur en therapie. Hoewel het gehele boek praktisch gericht is, geldt dat heel in het bijzonder voor de laatste twee hoofdstukken waarin een pleidooi gehouden wordt voor cultuurgevoelige zorg en gezondheidsbevordering over de grenzen van culturen heen.

MacLachlan put soms uit de medische antropologie, maar vooral uit zijn eigen discipline, de psychologie en aanverwante wetenschapsgebieden. Kleinman is een van de weinige medisch antropologen die aangehaald wordt, vanwege zijn onderscheid tussen 'professional', 'folk' en 'popular sector' en zijn begrip 'explanatory model'. De belangrijkste auteurs op wie hij steunt, zijn onder meer Hofstede, Bond, Steptoe,

Wendy Rogers en zichzelf. Hofstede heeft een model ontworpen om culturen te onderscheiden naar vijf psychologische criteria, variërend van sociaal-emotionele afstand tot tijd-oriëntatie. Bond heeft geschreven over culturele verschillen in de perceptie en appreciatie van waarden. Steptoe heeft drie manieren geanalyseerd waarop sociale en psychologische factoren met ziekte gerelateerd kunnen worden. Rogers heeft zeven metaforische 'accounts' beschreven die in 'Westerse' culturen gebruikt worden om de werking van ziekte in het lichaam te verklaren. MacLachlan heeft zich vooral bezighouden met psychologische technieken voor het uitvoeren en evalueren van therapieën en voorlichting.

Belangrijke begrippen die MacLachlan introduceert zijn acculturatie, de Problem Portrait Technique, het 'faith grid' en het gebruik van 'critical incidents' als een vorm van therapie.

De antropologen die deze handleiding lezen, zullen beseffen dat cultuur niet meer hun 'eigendom' is, maar een terrein waar allerlei disciplines aan het spitten en zandkruien zijn. Waar de antropoloog zich dromend verdiept in de subtiële en ongrijpbare symbolische aspecten van culturen, worden diezelfde culturen achter zijn rug gereduceerd tot onderdelen van een technisch systeem waarmee praktische problemen opgelost dienen te worden. Cultuur is zelf een 'multicultureel' onderwerp geworden.

Sjaak van der Geest

Ruth Macklin, *Against relativism: Cultural diversity and the search for ethical universals in medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1999. x+290 pp. £ 25.00 (gebonden).

Literatuur over medische ethiek in relatie tot culturele diversiteit is schaars. In Cecil Helmans wereldwijd veel gebruikte boek, *Culture, health and illness*, komen ook in de subject index van de dit jaar uitgekomen vierde, herziene versie de begrippen ethiek en moraal niet voor. Ik veronderstel dat die begrippen in een onderwerpen-index van *Medische Antropologie* ook niet te vinden zouden zijn. Een, voor zover ik weet, eerste poging om het thema ethiek op de agenda van medisch antropologen te krijgen werd gedaan door Kunstadter. Deze pleitte in 1980 in een artikel in *Social Science & Medicine* voor crossculturele en multiculturele perspectieven op medische ethiek te ontwikkelen met als methode participerende observatie, intensief interviewen, en het opsporen en analyseren van 'trouble cases'. Sinds 1980 zijn er slechts enkele medisch antropologen geweest die expliciet aan de door Kunstadter voorgestelde ontwikkeling een bijdrage geleverd hebben. Een daarvan is de psychiater-antropoloog Kleinman.

In de culturele antropologie staat het begrip ethisch discours volgens Kleinman (1995) voor een gecodificeerde verzameling van abstracte kennis over 'het goede' en van mogelijkheden om dat goede te realiseren. Moraliteit is minder abstract en moet vooral gezocht worden in 'dat wat er toe doet' op het niveau van velerlei alledaagse sociale praktijken, vooral die praktijken die van levensbelang beschouwd worden. Daaronder vallen praktijken gericht op gezondheid, ziekte, genezen, geboorte en dood.

Morele overwegingen en besluiten doen zich voor bij conflicten over prioriteiten voor de juiste manier van handelen. Bij die overwegingen en besluiten worden ethische codes, maar ook bestaande machtsrelaties en beschikbare sociale hulpbronnen betrokken. Al doende wordt moraliteit geproduceerd en getransformeerd. Zo bezien hebben cultureel en medisch antropologen zich veel met moraliteit bezig gehouden, zonder hun werk echter onder die noemer te presenteren. Moraliteit is voor hen een intrinsiek onderdeel van cultuur, waarbij cultuur dan opgevat kan worden als morele context, moreel proces en moreel handelen.

Medisch antropologen hebben vooral een etnografische benadering van moraliteit en belangstelling voor verschillen in moraliteit. Vragen die centraal staan, zijn: wat wordt in de bestudeerde groep onder moraliteit verstaan, hoe gaan mensen ermee om, welke morele conflicten doen zich voor in specifieke situaties. Daarbij bestaat de neiging om van een cultuurrelativistische perspectief uit te gaan. Bioethici gaan in het algemeen uit van abstracte, universeel toepasbare bioethische principes, zoals respect voor het individu, goed doen, niet schaden en rechtvaardigheid. Deze gebruiken bioethici in hun analyses van concrete, meestal hoog-technische biomedische klinische en onderzoekspraktijken en in hun aanbevelingen voor medisch-ethisch handelen. Volgens Kleinman is de blik van de standaard-bioethiek in de Verenigde Staten te universalistisch en te beperkt in haar toepassing. Haar kan ethnocentrisme, psychocentrisme en medicocentrisme verweten worden. Ethici hebben methoden als die van cultureel antropologen nodig om inzicht te krijgen in wat zich op het terrein van moraal in een variëteit van op gezondheid en ziekte gerichte praktijken afspeelt. Als cultureel antropoloog verdedigt Kleinman de positie van 'deliberative relativism', waarbij het proces van ethisch overleg context bepaald, emergent en cultureel is. De antropoloog neemt cultureel geëngageerd aan dat proces deel.

Macklin is als hoogleraar verbonden aan de afdeling epidemiologie en sociale geneeskunde van het Albert Einstein College of Medicine in New York. In haar boek neemt zij een positie in tussen die van Kleinman en die welke Kleinman aan bioethici toeschrijft. Zij is een van de weinige bioethici die zich in haar toegepaste ethiek richt op de opsporing en analyse van medisch-ethische problemen in de context van culturele diversiteit. De opzet van haar boek is om filosofische argumenten tegen relativisme te verankeren in de werkelijkheid van levende culturen en de daaraan participerende mensen. Macklin concludeert dat bioethische universalia, zoals de door mij hierboven genoemde, inderdaad bestaan en dat dit bestaan verenigbaar is met een variëteit aan cultureel-relatieve interpretaties van ethisch problemen. Haar mijns inziens goed beargumenteerd zoeken naar een positie tussen ethisch relativisme en ethisch absolutisme – een positie die ik zou willen karakteriseren als 'deliberative universality' – is mijns inziens zowel wetenschappelijk als maatschappelijk meer dan de moeite waard voor medisch antropologen om kennis van te nemen en mee in discussie te gaan.

Het empirisch onderzoek dat aan Macklins boek ten grondslag ligt, begon in 1992. Aanvankelijk richtte zij zich in samenwerking met de Ford Foundation op ethiek in relatie tot reproductieve gezondheid en seksualiteit. Zij bezocht daartoe projecten in een aantal landen in Azië, Afrika en Latijns Amerika. Later werden ook andere thema's in geneeskunde en gezondheidszorg onderwerp van studie. Veel van de empi-

rische gegevens die de auteur analyseert, zijn voortgekomen uit interviews, het participeren in verschillende soorten van bijeenkomsten, en informele gesprekken. Een van de tekortkomingen die Macklin zelf signaleert, is dat zij weinig gegevens uit kwalitatief goede sociaal-wetenschappelijke studies gebruikt heeft. Het is opvallend dat verwijzingen naar medisch-antropologisch empirisch onderzoek in haar boek ontbreken. Wel verwijst zij naar een artikel in *Medical Anthropology Quarterly* van Soheir Morsy (1991) die de ethische bemoeienis van westerse medisch antropologen met besnijdenis als imperialisme bestempelt. Macklin bestrijdt de ethisch relativistische positie van Morsy met morele argumenten, zich daarbij baserend op wat voor haar universeel toepasbare bioethische principes zijn. Een methode die zij door het gehele boek heen toepast op een groot aantal andere onderwerpen.

In de eerste drie hoofdstukken van het boek worden algemene thema's verkend die centraal staan in de reeds lang gevoerde debatten tussen filosofen en antropologen aangaande ethisch relativisme. Dit gebeurt steeds onder verwijzing naar praktijkvoorbeelden, zoals de ethische discussies rond besnijdenis en polygamie, de betekenis van het begrip *privé* met betrekking tot lichaam en medische informatieverstrekking in verschillende culturen. Herhaaldelijk wordt benadrukt dat het verklaren van opvattingen en praktijken binnen de betreffende context niet zonder meer gelijk gesteld kan en moet worden met het rechtvaardigen ervan. Macklins ervaring is dat algemene ethische principes niet alleen zeer bruikbaar zijn voor cross-culturele communicatie maar ook voor het helpen van collega's in niet-westerse of ontwikkelingslanden om overtuigende argumenten te formuleren tegen traditionele gebruiken of restrictieve wetten die zij in hun eigen maatschappijen proberen te veranderen.

De hoofdstukken vier tot en met acht bespreken vanuit het perspectief van culturele diversiteit een serie thema's die centraal staan in de bioethiek: de arts-patiënt relatie, slecht-nieuws-gesprekken, *informed consent*, hersendood en orgaantransplantatie, de benadering van geboorte en dood, vrouwenbesnijdenis, sekse-selectie voor de geboorte, geboorteregeling en biomedisch onderzoek met mensen als onderzoeks-subject. In hoofdstuk vijf wordt onder de titel 'relativisme en multiculturaliteit' specifiek ingegaan op interessante casussen zoals die zich voordoen in interculturele klinische praktijken in de Verenigde Staten. Veel van de inhoud van de andere hoofdstukken die zich op landen buiten de Verenigde Staten richten, is echter evenzeer relevant voor het identificeren en analyseren van morele intercultureel-klinische problemen zoals die in de Verenigde Staten, maar ook in Nederland voorkomen.

Een voorbeeld is de, als zeer controversieel opgevatte argumentatie van Macklin – tegen radicaal feministen in – voor de autonomie van vrouwen in India waar het gaat om foetale sekseselectie om niet-medische redenen. Deze toont veel overeenkomst met de argumentatie van minister Borst enkele jaren geleden ter ondersteuning van een Turkse vrouw in Nederland die abortus van een vrouwelijke foetus wilde vanwege te verwachten moeilijkheden van de kant van haar man als zij weer een meisje zou baren. Ik zelf moet nog eens precies Macklins argumentaties met betrekking tot sekseselectie en die met betrekking tot besnijdenis met elkaar vergelijken. Macklin staat namelijk vanuit normatief-ethisch perspectief negatiever tegenover besnijdenis dan tegenover sekseselectie. Wat het laatste betreft zouden vrouwen autonoom moeten kunnen beslissen.

Feministen zouden zich volgens Macklin nogal eens te pater/maternalistisch opstellen ten aanzien van mogelijke reproductieve keuzen van vrouwen. Hier, maar ook op andere punten, daagt het boek uit tot het kritisch reflecteren op gevoerde argumentaties.

In hoofdstuk negen komt de inconsistentie tussen extreme vormen van ethisch relativisme en het geloof in het bestaan van fundamentele mensenrechten aan de orde. Daarbij geeft Macklin aan welke rechten met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg als mensenrechten te beschouwen zijn. Ten slotte presenteert zij in hoofdstuk tien haar conclusies. Al doende geeft zij daarbij inhoud aan het concept morele vooruitgang en verdedigt zij het belang van die vooruitgang. Een vooruitgang die door het ethisch relativisme dat zij verwerpt, tegengehouden zou worden. Maar, nogmaals, volgens Macklin betekent de erkenning van het bestaan van universele ethische principes geen aanvaarding van moreel absolutisme. Ethische principes vereisen altijd interpretatie bij toepassing in specifieke sociale instituties, zoals de gezondheidszorg. In de bijzonderheden is volop ruimte voor het tolereren van culturele diversiteit, zolang de mensenrechten maar gerespecteerd worden.

In Nederland is in gezondheidszorgbeleid momenteel veel belangstelling voor de ontwikkeling van kaders waarbinnen zorg-op-maat en vraaggestuurde zorg een plaats krijgt. Daarbij gaat men uit van het diversiteitsprincipe. Het belang van aandacht voor culturele diversiteit en sensitiviteit werd onlangs benadrukt in het beleidsrapport *Interculturalisatie van de gezondheidszorg* (2000) van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg; een rapport dat geschreven werd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Het is te hopen dat bij de implementatie van dit rapport de door Macklin aan de orde gestelde medisch-ethische kanttekeningen bij ethisch relativisme ruimschoots aandacht krijgen. Maar dat kan alleen op basis van casuïstiek over interculturele morele en ethische dilemma's, spanningen of conflicten in gezondheidszorgpraktijken. Tot nu toe is die casuïstiek schaars in Nederland. Wellicht kunnen medisch antropologen daar verandering in brengen.

Annemiek Richters

Literatuur

Kleinman, A.

1995 Anthropology and bioethics. In: A. Kleinman, *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press. pp. 41-68.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

2000 *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer.

Jeffery Scott Mio & Gene I. Awakuni, *Resistance to multiculturalism. Issues and interventions*. Philadelphia/London: Bruner/Mazel. 2000. 177 pp. index. £ 15.00.

Een verhaal uit het boek vertelt hoe iemand zijn achttien maanden oude zoon naar de crèche brengt. De peuter kruipt op een andere peuter af en wil hem omhelzen en

kussen. Zulke kleine kinderen zijn echter onstabiel en terwijl het joch de ander probeert te omhelzen, vallen ze allebei op de grond. Huilen natuurlijk en de peuterjuf en de moeder van de andere peuter rennen naar de hummels. De peuterjuf vraagt aan de moeder van de achttien maanden oude peuter: Bijt hij? Nog even vermelden dat het jongetje zwart is. Een paar minuten laten zijn er twee kleine meisjes in gevecht. Ze zijn allebei blank. Ze trekken aan elkaars haren en schreeuwen moord en brand. Dezelfde peuterjuf gaat erop af en ze zegt: Rustig maar, zij wilde je geen pijn doen. De moeder van de eerste peuter neemt haar kind weer mee naar huis, omdat ze de conclusie moet trekken dat er voor zwart en wit kennelijk verschillende behandelingen zijn.

Resistance to multiculturalism staat vol met dergelijke en andere, openlijker voorbeelden van racisme en discriminatie. Die voorbeelden geven een duidelijke indruk van hoe diep beide in het dagelijks leven in een multiculturele samenleving zijn geworteld.

Verhoogde belangstelling in multiculturele zaken in de gezondheidszorg en het idee dat cultuur een essentieel element is, heeft zowel in de gezondheidszorg als in onderzoek 'multiculturalisme' op de voorgrond gebracht. Zowel binnen als buiten de institutionele omgeving van de geestelijke gezondheidszorg komen racisme en stereotypering veelvuldig voor. De vele grappen over Turken, zwarten en Belgen – de 'shock-humor', zoals de auteurs van dit boek dat noemen – zijn daarvan slechts het topje van de ijsberg.

Het boek gaat in op de subtiele en minder subtiele vormen van racisme in de psychologie en in de samenleving. Verhalen en getuigenissen van mensen in de bureaucratie, in de klas, in de media en in opleidingen laten zien hoe openlijke vormen van discriminatie werken, maar ook hoe schijnbaar onbewust bijvoorbeeld docenten hun studenten classificeren naar etnische afkomst. Zo krijgt bijvoorbeeld een student, pas in de USA gearriveerd uit een Vietnamees dorp van zijn docent te horen dat hij beter zijn best moet doen op wiskunde. Op zijn antwoord dat hij zo hard mogelijk werkt, maar dat hij nu eenmaal een achterstand heeft, reageert de docent met de opmerking dat alle Aziaten goed in wiskunde zijn en dat de student dus harder moet werken. Goed bedoeld, maar erg pijnlijk.

De auteurs gaan in op de geschiedenis van het multiculturalisme in de opleidingsprogramma's voor de geestelijke gezondheidszorg en laten zien welke weerstanden er zoal zijn tegen een multiculturele benadering binnen de psychologische professie. Zo ondervond een van de auteurs in 1989 nog altijd grote weerstand tegen het opzetten van onderwijs in de cross-culturele psychologie binnen zijn faculteit.

Racisme heeft volgens de auteurs drie vormen: openlijk en intentioneel; verdekt en onbedoeld; verdekt en intentioneel. Deze conceptualisering van racisme is zowel op individueel als op institutioneel niveau bruikbaar voor analyse van het probleem.

De auteurs maken hiermee duidelijk dat racisme en stereotypering een complexe zaak is. Bedekt en onbedoeld racisme is volgens hen het gevaarlijkst. Ze beschrijven de zaak van Seligman, president van de Amerikaanse Psychologische Associatie en niet onbekend in kringen van wetenschappers die zich bezighouden met de studie naar multiculturalisme, etniciteit en dergelijke. Seligman heeft eindeloze gevechten moeten leveren met zijn faculteit en andere instanties om onderzoeksgeld te krijgen voor zijn

projecten. Toen hij echter voor een traject 'etnopolitieke oorlogvoering' koos, stroomde het geld binnen. Fondsgevers wilden hem ten dienste zijn op allerlei terreinen. Seligman organiseerde een conferentie over dit onderwerp. Toen echter onderzoekers van Indiase afkomst de conferentie wilden bijwonen en daarvoor subsidie aanvroegen, bleek dat het geld 'op' was. Het was overigens niet de eerste keer dat dit gebeurde. Het is niet de bedoeling van de auteurs om Seligman voor schut te zetten. Ze willen alleen aantonen dat ook briljante wetenschappers blinde vlekken hebben, zelfs voor bepaalde aspecten van de onderwerpen waarin ze zijn gespecialiseerd. Dat is niets nieuws, geloof ik.

Mio en Awakuni leggen de vinger op de zere plek. Tijdens conferenties en andere wetenschappelijke bijeenkomsten die ik tijdens mijn loopbaan heb bijgewoond, zijn over het algemeen 'etnische groeperingen', maar ook anderen waar zo'n conferentie over gaat, in de minderheid, zo niet afwezig. Overigens is dergelijke insensitiviteit voor vooroordelen, stereotypering en discriminatie geenszins beperkt tot conferenties en wetenschap. Als ergens in de wereld een etnische oorlog aan de gang is, krijgt deze in de witte media ruime aandacht, vaak zonder dat de strijd wordt gerelateerd aan de verhoudingen tussen zwart en wit. Hoewel de auteurs van dit boek dat zo niet stellen, wil ik erop wijzen dat 'multiculturalisme' en de daarmee gepaard gaande problemen een goede 'business' is, die velen – wetenschappers, beroepsbeoefenaren en beleidsmedewerkers – werk bezorgt. Deze politieke economie van multiculturalisme is een machtig en invloedrijke economie. Zeer kritische geesten zullen zich wel eens afvragen of dat misschien niet de reden is, dat de weerstanden tegen een multiculturele samenleving (onbedoeld en onbewust misschien, maar niettemin fataal) in stand blijven.

Tegenstand bieden aan weerstanden tegen multiculturalisme in de wetenschap is tegenstand bieden aan de wetenschap zelf, merken de auteurs in het eerste hoofdstuk op. Ze laten zien hoe moderne vormen van racisme en discriminatie de vorm krijgen van intellectuele argumenten, basisprincipes en andere symbolische weerstand. Politieke initiatieven zijn gebaseerd op weerstand tegen multiculturalisme, zo stellen de auteurs in hoofdstuk twee en drie. Ze tonen aan dat stereotyperingen niet intentioneel zijn, maar een onderdeel van de 'normale' cognitieve processen, die worden versterkt door de media (hoofdstuk vier). Dat maakt het mijns inziens extra lastig. Stereotypering behoort tot de 'normale' menselijke cognitieve processen. Het heeft misschien ook wel een 'positieve' kant, omdat mensen hierdoor onmiddellijk anderen kunnen plaatsen in onbekende situaties en zo kunnen communiceren. De auteurs onderzoeken in hoofdstuk vijf ook hoe dwars door alle scheidingen van groepen heen, mensen er toch in slagen een alliantie te vormen.

Hoofdstuk zes geeft een verslag van de manier waarop de auteurs multiculturalisme aan de orde stellen bij hun studenten. Dit wordt in hoofdstuk zeven gevolgd door een beschrijving van hun werkwijze in een niet-academische omgeving. De laatste twee hoofdstukken (acht en negen) laat zien hoe ook op hoger niveau in instituties weerstanden te overwinnen zijn. Natuurlijk ontbreekt ook een concluderend hoofdstuk niet: multiculturalisme is een inclusief concept, dat niet alleen etniciteit omvat.

Het boek is goed leesbaar. Het is geschreven alsof het een gesprek met de lezer is. Het treft de lezer door rake voorbeelden van weerstanden tegen multiculturalisme in de bureaucratie, in de klassen, in opleidingen, in wetenschappen. Het biedt ook

technieken en interventies om de weerstand te breken of om er overheen te komen. De schrijvers hebben een programma ontwikkeld voor in de collegezalen of klassen dat stap voor stap de weerstanden van individuen tegen een multiculturele samenleving moet overwinnen. De auteurs beschrijven ook wat men kan doen binnen een faculteit op hoger niveau. Ze geven een scala aan programma's en activiteiten, zoals lunches, affirmatieve acties, oprichten van comités. Ze zijn er zelf echter niet al te optimistisch over. Ze zijn er niet in geslaagd een bredere belangstelling op dit niveau te krijgen. Ze moeten het doen met kleine successen. In hun slothoofdstuk stellen ze dat organisaties wel zullen moeten, omdat de populatie steeds diverser wordt. Ze stellen dat met name de feministische beweging, de homo-bewegingen en de 'disability movement' sympathiseren met de het streven de weerstanden tegen multiculturalisme te overwinnen en discriminatie te elimineren.

Els van Dongen

Samuel O. Okpaku (ed.), *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, 1998. 496 pp. index. \$ 65.00 (gebonden).

Samuel Okpaku, een uit Nigeria afkomstige psychiater, die zijn training in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten heeft gehad, heeft een groot aantal schrijvers met bekende namen bij elkaar gebracht voor een boek met een rijke inhoud. Niet alle hoofdstukken hebben dezelfde waarde, maar in elk hoofdstuk is wel iets te vinden dat van belang is voor een clinicus die werkt vanuit de principes van de transculturele psychiatrie.

Het boek markeert de overgang die de transculturele psychiatrie aan het maken is. Vanuit een psychiatrie die zich oriënteerde op exotische stoornissen is de transculturele psychiatrie geëvolueerd naar een culturele blik op de alledaagse psychopathologie. De transculturele psychiatrie is zo een onmisbaar onderdeel geworden van de praktijk van elke dag. Verschillende hoofdstukken zijn hier een weerslag van: de ervaringen uit een Engelse binnenstad, die Dein in hoofdstuk 7 beschrijft en de drie casusbeschrijvingen van Italiaanse patiënten die allen op een verschillende manier met het hogere bezig zijn.

Okpaku geeft in de inleiding aan dat het boek aan de hand van klinische ervaring en casuïstiek een breder beeld moet geven van de transculturele psychiatrie. Er wordt dus niet veel onderzoek beschreven, hoewel diverse auteurs daar wel naar refereren. Eerder zijn het theorieën, beschrijvingen van GGZ-programma's en van behandelstrategieën. In kleinere secties wordt daarnaast apart aandacht gegeven aan kleinschalig onderzoek, opleiding en aan de specifieke problemen bij vrouwen en kinderen.

Het eerste hoofdstuk geeft een overzicht van de geschiedenis en de definities van de transculturele psychiatrie. De evolutie van het begrip cultuur en het probleem van het culturele relativisme worden hier omstandig uit de doeken gedaan. Ook beschrijven de auteurs nog eens de discussie van de naamgeving van de transculturele psychiatrie. Dit hoofdstuk is voor de begripsbepaling belangrijk, hoewel het voor de ingevoerde lezer weinig nieuws brengt.

In hoofdstuk een vertelt Alexander Leighton, één van de godfathers van de transculturele psychiatrie, zijn persoonlijke verhaal over zijn ontwikkeling naar een transcultureel psychiater: een kijkje achter de schermen van de jonge onderzoeker. Aardig vond ik zijn beschrijving van een persoon in een cultuur als een ijsberg in de oceaan: de temperatuur en de golfslag van het water modelleren de berg, maar tegelijkertijd verandert de uitstroom van vers water van de berg de omringende zee.

Hoofdstuk drie biedt een rijk literatuuroverzicht van studies naar immigratie en geestelijke gezondheid. De weinige studies die echt vergelijken tussen gemigreerde en niet-gemigreerde groepen uit hetzelfde land geven geen verschillen aan in geestelijke gezondheid. Migratie is blijkbaar minder ziekmakend dan men gewoonlijk denkt. Wel zitten gemigreerde groepen vaak in lagere sociale klassen waar de ongezondheid toch al groter is. Daarnaast zijn vluchtelingen als gedwongen migranten extra kwetsbaar, maar dit heeft te maken met traumatisering.

In hoofdstuk vier komen de value orientations en hun waarde voor de diagnostiek en behandeling aan de orde. Het gepresenteerde model bestaat uit vijf dimensies: tijd, activiteit, intermenselijke relaties, relaties tot de natuur en het bovennatuurlijke en de aard van de menselijke natuur. Aan de hand van dit model worden culturen vergeleken. Een blik in de toepassing van het model in diagnostiek en behandeling geeft veel informatie over de bruikbaarheid.

Van de overige hoofdstukken noem ik er een aantal. In hoofdstuk vijf staat een beschrijving hoe er samengewerkt kan worden met traditionele genezers. Heel verfrissend is om ook een waarschuwing te lezen voor het feit dat veel genezers grote sommen geld verdienen met methoden die niet getoetst zijn, maar die wel veel aanhang hebben onder kwetsbare mensen. Het blijft belangrijk patiënten goed voor te lichten wat ze van hun genezers wel en niet kunnen verwachten. In hoofdstuk zeven wordt op boeiende wijze verslag gedaan van de ervaringen in een Londense binnenstad, verlevendigd met fraaie casuïstiek. Ook een hoofdstuk over psychofarmacologie en etniciteit ontbreekt niet: maar dat is eerder ter completering, want op veel andere plaatsen reeds beschreven. De relatie tussen religie en geestelijke gezondheid komt op diverse plaatsen in het boek terug. In hoofdstuk tien worden cijfers geleverd over het belang van religie voor de bevolking van de Verenigde Staten. De rol van cultuur in het intake-proces wordt met veel voorbeelden beschreven in hoofdstuk elf. Daarnaast geeft hoofdstuk dertien een overzicht van de therapeutische relatie tussen verschillende culturen. Ook somatisering en psychologisering komen ook op diverse hoofdstukken terug. Zo brengt Myriam van Moffaert in hoofdstuk vijftien haar bekende studie over somatisering bij mediterrane migranten in België. Ten slotte komen in de laatste hoofdstukken kinderen en vrouwen in het migratieproces, en de gevolgen van marteling bij vrouwen uitgebreid aan de orde. Okpaku zet ten slotte in de epiloog volgens goed gebruik wat lijnen voor de toekomst neer.

Voor de Nederlandse en Belgische lezer is er veel uit het boek te halen, hoewel niet alle hoofdstukken evenzeer van belang zijn. Het boek behandelt een groot aantal onderwerpen uit de transculturele psychiatrie, terwijl er ook wat exotische snoepjes zijn zoals de reactie van de Nieuw-Zeelandse Maori's op het westerse gezondheidstelsel. De kracht van een dergelijk boek is tevens zijn relatieve zwakte: de onderwerpen van de diverse hoofdstukken zijn zo divers dat ze nooit voor één lezer alle even

interessant kunnen zijn. Degene die transculturele psychiatrie als zijn hoofdspecialisme beschouwt, dient het boek echter zeker aan te schaffen, of in verband met de aanzienlijke prijs onder de aandacht van de bibliothecaris te brengen. Een dergelijke reader met goede overzichten is immers vrij zeldzaam. Als naslagwerk over veel uiteenlopende onderwerpen in de transculturele psychiatrie kan het zeker dienen. Het uitgebreide register kan hierbij goed van dienst zijn.

Hans Rohlof

Stephen Owoahene-Acheampong, *Inculturation and African religion. Indigenous and western approaches to medical practice*. New York: Peter Lang, 1998. 225 pp. index. SF 61,00 (gebonden).

Inheemse Afrikaanse geneeswijzen zijn niet alleen interessant voor cultureel antropologen of gezondheidswerkers. Door de sterke verwevenheid van geneeskunde, religie, magie en ritueel in Afrikaanse culturen hebben medische/religieuze systemen in dat werelddeel van oudsher ook belangstelling van theologen en godsdienstwetenschappers. De oudere literatuur over geneeskunde, religie en magie bij de Akan, één van de grootste etnische groepen in Ghana, is voor een deel door theologen geschreven. Het werk van de Zwitserse presbyteriaan Debrunner over hekserij en dat van de rooms-katholieke bisschop Sarpong zijn daar voorbeelden van. De Ghanees Stephen Owoahene Acheampong, theoloog en socioloog, zet deze traditie voort met deze literatuurstudie waarop hij in Canada promoveerde.

Inculturation and African religion beoogt een beschrijving en analyse te geven van de effecten die kolonisatie, zending en de introductie van westerse gezondheidszorg hebben gehad op de oorspronkelijke medisch-religieuze systemen van de Akan. Dat de auteur deze effecten als buitengewoon negatief beoordeelt, wordt al in het voorwoord onmiskenbaar duidelijk wanneer hij ruimte claimt voor de stem van de 'losers' ("the oppressed people of Ghana"), ruimte waarin zij hun ongenoegen kunnen uiten over "the impact of foreign political, religious, medical and economic policies on their indigenous institutions" (p. xiv). Daarmee is de toon gezet en krijgt het wij-zij perspectief dat de auteur hanteert, al bij aanvang gestalte.

In het tweede en derde hoofdstuk bespreekt de auteur twee kernbegrippen, die in de andere delen van het boek steeds terugkeren. Het eerste is de articulatie van productiewijzen. Daarbij gaat het vooral om de in deze benadering centrale gedachte dat een nieuw opgelegde productiewijze met de oude productiewijze een dynamische interactie aangaat van conflict en verzet. Vanuit dit perspectief wordt de relatie van traditionele Afrikaanse geneeskunde en de formele biomedische gezondheidszorg beschreven, waarbij de auteur naar mijn idee te gemakkelijk grijpt naar simplistische dichotomieën die ver afstaan van de sociale praxis en die de realiteit van hulpzoekgedrag verengen tot een strijd tussen twee 'systemen'. Zo wordt ons uitgelegd dat de koloniale overheid het prestige en de geloofwaardigheid van traditionele genezers systematisch ondergroef, waardoor zij moeilijker konden concurreren. Maar de vraag wat voor de gebruikers dan zo aantrekkelijk was aan het 'westerse systeem' wordt niet gesteld.

Een tweede kernbegrip is inculturatie. In de sociale wetenschappen is vanouds een begrippenkader ontwikkeld om te analyseren wat er gebeurt als twee culturen elkaar ontmoeten. Ook in de theologie poogt men hiertoe concepten te ontwikkelen, zoals adaptatie, incarnatie, indigenisatie en ook inculturatie. Het zijn begrippen die wortelen in een theologisch discours dat voor mij als cultureel antropoloog niet altijd even helder is en waarbij de subtiele verschillen tussen bijvoorbeeld contextualisatie en indigenisatie me ontgingen. Duidelijk werd me wel dat inculturatie van de genoemde theologisch begrippen het meest cultuurrelativistisch is, waarbij uitgangspunt is dat evangelisatie niet mag leiden tot het opleggen van een ethnocentrisch christendom, maar een kritische dialoog tussen cultuur en geloof tot een vorm van integratie leidt. Wanneer het begrip inculturatie vervolgens met een beroep op de genezingspraktijken van Jezus op de medische praktijk wordt toegepast, wordt me echter weer iedere vaste grond onder de voeten weggeslagen. Ik begrijp werkelijk niet waar de auteur heen wil als hij beargumenteert: “to speak of medical practice and of healing in relation to inculturation is appropriate. In theological terms the subject of inculturation is Jesus Christ who embodies true healing and well-being. In fact Jesus is often pictured as the medical practitioner, the healer par excellence” (p. 38). Zou het de auteur gaan om een vergelijking tussen de activiteiten van de gevestigde missiekerken en de charismatische Afrikaanse genezingskerken dan is een begrip als inculturatie mogelijk inzichtgevend, maar voor een analyse van de verhouding tussen biomedisch gezondheidszorgsysteem en Afrikaanse traditionele genezers wekt dit christologisch concept bij mij vooral verwarring en irritatie.

In het vierde hoofdstuk wordt een heldere weergave gegeven van de maatschappelijke structuur en godsdienst bij de Akan. De auteur put zich uit om aannemelijk te maken dat de traditionele religie niet waarlijk polytheïstisch is. De *abosom* (in etnografische literatuur veelal als ‘deities’ vertaald, maar de auteur prefereert de term ‘spirit-powers’) zijn geen zelfstandige entiteiten, maar ze ontleen hun kracht aan *Onyame*, het Opperwezen, die ook *tumi-nyinaa* wordt genoemd: bezitter van alle macht. Ik raakte hier aan het twijfelen, want inderdaad heb ik de Akan-priesters in Ghana toen ik daar veldwerk deed hun gebeden en plengoffers in de eerste plaats horen richten aan *Onyame* en pas daarna aan de *abosom*. Is de visie van Owoahene-Acheampong nu een noodzakelijke correctie van ethnocentrische beschrijvingen van het Afrikaanse religieuze systeem, die in het verleden door witte antropologen zijn ‘ge-exotiseerd’, of is het juist een verkrampte poging om de Akan godsdienst zodanig te presenteren dat ze eenvoudig in de moderne christelijke theologie kan worden ingelijfd? Hier wordt een botsing van twee denkwerelden zichtbaar, waarbij de antropoloog te kijk wordt gezet als de buitenstaander en de Afrikaanse christen als de insider die het Afrikaanse medisch-religieuze systeem in het juiste – monotheïstische – perspectief plaatst. Deze botsing wordt op verschillende plaatsen in dit hoofdstuk zichtbaar, ook bijvoorbeeld bij de nadruk die Owoahene-Acheampong legt op het afwerpen van het kwade als centraal thema in de Akan-religie.

Het vijfde hoofdstuk is een schetsmatig overzicht van de impact van kolonisatie op de oorspronkelijke Afrikaanse instituties. Het zesde hoofdstuk begint met een lang exposé over verschillende definities van gezondheid, waarna het focus verschuift naar

'healing'. Owoahene-Acheampong pleit voor een brede definiëring van dat laatste begrip en hij put daarbij uit een mengeling van theologische en antropologische literatuur. 'Healing' moet volgens hem gezien worden als een collectieve of individuele respons op een crisissituatie, leidend tot herstel van een betekenisvol bestaan. Als hij de discussie daarna toespits op de Akan traditie stipt hij thema's aan die binnen de medische antropologie onderwerp van discussie zijn geweest: de hachelijkheid van het onderscheiden van een apart medisch domein binnen het Akan discours en het causaliteitsbegrip binnen de inheemse nosologie, met name de verhouding tussen natuurlijk en bovennatuurlijke oorzaken van ziekte.

Het slothoofdstuk, dat een apotheose moet worden van alle voorafgaande thema's stelt teleur. De Ghanese overheid wordt bekritiseerd, omdat ze te weinig geld steekt in de ontwikkeling van de Akan geneeskunde. "Like their former colonial masters, they uphold Western medicine and overlook the important contributions indigenous therapy can make to healthcare delivery" (p. 142). Ik kan toch niet anders concluderen dan dat hier iemand spreekt die weinig oog heeft voor de actuele nood van zieke mensen, en die koste wat kost een politiek-correcte visie wil uitdragen. Missieziekenhuizen wordt verweten dat ze nergens proberen inheemse genezers te trainen of te incorporeren in de gezondheidszorg. Daar is inderdaad weinig ervaring mee, maar de ervaringen die er zijn, zijn niet bemoedigend. Daarover zwijgt Owoahene-Acheampong. Hij doet een oproep tot integratie van medische systemen. Trainingsprogramma's voor traditionele genezers zouden kosteneffectief zijn en tot aanmerkelijke verbetering van het rurale gezondheidszorgsysteem leiden. Ik vind het naïef dat zomaar in een proefschrift te beweren, en het wordt ronduit demagogisch als hij daarbij een beroep doet op afrocentrische sentimenten die radicaal klinken maar niet meer zijn dan retoriek: "The Akan resisted, and are still resisting foreign versions of religious and therapeutic approaches which have been imposed on them" (p. 171).

De zwakte van het boek is dat de grootse schets nergens op bevredigende wijze wordt uitgewerkt en dat verbanden eerder op pamflettistische wijze worden geponeerd dan door middel van een gedegen analyse aannemelijk gemaakt. Misschien is het niet helemaal eerlijk om een boek als dit, dat door een theoloog is geschreven en in de eerste plaats bedoeld lijkt voor andere theologen, te lezen met een medisch-antropologische blik. Voor sociaal wetenschappers zijn de beschrijvingen van sociale dynamiek niet overtuigend en is de selectie van antropologische literatuur te willekeurig. Dat neemt niet weg dat de beschrijvingen van Akan religie en geneeskunde prettig leesbaar en handzaam zijn. Een boek als dit kan wel een steen in de missievijver van de gevestigde Afrikaanse kerkgenootschappen zijn en tot vruchtbare discussies zal leiden.

Peter Ventevogel

Vikram Patel, *Culture and common mental disorders in Sub-Saharan Africa*. Hove (UK): Psychology Press, 1998. xv+128 pp. index, £ 24.95.

Milde psychiatrische aandoeningen zijn lange tijd verwaarloosd geweest in onderzoek en gezondheidsbeleid voor de landen van Afrika bezuiden de Sahara. De aandacht ging vooral uit naar de 'grote psychiatrie' in de vorm van psychosen en manieën of exotica in de vorm van cultuurgebonden syndromen. Daar begint nu verandering in te komen. Recente rapporten van de wereldgezondheidsorganisatie WHO laten zien dat 'common mental disorders' (CMD) een hoge morbiditeit hebben en een belangrijke oorzaak voor disfunctioneren vormen. Onder 'common mental disorders' wordt een grote groep 'niet-psychotische stoornissen' verstaan, zoals angststoornissen, depressies, stressgerelateerde en somatoforme stoornissen.

Het boek is de weergave van onderzoek dat Patel verrichtte in het midden van de jaren negentig in twee dichtbevolkte wijken van de Zimbabwaanse hoofdstad Harare. Het onderzoeksontwerp is sequentieel, wat wil zeggen dat de vier opeenvolgende studies in een noodzakelijke volgorde verlopen. Patel hanteert daarbij een mengeling van kwalitatieve onderzoeksmethoden en kwantitatief epidemiologische technieken. Uitgangspunt daarbij zijn de principes van de 'new cross-cultural psychiatry' om geestesziekten te onderzoeken met methoden die zowel sensitief en valide zijn voor de onderzochte cultuur alsook gegevens opleveren die intercultureel vergelijkbaar en kwantificeerbaar zijn en gebruikt kunnen worden bij het bereiken van praktische klinische doelen.

Het eerste, inleidende hoofdstuk biedt een overzicht van basisbegrippen uit de transculturele psychiatrie en psychiatrische epidemiologie van Afrika bezuiden de Sahara. Patel bekritiseert eerdere epidemiologische studies, die alle een hoge morbiditeit voor psychiatrische aandoeningen in de Afrikaanse populatie rapporteerden, omdat in deze studies een 'emic' inbreng ontbreekt. Hoewel bekend is dat patiënten met psychiatrische aandoeningen, en zeker met 'common mental disorders' vaak traditionele genezers raadplegen, werden patiënten van deze genezers niet specifiek bekeken. Er is weinig aandacht voor culturele categorieën van geestesziekten, lokale symptoomprofielen en verklaringsmodellen. Dat levert een eenzijdig beeld op waarbij het gevaar van de 'cultural fallacy' meer dan denkbeeldig is door het gebruik van niet cultureel gevalideerde instrumenten en methoden. Etnografisch onderzoek richt zich in tegenstelling tot de epidemiologische studies juist wel op traditionele verklaringsmodellen en de culturele context van geestesziekten. Nadeel is dat het onderzoek meestal descriptief van aard is en dat volgens Patel de verbanden met de praktijk van de gezondheidszorg ontbreken. Hij gaat globaal in op de resultaten van antropologisch onderzoek naar verklaringsmodellen voor psychiatrische ziekten in Afrika.

Veel verklaringsmodellen voor geestesziekten verwijzen naar ernstige vormen van gekte, die meestal overeenkomen met het biomedische construct van psychose. Verklaringen voor mildere vormen van geestelijk onwelbevinden zijn flexibel, patiëntafhankelijk en veranderlijk. De lokale classificatie is vaak in de eerste plaats etiologisch, met indelingen naar in diverse oorzaken, waarbij de dichotomie tussen 'natuurlijk' en 'spiritueel' fundamenteel is. De lokale indelingen zijn deels echter ook feno-

menologisch van aard, dat wil zeggen gebaseerd op min of meer omschreven symptomen. Dat laatste is een cruciaal gegeven voor Patel die in zijn epidemiologisch onderzoek gebruik wil maken van lokale categorieën, die dus operationaliseerbaar en meetbaar moeten zijn.

In het tweede hoofdstuk wordt de methodologie van de opeenvolgende studies beschreven. De vier studies vormen samen een soort fuik waarbij de onderzoeksuitkomsten in elke volgende studie meer gekwantificeerd en analyseerbaar zijn. De eerste studie is de 'Etnografische Studie' waarbij door middel van kwalitatieve methoden (focus group discussions met genezers, patiënten en gezondheidspersoneel) lokale ziekteconcepten worden blootgelegd, en met behulp van casusvignetten de mate van overeenstemming tussen biomedische indelingen en lokale indelingen wordt vastgesteld.

De tweede studie is de 'Fenomenologische Studie', waarbij genezers (traditioneel Afrikaanse genezers en christelijke gebedsgenezers) en PHC personeel gevraagd werd patiënten te selecteren die volgens hen een geestesziekte hadden. Bij deze groep patiënten werden met behulp van semi-gestructureerde interviews en een standaard epidemiologisch instrument (de Revised Clinical Interview Schedule) gegevens verzameld, om hieruit 'idioms of distress' te destilleren. Twee idioms of distress kwamen daarbij op de voorgrond, namelijk *kufungisa* ('thinking too much') en 'bovennatuurlijke oorzaken' (vooral hekserij). Het eindresultaat van deze studie is een uitgebreide lijst met symptomen zoals patiënten die zelf onder woorden brengen. Dit is als het ware een soort 'inheemse database' die in het volgende onderzoek, de 'Shona Symptom Questionnaire Study', gebruikt wordt bij de constructie van een in de lokale culturele context valide epidemiologisch onderzoeksinstrument voor het opsporen van mensen met CMD. Met dit instrument wordt de relatie onderzocht tussen lokale modellen van causaliteit en het biomedische construct CMD. Er werd een steekproef genomen uit bezoekers aan praktijken van traditionele genezers en aan primary health centers. Deze patiënten kregen vragenlijsten voorgelegd, waaronder een uitgebreide lijst met naar de in de tweede studie opgespoorde idioms of distress. Daarnaast werd een in de psychiatrische epidemiologie meer gangbaar instrument afgenomen, de Self Reporting Questionnaire (SRQ). Vervolgens werd aan de hand van statistische bewerkingen de Shona Symptom Questionnaire gedestilleerd waarmee in de vierde studie, de 'Case-Control Study' een klassiek epidemiologisch onderzoek gedaan werd. Hierbij werden naast deze nieuwe vragenlijst tal van andere, meer conventionele instrumenten gebruikt voor het vaststellen van life-events en sociodemografische en economische variabelen. Doel van deze studie was om risicofactoren en geassocieerde variabelen voor CMD op te sporen.

In het derde hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd. Dit levert een overvloed aan tabellen en getallen op. De uitkomsten zijn niet opzienbarend, maar geven wel een overtuigend beeld van samenhangen en associaties. In de Shona-cultuur worden geestesziekten worden gekenmerkt door gedragsveranderingen en het onvermogen van de betrokkene om voor zichzelf of anderen te kunnen zorgen. Veel minder op de voorgrond staan cognitieve of perceptuele symptomen (zoals wanen en hallucinaties) die in het biomedische model vaak als pathognomonisch voor psychiatrische stoornissen worden beschouwd. Casusvignetten met typische psychiatrische beelden (zoals een depressie, een paniekstoornis of chronische onbegrepen lichamelijke klachten) worden door

de informanten als klinische entiteit herkend, en er wordt een spectrum aan mogelijke oorzaken gepresenteerd. Daarbij maken zowel de patiënten van genezers als de patiënten van primary health centers gebruik van etiologische concepten als *kufungisa* ('thinking too much') en hekserij. Symptomen die daarbij door patiënten gerapporteerd worden lijken soms op de symptomen die ook in de psychiatrische classificatie worden gebruikt (bijvoorbeeld moeheid, slaapproblemen, verlies van eetlust, overmatige bezorgdheid) maar hebben soms geen duidelijk equivalent (bijvoorbeeld 'bloedvaten die trekken', 'gevoel dat er dingen rondom het lichaam bewegen', 'branderig gevoel in de voeten'). Patiënten die op de Shona Symptom Questionnaire als CMD patiënt worden geïdentificeerd blijken bij de gangbare epidemiologische vragenlijsten duidelijk verhoogde scores te hebben voor angst, depressie, moeheid en somatisatie. Het inheemse construct *kufungisa* bleek statistisch gerelateerd aan CMD en dan vooral aan een mengbeeld van angst en depressie. Het inheemse verklaringsmodel 'hekserij' hing samen met symptomen die naar angst en paniek verwijzen. Bij statistische bewerking van de data (principal component analysis) vielen de symptomen in twee grote clusters uiteen, namelijk angst/depressie en paniek/fobie. Hieruit wordt duidelijk dat de conceptuele en klinische validiteit van een scherpe scheiding tussen angststoornissen en depressieve stoornissen in een Afrikaanse eerstelijnssetting (maar niet slechts daar) discutabel is. Een belangrijke bevinding is ook de sterke associatie van CMD met vrouwelijke gender en met economische verpaupering. CMD ging gepaard met ernstige beperkingen in het sociale functioneren en een lage 'quality of life'.

In het vierde hoofdstuk worden de bevindingen in een bredere context geplaatst. Patel neemt stelling in het debat over de plaats en de waarde van somatische symptomen bij de expressie van onwelbevinden. Hij stelt dat de somatische presentatie vaak een oppervlakkige laag is en dat daaronder een beeld schuilt dat raakt aan de psychiatrische classificatie. In de uiteindelijke versie van de Shona Symptom Questionnaire hebben de somatische symptomen dan ook een relatief geringe plaats gekregen. Voor toekomstig psychiatrisch epidemiologisch onderzoek pleit Patel voor het nader onderzoeken van de relatie tussen inheemse idioms of distress en biomedische psychiatrische concepten. Het verhelderen van deze samenhang is volgens hem cruciaal voor het ontwikkelen van een cultuursensitieve psychiatrie.

Ik vond het boek intrigerend en stimulerend door de grondigheid en de transparantie waarmee Patel zijn onderzoek vormgeeft. Het pleidooi voor het incorporeren van inheemse ervaringscategorieën in kwantitatief epidemiologisch onderzoek is niet nieuw. Maar dit onderzoek is wel een van de weinige waarin dit daadwerkelijk gepoogd wordt. Tot de spaarzame andere voorbeelden behoren de onderzoeken van Guarnaccia en Lewis-Fernandez naar de verbanden tussen psychiatrische morbiditeit en het Puerto Ricaanse idiom of distress *nervios* en in zeker opzicht het werk van de Kleinmans naar de relatie tussen depressie en het Chinese begrip van *neurasthenie*. De methode om etnografische data te gebruiken bij kwantitatief onderzoek is mijns inziens zinvol en noodzakelijk, maar tevens onvermijdelijk problematisch. Lokale ziektemodellen en etiologieën zijn ambigu en veranderlijk. Idioms of distress en betekenissen van symptomen zijn sociaal geconstrueerd en moeten in samenhang met socio-politieke contexten bekeken worden. Die dimensies vallen weg bij reductie

tot 'ja of nee' op een vragenlijst. Kwalitatief sociaal-wetenschappelijk onderzoek blijft volgens mij noodzakelijk als tegenwicht voor dreigende reïficatie en reductionisme. Dit gezegd hebbend toch vooral lof voor dit boek, dat als een model kan dienen voor het opzetten van een gedegen transcultureel psychiatrische epidemiologische studie.

Peter Ventevogel

Sasiragha Priscilla Reddy & Anna Meyer-Weitz, *Sense & sensibilities. The psychosocial and contextual determinants of STD-related behaviours*. Tijgerberg: Medical Research Council. 186 pp.

In de afgelopen jaren is het aantal HIV/AIDS geïnfecteerden in Zuid-Afrika explosief gegroeid. Relatief weinig HIV/AIDS-preventieve interventies worden er systematisch opgezet en geëvalueerd en dat terwijl de behoefte aan effectieve programma's voor specifieke doelgroepen groot is. In het proefschrift *Sense & sensibilities. The psychosocial and contextual determinants of STD-related behaviours* gaan Reddy en Meyer-Weitz deze uitdaging aan en leggen een basis voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van een programma ter preventie van SOA's voor bezoekers van SOA-klinieken in Zuid-Afrika. In het proefschrift worden in hoofdstuk drie tot en met zeven over verschillende studies gerapporteerd die inzicht geven in de determinanten van onveilig seksueel gedrag, in hoofdstuk acht en negen over de determinanten van hulpzoekgedrag onder bezoekers van SOA-klinieken in Zuid-Afrika en het tiende over de praktijk van de gezondheidsvoorlichting.

In het eerste en tweede hoofdstuk wordt de rode draad van het proefschrift uiteengezet, namelijk planmatige gezondheidsvoorlichting. Reddy en Meyer-Weitz beschrijven het PRECEDE/PROCEED model van Green, het belangrijkste en meest toegepaste model voor de planning en evaluatie van gezondheidsvoorlichting. In dit model wordt het belang benadrukt van een gedegen inzicht in de oorzaken van het gezondheidsprobleem vóórdat een voorlichtingsprogramma kan worden ontwikkeld en geëvalueerd. Hierbij dient het gezondheidsprobleem niet alleen te worden geanalyseerd in termen van het individuele risicogedrag, maar ook in termen van de omgevingscondities die de gezondheidsrisico's of het gedrag beïnvloeden. Het proefschrift concentreert zich op deze eerste stap in het planningsmodel. Aan de hand van twee kwalitatieve studies en vijf kwantitatieve studies zijn de determinanten onderzocht van seksueel risicogedrag, hulpzoekgedrag en de praktijk van de gezondheidsvoorlichting onderzocht. Op basis van de opgedane inzichten wordt duidelijk op welke determinanten de te ontwikkelen interventie zich zal moeten richten, wil deze überhaupt effectief zijn.

In hoofdstuk drie belicht een kwalitatieve studie naar de ziekterepresentaties van Xhosa en Zulu sprekende patiënten in SOA-klinieken in Kaapstad en plattelandsgebieden bij Kabokweni, Mpumalanga. De gegevens laten zien dat de betekenis die gegeven wordt aan SOA's, gevormd wordt onder invloed van de sociale en culturele context. Deze betekenis beïnvloedt de wijze waarop oorzaken van de ziekte worden waar-

genomen, het risico op een SOA wordt ingeschat, hulp wordt gezocht bij het reguliere en traditionele zorgverleningscircuit en ideeën over preventie tot stand komen.

Hoofdstuk vier beschrijft de resultaten van een kwantitatieve studie onder 2978 patiënten in SOA-klinieken in Kaapstad. De volgende determinanten werden onderzocht: kennis, opvattingen en attitudes ten aanzien van condoomgebruik en risicogedrag, condoomgebruik en hulpzoekgedrag. Tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten bleken duidelijke verschillen te bestaan. Ten eerste bleken meer mannen dan vrouwen hulp te zoeken voor SOA's. Ten tweede bleken vrouwelijke patiënten zich meer bewust te zijn van de seksuele overdraagbaarheid van SOA's dan mannelijk patiënten, meer waarde te hechten aan persoonlijke autonomie in seksueel gedrag en meer behoefte hebben aan condoomgebruik. Mannelijke patiënten bleken de SOA-symptomen ernstiger te vinden, meer misvattingen te hebben over de oorzaken van SOA's en meer negatieve opvattingen te hebben over condoomgebruik.

In hoofdstuk vijf wordt over een studie gerapporteerd die zich richt op de voorspelers van seksueel risicogedrag bij patiënten met een SOA. De patiënten werden op basis van hun gedrag ingedeeld in vier risico-categorieën: laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog. De volgende factoren bleken, in volgorde van belangrijkheid, gerelateerd te zijn aan seksueel risicogedrag: man-zijn, negatieve attitude ten aanzien van condoomgebruik, minder waarde hechten aan persoonlijke autonomie in seksueel gedrag, het hebben van negatieve verwachtingen over het weigeren van seks en het eisen van condoomgebruik, werkloos zijn, eerdere ervaring met SOA, 25 jaar zijn of jonger en het hebben van mispercepties over de oorzaken van SOA's.

Hoofdstuk zes doet van een studie naar de determinanten van condoomgebruik onder 1513 bezoekers van SOA-klinieken in Zuid-Afrika. Condoomgebruik werd gemeten aan de hand van het Transtheoretische Model van Prochaska en DiClemente waarin vijf fasen van gedragsverandering worden onderscheiden. Patiënten werden beschouwd als 'precontemplators' wanneer zij nog nooit condoms hadden gebruikt, als 'contemplators' wanneer zij nooit condoms hadden gebruikt, maar wel serieus hadden overwogen om condoms te gebruiken, als 'onregelmatig gebruikers' wanneer ze wel condoms gebruiken, maar niet altijd en als 'regelmatig gebruikers' wanneer ze altijd condoms gebruiken. De belangrijkste voorspeller van condoomgebruik bij zowel vaste als losse partners was communicatie met de partner. De fase van gedragsverandering werd bepaald door eigen effectiviteit en attitude ten aanzien van condoomgebruik.

In hoofdstuk zeven wordt de communicatie met de partner nader onder de loep genomen. De onderzoeksvraag betrof de mate waarin de patiënten communiceren met hun partner over hun huidige SOA. De resultaten tonen aan dat patiënten die met hun partner over hun SOA gesproken hebben, vaker vrouw zijn, werk hebben en hoger zijn opgeleid. Patiënten die met hun partner hadden gecommuniceerd, bleken in de afgelopen zes maanden twee keer zo vaak slechts één seksuele partner te hebben gehad, condoms te gebruiken en overwogen te hebben af te zien van seks gedurende de periode dat ze een SOA hadden.

De studie die in hoofdstuk acht wordt beschreven, biedt inzicht in de determinanten van het hulpzoekgedrag van patiënten met symptomen van SOA. In de studie werd een

onderscheid gemaakt tussen drie groepen patiënten: patiënten die minder dan zeven dagen wachtten voordat ze hulp zochten; die tussen de zeven en tien dagen wachtten en die langer dan twaalf dagen wachtten. Mannen, hoog-opgeleiden en werkenden bleken relatief eerder hulp te zoeken. Een groot deel van de patiënten bleken hun klachten eerst zelf te behandelden. Deze groep bleek het zoeken van hulp uit te stellen. Andere factoren die van invloed zijn op het hulpzoekgedrag zijn de perceptie van de ernst van de klachten en het hebben van misvattingen over de oorzaken van SOA's.

Hoofdstuk negen beschrijft opnieuw een studie naar de determinanten van hulpzoekgedrag, nu bij adolescenten. Ook deze studie maakt onderscheid tussen drie categorieën patiënten op basis van het tijdsverschil tussen de ontdekking van de symptomen en het zoeken van hulp.

In hoofdstuk tien behandelt een studie waarin de kennis en attitudes van de werkers in de SOA-klinieken werden onderzocht, hun inschatting van hun voorlichtingsvaardigheden en de inhoud en structuur van de gezondheidsvoorlichting in de kliniek. De tekortkomingen die zowel in de kennis en vaardigheden van de werkers als in de organisatiestructuur en praktische randvoorwaarden werden geconstateerd, blijken de praktijk van de gezondheidsvoorlichting te bemoeilijken.

In hoofdstuk elf ten slotte zijn de aanbevelingen voor interventieontwikkeling gegoten in concrete programmadoelen. Deze programmadoelen specificeren wie en wat er ten gevolge van de te ontwikkelen interventie dient te veranderen.

Sense & sensibilities is een aanrader voor eenieder die zich bezig houdt met de preventie van SOA's en HIV/AIDS, dan wel met het bevorderen van de seksuele gezondheid in Afrika. Op het niveau van de praktische toepassing biedt het proefschrift tal van aanknopingspunten voor het ontwikkelen preventieve interventies voor bezoekers van SOA-klinieken in Zuid-Afrika. Niet alleen worden belangrijke determinanten geïdentificeerd die een rol spelen bij onveilig gedrag en hulpzoekgedrag, ook maken de verschillende studies duidelijk dat er bij interventie-ontwikkeling rekening gehouden zal moeten worden met verschillende subpopulaties.

Jammer is het dat in het proefschrift met name de nadruk lag op de analyse van het individuele gedrag en dat de rol van de omgevingscondities in het gezondheidsprobleem wat onderbelicht is gebleven. Maar, zoals de onderzoekers zelf al opmerken, zou dit een taak kunnen zijn van toekomstig onderzoek. Op meer theoretisch niveau illustreert het proefschrift op sprekende wijze hoe het model van planmatige voorlichting ook in een andere dan alleen de westerse context als basis kan dienen voor gezondheidsvoorlichting. Het is bovendien een interessante bevinding dat de voornamelijk westers georiënteerde modellen van gedragsverandering en -verklaring, indien op juiste wijze toegepast, de onderzoekers voldoende ruimte bieden om gezondheidsgedrag te begrijpen vanuit het perspectief van de populatie onder studie. Wel kan opgemerkt worden dat het kwalitatieve onderzoek onder de bezoekers van de SOA-klinieken hieraan een belangrijke en wellicht noodzakelijke bijdrage heeft geleverd en als zodanig een goede basis heeft gelegd voor de daaropvolgende kwantitatieve studies.

Nicole van Kesteren

Hans Rohlof, Mia Groenberg & Coen Blom (red.), *Vluchtelingen in de GGZ. Handboek voor de hulpverlening*. Utrecht: Pharos, 1999. 190 pp. index. f 37,50.

Ondanks het toenemend aantal publicaties over de gezondheidsproblemen van en gezondheidszorg aan vluchtelingen en asielzoekers, ontbrak voor de geestelijke gezondheidszorg een handzaam overzicht ten behoeve van hulpverleners. Dat *Vluchtelingen in de GGZ* deze leemte vult, is inmiddels duidelijk geworden uit het feit dat reeds een tweede druk ervan is verschenen. Dit handboek is tevens een visitekaartje van Stichting Pharos, de uitgever, bij wie op twee na alle auteurs als hulpverlener werkzaam zijn of waren. Deze stichting fungeert als inhoudelijk steunpunt voor de gezondheidszorg als het gaat om de hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers. Het boek kan dan ook gezien worden als een staalkaart van de kennis en inzichten opgedaan in vele jaren hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers én in scholing en training van collega-hulpverleners. Gelet op de overige meer specialistische publicaties van Pharos, heeft dit boek een entree-functie maar het achterliggend fonds.

Vluchtelingen in de GGZ telt 23 bijdragen en is bedoeld voor allen die zich beroepsmatig bezighouden met de behandeling van vluchtelingen en asielzoekers in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook voor eerstelijns hulpverleners. De auteurs zijn arts, psychiater, psychotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, allen met een aanzienlijke staat van dienst. Antropologen ontbreken in dit rijtje; een sociaal-maatschappelijke en medische optiek overheerst daardoor. De over het algemeen korte bijdragen bestrijken een breed scala van onderwerpen. Deze zijn ruwweg te verdelen in algemene achtergronden (maatschappelijke en juridische positie, coping, cultuur en ziektebeleving), facetten van de hulpverlening (werken met tolken, intake, diagnostiek, emotionele betrokkenheid van de hulpverlener), vormen van behandeling (medicatie, psychotherapie, crisisinterventie, groeps therapie, ontspanningsoefeningen) en specifieke groepen (gezinnen, voormalige kindsoldaten, slachtoffers van seksueel geweld). Vanzelfsprekend zijn hier onderwerpen aan toe te voegen of is te wijzen op de overlap die soms tussen de bijdragen bestaat, maar als eerste introductie in het onderwerp voor de hulpverlener volstaat het uitstekend. Overigens in het geval van enkele ontbrekende onderwerpen, zoals creatieve therapie of preventie, is reeds door Pharos voorzien met andere meer thematische publicaties.

Vluchtelingen in de GGZ is vooral een praktisch boek voor hulpverleners, dat in kort bestek relevante informatie biedt zonder het onderwerp te encyclopediseren. Een boek dat van belang is, zeker gezien het feit dat elke gezondheidszorginstelling in Nederland te maken kan krijgen met cliënten met een vluchtelingenachtergrond. Daarbij komt dat blijkens een de recente prognose in 2015 de helft van de allochtonen oorspronkelijk als asielzoeker naar Nederland gekomen is. De ervaringen met migranten laten zien, dat op den duur ook zij meer en meer de weg naar de geestelijke gezondheidszorg weten te vinden. Wie echter zoekt naar een medisch-antropologisch perspectief vindt weinig van zijn gading. Weinig inzicht krijgt de lezer in de verscheidenheid aan transformaties die betekenisverlening doormaakt als gevolg van acculturatie en interactie met de gezondheidszorg of in de onteigening van de leefwereld van vluchtelingen door het trauma-discours, in de cultuurgebondenheid van het trauma-concept

en de beperkingen die ontstaan als het toegepast wordt op het lijden van vluchtelingen of in het 'cultureel' karakter van de hulpverlening die door het contact met vluchtelingen wordt bloot gelegd. Cultuuraspecten komen maar beperkt aan bod, en zijn feitelijk in een hoofdstuk, *Cultuur en ziektebeleving*, geïnterneerd. Desalniettemin, is *Vluchtelingen in de GGZ* voor de hulpverlener die zijn voordeel wil doen met de praktische deskundigheid van ervaren collega's zeker een aanrader.

Rob van Dijk

Sophia Rosman, *AIDS and precariousness. A double vulnerability*. Paris: Harmattan, 1999.

This book is the study of an association of help to the people contaminated by AIDS and who live in a situation of social precariousness: the Association for the management of apartments of therapeutic and social relay (APARTS), of which Sophia Rosman presents a monograph. Here is an object of choice for a sociologist since it enables her to study at the same time the individual trajectories of a population (that of the people with no fixed residence), and the process of professionalisation of an association born out of a militant inspiration. Founded by Didier Seux, this association is defined as a new way of therapeutic caring, temporary place of life and centre of co-ordination of the various professionals dealing with the patient.

The problems of this book are at the cross-roads of the study of illness and of social precariousness. If the author integrates Bury's concept of 'biographical disruption' and the classical analyses on the management of uncertainty vis-à-vis the disruption of illness, and in the particular case of chronic illnesses, she goes beyond the traditional field of these studies, which relate only to patients socially well integrated, to concern herself with a different population: those which live in precariousness, i.e. already socially weakened people. Here, AIDS poses the problem of precariousness on two accounts since, on the one hand, it affects a population already weakened by a certain way of life (prostitution, drug-addiction, no fixed residence), on the other hand, it causes social relations which can lead to phenomena of exclusion and thus to precariousness.

AIDS can thus be a factor of emergence or a factor of aggravation of a precariousness. However, the relations between AIDS and precariousness are complex insofar as if, in certain cases, the illness worsens an already difficult social condition, in others, on the contrary, those of the most de-socialised people, illness is paradoxically a resource, an occasion to rebuild an insertion.

In a first part, the author analyses the process of institutionalisation and professionalisation of the association. The creation of these apartments took as a starting point the psychiatric and in particular antipsychiatric model, which aimed at making it possible to the patients to come out of their dependence towards the institution and to be reintegrated in society. But Rosman raises the question of the relevance of using a model of taking charge (caring?), developed within the framework of psychiatry since, in this case, the therapeutic apartment is intended to patients whose mental state is likely to improve and for which one proposes a progressive return in society. How such

a model can be used as example for patients struck down by a somatic and lethal disease and who gradually lose their autonomy?

The association is a structure founded on voluntary help. The co-ordinators are selected according to their commitment in the fight against AIDS and social exclusion. The question of precariousness leads the author to examine the literature on exclusion. In keeping with R. Castel's work and insistence on the process which leads individuals to be excluded, she uses his concept of 'disaffiliation' to indicate the whole of the course of the person until his/her falling down in social non-existence. One sees that such an institution as APARTS is an important stake insofar as it provides, in the first place, an accommodation and as the absence of a stable housing leads to a fast deterioration of the physical state of the patient.

This association soon became a professional organisation integrated in the field of social assistance. Its professionalisation was achieved with the progressive arrival of graduate employees, the increasing importance of their role, and the entering of the association in the existing professional networks.

The second part studies the mechanisms of selection, the social profile of the residents, their waiting and their project on their arrival in the therapeutic apartment. The association poses the problem of the criteria of admission. Is it necessary to admit in priority patients in advanced phase of the infection by HIV or asymptomatic seropositive people in social difficulty? Is it necessary to privilege the stage of the disease, the gravity of the social problems or the degree of psychological isolation? In short, does the priority have to be given to social problems rather than to physical problems?

Rosman also studies the trajectories of the residents, the majority of whom are men contaminated by homosexual relations. These residents must have a 'project', a term also taken from the model of the 'therapeutic apartments' in psychiatry where the achievement of a project forms part of the treatment. (The concept of project is associated with the concept of contract, i.e. with an agreement between the patient and the caring team on the objectives to realise to prepare the departure from the apartment). But, the author wonders: what can a project (which supposes a future) consist in for patients contaminated by a lethal illness? Isn't there something of the order of denial of the illness, as the co-ordinators think, who prefer to employ the word 'wish' to evoke with the resident his life 'after-APARTS'?

The third part deals with the life in the apartments. How is it organised? On which principles? Most of the principles on which the organisation of the apartments is based (anonymity, community life, short, three month-stay, non-medicalisation) will be put in failure by the evolution of the profile of the residents and the mediation of the association. The community life is made difficult by the fact that the residents have variable individual interests depending on their trajectory and their physical state. In this respect, Rosman underlines the tension between the obligation to make the residents come out of the apartment after three months and the will to offer a last place of life to them. The author proceeds by direct observation (in situ) which enables her to study the types of relations which are established in the apartments. Examining the forms of sociability and the conflicts, which can arise for example from the various manners of managing the disease and in particular from the recourse to secrecy or to revelation, she

uses the sociological concept of 'career' after Goffman and Becker to analyse the life of the resident.

Finally Rosman examines the difficult question of the management of death. How to say to the co-residents that one of them is dead, without projecting them in the anticipation of their own death? In contrast with the image of a place of social reinsertion built by the association, the apartment becomes for the patients a place of awareness of the reality of illness and death. However, many are the patients who want to prolong their stay in the apartment, insofar as this one gets an address, a possibility of not being alone with the disease, and a new family to them. Lastly, the author wonders about the success of the institutional objective, social reinsertion, when taking into account the great number of those who die after leaving the apartment, a question related to the collusion between two logics: that of marginality and that of illness.

Through this elaborate study of APPARTS Association, the author appears attentive to its successes and failures, its values and contradictions.

Sylvie Fainzang

Jan Tamboer & Johan Steenbergen, *Sportfilosofie*. Budel: Damon, 2000. 215 pp. f34,90.

Tamboer en Steenbergen beginnen hun boek met uit te leggen dat de combinatie van sport en filosofie niet zo vreemd is als het veel lezers wellicht lijkt. Vreemd zou kunnen zijn dat de filosofie, als representant van het doorgaans hoger aangeslagen geestelijke leven, zich bezig houdt met het lager aangeslagen lichamelijke, dat door de sport vertegenwoordigd wordt. Aan deze bevreemding ligt volgens hen een dualistisch mensbeeld ten grondslag dat zij onhoudbaar en onvruchtbaar vinden. Er wordt over sport enorm veel geschreven en gesproken. Dit valt voor een filosoof goed te analyseren, sociaal-kritisch te bezien en met vraagstukken van zingeving en waardeoriëntaties te verbinden.

Analytisch-filosofisch houden Tamboer en Steenbergen zich vooral bezig met de vraag Wat is sport. Sociaal-kritisch zijn zij bij de bespreking van de relatie tussen sport en samenleving. De vraagstukken van zingeving en waardeoriëntaties komen in het bijzonder aan de orde in het hoofdstuk over sport en ethiek.

Sport zien de auteurs als een vorm van handelen, waardoor mensen via hun lichaam betekenisrelaties met hun omgeving onderhouden. Dat geldt ook voor andere vormen van handelen, oftewel verwerklijken van betekenisrelaties, zoals spreken, denken, voelen en willen. Dit inzicht achten zij van belang voor hun algemene visie op sport. Het gaat niet om primair lichamelijke activiteiten waar in tweede instantie nog enkele kenmerken aan toegevoegd moeten worden. Het gaat bij sporthandelingen primair om het realiseren van specifieke betekenisrelaties.

Een ander uitgangspunt van hun redeneringen is het 'dubbelkarakter' van de sport. Hiermee bedoelen zij dat sport bepaalde eigen kenmerken heeft (eigenheid), maar tegelijkertijd altijd verbonden is met en beïnvloed wordt door het overige maatschappelijk leven. Dit leidt er zelfs toe dat ook deze eigenheid niet eens en voor altijd vast-

staat. Dat leidt tot een zekere vaagheid, die hen in navolging van Wittgenstein dwingt uit te gaan van het idee van familieverbanden tussen de verschillende uitingsvormen die met een zelfde begrip, in dit geval 'sport' worden aangeduid. De belangrijkste 'eigen' kenmerken die zij in de literatuur aantreffen, zijn het spelelement, waar Wittgenstein ook al de vele verwante uitingsvormen van benadrukte, en de lichamelijke activiteit. Al redenerend komen zij tot de slotsom dat de harde kern van de sport gevormd wordt door 'physical games' en dat van grensgevallen sprake is bij 'games' zoals schaken of bij louter lichamelijke activiteiten als fitness. Zonder spel en lichaamsinspanning, is er dan ook geen sprake van sport.

Een dergelijke onderscheid tussen harde kern en grensgevallen lijkt mij niet voort te vloeien uit het verwantschapsidee van Wittgenstein. Ook vanuit hun visie op het relationele lichaamsbeeld is deze slotsom niet consequent beredeneerd. Alles wat men doet, doet men met zijn lichaam, in die zin is schaken ook 'physical' en behoort het wel tot de harde kern van de sport, voor zover daarvan gesproken kan worden. Dit hoofdstuk is vooral een demonstratie van de problemen die het oplevert om tot een definitie van sport te komen.

In het hoofdstuk over sport en samenleving stellen Tamboer en Steenbergen de vraag wat filosofen kunnen toevoegen aan hetgeen sociologen en andere sociale wetenschappers over dit onderwerp te berde gebracht hebben. Dat ook de vraag die ik als socioloog mijzelf stelde. Wat Tamboer en Steenbergen toevoegen zijn vooral opmerkingen van ethische aard die meer in het hoofdstuk over sport en ethiek passen. De auteurs onderscheiden drie soorten theorieën over de relatie tussen sport en samenleving. 'Correspondentietheorie', waarbij de nadruk ligt op de gelijkens tussen handelingen in het dagelijks leven en sportieve handelingen. Sport als oefenvorm voor arbeid onder het kapitalisme. 'Tegenwereldtheorie', sport als compensatie voor druk op mensen in de moderne samenleving. 'Idealiseringstheorie' hierbij wordt ervan uitgegaan dat in de sportwereld goede eigenschappen worden gevormd die ook voor de wereld buiten de sport van groot positief belang zijn. Behalve dat deze theorieën wat oubakken aandoen en weinig betekenis hebben in het moderne sportsociologische onderzoek, is vooral opvallend dat Tamboer en Steenbergen hier al de subtiliteit loslaten, waarin ze in het hoofdstuk ervoor allerlei vormen van sport onderscheidde.

Beter in vorm zijn de auteurs in het laatste hoofdstuk over sport en ethiek. Het gaat hen daarbij om waardeverheldering, niet om het overdragen van bepaalde waarden. Ten aanzien van fair play merken zij op dat dit begrip alleen zijn betekenis behoudt wanneer men het beperkt tot het wedstrijdethos en het niet op allerlei andere zaken als kindvriendelijkheid en zorg voor het milieu betreft. Wat betreft de zorg voor de gezondheid stellen zij dat dit geen intrinsiek doel is van de harde kern van sport, van de 'physical games' dus. Zij wijzen op de paradox dat sport goed past binnen een gezonde levensstijl, maar dat er bijna geen ander terrein is waarbij de gezondheid zo nadrukkelijk en vrijwillig op het spel gezet wordt. Het streven naar topprestaties kan zelfs zeer ongezond zijn. In dat verband gaan zij in op de dood van de Duitse zevenkampster Birgit Dressel, die op tal van plaatsen ontstekingen en versleten gewrichten bleek te hebben. Ook zonder het streven naar topprestaties kennen veel sporten risico's voor de gezondheid. Ten aanzien van doping komen Tamboer en Steenbergen tot de conclusie

dat noch het argument van 'fair play', noch het gezondheidsargument, noch de combinatie daarvan, onverbiddelijk tot de noodzaak van een verbod op doping leiden. Zij zijn voor "vrij gebruik" (op eigen risico), gecombineerd met een goede voorlichting over de effecten. Op het onderwerp sport en gender hebben Tamboer en Steenbergen in filosofische zin weinig te melden. Ze sommen kwesties op waar verschillen tussen mannen en vrouwen, en de interpretaties daarvan, op sportgebied tot discussie geleid hebben. Zij wijzen verder op de toenemende mate waarin sportbeoefening invloed heeft op het natuurlijk milieu. Sport vergt natuurgebied, vervuilt, vernietigt ecologische evenwichten en levert geluidshinder. De filosofie gaat hier niet erg diep. Milieubelangen en die van de sport zullen tegen elkaar afgewogen moeten worden. Wat betreft de rol van dieren bij uiteenlopende sporten, in het bijzonder de jacht, volstaan Tamboer en Steenbergen met een opsomming van gezichtspunten. Zij besluiten met hun visie op sport en geweld. Daarbij constateren ze dat het hedendaagse geweld bij sport niet beduidend verschilt van eerdere periodes. Vervolgens gaan zij in op de vraag wanneer agressie, die nodig is bij wedstrijden, overgaat in geweld. Het antwoord is als er sprake is van een regelovertreding en daarbij opzettelijk schade wordt toegebracht. Vanuit deze visie komen zij tot een betrekkelijk mild oordeel over het geweld bij het boksen.

Regelmatig komen Tamboer en Steenbergen terug op het 'dubbelkarakter van de sport'. Het is een eigen wereld ('eigenheid') en het is verbonden met de rest van de wereld. Het lijkt me dat men dit voor iedere institutionele sfeer kan zeggen. Een belangrijker bezwaar is dat het simplificerend werkt. De sport wordt verbonden met een samenleving waarbinnen geen conflicterende visies lijken te bestaan. Zowel de sport als de samenleving worden te monolithisch beschouwd. Het lijkt mij dat veel van de kwesties die Tamboer en Steenbergen aansnijden beter geanalyseerd kunnen worden door de leden van sportorganisaties als een, of meerdere groeperingen te zien, die moeten functioneren in verband met vele andere groeperingen die minder of niet bij hun sport betrokken zijn, allen met uiteenlopende opinies, gevoelens en belangen. Het resultaat daarvan is de sport, zoals die zich aan ons voordoet. Op deze manier voorkomt men het essentialisme dat onvermijdelijk aan een notie als 'eigenheid' van de sport kleeft. Een essentialisme dat Tamboer en Steenbergen ook willen vermijden, maar waar zij door hun terminologie telkens weer in verstrikt dreigen te raken.

Ruud Stokvis

Cornelis Verhoeven, *Symboliek van de voet*. Budel: Damon, 1998. 223 pp. f 44.90 / 898 BF (gebonden).

Cornelis Verhoeven begon in 1956 zijn – zoals later zou blijken – rijke schrijfcarière met een proefschrift over de symboliek van de voet. Ruim veertig jaar later is het ongewijzigd herdrukt door Damon, die begonnen is met de heruitgave van diverse publicaties van Verhoeven. Ongewijzigd: de lezers van de eenentwintigste eeuw worden geacht Latijn te verstaan. De citaten van Ovidius, Tibullus en anderen worden nog steeds niet vertaald.

De keuze van het onderwerp was ongetwijfeld origineel. Verhoeven, filosoof en classicus, heeft nooit veel oog gehad voor de culturele antropologie, maar de afwezigheid van antropologische observaties in dit boek is waarschijnlijk in de eerste plaats te wijten aan de verschijningsdatum. De grote belangstelling van antropologen voor het lichaam als bron en eindbestemming van symbolisch denken was in 1956 nog nauwelijks gebleken. De vele studies over sociale en culturele constructies van het lichaam zouden pas later verschijnen. Victor Turner en Mary Douglas moesten nog beginnen met hun reeks van boeken over lichaam en symboliek. Het werk van Hertz en Mauss was er uiteraard wel, maar kon Verhoevens aandacht niet trekken.

De grootste charme van *Symboliek van de voet* ligt ongetwijfeld in het onderwerp zelf. Lezend door de klassieken, de bijbel en folkloristische geschriften moet men wel getroffen worden door het belang van de voet als symbool van allerlei condities van het menselijk bestaan. De voet is het fundament van de mens (zijn bestaan) maar hij is tegelijkertijd ook het 'laagste' van alle lichaamsdelen. De waardering voor de voet wordt dan ook gekenmerkt door ambivalentie. De metonymische betekenis van de voet blijkt in tal van gebaren, rituelen en zegswijzen. Door zich te ontdoen van schoeisel en op blote voeten te verschijnen toont men respect, maar wie in zijn eigen huis zijn schoenen uittrekt en eventueel zijn voeten op tafel legt bewijst dat hij 'thuis' is. Barrevoets gaan kan ook een uitdrukking van rouw zijn. Het wassen van de voet is typisch een dienst van een mindere aan een meerdere. De metonymische kracht van de voet blijkt nergens zo treffend als in liefde en seksualiteit. De bruidegom drinkt uit de schoen van de bruid. Schoenen en schoentjes representeren de afwezige geliefde en mogen zich vaak in een uitzonderlijke aandacht verheugen. Voeten worden in de ene cultuur nauwelijks beschouwd als deel van het lichaam – ze bevinden zich immers aan de 'grens' – terwijl ze in de andere cultuur een grote erotische aantrekkingskracht hebben. In een totaal andere context drukken (mannelijke!) voeten macht en hiërarchie uit. De overwinnaar zet zijn voet op de verslagene, of laatstgenoemde werpt zich aan de voeten van eerstgenoemde. De slaaf kust de voeten van zijn meester.

Deze korte opsomming van associaties is voldoende als aanduiding van de symbolische rijkdom van de voet die gekenmerkt wordt door ambiguïteit en sterke culturele variatie. Die ambiguïteit is fascinerend. Enerzijds mag de voet zich verheugen in grote waardering, wat onder meer blijkt uit de productie van schoeisel, anderzijds wordt hij verwaarloosd en geminacht. Hij deelt het lot van 'de werkster' van Achterberg. Haar leven speelt zich laag bij de grond af. Verhoeven heeft een mooie en indrukwekkende verzameling van voet-associaties aangelegd in een tijd dat er nog geen zoekmachines waren, maar van een filosofische of antropologische reflectie op deze bonte keur van symbolen is nauwelijks sprake. Zijn betoog bestaat voornamelijk uit het rangschikken en 'naar elkaar toeschrijven' van de vele voorbeelden. Die rangschikking bestaat in hoofdstukken die verschillende thema's onderscheiden in de symboliek van de voet: vruchtbaarheid, aanwezigheid (sporen!), onderwerping, beweging en religie.

Niet alleen de antropologen ontbreken in zijn beschouwing maar ook veel filosofen. Merleau-Ponty, bijvoorbeeld, die zijn baanbrekend werk over het lichaamssubject al in 1945 had gepubliceerd, speelt geen enkele rol in deze studie. Ook de inleiding over symbool en teken – een conclusie is er niet – is erg beknopt en gaat nauwelijks in

op de bijzonderheden en complicaties van het lichaam als 'oersymbool'. De heruitgave van zijn boek was een uitgelezen kans geweest om met een nieuwe inleiding dit fascinerende onderwerp te plaatsen in de in de recentere discussies over symbool en lichaam. Jammer dat dat niet gebeurd is. Is er geen antropoloog die deze uitdaging aandurft?

Sjaak van der Geest

Bart Voorsluis (red.), *Religie tussen therapie en trauma. Over spirituele genezing*. Zoetermeer: Uitgeverij Meinema, 1998. 102 pp.

In het Westen gelden genezing en religie als twee gescheiden gebieden. Het is derhalve frappant dat de laatste tijd in onze cultuur 'spiritueel genezen' aan betekenis wint. Deze ontwikkeling roept vragen op. Wat wordt precies bedoeld met 'spiritueel genezen'? Hoe verhouden zogenaamde spirituele geneeswijzen zich ten opzichte van de biomedische geneeswijzen? Op welke wijze speelt levensbeschouwing een rol binnen deze vorm van genezen? Hoe effectief is spiritueel genezen? In het najaar van 1997 is aan de Vrije Universiteit aan deze thematiek een symposium gewijd, wat geresulteerd heeft in een boekje met de wat zware titel *Religie tussen therapie en trauma*.

De bundel omvat vijf korte artikelen. In het eerste artikel gaat Frederik de Jong in op New Age. Deze beweging heeft een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt. In de jaren vijftig en zestig duidde de naam New Age op de beweging die verwachtte dat er een 'nieuwe tijd' zou aanbreken, het tijdperk van de Waterman waarin verbondenheid en holisme de boventoon voeren. Sinds de jaren zeventig staat New Age meer voor alles wat alternatief is. Persoonlijke groei en heelheid zijn kernwoorden. De Jong vat de verandering samen als een verschuiving van een 'coherent New Age' naar een 'pragmatisch New Age'. In de vroege periode stond New Age negatief tegenover de reguliere gezondheidszorg. Nu is haar houding dubbelzinnig.

Binnen New Age neemt volgens De Jong spiritueel genezen een belangrijke plaats in. Daaronder verstaat zij het doorgeven van geneeskrachtige energie of het beïnvloeden van het energetisch veld van een persoon in opdracht van en in samenwerking met de geestelijke wereld. Zij onderscheidt daarin verschillende vormen. Aan het eind van haar bijdrage gaat zij in op de vraag in hoeverre spiritueel genezen gevaarlijk is. Volgens haar is het essentieel dat 'genezers' verantwoordelijkheid nemen voor het spirituele kader waarbinnen ze werken en zich daarop laten aanspreken. Voorwaarde voor het dragen van deze verantwoordelijkheid is een 'detraditionalisering van het zelf', waarover de socioloog Heelas geschreven heeft in zijn inmiddels bekende studie over New Age.

Piet Schelling gaat als pastor en theoloog in op de paranormale geneeswijze zoals die bij Jomanda naar voren komt. Hij verstaat onder 'paranormale geneeswijzen' geneeswijzen die mensen met paranormale gaven uitoefenen en vervolgens onder 'paranormale gaven' het vermogen te kunnen beschikken over voor het oog onzichtbare krachten die worden aangewend om informatie te verkrijgen over de aard van de klacht en over de te volgen weg van genezing. Volgens hem wordt Jomanda's werk

primair gekenmerkt door het bieden van hoop en troost. Hij vraagt zich af waar deze troost op berust. Waaruit bestaat haar instrumentarium om mensen te helpen en waar haalt zij dat vandaan?

Teneinde deze vragen te beantwoorden, analyseert hij haar levensbeschouwing die – zo veronderstelt hij – zeer veel invloed heeft op haar genezingspraktijk. Jomanda's levensbeschouwing is een mengsel van de rooms-katholieke traditie, esoterisch gedachtegoed en de gedachte van reïncarnatie. Zij beschouwt ziekte vooral als disharmonie, die onder meer kan voortkomen uit eerdere levens en die doorgaans samenhangt met vervreemding van het ik, waarin het goddelijke schuilgaat. Schelling staat kritisch tegenover Jomanda's praktijk. Hij heeft vooral bedenkingen bij de onaantastbaarheid van haar positie, waardoor zij in eigen kring boven alle kritiek verheven is en van controle op haar werk geen sprake is.

De theoloog Martien Parmentier behandelt in zijn bijdrage enkele aspecten van de charismatische vernieuwing, die in de jaren zestig in de rooms-katholieke kerk en de gevestigde protestantse kerken is opgekomen. Deze beweging stelt zich ten doel binnen deze kerken de aandacht voor het bijzondere werk van de Heilige Geest te vergroten, waaronder de 'gaven van genezing'. In de charismatische beweging worden drie vormen van genezing onderscheiden: innerlijke genezing als een vorm van pastoraat bestaande uit counseling en voorbede voor een pastorant, lichamelijke genezing en de 'dienst der bevrijding' waarbij het gaat om exorcisme. Parmentier gaat vooral in op de theologische argumenten voor en tegen het eerder door hem gelanceerde 'hagedisprincipe'. Hieronder verstaat hij dat ieder mens "over een zeker zelfgenezend vermogen beschikt dat hem tijdens zijn leven naar genezing doet streven". Dit regeneratief vermogen zou de 'verklaring' bieden voor de werking van spirituele genezing. Daarnaast besteedt hij aandacht aan de vraag welke verschillen er bestaan tussen 'natuurlijke' en charismatische geneeswijzen. Hij plaatst een kanttekening bij de vijandigheid onder Pinkstergelovigen en charismatici tegenover alternatieve genezers en met name magnetiseurs.

Johan van der Meer richt zich in zijn bijdrage op spirituele genezing als vorm van psychotherapie. Zijn diagnose van de huidige tijd is dat de moderne mens de relatie tot zijn eigen ziel, zijn eigen innerlijk heeft verloren. Volgens hem biedt de hedendaagse psychotherapie geen oplossing voor dit probleem, omdat deze streeft naar de ontwikkeling van een krachtig egobesef en niet naar innerlijke groei. Hij verwijt Freud reductionistisch materialisme en stelt dat Jung weliswaar oog had voor de spirituele dimensie van de mens, maar niet doelgericht werkte aan de spirituele kwaliteiten die ieder mens bezit. Van der Meer verwacht veel van de transpersoonlijke psychologie die geïnspireerd is op het werk van Karlfried Graf Dürkheim. Hij is de vader van de initiatieve therapie, waarbij je ingewijd wordt "in het geheim van je eigen diepste zelf". Spirituele genezing is een element in deze weg.

De antropoloog Sjaak van der Geest laat een totaal ander geluid horen dan de voorgaande auteurs. Hij verzet zich met kracht tegen de sterke tegenstelling die bovenstaande auteurs – impliciet of expliciet – maken tussen de reguliere geneeskunde die rationeel-technisch, reductionistisch en onspiritueel zou zijn en alternatieve geneeswijzen waarbinnen emotie en intuïtie een rol spelen en die holistisch en spiritueel zijn.

Teneinde deze tegenstelling te slechten, gaat hij in zijn artikel eerst in op de vermeende contradictie tussen wetenschap en magie alsmede tussen wetenschap en religie. Hij beschouwt deze elementen als facetten van één levende werkelijkheid; magie, religie en wetenschap zijn in de praktijk onafscheidelijk met elkaar verbonden. Onder magie verstaat hij het gebruik van symbolen teneinde onzekerheid in het menselijk bestaan te bezweren en onder religie het stelsel van opvattingen over de algemene bestaansorde. Beide zijn volgens Van der Geest aan de orde bij wetenschap. Het heeft derhalve ook geen zin scherp onderscheid te maken tussen magische en religieuze vormen van genezing aan de ene kant en wetenschappelijke gefundeerde vormen van genezing aan de andere kant. Ook in het hart van de biomedische geneeskunde speelt magie en religie een rol. Van der Geest voegt hieraan toe dat zijn stelling zeker niet begrepen moet worden als een miskennis van de biomedische geneeskunde. Integendeel, hij wil hiermee juist aandacht voor de grote reikwijdte van deze menselijke activiteit.

De bundel laat veel vragen na. De minzame maar ook sceptische dagvoorzitter van het symposium A.J. Dunning somt er in zijn nawoord een aantal op. Zijn de boodschappers van spirituele genezing wel bereid zich te verantwoorden? Wie zoeken spirituele genezing en hoe kwetsbaar of wanhopig zijn die zoekers? Hoezeer gaat het om spirituele heling of om bevrijding van eigen klacht, gebrek of onbehagen? Wat voor zoektocht maken mensen, en doen ze daarbij geen verdriet en schade op?

Religie tussen therapie en trauma is een vlot leesbaar boekje. De bijdragen wisselen sterk voor wat betreft diepgang, onderwerp en invalshoek. Toch biedt het een aardige kennismaking met de zeer gevarieerde wereld van de spirituele genezing in Nederland.

Sipco Vellenga

Truus Wertheim-Cahen (red.), *Huizen van karton. Creatieve therapie met asielzoekers, mogelijkheden en onmogelijkheden*. Utrecht: Pharos, 1999. 125 pp. Illustraties, f34,50.

Wie de langzaam toenemende stroom van publicaties over de zorgverlening aan vluchtelingen en asielzoekers overziet, bemerkt al snel de dominantie van verbale werkvormen enerzijds en de overweldigende aandacht voor pathologische ontwikkelingen en stoornissen, zoals gestagneerde rouwverwerking en posttraumatische stressstoornis, anderzijds. Beide zaken bevreedmen. Verbale communicatie – met of zonder tolken – is een steevast terugkerend knelpunt. Op veel plaatsen wordt verder gewezen op de vervreemdende effecten van het PTSS-concept. Er is daarbij ook nog weinig zicht op de ‘hidden majority’, de meerderheid van vluchtelingen en asielzoekers die niet in de geestelijke gezondheidszorg belanden, maar het op een of andere manier weten te redden, en nog minder hoe zij daar in slagen. In deze context is *Huizen van karton* een welkom boek.

Huizen van karton is een uit een reeks specialistische publicaties uitgebracht door Pharos met even fraaie titels als *De deur van de hoop* (over integrale groepstherapie) en *Het labirint van Ares* (over de werkbelasting in de hulpverlening aan vluchtelingen).

Het boek verscheen bij de afsluiting van een meerjarig project van Pharos met creatieve therapie. Het telt een inleiding en negen hoofdstukken. Vier hoofdstukken van de hand van Wertheim-Cahen en Hendriks vormen het kader. Daarin wordt creatieve therapie gepositioneerd in de hulpverlening aan slachtoffers van ontworteling en geweld, alsook de ontwikkelde methodiek geschetst. In de overige vijf hoofdstukken zijn gedetailleerde en geïllustreerde verslagen te vinden van de vijf deelprojecten waarin Astrid Valikhani-Götz, Jose van der Hei, Janet Luyt, Anne Redeker en Germa de Jong met beeldende en dramatische expressie werkten.

De titel van het boek verwijst naar de ervaringen van een van de creatief-therapeuten.

Myrna heeft haar verhaal getekend en deelt iets van haar verdriet met de anderen ... Met haar belofte de volgende keer huizen van karton te gaan maken, speelt de creatief-therapeut letterlijk in op Myrna's verdriet en verlangens. Het zelf maken van een huis van karton is spannend en leuk ... Die ervaring behoedt haar voor verder isolement en geeft haar een gevoel van eigenwaarde en wat meer controle over haar leven. Het geeft haar een handvat waarmee ze weer verder kan (p. 29).

Het is een in meerdere opzichten toepasselijke titel. Enerzijds symboliseert het de mogelijkheid zelfs met beperkte middelen een nieuwe en veilige ruimte te scheppen voor de asielzoeker. Anderzijds verwijst het naar het tijdelijke, onzekere en provisoorsche van het verblijf van asielzoekers in de centra. Dat heeft niet alleen consequenties voor de asielzoeker, maar vormt ook een belangrijk element in de contacten met de creatief-therapeuten. Elk contact met de asielzoeker kan het laatste zijn. Wie vandaag in het asielzoekerscentrum woont, kan morgen overgeplaatst of uitgezet zijn. Dat vraagt overigens om creatieve oplossingen. Germa de Jong koos voor een 'overdrachtschrift' met onder meer foto's van de 'producten'. Dit schriftje is belangrijk geworden voor Karim ... Het schriftje neemt hij ook mee naar huis. Zo gaat er iets van de therapie mee naar zijn eigen leefwereld. Mocht hij plotseling vertrekken, dan heeft hij in ieder geval dit schriftje nog (p. 97).

De samensteller van de bundel, Truus Wertheim-Cahen, is geen onbekende binnen de creatieve therapie. Ze kan bogen op een jarenlange ervaring met creatieve therapie met oorlogsgetroffenen, onder meer in het kader van de behandeling in Centrum '45. Ze mag beschouwd worden als degene die als eerste aandacht vroeg voor creatieve therapie met asielzoekers. Naast haar pionierswerkzaamheden heeft zij een aantal jonge creatieve therapeuten gestimuleerd tot en begeleid in hun werk met asielzoekers. *Huizen van karton* doet verslag van een lange en bewonderenswaardig zoektocht van een aantal bevlogen en betrokken creatief-therapeuten naar de mogelijkheden voor en vormen van creatieve therapie met asielzoekers in opvangcentra.

In een inleidend hoofdstuk kadert Wertheim-Cahen creatieve therapie nader in. Het verwijst naar het binnen een therapeutisch kader inzetten van beeldende, dans-, dramatische of muziekexpressie. Creatieve therapie spreekt de verschillende ervaringsmodaliteiten aan, stimuleert het herstellend en scheppend vermogen en laat maximale ruimte aan de authentieke expressie van de ervaringen van asielzoekers. Het gezonde staat daarbij centraal. Nadrukkelijk geven de auteurs aan dat het bij creatieve therapie niet gaat om 'behandeling'. Ze ondervonden dat de term 'therapie' asielzoekers nogal eens

afschrikte. Therapie is voor ‘gekken’. Reden voor de creatief-therapeuten om zaken als open ateliers, theatercursussen aan te bieden.

Aan het eind van het boek wordt gesproken van een specifiek, ontwikkelde methodiek. Vier elementen worden benadrukt: communicatie, stoom afblazen, mobiliseren van kracht en traumaverwerking – maar deze zijn op zich niet specifiek voor creatieve therapie. Is het nodig een specifieke methodiek voor asielzoekers te formuleren? Het boek toont juist aan hoe creatieve therapeuten een aantal basale uitgangspunten operationaliseren in het geval van vluchtelingen en laten zien dat dit ook bij deze groep tot resultaten leidt.

Ondanks dat het een ingewikkelde zaak is effecten en onderliggende processen van creatieve therapie te verwoorden en ‘meetbaar’ te maken – in onze product- en resultaatmaatschappij momenteel haast een *conditio sine qua non* voor financiering – maakt *Huizen van karton* aannemelijk dat creatieve therapie met asielzoekers zin heeft. “Gebleden is, dat creatieve therapie asielzoekers een uitlaatklep biedt voor hun spanningen en emoties, communicatie bevordert, hen helpt bij het mobiliseren van hun eigen kracht en op bescheiden schaal bijdraagt aan het verwerken van oorlogs- en vluchtervaringen” (p. 108) aldus Wertheim-Cahen in haar afsluitend hoofdstuk.

De lezer is sterk afhankelijk van de interpretaties van de therapeut als het gaat om gesignaleerde veranderingen. Waarin het boek te kort schiet, zijn de reacties van de asielzoekers zelf. De stem van de volwassenen en kinderen die aan de creatieve therapie meededen, blijft over het algemeen ongehoord. Slechts een enkele keer spreekt de asielzoeker direct tot de lezer. Wat vonden zij ervan? Waar hebben zij steun aan beleefd? Komt dit overeen met de inschattingen van de creatief therapeuten? We kijken doorlopend door de bril van de therapeuten.

Het boek benadrukt doorlopend het belang van een open kijk, van het invoelend vermogen en van de bereidheid te zoeken en zo nodig grenzen te verleggen. Dat sluit aan bij wat als de essentie van creatieve therapie benoemd wordt: het improviseren, het voortdurend zoeken naar andere wegen waar wel wat kan en dingen die wel mogelijk zijn. In creatieve therapie geven mensen met drama, tekenen, schilderen, muziek vorm aan traumatische ervaringen zonder ze expliciet te benoemen. Creatieve therapie biedt mensen een structuur waar binnen een veilig en gedeeld kader een ruimte voor ‘vrij spel’ ontstaat voor situaties waar woorden te kort schieten. Openlijk wordt ook aangegeven dat zo nu en dan in die zoektocht grenzen overschreden worden, met name als het gaat om de inzet en betrokkenheid van de therapeut.

Hoewel *Huizen van karton* de pretentie heeft bij te dragen aan de ontwikkeling van een nieuwe ontwikkelde methodiek voor creatieve therapie met asielzoekers maar ten dele waar maakt, is het door zijn openheid en ‘down to earth’ karakter een waardevol boek. Het is het verslag van een moeizame, maar uiteindelijk voor cliënt en asielzoeker succesvolle zoektocht. De permanente verkenning door de creatief therapeuten van de grenzen van hun professionaliteit, waarbij de cliënt centraal staat en niet therapeutische principes, hun bereidheid talent in te zetten in suboptimale condities, mag tot voorbeeld strekken voor hun collega’s in de (geestelijke) gezondheidszorg.

Rob van Dijk