

Boekbesprekingen

E. Bailey, *Medical anthropology and African American Health*. Westport: Bergin & Harvey, 2000. 255 pp, index. £44.95 (hard cover).

Volgens de auteur is het boek een reis door de medische antropologie die begint met een brede discussie over de discipline en de benaderingen van gezondheidszorg. Op reis gaan betekent ook bagage meenemen. Wat heeft de lezer bij aanvang van het boek nodig? Het hangt ervan af welke soort reiziger hij of zij wil zijn. Het is een boek dat wordt gebruikt voor onderwijs in medische antropologie gericht op een thema: 'African American Health Care'. Dit impliceert dat het boek erg geschikt is voor hen die toegepast medisch-antropologisch onderzoek willen doen, of voor degenen die geïnteresseerd zijn in gezondheidszorg voor mensen met verschillende culturele achtergronden. Cultuur loopt volgens de auteur als een rode draad door het boek. Ik ben dus op reis gegaan en wil hier mijn reisverslag.

Deze reis begint met een algemeen hoofdstuk over de medische antropologie, wat het is, wat je ermee kunt doen. Het geeft volgens goed Amerikaans gebruik in leerboeken een aantal vragen waarmee de lezer zijn kritisch denken kan scherpener. Bailey geeft verder een hele lijst met onderwerpen die men kan bestuderen in de gezondheidszorg voor 'African Americans'. Daarna volgen een aantal hapklare brokken over de geschiedenis van de medische antropologie, de theorie, subdisciplines en cultuur en gezondheid. Het is allemaal uiterst beperkt voor antropologen. Voor anderen is het 'even ruiken' aan de achtergronden van de medische antropologie. Bailey baseert zich voor wat de theorie betreft vooral op Benjamin Paul en zijn systeemmodel.

De reis wordt vervolgd naar de lappendeken van etnische groepen die in de Verenigde Staten leven. Bailey beschrijft hoe de verschillende etnische groepen over hun gezondheid denken, hoe ze symptomen presenteren. Hij schrijft over de ziekterol en de manier waarop mensen zorg zoeken. Dat doet hij heel systematisch voor groepen als de Latino's, de mensen uit Azië en de Pacific, en de natives (Indianen). De auteur beargumenteert dat er altijd te weinig rekening is gehouden met cultuurspecifieke elementen in het denken en doen van deze groepen. Dat is belangrijk omdat etnische groepen meer en meer lijken te worden geconfronteerd met gezondheidsproblemen. De reiziger blijft na lezing van dit hoofdstuk wel met een vraag achter waarom hun gezondheidsproblemen steeds dwingender worden en of er niet iets meer moet worden gezegd over hun sociaal-economische leefomstandigheden. Maar komaan, misschien komt dat nog.

In de drie volgende hoofdstukken krijgt de lezer een meer specifiek beeld van de Afrikaans-Amerikaanse bevolking en hun gezondheid. Bailey hanteert een cultuur-relativistisch perspectief. Daarmee bedoelt hij dat het perspectief van de mensen zelf – dus emic – op de voorgrond moet staan. Niettemin, zo vervolgt hij, zijn medisch antropologen eraan gewend een 'biopsychosociocultureel' perspectief te hanteren.

Afgezien van mijn idee dat het een foeilelijk woord is, ben ik er niet van overtuigd of medisch antropologen dat wel moeten. Het 'bio', 'psycho' en 'socio' omvat de wijzen waarop mensen in bepaalde culturen met de werkelijkheid omgaan en dat is cultureel. Gelukkig legt Bailey daar het accent op. In deze hoofdstukken beschrijft hij onder meer waar de Afro-Amerikaanse groepen de accenten leggen, hoe ze hun familierelaties opvatten en hoe ze communiceren. Hij merkt er wel bij op dat dit natuurlijk niet opgevat moet worden als absolute waarden. Mensen passen zich aan de omstandigheden aan en spelen in op de mogelijkheden die ze hebben.

De Afro-Amerikaanse bevolkingsgroep zal de komende decennia groter worden en het is dus zaak rekening te houden met hun leefwijze, opvattingen en gezondheidsgedrag. Bailey bespreekt de aandoeningen waaraan deze groep het meest lijdt en de doodsoorzaken bij mannen en vrouwen. Hartziekten zijn overal nummer 1, gevolgd door kanker. HIV en AIDS staan als nummer 4 op de lijst van ziekten. Bailey presenteert dan een overzicht van enig epidemiologisch onderzoek en geeft aan welke culturele patronen aan het voorkomen van de ziekten bijdragen. Voor borstkanker bijvoorbeeld blijkt dat vrouwen hun klachten pas in een laat stadium presenteren. Dat komt dan volgens Bailey door ondergebruik van de zorginstellingen, door volksgeloof, fundamentalistische geloofsopvattingen, relaties met mannen, geloof in meer traditionele therapieën. Volgens een aantal onderzoekers is de weerstand om behandeling te zoeken vooral de vrees van vrouwen dat hun relaties met mannen tot een einde komen.

Bailey beschrijft vervolgens de zorgpraktijken. De 'alternatieve' manieren van genezen zijn gebaseerd op traditionele West-Afrikaanse geneeswijzen en later vermengd met Europese folklore, Grieks-klassieke geneeswijzen, moderne geneeskunde, voodoo en christelijke elementen. Ik vraag me oprecht af of dit nu zo cultuurspecifiek is. Ik denk eerder dat we dergelijke mengvormen overal ter wereld aantreffen. Dat is iets dat mensen eigen is. Maar natuurlijk zijn er wel specifieke elementen. De opvatting bijvoorbeeld dat oudere vrouwen 'heavy, large and meaty' moeten zijn als teken van gezondheid. Dat staat natuurlijk lijnrecht tegenover de opvatting van de meeste blanke Amerikanen. Of de opvatting dat borstkanker niet te genezen is en men zich moet overleveren aan de wil van God. Ook dit staat tegenover het idee van de meerderheid van de Amerikaanse bevolking. De behandeling van verkoudheden zijn, zo blijkt, effectief en verschillen niet veel van wat veel mensen doen: citroensap drinken, warme omslagen, honingthee, kruiden, uienomslagen. Het zal de lezer op zijn reis het gevoel geven dat hij 'thuis' is. De zelfzorg is belangrijk, want dikwijls zijn andere behandelingen te kostbaar. Er blijkt een verschil te zijn tussen de Afro-Amerikaanse en de blanke bevolking in het gebruik van de formele gezondheidszorg. Velen schrijven dat toe aan de veelal slechte economische situatie van de eersten. Sommigen beweren echter dat ook sociale en culturele factoren bijdragen aan dit verschil, want ook degenen die boven de armoedegrens leven, maken er minder gebruik van. Onderzoekers wijzen op interactieproblemen en verwachtingen die worden teleurgesteld door artsen.

Het volgend deel, één hoofdstuk slechts, gaat in op hoe men medisch-antropologisch onderzoek kan doen. Voor antropologen is dit gesneden koek; voor anderen een korte blik in de antropologische keuken. De 'toolkit' is bij lange na niet volledig en dat is jammer. Er is nog iets dat vragen oproept. Bailey heeft in zijn boek enkele foto's toe-

gevoegd. Een ervan is een foto van een man, die met een badge op zijn jasje, een bril en een papier in zijn hand lachend de camera inkijkt. Is het de auteur? Moeilijk te zien. Maar de toelichting is op zijn minst een puzzel: participerende observatie in het Henry Ford ziekenhuis. Ik zie de man echter participeren, noch observeren. Voor niet-anthropologen moet dit een nog groter raadsel zijn. Ik denk dat de auteur zich beter had moeten bezinnen op de functionaliteit van illustraties. Die moeten in een oogopslag duidelijk maken wat een massa woorden niet kan, een dieper begrip geven van wat participerende observatie nou eigenlijk is. Wel geeft Bailey een helder overzicht van de mogelijkheden.

In het vierde deel staan een aantal case studies beschreven: onderzoek in een kliniek voor hart- en vaatziekten, een casus over stress en vrouwen, veldwerk in een ziekenhuis, behoefteonderzoek in een prenataal interventieprogramma, screeningsprogramma's, een diabeteskliniek, HIV en AIDS counseling en percepties van gezondheidszorg in de gemeenschap. Het zijn korte casussen, die naar mijn idee toch geen goed inzicht geven in wat nu precies de bijdrage van de medische antropologie is. Als voorbeeld wil ik het veldwerk in het ziekenhuis nemen. Dat is aardig vanwege de foto. In dit hoofdstuk beschrijft Bailey hoe hij als vrijwilliger in de 'hypertension clinic' kwam te werken. Hij moest daar patiënten begeleiden en ontvangen. Bailey geeft er beknopt achtergrondinformatie over prevalentie van verhoogde bloeddruk, de aard ervan en de handelwijze in de kliniek. Vervolgens vertelt hij over zijn voorbereiding op het veldwerk. Zijn antropologisch werk berustte helemaal op 'participerende observatie'. Er wordt vervolgens een aantal veldwerk notities gegeven met een korte interpretatie. Als reflectie daarop schrijft Bailey dat hoewel er geen typische symptomen zijn die bij verhoogde bloeddruk horen, mensen die toch wel ervaren, zoals duizeligheid. Deze moeten volgens hem worden geassocieerd met het onbehagen van individuen dat in de culturele groep merkbaar is. Zijn conclusie is dat dit veldwerk hem in staat stelde vanuit het perspectief van de patiënten te werken. Nergens wordt echter overtuigend aangetoond dat Bailey dat perspectief goed heeft leren kennen. Nergens vindt de lezer een aanwijzing dat het materiaal systematisch is geanalyseerd en hoe dat is gedaan. Nergens ook is beschreven hoe de auteur geobserveerd heeft en hoe die gegevens nu precies verwerkt zijn. Kortom: als 'rapid appraisal' zou deze studie er net mee door hebben gekund, als voorbeeld in een leerboek schiet het beslist tekort. Dat is jammer, want dit deel van antropologisch werk – participerende observatie – is voor velen 'geheimzinnig': antropologen zijn daar doorgaans niet zo duidelijk over.

Het laatste deel – cultuur en gezondheid – omvat een hoofdstuk dat over culturele gezondheidsstrategieën handelt. Bailey heeft het hoofdstuk ingedeeld naar een aantal groepen binnen de Afro-Amerikaanse gemeenschappen: ouderen, vrouwen, mannen, adolescenten (jongens en meisjes) en nog een aantal secties die ingaan op de toekomst van de gezondheidszorg, de niet Afro-Amerikaanse onderzoeker, activist, professional enzovoorts. Volgens Bailey moet iedereen zich richten op de 'biopsychosocioculturele' benadering, een holistische werkwijze dus. Cultuur is de motor achter de oplossing van veel gezondheidsproblemen. Dat is een hele uitspraak. Het gevaar van culturalisme ligt op de loer.

De reis is ten einde. Wat ik eraan heb overgehouden, is een 'déjà vu'. Ik ben op andere reizen door landen van interculturele gezondheidszorg veel van Bailey's uit-

spraken en gedachten tegengekomen. Dat is niet erg, maar wat betekent het? Dat zijn woorden een hoger waarheidsgehalte krijgen? Dat cultuur een uiterst belangrijke factor is in het leven (en dus de gezondheid) van mensen. Natuurlijk onderschrijf ik dat van harte. Maar gedurende mijn hele reis door het boek heb ik iets gemist. Ik miste de verbanden tussen hulpgevers en hulpontvangers, tussen de Afro-Amerikaanse groepen en andere groepen in de Amerikaanse samenleving, tussen de omgeving en de gezondheidstoestand. Dat neemt niet weg dat het boek een aardige indruk geeft van wat men met toegepast medisch-antropologisch onderzoek kan doen. Het is daarin systematisch, geeft vragen waar men over na kan denken, voorziet zelfs in de behoefte naar meer informatie door de uitgebreide literatuurlijsten en webpagina's aan het eind van elk hoofdstuk. Het appelleert aan de verantwoording die een samenleving dient te hebben voor de gezondheid van alle groepen binnen haar grenzen. Het kent een heldere schrijfstijl en vermijdt vakjargon. Maar toch ... Misschien ben ik een beetje ontevreden van de reis teruggekomen, omdat ik het hoofdargument te vaak ben tegengekomen en ik vermoed dat men iets over het hoofd ziet, namelijk de bereidheid om te ijveren voor een toegankelijke en rechtvaardige gezondheidszorg. En dat houdt meer in dat het deskundig gebruik van 'tools'.

Els van Dongen

G.J. Bremer, *Hora Est. Proefschriften van huisartsen 1900-1905*, Rotterdam: Erasmus Publishing, 2000, 256 pp.

Proefschriften zijn niet zo bereikbaar als boeken. Hoewel ze de bedoeling hebben om de wetenschap vooruit te helpen, zijn ze minder publiek toegankelijk. Kees Fens verwoordde het aldus: "Een boek is een publieke zaak; de meeste proefschriften blijven onzichtbaar. Een boek is om gelezen te worden; een proefschrift dient ter verdediging van de graad van doctor. Het functioneert één dag, die van de promotie, net als het rok-kostuum dat door de promovendus gedragen wordt. (..) Een boek zet je na lezing in de kast, een proefschrift wordt meteen in de kast gezet". En toch gebeurt het al eens dat een proefschrift de allures van een boek krijgt. Het proefschrift van Bremer is al een beetje boek geworden, niet alleen omwille van de aandacht die het van verschillende recensenten kreeg.

Er zijn ook andere redenen. Een daarvan is het onderwerp. Dit proefschrift behandelt andere proefschriften. Daardoor lijkt het op een vrachtwagen die andere vrachtwagens vervoert. Meteen wordt je ook het zicht op een vierhonderdtal andere dissertaties gegeven. Bijzonder is verder dat de auteur bijna veertig jaar het materiaal voor dit proefschrift verzamelde. Even speciaal is dat de promovendus een emeritus-hoogleraar is, die hiermee aan een tweede promotieonderzoek toe is. Hij gaat daarbij promoveren bij één van zijn voormalige promovendi. Ten slotte is Geert Bremer geen onbekende in de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Hij was een voortrekker in het wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast schreef hij een opmerkelijk boek *Het geschenk van de koning, verhalen van een huisarts* (Amsterdam: Meulenhoff, 1985).

In dit boek onderwerpt Bremer zo'n vierhonderd dissertaties van huisartsen over de periode van 1900 tot 1995, aan een onderzoek in de hoop een ontwikkelingen te ontwaren. Om dit doel te bereiken moet hij echter eerst zelf een methode van onderzoek ontwikkelen. Dit proces beschrijft hij in zijn dissertatie uitvoerig. Een kenmerk van deze methodologie is dat hij zijn onderwerp vanuit verschillende invalshoeken telkens opnieuw benadert.

Wat allereerst opvalt, is dat maar weinig huisartsen promotieonderzoek hebben gepubliceerd: slechts 1,7% van de huisartsen over de vermelde periode. Ondanks de oprichting van de vakgroepen huisartsgeneeskunde in de zeventiger jaren is verhoudingsgewijs het aantal promoties niet aanmerkelijk toegenomen. Wellicht zijn de belangrijkste redenen hiervoor te vinden in de organisatorische en financiële sfeer: geen tijd, geen geld. De vooruitzichten op maatschappelijke promotie na een dissertatie zijn trouwens ook meestal minimaal!

Nochtans betoogden al jaren geleden verschillende academici reeds het belang van het huisartsgeneeskundig veld voor de medische wetenschappen. De Engelse onderzoeker Mackenzie stelde al in het begin van de twintigste eeuw dat "the progress of medicine will be hampered and delayed till the general practitioner becomes an investigator". Dat standpunt werd in Nederland in de jaren dertig overgenomen door de Groningse hoogleraar psychiatrie Wiersma. De huisarts wordt namelijk geconfronteerd met het begin van alle ziekten en juist dan valt er therapeutisch veel te bereiken. Bremer komt tot gelijksoortige conclusies, wanneer hij vaststelt dat heel wat dissertaties uitvoerig het klinisch beeld van een ziekte bespreken "omdat men weinig wist van het ziek-zijn thuis". Ziekten presenteren zich anders buiten de context van het ziekenhuis.

Huisartsgeneeskunde kenmerkt zich verder door de grote diversiteit van aandachtsgebieden. Dit biedt de mogelijkheid van onderzoek naar een aantal niet sterk met elkaar samenhangende onderwerpen, een mogelijkheid waar nog weinig gebruik van is gemaakt.

Huisartsen schrijven hoofdzakelijk over problemen die een belangrijke rol spelen in hun praktijk, en deze zijn tijds- en situatiegebonden. Vroeger werd veel over infectieziekten (tuberculose) geschreven, nu bijvoorbeeld méér over hart- en vaatziekten. Vroeger vertrok men vanuit de ziekte, nu eerder vanuit de klacht. Nu gaat men ook méér aandacht schenken aan het gedrag van de arts. Dit zichzelf ter discussie stellen ziet Bremer trouwens als een uiting van een grotere professionaliteit. Sommige onderwerpen krijgen vanuit de huisartsgeneeskunde ook een heel eigen invulling. Zo gaat de psychiatrie in de dissertaties van huisartsen niet over de grote psychiatrische syndromen (psychose, depressie), maar vooral over onbegrepen lichamelijke klachten, en de wijze waarop de huisartsen hierop reageerden (Balint-groepen, gezinstherapie). Sommige onderwerpen verschuiven in hun aandachtsveld. Door het veranderde werk van de huisarts wordt nu méér over de voeding bij ouderen geschreven, terwijl vroeger de kindervoeding méér aandacht kreeg. Sommige onderwerpen verdwijnen uit de dissertaties: verloskunde, infectieziekten, maar ook de geschiedenis van de geneeskunde.

Dit laatste is toch wel opmerkelijk, temeer omdat van de drie promoties *cum laude*, er twee een geschiedkundig onderwerp behandelden! Dissertaties over een geschiedkundig onderwerp zijn ook de duurste op de tweedehandsmarkten, wat misschien op

een zekere 'eeuwigheidswaarde' wijst. En toch verrichten artsen nog maar weinig promotieonderzoek verricht over de geschiedenis van de geneeskunde. Een oorzaak ligt natuurlijk in de ingewikkelder geworden historische methode die men zich daarbij moet eigen maken. Maar volgens Bremer wijst het ook op een diepere malaise: namelijk een algemeen veronachtzamen van de historische dimensie van de geneeskunde met als kwalijk gevolg dat men medische dwalingen minder vlug herkent.

De dissertaties van de laatste jaren kenmerken zich dikwijls door de afwezigheid van een behoorlijke historische inleiding op het onderwerp. Dit is één van de factoren die Bremer doet besluiten dat de kwaliteit van de proefschriften er de voorbije jaren niet echt op is verbeterd. Een andere oorzaak van verminderde kwaliteit is het nog steeds ontbreken van een cumulatieve literatuurlijst in heel wat dissertaties of ook nog de afwezigheid van een consequent citeren (de 'Vancouver-afspraken' ten spijt). Ten slotte citeert de auteur met instemming de stelling van een promovendus dat "bij wetenschappelijke publicaties de betekenis van een taalkundig adviseur zeker zo belangrijk is als die van een statisticus". De toename van het aantal proefschriften in het Engels vindt Bremer trouwens "niet altijd terecht, omdat er nogal wat onderzoek door huisartsen gedaan wordt dat kenmerkend is voor de situatie in de Nederlandse gezondheidszorg".

Bremer onderwerpt ook de stellingen aan een kritisch oog. Hij onderkent het belang ervan, maar besluit dat "nog geen 60% voldoet aan de eisen die aan een goede stelling moeten worden gesteld". Daarentegen wordt aan belangwekkende stellingen te weinig aandacht besteed. Te denken is aan een stelling van Lagro-Jansen: "De oprukkende financiële betrokkenheid van farmaceutische industrieën bij wetenschappelijk onderzoek en nascholing schaadt het vertrouwen in de onafhankelijkheid van de medische professie". Dergelijke stellingen verdwijnen samen met het proefschrift in de kast.

Een grote verdienste van het werk van Bremer is dat hij de dissertaties van vierhonderd gepromoveerde artsen uit de schaduw haalt. Zijn samenbrengen van een aantal stellingen is op zich al de moeite van het lezen waard. Soms heb je wel eens de indruk dat iemand op bibliotheek wijze zijn boekenkast aan het ordenen is en je daar als lezer ongewild bij betrokken wordt. Maar Bremer slaagt er toch in tot opmerkelijke syntheses en besluiten te komen. Misschien het meest prikkelend zijn zijn persoonlijke bedenkingen die hij tussendoor in de tekst plaatst.

De grote beperking is dat hij alleen dissertaties van huisartsen behandelt, wat iets anders is dan dissertaties die van belang zijn voor de huisartsgeneeskunde. Zelfs in een beperkte boekenkast, als de mijne, vind ik zulke dissertaties: over de invloed van huisartsen op de tweede lijn of over het ziektebegrip in de geneeskunde, weliswaar niet door artsen geschreven. Maar wellicht was het Bremer er vooral om te doen het werk van huisartsen te belichten, omdat hij zelf met hart en ziel huisarts is en wellicht ook met de impliciete bedoeling om huisartsen tot onderzoek aan te moedigen. Nieuwsgierig wacht ik de invloed van dit werk af op de Nederlandstalige huisartsgeneeskunde en hoop alvast dat zijn conclusies (bijvoorbeeld over het belang van de taal of over de noodzaak van een historische inleiding) gehoor zullen vinden.

Tom Jacobs

British Medical Association, *The medical profession and human rights. Handbook for a changing agenda*. London: Zed Books Ltd, 2001. index, xvii+561 pp. £50.00 (gebonden), £18.95 (paperback).

Vooral de komst van vluchtelingen naar West-Europa, en in het bijzonder Groot-Brittannië heeft menig arts direct en soms op schokkende wijze geconfronteerd met grove schendingen van de mensenrechten. Vluchtelingen uit de Balkan, uit West-Afrikaanse landen als Sierra Leone en Liberia, uit het Midden-Oosten legden getuigenis af van mensenrechtenschendingen in hun respectievelijke land van herkomst. Tegelijkertijd stellen mensenrechtenorganisaties onomstotelijk vast dat artsen in landen als Zuid-Afrika, Brazilië en Turkije direct of indirect betrokken zijn bij onderdrukking en martelingen. De reacties van artsen op dergelijke onthullingen zijn aan het verschuiven. Artsen en hun organisaties houden zich niet meer bij het documenteren van de medische gevolgen van mensenrechtenschendingen, maar nemen steeds vaker een actieve rol op zich als het gaat om de bescherming van de mensenrechten. Het onderwerp mensenrechten verschijnt op de curricula van medische opleidingen, ethische codes worden vastgelegd, programma's voor martelingslachtoffers ondersteund. Ook in Nederland wordt hieraan gewerkt. Dat wordt bijvoorbeeld zichtbaar in de activiteiten van de Johannes Wierstichting.

Tegelijkertijd constateert de British Medical Association dat ook de ideeën over mensenrechten en het patroon van mensenrechtenschendingen aan veranderingen onderhevig. Het repressieve geweld richt zich meer op gehele gemeenschappen of etnische groepen dan op individuen zoals voorheen. In toenemende mate zien we dat naast politieke gevangenen ook andere gevangenen mishandeld of gemarteld worden. Meer en meer is ook medische informatie over de gevolgen van repressief geweld, zoals verkrachtingen op grote schaal en 'etnische schoonmaak' en forensisch bewijs van ondergane wreedheden vereist in rechtszaken tegen oorlogsmisdadigers.

Met *The medical profession & human rights* wil British Medical Association een actueel handboek voor artsen bieden, dat inspeelt op de beschreven ontwikkelingen. Het resultaat mag er zijn. De twintig hoofdstukken en vijf appendices bestrijken een breed terrein en vormen voor artsen die te maken krijgen met de slachtoffers van mensenrechtenschendingen een informatief en afgerond geheel. Vele onderwerpen komen in deze publicatie aan de orde, stevast geïllustreerd met voorbeelden uit de gehele wereld, voorzien van praktische handreikingen en aanbevelingen en van nodige literatuurverwijzingen. Over alle onderwerpen die ik al lezende bedacht, komt op enigerlei wijze in dit boek aan de orde. Soms is dit wat mager, zoals in het geval van kindsoldaten, die dader en slachtoffer zijn, maar meestal uitgebreid en degelijk onderbouwd. Dat geldt ook voor onderwerpen die momenteel in Nederland weer op de agenda staan, zoals vrouwenbesnijdenis en hongerstaking.

De hoofdstukken in het boek zijn niet tot een indelingscriterium te herleiden. Ze vormen als het ware een caleidoscoop van hoofdstukken over thema's, situaties en groepen. Ingegaan wordt op de medische ethiek in relatie met mensenrechtenschendingen, op begrippen als medische neutraliteit, marteling en onmenselijke behandeling. Uitgebreid staat het handboek stil bij de rol van artsen in gevangenschappen, in contacten

met asielzoekers, bij de ontwikkeling van wapens en bij forensisch onderzoek. Artsen kunnen hierbij in verschillende rollen verzeild raken. De arts kan als gevangenisarts getuige zijn van of betrokken zijn bij martelingen. Ze kunnen zelf slachtoffer van martelingen zijn of als arts te maken krijgen met gemartelden. Andere hoofdstukken zijn meer een 'state of the art' ten aanzien van verschillende thema's, zoals de doodstraf, handel in organen, medische experimenten op mensen, rehabilitatie van slachtoffers van mensenrechtenschendingen en de rol van organisaties van artsen.

The medical profession & human rights is een boek dat artsen op de samenhang tussen ethiek, medisch handelen en mensenrechten wijst en op de consequenties die dit kan hebben in en voor hun hulpverlenerspraktijk. Het richt zich met name op de Britse artsen, maar is eveneens goed bruikbaar in de Nederlandse situatie. Dat neemt niet weg dat de ontwikkeling van een vergelijkbaar Nederlands handboek *Arts en mensenrechten* door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG) een goede zaak zou zijn om dit onderwerp in ons land meer dan nu het geval is op de agenda te plaatsen.

Het boek neemt nadrukkelijk stelling: gezondheid, gezondheidszorg en mensenrechten zijn meer dan ooit onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dat betekent dat artsen en hun organisaties hiervoor hun ogen niet kunnen sluiten. Of met de woorden van Wendy Orr in haar voorwoord: "As doctors we are privileged and burdened with the opportunity to uphold and protect the rights of people in our care. (...) We need (...) constantly to remind ourselves of the basic human rights (...) the right to dignity the right to life" (p. xvi). Dit handboek helpt daarbij zeer zeker een handje en hoort daarom in ieder geval thuis in de boekenkast van artsen.

Rob van Dijk

Teresa Chikako Maruyama, *Hospice care and culture*. Aldershot: Ashgate, 2000. 195 pp. £37.00.

The movement of hospice care, originating from England in the seventies, is nowadays spreading worldwide. The need for this kind of care might increase in the coming years: demographic changes are leading to an increase in the number of old people, and of people with chronic conditions. End of life is becoming a period rather than a point in time.

In this condition, it is important to understand better how the concepts of hospice care are applied to other cultures than to the source culture. Teresa Chikako Maruyama is bringing her contribution to this reflection with this book, by comparing the hospice movement in the West and in Japan. Her purpose is to disclose some problems related to the introduction of this kind of care in Japan. By putting into light some similarities and differences between the two cultures she is familiar with, she tries to see in how far hospice care philosophy can be applied to Japan.

Her comparative analysis includes history and symbolism of the movement, as well as the attitude towards death and dying and the relationships between doctors and patients. She chose the 'West' in comparison to Japan for its more or less homogenous

history, but this choice is not always convincing and maybe a comparison between Great Britain, where the author spent four years, and Japan could seem less artificial.

The structure of the book is like an echo, Japanese features answering to 'Western' features, before they come together in a comparison. Unfortunately, the style is also in echo, and the numerous repetitions may sometimes be a little bit irritating.

In the first part, history of hospice in the West emphasises the etymology of the term hospice, as a place in which strangers were welcomed in medieval times. The term was strongly bound to Christianity and the idea of Charity. Another point is about the distinction between hospice and hospitals, which only became clear with medicalization of the latter. The author then criticizes the idea of a 'philosophy of care' through four arguments: the focus is only on cancer patients, certain patients are discriminated, the care is mostly limited to in-patient services and it has no influence on people's perception of death and dying.

Symbolism of hospice care is analyzed through the relationship between medieval and modern hospice, in which cancer patients are seen as pilgrims. This core metaphor is based on the idea that illness is related to sin for Christians. The author calls cancer "a disease of threefold guilt": guilt of the patient (failure in emotional control), the doctor (failure in healing) and the family (failure in taking care). The idea of the pilgrim as a sinner, travelling for his redemption, is related to the cancer patient, as well as the idea of the pilgrim being guest in a hospice. The stay of a patient in the hospice is thus seen as a way towards forgiveness, that can only be obtained after a painful journey. According to the author, this metaphor allows to reduce the threefold guilt, as well as to modify the image of death and cancer for carers in a more positive way; people suffering from cancer are compared to Jesus carrying his cross towards death.

The author is also mentioning the weakness of the metaphor: it may produce an ideal way of dying and give the impression that hospice care is the only way to care for dying people. On another hand, an ideal of the way of dying can lead staff to expect spiritual achievement from the patient. Another weakness of the metaphor relates to the following paradox: the development of hospice care might reinforce fearful attitudes towards death and dying. The comparison used to explain this is the following: it is like growing strawberries (hospice ideal of care) in a greenhouse, whereas outside the greenhouse nothing can grow, as it is wasteland. Nobody wants to go to the greenhouse and eat strawberries before he needs it. The idea is that people become dependent on hospices and hospices are just the place where people are dying, which increases a segregation between the living and the dying.

The theme of euthanasia is first considered through the problem of legislation, and then through the Christian perspective on death and pain. The author argues that "those who support the hospice ideal should admit the fact that they allow, in the name of God, some patients to suffer from dramatic pain in their terminal stage" (p. 38). She adds that the hospice may not want to completely control pain, as it would change the image of the pilgrim. However, this theoretical argument is reducing suffering to physical pain. People's suffering is already making pilgrims out of them without the presence of physical pain. So, even if the hospices were able to relieve totally all patients from

physical pain, their cross would unfortunately still be heavy enough to see them as pilgrims on their way to salvation.

Euthanasia is depicted as a mean of “controlling pain”(p. 38) and it seems to be considered as one of the curing tools of medicine, although the most radical one. Yet, a relevant question is pointing at a paradox in hospice care : how can you at the same time enhance the patient’s agency and reject the idea of voluntary euthanasia?

In Japan, the hospice movement began in the eighties. As it was imported from the ‘West’, it does not have the same historical tradition together with this idea of medieval pilgrimage. Difficulties in its development arise partly from a strong orientation towards curing not only by the doctors, but also by the patients and their families’ expectations. Nurses’ and doctors’ fears are also responsible for the situation, as well as the habit of not telling the diagnosis to the patient but to the family, a lack of carers, financial difficulties and an unclear concept of the word hospice, as hospice care is provided in hospitals.

The Japanese idea of disease is linked with dirt and impurity, but also with fatality. In the case of cancer, dirt is also considered as coming from inside the patient. Still, the patient is not responsible for his illness, as he is not informed about the diagnosis. The idea of dirt is a problem for the development of hospices, as they become dirty places. On another hand, being of weak constitution is a sign of sensitivity. For Japanese people, “you are not allowed to become happy unless you have had pain and hardship” (p. 50).

A comparison between the Japanese and Western Hospice movements checks similarities and differences in the following themes: infantilization of the patient, perspective on pain and bias to cancer patients. In the Western hospice, the patient is infantilized, as he has to adjust to the setting of the hospice and is forced into the image of pilgrim, whereas in the Japanese hospice, the patient does not know about his diagnosis and therefore cannot make decisions by himself. The difference is thus in the kind of infantilization. To be a pilgrim, you still have to walk on your own feet, whereas the author gives the label of ‘babies’ to Japanese patients.

Further similarity is that in both movements, the departure point was pain control. Paradoxically, pain is valued by both cultures as a necessary part of the way to salvation (Western) or happiness (Japan). However, people do not face pain in a similar way, the Japanese tending to accept it as belonging to fate, whereas Western people actively carry their cross. The bias to cancer patients is the same in both cases, but in the West, cancer seems particularly appropriate to the pilgrim metaphor, as Christianity emphasises the ideas of sin, pilgrimage and cross.

More differences between the two types of hospices are the relationship of the term hospice and Christianity. In Japan, “about half of the government-acknowledged palliative care units belong to Christian hospitals” (p. 58). The religious connotation of the pilgrim metaphor does not fit in the Japanese ideas of illness, as the patient cannot be seen as a pilgrim, but as a baby. This makes the risk of creating a certain ideal way of dying even bigger than in the West, as the patient is passive and dependent. Finally, hospice care in Japan is not a reaction against dehumanized hospitalization and voluntary active euthanasia, as it is itself integrated to hospitals and as it accepts some form of passive euthanasia as a kind of pain control.

The second part of the book describes the Western and Japanese attitude to death and dying and ends with the consequences of the latter for the hospice movement. History of the western attitude towards death and dying shows the evolution from an event of religious importance involving the community, to death as a failure, the issue of control by medical technology and the move away from daily life. Denial of emotions – one should hide his grief – and short funeral as a rest of tradition are also part of the modern world. The attitude of the Western hospice movement towards death and dying is very similar to the medieval attitude, when individuals would prepare themselves for death and the community was closely involved in it. So, hospice movement is an attempt to reproduce the old attitudes to death and dying, with the difference of an increased fear. “The presence of the hospice itself tends to demonstrate evidence of society’s denial of death and emotions” (p. 78).

Japanese attitude to death and dying received different influences. Shinto, in which one can find belief in resurrection and Buddhism, in which the idea of detachment is predominant are the main streams. Ceremony of warriors’ suicide *Hara-kiri* was performed in order to avoid the shame of being killed by the enemy and to die in peace and dignity. A constant feature throughout the ages is the perception of death as something sad rather than scary. Together with sadness, there is also the idea of resignation. In contemporary society, people die most often when they are old and not needed by society any more. Death is still an event of community rather than of individual, as relationships with others are more important than individuality in Japanese society. Therefore, individual death is not frightening. Boundary between life and death is not very clear, because the existential value of a person is part of every member of the group. Another characteristic is the strong attachment to the body of a loved one, despite the fact that death is seen as a fatality that has to be accepted.

In this context, the hospice movement loses some of its meaning, as community is already involved in death and dying. Moreover, an individual will tend to accept the situation passively, whatever his feelings. “To die a ‘sad death’ may mean to die as a part of Nature and to resign human potentiality with full compassion for all frail sentient beings in the world, and this may bring great peace to the dying process of an individual” (p. 94).

A deeper interpretation of death and dying related to the Japanese hospice movement follows this first insight. Urbanization and development of Western medicine happened in Japan only in the last fifty years. Traditions are therefore much more present and at a deeper level than in the West, where the change has been happening gradually over a long period of time. Even if religion is not practised anymore by Japanese people, its values are deeply embedded in their mind. So, death and dying are accepted with resignation, as part of sad destiny. Whereas in the West the individual has become an independent decision maker, in Japan, he exists as a member of the community. Death of others is thus more difficult to accept, as it represents a loss of a part of the individual himself. Japan has a relatively tolerant attitude towards suicide. Nevertheless, a lack of individual awareness prevents people to ask for voluntary active euthanasia. Even the warrior’s death *Hara-kiri* was an act motivated by loyalty to the community.

The third part of the book is dedicated to relationships between doctors and patients. In the West, the doctor is wearing masks, in order to protect himself from emotions. The first mask is the priest/father one, linked with the idea of vocation. The doctor is expected to care for and to love the others. Another mask is the scientist and technician one. This mask is related to the increase in doctors' social status due to development of new technologies. Science gives prestige and power to the doctor. The patient is expecting his doctor to wear both kinds of masks at the same time. The doctor makes use of the masks for his own benefit as well as for the patient's benefit.

The third mask is the one of the healer, that is interacting with the two other masks. This interaction is creating the magical power of the doctor. Actually what is hidden behind the masks is the doctor's vulnerability. To heal a person, the doctor should recognize his own vulnerability, as it is connecting them together in being humane. By ignoring his wound, the doctor cannot make a proper use of his vulnerability. What results is an interaction in which the doctor avoids a real dialogue with the patient, and avoids above all to go into the field of emotions. "Firstly the doctor fears the issue of death and emotion; secondly, the risk of making mistakes in his medical practice"(p. 123). It is only when the doctor cares for his own vulnerability, that his masks can interact together for the benefit of the patient.

In the hospice movement, the doctor is not the central healing figure anymore, but he shares it with all the people involved in the care. The doctor – patient relationship becomes the 'patient – community' relationship. Therefore, the healer's mask is worn by every caregiver, who should therefore become aware of his own vulnerability in order to become a healer.

In Japan, the doctor is seen as superior to the patient. Obedience is thus required from the patient, similar to the obedience required from children to their father. Social position of the doctor is nowadays strongly related to his scientific and technical skills. This can explain why a doctor is not particularly eager to develop care for the dying, that are at the same time a proof of failure of medical science.

A concept similar to the idea of the wounded healer is found in the traditional term for medicine: *jin-jutsu*. It means "the art of love and compassion". The doctor has first to know about his own suffering if he wants to be able to cure the patient. But the modern Japanese doctor, due to his scientific socialization, also fears his patient's death, as well as the emotions related to it. This is in contradiction with the Japanese idea of death, that is sad but not frightening. Experiencing this contradiction is increasing the wound of the doctor. Moreover, as hospice care happens in hospitals, the shift from a patient – doctor relationship to a patient – community relationship is not possible. Therefore, it is more difficult for the Japanese doctor to disclose his own vulnerability.

A problem in the West is that, although inside the hospice people share vulnerability, it is not the case outside the hospice. It is the contrary in Japan: the community traditionally shares emotions and issues of death, whereas inside hospitals it should be hidden.

In the conclusion, Chikako Maruyama is pointing at some problems related to the introduction of the concept of hospice care in Japan. One of them is the image of the pilgrim in relation to the idea of fear. The idea of pilgrimage comes from the twelfth

century, when people began to be more aware of the individual self and as a consequence, to fear death. Pilgrimage, as a proof of faith in God, was a way of overcoming fear of death. Later, development of science and medical technologies were also an attempt to overcome this fear. Nowadays, both have lost this power and it's the hospice care's turn to try and reduce fear by giving psychological and spiritual support to the patient and by controlling pain. At the same time, it makes the patient actively responsible for "carrying his cross" in his pilgrimage to death.

In Japan, this idea of fear is irrelevant, as death and illness are mostly accepted in a passive way. Besides, the awareness of the individual is weaker than the community's awareness. The attitude to the Japanese patient is making a baby out of him, ignorant of his diagnosis. "In Japanese hospice care, half of terminally ill cancer patients still do not know their diagnosis" (p. 159). Therefore, the image of the pilgrim does not fit to a Japanese patient. Nevertheless, care for the dying needs improvement, like for example better symptom control.

Disclosure of diagnosis could have as a paradoxical effect a shift in the perception of death. By increasing the individual's awareness, death might become more frightening than sad. As people are not afraid of death in Japan, a relevant question is to know if it should change towards a better development of hospice care. It would be nonsense to import fear. Another question is to know if Japanese hospices can still be called hospice, as they do not share some of the basic features of Western hospices.

The issue of disclosing a diagnosis of incurable illness is about two patient's rights: the right to know and the right not to know. The problem is how to respect the wish of the patient without knowing this wish. The education of medical doctors is challenged, as they are not trained to talk about emotions and to "tell the truth".

Telling the truth to the patient will also have consequences on the community. Death would become more an individual event. Not disclosing the truth is therefore also a way of keeping harmony in the relationships in the community, as death of the other is difficult to accept. So a solution could be telling the diagnosis to the patient and sharing it with the whole family, in order to avoid making an individual event out of death. But then, the concept of individual pilgrimage cannot be applied anymore.

Finally, the author discusses home care nursing, which could be very appropriate to Japan. The development of home care nursing would first imply a change in the relationships between doctors and the families, as well as nursing staff, in order to make out of death an event of the community and not of some specialists, upon which the dying and the community are dependent.

An interesting issue in this book is how to introduce an element from a culture into another culture. This process cannot be one-sided. A new concept, appropriate to the assimilating culture, will be created through interaction between the two cultures. This is lacking in the perspective of the author, as she only mentions applying the Western methods to Japan.

The pilgrim's image is here considered as the core of palliative care, with a focus on the individual. This metaphor is also seen as one of the difficulties in developing hospice care in Japan, but an important idea in hospice care is to put death back into community and to involve the family as much as possible. Carers are seen as companions.

As in Japan the focus is already on the community, this image might be more inspiring than the image of pilgrim.

Many issues raised by this book are nourishing a basic reflection about the development of care for dying people. They are part of a whole, including not only cultural, but also ethical and philosophical aspects. Here are some of the questions that remain open: In how far is the fear of death related to the awareness of being an individual? To which point should the truth about the diagnosis be told? To whom? When? How? What are the individual's rights and what are the community's rights regarding care for the dying? Is hospice care the starting point of a new kind of care, in which carers become healers by disclosing their vulnerability? What kind of influence does hospice care have on society's perception of death and dying?

Amina Gadri

J.J.M. van Delden, C.M.P.M. Hertogh & H.A.M. Manschot (red.), *Morele problemen in de ouderenzorg*. Assen: Van Gorcum, 1999. 228 pp. f 24,50.

De demografische en maatschappelijke veranderingen rond ouderen roepen vragen op over het ethisch denkkader waarmee naar hen gekeken wordt (en ouderen naar zichzelf kijken). De redacteurs van dit boek zijn van mening dat de algemene (medische) ethiek die in de ouderenzorg en het ouderenbeleid heerst, niet meer voldoet en dat er nieuwe morele begrippen ontwikkeld moeten worden die specifiek op ouderen gericht zijn.

In het derde hoofdstuk schetsen zij de contouren van dat nieuwe ethische bewustzijn. Het gaat om een denken waarin oud worden als een positieve en actieve ontwikkeling wordt gezien (een levenskunst) en waarin die visie concreet gestalte krijgt in het maatschappelijk functioneren van ouderen als volwaardige burgers. Deze positieve visie op ouderdom dient ook gerealiseerd te worden in de zorg. Een belangrijke gedachte daarbij is dat de traditionele nadruk op autonomie geleid heeft tot een haast spastische vorm van zorgverlening waarbij zorg en autonomie voortdurend op gespannen voet leken te staan met elkaar. De auteurs pleiten voor een nieuwe visie op autonomie en zorg waarbij deze twee elkaar niet meer uitsluiten maar juist veronderstellen.

Mooi gezegd van die ethici, denkt de lezer, maar hoe gaat zoiets in de praktijk van het gewone leven? Antropologisch onderzoek in Nederland, zowel onder hulpbehoevende ouderen als onder anderen die in hun mogelijkheden beperkt zijn, laat zien dat in de opvatting van 'gewone mensen' het verlies van autonomie, zelf beslissen wat men doet, als het allergrootste goed wordt beschouwd. Negatieve beeldvorming ten aanzien van ziekte, handicap, ouderdom, armoede is grotendeels terug te voeren op de angst voor autonomieverlies.

Het boek telt twaalf bijdragen die, naast het redactionele hoofdstuk, in drie blokken zijn onder te verdelen. De eerste twee bijdragen schetsen de demografische, maatschappelijke en medische achtergrond van de discussie over ouderenzorg en ethiek. De volgende vijf hoofdstukken gaan in grote lijnen over wonen en zorg. Eerst is er een sociologische analyse van de verafhankelijkheid van ouderen die uitmondt in een pleidooi voor zelfbeschikking van ouderen. Dit wordt gevolgd door een kritiek op een

beleid van 'gelijkheid' in de zorg. Ongelijkheid, zo betoogt de auteur, is een goed dat ruimte biedt aan eigen identiteit. Overheid en instanties worden opgeroepen meer mogelijkheden te creëren voor private financiering van ouderenzorg. Het zesde hoofdstuk gaat over nieuwe ontwikkelingen in de zorg en de woonsituatie van ouderen. De auteur benadrukt dat deze veranderingen het 'opbergen' van ouderen buiten de samenleving moeten voorkomen. Daarna volgen bijdragen over (ethische aspecten van) preventie van Alzheimer en over het problematisch karakter van het trekken van leeftijds-grenzen, openlijk of verhuld.

De laatste vier hoofdstukken handelen over de praktijk van de ouderenhulpverlening; over de thuiszorg, over ethische knelpunten in verpleging en verzorging, over het afzien van medische behandeling en over hulp bij sterven.

Bij de laatste bijdrage, van Cees Hertogh, wil ik even stilstaan, omdat hij een uiterst verhelderend overzicht biedt van drie actuele thema's in het euthanasiedebat. Ten eerste is er het 'klaar met het leven' motief waarin ouderdom op de meest rechtstreekse wijze wordt verbonden met de stervenswens. Hertogh schetst de verschillende ethische dilemma's aan de hand van goed gekozen casussen en fragmenten uit romans en poëzie. Hij laat impliciet zien hoe 'dubbel' jarisme (leeftijdsdiscriminatie) verbonden is met deze discussie. Worden ouderen gediscrimineerd als hun doodswens ("Het is mooi geweest") wordt toegekend of juist als hij geweigerd wordt? Waar de auteur zelf staat, blijkt ineens onduidelijk. De ethicus verstaat de kunst om zich op het beslissende moment in ongrijpbare taal te hullen.

Als ik hem goed begrepen heb, bekritiseert hij het 'klaar-met-het-leven' motief omdat dit een negatieve waardering van het oud-zijn zou inhouden. Hij stelt deze 'apathische' houding tegenover de rijke – mythische – voldoening van de bijbelse aartsvader die "der dagen zat" is, alsof deze persoon, die wij slechts uit de overlevering kennen, uitsluitend vervuld zou zijn van de 'goede ouderdom'. De tegenstelling lijkt mij tendentius en onhoudbaar. "Het is mooi geweest" kan een zeer voldaan en positief gevoel over het geleefde leven en een mooie 'natuurlijke' dood impliceren. Ik zeg 'natuurlijk' want de levenreddende artsen en hun technologie vertegenwoordigen het onnatuurlijke niet-sterven (en dat verschijnsel – weten wij zeker – bestond nog niet in Abrahams tijd).

De andere twee thema's die Hertogh behandelt, zijn de ongemakkelijke relatie tussen dementie en euthanasie. Daarin draait het vooral om de – onoplosbare – vraag of de bij-zinnen-zijnde mens mag spreken namens de demente van enkele jaren later. Anders gezegd, of de eerste en de laatste dezelfde persoon zijn of twee verschillende personen. Een aantal ferme uitspraken van prominente personen, onder anderen minister Borst, staat hier recht tegenover het officiële standpunt van de medische en verzorgingswereld dat dementie en euthanasie elkaar in principe uitsluiten.

Het derde thema gaat over 'versterven', een begrip dat door Boudewijn Chabot teruggebracht is in de Nederlandse taal als een aanvaardbare zelfgedirigeerde wijze euthanasie, maar waarover nog tal van misverstanden bestaan.

Hertogh besluit zijn hoofdstuk met een mooi pleidooi voor een herwaardering van oud worden en sterven als deel van het leven, maar wijst tegelijkertijd op enkele paradoxale ontwikkelingen in ons omgaan met deze twee levensfasen. Zo wijst de opkomst van de – vitale – 'derde generatie' ('third age') niet op een toegenomen waardering

voor de ouderdom, maar impliceert juist een afwijzing ervan. Het is waar dat zijn betoog ook tal van vragen oproept, maar dat betekent in ieder geval dat hij 'beet heeft'. Zijn ethische beschouwing gaat over iets dat niemand onberoerd kan laten.

Sjaak van der Geest

Rijk van Dijk, R. Reis & M. Spierenburg (eds.), *The Quest for fruition through Ngoma. The political aspects of healing in Southern Africa*. Oxford: James Curry, 2000. 172 pp. index, £12,95 (paperback), £40,00 (gebonden).

In 1992 publiceert John Janzen het boek *Ngoma. Discourses of healing in Central and Southern Africa*. In tegenstelling tot de gangbare 'lokaliserende' of topografische benadering in de klassieke (medische) antropologie benadert hij hierin ogenschijnlijk verschillende geneestradiities in Zuidelijk en Centraal-Afrika vanuit één overkoepelelnd, socio-historisch perspectief. 'Genezen' heeft echter niet enkel betrekking op het individuele lijden, maar impliceert tevens de bredere samenleving. *Ngoma* is meer dan enkel een therapie (in de westerse betekenis) gericht op de noden van de individuele patiënt. Het is een sociaal discours dat zich in verschillende vormen – gaande van politieke bewegingen tot therapeutische rituelen tot zang- en dansmanifestaties – doorzet doorheen het subcontinent (van Congo tot de Afrikaanse Oost- en Zuidkust). Deze cross-culturele verschijningsvormen worden gekenmerkt door een gemeenschappelijke (zij het bijzonder ambigue) noemer, namelijk de drum (*ngoma*, -*goma* in proto-Bantu) die de transformatie van patiënt in therapeut kenmerkt, begeleidt of symboliseert. Janzens betrachting is om genezen te begrijpen als sociale reproductie en dit is de basis om diverse cultuurspecifieke genezingsvormen met elkaar te vergelijken, om de 'harde kern' van een "classic civilizational healing system" in kaart te brengen (Janzen 1992: 9,156). Deze sociale reproductie is hoe *ngoma* 'werkt', en verklaart (mede) de werkzaamheid ervan. Door het benadrukken van context, structuur, geschiedenis, intentie en verandering wil voorbijgaan aan de exotiserende reductie eigen aan eerder gebezigde termen als 'bezetenheid', 'trance' of 'cult'.

Acht jaar later verschijnt het boek *The quest for fruition. The political aspects of healing in Southern Africa*. Het biedt, alluderend op Janzens eerdere werk, een kritische lezing of zoals de auteurs stellen een ultieme boekbespreking van *Ngoma*. Ze willen daarbij verder gaan waar Janzen gestopt is: het exploreren van de 'politieke' dimensie van 'genezen' of, in een vrije vertaling, 'ontplooiing' of 'ontbolstering'. Janzen geeft wel aan dat macht en gezag (of de legitimatie ervan) centraal staan in het instituut dat *ngoma* is. *Ngoma* is, vooral in een gedecentraliseerd bestel, een 'open' machtsbasis. Maar toch, volgens de auteurs van *The quest for fruition though ngoma* blijft deze stelling dode letter. Zij menen mijns inziens terecht dat Janzen op zijn beurt het concept *ngoma* al te zeer vereenzelvigt met genezen en in zijn analyse niet de plaats geeft die hij op momenten aan *ngoma* toedicht. Deze kwestie wordt door Janzen opgenomen in de voorlaatste sectie van zijn nawoord, waarin hij – zoals het hoort – de gelegenheid krijgt zijn critici van repliek te dienen.

The quest for fruition through ngoma is gebouwd op de volgende stellingnamen: *ngoma* is ten eerste een sociaal vertoog dat sociale en politieke verandering articuleert en becommentarieert. Ten tweede genereert het een eigen vorm van macht en gezag, die gebaseerd is op de aanspraak van het medium (de waarzegger of therapeut) tot toegang tot het rijk der geesten. Ten derde wordt deze macht uitgedrukt en tot stand gebracht in het ritme van de drum, de gezangen en de dans.

Henny Blokland is de eerste om Janzens benadering van *ngoma* als in wezen een therapeutische (of 'medische') behandeling in vraag te stellen. 'Genezen' vormt de kern van het instituut. Op basis van haar ervaring in Tanzania beschrijft en analyseert Blokland echter hoe *ngoma* een belangrijke rol vervult tijdens huwelijksceremoniën, hoe het met andere woorden ook een seculiere vertoning van *ngoma* maatschappelijke en politieke implicaties kent. De drum verbindt verschillende instellingen. Hij ontbloot tegenstellingen en ambivalenties binnen de samenleving. Hij verwijst niet zozeer naar 'genezen,' dan wel naar ontbolstering, tot vervulling of tot bloei komen.

Annette Drews richt zich op de wijze waarop *ngoma* een arena vormt waarin het sociale en politieke wordt bevraagd en betwist. Op basis van haar veldwerk in Zambia geeft zij als voorbeeld hoe gender relaties en identiteiten worden vormgegeven doorheen de drum. Ook andere, fundamentele contradicties in de samenleving worden echter gemanipuleerd, gereflecteerd en gecreëerd doorheen de opvoering van *ngoma*.

In het derde hoofdstuk betoogt Ria Reis dat de instelling *ngoma* veel gefragmenteerder is dan wat Janzen doet uitschijnen. Is de 'wounded healer' bij Janzen nog de dragende kern van *ngoma*, voor Reis is het een ideologie. Het legitimeert, bijvoorbeeld, de 'diagnose' van de waarzegger of garandeert de 'authenticiteit' van de *sangoma* door te refereren aan het eigen lijden of de voorouderlijke roeping van de genezer of waarzegger. Deze veranderende ideologie weerspiegelt ook de veranderingen in een bredere, maatschappelijke en politieke (postkoloniale) context. Het idioom van de getroffen genezer wordt toegeëigend door nieuwe vormen van aandoening (zoals 'bezetenheid') en genezing (zoals in de onafhankelijke kerken).

Marja Spierenburg herhaalt en onderbouwt de kritiek dat Janzen zich enkel op genezen-in-de-enge-zin richt. Hij essentialiseert en abstraheert ondanks zijn pleidooi om *ngoma* te contextualiseren en in een historisch perspectief te plaatsen het discours. Bovendien heeft hij enkel oog voor de (geïnitieerde) therapeuten en niet voor hun 'leken'-achterban of hun 'patiënten'. Zij spelen immers een belangrijke rol in de uitkomst van 'de' divinatie. Hier verschijnt de waarzegger/genezer als een zegspersoon van de gemeenschap. Hij beperkt zich bovendien niet tot 'genezen,' maar speelt een voorname sociale en politieke rol. Hij belichaamt een moreel gezag. Als spreekbuis van de voorouders is hij ongebonden, en beschikt hij over de geïnstitutionaliseerde vrijheid om spanningen en ontevredenheid te verwoorden. Waar Janzen stelt dat *ngoma* in de eerste plaats sociale waarden neerlegt, betoogt Spierenburg dat *ngoma* eerder een platform biedt waarop waarden, overtuigingen, spanningen en problemen aan de orde kunnen worden gebracht en bediscussieerd. Zij herneemt tevens het thema uit het vorige hoofdstuk. Net als Ria Reis stelt zij dat de 'wounded healer' in de eerste plaats een ideologie is die de positie van mediums en therapeuten in de samenleving legitimeert en hen met het nodige gezag en geloofwaardigheid bekleedt, eerder dan dat het de kern uit-

maakt van *ngoma*. Als ideologie is de getroffen genezer de inzet van een machtsstrijd tussen volgelingen of achterban enerzijds, en de genezers en mediums anderzijds.

In het vijfde hoofdstuk belicht Matthew Schoffeleers de parallellen tussen de 'wounded healer' en de koning-martelaar. De laatste is weliswaar een christelijk geïnspireerd concept dat door Frazer (in *The Golden Bough*) werd gelanceerd en door Gluckman (in *Rituals of Rebellion*) en Girard (*La violence et le sacré*) verfijnd en toegepast op Afrikaanse werkelijkheden. Zich baserend onder meer op het werk van Turner, gaat Schoffeleers uit van een onderscheid tussen 'therapeutische' en 'politieke' *ngoma*. Ze toont op basis van een gedetailleerde etnografie aan hoe ze elkaar informeren en interpenetreren, hoe ze van elkaar afhankelijk zijn. De heropbouw van het *Mbona* schrijn is een politieke strijd, terwijl de landcultussen, die zich richten op de vruchtbaarheid van het land en zijn inwoners, bemiddelen tussen de meer individueel gerichte geneestradiities en het politieke systeem. Enkel door de heropbouw van het schrijn en het slachtofferen van de koning kan sociale en politieke cohesie en consensus worden hersteld. Genezingsrituelen, met andere woorden, hebben een plaats en een functie in de samenleving, namelijk het herstellen van het sociale weefsel.

De laatste twee hoofdstukken liggen in elkaars verlengde en belichten de uitvinding van een 'Afrikaans' christendom vanuit de endogene (genees)tradities. Hoewel de Pinksterbeweging het gebruik van dansdrums vaak verbiedt, juist omdat ze herinneren aan het voorouderlijke erfgoed, stelt Cor Jonker dat de drum even vaak vervangen wordt door de Bijbel. Deze zogenaamde genezingskerken stellen zich immers vaak lijnrecht op tegenover de als 'heidens' of achterlijk beschouwde tradities. Tegelijk zetten zij deze, althans ten dele, voort. Ook deze genezingskerken behandelen sociale die zich uiten in individuele aandoeningen. De genezingskerken in Zuidelijk Afrika spelen daarom een belangrijke politieke en sociale rol, ook al uit zich dit niet altijd in politiek activisme, en ook al kan de ideologie van sommige als 'behoudsgezind' worden bestempeld.

Rijk van Dijk onderwerpt deze innovatieve verstrengeling van 'oud' en 'nieuw' in de Afrikaanse kerkenbeweging aan een kritisch onderzoek. Welke rol spelen zij in de constructie van de toekomst? Hoe slagen zij erin verschillende werkelijkheden tegelijk vorm te geven? Voor Van Dijk is het centrale kenmerk van *ngoma* niet de drum (hoe symbolisch of metaforisch ook) noch 'genezen', maar wel dat het zich richt op het verleden, op het voorouderlijke erfgoed om de transformatie van de patiënt te begrijpen en te legitimeren. Het discours van de *Born Again Christians* in Malawi, daarentegen, is hierin expliciet gericht op de toekomst en tegen het verleden. Hierbij kan men uiteraard de bedenking maken dat muziek, dans en vooral ritme een structurering van de vierde dimensie (de tijd) inhouden, ongeacht dit een mnemonische of prognostische tijdsperceptie en -voorstelling impliceert.

Dit boek is echter niet compleet zonder Janzens nawoord. Hierin herformuleert hij, ten dele als antwoord op de vragen die in de inleiding en zeven hoofdstukken van *The quest for fruition through ngoma* worden gesteld, enkele van de voornaamste stellingen uit zijn boek van 1992. Sta me toe dat ik, voor ik mijn opmerkingen en bedenkingen formuleer, kort die van Janzens doorneem. Hij stelt dat hij weigert de opsplitsing in 'therapeutische' en 'politieke' *ngoma* te aanvaarden. Volgens hem gaan de

auteurs van *The quest for fruition through ngoma* er ten onrechte vanuit dat, in goede Foucaultiaanse traditie, het therapeutische een medicalisering (en daarom een depolitiserende) van de sociale en politieke werkelijkheid impliceert. Volgens Janzen zijn alle organisaties en bewegingen, en vooral diegene die zich richten op 'lijden,' politiek van aard. 'Therapie' omsluit alle vormen van ziekte en tegenslag, van hoofdpijn en reproductiviteit tot en met juridische kwesties en de openbare orde. Dit is wat hij in zijn voorgaande publicaties, gericht op Beneden-Congo, naar voren bracht, en wat hij probeert te 'regionaliseren' door een historische en linguïstische studie van *ngoma* in Centraal- en Zuidelijk Afrika. Voor Janzen ligt de bijdrage van *The quest for fruition through ngoma* in het feit dat het boek een bijkomend, vergelijkend perspectief biedt van 'oostelijke' en 'westelijke' *ngoma* tradities. De verschillende bijdragen getuigen van het steeds evoluerende, inclusieve en uitdijende karakter ervan. *Ngoma* is, volgens hem aan het professionaliseren en globaliseren. Kortom, hij apprecieert *The quest for fruition through ngoma* als een verfijning en voortzetting van, en als een welkome aanvulling op zijn eigen werk. Dit kan, uiteraard, ook worden beschouwd als een politieke strategie en/of als cognitieve dissonantie.

Desalniettemin deel ik grotendeels Janzens standpunt. Ik vraag mij af waarom het nodig is het politieke af te zonderen van het sociale, het religieuze of het 'therapeutische.' Het is niet omdat in een westerse leefwereld deze instellingen strikt gescheiden werelden en professionele specialisaties uitmaken, dat dit ook elders het geval is. Deze meervoudige scheiding en 'specialisatie,' die zijn oorsprong vindt in een misbegrepen dualisme heeft in westerse samenleving inderdaad een 'waardenvrij' medisch discours op gang gebracht dat zich richt op het 'universele' menselijke lichaam. Maar in de Afrikaanse context is helen of therapie sowieso veel meer dan een medische ingreep, méér dan louter genezen. Omgekeerd maakt het politieke deel uit van zowel een preobjectief, objectief, symbolisch als een metaforisch ervarings- en werkelijkheidsniveau.

De auteurs van *The quest for fruition through ngoma* besteden teveel aandacht aan het discursieve en representatieve aspect van 'de' werkelijkheid. Ze steunen te zeer op Macht als een abstract en ahistorisch, Foucaultiaans concept eerder dan als een geleefde werkelijkheid. Ondanks het feit dat ze benadrukken dat 'genezen' en 'politiek' één zijn en niet los van mekaar kunnen worden beschouwd, leidt het gemaakte onderscheid wel tot een dichotomie tussen *ngoma* als enerzijds een therapeutische en anderzijds als sociale en politieke beweging. Ze trappen, met andere woorden en *mutatis mutandis*, in dezelfde val als Janzen in 1992. Hierbij ligt, bovendien, een sterke nadruk op *ngoma* als ideologie – als (louter) symbolische werkelijkheid.

The quest for fruition through ngoma roept om een vervolg, waarbij het therapeutische proces, de onderhandeling en beleving ervan opnieuw centraal staat. Een Leitmotiv hierin zou het concept 'belichaming' (of verlichaming) kunnen zijn. Dit is, let wel, geen pleidooi voor een naïef holisme. Het feit dat waarzeggers, verschillende 'traditionele' en 'moderne' therapeuten, biomedische dienstverleners, profeten en de groep worden ingeschakeld in de zoektocht naar 'ontbolstering' van het individu, en dat deze zoektocht vaak of doorgaans wordt begrepen in het idioom van ziekte, tegenslag en heling is reeds een aanwijzing voor de brede betekenis die 'genezen' draagt in Afrika bezuiden de Sahara. Genezen gaat veel verder dan het begrip sociale reproduc-

tie dat Janzen voorstelde in 1992, en door de auteurs van *The quest for fruition through ngoma* – in feite – wordt hernomen en geradicaliseerd. En mijn vraag is dan: moet een analyse dit endogene ervaringsgegeven doorbreken?

Hoewel ik dus vind dat de relatie tussen genezing of heling en het politieke te eenzijdig wordt voorgesteld, ben ik tevens van mening dat dit boek een belangrijke leemte opvult. Het moet als een noodzakelijk complement van het boek van Janzen worden beschouwd al was het maar omwille van de rijke etnografieën die het bevat of omwille van de hedendaagse, postkoloniale werkelijkheden en benaderingen die het belicht en weerspiegelt. Bovendien zien we als het ware antropologie-in-wording. We zien hoe kennis ontstaat doorheen een eerlijk en doorvoed intellectueel debat – een fase in het proces van ontbolstering.

Steven Van Wolputte

E. Engstrom, M. Weber & P. Hoff, ***Knowledge and power. Perspectives in the history of psychiatry***. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1999, 234 pp.

Dit boek bestaat uit een verzameling papers die zijn gepresenteerd – en natuurlijk vervolgens bewerkt – op de conferentie van de Europese Associatie voor de Geschiedenis van de Psychiatrie in München in 1996. Alle bijdragen zijn geschreven binnen één thema: macht en kennis. Dat blijkt binnen de wetenschap een vruchtbaar thema te zijn. Kennis is immers macht, maar of dat andersom ook het geval is, moet men zich afvragen, aldus de redacteurs. Dat is reden voldoende om de relatie tussen beide eens opnieuw vanuit verschillende hoeken te bestuderen. Bovendien zijn kennis en macht niet de enige analytische perspectieven waarmee de geschiedenis van de psychiatrie kan worden bestudeerd. De interesse van de onderzoekers en het bronnenmateriaal zijn daarvoor te divers. Ik denk dat het juist die diversiteit is, die de Europese psychiatrie onderscheidt van die uit de Verenigde Staten en wat mij betreft moet dat zo blijven. Dat voorkomt niet alleen een methodologische insluiting, zoals de redacteurs stellen, maar ook een symbolische insluiting van mensen in een eenvormig psychiatrisch systeem. Niettemin is het historisch werk in dit boek geïnspireerd – dat is natuurlijk niet zo verrassend – door het werk van Foucault, die ‘macht’ en ‘kennis’ destijds nieuwe en genuanceerde betekenissen heeft gegeven.

Het boek heeft vijf delen met elk weer een aantal papers. Ik zal deze niet allemaal weergeven. Dat is saai en bovendien ondoenlijk. De lezer krijgt een grote diversiteit voorgeschoteld, regionaal en thematisch. Het begint al in het eerste deel (*People*), waar de onderwerpen variëren van Foucaults machtstechnologieën tot de pathografen van Robert Schumann.

Een interessant paper is dat van Jacob Belzen over de relatie tussen religie of spiritualiteit en psychiatrie. De auteur begint zijn paper met te stellen dat de relaties tussen religieuze macht en psychiatrie meervoudig zijn. Doordat religie een onderwerp is wat in de huidige psychiatrie op de achtergrond blijft, zo niet verdwenen is, is haar rol door historici onderschat. De auteur laat vervolgens zien wat de relatie binnen de Nederlandse psychiatrie is geweest. Hij bouwt zijn paper op rond de figuur van Bouman, een arts die

zijn werk baseerde in de calvinistische religie. Bouman werkte aanvankelijk in Bloemendaal en werd later hoogleraar aan de Vrije Universiteit, een calvinistisch bolwerk. Zijn opvattingen over de psychiatrie werden beïnvloed door een theologische belangstelling. Volgens hem kon men geloof en wetenschap met elkaar verbinden. Hij was geïnspireerd door Jaspers, een fenomenologisch georiënteerde psychiater. Bouman wilde een christelijk geïnspireerde psychiatrie en volgens hem kon deze discipline het concept van de ziel ontwikkelen. Hij had oog voor de psychologie. Dankzij hem floreerde de Valeriuskliniek, maar de relatie tussen hem en Lindeboom, de voorzitter van het bestuur van deze kliniek, was uitermate slecht. Volgens Lindeboom was Bouman te calvinistisch. Het conflict liep zo hoog op dat Bouman naar Utrecht vertrok, waar hij hoogleraar psychiatrie en neurologie werd. Daar had hij zijn eigen cursussen. Zijn zoektocht naar de ziel maakte dat de psychologische psychiatrie steeds belangrijker werd. Niet iedereen was gelukkig met de wijze waarop Bouman opereerde. Zijn voornaamste opponent was Winkler, die er geen geheim van maakte dat de psychologische psychiatrie weinig te bieden had. Toen Winkler, ook hoogleraar in Utrecht, met emeritaat ging, was er een conflict om zijn opvolging en uiteindelijk greep Rutgers, een calvinistische minister in en benoemde Bouman. Deze echo's uit het verleden (begin vorige eeuw) klinken nog altijd in de huidige situatie. De tegenstelling tussen psychologische psychiatrie en de biologisch georiënteerde psychiatrie – en dus de strijd om de macht op hoger niveau – is tot op de dag van vandaag merkbaar binnen de psychiatrische praktijk, waar psychiaters, soms tot hun verdriet, steeds meer in de rol van 'medicijnman' worden gezien, terwijl ze juist de psychologische kant van hun behandeling aantrekkelijk vinden.

In het tweede deel (*Institutions*) wordt de lezer ingevoerd in de geschiedenis van verschillende Europese landen. Spanje, Engeland, Zwitserland en Duitsland passeren de revue. De papers bespreken institutionele macht en kennis op verschillend niveau. De Spaanse bijdrage bijvoorbeeld gaat in op de geboorte van de psychiatrische klinieken in relatie met de bureaucratische organisaties binnen de psychiatrie. Het is interessant te lezen dat Spanje al vanaf de vijftiende eeuw asiels had voor mensen met psychiatrische stoornissen. Het duurde echter tot ongeveer 1920, voordat de eerste belangrijke instituten werden opgezet. In deze ontwikkeling waren twee processen van belang: de wetenschappelijke belangstelling voor de ontwikkeling van een goede theorie en de ambitie van psychiaters om hun macht via maatschappelijke erkenning te krijgen. De andere papers van dit deel zijn relatief korte stukken over de armenwet in Engeland, sociale en medische criteria van hospitalisering in Zwitserland en de diagnostische classificatie van Griesinger in Regensburg, Duitsland.

Toen ik dit deel begon te lezen, viel mijn oog vrijwel onmiddellijk op het volgende citaat: De klerk van de lokale armenwet in Stoke-on-Trent moest het bestuur elk jaar verslag uitbrengen: "a True history of all Idiots, Lunatics and Other persons of Unsound Mind, chargeable to the Union, specifying the name, age and sex of each, whether dangerous or otherwise". Het is duidelijk dat de negentiende-eeuwse psychiatrie vooral een 'morele psychiatrie' is geweest, die zich tot taak stelde de morele zuiverheid van de samenleving te beschermen tegen alle subversieve elementen. Gelukkig spreekt men tegenwoordig niet meer over idioten, gekken en mensen met een ziekelijk brein, hoewel de morele dimensie natuurlijk niet verdwenen is.

Het derde deel (*Therapies*) is een klein deel: twee papers waarvan één over de zestiende-eeuwse psychiatrische praktijk en een over de machine waarmee patiënten beelden kunnen zien in het negentiende-eeuwse Duitsland. Dit laatste is interessant, te meer omdat de belangstelling voor ‘machines’ in de huidige psychiatrie weer toeneemt. Men denke bijvoorbeeld aan de ECT die nu weer wordt toegepast. Het artikel gaat over een dubieus fenomeen – elektrotherapie – waarmee neurotische patiënten werden behandeld. Andreas Killen, de auteur van het paper, laat zien hoe deze therapie een therapeutisch vacuüm opvulde voor neurologen die voornamelijk buiten de ziekenhuizen werkten met een bourgeois clientèle. Voor Freud was deze methode vooral suggestie. Neurosen konden beter met een andere therapie worden behandeld. In Duitsland was het vooral Erb die zich met deze behandeling bezig hield. De elektrode kon het best worden gebruikt om de simulanten van de echte zieken te onderscheiden. Hij was ook uitermate geschikt voor de behandeling van hystérie. Uiteindelijk werd hij gebruikt voor een hele reeks aandoeningen: van paralyse tot neurasthenie. De methode werd gezien als tegenhanger van de moraliserende benaderingen in de psychiatrie. Bevrijd van het stigma van geestesziekten, kon de burger zich met ‘hardware’ laten behandelen in somatische klinieken. In de inrichtingen echter, waar de methode ook wel werd gebruikt, was het vooral een middel om mensen onder controle te houden en verzet te breken.

Het vierde deel (*Psychiatry and national socialism*) geeft beklemmende voorbeelden van de wijze waarop de psychiatrie kon worden misbruikt voor de latere uitroeiing van grote groepen mensen die op een of andere manier niet aan het nazi-ideaal voldeden. De psychiatrie in deze tijd was ‘biopolitiek’, waarmee psychiatrische patiënten, homoseksuelen, dakloze zwervers, etcetera zonder ethische restricties konden worden “endlöst”. Bepaald indrukwekkend is het korte paper van Greifenhagen over het psychiatrisch onderzoek naar daklozen en psychiatrische patiënten ten tijde van het nationaal socialisme. De auteur laat in een helder betoog zien hoe de nazi-psychiatrie zijn wortels had in het veel vroegere werk van Bonhoeffer en Wilmanns, die aan het begin van de twintigste eeuw de ‘psychopathologie van de vagebond’ bestudeerden. Hoewel beiden pleitten voor een betere behandeling van de daklozen, die geplaagd werden door domheid, alcoholisme en geestesziekten, had niemand in de gaten dat de gedetailleerde beschrijvingen van de daklozen de basis gingen vormen voor een theorie van de abnormale persoonlijkheid (de psychopaten). Dit zou er uiteindelijk toe gaan leiden dat deze mensen als sociaal abnormale en inferieure personen werden gezien, zogenaamde ‘Volksschädlingen’ waartegen de samenleving beschermd moest worden, hetgeen een tragische apotheose kreeg in eugenetische maatregelen: sterilisatie. Dit paper laat aan de hand van een voorbeeld zien hoe psychiatrische diagnostiek, sociaal vooroordeel en politieke belangen hand in hand kunnen gaan met desastreuze gevolgen voor groepen mensen.

Het laatste deel van het boek (*Psychoanalysis*) demonstreert verschillende opvattingen van psychoanalytici in de begintijd. Het meest interessante paper – althans voor mij persoonlijk – is van Aviezer Tucker over incommensurabiliteit in de psychoanalyse. Zijn argument is dat de psychoanalyse theoretisch en sociaal is gefragmenteerd als gevolg van historische ontwikkelingen en dat die verschillende scholen moeilijk

met elkaar in overeenstemming zijn te brengen. Er zijn volgens hem twee grote theoretische stromingen te onderkennen: aan de ene kant de grote theoretische modellen van de persoon en zijn geschiedenis (Freud, Jung, Adler), en aan de andere kant de kleine ad hoc modellen die meestal interpretaties van de grote theorieën zijn. De eerste zijn volgens de auteur vaak genoeg om de meeste verschijnselen mee te kunnen verklaren en laten voldoende interpretatieruimte voor de kleinere. Het zijn vooral de grote theoretische modellen uit de psychoanalyse die historisch goed bestudeerd kunnen worden. De kleinere modellen zijn daarmee maar moeilijk in overeenstemming te brengen. Hun interpretaties kunnen moeilijk worden vertaald in de grote theorie.

De bundel is voor iedereen die is geïnteresseerd in de historie van de Europese psychiatrie belangwekkend, te meer door de verscheidenheid aan onderwerpen. Het is echter te betreuren dat de redacteurs er niet in zijn geslaagd er een 'echt boek' van te maken. Weliswaar schrijven ze aan het begin dat de overkoepelende thema's macht en kennis zijn en wijzen ze op het Foucaultiaanse perspectief van veel auteurs. Voor de lezer was het echter toch wel prettig geweest als bij elk deel een goede inleidende tekst was geschreven die de focus en de belangrijkste problematiek binnen elk van de vijf velden had toegelicht. Nu wordt de lezer wat dat betreft aan zijn lot overgelaten en valt het moeilijk de rode draad te blijven volgen. Ook een goede conclusie ontbreekt. Voor mij als lezer blijft nu de vraag open welke antwoorden er gegeven worden op de vraag naar de precieze relaties tussen kennis en macht.

Els van Dongen

Suman Fernando, David Ndegwa & Melba Wilson, *Forensic psychiatry, race and culture*. London: Routledge 1998. index, 286 pp. £16.99 (paperback).

Waarom verblijven er relatief meer zwarten dan blanken in gevangenissen en (forensische) psychiatrische inrichtingen? Die vraag is het uitgangspunt van het boek van Fernando, Ndegwa en Wilson. De optie dat zwarten van oorsprong gekker of crimineel zijn dan blanken, is niet aannemelijk. Er moeten andere oorzaken zijn. De auteurs zoeken het antwoord in historische, politieke en economische omstandigheden. Zij koppelen de opkomst en ontwikkeling van psychiatrie aan de geschiedenis van kolonialisme en slavenhandel. Beide fenomenen vonden ongeveer driehonderd jaar geleden plaats en beïnvloedden elkaar. De auteurs beargumenteren hoe zwarten, eenmaal in aanraking gekomen met het strafrecht, slachtoffer worden van politieke en economische omstandigheden en van medische opvattingen in de westerse samenleving. Ze bespreken talloze studies over de gebreken van de (forensische) psychiatrie in de multi-etnische Britse en Amerikaanse samenlevingen. Hun boek bespreekt concepten, theorieën en ideologieën waarin de forensische psychiatrie geworteld is. Het legt uit dat de huidige problemen samenhangen met de historische ontwikkeling van begrippen als ras, schizofrenie en criminaliteit in het Westers denken. Ook zoeken de auteurs naar oplossingen. Uitgangspunten daarbij zijn raciale gelijkheid, de context van de gepleegde delicten, de invloed van de raciale kwestie op de veroordelingen en verbetering van diagnostische instrumenten.

In het eerste deel van het boek van de hand van Fernando komt eerst de samenhang ter sprake tussen kolonialisme en slavenhandel enerzijds en de ontwikkeling van de psychiatrie anderzijds. Deze fenomenen vonden plaats in een tijd waarin de Europese samenlevingen krachtige mythen over rassen kenden. De psychiatrie kon in die context een zeer etnocentrische inhoud krijgen, waarbij bijvoorbeeld het begrip schizofrenie eerder een politiek dan een medische lading kreeg. Men zag in deze periode de zwarte mens als iemand die evolutionair gesproken 'achter' liep. Bovendien stelde men de zwarte gelijk aan mensen uit de lagere sociale klassen, die storend en afwijkend gedrag vertoonden. Zowel de primitieve zwarte als de antisociale arme stonden eenvoudigweg op een lager ontwikkelingsniveau.

Fernando maakt door middel van deze contextuele benadering duidelijk dat een zwarte die zich van zijn juk wilde bevrijden, in een zogenoemd 'prisoners dilemma' komt te zitten. Als hij niets deed, bleef de blanke hem overheersen. Als hij wel iets deed werd hij als gevaarlijk of ziek gezien. Hoe dit werkte kan worden getoond aan het voorbeeld van de 'drapetomania'. Met deze term werd in de negentiende eeuw een psychiatrische ziekte aangeduid, die als belangrijkste symptoom had de ziekelijke neiging om weg te lopen. Deze ziekte werd veelvuldig gediagnostiseerd, maar alleen bij negerslaven. Hiermee zette men het weglopen van slaven niet alleen neer als psychisch ziek, maar ook als crimineel omdat hij de regels overtrad. De auteur haalt fel uit naar de forensische psychiatrie, het specialisme dat zich bezighoudt met criminaliteit en rechtspraak. Hij vindt dat de forensische psychiatrie ook nu nog het vuile werk van justitie opknapt. Door het inbrengen van forensisch-psychiatrische rapporten in de rechtsgang, waarbij vooral de mogelijkheid op herhaling en de delictgevaarlijkheid van de verdachte centraal staat, ondersteunt de medische wereld het 'blanke' justitiële systeem. Meestal komt de zwarte er in de rapporten slechter van af dan de blanke die van een vergelijkbaar delict verdacht wordt. De medische en de juridische disciplines leveren zo een dienst aan de samenleving en houden het machtsevenwicht in stand, aldus Fernando. Vooral het label schizofrenie is daarbij voor hen een krachtig instrument.

Het mag duidelijk zijn dat Fernando vooral kritiek heeft op de zogenaamde universalistische benadering van het justitiële systeem en het forensische psychiatrische veld. Zelf richt hij zich meer op de context van delicten, waardoor zijn visie een meer particularistische is. Natuurlijk pleit hij voor een rechtvaardig systeem waarin mensen gestraft worden als dat nodig is, maar hij pleit er ook voor een rechtspraak waarin racistische elementen uitgebannen worden. In deze discussie praat men snel langs elkaar heen. Fernando vindt dat de persoon bekeken moet worden in de context van het gepleegde delict. Een forensisch psychiater zal geneigd zijn in te brengen dat het de persoonlijkheid van een crimineel is die hem of haar in een bepaalde context doet belanden. Bovendien zal de psychiater er op wijzen dat er veel mensen zijn in een vergelijkbare context, die geen delict plegen.

In het tweede deel van het boek, gaat het David Ndegwa vooral om de normatieve invulling van gekte en criminaliteit, diagnose, risicotaxatie en behandeling. Hij stelt dat het gedrag van een doorsnee witte burger uit de middenklasse de norm is. Een persoon uit een etnische minderheid die afwijkt van dit patroon, wordt al snel als deviant gezien. Daardoor zal een zwarte eerder als gevaarlijk beschouwd worden en in de

forensische psychiatrische instellingen terechtkomen, omdat daar meer ook is voor veiligheid en het omgaan met agressie. Ook in dit deel van het boek wordt de diagnose schizofrenie uitvoerig behandeld en bekritiseerd. Ndegwa vindt dat schizofrenie verworden is tot een containerbegrip, waar allerlei moeilijk te stellen diagnoses in worden ondergebracht. Zijn aanbeveling om een beter instrumentarium te ontwerpen om werkers in het veld beter met zwarten om te leren gaan, heeft het karakter van een open deur. Hij geeft geen enkele voorzet om een dergelijk instrumentarium te ontwikkelen.

Melba Wilson is de schrijver van het derde gedeelte van het boek. Daarin gaat het vooral over de beeldvorming en stereotypering van zwarten binnen de (forensisch-) psychiatrische instellingen. Justitie zowel als GGZ gebruiken modellen waarbij het individu uit zijn sociale context gehaald wordt. Vooral de GGZ-instellingen zijn slecht in staat om adequater hulp te bieden aan specifieke zwarte problematiek. Negatieve beeldvorming en nauwelijks onderkenning van deze problemen, liggen hier aan ten grondslag. Instellingen hebben de illusie geen onderscheid te maken tussen blanke en zwarte patiënten. In de praktijk gebeurt dit wel met als gevolg dat de zwakheden van de zwarten eerder opvallen dan de positieve krachten die men in zich draagt. Binnen de (forensisch-)psychiatrische instelling is het gevaarscriterium een item waar veel waarde aan wordt gehecht. Ook hierbij blijken zwarten negatiever te scoren dan blanken. Hun kans op recidive wordt hoger ingeschat door de voornamelijk blanke beoordelaars. Wilson wil hiermee aantonen dat het voor zwarten moeilijker is om weer weg te komen, als ze eenmaal in het psychiatrische circuit zitten. Hierdoor blijven ze langer zitten en worden de percentages zwarten steeds hoger. Volgens Wilson moet er vooral een maatschappelijke kentering komen, van onderaf. Zwarte hulpverleners en zelfhulpgroepen hebben getoond een grote mentale kracht te bezitten om zich te weer te kunnen stellen tegen de dominante witte cultuur. Hierbij maken ze gebruik van eeuwenoude Aziatische en Afrikaanse methoden zoals onderstromingen en netwerken.

Het laatste deel van het boek kijkt naar de toekomst en onderzoekt de uitdagingen en de mogelijkheden tot veranderingen. Fernando pleit voor het afschaffen van het begrip schizofrenie en voor een benadering gebaseerd op behoeften van de patiënt, in plaats van de huidige benadering gebaseerd op diagnoses. Een psychiatrie verbonden met mensen, zo noemen de auteurs dat.

Forensic psychiatry, race and culture is sterk gericht op de Britse en Amerikaanse strafrechtelijke en medische systemen. Dat maakt dat veel juridische aspecten van het boek niet op de Nederlandse situatie van toepassing zijn. Dat geldt niet voor het deel over de forensische psychiatrie. Waar het gaat over gevaarlijkheid, discriminatie en institutioneel racisme is het wel degelijk herkenbaar. Wat het diagnosticeren betreft, hanteert men in de Nederlandse forensische psychiatrie een heel andere maatstaf. Veel van de patiënten in Nederland krijgen de diagnose persoonlijkheidsstoornis. Het boek roert dit thema en deze diagnose niet aan. Ook krijgt de lezer weinig inzicht in de concrete behandeling van patiënten in Britse en Amerikaanse forensisch-psychiatrische instellingen. Het boek was gebaat geweest bij meer gevalsbeschrijvingen en klinische voorbeelden van knelpunten in het dagelijks handelen van socio- en psychotherapeuten. Daardoor staat de theoretische concepten die de auteurs hanteren wat ver van de praktijk af. Het boek is dan ook vooral gericht op de bewustwording van mensen die

werken in het strafrechtstelsel of van psychiaters, psychologen en onderzoekers die voor patiënten de behandeling in grote lijnen uitzetten. De mensen uit de praktijk kunnen hun voordeel doen met de verkregen informatie door met hun leidinggevendend kritisch in gesprek te gaan over de werkelijkheid in hun praktijk.

Edwin Hagenbeek

Edward C. Green, *Indigenous theories of contagious disease*. Walnut Creek/London: Altamira Press, 1999. 311 pp. index. \$24.95 (paperback).

Afrikaanse opvattingen over de oorzaken van ziekte zijn sterk verweven met het geloof in hekserij en magie. Cultureel antropologen hebben daar in de afgelopen eeuw veelvuldig de nadruk op gelegd. Dat is onterecht volgens Edward Green, een cultureel antropoloog die zich de laatste decennia intensief bezig houdt met toegepast medisch-antropologisch onderzoek in Afrika bezuiden de Sahara. Zijn boodschap is dat Afrikaanse medische systemen helemaal niet zo eenzijdig gericht zijn op bovennatuurlijke en personalistische verklaringen. Afrikaanse genezers zoeken bij de meeste ziekten – vooral infectieziekten met een hoge morbiditeit en mortaliteit – naar naturalistische en onpersoonlijke oorzaken. Die oorzaken komen op het eerste gezicht soms vreemd en irrationeel over, maar zijn dat bij nadere beschouwing vaak niet.

Het begrippenkader van de medische antropologie is echter te grofmazig om de traditioneel Afrikaanse opvattingen recht te doen. Om hierin verandering te brengen wordt in dit boek de ‘indigenous contagion theory’ (ICT) gepresenteerd. Dit is een overkoepelend concept waarbinnen diverse Afrikaanse opvattingen over besmettelijkheid onder te brengen zijn. Gemeenschappelijk is dat het steeds veronderstelde wetmatigheden betreft die het lichaam kunnen verontreinigen en daardoor ziekte doen ontstaan. Binnen de ICT zijn drie etiologische subsystemen te onderscheiden. Ten eerste is dat ‘naturalistische infectie’ waarbij de ziekteoorzaak gezocht wordt in insecten, wormen of andere kleine beestjes die het lichaam binnendringen. Ten tweede is er ‘verontreiniging’ (‘pollution’), waarbij de ziekte ontstaat door aanraking of besmetting met zaken die als onrein of verontreinigd worden beschouwd, zoals bijvoorbeeld een dood lichaam of menstruatiebloed. Vanwege het mystiek aandoende koloriet worden dit soort ideeën vaak onder de noemer ‘bovennatuurlijke etiologie’ geschaard. Volgens Green is dat echter onjuist, omdat er neutrale causaliteitsprincipes in te herkennen zijn: onzichtbare substanties die iedereen ziek maken die ermee in aanraking komt. Het gaat om een ‘onpartijdig’ mechanisme. Er zijn geen bovennatuurlijke wezens of boosaardige anderen in het spel die het specifiek op de betrokkene hebben voorzien. De derde variant van ICT is ‘omgevingsgevaar’. Een voorbeeld hiervan is de notie dat ziekte verspreid kan worden door de wind of doordat mensen of dieren onzichtbare sporen nalaten in het gebied waar ze zijn geweest.

In het boek wordt een duizelingwekkende hoeveelheid etnografisch materiaal gepresenteerd. Deels betreft het eigen onderzoeksgegevens van de auteur, deels zijn het antropologische studies van anderen, waarin vaak niet expliciet over verontreiniging en besmetting wordt gesproken, maar waarin beschrijvingen te vinden zijn die

worden herordend binnen het raamwerk van de ICT. In achtereenvolgende hoofdstukken worden etnomedische opvattingen besproken over diarree, over seksueel overdraagbare aandoeningen en over infectieziekten. De conclusie is steeds dat ICT een belangrijke plaats inneemt binnen Afrikaanse etnomedische systemen.

Waarom is het dan zo lang niet herkend? Mogelijk komt dat doordat de dominante stromingen in de culturele antropologie, met name het structureel functionalisme, veel aandacht hadden voor sociale processen en de rol die ziekte en genezing hadden bij het handhaven van het sociale evenwicht. De 'gewone' onderdelen van de Afrikaanse geneeskunde, gebaseerd op geobserveerde en min of meer empirisch verifieerbare causale relaties werden over het hoofd gezien. Mogelijk komt dat ook door de symbolische taal waarin de inheemse geneeskunde zich uitdrukt.

Een apart hoofdstuk van het boek is gewijd aan de in zuidelijk en oostelijk Afrika vrij algemeen voorkomende opvatting dat ieder mens een onzichtbare slang in de buik heeft die iemand ziek kan maken. Dat lijkt een voorbeeld van een 'onjuiste' etnomedische opvatting gebaseerd op onwetendheid over de menselijke anatomie en fysiologie. In Greens visie is het geloof in de onzichtbare inwendige slang een culturele metafoor waarin etnomedische ideeën over verontreiniging en besmetting tot uitdrukking komen. Ziekte kan ontstaan als de betrokkene voedsel tot zich neemt waar de slang niet tegen kan, als reinheidsgeboden niet worden toegepast, als iemand met vuil in aanraking komt. Bizarre denkbeelden blijken bij nader inzien niet van rationaliteit gespeend en met bovennatuurlijke ziekteverklaringen niet zoveel van doen te hebben.

In een interessante uitweiding gaat de auteur in discussie met de Nederlandse antropoloog Robert Pool die in zijn proefschrift de nadruk legt op hekserij als centraal etiologisch principe in Afrikaanse samenlevingen ('everything boils down to witchcraft'). Waar Pool de medische antropologie verwijt kritiekloos biomedische constructen en indelingen te hanteren, en suggereert dat antropologen naturalistische verklaringen en inheemse 'medische systemen' construeren, gaat Green in de tegenaanval. Door de belangstelling van antropologen met hekserij en magie (een 'personalistisch paradigma') dragen zij bij aan een karikaturale beeldvorming van de Afrikaanse geneeskunde.

In het boek worden diverse publicaties aangehaald, zowel van artsen als van antropologen, waaruit een sterk negatief beeld van traditionele Afrikaanse geneeskunde opdoemt. Artikelen die een meer genuanceerde visie hebben berusten op langdurig veldwerk en hebben een sterk theoretische inslag. Degenen die gezondheidsbevorderende programma's maken houden daar geen rekening mee en baseren zich op snelle KAP-surveys (Knowledge-Attitude-Practice) die tot oppervlakkige kennis van inheemse opvattingen leiden. Afrikaanse etnomedische systemen worden dan gemakkelijk als onverenigbaar met biomedische opvattingen beschouwd en achteloos terzijde geschoven. Green verzet zich daartegen. Het is volgens hem noodzakelijk dat etnomedische opvattingen en praktijken niet worden beschouwd als hindernissen voor het verspreiden van adequate therapie en de adoptie van 'juist' gedrag, maar dat actief gebruik wordt gemaakt van lokale opvattingen, ook al stroken die wellicht niet geheel met het gangbare medische gedachtegoed.

'Indigenous Contagion Theory' is een domein van de Afrikaanse geneeskunde dat raakt aan de westerse geneeskunde. Preventieprogramma's zouden de taal en symboliek

van ICT kunnen overnemen om de boodschap beter te kunnen overbrengen en de gewenste gedragsveranderingen cultureel acceptabel te maken. De inheemse notie dat seks met onbekenden gevaarlijk is, omdat je nooit zeker weet of de sekspartner niet met menstruatiebloed of het lichaam van een dode in contact is geweest, is weliswaar gebaseerd op premissen die moderne venerologen niet onderschrijven, maar dat doet niet ter zake zolang de eruit volgende gedragsregel (blijf monogaam!) wel door hen kan worden gedeeld. Zelfs condoomgebruik zou kunnen worden gestimuleerd vanuit inheemse opvattingen dat met seksuele gemeenschap 'hitte' of 'vuil' kan worden overgebracht.

Indigenous theories of contagious disease is een rijk en indrukwekkend boek geworden. Soms leest het moeizaam door de lange opsommingen van lokale ziekteclassificaties en ziektenamen. Ook de theoretische inkadering is zwak. De centrale stellingen van het boek worden echter helder naar voren gebracht en die zijn het waard om serieus genomen te worden. Het betoog overtuigt uiteindelijk niet volkomen en prikkelt tot verdere reflectie. Hopelijk zal de wetenschappelijke discussie gestimuleerd worden door dit boek dat de komende decennia als referentiepunt zal kunnen dienen voor voortgezet antropologisch onderzoek naar ziekteclassificatie in Afrika.

Peter Ventevogel

Philip Hancock, Bill Hughes, Elizabeth Jagger, Kevin Paterson, Rachel Russel, Emmanuelle Tulle-Winton & Melissa Tyler, *The body, culture and society. An introduction*. Buckingham: Open University Press, 2000. xii+145 pp., index, bibliografie. £45.00 (gebonden), £14.99 (paperback).

Behalve in de antropologie heeft ook in de sociologie het lichaam zich gemanifesteerd als een nieuw onderzoeksobject of -project en als een nieuwe analytische metafoor. Dit gebeurde ruwweg vanaf het begin van de jaren tachtig onder invloed van ontwikkelingen in de sociologie (de opkomst van de *Frankfurter Schule* en de kritische sociologie) en in de samenleving (de opkomst van het 'maakbare' lichaamsbeeld in de medische wereld en de esthetisering ervan door media en opiniemakers). Diezelfde periode ziet ook de opkomst trouwens van de medische antropologie. Dit is uiteraard geen toeval: het problematiseren van genezen en gezondheid gaat bijna automatisch gepaard met het problematiseren en thematiseren van het lichaamsbeeld en uiteindelijk van het lichaam zelf.

Meer nog dan de antropologie is de sociologie van het lichaam schatplichtig aan het werk van de filosoof Michel Foucault. De meest bekende exponenten hiervan zijn het uitstekende werk van Mike Featherstone, Brian Turner en Arthur Frank. Zij zijn dan ook samen met Foucault, Pierre Bourdieu, Karl Marx, Ivan Illich en Anthony Giddens prominent aanwezig in de hier besproken 'inleiding tot de sociologie van het lichaam.'

Het eerste hoofdstuk van de hand van Bill Hughes schetst een beeld van het lichaam in een hedendaagse, westerse medische context. In tegenstelling tot de sociale wetenschappen hanteert de medische wetenschap het beeld van het ene, universele menselijke lichaam. Maar ook dit biomedische lichaam is in verandering. Onder invloed van

onder meer epidemiologen, sociale wetenschappers en niet onbelangrijk 'leken' beweegt de geneeskunde zich in de richting van 'een regime van totale gezondheid,' van een biomedisch gedefinieerd lichaam naar een biopsychosociaal lichaamsbeeld. Dit betekent dat meer en meer de geneeskunde zich niet langer concentreert op 'ziekte', maar op gezondheid; niet langer op pathogenese, maar op salutogenese.

Patiënten zijn mondiger geworden. Zij beschouwen de arts niet langer als een onaantastbare autoriteit, maar eerder als een adviseur in gezondheidszaken. Zij nemen het heft in eigen handen en stellen de monopoliepositie van de hulpverlener ter discussie. Bovendien is het epidemiologische patroon gewijzigd, althans in de westerse samenlevingen. Besmettelijke ziekten maken in tegenstelling tot de negentiende en vroegtwintigste eeuw nauwelijks nog slachtoffers. De belangrijkste doodsoorzaken zijn momenteel hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen. Of met andere woorden, in de epidemiologie ziet men een evolutie van het acute en besmettelijke naar het chronische en beperkende.

Deze evolutie heeft echter ook zijn keerzijde. De geneeskunde eigent zich ook het sociale lichaam toe en dringt als instelling van sociale controle door in alle domeinen van de samenleving en in de persoonlijke leefstijl. Zelfbeheersing en zelfregulering moeten leiden tot een betere volksgezondheid. Dit is althans het ideaal dat naar voren wordt geschoven. Dit ideaal materialiseert zich in de cultus van de verschijning. Er goed (of gezond) *uitzien* is zich goed *voelen*, goed *zijn*. Het gecultiveerde lichaam, weggelegd voor de economische elite, draagt tevens een morele boodschap: de morele code van de uiterlijke verschijning. Kortom, het 'zelf' wordt niet enkel geësthetiseerd, het is ook gemedicaliseerd. En deze evolutie is de prijs die het postmoderne zelf betaalt voor een grotere assertiviteit tegenover de arts of hulpverlener.

Dezelfde auteur gaat samen met Kevin Paterson in een tweede hoofdstuk dieper in op de problematiek van het gehandicapte lichaam. Dit laatste verwijst minder naar een lichamelijke status dan naar sociale exclusie en marginalisatie in een industrieel-kapitalistische samenleving. Dit is het sociale model van handicap, dat echter gehandicaptenorganisaties zelf in vraag stellen omwille van de inherente, paternalistische ondertoon. Deze verenigingen verschuiven de vraagstelling van een medisch of sociaal probleem naar mensenrechtenprobleem.

Her derde hoofdstuk, waarvan Elizabeth Jagger de auteur is, is gewijd aan de rol van het lichaam in de westerse consumptie-economie. Zij stelt dat onze samenleving is geëvolueerd van een werk- naar een consumptie-ethiek. Dit betekent dat iemands 'zelf' meer wordt bepaald door de wijze waarop en wat hij of zij consumeert, dan door het werk dat men doet of door wat men produceert. Als voornaamste macro-oorzaken hiervan ziet zij de opkomst van de media en reclame na de Tweede Wereldoorlog en de teloorgang van industriële productie ten voordele van de opkomst van de dienstensector. Deze consumentencultuur is, volgens de auteur, onlosmakelijk verbonden met het lichaam. Dit lichaam medieert tussen consumptie en de constitutie van het zelf. Iemands consumptie, identiteit en lichaam zijn nauw met mekaar verweven. Maar het is slechts een kleine stap van een consumptiecultuur naar een genotscultuur. Dit hedonisme wordt uitgedragen door de media en de reclamewereld. Het domineert de illusie van vrije tijd die men in de postmoderne, westerse samenleving achterna holt. Het

consumeren en organiseren van consumptie neemt immers al de uren en dagen in beslag die werden gecreëerd door een dalende arbeidsduur.

De relatie tussen 'zelf' en arbeid komt ook, zij het zijdelings, ter sprake in het vierde hoofdstuk, waarin Emmanuelle Tulle-Winton een blik werpt op het verouderende, 'vergrijzende' lichaam. In het dominante maatschappelijke discours wordt pensionering vaak gelijkgesteld met het stoppen van elke (sociale) activiteit. Wettelijke pensioenregelingen hebben enkel bijgedragen tot de constructie van 'ouderdom' als een socio-cultureel 'probleem.' Ook het vertoog rond het 'oude lichaam' is overwegend biomedisch. De geriatrie ontstond 'officieel' in 1914 en is voornamelijk gericht op het verlies aan lichamelijke en andere mogelijkheden dat het verouderingsproces met zich meebrengt. Dit brengt met zich mee dat ouderdom gevreesd wordt. Onze relatie tot veroudering is een relatie van conflict en hulpeloosheid. Een oudere is in de eerste plaats een 'slachtoffer.' Dit uit zich onder meer in de representaties van 'het oude lichaam' en in de moeite die men zich getroost om de zichtbare tekenen van veroudering te verbergen of weg te werken en aldus de oude dag uit te stellen. Maar aan de andere kant is het lichamelijke aspect van veroudering verdwenen uit het sociale (of sociaal-wetenschappelijke) vertoog dat over veroudering gevoerd wordt. De auteur roept dan ook op om meer aandacht te besteden aan belichaming, aan die processen waarin het lichamelijke met het sociale verweven en erdoor gevormd wordt, en aan de 'geleefde ervaring' van ouder worden. Zij vraagt de sociale wetenschappen alternatieve wijzen te bedenken om zich ouder worden in te beelden, weg van de representaties die het huidige sociale landschap domineren.

De relatie tussen lichaam, arbeid en samenleving komt meer expliciet aan bod in hoofdstuk vijf geschreven door Philip Hancock en Melissa Tyler. In de arbeidssociologie is het 'werkende' lichaam nooit afwezig geweest, omdat de disciplinerende ervan centraal stond in de organisatie van arbeid bijvoorbeeld in een bedrijf. In het industriële kapitalisme werd het lichaam immers beschouwd als een 'storende', maar noodzakelijke factor. Het lichaam diende te worden 'uitgezuiverd' om het productieproces zo efficiënt mogelijk te maken. Voorbeelden hiervan zijn het Fordisme en Tylorisme, de uitvinding van de lopende band. Deze rationalisatiedrang leidde ook tot de zogenaamde bewegingsstudies, waarin het aantal bewegingen van de arbeider binnen één productcyclus wordt geteld, gechronometreerd, geanalyseerd en gerationaliseerd, dat wil zeggen tot een minimum beperkt. Het lichaam speelde, met andere woorden, een belangrijke rol in het verhogen van de productiviteit van de arbeidsorganisatie. Meer recent richt deze laatste zich echter ook op de rationalisering van het lichaam zelf. Centraal hierin staat de vergroeiing van mens en machine, gesymboliseerd in het beeld van de cyborg. In toenemende mate maakt niet enkel de arbeidskracht, maar ook het lichaamsbeeld van de arbeider deel uit van de arbeidsorganisatie. Dat uit zich weer in een groeiende hoeveelheid tijd en moeite (arbeid) die buiten de formele werksfeer om wordt besteedt aan het lichaam en aan lichaamszorg. Dit betekent, ten derde, dat in de postmoderniteit het arbeidende lichaam een belangrijke symbolische waarde wordt toegedicht. Het wordt een materiële betekenaar van de waarden die centraal staan in een arbeidsorganisatie. Vele bedrijven stellen zich voor doorheen de lichamen van hun werknemers, bijvoorbeeld via de kleding die ze moeten of mogen dragen. Dit heeft ook

zijn weerslag op het vrouwelijke lichaam dat vaak wordt aangewend precies omwille van zijn specifiek-lichamelijke kwaliteiten, zoals in de reclame-industrie. Deze commodificatie van het vrouwenlichaam, het feit dat arbeid nog steeds sterk verweven is met kunne, en de ongelijke toegang tot de arbeidsmarkt van vrouwen, zou, volgens de auteurs, mede aan de basis liggen van eetstoornissen als anorexie en boulimie.

Rachel Russel behandelt ten slotte het belang en de rol van het menselijke lichaam in hedendaagse ethische kwesties. De sociologie van het lichaam getuigt van een convergentie van het morele en het lichamelijke, of van een sociaal-wetenschappelijke en filosofische benadering. In die zin keert deze laatste zich af van zijn logocentrische erfenis om zich op het *voelende* lichaam te richten. Het lichaam verschijnt hierin als de site van iemands ethische (zelf-)identiteit. Zo is gezondheid (of beter: er goed uitzien) in onze postmoderne samenleving een verantwoordelijkheid van het individu geworden. We leven in een 'somatische samenleving,' waarin iemands lichaam(sverschijning) wordt opgevat als een betekenaar van zijn of haar moraliteit. De ethiek is, althans volgens de auteur, gepersonaliseerd, geprivatiseerd en geproblematiseerd. Hierdoor is het aantal ethische vraagstukken explosief vermenigvuldigd, temeer daar men geen beroep meer doet of kan doen op een centrale autoriteit die beslist wat 'goed' en 'kwaad' is. Deze moraliteit wordt dan op zijn beurt uitgedragen door leefstijl en consumptie. Of met andere woorden, het ethische wordt geësthetiseerd, en het esthetische is in de postmoderne consumptiemaatschappij te koop. Daarom is ook het zelf gecommodificeerd.

Elk van deze hoofdstukken eindigt met suggesties voor verdere lectuur en is helder van stijl en structuur. Dit is uiteraard kenmerkend voor het eigen gehoor dat een Open Universiteit voor ogen heeft, en voor het feit dat het hier een algemene inleiding tot een welbepaalde subdiscipline betreft. Dat betekent overigens niet dat dergelijke helderheid tot dit soort publicaties beperkt zou moeten blijven. Met verve komt deze publicatie tegemoet aan de drie doelstellingen die Hancock in de inleiding vooropstelt: het introduceren van enkele sociologische perspectieven op het lichaam, en van de verschillende wijzen waarop het lichaam als analytisch begrip in de sociologie wordt geconceptualiseerd, en het identificeren van enkele belangrijke thema's in de hedendaagse sociologie van het lichaam. Voor gevorderde lezers valt dit boek wellicht te licht uit, maar zij kunnen nog altijd teruggrijpen naar de uitgebreide literatuurlijst. De voornaamste kritiek is niet alleen op dit boek, maar op de ganse sociologie van toepassing, namelijk dat zij ondanks haar postmoderne kader weinig voeling heeft met subalterne culturen in het en met samenlevingen in bijvoorbeeld Afrika of Azië. Deze sociologie van het lichaam percipieert, zoals Terence Turner in zijn kritiek op Foucault concludeert, het lichaam als een antilichaam, een defensief organisme dat vaak gelijkgesteld wordt aan verlangen, individualiteit en verzet. Het lichaam verwordt dan tot de sensuele antipode van de discursieve machtsstructuren die de samenleving domineren. Dit verabsoluteerde Lichaam is even ahistorisch en abstract als de Macht waaraan het wordt tegengesteld. Dit heeft zijn weerslag op de wijze waarop het 'zelf' wordt voorgesteld.

Hoewel ik dit boek verwelkom en zeer apprecieer, ervaarde ik bij de lezing ervan toch een belangrijk gemis. Het lichaam is niet enkel de uitkomst van sociale structuren, maar ook en zelfs vooral een bron van creativiteit zoals de medische antropologie en de

antropologie aantonen. Daaruit put het lichaam-zelf voor het smeden van een samengestelde, hybride identiteit en 'multiple' zelf dat althans gedeeltelijk thuis is in een gefragmenteerde wereld. Deze hybridisering en fragmentatie komt echter niet aan bod in dit boek. Integendeel zelfs, het blijft buiten het bereik van 'de' sociologie van het lichaam. Kortom, ondanks een gelijklopende onderzoeksinteresse en -object, bestaan de antropologie en de sociologie van het lichaam naast mekaar, en dit (artificiële) onderscheid kan ik enkel betreuren.

Steven Van Wolputte

Mike Hepworth, *Stories of ageing*. Buckingham: Open University Press, 2000. 143 pp. £15.99.

Mike Hepworth, socioloog, houdt in deze publicatie een pleidooi voor het gebruik van bellettrie als bron voor de studie van ouder worden. Hij geeft zelf het goede voorbeeld en citeert in dit werk uit meer dan honderd (Engelstalige) romans, van Kingsley Amis en Pat Barker tot Penelope Lively en John Updike. Slechts enkele romans zijn vertalingen (bijvoorbeeld van Mauriac). Drie vragen staan centraal in zijn overzicht: Hoe wordt ouder worden voorgesteld in deze literatuur? Welke rol speelt de literaire verbeelding in het verwerven van inzicht in de betekenis van ouder worden? En: Komen de ideeën en beelden in deze literatuur overeen met wat er in de sociale gerontologie over oud worden geschreven wordt?

In zijn keuze en bespreking van citaten uit de literatuur laat Hepworth zich leiden door een symbolisch-interactionistische blik; zijn aandacht is vooral gericht op de rol van verbeelding in de ontwikkeling van een zelfbeeld. Het beeld dat – in dit geval oudere – mensen van zich hebben, komt tot stand in de omgang van mensen met elkaar. Zijn betoog houdt een uitnodiging in om – geïnspireerd door de literatuur – tot nieuwe beelden van het proces van oud worden te komen.

Hepworth bespreekt in vijf hoofdstukken verschillende thema's van oud worden die in de literatuur ter sprake komen. Het eerste is de interactie tussen het ouder wordende lichaam en 'zelf'. Hepworth vergast de lezer op mooie uitspraken over bijvoorbeeld de betekenis van een gaaf gebit en over de rol van de ogen. Het ouder wordende lichaam wordt niet alleen in toenemende mate verborgen ('disappears'), het 'misstaat' ook. Het is disfunctioneel in de zelfpresentatie ('dys-appears').

Het tweede thema richt zich op de relatie met anderen en het derde op de relatie met objecten en plaatsen (huis en tehuis). Het volgende citaat uit Mary Wesley's roman *Jumping the queue* geeft de verhouding van een oud echtpaar met de dingen *en* met anderen (hun kinderen) treffend weer:

We decided we would leave no mess behind, nothing for the children to quarrel over. We would leave no messages, we would not let them know us once we were dead. Our children were not interested in how we had lived or felt, so our letters – when we were in love we wrote many letters, people did – we would destroy them. If they are ever interested it will be too late, we said (p. 74).

Het vierde thema gaat over de kwetsbaarheid van oude mensen en de specifieke risico's die zij lopen. Die risico's betreffen het fragiele lichaam, hun relaties met hun kinderen, en het uitgebuit worden door anderen. Opvallend in de literatuur is overigens dat ouderen niet alleen als slachtoffers worden getekend, maar ook als mensen die risico's durven nemen tot – en inclusief – het moment van sterven.

In het vijfde thema, getiteld *Futures*, bespreekt Hepworth het begrip tijd in het licht van oud worden. Met de door hem geciteerde schrijvers vraagt hij zich af of het 'model' van een neergaande levenscyclus vervangen zal worden door een andere, positievere, visie op ouderdom. Daarover kan hij nu slechts speculeren. Een verkenning van Afrikaanse of Aziatische romans zou een heel ander beeld opgeleverd hebben.

Hepworths overzicht is een interessant experiment in wat in het Nederlands ooit 'romantropologie' genoemd werd. De grootste waarde van zijn werk ligt waarschijnlijk in het 'encyclopedisch' karakter ervan. Hepworth bezorgt ons een schat aan verwijzingen naar de bellettrie van het oud worden, beperkt tot zijn eigen 'westerse' cultuur en maatschappij.

Sjaak van der Geest

Samuel Kottek, Manfred Horstmanshoff e.a. (eds.), *From Athens to Jerusalem. Medicine in Hellenized Jewish lore and in early Christian literature*. Rotterdam: Erasmus publishing, 2000. 279 pp.

Dit boek bevat een gedeelte van verslagen van het congres *From Athens to Jerusalem* uit 1996, een onderdeel van het congres van de International Society of the History of Medicine. Het eerste deel van de verslaglegging verscheen in het tijdschrift *KOROT, The Israel Journal of the History of Medicine and Science* (1998-1999). Het is een gecompliceerde wijze om van een congres van verslag te doen. De ratio van de verdeling over tijdschrift en boek is niet duidelijk. De indeling van de veertien bijdragen in het boek ondergeschied in vijf thema's lijkt hier en daar wat geforceerd. Van de negen stukken in het tijdschrift, volgens Kottek "essays which seemed most in tune with the general trends of KOROT" (wat dat dan ook moge betekenen; het wordt nergens verduidelijkt), hadden er ook nog wel enkele binnen de thema's van het boek gepast. Misschien is het niet onredelijk te veronderstellen dat tijdsverschillen bij het verzamelen van de diverse bijdragen een rol hebben gespeeld bij deze eigenaardig gespreide uitgave.

Hoe het zij, de veertien essays in het boek zijn overwegend lezenswaardig. Men zal bij een verslag van een congres niet kunnen ontkomen aan kwaliteitsverschillen van bijdragen van deelnemers van nogal verschillende academische en professionele pluimage. Onder de veertien auteurs zijn zeven hoogleraren in disciplines als geschiedenis, Semitische talen, geschiedenis van de geneeskunde, geschiedenis van de filosofie, klassieke talen, Assyriologie en Joodse studies, maar er zijn ook bijdragen van promovendi.

Het boek is aantrekkelijk uitgegeven. Het bevat naast zeer uitvoerige algemene index een indrukwekkende *Index locorum*. Dat is voor een verslag van congresvoordrachten een uitzondering, hetgeen een beduidende meerwaarde heeft. Het boek is

bovendien verlucht met aardige illustraties, waarvan overigens geen gewag gemaakt wordt in de inhoudsopgave.

De thematiek van het boek is tweeledig. Ten eerste wordt aandacht gegeven aan de relatie tussen rationaliteit en wetenschappelijk denken enerzijds en irrationaliteit of magie en religie anderzijds bij de benadering van ziekte en gezondheid in de Oudheid. Daarnaast tracht men in die benadering overeenkomsten te vinden door Grieks-Romeinse bronnen te vergelijken met inzichten uit de Babylonische en Assyrische oudheid en met de Babylonische en Hebreeuwse Talmoed. De vijf delen van het boek hebben achtereenvolgens als thema: Babylonische en Talmoedische geneeskunde, gynaecologie en obstetrie, eunuchen en androgynen, lichaam en ziel, en verhalen over genezing in de Hebreeuwse en vroegchristelijke literatuur.

De essays zijn enigszins geforceerd onder één thema gegroepeerd. Er is per thema dan ook niet één consistente betoogtrant of conclusie over de verschillende stukken te vinden. De stukken kunnen en moeten gewoon los van elkaar gelezen worden. Als illustratie hiervoor beschrijven de twee essays in het eerste deel respectievelijk de bronnen van de Babylonische geneeskunde sinds het einde van het derde millennium voor Christus, die een veel duidelijker invloed lijken te hebben op de Babylonische Talmoed dan de teksten uit het corpus Hippocraticum, en de medische keuring van slavin- nen in de elfde eeuw na Christus. Dat zijn twee wel heel ver uiteenlopende aspecten van de geneeskunde en men kan daar bezwaarlijk één thema in onderscheiden.

Van de drie essays over gynaecologie en obstetrie is dat van Marten Stol over de *vis imaginativa* het meest interessant en levendig geschreven. De *vis imaginativa* is de wil en de potentie van de moeder om na de conceptie een beslissende invloed te hebben op het geslacht en uiterlijk van haar nog ongeborn kind. Stol toont aan dat deze magische invloed al bij de oude Babyloniërs is beschreven en ook in de bijbel voorkomt. Dit bijgeloof heeft tot in de twintigste (en vast ook in deze) eeuw stand gehouden. De moeder kan door haar fantasie te gebruiken of veel naar mooie dingen te kijken kinderen van een lelijke vader verfraaien. Natuurlijk is deze *vis imaginativa* door de eeuwen heen ook een geducht argument tegen beschuldigingen van overspel geweest.

In het derde deel schrijft Horstmanshoff over de interessante paradox dat vanaf de tweede eeuw na Christus eunuchen politiek en sociaal weliswaar een belangrijker rol gingen spelen in het Romeinse rijk, maar in literaire bronnen nog steeds pejoratief werden beschreven. Hij baseert zich op de geschriften van de vroegchristelijke filosoof Clemens van Alexandrië (ca. 150-211[?]). Behalve de anatomisch-fysiologische eunuchen waren er ook asceten die in hun levenswijze afzagen van seksuele contacten en zich eunuch noemden. Zij stonden in aanzien vooral in strengreligieuze kringen, ofschoon Clemens zelf al te fanatieke ascese afwijst. In het Oude (Jesaja) en Nieuwe (Mattheüs) Testament looft men eunuchen, die door hun levenswijze het hemels koninkrijk zullen betreden. In andere Oudtestamentisch boeken echter ontzegt Mozes uit naam van de Heer aan eunuchen ('die gebroken zijn aan hunne schaamdeelen') het recht om te offeren of te komen in de vergadering des Heeren.

Op dit helder geschreven stuk volgt een zeer ingewikkeld verhaal over 'culturele androgynie in de rabbijnse literatuur' van Joshua Levinson. De lezer raakt hierin door moeilijke formuleringen en barokke woordklonten het spoor bijster. Na de zin:

“Polemo’s sexual ‘hermeneutics of suspicion’ is the logical result of the discourse of androgyny with its attendant cultivation of gender premised upon the biological warfare we saw waged from the time of conception” (p. 127) heb ik de handdoek zuchtend in de ring gegooit. Er zijn grenzen.

Maar er is troost voor de lezer, want deel vier met de wel erg algemene titel *Body and Soul* bevat twee voortreffelijke stukken. Het eerste is van Stephen Newmyer die de opvattingen van de Joods-Griekse filosoof Philo Judaeus uit het Alexandrië van circa 40 na Christus beschrijft over de vraag of dieren een ziel dan wel de rede bezitten. Deze doet dat niet zozeer uit het belang van een moreel standpunt, maar veeleer wegens juridische redenen. In een dialoogvorm met een Alexander (zijn ware identiteit is niet duidelijk) bevestigt Philo het antropocentrische gezichtspunt dat dieren in deze aspecten inferieur aan de mens zijn. Het essay is sierlijk geschreven en bevat een goede analyse van een interessante en nog niet erg bekende bron. Daarnaast is er een kort essay van Larissa Trembovler, een promovendus uit Moskou, over de medische aspecten in de relatie tussen een gezonde ziel en een ziek lichaam in de late Griekse en vroegchristelijke filosofie. Het levert een boeiend betoog op over de verschillen tussen de Stoiëcijnsse benadering, waarbij de ziel een causale interactie met het lichaam heeft, die in negatieve zin ziekte tot gevolg heeft, en de vroegchristelijke opvatting dat de ziel een actief initiërende rol heeft ten opzichte van het passieve, inferieure lichaam en de ziekte daarvan idealiter kan overwinnen.

Deel vijf behelst vier essays over genezingen in de Hebreeuwse en vroegchristelijke literatuur. Ferngren schrijft dat de vroege christenen onder invloed van het contemporaine medische denken een veel meer naturalistische etiologie van ziekte accepteerden dan lezing van de wondergenezingen door Jezus in het Nieuwe Testament doet vermoeden. Hij meent dat de wondergenezingen van Jezus veel meer gezien moeten worden als duidingen dat het Koninkrijk Gods nabij was dan als normatieve modellen van de toenmalige begrippen over ziekte en genezing.

In het laatste essay in dit deel gaat Jürgen Helm ook uitvoerig in op de wondergenezingen in de vier evangeliën en de Handelingen, maar hij komt tot de conclusie dat de verhalen een ‘niet-medische context’ hebben en dat de naturalistische perceptie juist geenszins duidelijk is. Hij onderscheidt hier en daar een demonische oorsprong en ook wel wat flarden van invloed van magisch denken in de bijbelse verhalen, maar constateert dan dat in de meeste verhalen ziekte zonder enige toespeling op causatieve momenten wordt aangeduid. Ook de theologische betekenis van ziekte in de wondergenezingen is voor hem onduidelijk. Waar Ferngren immers het naderende Koninkrijk Gods als voornaamste grond voor deze vertellingen ziet, kan Helm deze vroegchristelijke eschatologie in de teksten niet terugvinden. De interpretatie van ziekte is dan ook voor Helm in de theologie van de evangelisten niet duidelijk.

Een van de best geschreven en interessantste stukken uit dit boek is dat van Nigel Allan over het symbool van de slang voor genezing in de joods-christelijke traditie. Hij vergelijkt de symboliek in Hebreeuwse bronnen, in het Gilgamesh-epos en in de bijbel. Hij vindt verrassend veel overeenkomsten in de associaties van de slang met het leven, met water als bron voor levenskracht en vruchtbaarheid en met geneeskracht voor geestelijke en lichamelijke kwalen. Ofschoon niet in dit essay genoemd, was die rol

voor de slang natuurlijk ook uitdrukkelijk aanwezig in de Griekse literatuur, men denke aan Asklepios, en deed de invloed zich ook gelden in het Romeinse rijk, bijvoorbeeld bij de pogingen om epidemieën uit te bannen met behulp van Aesculapius tijdens de helingencultus op een eiland in de Tiber in 291 voor Christus. Allan beschrijft nauwkeurig de relatie tussen het mysterie van het leven en de slang in zijn verschillende aspecten gedurende de geschiedenis van het Joodse volk aan de hand van een vergelijkende studie tussen Hebreeuwse bronnen en het Nieuwe Testament.

In conclusie: een interessante bundel essays, die een zeer breed gebied van medische ratio en magie bestrijken in historische, geografische, godsdienstige en culturele zin. Maar de *défaut de ses qualités*: zoek niet naar één thema of één betooglijn of één conclusie, want daarvoor zijn de verzamelde teksten te caleidoscopisch.

D.F. Rijkels

Lopön Tenzin Namdak & Karin Gungal, *Der Heilende Garuda, Ein Stück Bön-Tradition*. Schweiz: Garuda Verlag, 1998. 173 pp. DM 55.-

Tot mijn grote vreugde is een van de belangrijkste mythen uit het Centraal-Aziatische hooggebergte in het Duits uitgebracht. De titel heeft vooral betrekking op de initiatiekaarten en het ritueel van de “Grimmige Wijsheids Garuda” die in het boek worden behandeld. De beoefenaar hiervan wordt bijzondere geneeskrachtige en beschermende gaven toegedicht. Deze spirituele praktijken zijn nog steeds uiterst levendig en worden tot op de dag van vandaag van leraar op leerling doorgegeven. Centraal in het boek staat dan ook de mythische, gehoornde vogel Garuda, symbool van de verlichte boeddhageest. In deze aloude Bön-traditie wordt een vuurvogel afgebeeld met een slang in de mond ten teken dat de slangenwezens, heersers over de (ondergrondse) wateren, zijn bedwongen. In de Indiase traditie van Veda's en Mahabharata verschijnt Garuda als het rijdier van Vishnu, de redder van de mensheid.

De lezer wordt in dit boek ingevoerd in de wereld van de elementen en de vele verschijningsvormen die voorafgaan aan de ons in het Westen zo vertrouwde realiteit met haar beperkingen van de materie. Oefening brengt meesterschap en speciale oefening is nodig om voorbij het conceptuele te komen. Twee hoofdstukken uit de *Zi Jid*, een verzameling legenden, vertellen over de kosmologie en het leven van de stichter van de Yungdrung Bön (de Eeuwige Bön). De naam ‘Eeuwige Bön’ refereert aan de oorsprong van het leven, het leven zelf, én aan de voortzetting van het leven. Hoe subtiele energieën de vijf elementen (ruimte, lucht, vuur, water en aarde) tot materie samenbundelt en hoe materie in omgekeerde richting weer oplost. Voor genezing wordt gebruik gemaakt van dit proces.

Lopön Tenzin Namdak werd in 1926 in Kam, Oost Tibet geboren en heeft zijn opleiding in diverse Bön-kloosters ontvangen. Na de vlucht in 1959 in het kielzog van de Dalai Lama heeft hij als eerste leraar in het Westen drie jaar in Engeland en een jaar in Duitsland aan de universiteit gewerkt. Bij terugkeer heeft hij in Himachal Pradesh in India een Bön-klooster opgericht nabij Kathmandu in Nepal eind jaren tachtig. Omdat vele basisteksten op de vlucht verloren dan wel verborgen waren, maar ook over vele

vluchtelingen waren verspreid, heeft hij zich erop toe gelegd deze teksten te verzamelen en opnieuw uit te geven. De laatste jaren verschijnen druppelsgewijs Engelse, Franse en Duitse vertalingen hiervan. *Der Heilende Garuda* is sinds kort in Nederland verkrijgbaar en behoort tot de van oudsher mondelinge overleveringen.

Karin Gungal is na de filmacademie in Wenen als journalist terechtgekomen in Italië waar zij studeerde bij Chögal Namkai Norbu, die tot zijn pensioen Tibetoloog aan de universiteit van Napels was. Op verzoek van de Lopön heeft zij zo'n vijfhonderd geheime initiatiekaarten gefotografeerd om deze voor vernietiging te behoeden. Later benaderde hij haar om dit boek samen te stellen. Het boek is ontstaan uit nauwe en geduldige samenwerking door steeds opnieuw commentaren te lezen, naar uitleg te luisteren en dan uiteindelijk te kiezen voor bepaalde teksten. Ter wille van de leesbaarheid zijn vele herhalingen en Tibetaanse transcripties weggelaten. Het is mede daardoor een spannend en leesbaar boek, maar wel voor de lezer die geïnteresseerd is in de Bönkoslogie, met haar ontstaansgeschiedenis en leringen over sociale omgangsvormen en religiositeit. Voor de echte kenner staat achterin de Tibetaanse tekst klein afgedrukt.

Het is een boek van binnenuit en niet over de Bön, dat wil zeggen het is geschreven door beoefenaars van deze overdrachtslijn, die volgens mondelinge overlevering tot 17.000 jaar teruggaat. In die begintijd strekte het land van Zhang Zhung zich uit in Perzië (Oost-Iran, Afghanistan) en Zhang Zhung is pas in een later stadium via Pakistan naar Tibet gekomen. De laatste twee decennia zijn er grotschilderingen, tempelruïnes en inscripties gevonden in Ladakh en West-Tibet (tot 2500 jaar geleden), waarmee de Yungdrung Bön wel eens de voorloper zou kunnen zijn van de oudste Sanskriet teksten. Tot nu toe is men er vanuit gegaan dat de vele mosliminvallen in India de vooraanstaande leraren en universiteiten omhoog de Himalaya ingestuwd hadden. Het laat zich aanzien dat vanuit de Centraal-Aziatische hoogvlakten de leraren de lagergelegen gebieden van India hebben bereikt.

Het is een fraai gebonden uitgave, met scherpe foto's van de overdrachtslijn en de geheime initiatiekaarten. De verhalende hoofdstukken uit de Zi Jid zijn eenvoudig geïllustreerd.

Anneriet Meijers

Annet Mooij, *De polsslag van de stad. 350 jaar academische geneeskunde in Amsterdam*. Amsterdam: De Arbeiderspers, 1999. 499 pp.

Annet Mooij heeft in opdracht van het Academisch Medisch Centrum (AMC) de geschiedenis van de academische geneeskunde in Amsterdam beschreven. Ze vergelijkt de Amsterdamse ontwikkelingen met wat er elders in het land en in het buitenland gebeurde. Bovendien plaatst Mooij ze in de context van demografische, sociaal-economische en politieke processen. Ze begint haar beschrijving in 1669, toen anatoom Gerard Blasius, hoogleraar aan het Atheneum, toestemming kreeg van het stadsbestuur om acht bedden te gebruiken voor onderwijs. In de zeventiende eeuw bloeide de Republiek en was Amsterdam een bruisende stad waar de geneeskunde op een relatief hoog niveau stond. De anatomie verwierf vooral faam door de overvloed aan 'klinisch mate-

riaal', de lijken van vreemdelingen en gasthuispatiënten die door niemand werden opgeëist en door het vrijzinnige stadsbestuur ter beschikking van de wetenschap werden gesteld. Het slachtoffer op Rembrandts beroemde anatomische les van Nicolaes Tulp moet één van hen zijn geweest. Openbare lessen in het Anatomische Theater konden door een ieder tegen betaling worden bijgewoond en trokken veel belangstellenden.

Het medisch werkterrein was verdeeld in geneeskunde en heelkunde en in handen van geneesheren en chirurgijns, theoretici en doeners. De relaties tussen de beroepsgroepen konden tot conflicten leiden, maar vooral binnen de groepen zelf heerste er haat en nijd. De top was afhankelijk van de gunsten van een kleine rijke clientèle. Mooij spreekt van patroon-cliëntrelaties waarbij de regenten de touwtjes stevig in handen hadden. Het was voor de medicus zaak deze lieden te behagen en zichzelf te onderscheiden van collega's en concurrenten. Dat ging gepaard met opzichtige reclame, ruzies die in het openbaar werden uitgevochten, en geheimhouding van methoden en instrumenten. In het geval van de Roonhuysiaanse hefboom leidde dit tot zeer veel commotie. Ontwikkeling van een professionele identiteit en een professionele beroepsgroep waren daardoor onmogelijk.

Na het begin van de achttiende eeuw ging het met de Nederlandse geneeskunde door meerdere oorzaken bergafwaarts en raakte ze achter bij de omringende landen. Steeds opnieuw komt naar voren hoe traag en moeizaam vernieuwingen werden ingevoerd. Pas in de tweede helft van de negentiende eeuw werden inzichten die elders allang ingang hadden gevonden, ook hier geaccepteerd. De geneeskundige wetten van 1865 waren een keerpunt, evenals als de wet van 1876 over het geneeskundig onderwijs. Eindelijk sloeg de geneeskunde de natuurwetenschappelijke weg in. Het onderscheid tussen genees- en heelkunde werd afgeschaft. Er kwam 'eenheid van stand': ieder die het universitair examen voor arts met succes had afgelegd had dezelfde bevoegdheden. Met de patronageverhoudingen was het afgelopen en er ontstond meer professionele autonomie. Tegen het einde van deze eeuw kwamen er steeds meer medisch specialisten. Er werden ziekenhuizen opgericht voor gegoede burgers en heftige debatten gevoerd over een nieuw beroep, verpleegster.

In de eerste helft van de negentiende eeuw stierf één op de vier kinderen voor het een jaar oud was en lag de gemiddelde levensverwachting van 'het volk' rond de 35 jaar. Tegen het einde van de eeuw daalde het sterftcijfer en steeg de gemiddelde levensverwachting, niet door medische ontwikkelingen maar door verbetering van voeding en sanitaire en hygiënische voorzieningen. Amsterdam werd toen zelfs een voortrekker op het terrein van de openbare gezondheidszorg.

Het duurde nog tot omstreeks 1900 voordat, door de opkomst van de bacteriologie, de theorie over verspreiding van ziekten door miasma werd opgegeven. Maar dan breekt de twintigste eeuw aan en verlopen de ontwikkelingen in een razend tempo. Kenmerkend voor deze eeuw noemt Mooij het toenemend aantal ziekenhuizen, de invoering van professionele ziekenverpleging, de concentratie van medische zorg in handen van specialisten met daarbij de steeds complexere medische technologie en ten slotte de uitbreiding en verzelfstandiging van de bestuurlijke en administratieve taken van ziekenhuizen. De professionele autonomie van medici die zij eind negentiende eeuw verworven hadden, ging goeddeels weer verloren door accumulatie van macht in

handen van niet-medische partijen: de landelijke overheid, verzekeraars en ziekenhuisbesturen bestaande uit economen en managers.

Recent is de ontwikkeling van curatieve naar preventieve geneeskunde en in het verlengde daarvan de opkomst van de voorspellende geneeskunde, onder invloed van pijlsnelle ontwikkelingen in de moleculaire biologie en de genetica. Hoewel zeer omstreden zijn er al toepassingen van in de prenatale diagnostiek. Typerend voor onze tijd zijn ook de statusdaling van artsen en de grote assertiviteit van patiënten.

Wat een mooi boek! De geschiedenis vanaf Blasius met zijn acht bedden en de gasthuizen waar de allerarmsten werden opgeslagen en als klinisch materiaal fungeerden, tot aan het AMC als modern universiteitsziekenhuis met medische verzorging, onderwijs en onderzoek. Mooij heeft aan de hand van een enorme hoeveelheid veelsoortige gegevens een helder relaas geschreven, soms grappig, vaak gruwelijk, eigenlijk steeds boeiend. Zeer aanbevolen!

Eva Abraham

Robert Pool, *Negotiating a good death: Euthanasia in the Netherlands*. New York: The Haworth Press, 2000. 253 pp. \$24.95.

This is a very good book. I write as someone who has long been interested in the empirical study of euthanasia, having worked with quantitative data sets relating to end of life decisions. Being therefore conscious of the limitations of crudely measured variables, I have become very curious about the human stories that become transformed into statistical patterns. Additionally, the situation in the Netherlands is clearly fascinating for anyone interested in this issue. Robert Pool has done a wonderful study that will satisfy readers who wish to know more about how end of life decision-making occurs in a context where euthanasia is an acceptable part of terminal care.

The book is organised around ten case studies of deaths in a variety of wards in a single hospital, selected from a larger set of such cases in order to illustrate important themes. The author spent two years participating and observing in the hospital, interviewing patients, relatives, medical and nursing staff to build up a comprehensive picture of events at the end of life. Only two of the cases were formally reported as cases of euthanasia, the rest often being 'grey area' cases (for example, where a drug intended for symptom relief also shortened a patient's life).

The strength of the book lies in the author's commitment to document cases fully and from all points of view, his sensitivity to the effects of his own presence in the situation, and his recognition of the fluidity, variability and context-bound nature of participants' actions and words. The intervention of the law in such a complex situation is clearly shown to be a blunt instrument, designating euthanasia to be unambiguously separate from other kinds of end of life decisions. The Dutch legal definition of the act being 'the deliberate termination of a person's life by another person at the former's request' (p. 229) is therefore deceptively simple. The author's line of questioning during fieldwork reveals this. In one case a large dose of morphine was given to a patient in pain who had frequently expressed a wish to die to all around her, even begging doctors

to secretly inject her with a lethal substance, but had lacked the resolve to make a formal request for euthanasia. The author notes that the doctor continued to increase the dose even after the patient was comfortably asleep, probably resulting in her death. 'Was this euthanasia?' the author asks the doctor in this and some other cases where the line between symptom relief and hastening of death is ambiguous.

At the same time, Pool makes it clear that medical staff involved in acts of euthanasia, or of hastening death, do so quite reluctantly, and are resistant to undue pressure from relatives. Opponents to relaxation of euthanasia prohibitions in the USA or UK sometimes say that it will lead to a 'slippery slope' in which troublesome or vulnerable people are finished off by overworked medical staff or selfish relatives. Nothing of that sort is going on in this Dutch hospital, and this is because the professional ethics of staff remain committed to respecting the rights of patients, and to providing good care. The 'slippery slope' scenario, it seems, requires more fundamental changes in professional ethics, of the sort that happened in Nazi Germany. This book shows that it is perfectly possible to practice euthanasia as an ethically acceptable component of terminal care in a society where values of liberal rationality have largely replaced fundamentalist religious positions.

Additionally, the book demonstrates that euthanasia requests do not emerge solely, or even largely, from a failure to control pain, or because good care is unavailable. This, along with the 'slippery slope' argument, is one of the chief arguments used in Britain (by representatives of the hospice movement, for example) to oppose the legalisation of voluntary euthanasia. Instead, euthanasia requests – if they can be said to have a common pattern – arise from a desire to control the manner and timing of death, avoiding suffering and dependency which, in a non-religious society, no longer appear to have any meaning or purpose. Pool shows that this is very evident in the approach taken by AIDS patients, whose social milieu and age often predisposed them towards rational planning and active decision-making, in which euthanasia could become part of a planned death.

It is oddly reassuring to learn from this book that the usual inequalities of treatment apply in the granting of euthanasia requests as they do to other aspects of health care. Somehow, this adds to the sense that euthanasia can become quite 'normal' rather than, as in British and American health care, a stigmatised 'other'. Medical sociologists have long complained that educated, articulate, middle class patients get more attention from doctors, and are more likely to get what they want. The same, it seems, is true of euthanasia requests. Pool describes one educated, male patient who became extremely popular amongst staff, forming an informal social relationship with two junior doctors (who affectionately referred to him as 'Uncle Max'), who insisted on taking charge of his last hours in order to fulfil his wishes for a comfortable death. Patients without family advocates, whose requests to end their lives were somewhat poorly expressed and unplanned, who had not developed warm relationships with their doctors over a period of time, were more likely to encounter resistance. The reluctance of a doctor to accede to one patient's request, or even visit the patient to discuss it, placed the patient in a very weak position and it was hard not to feel that there was an abuse of power going on here, with the doctor withholding 'treatment' unreasonably. At the same time,

Pool makes clear that the stress that euthanasia places on health care staff who must administer it is often not appreciated by patients. At any rate, this picture certainly does not suggest that the inarticulate are being euthanatized against their will, but rather the opposite.

Similarly, I was reassured to see that the usual doctor-nurse tensions occur around euthanasia decisions as they do around other areas of health care, such as pain control. Pool reports poor communication between the professions, nurses often feeling they know more about the daily needs and real wishes of patients and resenting the lack of speed with which doctors attend to these, doctors often feeling that they have known particular patients over a long period of time, or that they are the real decision makers. At some, probably non-rational, level I find that the surfacing of this very familiar interprofessional tension increases my sense of the 'normality' of euthanasia.

Evident from time to time in the book is the author's own view, shared by many of the medical staff (whose responses to the study are described in chapter 6), that American and British opinion about the situation in the Netherlands reflects a lack of informed understanding. After this book, no English speaking reader who is interested in this debate need suffer from this lack of knowledge. I would recommend it to all who wish to learn what happens when euthanasia becomes a normal part of health care.

Clive Seale

Maud Radstake, *Secrecy and ambiguity. Home care for people living with HIV/AIDS in Ghana*. Leiden: African Studies Centre, 2000. 127 pp.

Maud Radstake biedt de lezer een inkijkje in de rauwe, maar toegedekte, werkelijkheid van AIDS-patiënten in Ghana in het midden van de jaren negentig. Een van de oorzaken van verspreiding van de ziekte, geheimhouding, neemt in het boek een centrale plek in. Radstake, een antropologe, ziet het geheimhouden van de diagnose door de patiënt, ook voor gezinsleden, echter als een 'constructive coping strategy'.

'Thuiszorg' was het onderwerp van studie waarvoor zij zes maanden optrok met de vrijwillige thuiszorgmedewerkers van een ziekenhuis. Aanvankelijk richtte zij zich op de familie van de patiënt, maar geconfronteerd met de extreme geheimhouding van de diagnose, verplaatste de focus van aandacht zich naar de patiënt. Wat 'thuiszorg' moest zijn, was dit volgens Radstake geenszins. Daarvoor werd de patiënt veel te weinig bij de zorg betrokken en werd de zorg teveel vanuit het ziekenhuis gedaan.

Zelf toont zij soms wat teveel begrip voor het overlevingsgedrag van de patiënten. Met name wanneer het gaat om het geheim houden van de HIV-diagnose voor naasten en familieleden. In de casus van de veertigjarige Afua, zwanger en besmet met het HIV-virus, overwogen de gezondheidswerkers om haar nieuwe partner van haar toestand op de hoogte te brengen. Radstake was er op tegen met het argument dat geheimhouding voor de patiënt de enige manier is om financieel te overleven. Uiteindelijk blijkt van de onderzoekspopulatie van zestien patiënten, slechts één de partner van de diagnose op de hoogte gebracht te hebben.

Zij neemt ook dapper afstand van het standpunt van de WHO en de dominante stroming binnen de literatuur over AIDS waarin 'secrecy' als een 'maladaptive coping strategy' wordt gezien. "People keep secrets in order to get the best possible care and support" is haar stelling (p. 69). Daarmee gaat zij uit van het belang van de patiënt en doet mijns inziens wat lichtvaardig over de gezondheidsrisico's voor de familie, ook al betekent bekendmaking van de diagnose sociale uitsluiting voor de patiënt. Geheimhouding kan de dood betekenen voor gezinsleden.

Naast 'secrecy' is 'ambiguity' het tweede centrale thema. Het wordt vooral besproken in het hoofdstuk over de thuiszorg binnen de familie. Radstake onttoert hierin het gangbare idee dat 'de Afrikaanse familie' een solide basis van sociale organisatie en daarmee van zorg voor de zieken zou zijn. Reciprociteit ziet zij meer als basis voor familiezorg. Uit de vele, vaak aangrijpende, casussen komt soms pijnlijk naar voren dat een doodziek familielid op weinig steun kan rekenen van zijn verwanten, als de zieke (financieel) weinig te bieden heeft, of in het verleden weinig voor de familie gedaan heeft. Zorg is niet vanzelfsprekend, maar moet verdiend worden met geld of respect. Veel patiënten hadden het niet verdiend, omdat zij op jonge leeftijd voor werk (veelal prostitutie) naar Ivoorkust vertrokken en ziek en berooid terugkeerden naar hun familie.

Wie geen geld heeft, kan ook professionele medische zorg vergeten. Radstake was daardoor menig maal gedwongen als betrokken onderzoekster een helpende hand toe te steken om de zieken aan de meest noodzakelijke medicijnen te helpen. Haar betrokkenheid bracht haar ook in de problemen. Toen de man van een als 'heks' bekendstaande vrouw waarmee zij nauw contact had, vrij onverwacht stierf na bezoeken van Radstake, voelde zij zich niet meer op haar gemak.

Ziekteverklaringen van de patiënten, zoals 'hekserij', staan lijnrecht tegenover de biomedische uitleg van de gezondheidswerkers. Afwijkende opvattingen worden als 'denial' afgedaan en schadelijk geacht voor de behandeling. Radstake ontdekte dat 'denial' een brede paraplu bleek voor verschillend gedrag zoals medisch shoppen, geheimhouding en niet-biomedische ziekteverklaringen. Dat was onder meer bij de patiënt Edward het geval.

Edward told me about the hospital diagnosis and did not deny it. He however complemented it with his own story, that dealt with questions that could not be answered by the biomedical explanation for his sickness which was told to him during counseling. His visits to the traditional healer did not really improve his physical condition, but seemed to provide him with some emotional comfort (p. 108).

De diagnose werd vaak alleen in de familiekring ontkend of het werd Radstake niet duidelijk of de patiënt wel of niet de diagnose accepteerde. Ook 'denial' is een bewuste 'coping strategy' om te kunnen overleven binnen de gemeenschap volgens Radstake.

Zij steunt de AIDS-onderzoekers die pleiten voor het maken van een onderscheid tussen 'how AIDS comes' en 'why AIDS comes'. Ook in haar studie gaan de alternatieve ziekteverhalen vooral over de voor patiënten prangende 'waarom-vraag', waar de biogeneeskunde geen antwoord op heeft. Het biomedische verhaal *hoe* de ziekte zich verspreidt en wat er aan gedaan kan worden, werd daarentegen niet ontkend door de

mensen. Zij stelt dat niet-biomedische verklaringen door de gezondheidswerkers serieus genomen moeten worden, temeer omdat zij de behandeling niet schaden.

“Een pleidooi voor het luisteren naar de verhalen die de mensen met HIV/AIDS vertellen over hun ziekte”, noemt Radstake haar boek in de conclusie. Van die verhalen kan de lezer uitgebreid ‘meegenieten’ (of eigenlijk ‘meelijden’), omdat ze echt zijn en daarvoor een gevoelige snaar raken. Soms stoort het dat de afloop van het verhaal ontbreekt, hoewel in het boek duidelijk wordt dat het met allen slecht afloopt of af zal lopen.

Die echtheid komt mede door de dialogische benadering waarin interviews letterlijk worden weergegeven. De betekenissen (zoals ziekteverklaringen) worden in het antropologisch perspectief van Radstake immers gemaakt tijdens communicatie. Door de letterlijke weergave krijgt de lezer ook een duidelijk beeld van de manier van vragen stellen. De onderzoekster moest zich soms van leidende vragen bedienen om door het harnas van de geïnterviewde te raken. “I heard that there is also sickness that is caused by other things, like spirits or witches or a curse. Have you not thought about that?” (p. 90).

Geheimhouding, ambiguïteit, ziekteverklaringen en de communicatie tussen gezondheidswerkers en patiënten zijn de vier hoofdthema’s die Radstake overzichtelijk behandelt. Eén van de conclusies is enigszins dubbelzinnig: ‘secrecy’ moet volgens haar gerespecteerd worden, maar vormt ook het grote struikelblok voor een verbetering van de zorg. Het probleem beperkt zich volgens Radstake echter niet tot het individuele niveau. Er bestaat een ‘world of silence’ die families, gemeenschappen en samenlevingen omvat. Hierdoor moet zij het boek afsluiten met de weinig opbeurende conclusie dat de hele basis voor thuiszorg voor mensen met HIV/AIDS in Ghana ontbreekt en komt zij niet tot expliciete aanbevelingen.

Hans Veltmeijer

Annick Prieur, *Mema's house, Mexico City. On transvestites, queens, and machos*. Chicago: Chicago University Press, 1998. 293 pp. \$16.95.

Jacobo Schifter, *From toads to queens. Transvestism in a Latin American setting*. New York: The Haworth Press, 1999. 156 pp. \$14.95.

Two books on being a transvestite, two books studying the phenomenon in a Latin American context, and finally both positively contribute to reworking the prejudices concerning this marginalized group of individuals. Yet despite the similarities, the approach used by the two authors, their material and objectives are completely different. To a certain extent it is unfair to discuss these two studies in the same review because the quality of Prieur's study surpasses by far that of Schifter's and thus, plays down the contribution his study does give to the subject. Prieur has a way of unraveling the complexity of transvestism in Mexico and brilliantly weaving it back together again. Schifter indeed gives us interesting bits and pieces concerning the lives, issues and actors revolving around the protagonists, nonetheless, the study is pieced together like a patchwork quilt, while Prieur has woven an intricate tapestry.

From toads to queens is a study on transvestism in San José, Costa Rica. Its author, active in Aids prevention and director of one of the most renowned regional Non-Governmental Organizations (ILPES) working on the subject, conducts this research as part of a larger applied research project, and in doing so has very practical objectives. Not only is he interested in learning more about transvestites' sexual culture and risk factors associated with the spread of HIV in this population, he also wants to gather information about this sexual culture in this specific Latin American context. Combining quantitative and qualitative methods, we learn more about the risk factors such as substance abuse and risky practices such as inconsistent condom use. We get to know several transvestites, their work as prostitutes, the likes and dislikes of their clients and lovers. One of the strongest and interesting storylines that unfortunately was not developed sufficiently, was how the move of street prostitution from a lower-class neighborhood El Libano to the middle-class neighborhood of Clínica Bíblica, produced several positive changes in this sexual culture. For example the clients were of middle class origins paying better prices resulting in better incomes for the sexworkers. Clients who never before had sexual contact with transvestites started to frequent their streets more regularly enjoying the sex they bought, reconfiguring their own subjective experiences of sexuality to include different alternatives. Lastly, because the new location was closer to better neighborhoods, higher class and better educated transvestites joined the ranks of the street workers predominantly from lower class backgrounds which, as Schifter points out, was one of main reason that judicial action was taken (and won) to stop the arbitrary police harassment and violence.

Nonetheless, his empirical description only presents the contours of this specific Latin American context and lacks profundity. A factor contributing to this weakness is his reluctance to invent "further labels to describe these boundary crossing individuals" and thus, implicitly criticizes the theoretical debate on the position of transvestism in the construction of gender, i.e. whether they should be called third sex, non-men, et cetera. Sidetracking this debate and the analytical power it contains, he far too easily accepts the western labels of gay and homosexual and imposes them uncritically in the Costa Rican context, erasing the possibility to discover a dimension of the cultural specificity in one swift stroke. This contrasts sharply with Prieur's study, which basically addresses this audience and positions her ethnographically rich detailed study in the middle of the debate, contributing to it but avoiding the theoretical nit picking which often occurs in such highly descriptive debates.

Already in the beginning of *Mema's house, Mexico City* the reader receives clues to the cultural complexity of transvestism in a society where the term machismo was invented. The brief definitions given of the array of nicknames or labels used to identify the different actors involved make the reader become aware that they are entering a completely different cultural context. *Las vestidas*, (literally meaning "dressed"), is the term used that identifies *homosexuales* (those who are penetrated) who are transvestites in the sense that they wear women's clothes. The study situates a specific group of *vestidas* in a suburban lower-class city annexed to the capital called Nezahualcóyotl or Neza for short. The ethnography focuses on the daily life in Mema's house, an effeminate homosexual who not only provides shelter for *vestidas* some who have run away

or have no place to live, but also is an Aids-activist. The study is guided by the author's quest to make sense of among other things why feminine men, men dressing like women have relationships with masculine men in a society not only with a strong norm of gender complementarity but also extremely male-dominated. The author's fascination leads her to taking nothing culturally for granted, a strength as well as a weakness of the study, since the reader does not always share the same enthusiasm and would be satisfied with an analysis that sufficiently supports and theorizes the ethnographic material without aiming for theoretical perfection. Still the ethnography brings the different actors to life. It relates the bittersweet reality they live in: the poverty, violence, the struggles they have had to maintain a relationship with their parents and siblings, their dreams and the impossibility of ever having a stable relationship or a steady job.

Prieur continually tries to make cultural sense of what appears to be a relationship in which one partner pretends not to be a man and the other partner pretends not to be a homosexual. Her analysis takes as the point of departure the *vestidas'* experiences and analyzes her queries in relation to them. An excellent chapter which illustrates this is entitled *Stealing femininity: On bodily and symbolic constructions*. In this chapter she thoroughly shows how the *vestidas* use feminine body symbols to create their definition of femininity. In other words they show the malleability of gender in daily practice. Equally noteworthy is the chapter on *mayates*, masculine men who have penetrative sex with *vestidas* but would never consider themselves homosexuals or bisexuals, as in the Western categories. Although it was difficult for the author to obtain answers to all her questions particularly concerning their experiences of their sexuality, she nonetheless, successfully shows the inherent tensions in the relationship between the *vestidas* and *mayate* and why it is nearly inconceivable that a transvestite will ever achieve a long-term relationship. Finally, her book is about sexual practices and the pleasures the *vestidas* derive from them and how this is an essential strand in the construction of their identities. All in all, the book successfully accomplishes what it set out to do. The reader closes the book understanding more about transvestism in this specific context, the construction of gender and how this particular case of gender construction reflects and reproduces the traditional and complementary gender relations in society.

Trying to make a comparison of these two studies leaves me with some unanswered questions. As stated earlier, because Schifter's analysis only scratches the surface of the cultural context the differences found in the two studies cannot be explained. For instance, why is it that transvestites in Costa Rica have been shut out of their families while in Neza many have continued to be a part of their families or reintegrated? Why do Costa Rican transvestite prostitutes often take on the active penetrative role with the client while in Mexico, if this does occur it is not talked about that openly? Still the documentation of the phenomenon in *From toads to queens* makes a contribution to Sexuality and Aids studies. For practitioners or academics or students working on the subject it gives useful empirical data about a subject in a Latin American society that has rarely been studied. *Mema's house, Mexico City* offers more. It not only fulfills this requisite but also provides (non-conclusive) answers to theoretical questions for all those fascinated with gender theory in all its complexity.

Lorraine Nencel

A. Richters & K. van Vliet (red.), *Gezondheidsvoorlichting aan Marokkaanse vrouwen in Leiden*. Leiden: Stichting Vrouwengezondheidszorg, 1999. 178 pp.

In dit boek zijn drie deelonderzoeken samengebracht. Ze zijn onafhankelijk verricht door verschillende onderzoekers en gebundeld onder redactie van Richters en Van Vliet. Alle onderzoeken zijn gerelateerd aan het thema Marokkaanse vrouwen en gezondheidsvoorlichting in Leiden. Verschillende aspecten van de gezondheidsvoorlichtingpraktijk zijn daarbij onderzocht. Aan de orde komen de ziektebeleving, het hulpzoekgedrag, het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en het voorlichtingsaanbod van de Leidse zorg- en welzijnsinstellingen. In het laatste hoofdstuk worden de belangrijkste gegevens met elkaar vergeleken en met elkaar in verband gebracht.

Onderzoek naar gezondheidsvoorlichting bij allochtone, en zeker bij Marokkaanse vrouwen is al jaren een stiefkindje van de gezondheidsvoorlichting. Vooral onderzoek naar ziektebeleving en hulpzoekgedrag van de eerste generatie allochtone vrouwen is beperkt gebleven. Natuurlijk zijn er in de praktijk veel initiatieven geweest om deze groep te bereiken en is er binnen de gezondheidszorg veel aangepast aan deze doelgroep, zoals het werken met tolken, het project voorlichters eigen taal en cultuur en dergelijke. Op het gebied van preventie en gezondheidsvoorlichting is echter weinig bekend over de ideeën, behoeften van de Marokkaanse vrouwen op het gebied van gezondheidsvoorlichting. De gepresenteerde onderzoeken zijn een poging meer inzicht te krijgen in de vermeende geringe participatie van de Marokkaanse vrouwen bij voorlichtingsactiviteiten, vanuit het perspectief van de vrouwen zelf en vanuit het perspectief van de instellingen.

Het onderzoek van Reysoo naar ziektebeleving en hulpzoekgedrag in het eerste deel is uitermate interessant om te lezen voor degene die zich bezig houden met somatiseren van klachten. De geboden informatie is van belang voor medewerkers uit de curatieve en de preventieve zorg. Reysoo interviewde twaalf vrouwen van de eerste generatie, gesocialiseerd in Marokko. Het is geschreven vanuit het perspectief van de vrouw en hun problemen. Het raadsel van het dysfunctionerende lichaam zonder aantoonbare oorzaken wordt geplaatst tegen de achtergrond van Marokkaanse volksetiologiën en de Marokkaans-Arabische concepten van onwelbevinden. Het gaat te ver om alle concepten hier te beschrijven, maar ik zal er een aantal noemen. Ziekte en onwelbevinden wordt al snel in relatie gebracht met de dood. Ziekte is gekoppeld aan angst voor sociaal disfunctioneren en voor uitstoting, het gevoel van onwelbevinden blijkt in een belangrijke mate beïnvloed door heimwee. De referentiekaders die de vrouwen gebruiken om onwelbevinden te verklaren, zijn de macht van Allah, de humorale theorie en de magie. Naast de reguliere gezondheidszorg maken zij gebruik van traditionele medische systemen. Dit laatste vooral tijdens een bezoek aan Marokko. Dit onderzoek is gedegen te noemen en biedt veel aanknopingspunten voor het werken in de dagelijkse praktijk met deze doelgroep.

In het tweede deel beschrijft Evers beschrijft het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en gaat in op de participatie van autochtone en allochtone vrouwen, het voorlichtingstraject voor beide groepen en het onderzoek zelf. Opvallende zaken hierbij zijn dat de participatie in het speciale voorlichtingstraject voor allochtone vrouwen

(24%) hoger bleek dan de participatie bij voorlichtingstrajecten voor de autochtone vrouwen (4%). Bij de vragen naar de aard, het verloop en de afhandeling van het bevolkingsonderzoek kwam dit in een ander licht te staan. Zo bleek bijvoorbeeld dat de allochtone vrouwen wel participeerden aan het bevolkingsonderzoek, maar niet wisten welk doel de screening had.

Het derde deel doet verslag van het onderzoek van Sonneveld en Van Vliet. Zij inventariseerden de voorlichtingsactiviteiten voor de Marokkaanse vrouwen in de regio Leiden en de problemen die zich daarbij voordoen. De resultaten vergeleken zij met een onderzoek uit 1992. Uit de inventarisatie blijkt dat er weinig inzicht is in de behoefte en belemmeringen van de doelgroep en in het effect van de voorlichting wat betreft gedragsverandering. Het bestaan van de voorlichters in de eigen taal en een verbetering in het voorlichtingsmateriaal hebben wel bijgedragen aan een verbetering ten opzichte van 1992, maar de onderzoekers noemen de verbeteringen beperkt. Bij dit onderzoek wordt nogmaals duidelijk hoe moeilijk de gangbare gezondheidsvoorlichting in werving en methodiek te vertalen is naar een andere cultuur. Zo bleek dat er bij de zwangerschapscursus wel voldoende aanmeldingen waren, maar dat de werkelijke opkomst erg laag was, zodat de cursus stopgezet werd. Als hypothese voor de slechte opkomst noemen de onderzoekers dat de vrouwen die ochtend niet gebeld waren om hen eraan te herinneren. Natuurlijk is het van belang om de vrouwen voortdurend alert te houden, maar dit voorbeeld staat niet op zich en laat zien hoe moeizaam gezondheidsvoorlichting aan deze doelgroep verloopt.

Het laatste hoofdstuk van de hand van Richters, Van Vliet, Reysoo en Evers geeft aanbevelingen en conclusies. Hier komt alle eerder genoemde informatie bij elkaar. De lezer treft hier aanbevelingen voor het beleid en de activiteiten op het gebied van gezondheidsvoorlichting en -zorg.

Persoonlijk werd ik het meest geboeid door het eerste en het laatste deel. Het eerste gaf boeiende achtergrond informatie over de doelgroep en het laatste deel vanwege de compactheid en samenhang. De overige delen waren leuk om te lezen, maar hadden beperkte nieuws waarde. Voor degenen die niet bekend zijn met het perspectief van de instellingen, het werk van de voorlichters eigen taal en cultuur zullen het zeker lezenswaardige bijdragen zijn en aan te bevelen om te lezen. Als enig punt van kritiek bij deze onderzoeken zou ik het demotiverende element van alle informatie willen noemen. De gezondheidsvoorlichting aan deze doelgroep komt over als dusdanig complex qua achtergrond, methodiek en werving, dat ik er als gezondheidsvoorlichter nogmaals over zou willen denken voordat ik een hieraan begin. Dit zou jammer zijn.

Lia van Marrewijk

Alan Roland, *Cultural pluralism and psychoanalysis*. Routledge: London, 1996. 218 pp. £21.50.

Roland is een psychoanalyticus die vele jaren actief gewerkt heeft met Indiërs en Japanners. Hij is de auteur van het boek *In search of self in India and Japan: Toward a*

cross-cultural psychology. Het schrijven van dit boek nam elf jaar in beslag en hij beloofde zichzelf nooit meer een boek te schrijven. En dan verschijnt in 1996 toch zijn tweede boek. Dit boek is de weergave van diverse papers die hij na 1988 presenteerde in verschillende settings. Het gaat over cultuur, met name de Aziatische en Noord-Amerikaanse, en psychoanalyse.

Het boek is opgebouwd uit drie delen. In deel I bespreekt de auteur de relatie tussen psychoanalyse en individualisme. Hij doet dit vanuit diverse psychoanalytische stromingen. Vervolgens geeft hij aan hoe diep de psychoanalyse geworteld is in het westerse individualisme. De auteur vraagt zich af hoe je zo'n psychologie kunt gebruiken voor andere culturen, met name de Aziatische cultuur. Hij geeft kritiek op drie paradigma's die gehanteerd worden bij het interpreteren van andere culturen. Tot nu toe zijn deze drie paradigma's gebruikt, wanneer men de psychoanalyse wilde toepassen bij Aziaten. Het is het paradigma van het evolutionisme, dat ervan uitgaat dat de menselijke psyche verschilt per cultuur en ongelijkwaardig is. Als tweede paradigma noemt de auteur het universalisme. Psychoanalytici die aanhangers zijn van dit paradigma, zijn van mening dat de menselijke psyche in alle culturen hetzelfde is. Het derde paradigma is volgens Roland het cultuurrelativisme: de menselijke psyche verschilt per cultuur, maar is gelijkwaardig. Aan de hand van verschillende voorbeelden worden de sterke en zwakke kanten van deze drie paradigma's besproken.

Aan het eind van het eerste hoofdstuk komt Roland tot de conclusie dat geen enkel paradigma de juiste is. Er zal een nieuwe theoretische benadering gevonden moeten worden. Dit probeert de auteur in de volgende hoofdstukken uit te werken. Hij denkt dat dit alleen vanuit een vergelijkend perspectief mogelijk is. Het gaat dan om de vergelijking van de Noord-Amerikaanse cultuur met de Aziatische cultuur. Roland eindigt met een voorbeeld van egogrenzen bezien vanuit zijn nieuwe theoretische benadering. Hij zegt hierover dat egogrenzen binnen de Noord-Amerikaanse context relatief stevig moeten zijn. In culturen die minder door het individualisme zijn beïnvloed zoals India en Japan, constateert hij dat de egogrenzen meer doorzichtig en onduidelijk zijn. Dit veroorzaakt geen psychopathologie. Aan de hand van dit voorbeeld concludeert de auteur dat egogrenzen een universeel begrip is, maar dat het normatieve van dit psychoanalytisch concept variabel is en afhankelijk van de desbetreffende cultuur.

Deel II van het boek noemt de auteur *The Asian and the American interface*. Het is onderverdeeld in drie hoofdstukken. De auteur focust in het eerste hoofdstuk op de dissonanties en polariteiten tussen de subtiele Indiase manier van sociale verbondenheid en de Amerikaanse cultuur van het individualisme. Dit doet hij vanuit een drietal psychosociale dimensies wat betreft hiërarchische relaties, namelijk formele hiërarchische relaties, hiërarchie door persoonlijke kwaliteiten van de persoon en hiërarchische intieme relaties. In grote lijnen komen deze drie psychosociale dimensies overeen bij Japanners en Indiërs. In het volgende hoofdstuk doet hij dit op dezelfde manier, maar dan zijn Japanners het uitgangspunt. Wat hem opvalt is dat Indiërs en Japanners minder behoefte hebben aan een relatief constante identiteit. Dit laatste is een belangrijke psychologische dimensie van het Amerikaans individualisme. Indiërs en Japanners handelen meer in overeenstemming met de context, zoals tijd, plaats en aard van de desbetreffende persoon, hiërarchische relaties etcetera. Er gelden minder universele

principes van moraliteit in alle situaties. De context is bepalend. De auteur noemt het ego van de Japanner en Indiër dan ook een contextgebonden ego. Hij beschrijft hoe een dergelijk ego problemen kan geven, als de Indiër of Japanner geconfronteerd wordt met de Amerikaanse normen en waarden waarbij het autonome, verbaal assertieve individu het ideaal is. Roland noemt ook enkele verschillen tussen Indiërs en Japanners. Bij Indiërs ligt het psychologisch centrum van emotioneel welzijn primair bij de extended family. Bij Japanners is dit meer ingebed in de groep op het werk. Deze groep is als een soort familie en is veel meer gesloten voor buitenstaanders dan in India of de Verenigde Staten het geval is. Daarnaast vermeldt Roland dat Japanners een complexe respecttaal hebben, waarin verschillende woorden voor hetzelfde object gebruikt worden afhankelijk van de aard van de hiërarchische relatie.

Daarna zijn in het derde deel de Chinezen aan de beurt. Hierbij maakt Roland gebruik van de kennis van professor Linda Wou Ling Young, een Chinees-Amerikaanse antropoloog. Het is interessant om te lezen, maar het doorkruist de logische opbouw van de vorige hoofdstukken. De conclusie van professor Young is dat de ego-grenzen van Chinezen diffuus zijn. Dit zou te herleiden zijn tot het confuciaans denken. Na het begrip cultuur uitgewerkt te hebben aan de hand van diverse klinische vignettes van Aziaten en Noord-Amerikanen komt de auteur vervolgens tot een aantal nieuwe concepten. De auteur spreekt over het culturele zelf, het persoonlijke zelf en het psychologisch conflict daartussen. Hij introduceert het begrip cultuur zowel in de driftheorie van Freud als ook in de object-relatietherapie van onder andere Mahler en in de zelfpsychologie van onder andere Kohut.

Cultural pluralism and psychoanalysis is een boek dat bijzonder de moeite waard is. Dat geldt met name voor de eerste twee delen die geheel door Roland zelf zijn geschreven. Het is een uitdaging voor anderen om de relatie cultuur en psychoanalyse, zoals Roland die onderzocht bij Aziaten en Noord-Amerikanen, ook bij andere culturen te onderzoeken. De auteur heeft de psychoanalyse nieuw leven ingeblazen.

Verna Dekker

Andrew Russell, Elisa J. Sobo & Mary S. Thompson (eds.), ***Contraception across cultures. Technologies, choices, constraints***, Oxford: Berg, 2000. Cross-Cultural Perspectives on Women Series, vol. 22. The Centre for Cross-Cultural Research on Women, University of Oxford. 252 p. £14.99.

Dit boek is een bundeling van tien papers die in 1996 gepresenteerd zijn op de conferentie *Changing Contraceptives. Technologies, Choices and Constraints* georganiseerd door het Centre for the Study of Contraceptives Issues, Department of Anthropology van de University of Durham. Het boek is opgedeeld in vier delen. Het eerste deel (*Approaches and methods*) bevat drie artikelen van methodologische aard. Het tweede behandelt contraceptie vanuit een politiek-economisch perspectief. Het derde deel gaat in op beleid en praktijk vanuit een gebruikersperspectief en het vierde deel op beleid en praktijk vanuit een perspectief van de zorgverleners. Het merendeel van de bijdragen is

gebaseerd op antropologisch veldonderzoek. Het boek doet zijn titel eer aan vanwege de verscheidenheid aan culturele contexten die beschreven en bestudeerd zijn.

De inleiding, die door twee van de drie redacteurs geschreven is, geeft een historische en maatschappelijke schets van de plaats van contraceptie in verschillende hedendaagse samenlevingen. Het gaat in op de vraag hoe nieuwe contraceptieve technologieën de machtsrelaties tussen vrouwen en mannen beïnvloeden. De ontwikkeling van contraceptie benaderen zij als een dialectisch proces, in die zin dat contraceptie van invloed is op maatschappelijke verhoudingen, maar dat maatschappelijke verhoudingen ook vorm en ideeën omtrent contraceptie beïnvloeden. Contraceptie is niet alleen een technologisch gegeven, maar ook een mentale constructie. Op lokaal niveau bestaat er een scala aan 'folk-definitions' van contraceptie, die gereproduceerd, gemanipuleerd en veranderd worden door de omgang van mensen met elkaar, de institutionele kaders en de machtsstructuren. Bestudering van contraceptie behelst volgens Russell en Thompson zowel onderzoek naar de culturele constructie (betekenissen, geloofsvoorstellingen, symbolische waarden, representatie en moraliteit) als naar de sociale constructie (machtsrelaties tussen actoren op verschillende niveaus (lokaal-globaal) en sociale organisatie van de zorg). Deze inleiding geeft een helder overzicht van de theoretische en methodologische kaders van waaruit contraceptie onderzocht is door antropologen. Het levert daarmee ook kritiek op sociologisch empirisch-analytische studies van dit verschijnsel.

Sociologisch onderzoek richt zich meer op de determinerende aspecten van bepaalde factoren, maar hebben geen oog voor processen van betekenisverlening, noch voor de machtsstructuren die ten grondslag liggen aan de organisatie van reproductieve gezondheidszorginstellingen. Inderdaad, meerdere bijdragen in het boek tonen aan dat voorbehoedsmiddelen niet te reduceren zijn tot een technologie of een gedraging, maar dat ze ingebed zijn in betekenisystemen. Het al dan niet gebruiken van voorbehoedsmiddelen maakt deel uit van de identiteitsclaims van betrokkenen. Verder wordt de relatie tussen gezondheidspersoneel en gebruikers gekenmerkt door machtsverschillen en blijkt dat de dienstverleners zich moeten schikken naar politieke en economische 'constraints'. Het behalen van beleidsdoelen gaat vaak boven de vrijheid van keuze en het sociale welzijn van de gebruikers.

De andere twee bijdragen in het eerste deel zijn methodologisch van aard. Mary Willis en Marion Pratt bespreken de voor- en nadelen van een psychosociale benadering van de contraceptieproblematiek. Zij leveren kritiek op het etnocentrisme van gangbare onderzoeksinstrumenten, zoals vragenlijsten, en pleiten voor gevoeligheid voor het taalgebruik van de onderzochten bij het ontwikkelen en gebruiken van onderzoeksinstrumenten. In hun uiteenzetting geven ze handige tips voor interviewen in een multiculturele context. Voor antropologen is deze bijdrage echter een reeks open deuren. In het derde artikel behandelt Joshua Levene de toepasbaarheid van de antropologische methode bij het implementeren van duurzame contraceptieprogramma's (sic) vooral als er tijdsdruk op het onderzoek zit. Hij gaat derhalve in op de methode van de Rapid Rural Appraisal zoals hij die toegepast heeft bij het implementeren van 'social marketing' van voorbehoedsmiddelen in Tonga. Alhoewel de auteur zorgvuldig beschrijft hoe hij te werk is gegaan, wordt het programma van 'social marketing' van

de pil en het condoom niet op zijn uitgangspunten geëvalueerd. Er is derhalve weinig aandacht voor de context. Thema's zoals keuze en zeggenschap over het eigen lichaam, reproductieve en seksuele gezondheid in de brede betekenis van het woord, worden niet uitgewerkt. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat dit artikel impliciet dus een grote dienst bewijst aan een 'bevolkingscontrole'-benadering.

De twee volgende artikelen vormen het tweede deel van het boek over de politieke economie van contraceptie. Amy Kaler presenteert haar onderzoek naar de politiek van geboortecontrolle in het voormalige Rhodesië dat door blanken bestuurd werd in de jaren vijftig en zestig. Ze maakt een prachtige analyse van het blanke discours over en representaties van het seksuele en voortplantingsgedrag van de zwarte bevolking, en hoe het family planning beleid daarop afgestemd werd. Binaire opposities van geciviliseerd-primitief, rationeel-irrationeel, normaliteit-perversiteit legitimeerden de doelstellingen van het bevolkingsbeleid: het zwarte gevaar terugdringen door hun gratis voorbehoedsmiddelen te verschaffen. De gevaren van hoge vruchtbaarheidscijfers, ervaren als bedreiging voor de verworven privileges van de blanke bevolking, werden verwoord in een retoriek van overbevolking, milieudegradatie en werkloosheid. De sociaal-economische misstanden in het land werden op deze manier sociaal geconstrueerd in termen van culturele en psychologische pathologieën. Catherine Maternowska heeft een zeer interessante studie gemaakt van de politieke economie van vruchtbaarheid in Haïti. Door geschiedenis, cultuur en macht als ingang te nemen van de bestudering van de leefomstandigheden van mensen in de arme wijk Cité Soleil en hun relatie met gezondheidspersoneel krijgen we een prachtig inzicht in de 'multiple layers of power'. Contraceptie wordt in een dergelijke context inzet van een politieke strijd. De lage prevalentie van contraceptie kan pas geheel begrepen worden vanuit de bredere sociaal-economische en politieke context.

Het derde en vierde deel van het boek gaan over de discrepantie tussen beleid en praktijk vanuit respectievelijk het gebruikersperspectief en het perspectief van de zorgverleners. Jennifer Phillips Davids deed onderzoek naar Ethiopische joden in Israël. Het is een goed gedocumenteerd artikel over 'management of reproduction' door naar Israël gemigreerde joden. Hun reproductieve gedrag kenmerkt zich door sneller op elkaar volgende zwangerschappen vanwege het inkorten van de lactatieperiode door de beschikbaarheid en promotie van babyvoeding. Ze zijn zich echter bewust dat kinderen meer kosten in de kapitalistische economie van Israël dan in de Ethiopische dorpen van herkomst. Bovendien hebben ze geen sociale netwerken om op terug te vallen. Kinderen zijn echter wel belangrijk en ze gebruiken de pil slechts om te spreiden, niet om te stoppen. Het onregelmatige gebruik van de pil hangt samen met etnofysiologische opvattingen over de functie van bloed en conceptie voor de gezondheid. Dit artikel maakt goed zichtbaar hoe geloofsvoorstellingen en de sociaal-economische context reproductief gedrag beïnvloeden.

Rhoda Kanaaneh neemt ons vervolgens mee naar het noorden van Israël, Galilea, naar een Palestijns-Israëliëse bevolkingsgroep. Het reproductieve gedrag en het gebruik van contraceptie van deze Palestijnen kan slechts begrepen worden in het kader van de nationale machtsfiguraties. Kanaaneh toont aan hoe het gebruik van contraceptie inzet is van sociale hiërarchisering, macht en mechanismen van identiteits-

vorming. Definiëring van wij-zij categorieën en reproductieve stereotyperingen zijn daarbij cruciaal. Zich scharen onder een moderne identiteit (door gebruik van contraceptie) is een middel om zich te onttrekken aan marginaliteit en zich te integreren in het proces van vooruitgang.

Als laatste bijdrage in deel drie maken we kennis met vrouwen op het platteland in Bangladesh. Nancy Stark brengt een tweedeling aan in haar artikel. Enerzijds geeft ze een beschrijving van het onderzoeksproces, dat tendeert naar een sociologisch survey. Het is een uiteenzetting van factoren en attitudes die reproductief gedrag beïnvloeden. Anderzijds wijdt ze een interpretatief, verklarend deel aan een aantal gedragingen van deze vrouwen. Ze probeert aan de hand van de dominante gender-ideologie te verklaren waarom vrouwen zonder medeweten van hun man contraceptie gebruiken. Zij willen hen geen gezichtsverlies berokkenen. Toch blijft Stark 'hineininterpretieren' naar de etnocentrische categorie van 'individual goal-oriented behaviour'. Haar bijdrage laat duidelijk zien dat zij niet antropologisch geschoold is en derhalve onderzoek verricht in de empirisch-analytische traditie dat aan het einde gelardeerd wordt met een interpretatieve 'move'.

Het laatste en vierde deel bevat twee artikelen over respectievelijk Uzbekistan en Chiapas (Mexico). Twee Duitse antropologes zijn in Uzbekistan betrokken geweest bij het opzetten van een reproductief gezondheidsprogramma. Zij hebben heel veel focus group discussies gevoerd en informatie ingewonnen over de transitie van een Sovjet-republiek naar een onafhankelijke staat. Het reproductieve gedrag en het gebruik van contraceptie kan slechts begrepen worden in het licht van een aantal spanningsvelden. Traditioneel geeft het families veel aanzien om veel kinderen te hebben, maar de nieuwe staat propageert een lager kindertal met als doel een ieder een welvarende toekomst te geven. Culturele taboes rondom seksualiteit worden weer stringenter door de opkomst van islamitische waarden, tegelijkertijd worden er van staatswege informatie-campagnes uitgevoerd. In het Sovjettijdperk was slechts het spiraaltje beschikbaar en kon men makkelijk een toevlucht nemen tot abortus. Gebruikers en zorgverleners moesten nu wennen aan het beschikbaar zijn van meerdere methodes en het niet meer zo vanzelfsprekend zijn van abortus. Sterke nationale identificatie met de nieuwe staat en opkomst van islamitische waarden brengt een interessant mechanisme opgang van het (her)definiëren van betekenissystemen.

Als laatste gaat Mary Thompson in op de verandering in beleid naar aanleiding van de ICPD (Cairo 1994) van family planning programma's naar reproductieve gezondheidsprogramma's. Op het niveau van de zorgverleners in Chiapas (1996-1997) is er niets veranderd, ondanks dat op nationaal niveau Mexico haar beleid aangepast heeft aan de aanbevelingen van het actieprogramma van Cairo. Het nieuwe beleid is lege retoriek. De zorgverleners moeten gewoon hun doelen blijven behalen. Het reproductieve gezondheidsbeleid, met meer aandacht voor keuzevrijheid, 'informed consent', gezondheidsrisico's, sociaal welzijn heeft nog geen vertaalslag gevonden naar de praktijk. Bovendien wordt in de politieke context van Chiapas elk beleid van bovenaf argwanend bekeken. De lokale bewoners in Los Altos zien niet zozeer de relevantie van contraceptie in. Hun 'unmet needs' bestaan vooral uit basale infrastructurele voorzieningen als drinkwater, elektriciteit, huizen, scholing en land.

Dit boek geeft een verscheidenheid aan situaties weer waarin mensen, en vooral vrouwen, keuzes maken om al dan niet contraceptie te gebruiken. Het antropologische perspectief in de meeste bijdragen geeft heel goed inzicht in betekenissen van contraceptie, seksualiteit, kinderen en gezin. Dit sterkt me weer eens in de overtuiging dat sociaal gedrag voortkomt uit betekenissystemen en niet uit geïsoleerde determinanten. Deze betekenissystemen worden gevormd en vormen de interacties tussen mensen en hebben een historische, culturele en machtsdimensie. Het niet in ogenschouw nemen van deze dimensies bij het implementeren van reproductieve gezondheidsprogramma's kan slechts contraproductief uitpakken.

Fenneke Reysoo

Amélie Schenk & Christian Räscher (Herg./Eds.), *Was ist ein Schamane? Schamanen, Heiler, Medizinleute im Spiegel westlichen Denkens/What is a shaman? Shamans, healers, and medicine men from a Western point of view*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1999. Curare Sonderband 13. 1999. 260 pp. index, foto's. DM 68,00.

De zeven Duitstalige en zestien Engelstalige bijdragen zijn van auteurs die hun sporen hebben verdiend op het terrein van sjamanisme. Zij zijn uitgenodigd de sjamaan en diens levenswijze of wereldbeeld te schetsen. Het zijn 23 hoofdstukken, waarvan de meeste een persoonlijk verhaal vol dankbaarheid aan de leermeesters/vrienden/sjamanen. Enkel analyseren voorwaarden en training, anderen beschrijven nauwgezet in historisch overzicht (tot 34.000 jaar geleden) de verschillende uitingen van veranderd bewustzijn en hoe daartoe te komen. Ondanks deze veelzijdige theoretische en methodische benaderingen is een definitie van sjamaan bijna onmogelijk. Het verschijnsel is zo krachtig, het behelst het gehele leven, zelfs de dood! De werkelijkheid laat zich niet pakken in vakjargon. Het betreft immers een verruiming van het bewustzijn. Het raakt aan de geheimen van het leven door een diepe verbondenheid met alles, gepaard aan een buitengewoon verantwoordelijkheidsgevoel.

In het wereldbeeld van sjamanen staat niets vast. Alles is één groot flakkerend, bewegend energieveld, waar de delen voortdurend met elkaar in verbinding staan en daardoor veranderen. De sjamaan werkt op dit energieniveau. De sjamaan heeft de principes van het bestaan bestudeerd, grijpt de levensprincipes bijeen en wendt deze gecontroleerd aan. Een ervaringsdeskundige: meester over de fysieke wereld van mineralen, planten, bomen, insecten, vissen, dieren, de elementen en atmosferen, maar ook meester over de innerlijke werelden van psyche, geest en geesten. Geesten zijn er in allerlei soorten. Sommigen leven in de grofstoffelijke (fysieke) wereld van de mens, maar zijn onzichtbaar. Anderen zijn opgebouwd uit zulke fijne, subtielere energieën dat deze niet ondergeschikt zijn aan de wetten van de grofstoffelijke wereld. De sjamaan heeft een speciale taak in de samenleving. Op de allereerste plaats dient de sjamaan de samenleving waarvan hij of zij deel uit maakt. De hoofdtaak is die van genezen en helen. Behandelingen zijn erop gericht de dynamische balans van krachten te herstellen, oerkrachten aan te spreken en de levenbrengende krachten te mobiliseren in patiënt of samenleving.

Ondanks alle variatie en een rijk geschakeerd niveau is de grondstructuur steeds dezelfde: sjamanen verwijzen de mens naar die rationeel niet toegankelijke werkelijkheid en sporen de mens aan die werkelijkheid boven elk beeld of vertrouwd concept uit te tillen. In eerste instantie gaat dat gepaard met verlies van identiteit, maar het leidt uiteindelijk tot één vloeiend geïntegreerd bewustzijn. Een aantal aspecten hiervan wordt met een voorbeeld meer concreet. Elk voorbeeld is op meerdere plaatsen ook in de andere artikelen te vinden. Psychiaters spraken tot de jaren zeventig van knettergek en in het geval van Siberische sjamanen van 'artic hysteria'. Na 36 jaar veldwerk in Zuidoost-Azië stelt Ruth Heinze, dat het inderdaad een gevaarlijke roeping is, maar dat die 122 sjamanen waarmee zij werkte, daarnaast nog een bijzonder productief leven leiden. Amy Smith onderzocht bij Peruaanse sjamanen de krachten van stenen en bomen en ontdekte in deze samenwerking dat de sjamaan onze eigen natuur vertegenwoordigt en appelleert aan onze diepe oorspronkelijke verwevenheid met alle verschijnselen in de kosmos. "(A)ware of its active participation in the creation of phenomena. The goal of the conversation is balance within each individual, between individuals, and among all participants of the conversation, balance within the cycles of the different world ages" (p. 132-3).

Er bestaat evenmin een strikte scheiding tussen verbeelding, dromen en realiteit. Gedachten zijn namelijk energie. Ter voorbereiding van een genezing nodigt Ama Bombo, een vrouwelijke *Tamang* sjamaan in Nepal, de goden uit om haar ter wille te zijn. Dan valt ze neer, bewegingsloos als een dode. Ze vertelt, dat ze zo licht als een veertje wordt en de plaats bereikt waar de goden wonen. Die leren haar hoe zij de zieke helpen kan. Moeiteloos vliegt de geoefende sjamaan alles toe: "Nun früher, in meiner Ausbildungszeit, suchte ich in meiner Vorstellung andere Orte auf, aber jetzt kommt alles sofort zu mir" (p. 186).

Amélie Schenk zegt over Lame Deer, een Noord-Amerikaanse sjamaan, dat hij energie neemt van alle aanwezigen, deze filtert en dan vernieuwd weer teruggeeft: "Er ist ein Kraftwerk, ungemein gegenwärtig. In seiner gegenwart spürte man er bezog Kraft aus einer fernen Quelle. Hinter unseren Zeiten und Orten stehen eine Nichtzeit und Nichtlokalität, ein freies spontanes Existenzfeld" (p. 227, 251, 254). Werkend in de Himalaya en in Mongolië spreekt ze later van een premateriële toestand, waar alles nog ontkiemen kan. Ze leert dat wat de sjamaan binnenkomt (met veranderd bewustzijn) niet te benoemen, maar aan te duiden met 'wind', 'windlichaam' of nevel. Ook woorden zijn energieën en kunnen net als gedachten beelden oproepen en daarmee tot leven wekken.

Holger Kalweit legt minutieus bloot hoe de westerse wetenschap steeds dichter bij acceptatie van dit alles komt. Waarnemingen van het limbisch systeem (primaire functies met betrekking tot informatie en emoties) laten in de 'transpersonal consciousness' van de sjamaan een fundamentele homeostatische dynamiek zien in de hersenen. De kwantumfysica en het 'vlindereffect op de voedselketen' brengen het onderliggende energienetwerk aan de oppervlakte. De laatste dertig jaren wordt vanuit allerlei vakgebieden (psychiaters, psychologen, artsen, apothekers, chemici, ecologen en neurologen) erkend dat veel praktijken nuttig, dan wel leerzaam zijn voor het Westen. Zo wordt verbeelding en veranderd bewustzijn aangewend ten behoeve van gezondheid

en persoonlijke groei, en worden bladeren, wortels enzovoort verwerkt in allerlei moderne medicijnen. Er is inmiddels een overvloed aan wetenschappelijke en populaire boeken over sjamanen en tegelijkertijd een opleving van sjamanistische rituelen over de hele wereld. Zowel naar deze omarming van nu als naar de afwijzing van vroeger (heidens, primitief, onwetenschappelijk) verwijst de 'spiegel van het westers denken' in de Duitse titel. Op een dieper niveau verwijst de titel naar de materiële wereld als een spiegel van de innerlijke werelden.

Kan uit fragmentarische overblijfselen een juist beeld geschetst worden? Jaren werkend met Afrikaanse en Tibetaanse helderzienden, helderhorenden en genezers, ben ook ik vertrouwd geraakt met hun bezieling, concentratie en meesterschap. Westerse patiënten hoor ik na het consult wel spreken over 'scannen met de handen of vingers' en over 'X-ray-ogen die dwars door je heen kijken'. Weliswaar zou in Afrika, net als bijna overal elders op de wereld, sprake kunnen zijn van rudimenten. Echter, daar waar sprake is van een ononderbroken levende traditie, zoals bijvoorbeeld in de Himalaya en uitlopers, werken sjamanen tot op heden diep geworteld in de samenleving. En uitgerekend in dit gebied zijn zowel de filosofie als de kunst van het genezen goed gedocumenteerd. In artikelen uit die regio is dat zowel de leesbaarheid als diepgang ten goede gekomen, én het geeft mijns inziens, meer perspectief aan de overige artikelen. Dat niet alle tradities uitgebreid aan de orde komen, doet geen afbreuk aan de gedegen behandeling van het onderwerp, noch aan de uitgebreide literatuurlijsten. Een fraai gebonden boek met op de kaft een foto van een Tibetaanse sjamaan in actie en binnenin foto's van andere sjamanen.

Anneriet Meijers

Jessika R. van Kammen, *Conceiving contraceptives. The involvement of users in anti-fertility vaccines development*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1999. 247 pp.

Dit boek is een proeve van wetenschapsdynamica en laat zien hoezeer de ontwikkeling van technologie mede wordt bepaald door allerlei praktische, financiële, ideologische en politieke invloeden. Onderwerp van de dissertatie van Van Kammen is gezondheidstechnologie en wel biomedisch onderzoek naar de ontwikkeling van een anticonceptievaccin dat goedkoop moest zijn, gemakkelijk te injecteren en voor langere tijd effectief, kortom gericht op arme vrouwen in niet-westerse landen. Een van de voordelen van een injectie zou zijn dat die relatief gemakkelijk te verbergen is voor echtgenoten en andere huisgenoten.

Decaden lang waren onderzoek en beleid op het terrein van geboortebeperking vrijwel uitsluitend gericht op het hoe dan ook doen dalen van het geboortecijfer in de verschillende landen. Begin jaren negentig kwam daar verandering in en kwamen de gebruikers van anticonceptiva in het centrum van de belangstelling te staan. De wetenschappers die deze middelen ontwikkelen, beleidsmakers en vrouwengezondheidsactivisten kwamen overeen dat voortaan de integratie van het gebruikersperspectief centraal moest staan. Tal van sociale wetenschappers werden met deze opdracht het

veld in gestuurd. Een niet gepland resultaat van deze benadering was dat wanneer er problemen waren in de eerste plaats naar de gebruikers werd gekeken. Wanneer veel vrouwen op grond van bijwerkingen stopten met het gebruik van een nieuw middel als Norplant, werd in plaats van een beter product aan te bieden voorgesteld om betere voorlichting te geven. De vrouwen zouden dan op de bijwerkingen zijn voorbereid.

Van Kammen zet uiteen dat elk technologisch product een scenario of script heeft, dat expliciete en impliciete regels bevat over de wijze waarop gebruikers ermee dienen om te gaan. Om een zinnig script te maken moeten degenen die een product ontwikkelen, vanaf het begin een goed beeld hebben van hun doelgroep, de uiteindelijke gebruikers. Van Kammen noemt deze beelden representaties en stelt de vraag hoe en door wie ze worden ontwikkeld. Zijn de representaties van de 'end-users' onjuist of onvolledig dan zal dat ten koste van optimaal gebruik van een product gaan. Nu is in het geval van te injecteren anticonceptiva de doelgroep bijzonder heterogeen. Het gaat om een immens aantal vrouwen die in zeer verschillende omstandigheden en culturen leven. Belangrijke beleidsmakers op het terrein van anticonceptie zijn grote internationaal opererende organisaties en instituten zoals de World Health Organization, World Bank, Population Council, All India Institute of Medical Sciences. Deze instellingen hebben veel macht, maar dienen wel degelijk rekening te houden met regeringen van zeer verschillende landen, het enorme India, maar ook kleine Afrikaanse landen en niet te vergeten het Vaticaan! En dan is er uiteraard de chemische industrie.

Een apart hoofdstuk is gewijd aan de impact van vrouwengezondheidsactivisten die sinds de jaren negentig een vinger in de pap kregen. Zij konden onmogelijk in naam van de gebruikers spreken, maar wisten een alternatief perspectief toe te voegen aan dat van de biomedische onderzoekers. Ik had graag meer concrete beschrijvingen van dat alternatieve perspectief gezien en ook hoe de vrouwen hun voet tussen de biomedische deur hielden. Waar en hoe ging dat goed en waar fout en waarom.

In een ander hoofdstuk beschrijft de auteur de gang van zaken bij onderzoek in verschillende landen waarbij in een vroeg ontwikkelingsstadium van een anticonceptievaccin vrouwen werden geworven als proefpersonen voor klinische proeven (clinical trials). In India was het geen enkel probleem om vrijwilligsters te vinden die in dergelijk onderzoek wilden participeren. Het was voor veel vrouwen immers de enige mogelijkheid om toegang te krijgen tot gezondheidszorg en geboorteregeling. In Zweden daarentegen was het uiterst moeilijk om vrouwen te werven en zij die wel deelnamen hadden weinig tolerantie ten aanzien van bijwerkingen, dat in tegenstelling tot de Indiase vrouwen.

Ik vond het interessant om te lezen dat vrouwen, proefpersonen, werden voorgesteld als 'menstruatie cycli', wat suggereert dat er sprake was van gelijke, prettig meetbare, eenheden en waardoor de enorme individuele verschillen werden genegeerd. De onderzoekers in India maakten op grond van de reactie van vrouwen op de hen toegediende injecties onderscheid tussen 'goede' en 'slechte' respondenten.

Van Kammen heeft zinnig onderzoek gedaan naar een belangrijk onderwerp. Jammer dat het zo moeizaam en omslachtig is opgeschreven. Ten slotte viel het me op dat de auteur dierproeven vanzelfsprekend acht. Ze zet daar geen enkel vraagteken bij.

Eva Abraham

İbrahim Yerden, *Zorgen over zorg: Traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland*. Amsterdam: Het Spinhuis, 2000, 142 p. Schema, tabellen, begrippenlijst, familiediagram, f 29,50.

In *Zorgen over zorg* beschrijft İbrahim Yerden de opvattingen en verwachtingen van Turkse ouderen en hun kinderen met betrekking tot informele zorg, dat wil zeggen zorg binnen de familie en het buurtnetwerk. Het boek is een belangrijke aanvulling op de bestaande literatuur over Turkse ouderen die vooral betrekking heeft op de relatie van Turkse ouderen met de formele zorg. Met zijn onderzoek hoopt Yerden de discussie over zorg aan ouderen binnen de Turkse gemeenschap aan te zwengelen. Daarnaast wil hij Nederlandse instellingen inzicht verschaffen in de verwachtingen die Turkse ouderen hebben van zorg, zodat instellingen – waar nodig – op hun specifieke behoeften in kunnen spelen.

In het inleidend hoofdstuk worden de probleemstelling en de opzet van het onderzoek uiteengezet. Terecht beschouwt Yerden de rolverdeling en machtsverhoudingen binnen het gezin als aspecten van de gezinsstructuur die in belangrijke mate bepalend zijn voor wie zorg verleent aan wie. Hij vraagt zich dus af in hoeverre de verdeling van macht en rollen in Turkse gezinnen in Nederland afwijkt van die op het Turkse platteland waar zij vandaan komen. In aansluiting daarop stelt hij de vraag welke veranderingen in verwachtingen van zorg en in de zorgpraktijk zich voordoen tengevolge van het leven in Nederland.

Yerden selecteerde drie categorieën ouderen op basis van hun behoefte aan zorg. Vervolgens interviewde hij meerdere leden van vijftien ‘extended families’ in Haarlem, met tenminste een lid ouder dan 55 jaar. In vijf families hadden de ouderen nog geen zorg nodig. In vijf gevallen waren de ouderen van zorg afhankelijk aan het worden, maar werd nog niet in die behoefte voorzien. In de resterende vijf gevallen waren de ouderen van zorg afhankelijk en ontving men deze ook in meer of mindere mate. Om de verwachte en werkelijk gegeven zorg in Turkse gezinnen in zijn complexiteit te beschrijven ordende de auteur zijn gegevens naar ideaalbeelden, gebaseerd op de traditie, veranderingen in opvattingen die ingegeven worden door externe factoren, en de praktijk.

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de leefsituatie van Turkse ouderen in Nederland aan de hand van een typerende casus per categorie, waarin ingegaan wordt op de individuele migratiegeschiedenis, gezinshereniging, wonen, werk, gezondheid, relaties met buurtgenoten en de frequente contacten met familie en dorpsgenoten in Turkije. Deze cases stellen de lezer in staat de informatie uit de volgende hoofdstukken in hun context te plaatsen.

In hoofdstuk 3 worden de traditionele normen en waarden met betrekking tot ouderdom en zorg van Turkse ouderen beschreven. De begrippen *töre*, *bakım*, *yardım* en *aile* spelen hierin een centrale rol. Hoewel ouderdom verbonden is met respect volgens de *töre* (traditie), valt de lichamelijke achteruitgang de ouderen zwaar. Mannen blijken het ouder worden anders te ervaren dan vrouwen. De *aile* is de primaire maatschappelijke en organisatorische eenheid. Deze bestaat uit meerdere generaties verwanten in de mannelijke lijn die veelal onder een dak wonen. Ieder lid wordt geacht

door zijn of haar gedrag het voortbestaan van de *aile* te waarborgen. Leeftijd, sekse en het soort van relatie (bloedverwant of aangetrouwd) bepalen de machtsrelaties en rolverdeling. *Bakım* staat voor de totale zorg die een oudere mag verwachten van zijn of haar echtgenoot, zoon en schoondochter, en indien nodig van andere nabije familie. Wie *bakım* geeft, heeft de totale verantwoordelijkheid voor de zorg. Anderen, zowel familieleden die niet bevoegd of in staat zijn om *bakım* te geven als mensen buiten de familie, kunnen alleen *yardım* (hulp) geven. Hierbij gaat het om het georganiseerd krijgen van praktische zaken zoals bijvoorbeeld boodschappen doen en tolken. *Bakım* wordt door de ouderen opgesplitst in huishoudelijke verzorging, zorg voor voedsel en lichamelijke verzorging. De beslissing wie traditioneel gezien het meest in aanmerking komt om bepaalde taken uit te voeren, is gebaseerd op de sekse van zowel de zorgverlener als de ontvanger en op hun verwantschapsrelatie. Er is daarbij sprake van meer en minder wenselijke mogelijke verzorgers. Aangezien de dochters bij hun trouwen lid worden van de familie van hun man, zal een van de zoons (de voortzetters van de familienaam en het familiebezit) en zijn vrouw de zorg voor zijn ouders op zich nemen. De schoondochter (*gelin*) is de eerstverantwoordelijke voor vrijwel alle zorgtaken, uitgezonderd taken waarbij schaamtegevoelens in het spel zijn, zoals het wassen van haar schoonvader. Het voordeel van een *gelin* uit de eigen familie, bijvoorbeeld een nicht, is dat goede verzorging bijna gegarandeerd is, aangezien zij de eer van haar eigen familie aantast, wanneer zij tekort schiet. Een schoonzoon draagt geen verantwoordelijkheid voor de verzorging van zijn schoonouders, terwijl een dochter alleen *yardım* kan geven als haar echtgenoot daarmee instemt.

Hoofdstuk 4 heeft betrekking op de zorgverwachtingen van ouderen. Zorg wordt in de eerste plaats verwacht van de echtgenoot. Hoewel volgens de traditie alle zorgafhankelijke ouderen verzorgd zouden moeten worden door hun zonen en schoondochters, verwacht slechts de helft van de ouderen hulp van hun kinderen. De ouderen die nog geen zorg nodig hebben, hopen deze te krijgen volgens het traditionele patroon. De anderen blijken hun verwachtingen vaak te hebben aangepast aan de praktijk. Hoewel in tegenstelling met de *töre*, verwachten ouders in enkele gevallen *bakım* van hun dochters. Van familie in de buurt, en in mindere mate van niet verwante buurtgenoten, verwacht men *yardım*. Factoren die de zorgverwachtingen beïnvloeden en die tevens samenhangen met door migratie veranderde leefomstandigheden, zijn de ruimtelijke afstand tot de kinderen, de mate waarin de kinderen in het algemeen volgens de *töre* handelen en de grootte van het bezit van de ouders. Verder blijken ouderen die vinden dat zij hun eigen ouders destijds goed verzorgd hebben, hogere verwachtingen van hun kinderen te hebben dan anderen. Veel van de geïnterviewde mannen waren echter niet in staat hun in Turkije wonende ouders volgens de *töre* te verzorgen.

In hoofdstuk 5 gaat Yerden in op de ideeën over zorg van kinderen en kleinkinderen. De meerderheid van de kinderen is als tiener naar Nederland gekomen (tussengeneratie). Een minderheid was jonger of is hier geboren (tweede generatie). Hoewel de kinderen veel minder vaak werden uitgehuwelijkt dan de ouders, zijn de meeste met iemand uit Turkije getrouwd en een aantal met familieleden. Zoons en *gelins* tonen zich over het algemeen bereid voor hun (schoon)ouders te zorgen, maar verwachten van andere familieleden *yardım*. Enkele *gelins* echter zijn niet meer bereid de totale

zorg op zich te nemen. Schoonzons voelen zich niet verantwoordelijk voor hun schoonouders en hebben er moeite mee als hun vrouw *yardım* geeft, maar schoonzons die bij hun schoonouders inwonen – een met migratie samenhangend vrij nieuw fenomeen – zijn niet altijd in staat dit te voorkomen.

In hoofdstuk 6 wordt aandacht besteedt aan opvattingen over formele zorginstellingen. De ouderen blijken positief te oordelen over de huisarts en Nederlandse ziekenhuizen, die van betere kwaliteit worden geacht dan in Turkije. Op de thuiszorg en het verzorgingstehuis (*bakım evi*) rust echter een taboe, omdat in de optiek van de ouderen de kinderen dit soort *bakım* moeten verlenen. De ideeën van de kinderen van de tussengeneratie sluiten grotendeels aan op die van de ouders. De kinderen van de tweede generatie staan echter veel meer open voor formele voorzieningen. Yerden observeert een discrepantie tussen de wijze waarop de kinderen in bijzijn van de ouders praten over de verzorging van de ouders en uitlatingen die zij doen in de individuele interviews. De wijze waarop zorg verleent wordt of mogelijk zal worden, is evenwel niet bespreekbaar in de gezinnen.

Hoofdstuk 7 ten slotte handelt over de zorgpraktijk. In vier van de tien families waarin de ouders op zorg aangewezen zijn, worden de ouders volgens de traditie verzorgd door hun zoon en *gelin*. In twee gevallen wonen de zorgverleners uit privacy overwegingen echter niet meer met hun (schoon)ouders onder een dak. Uitwonende zonen en dochters blijken veel *yardım* te geven. In maar liefst zes families krijgen de ouderen tot hun spijt geen zorg volgens de traditie. Belangrijk is het te constateren dat in tenminste drie van deze families sprake is van ernstige conflicten die voortkomen uit de autoritaire positie die ouders innemen ten opzichte van de kinderen, vooral in de relatie met de schoondochter. In een geval was sprake van frequent fysiek geweld tegen de schoondochter. Yerden neemt verder een – volgens hem nieuwe – sterke actieve betrokkenheid waar van dochters bij de verzorging van hun ouders.

Zorgen over zorg is helder van opzet en prettig leesbaar. De redactionele afwerking van indeling, stijl en de Turkse spelling had hier en daar iets preciezer gekund. Over het algemeen echter is zowel de grote lijn, dat wil zeggen de bevindingen over de families in hun geheel, als de informatie over individuen en belangrijke uitzonderingen goed te volgen. De tabellen en schema's dragen zeer bij aan de leesbaarheid.

De methodische opzet en uitwerking van het onderzoek zijn uiterst geschikt voor de kwalitatieve data die de onderzoeker wilde verzamelen. Het meerdere malen interviewen van dezelfde gezinnen, waardoor de auteur de gelegenheid kreeg ook discussies tussen gezinsleden en het verlenen van zorg in de praktijk te observeren, draagt bij aan de diepgang van de informatie. Bij kwalitatief onderzoek onder deze doelgroep komt het de betrouwbaarheid van de gegevens ten goede als de onderzoeker goed thuis is in de taal en belevingswereld van de onderzochten. Het feit dat de auteur van Turkse afkomst is en het inzetten van vrouwelijke interviewers van Turkse herkomst vormen hiervoor welhaast een garantie. De gerichte selectie van gezinnen waarin al wel en waarin nog geen zorg nodig is, is een verstandige keus geweest, omdat door deze selectie duidelijk wordt dat de meeste ouderen traditionele verwachtingen koesteren, maar dat deze nogal eens gefrustreerd raken in de praktijk.

Opvallend is de goede band die meestal bestaat tussen de ouders. Dit is opvallend, omdat conflicten en fysiek geweld tot op zekere hoogte inherent zijn aan het patriarchale systeem van machtsverhoudingen en rolverdelingen in de Turkse *aile*. Behalve voor het in de *aile* ingeweven conflict tussen de *gelin* en haar schoonmoeder, geldt dit ook voor de relatie tussen de echtelieden. Het is aannemelijk dat conflicten tussen de echtelieden met het ouder worden grotendeels zijn geluwd of al tot scheiding hebben geleid. Het is echter ook mogelijk dat de auteur juist die echtparen heeft gesproken die een goed huwelijk hebben, omdat vooral zij bereid zullen zijn tot medewerking aan het onderzoek. Om hier uitsluitsel over te verschaffen had de auteur meer informatie moeten toevoegen over de wijze waarop hij zijn respondenten verzameld heeft. Ook zijn beredeneerde inschatting van de mate waarin deze oudere echtparen representatief kunnen worden geacht voor Turkse ouderen in heel Nederland, was zinnig geweest.

De theoretische onderbouwing is enigszins mager. De auteur gaat met name in op literatuur over ouderenzorg in Nederland en over allochtone en Turkse ouderen in Nederland. Gezien de doelstellingen van de auteur is dit weliswaar voldoende, maar aandacht voor literatuur over ouderdom en ouderenzorg onder migranten in andere West-Europese landen waaronder Duitsland, of een vergelijking met de situatie van Turkse ouderen die van het platteland naar Turkse grote steden zijn gemigreerd, had wellicht geleid tot het stellen van andere relevante vragen en had het onderzoek theoretisch iets meer gewicht kunnen geven. Het in belang toenemen van de rol van de dochter bij de verzorging van haar ouders bijvoorbeeld is niet beperkt tot Turkse migranten in Nederland. In de context van de controle over en de distributie van de arbeidskracht van vrouwen binnen de familie, is dit fenomeen ook beschreven met betrekking tot migranten in het Istanbul van de jaren tachtig.

Steeds meer Turken in Nederland bereiken een leeftijd waarop zij van zorg afhankelijk worden. Yerden maakt aannemelijk dat veel van deze Turkse ouderen in een penibele situatie verkeren, onder meer omdat de zorg aan ouderen een onbespreekbaar thema is in Turkse gezinnen. Een discussie in de Turkse gemeenschap over dit onderwerp is dus hard nodig. *Zorgen over zorg* kan daarvoor een goed startpunt vormen. Er is al veel gewonnen als ouderen tot het besef komen dat zij geen uitzonderingen zijn, als hun kinderen hen niet op de traditionele wijze kunnen of willen verzorgen. Er is immers sprake van een, door veranderde leef – en werkomstandigheden ingegeven trend, waarin traditionele patronen van verzorging plaats maken voor andere vormen. *Zorgen over zorg* is ook voor Nederlandse instellingen en voor iedereen die in de zorg met Turkse ouderen in aanraking komt, uiterst informatief, omdat Yerden een veelzijdig beeld heeft weten te schetsen van de culturele achtergronden van de zorgverwachtingen en concrete leefsituatie van Turkse ouderen.

Miriam Geerse

G.A.M. Widdershoven, *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Meppel: Boom, 2000, 176 pp. f 39,55.

Voor zover de medische ethiek bij een groter publiek bekendheid geniet, betreft dit vooral de aardverschuiving die in de zeventiger jaren heeft plaatsgehad van het paternalisme van de arts naar de principebenadering. Het is de verdienste van *Ethiek in de kliniek* dat nu ook verschillende alternatieve benaderingen in het huidige medisch-ethisch denken zijn opgetekend. Voor een boek dat zichzelf aanprijst als leerboek, heeft het niet het gebruikelijke formaat. Wel is de tekst duidelijk en is het didactisch goed opgezet. Foto's zorgen voor verlevendiging. De beschreven benaderingen worden toegepast op gevalsbeschrijvingen uit de praktijk of de literatuur. Het aardige is dat zo'n casus soms verderop bij een andere benadering weer terugkomt, zodat vanuit verschillende invalshoeken naar dezelfde materie wordt gekeken. En passant komen zo ook verschillende inhoudelijke vraagstukken aan de orde, zoals euthanasie, wilsverklaringen, medische technologie. De titel moet zo gelezen worden dat onder 'kliniek' ook het verpleeg- of verzorgingstehuis wordt verstaan. Het boek bevat wel hier en daar veel herhaling en parafrasering, maar dit is misschien inherent aan de wijze waarop de filosofie haar gedachtegoed overbrengt. Op pagina 23 kan bij de lezer verwarring ontstaan door de lay-out: het blijkt hier te gaan om een onaangekondigde, tussentijdse samenvatting. Verderop raakt men hieraan gewend.

Kort iets over de inhoud. Het meest bekend uit de medische ethiek en ook het meest ingeburgerd in discussies op de werkvloer is de principebenadering. Deze ontstond enkele decennia geleden als reactie op de nieuwe technische mogelijkheden om het leven in stand te houden of te verlengen. In de principebenadering worden ethische problemen opgevat als een botsing van principes, waarbij niet a-priori al een hiërarchie geldt. Deze principes zijn allereerst de twee Hippocratische uitgangspunten van weldoen en niet-schaden. Nieuw is het principe van respect voor de autonomie van de patiënt. Deze laatste wordt hierbij niet langer als object, maar als subject gezien met als stilzwijgende vooronderstelling dat deze beschikt over (enige mate van) gezond verstand. Verbonden met dit principe zijn het recht op informatie en op weigering van behandeling. Rechtvaardigheid, het vierde en meest recente principe, werd van belang toen in de gezondheidszorg verdeling van schaarse middelen een rol ging spelen.

De principebenadering denkt sterk in rechten en plichten en is verankerd in het huidige gezondheidsrecht, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO). Zij beoordeelt medisch handelen door bij een zich voordoend probleem een rationele afweging van het belang van verschillende principes te maken. De eerste stap hierbij is dat de ethische dimensie van het probleem wordt gesignaleerd. Vervolgens wordt geanalyseerd welke van de vier principes bij het probleem een rol spelen en met elkaar botsen. Door specificatie naar het bijzondere geval toe en afweging op basis van argumenten moet ten slotte duidelijk worden welk principe prevaleert en kan een beslissing worden genomen. Bij dit alles komt wel een zekere starheid naar voren. Voor de betrokkenen voelt de principebenadering soms onbevredigend aan. Zij zijn niet altijd geholpen met alleen maar een rationeel besluit.

Met deze constatering komen alternatieve benaderingen binnen de medische ethiek in zicht, die meer oog hebben voor de contextualiteit van het menselijk bestaan. Vergelijken bij de principebenadering geven de vijf in het boek besproken alternatieve benaderingen alle een gevoel van ruimte. Het is prettig en nuttig ze in dit boek beschreven te vinden, al zijn ze onderling niet steeds gemakkelijk uit elkaar te houden.

De schrijver behandelt allereerst de fenomenologische benadering. Kenmerkend is dat men hier autonomie niet definieert op de negatieve manier van 'ge vrijwaard zijn van inmenging van buitenaf', maar positief als het vermogen zich te identificeren met fundamentele waarden, als zelfbepaling met behulp van ondersteuning door anderen. Ook de narratieve benadering gaat uit van een positief autonomieconcept, maar nu is dit ingebed in door mensen gedeelde verhalen. In de daarop volgende hermeneutische benadering is tevens plaats voor de historische context. Centraal staat nu een dialogisch proces tussen zorgvrager en zorgverlener bij de ontwikkeling van hun beider perspectieven. Dit is tevens het geval bij de discoursethische benadering, met dit verschil dat hier in het proces van besluitvorming participatie van alle betrokken partijen wordt aangemoedigd. Het is ook hier dat het inmiddels ingeburgerde begrip 'informed consent' wordt vervangen door 'negotiated consent'. De zorgethische benadering, ten slotte, wijst op het belang van goede zorg als centrale waarde. Tegenover de juridisering en regelgeving van de principebenadering gaat het hier om een visie op menselijke relaties in termen van liefde en zorg, zoals deze in de opvoeding, het onderwijs en ook in de gezondheidszorg gestalte krijgen. Deze benadering laat zien dat het kan gebeuren dat een hulpverlener door te anticiperen op mogelijke reprimandes vanuit de regel-ethiek tekort schiet in het verlenen van echte zorg. Een voorbeeld daarvan is het beëindigen van een hulpverleningsrelatie (alleen maar) om enige tijd daarna een liefdesrelatie met de betrokkene te kunnen aangaan.

De auteur introduceert ieder van genoemde alternatieve benaderingen door te laten zien hoe deze een aspect expliciet maakt dat in de vorige benadering onderbelicht bleef. Daardoor ontstond bij mij de verwachting van een stijgende lijn, maar hiermee kwam ik niet helemaal uit. De auteur spreekt zelf geen voorkeur uit en benadrukt een gecombineerde toepassing. Voorts stelt hij dat met deze vijf nieuwe, verwante benaderingen nog geen sprake is van een nieuw paradigma, zoals dit destijds met de principebenadering het geval was. Wel wordt de samenleving inmiddels met nieuwe praktische problemen geconfronteerd, zoals de toename van chronische ziekten, die uiteindelijk om een nieuw paradigma vragen.

Het boek riep bij mij drie vragen op. De eerste betreft de tijdsfactor. Vanuit de werkvloer bezien valt op dat als ethisch bestempelde kwesties heel wat overleg en discussie vergen. Zo wordt letterlijk voorgesteld om, als de meningen staken, de dagelijkse praktijk op te schorten en ruimte te maken voor een open onderzoek naar elkaars uitgangspunten (p. 132). Een mooi streven, al kan men zich afvragen of de morele winst hier altijd zal opwegen tegen de benodigde mankracht. Belangrijker nog is de meer principiële vraag wat er in moreel opzicht gebeurt wanneer men de dagelijkse praktijk opschort. Het is immers onmogelijk de werkelijkheid tijdelijk stil te leggen. In het geval van een snel achteruitgaande terminale patiënt kan de situatie binnen enkele uren veranderen. De nieuwe situatie geeft dan aanleiding tot een nieuwe ethische

discussie, die op haar beurt weer achter de feiten dreigt aan te lopen. Uiteindelijk kan het dan gebeuren dat de betrokkenen het betreuren niet al veel eerder een beslissing te hebben genomen en blijkt juist het uitstel nog het meest verwerpelijke alternatief te zijn geweest. Wat ik hiermee wil zeggen is dat ook het uitstellen van een beslissing niet zonder morele consequenties is en dat dit daarom een nadeel is van een ethiekbeoefening die ad hoc steeds veel tijd vergt.

Een tweede problematisch punt betreft de impliciete, soms ook expliciete vooronderstelling dat de bij de ethische discussie betrokkenen redelijk denkende wezens zijn. Niet iedereen is altijd redelijk. Iemand kan tijdelijk in de war zijn. Ook kan sprake zijn van langduriger psychopathologie zonder dat het nu direct gaat om wilsonbekwaamheid of ontoerekeningsvatbaarheid. Wat bijvoorbeeld te doen met een klachtbrief van patiënt die licht paranoïde lijkt? Met de eis tot behandeling van een conversiepatiënt of met de weigering van een zwakbegaafde om een medische ingreep te ondergaan? Dergelijke situaties zijn het moeilijkst voor hulpverleners, kosten enorm veel extra tijd, en ook de in dit boek aangereikte benaderingen bieden helaas weinig soelaas.

Een derde punt komt voort uit de discoursethische benadering. Het verruimende van deze benadering is dat deze ook anderen dan de direct betrokkenen een plaats in de ethische discussie geeft, bijvoorbeeld overige familieleden. Hiermee wordt recht gedaan aan de bij deze mensen wellicht levende gevoelens. Maar hieraan voorafgaand moet de vraag gesteld worden: wie moeten, gegeven een bepaald probleem, eigenlijk tot 'de betrokkenen' worden gerekend? Mijns inziens gaat het hier om veel meer (categorieën van) personen dan de mensen die zich in een concreet geval spontaan melden. Het gaat immers ook om de voorbeeldwerking die de discussie en de genomen beslissing op anderen kan hebben, bijvoorbeeld op personen in ongeveer dezelfde situatie. Of het kan gaan om personen voor wier relaties met derden of morele gevoel het gebeurde implicaties heeft. Het kan zelfs gaan om nog niet bestaande personen, zoals een nog te verwekken kind. In feite zet de discoursethische benadering de deur open naar het maatschappelijk debat en een grotere betrokkenheid van iedereen in onze samenleving bij ethische vraagstukken. Deze gedeelde betrokkenheid kan de last verlichten die nu drukt op de schouders van de enkeling die zich plotsklaps met een zwaar moreel probleem geconfronteerd ziet. Ethici zouden een belangrijke rol kunnen spelen bij het entameren van dergelijke debatten.

Voor wie is *Ethiek in de kliniek* geschikt? In de eerste plaats voor practici, vooral wanneer zij in de praktijk niet langer uit de voeten kunnen met de principebenadering. Voor medisch antropologen lijkt mij belangrijk en geruststellend dat dit boek laat zien dat ervaringen uit de dagelijkse praktijk, eventueel opgetekend of gesystematiseerd in onderzoek, een belangrijke plaats innemen bij de ontwikkeling van de medische ethiek. Ook is het boekje geschikt om cadeau te geven.

Florence J. van Zuuren