

Boekbesprekingen

Yoram Bilu, *Without bounds. The life and death of Rabbi Ya'acov Wazana*. Detroit: Wayne University Press, 2000. 187 pp; illustraties, index. \$ 17.95 (paperback).

Wie geïnteresseerd is in de Marokkaanse etnogeneeskunde en verder zoekt dan de geijkte publicaties, zoals van Crapanzano, stuit op zeker moment op de naam van Yoram Bilu, een antropoloog en psycholoog verbonden aan de Hebrew University in Jerusalem. Zijn onderzoeksterrein is het traditionele denken over gezondheid en genezing, zoals dat bestond en bestaat onder de joodse bevolking in Marokko en onder joden van Marokkaanse afkomst in Israël. De genezers onder hen bezigden praktijken die sterk overeen kwamen met die van de moslimbevolking. Een aantal van hen stond ook onder de moslims bekend om hun kunde en kennis. Zo verzekerde een Marokkaanse migrant uit de Rif mij dat de krachtigste genezer in zijn geboorteplaats een jood was. Deze joodse genezers waren bedreven in de magische praktijken en het bezweren van djinns. Bilu's werk is vooral gericht op een van deze joodse genezers, rabbi Ya'acov Wazana, die werkzaam was in het Atlas-gebergte ten zuiden van Marrakech en in Casablanca in de dertiger en veertiger jaren.

In *Without bounds* brengt Bilu het leven van Wazana in beeld aan de hand van gesprekken met Marokkaanse joden in Israël. Hij realiseert zich daarbij dat dit beeld op velerlei wijze vervlochten is met persoonlijke geschiedenissen en de huidige leefsituatie. Hun narratieven worden als het ware geboren op het moment dat ze worden uitgesproken. "They are replete with personal evaluations and interpretations no less that with actual facts. (...) the informants' memories have been, and continue to be, affected by their experiences in the present" (p. 14). *Without bounds* is dan ook een boek over herinneringen, of meer specifiek: "memories shrouded by a haze of yearning and puzzlement" (p. 13).

Stapsgewijs brengt Bilu Wazana tot leven. Uitgebreid brengt hij eerst zijn informanten in beeld: oude mensen, die weinig geïntegreerd zijn in de Israëlische samenleving en een nostalgische band hebben met hun geboorteland Marokko. Langzaam en chronologisch bouwt hij de figuur Wazana op. Na een schets van zijn voorouders, zijn geboorte, zijn jeugdijaren, ouderlijk huis en leefomgeving beschrijft hij zijn introductie in de magische wereld. Typerend voor Wazana is de dubbele positie die hij inneemt alsook zijn overschrijding van sociale grenzen. Hij maakt zich de islamitische riten eigen en gaat een alliantie aan met de djinns. Tegelijkertijd blijft hij jood en is de joodse religie trouw. Bilu beschrijft zijn daden en wonderbaarlijke genezingen met behulp van de djinns en gaat in op zijn kortstondig verblijf in Casablanca. Zijn dood is het gevolg van een ongeoorloofde overschrijding van de grenzen die de djinns hem gesteld hebben. Wazana gaat te ver als hij de dochter van een lokale sheikh geneest, die voorbestemd was te sterven. Ten slotte gaat hij in op de figuur Wazana in de Marok-

kaanse gemeenschap in het hedendaagse Israël. Rondom Wazana heeft zich daar geen vergelijkbare cultus gevormd als rond andere Marokkaans-joodse genezers en heiligen. De cultus is bescheiden en vindt veeleer in de familiekring van enkele Marokkaans-joodse gezinnen plaats.

Na deze schets van Wazana's leven volgen een analyse vanuit psychologisch en een vanuit antropologisch perspectief. In de eerste analyse vraagt Bilu zich terecht af of het mogelijk is uitspraken te doen over de psyche van Wazana als de schets van deze figuur zo gevormd is door mythen, herinneringen en de dagelijkse realiteit waarin de vertellers leven. Vervolgens analyseert hij er wel driftig op los. Hij vraagt zich daarbij af of Wazana's carrière als genezer mogelijk compensatie bood voor deprivatie of verlies tijdens zijn kindertijd, om vervolgens te constateren dat veel Marokkaanse genezers woonachtig in Israël evenals Wazana op vroege leeftijd hun vader verloren. Het huwelijk met de vrouwelijke djinn heeft voor hem mogelijk verband met het onvermogen zich emotioneel van zijn moeder los te maken en een relatie met een andere vrouw aan te gaan. Deze analyse is minder bevredigend dan de tweede, vanuit antropologisch perspectief. Daarin concludeert Bilu dat in de verhalen over Wazana en over zijn beroemde grootvader Rabbi David dezelfde thema's en situaties terugkomen. De herhaalde boodschap is dat waar zijn grootvader succesvol was, omdat zijn daden binnen het kader van de joodse sociale tradities bleven, Wazana uiteindelijk faalt, omdat hij hiervan afwijkt. De een versterkt de grenzen, de ander overschrijdt ze. De morele boodschap is duidelijk: wee degene die de grenzen veronachtzaamt. Toch zit er nog een ander aspect aan Wazana. Door zowel mens te zijn als gelieerd aan de djinns, jood en moslim, heilig en profaan, man en kinderloos, beheerste hij krachten die voor normale sterfelijken gevangen in hun rigide ordening van leeftijd en sekse, van status en religie, buiten bereik zijn. Wazana was, zo concludeert Bilu met verwijzing naar Douglas, Turner, Handelman en Myerhoff "a mediated figure, with a non-static, but fluid and flexible place in the world" (p. 144). Hij balanceerde tussen werelden en was daardoor in staat verstoringen in het dagelijks leven te helen, waardoor hij uiteindelijk de orde te herstelde.

Without bounds is de vertaling van de oorspronkelijke publicatie in het Hebreeuws uit 1993. Daaraan is een epiloog toegevoegd, getiteld *Wazana's afterlife*, waarin Bilu beschrijft hoe het met hem, het boek en de cultus rond Wazana na het verschijnen van de Hebreeuwse versie vergaan is. Dit hoofdstuk is een prachtige toegift, waarin Bilu duidelijk maakt hoe betrekkelijk de rolverdeling tussen onderzoeker en onderzochte is. Beeldend vertelt hij hierin hoe hij als antropoloog door de voorman van de cultus rond de figuur Wazana die onder invloed onder meer van Bilu's boek een nieuw leven ingeblazen is en de familiekring ontstegen is, ingezet wordt om hemzelf en de cultus meer prestige te geven. "I could witness once again how my academic involvement with Wazana was mobilized in the service of mythologically rearranging his figure" (p. 160). Zo wordt hij tijdens een bijeenkomst rond Wazana als belangrijke wetenschapper van de universiteit geïntroduceerd en zijn speech op videoband opgenomen, hetgeen bijdraagt aan het vergroten van het prestige van de Wazana-beweging. De observant wordt zelf geobserveerd, de speler wordt een pion in het spel van de ander. Bilu verwijst hierbij naar recente antropologische publicaties, die benadrukken dat de

grenzen tussen etnograaf en informant geërodeerd zijn. "The 'natives' as an object of analysis may become analysing subjects, capable of manipulating the ethnographer to their ends. (...) the ethnographic text might have strong impact on the community studied" (p. 165). Maar zijn het wel gelijkwaardige partijen, zoals soms gesuggereerd wordt? Mijns inziens niet. Er blijven machtsverschillen, zoals ook uit de tekst naar voren komt. Uiteindelijk voert Bilu als onderzoeker een meta-analyse uit en heeft met zijn boek het laatste woord.

Een aspect blijft in het boek onderbelicht, namelijk de relatie tussen Wazana en zijn cultus en de sociale omstandigheden in Marokko en Israël. Wazana leeft in een periode waarin de joodse migratie vanuit Marokko naar Israël zijn hoogtepunt bereikt. Tegelijkertijd is er ook sprake van een ontvolking van het binnenland van Marokko en een sterke groei van steden als Casablanca. De stedelijke omgeving van Casablanca blijkt voor Wazana geen gepast leefklimaat te bieden, waarop hij weer terugkeert naar de Atlas. Wazana is dan ook te zien als een symbool van een stervende gemeenschap, van een verdwijnende cultuur. Typend is dat Bilu geen overblijfselen van Wazana meer vond in zijn geboortestreek. Hij is als het ware in rook opgegaan. Tegelijkertijd is de opkomst van cultus in Israël te zien als een respons op de teleurstelling van de joodse migranten uit Marokko met hun migratie. In hun verhalen wordt met een zekere nostalgie aan hun verleden teruggedacht. Wazana als grensoverschrijder is dan ook heel herkenbaar voor die andere grensoverschrijders, de joodse migranten.

Without bounds is een boeiend boek, niet alleen voor degenen die in de Marokkaanse etnogeneeskunde zijn geïnteresseerd, maar ook voor degenen die zich een beeld willen vormen van modern antropologisch veldwerk. Een absolute aanrader.

Rob van Dijk

J. Borkan, S. Reis, D. Steinmetz & J. Medalie (eds), *Patient and doctors. Life-changing stories from primary care*. Madison: University of Wisconsin Press, 1999. 221 pp., £18.50.

De Nederlandse lezer zal zich goed voor de geest kunnen halen hoe het voor een huisarts in Zevenbergen geweest moet zijn tijdens de verschrikkelijke nacht in januari 1953, toen hij zijn bed uit moest voor een jonge vrouw met een acute blindedarmontsteking. In een roeiboot naar een boerderij, de patiënte over het wilde water zien te krijgen en vervolgens naar het ziekenhuis, was geen sinecure. Dat zijn dingen die een huisarts doet: kleine dingen als men ze vergelijkt met de ramp die zich toen afspeelde. Klein, maar indrukwekkend.

In *Patients and doctors* staan verhalen van dokters over patiënten. Het zijn verhalen uit verschillende landen: van Slovenië tot New Jersey, van Cambodja tot Zweden. Korte verhalen, waarin dokters hun heldendaden vertellen, schrijven over hun schaamte en schuldgevoelens, over humor, zelfmoord, dood, mishandeling of families. Ze zijn bijeengebracht door de redacteuren, gerangschikt naar thema's en voorzien van een inleiding op elk thema. De bundel is voorzien van een inleiding van Arthur Kleinman,

die tot de conclusie komt dat dokters ervaringen willen waarin zij ertoe doen. Een citaat: “What we want above all is to show our usefulness and solidarity with others, to show, that is, *how* we matter” (p. ix). Hiermee verwijst Kleinman naar zijn eigen werk over ‘interpersonal suffering’.

Het zou te ver voeren alle verhalen weer te geven. Het zijn er welgeteld negenenveertig! Ze zijn zeer verschillend en het zou lastig zijn er een patroon in te ontdekken als ze niet waren voorzien van ‘reflections’, waarin de redacteuren aangeven wat ze gemeenschappelijk hebben. Verhalen vertellen is een van de belangrijkste menselijke activiteiten en dus staan verhalen ook centraal in de geneeskunde. Dat is natuurlijk geen opzienbarende ontdekking, maar ik geloof dat antropologen dat wel eens vergeten, als ze claimen dat ze het verhaal centraal stellen. Meestal bedoelen ze dan de verhalen van de patiënten, dat is waar. Toegegeven, Borkan c.s schrijven dat een veel gehoorde klacht is dat de dokter niet luistert. Die klacht is terecht, zeggen ze, omdat de geneeskunde vaak alleen belangstelling heeft voor harde data en het verhaal als anekdotisch beschouwt. Zou dat waar zijn? Ik begin er de laatste jaren steeds minder van overtuigd te geraken. Dit boek, waarin de verhalen van dokters centraal staan, steunt me in dat proces. Ziekteverhalen maken een nieuwe bloei door. Dokters schrijven geregeld over hun ervaringen; Oliver Sachs, Martin Winckler en Sharon Kaufman zijn slechts drie voorbeelden. De vraag is wat deze verhalen betekenen.

Om het antwoord op die vraag te vinden moet men volgens de redacteuren van dit boek de verhalen zien als representaties, niet als absolute waarheden. Bovendien moet men ze plaatsen in een context. Het verhaal van de dokter in Zevenbergen zou een heel andere betekenis hebben als men niet wist dat in die nacht Zuidwest Nederland onder water kwam te staan en vele mensen omkwamen. De bizarre situatie van een bevalling met gasmaskers op tijdens een luchtalarm in Israël in de Golfoorlog van 1991 laat zich moeilijk duiden als de context had ontbroken. Een derde punt is tot welke medische traditie de vertellende dokter behoort. Verschillende perspectieven leiden immers tot andere verhalen. Echter, in het boek is het vaak raden naar de medische traditie van de arts. Volgende punten zijn de stijl van vertellen, de autoriteit van de arts, de veranderingen die in de loop van de tijd optreden en de geschiedenis.

Het geheel is een compilatie van verhalen van huisartsen met als doel de narratieve trend in de geneeskunde verder te ontwikkelen en uitwisseling te stimuleren. De grote verschillen tussen de verhalen wordt door Borkan c.s. verklaard met de woorden van Appadurai: “the conscious and imaginative construction and mobilization of differences as its core.” Analoog naar Franks *The wounded storyteller* onderscheiden de auteurs verschillende soorten verhalen: zoektochten, verhalen over falen en dergelijke. We moeten volgens de auteurs het boek lezen met vragen als “welke kennis en welke mysteries zijn er in patiënten?” en “kunnen we van ze leren?” Het boek zou ons intellect stimuleren, ons emotioneel raken en ons verrassen. Het is tijd om iets van mijn leeservaring te vertellen. Ben ik emotioneel geraakt, heeft het boek me intellectueel gestimuleerd, heeft het me verrast?

Deze vragen zijn niet zo eenvoudig te beantwoorden. Natuurlijk raakt menselijk lijden me. Het raakt me ook dat er mensen – dokters in dit geval – zijn die, zoals bijvoorbeeld uit de verhalen over zelfmoord van patiënten duidelijk wordt, bereid zijn de

rotzooi die mensen hebben achtergelaten op te ruimen en proberen de daad van een mens te begrijpen, er zin aan te geven, zichzelf verwijten maken, zich zelfs voor het hoofd slaan dat ze de situatie niet goed hebben ingeschat. Het raakt me te lezen over een vrouw die omdat ze niet alleen wilde zijn na de dood van haar ouders, de hoer van het dorp werd zodat ze tenminste toch enig gezelschap had. De onverschilligheid van haar bezoekers, de hoop die ze had toen er eindelijk een man wat langer bleef dan een enkele nacht, en uiteindelijk weer alleen. Dat was teveel. Zo'n menselijke tragedie raakt me. Zo zijn er vele verhalen die me raken. Omdat ze zo kort zijn, wordt men als lezer in een grote vaart meegenomen langs alles wat menselijk is: warmte, opoffering, egoïsme, hardheid, treurigheid en blijdschap. Het wordt soms wat teveel. Na lezing beseft men dat zulke verhalen over ziekte en dood een goed inzicht geven in de sociale mechanismen die in een samenleving werken. Maar dan steekt tijdens het lezen een duiveltje de kop op: waarom moet nu toch altijd de dokter de 'held' zijn? Zelfs in de 'failure stories' blijft hij een held, want hij is zo flink het op te schrijven. Dit is cynisch, dat weet ik wel, maar toch. Tegelijkertijd wordt mijn cynisme weer teniet gedaan, als ik een verhaal lees uit Engeland. Daarin gaat het om Melanie, een jonge vrouw, dik, krabben in haar gezicht en een kind dat onder plakkerig snoep zit. Deze vrouw komt 'klagen'. Niets helpt; geen smeerseltjes, geen recepten, niets. In haar wanhoop besluit de dokter dan maar enkel te luisteren naar haar levensverhaal. Dat liegt er niet om. Maar luisteren hielp. Melanie gaat er beter uitzien en is minder neerslachtig. Op een dag komt ze en dan ontdekt de dokter dat ze zwanger is. De dokter zinkt de moed in de schoenen. Ze verhuist naar een andere buurt en de dokter waagt het niet contact te zoeken, bang als ze is dat Melanie weer komt klagen. Maar Melanie heeft de dokter een les geleerd: luisteren helpt soms beter dan doen.

Er zijn enige patronen in de verhalen te ontdekken. Uit alle verhalen is op te maken dat 'dokteren' zeer pragmatisch is. In tijden van nood moet de dokter maar wat bedenken om zijn patiënt te helpen. Verder is de band tussen arts en patiënt sterker wanneer er sprake is van ongewone omstandigheden. Overigens lopen de meeste verhalen goed af.

In het deel "Family and community" wordt de culturele dimensie van de geneeskunde heel duidelijk, omdat er twee (sub)culturen tegenover elkaar komen te staan. Dokters worden voor de keuze geplaatst: soms moeten ze de zijde van de familiecultuur kiezen, wil de behandeling enige kans van slagen hebben. Soms, blijkt uit een van de verhalen, moeten dokters voor de familie kiezen en niet voor de patiënt. De verhalen tonen dat een zorg die gericht is op relaties het meest effectief is.

Als lachen het beste medicijn is, laten dat de verhalen uit het gedeelte 'humor' duidelijk zien. Dokters komen ongewild in komische situaties terecht, patiënten maken grappen en dikwijls verbetert dit de relatie tussen beiden. In het eerste verhaal wordt een dokter in Londen gevraagd met spoed naar een hotel te komen om een beroemde popster te behandelen. Deze moet dringend een injectie hebben. De dokter denkt aan insuline en manoeuvreert zijn mini door het drukke verkeer naar het hotel. In de suite van de ster aangekomen, ziet hij deze doodstil staan terwijl een vrouw hem met naald en draad strak in zijn jeans rijgt. De dokter krijgt een flesje groen spul – belangrijke vitamines – van de manager en moet dit in de bil spuiten. Het probleem is dat de broek

al is dichtgenaaid. De dokter vraagt of de draad er weer uit kan. Dat gebeurt en de ster staat met zijn broek op zijn enkels. Dan komen er een stuk of zes tieners binnenstormen en zien hem in al zijn glorie staan. Dikke pret natuurlijk. De manager houdt zich bezig met de tieners en de dokter injecteert snel de vloeistof. Bij vertrek krijgt hij een bundel pondbiljetten, die hij hoewel contante betaling in Engeland niet gewoon is, accepteert omdat het waarschijnlijk wel een hele tijd zal duren eer de popster weer terug is. Bij het verlaten van het hotel geeft hij de portier een paar pond fooi.

Ik ben verre van volledig geweest in de weergave van het boek. Ik heb slechts een beperkte indruk gegeven. Het boek is vrij pretentieloos. In de inleidingen op de thema's zijn verwijzingen naar antropologische literatuur opgenomen, maar de relatie van deze referenties met de verhalen zijn lastig te traceren. Ze sturen de lezer te veel. Ik zou daarom de lezer aanraden: lees eerst de verhalen en zie wat u er zelf uit kunt halen. Wat het boek me vooral heeft geleerd, is dat antropologen in hun studie van ziekte en gezondheid juist naar de menselijke dingen moeten zoeken: de humor, de schaamte, falen, vreugde, verdriet, zowel van de dokter als van de patiënt. Het sterke van het boek is de eenvoud.

Els van Dongen

Patrick J. Bracken & Celia Petty (eds), *Rethinking the trauma of war*. London: Free Association Books, 1998. 200 pp, f 62,50.

Vele landen in het Zuiden hebben na de Tweede Wereldoorlog te maken gekregen met directe en indirecte gevolgen van oorlog, wat onder andere tot grote aantallen vluchtelingen heeft geleid. Deze oorlogen zijn in eerste beginsel niet zozeer tussen staten, maar worden meer gevoerd vanuit onderdrukte en etnische groepen tegen staten, waarbij burgers directe doelen worden van geweld en het vernietigen van huizen, scholen, religieuze gebouwen, oogsten, maar ook marteling en verkrachting aan de orde van de dag zijn. Aan het einde van de jaren tachtig werden binnen de humanitaire hulp naast de reguliere interventies steeds meer 'traumaprojecten' uitgevoerd, die gemakkelijk door internationale donoren werden gefinancierd. Het hoogtepunt van deze projecten lag in de jaren 1993-1994 met de gelijktijdige crises in voormalig Joegoslavië en Rwanda.

Veel westerse organisaties die in deze oorlogssituaties werken hebben zich toegelegd op de *psychological wounds of war* en trauma en trauma counseling zijn erg populair geworden. Westers jargon zoals debriefing, counseling en therapie zijn een vast onderdeel van de *emergency response* geworden waarbij vrouwen en kinderen hoofddoelgroepen zijn en het begrip posttraumatische stressstoornis (PTSS) centraal staat. Dit concept werd ontwikkeld door psychiaters in de Verenigde Staten met betrekking tot Vietnam-veteranen. Inmiddels wordt algemeen aangenomen dat het voor de effecten van elke traumatische gebeurtenis bruikbaar is. Er zijn echter ook critici die de relevantie voor niet-westerse samenlevingen bekritisieren en dan vooral omdat het de aandacht van de bredere sociale, emotionele en economische context weghaalt van volwassenen en kinderen die getuige zijn geweest van de verwoesting van hun families en samenlevingen.

De vraag blijft dan ook of de oorlogsslachtoffers werkelijk baat hebben bij deze op westerse leest geschoeide traumaprogramma's die blijkbaar zo aantrekkelijk zijn voor de grote massa. In mei 1996 stond deze vraag centraal op een tweedaagse conferentie in Londen georganiseerd onder auspiciën van Save The Children UK, waar artsen, wetenschappers en beleidsmakers aanwezig waren die allen te maken hebben met hulp aan door oorlog aangedane gemeenschappen.

Rethinking the trauma of war is grotendeels gebaseerd op papers van de deelnemers, die sceptisch staan tegen de discours van trauma en haar relevantie voor gemeenschappen in het Zuiden. Bracken en Petty willen de gevolgen van de oorlog en de theoretische en praktische kanten van de traumaprojecten kritisch bekijken, alsook de sociale, politiek en culturele contexten waarin zij toegepast worden. Westerse instanties moeten in hun optiek de antwoorden op het lijden door oorlog heroverwegen en ook de principes waarop deze projecten gebaseerd zijn.

In het eerste hoofdstuk geeft Derek Summerfield een weergave van de collectieve ervaring van oorlog en de sociale en culturele elementen ervan die hij als 'multi-layered' ziet. Centraal in zijn betoog staat 'social memory' dat hij tegenover 'traumatic memory' plaatst. Hij ziet het laatste vooral als een geïndividualiseerd en gemedicaliseerd concept dat sociale en persoonlijk ervaringen van wat het trauma betekent, buitensluit en geschiedenis, identiteit en sociale processen ontkent. Hij laat zien hoe met een psychiatrisch-klinische blik traumaprogramma's geïnitieerd worden die het trauma loskoppelen van de persoon en het als een losstaande entiteit behandelen. Als alternatieven voor interventie ziet hij de opbouw van informele netwerken voor onderlinge steun, het luisteren naar lokale behoeften en het versterken van familie en gemeenschapsstructuren waarop kinderen hun zekerheid en ontwikkeling baseren.

Patrick Bracken bediscussieert in het tweede hoofdstuk het huidige discours over trauma. Hij laat zien hoe 'cognitivism' de basis is van de huidige benadering waarin het herleven van het trauma centraal staat. Ook hij stelt dat het huidige discours de sociale dimensies van lijden buitenspel zet en trauma voorstelt als iets dat binnen de individuele geest plaats vindt. Hij beschrijft PTSS, zoals erkend door de Diagnostic and Psychiatric Association in 1980 (DSM-III). Hij geeft aan hoe er continu discussie is over de symptomen die desondanks als universeel geldend worden gezien. Hij benadrukt de noodzaak om PTSS te deconstrueren om te zien wat er niet mee gezegd wordt. Bracken laat zien hoe 'self' en 'agency' anders geconstrueerd worden in niet-westerse samenlevingen. Volgens hem zijn deze meer gericht op de integratie met de bovennatuurlijke, natuurlijke en sociale wereld. De 'idioms of distress' zouden crosscultureel gezien dus wel eens heel anders kunnen zijn en de modellen vanuit de psychiatrie niet overal toepasbaar. Bracken wil aantonen dat het westerse discours over trauma alleen maar zin heeft binnen een specifiek cultureel en moreel kader. Hij geeft aan dat het individuele traumadiscours gepresenteerd wordt als de waarheid, dat de kennis eraan verbonden intrapsychisch van aard is en daarom hersteld kan worden met individuele counseling en therapie. Omdat deze kennis niet inheems is, worden er buitenlandse experts ingezet, die mogelijk de lokale begrippen van lijden, ongeluk en ziekte verwaarlozen. Hij stelt voor de betrokken NGOs en organisaties uit te dagen om nieuwe

manieren te vinden om mensen te helpen in hun lijden en bijvoorbeeld door naar hen te luisteren en hun visies, en hun tradities centraal te stellen.

In het derde hoofdstuk gaat Margaret McCallin in op recent onderzoek met betrekking tot kindsoldaten. Zij beschrijft hoe zij betrokken raken bijvoorbeeld omdat zij arm of inwoners van conflictgebieden zijn, gescheiden zijn van hun families en hoe hun sociale reïntegratie het beste met aandacht voor de betrokkenheid van hun families en gemeenschappen gerealiseerd kan worden. Ook zij ziet herstel als een sociaal proces, dat zich niet alleen zou moeten richten op hun ervaring als kindsoldaat, maar ook hun wereld voor de rekrutering, dat hun onzichtbare wonden niet pathologiseert en hen benadert als actieve overlevers in plaats van passieve slachtoffers.

Ook in het hoofdstuk van Krijn Peters en Paul Richards wordt ingegaan op jongeren en oorlog, in Sierra Leone. Zij laten vijf jongeren die aan verschillende kanten vechten, zelf spreken door hun interviews integraal weer te geven. Hieruit is af te leiden, dat zij hele duidelijke redenen hebben om te vechten, zoals verdediging, wraak, overleven, compensatie van verlies van onderwijs, dat zij in leven blijven door gebruik te maken van hun kracht en vindingrijkheid en dat zij overeenstemmen in het idee dat zij sociaal buitengesloten zijn en hen onderwijsmogelijkheden ontbeert. Het is duidelijk dat zij onverwachte allianties aan gaan met vroegere vijanden, die zich net zo buitengesloten voelen. Ook deze auteurs stellen dat traumaprogramma's alleen functioneel zijn als zij zich ook richten op onderwijs, op het realiseren van werkgelegenheid en op sociale rehabilitatie.

In het vijfde hoofdstuk schrijft Annemiek Richters over seksueel geweld in oorlogstijd in voormalig Joegoslavië. Zij beschrijft hoe recent in het westen na lang stilzwijgen van vrouwen vanuit het feminisme een bruikbare taal ontwikkeld is om aan te geven wat verkrachting voor vrouwen betekent en wat de gevolgen en consequenties zijn. Een dergelijk instrument is natuurlijk aan plaats en tijd gebonden en de vraag blijft of het ook bruikbaar is in tijd van oorlog en in andere culturele settings. Door publieke getuigenverklaringen is verkrachting op politieke en sociale agenda's gekomen, maar is er ook begrip voor de gevolgen in oorlogstijd? Verkrachting in oorlogstijd heeft een andere motivatie, een andere uitvoering en andere gevolgen voor het slachtoffer.

Richters concludeert bovendien dat zowel de verkrachting zelf als de gevolgen voor vrouwen variëren naar cultuur, religie, etniciteit, leeftijd, klasse, economische situatie en type oorlog. Er is nog steeds weinig bekend over de consequenties van verkrachting voor vrouwen, omdat deze zich vermengen met andere trauma's zoals verlies van echtgenoten, van kinderen, van huis. Wereldwijd kregen de kampen in voormalig Joegoslavië waar seksuele martelingen en duizenden verkrachtingen plaatsvonden, veel media-aandacht. De verkrachtingen leiden tot infecties, psychisch drama en abortussen. Ook soldaten die terugkeerden van het front, werden beschuldigd van verkrachtingen, soms zelfs van hun eigen vrouwen. Seksueel geweld werd dus niet alleen gebruikt om de ander, de vijand te besmetten of af te schilderen als een beest, maar ook om de eigen nationale identiteit en mannelijkheid en genderverhoudingen te consolideren. Richters benadrukt dat desondanks de programma's die opgestart zijn door lokale vrouwenorganisaties en waarin verkrachting werd gekoppeld aan trauma en verlies van de vrouwen, een uitzondering waren.

Joan Giller beschrijft in het volgende hoofdstuk haar ambivalente gevoelens over de validiteit van projecten opgezet door experts die zonder kritische noot aan de slag mogen in een land. Zij geeft als motto dan ook dat geen mensen zoveel kwaad doen als degenen die goed willen doen. Zij werd aan het einde van de oorlog in Oeganda gevraagd samen met een andere arts een trauma-counseling programma op te zetten. Omdat zij realiseerde dat het geen prioriteit van de bevolking had, zette zij een dialoog op met vrouwen uit het Luwero Triangle Area waar moord en verkrachting aan de orde van de dag was geweest. Dit resulteerde in een vrouwengezondheidsproject dat weer de basis was voor een lokale organisatie waardoor vrouwen grotere economische zekerheid kregen.

In het zevende hoofdstuk schrijven Celia Petty en Elizabeth Jareg over kinderen die door oorlog en scheiding van hun families in weeshuizen en dergelijke terecht komen. Kinderen in deze vaak grootschalige onpersoonlijke instellingen zijn kwetsbaar voor fysieke mishandeling en seksueel misbruik. Ook wijzen zij erop dat tijdens de adolescentie voor jongeren de vraag waar en bij wie zij thuishoren cruciaal is. Nu moeten zij vaak de instelling verlaten en lopen grote kans te gaan zwerven of in het commerciële sekswerk terecht te komen. De auteurs noemen alternatieve interventies die hun reïntegratie in familie- en gemeenschapsleven nastreven. Preventie van scheiding moet een eerste prioriteit zijn in conflictgebieden, gevolgd door het identificeren, documenteren en achterhalen van gescheiden kinderen. Wanneer scheiding optreedt zou veilige, tussentijdse zorg geregeld moeten worden bij zogenaamde 'foster parents', bijvoorbeeld weduwen wier kinderen al het huis uit zijn, of andere 'small family group homes'.

In het achtste en laatste hoofdstuk wordt aandacht aan asielzoekers in het westen gegeven, die anders dan hun lotgenoten in (de omgeving van) hun thuislanden te maken zouden krijgen met andere cultuurpatronen. Naomi Richman constateert dat zowel terugkijken als vooruitkijken geïntegreerd moeten worden in het nieuwe leven van de vluchteling. Elke familie en elk individu reist zijn eigen reis en de (geestelijke) gezondheid wordt beïnvloed door vele factoren zoals leeftijd, opgedane ervaringen, verlies, ondergaan geweld, familiesituatie, culturele en politieke factoren, nieuwe mogelijkheden in het nieuwe land, problemen met de asielaanvraag, armoede slechte levensomstandigheden. Zij haalt Hofman aan om te laten zien dat identiteit of het gevoel geen identiteit te hebben vaak een van de grootste problemen is. Zij onderstreept dat projecten waar een combinatie wordt gemaakt van prioriteiten (aansluiten bij dagelijkse problemen, 'breaking the silence', creëren van mogelijkheden voor onderwijs en werk) alleen in overleg met de groepen zelf het meest succesvol zijn.

In de conclusie van het boek zetten de auteurs nog eens de argumenten voor en tegen een universeel traumamodel op een rijtje. Het idee dat er toch zo iets bestaat als een centraal psychologisch proces dat onafhankelijk van cultuur zou zijn en waarin cultuur slechts de 'icing on the cake' is, is vaak de aanleiding om westerse psychotherapeutische technieken te combineren met sociale interventies en meer traditionele lokale genezingsbenaderingen. De psychotherapeutische technieken zijn er echter op gericht het individuele gedrag te veranderen door het individu inzicht in zijn persoonlijkheid te geven, hetgeen diep verankerd is in de westerse inzichten in lijden en genezen. Het doel van de auteurs is aan te tonen dat de basis van het traumadiscours cultuur-

gebonden is. Multidisciplinair onderzoek moet de prioriteiten van lokale mensen centraal stellen, alsook hun manieren om genezing te zoeken en sociale steun te regelen. Alle auteurs bepleiten dan ook een heroriëntatie op de sociale en culturele context van lijden en genezen. *Rethinking the trauma of war* benadrukt de noodzaak van verandering van projecten gericht op individuen en speciale groepen slachtoffers naar projecten gericht op het opbouwen en vernieuwen van sociale structuren. Daardoor kunnen immers levens weer geleefd worden en een nieuwe betekenis krijgen. Verzoening en sociaal-economisch herstel kunnen niet door ad hoc interventies gerealiseerd worden, door het invliegen van jonge onervaren 'expatriates' die aan de hand van checklists het leed komen verzachten, maar door strategisch beleid dat intersectoraal is en dat ook bestaat uit een dialoog met zowel internationale donoren als nationale en lokale autoriteiten.

Het boek laat zien hoe een multidisciplinaire aanpak tot een variatie in theorie en praktijk kan leiden. De auteurs verschillen zeer in achtergrond en ervaring met de effecten van oorlog. De hoofdstukken verschillen als een gevolg daarvan ook in theoretische verdieping en praktische relevantie. Het goede en tegelijkertijd het slechte aan dit boek is dat de lezer met vele vragen blijft zitten. Alhoewel een ieder overtuigd wordt van de noodzaak tot verandering in oriëntatie lijken de auteurs soms door te slaan naar de andere kant en teveel het sociaal-economische centraal te stellen, te veel uit te gaan van een individu versus groepsbenadering en zich te richten op de 'needs' van de doelgroep, wie dat ook moge zijn. Teveel lijkt men onbedoeld in dichotomieën tussen westerse en traditionele oplossingen te vervallen. Men kan zich immers afvragen hoe het met de etnische en genderverhoudingen zit en in hoeverre lokale machtsstructuren ook de lokale culturele tradities van lijden en genezen doorkruisen. Hoe ver moet je gaan in die zogenaamde 'supportive environments'? Joost Waas heeft onlangs in een ongepubliceerd rapport over Indonesië laten zien hoe er een verschil in definiëring van de problemen bestaat tussen de 'internally displaced' in Sulawesi en hun MSF-hulpverleners, maar ook dat de mannen uit de eerste groep naast een veilige leefomgeving vooral wapens willen hebben om hun gevoelens van wraak en woede te uiten. Moeten we inderdaad die programma's afkeuren waarin Zuid-Soedanese kinderen leren hun ervaringen in tekeningen omzetten of kinderen in Sarajevo een muziekinstrument leren bespelen om het leed te verwerken? Hoe zit het met Afghanen in Europa die via de televisie zien hoe hun land gebombardeerd wordt en massaal de telefonische hulplijnen bellen om over hun angsten te praten? De ideeën van de auteurs lijken nu nog omgezet te moeten worden naar de praktijk. Het wachten is op toegepaste studies die in de uitgezette lijn werken en waarbij ook rekening houden met etnische, gender- en machtsrelaties. Het boek geeft genoeg aanknopingspunten. Al met al is *Rethinking the trauma of war* een lezenswaardig boek dat in deze tijd van globale ontluistering de juiste vragen oproept.

Anke van der Kwaak

Lotty Eldering, Peter Adriani, Marijke Hamel & Paul Vedder, *Verstandelijk gehandicapte kinderen in Marokkaanse en Turkse gezinnen*. Assen: Van Gorcum, 1999. 124 pp. f 29,50.

Verstandelijk gehandicapte kinderen in Marokkaanse en Turkse gezinnen is een onderzoeksverslag dat een beeld geeft over de competentie van allochtone gezinnen met een thuiswonend verstandelijk gehandicapt kind in Nederland. Daarin staan de omgang en opvoeding van het kind in gezinsverband en de relaties met voorzieningen centraal.

Het onderzoek werd uitgevoerd bij 29 gezinnen (vijftien Marokkaanse en veertien Turkse) en er wordt gebruik gemaakt van een combinatie van statistische en kwalitatieve rapportage en interpretatie. Verschillende taken in de uitvoering van het onderzoek werden opgesplitst. Deze methodologische aanpak roept vragen op. De aggregatie van verschillende culturele groepen veronderstelt een homogeniteit die niet bestaat. Een dergelijke simplificatie verbergt de rijke diversiteit van culturen en houdt een zekere naïviteit in stand. De eenheid van analyse wordt ten slotte gereduceerd tot de 'niet-Nederlander'. Het roept zo een stereotypering op ten aanzien van een niet-uitgesproken 'ideaal-competent' Nederlands gezin met een thuiswonend gehandicapt kind. Zo'n stereotypering kan worden weggewerkt door allochtone groepen op zich te onderzoeken en de interne diversificatie aan te stippen. Het gebruik van statistische interpretatie en de kans om te generaliseren – er wordt immers gebruikt gemaakt van percentages – onderstreept het stereotyperend karakter van dit werk. Het onderzoek werd uitgevoerd door een team, maar hierbij werden dataverzameling en -verwerking door verschillende leden uitgevoerd. Teamwerk vergemakkelijkt uiteraard de opdracht, maar de toepassing ervan vertaalt zich hier ook in een verlies van sensitiviteit, vergrote afstandelijkheid en onevenwichtige uitwerking.

Het theoretisch kader in dit onderzoek berust op het systeemecologisch denken, ontwikkeld door Bronfenbrenner, aangevuld door het begrip cultuur – hier nogal nauw geïnterpreteerd als ouderlijke etno-theorieën (p. 9) – steunend op werk van Harkness en Super. Verder wordt het begrip 'klinische realiteit', ontwikkeld door Kleinman, aangewend om relaties met voorzieningen in kaart te brengen. Ook in deze theoretische ontwikkeling werkt het onderzoek stereotyperend ten aanzien van allochtone ouders en gezinnen. Dit leidt tot uitspraken als: "slechts 20% van de gezinnen hanteert door de week vaste bedtijden voor de kinderen" en "de bij het onderzoek betrokken verstandelijk gehandicapte kinderen [hebben] een laag niveau van zelfredzaamheid." Wat de klinische realiteit betreft, "hebben hulpverleners de indruk dat allochtone ouders in het algemeen weinig kennis hebben van de ontwikkeling van hun kinderen en zich onvoldoende bewust zijn van het nut van cognitieve stimulering en het aanbrengen van structuur in de opvoeding van hun gehandicapt kind." Deze uitspraken worden dan wel genuanceerd en in ruimere verbanden geplaatst, maar de indruk blijft dat de opvoedkundige normering, de migratiepolitiek, maar ook de migratiegeschiedenis en de resistentie van ouders hier grotendeels onbesproken blijven.

Voor wie door de bovenstaande kritieken heen kan lezen, zal in dit boek veel interessante aanzetten vinden om verdiepend onderzoek met gezinnen met een gehandicapt kind uit diverse culturele achtergronden aan te pakken. De ervaring van een

gehandicapt kind in de context van een interculturele migratiegeschiedenis is een dergelijk onderwerp. Een andere uitdaging zijn de familiale, interculturele en transculturele netwerken waarop beroep wordt gedaan. Nog een ander is de systematische studie van 'ethno belief systems' in transculturele contexten. Wellicht ligt in de aanzet tot verder onderzoek de belangrijkste bijdrage van dit werk.

Patrick J. Devlieger

Maartje Goudriaan, *Met de dood in het hart. Rouw bij migranten- en vluchtelingenjongeren*. Utrecht: Pharos, 2001. 136 pp. 29,50.

Ook jongeren uit migranten- en vluchtelingengemeenschappen krijgen soms te maken met de dood van een of beide ouders. Voor vluchtelingenjongeren is dit mogelijk meer dan gemiddeld het geval. Dit ingrijpende verlies stapelt zich niet zelden op andere vormen van verlies als gevolg van migratie en vlucht. Hoe gaan deze jongeren om met het verwerken van dit verlies? Hoe rouwen zij? De literatuur biedt hulpverleners en begeleiders van deze kinderen geen antwoord op deze vragen. Met de publicatie van resultaten van het explorerend onderzoek van Maartje Goudriaan wil Pharos, het kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid, in deze leemte voorzien.

Goudriaan sprak met 46 deskundigen: acht professionals met ervaring in begeleiden van migranten- en vluchtelingenjongeren, vijftien sleutelinformanten en ten slotte met 23 jongeren die een of beide ouders verloren hadden. Twaalf jongeren behoorden tot de klassieke migrantengemeenschappen in Nederland; elf tot de vluchtelingengemeenschap. Ze waren in de leeftijd van 12 tot 33 jaar. Fragmenten uit de interviews met hen komen in het gehele boek in ruime mate terug.

Hoofdstuk 1 geeft een algemeen overzicht van rouwtaken, die min of meer universeel zijn. Kort wordt hierbij ingegaan op de rol van de cultuur bij het invullen van de rouwtaken. In hoofdstuk 2 (*Migratie en rouw*) komt naar voren dat opvoeding en eerdere ervaringen in de omgang met verlies een grote rol spelen. De migratie is hierop van invloed aangezien daardoor de opvoeding onder druk kan komen te staan. Hierdoor worden de oorspronkelijk vanzelfsprekende waarden en normen ter discussie gesteld. "Het is (...) de vraag of migranten- en vluchtelingenkinderen hun verdriet over het overlijden van een ouder met de overgebleven ouder kunnen delen" (p.36), concludeert Goudriaan.

In de volgende twee hoofdstukken (*Overlijden en uitvaart* en *De periode na de uitvaart*) worden rouwrituelen beschreven. In het land van migratie ontbreekt de mensen soms het geld en de ruimte om een uitvaart te houden, waardoor kinderen zich schuldig kunnen voelen als deze naar hun gevoel niet volgens de regels is uitgevoerd. Na de uitvaart blijkt de migratie de gebruikelijke manier van verwerken te verstoren: familie ontbreekt en het graf van de ouder is niet altijd te bezoeken. Goudriaan geeft aan dat men ervoor moet waken de verliesverwerking van jongeren alleen te beschouwen in het licht van hun oorspronkelijke cultuur. Jongeren, die al langer in Nederland wonen "gaan op hun eigen, flexibele wijze om met hun culturele achtergrond" (p. 78). Hoofdstuk vijf (*Emoties en steun*) gaat dieper in op de vraag hoe deze jongeren omgaan met hun emo-

ties en bij wie ze steun zoeken en vinden. De jongeren geven aan dat ze het best thuis of door familie geholpen kunnen worden en in tweede instantie door de school.

In het afsluitende hoofdstuk trekt Goudriaan enkele conclusies en formuleert ze aanbevelingen. Een van de conclusies is dat jongeren veel troost putten uit hun geloof. Sleutelfiguren merken op dat na het overlijden van een ouder jongeren meer geïnteresseerd zijn voor cultuur en geloof. Ze doen dat wel op hun eigen manier. Immers, de jongeren zijn in transitie, de cultuur is niet statisch, aldus Goudriaan. "Iedere jongere beleeft op zijn eigen wijze steun aan het geloof of aan culturele tradities" (p. 121). Het hoofdstuk sluit af met enkele aanbevelingen van de jongeren zelf. Het zijn aanbevelingen uit het leven gegrepen. "Huil veel in het begin, gooi het er maar lekker uit. Het is niet goed om ermee te blijven rondlopen. (...) Verlies de werkelijkheid niet uit het oog. Ga gewoon door met je leven, blijf naar school gaan" (p. 127).

Met de dood in het hart slaagt erin rouw bij migranten- en vluchtelingenjongeren in grote lijnen in kaart te brengen, zonder daarbij te vervallen in de weergave van rouwrituelen, zoals die in het land van herkomst zijn of waren. Dat is gelukt doordat de auteur uitgaat van de ervaringen van deze jongeren zelf: Hoe hebben zij hun weg gevonden met het verwerken van een ingrijpend verlies in de nieuwe omgeving? Dat de diversiteit, in leeftijd, cultuur en reden voor (gedwongen) migratie, daarbij maar ten dele tot zijn recht gekomen is, doet hier weinig aan af. De onderliggende boodschap aan hulpverleners en begeleiders is immers voor al naar de jongeren zelf te luisteren. Het boek heeft ten doel hun hiervoor handvatten te geven. Daarin is *Met de dood in het hart* zeker geslaagd.

Rob van Dijk

Alexander Laban Hinton (ed.), *Biocultural approaches to the emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. 367 pagina's. £ 18.95.

Alexander Laban Hinton, socioloog en antropoloog, is werkzaam aan de Rutgers Universiteit in Newark, New Jersey. *Biocultural approaches to emotions* gaat in op het gecompliceerde vraagstuk van de mondiale diversiteit of uniformiteit van emoties en beziet deze in het licht van nieuwe biologische verkenningen. Dit is een belangrijk vraagstuk voor elke psycholoog en psychiater die zich bezighoudt met de behandeling van individuen uit andere culturen. Nu er vanuit de biologie nieuwe bevindingen over de werking van emoties zijn, is opnieuw de vraag actueel hoe het staat met de diversiteit van emoties wereldwijd. Zijn emoties in wezen niet overal gelijk, als de biologische basis van emoties bij alle mensen hetzelfde is? Aan de ene kant zijn dit wetenschapstheoretische vraagstukken, aan de andere kant filosofische. Het is dan ook moedig dat Laban Hinton met zijn tien co-auteurs aan dit lastige vraagstuk een boek heeft gewijd.

Het boek is een rijk geheel geworden met veel verschillende teksten, voor ieder wat wils. Voor de biologisch opgeleide psychiater zijn er teksten te vinden die de theorieën uit de culturele antropologie verduidelijken. Voor psychologen en cultureel antropologen zijn er uitgebreide en geïllustreerde beschrijvingen van de zetel van emoties in de

hersenen, zoals die in de laatste tientallen jaren uit biologisch onderzoek naar voren is gekomen. Het is geen gemakkelijk boek. Zowel de wetenschapstheoretische kant als de biologische kant vereist enige voorkennis. Daar komt bij dat de schrijfstijl van sommige schrijvers wat stug is. Laban Hinton zelf heeft de neiging nogal langdradig te zijn en met veel herhalingen te schrijven. Hij had wat minder woorden voor zijn boodschap kunnen gebruiken. Voor de doorzettende lezer valt echter veel te halen uit dit boek op een veld waarover niet veel teksten zijn verschenen. In die zin kan het boek op het gebied van de biologie en cultuurgebondenheid van emoties een standaardwerk genoemd worden.

Het boek bestaat uit drie thematische delen, die elk de wetenschapsvelden op het betreffende gebied omvatten, zoals Laban in zijn inleiding duidelijk aangeeft. Het thema 'lokale biologie' slaat op verschillen en overeenkomsten in ontwikkeling van hersenstructuren tussen verschillende culturen. Een voorbeeld is de invloed van cultuur op het begin van puberteit en menopauze, en de consequenties daarvan. In dit gedeelte zijn hoofdstukken te vinden over met name de ontwikkeling van hersenprocessen in verschillende culturen. Alle literatuur hierover passeert de revue. Crisholm heeft zijn hoofdstuk 'stappen naar een evolutionaire ecologie van de geest' genoemd. Hij geeft daarbij aan dat de geest zich richt naar de omgeving. Deze zienswijze komt in het gehele boek terug.

In het tweede deel met als thema 'belichaming', gaat het met name over muziek als metafoor voor emoties, en over de betekenis van de ademhaling in diverse culturen. Ik vond deze hoofdstukken interessant, maar eerder voor de specialist op deze gebieden.

Het derde deel van het boek, 'bioculturele synergie' genaamd, is voor de biologisch-georiënteerde lezer het interessantst. Niet alleen wordt hierin uitgebreid stilgestaan bij wetenschappelijke bevindingen over de plaats van emoties in de hersenen, waarbij de theorieën van LeDoux breed worden aangehaald, ook wordt getracht een model te geven van de plasticiteit van de hersenen. In feite blijkt de discussie tussen biologisch aangelegde hersenwetenschappers en cultureel antropologen een non-discussie. Zelfs LeDoux gaat ervan uit dat de hersenen geen statisch geheel vormen, maar een geweldige plasticiteit bezitten. De anatomische structuren die in het menseras universeel zijn, zijn dan de hardware, waarin de software van de sociaal en cultureel mede bepaalde emoties ingebed wordt. Eenvoudiger uitleggen is bijna niet mogelijk.

In het laatste gedeelte, 'systeemtheorie', komt de samensteller van het boek met een universele theorie. De systeemtheorie biedt de mogelijkheid verschillende zienswijzen met elkaar te verenigen. Daarbij wordt ook het structuralisme van stal gehaald.

Zoals gemeld: dit is een belangwekkend boek dat in de toekomst, met de integratie van verschillende wetenschapsgebieden, ook steeds belangrijker zal worden. Ook voor de klinische praktijk is de theorie belangrijk. Het gehele internationale classificatiesysteem in de psychiatrie bijvoorbeeld, de DSM-IV, is gebaseerd op Amerikaanse emotieverkenningen. Is het systeem in een internationale praktijk houdbaar? Weliswaar is er een kleine rol voor de cultuur in de culturele formulering, maar dit lijkt slechts een randversiering.

Dit rijke boek gaf mij veel stof tot nadenken. Uit de internationale psychiatrische praktijk worden veel voorbeelden gehaald, die te denken geven. Een mooi voorbeeld

hierbij is altijd het Japanse syndroom van de *taijin-kyofu-sho*, dat te vergelijken is met sociale angst, maar juist het tegenovergestelde is, namelijk de vrees teveel van anderen te vragen. In onze assertieve maatschappij is sociale angst een gebrek aan assertiviteit. Bij toekomstige biologische verkenningen kan er een gemeenschappelijk biologisch substraat gevonden worden, maar de software, de uiting, is totaal anders. Zowel de psychotherapeutische als de medicamenteuze behandeling zal dan ook totaal anders zijn. Zo is tussen de theoretische uitleg veel voor ieders gading te halen. Zoals gezegd zijn sommige hoofdstukken traag van opbouw en zijn andere vooral voor fijnproevers. Het boek is echter voor al degenen die zich bewegen op het gebied van de transculturele psychiatrie een must, als theoretisch standaardwerk.

Hans Rohlof

Bettina Jacobsen, *De vreemdeling. Onderzoek naar ideeën en associaties met betrekking tot allochtonen*. Ubbergen: Uitgeverij Tandem Felix, 2001. 157 pp. f 41,00.

De aanslag op het WTC-gebouw in New York op 11 september 2001 heeft ook in Nederland er toe geleid dat de relatie tussen moslims en niet-moslims, tussen 'wij' en 'zij' meer dan voorheen op scherp gezet is. De beeldvorming lijkt zich te polariseren; de roep om een kloofoverbruggende dialoog klinkt alom. Alhoewel haar onderzoek al in 1997 en 1998 heeft plaatsgevonden, haakt Bettina Jacobsen aan bij dit thema. In *De vreemdeling* geeft ze weer hoe hulpverleners uit een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, de allochtone patiënten zien. Ze concludeert dat er sprake is van een afstand tussen autochtonen en allochtonen, die overbrugd moet worden vooraleer de noodzakelijke interculturalisatie zijn beslag kan krijgen. Deze afstand tussen 'de Nederlander' en 'de allochtoon' brengt zij in haar boek in beeld. De titel is enigszins misleidend, doordat het ten onrechte een verbinding met het werk van Albert Camus (*De vreemdeling*) en Julie Kristeva (*De vreemdeling in ons*) suggereert. Een verband dat overigens wel degelijk gelegd had kunnen worden.

De vreemdeling bestaat uit drie delen. Deel een, met dezelfde titel, vormt met 75 bladzijden het leeuwendeel van het boek. Deze bladzijden zijn grotendeels gevuld met letterlijke uitspraken van respondenten rond elf thema's of invalshoeken. De auteur concludeert hieruit onder meer: "Hierbij lijkt het cultuurverschil een schrikbeeld welk de afstand onoverbrugbaar maakt en de behandeling onmogelijk maakt" (p. 89). Het tweede deel, getiteld *Communicatie* heeft dezelfde opzet en gaat vooral in op taalproblemen en de mogelijke oplossingen daarvoor. In het derde en laatste deel presenteert Jacobsen haar onderzoeksopzet en legt zij verantwoording af over haar werkwijze.

Jacobsen verrichtte het onderzoek dat aan *De vreemdeling* ten grondslag ligt in het kader van haar opleiding tot psychiater. Het onderzoek was open en descriptief van karakter. Ze interviewde een selectie van medewerkers van het psychiatrisch ziekenhuis, waar ze werkte. Deze 25 respondenten vormden een dwarsdoorsnee van de organisatie: van manager tot receptioniste. Vijf van hen waren allochtoon. Het onderzoek is onder meer ingegeven door de afstand en huivering die zij zelf constateerde bij collega's als het ging om de hulpverlening aan allochtonen. Alhoewel het nergens uitge-

werkt wordt, blijkt uit een van de citaten dat de auteur zelf ook 'allochtoon' is. "Je hebt tussen allochtonen natuurlijk verschil. Je hebt vluchtelingen, maar je hebt ook, en dan noem ik jou bijvoorbeeld. Je komt ook in Nederland, maar je hebt gewoon je toekomst. Ja, je bent ook allochtoon" (p. 22).

Zoals Jacobsen zelf aangeeft verwijst het merendeel van de opmerkingen van de respondenten naar de onderliggende definities en invulling van het begrip allochtoon. De ervaren afstand is daarin een terugkerend en verbindend thema. Afstand verwijst dan naar "de ideeën, concepten, vooroordelen die vooraf aan het contact tussen twee mensen, de allochtone patiënt en de veelal Nederlandse hulpverlener, reeds bestaan" (p. 132). Deze beïnvloeden het contact in de zin dat de verwachting versterkt wordt dat men niet hetzelfde referentiekader heeft. Deze afstand moet overbrugd worden vooraleer interculturalisatie op gang kan komen. Deze stellingname roept verschillende vragen op, die de auteur onbeantwoord laat. Allereerst is er de vraag of het beeld van 'de allochtoon' aan de interactie voorafgaat, of juist in de interactie in een specifieke context op zijn minst ten dele vorm en inhoud krijgt. Deze interacties – tussen onderzoeker en onderzochten, tussen onderzochten en hun allochtone patiënten – zijn in dit onderzoek geen onderwerp van onderzoek. Een tweede vraag is of het overbruggen van afstand, of verschillen een essentiële voorwaarde is voor interculturalisatie. Het hanteerbaar maken van de ervaren 'afstand' lijkt mij eerder het doel van interculturalisatie. Verder kan men zich afvragen of verschillen geen voorwaarden voor de communicatie tussen therapeut en migrant zijn zoals Jos de Kroon in een artikel in het *Tijdschrift voor Psychotherapie* (1998) heeft opgemerkt. Is de ander geen voorwaarde om een zelfbeeld te ontwikkelen? "Wie zijn wij als zij zij niet meer zijn?" volgens A. van Waning in zijn recente boek *Multiculturele samenleving en psychoanalyse*. Dat zou betekenen dat het niet zozeer gaat of de afstand zelf en het verminderen ervan, maar om de wijze waarop ermee omgegaan wordt. Een laatste vraag betreft de invloed van de niet-cognitieve aspecten in de interactie tussen mensen met verschillende maatschappelijke positie, cultuur en gezondheid: houding, emoties, non-verbale signalen; aspecten die de afstand kunnen verscherpen dan wel verzachten. Het onderzoek beperkt zich tot wat mensen willen zeggen over wat ze denken, en laat wat ze doen buiten beeld.

De gepresenteerde citaten geven onder meer een intrigerend beeld en maken duidelijk hoe meerduidelijk een schijnbaar helder omschreven begrip als allochtoon is, hoe ieder daar zijn eigen persoonlijke invulling aan geeft. Allochtoon is voor sommigen een synoniem voor Marokkaan of Turk. Anderen onderscheiden scherp migranten (weinig aanpassingsmoeilijkheden) en allochtonen (groot cultuurverschil). Weer anderen geven aan dat je ook allochtoon-af kunt raken. "Indonesische mensen zijn ook allochtoon geweest," (p. 23) zegt een verpleegkundige. Duidelijk wordt dat allochtoon-zijn vooral allerlei dimensies van anders-zijn belichaamt. Dat anders-zijn is dan nauw verbonden met niet-passend zijn in de eigen vertrouwde hulpverleningsoptiek en werkwijze. Allochtoon blijkt een projectiescherm te zijn voor de ervaren problemen. Allochtoon is met andere woorden een probleemdefinitie geworden.

In het laatste deel van het boek geeft de auteur aan op allerlei manieren eventuele sturing van de respondenten te hebben willen vermijden, bijvoorbeeld door een open vraagstelling toe te passen. Ze heeft een video-opname van een gesprek laten screenen

op eventuele beïnvloeding van haar kant. Ze doet verwoede pogingen om als onderzoeker buiten beeld te blijven. Dat is bevreedend, wat ze citeert met instemming Watzlawick: "In ieder menselijk contact is er sprake van beïnvloeding, ook al probeert men dit te vermijden" (p. 127). De lezer kan zich afvragen of het allochtoon-zijn en het psychiater-in-opleiding zijn van de onderzoeker op zich al van invloed is geweest op de genoteerde uitspraken.

De vreemdeling is in meerdere opzichten onorthodox. "Op verzoek van de auteur is dit boek zonder uitgeversredactie uitgegeven", vermeldt de uitgever bij het colofon. Dat heeft geleid tot een ongewone en soms rommelige en onoverzichtelijke indeling waarin het moeilijk zoeken is. Verwijzingen naar bronnen ontbreken vaak; literatuur-referenties zijn incompleet. Pas aan het eind van het boek in het derde deel wordt de lezer geïnformeerd over de ins- en outs van het onderzoek. Dan heeft de lezer al ruim honderd pagina's uitspraken van respondenten gepasseerd, waarin alleen een basale ordening is aangebracht. De citaten of 'narratieven', zoals de auteur deze noemt, moeten blijkbaar voor zich spreken. Door een zeer fijnmazige ordening op thema's verliest de lezer dan al gauw de draad en het overzicht. De onderliggende thema's lijken zich zo eindeloos in vele toonaarden en nuances te herhalen. Aanbevelingen en conclusies lijken daardoor uit de lucht te komen vallen.

Toen ik *De vreemdeling* onder ogen kreeg, was mijn eerste indruk, dat ik geen verslag van een onderzoek aan het lezen was, maar gedeeltelijk bewerkte veldwerknooties. Jacobsen lijkt halverwege haar onderzoekswerk te zijn gestopt. Dit doet geen recht aan het vele werk dat verricht is om ordening te brengen in de interviewresultaten, maar geeft wel aan dat het boek iets mist. Wat ontbreekt, is een theoretisch kader, of beter het inkaderen van de onderzoeksgegevens. Wat het boek biedt, is een schatkamer aan informatie hoe de verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg zeggen te denken over een groeiende groep cliënten. Onderzoeken hebben inmiddels redelijk in beeld gebracht hoe allochtonen over de gezondheidszorg denken. Het omgekeerde is veel minder het geval. Bettina Jacobsen licht met haar boek een tipje van de sluier van een intrigerend onderzoeksterrein. Het is jammer, dat zij alleen aan de deur geklopt heeft en er niet binnen is gegaan.

Rob van Dijk

Stanley Jackson, *Care of the psyche. A history of psychological healing*. New Haven/London: Yale University Press, 1999, 504 pp. £ 30.00.

Ik zou deze recensie graag willen beginnen met het citaat van Cicero dat voor in het boek staat:

Seeing Brutus, that we are made up of soul and body, what am I to think is the reason why for the care and maintenance of the body there has been devised an art which from its usefulness has had its discovery attributed to immortal gods, and is regarded as sacred, whilst on the other hand the need of an art of healing for the soul has not been felt so deeply before its discovery, nor has it been studied so closely after becoming known,

nor welcomed with the approval of so many, and has even been regarded by a great number with suspicion and hatred?

Een opmerkelijke uitspraak van eeuwen geleden, die naar mijn opvatting nog steeds geldt. Vaak kijkt men met achterdocht naar alles wat met psycho- begint, laat staan dat men de ziel serieus neemt. Zielskunde, genezing van de ziel, zielenherder, zielsziekten: dat zijn geen woorden die men gemakkelijk in de mond neemt. Psychiater (psyche = soul; iatros = genezer) heeft meer en meer de betekenis gekregen van 'dokters van hersenziekten', analoog aan de 'dokters van het lichaam'. Wetenschappen, waaronder met name de antropologie, dringen erop aan dat het onderscheid tussen lichaam en ziel wordt losgelaten (terwijl ieder ander het onderscheid blijft maken) en richten zich op het lichaam. 'Lichaam en cultuur', 'Lichaam en politiek' of 'Lichaam, cultuur en gezondheid' zijn in. Maar wat is er met de ziel gebeurd? En met de gezondheid daarvan? Welke plaats neemt de genezing van de ziel nog in? Zulke vragen worden eens te meer interessant als we ziel niet gelijk stellen met geest, maar ervan uitgaan dat ziel ook een sociale huid is, zoals Pasternak heeft gezegd.

Antwoorden op deze vragen kan men voor een deel vinden in *Care of the psyche*. Het boek beschrijft immers de geschiedenis van de psychologische zorg en genezing. Stanley Jackson was hoogleraar psychiatrie en geschiedenis van de geneeskunde aan de universiteit van Yale. Zijn boek is een apotheose van vele jaren werk in de praktijk en als docent. Op die jaren en op de geschiedenis van de psychotherapie kijkt hij terug aan de hand van vragen als "Waarom zijn er zoveel suggestieve overeenkomsten tussen de verschillende benaderingen en waarom zijn ze dan toch zo verschillend?" Jackson gaat van de veronderstelling uit dat de benaderingen binnen de psychotherapie dezelfde ingrediënten hebben, maar dat de verschillen volgen uit steeds weer andere combinaties van die ingrediënten. Vervolgens gaat hij kijken hoe in de twintigste eeuw de psychotherapie zich heeft ontwikkeld. Dat levert een boek van 504 bladzijden op, vol met weldoordachte thema's ondergebracht in acht delen. Het boek is namelijk niet zo zeer naar periodes ingedeeld, maar naar thema's, zoals de basis, catharsis, belijdenis, comfort, passies, verbeelding. Op deze wijze maakt Jackson de ingrediënten van de psychotherapie duidelijk.

Jackson ziet de psychotherapie als een onmisbaar deel van psychiatrische behandeling, een opvatting die steeds minder door zijn collegae gedeeld wordt. Zijn bronnen zijn divers: medische geschiedenis, religie, filosofische tradities. Het boek richt zich hoofdzakelijk op de 'westerse' visies. Jackson begint zijn boek met een beschouwing van psychologische heling in het oude Griekenland en in Rome. De lezer vindt hier een beschouwing over ceremonies waarin extase een belangrijke rol speelt, over vervloekingen, incantaties, tempelgenezing. Drie typen geneeswijzen worden uitgelegd: de magische, religieuze en empirisch-rationele. De auteur toont dat deze typen met elkaar zijn verweven, en tevens dat elk type verbonden is met een bepaalde soort genezer: de heks, de magiër, de priester en de dokter. Het accent lag in die tijd vooral op consideratie en compassie, op vertrouwen, moraal (vooral die van de patiënt), kortom op die eigenschappen die in het algemeen voor artsen golden. Men kende toen aandoeningen als mania en melancholie, die men trachtte te behandelen door de aandacht van de

patiënten op het tegendeel te richten. Galen bijvoorbeeld benadrukte dat genezing kon worden bewerkstelligd door goede begeleiding en overtuiging (klinkt dat niet bekend?). Jackson zegt aan het einde van dit hoofdstuk dat de principes die in het oude Griekenland en in Rome golden voor psychotherapie ook elders waren te vinden. Hij noemt India en Egypte, waar de genezers via suggestie werkten.

Wat zo charmant is aan Jacksons boek is dat de auteur bijvoorbeeld niet spreekt over psychiater-patiënt, maar over genezer-lijder (sufferer). In het tweede deel van het boek weidt de auteur uit over de relatie tussen deze twee. Jackson laat zien hoe die relatie in de loop van de eeuwen is geweest. Zijn studie van geschriften over dit onderwerp brengt drie belangrijke thema's naar voren: hoe een genezer wel en niet moet reageren op het lijden van de ander; wat voor een persoonlijkheid een genezer dient te zijn en over de ideale kenmerken van de relatie tussen degene die lijdt en de genezer. Hij gaat vooral in op het laatste thema. Met name in de twintigste eeuw krijgt de relatie speciale aandacht. Elementen als compassie, empathie en voor de tijd van de moderne psychiatrie zelfs sympathie spelen een rol. Dit laatste stond centraal in 'magnetic medicine', waaruit Mesmer zijn benadering destilleerde waarbij magnetisme het belangrijks was en werd opgevat als een wederzijdse invloed van genezer en patiënt.

Luisteren is cruciaal. Jackson heeft het in dit geval over empathisch luisteren. Luisteren, stelt hij, is zelfs onderdeel van de genezing. Woorden zijn de genezers van een ziek gemoed, zo luiden de woorden van Aeschylus. Al sinds mensenheugenis spelen woorden een belangrijke rol in het genezingsproces: toverformules, gezangen, magisch woordgebruik en overredingskracht zijn de taal die wordt gebruikt om de ziel te kalmeren en te genezen. Daaruit zijn de 'talking cures' ontstaan, waarin taal en de woorden niet alleen een genezend effect hebben, maar tevens dienen om de diagnose te stellen.

Het volgende deel gaat over expressie, over hoe de dingen uit iemand te krijgen zijn die hem ziek maken. Catharsis speelt een belangrijke rol. In de loop van de eeuwen heeft deze reiniging centraal gestaan, maar veranderde van gedaante. Waren eerst dans en andere vormen van performance belangrijk, met de komst van de psychotherapie gaat het meer om verbale reiniging in de vorm van uitdrukking geven aan emoties. Jackson laat in de diverse delen ook steeds zien hoe religies de 'talking cures' en zielsgenezing hebben beïnvloed. In het geval van expressie betekent dat concepten als vertrouwen en biecht of confessie in de psychotherapie centraal komen te staan. Het gaat dan om de confessie van zonden en fouten, maar ook van angsten, zorgen en andere ziekmakende emoties. In de twintigste eeuw is het vooral Jung die de catharsis en de confessie in zijn therapie gebruikt. Freud neemt er naarmate hij ouder wordt, steeds meer afstand van.

Hoe hebben genezer in de loop van de geschiedenis het lijden van hun patiënten verlicht? Er is een opvallende overeenkomst tussen de verschillende perioden. Het kwam er vooral op neer dat genezers – of ze nu in de oude Griekse samenleving werkte, in de Middeleeuwen, als verlicht of christelijk genezer – de mensen leerden hun lijden te aanvaarden. Helen is om met een Frans gezegde te spreken: Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours. In de twintigste eeuw werd de kloof tussen de geneeskunde en psychologische genezing daarom steeds dieper. De eerste gaat de ziekte min of meer agressief te lijf, de laatste wilde het lijden verlichten door aanvaarding en troost.

Passies hebben steeds een belangrijke rol gespeeld. Het beheersen en controleren van de menselijke passies is een streven dat in de loop van de eeuwen een bron van zorg voor genezers is geweest. Passies zijn eigenlijk steeds vanuit een medisch perspectief benaderd. Voor Plato, Aristoteles en anderen zetelden de passies in bepaalde delen van het lichaam en moesten onder controle worden gehouden, omdat ze anders mensen ziek zouden maken. Voor de stoïcijnen waren de passies zelfs pervers en kon me er beter maar helemaal mee afrekenen. Later, in de Renaissance, werden de passies in ere hersteld. Niettemin bleef het zaak ze te bestrijden, desnoods met pijnlijke therapieën: *contraria contrariis curantur*. In de negentiende eeuw werd de strijd tegen de menselijke passies een morele strijd. In de twintigste eeuw behoorde de behandeling waarbij de ene emotie door de andere werd vervangen tot het verleden.

Verbeelding is een ander belangrijk element in de genezing van de ziel. Men maakt sinds de renaissance onderscheid tussen de macht en de kracht van de verbeelding. Daarmee is aangegeven dat verbeelding zowel negatief als positief voor het genezingsproces kan werken. Jackson bespreekt een aantal auteurs die zich met verbeelding en de problemen van de ziel hebben bezig gehouden. De meest bekende was volgens Jackson wel Burton met zijn boek *Anatomy of melancholy* (1621). Hij beargumenteerde, dat het soms noodzakelijk was – bijvoorbeeld in geval van wanen – aan de wensen van de patiënten tegemoet te komen en de verbeelding een bepaalde richting op te dirigeren om de genezing te bevorderen. Ik ken dit verschijnsel persoonlijk, toen ik eens een man die aan wanen over de duivel leed, de suggestie deed dat er ook nog engelen waren die het best tegen de duivel konden opnemen. Dat was niet commil-faut volgens de huidige psychiatrische inzichten, maar het heeft wel geholpen. Zijn therapeut was er blij mee, omdat hij geen enkele manier meer kon bedenken de man van zijn duivels te verlossen.

In de genezing speelt hypnose een belangrijke rol. Deze stuurt de verbeelding. Daarover en over andere technieken die patiënten kunnen beïnvloeden om zo hun genezing te bewerkstelligen gaat het zesde deel. Jackson bespreekt magnetisme, mesmerisme en hypnose in hoofdstuk 11. Mesmer (Oostenrijk) was een opmerkelijk mens. Hij werkte met magneten en elektriciteit, en baseerde zich op theorieën over de invloed van de planeten, magnetische effecten op dieren en bevindingen in andere landen. Later, in Frankrijk, herriep hij zijn theorie gedeeltelijk en legde meer het accent op de relatie tussen genezer en patiënt. Hij schijnt nogal wat successen geboekt te hebben. Hypnose was een ander middel. Dit werd met name ontwikkeld in de Salpêtrière te Parijs door Charcot en Bernheim in Nancy. Hypnose was controversieel: behalve dat het genezing kon brengen, kon het ertoe leiden dat de gehypnotiseerde persoon misdaden beging, psychisch ziek werd. Onder invloed van Charcot was iemand die gemakkelijk te hypnotiseren was, moreel zwak, mentaal ziek, psychisch defect en zwak van karakter. Eind negentiende eeuw werden talloze disputen over deze kwestie gevoerd. Niettemin bleef hypnose een belangrijk therapeutisch middel. Janet, Breuer en Freud hebben het toegepast en, hoewel het heden ten dagen nog altijd controversieel is, wordt het nog steeds gebruikt.

Jackson rekent suggestieve therapieën tot de genezingsmethoden van de ziel. Suggestie is het ‘inplanten’ van een idee in iemands geest, zodat die anders gaat handelen

of ervaren. De patiënt moet natuurlijk niet al te kritisch zijn. Met name tijdens en tussen de wereldoorlogen werd suggestie een vruchtbare therapie gevonden voor getraumatiseerde soldaten en andere mensen die ernstige mentale gevolgen hadden van de oorlog. Ook in de psychoanalyse werd er gebruik van gemaakt. Overreding, conditionering, beloning en straf waren genezingstechnieken die in meer of mindere mate in de loop van de tijd werden gebruikt.

Jackson stelde aan het begin van zijn boek, dat hij ontdekt had dat er verrassende overeenkomsten in genezingspraktijken te vinden waren in de verschillende historische perioden en verschillende denkscholen. Met name in de hoofdstukken van deel zes wordt duidelijk waarom die overeenkomsten er zijn. De technieken die worden gebruikt zijn allemaal alledaagse technieken, die niet specifiek voor de zielskunde zijn, maar wel bij de menselijke activiteiten behoren. Men zou dus kunnen stellen dat de genezingspraktijken zoals Jackson die beschrijft, gesystematiseerde alledaagse handelingen zijn. Dit wordt ook weer duidelijk als Jackson de cognitieve geneeswijzen bespreekt: uitleg en interpretatie, zelfbegrip en inzicht, zelfobservatie en introspectie.

Het aardige van het boek is dat de lezer kan volgen hoe in de loop van de geschiedenis de genezing van de ziel steeds meer een cognitieve aangelegenheid wordt. Een antropologisch geschoolde lezer zal onmiddellijk het verband met de ontwikkeling van een perspectief op de mens als rationeel, individueel, autonoom, zelfverantwoordelijk en zichzelf ontplooiend wezen herkennen. Geleidelijk aan moeten mensen als ze lijden hun leed begrijpen, betekenis kunnen geven, kunnen inzien waar het mis gaat en zichzelf tot object maken zodat ze zichzelf kunnen observeren. Niet dat al die cognitieve technieken zo nieuw zijn. "Ken uzelf" stond immers al in de tempel van Delphi gegrift. Er stond echter ook bij "niet te veel". Ik denk ook dat te veel leidt tot menselijke eilandvorming, isolement, superindividualisme, navelstaarderij en egoïsme. Inzicht is een basiselement in de therapie, maar dit element kan ook worden gebruikt om, als mensen er een 'gebrek' aan hebben, ze te manipuleren, uit te sluiten en ziek te verklaren. Waar dat eventueel toe kan leiden, heb ik in mijn boek over psychotische mensen, van wie wordt gezegd dat ze alle inzicht missen, proberen aan te tonen.

Het proces van in zichzelf kijken moet volgens Jackson altijd samengaan met dat andere: de relatie tussen genezer en patiënt, het sociale, het gevoel voor passies, emoties, vertrouwen. Hij schrijft op de laatste pagina van zijn omvangrijke boek dat genezen een natuurlijke menselijke activiteit is. Hij bedoelt natuurlijk dat genezen een van de essentiële menselijke behoeften is, die vorm krijgt binnen een bepaalde culturele context, in dit geval de Europese context. De lezer vraagt zich misschien af waarom ik niet wat meer ben ingegaan op de verschillende wetenschappers die Jackson in zijn boek ten tonele voert. Dat heeft zijn reden in het gegeven dat het boek zich vooral laat lezen langs de grote lijnen van het denken over genezing van de ziel in de loop van de eeuwen. Jacksons hoofdargument dat genezen niet alleen genezen van het lichaam is, maar ook dat van de ziel, staat voorop. De auteur heeft gelijk, denk ik.

Els van Dongen

Axel I. Mundigo & Cynthia Idriso (eds), *Abortion in the developing world*. London: Zed Books, 1999. 498 pp. \$29,95

The title of this book is promising. Induced abortion and particularly unsafe abortion is increasingly acknowledged to be a public health problem, especially in countries where abortion is illegal, as are most of the countries in the developing world. The WHO estimates that every year twenty million unsafe abortions take place in the world and some seventy thousand of these result in death. Especially in countries where abortion is illegal, complications of unsafe induced abortions are among the leading causes for maternal mortality. In addition to the problems for women (and their families), abortion also poses a big problem for the public health services. The cost required for the treatment of abortion complications in the public hospitals represent an enormous drain on the limited resources to the health sector in many developing countries.

Acknowledging the problems, the WHO Task Force for Social Science Research on Reproductive Health of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) announced in 1989 a research initiative on determinants and consequences of induced abortion in various cultural, social and service availability contexts in developing countries. The goal of the initiative was to increase the knowledge base on the reasons why women seek abortion, even in contexts where family planning (FP) services are widely available, and to so contribute to lowering abortion incidence and safer procedures. In this book, Mundigo and Idriso have compiled the abortion researches carried out within this initiative which cover countries in Asia (9), South- and Middle America (8), Eastern Europe (3) and Africa (2).

What this book teaches, is both the variety and the similarities in the abortion situation in developing countries. The main influences on both are the legal status of induced abortion, availability and accessibility of abortion- and FP services, national policies, economic status and societal norms. In countries where abortion is legal and FP services were available, the main study questions were 'why is there still so much abortion' and researchers wondered 'whether women consider abortion as a preferred way of birth control.' In countries where abortion is illegal the main questions related to the high incidence of unsafe abortions and how to prevent abortion by increased contraceptive use. Studies in the book clearly illustrate that illegality of abortion is a major factor in making abortions unsafe.

The researches diverged widely in their methodologies, scope, study populations, study settings and also in size, quality and thoroughness. Most were mainly quantitative, some qualitative. Most studies conducted surveys, with either structured interviews or self-administered questionnaires. Study populations for these surveys included women who came to the hospital with complications, who came for abortion (in countries where abortion is legal), community women, and some special groups (youths or single women in certain sectors, i.e. sex workers, factory workers). There was one extensive national survey (by Zamudio et al. in Colombia). Just a few studies (also) made use of qualitative data collection methods including in-depth interviews, case histories and focus group discussions. One study (Pick et al. in Mexico), had the interesting different data collection technique of ghost-clients visiting pharmacists and

market herb vendors. There was a string bias towards hospital based studies, with about two-thirds of the studies on women in a hospital setting.

The editors of the book divided the 22 case studies over four parts, although many studies touched on more than one aspect.

Part 1, *Contraception*, contains studies from Chili, China, Cuba, Dominican Republic, Mauritius, Nepal and Turkey. Molino et al. in an extensive intervention research in Chili tested and validated the generally accepted hypothesis that improving FP services would reduce abortion rate. However, even in countries believed to have strong FP programs (like Cuba, China, Mauritius, Turkey), the incidence of abortion as a result of non-use of contraception or contraceptive failure was found to be high. Researchers discovered that women either did not use effective contraception, or used them wrongly, because they feared the side effects, or thought they were cumbersome to use. Other reasons were that they did not have access to services, or were not in control of decisions on what contraceptives to use (their husbands made the contraceptive choices). The studies concluded that in order for FP services to reach the majority of women and men, the services have to be finely tuned in to the needs and preferences for fertility regulation of specific groups, including unmarried women.

In part 2, *Quality of abortion care*, there are studies from Brazil, China, Mexico, Turkey, Indonesia, the Philippines, Sri Lanka. Studies in countries where abortion is legal and safe (China and Turkey) pointed at relatively 'luxury' quality problems of pain management, provider's attitudes and women feeling 'rushed' by clinic staff. In the countries where abortion is illegal, quality of services was related to morbidity and mortality of unsafe abortion methods and the inadequate treatment of complications of abortion. Researchers in these countries pointed out that especially the poor and the young women do not have access to relatively safe abortion services and have to rely on quacks and self-abortion with a high risk of complications. Providers were found to be ambivalent about abortions. Although many of them disapprove of it, some would still help women in need, by providing abortion services, counseling or referring. The studies identified that post-abortion counseling on FP was generally lacking, with the result that women have repeat abortions.

Studies from China, Korea, Mexico and Tanzania in part 3, *Adolescent sexuality and abortion*, identified the problems of the changing world of unmarried women. In many countries women marry at an older age than in the past, increased numbers becoming sexually active before marriage and new education and job opportunities open up. These changes are usually in the context of continuing strong taboos on pre-marital sexual activity, and non-accessibility of FP services to single women. Figures on abortion prevalence in many countries show that adolescents are at a high risk of unsafe abortion. Adolescents' access to sex education and family planning is the exception rather than the rule in most parts of the world, even in countries, such as China, where abortion is legal and FP is widely available.

Part 4, *Research and its implications for policy*, is based on studies from Colombia and Slovenia. The interesting last chapter (25) is devoted to policy impact of research. It points to the importance of the political climate, which would influence whether research on a delicate topic such as abortion could have any impact on policy or on policy

implementation. The chapter gives positive examples where the research findings presented in this volume had an impact: on the national legislative process, the public debate on abortion and on improving the quality of care in FP, abortion and post-abortion services. It proves the importance of national researchers showing the reality of induced abortion in a national context. These researchers are embedded in their national network, from where they can exercise influence. It pleads for researchers to involve policy makers and care givers in their projects.

In their clear introductory and concluding chapters the editors touch on most of the problems related to abortion and on the strength of the information compiled from the different studies, they put forward solutions. However, overall most case studies were somehow disappointing. A general critique on the book is that in most studies the women aborting are 'invisible' as social beings and are instead treated as cases. Only a few studies pay due attention to women's personal stories and analyze women's experiences in their socio-economic context, including the gender relations at different points in women's lives. See the studies by Wei-jin et al. in China, Elu in Mexico, Oodit et al. in Mauritius, and Ehrenfeld in Mexico. Many of the studies equate non-use of contraception or contraceptive failure with unwanted pregnancy and abortion. Only a few studies pay attention to the series of decisions, ambivalence, doubts etc before the woman may decide to abort the pregnancy and then to act on the decision and choose a method for abortion.

Most studies do not answer the question *why* women in different contexts decide to abort instead of continuing the pregnancy, even when they are opposed to it. Partly this flaw is due to the mainly quantitative study design of most studies. These studies stop at the distribution of descriptive variables that outline the personal background of women aborting, such as age, number of pregnancies, education, contraceptive use. Only in-depth interviews with women who had abortions could make us understand women's decision processes leading to abort an unwanted pregnancy. FGDs provide only a broad overview of the cultural and social under-pinnings leading to unwanted pregnancy or abortion.

Striking was that five studies did not even differentiate between spontaneous and induced abortion, because, as the researchers said, "it is difficult to do so," and "often women do not want to disclose they had an induced abortion." Paiewonski in her Dominican Republic study stated: "Given the absence of infallible, or even merely reliable, medical criteria to differentiate between induced and spontaneous abortion this project treated all cases as if they were induced." Maybe medically the consequences of induced and spontaneous can be considered the same, but intentionally they are usually each other's opposite. Ehrenfeld's study in Mexico, one of the few qualitative studies, does not see this problem of differentiating between induced and spontaneous and explained: "Spontaneous abortion is easily identified in individual interviews. It was sadly regretted by the patient, she was often depressed for 'not being woman enough to carry the pregnancy and keep it' and she feared that 'now he will abandon me'. In these situations we also saw the family giving moral support to the girl."

Most studies in the book did not situate abortion in a socio-cultural, economic and political context. This may be partly due to the researchers being nationals and there-

fore taking the socio-cultural context for granted and assuming the readers know the context. The China-studies just vaguely mentioned the one-child family policy, while it would be the prevailing reason for having to abort pregnancies when women get pregnant and already have a child. The study in Cuba by Vasquez et al. points out that the abortion ratio is particularly high for adolescents, and explains that these are the age groups for whom an unwanted pregnancy poses the greatest difficulty. We do not learn however, what is the socio-cultural context that makes these pregnancies so unwanted.

Many studies omitted to point out their limitations: the population of women coming for abortion complications to the hospital is neither representative for the general population of women with abortion complications nor for the general population of women aborting.

In spite of my criticisms of many of the individual studies, I believe the book is an important document, because it pays attention to a relatively unexposed and un-researched problem and covers a wide geographic area. The editors did a good job in summarizing the issues in their introduction and concluding chapters. Moreover, I realize that the importance of quantitative data cannot be neglected, although they can be criticized for not explaining the problem. Showing the extent of a problem such as abortion, collected by national researchers, is a powerful tool to influence national policies.

Winnie Koster

Paul B. Pedersen, *Hidden messages in culture-centred counseling. A triad training model*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. 207 pp. £ 22.00 (paperback), £50.00 (gebonden).

In het algemeen wordt aangenomen dat onze sociaal-culturele achtergrond van invloed is op hoe we over psychische hulpverlening en therapieën denken en bepalend is voor hoe we therapieën geven en ontvangen. Volgens Pedersen – psycholoog en hoogleraar verbonden aan de afdeling ‘Human Studies’ van de universiteit van Alabama – wordt er bij het geven van therapieën toch vaak vanuit gegaan dat therapeut en cliënt dezelfde waarden delen en dezelfde opvattingen hebben over gezondheid en ziekte en over wat normaal is en wat abnormaal. Als therapeut, ingekapseld in onze eigen cultuur, reflecteren we echter onze eigen politieke, sociale en economische waarden.

In de hulpverleningsrelatie wordt conversatie vaak als een enkelvoudig proces gezien, als een verbinding tussen twee individuen. Pedersen onderscheidt drie of meer gelijktijdige conversaties. Twee ervan zijn non-verbaal en worden gevoerd in de hoofden van beide gesprekspartners en zijn de positieve en negatieve gedachten die iemand heeft over wat de ander zegt en doet. Deze gedachten worden niet ter sprake gebracht, maar bepalen wel de wijze waarop de verbale communicatie, de derde vorm, verloopt. Ze beïnvloeden aldus het therapeutisch proces. De veronderstelling is dat therapie, maar mogelijk alle communicatie, een interpersoonlijk en intrapersoonlijk fenomeen is. Het bericht dat we verzenden wordt eerst gecodeerd en de berichten die we ontvangen gedecodeerd. Deze regels van coderen en decoderen zijn cultureel aangeleerd.

Verskillende (sub)groepen zullen anders coderen en decoderen. Hoe meer culturele verschillen er zijn tussen gesprekspartners, hoe meer berichten er verborgen blijven voor de ander en hoe meer verborgen dialogen er plaatsvinden bij beide gesprekspartners, en des te meer risico er is dat de therapie niet tot een succesvol einde wordt gebracht. Bovendien is een groot probleem bij interculturele ontmoetingen dat de woorden wel worden begrepen, maar niet de stilzwijgende betekenissen, waarop die woorden zijn gebaseerd.

Om als hulpverlener beter met deze drie gelijktijdige dialogen om te kunnen gaan heeft Pedersen het 'Triad Training Model' (TTM) ontwikkeld. Dit model is een simulatie, die in trainingen kan worden gebruikt om de interne dialoog van de cliënt – datgene dat hij dus wel denkt, maar niet zegt – expliciet te maken. Dit wordt gedaan in een gesimuleerd therapiegesprek waarbij de therapeut in opleiding wordt gekoppeld aan drie personen die alle drie uit dezelfde (sub)groep komen. Een persoon is de cliënt die hulp zoekt voor zijn of haar probleem. De tweede persoon speelt de rol van *anti-counselor*, en verwoordt de negatieve interne berichten die de cliënt wel denkt, maar niet zegt. Zijn doel is de therapie in een negatief proces te brengen of zelfs te saboteren. De derde persoon speelt de rol van de *pro-counselor* en verwoordt de positieve interne dialogen die niet worden gezegd door de cliënt. Hij draagt op een positieve wijze bij aan het proces. Op deze manier krijgt de therapeut inzicht in het interne proces van de cliënt en in mindere mate ook in zijn eigen interne proces. Dit inzicht verschaft de therapeut meer duidelijkheid over de betekenis van de verbale interactie tussen therapeut en cliënt. Het uiteindelijke doel is de hulpverlener meer cultureel sensitief te maken.

Het boek bestaat uit drie delen, waarbij in het eerste deel het sociaal-psychologisch onderzoek wordt besproken dat aan de basis ligt van het model. Therapie wordt daarin primair als een intrapersoonlijk fenomeen gezien. Dit deel bestaat uit vier hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt het belang van de inter- en intrapersoonlijke dynamiek in de hulpverleningsrelatie behandeld. In het tweede hoofdstuk stelt Pedersen dat door het probleem van de cliënt als metafoer te zien, de mogelijkheid ontstaat om de sociaal-culturele context van de cliënt te introduceren in de therapie, als een realiteit in plaats van een abstracts iets. Vervolgens belicht hij het 'zelf' vanuit verschillende culturele contexten als een relationeel fenomeen. Het laatste hoofdstuk is gewijd aan de relatie tussen de onuitgesproken gedachten en het succes van een therapie. Van deze 'interne dialoog' wordt ook in andere therapievormen gebruik gemaakt, denk aan psychodrama en verschillende vormen van zelfinstructie.

Het tweede deel gaat verder in op het TTM. Het bestaat uit drie hoofdstukken die uitleggen wat TTM betekent als methode om toegang te krijgen tot de interne dialoog bij een cultureel-andere cliënt. Verder werkt Pedersen twee trainingsmodellen uit die bruikbaar zijn voor het scholen van therapeuten. Hoe groot het effect is van het TTM op de therapeuten die de training hebben gevolgd, is niet echt goed aan te geven. Deze therapeuten geven wel aan dat ze beter in staat zijn het probleem vanuit de cliënt helder te krijgen, ze makkelijker de bronnen van weerstand weten te vinden en dat ze meer vaardigheden hebben gekregen om uitspraken te herstellen die verkeerd overkomen bij de cliënt. Het belangrijkste is echter dat de sensitiviteit voor de multiculturele werkelijkheid is versterkt.

In het derde en laatste deel laat Pedersen zien hoe dit trainingsmodel kan worden toegepast. Hij beschrijft een aantal trainingssituaties waarbij TTM is gebruikt. In alle gevallen is er steeds een dreigende polarisatie tussen de therapeut en de cliënt. Zo beschrijft hij een casus over ongewenste intimiteiten waarbij de therapeut een man is en de cliënt een vrouw, en een casus waarbij de politieke achtergrond tussen de therapeut en cliënt erg verschillend is. In de beschreven voorbeelden gaat het steeds om situaties waarbij de therapeut en de 'cliënt-groep' uit hetzelfde land komen, maar uit verschillende subgroepen. De pro-counselor en anti-counselor geven steeds hun boodschappen gedurende het gesprek tussen de cliënt en de therapeut. Deze boodschappen hebben vooral betrekking op vragen van de cliënt of de therapeut hem/haar wel kan en zal begrijpen. Pas als de therapeut een juist begrip heeft en juiste kennis van de specifieke situatie van de cliënt, kan de cliënt volgens Pedersen de vaardigheden van de therapeut positief ervaren.

In de loop der tijd zijn er verschillende varianten op het TTM ontwikkeld. Pedersen besteedt hier twee hoofdstukken aan. Hij bespreekt eerst zes van deze varianten, waaronder het 'tolk/vertaler model'. Hierbij is een derde persoon aanwezig die de communicatie verheldert voor zowel de therapeut als de cliënt, waarbij het met name gaat om de cultuurspecifieke informatie voor de eerste. Vervolgens laat hij vier andere modellen zien waarbij de interne dialoog ook een eigen plaats heeft ingenomen. Deze modellen hebben zich zelfstandig verder ontwikkeld. Een van die modellen is het 'stereotype reversal in counselor training' van Margo Jackson. Dit model helpt de therapeut om zijn eigen empathie te verhogen door naar stereotypen van zichzelf te kijken. Door te kijken hoe bijvoorbeeld de cliënt tot slachtoffer is gemaakt en hoe de therapeut zichzelf onder deze omstandigheden zou voelen, ontstaat er een wederzijds band ondanks hun culturele verschillen.

Door veel aandacht te besteden aan het sociaal-psychologisch onderzoek dat aan de basis ligt voor zijn TTM tracht Pedersen de lezer te overtuigen van het nut van zijn model. Voor hulpverleners die zich echter al bezig houden met het verhogen van de culturele gevoeligheid, is er niet echt iets nieuws onder de zon. De insteek dat er meerdere dialogen tegelijkertijd zijn en dat met name de intrapersonlijke dialogen van belang zijn, is aardig maar niet nieuw. Ook Pedersen zelf geeft aan dat er veel vergelijkbare therapie- en opleidingsmodellen zijn. Bovendien wordt alleen aandacht besteed aan bewuste dialogen bij met name de cliënt. De onbewuste aspecten blijven grotendeels buiten beschouwing en inzicht in de onbewuste non-verbale communicatie lijkt mij eveneens cruciaal voor het welslagen van een interculturele therapie.

Voor mensen die zich bezighouden met het scholen van hulpverleners in het hulp geven aan mensen met een andere culturele achtergrond kan het TTM een goede methode zijn om mee te werken. Het steeds weer vinden van een cliënt, een pro-counselor en anti-counselor voor een rollenspel die een aantal vergelijkbare aspecten delen, zal echter niet meevallen.

Lia van Marrewijk

Nancy Scheper-Hughes & Carolyn Sargent (eds), *Small wars. The cultural politics of childhood*. Berkeley: University of California Press, 1999. 430 pp., £ 18.95.

De redacteurs van dit boek zijn tenoren in de recente stroming van 'medical anthropology of children', waaraan het Tijdschrift Medische Antropologie in 1999 haar jaarlijkse symposium en in 2000 een themanummer wijdde. Het kindperspectief is in de medische antropologie momenteel één van de 'hot issues'. Een antropologische blik op de kindertijd is ook in het boek van Scheper-Hughes en Sargent de centrale doelstelling. Het boek wil vooral duidelijk maken hoe onvermogen van ouders en gezinnen om individuele kinderen te beschermen en tot ontplooiing te laten komen, begrepen dient te worden in het kader van welbepaalde macropolitieke en economische situaties. De wijze waarop kinderen behandeld worden en de plaats die ze toebedeeld krijgen als ruimte om zich te ontwikkelen, zijn beïnvloed door globalisering, wereldwijde liberalisering, instabiliteit in politieke en economische structuren.

In het uitdragen van deze boodschap is het boek meer dan geslaagd te noemen. In verschillende bijdragen wordt concreet aangetoond dat globalisatie en wereldwijd kapitalisme er lang niet overal toe leiden dat moeders en jonge kinderen meegenieten van de voordelen hiervan, terwijl de werkloze en soms ook verslaafde vaders daarnaast al evenmin hun welzijn bevorderen. Scheper-Hughes put in dit verband rijkelijk uit haar ervaringen in Brazilië. Urbanisatie en participatie van moeders in loonarbeid gaan gepaard met minder borstvoeding en meer kinderziekte. Het doet moeders ook meer twifelen of ze wel melk genoeg zullen hebben om hun kind te voeden en te laten opgroeien. Wanneer daarbij nog moet gezorgd worden voor een partner die zijn plaats niet vindt in de samenleving, valt vaak allereerst het kind uit de boot.

De teneur van het boek wordt al in de inleiding gezet. Wie zal de stem van deze kinderen vertolken? Wie zal kritisch en geëngageerd deze kinderen aan bod brengen in de antropologie en, meer omvattend, in de menswetenschappen? In dat opzicht is Scheper-Hughes een bijzonder belangrijke auteur: Ze baant in de antropologie de weg om dit kindperspectief meer systematisch op het voorplan te plaatsen. "Kinderen zijn al te vaak afwezig in de antropologie", en net daarom is het onze taak als menswetenschapper en als antropoloog om deze kinderstem aan te spreken, een stem te geven en te laten zien hoe ze hun wereld organiseren en construeren. Bij Scheper-Hughes en Sargent neemt dit algemene principe een meer specifieke vorm aan. Ze willen vooral de impact verduidelijken van globalisering op kindervelzijn en kindersterfte alsook de invloed tonen op de kinderonwikkeling van dagelijks structureel geweld in het leven van hun jonge ouders die aan de rand van de samenleving (of zelfs eroverheen) leven.

Het boek is verdeeld in drie grote compartimenten: *Negotiating parenthood and childhood*, *The cultural politics of child survival* en *Small wars: children and violence*.

In deel I wordt de socioculturele definitie van ouderschap, persoonlijkheid en verwantschap centraal gesteld. Dit deel omvat zeven bijdragen. Mary Picone brengt in *Infanticide, the spirits of aborted fetuses, and the making of motherhood in Japan* een historisch perspectief aan. Ze beschrijft hoe 'traditioneel' in bepaalde streken in Japan kindersterfte een welbepaalde betekenis kreeg in periodes van extreme schaarste en hongersnood. Abortus is doorheen de tijd zeer ambivalent benaderd: enerzijds

getolereerd, anderzijds onbesproken en in die zin met schaamte omgeven. De invloed van het boeddhisme en de lokale *Mizugo* cultus op de beleving van ouderschap, de plaats van de moeder in het gezin en de verwerking van kindersterfte komen aan bod.

Lynn Morgan gaat in *Ambiguities lost: fashioning the fetus into a child in Ecuador and the United States* in op de vrij grote tolerantie in het rurale Ecuador ten aanzien van vroege abortus, wat verband houdt met de visie dat de baby nog geen persoon op zich is. Zij vergelijkt dit met betekenisgeving aan de foetus in westerse landen en bespreekt in dit verband de veranderende visies in Ecuador onder invloed van de oprukkende westerse technologie, zoals echografieën, die het kind op een andere wijze concreet voorstellen vanaf de eerste intra-uteriene weken.

De bijdragen van Daphna Birenbaum-Carmeli, *Reproductive partners: doctor-woman relations in Israeli and Canadian IVF contexts* en Elizabeth Roberts, *Examining surrogacy discourses: between feminine power and exploitation* brengen de kwestie van het genetisch en het sociaal ouderschap bij in vitro fertilisatie aan de orde.

De bijdrage van John Brett en Susan Niermayer, *Neonatal jaundice: the cultural history of the creation and maintenance of a 'disease' of newborns* beklemtoont vooral de sociale context van kinderziekten: het zijn metaforen van sociale versterking. Matthew Gutmann maakt dit concreter in zijn bijdrage *Mamitis and the traumas of development in a colonia popular of Mexico City*. Een bepaalde kinderziekte, waarin een algemeen niet gedijen van het kind vooropstaat, beschouwt Guttmann als de expressie van sociale spanningen die ontstaan onder invloed van een genderinversie, waarbij de moeder voor het inkomen van het gezin moet gaan zorgen en daardoor 's avonds moe thuis komt en weinig empathisch is voor het kind. In een aantal gevallen onderschat ze bepaalde symptomen van het kind. De te grote verantwoordelijkheid van de moeders, gecombineerd met een eigen onzeker bestaan, wreken zich als het ware op de gezondheid en het welzijn van het kind.

In de laatste bijdrage van het eerste deel, *Ethical reflections: taking a walk on the wild side*, gaat Meira Weiss, in op hoe Israëlische ouders een gehandicapt kind met en zonder duidelijke misvorming beleven. Het is één van de bijdragen die goed ingaan op concrete belevingen van de betrokken ouders. Handicap die gepaard gaat met duidelijke misvorming werken verwerping van het kind in de hand.

In het tweede deel van het boek vindt de lezer vier bijdragen over economische en politieke condities die kinderen in een risicosituatie brengen. In deze bijdragen wordt duidelijk hoe sociale en economische traumata waarover het kind noch zijn ouders enige controle hebben, de kindertijd kunnen tekenen. Caroline Brettell beschrijft in *Historical perspectives on infant and child mortality in Northwestern Portugal* de betekenisgeving aan kindersterfte in rurale, arme Portugese landbouwersgezinnen doorheen de laatste eeuwen. In de twee volgende bijdragen wordt de invloed besproken die uitgaat van strengere economische voorwaarden vanwege het IMF op de positie van jonge moeders en hun zorg voor zeer jonge kinderen.

Linda Whiteford heeft het in *Children's health as accumulated capital: structural adjustment in the Dominican Republic and Cuba* over de invloed van economische crisis, illegaliteit en urbanisatie op ouderschap en zorg. Gestegen kostprijs van voedsel en medicatie maakt dit allemaal veel minder bereikbaar voor de armere groepen van

moeders, waardoor de kwaliteit van de kindervoeding vermindert en nodige medicijnen niet tijdig toegediend worden.

Carolyn Sargent en Michael Harris bespreken in *Bad boys and good girls: the implications of gender ideology for child health in Jamaica* waarom daar vooral jongetjes achtergelaten worden door hun moeders. Het houdt verband met een zekere anti-male gender ideologie.

Leonard Lerer toont in *Who is the rogue? Hunger, death and circumstance in John Mamepe Square* de wanhoop van moeders die in zeer penibele economische omstandigheden hun borstvoeding als een slechte en ontoereikende gift beleven en bij gemis aan ondersteuning vanwege een ronddolende echtgenoot hun zieke jonge kinderen ongewild de nodige zorgen onthouden. In die complexe strijd om te overleven vanwege de ouders vallen de zwakkere kinderen door de mazen van het net. Hun dood is zelfs niet eens allereerst het gevolg van slechte voeding, maar wel van een voortdurende honger naar een goed aanbod in een gezin en in een sociopolitieke omgeving die deze honger niet kunnen stillen.

Het derde deel van het boek komt tot stand tegen de achtergrond van de gedachte dat bepaalde cultureel beïnvloede opvoedingsstijlen gedurende decennia door antropologen niet als problematisch gezien werden. Kindermishandeling is bijvoorbeeld een topic die slechts weinig aan bod kwam in antropologische studies. In hun 'nieuwe' aandacht voor ouderschap stellen de auteurs van *Small wars* dat ouderschap niet steeds gewenst en van nature uit ook niet goed zal verlopen. Veel hangt af van de sociopolitieke situatie waarin de ouder voor zijn kind kan zorg dragen.

Jill Korbin waarschuwt in '*Good mothers*', *babykillers*' and '*fatal child maltreatment*' voor het foutief inschatten van bepaalde subtiele vormen van verwaarlozing van baby's door wrokkige, overvraagde en met zichzelf bezig zijnde moeders in *favela's*. Eenzelfde perspectief wordt ingenomen in de bijdrage van Philippe Bourgois, *Families and children in pain in the US inner city*. De beschreven ouders zijn zowel politiek en sociale slachtoffers als inadequate ouders die hun kind tot slachtoffer maken en een transgeneratiele cirkel van geweld op jonge kinderen doorzetten. De onderzoeksgroep is gerekruteerd bij jonge crack dealers in Harlem die het ganse gezin bij hun handeltje betrekken. Het lijkt alsof deze gezinnen geen andere uitweg hebben in een wijk die op een steenworp afstand ligt van het rijke New York. Het leidt volgens de auteur tot het gegeven dat men in Harlem als kind meer kans heeft om te sterven aan geweld op straat dan tijdens een bombardement in een oorlogsconflict. Opvallend is de hoge ratio van geweldpleging door jongeren zelf. Daarenboven werden recent een aantal hulpverlenende initiatieven in deze wijk van New York gestopt, wat vooral voor de kinderen nadelige gevolgen heeft: hun toegang tot voedsel, bescherming, opleiding en medische zorg wordt duidelijk verkleind.

In *Ritual and satanic abuse in England* beschrijft Jill Lafontaine de grote miskenning van seksueel misbruik vanwege hulpverleners ten aanzien van kinderen of vanwege babysitters, leraren en priesters. Het is een erg beladen thematiek die voor 'believers' en 'non-believers' zorgt. Lafontaine meent dat deze kwestie niet losgemaakt kan worden van bepaalde spanningen in periodes van snelle sociale verandering. De schrik dat kinderen aangevallen worden, reflecteert tevens de angst voor de toekomst van de

samenleving als geheel. Nancy Scheper-Hughes concretiseert dit in *Institutionalized sex abuse and the catholic church*. In enkele besloten lokale gemeenschappen in New Foundland zorgt een aantal gevallen van seksueel misbruik van kinderen door priesters voor grote commotie. De ouders van de betrokken kinderen worden aan het woord gelaten. Ze spreken van demonische en satanische inversie van religieuze waarden: priesters die als duivels ervaren worden. Over de 'realiteit' van deze gevallen spreekt de auteur zich niet uit. Scheper-Hughes heeft het eerder over een socioculturele betekenisgeving aan deze 'gebeurtenissen' en 'gevallen'.

Maria Olujic heeft het in *Children in extremely difficult circumstances: War and its aftermath in Croatia* over de gevolgen van politieke instabiliteit, economische crisis, oorlog, genocide en algemeen sociaal trauma voor de ontwikkeling van kinderen. Kroatië telt een opvallend groot aantal wezen en thuisloze kinderen. Ze zijn de grootste slachtoffers van het oorlogsgeweld, waarbinnen de etnische zuiveringen één van de minst verwerkbare ervaringen vormt. Chaos en wanhoop vormen een belangrijk onderdeel van hun leefwereld. Een aantal van hen worden reeds als kind gerekruteerd. Zonder schoolse opleiding zijn ze gemakkelijk te manipuleren, te controleren door bendeleiders en in te zetten in straatcriminaliteit waarvoor ze dan weer opgepakt en soms ook gemarteld worden.

De twee laatste bijdragen handelen over het geweld van de armoede. Nancy Scheper-Hughes en Daniel Hoffman hebben het in *Brazilian apartheid: street kids and the struggle for urban space* over de invloed van onvoldane behoeften aan woonruimte of veiligheid enerzijds en de dagelijkse sfeer van rellen, wapenbezit, dealen en rechteloosheid in de Braziliaanse *favela's* anderzijds. Door het alledaagse geweld is iedereen er in een strijd om overleving verwickeld. Daarin staat het kind als een soort minivolwassene op één lijn met de ouders. De visie van de ouders op het kind staat dan ook haaks op de Europese middenklasse, waar het kind als een onschuldig, klein wezen beschouwd wordt dat alle bescherming verdient. De realiteit van Braziliaanse arme kinderen is duidelijk anders. In plaats van onderwijs vormt kinderarbeid al vanaf zeer jonge leeftijd een manier om voor het gezin iets in het zakje te brengen, vaak de enige manier om van de ouders bescherming te krijgen en niet op de straat terecht te komen. Deze ouders brengen het kind bepaalde zaken bij om te overleven in deze moeilijke omstandigheden, hoe pervers deze zaken in de ogen van buitenstaanders ook mogen zijn. Donna Goldstein maakt dit duidelijk in *Nothing bad intended: child discipline, punishment, and survival in a shantytown in Rio de Janeiro, Brazil*. Wat aangeleerd, bekrachtigd of bestraft wordt bij kinderen, is in deze leefomstandigheden soms volledig anders dan in een Europese of Noord-Amerikaanse middenklasse.

In de zeven bijdragen van dit derde deel is de boodschap vooral het effect van de publieke sfeer op het privé-leven, in dit geval het gezin en de wijze waarop dit gestructureerd is en de opvoeding van kinderen ter harte neemt. Wat dit laatste betreft, is het boek van Scheper-Hughes en Sargent zeker geslaagd te noemen. Deze auteurs houden van duidelijkheid, indringendheid zelfs. In het perspectief van de geschiedenis van de antropologie is dit standpunt begrijpelijk: de antropologie heeft dit kindperspectief tot nog toe te weinig aan bod gebracht. Een stap verder – de kinderen zelf aan het woord laten – lukt de auteurs van dit boek minder, al was dit in de inleiding ook aangekon-

digd. Maar goed, wellicht is dat ook net teveel gevraagd en moeten we vooral de correctie die Scheper-Hughes en Sargent aanbrenge naar waarde schatten. In andere menswetenschappen is dit kindperspectief beter vertegenwoordigd. Men denke hier bijvoorbeeld aan de (klinische) kinderpsychologie. Ook dat heeft natuurlijk zijn geschiedenis. De psychologie mist vaak elke kritische situering van het onderzoek en de theorievorming over kinderen in socioculturele dimensies. Net daarin is het boek van Scheper-Hughes en Sargent dan weer zeer rijk.

Een ander voordeel is dat de geëngageerde, kritische – en in die zin ethisch niet-neutrale antropologie – duidelijk naar voor komt. Een nadeel van het boek is dat lang niet alle bijdragen van hetzelfde niveau zijn. De meer dan vierhonderd pagina's bevatten ook heel wat herhalingen. De redactionele snoeischaar had veel vaker mogen gehanteerd worden. Verder heeft de lezer ook de indruk dat het voornaamste al in de inleiding gezegd is. Beide redacteurs kunnen het niet laten om daarin veel meer te doen dan het boek in te leiden, de bijdragen voor te stellen en de zin om verder te lezen te prikkelen. Ze brengen in de inleiding al in zekere zin een samenvatting, een besluit, een teneur die voor de lezer moet duidelijk zijn. Dat is toch wat vroeg. Noch de lezer, noch de verschillende auteurs mogen dan nog afwijken van deze lijn. Hierdoor gaat ook wel wat verloren, zoals mij persoonlijk ook in vroeger werk van Scheper-Hughes opviel. De studie over Brazilië uit 1992 – *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil* – toont net zoals de bijdragen van dit boek de impact van publieke, macropolitieke en economische structuren op het moederschap en de kindertijd. Dit wordt ongetwijfeld zeer sterk naar voor gebracht. Enige differentiatie blijft echter verder afwezig. Het lijkt alsof alle moeders kindersterfte zonder duidelijke tekenen van rouw verwerken. Verschillende stemmen van moeders (en siblings) zouden hier welkom zijn. Bij gemis daaraan hebben we ook in *Small wars* te vaak de indruk dat de auteurs en de redacteurs vooral naar voor brengen wat in de door hen uitgestippelde hoofdlijn past.

Deze beperkingen nemen niet weg dat dit boek opnieuw een belangrijk merkteken is in de groei van de 'medical anthropology of childhood'. Graag willen we de kleinere kanten van het boek erbij nemen begrijpelijk vanuit de macrohistorische wetenschappelijke context waarin dit domein volop bezig is te groeien. In ieder geval blijft als een paal boven water dat dit boek belangrijke inspiratie biedt voor de groei van een medische antropologie van kinderen, en dat is allicht nog veel belangrijker dan de kleine kinderziekten die het boek ook vertoont.

Patrick Meurs

M. Schermer, *The different faces of autonomy. A study on patient autonomy in ethical theory and hospital practice*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2001. 234 pp.

Dit proefschrift is om een aantal redenen bijzonder. Het biedt een ethische analyse van een kernbegrip uit de medische ethiek, autonomie, dat ook een heikel punt is in de medische praktijk. Het doet dat aan de hand van echte casussen. In de ethiek wordt meestal met hypothetische casussen gewerkt, maar Schermer verrichtte observerend onderzoek op een afdeling interne geneeskunde in een academisch ziekenhuis in

Nederland. De auteur is naast ethicus ook arts en bestudeert dus de eigen professie en haar praktijk, de omgang met (zieke) mensen in de gezondheidszorg. Ze baseert de ethische analyse op de praktijk en komt op basis van die analyse weer tot concrete richtlijnen voor de praktijk. Ondanks de casuïstiek biedt het boek dus niet zozeer een etnografie met een analyse van de praktijk, maar eerder een ethische analyse met normatieve uitspraken over de praktijk. Het boek is daarmee een voorbeeld van 'toegepaste ethiek'. Als doel formuleert Schermer het verhelderen van het concept autonomie en het principe van respect voor autonomie. Bovendien wil ze de ethische theorie over dit onderwerp verder ontwikkelen op een manier die nuttig is voor de geneeskundige praktijk. Het doel van deze studie is ook het helpen vertalen van meer algemene en abstracte morele regels en principes in concrete en specifieke doelen in richtlijnen die moreel rechtvaardig zijn en werkbaar in de praktijk. Schermer wil dat de theorie leert van de praktijk en andersom. Maar ze wil niet tot concrete richtlijnen komen. De doelgroep is niet de individuele artsen, maar medisch ethici en beleidsmakers.

De geobserveerde patiënten zijn mensen van boven de 65 jaar. Niet alle mogelijke situaties en beslissingen worden bestudeerd. Besluitvorming rond wilsonbekwamen en beslissingen over leven en dood als ook de rol van familieleden bij beslissingen worden niet onderzocht. Schermer kiest er voor om verschijningsvormen van autonomie te onderzoeken die in de ethiek veronachtzaamd zijn: bij kleine, dagelijkse (medische) beslissingen.

Het boek bestaat uit twee delen. In de hoofdstukken twee tot en met vijf wordt de theoretische achtergrond van de studie uiteengezet. Allereerst wordt uitgewerkt wat het begrip autonomie volgens verschillende theorieën inhoudt. Paternalisme, 'informed consent', wilsbekwaamheid en de rol van risico's worden besproken. In hoofdstuk vier wordt de methode van onderzoek uiteengezet. De onderzoeker deed participierend observatieonderzoek en verzamelde zo 22 bruikbare casussen. Ze liep mee met zaalartsen en was ook aanwezig bij besprekingen tussen stafleden en tussen stafleden en patiënten. Aanvankelijk wilde Schermer casussen bestuderen waarin autonomie van de patiënt bij besluitvorming problematisch was, maar ze zag snel dat autonomie in verschillende situaties interessant is en niet alleen bezien moet worden in het kader van (ingrijpende) beslissingen.

In hoofdstuk vijf zet Schermer haar algemene conclusies over de praktijk op een rij en selecteert ze onderwerpen die in de rest van het boek verder worden uitgewerkt. De dagelijkse medische beslissingen zien de artsen als technische beslissingen waarbij de patiënt weinig inspraak wordt gegund. Er is bij die beslissingen weinig aandacht voor waarden, normen en doelen (van de patiënt). Zelden wordt er door de artsen gesproken (met de patiënten) over de doelen van de behandeling op lange termijn. Ze worden oppervlakkig geïnformeerd, horen nauwelijks iets over de risico's van ingrepen of onderzoeken. Patiënten zelf blijken niet te vragen om zeggenschap bij dit soort beslissingen. Ze vertrouwen de artsen blijkbaar. Wat patiënten wel nastreven, is controle over hun dagelijkse bezigheden, hun persoonlijke domein. In dat opzicht is autonomie ook belangrijk, laat Schermer zien.

In de praktijk en in de scholing van de arts domineert het 'biomedische perspectief'. In dat perspectief zijn diagnose en behandeling 'technische zaken', is de patiënt slechts

de drager van een ziekte en kunnen de doelen van de behandeling worden vastgesteld zonder zijn mening te kennen. Het werken met protocollen, vaste gedragslijnen voor behandeling en 'evidence based medicine' versterken dit denken. Artsen gaan vaak uit van 'standaardpatiënten' bij hun inschatting van wat de patiënt belangrijk vindt. Het model van informed consent wordt door Schermer bekritiseerd, omdat het er vanuit gaat dat er ondubbelzinnige medische informatie is die door de medicus aan de patiënt wordt gegeven zodat die mee kan beslissen. Ondubbelzinnig en waardevrij is medische informatie echter zelden en de arts zal dus informatie moeten structureren en selecteren, en moeten vragen naar het perspectief van de patiënt om die zo bij de besluitvorming te betrekken. Schermer noemt het 'collaborative decision-making' in plaats van informed consent, want arts en patiënt werken samen en stellen gezamenlijk doelen en middelen vast.

In hoofdstuk zeven en acht bespreekt Schermer een casus waarin onduidelijk blijft wat de patiënt zelf wil. De heer West uit tegen verpleegkundigen soms de wil om te sterven, maar hij bespreekt dit niet met de artsen. De casus en de bespreking ervan vormt een opstap naar het thema van het volgende hoofdstuk, paternalisme van medici en competentie van patiënten om beslissingen te nemen. De stafleden rond de besproken casus oordelen dat zij het welzijn van de patiënt kunnen beoordelen. Bij de afweging van het belang van een (vermoedelijk wilsonbekwame) patiënt speelt het risico dat de beslissing van de patiënt voor zichzelf inhoudt een grote rol, alsmede de ingrijpendheid van de maatregelen die moeten worden genomen om tegen de wens van de patiënt in te kunnen gaan. Aangezien het inschatten van de competentie van de patiënt erg lastig is en niet, zoals in ethische theorie wordt gesteld, gebeurt niet voorafgaand aan, maar tijdens besluitvorming, stelt Schermer een 'dubbelstrategie' voor die vaak in de praktijk wordt gehanteerd bij patiënten wiens bekwaamheid tot beslissen in twijfel wordt getrokken. Zowel de patiënt als diens vertegenwoordigers worden dan geïnformeerd en bij de besluitvorming betrokken.

Hoofdstuk negen behandelt autonomie vanuit het gezichtspunt van het 'zorgethisch perspectief' (the ethic of care) waarin autonomie niet gezien wordt als een toestand waarin een geïsoleerd individu verkeert, maar als een proces waarin het interdependente individu een bepaalde mate van autonomie verwerft. Schermer stelt dat ziekte ingrijpt op het zelfbeeld en daarom vraagt om een herwaardering van waarden en normen en de eigen identiteit van de patiënt. Stafleden zouden meer op dit aspect moeten inspelen. Daarmee leveren ze meteen een voorwaarde voor het verlenen van een grotere autonomie aan patiënten, want door meer aandacht voor de individuele wensen en normen dragen ze eraan bij dat patiënten een stem krijgen. Schermer spreekt daarom van 'care-for-autonomy' waarin de vermogens van de patiënt om mee te beslissen gestimuleerd worden. Ze schetst als nadeel van het zorgethisch perspectief dat het er vanuit gaat dat iedereen, soms door stimulatie, wil en kan mee beslissen op grond van duidelijk geformuleerde eigen waarden en normen. Dat is niet zo en Schermer meent ook dat patiënten het recht moeten hebben om niet te beslissen.

In hoofdstuk tien worden twee patiënten besproken. Eén patiënt is erg betrokken bij de behandeling en heeft veel vragen bij de medische beslissingen door de artsen. De andere patiënt vertrouwt er op dat voor haar de juiste beslissingen worden genomen.

Twee thema's die onderbelicht zijn in ethische theorie, controle en vertrouwen, worden daarop uitgewerkt. Het blijkt dat controle over kleine zaken als dagindeling en maaltijden voor patiënten ook een aspect vormen van autonomie, zeker als ze niet willen of kunnen meebeslissen over hun behandeling. Schermer laat zien dat een patiënt die een arts het vertrouwen schenkt, niet per definitie minder autonoom is. Zelfbeschikking is een recht en geen plicht. Arts en patiënt kunnen bovendien een zodanige langdurige en vertrouwensrelatie hebben dat de arts weet welke waarden en normen voor de patiënt van belang zijn en in staat is in diens belang te handelen.

Autonomie is volgens Schermer een veelzijdig begrip dat naar situatie en context ingevuld moet worden. In de psychiatrie is het van belang dat de capaciteiten van patiënten om tot autonome beslissingen te komen worden gestimuleerd, maar in de somatische gezondheidszorg is dat niet het eerste doel. In dat ziekenhuis maakt de lengte van de opname, de ernst van de ziekte, de persoonlijkheid van patiënt en arts, en de relatie tussen beiden een groot verschil. Schermer meent dan ook dat ethiek niet moet proberen om een correcte handelwijze voor iedereen in alle situaties voor te schrijven. Ethiek moet richtlijnen geven en argumenten en overdenkingen bieden, maar de morele afwegingen moeten voor een groot deel gemaakt worden door de mensen om wie het gaat. Schermer kan door haar dubbele positie als insider ethiek en medische praktijk lessen leren: "in hospital practice there is more to choose for patients than many physicians seem to think, but less than the ethical theory often suggests" (p. 204). Ze beveelt aan dat in de opleiding van artsen meer aandacht wordt gegeven aan vaardigheden en attitudevorming waardoor zij gevoelig worden voor de waarden en voorkeuren van individuele patiënten. In de organisatie van de afdeling zouden die waarden en voorkeuren een meer structurele plaats dienen te krijgen. Protocollen en richtlijnen moeten flexibel worden, zodat afwijkingen in individuele gevallen mogelijk zijn. Verder zou er onderzoek moeten worden gedaan naar het beeld van de 'standaardpatiënt'. Patiëntenorganisaties moeten niet alleen patiëntenrechten verdedigen, maar ook stimuleren dat mensen reflecteren op hun waarden en voorkeuren.

Schermer wil met de casussen vooral nieuwe elementen van autonomie vinden. Dat is gelukt. Ze wil de lezer deze casussen zo 'open' mogelijk presenteren, zodat deze zelf de verschillende mogelijke perspectieven kan zien en de opvattingen van patiënten en hulpverleners duidelijk worden. Ze spreekt van 'thick description', maar zo uitvoerig zijn de casus helemaal niet. Soms wordt gedrag van patiënten samengevat met termen die duiden op professionele oordelen uit de praktijk, maar die niet duidelijk maken wat de patiënt deed. Zo schrijft Schermer bijvoorbeeld over de 'veeleisende patiënt' of de patiënt die veel aandacht 'op een negatieve manier' eist. Verwarrend zijn verder de verschillende soorten beslissingen waarin de autonomie aan de orde komt. Daarmee sluit Schermer aan bij de praktijk en is de ethische analyse realistisch en bruikbaar, maar de lezer krijgt bijna onvergelykbare beslissingen voorgeschoteld: van beslissingen om onderzoeken te doen tot beslissingen over leven en dood.

Eric Vermeulen

Wen-Shing Tseng, *Handbook of cultural psychiatry*. London: Academic Press, 2001. 855 pp. £ 99.95.

Wen-Shin Tseng, hoogleraar psychiatrie aan de universiteit van Hawaï, heeft een reuzentaak verricht met het samenstellen van een nieuw handboek voor de transculturele psychiatrie. Het is een handboek, maar vooral een encyclopedisch naslagwerk geworden, dat vele jaren gebruikt zal kunnen worden voor het vakgebied. Alhoewel hij het als monografie heeft opgezet, heeft Tseng medewerking gekregen van 34 collega's die goed bekend zijn binnen de wereld van de transculturele psychiatrie. Als consulenten hebben onder meer El-Islam, Jilek, Kinzie, Kirmayer, Lin, Mezzich, Sartorius en Westermeyer gefungeerd om maar enige bekende namen te noemen.

Het *Handbook of cultural psychiatry* boek maakt een evenwichtige indruk door de korte hoofdstukken en de systematische opzet. Hierin is de hand van een helder denker met een encyclopedische kennis zichtbaar. Niet alleen is Tseng op de hoogte van de belangrijke literatuur op dit vakgebied, hij heeft zelf ook veel wetenschappelijke publicaties op zijn naam staan.

Het boek omvat acht gedeelten, die organisch in elkaar overlopen:

- cultuur en menselijk gedrag, waarin hoofdstukken over gezin, huwelijk, ontwikkeling, persoonlijkheid, psychologie, en ouderdom zijn ondergebracht;
- cultuur en geestelijke gezondheid, met hoofdstukken over stress en coping, geestesziekte en ziektegedrag;
- cultuur en psychopathologie, waarin epidemiologie, specifieke syndromen en de culturele aspecten van de groepen psychische stoornissen worden belicht;
- cultuur en de klinische praktijk, met hoofdstukken over de relatie tussen clinicus en patiënt, over het stellen van de diagnose, vragenlijsten, psychiatrische instituten en medicijnen;
- cultuur en psychotherapie, waarin aandacht wordt besteed aan inheemse geneeswijzen, specifieke therapieën (zoals de Morita-therapie) en culturele aspecten van de gangbare psychotherapieën, alsmede de psychotherapeutische praktijk in diverse culturen en cultuurrelevante psychotherapie;
- cultuur en therapie met speciale subpopulaties, zoals kinderen, echtparen, families, ouderen en somatisch zieken;
- sociale fenomenen en therapeutische overwegingen, waarin culturele verandering, migratie, vluchtelingenschap, minderhedenproblematiek, interculturele huwelijken, en godsdienst aan de orde komen;
- onderzoek, theorie en opleiding, waarin kenmerken van crosscultureel onderzoek, psychologische en antropologische theorievorming, en de opleiding in transculturele psychiatrie worden genoemd.

Het boek wordt gecomplementeerd met een veertien bladzijden lange lijst van referentiewerken op al deze gebieden, en een auteur- en zakenregister.

Het oude tekstboek van Tseng en McDermott op het gebied van de transculturele psychiatrie, *Culture, mind and therapy* is alweer twintig jaar oud en kan bij lange na niet tippen aan dit zeer complete werk. Zoals uit de opsomming van de hoofdstukken

blijkt, geeft dit boek een compleet overzicht over wat er in het vakgebied beschreven wordt.

Enige kritische kanttekeningen zijn snel gemaakt, maar vallen in het niet bij de rijkdom van het boek. Zo wordt vooral verwezen naar voorbeelden uit de culturen van het Verre Oosten. Dat is begrijpelijk bij een auteur die zelf een Chinese achtergrond heeft en ook veel in het Chinees heeft geschreven. Voor de Nederlandse praktijk is dat wat jammer, omdat voorbeelden uit Afrikaanse culturen en culturen van het Midden-Oosten wat spaarzamer zijn. Maar er is ook natuurlijk minder in het Engels geschreven over deze culturen. Tseng baseert zich immers vooral op de Engelstalige literatuur. Het boek richt zich verder op een Amerikaans en mogelijk een Chinees/Japans publiek. Voorbeelden uit de herkomstlanden van migranten in Nederland zijn er wel en ook de overige casuïstiek laat zich goed lenen voor onze patiënten. Een Nederlands boek met Nederlandse casuïstiek wordt nog steeds node gemist, maar het schijnt er aan te komen.

De theorieën wat betreft de transculturele psychiatrie worden ook beschreven, maar komen er met 25 bladzijden wat karig af. Aan de andere kant is het wel zo dat Tseng beknopt schrijft en weinig herhaalt. Bij elk hoofdstuk staan weer veel referenties voor degene die door wil lezen. Ook de culturele formulering van de diagnose, zoals in de bijlage van DSM-IV beschreven komt er wat karig van af. Hij wordt wel beschreven, maar Tseng noemt niet wat de potentie is van deze culturele formulering van de diagnose, noch hoe het gebruik ervan kan leiden tot een meer cultureel bewuste kijk.

Uiteraard is een handboek niet alleen van belang om er stukken uit te lezen, maar ook als een naslagwerk. Dan moet het register goed functioneren. Ik heb niet alle lemma's nagekeken, maar wel een aantal. En het werkt. Bij het woord etniciteit bijvoorbeeld wordt niet alleen een heldere definitie gegeven, maar volgt ook nog een uitgebreide discussie over randbegrippen, en volgen weer verwijzingen naar andere gedeelten van het boek. Het boek zou zo als CD-ROM uitgegeven kunnen worden. Dat is als compliment bedoeld. Ik hoop dat het niet gebeurt, want het boek is fraai uitgegeven en ligt als voorwerp lekker in de hand.

Het *Handbook of cultural psychiatry* is ten slotte een voorbeeld van de nieuwe transculturele psychiatrie. Uiteraard wordt nog stilgestaan bij cultuurgebonden syndromen, maar veel andere onderwerpen komen aan de orde, zoals de interculturalisatie van zorg, cultuursensitiviteit bij onderzoek, problemen in het crossculturele onderzoek, het samenwerken met inheemse genezers. Voor psychiaters en psychotherapeuten die werken vanuit de principes van de transculturele psychiatrie, is het een onmisbaar handboek en naslagwerk. Dat betekent flinke pressie uitoefenen op de bibliothecaris van de instelling, want de prijs maakt het zelf aanschaffen van het boek alleen voor de hoogvermogenen onder ons mogelijk.

Hans Rohlof