

## Boekbesprekingen

Colin Blakemore & Sheila Jennett (eds), *The Oxford companion to the body*, Oxford: Oxford University Press, xii+752 pp. index, illustraties. £ 39.50 (gebonden).

Zoals het lichaam een cruciale rol speelt in de vorming van metaforen, zo spelen metaforen een zelfde rol in de ervaring van het lichaam. Bekend is dat het lichaam werd gezien als een kerker of een huis voor de ziel. Dat is in het kort een wat vrije vertaling van de beginzinnen van een van de meer dan duizend trefwoorden in *The Oxford companion to the body*. De beschrijving onder het trefwoord 'metafoor' geeft referenties die voor antropologen bekend zijn: Emily Martin, Foucault, Lakoff en Johnson. Blade-rend in de *Companion* kom ik een stuk over handen tegen. Hier wordt de hand ook in een culturele context geplaatst. Het gaat dan over de betekenis van de positie van de hand in religies, over de betekenis van rechts en links, amputatie van een vinger als teken van rouw.

Het is natuurlijk ondoenlijk een uitgebreide beschrijving te geven van alle kennis en weetjes die in dit boek staan. De *Companion* heeft niet alleen beschrijvingen van het lichaam in culturele en sociale dimensies. Beschrijvingen van lichaamsprocessen, lichaamsdelen, ziekten, afwijkingen (waaronder een heel goede beschrijving van de 'Elephant man'), geneeskundige handelingen; het staat er allemaal in. Goede, heldere en compacte beschrijvingen met veel illustraties en twintig bladzijden gekleurde platen.

Op de omslag staat geschreven dat de 'gids' voor een breed publiek is geschreven en dat iedereen die een bepaalde referentie over het lichaam zoekt, die ook kan vinden. Is dat zo? De beste manier om daar achter te komen is om het boek aan een aantal mensen voor te leggen die ieder hun eigen interesse hebben in het lichaam en ze te vragen of ze iets van hun gading hebben gevonden. Dat bleek wel het geval. De een vond interessante dingen over menselijke secretie, de ander over de liefde, weer een ander over euthanasie en de volgende een aantal referenties over begrafenisrituelen. Dat wil echter nog niet zeggen dat in de *Companion* alles te vinden is.

De teksten zijn vooral onderhoudend en een antropoloog zal belangrijke concepten die hij of zij in zijn dagelijks werk gebruikt niet zo gauw tegenkomen. Zo miste ik 'embodiment', 'fenomenologie' en 'lifeworld'. Ook kon ik niets vinden over etniciteit en chroniciteit. Wel vond ik weer een uitgebreide omschrijving onder 'disability'. Dat neemt niet weg, bedenkend dat het boek is geschreven door twee fysiologen, er ruime aandacht wordt besteed aan andere dan fysiologische zaken.

*The Oxford companion to the body* is mooi uitgevoerd, vooral onderhoudend en een handig (maar zwaar) naslagwerk voor een eerste verkenning over alles wat met het lichaam te maken heeft.

Els van Dongen

N. Bleichrodt & F. van Vijver (red.), *Diagnostiek bij allochtonen: Mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2001. 270 pp. € 23,80.

Dat het vorig jaar verschenen boek over psychologisch testgebruik bij allochtonen in vruchtbare aarde is gevallen, blijkt uit de besprekingen in inmiddels meerdere vakbladen. Redacties schatten kennelijk in dat het boek beantwoordt aan een grote behoefte. *Diagnostiek bij allochtonen* is een eerste antwoord op de oproep in 1990 van de Testscreeningscommissie (onder andere Hofstee) om systematisch onderzoek naar de bruikbaarheid van psychologische tests voor allochtoon-etnische groepen te verrichten. En volgens de bijdragen aan de elf jaar later verschenen bundel, zijn we in dit vakgebied nog niet erg opgeschoten.

De inhoudsopgave maakt duidelijk dat de hoofdstukken hoofdzakelijk het terrein van scholing en arbeid bestrijken. Ervaringen met psychologisch onderzoek bij allochtonen binnen de geestelijke gezondheidszorg ontbreken, omdat systematisch onderzoek niet of nauwelijks voorhanden is.

Een van de belangrijkste problemen bij het gebruik van testen bij allochtonen is partijdigheid, dat in het eerste hoofdstuk wordt geïntroduceerd. Een test is partijdig, als bijvoorbeeld door spreekwoordelijk taalgebruik anderstaligen in het nadeel zijn. Verder is een afname van een test partijdig, als een andere strategie bij het beantwoorden van items wordt gebruikt. Bijvoorbeeld, iemand is bij meerkeuze vragen te precies waardoor de reactiesnelheid oploopt. Verder kan het zijn dat concepten die worden nagevraagd, voor diverse doelgroepen verschillende betekenissen hebben. Dus voorafgaand aan gebruik is het belangrijk om tests nauwkeurig te bekijken op inhoudsvaliditeit. Achteraf kan dan aan de hand van antwoordtendenties van groepen personen ingeschat worden of de test onpartijdigheid is geweest.

In de volgende hoofdstukken wordt het probleem van partijdigheid verder uitgewerkt. Het tweede hoofdstuk gaat in op discriminatie op grond van testgebruik. De juridische definities en consequenties van discriminatie zullen in het voorlaatste hoofdstuk beschreven worden. In het algemeen komen allochtonen op tests tenminste een standaarddeviatie lager uit dan autochtonen. Dit geldt ook wanneer partijdige items zijn verwijderd. Bepleit wordt dat het allereerst onjuist is uitspraken te doen over oorzakelijke eigenschappen van allochtonen ten opzichte van autochtonen. Lagere scores op intelligentietests bieden geen grond voor de uitspraak dat allochtonen dommer zijn dan autochtonen. Belangwekkender is het om op langere termijn te bekijken hoe functies zich ontwikkelen. Ten tweede wordt beargumenteerd dat de nadelige uitkomsten van allochtonen wel degelijk verschillen in vaardigheden en persoonskenmerken reflecteren. Positieve discriminatie moet in dit licht kritisch worden gezien. Iemand met lagere uitkomsten op de tests voor een baan aannemen, betekent dus ook daadwerkelijk dat diegene op de gemeten functies op het moment minder goed functioneert. In een later hoofdstuk worden alternatieve methoden (anders dan psychologische testen) bij de selectie van juist allochtone sollicitanten geschetst, zoals de arbeidsproef (sample-test), het interview of de videotest. In het laatste geval wordt de kandidaat gevraagd aan een rollenspel deel te nemen om haar of zijn vaardigheden te tonen.

Dat nog veel werk dient te gebeuren bij de ontwikkeling van testmateriaal voor schoolgaande allochtone kinderen, komt in het vierde hoofdstuk aan het licht. Bij het testen bestaan tal van problemen die te maken hebben met inhoud en materiaal van de instrumenten, de gebezigde taal, de houding van de onderzoeker, vaardigheid en handigheid bij het testen, ontbreken van geschikte referentiegroepen waartegen uitkomsten kunnen worden afgezet en diversiteit in predictie waarde van testuitkomsten. De voor's en tegen's van de veel gebruikte intelligentietests worden in dit hoofdstuk onder de loep genomen. De RAKIT komt als de meest uitgewerkte test voor intelligentieonderzoek onder allochtone kinderen uit de bus.

In hoeverre intelligentietests voor volwassenen partijdig zijn, komt in het daaropvolgende hoofdstuk aan de orde. Over het algemeen wordt een geringe itempartijdigheid gevonden. Verder heeft het verwijderen van de items die partijdig zijn doorgaans weinig effect op de uitkomst. Tweede generatie allochtonen scoren verder overeenkomstig autochtonen. De eerste generatie scoort over het algemeen lager, ofschoon er zich verschillen aftekenen naar land van herkomst. Zo scoren Surinamers en Antillianen gemiddeld beter dan Turken en Marokkanen.

Vragenlijsten die de persoonlijkheid in kaart brengen, kunnen niet zonder meer in diverse culturele groepen gebruikt worden. Bij crossculturele toepassing moet rekening worden gehouden met verschillen in de mate waarin bepaalde temperamenten, waarden en persoonlijke vaardigheden geldig zijn. Weliswaar is crosscultureel een gering aantal facetten van de persoonlijkheid terug te vinden, die een gelijke samenhang vertonen over groepen. Echter het doet er zeer toe of iemand korte tijd in Nederland is dan wel er langere tijd verblijft. Persoonlijke waarden en vaardigheden veranderen naarmate iemand langer binnen de Nederlandse samenleving leeft. Een kwantitatieve vaststelling van dit acculturatieproces wordt beschreven in een van de laatste hoofdstukken. Hier wordt benadrukt dat het acculturatieproces samenhangt met onder meer taalbegrip, en daarom ook met persoonlijkheids- en cognitief-psychologisch onderzoek.

Het voorlaatste hoofdstuk behandelt het tweetalig opgroeien van schoolgaande kinderen. De nadruk op de eerste basistaal om een tweede taal te kunnen laten 'aansluiten' wordt aan de hand van studies toegelicht. Het boek wordt afgesloten met enkele conclusies.

De slotsom van de redacteurs is dat bij gebruik van psychologische tests bij allochtonen de onpartijdigheid kritisch moet worden gezien. Vervolgens doet de diagnosticus er goed aan om bij de interpretatie en weergave van de uitkomsten vooral heel voorzichtig te blijven. Dit betekent niet dat van toepassing van standaardinstrumenten beter kan worden afgezien. Meer en verder onderzoek is nodig. Het is immers verbaazingwekkend dat in Nederland in het decennium na het geruchtmakende rapport van de commissie Hofstee c.s. slechts een heel beperkt aantal studies op dit terrein is uitgevoerd. De beperkingen van deze studies blijven overigens na-ebben na lezing van het boek. De onderzoeken betreffen het terrein van personeelsselectie en scholing. Vanuit de (geestelijke) gezondheidszorg worden geen studies gepresenteerd. Dit is een gemis. Verder zijn vrijwel uitsluitend Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in de onderzoeken betrokken, terwijl de culturele diversiteit onder de nieuwkomers in Nederland aanzienlijk groter is, zoals de auteurs zelf ook aangeven. Dan maken ook de

verblijfsduur en de migratiegeneratie een aanzienlijk verschil. Over het algemeen onderscheiden de uitkomsten van tweede en derde generatie migranten zich niet erg van de autochtone bevolking.

Hopelijk is het verschijnen van dit boek een impuls voor verder onderzoekswerk op dit terrein. Het biedt hiervoor een goed uitgangspunt. Het accent lag zeer sterk op kwantitatieve studies, terwijl benadrukt wordt dat bij metingen van cognitief functioneren en persoonlijkheid de positie in het acculturatieproces betrokken zou moeten worden. Misschien ligt hier terrein braak voor meer kwalitatieve projecten, waarin het perspectief van de eerste en tweede generatie (arbeids)migrant, vluchteling en asielzoeker centraal staat.

Trudy Mooren

Rinske Boomstra, *Versiering of vernieuwing? Visies op interculturalisatie in De Meren*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 2001. 66 pp. € 12,50.

Een onderzoeker die zich afficheert als medisch antropologe en rapporteert over de interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg, roept direct mijn belangstelling op benieuwd als ik ben naar een medisch-antropologisch perspectief op dit proces. Rinske Boomstra doet in *Versiering of vernieuwing?* verslag van een onderzoek naar visies op interculturalisatie in De Meren, een GGZ-instelling in Amsterdam. De onderzoeksvraag betreft de wijze waarop allochtone hulpvragers en hulpaanbieders kijken naar culturele verschillen in de hulpverlening en de mate van aanpassing van het hulpaanbod aan de vraag die zij wenselijk achten. Op zoek naar een antwoord op deze vraag naar betekenisverlening sprak Boomstra met 48 hulpverleners en 6 (ex)cliënten in 8 focusgroep-gesprekken. Met name de werving van allochtone hulpvragers leverde hierbij aanzienlijke problemen op.

In een theoretische beschouwing die aan de weergave van de onderzoeksresultaten voorafgaat, schetst Boomstra twee visies op de rol van cultuurverschillen in de hulpverlening: een statische en een dynamische. In de eerste zijn cultuurverschillen problematisch aangezien ze leiden tot een ‘cultuurkloof’ en hanteert men een homogeen cultuurbegrip. De tweede visie gaat ervan uit dat het belang dat actoren hieraan hechten, contextafhankelijk is. Hier is sprake van een heterogeen cultuurbegrip. Hoe met cultuur en identiteit omgegaan wordt in het hulpverleningscontact, heeft in deze visie vooral een strategisch doel. Dit is ook het wetenschappelijk referentiekader van Boomstra: de veronderstelling dat de visie op culturele verschillen met de sociale positie van de persoon in kwestie samenhangt. Dat komt overeen met het dominante perspectief in de hedendaagse antropologie. Uit deze beschouwing is op te maken, dat de tweedeling statisch-dynamisch in belangrijke mate samenvalt met de tweedeling hulpverleners-wetenschappers. Met andere woorden het zijn vooral hulpverleners die cultuurverschillen en cultuurkloof zien als een objectief gegeven en belemmering voor de hulpverlening. Dan rijst onmiddellijk de vraag: vanwaar dit spanningsveld tussen wetenschap en een belangrijk deel van de hulpverleningspraktijk, zeker in deze tijd van ‘evidence based medicine’?

Op grond van de patiëntenregistratie komt Boomstra tot de conclusie dat de instroom van allochtone cliënten in De Meren niet onderdoet voor die van autochtone. Met de feitelijke toegankelijkheid in de zin van aantallen aangemelde cliënten zijn er geen significante verschillen tussen beide groepen. Het probleem blijkt veeleer te zitten in de kwalitatieve toegankelijkheid: de aansluiting van het hulpaanbod bij de behoeften en vraag cultureel-anderen.

Om de visies van allochtone hulpvragers in beeld te krijgen voert Boomstra vier cliënten uit de focusgroepen ten tonele. Deze vier zijn geselecteerd op grond van hun vaardigheid te reflecteren op de hulpverlening. Bij twee van hen stelt Boomstra een ‘gesloten frame’ vast: ze hanteren één verklaringsmodel voor hun klachten en voor het succes of falen van de behandeling. De een verwijst naar haar culturele identiteit om haar gedrag te legitimeren, de ander geeft daar een meer intrapsychische verklaring voor. De twee andere cliënten zijn veeleer ‘onderhandelaars’. Ze hanteren een ‘open frame’: ze signaleren weliswaar cultuurverschillen, maar problematiseren deze niet. Verschillende verklaringsmodellen staan naast elkaar. Op grond hiervan concludeert Boomstra dat tijdens het hulpverleningsproces “de binding met de culturele achtergrond voor sommige cliënten veel losser en flexibeler is dan veelal wordt verondersteld” (p. 33).

Hoe kijken de hulpverleners en managers tegen cultuurverschillen aan? Boomstra doet dit in het volgende hoofdstuk uit de doeken. Aan de hand van een aantal vraagstellingen (multi-etnische teams beter of niet; hoe om te gaan met verschillen in verklaringmodellen; wel of geen etnisch matchen van cliënt en hulpverlener) komen ook bij hen dezelfde verschillen in visie naar boven. ‘Cultuurkloof-denken’ aan de ene kant; een onderhandelingsperspectief op cultuur aan de andere kant. Daarbij lijkt de grenslijn tussen aanhangers van beide visies samen te hangen met de werksituatie: de klinische versus de ambulante zorg. Aan de hand van het INK-model inventariseert zij ten slotte wat er in De Meren op het gebied van interculturalisatie gebeurt.

In haar afsluiting concludeert Boomstra dat de visie op de interculturalisatie van het primaire proces samen hangt met de ervaring van hulpverleners met de hulpverlening aan allochtone cliënten. De oorzaak van de gebrekkige aansluiting van behoefte en aanbod ligt niet in objectieve culturele verschillen, maar in het feit dat van die verschillen soms een probleem wordt gemaakt. Dat laatste is vooral het geval binnen de klinische zorg, waar het biomedisch denken nog overheerst. “Als hulpverleners zich in hun professionele identiteit bedreigd voelen, is de kans groot dat ze een statische visie op cultuurverschillen hebben” (p. 63), zo verklaart Boomstra dit gegeven. Dit belemmert de aansluiting van de zorg bij de behoefte en vraag van de allochtone cliënt. Die statische visie hangt samen met een minder frequente confrontatie met allochtone cliënten. Daarmee, zo lijkt mij, is de cirkel rond. Een statische visie belemmert aansluiting van de zorg; dit leidt tot uitval van allochtone cliënten; een beperkt aantal allochtone cliënten is onvoldoende om de statische visie te doorbreken. De lezer blijft zitten met de vraag zitten hoe een dergelijke vicieuze cirkel doorbroken wordt. Dat dit kan, blijkt uit de ontwikkelingen in de ambulante zorg, waar de onderhandelingsvisie overheerst onder de hulpverleners en managers, maar hoe dit tot stand komt lijkt mij van meer af te hangen dan van het aantal allochtone cliënten dat een hulpverlener ziet.

*Versiering of vernieuwing?* is niet zozeer een hypothesevormend onderzoek, zoals Boomstra stelt, maar veeleer een poging het hedendaagse antropologische gedachtegoed, dat zijn uiteindelijke wortels heeft in het werk van Frederick Barth, toe te passen op de halsstarrige praktijk van een interculturaliserende geestelijke gezondheidszorg. Daarbij worden vooral strakke tweedelingen gehanteerd: dynamische versus statische visie, heterogeen versus homogeen cultuurbegrip, open versus gesloten frame. Alhoewel een en ander in het slotwoord gerelativeerd wordt, doet Boomstra op basis van een gering aantal onderzochte allochtone cliënten toch stevige uitspraken die zeker het risico lopen een eigen leven te gaan leiden, zoals “Allochtone cliënten houden alleen vast aan hun culturele positie, als ze ontevreden zijn over het hulpverleningsproces” (p.62). De hamvraag, namelijk waarom sommige hulpverleners en allochtone cliënten het falen van de zorg aan de cultuurkloof blijven wijten, waarom zij een ‘gesloten frame’ hanteren, wordt niet afdoende beantwoord. Waarom leiden sommige onderhandelingen tot een stellingenstrijd, tot verstarring? Boomstra formuleert hier geen hypothesen en verwijst alleen naar de bedreiging van de professionele identiteit. Hier gaat mogelijk het theorema van Thomas op: als mensen hun situaties als werkelijk hanteren, zijn ze werkelijk in hun gevolgen. De perceptie die mensen hebben van ‘cultuur’ (een vaststaand kenmerk), doet er dan meer toe dan de visie van de onderzoeker wat cultuur werkelijk is (een interactioneel product). Deze statische visie bevordert de uitsluiting en belemmert daarmee de interculturalisatie van de zorg. In dit geval is het relevant zicht te krijgen op het interactieproces dat aan het voortduren van deze statische visie ten grondslag ligt. De lezer blijft hier echter met praktisch lege handen achter. Voor een deel is dit het gevolg van de onderzoeksmethode: respondenten worden uitgenodigd groepsgewijs over het hulpverleningsproces te reflecteren, het verloop ervan in algemene termen te reconstrueren en in te brengen in een groepsgesprek met onderzoekers en collega’s. Het effect van dit interactieproces op de probleemdefinities en positionering van de respondenten is helaas geen onderwerp van onderzoek evenmin als de relatie tussen ‘theorie’ en ‘praktijk’, tussen beleid en dagelijkse gang van zaken.

*Versiering of vernieuwing?* is wat teleurstellend. Gezien de opzet van het onderzoek viel ook niet meer te verwachten. Het levert niet veel nieuwe inzichten op. Al in 1989 verscheen in dit tijdschrift een artikel dat aangaf dat cultuur in hulpverlenerskringen als excuus voor een falende hulpverlening gebruikt werd. Wat het wel duidelijk maakt, is dat in de voetsporen van Rinske Boomstra er nog veel (medisch-)antropologisch veldwerk te verrichten valt in de geestelijke gezondheidszorg, maar dan wel in de arena’s zelf, waaronder de spreekkamer, waarin de onderhandeling plaats vindt.

Rob van Dijk

René ten Bos & Ruud Kaulingfreks, *De hygiëne machine. Kanttekeningen bij de reinheidscultus in cultuur, organisatie en management*. Kampen: Agora, 2001. 251 pp. € 18,95.

Hier zijn 96 stukjes, variërend van een halve tot zes pagina’s, bij elkaar gebracht van de hand van twee filosofen die de kost verdienen in de wereld van organisatie en manage-

ment. Ze gaan over van alles, zoals verlangen, geluk, humor, verliefdheid, kijken, erotiek, sterven en bureaucratie; over stofzuigers, protheses, cyborgs en kopieermachines, maar – beweren de auteurs – er is een centrale gedachte: ‘hosofobie’ en organisatie. In hun inleiding schetsen ze die rode draad: organiseren zien ze als een proces van ordening en zuivering (hygiëne) dat doortrokken is van een angst voor allerlei soorten infectie. Die angst duiden ze aan met het neologisme ‘hosofobie’, letterlijk: angst voor stank of vuil. Met hun korte beschouwingen willen ze vraagtekens zetten bij de “opgeschroefde reinheidscultus die met name in westerse organisaties opgeld doet.”

Het idee dat beschaving een voortschrijdend proces is van zuivering en ordening is niet nieuw (sociale wetenschappers denken onmiddellijk aan Mary Douglas en Norbert Elias), maar deze gedachte toepassen op tal van alledaagse en meer uitzonderlijke onderwerpen klinkt nieuw en aantrekkelijk. De auteurs bevelen hun bundel aan voor het nachtkastje: een inspirerende gedachte voor het slapen gaan.

De teleurstelling van deze lezer/slaper was echter groot. De stukjes zijn obscuur, oninteressant en gaan in de meeste gevallen niet over de reinigende werking van cultuur en organisatie. Een groot aantal coryfeeën van de geest passeert, waaronder Bauman, Deleuze, Heidegger, Homeros, Nussbaum, Serres, Sloterdijk en Zizek, maar hun gedachten worden door de hygiëne-machine van de auteurs ‘geïrreleveerd’ en letterlijk verduisterd.

Blijkbaar hebben de schrijvers deze reactie voorvoeld. Hun filosofietjes komen, omdat ze niet direct gerelateerd kunnen worden aan bekende praktijken, misschien obscuur over, besluiten ze hun inleiding, maar ze moeten door de lezer doorgedacht worden. Zo wordt de lezer vriendelijk uitgenodigd de oorzaak van het niet begrijpen en niet geraakt worden bij zichzelf te zoeken in plaats van bij de auteurs. Dat is ook een vorm van hygiëne bedrijven.

Sjaak van der Geest

Sander L. Gilman, *Making the body beautiful. A cultural history of aesthetic surgery*, Princeton: Princeton University Press. 396 pp., index, illustraties. £ 11,95.

Herinnert u zich Lolo Ferrari nog? Ze was een belangrijk personage in de ‘airbag generatie’. Laten we zeggen dat ze op extreme wijze gebruikt heeft gemaakt van de een van de procedures van de esthetische chirurgie en daarmee nogal wat opschudding verwekte tijdens een festival in Cannes. Ze is er later trouwens aan gestorven, maar dat terzijde. Ieder heeft zijn eigen interpretatie van Ferrari, maar een ding wordt wel duidelijk. Ze heeft mensen met hun eigen obsessie met het lichaam geconfronteerd. Met de verbeelding en ‘verbetering’ van het lichaam.

Verbeelding van het lichaam in relatie met de verbeelding van de menselijke psyche is waar de esthetische chirurgie zich, volgens Gilman, mee bezighoudt. Zijn boek is een culturele geschiedenis van deze chirurgie. Dat wil zeggen dat de auteur de medische ontwikkelingen en verrichtingen plaatst in een tijds kader waarin de westerse opvattingen over lichaam en psyche de belangrijkste rol spelen. Gilman beweert dat de esthetische chirurgie is begonnen met het lichaamsdeel wat onbedekt is in het westen:

het gezicht en zich daarna past gericht heeft op het bedekte lichaam. Een belangrijk deel van het boek is dan ook gewijd aan de chirurgie van de neus. Daarover later meer.

De auteur ziet esthetische chirurgie als alle ingrepen die het lichaam een gewenste vorm kunnen geven om welke redenen dan ook. De moderne esthetische chirurgie is ruim een eeuw oud, hoewel er in eerdere eeuwen ook iets dergelijks bestond. Vooral de laatste paar decennia is het aantal ingrepen spectaculair toegenomen, met name in de Verenigde Staten. Een van de redenen was de toenemende professionalisering van de specialisten. Gilman definieert esthetische chirurgie vrij breed; het zijn alle ingrepen van het rechtzetten van oren tot aan transgender-operaties. De auteur onderscheidt deze vorm van plastische chirurgie die veel meer reconstructief is. Het centrale doel van de esthetische chirurgie is geluk, dat wil zeggen gedefinieerd in termen van de vrijheid van een individu zichzelf te transformeren. Dat dit geluk samenhangt met politieke en economische ontwikkelingen en veranderingen in ideologie mag geen verrassing zijn. Elke grote politieke beweging heeft het lichaamsbeeld gereconstrueerd en als centraal concept gemaakt. Lichaam zijn immers het potentieel van elk regime. En mensen geloven vervolgens dat er een wenselijke lichaam bestaat. Als dat niet kan worden bereikt, dan ontstaat er ongeluk. Gebaseerd op gender, ras en klasse worden mensen ingedeeld en bij elke categorie hoort een lichaam. Esthetische chirurgie is dan een hulpmiddel om bepaalde tekens van ras, klasse en ook pathologie, die elk een normatieve en morele waarde hebben, te maskeren.

Het proces van transformatie noemt Gilman 'passing' daarmee aangevend dat de operatie meer is dan zuiver een lichamelijke verandering. Het is een gang van de ene groep naar de andere, van lelijk naar mooi. Er is ook een relatie tussen criminaliteit en het lichaam. Bij een misdadige psyche hoort een lelijk lichaam, andersom misschien ook. Dat is goed te zien in films. De esthetische chirurgie documenteert het 'voor' en 'na' in beeld. Gilman heeft een behoorlijk aantal tekeningen en foto's opgenomen die mensen voor en na de operatie laten zien. Het is interessant dat die foto's niet alleen de mens in kwestie weergeven, maar dat ze op de een of andere wijze er ook in geslaagd zijn die mens in verschillende contexten te plaatsen (licht, donker etcetera), zodat nog eens extra het succes wordt onderstreept.

In het kort: de esthetische chirurgie neemt het idee dat de mens wordt beoordeeld op zijn uiterlijk heel serieus.

In het tweede hoofdstuk gaat het over de triomf over de ziekte. Gilman bespreekt beroemde gevallen als Little Woman en Tristram Shandy, beiden met een 'te kleine neus' door problemen tijdens hun geboorte. Het probleem echter was dat men geloofde dat de neus iets over iemands karakter vertelde. Een kleine, misvormde neus 'zei' dat iemand amoreel, ziek en onzuiver was. Dat stereotype ontstond doordat er in de zestiende en zeventiende eeuw een syfilis-epidemie was. De neus die te klein was of ontbrak, was en is nog steeds de belangrijkste zorg van esthetische chirurgie. Al in de zestiende eeuw introduceerden enkele chirurgen, verspreid over Europa, diverse technieken die in het diepste geheim werden toegepast. Tagliacossi bijvoorbeeld introduceerde een techniek waarbij flappen van de wang dienst deden als neusvleugels. Hij was van mening dat elk mens de vrijheid had om zijn eigen lichaam vorm te geven, een gedachte die pas in de renaissance openlijk kon worden uitgesproken. Vanuit de toen-

malige koloniën, vooral uit India, werden bepaalde technieken geïmporteerd. De chirurgische procedures waren dikwijls eeuwenoud en voor die tijd door het westen gekarakteriseerd als barbaars, totdat Engeland ze overnam.

Nog meer neuzen komen ter sprake in het derde hoofdstuk. Gilman bespreekt hier de 'raciale' neuzen: Joodse, Ierse, Oriëntaalse. Iedereen kent wel het stereotype van de Joodse neus in de literatuur en in de kunst. Ze werden uitgesproken lelijk gevonden. Ze werden gelijkgesteld aan Afrikaanse neuzen, die al even lelijk werden gevonden. Met de lelijkheid was ook de inferioriteit verbonden. Het ging zelfs zo ver dat men witte en zwarte Joden onderscheidde. De witte neuzen waren dan kleiner en leken meer op die van de blanken; de zwarte waren groot. Met de Ierse neuzen was het al niet veel beter. De 'pug' en 'snub' neuzen werden geassocieerd met degeneratie van het menselijk ras. Daar konden esthetisch chirurgen wel wat aan doen. In het boek vindt men uitgebreide beschrijvingen en tekeningen over hoe men zich voor en na de operatie de neus voorstelde. In Azië richtten chirurgen zich vooral op de oogplooï, die weliswaar het hele gezicht niet totaal veranderde, maar waarvan de transformatie er in elk geval toe bijdroeg dat iemand uit China of Japan wat minder Chinees of Japans leek en dus ook minder 'primitief'. De verbeelding van het lichaam volgde de lijnen van politieke en culturele macht. Dat toont Gilman ook duidelijk met zijn beschrijving van ingrepen op het lichaam van Vietnamese vrouwen in de twintigste eeuw. Hun borsten en gezichten werden naar westers model getransformeerd. Overbodig te vermelden dat Gilman ook beschrijft hoe men zwarte gezichten en lichamen wit maakte.

De neus is een teken van eer en ontoring, evenals de oren. In hoofdstuk vier bespreekt Gilman de symboliek van de neus. Bekende voorbeelden passeren de revue: de rode neus van de dronkaard, de pukkelseus, de neuzen en oren die te joods zijn, de flaporen, de knobbelneus. Gunther, een antropoloog die zich met 'ras' bezighield, of moet ik zeggen een 'racistische antropoloog', beschreef de Joodse oorlellen als vlezig, de oren als groot, rood en uitstekend. Joodse kinderen hadden te grote oren. Voelt u al de relatie met 'kleine potjes hebben grote oren' en de beelden zoals die in de literatuur bij Dostojewski en Thomas Mann te vinden zijn? En dus werden Joden in de gelegenheid gesteld iets aan hun oren en neuzen te laten doen om ze wat minder 'Joods' te maken. Joseph opende in 1898 in Berlijn een kliniek waar Joden zich konden laten transformeren. Joseph beweerde dat hij daarmee bijdroeg tot het geluk van de mannen en vrouwen die zo'n operatie lieten doen. In die tijd waren Joodse vrouwen net als hun niet-Joodse zusters in een ondergeschikte positie en werden ze vanwege hun neus aangestaard. Joodse mannen konden zich vrij bewegen mits ze geen al te geprononceerde Joodse neus hadden. Ook datgene wat de Joodse mannen het meest van hun niet-Joodse soortgenoten onderscheidde, namelijk de besneden penis, kon worden hersteld. Het ideale mannelijk torso was onbesneden. Joseph baseerde zijn werk op het ideale Griekse lichaam.

Neuzen gaan met hun eigenaren de oorlog in en komen er dan soms zwaar beschadigd uit. Dat is het onderwerp van hoofdstuk vijf. Met de chirurgische ingrepen op neuzen en andere delen van het gezicht, schiepen artsen bijvoorbeeld nazi-gezichten. Joden konden zich laten opereren om hun identiteit te verbergen en zichzelf onzichtbaar te maken.

Het verhaal over het 'Joodse lichaam' is voor Gilman nog niet afgelopen. Opnieuw schetst hij de ontwikkelingen van de esthetische chirurgie in relatie tot het Joodse lichaam. Nu in de context van Noord-Amerika en Israël na de Tweede Wereldoorlog. De neus blijft de Joden onderscheiden van de anderen, ook in de Verenigde Staten. Hoezeer dat zijn psychologische uitwerking kan hebben, schetst Gilman met een anekdote van een Joodse man en zijn zoon die beiden hun neus recht laten zetten. Voor de operatie vraagt de vader: "Dokter, als ik en mijn zoon dat hebben gedaan, hebben zijn kinderen en mijn kleinkinderen dan een rechte neus? In de Verenigde Staten zijn mensen op zoek zijn naar een lichaam dat lijkt op dat van het ideale beeld daar, dat wil zeggen blauwogig, kleine neus, geen grote oren. In Israël zoeken mensen nu juist wel de 'typische Joodse beelden'. Vooral jonge mensen die het leger in moeten, doen een beroep op de esthetische chirurgie om hun oren, neus en penis Joods te laten zijn. Israël is tegenwoordig de hoofdstad van esthetische chirurgie in het Midden Oosten.

Na de diepgaande studie over de neuzen en de ontwikkeling van esthetische chirurgie op dit terrein, gaat Gilman in de volgende hoofdstukken in op het erotische lichaam en het ideaalbeeld. Het verschil met de transformatie van het lichaam of delen ervan hier is dat mensen niet simpel willen worden getransformeerd, maar dat ze hun lichaam in een begeerlijke vorm willen hebben, althans dat zegt Gilman. De auteur laat zien hoe dijen, buiken en borsten door chirurgie de 'ideale' vorm krijgen of zouden moeten krijgen. Wat ideaal is, hangt natuurlijk af van de cultuur en etniciteit. In Brazilië bijvoorbeeld was (is) de ideale borst klein. De antropoloog Da Mattas heeft de culturele context beschreven, waarin Braziliaanse vrouwen hun borsten wilde laten hervormen. Hangende en grote borsten werden gezien als karakteristiek voor de gekleurde bevolking. De ideale witte borst was klein. Argentijnse vrouwen daarentegen wilde hun borsten juist laten vergroten, volgens Gilman om de Spaanse fantasie over de vrouw met grote borsten als een erotisch icoon. Gilman beschrijft de ontwikkeling van de chirurgische borsttransformaties; ingrepen die steeds verfijnder werden en de borsten van vrouwen transformeerden al naar gelang het beeld van vrouwen zich in de loop der tijden ontwikkelde. Esthetisch chirurgen maakten daarbij gebruik van allerlei artificiële middelen: van paraffine tot siliconen.

In het achtste hoofdstuk bespreekt Gilman de operaties die nodig zijn als mensen in een verkeerd lichaam zitten. Al in de zevende eeuw werd het psychisch onwelbevinden van mannen beschreven die leden aan gynecomastia. Volgens Gilman komt dit probleem ook vaak voor bij bodybuilders die zich dan tot chirurgen wenden voor een operatie, omdat zij hun borsten zeer beschamend vinden. Gynecomastia is een probleem dat uitgebreid door psychologen en psychiaters is beschreven en geanalyseerd. Adler bijvoorbeeld beschreef hoe een jonge Joodse man leed onder zijn borsten, hetgeen hem uiteindelijk, zoals Adler het uitdrukte, een 'psychische hermafrodit' maakte. In dit hoofdstuk bespreekt Gilman ook de transseksuele operaties en illustreert dat met foto's. Natuurlijk was transseksualiteit niet enkel een zaak van de esthetische chirurgie. De psychologie en psychiatrie hebben dit fenomeen uitgebreid bestudeerd en behandeld. Ik vermoed dat dit een van de gebieden is, waar chirurgie en psychiatrie nauw samenwerken.

We weten dat sommigen ouderdom met zijn lichamelijke karakteristieken niet erg waarderen. De leeftijd van het lichaam is volgens Gilman belangrijk, omdat vorm en grootte van het lichaam een maatstaf is voor het onderscheid in het erotische en niet-erotische lichaam. In het negende hoofdstuk beschrijft de auteur dan hoe ouderen de grens weer terug overgaan. Mozart's *Toverfluit* is een mooi voorbeeld hoe Papagena als oude vrouw haar minnaar Papageno tracht te verleiden. Dat heeft iets komisch. Enkel wanneer ze weer jong is geworden, wordt ze aantrekkelijk voor hem en het publiek. Een antithese van dit verhaal kan worden gevonden in de beelden van de Joodse synagoga, waar ouderdom het hoofdkenmerk is, in tegenstelling tot de Christelijke ecclesia die jong en mooi is. Volgens Gilman zijn er twee modellen om ouderdom te boven te komen. De eerste is verjonging, de volledige transformatie van het oude lichaam in een jong. Het tweede model is esthetische chirurgie, die het oude lichaam op een jong lijf kan laten lijken. Jeugd is dan een masker. Gilman bespreekt in dit hoofdstuk ook het geval van Orlan, Op haar veertigste begon zij met esthetische chirurgie. Zij zag dit als kunst met het lichaam. Voor haar gaat op wat Bourdieu heeft gezegd: het onderwerp in de kunst is niet enkel van de kunstenaar, maar er zijn bij de schepping een groot aantal mensen betrokken: scheppers, kijkers, belangstellenden, verzamelaars, historici.

In zijn conclusies stelt Gilman de vraag: Als chirurgie kunst is geworden, is kunst dan chirurgie? Wat blijft er nog over voor de verbeelding? Esthetische chirurgie is voor de auteur het bewijs van de autonomie van de mens, die zich tot de arts wendt om zichzelf te veranderen en niet alleen zichzelf, maar ook zijn leven.

Ik heb dit boek in een keer uitgelezen. Het is een fascinerend boek over het lichaam en de verbeelding. Het idee dat de mens met veel pijn zijn verbeelding scheidt tot een tastbaar en voor iedereen zichtbaar beeld is een boeiend gegeven. Gilman plaatst de chirurgie in een culturele en sociale context, waardoor de 'ingrepen' een diepere betekenis krijgen. Ik kan het boek aanraden voor iedereen die studie maakt van het lichaam en cultuur. Het is veel meer dan alleen een geschiedenis van de esthetische chirurgie.

Els van Dongen

Jet Isarin, *De eigen ander. Moeders, deskundigen en gehandicapte kinderen. Filosofie van een ervaring.* Best: Damon, 2001, 328 p. € 18,50.

Het verhaal is in de ethiek en in de filosofie in opmars. Het belang van verhalen wordt vooral verdedigd als een tegenwicht tegen objectiverende tendensen. In verhalen ligt de nadruk op het particuliere, het incidentele en het onverwachte. Daarnaast laten verhalen zien dat moraliteit eerder uit de ervaring en de bijbehorende emoties geleerd wordt dan door het volgen van een stel algemene richtlijnen, in zekere zin te vergelijken met het feit dat zwemmen niet uit een boek, maar door het zwemmen zelf geleerd moet worden.

De individuele ervaring centraal stellen in een objectiverende wereld klinkt sympathiek. Het succes van het idee van 'narrative based medicine' binnen het bastion van de geneeskunde getuigt daarvan. Maar hoe sympathiek ook, het gebruik van verhalen om

een algemene conclusie te trekken is niet onproblematisch. Het vaak gebruikte voorbeeld van het zwemmen draagt dat al in zich. Het in het water leren van zwemmen is niet zozeer een individuele uitvinding, als wel het oefenen en het eigen maken van de algemene principes van het zwemmen. Deze worden meestal vanaf de kant toegeroepen, al dan niet ondersteund door kurk, bandjes of de gevreesde haak. Het individuele verhaal hierover is dus tevens het verhaal hoe ik mij met steun van andere mensen heb gevoegd in een algemeen verhaal van die andere mensen. Dit algemene aspect van het individuele verhaal wordt later, omdat de algemene aspecten 'eigen' zijn gemaakt, meestal niet zo ervaren; het is individueel geworden, alsof ik het zelf heb uitgevonden.

Het verschil tussen het leren het goede te doen en het leren van zwemmen is op dit punt niet zo groot, maar daar staat tegenover dat waar er vier algemene technieken van zwemmen zijn die in het gebruik nauwelijks afhankelijk zijn van een situatie, er vele, zelfs elkaar tegensprekende of in zichzelf tegenstrijdige, algemene opvattingen zijn over het goede handelen. Daarom zal dus, anders dan bij het zwemmen, de situatie mede bepalend zijn voor het handelen. En daaruit volgt weer dat waar het om het goede handelen gaat, algemene conclusies uit de verhalen van anderen weer zo moeilijk te trekken zijn.

Verhalen lijken dus, waar vragen van het goede handelen en leven betreft, vooral zinvol te zijn om de verhouding tussen het algemene en het individuele te bestuderen. Verhalen lijken minder geschikt om daaruit weer conclusies te trekken die algemene geldigheid bezitten. Jet Isarin heeft dit tot grondslag van haar proefschrift gemaakt. Zij bestudeerde egodocumenten van moeders van gehandicapte kinderen en destilleerde daaruit thema's die een belangrijke rol spelen in het moeder-zijn van een gehandicapt kind. Deze thema's werden vervolgens een leidraad voor een vijftal gesprekken met moeders van gehandicapte kinderen.

Centraal in haar filosofie van een ervaring staat het onderscheid tussen het wie en het wat van het kind. Onder het wie verstaat zij de eigenheid van het kind, zodat dat aan de moeder verschijnt. Onder het wat verstaat zij de eigenheid van het kind vanuit het perspectief van de deskundige, meestal een arts. Het wat wordt geassocieerd met kennis, beheersing en competentie (het algemene), terwijl het wie vooral verbonden wordt met eigenheid, liefde en erkenning (het individuele). Op geleide hiervan schetst Isarin eerst de filosofische achtergronden van het wie en het wat om vervolgens over te gaan tot een analyse van de verhouding tussen deze twee polen als het gaat om het gehandicapte kind. Een van de problemen van het wie in dit geval is dat de wederkerigheid, die zo centraal staat in het dialogische denken over de mens, of ontbreekt of gebrekkig is. Slechts de existentie van het kind en niet de eigen uitdrukking die het kind aan deze existentie geeft, legitimeert de liefde voor het kind. De liefde loopt daardoor de kans een onvoorwaardelijke toe-eigening te worden, waarbinnen iedere twijfel of teleurstelling over het kind, iedere vreemdheid van het kind, gesmoord dreigt te worden. De extreemste vorm hiervan wordt door Isarin met de term romantisering benoemd. Deze extreme vorm van individualiteit staat dan vaak in een rechte lijn tegenover de extreme vorm van het algemene denken in termen van het wat van het kind. Deze positie komt er in het kort op neer dat de algemene, meestal medische kenmerken van het kind bepalend zijn voor het wie van het kind. Isarin noemt dit een vorm van ont-eigening.

In het vervolg van het betoog laat zij zien dat het moeder zijn van een gehandicapt kind niet gebaat is bij een eenzijdige oriëntering op één van deze polen. Het is een moederschap zonder model, dat echter geen vorm kan krijgen zonder de onbaatzuchtige liefde enerzijds en kennis over het wat anderzijds. Dit moederschap bevindt zich op de kruising tussen het wie en het wat. Op deze manier ontstaat er een moederschap waarin naast ruimte voor de vreugde ook ruimte is voor het verdriet om het kind. De titel van het proefschrift, *De eigen ander*, geeft deze existentiële en complexe meerduidigheid goed weer.

Dit boek is in hoofdzaak een filosofische verhandeling. Het vertrekpunt ligt echter in de empirie en dat maakt het tot een bijzonder boek. Natuurlijk kan er methodologisch gesproken kritisch worden gedaan over de empirische bronnen: egodocumenten (slechts bepaalde mensen schrijven egodocumenten) en vijf interviews met hoog opgeleide vrouwen (lager opgeleide vrouwen weigerden aan de interviews mee te doen). De vraag is echter of meer interviews met een gedifferentieerde groep de conclusie van dit boek zal raken. Dat zal waarschijnlijk niet het geval zijn, omdat het doel van dit boek niet het construeren van een eenheid, maar een verscheidenheid is: er komt geen model van goed moederschap uit naar voren. Wel is het denkbaar dat uitgebreider empirisch onderzoek, waarin zowel de verscheidenheid van de gehandicapte kinderen als de verscheidenheid van hun moeders (en laten we de vaders ook niet vergeten) een rijkere invulling en daarmee ook een nadere nuancering kan geven aan de door Isarin geschetste praktijk. Antropologisch onderzoek zou daaraan een bijdrage kunnen leveren.

Voor hulpverleners en voor het professionele denken in de hulpverlening is het boek leerzaam, omdat het kritische kanttekeningen zet bij het zo vanzelfsprekende oplossingsgerichte en objectiverende denken. Daarbij gaat het niet zozeer om een veroordeling van dergelijk denken, maar om de vanzelfsprekende praktische conclusies die aan dat denken worden verbonden, door Isarin onteigening genoemd.

Dit proefschrift toont dat empirie en filosofie een goede combinatie kunnen vormen. Zo laat de empirie de filosofie zien dat het denken over menselijke relaties voornamelijk gestuurd wordt door principes van wederkerigheid, hetgeen ontoereikend is om de relatie met een gehandicapt kind te verhelderen. Tevens wordt duidelijk dat de neiging in veel filosofische opvattingen om tegenstrijdigheden te elimineren, de menselijke ervaring ontdoet van haar menselijkheid. Aan de andere kant kunnen filosofische opvattingen weer zinnig zijn om de objectiverende tendensen in professionele betogen van kritische kanttekeningen te voorzien. Uit dit boek blijkt tevens zeer duidelijk dat verhalen geen tegenhanger zijn van objectiverende betogen. In de verhalen zijn deze objectiverende betogen reeds opgenomen en vermengd met het individuele perspectief. Ik kan dit boek daarom om meerdere redenen aanraden.

Arko Oderwald

John M. Janzen, *The social fabric of health: An introduction to medical anthropology*. Boston, etc.: McGraw-Hill, 2002. 313 pp. \$ 55.05 (hard cover).

John M. Janzen, bekend van zijn boeken *Quest for therapy in Lower Zaire* (1978) en *Ngoma: Discourses of healing in Central and Southern Africa* (1992), heeft een inleiding in de medische antropologie geschreven. Het boek is voortgekomen uit de cursussen die hij vanaf de jaren zestig heeft gegeven aan de Universiteit van Kansas. In die cursussen, schrijft hij, lag de nadruk op de rol van cultuur in de menselijke ervaring van gezondheid, ziekte en genezing.

Er bestaan niet zoveel inleidingen in de medische antropologie, zeker niet als men bedenkt hoe snel het vak is gegroeid en welke aantrekkingskracht het heeft uitgeoefend op studenten en onderzoekers uit andere disciplines, met name vanuit de medische wereld. Het eerste echte handboek was *Medical anthropology* van George Foster en Barbara Anderson dat in 1978 verscheen. Het belang van dit boek mag niet onderschat worden. Voor het eerst werden het veld van de medische antropologie, haar historische wortels en haar toepasbaarheid in praktisch werk uitvoerig beschreven.

Wat opvalt in dit eerste handboek is dat het terrein verdeeld werd in een ‘Westerse’ en ‘Niet-Westerse wereld’. Enerzijds doet zo’n onderscheid (scheiding?) gedateerd aan, anderzijds werd hier uitdrukkelijk gewezen op het belang van antropologisch onderzoek in de Westerse wereld. Opmerkelijk was ook de ruime plaats die de auteurs gaven aan de toepasbaarheid van het vak; een derde van het 300 pagina’s tellende boek handelde over de rol van de medisch antropoloog in preventieve en curatieve gezondheidszorg, voeding en wat zij “bioethics” noemen: het geven van kritisch commentaar op assumpties en ontwikkelingen in de gezondheidszorg, in het bijzonder ten aanzien van geboorte, ouderdom en dood.

Het is onvermijdelijk dat de functionalistische en ecologische ondertoon van het handboek de huidige student minder aanspreken, maar het blijft een mijlpaal in de ordening van deze snelgroeïende discipline. Met name hun beschouwing over de praktische rol van de medisch antropoloog is later niet meer verbeterd. Veel teksten die later geproduceerd zijn, moffelen de toepasbaarheid van het vak bijna weg alsof het een kwalijke eigenschap is die afbreuk doet aan het antropologisch gehalte van het betoog.

In 1979 volgde reeds een tweede handboek, *Medical anthropology in ecological perspective* van Ann McElroy en Patricia Townsend, een bijzonder helder overzicht van het vakgebied zoals de auteurs dat zagen: vanuit een ecologisch perspectief. Dit perspectief was tegelijkertijd de charme en de zwakheid van het boek. De populariteit van de multidisciplinaire ecologische aanpak was, althans in antropologische kringen, geen lang leven beschoren. Voor veel antropologen was het te medisch/biologisch en had onvoldoende oog voor de meer complexe en ‘duistere’ kanten van cultuur, voor de politieke dimensies van gezondheid en ziekte en voor het symbolisch karakter van menselijk samenleven.

Weer een jaar later, in 1980, verscheen Arthur Kleinmans *Patients and healers in the context of culture*, dat waarschijnlijk de invloedrijkste publicatie in de medische antropologie is geweest. Hoewel het niet als een handboek is geschreven – de auteur noemt het zelf een “exploration of the borderland between anthropology, medicine and

psychiatry” – is het wel veelvuldig als zodanig gebruikt. De aantrekkingskracht van het boek is dat het tegelijkertijd een etnografie (Taiwan) en een theoretisch betoog is waarin de auteur op systematische wijze zijn visie op het vak ontvouwt. Diverse begrippen die gemeengoed zijn geworden in de medische antropologie werden hier voor het eerst gelanceerd. Kleinman had vooral aandacht voor medische praktijken en relaties tussen patiënten en genezers en besprak deze vanuit een cognitieve invalshoek. Van het ecologisch perspectief was geen spoor meer te bekennen.

Vier jaar later verscheen Cecil Helmans boek *Culture, health and illness* dat men kan beschouwen als een handboek-bewerking van het gedachtegoed van Kleinman. Basisbegrippen als ‘explanatory model’ en ‘sectors of health care’ werden door Helman toegelicht en het etnografisch materiaal werd uitgebreid om een beeld te geven van de verscheidenheid van medisch-antropologisch onderzoek tot dusver. Helman trachtte een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de verschillende aandachtsvelden binnen de medische antropologie. In de vervolgedities van het boek werd dat overzicht steeds breder. *Culture, health and illness*, dat eigenlijk bedoeld was als een inleiding voor ‘health professionals’, is ongetwijfeld het meest succesrijke handboek in de medische antropologie geworden. Het wordt in 38 landen gebruikt en is vertaald in Portugees, Hongaars en Maleis.

Gedurende diezelfde periode, tussen eind jaren zeventig en nu, zijn er uiteraard ook diverse ‘readers’ verschenen voor onderwijs in de medische antropologie. De belangrijkste in de beginperiode waren *Culture, disease and healing* van David Landy (1977) en *Health and the human condition* van Michael Logan en Edward Hunt (1978). Beide collecties droegen het stempel van het toen dominante ecologische perspectief. In 1992 verscheen een bundel met artikelen die speciaal voor de gelegenheid geschreven waren: *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, onder redactie van Thomas Johnson en Carolyn Sargent. De bedoeling van deze collectie was “to present the state of the art in medical anthropology, capturing the range of theoretical orientations, research findings and methods characterizing the discipline today.” Daarmee hield dit boek het midden tussen een reader en een handboek. In 1998, ten slotte, publiceerde Peter J. Brown zijn volumineuze *Understanding and applying medical anthropology* met 45 bijdragen en brachten ‘wij’ in Amsterdam een reader uit, vooral voor eigen gebruik: *The art of medical anthropology. Readings* (onder redactie van Sjaak van der Geest en Adri Rienks). De reader van Brown heeft een uitgesproken multidisciplinair en toegepast karakter, de Amsterdamse reader is ‘puur’ antropologisch.

Was er na deze – bescheiden – stroom van handboeken en readers behoefte aan een nieuwe inleiding in de medische antropologie? “Altijd”, zou men kunnen zeggen, omdat het vak zich blijft ontwikkelen. Janzens handboek is als eerste geschreven vanuit een semiotisch perspectief en wil, meer dan zijn voorgangers, de medische antropologie presenteren als een stroming *binnen* de culturele antropologie. De aandacht voor semiotische aspecten van ziekte, gezondheid en genezing past in de algemene ontwikkeling van de antropologie.

Janzens boek telt tien hoofdstukken. Het begint met een omschrijving van het studieveld en een hoofdstuk over de theoretische ontwikkeling van het vak. De hoofdstukken 3 tot en met 9 beschrijven het sociale ‘weefsel’ van gezondheid. In dat weefsel

komen de volgende thema's aan bod: de verscheidenheid aan visies op gezondheid in historisch en cultureel perspectief (hoofdstuk 3), de demografische en epidemiologische achtergronden van ziekte (4), culturele perspectieven op de levensloop (5), visies op de menselijke persoon (6), de betekenis van ziekte en genezing (7), medische kennis (8), en de verwevenheid van geneeskunst met politieke macht (9). Het afsluitende hoofdstuk handelt over de toepassing van medische antropologie in beleid en praktijk. Samenvattingen, vignettes, 'review questions', een bespreking van kernbegrippen, een glossaria en illustraties moeten het boek extra geschikt maken voor onderwijs.

De charme van Janzens boek is dat het zijn persoonlijke voorkeuren toont in de keuze van etnografische voorbeelden en theoretische discussies. In dat opzicht is *The social fabric of health* verfrissend en origineel en presenteert een grote verscheidenheid van medisch-antropologisch onderzoek die vaak niet in eerdere handboeken te vinden is. Van een systematisch doorgevoerd semiotisch perspectief is echter geen sprake. Misschien zou dat ook niet wenselijk zijn voor een handboek dat recht wil doen aan de pluriformiteit van het vakgebied. Een belangrijke aanwinst is zijn overzicht van theoretische stromingen in de medische antropologie, iets wat merkwaardigerwijs in de voorgaande handboeken steeds ontbrak.

Er zijn echter ook min-punten. Janzen wil teveel een encyclopedische overzicht geven van auteurs en hun werk. Daardoor haast hij zich van de ene literatuurverwijzing naar de andere en ontwikkelt hij te weinig een eigen betoog. Onvermijdelijk is tegelijkertijd dat er ook onderwerpen zijn die niet of nauwelijks aan bod komen. Zo komt de wereld van de psychiatrie er te bekaaid van af en is er ook te weinig aandacht voor onderwerpen als pijn, culturele opvattingen over lichaam en anatomie, voeding, percepties van 'ongeluk' (misfortune), preventieve gezondheid en hygiëne, migratie en gezondheid, en de cultuur van institutionele zorg zoals ziekenhuis, kliniek en verzorgingshuis, in het bijzonder de rol van verpleegkundigen daarbinnen. De prijs van het boek is tamelijk hoog. Alleen een dure gebonden editie van een handboek uitgeven is student-onvriendelijk en zal een ruime verspreiding van het boek zeker belemmeren.

Sjaak van der Geest

Guus de Jonge & Baukje de Jonge-Veenland, *Alor en Timor 1953-1956. Brieven van een artsen-echtpaar*. Zutphen: Walburg Pers, 2000. 199 pp. illustraties. € 16.

*Alor en Timor 1953-1956* is verschenen in de reeks de *Indische Bibliotheek* van de Walburg Pers die gewijd is aan de uitgave van egodocumenten op het gebied van de Indisch/Indonesisch-Nederlandse betrekkingen. Als eerste publicatie in deze reeks verscheen in 1999 *Het dagelijks leven in Indië 1937-1947*. De daarin gepubliceerde brieven van O. Schulte Nordholt-Zielhuis aan haar schoonmoeder in Nederland geven een zeker inzicht in het reilen en zeilen van een goed christelijke bestuursfamilie van een lagere rang in de nadagen van Nederlands Indië. Het boek van Baukje en Guus de Jonge-Veenland volgt hetzelfde stramien van brieven gericht aan het thuisfront die de lezer in dit geval een indruk moeten geven van het dagelijks leven van een jong protes-

tants stel werkzaam als medische ontwikkelingswerkers op een buitenpost in Indonesië in het begin van de vijftiger jaren.

Het boek bevat 144 brieven, 21 foto's en 3 kaartjes. Naast de brieven is er een kort *Woord vooraf* waarin de auteurs de motieven en de omstandigheden van hun uitzending als artsenechtpaar schetsen. In het kort de droom van het verrichten van de goede daad in de tropen in navolging van Albert Schweitzer en het tegelijkertijd vervullen van de vervangende dienstplicht, beiden mogelijk gemaakt door de zending. Verder is er nog een lijst van de mensen waaraan de brieven gericht waren, een verklarende woordenlijst, een alinea gewijd aan de latere succesvolle carrière van de auteurs en een summier literatuurlijst over Alor.

De brieven die meestal Baukje en soms Guus schreef, zijn gericht aan hun naaste familieleden en één goede vriendin. Zoals keurig gemeld wordt zijn de brieven geredigeerd. Passages die betrekking hadden op familie zaken en situaties in Nederland zijn weggelaten, aanhef en slotzin ingekort en een aantal brieven is in zijn geheel niet opgenomen. Hoewel dit te begrijpen is uit pieteit voor de familieleden en wellicht de auteurs zelf, vermindert dit de waarde van het boek aanzienlijk, mede omdat het gepubliceerde de indruk wekt dat die Hollandse zaken er voor de auteurs toentertijd veel toe deden en deels bepaalden wat zij aan thuis schreven.

Het merendeel van de brieven, 107 stuks, is geschreven op Alor tussen 21-6-1953 en 26-7-1955. 28 Brieven zijn verzonden uit Timor en zijn gedateerd van 19-8-1955 tot 31-3-1956. Negen brieven zijn geschreven in de periode van 4-3-1953 tot en met 31-5-1953, de tijd die de auteurs nodig hadden om van Jakarta op Alor te geraken. Uit deze laatste, inleidende brieven spreekt de verbazing van de eerste indrukken, het schilderachtige, het niet bruin worden, de armoede, de onvermijdelijke darmen en het object des aanstoots van alle tijden, de bureaucratie.

Eenmaal aangekomen op Alor verandert de inhoud van de brieven: het werk wordt het belangrijkste onderwerp. Meermaals wordt beschreven dat zij op hun afgelegen post een heel scala aan medische handelingen moeten uitvoeren zonder de benodigde ervaring, opleiding en middelen. En dat lijkt naarmate de tijd vordert steeds beter te gaan, wat veel zegt over de inzet en inventiviteit van de auteurs.

Andere terugkerende thema's zijn het landschap, de Bijbel en de eenzaamheid. Het natuurschoon wordt veelvuldig geprezen. De uitgebreide beschrijvingen van de tournees geven aan dat dit de hoogtepunten waren van het verblijf van de auteurs op Alor. De Bijbel figureert in veel brieven als een vast ankerpunt. Men vindt er troost in, het personeel wordt er uit voorgelezen en andersgelovigen worden eraan afgemeten. De eenzaamheid temidden van de mensen komt regelmatig in allerlei vormen naar voren en illustreert hoe sociaal geïsoleerd men was van de lokale bevolking. Het is een thema dat niet alleen bekend is uit de koloniale literatuur, maar ook uit de ervaring van veel ontwikkelingswerkers en ex-pats tot op de dag van vandaag. De auteurs bouwden geen echte persoonlijke banden op met de bevolking. Ontspanning en vriendschap zocht men bij mede-Hollanders, de paters, andere doktersfamilies en de voorbijkomende zeelui van de KPM. Het personeel komt in de brieven voor in een dubbelzinnige capaciteit. Het zijn de mensen waar men het meeste contact mee had, die onmisbaar waren en de brug vormden met de rest van de bevolking, maar die men tegelijkertijd niet ver-

trouwde en verdacht van bijbedoelingen. Regelmatig wordt er geschreven dat personeel steelt, eten, beddengoed en petroleum, dat ze te laat terugkomen van vakantie of dat ze aan de auteurs belangrijke zaken niet vertellen zoals dat hun vriendin zwanger is.

Lokale gewoontes, de cultuur van Alor, vindt men 'merkwaardig', 'onsympathiek', iets om te zien, maar niet om te begrijpen. In een brief van 16-10-1954 refererend aan een in het Simavi blad afgedrukt artikel komen alle stereotypen voorbij: het teveel verwennen van het kind, de slechte positie van de vrouw, de verloedering van de verwerterde oosterling, en de luidheid, het maar laten waaien van de inlander. In andere brieven heeft men het over de slechte voeding die toegeschreven wordt aan de traditionele eetgewoontes van de eilanders, en over het gebrek aan de 'protestantse' spaarzin: 'men denkt niet aan later' of 'als de oogst groot is geven ze een enorm feest'.

Al op 5-10-1953 komt de eerste verwijzing naar de tijdelijkheid van het verblijf van de auteurs in de tropen. Blijkbaar hebben de auteurs al vroeg, wellicht vanaf het begin, hun uitzending gezien als een episode, een mooie herinnering voor later. Naarmate de tijd verstrijkt en zeker na de geboorte van hun eerste kind en de latere ongewenste overplaatsing naar Timor wordt het verlangen naar het vertrek steeds sterker. De in die tijd verslechterende verhouding tussen Indonesië en Nederland over Nieuw Guinea zal daaraan bijgedragen hebben, maar het is ook inherent aan de nog steeds gebruikelijke methode in de ontwikkelingssector om jonge, onervaren mensen, uit te zenden voor een korte periode. Op het moment dat ze gewend zijn en eindelijk kunnen beginnen aan het ware werk, moeten en willen ze weer weg. Meer cynisch zou men kunnen zeggen dat dit soort ontwikkelingswerk een stage is voor de uitgezonden westerling om ervaring op te doen ten koste van de lokale bevolking die daar ook nog tot in den treuren dankbaarheid voor moet tonen. Waarom niet mensen uit sturen met meer ervaring, die bereid zijn om zich lang, liefst voor altijd, daar te willen vestigen? Het is natuurlijk aardig voor Baukje en Guus dat zij een driejarig avontuur beleefd hebben waarop zij een leven lang hebben kunnen teren, maar voor de Alorezen was het beter geweest als dokter Guus alleen was gegaan, was getrouwd met een Alorese en nu zou kunnen terug kijken op een bijna vijftigjarige praktijk op dat mooie eiland.

De 21 zwart/wit foto's in het boek van Baukje en Guus zijn merendeels kiekjes van het jonge doktersgezin, hun ambtswoning, het ziekenhuis, en wat scènes geschoten tijdens tochtjes. Op één na zijn alle foto's genomen op het eiland Alor. Net als in menig Nederlands fotoalbum uit de koloniale periode is er voor de 'Alorees' slechts een rol weggelegd op de achtergrond als drager, als patiënt of als figurant in een kerstspel. Er is één foto waarin sprake is van een zekere mate van gelijkheid. Daarop nemen de Alorees Cornelis en dokter Guus beiden de melk van een verse kokosnoot tot zich. Als *mantri*, verpleegkundige, is Cornelis gekleed in wit overhemd en lange broek, terwijl dokter Guus in korte kaki broek en dito hemd ernaast staat, overigens beide met losse boorden en mouwen in verschillende stadia van oprolling. Een aardige voorbeeld van de standsverschillen en kledingvoorschriften die in vele landen en medische diensten nog steeds gebruikelijk zijn. Het is jammer dat de foto's zo slecht afgedrukt zijn. Het zou kunnen dat de originelen onscherp of verschoten waren, maar ik vermoed dat het ligt aan het beperkte budget of een gebrek aan aandacht van de uitgever aangezien de foto's in het eerdere boek van Schulte Nordholt-Zielhuis aan hetzelfde euvel leden.

De drie kaartjes in het boek van Indonesië, Alor en Pantar, en West Timor zijn rudimentair. De eilanden zijn alleen met hun contouren aangegeven en noch wegen, noch rivieren, noch bergen zijn ingetekend. De plaatsen worden aangegeven door een mengeling van cijfers, cursieve letters en Romeinse cijfers, hetgeen de kaartjes nogal onoverzichtelijk en lelijk maakt.

In de te magere literatuurlijst worden vier boeken genoemd die gepubliceerd zijn tussen 1927 en 1944. Twee over de zending met als veelzeggende titels *Van strijd en overwinning op Alor* en *Uit de duisternis tot het licht*, één fysisch-anthropologisch boek over de lichaamsbouw van de Alorezen en *The people of Alor* van Cora Du Bois. Dit laatste boek is een van de drie standaardwerken over Alor, allen gepubliceerd in de eerste helft van de twintigste eeuw, wat maar weer eens illustreert hoever de antropologie achterloopt in haar beschrijving van de culturele diversiteit van de mensheid. Het zonder enige twijfel beste, maar niet genoemde boek over Alor en de naburige eilanden is *Ata Kiwan. Unbekannte Bergvölker im Tropischen Holland* van E. Vatter uit 1932. Daarnaast kan nog *De sociale structuur van een Aloreese bevolkingsgroep* van M.M. Nicolspeyer genoemd worden. Voor een vollediger bibliografie verwijs ik de lezer naar *Preliminary notes on the Alor and Pantar languages* van W. A. L. Stokhof uit 1975.

De op de achterflap geciteerde opmerking van oud-tropenarts Bas van Wijk “wat een heerlijke tijd is dat geweest” geeft het sentiment en de waarde van het boek goed weer. De brieven bevatten te weinig details en zijn te fragmentarisch om een goede indruk te krijgen van het leven op Alor of de medische praktijk op dat eiland in de jaren vijftig. Daarnaast zijn de brieven ook niet mooi en spannend genoeg geschreven om aan het lezen zelf genoeg te beleven. Wat rest is de nostalgie.

Fred Gales

Ruth Kutalek, *Steven Lihonama Lutumo. Leben und Arbeit eines traditionellen Heilers der Bena Südwest-Tansanias*. Berlijn: VWB, 2001. Wiener ethnomedizinische Reihe; Bd. 1. 274 pp. DM 68,00.

Zelfs de minst ambitieuze studies verrassen wel eens met een geniaal moment. Dit boek kent er zo geen. De waarde van dit boek ligt niet in zijn theoretisch kader, noch in zijn interpretatie van etnografische gegevens, maar in de getrouwe weergave van een specifieke genezerspraktijk. De studie werpt een blik op tien maanden in het leven van Steven Lutumo, een genezer uit het Bena volk. De Bena leven in het vruchtbare, heuvelachtige zuidwesten van Tanzania, aan de grens met Zambia. Ze combineren landbouw met allerlei ondernemingsactiviteiten en vormen een relatief welstellende bevolking. De lokale taal wordt meer en meer verdrongen door het Swahili. Meer krijgen we echter over de Bena niet te weten. Een biografische studie kent immers zo zijn voor- en nadelen. Het is de vraag of dergelijk onderzoek kan bijdragen tot het “wissenschaftliches Neuland” (p.20) dat het onderbestudeerde Bena volk volgens de auteur vertegenwoordigt.

Het boek is zeer toegankelijk en overzichtelijk gestructureerd in drie delen: inleiding en methodologie; kwalitatieve gegevens over de genezerspraktijk; discussie.

Ruth Kutalek opent met een heldere inleiding tot de medische antropologie, waarin zij waarschuwt tegen de positivistische reductie van ziekte tot een louter fysieke toestand, en van traditionele geneeskunde tot een autochtone farmacologie. Het boek gaat niet verder dan deze stellingen, die in het slotstuk herhaald worden om de gegevens uit het tweede deel theoretisch enigszins in te kleuren. Aldus is de toon vanaf het begin gezet. Het gaat erom een publiek van niet-ingewijden te bereiken en om overzichtelijk studiemateriaal aan te bieden voor eerstejaarsstudenten in de medische antropologie. Daarin vind ik de studie zeer geslaagd.

Een onmiskenbaar pluspunt, dat in de sectie over onderzoeksmethodologie goed uit de verf komt, is de unieke relatie die de auteur onderhoudt met Lutumo, de genezer in kwestie. Zij participeert als assistente in zijn praktijk, bereidt de recepten dagelijks mee en wordt samen met haar onderzoeksassistent hiervoor betaald, wat toch op een uitzonderlijk wederkerige relatie duidt. Doordat de auteur gekozen heeft zich grotendeels te beperken tot deze ene genezer, krijgt de lezer een blik voor en achter de schermen, met de garantie dat de auteur geen eenmalige gebeurtenissen weergeeft maar vanuit een dagelijkse ervaring spreekt. Ruth Kutalek heeft heel wat intieme gesprekken tussen genezer en patiënt kunnen optekenen, wat naar ze zelf beweert zeldzaam is in de ‘etnomedische’ literatuur. De boeiendste stukken zijn inderdaad de letterlijke weergaven van de consultaties bij Lutumo in zijn functie als waarzegger.

Lutumo is gespecialiseerd in het *makonde* orakel, een divinatie techniek waarbij hij een kegel in een kalebas balanceert en de voorouderlijke gids aanspreekt om oorzaken, plaats en daders van ongeval of ziekte aan te wijzen. De lezer volgt in elk orakel op de voet de aanvankelijke schuchterheid bij de cliënt, het zelfvertrouwen van Lutumo, het bochtig parcours in het bepalen van concrete ziekte-oorzaken via vraag en repliek, afgewisseld met trance en beroep op orakel, en de soms schokkende beschuldigingen van hekserij geuit door Lutumo. Deze hekserijbeschuldigingen illustreren duidelijk het belang van de transgressie en angst die de participanten moeten doorstaan halfweg de divinatie, waardoor het orakel op zich een vorm van bevrijding en therapie kan zijn. De auteur verwijst naar Lutumo's constante bundeling van het trio hekserij, voorouders en persoonlijk schuld in het orakel. Deze vaststelling moet de lezer een ideale aanzet bieden om meer diepgravende studies te raadplegen betreffende divinatie en de (over-)determinatie van ziekteverklaringen. De toelichtingen bij de gespreksfragmenten zijn eerder repetitief en schetsen zelden of nooit de bredere culturele context. We komen bijvoorbeeld niet te weten of Bena verwantschap matri- of patrilineair is en welke de geplogenheden zijn bij de voorouderlijke offerriten, die bij veronachtzaming ziekte verklaren. In haar theoretische reflexies beperkt de auteur zich tot wat ‘old school’ comparatieve verwijzingen naar hekserij in andere delen van Afrika, waarbij de crème van de theorie vooral moet komen van de goeie ouwe Rivers en Evans-Pritchard.

Vooral in de bespreking van de belangrijkste rituele therapie genaamd ‘het koken van de pot’, wat het kroonstuk moest worden in dit boek, is het ontbreken van relevante literatuur, zoals onder andere Turner, Fernandez en Devisch, al te voelbaar. In dit ritueel waarbij de vloek teruggezonden wordt naar de heks, blijft de auteur's interpretatie hangen op het niveau van de analogie of ‘Signaturenlehre’. Ook bij de daaropvolgende, overloze lijsten van medicinale recepten uit Lutumo's praktijk is dit het enige verkla-

rende principe dat de lezer meekrijgt. Van Bena-eigen classificaties, metaforen of onderliggende culturele onderscheidingen is er geen sprake. Daarmee stuiten we op het voornaamste risico van het biografische type van kwalitatief onderzoek: het is te weinig etnografisch. We krijgen niets te horen over de (voormalige of hedendaagse) verwantschapsstructuur bij de Bena, noch over hun lokale besluitvorming (een chieft wordt even vermeld) of kosmologische voorstellingen in heden of verleden, zelfs niet over de geneeskundige tradities in dit deel van Tanzania. Bijgevolg ontbreekt het Kutalek aan semantische bronnen om het ritueel te interpreteren. Heeft de auteur werkelijk nergens een kenmerkende Bena 'touch' ervaren? Het gemis aan culturele invulling komt bij de lezer bevreemdend over. Wellicht was tien maanden veldwerk te kort om meer te kunnen oproepen dan deze vrij gesloten microkosmos van genezer en onderzoeker.

Het valt niet uit te maken of het gebrek aan etnografie past binnen een bewuste strategie van het Weens etnomedisch onderzoeksinstituut om de aandacht te verschuiven van het construct 'Bena volk' naar individuele praktijken en intersubjectieve voorstellingen. In ieder geval levert dit werk voor mij een afdoend bewijs dat de antropologie voorlopig niet zonder het concept cultuur kan. Anders laat je de lezer verweesd achter in een mengelmoes van losstaande uitspraken en individuele 'events', die niet door hun culturele significantie, maar enkel door hun universeel sensationele trekken dreigen te bekoren. Zonder de nodige etnografische inkadering, moet de lezer al enkele jaren veldwerk in Tanzania achter de rug hebben om aan te voelen dat Lutumo (in zijn grote, cementen residentie met binnenhof 'in guest house style') zich op een speciale manier verhoudt ten opzichte van andere Bena genezers. Met onder andere zijn keuze voor de Swahili taal in het orakel blijkt hij eerder een specifiek cliënteel aan te trekken uit de urbane en uitgesproken multiculturele sfeer. In plaats van de eigenheid van deze dynamiek te schetsen, 'globalizeert' het boek dit (emische) onderscheid weg door zoiets als een (Bena) cultuur tussen haakjes te plaatsen.

Koen Stroeken

Cheryl Mattingly & Linda C. Garro (eds), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, Berkeley: University of California Press. 279 pp. \$ 19,95.

Antropologen denken dat verhalen en narratieven fundamenteel zijn om ervaringen vorm te geven. Het vertellen van en luisteren naar verhalen, zo menen zij, is een constructieve en actieve bezigheid. Het is een zoektocht naar betekenis temidden van vele mogelijke betekenissen. Dat is ongeveer de basis van het boek van Mattingly en Garro. Ze zijn geïnspireerd door de mogelijkheden van verhalen, vooral in de wijze waarop verhalen van genezers en patiënten licht kunnen werpen op praktijken en ervaringen die anders niet zouden worden herkend. Het idee voor dit boek is ontstaan tijdens een workshop van de American Anthropological Association en de redacteurs stellen dat ze niet alleen de papers van de voorstanders van de narratieve benadering hebben genomen, maar ook de sceptici, die vragen stellen bij de huidige trends in antropologie. Weest u gewaarschuwd: hoe waardevol ik de narratieve benadering ook vind en ondanks dat ik in mijn werk de afgelopen jaren het accent op verhalen heb gelegd, deze bespreking is er

een van een scepticus die er tegenwoordig meer en meer toe neigt een andere benadering, meer in de richting van het radicaal empiricisme te hanteren. Maar daarover straks.

Volgens Mattingly en Garro is het evident dat verhalen centraal staan in ziekte. Dat is in de geneeskunde altijd zo geweest. We kennen allemaal de opvattingen van Freud, die ervan uitging dat een verhaal over het verleden nodig was om aan dat verleden zin te geven en een weg voor de toekomst aan te geven. Therapeut en patiënt ontwikkelen in de therapie een alternatieve versie van de werkelijkheid. Hoewel dat soms ook anders is, zoals ik in *Zwerfers, knutselaars en strategen* (1994) heb beschreven. Niettemin zijn verhalen voor de geneeskunde ook aantrekkelijk, omdat ze menselijke drama's laten zien, zowel van de dokters als van hun patiënten.

Maar wat moeten we onder een verhaal verstaan? De auteurs vragen zich af of er wel iets in het leven is dat geen verhaal is. Ze geven een aantal punten. Ten eerste geeft het verhaal vorm aan menselijke ervaringen. Deze visie is binnen de antropologie dominerend. Het werk van Kleinman, Good, Young en vele anderen laten dat zien. Ten tweede, vinden de auteurs, doen verhalen iets. Ze behoren tot het domein van sociale interactie en exploreren mogelijke betekenissen doordat ze motieven, handelingen en gevolgen met elkaar verbinden. Dan stellen ze de luisteraar in staat iets mee te ervaren, te voelen wat het is om bijvoorbeeld ziek te zijn. Verhalen hebben een illocutionaire functie. Ze geven aan wat belangrijk is in iemands leven en geven gedrag vorm.

De redacteurs geven in hun inleiding, *Narrative as construct and construction*, een goed inzicht in de gangbare benaderingen binnen de narratieve antropologie. Ze bespreken terminologische zaken als 'discourse', 'representatie', 'performance', organiserende principes in een verhaal zoals schema's en 'grammars', het onderscheid tussen narratief (structurele vorm) en verhaal (wat werkelijk wordt gedaan), de relatie tussen inhoud en structuur en de relatie van het verhaal met cultuur. Daarbij refereren ze aan de belangrijkste auteurs die in deze traditie werkzaam zijn of zijn geweest. Ze gaan in op het verhaal als sociaal drama, waarin ze verwijzen naar antropologen als Geertz, Turner en Bruner.

Mattingly en Garro gaan ook in op de 'narrative turn' in antropologie die samenging met een 'reflexive turn'. Ze bespreken de welbekende kritiek op de etnografie die sinds het postmodernisme bijna tot fictie zou zijn geworden. Ze nemen daarbij wel afstand van Crapanzano's idee dat de antropoloog een verhalende leugenaar is, die een fictieve coherentie in cultuur en verhalen presenteert die er in werkelijkheid niet is. De auteurs nemen stelling tegen het postmodernisme, maar gaan ervan uit dat verhalen de relatie tussen het persoonlijke en het culturele duidelijk maken. Dan spreken zij over de rol van culturele vormen in betekenisgeving, over herinneren en vertellen die op een zekere culturele wijze worden gedaan, over de techniek van het verhalen vertellen. Mattingly en Garro besteden extra aandacht aan ziekte en de ervaring van het zelf. Ziekte, beweren ze, heeft betekenis voor het zelfgevoel. Ziekte verstoort de oude verhalen. Het verhaal is een metafoer die een bepaalde wereld oproept en de ervaringen van het lichaam weergeeft en uitdrukt. Zij refereren hiermee aan de inmiddels welbekende fenomenologische benadering zoals van Good in zijn bespreking van chronische pijn. Verhalen, concluderen de auteurs, zijn overtuigende getuigenissen voor de antropoloog en zijn of haar lezers.

De inleiding van Mattingly en Garro is een goede synopsis van een benadering in de antropologie, die ongekend ‘populair’ is geworden. Ze geeft een prima overzicht van wat er is gebeurd sinds de ‘narrative turn’ in de antropologie. Ze wordt gevolgd door een serie papers over de wijze waarop verhalen in verschillende settings een rol spelen. Ik wil niet uitgebreid ingaan op alle bijdragen, maar ze in het kort weergeven.

De bundel opent met een bijdrage van Good en DelVecchio Good over fictie en historiciteit in de verhalen van dokters. Zij laten zien hoe medische studenten de wereld van de medische verhalen binnentreden aan de hand van verhalen van deze studenten. Eigenlijk verhalen over verhalen. De transformatie die dan optreedt is er een van de schok dat medische verhalen eigenlijk ook fictief en arbitrair zijn naar een diep gevoel dat echte medische verhalen mimetisch zijn, terwijl de verhalen over menselijk lijden een fictieve kwaliteit blijven behouden. De auteurs laten zien dat medische praktijken een sterke morele dimensie hebben, maar dat morele zaken naar de achtergrond moeten verdwijnen. Verhalen verbinden alle medische praktijken.

De tweede bijdrage is van Linda Garro. Zij onderzoekt hoe persoonlijke ervaringen (van de antropoloog zelf) en culturele kennis de ziekte-ervaring vorm geeft. Culturele kennis is in haar bijdrage de bron voor herinneringen aan het verleden. De verhalen zijn van de Anishinaabe gemeenschap en gaan over het leven met diabetes. De verhalen van patiënten gaan vaak over de wijze waarop het dieet in de loop van de tijd is veranderd van het traditionele eten naar het eten van de ‘blanken’. Hun herinneringen spelen een rol in de wijze waarop met diabetes en dieet nu wordt om gegaan, inclusief de reden waarom de raad van de dokter in de wind wordt geslagen. Hoewel Garro dat niet zo expliciet zegt, zijn de verhalen een politiek commentaar op de machtspositie van de blanken en de gevolgen van kolonialisme en cultureel imperialisme.

Linda Hunt analyseert twee verhalen van Mexicaanse vrouwen met kanker. Zij laat zien hoe het ziekteverhaal een reflectie wordt en hoe de ziekte wordt aangewend om hun nu problematische genderidentiteit opnieuw vorm te geven. Hier is het verhaal dus een strategie die ertoe dient om betekenis te geven aan macht en machteloosheid in het leven van patiënten.

Pollock heeft de verhalen van dokters bestudeerd, maar op een andere manier dan Good en Del Vecchio Good. Deze auteur heeft gekeken naar gepubliceerde getuigenissen en vervolgens onderzocht wat die getuigenissen ons vertellen als er met het perspectief van de lezer naar wordt gekeken. Hij heeft getracht het verhaal door middel van de geschiedenis van de geneeskunde te doorgronden en bespreekt twee genres. Het ene is de feministische aspecten in de geneeskunde door middel van het verhaal van een vrouwelijke dokter. Het andere genre omvat het ‘trainingsverhaal’, een verhaal over artsen die veranderingen in de geneeskunde problematisch vinden. Pollock vraagt zich af waarom verhalen van artsen in opleiding en jonge artsen zo populair zijn. Zijn antwoord is dat ze een tegenwicht vormen voor de successtory van de geneeskunde. Ze maken dat vak menselijker.

Riessman benadert het verhaal vanuit de sociolinguïstische hoek. Deze auteur bepaalt zich meer tot het moment van vertellen en analyseert hoe betekenis ontstaat. Haar analyse gaat over onvruchtbaarheid in India en het stigma dat ermee gepaard gaat. Ze beweegt zich tussen een brede macro-analyse en de performance van het verhaal.

Daarmee biedt ze een subtiel verslag van de kinderloosheid van een jonge vrouw en een discussie over de betekenis van kinderloosheid. Wat meer is, ze laat zien hoe haar inzichten en interpretaties veranderen.

Kirmayer, bekend als voorman van de transculturele psychiatrie, benadrukt de interactionele context van het verhaal. Hij stelt een analytisch kader voor dat kan worden gebruikt in klinische verhalen. Dan gaat het om de kunst van het overtuigen. Tegelijkertijd neemt Kirmayer afstand van een literair standpunt, dat wil zeggen dat hij beargumenteert dat we ervoor moeten waken het verhaal als poëtisch te zien. Dat zou de verhalen meer coherentie geven, dan ze in werkelijkheid hebben. In ziekte, acute ziekte, stelt Kirmayer, is de coherentie ver te zoeken. Metaforen spelen dan waarschijnlijk een belangrijkere rol dan de verhalen zelf. Deze auteur kijkt ook naar wat er met iemands identiteit gebeurt. Hij stelt dat deze in verhalen wordt geconstrueerd als een coherente, moreel aanvaardbare identiteit.

Mattingly kijkt naar de verhalen in de interacties tussen professionals en patiënten door zich te richten op een enkele interactie tussen een therapeut en een patiënt. Ze bestudeert, net als Kirmayer 'the poetics of the clinical interaction'. Ze onderzoekt de relatie tussen het verhaal zoals het wordt verteld en het verhaal zoals het wordt geleefd. Haar vraag is hoe, rekening houdend met de relatie tussen leven en het verhaal, toch het naïeve realisme en het idee van leven-als-tekst te vermijden. In tegenstelling tot andere auteurs als Kirmayer en Dreier (beiden in dit boek), zoekt Mattingly naar samenwerking in de therapeutische interactie en niet naar strijd. Ze doet dat met behulp van materiaal van een interactie van een therapeut en een negenjarige jongen. Omdat die interactie niet alleen verbaal is, laat Mattingly zien dat een verhaal kan worden gevormd, zelfs als het niet expliciet wordt verteld.

Unni Wikan schrijft een ongewoon verhaal. Ze verbindt haar persoonlijk verhaal over ziekte met materiaal van haar etnografisch onderzoek. Zo verkent ze de complexe relaties tussen de ervaring van ziekte, verhalen en identiteit. Ze begint met haar eigen verhaal en vertelt vervolgens het verhaal van een arme Egyptische vrouw. Ze gebruikt de ervaringen om kritisch na te denken over de 'narrative approach' en de gebruikte terminologie. Ze bekritiseert vooral het veelvuldig gebruik van 'ik' in verhalen, omdat dit volgens haar de aandacht afleidt van de sociale relaties. Voorts vraagt ze zich af of antropologen niet te veel gefocust zijn op verhalen en of ze verhalen niet een beetje al te serieus nemen. Ze geeft het voorbeeld van armoede. Deze kan een zo overheersend probleem zijn, dat ziekte niet op de voorgrond staat. Een van haar conclusies is dat verhalen over ziekte dikwijls zonder een duidelijk begin, midden en einde zijn.

Dreier bespreekt thema's als macht, conflict, legitimiteit in de interacties tussen psychotherapeut en familieleden. Hij maakt gebruik van concepten als sociale praktijken en sociale contexten en probeert daarmee te beargumenteren dat deze de sleutelpraktijken zijn die het dagelijks leven vorm geven. Ook beargumenteert hij dat spreken niet het eerste is waarmee familieleden hun dagelijks leven vormgeven. Hij bekritiseert dus de centraliteit van de verhalen en zegt dat door het temporele aspect van verhalen de ruimtelijke dimensie van het leven van alledag verdwijnt. Voorts betwijfelt hij de effectiviteit van psychotherapie. Niet het praten op zich brengt heling, maar de manier waarop familieleden van dat praten gebruik maken.

Het laatste hoofdstuk van het boek is een synthese, waarin de redacteurs reflecteren op de wijzen waarop ziekte en genezen worden gestructureerd door verhalen. Ze concluderen dat verhalen weliswaar goed zijn om mee te denken, maar dat antropologen er op bedacht moeten zijn wat verhalen nu eigenlijk zijn, waarover ze ons laten nadenken en waarin ze ons beperken.

Dat is recht uit mijn hart gegrepen. Ik vind het een interessant boek, maar wil ook afstand nemen van de narratieve antropologie. Dat doe ik niet zo maar. Ik merk dat antropologen steeds meer afhankelijk worden van de woorden van mensen en soms erg gefrustreerd kunnen raken als mensen niet willen praten. Ik zie met een beetje zorg de ontwikkeling in de medische antropologie aan, die zich steeds meer verlaat op verhalen en interviews (als dat al narratieven zijn) en niet meer in staat lijkt te zijn zwijgend 'rond te hangen' en het zwijgen van mensen voor lief te nemen. Ik zou ervoor willen pleiten dat aankomende antropologen leren hun mond te houden en meer wat Stoller heeft benoemd als 'the anthropology of the senses' te bedrijven. Woorden zijn belangrijk, verhalen onmisbaar, maar zwijgen spreekt ook, soms zelfs luider als woorden. Ironisch genoeg gaat met de grote aandacht voor verhalen (net nu de waarde ervan ook binnen de geneeskunde steeds meer wordt onderkend), de tegenzin van 'informanten' om hun verhaal te vertellen steeds krachtiger worden. Ik zie het als mensen tegen elkaar zeggen als de antropoloog verschijnt: "Zeg, haal alvast je fotoalbum maar tevoorschijn." Ik hoor die boodschap als mensen in Zuid-Afrika tegen onderzoekers zeggen: "Ik wil er geld voor, want jij verdient er ook mee." Ik zie het als mensen koppig zwijgen als verzet tegen de intrusieve praktijken van begerige antropologen. En ik denk: "Hebben ze geen gelijk?" Ik zou ervoor willen pleiten kritisch te denken over onze verhalenbegeerte. Ik zou willen pleiten voor een radicaal empiricisme, waarin de antropoloog leeft met mensen en leeft voor mensen. Dat kan ook zonder verhalen, al moet die antropoloog wel verhalen vertellen, maar dan met de grootste nauwkeurigheid en rationaliteit. Ik zou eigenlijk een etnografie van de stilte willen schrijven.

Els van Dongen

Joanne B. Mulcahy, *Birth and rebirth on an Alaskan island. The life of an alutiik healer*. Athens: University of Georgia Press, 2001. 172 pp., illustraties. £ 21.50 (gebonden)

Na het lezen van *Birth and rebirth on an Alaskan island* weet de lezer veel over de ontwikkelingen die het eiland Kodiak in een van de meest afgelegen delen van de Verenigde Staten de laatste eeuw doormaakte. Ook op het gebied van gezondheidszorg. Echter niet zoveel als de achterflap van het boek belooft. Dat Joanne Mulcahy's onderzoeksgaven aan de 'hoogste maatstaven voor etnografische studies' zouden voldoen, strookt niet geheel met het gepresenteerde materiaal in het boek. Dat bevat nauwelijks eigen observaties, maar is vooral het verhaal van één traditionele genezeres. Verteld door de genezeres zelf, dat wel.

Aan de hand van de lange monologen van deze vrouw, Mary Peterson, krijgen we een goede indruk van de dynamiek van een samenleving. De Alutiische cultuur van de

oorspronkelijke bewoners versmolt na de toestroom van Russische kolonisten eind achttiende eeuw met de leer van de Russisch Orthodoxe kerk. Nadat de Amerikanen in 1867 de baas werden over het gebied en een zelfvoorzienende levensstijl definitief plaatsmaakte voor loonarbeid in bepaalde seizoenen, kon de alcohol haar verwoestende slag slaan.

De stille maanden werden gevuld met onophoudelijke zuippartijen met alle maatschappelijke gevolgen van dien: huiselijk geweld, verwaarlozing van kinderen en cetera. Die problemen deden Mary Peterson zelfs haar geboortegrond, het plaatsje Akhiok, ontvluchten om een veilig onderkomen in Anchorage te vinden. In die toestand ontmoette Mulcahy haar voor de eerste maal. Het was het begin van een twaalf jaar durend contact door middel van bezoeken, brieven en telefoongesprekken dat uitmondde in deze publicatie.

Het boek beperkt zich voornamelijk tot ‘oral history’ van een enkele vrouw. Mulcahy gebruikt de gesprekken, brieven en congressen als onderzoeksmateriaal, maar beschrijft niet één gebeurtenis waarvan het onderwerp centraal staat in haar studie, zoals een traditionele behandeling of een bevalling. Soms minder relevante sfeerbeschrijvingen van het landschap zijn er daarentegen ten overvloede.

Na de boeiende contextuele en historische beschrijvingen in het voorwoord en de inleiding, volgend drie delen. In *The early seasons* vertelt Mary Peterson hoe het in haar jeugd was, waarin rituelen, het (Russisch-orthodoxe) geloof en hard werken centraal stonden. Daarna volgen ruim dertig pagina’s over gezondheid, toegespitst op vrouwen en genezen. Traditionele geneeskunde, verloskunde en het ‘Community Health Aid System’ komen daarbij aan bod. In deze officiële vorm van hulpverlening worden traditionele genezeressen ingezet als ‘gezondheidshulp’ en vertaalsters tussen de inheemse bevolking en de reguliere genezers. Traditionele genezeressen en vroedvrouwen blijken verder al jaren vooral een rol te spelen als overdragers van geschiedenis. Een recente behandeling of bevalling wordt niet gemeld in het boek. De fotopagina’s die voor een deel beelden van begin twintigste eeuw tonen, zijn een welkome aanvulling bij de verhalen.

Het proces van sociale verandering en het hervinden van traditionele waarden, normen en gebruiken wordt beschreven in het gedeelte *Exile and renewal*, dat ruim vijftig pagina’s beslaat. Ook hier klinkt in Mary Peterson’s woorden expliciet en emotioneel door dat het vroeger allemaal veel beter was: “Sometimes, when I’m by myself, you know, and I go back, I wish, ooh, I wish them days were here now! ... Everybody was so nice. They all helped each other and nobody was ever alone.” Hier vindt de lezer ook een van de verslagleggingen van eigen waarnemingen van de onderzoekster. In de periode dat het slecht ging met de bevolking in Akhiok was zij ter plekke om door een raam “a tower of beer cans and plates of half-eaten food” waar te nemen in een van de verlaten huizen. Contact met de mensen kreeg ze niet. Uit nieuws en berichten van vrienden maakte Mulcahy op dat in 1987 negentig procent van de volwassen bevolking van Akhiok als alcoholist beschreven kon worden.

De olieramp met de Exxon Valdez in 1989 verergerde de situatie. De ongekend hoge uurlonen voor het schoonmaakwerk zetten de mannen direct in drank om. Bessen werden niet meer geplukt en vis niet meer gevangen. De dood van een zoon van Mary

Peterson bleek uiteindelijk de aanleiding tot bezinning voor de doorgedraaide bevolking. Alcohol werd in grote mate taboe en drinkende volwassenen als slecht voorbeeld voor de jeugd gezien. Tijdens AA-bijeenkomsten groeide een collectief bewustzijn, waarin weer aandacht kwam voor de in vergetelheid geraakte inheemse cultuur. Er kwamen taalcursussen, mensen leerden weer kano's bouwen en manden vlechten en met Pasen kwam de traditionele *perok*, zalm- en rijsttaart, weer op tafel.

Mulcahy noemt de culturele wederopstanding van de oorspronkelijke bewoners van het eiland Kodiak een vorm van 'healing' en vat de betekenis ervan in de epiloog kernachtig samen in een zin: "Healing has meant to rebuild community, to banish violence and alcohol abuse, to reclaim and reinvent a culture." Daarmee is het ook duidelijk geworden dat de studie bovenal over het genezen van een samenleving gaat en nauwelijks over traditionele genezingspraktijken. Die praktijken komen alleen mondjesmaat aan bod in de pagina's lange, soms pakkende, soms langdradige monologen van Mary Peterson. Geloof, familie en tradities staan daarin centraal. Later trad zij als ervaringsdeskundige ook op tijdens congressen en conferenties over haar cultuur. De realisatie van een Alutiic museum in Kodiak mag gezien worden als een voorlopig happy end voor het verhaal van Peterson en haar volk.

*Birth and rebirth on an Alaskan island* mist een tastbaar antropologisch accent, maar heeft toch genoeg te bieden voor diegenen die meer willen weten over een vergeten volk in een afgelegen deel van de wereld.

Hans Veltmeijer

Vincente Navarro (ed.), *The political economy of social inequalities: Consequences for health and quality of life. Amityville*. New York: Baywood Publishing Company, 2000. 530 pp., index. \$ 65,00 (hardcover), \$ 45,00 (paperback).

Is het voormalig streven van communisme, nationaal-socialisme en fascisme om tot wereldheerschappij te komen na de Tweede Wereldoorlog en de Koude Oorlog overgenomen door de Verenigde Staten van Amerika? Is iedere staat, groep of persoon die deze dominantie wil bestrijden per definitie terroristisch? Gezien de huidige geopolitieke situatie is dit een actueel onderwerp. Hebben zij het gelijk aan hun kant die vaststellen dat de gebeurtenissen van 11 september 2001 een koekje van eigen deeg waren voor de Amerikanen? Zijn, gezien de actuele rechtse politieke ontwikkelingen in het Verenigd Europa, de Europese landen willige handlangers geworden van de Verenigde Staten? Geldt dat ook voor de Verenigde Naties, de Wereldbank, het Internationaal Monetair Fonds (IMF), de Europese Ontwikkelingsbank? Zijn vele internationale verdragen tot 'papieren tijgers' verworpen? Verslechtert door dit alles de situatie in ontwikkelingslanden? Is ook de toenemende tweedeling in het Westen daar een gevolg van?

Indien het antwoord op gestelde vragen positief is, moeten wij ons vervolgens afvragen of er processen denkbaar en haalbaar zijn die de beschreven ontwikkelingen een halt kunnen toeroepen. Van de internationale politieke ideologieën (socialisme, communisme) die in het verleden tegenstand boden aan het groeiend internationaal kapitalisme valt momenteel niets meer te verwachten. Is er een Derde Weg van waaruit

soorten en vormen van activerende energie kunnen worden gegenereerd die processen op gang kan brengen om dat kapitalisme (globalisme) af te remmen of een halt toe te roepen? Mogen we bijvoorbeeld hopen dat andere internationale ideologieën zoals de wereldgodsdiensten (jodendom, christendom, islam, hindoeïsme) als effectieve uitdragers en beschermers van humanisme en mensenrechten zullen gaan optreden? Of bewijst de huidige tijd dat uit die hoek niet veel te verwachten valt, gezien de toenemende verzuiling binnen deze wereldgodsdiensten en de toenemende spanningen ertussen? Bestaan er momenteel nog sociale bewegingen?

Zijn er op dit moment sociaal-wetenschappelijke theorieën die bij het zoeken naar de nodige activerende energie behulpzaam kunnen zijn of zijn de methodologieën, methoden, technieken en concepten van de sociale wetenschappen door de huidige wereldontwikkelingen achterhaald? Geldt dat ook voor de culturele antropologie die steeds meer trekjes gaat krijgen van de vooroorlogse beschrijvende ‘volkenkunde’, c.q. etnografie? Is er iets over van de niet-westerse sociologie, de naoorlogse partner van de culturele antropologie, nu voormannen als Wertheim, Breman, Kruijer en Huizer letterlijk of figuurlijk van het toneel zijn verdwenen? Wat is er overgebleven van de kritische antropologie? Valt in ons land, gezien de teruglopende belangstelling van studenten in de sociale wetenschappen en de afbraak van de alfa-faculteiten nog iets te verwachten op het gebied van de humaniora en van gerechtigheid? En, meer algemeen, valt er van de Nederlandse politiek nog veel te verwachten aangaande het terugdringen van sociale ongelijkheid als we de snelle afbraak van het ‘poldermodel’ en dus de toename van stakingen kunnen waarnemen? In een tijd waarin een ieder op weg of op zoek lijkt te zijn naar fortuin, vrees ik van niet.

In bovengenoemd boek van Vincente Navarro hebben zeventien auteurs aspecten van de door mij geschetste situatie toegebogen naar de thema's gezondheid, gezondheidszorg en levenskwaliteit. De auteurs vertegenwoordigen de disciplines geneeskunde, economische en politieke geschiedenis, politicologie, sociologie en politieke sociologie, economie, epidemiologie, sociale geneeskunde, wetenschapsfilosofie, ecologie, en public health. Slechts enkele hoofdstukken richten zich specifiek op landen in het Zuiden (Chili, Mexico en enkele Aziatische landen). Alle op de Inleiding volgende hoofdstukken zijn geactualiseerde versies van artikelen die eerder verschenen zijn in het al meer dan dertig jaar bestaande *International Journal of Health Services*. Een tweede deel met artikelen uit dat tijdschrift staat ons nog te wachten. Van de 21 hoofdstukken waaruit dit eerste deel bestaat, heeft Navarro er acht voor zijn rekening genomen. Het boek als geheel biedt de lezer een schat aan data, kennis en inzichten over onderwerpen die al lang bekend zijn, maar binnen de mainstream wetenschappen onvoldoende aandacht krijgen.

Navarro begint het boek (deel I, hoofdstuk 1) met een historisch overzicht (1965-1997) van onderzoek naar ‘klasse, gezondheid, en levenskwaliteit’ in de Verenigde Staten. Hij doet dit tegen de achtergrond van zijn persoonlijke ervaringen over een periode van 35 jaar, functionerend als maatschappijkritisch wetenschapper in een politieke en wetenschappelijke context die kritiek op basis van een op klasseverschillen gerichte benadering van gezondheid en gezondheidszorg zoals die van hemzelf, boycotte. Vooral in de Verenigde Staten was het gebruik van het klassevertoog reden voor

beschimping en discriminatie. Navarro introduceert in dit verband het begrip ‘intellectueel fascisme’. De destructieve krachten daarvan, zo schrijft Navarro, zouden wel eens erger kunnen zijn dan het fascisme waaronder hij in Spanje (het Franco regiem), voordat hij in 1965 naar de Verenigde Staten vertrok, persoonlijk geleden had. Dan volgen drie hoofdstukken (deel II) eveneens van zijn hand over de oorzaken van de toenemende sociale ongelijkheid tussen en binnen landen.

Zes hoofdstukken (deel III) analyseren de rol van internationale organisaties zoals de Wereldbank, het IMF en de Wereldgezondheidszorg Organisatie (WHO) in de promotie van neoliberale overheidsbeleid verantwoordelijk voor de toename van ongelijkheden. De bekende Indiase arts Debabar Banerji, hoogleraar aan Jawaharlal Nehru University in New Delhi, neemt het begrip ‘intellectueel fascisme’ over van Navarro. Hij schrijft dat het ‘intellectuele fascisme’ dat de rijke landen van de wereld uitoefenen ten opzichte van de arme landen van een nog kwaadaardiger soort is dan het fascisme dat Navarro binnen de VS identificeert. Hoe de praktijk van ‘intellectueel fascisme’ en totalitarisme er uit kan zien illustreert Banerji door een beschrijving van het werk van de WHO, UNICEF en de Wereld Bank in enkele Aziatische landen.

Deel IV gaat in drie hoofdstukken in op neoliberalisme en sociaal beleid en gezondheidsbeleid en deel V, eveneens in drie hoofdstukken, op debatten over de oorzaken van sociale ongelijkheden en gezondheid. Het zesde en laatste deel geeft in vijf hoofdstukken een analyse van voorgestelde oplossingen voor de in het boek gesignaleerde en besproken problemen. Daarbij staat het belang van de politieke context op de voorgrond. Van extra belang is hoofdstuk 18 *Is there a third way? A response to Giddens’ The Third Way*. Navarro bespreekt daarin Tony Blair’s omarming van Antony Giddens’ boek dat als ondertitel heeft *A renewal to social democracy*. Hij vraagt zich af of een totale breuk met Engeland’s ‘Old Labour’ de activerende energie in zich draagt om tot vernieuwingsprocessen van de sociale democratie te komen. In zijn afwijzing kan Navarro zich beroepen op de talrijke kritiek die hij en zijn medeauteurs leveren op de Amerikaanse binnen- en buitenlandse politiek. Voor hem toont Blair’s ‘Derde Weg’ veel gelijkenis met de huidige politiek van de Amerikaanse Sociaal Democratische Partij. En Giddens blijkt volgens Navarro maar bitter weinig te weten van de continentale sociale democratieën met al hun nationale verschillen en variaties. Daar voeg ik dan nog aan toe dat de geschiedenis toont dat elke poging om met politieke middelen het kapitalisme te veranderen na korte of lange tijd (Sovjet Unie, China etcetera) mislukt is.

Hier komen de Britse onkunde en vooroordelen tegenover continentaal Europa en de Amerikaanse ten aanzien van alles dat buiten hun land ligt, pijnlijk aan de orde. Van de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk valt vooralsnog weinig te verwachten waar het activerende energie betreft inzake het op gang brengen van processen die sociale, economische en politieke ongelijkheid en onderdrukking en de daaruit voortvloeiende armoede kunnen wegnemen of terugdrukken. En, om nogmaals 11 september 2001 in herinnering te roepen, dat geldt ook voor terreurdaden.

Dat ik dit boek, dat geheel buiten het vakgebied van de medische antropologie valt, toch kan aanraden, is gebaseerd op mijn overtuiging dat de inhoud ervan kan bijdragen aan het ontwikkelen van actuele, maatschappelijk relevante probleemstellingen en theorieën binnen ons vakgebied.

Het moet eind jaren zeventig, begin jaren tachtig geweest zijn dat ik Vincente Navarro tezamen met Lesley Doyal – vooral bekend geworden vanwege haar boek *The political economy of health* (1997) – heb horen spreken op een bijeenkomst van de Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS). Met veel elan begon WEMOS toen met zijn kritische analyses van medische ontwikkelingssamenwerking. Het was ook in die periode dat er sprake van was dat Navarro als hoogleraar (medische) sociologie naar de Universiteit van Amsterdam zou komen. De details van het niet doorgaan daarvan ken ik niet. Hoe zouden de medische antropologie en medische sociologie in Amsterdam en in Nederland eruit gezien hebben als Navarro hier wel gekomen en ook gebleven was?

Annemiek Richters

Gerhard Nijhof, *Ziekenwerk. Een kleine sociologie van alledaags ziekenleven*. Amsterdam: Aksant, 2001, 141 pp. € 13,50.

*Ziekenwerk* van Gerhard Nijhof heeft als ondertitel: *Een kleine sociologie van alledaags ziekenleven*. In dit boek verhaalt Gerhard Nijhof over zijn eigen ziekte, maar de ondertitel laat zien dat het meer dan een persoonlijk verhaal is: zijn persoonlijke verhaal wordt wetenschappelijk benaderd. “Bijna onmiddellijk werd mijn ziekte object van onderzoek. Dat is het mooie van sociologie. Je kunt het altijd en overal doen”, zo stelt hij in het voorwoord. Nijhof geeft daarvoor drie redenen. Ten eerste gebruikt hij de medisch-sociologische notities om zijn eigen verwarrende ervaringen wat overzichtelijker te maken. Ten tweede benut hij de medische sociologie om zijn eigen schroom om over zichzelf te vertellen te verbergen. Ten derde is hij van mening dat de verwoording van persoonlijke ervaringen een bijdrage kan geven aan de medische sociologie, die teveel leunt op begrippen en onderwerpen van gezonde sociologen. Daarbij is hij vooral geïnteresseerd in de ervaringen waaraan de medische sociologie voorbij gaat. In de inleiding verklaart Nijhof de titel van het boek. Ziek-zijn is, in navolging van Strauss, werken volgens hem, volgens sommigen zelfs een vak.

In de volgende hoofdstukken neemt Nijhof telkens een eigen ervaring als uitgangspunt, zoekt vervolgens in de literatuur naar verheldering van deze ervaring en sluit af met een poging deze ervaring te duiden. Zo komen onder andere gebaren (als begeleider van taal) aan de orde, maar ook de verstoorde argeloosheid van de patiënt, de verwarrende moeheid, de rol van apparaten, doodsdreiging en hoe deze te verdrijven, ziek-zijn als sociaal fenomeen, het verdwijnen en het verschijnen van vrienden, afhankelijkheid, schaamte voor en gewenning aan de nieuwe situatie. In de epiloog zegt Nijhof dat dit boek uiteindelijk gezien moet worden als een reisverslag, waarin voortdurend dat wat ongewoon is na een tijdje al weer gewoon is.

Deze kleine sociologie van alledaags ziekenleven is denk ik voor iedere medisch socioloog en antropoloog een aanrader om te lezen. Naast bekende komen er ook minder bekende thema's aan de orde, waarvan het zeer de moeite waard zou zijn ze nader te onderzoeken. De persoonlijke ervaringen die daaraan ten grondslag liggen, geven het geheel een bijzonder cachet. Er zijn echter ook wel enkele bezwaren te noemen.

Ten eerste met betrekking tot de opzet van het boek. Het gebruik van de sociologie om de eigen verwarring te ordenen en om zichzelf te verbergen heeft tot gevolg dat de ervaring reeds bemiddeld is, voordat de lezer het leest. Het zichzelf als object nemen is als proces voor de lezer niet toegankelijk. Hoewel het natuurlijk niemand te verwijten valt dat hij zichzelf niet publiekelijk helemaal ten toon wil stellen, levert dit uiteindelijk toch minder inzicht in het leven van een zieke op dan een autobiografisch verslag of een dagboek, vooral door het ontbreken van details. De medisch-sociologische dominantie maakt bovendien dat tegen het eind van het boek er een herhalingsgevoel met betrekking tot de ervaring optreedt. Al lezende bedacht ik dat het toch veel spannender was geweest om bijvoorbeeld op de linkerpagina de ongecensureerde ervaring (bijvoorbeeld over de chaotische gevoelens na de operatie) te lezen en op de rechterpagina het medisch-sociologisch commentaar. Maar uiteraard zou dat impliceren dat de sociologie dan niet meer kan dienen als toedekker van intieme ervaringen. De thematisch aanpak maakt ook dat een chronologie van het ziek-zijn gaandeweg het boek minder goed te volgen is, hetgeen de afstand tot de ervaring verder vergroot.

Ten tweede heb ik mij verbaasd over de centrale stelling van het boek dat ziek-zijn werk is. Nergens wordt het begrip werk aan een nadere beschouwing onderworpen. Het begrip werk (of nog sterker: vak) lijkt vooral gebruikt te worden in de betekenis dat ziek-zijn en weer opkrabbelen als een serieuze bezigheid moet worden gezien waar je dag en nacht mee zoet bent. Daar lijkt een maatschappelijke onbekendheid en onderwaardering van wat zieken (en hun omgeving) allemaal moeten doen aan ten grondslag te liggen. Je kan natuurlijk, omdat de mens een arbeidend wezen is, ziek-zijn als werk bestempelen, maar dan is bijvoorbeeld ook het opvoeden van een kind werk en uiteindelijk alles wat in een mensenleven passeert werk. Werk is daarmee geen onderscheidend begrip meer. Het is de vraag of een kwalijke maatschappelijke tendens om onderscheid te maken tussen actieve (zij die betaald werk hebben) en inactieve (zij die geen betaald werk hebben of zieken bijvoorbeeld) op deze wijze kan worden gekeerd. Je hoopt op het binnenhalen van de maatschappelijk positieve betekenis van het woord werk, maar daardoor verliest het woord juist aan betekenis. Niet het woord werk, maar een nauwgezette beschrijving van wat een ziekte allemaal met zich meebrengt, zal overtuigen dat ziek-zijn 'echt' is en serieus genomen moet worden. Dit boek zal daaraan zeker zijn steentje bijdragen.

Er zitten in dit boek op verschillende plaatsen mooie beschrijvingen van de ervaring van ziek-zijn. Dat is op zich ook een reden om het boek te lezen. Of het ook als reisverslag door de wereld van de zieken geslaagd is, hangt af van welk soort reisverslag je houdt.

Door de persoonlijke ervaringen te koppelen aan medisch-sociologische inzichten wordt het een reisgids waarin verteld wordt over de bijzonderheden van het bezochte land en de achtergronden van die bijzonderheden. Het is veel minder een reisverslag waarin het gewone leven van de inwoners van een land wordt beschreven in een confrontatie met de eigen gewoonten, mede leidend tot reflectie over de eigen gewoonten.

Dat het meer een reisgids dan een reisverslag is, is een direct gevolg van de verschillende redenen voor het gebruik van de (medische) sociologie: het persoonlijk ordenen, het persoonlijke verbergen en het persoonlijke gebruiken voor een medisch-

sociologische agenda. De tegenstelling tussen de eerste twee redenen en de laatste reden geeft aan het boek een interne spanning die niet altijd positief werkt. Desondanks een aanrader.

Arko Oderwald

Paul Pedersen (ed.), *Multiculturalism as a fourth force*. London: Brunner/Mazel, 1996. 218 pp. £ 21,50.

Mensen zien de wereld door de informatie die zij verkrijgen uit hun omgeving. De auteurs die Paul Pedersen bij elkaar heeft gebracht, laten zien hoe verschillende mensen die wereld kunnen zien. Dit boek bevat artikelen over therapie in een multiculturele samenleving, waarbij voor de auteurs cultuur als therapeutisch handvat centraal staat. Het boek valt uiteen in twee delen. Het eerste deel is voornamelijk gericht op cultuur als een vierde theoretische stroming, als een nieuwe denkrichting binnen de psychologie, naast de al bestaande richtingen, namelijk het psychodynamische, humanistische en het behavioristische denken. In het tweede deel gaat in op de praktische uitwerking van een dergelijke denkrichting: de diverse uitingsvormen van het werken vanuit een multicultureel perspectief.

Het centrale uitgangspunt van dit boek is de kritiek op de huidige psychologische stromingen waarbij de basisprincipes gestoeld zijn op het westerse denken en die niet uitgaan van een multiculturele samenleving. Deze stromingen gaan bijvoorbeeld voorbij aan het feit dat niet iedereen het westerse streven naar individuele autonomie als een belangrijk doel ervaart. Binnen andere culturen kijken mensen veelal vanuit een ander perspectief naar dit streven. Toch is het streven naar individuele autonomie dermate verweven met het dagelijks leven dat westerse georiënteerde therapeuten zich hiervan niet bewust zijn in het werken met niet-westerse allochtonen. De leden van een westerse, individualistische cultuur verklaren gedrag bijvoorbeeld op grond van interne processen, vanuit de individuele mening, overtuiging, geloof, houding, persoonlijkheid, doelen, verwachting, waarden. Mensen uit de Magreb bijvoorbeeld, verklaren de wereld vanuit externe processen, vanuit de mening, de doelen, de waarden en ambities van de groep waartoe zij behoren. Als therapeut en cliënt dezelfde achtergrond delen, is therapie veelal geen probleem, maar als zij uit totaal verschillende culturen komen, dan kunnen er problemen voordoen, zeker als de therapeut over onvoldoende culturele sensitiviteit beschikt.

Deel een van dit boek is een pleidooi voor een cultuurgericht perspectief binnen de psychologie naast de psychodynamische stroming, het humanisme en het behaviorisme. Opvallend is dat het systemisch perspectief niet genoemd wordt, hetgeen mogelijk te maken heeft met de Amerikaanse achtergrond van de samensteller. In deel twee, hoofdstuk negen wordt het systemisch werken overigens wel genoemd als alternatief voor de individuele therapie.

Het eerste deel bestaat uit vier hoofdstukken met als thema's: de cultuurgerichte interventies als een vierde dimensie van de psychologie (Pedersen), culturele diversiteit in en tussen gemeenschappen en de implicaties voor een multicultureel sociaal

systeem (Bochner), zelf-heterogenisatie en culturele omgeving-selectie zijnde twee nieuwe richtingen in counseling (Maruyama), en uitdagingen en valkuilen in de klim naar de multiculturele top (Leong & Santiago-Rivera). Deze hoofdstukken kijken ieder vanuit een verschillend perspectief naar het onderwerp. Zo is er aandacht vanuit een sociologische invalshoek, persoonlijkheidsverschillen en -overeenkomsten en een analyse van potentiële barrières en processen bij de ontwikkeling van een multiculturele denkrichting.

Maruyama legt uit dat de twee belangrijke doelen van therapie, identiteitsvorming en aanpassing aan het sociale milieu, altijd als twee zijden van dezelfde munt worden beschouwd: het streven naar homogeniteit in de eigen groep. Ironisch gezien is de identiteitsvorming voor andere culturele groepen minder van toepassing evenals de aanpassing aan het sociale milieu. Hierdoor verschijnen andere doelen van therapie, te weten 'individual self heterogenization' en 'cross-cultural migration'. Hierbij verwijst hij naar een identiteit die niet is gericht op het westerse identiteitsconcept, maar op een cultureel heterogeen concept. De aanpassing aan de omgeving is dan gericht op de keuze van een groep die het beste past bij iemand zijn eigen logica en epistemologische structuur. Maruyama onderscheidt vier types, maar er zijn echter meerdere types. Hij gaat er vanuit dat in iedere afzonderlijke cultuur alle types voorkomen, maar bepaalde types dominant zijn. Afhankelijk van de epistemologische structuur kan gezocht worden naar de groep waarin iemand het 'beste' past.

Deel twee van het boek is een boeiend geheel, een aaneenschakeling van artikelen uit de praktijk die allen zeer de moeite waard zijn om te lezen. In dit deel wordt aandacht besteed aan Turkije (multiculturalisme en psychotherapie, G. Okman Fisek en C. Kagitcibasi), geestelijke gezondheid in een veranderend Zuid-Afrika (L. Swartz), de dovencultuur (G.A.M. Backenroth-Ohsako), de identiteitsformatie in een confuciaanse gemeenschap (J. Ball), het belang van culturele sensitiviteit in de therapie (B.H. Schneider, M.J. Karcher en W. Schlapkohl) en de positieve consequenties van het werken vanuit een cultureel perspectief (P. Pedersen).

Zo blijkt uit het artikel over Zuid-Afrika dat het cultureel relativisme werd gebruikt in de periode van de Apartheid om bepaalde groepen uit te sluiten van (westerse) gezondheidszorg, zeker binnen de psychiatrie. In dit kader is de visie over de eventuele hulp van de traditionele genezers binnen de psychiatrie een zeer beladen onderwerp. Ook het artikel over relatietherapie (Schneider, Karcher en Schlapkohl) en de westerse interpretatie van interpersoonlijke relaties en de nadruk op individuele autonomie is bijzonder te noemen zeker door de casus waarin een Puerto-Ricaanse en een Ierse katholieke adolescent samen in therapie gaan waarbij zij konden discussiëren over de culturele verschillen, maar ook over gelijksoortige intrapsychische problemen. Ook hierin wordt een pleidooi gehouden voor het gebruik van een multiculturele aanpak in samenhang met andere stromingen, eerder een bewustwording van de invloed van cultuur, de rol van cultuur in het ontstaan en in stand houden van de problemen.

Het artikel over identiteitsformatie in confuciaanse gemeenschappen laat zien hoe waarden overgebracht worden op de jongeren, inclusief het respect voor ouders, rolverplichtingen, spaarzaamheid en het behoud van patriarchale structuren. Het collectivistische denken is van groter belang dan individualisme, persoonlijke doelen zijn van

ondergeschikt belang. De nadruk van de opvoeding ligt op het accepteren van grenzen, maar eveneens het zoeken naar harmonie voor jezelf in je omgeving. Het is echter niet zo dat alle regels in de confuciaanse opvoeding dwangmatig gevolgd moeten worden, vooral het zoeken naar harmonie voor jezelf geeft ruimte voor zelfontwikkeling en therapeutische groei. Door deze opvoeding heeft de bijvoorbeeld de jeugd van Singapore minder kans op risicogedrag. Zij hebben een gezondere levensstijl: weinig alcohol, drugs, minder geweld, en suïcidepogingen. Een leuk hoofdstuk waarbij vooral aandacht voor de marges van therapie gericht op identiteitsontwikkeling binnen het collectivistisch denken.

Wat deel twee eveneens erg boeiend maakt, is een artikel over de dovencultuur (A. Nel & M. Backenroth-Ohsako). In deze cultuur treden vergelijkbare psychologische problemen op als in contact tussen culturen. De auteurs beschrijven de behoefte van de dovensgroep om erkenning te krijgen als een culturele en linguïstische minderheidsgroep. Voordien werden zij voornamelijk beschouwd als een gehandicaptengroep. Deze verschuiving heeft vooral te maken met de emancipatie van de dovencultuur. Het niet kunnen horen heeft niet alleen medisch aspecten, maar eveneens psychologische en socioculturele. De dovencultuur is als een eigen cultuur met eigen regels. De dovensgemeenschap heeft zich de laatste jaren steeds meer afgezet tegen het *melting pot* model waar het kunnen spreken als meest belangrijke factor gold. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat culturele groepen worden beïnvloed door elkaar en dat dit resulteerde in een culturele identiteit. In de praktijk betekende dit dat iedereen zijn eigen cultuur opgeeft, de dominante (horende) cultuur absorbeert de kleinere (doven) cultuur. Het multiculturele *mosaic* model kan het beste toegepast worden bij de huidige dovencultuur. Dit model is gebaseerd op de interactie tussen de meerderheids- en minderheidscultuur waarbij sociale vaardigheden worden geleerd in samenhang met de behoeftes voortkomend uit de interactie met de dominante groep. Hierbij is het wederzijds respect en motivatie van groot belang gezien de noodzaak tot samenwerken. In dit hoofdstuk wordt naast de emancipatie van de dovencultuur, aandacht besteed aan de geschiedenis, onderzoek en case studies over multiculturele/biculturele interactie op de arbeidsplaats (doven versus horenden). Een boeiend hoofdstuk voor iedereen die geïnteresseerd is in de dovencultuur en een pleidooi voor de erkenning van een eigen cultuur voor de doven.

*Multiculturalisme as a fourth force* is een boeiende verzameling van artikelen met diverse invalshoeken met een warm pleidooi voor een 'culturele' inkleuring van de huidige psychologische theorieën.

Lia van Marrewijk

Vijayan K. Pillai & Guang-Zhen Wang, *Women's reproductive rights in developing countries*. Aldershot: Ashgate, 1999. 194 pp. £ 19,98.

De auteurs van dit boek willen voorzien in een lacune in het debat over reproductieve rechten van vrouwen. Zij stellen dat dit debat té weinig gebaseerd is op empirisch onderzoek en te weinig theoretische verklaringen naar voren heeft gebracht. Dit boek beoogt deze lacune op te vullen.

Voordat de auteurs hun drie verklaringen over de relatie tussen reproductieve rechten en het ontwikkelingsniveau (welzijnsniveau) van vrouwen in 101 ontwikkelingslanden uiteenzetten, geven zij eerst een overzicht van het debat over family planning (i.e. bevolkingspolitiek), mensenrechten en vrouwenrechten. De eerste vijf hoofdstukken van zeer uiteenlopende lengtes geven een systematisch overzicht van de verschillende benaderingen van het bevolkingsvraagstuk (bevolkingscontrole-beleid, mensenrechten georiënteerd beleid en vrouwenrechten gericht beleid) en hoe verschillende landen deze uitgewerkt hebben in nationaal bevolkingsbeleid (controle-gericht of welzijn-gericht). Om dit debat in perspectief te zetten handelt hoofdstuk drie over de evolutie van het begrip 'rechten' en hoe dit begrip door UN conferenties vertaald is naar waarden en omslag in waarden gerelateerd is aan reproductieve rechten. Zo worden reproductieve rechten in historisch perspectief gezet.

Hoofdstuk vier gaat over de invloed van de internationale vrouwengezondheidsbeweging en hoe deze beweging eraan bijgedragen heeft om reproductieve rechten op de internationale agenda te krijgen. De reproductieve gezondheidsstatus kan slechts verbeterd worden als vrouwen meer controle krijgen over hun eigen vruchtbaarheid en seksualiteit. Reproductieve rechten zijn daartoe een geëigend instrument.

In hoofdstuk vijf leveren de auteurs kritiek op de gangbare – klassieke en hedendaagse – sociologische theorieën met betrekking tot rechten. Zij stellen dat sociologen doorgaans het thema rechten veronachtzaamd hebben mede vanwege het feit dat zij hun aandacht vestigden op normen als uitleg van sociale verschijnselen (Durkheim, Spencer, Marx en Engels, Weber en Parsons). Zo zou er weinig onderzoek gedaan zijn naar de relatie tussen recht ('law'), sociale organisatie en sociaal beleid. "Zelden is er empirisch onderzoek gedaan naar de determinerende rol van sociaal-structurele factoren op het niveau van reproductieve rechten ('the levels of reproductive rights')", vervolgen zij. En daarmee geven ze de voorzet voor de kern van hun onderzoek en boek, ondanks dat we dan al bij hoofdstuk 6 zijn aanbeland.

Vanaf hoofdstuk 6 gaat het boek over de kern van hun onderzoek naar de sociaal-structurele determinanten op de (niveaus van) reproductieve rechten van vrouwen in 101 ontwikkelingslanden. Zij testen een causaal model van reproductieve rechten op het aggregatieniveau van nationale staten. Het uitgangspunt is een drietal verklaringsmodellen over de relatie tussen de ontwikkeling van mensenrechtenwaarden en het directe of indirecte bevolkingsbeleid in verschillende landen. De onderliggende vraag luidt: "Hoe beïnvloedt beleid met betrekking tot het reduceren van het vruchtbaarheidscijfer de naleving van reproductieve rechten van vrouwen?" Zij werken de drie verklaringsmodellen uit. De kern van de eerste is de bevolkingsgroei, van de tweede de educatie van vrouwen en van de derde gendergelijkheid.

De bevolkingsgroei-verklaring laat zien dat als vrouwen minder kinderen baren zij meer mogelijkheden hebben om gelijke rechten met mannen te kunnen naleven ('exercise equal rights with men') binnen het huwelijk als ook na de ontbinding van het huwelijk. Minder kinderen betekent namelijk meer mogelijkheden voor vrouwen om economische, sociale en politieke activiteiten te hebben naast hun verantwoordelijkheden van huisvrouw en moeder. Dit maakt vrouwen onafhankelijker van mannen. De voordelen van een kleiner kindertal leiden tot daling van het vruchtbaarheidscijfer.

Het verklaringmodel van de educatie van vrouwen stelt dat hoe meer opleiding vrouwen genieten des te meer zij zich bewust zijn van hun rechten. Opleiding geeft hun de mogelijkheid om buitenshuis te werken en inkomen te genereren waarover zij kunnen beschikken. Dit bewustzijn en deze materiële onafhankelijkheid geven vrouwen meer mogelijkheden om hun reproductieve rechten te laten gelden. Hieruit volgt een lager vruchtbaarheidscijfer.

Het verklaringmodel dat uitgaat van gendergelijkheid weidt uit over hoe de keuzemogelijkheden van vrouwen met betrekking tot reproductie beïnvloedt worden door de toegang tot machtsbronnen. Hoe meer materiële en sociale bronnen een vrouw inbrengt in het huwelijk, des te meer zij beslissingsrecht heeft inzake haar vruchtbaarheid.

In hoofdstuk 7 worden deze drie verklaringmodellen uitgewerkt tot een aantal testbare hypothesen. Zodoende meten de auteurs de mate van reproductieve rechten in 101 ontwikkelingslanden en de sociaal-structurele determinanten van dit 'niveau' van reproductieve rechten. De lezers worden ingewijd in het proces van operationalisering van de exogene factoren, de afhankelijke en onafhankelijke variabelen. Zo wordt bijvoorbeeld het niveau van sociaal-economische ontwikkeling afgelezen aan de 'human development index' van de UNPD, de mate van succes van family planning programma's aan indicatoren van beschikbaarheid en toegang tot vruchtbaarheidsreguleringsmethoden ('contraceptive prevalence rates'). Een andere exogene factor is de mate van secularisering gedefinieerd als individueel verantwoordelijkheidsgevoel en persoonlijke autonomie met als indicatoren hiervoor de ratio stads-/plattelandsbevolking, het percentage steden boven één miljoen inwoners en het alfabetiseringscijfer van volwassenen. Gendergelijkheid wordt afgemeten aan man/vrouw ratio in scholingsjaren, politiek-legale en sociaal-economische gelijkheid. De reproductieve rechten worden afgemeten aan de legalisering van abortus, het recht tot het aangaan van interracial, interreligieuze en burgerlijk huwelijk, de gelijke rechten in het huwelijk en tijdens echtscheidingprocedures, het recht tot het individuele gebruik van voorbehoedsmiddelen, en de mate waarin family planning programma's ondersteund worden door de staat. Deze indicatoren worden vervolgens onderworpen aan verschillende analyses, descriptieve statistiek (frequentietabellen, histogrammen, normaliteit) en structurele vergelijkingsanalyses (factoranalyse en structurele modellering).

In hoofdstuk 8 worden de resultaten van deze analyses gepresenteerd. De beschrijvende analyse geeft inzicht in de verdeling van de variabelen en factoren over de landen. Dat leidt tot uitspraken als: de meeste ontwikkelingslanden hebben een laag niveau van 'human development', in de meeste ontwikkelingslanden genieten mannen meer scholingsjaren dan vrouwen, de meeste ontwikkelingslanden hebben een lage urbanisatiegraad, en in ontwikkelingslanden hebben vrouwen doorgaans een lagere sociaal-economische status dan mannen. Geaggregeerd leiden deze variabelen en factoren tot vier regionale homogene groepen landen: Afrika bezuiden de Sahara, Latijns Amerika en de Caraïben, Midden-Oosten en Noord-Afrika en Azië.

Vervolgens toetsen de auteurs in hoofdstuk 9 met behulp van cluster en multipel regressie analyses in hoeverre deze modellen betrouwbaar en valide zijn. Deze post hoc model procedures zijn jammer genoeg zo technisch van aard dat ze voor mij niet

meer te volgen zijn. Wel krijg ik heel sterk de indruk dat de significantie van de correlaties tussen de factoren en variabelen sterk afhangt van de operationalisatie. Persoonlijk heb ik veel moeite om de validiteit van de hier gebezigde operationalisatie te onderschrijven. Als reproductieve rechten afgelezen worden aan de legalisering van abortus en de mogelijkheid tot interracial en interreligieuze huwelijken en de mate van verspreiding van voorbehoedsmiddelen door de staat en als secularisering valt af te lezen aan de urbanisatiegraad, dan heb ik daarbij mijn vraagtekens. In landen met een lage graad van gendergelijkheid, van vrouweneducatie, van secularisatie, van sociaal-economische ontwikkeling en bevolkingsbeleid is de bevolkingsgroei het hoogst luidt de conclusie. Op deze manier worden de uitgangspunten bevestigd door de resultaten en is de cirkel rond. Uiteindelijk vraag ik me af of deze studie tot uitspraken komt die 'substantively grounded' zijn.

Op alle fronten is dit boek eigenlijk een verrassing. Ten eerste omdat het een uitvoerig overzicht geeft van de historische en conceptuele inbedding van het debat rondom reproductieve rechten hetgeen verfrissend is. Ten tweede omdat het een aantal klassieke sociologische theorieën de revue laat passeren en deze kritisch bekijkt vanuit een mensenrechtenperspectief hetgeen vernieuwend is. Ten derde is de kern van het onderzoek dat hier gepresenteerd wordt zeer verbazingwekkend, omdat het pleidooi voor meer empirische gefundeerdheid van de theorieën teniet gedaan wordt door een mijns inziens zeer reducerende operationalisatie van kernfactoren en variabelen. Uiteindelijk vallen de conclusies samen met de uitgangspunten en heb ik de indruk een tautologische redenering te hebben gevolgd. Dat is teleurstellend. Bovendien is het aggregatieniveau van de staat een reducering van allerlei mogelijke lokale varianten. Een dergelijk onderzoekstraditie bevestigt mijn overtuiging met betrekking tot de validiteit en de verbeelding van kwalitatief onderzoek en contextualisering van onderzoeksgegevens.

Fenneke Reysoo

John Sadler, Z. Osborne, P. Wiggins & Michael A. Schwartz, *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Baltimore & London: John Hopkins University Press, 1994. xiv + 399 pp. \$ 32.50.

Op zich is het niet gebruikelijk om een boek te bespreken dat al acht jaar oud is. *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification* vormt hierop een uitzondering, omdat het een verzameling filosofische analyses bevat die de tand des tijds veel langer doorstaan dan tal studies binnen andere disciplines. Verder is het ook een uniek boek. Voor het eerst is er een verzameling essays die niet vanuit antropologische of sociologische hoek (vaak vanuit een crosscultureel perspectief) kritiek levert op psychiatrische diagnostiek en classificatie, maar een boek dat dit doet vanuit een soort intraculturele wetenschapsfilosofische optiek.

Het boek bevat veertien essays die allemaal op vele onderdelen de epidemiologie van het classificatiesysteem in het Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) onder de loep nemen.

Na een historisch overzicht van de wijze waarop er door de eeuwen heen geïnclassificeerd werd, volgen enkele bijdragen van meer algemene aard. Deze betreffen de beperkingen van psychiatrische kennisproductie, de taxonomie van Carl Hempel die de DSM sterk heeft beïnvloedt, de invloed die de 'subjectieve' ervaringen van patiënten zou moeten hebben, maar niet krijgen in het DSM-systeem en een kritiek op het diagnosticeren op basis van symptomen of criteria.

In een bijdrage van Spitzer over psychiatrische diagnostiek worden onder meer basale concepten als 'waan' en 'hallucinatie' geanalyseerd en op grond van kentheoretische principes als vrijwel onhoudbare en onbruikbare begrippen aangemerkt. Een andere bijdrage met als titel *WC-logica* rekent af met de notie als zou de DSM a-theoretisch en beschrijvend van aard zijn: de DSM zit integendeel vol met (westerse) waardeoordelen. Verder vindt de lezer bijdragen over specifieke thema's: 'genderbias', persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, verslaving en de rol van de psychosociale context. Over al deze thema's wordt de nodige kritiek geuit, maar tevens voorstellen gedaan om tot een verbetering van de DSM te komen.

In veel bijdragen wordt verwezen naar Carl G. Hempel, een Amerikaanse wetenschapsfilosoof die in de jaren vijftig van de vorige eeuw een fundamenteel essay heeft geschreven over de taxonomie van psychopathologie. Dit essay blijkt een grote invloed gehad te hebben op de epistemologische aspecten van het DSM-systeem en vandaar dat de redacteuren van het boek dit essay opnieuw hebben opgenomen.

*Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification* laat weinig heel van de DSM-classificatie, maar reikt tegelijkertijd oplossingen aan om dit systeem te verbeteren. Het boek kwam uit in het jaar waarin ook de vierde editie van de DSM verscheen waardoor de lezer wellicht veronderstelt dat de DSM IV onderwerp van studie is. Er wordt echter vooral verwezen naar DSM III en DSM III-R. Tegelijkertijd zij gezegd dat alle bijdragen dermate fundamenteel zijn dat ze nog steeds van toepassing zijn, zelfs op de hedendaagse DSM IV-TR alsook op de ICD 10.

Mario Braakman

Roderick Schmitz, *Rituele besnijdenis van jongens in Nederland*. Proefschrift Medische Faculteit, Universiteit van Utrecht, 2001. 134 pp.

Wereldwijd is één op de zes mannen besneden en jaarlijks worden er om religieuze, culturele, hygiënische of medisch-preventieve redenen ongeveer dertien miljoen rituele circumcisies bij jongens verricht. Hoewel men al langer vertrouwd is met jongensbesnijdenis onder joden, wordt ook de Nederlandse samenleving door de immigratie van met name Turken en Marokkanen sinds het eind van de vorige eeuw in toenemende mate met dit fenomeen geconfronteerd. Aanvankelijk lieten Turkse en Marokkaanse moslims hun zoontjes tijdens de vakanties in de landen van herkomst besnijden, maar geleidelijk aan laten zij de ingreep steeds vaker in een Nederlands ziekenhuis verrichten. Aldus krijgen medici steeds vaker de vraag voorgelegd of zij een besnijdenis op religieuze gronden willen verrichten.

In dit licht bezien is het wetenschappelijk én maatschappelijk van belang dat een medicus (c.q. chirurg) als Roderick Schmitz zijn tijd en energie heeft willen besteden aan een promotieonderzoek naar dit onderwerp. Typerend voor de onwennige houding van zijn collega's ten aanzien van een dergelijk cultureel en religieus thema was de veel gestelde vraag aan Schmitz: "Kun je dáár dan op promoveren?" (p. 130). Dat dit kan heeft Schmitz met zijn fraai uitgegeven proefschrift bewezen.

Roderick Schmitz benadert jongensbesnijdenis vanuit verschillende invalshoeken. In een historisch overzicht geeft hij aan welke theorieën er zoal zijn over de oorsprong van de jongensbesnijdenis én de motieven die verschillende volken ervoor aanvoeren. Zijn conclusie is dat de handeling op diverse locaties en in verschillende tijden onafhankelijk van elkaar is ontstaan op grond van steeds weer andere motieven. Zo voeren joden en moslims primair religieuze redenen aan om hun zoons te besnijden, terwijl christenen in Afrika en de Verenigde Staten culturele respectievelijk hygiënische of preventieve argumenten hanteren. Ook diverse Afrikaanse stammen en de aboriginals in Australië kennen de besnijdenis van jongens. Bij hen is het een onderdeel van een initiatierite.

Speciale aandacht besteedt Schmitz aan de ontwikkeling van de jongensbesnijdenis in de Verenigde Staten. Vanaf 1870 ontstond bij Amerikaanse medici de idee dat met een besnijdenis diverse ziekten zoals reumatische aandoeningen, astma, epilepsie, konden worden voorkomen. Later kwam daar de opvatting bij dat door besnijdenis ook kanker van de penis kon worden voorkomen. Aldus ontstond de preventieve circumcisie. In 1900 was reeds 25% van de mannelijke bevolking van de Verenigde Staten besneden. Het ging met name om mannen uit de hogere sociale lagen. Nadat het leger rapporteerde dat besneden mannen minder kans hadden op geslachtsziekten, nam dit aantal toe. Aan het eind van de zestiger jaren was ongeveer 90% van de mannelijke bevolking besneden.

In het begin van de zeventiger jaren begonnen sommige medici vraagtekens te plaatsen bij de preventieve waarde van besnijdenissen. Inmiddels zijn er organisaties die de besnijdenis van jongens fel bestrijden. Door dit alles is het percentage zuigelingen dat in de Verenigde Staten wordt besneden gedaald tot minder dan 50. Onder druk van geluiden dat besnijdenis zou helpen tegen HIV-besmetting verwacht men overigens dat het aantal besnijdenissen weer zal toenemen.

Hoewel Schmitz dit niet expliciet noemt, is het interessante van de Amerikaanse situatie dat daarmee duidelijk wordt hoezeer een van oorsprong medisch idee (preventie van allerlei ziekten) algemeen aanvaard werd en geleidelijk tot culturele norm werd verheven. Hoewel al langer twijfels werden geuit over de medische waarde ervan, blijkt het aantal (culturele) circumcisies vervolgens slechts geleidelijk af te nemen. Schmitz wijst er voorts op dat ook christenen in Afrika hun zonen laten besnijden. Volgens hem liggen daar bij hen eveneens geen christelijke overwegingen aan ten grondslag, maar culturele tradities. Bij deze passages komt de vraag op waarom genoemde medische gedachtegang in de Verenigde Staten wél, maar in West-Europa uitgezonderd Groot-Brittannië niet tot de introductie van preventieve circumcisies heeft geleid? En met betrekking tot de situatie in Afrika rijst de vraag hoe betrokkenen lokale tradities combineren met christelijke opvattingen? Kennelijk vielen dergelijke vragen buiten het bereik van Schmitz's navorsingen.

Vervolgens geeft Schmitz een uiteenzetting over de fysiologische aspecten van de voorhuid. Hij beschrijft hoe in de literatuur wordt gewezen op veronderstelde functies van de voorhuid: bescherming van de glans tegen invloeden van buitenaf, positieve invloed op de seksuele beleving en immunologische eigenschappen. Anderen daarentegen stellen dat de voorhuid een 'foutje van moeder natuur' is (p. 32).

Schmitz laat ook zien dat er in de loop der tijd verschillende besnijdenistechnieken zijn ontwikkeld. Daarbij was en is het streven om technieken te ontwikkelen die veilig zijn wat betreft het voorkomen van beschadigingen aan de glans. Diverse technieken passeren de revue: onder meer de Mogen klem (vooral gebruikt door joodse besnijders), de Guillotine (een conventionele chirurgische techniek), de Plastibell Circumcision Device (ten behoeve van circumcisies bij zuigelingen) en de Taraklamp Circumcision Device (voor kinderen ouder dan één jaar).

In dit deel van zijn boek gaat Schmitz tevens in op complicaties die door circumcisies kunnen optreden. Daarbij merkt hij allereerst op dat rituele jongensbesnijdenissen van oudsher zonder verdoving werden verricht. Tegenwoordig worden oudere jongens in 'ontwikkelde landen' echter veelal onder algehele anesthesie besneden. Hoewel besnijdenissen van zuigelingen over het algemeen nog zonder verdoving plaatsvinden zijn er volgens Schmitz "sterke argumenten om aan te nemen dat zuigelingen wel degelijk pijn en psychologische stress ondervinden tijdens een circumcisie" (p. 44). Aldus heeft de American Association of Pediatrics in 1999 geadviseerd om ook bij besnijdenissen van zuigelingen een vorm van anesthesie toe te passen. Mogelijke post-operatieve complicaties van circumcisies zijn onder meer: letsel aan de penis (meestal beschadigingen van de glans), nabloedingen, infecties en huidbruggen (tussen het litteken van de besneden voorhuid en de glans), een slecht cosmetisch resultaat én psychologische en seksuele gevolgen. Schmitz is van mening dat complicaties in belangrijke mate zijn te voorkomen door ervaren medici de ingreep te laten verrichten.

Vervolgens gaat hij in op de vermeende medische voordelen van jongensbesnijdenissen als het voorkomen van urineweginfecties, carcinoom van de penis, carcinoom van de cervix én seksueel overdraagbare aandoeningen (inclusief HIV). Zijn conclusie luidt: "Complicaties na besnijdenis zijn over het algemeen mild, echter een enkele keer kunnen de gevolgen ernstig zijn en in extreme gevallen tot de dood leiden. De medische voordelen van een routinematige besnijdenis zijn gering en deze voordelen alleen rechtvaardigen de ingreep niet" (p. 56).

Na zijn algemene beschouwing over jongensbesnijdenissen richt Schmitz zich op de situatie in Nederland. Hier zijn het joden, moslims en (islamitische én christelijke) migranten uit West-Afrika die de ingreep laten verrichten. Joden kennen met medeweten van de overheid een eigen opleiding en regulering inzake besnijdenissen. De besnijdenis wordt veelal thuis verricht door een *moheel* en onttrekt zich bij een ongecompliceerd beloop aan het reguliere medische circuit.

Zoals gezegd lieten islamitische ouders hun zonen aanvankelijk in de landen van herkomst besnijden. Geleidelijk aan is dit veranderd en doen zij in toenemende mate een beroep op ziekenhuizen, waar circumcisies meestal onder algehele anesthesie plaatsvinden. Na de aankondiging van de Ziekenfondsraad in de negentiger jaren dat rituele besnijdenissen op termijn niet meer vergoed zullen worden, creëerde men in

steden als Rotterdam, Utrecht en Amsterdam alternatieven. Het betreft hier projecten van medici en vertegenwoordigers van lokale islamitische organisaties, waarbij jongtjes op medisch verantwoorde wijze buiten het ziekenhuis worden besneden. De ingreep wordt onder lokale verdoving verricht door speciaal opgeleide basisartsen in zogenoemde besnijdenispoliklinieken of door huisartsen in gezondheidscentra.

In het laatste deel van zijn proefschrift beschrijft Schmitz de resultaten van een vergelijkende studie naar de effecten en kosten van diverse (technische en organisatorische) mogelijkheden om circumcisies op regulier medische wijze te laten verrichten. Gelet op genoemde uitspraak van de Ziekenfondsraad én het feit dat er in Nederland rond 2015 zo'n 15 tot 20.000 rituele jongensbesnijdenissen per jaar verricht zullen worden, is die studie van belang. Hij concludeert dat uit het oogpunt van effecten en kosten zowel voor zuigelingen als wat oudere jongens de huisartspraktijk de meest doelmatige setting is. Tevens wordt daarmee de werklast van het ziekenhuis vermindert. Een goed alternatief is een besnijdenispolikliniek die binnen de reguliere werktijden gebruik maakt van personeel en faciliteiten van bijvoorbeeld een ziekenhuis. Qua aan te bevelen circumcisietechnieken spreekt Schmitz geen duidelijke voorkeur uit.

Het zwakste gedeelte uit het boek is het hoofdstuk over de betekenis van het besnijdenisritueel voor Marokkaanse en Turkse migranten. Hierbij baseert Schmitz zich op een door Kijlstra, Schulpen en hemzelf verrichtte 'antropologische studie' naar "de culturele en religieuze betekenis van het islamitische besnijdenisritueel en de veranderingen als gevolg van hun migratie naar Nederland" (p. 74). Het betrof een 'kwalitatief' onderzoek naar de opvattingen van twintig (Marokkaanse en Turkse) ouders, vijf jongvolwassen Marokkanen en vier (Turkse en Marokkaanse) pasbesneden jongens. Hierbij vroegen zij de betrokkenen onder meer naar hun motieven om hun zoons te laten besnijden en de verschillen tussen de situatie in het land van herkomst en Nederland.

Schmitz merkt op dat onderzoek in de landen van herkomst praktisch gezien niet uitvoerbaar was. Vandaar dat zij ervoor hebben gekozen respondenten naar veranderingen te vragen. Voorts stelt hij dat die gegevens zijn getoetst aan literatuurgegevens over de situatie in de landen van herkomst. Bij nadere beschouwing blijken die literatuurgegevens echter wel erg summier. Er wordt slechts verwezen naar een inmiddels gedateerd en alleen op Noord-West Marokko gericht artikel van Reysoo uit 1985, dat dienst moet doen als referentiepunt voor de situatie in islamitische landen.

Schmitz schrijft dat hij dit hoofdstuk speciaal heeft geschreven voor artsen die informatie willen over de achtergronden van de islamitische besnijdenis en de specifieke wensen van ouders. Juist daarom had hij dit gedeelte beter moeten onderbouwen. Hoewel hij geen antropoloog is, had hij in elk geval iets meer literatuur kunnen doorneemen. Ook had hij contact kunnen opnemen met de aan de Universiteit van Leiden gepromoveerde godsdienstwetenschapper Nathal Dessing, die sinds het midden van de negentiger jaren onderzoek heeft gedaan naar veranderingen van onder meer besnijdenisrituelen onder moslims in Nederland en daar in 1998 al over heeft gepubliceerd. Bovendien is het merkwaardig dat er in zijn antropologische studie geen leden van de eerste generatie migranten zijn opgenomen, omdat juist zij de situatie in de landen van herkomst nog vrij goed zullen kennen.

Als het om medisch-ethische overwegingen gaat, blijkt voor Schmitz de betekenis die jongensbesnijdenis voor de betrokken ouders heeft, van doorslaggevend belang te zijn. In dit verband is zijn eerdergenoemde conclusie interessant dat “de medische voordelen van een routinematige besnijdenis gering zijn’ en dat ‘deze voordelen alleen de ingreep niet rechtvaardigen”. Voor hem is er echter wel een andere rechtvaardiging: “Het aanbieden binnen de Nederlandse gezondheidszorg van medisch-technisch goed uitgevoerde rituele besnijdenissen is in het belang van het kind, aangezien bij ontbreken van deze voorziening de ingreep vaker zal worden uitgevoerd door niet-artsen met inherent hieraan een verhoogde kans op complicaties. Immers de rituele besnijdenis wordt door ouders veelal als een religieuze of culturele verplichting gezien en zal diens gevolge onder welke omstandigheden dan ook verricht worden” (p. 40). Later voegt hij hieraan toe dat het artsen vrij staat een rituele circumcisie te weigeren. Maar zij moeten zich dan volgens hem echter wel bedenken dat indien de gezondheidszorg niets met besnijdenissen zou doen, het risico bestaat dat ouders de ingreep door onvoldoende geschoolde besnijders laten verrichten. Voorts is hij van mening dat indien zou worden ingegaan op de soms te horen oproep om het ritueel te verbieden, dit ertoe zou kunnen leiden dat leden van de betreffende bevolkingsgroepen dit ervaren als een aantasting van de vrijheid van godsdienst en eventueel polarisatie en spanningen tot gevolg zou kunnen hebben. Aldus zijn goede voorzieningen binnen de Nederlandse gezondheidszorg voor rituele besnijdenissen volgens Schmitz in het belang van zowel kind als samenleving.

Met het oog op het alom besproken thema van de multiculturele samenleving brengt Schmitz intrigerende, maar ook discutabele argumenten naar voren. Indien je van mening bent dat rituele jongensbesnijdenissen in het medische circuit geïnstitutionaliseerd moeten worden omdat daarmee ‘illegale’ schadelijke praktijken voorkomen worden, rijst de vraag of dit dan ook niet geldt voor andere culturele en religieuze rituele handelingen, met name meisjesbesnijdenissen? Die vraag leidt weer tot de vraag waarom jongensbesnijdenissen niet en meisjesbesnijdenissen wel medisch afkeurenswaardig zijn? En is de mildste vorm van meisjesbesnijdenis niet minder ‘schadelijk’ dan jongensbesnijdenis? Een andere vraag die gesteld kan worden is in hoeverre de in de Grondwet vastgelegde bescherming van de onaantastbaarheid van het lichaam is af te wegen tegen de grondwettelijke vrijheid van godsdienst? Ook kun je je afvragen of met het oog op mogelijke spanningen religieuze rituelen moeten worden toegestaan?

Naast het oproepen van dergelijke vragen is de betekenis van het boek van Schmitz vooral gelegen in de beschrijving van rituele besnijdenissen als cultureel en religieus geconstrueerde fenomenen. Het belang daarvan is dat hij vakgenoten laat zien dat een louter medisch-technische benadering in deze niet volstaat. Hopelijk levert Schmitz daarmee een bijdrage aan een meer cultuursensitieve houding van collega-medici.

Cor Hoffer

Jeffrey Weeks, Brian Heaphy & Catherine Donovan, *Same sex intimacies. Families of choice and other life experiments*, London/New York: Routledge, 2001, 245 pp, index, £ 17.00.

In the sixties of the last century, 'homosexual marriage' had most often the meaning of a gay man or lesbian woman being married to a straight person of the other sex. Gays and lesbians got trapped in heterosexual marriages because of social pressures. Even physicians would suggest gay men and lesbian women to enter marriage because the coital practice would wipe out 'infantile' homosexual desires. From the sixties on, marriage and homosexuality would become opposites as gay men and lesbian women would regard wedlock as a prison and marriage as an institution that continued sexism and homosexual oppression. In the Netherlands, the gay and lesbian movement opted for individualization, not for acknowledgement of gay and lesbian couples.

The strategy for general individualization failed. From the late seventies on, the leftist gays and lesbians who had started the queer movement, were outnumbered by more conservative gay men who now dared to come out of the closet due to a more open climate. These men put gay marriage firmly and with success on the gay agenda. From the late eighties on, homosexual partnerships have been acknowledged in most Northern-European countries (Scandinavia, Netherlands, Belgium, France, Germany) and in South-Africa and are discussed in other parts of Europe, while in the United States the legalization of same sex marriage is forbidden by federal and state laws. The Netherlands were the first to open up marriage for same sex couples on April 1, 2001, including rights of adoption that were refused elsewhere.

The United Kingdom has not acknowledged gay and lesbian partnerships. The book of Weeks, Heaphy and Donovan on same sex intimacies discusses thus a situation where such relations are more controversial.

The researchers interviewed 96 gay, lesbian and bisexual persons equally divided between men and women (no transgenders included) on friendships, relations, parenting and homes. What they find, is a wide range of practices and meanings. In the first place, the interviewees distinguish families of origin from families of choice. Families of choice consist of (ex)partner(s) and friends of the individual and include children they may have. Children come in two ways. Some stem from heterosexual marriages, others from adoption or reproduction within the families of choice that can happen in various ways. For some gays and lesbians, there is a clear-cut separation between families of origin and choice. The more homophobic the former is, the stricter the separation. Some gays and lesbians who were married and had children from their straight past, have been completely disconnected from their wives, husbands and children, but in other occasions they still live happily together, sometimes with new partners and even members of the former generation (f.e. mothers). Children can be reared by lesbian and gay singles and couples, but also in various other combinations. The book makes both clear how the straight couple with children is still normative and how diverse the practices of families of choice are (the authors suggest to use family as a verb). A shocking story concerns a lesbian whose daughter asks her not to be a lesbian, clearly because of the social stigma, and the mother agreed! In their always prudent

tone, the authors state: “some commentators have argued that lesbian mothers should be doing more to free their offspring of traditional values” (p. 178).

Another important point the authors make is the difference between heterosexual and non-heterosexual family formations. While the first are normative and learned through imitation, the second have to be invented on a daily basis. Most straight couples will copy the gendered ways of the organization of their parents’ household while gay and lesbian couples have to find their own ways to deal with household chores. The desire of many gays and lesbians for independence makes their relations also more open to the world. They are, the authors say, not co-dependent but co-independent because most couples will not blend their intimate networks, but keep them separate. This is clearly the case for the ‘non-monogamous’, more often gay men than lesbians, who separate love and sex. Although the authors downplay the importance of both sex and promiscuity, they seem to do so to be able to connect the experiences of families of choice to those of traditional families. There are good reasons to do so because love and family making are in most people’s lives probably more important than sex. But at the other hand, it is sexual practice that differentiates both gay men and lesbian women most from heterosexuals.

Interestingly, families of choice resemble more closely the network economy than traditional families. It is funny to realize that the families gays and lesbians produce better fit into the post-modern capitalist world than the traditional revered families of blood. But this is not a conclusion of the leftist authors of this book who better like to describe same sex intimacies in the sugary language of New Labour’s Anthony Giddens who speaks in idealizing terms of ‘pure relationships’ and ‘confluent love’. Such relations are equal and untainted by questions of power. This Giddensian idealizing is regrettably persistent in this book on same sex intimacies as if ‘non-heterosexual’ relations are untainted by power relations, be it economic, social, cultural, sexual or gendered. There is no chapter on domestic violence and the only mention of the topic is immediately covered up by a discourse of reflexivity and “sensitivity to power imbalances, and a firm commitment to attempting to counter them in order to achieve the egalitarian ideal” (p.119). It sounds too dreamy in a book on real relations that are never pure or equal.

The same sex couples in San Francisco and the Bay Area that Christopher Carrington interviewed remain far from the British ideals of equality. Many of his couples were quite unequal with one partner earning most money while the other did the household and social work. At a separation, it often meant that the rich partner went off with the house and the money while the poor partner may have been left with the social network, but with no financial compensation for all the work done in and around the house. The situation he describes looks very much like what happens to married couples after a divorce. The social experiments and innovations Weeks and his co-authors so much praise in their egalitarian gays and lesbians find no parallel in San Francisco’s self-confident gay and lesbian community. Carrington concludes in his book *No place like home. Relationships and family life among lesbians and gay*: “My research seriously challenges the effort to place the lesbigay family in the vanguard of social change” (1999: 217). I am afraid that the idealism of the English researchers obscured

the realities Carrington uncovered. Although they quote his book once in the introduction to underpin their idealism, they should have confronted his conclusions with their own.

The political correctness of the authors also shows in their terminology. They prefer to say non-monogamy above promiscuity (sounds probably too bad), and non-heterosexual above homosexual, gay and lesbian or queer. They are apparently too scared to forget to mention bisexuals or to insult gay men who don't feel queer. It would have been better to use the terminology of homosexual in a broad definition that included lesbians, bisexuals and queers. Now, they insult homosexuals by naming them by what they are not. It is also a funny historical reversal because the word heterosexual was coined as a response to the invention of the term homosexual that is now again abandoned with the ugly 'non-heterosexual'.

The final chapter is titled *Towards intimate citizenship*. This concept of 'sexual citizenship', seems to be at first glance a contradiction: combining the most private (intimacy) with the most public (citizenship). But it is not as the themes of the book make clear: the private mirrors the public and the reverse, which binds the two firmly together. The authors quote Ken Plummer to indicate what includes sexual citizenship: "the control (or not) over one's body, feelings, relationships; access (or not) to representations, relationships, public space etc.; and socially grounded choices (or not) about identities, gender experiences" (p. 196) The argument of the authors runs that this control and these choices were not available to non-heterosexuals in the past, but since the sexual revolution and the late-modern project of self-reflexivity, they are more and more able to invent themselves and their families. "By reflexively living as non-heterosexuals and engaging in these practices of freedom, non-heterosexuals are continually experimenting with what citizenship could be and might mean in their everyday lives" (p. 199). Seen the conclusions of Carrington, one could ask whether this self-reflexivity and self-invention are indeed aspects of late modernity, and whether the practices of freedom and sexual citizenship don't need much more work to be done among both heterosexuals and non-heterosexuals.

The book is written in the stilted language, but also with the educational qualities of Weeks' many other works. It opens up new and important fields for political debate and further research. Therefore, it is so regrettable that the authors have remained so utopian on same sex intimacies. Such relations may be signposts for future developments in intimate citizenship, as the authors argue, but with their desire to stay on middle ground by writing not too offensive for heterosexuals and not too critical of non-heterosexuals, the book also stifles potential discussions.

Gert Hekma