

## Boekbesprekingen

Jan Baan, Rachel Frankenhuis & Germa de Jong, *Laat maar zien wie je bent. Non-verbale lesmethode sociaal-emotionele weerbaarheid asielzoekerskinderen*. Utrecht: Pharos, 2001. 120 pp. illustraties. Compleet lespakket incl. materiaal en cd: €120,00.

Marola Sproet, *Vitamine C. Preventiemethode met creatieve werkvormen*. Utrecht: Pharos, 2002. 100 pp. € 14,50.

Van Nieuwenhuizen (met bijdragen van Bram Tuk), *Bijvoorbeeld de liefde. Forumtheater bij voorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren*. Utrecht: Pharos, 2002. 112 pp. illustraties. € 16,00.

Deze drie publicaties zijn de vruchten van een al langer durende investering van Stichting Pharos, kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid, in creatieve werkvormen om te komen tot praktische preventiemethodieken die ingezet kunnen worden voor asielzoekerskinderen en -jongeren. In de toepassing van creatieve werkvormen om de beperkingen van een vooral verbale aanpak bij deze doelgroep te omzeilen, zit het gemeenschappelijke van deze drie methodieken. Het is deze reden, dat een gezamenlijke bespreking op zijn plaats is.

*Laat maar zien wie je bent* beschrijft uitvoerig een methode voor leerkrachten om kinderen van asielzoekers in de basisschoolleeftijd te sterken op sociaal-emotioneel gebied. Het boek is onderdeel van een uitgebreid lespakket, waarvan onder meer een cd en handpoppen deel van uit maken. Achterliggende gedachte hierbij is dat de school een potentieel 'helende' kracht is en kan zijn voor deze kinderen. De methode houdt rekening met hun soms geringe vaardigheid in de Nederlandse taal. Ze biedt een groot aantal praktische werkopdrachten, waarbij weinig verbale uitleg nodig is, en die ten doel hebben tegemoet te komen aan basisbehoeften van de kinderen, zoals veiligheid, identiteit, zelfvertrouwen, contact en samenwerken. De methode omvat een afgerond geheel van acht lessen, die op vergelijkbare wijze opgebouwd zijn. Rode draad is het verhaal van de schildpad Sang Baba. Een tweede terugkerend element is het 'Laat maar zien wie je bent'-lied. De beschrijving van de methode is uitgebreid, helder, eenduidig en nodigt uit ermee aan de slag te gaan. *Laat maar zien wie je bent* is een fraaie illustratie van de mogelijkheden van creatieve werkvormen, zelfs of misschien juist voor asielzoekerskinderen in de basisschoolleeftijd.

*Vitamine C* (de C staat voor creativiteit) maakt eveneens gebruik van creatieve werkvormen, maar in dit geval voor gevluchte jongeren in de leeftijd van 12 tot 21 jaar. De methode vloeit voort uit de constatering dat preventieve activiteiten die zich op deze groep richten, soms hun doelstellingen niet halen omdat ze te verbaal zijn. *Vitamine C* maakt daarom gebruik van drama, muziek, dans en beeldende werkvormen. De

methode, zo valt te lezen, “houdt expliciet rekening met de kenmerken en de omstandigheden van jonge asielzoekers en maakt hen als het ware tot meer competente ‘levenskunstenaars’”. Try outs in vijf asielzoekerscentra maakten duidelijk dat de methode effectief is hierin. Het boek valt uiteen in twee delen: *Wat te weten* en *Wat te doen*. Het eerste deel schetst het kader waarbinnen preventieve activiteiten plaats vinden in de opvang van jonge asielzoekers. De ingrediënten van de methode, preventie, empowerment, creativiteit en leren, worden beschreven en de methode toegelicht. In het tweede deel wordt aan de hand van vier fasen in even zovele hoofdstukken, *Voorbereiding, Aftasten en uitproberen, Exploreren, experimenteren en oefenen, en Integratie, generalisatie en presentatie: het eindproduct* de essentie van de methode uitgewerkt. Vignettes uit de try outs illustreren het verloop. In totaal zijn hier naast de voorbereiding zestien bijeenkomsten gedurende even zovele weken voor nodig. Kern van de methode is een intensieve betrokkenheid van de jongeren zelf, zowel bij de keuze van het thema als de uitwerking ervan. De methode werkt toe naar een eindpresentatie rond een zelfgekozen thema, bijvoorbeeld niet kunnen slapen. *Vitamine C* is een uitgelezen voorbeeld van een meer vraaggerichte aanpak van preventie, die ook voor andere doelgroepen inspirerend is.

*Bijvoorbeeld de liefde* beschrijft nauwgezet een project, waarin samen met vluchtelingenjongeren theater gemaakt werd over een gevoelig onderwerp als seksuele voorlichting. Het is een vorm van forumtheater. Zoals ook bij *Vitamine C* het geval is, is een actieve inbreng van de spelers bij het bepalen van het onderwerp, het uitgangspunt. Het theater-maken heeft een dubbel effect. Niet alleen is de voorstellen een instrument voor voorlichting aan een breder publiek, ook de spelers zelf worden gesterkt door de theateroefeningen, die ontspannend zijn en ook bijdragen aan vergroting van zelfwaardering en saamhorigheid. De beschreven methode is breder inzetbaar dan alleen voor seksuele voorlichting. Na drie inleidende hoofdstukken, over vluchtelingenjongeren en seksuele voorlichting, over theater als voorlichtingsmethode en over forumtheater als specifieke vorm, volgen drie hoofdstukken, die het doorgemaakte proces beschrijven. In hoofdstuk vier (*Maakfase: de spelers zijn de baas*) wordt in acht stappen besproken wat nodig is om aan de slag te gaan. Het volgende hoofdstuk (*Repetitiefase: de regisseur de baas*) gaat over rollen verdelen, tekst schrijven, repeteren en zaken als muziek, decor, licht en kleding. Het zesde hoofdstuk (*Voorstellingsfase: het publiek de baas*) beschrijft de fase van try out en première. In de bijlage zijn projectvoorstel, evaluatieverslag en script van het project *De Liefde* opgenomen. *De Liefde* is een enthousiasmerende beschrijving van succesvol forumtheater over een alledaags, maar moeilijk thema: seksuele voorlichting. Een aanpak die breed inzetbaar is en navolging verdient.

Een bespreking van methodiekbeschrijvingen, zoals onderhavige, in een tijdschrift voor medische antropologie, mag vreemd aandoen. Dergelijke praktische beschrijvingen van preventief werken met vluchtelingen lijken tot een geheel ander werkveld te behoren. Wie de literatuurverwijzingen in de drie boeken erop na slaat, wordt in deze gedachte gesterkt. Men zal er tevergeefs zoeken naar medisch-antropologische publicaties. Heeft de medische antropologie dan niets van doen met dit onderwerp en niets te bieden? Ik ben die mening niet toegedaan. Medisch-antropologische inzichten in met

name wat betreft symbolen, metaforen en betekenisverlening als ook de non-verbale aspecten van preventieve en therapeutische interventies kunnen mijns inziens een bijdrage leveren aan analyse, evaluatie en verdere ontwikkeling van dergelijke methoden.

Rob van Dijk  
Medisch antropoloog, Bavo RNO Groep/MIKADO

Marc Berg & Annemarie Mol (red.), *Ingebouwde normen: medische technieken door-geelicht*. Utrecht: Van der Wees Uitgeverij, 2001. 254 pp.

Tijdens een rechtszitting wordt het bewijsmateriaal, een DNA-profiel, van een verdachte door de raadsman van verdachte in twijfel getrokken. Waarom? De verdachte is evenals een tweede verdachte van Turkse afkomst en de controle-populatie waarmee het DNA-profiel vergeleken is, is Nederlands.

Dit is een van de casussen die in het boek *Ingebouwde normen* besproken wordt. De casus laat niet alleen zien waarvoor en hoe medische technologie gebruikt kan worden, maar ook dat ondanks alle pogingen van wetenschappers om objectief bewijs te leveren, dit niet altijd meteen lukt.

De casus komt uit de bijdrage van Amade M'charek, *Populatie: over het maken van gelijkheid en verschil tussen Turkse en Nederlandse mannen*, een van de moeilijkste bijdragen in *Ingebouwde normen*. Maar het lezen loont de moeite. Het gaat om een complex verhaal hoe het DNA-profiel van verdachten tot stand komt en hoe zo'n profiel vergeleken wordt met andere profielen. Uit de bijdrage dat je niet zomaar het DNA-profiel van een Turkse verdachte kunt vergelijken met een Nederlandse populatie. Op zo'n moment wordt gelijkheid verondersteld, die er niet is. Het laboratorium moest dus een andere controlepopulatie vinden. Zo kwamen zij uit bij de Turkse populatie in Duitsland. Maar Turken blijken geen genetisch homogene groep te vormen. Uiteindelijk heeft het laboratorium de oplossing gevonden door het aantal genetische markers dat met elkaar vergeleken wordt te verhogen. Hierdoor werd de kans kleiner dat twee individuen hetzelfde eruit zouden zien. Op die manier was het profiel van de Turkse verdachte minder gebonden aan een specifieke populatie en kon de Nederlandse controlepopulatie als representatief beschouwd worden voor een veel grotere populatie.

M'charek laat zien dat het individu en de populatie beiden geen natuurlijke categorieën zijn, maar afhankelijk zijn van de wisselwerking tussen technologie en de praktijk. Wat en hoe iets door wetenschappers of de maatschappij gedefinieerd wordt, kan bewijsmateriaal ten goede of ten kwade manipuleren, ondanks het feit dat het om zogenaamde objectieve meetmethoden gaat. Tegelijk laat deze casus zien dat technologie objectief 'gemaakt' kan worden. Overigens is dit de enige casus in het hele boek waar het zo werkt. In alle andere casussen wordt juist aangetoond dat de objectiviteit daar niet bestaat of subjectiever is dan oorspronkelijk aangenomen.

*Ingebouwde normen* gaat niet alleen over het evalueren van medische technieken (medical technology assessment), maar ook over de wijze van evaluatie en de invloed

die medische technologie heeft op het leven van een patiënt, de maatschappij of de medische wetenschap op zich. Zoals de titel al aangeeft, spelen normen en waarden een belangrijke rol in veel bijdragen.

Het boek is verdeeld in vier delen: de technologie als normatieve arena, nieuwe technologieën die nieuwe patiënten maken, wat voor sociale werelden creëren technologieën en beoordeling van technologieën. Centraal staat de vraag wanneer medische technologie goed te noemen is en hoe het woord 'goed' gedefinieerd wordt. Onderzoek richt zich vaak op het gebruik van technologie, waarbij de doeltreffendheid (efficacy) als maatstaf genomen wordt voor een oordeel, terwijl vele andere aspecten buiten beschouwing worden gelaten. Het doel waarvoor iets gebruikt wordt, blijkt bijvoorbeeld niet altijd eenduidig te zijn. Bepaalde ingrepen kunnen zeer doeltreffend zijn, maar zijn misschien ethisch niet verantwoord of hebben een (voor de patiënt) ongewenst neveneffect.

Dat het als positief ervaren van medische technologie niets te maken heeft met doeltreffendheid of met vraag en aanbod laat Stefan Timmermans in zijn bijdrage over reanimatie zien. Hoewel uit onderzoek bekend is dat niet meer dan 1-3% van de mensen uiteindelijk een reanimatie overleven, wordt in veel landen toch geld geïnvesteerd in reanimatietechnologieën. Reanimatie wordt als positief ervaren, omdat de dood voor een ogenblik wordt uitgesteld. Mensen hebben het idee dat zij wat gedaan hebben, het geeft de familie nog even de kans om afscheid te nemen en zich voor te bereiden op een mogelijke dood, de hulpverleners hebben getoond dat zij hun uiterste best gedaan hebben. Reanimatie wordt in het boek daarom een onvolmaakt overgangsrитуeel genoemd.

Medische technologie heeft dus een vraag- en aanbodkant. Het feit dat er bepaalde diagnostische of therapeutische mogelijkheden zijn waar een arts of patiënt uit kan kiezen, kan leiden tot een verhoogd gebruik van een bepaalde technologie, zonder dat die cijfermatig betere resultaten geeft. Zo blijken mensen keuzen te maken waarbij zij zich laten leiden door het profijtbeginsel. Dat hoeft niet altijd de meest rationele keuze te zijn, betoogt Tjeerd Tijmstra. Mensen laten zich onder andere leiden door de anticipatie op negatieve gevoelens die kunnen ontstaan bij een eventueel verkeerde beslissing. Met andere woorden, ze willen voorkomen dat zij spijt krijgen van een bepaalde beslissing en zijn geneigd om te kiezen voor een veilige situatie, zelfs al levert die misschien minder rendement op. Een van de verklaringen waarom medische technologie moeilijk af te wijzen is en vaak een dwingend karakter heeft.

Deze gedachtegang wordt ondersteund door de bijdrage van Bert Molenwijk die laat zien hoe beslissingsondersteuning het besluitvormingsproces bij chirurg en patiënt beïnvloedt om wel of niet voor een bepaalde behandeling bij aneurysma te kiezen. Het aanbieden van sterftekansen, levensverwachtingen en behandeladviezen is niet voldoende bij zo'n beslissing. Cijfertjes kunnen verhelderend werken. Ze kunnen laten zien dat niet-opereren hetzelfde resultaat kan leveren, maar er speelt meer mee dan de cijfers. De modellen gaan voorbij aan de subjectieve mening die een chirurg over een bepaalde patiënt en behandeling heeft. Een chirurg gaat ook af op ervaring en intuïtie bij besluitvorming: hoe iemand uit de ogen kijkt, of het een vechter is. Molenwijk laat zien dat beslissingsondersteuning niet de lading dekt. De definitie van het medische

probleem en de rollen van de chirurg en de patiënt bij het besluitvormingsproces veranderen door de extra informatie die zij krijgen.

Medische technologie staat niet op zichzelf. Dat wetenschap, technologie en samenleving geen gescheiden onderdelen zijn, maar met elkaar vervlochten zijn, laat Marc Berg in zijn bijdrage blijken. De doorbraken op dit gebied zijn niet alleen het werk van individuen, maar zijn afhankelijk van de netwerken die zijn opgebouwd. Deze netwerken bepalen welke technologieën uiteindelijk ontwikkeld worden en hoe ertegenaan gekeken wordt. De beweringen van Berg worden overigens verderop in het boek ondersteund door onder andere de bijdrage van Oudshoorn over reproductieve technieken.

Dat medische technologie niet alleen een kwestie is van technologie, maar ook van moraliteit, is te zien in het verhaal over extracorporele membraan oxygenatie (ECMO). ECMO is een apparaat dat de hart- en longfunctie gedeeltelijk kan overnemen. Medard T. Hilhorst geeft in zijn bijdrage aan welk moreel oordeel en welke waarden impliciet verondersteld worden als besloten wordt dat ECMO een gangbare behandeling is. Hierbij rijst de vraag hoe 'goed' ECMO is en voor wie het bedoeld is.

Een andere vraag is hoe lang traditionele vroedvrouwen nog in stand blijven? Kunnen zij het opnemen tegen de huidige medische technologie? Bernike Pasveer geeft aan dat nieuwe tests niet per se betekenen dat vroedvrouwen hoeven te verdwijnen, want vroedvrouwen zijn niet louter screeningsinstrumenten. Zij hebben ook een sociaal-psychologische en communicatieve rol. Zij kunnen cliënten gerust stellen of juist risico's signaleren. Medische technieken zouden meer in samenhang met andere technieken en kennis gezien moeten worden.

Nieuwe medische technologie levert niet alleen betere behandelingsmethoden op, maar stelt ook nieuwe eisen aan professionals en patiënten. Beiden moeten leren hoe met de technologie om te gaan. Goed overleg is daarbij nodig om tot een goede behandelingsmethode te komen. Annemarie Mol gaat in *Meer technologie, meer praten* in op de vraag wat medische technologie voor neveneffecten met zich meebrengt. In een andere bijdrage laat Mol zien hoeveel invloed een simpel testje kan hebben op de patiënt en zijn omgeving. Zij beschrijft een bloedsuikermeter die door diabetespatiënten zelf gebruikt kan worden. Aan de ene kant een vooruitgang, aan de andere kant zijn er allerlei onverwachte effecten. Om te beginnen kost het gebruik van het apparaat geld. Daar moeten dus voorzieningen voor komen, zoals vergoedingen via ziekenfonds. Daarnaast stelt het uitvoeren van de test eisen aan de omgeving. Het meten moet in een schone, liefst klinisch omgeving gebeuren. Voor werkende mensen is dat niet altijd even gemakkelijk. Als de patiënt onhygiënisch werk doet, zoals rioleringen aanleggen, wordt het moeilijk. Doordat meting nauwkeuriger wordt met het apparaat, wordt regulatie van de suikerspiegel (het oorspronkelijke doel) beter mogelijk, maar daarbij verandert de streefwaarde die een patiënt moet halen. De marges worden veel kleiner. De bloedsuikerspiegel die als normaal gold, verandert. Maar ook het behandelingsdoel verandert. Vroeger was het doel iemand te laten overleven, nu is het doel het voorkomen of uitstellen van bijkomende ziekteverschijnselen bij diabetes.

Het gebruik van nieuwe medische apparatuur heeft niet alleen neveneffecten, maar heeft ook invloed op de dokter-patiënt relatie, zoals Dick Willems bij het gebruik van

een astma-apparaat aantoont. Hij laat zien dat technische objecten een dubbele rol hebben. Zij zijn een vertaling en verplaatsing van de dokter en de patiënt en ze hebben een functie om de coördinatie van de verschillende werelden waarin patiënten en dokters leven te vergemakkelijken. Kleine medische technologie heeft voor Willems dan ook alles met normativiteit te maken.

Medical technology assessment wordt steeds belangrijker voor het beleid in de gezondheidszorg, maar er zijn grote conceptuele problemen bij de uitvoering van MTA-analyses vindt Stuart Blume. Hij vraagt zich af of MTA een benadering kan ontwikkelen die gehandicapte gebruikers serieus neemt; waarbij het oordeel van de gebruiker meegenomen wordt. Zo geeft Blume de discussie weer rond cochleaire implantaten bij dove kinderen. Veel doven beschouwen zichzelf niet als gehandicapt, maar als mensen met een andere taal. Voor hen is een cochleair implantaat niet altijd nodig. Als daarbij ook nog de eis komt dat kinderen met een cochleair implantaat op moeten groeien in een omgeving waarin iedereen hoort en spreekt, betekent dit voor de dovengemeenschap dat zo'n kind wordt verwijderd uit hun gemeenschap, en dat het voortbestaan van de gemeenschap in het geding is. Gehandicapten zijn dus niet altijd blij met nieuwe technologische innovaties. Innovaties hebben voor hen maatschappelijke en sociale consequenties.

De inbreng vanuit het gebruikersperspectief kan een bijdrage leveren aan de relevantie van de onderzoeksvragen en aan de kwaliteit van medische technologie, zoals Jessica van Kammen betoogt. Zij doet dit aan de hand van het voorbeeld van antivuchtbaarheidsvaccins. Tijdens de proeven bleek dat de reacties van proefpersonen verschilden. Dit werd toegeschreven aan de vrouwen en niet aan het middel. In de rapportage werd geconstateerd dat de effectiviteit van het vaccin zeer hoog was. Er werd daarbij voorbijgegaan aan alle voorwaarden waaronder het vaccin toegediend moest worden en aan alle bijwerkingen die de deelnemers meldden. Een andere manier van onderzoek en rapportage had tot een totaal ander resultaat geleid.

Medical technology assessment gaat dus niet alleen over het opstellen van waarde-vrije beoordelingscriteria en cijfers. Kosten-effectiviteit analyses (KEA's) zijn een belangrijk instrument, maar dienen binnen de context van de maatschappij geplaatst te worden. Bovendien zijn ook KEA's niet helemaal waarde-vrij, zoals Marc Berg, Niek Klazinga en Ben van Hout in hun bijdrage over normatieve overwegingen bij richtlijnen voor passende medische zorg laten zien.

Hoe normatief taal kan zijn in de medische technologie laat Irma van der Ploeg zien in 'Over voortplantstechnologie en hybriden'. Hieruit blijkt dat door technologie het soms niet meer duidelijk aan te geven is wie of wat de patiënt is. Van der Ploeg toont dit aan aan de hand van in-vitrofertilisatie en foetale chirurgie. Hierbij zijn 'het paar' en 'de foetus' de patiënten geworden, waar vroeger de vrouw de patiënt was. Ook al gaat het in wezen om lichamelijke problemen bij de man of bij (pasgeboren) kinderen, de ingrepen vinden meestal in het vrouwelijke lichaam plaats. Van der Ploeg laat aan de hand van taalgebruik in wetenschappelijke teksten zien hoe veranderingen plaatsvinden. Wetenschappelijke teksten hebben de naam neutraal en objectief te zijn; toch werkt het niet altijd zo. Zo heeft men het over interventies bij paren en foetussen en niet over interventies in vrouwenlichamen. Interventies worden dus geherdefinieerd, her-

beschreven en toegeschreven aan anderen. Een voorbeeld van reconceptualisering is het herbeschrijven van chirurgische ingrepen bij zwangere vrouwen voor congenitale aandoeningen van kinderen als 'preventie'. Medische technologie is kortom van invloed op hoe wij over bepaalde ziekten en aandoeningen denken.

Een verhaal dat min of meer op het voorgaande aansluit, is het betoog van Nelly Oudshoorn. Zij laat zien dat hoewel over het algemeen gedacht wordt dat hormonen en de door de wetenschap ontwikkelde hormonaal model van het lichaam met name over vrouwen gaat, men vaak vergeet dat mannen ook met hormonen te kampen hebben. Zij stelt dat deze visie met name te danken is aan de mate waarin onderzoekers in staat waren om sociale netwerken te creëren waarin feiten over hormonen konden worden geverifieerd. Toen voor het eerst over hormonen werd nagedacht (1910-1940), was het hormonale model symmetrisch. Het ging over vrouwelijke en mannelijke geslachtshormonen en lichamen, maar daarna is er steeds meer over vrouwelijke hormonen geschreven. Dit is te danken aan de rol van gynaecologische klinieken. Zij waren zeer toegankelijk voor onderzoekers. Daarentegen konden onderzoekers die zich in de jaren dertig bezig hielden met mannelijke geslachtshormonen nergens terecht. Er waren geen klinieken die zich bezig hielden met de reproductieorganen van mannen. Hierdoor ontstond de anticonceptiepil voor vrouwen en bleek een anticonceptiemiddel voor mannen moeilijker te ontwikkelen.

Uit al het bovenstaande blijkt dat medische technologie veel meer omvat dan de technologie zelf. De bijdragen komen zoals zij opgenomen zijn in *Ingebouwde normen*, aardig overeen met de gehanteerde indeling. Soms lijken zij enigszins los van elkaar te staan, maar bij nadere bestudering blijkt er buiten de gehanteerde indeling een aantal rode draden door het boek te lopen en kunnen er andere verbanden gelegd worden tussen de verschillende onderdelen van het boek. Zo zijn er meerdere artikelen over de effecten van nieuwe medische technologie op de behandeling, maar ook op het leven van patiënten en hun omgeving. Aspecten als communicatie, verandering van communicatiewijzen door medische technologie en het gebruik van taal om een bepaald beeld te geven zijn in een aantal artikelen terug te vinden, evenals de invloed van netwerken op medische innovaties.

De auteurs van *Ingebouwde normen* pleiten voor het gebruiken van normatieve, dus niet waarde vrije beoordelingscriteria naast de waarde vrije beoordelingscriteria. Zij laten zien dat medische technologie te manipuleren is, dat medische technologie de maatschappij kan beïnvloeden, dat medische technologie normen en waarden kan veranderen van wetenschappers, groepen patiënten of de maatschappij, maar dat omgekeerd normen en waarden ook medische technologie en het gebruik daarvan kunnen veranderen. De techniek wordt in de context geplaatst.

Voor zover bekend is *Ingebouwde normen* het eerste boek dat medical technology assessment op deze manier beschrijft voor de Nederlandse situatie. Het geeft niet alleen een helder, maar ook een uitputtend en interessant beeld van hoe nieuwe medische technologie geëvalueerd kan worden. Al met al de moeite van het lezen waard.

Sandra Sue

BioSkop-AutorInnenkollektiv, *“Sterbehilfe” Die neue Zivilkultur des Tötens?*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2002. 96 pp. €14.90.

Zeven schrijvers, vier vrouwen en drie mannen, vijf veertigers en twee begin twintig, zijn gezamenlijk tot deze uitgave gekomen, waarin zij een kritisch licht laten schijnen op de schimmige kanten bij hulp aan stervenden. Met een achtergrond van sociale of politieke wetenschap, filosofie en pedagogie liggen hun werkerrein en belangstelling op het gebied van bio- en genpolitiek, massamedia en gehandicapten. Zoals de ondertitel al doet vermoeden, schuilt er een addertje onder het gras, namelijk de vraag of dit een nieuwe beschaving (burgerlijke cultuur) van doden is? In het eerste hoofdstuk volgen nog enkele prangende vragen, die de redenen zijn tot deze publicatie. Welke speelruimte biedt een wilsbeschikking van een patiënt? In hoeverre is het hospitium een plaats om in vrede te sterven of is hier sprake van nieuwe willekeur? Kan pijnbestrijding een alternatief zijn of luidt dit al stervensbegeleiding in? In welke mate bepalen economische gezichtspunten de trend naar stervensbegeleiding in de gezondheidszorg? In hoeverre is er onder invloed van de massamedia sprake van tolerantie en gewenning, waardoor geïnstitutionaliseerd doden door derden als ‘objectief’ en als ‘goed’ wordt beschouwd?

De bijdragen behandelen vervolgens de autonome wil (hoofdstuk 2), geschiedenis en (internationale) jurisprudentie (3-6), de media (7-8), psychologisering van (over)lijden (9-11), economie en politiek (12-13) en begripsopbouw (14). Deze publicatie wil aan de hand van de dagelijkse praktijk de glijdende schaal van ‘dood door derden’ laten zien en probeert de consequenties van dit sluipenderwijs gedogen te bespreken. De gedoodverfde begrippen uit de publieke discussie worden weinig gebruikt in dit boek. In de allereerste plaats, omdat deze juridische aanspraak suggereren. In de tweede plaats, omdat massamedia en politiek sommige woorden taboe verklaren of juist als slogan een associatieve lading meegeven: hulp aan stervenden is toch een dienst verlenen.

Zwitserland is een goed voorbeeld van de glijdende schaal. In 1893 stelt een advocaat voor in het strafrecht met een kleine strafmaat ‘doding op uitdrukkelijk verlangen van de dode’ op te nemen, met als toevoeging dat ‘het doden uit achtenswaardige motieven’ hier onder behoort te vallen. Naast de arts wordt in dit voorstel nog één voorbeeld gegeven: de moord door een vader op zijn onteerde dochter. Hulp bij zelfdoding of het aanzetten daartoe dient strafbaar te blijven. In 1942 wordt dit in artikel 114 in de wet genormaliseerd en het geldt met name voor hersendood. In artikel 115 blijft hulp aan of aanzetten tot zelfmoord uit zelfzuchtige belangen van haat, boosheid, wraak strafbaar. Let op hier wordt speciaal vernoemd: ‘een vrouw die een rivale doodt’.

In 1952 stelt wederom een jurist voor tussen artikel 114 en 115 een toevoeging te plaatsen over hulp aan stervenden: “Der Wunsch zu sterben, ist menschlich, wer zu Tode betrübt ist, sehnt sich nach dem Tode. Aus der Sehnsucht entsteht der Wunsch, aus dem Wunsch das Verlangen, zu sterben. Wer zu sterben verlangt und nicht imstande ist, sich selbst den Tod zu geben, verlangt von einem Dritten den Liebedienst”. In de praktijk werken artsen al hiermee, in eerste instantie om het ondraaglijk lijden te beëindigen, dan ineens voor transplantatiedoeleinden. De artsenij stelt keurige richtlijnen op en vanaf nu zijn patiëntenwilsbeschikkingen, ook wel biologisch testa-



ment of codicil genoemd, een belangrijk bewijs. Het begrip stervenden wordt uitgebreid met onomkeerbare ziekten en met cerebraal zwaarbeschadigden die slechts vegetatief kunnen leven.

Eind jaren zestig publiceren een psychiater en een strafrechter onafhankelijk van elkaar boeken over sterven, waarin de dood niet langer metafysisch is. Hersendood wordt vroeg vastgesteld. Deze ontwikkelingen lopen parallel met die in Nederland, de Verenigde Staten en Australië. De rest van Europa kijkt toe. In het verlengde daarvan treedt een kentering op naar actieve hulp aan stervenden en rond 1980 worden in vele landen verenigingen opgericht, die het recht op sterven bepleiten. Ledenwerving vindt plaats door middel van patiëntenverklaringen, als een recht op autonomie. Onbezoldigde leken nemen hierin het voortouw en blijken internationaal goed georganiseerd, zowel op televisie en internet, als in politiek en krant. Actieve euthanasie wordt zonder schroom aangemoedigd.

Na een heftig debat in 1995 distantieert de artsenij zich van actieve euthanasie. Echter, sinds 1 januari 2001 is in de bejaardenhuizen actieve euthanasie toegestaan. Openlijk wordt besproken te besparen door bij psychisch labiele ouderen in geval van longontsteking geen antibiotica meer toe te dienen: "Ehrlicherweise muss festgehalten werden, daß die Sterbehilfe für das Gesundheitswesen von enormer öffentliche Bedeutung ist. Es ist undenkbar, daß darauf verzichtet werden kann. Die zusätzlichen Kosten wären schlicht nicht zu bezahlen."

Het recht op de dood is hoogst persoonlijk en het is maar de vraag of het overdraagbaar is. Niet alles wat iemand wil, dient immers door een ander ingewilligd te worden. Hier is sprake van een radicale en catastrofale breuk met het wetboek van strafrecht, waarin 'gedood door derden' als geweldpleging en moord wordt benoemd. Het is je namelijk niet gegund zelf de stekker eruit te trekken, dat doen de helpers. Zo werkt bijvoorbeeld in Duitsland elk hospitium zonder uitzondering met wilsbeschikkingen. Bewoners worden om de drie maanden gemaand deze te vernieuwen. In een onderzoek zeggen de werkenden in het hospitium te 'doden op verzoek', omdat zij hiermee praktisch goed werk verrichten: het lijden verlichten. Inderdaad een groot terrein, waarop geen toezicht is. Zeker nu oude mensen voor het systeem of de gezondheidszorg een probleem lijken te worden. Op het congres van de World Federation of Right to Die Societies in San Diego wordt zonder tegengeluid gesteld, dat iedereen de morele plicht heeft niet duur te sterven. In deze tijd van jong, gezond en leeftijdloos dient snel ingerukt te worden als je hier niet meer toebehoort. 'Eu thanatos', de goede dood, is punctueel. Een druk op de knop, een pil, suggereert dat de wil triomfeert over het lichaam, op de juiste tijd, snel en pijnloos.

De ervaring is dat vermindering van pijn de doodswens doet verdwijnen. In Nederland heeft de Stichting Consultatie Euthanasie Amsterdam in de jaren negentig als eerste met succes aan de bel getrokken. Ze hebben een telefonische hulpdienst in het leven geroepen voor vragen over pijnbehandeling met het doel, als het even kan patiënten een natuurlijke dood te laten sterven.

De oorsprong van de glijdende schaal ligt in het eind van de negentiende eeuw. Toen werd voor artsen een uitzondering gemaakt. Ondanks de eed van Hippocrates (de arts zweert te helen) mochten artsen 'de stekker eruit trekken', en dat is in de loop der

tijd uitgebreid naar hulp aan stervenden. Van patiëntenwelzijn naar patiëntenbehartiging is slechts een kleine stap. Nog verdergaande behartiging door alle medische en niet medische experts is een sprong naar het onpersoonlijke, zonder dat het welzijn behartigd hoeft te worden. Want, zodra politiek, of welke andere elementen dan ook, zich verschuilen in belangengroepen, dan kan het moord op bestelling zijn. In tijden van privatisering van de televisie zijn taboes en controverse een goede bron van inkomsten, en een gevaarlijke, omdat het drama op de televisie maar al te makkelijk de moraal en de agenda van de dag bepaalt.

Met kennis van zaken geschreven, biedt deze kritische uitgave een goed overzicht van ontstaan, geschiedenis en de actuele, dagelijkse gang van zaken. Ontluisterend zijn de ontboezemingen van de internationale lobby. Voor of tegen, toch maar even lezen. De kracht van het boek ligt namelijk in het blootleggen van de vele losse eindjes en het aangeven van de gevaren(zones).

Anneriet Meijers

Dinesh Bhugra & Ray Cochrane (eds), *Psychiatry in multicultural Britain*. Londen: Gaskell, 2001. 367 pp. index, £ 30.00.

Dinesh Bhugra van het Institute of Psychiatry in Londen en Ray Cochrane van de School of Psychology in Birmingham zijn de samenstellers van een boek over de psychiatrie in de multiculturele Engelse samenleving. Zeventien schrijvers hebben hieraan een bijdrage geleverd. Ze hebben het boek nadrukkelijk geen handboek voor transculturele psychiatrie genoemd, waarschijnlijk omdat het ook uitgebreid ingaat op beleidsaspecten en op maatschappelijke processen zoals discriminatie. *Psychiatry in multicultural Britain* is een state-of-the-art verslag van de interculturalisatie in Britse geestelijke gezondheidszorg gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Er zijn dus nogal wat losse eindjes te vinden, maar ook informatie over onderwerpen waarin men daar verder is dan hier. De redacteurs zijn geen onbekenden op dit terrein. Bhugra heeft eerder geschreven over acculturatie, interculturalisatiebeleid en epidemiologie. Cochrane schreef eveneens over epidemiologische vraagstukken en heeft zich stevig geroerd in de discussie over de hoge prevalentie van schizofrenie bij mensen van Caribische herkomst.

Het boek heeft een zekere opbouw, maar de hoofdstukken zijn apart te lezen. Bhugra en Cochrane schreven bij elk hoofdstuk een introductie en in veel gevallen ook een slotoverweging. Toch ontbeert het boek soms een kritische noot, bijvoorbeeld als het gaat om het belang van cultuur in de psychiatrie. Het boek is ook niet altijd voldoende expliciet. Zo moet men als het gaat om specifieke behandelmethoden als het ware tussen de regels door lezen: er zijn weinig woorden aan gewijd. Wel kan de wetenschapper, de socioloog, de beleidspsychiater, de epidemioloog, de antropoloog veel uit het boek halen.

In het eerste hoofdstuk geven Bhugra en Cochrane een aantal definities. De geschiedenis van de migratie wordt kort belicht, de typen migratie en de acculturatie. Jammer is dat ze hier geen getallen noemen: om hoeveel personen gaat het in het Ver-

enigd Koninkrijk, en welk deel komt in de geestelijke gezondheidszorg terecht? Een fraaie uitweiding is hier te vinden over het feit dat psychiatrie vaak in een kwaad daglicht staat als de onderdrukker van niet-normatief gedrag. Ook wordt de heterogeniteit van allochtone groepen aangevoerd, van de Ieren tot Caribiërs en Chinezen, maar helaas weinig uitgewerkt.

Littlewood beschrijft in het tweede hoofdstuk enkele paradigma's van de transculturele psychiatrie. Het is een historisch-filosofische beschouwing, maar daardoor wel wat lastig te lezen. De uitgebreide voetnoten dragen hieraan bij. Hij zet mooi de oude visie op cultuur neer met de Westerse als de verst voortgeschreden cultuur. Daardoor konden bepaalde beelden als *pibloktoq* (arctische hysterie) en *amok* bij 'lagere' culturen worden ingedeeld. Hij spreekt in dit verband van imperialistische psychiatrie. Ook laat hij zien hoe het onderscheid tussen vorm en inhoud in de psychiatrie de discussie over cultuurverschillen tegen heeft gehouden. Het verschillende voorkomen van syndromen in culturen en bij individuen werd pathoplastisch geduid; de pathogenese (bijvoorbeeld biologische processen) werd als identiek beschouwd. Littlewood toont ons de grenzen van de transculturele psychiatrie wanneer hij cultuurgebonden syndromen in feite normale reacties op ongewone cultuurgebonden situaties noemt. Hier schuift hij enigszins de richting van de antipsychiatrie op.

In een theoretische beschouwing over epidemiologie uit Bhui veel kritiek op kwantitatief onderzoek. Dit hoofdstuk is een must voor beginnende onderzoekers op transcultureel gebied. Hij vergelijkt ethniciteit met geloof: hoe Afrikaans iemand zich voelt, kan vergelijkbaar zijn met hoe katholiek iemand zich voelt (op de buitenkant na, zou ik zeggen). Hij benadrukt de complexiteit van etnische groepen zodanig, dat het bijna afschrikt om onderzoek te doen.

Opvallend in het boek zijn de twee hoofdstukken over racisme. In Engeland met zijn klassenmaatschappij is dit wellicht een meer voor de hand liggend onderwerp, maar gelukkig is het nu ook in Nederland meer bespreekbaar (in België was dat al het geval). Cochrane schrijft met name over zelfhaat als fenomeen. Overigens worden racisme van de ene allochtone groep jegens de andere, en van moslims jegens niet-islamitische westerlingen, toch een item sinds 11 september, niet besproken. De invloed van racistische gebeurtenissen op geestelijke gezondheid komt wel uitgebreid aan de orde.

Bhugra gaat in zijn bijdrage in op acculturatie en culturele identiteit. De zes verschillende niveaus van psychologisch functioneren bij acculturatie – taal, cognitieve stijl, persoonlijkheid, identiteit, attitudes en acculturatiestress – komen uitgebreid aan de orde. Hij bespreekt de problemen van het meten van acculturatie: het meten van intrapsychische grootheden kan ver af staan van het meten van gedrag. Hij wijst erop dat acculturatiestress groter is in maatschappijen waar afwijkend cultureel gedrag niet geaccepteerd wordt. Te denken valt hierbij aan moslims in het Westen.

Bhugra en Cochrane gaan in op de epidemiologie en belichten het verhoogd voorkomen van schizofrenie onder migranten uit de Caraïben. Nog steeds ontbreekt hiervoor een eenduidige verklaring. Dit geldt overigens evenzeer voor een vergelijkbaar fenomeen bij Marokkaanse mannen in Nederland zoals uit recent onderzoek van onder meer Selten bleek.

De volgende hoofdstukken gaan over groepen die meestal onderbelicht worden in transculturele literatuur: ouderen, kinderen, geestelijk gehandicapten, verslaafden en de forensische populatie. Diverse diensten en programma's worden hierin vergeleken. Het hoofdstuk over kinderpsychiatrie is bijzonder lezenswaardig vanwege de vele transculturele vergelijkingen, onder andere in opvoedingsstijlen. Voor degenen die werken in deze gebieden is er veel wetenswaardigs te vinden.

Bhui en Bhugra schrijven over training en supervisie. Ze belichten daarbij de verschillen tussen het geregistreerde intercultureel werk en de praktijk. In Engeland is duidelijk het gebruik maken van traditionele genezers meer gemeengoed dan bij ons.

Behoeftebepaling en programma-evaluatie komen in de laatste hoofdstukken aan de orde. Programma's die gericht zijn op een uitgebreide vraag, zoals een combinatie van symptoomverlichting, dagbesteding en huisvesting, worden in het algemeen beter gewaardeerd. McKenzie gaat in op de primaire preventie en neemt dan weer als voorbeeld schizofrenie bij Caribische mannen. Hij pleit voor een multifocaal aanbod, aangezien dat het beste geaccepteerd zal worden.

*Psychiatry in multicultural Britain* is op een geheel andere leest geschoeid dan het Nederlandse handboek voor Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie van De Jong en Van den Berg (1996), dat een privé-initiatief is. De uitgeverij Gaskell is de privé-uitgeverij van de Royal College of Psychiatrists. Dit boek is met andere woorden een uitgave van de Britse beroepsvereniging. Het bevat een schat aan adviezen, beschrijvingen van onderzoek en ideeën. Soms zijn ze wat tegenstrijdig, soms wat voorbarig. Hoewel het karige wetenschappelijk onderzoek in Nederland het schrijven van een dergelijk boek eigenlijk nog niet toelaat, zou het onze beroepsverenigingen sieren een vergelijkbare publicatie te propageren, al is het maar als beroepsprotocol. Het uitgeven van boeken over transculturele onderwerpen in de psychiatrie blijft in Nederland te veel een privé-initiatief. Nu moeten we ons behelpen met deze Britse uitgave, die ik ieder die werkzaam is op dit gebied, van harte wil aanbevelen.

Hans Rohlof  
Psychiater, De Vonk/Centrum 45

A. Bootsma-van der Wiel, *Disability in the oldest-old. The Leiden 85-plus study*. Proefschrift. Universiteit Leiden, Rotterdam: Optima, 2002. 130 pp. (Verkrijgbaar via: A.J.M.de\_Craen@lumc.nl)

De afgelopen decennia is de levensverwachting van de Nederlandse bevolking toegenomen. Ook de levensverwachting vanaf 80 jaar liet tot voor kort een toename zien. Dit betekent dat de omvang van de bevolking van 80 jaar en ouder is toegenomen, zowel in absolute als in relatieve zin. Dit feit alleen al rechtvaardigt speciale studie van de gezondheid, de gebreken en de aanpassingen daaraan. Mocht de toename van de levensverwachting op oudere leeftijd doorzetten (maar daarover verschillen de geleerden van mening), dan is het leven boven de 80 voor zeer velen van ons weggelegd. Tijd om te weten hoe dat leven eruit kan gaan zien.

Al meer dan tien jaar doet de sectie Gerontologie en Geriatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum onderzoek naar 85-plussers. Het proefschrift van Annetje Bootsma (promotor: prof.dr. R.G.J. Westendorp) geeft een goed overzicht over het meest recente onderzoek, namelijk naar 85-jarigen die vanaf 1997 gevolgd worden. Het thema van het proefschrift is 'disability', een moeilijk in het Nederlands te vertalen term die zowel lichamelijke beperkingen als zelfredzaamheid inhoudt. De keuze voor dit thema wordt gemotiveerd doordat 'disability' direct het zelfstandig functioneren beïnvloedt. En zelfstandigheid is ons Westerse idee van hoe het leven geleid moet worden: zo lang mogelijk en tot op hoge leeftijd. Maar ook – en misschien mede door dit idee – is er een directe samenhang van zelfstandig functioneren met welbevinden en kwaliteit van leven.

Het proefschrift bestaat uit drie delen: een methodologische verantwoording van de studie en de bepaling van 'disability', enkele hoofdstukken over de determinanten en ten slotte een beschrijving van de gevolgen ervan voor de kans op 'succesvol ouder worden'. Wat de methodologische verantwoording betreft: de studie kent een uitzonderlijk hoge respons. De al redelijk hoge respons van 74% stelde de onderzoekers nog niet tevreden en met extra inspanning werd de 87% bereikt. Van de overige 13% zijn uit andere bronnen gegevens verzameld, zoals medicijngebruik en sterfte. Ook zijn bijna alle potentiële deelnemers door een verpleegkundige-interviewer beoordeeld op hun zelfredzaamheid, hun cognitieve vermogen en hun stemming. Hierdoor kon worden vastgesteld dat de niet-bereikte 13% geen slechtere gezondheid had dan de welberekte 85-jarigen.

Na een vergelijking van verschillende methoden om 'disability' te bepalen, besluit de auteur dat zelfredzaamheid dit begrip het zuiverst weergeeft. Zelfredzaamheid wordt gedefinieerd als het vermogen om normale activiteiten in het dagelijks leven te verrichten. Deze activiteiten omvatten zowel activiteiten om het huishouden draaiende te houden, als zelfverzorgingsactiviteiten. De auteur richt zich op de laatste categorie activiteiten, omdat de eerste veelal samenhangen met rolpatronen, omstandigheden en persoonlijke voorkeuren. Ongeveer één op de vijf 85-jarigen in het onderzoek rapporteert niet in staat te zijn om zichzelf te verzorgen.

Het onderdeel over determinanten beschouwt de auteur als het centrale deel van haar proefschrift. Min of meer oorzakelijke determinanten passeren de revue: chronische ziekten (vooral beroerte, dementie en heupfractuur hebben effect) en functiestoornissen. Bij de laatste moet men denken aan spierzwakte, duizeligheid, gezichtsstoornissen, cognitieve stoornissen en stemmingsstoornissen. Stoornissen blijken een grotere impact op de zelfredzaamheid te hebben dan chronische ziekten.

Een belangrijke sociale determinant is de inkomenspositie. De auteur deelt haar groep onderzochten in twee groepen in: hoger en lager dan het mediane inkomen. Jammer genoeg vermeldt zij niet op welk bedrag die mediaan ligt. Ouderen met een laag inkomen hebben liefst tweemaal zo vaak problemen met de zelfredzaamheid als ouderen met een hoog inkomen (23% versus 12%). Dit is een opmerkelijk resultaat. Het langzamerhand zeer uitgebreide onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen veronderstelt dat deze verschillen vooral op middelbare leeftijd een rol spelen en op hogere leeftijd afnemen. Er is dan ook nog nauwelijks onderzoek gedaan naar

sociaal-economische gezondheidsverschillen boven de 75 jaar. We kunnen hier dus een belangrijke bijdrage van de Leidse 85-plusstudie constateren.

Behalve in zelfredzaamheid, blijken er tussen de inkomensgroepen verschillen te zijn in het vóórkomen van stoornissen. Tot verrassing van de auteur komen dergelijke verschillen echter niet voor in chronische ziekten. Rijkere en armere 85-jarigen hadden even vaak chronische ziekten. De auteur probeert voor deze onverwachte bevinding inhoudelijke verklaringen te vinden. De twee meest steekhoudende zijn: 1. Het vaker voorkomen van comorbiditeit (multipale pathologie) bij de lagere inkomensgroep, hetgeen de zelfredzaamheid nadelig beïnvloedt; 2. Onderdiagnose van chronische ziekten in de lagere inkomensgroep. Voor deze tweede verklaring wordt ondersteuning gevonden in de wetenschappelijke literatuur wat betreft hartziekte en glaucoom. Het is een interessante hypothese om ook voor andere aandoeningen te onderzoeken.

Lopen vormt de basis van de meeste dagelijkse activiteiten. De onderzoekster heeft de 85-jarige deelnemers aan haar studie onderworpen aan een looptest om lichamelijke beperkingen ook op objectieve wijze te kunnen vaststellen. Van deze looptest toont zij de voorspellende waarde aan voor val-ongevallen. Zij concludeert dat de looptest potentieel nut heeft voor de praktijk om ouderen met een grote valkans op te sporen.

Het laatste hoofdstuk van het proefschrift houdt het begrip 'succesvol ouder worden' tegen het licht. Er blijkt een groot contrast tussen objectieve waarneming hiervan en de mening van de ouderen zelf over de mate van hun succes bij het ouder worden. Terwijl maar 10% van alle 85-jarigen volgens objectieve maatstaven succesvol oud zou zijn, ziet bijna de helft van dezelfde 85-jarigen zich als succesvol. Deze mening is niet zozeer gebaseerd op de afwezigheid van ziekten en gebreken, maar op de mate van aanpassing daaraan, en op het in stand kunnen houden van sociale contacten. Het proefschrift van Bootsma's collega M. von Faber (elders in dit nummer besproken, red.) is geheel aan dit thema gewijd.

Onverlet de gedegenheid en de goede leesbaarheid van Bootsma's proefschrift heb ik twee algemene opmerkingen. Ten eerste zijn de onderzochte oudste ouderen niet vergelijkbaar met toekomstige oudste ouderen. De auteur noemt zelf cohort-effecten: het feit dat de ene generatie andere ervaringen met zich meedraagt dan de andere, welke ook in de ouderdom hun effect zullen hebben. Het kan zelfs zijn, dat aan de zelfredzaamheid van toekomstige 85-jarigen andere determinanten ten grondslag zullen liggen. Daarnaast is het mogelijk dat de Leidse 85-jarigen anders zijn dan 85-jarigen elders in het land. In het proefschrift mis ik een vergelijking met de gehele Nederlandse bevolking van 85 jaar op tenminste demografische kenmerken. Hierdoor is de generaliseerbaarheid van de bevindingen onzeker.

Ten tweede betreffen de verklaringen van zelfredzaamheid die in het proefschrift worden onderzocht, voornamelijk ziekten en lichamelijke functies. Voor sociale kenmerken als burgerlijke staat en huishoudensamenstelling wordt in de analyses wel gecontroleerd, maar deze kenmerken worden niet expliciet als verklaring onderzocht. Het is niettemin goed mogelijk dat ouderen met dezelfde ziekten en stoornissen, maar verschillende huiselijke omstandigheden, een verschillende mate van zelfredzaamheid krijgen. En dan zijn er nog persoonlijkheidskenmerken als 'mastery' en 'self-efficacy', die aangeven in welke mate iemand het gevoel heeft greep op het eigen leven te heb-

ben, respectievelijk met dagelijkse problemen kan omgaan, zelfs bij tegenslag. Als er aan de chronische ziekten en stoornissen niets meer te behandelen valt, is het wellicht nog steeds de moeite waard om deze persoonlijke eigenschappen te versterken. Men is nooit te oud om te leren!

Dorly J.H. Deeg,  
Epidemioloog, Vrije Universiteit Amsterdam

Paul E. Brodwin (ed.), *Biotechnology and culture. Bodies, anxieties, ethics*. Bloomington: Indiana University Press, 2000. Vii+296 pp., index, bibliography. US\$ 24,95.

De komst van de biotechnologie (denk hierbij aan medische beeldvormingstechnieken, IVF, genetische tests, het genoomproject) heeft in vele opzichten 'het leven' in de westerse samenleving grondig veranderd. Meer ten gronde misschien: ze ligt aan de basis van een veranderend zelf- en lichaamsbeeld in (vooral) de westerse samenleving. Deze nieuwe en snel evoluerende medische technologieën stellen het traditionele mens- en lichaamsbeeld ter discussie en hervormen de wijze waarop het lichaam in de westerse samenleving wordt gedacht en beleefd. Vroeger was de vraag: is de moeder diegene die het kind heeft gebaard of zij die kind heeft grootgebracht? Nu luidt het dilemma: is de biologische moeder zij die het kind gedragen heeft of zij die de eikel ter beschikking heeft gesteld? En dit is slechts één van de vragen die dit boek aan de orde brengt.

Uiteraard is deze technologie niet waarde vrij. Het is zelfs verkeerd ze enkel als een 'technologie' of een technische ingreep te beschouwen. Ze speelt immers ook een belangrijke sociale en politieke rol, al wordt dit doorgaans niet beseft door de professionals in het labo. Deze technologieën ontstaan dan wel in een besloten en 'beschermd' omgeving, maar, zoals Paul Brodwin opmerkt in zijn inleiding, de betekenis die hen wordt toegedicht ontsnapt aan de controle van de relatief kleine groep experts die hen uitvindt (denk aan Dolly en de hysterie rond het magische begrip 'klonen'). Dat vele van deze betekenissen 'imaginair' of 'niet-wetenschappelijk' zijn, doet in deze uiteraard weinig of niets ter zake. Kortom: het menselijke lichaam wordt letterlijk 'heruitgevonden.' Dit brengt een nieuwe of althans andere subjectiviteit met zich mee, een andere beleving en invulling van dingen als 'zelf' en 'identiteit.' Deze (r)evolutie roept uiteraard ook vragen op, vragen niet alleen naar de relatie van de medische professie tot de ruimere samenleving, maar ook vragen die peilen naar de politieke, sociale, ethische en morele dimensies van deze vaak 'ingrijpende' technieken. Dit is zowat het uitgangspunt van deze reader. Wat de twaalf bijdragen (uit verscheidene disciplines, waaronder antropologie en geschiedenis) echter benadrukken, is dat hierop geen vastomlijnd antwoord kan gegeven worden: de biotechnologie ontspruit uit en versterkt de bestaande machtsverhoudingen – de hegemonie en dominante ideologie – tussen centrum en periferie, man en vrouw of tussen 'blank' en 'zwart.' Ze kan ze echter ook ondermijnen.

*Biotechnology and culture* omvat vier thema's. Het eerste (*Genealogies*) beoogt een geschiedschrijving van de hedendaagse biotechnologie, zonder evenwel te herval len in een "triumfantelijk verhaal van technisch meesterschap". De hoofdstukken van Susan Squier en Hannah Landecker illustreren enerzijds de weerslag van laboratorium-

experimenten op de westerse notie van 'individu' en anderzijds hoe de verhoudingen tussen bijvoorbeeld blank en zwart weerspiegeld worden in de wijze waarop men omgaat met weefselculturen. Deze geschiedenis legt de angsten bloot van de heersende sociale klasse doorheen de verschillende periodes van de recente Amerikaanse geschiedenis. Met name de zere kies van de emancipatie van de Afro-Amerikaanse bevolkingsgroep (en de discriminatie die hier tegenover stond en nog staat) wordt pijnlijk blootgelegd.

De volgende vier bijdragen (door respectievelijk Thomas Laqueur, Deborah Greyson, Gillian Goslinga-Roy en Janelle Taylor) zijn gegroepeerd rond het thema 'moederschap' (*Maternity in question*). Ze expliciteren de veranderende visie op (seksuele) reproductie, of beter, op de sociale en politieke verhoudingen waarin seksualiteit en reproductie onvermijdelijk zijn ingebed. Zij beschrijven moederschap niet langer als een gegeven (herinner u het oude Latijnse gezegde), maar als een sociaal drama waarvan de afloop onzeker is. De biotechnologie verandert de wijze waarop verwantschap en zelfs afstamming worden begrepen en vormgegeven. Een belangrijk element hier is dat ze afhankelijk (kunnen) worden gemaakt van een afdwingbaar contract (en niet langer enkel worden bepaald door 'bloedbanden'), en er met andere woorden sprake is van een zekere commodificatie van de menselijke, seksuele, reproductie.

Het derde deel (*Ethics and the Technological Subject*) peilt naar de ethische implicaties van de biotechnologie. Hierin staan vooral de repercussies van de biomedische beeldvorming, de implicaties van genetisch testen en van de 'handel' in donororganen centraal. Bijdragen hier vindt men van Thomas Csordas, Alice Wexler en Donald Joram. Daar waar de bio-ethiek gebaseerd is op een cultuur-specifiek concept van het zelf, de persoon, neemt het ook steeds meer de rol waar van een universeel geachte moraliteit waarvan de toetssteen het autonome, westerse individu is. Niet enkel vervangt aldus een eerder technisch discours het morele; het lichaam wordt ingeschakeld in een goederentransfer en onderworpen aan een technische rationaliteit. Het meest ingrijpende hoofdstuk hier is van de hand van Alice Ruth Wexler, een historica wiens persoonlijke en familiegeschiedenis in belangrijke mate wordt bepaald door de (angst voor de) ziekte van Huntington. Tegelijk ziet de auteur in de bestaande genetische tests een middel tot politieke emancipatie van patiënten in het algemeen, en van mensen met een verhoogd risico op de ziekte van Huntington in het bijzonder.

Het laatste deel (*Biotechnology and globalization*) herbergt bijdragen van Lisa Cartwright en de redacteur van het boek. Het plaatst deze ontwikkelingen en bevindingen in een ruimer kader van globalisering en het onevenwicht tussen noord en zuid. Net als de technologieën zelf, is ook de export ervan niet neutraal te noemen: het bevestigt de bestaande machtsverhoudingen door 'andere' manieren van beleving en voorstelling van het lichaam, onderuit te halen. Deze machtsstrijd speelt zich echter niet zozeer af op de breuklijn tussen de koloniale mogendheden en hun vroegere kolonies. De arena is veel complexer en omvat ook immigranten, welzijnsorganisaties enzovoorts. Anderzijds is, zoals Paul Brodwin betoogt in het slothoofdstuk, het niet onmogelijk dat de biotechnologie voor politieke doeleinden wordt aangewend, ook door hen die zich in een ondergeschikte maatschappelijke of politieke positie bevinden. Hij illustreert hoe de sociaal minst geprivilegieerde groep op het eiland Guade-



loupe, de Haïtiaanse inwijkelingen, in de biogeneeskunde een middel tot zelfemancipatie en sociale promotie zien en hoe ze in termen ontleend aan de biogeneeskunde hun sociale identiteit verbeelden en de ervaren moderniteit bekritisieren. Belangrijk is zijn conclusie dat de biogeneeskunde geen monolithisch blok is, maar het voorwerp van spanningen en contradicties en van politieke en sociale belangen.

*Biotechnology and culture* biedt een uitstekende documentatie van de wijze waarop high-tech (met name in de geneeskunde) is verweven met samenleving en cultuur. In die zin sluit het aan bij het werk verricht van onder meer Cecil Helman begin tachtiger jaren, toen een lans gebroken werd voor precies dit samengaan. Het is de verdienste van dit boek dat het deze bevindingen toepast op precies het eerder hermetische wereldje van laboratoria en weefselculturen, op wetgeving en beleid, en dat het benadrukt dat de biotechnologie ook als tegen-hegemonisch middel kan worden ingezet. Tegelijk echter voegt het weinig toe aan de bestaande theorievorming. Zo blijven de diverse auteurs (met uitzondering van Thomas Csordas) eerder op de vlakte daar waar het bijvoorbeeld de invulling en thematisering van het nieuwe '(post-)postmoderne' subject betreft. Hoe dienen we, bijvoorbeeld, deze 'nieuwe' subjectiviteit, deze nieuwe ervaring van lichaam en zelf in de westerse samenleving, te begrijpen? En hoe uit deze zich in het dagelijkse leven? Of is ze enkel beperkt tot de therapeutische omgeving? Men kan immers verwachten dat, indien er daadwerkelijk sprake is van een nieuwe beleving van lichaam en zelf, dit ook tot uiting komt in, zeg maar, een veranderende beleving van tijd en ruimte, wijzigende sociale relaties (we denken dan aan nieuw samengestelde gezinnen) of, waarom niet, een 'andere' lichaamscultuur en -symboliek. Aan deze verbanden gaat het boek voorbij. Wat het echter niet minder de moeite maakt.

Steven Van Wolputte

Matthias David & Theda Borde, *Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2001. 371 pp. tabellen. € 24,90.

Bijna een op de tien inwoners van Duitsland is allochtoon. Van deze groep heeft bijna 30% de Turkse nationaliteit. Letten we speciaal op vrouwen, dan zien we, dat een op de vier allochtone vrouwen een Turkse achtergrond heeft. In Berlijn is 13% van de bevolking allochtoon. Het Virchow-ziekenhuis bevindt zich in de wijk Wedding waar meer dan de helft van de niet-Duitse bevolking Turkse nationaliteit heeft. Vanaf mei 1996 tot juni 1999 deden de vrouwenarts Matthias David en de sociale wetenschapper Theda Borde onderzoek naar de gynaecologische hulpverlening aan Turkse en autochtone vrouwelijke patiënten in een ziekenhuis. Het resultaat ervan is gepubliceerd in *Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*.

Het onderzoek vond plaats op de afdelingen voor vrouwengeneeskunde en kraamverzorging van de universiteitskliniek Charité, Campus Virchow-Klinikum in Berlijn-Wedding. De twee afdelingen beschikken over 72 bedden. In 1997 had een-derde van de patiënten daar een niet-Duitse nationaliteit. Op de gynaecologische afdeling nu was 27% van de vrouwen allochtoon, op de verloskundige afdeling bijna de helft. Het

onderzoek concentreerde zich op de patiënten van Turkse afkomst. Deze werden vergeleken met een groep vrouwen met Duitse nationaliteit. Beide groepen werden wederom op grond van leeftijd, opleidingsniveau, werk- en woonsituatie, familieomstandigheden, sociale positie, moederschap, geloof en ziekteverzekering in groepen onderverdeeld. Juist bij de Turkse groep tekende zich een zeer heterogeen beeld af op grond van verschillen in juridische situatie, leeftijd bij aankomst en verblijfsduur in Duitsland, regionale achtergrond, nationaliteit, lees- en schrijfvaardigheden en kennis van de Duitse taal. Uitgaande van de leeftijd bij aankomst maakten David en Borde onderscheid tussen Turkse vrouwen op grond van leeftijd bij aankomst en reden van verblijf. Een derde van de Turkse patiënten bleek langer dan 15 jaar in Duitsland te wonen en in verband met huwelijk of arbeid gemigreerd te zijn. Een tweede groep, de grootste, bestond uit vrouwen, die bij aankomst jonger dan 15 waren of in Duitsland geboren zijn. Minder dan de helft van de Turkse onderzoeksgroep behoort tot deze groep. Een vijfde van de Turkse patiënten zijn ten slotte vrouwen die korter dan 15 jaar in Duitsland verblijft en in verband met huwelijk met een man uit de tweede migratiegeneratie gemigreerd zijn.

Er werd 262 Turkse en 320 Duitse vrouwen een vragenlijst voorgelegd. De respons was hoog: 94%. Tijdstip van de bevragingen was op eerste en de laatste dag van het verblijf in de kliniek. Bij de eerste bevraging wilde de onderzoekers meer te weten komen over verwachtingen en wensen en bij de tweede bevraging ging het om de mate van tevredenheid met de medische behandeling. Met hetzelfde instrument werden 22 artsen, 36 verpleegkundigen en tien personen met andere beroepsachtergrond naar hun oordeel over de verwachtingen, wensen en tevredenheid van de patiënten die zij tijdens het verblijf in de kliniek begeleid hadden, gevraagd. De waarneming van vakmensen en patiënten bleek verschillend te zijn. Bovendien werden met 50 Turkse en 50 Duitse vrouwen uitgebreide gesprekken gevoerd.

De vragen richten zich er met name op duidelijk te krijgen wat vrouwen over hun eigen lichaam weten, over de oorzaak van hun actuele klachten en over de voorgenomen operatie. Hoe is het peil van kennis door informatie verbeterd? Wat is te zeggen over het psychosociale welzijn van Duitse en Turkse vrouwen? Heeft de ene groep vaker psychosomatische klachten dan de andere? Hoe tevreden zijn de Duits- en Turkstalige vrouwen over hun vrouwenarts en het ziekenhuis? Antwoorden op deze vragen worden zorgvuldig en wetenschappelijk correct afgeleid en uitgelegd. Zo blijkt er een significant verschil te zijn in kennis over typisch vrouwelijke lichamelijke functies gerelateerd aan opleiding, plaats van de opleiding en werksituatie. Factoren zoals taalkennis, alfabetisering en verblijfsstatus (eerste of tweede generatie) hadden bovendien bij de Turkse vrouwen hun weerslag op het kennisniveau. Gebeurtenissen te kunnen doorgronden, begrijpen hoe het eigen lichaam functioneert en besef hebben van handelingsmogelijkheden, zijn wezenlijke voorwaarden bij de oplossing van gezondheidsproblemen. Slechts 3% van de Turkse vrouwen en 13% van de gehele onderzoekspopulatie zijn goed tot zeer goed geïnformeerd over typisch vrouwelijke lichamelijke functies. Dus niet alleen bij gemigreerde vrouwen is het voor artsen van belang patiënten zo te informeren, dat zij op het kennisniveau van een vrouw kunnen opbouwen. De positie van niet-Duitse vrouwen is echter nog zwakker. Zo toonde de studie

aan, dat gemigreerde vrouwen ook bij ontslag uit het ziekenhuis een ernstig handicap hebben. In vergelijking met Duitse vrouwen waren zij duidelijk minder op de hoogte van hun gezondheidsproblemen en van de behandeling die zij in het ziekenhuis hadden ondergaan.

Reeds in een vroegere publicatie onder redactie van beide auteurs over de public-health-studie, waar dit onderzoek deel van uit maakt, rapporteerde de arts Götz Matthias Pette (2000) over verschillen in de omgang van artsen met Duitse en niet-Duitse vrouwen en de gevolgen voor de kwaliteit van de klinische verzorging. Hij vond duidelijke verschillen. Onzekerheid in de arts-patiënt-relatie wat de taal betreft wordt door diagnostische en therapeutische zekerheid gecompenseerd, niet-Duitse vrouwen krijgen vaker medicamenten. Uit analyse van gedocumenteerde anamneses bleek verder, dat de anamnese van buitenlandse vrouwen significant korter was dan die van Duitse. Niet alleen de hoeveelheid woorden was verschillend, maar ook de inhoud. Bij buitenlandse vrouwen werden de ontwikkeling van het gezondheidsprobleem, andere lichamelijke klachten en vroegere ziekten minder vaak genoteerd. De anamnese was weliswaar bij 10% van de respondenten onvoldoende gedocumenteerd, vier van de vijf keer gebeurde dit echter bij buitenlandse patiënten.

De auteurs willen met het onderzoek een bijdrage leveren aan een rationele en op gegevens berustende discussie over de verzorging van allochtone vrouwen in de gynaecologie. Het resultaat is een dik en lastig te lezen boek. Zeer nauwgezet wordt veel literatuur voorgesteld. Waarom welke auteurs aan bod komen, wordt echter niet duidelijk. Een eigen positie wordt niet uitgewerkt. De gehanteerde medisch-anthropologische literatuur is verouderd (Landy 1977; Kleinman 1980). De lezer wordt het niet makkelijk gemaakt. In de inleiding beschrijven de auteurs niet wat de lezer kan verwachten. Hypothesen liggen verstrooid in het boek. Resultaten worden niet gebundeld. De interpretatie volgt niet een profiel of focus. Een zeer algemene lijst met raadsragen voor de praxis vindt men toevallig in een bijlage. Het lectoraat laat te wensen over. Is deze irritatie geweken, dan biedt het boek informatie in detail.

Martine Verwey  
Antropoloog

Henk Driessen, *Pijn en cultuur*. Amsterdam: Wereldbibliotheek, 2002, 191 pp. Illustraties. € 19,90

In de westerse wereld domineert het biomedische paradigma de arena van pijn en pijngedrag. Dit paradigma is volgens Driessen het "oriëntatiemiddel waarmee westerse mensen pijn waarnemen en beleven". In deze context dient de lezer te beseffen, dat Driessen met *Pijn en cultuur* niet als doel heeft te reflecteren op problemen rond pijngedrag en cultuur binnen de biomedische wereld. De breedte van de titel kan hierin verwarrend werken. Deze verwarring wordt tevens gevoed door de achterflaptekst: "Hij laat zien (...) in hoeverre artsen iets aan pijnklachten kunnen doen, en hoe machteloos zij soms staan". Dit is echter niet het doel van *Pijn en cultuur*. Driessen wil pijn juist uit de biomedische wereld trekken. Hij belicht vanuit een cultureel-anthropolo-

gische invalshoek andere vormen van pijn, waarbij hij een “vergelijkend en contextueel perspectief” hanteert. Diverse voorbeelden, met name vanuit de etnografie, worden naast elkaar geplaatst en vergeleken, met als doel de als vanzelfsprekend beschouwde culturele uitgangspunten ten aanzien van pijn te bevragen. Uitdrukkelijk stelt Driessen dat hij heeft gekozen deze vergelijking weer te geven in de vorm van een essay. De lezer wacht dan ook geen wetenschappelijk betoog, eerder een prikkelende aaneenschakeling van gedachten. Hij heeft gekozen vormen van pijn te belichten, die buiten het biomedische blikveld vallen. In zijn ogen behelst dit “pijn met een hoger doel”. Hij heeft het essay opgedeeld in zeven hoofdstukken.

In het eerste hoofdstuk geeft Driessen een historische schets van de ontwikkeling van de cultuur van pijn door de eeuwen heen. Doorbraken op het gebied van pijnonderzoek en -bestrijding, zoals de uitvinding van ether en aspirine, hebben ertoe geleid dat in de westerse cultuur pijn van een magisch-religieus concept tot een bijna exclusief medisch probleem geworden is, dat bestreden dient te worden. Hij onderscheidt drie historische processen, te weten: medicalisering, secularisering en taboeïsering van pijn.

In hoofdstuk twee benadrukt Driessen het sterke verband tussen pijn en taal. Taal dient om pijn te verwoorden, om er grip op te krijgen. Een pijnervaring is subjectief en privé, tot het wordt geuit middels taal. De ervaring en uiting hiervan zijn sterk cultureel bepaald. Hij verwijst hier kort naar de medische wereld. Artsen zijn voor een groot deel afhankelijk van hoe pijn onder woorden wordt gebracht. Taal is belangrijk voor de diagnostiek en behandeling. Cultuurverschillen leiden in dezen niet zelden tot misverstanden tussen arts en patiënt.

Na deze twee beschouwende hoofdstukken over de geschiedenis van pijn en haar uitingsvormen middels taal, volgt een inhoudelijke bespreking van verschillende soorten pijn, buiten het biomedisch model. Het betreft hier de zelfgekozen pijn, pijn met een hoger doel. Driessen bespreekt de pijn van mannelijkheid, de pijn van vrouwelijkheid, de pijn in godsdienst, en de pijn in sport en kunst.

Hoofdstuk drie bestaat vrijwel geheel uit een aaneenschakeling van voorbeelden, ontleend aan de etnografie. De betekenis en functie van pijn in de rites de passages voor mannen wordt bestudeerd. In een vloeiende beweging reist Driessen van Papoea-Nieuw Guinea, naar Australië, Afrika, Amerika en Europa. Waarom is juist pijn zo'n belangrijk element in deze rites de passages? Driessen stelt dat pijn het instrument is, waarmee in een initiatie de identiteit wordt gesmeed. Bij tatoeages ligt dit duidelijk aan de oppervlakte: middels pijn wordt een nieuwe identiteit op het lichaam aangebracht. Door de (pijnlijke) intensiteit van de ervaring wordt de statusovergang onvergetelijk gemaakt.

In hoofdstuk vier wordt op vergelijkbare wijze de pijn van vrouwelijkheid bestudeerd. Ook hier geldt dat een pijnoffer een transitie onherroepelijk en onvergetelijk maakt. Achtereenvolgens exploreert Driessen diverse fenomenen, waaronder vrouwenbesnijdenis, cosmetische ingrepen door middel van plastische chirurgie en de piercingcultuur. Hij ziet twee tegengestelde processen: de tolerantie ten aanzien van pijn, met als doel schoonheid te bereiken, is groot, terwijl de tolerantie voor reproductieve pijn, barenspijn, in de westerse wereld afneemt.

In het volgende hoofdstuk bespreekt Driessen de positie van pijn binnen religie. Binnen het christendom zit een dubbelmotief van pijn als straf en verlossing. Pijn

wordt gezien als een teken van uitverkiezing, maar ook als een straf van God voor begane zonden. Op gelijke wijze wordt pijn in andere christelijke stromingen, en andere religies als de islam en het hindoeïsme besproken. Pijn krijgt door religie een functie en een zin. Deze werking van religie wordt in de huidige tijd steeds meer overgenomen door sport en kunst, waar Driessen in hoofdstuk zes op in gaat. Ook hier concludeert hij dat pijn in sport en kunst twee elementen bevat: dat wil zeggen: pijn is nuttig, soms zelfs heilzaam en kan een hoger doel dienen. Ten tweede is er “in pijn sprake van een wisselwerking tussen lichaam, psyche en cultuur”. Pijn is derhalve een sociaal en cultureel fenomeen.

Tegenover de pijn met een hoger doel, staat de door Driessen zo genoemde “andere pijn”, de niet-vrijwillige pijn, de pijn door ziekte of gebrek, pijn zonder zichtbaar doel of betekenis. Dit wordt in hoofdstuk zeven besproken. Hij onderscheidt drie typen pijn: de chronische pijn, pijn ten gevolge van kanker en pijn in de terminale levensfase. Terwijl in de voorgaande hoofdstukken besproken werd hoe pijn het instrument is bij het smeden van een nieuwe identiteit, zo laat Driessen zien dat de niet-zelfverkozen, chronische pijn leidt tot aantasting van de identiteit. Via een cascade van processen komt de chronische pijnpatiënt in een sociaal isolement en wordt zijn eigenwaarde ondermijnd. Door het ontbreken van een ‘zin’ van pijn, een ‘hoger doel’, neemt het lijden toe. Deze ‘iomedische pijn’ verschilt derhalve sterk van de voorgaande pijnvormen. Vervolgens wordt de (vaak falende) pijnbestrijding bij kankerpatiënten besproken. Verder dan een korte schets van deze problematiek gaat Driessen hierin niet. Het hoofdstuk eindigt met een beschouwing ten aanzien van ‘terminale pijn’ en hieraan gekoppeld euthanasie. Dit grote en complexe onderwerp wordt echter slechts oppervlakkig belicht. De conclusie luidt dat terminale pijn een sociaal fenomeen is; cultuur staat centraal. Het pleidooi voor de beschouwing van pijn middels de culturele antropologie is hiermee rond.

Met name in het laatste hoofdstuk klinkt een sterke ambivalentie door ten aanzien van de huidige biomedische wereld. Driessen vermeldt bijvoorbeeld, dat pijnbestrijding bij kanker vaak faalt, ten gevolge van “de taboeïsering van pijn, de religieuze overtuiging van behandelaars of uit onwetendheid over de werking van morfine (...)”. Verderop in het hoofdstuk haalt hij een Amerikaans onderzoek aan, waarin wordt vermeld dat artsen vaak verzuimen hun patiënten te vragen hoeveel pijn zij lijden. De ontwikkelingen van pijnpoliklinieken en pijnteams in ogenschouw nemend en uit professionele ervaring oordelend, lijkt Driessens oordeel wat eenzijdig. Hoewel hij nuances tracht aan te brengen door aan te geven dat er in Nederland sinds de jaren vijftig en zestig veel is verbeterd, blijft de indruk bestaan, dat Driessen zich niet thuis voelt in de biomedische wereld.

Driessen brengt zijn betoog op een soepele wijze. Het boek is prettig leesbaar, helder gebracht en bevat een enorme variëteit aan voorbeelden. Hier ligt tevens de valkuil. Driessen wil veel. Op zijn rondreis door het land van pijn komen zeer diverse onderwerpen langs, zoals initiatieriten, vrouwenbesnijdenis, sport en kunst, euthanasie en plastische chirurgie. Elk rechtvaardigt een diepere beschouwing. De verbanden worden door Driessen gelegd, echter in hoog tempo worden de eilanden aangedaan, waardoor complexe problemen wat oppervlakkig voorbij schieten. De vele voorbeelden uit de etnografieën blijven interessant en zeker nuttig om hiermee de eigen cultureel bepaalde

opvattingen te bevragen. Het zijn interessante illustraties, anekdotes, maar voor de cultureel-antropologisch geschoolede lezer grotendeels bekend terrein. Voor de overige lezers is het boek ongetwijfeld een gedachteprikkeling.

Didericke Rhebergen

Judy DeLoache & Alma Gotlieb (eds), *A world of babies. Imagined childcare guides for seven societies*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. 280 pp. \$16.95

Wat moeten aanstaande ouders doen en laten om een gezond kind op de wereld te zetten? Hoe bereidt men zich het best voor op de baring en hoe en door wie moet deze worden begeleid? Hoe moet een baby verzorgd worden vanaf de geboorte? Komt de baby ter wereld als een tabula rasa of heeft het vanaf de geboorte een karakter? Zijn baby's gereïncarneerde voorouders? Zijn zij goddelijk of worden zij geboren in zonde? Het idee dat zwangerschap, bevalling en de verzorging van baby's en jonge kinderen veel meer omvat dan biologie, vormt de basis van dit boek.

Na een inleiding van de samenstellers volgen zeven hoofdstukken over zwangerschap, bevalling en het verzorgen van baby's, steeds vanuit een ander cultureel perspectief. De hoofdstukken zijn geschreven in de vorm van handleidingen voor aanstaande ouders. Achtereenvolgens komen de puriteinen uit zeventiende eeuwse New England, de Beng in West-Afrika, Indonesiërs van Bali, dorpelingen in Turkije, de Warlpiri in Australië, de Fulani in West-Afrika en de Ifaluk in Micronesië aan bod. De hoofdstukken zijn gebaseerd op antropologisch, sociologisch en psychologisch onderzoek en op literatuurstudies over de betreffende samenlevingen. De adviezen worden gegeven door fictieve auteurs. Telkens is gekozen voor het perspectief van een 'deskundige' zoals deze in de betreffende samenleving zou worden geaccepteerd. In de westerse samenleving krijgen psychologen en pedagogen meestal deze rol van deskundige toebedeeld. Een generatie is grootgebracht op basis van de adviezen van de beroemde Dr. Spock. De adviezen in *A World of Babies* zijn onder andere afkomstig van traditioneel genezers, religieus specialisten, grootmoeders, en vroedvrouwen.

Baby's kunnen alleen door een goede verzorging en opvoeding opgroeien tot stabiele volwassenen die zich kunnen handhaven in de maatschappij. Deze maatschappij ziet er overal anders uit. De zeven handleidingen zijn alleen te begrijpen in de context van de samenleving waarin deze geschreven is. Een goede illustratie hiervan komt uit de handleiding voor Balinese ouders. In de Balinese samenleving wordt van volwassenen verwacht dat zij controle hebben over alle emoties. Angst, jaloezie, woede, blijdschap en trots zijn natuurlijke emoties, maar zij mogen alleen gevoeld worden in het hart. Zij worden niet openlijk geuit. Gebeurt dit wel, dan leidt dit tot verlies van respect en aanzien. Het leren omgaan met emoties neemt een belangrijke plaats in bij de opvoeding van kinderen op Bali. De handleiding drukt de moeder op het hart dat zij haar baby zorgvuldig moet behoeden voor emoties. Baby's zijn zeer gevoelig voor emoties en zij vormen een ernstige bedreiging voor de gezondheid van het kind. Moeders moeten hun baby aan de borst leggen zodra het wakker is en voordat het de kans heeft gekregen om overstuur te raken en te huilen. Baby's worden zoveel mogelijk afge-

scherm van dingen of personen die angst zouden kunnen veroorzaken. Vanaf het moment dat het kind 21 maanden oud is, zal het wel emoties gaan ervaren. Het is belangrijk om het kind dan te leren hoe het hier mee om moet gaan. De handleiding geeft hiervoor adviezen. Een advies is dat de moeder haar kind opzettelijk jaloers moet maken door een baby te 'lenen' van een buurvrouw of vriendin en deze aan haar eigen borst te leggen. Het eigen kind zal hier emotioneel op reageren. De moeder moet elke uiting van jaloezie negeren. Positief gedrag (hier het niet uiten van emoties) wordt beloond. Het kind wordt op deze manier goed voorbereid om zich in de Balinese samenleving te kunnen handhaven.

Een geheel andere culturele context vormt die van de Warlpiri in Australië. De Warlpiri leren hun kinderen juist van jongs af aan dat zij hun gevoelens openlijk moeten uiten. Het is ongehoord om deze voor jezelf te houden en het niet uiten van emoties wordt in deze samenleving niet geaccepteerd. Balinese en Warlpiri baby's worden heel verschillend benaderd en opgevoed maar beide methodes zijn gericht op het kunnen overleven in de eigen maatschappelijke context.

Percepties over het krijgen van kinderen, verzorging en opvoeding van baby's zijn sterk gekleurd door sociaal-culturele omstandigheden. Geloofsovertuiging, percepties over het leven en de wereld om ons heen, verklaringen voor ziekte en dood worden gereflecteerd in de manier waarop we kinderen krijgen en verzorgen. Daarnaast komen in dit boek veel overeenkomsten naar voren. In alle samenlevingen zijn baby's een kostbaar goed. Binnen een cultureel geaccepteerde relatie heeft zwangerschap vrijwel overal een positieve status. Universeel is dat de maatschappelijke positie van mannen en vrouwen definitief verandert zodra zij ouders worden. In Turkije krijgen mannen bijvoorbeeld meer politieke invloed in het dorp zodra zij vader zijn. Vrouwen krijgen er een hogere status zodra zij hun echtgenoot en familie een kind hebben geschonken. In de meeste samenlevingen worden zwangerschap, bevalling en de praktische verzorging en opvoeding van kinderen gezien als een vrouwenzaak. Tekenend hiervoor is dat alle handleidingen gericht zijn aan de (aanstaande) moeder. Mannen zijn zelden aanwezig bij de geboorte van hun kind. Wel komt uit het boek naar voren dat mannen in veel samenlevingen een belangrijke eigen rol bij het krijgen van kinderen hebben. Vaak ligt deze rol op het vlak van het uitvoeren van rituelen en bescherming van vrouw en kinderen.

De vorm waarin de zeven handleidingen zijn geschreven, is zeer persoonlijk en indringend. De lezer wordt aangesproken als aanstaande moeder. De knipoog die de auteurs hiermee geven naar westerse opvoedkundige boeken zoals die van Dr. Spock is goed getroffen. Net als de westerse babyboeken zijn de handleidingen allemaal op hun eigen manier generaliserend en enigszins betuttelend. Zij kunnen dienen als handleiding voor jonge ouders maar spelen door de moraliserende adviezen ook in op hun angsten en onzekerheid in het grootbrengen van kinderen. Niet opvolgen van de goede raadgevingen kan immers ernstige gevolgen hebben voor de toekomst en psychische en lichamelijke ontwikkeling van het kind.

In alle beschreven samenlevingen, net als in onze geïndustrialiseerde, westerse samenleving, bestaan zeer strikte percepties van goed en kwaad als het gaat om zwangerschap, bevalling en het verzorgen van jonge kinderen. Een verklaring daarvoor is

dat het krijgen van kinderen en het grootbrengen van eigen kroost na aan het hart komt. Baby's zijn kwetsbaar en afhankelijk. Zonder goede verzorging zullen zij vroegtijdig sterven.

Jammer vind ik dat de auteurs aangeven dat de vorm van dit boek is geïnspireerd op Dr. Spock, maar dat zij een beperkte indruk geven van zijn ideeën en adviezen. Alleen de kenners van Dr Spock kunnen de vergelijking goed maken. Interessant is dat er in dit boek ook aandacht is voor de reproductieve rol van mannen en hun taken in de verzorging van kinderen. In veel literatuur over reproductie en opvoeding wordt alleen de rol van vrouwen besproken. Uit dit boek komt naar voren dat mannen wel degelijk een belangrijke rol hebben bij het reproductieve proces. Het boek is zeer toegankelijk voor verschillende mensen. Voor wetenschappers die zich interesseren voor dit onderwerp, maar ik zou het boek ook graag geven als kraamcadeau aan vrienden die pas ouders zijn geworden. Wie het boek leest, beseft dat onze eigen wijze van baren en verzorgen van baby's niet de enige goede en vanzelfsprekende is. Het geeft een verfrissende kijk op de eigen samenleving en op die van anderen. En dat is nu precies wat culturele antropologie zo boeiend en leuk maakt!

Anneke Donker

Margaret von Faber, *Maten van succes bij ouderen: Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Rotterdam: Optima, 2002. 196 pp. € 10,-. (Verkrijgbaar via: A.J.M.de\_Craen@lumc.nl)

Succesvol ouder worden is een thema dat de laatste jaren sterk in de aandacht van gerontologen staat. Er bestaan zeer uiteenlopende opvattingen over de vraag wat nu eigenlijk telt als succes op oudere leeftijd. Deze opvattingen worden meestal sterk gekleurd door de discipline van waaruit de gerontologie beoefend wordt, bijvoorbeeld biomedisch, sociologisch of psychologisch. Dit brengt het risico met zich mee dat wetenschappers opvattingen die in hun eigen discipline heersen ten onrechte veralgemeniseren en op ouderen toepassen. Het is daarom belangrijk om ook de opvattingen van ouderen zelf over succesvol ouder worden te kennen. Helaas is daarover nog weinig bekend. Het promotieonderzoek van Margaret von Faber voorziet in deze lacune.

Het onderzoek is uitgevoerd aan de afdeling Gerontologie van het Leids Universitair Medisch Centrum en is een onderdeel van de Leiden 85-plus studie. Von Faber heeft meerdere gesprekken gevoerd met 27 deelnemers aan deze studie en heeft tien van hen gedurende langere tijd gevolgd. Zij heeft met hen gesproken over oud zijn, succesvol ouder worden en de rol van gezondheid daarbij.

In een eerste analyse plaatst zij de opvattingen van de ouderen zelf tegenover het veel gebruikte biomedische model van Rowe en Kahn. Deze gebruiken drie criteria van optimaal functioneren (fysiek, sociaal en psycho-cognitief), aangevuld met de gevoelens van welbevinden van de mensen zelf. Afhankelijk van de gehanteerde grenswaarden voldoet 10 tot 16% van de bijna 600 geïnterviewden aan de criteria voor succesvol oud. 22 van de 27 geïnterviewden (81%) vinden zelf dat ze succesvol oud zijn, terwijl 7 van hen (26%) dit volgens de definities van Rowe en Kahn zijn. De oude-



ren zelf gaven dan ook een andere invulling aan de criteria voor optimaal functioneren dan de onderzoekers van de Leiden 85-plus studie. Succesvol oud is volgens hen geen optelsom van deze criteria en welbevinden: succesvol oud is welbevinden. Dit welbevinden wordt niet zozeer bereikt door aan objectieve criteria te voldoen, maar juist door zich aan te passen aan veranderende omstandigheden. Iemand met een slechte gezondheid kan dus volgens de ouderen zelf succesvol zijn, als deze zich hieraan heeft aangepast. Het model van Rowe en Kahn staat dit niet toe.

Na deze confrontatie tussen *etic* en *emic* visies op succesvol ouder worden bespreekt Von Faber in opeenvolgende hoofdstukken de elementen uit de visie van de ouderen zelf: wat is gezondheid, waar liggen de grenzen van aanpassing, wat is de rol van sociale relaties en wat is welbevinden? Deze elementen zijn bijvoorbeeld duidelijk aan te treffen in het volgende citaat.

Het is niet alleen gezondheid. Het is een samenstel waarvan ik zeg dat gezondheid een belangrijke rol in speelt, maar hoe je je voelt en hier dit (wijst op het hoofd) speelt een belangrijke rol. En die sociale contacten die hangen grotendeels van jezelf af. Of jij relaties hebt en hoe jij je voelt in die relaties, dat hangt voor een deel van jezelf af. Kijk, aan gezondheid, financiële situatie en huisvesting daar kan je voor een deel niets aan doen. Hier heb je geen invloed op, of althans maar een gedeeltelijke invloed, maar in het houden van relaties in het houden van sociale contacten, en je verbondenheid met de maatschappij daar heb jij wél invloed op.

Het hoofdstuk over gezondheid laat nogmaals zien dat volgens ouderen zelf gezondheidsproblemen niet zonder meer leiden tot ontevredenheid. Ondanks de aanwezigheid van gezondheidsproblemen beoordeelt driekwart van de ouderen in deze studie de eigen gezondheid als goed of zeer goed. De met het ouder worden veranderende gezondheidstoestand vraagt dan ook om 'werk', zowel wat betreft de percepties van het eigen lichaam als de lichaamspraktijken. Veranderingen worden door de ouderen geïnterpreteerd, waarbij met name het idee van de 'normale veroudering' steeds op de achtergrond aanwezig is. Selectieve vergelijking met leeftijdgenoten levert hierdoor vaak positieve oordelen op, temeer daar in de vergelijking ook de personen worden meegenomen die de hoge leeftijd van 85+ niet gehaald hebben. Men ziet zichzelf dan ook vaak als een uitzondering, een 'goudhaantje'. Niet elke kwaal is een ziekte: de 'normale' gebreken die nu eenmaal met de ouderdom komen worden niet als ziekte gepercipieerd. Gezondheid wordt gezien als het behoud van basisfuncties en de afwezigheid van pijn en levensbedreigende ziektes. De ouderen uit dit onderzoek zien daarnaast ook duidelijk hun eigen bijdrage aan de aanpassing aan de gezondheidstoestand. Zij anticiperen op wat er komen gaat, proberen risico's te vermijden, houden hun functioneren op peil door te oefenen, verwerken veranderingen en passen zich hieraan aan. Belangrijk is, dat de verschuivende definities van gezondheid ook van belang zijn voor het bezoek aan de huisarts. 'Normale' veranderingen worden niet gezien als reden om de huisarts te bezoeken, eerder om er weg te blijven.

Dat het niet altijd goed gaat wordt in het daaropvolgende hoofdstuk geïllustreerd. Onduidelijkheid over wat normale veroudering nu eigenlijk is en onenigheid hierover met de huisarts, leidt bij één van de deelnemers bijvoorbeeld tot veel spanningen.

Autonomie over het eigen levenseinde, angst voor 'echte' ziekte en afhankelijkheid van anderen, sterke beperkingen in het functioneren en afhankelijkheid in het verzorgingshuis zijn thema's die het aanpassingsvermogen zeer sterk op de proef stellen en soms zelfs te boven lijken te gaan. Theoretisch interpreteert Von Faber dit in termen van discontinuïteit. Ook hier gaat het weer om de door de oudere zelf beleefde discontinuïteit en niet om een objectieve vaststelling van veranderingen. Het gevoel van eigenwaarde wordt aangetast, individuele normen en waarden kunnen niet meer in stand gehouden worden of referentiekaders met betrekking tot bepaalde aspecten van de persoon zelf botsen met elkaar of voldoen niet meer.

Het belang van een goede gezondheid blijkt er met name in te liggen, dat gezondheid gezien wordt als een voorwaarde voor kwalitatief goed sociaal contact. In de contacten met andere mensen, familie, vrienden, kennissen, burens en professionele zorgverleners, staat de verhouding tussen afstand en nabijheid voorop. De verschillende deelnemers aan het onderzoek blijken hierin sterk te verschillen. Er worden verschillende strategieën gebruikt om nabijheid in contact te behouden, ook al wordt de gezondheid slechter. Van belang is dat relaties hierdoor niet belast worden. Veel ouderen willen dan ook niet klagen en anderen niet tot last zijn. Dit roept de vraag op of de veelbesproken wens voor onafhankelijkheid onder ouderen (een speerpunt in ouderenbeleid en ouderenonderzoek in Nederland) een diepgekoesterde wens van ouderen zelf is, of eerder een middel dat wordt ingezet om de relaties goed te houden. Naast het voorkómen van belasting is het handhaven van reciprociteit in de relatie van belang. Dat kan bijvoorbeeld door dingen weggeven, financieel belonen, belangstelling tonen en gastvrijheid bieden.

Tot slot wordt ingegaan op de rol van gezondheid bij welbevinden. Hier wordt een paradoxaal patroon blootgelegd. Gezondheid blijkt voor de ouderen zelf een belangrijke factor in het afwegen van de mate waarin men welbevinden ervaart. Ook blijkt de mate van lichamelijk functioneren cijfers voor welbevinden te beïnvloeden. Maar toch, als er gezondheidsproblemen optreden is het welbevinden niet erg aan verandering onderhevig. Het gebruik van leeftijdsnormen, het wegen van het belang van gezondheid, het refereren aan eerdere ervaringen, het gebruik van religie en humor, maar ook zich richten op positieve aspecten zijn strategieën waarmee ouderen hun welbevinden op peil houden.

Er is een grote investering gedaan om het perspectief van de ouderen zelf te onderzoeken. Deze investering loont, omdat het onderzoek daardoor dicht bij de ervaringen van de ouderen zelf kan blijven. Hierdoor wint het onderzoek aan validiteit. Meer dan andere studies naar de beleving van het ouder worden laat het proefschrift de complexiteit en vaak tegenstrijdigheid van de praktijken, opvattingen en ervaringen rondom ouder worden zien. Helaas is het niet altijd duidelijk hoe de onderzoekster deze complexiteit weer gereduceerd heeft tot meer algemene uitspraken en culturele patronen.

Door het perspectief van ouderen zelf met de theorie van Rowe en Kahn te confronteren, wordt invulling gegeven aan de vaak bepleite, maar weinig beoefende interdisciplinaire samenwerking tussen antropologen en medici. Het wordt duidelijk dat wetenschappers bij het bepalen van succes op hoge leeftijd niet altijd de standaard

den van de betrokkenen zelf delen. Natuurlijk zou een scepticus zich kunnen afvragen wat de waarde is van de mening van de mensen zelf, als er zoveel verschillen bestaan tussen mensen en als hun mening ook nog verandert in de loop der tijd. Een gedegen kritische reflectie op de geldigheidsaanspraken van het onderzoek had deze waarde duidelijker kunnen maken. Het principiële punt dat men in onderzoek naar ouder worden ook de visies van de ouderen zelf mee moet nemen was dan sterker voor het voetlicht getreden.

Gerben Westerhof,  
Psychogerontoloog, Universiteit Nijmegen

Albert C. Gaw, *Concise guide to cross-cultural psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001. xvi + 237 pp., index. £ 23,50

Dit handzame boekje in pocketformaat schetst het vakgebied van de transculturele psychiatrie. Het is vooral geschreven voor psychiaters, arts-assistenten en medisch studenten. Het beoogt vooral snel toegankelijke praktische informatie te bieden die complementair is aan de uitgebreidere en gedetailleerdere tekstboeken.

Gaw geeft in het eerste hoofdstuk een overzicht van verschillende antropologische definities van het begrip 'cultuur'. Uiteindelijk destilleert hij hieruit enkele naar zijn smaak essentiële kenmerken van cultuur: cultuur is aangeleerd, verwijst naar systemen van betekenis, dient als 'shaping template', wordt onderwezen en gereproduceerd, is constant aan verandering onderhevig en omvat zowel objectieve als subjectieve patronen van menselijk gedrag. Gaw hoopt dat een dergelijk cultuurbegrip bijdraagt aan het verbeteren van de psychiatrische diagnostiek, leidt tot een beter begrip van de belevingswereld van de patiënt en tot culturele richtlijnen voor een betere behandeling. Op welke wijze een dergelijk cultuurconcept dit alles tot stand weet te brengen vertelt de auteur ons niet. Wellicht gaat de rest van zijn boek hierover, dus we lezen verder.

In het tweede hoofdstuk gaat Gaw uitvoeriger in op een aantal transculturele wetenswaardigheden binnen de indiaanse bevolkingsgroep van de Verenigde Staten. Er zijn ongeveer twee miljoen indianen, verdeeld over vijfhonderd stammen. De helft van hen is 18 jaar of jonger. De Indian Health Service (IHS), een door de federale overheid ingestelde ambulante dienst, voorziet 60% van deze bevolkingsgroep van gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat de indiaanse bevolkingsgroep hoge incidenties kent van depressie, alcoholisme en drugsmisbruik. Twee cultuurgebonden psychiatrische stoornissen worden beschreven: *pibloktoq* (arctische hysterie) en *windigo* (dwangmatige neiging om mensenvlees te eten). Ten aanzien van behandeling beschrijft de auteur enkele traditionele behandelvormen (stoombaden en dansen) en geeft aan dat er rekening gehouden moet worden met een afwijkend enzymmetabolisme onder indianen dat consequenties kan hebben voor het voorschrijven van (psycho-)farmaca. De literatuur waaraan hij in dit hoofdstuk refereert, is behoorlijk gedateerd.

Het volgende hoofdstuk staat stil bij wat er over cultuur vermeldt wordt in het diagnostische psychiatrische classificatiesysteem, DSM-IV. Gaw vindt het een belangrijke vooruitgang dat er in deze editie voor wordt gepleit om bij het diagnosticeren ook

de culturele context te betrekken. Bij tal van diagnostische categorieën die vervolgens de revue passeren, geeft de auteur waar mogelijk wat transculturele aanvullingen.

Gaw vervolgt zijn verhaal met een hoofdstuk over cultuurgebonden psychiatrische stoornissen. Hij geeft een korte beschrijving van tien van de bekendste syndromen en probeert vervolgens te verhelderen wat er met deze term bedoeld wordt. Over deze stoornissen vindt er namelijk nog steeds een debat plaats tussen universalisten en relativisten. Gaw spreekt van de 'syndromal approach' versus 'meaning-centered approach'. De eerste groep beschouwt deze stoornissen als culturele varianten van universele psychiatrische stoornissen, de tweede als unieke ziektebeelden die volledig los staan van westerse ziektecategorieën. Gaw zelf stelt voor om deze syndromen onder DSM-etiquetten te rangschikken. Hij geeft zelfs in een beslissingsboom aan hoe deze syndromen het beste in de DSM ingevoegd kunnen worden. Jammer dat Gaw alle cultuurgebonden psychiatrische stoornissen over een kam veegt. Een aantal kan ontdaan van hun culturele context ongetwijfeld grote overeenkomst vertonen met in het westen vigerende ziekteconcepten. Er zijn er echter ook die nosologisch niet te ontdoen zijn van hun 'emic'-karakter en niet in overeenstemming met westerse systemen te brengen zijn. Interessant in dit verband is bijvoorbeeld het huidige onderzoek naar *ataque de nervios* onder Puerto Ricanen. Hieraan besteedt de auteur echter geen aandacht. Evenmin staat hij stil bij tal van kentheoretische problemen die zijn denkwijze met zich meebrengt.

Hoofdstuk vijf gaat over de 'culturele formulering'. De 'culturele formulering' zoals opgenomen in een bijlage van de DSM-IV geeft de clinicus richtlijnen om het cultureel perspectief van een patiënt met een psychiatrische stoornis in beeld te brengen. Belangrijke onderdelen hierin zijn: de etnische identiteit van de patiënt, de culturele verklaringen die patiënt en familie hebben rondom de ziekte, culturele en sociale stressoren en ondersteunende hulpbronnen, en tot slot aandacht voor culturele verschillen en overeenkomsten tussen patiënt en hulpverlener. Gaw geeft een voorbeeld van een dergelijke culturele formulering aan de hand van een Chinese migrant.

Het zesde hoofdstuk is biologisch van aard. Het bestrijkt het terrein van de etnopsychofarmacologie. Gaw beschrijft verschillen tussen bevolkingsgroepen met betrekking tot farmacokinetische, farmacodynamische en farmacogenetische aspecten van psychofarmaca. Dit betekent dat de arts bij het voorschrijven van psychofarmaca rekening moet houden met de mogelijkheid van een andersoortig metabolisme. Een arts die in dit boek op zoek is naar concrete richtlijnen, zal dit echter helaas tevergeefs doen.

Het hoofdstuk dat hierop volgt gaat in op de 'non-compliance' van de patiënt, ofwel het niet opvolgen van het medicinale voorschrift van de dokter. Deels kan dit te wijten zijn aan het veelvuldig voorkomen van bijwerkingen, deels aan eetgewoonten die leiden tot verschillen in metabolisme van medicijnen en vervolgens tot een geringere effect of meer bijwerking. Deels hangt het ook samen met andere ideeën over ziekte en medicijnen. Zo beschouwen Afro-Amerikanen witte capsules als een oppepper, terwijl blanken het meer als pijnstiller beschouwen. De auteur geeft tot slot zinvolle tips over vragen die de arts kan stellen om 'non-compliance' beter te begrijpen en tips over manieren waarop hij een beter gebruik van medicijnen kan bevorderen.

In het laatste hoofdstuk van zijn boek behandelt Gaw culturele aspecten die van belang zijn bij psychotherapie. Na wat algemeenheden over wat psychotherapie is en

hoe het werkt, volgen de nodige pagina's met beschrijvingen van conceptuele modellen van arts-patiënt relatie. Pas op de laatste pagina's volgen enkele interessante transculturele wetenswaardigheden. In het bijzonder de lancering van een nieuw paradigma van Kleinman genaamd 'sociosomatic medicine' krijgt de aandacht. Kleinman stelt hierin voor om middels vier stadia een relatie te leggen tussen symbolische/culturele aspecten en psychofysiologische codes. Het vormt een interessant model voor transculturele psychotherapie.

Achterin het boek treft de lezer een aantal bijlagen: het overzicht van cultuurgebonden psychiatrische stoornissen uit de DSM-IV, een (licht) geannoteerde bibliografie over 'cultural psychiatry' en een verklarende woordenlijst van veel gebezigde termen binnen de culturele psychiatrie.

Al met al is het geen geringe opgave om binnen een beperkt aantal pagina's (en dan ook nog van een klein formaat) een volledig overzicht van de transculturele psychiatrie te geven. Het is een vakgebied met veel discussies, relatief weinig vastliggende waarheden en een relatieve schaarste aan wetenschappelijk onderzoek. Gaw heeft getracht veel (maar niet alle) discussies te omzeilen, zich te focussen op 'waarheden' en stelt inderdaad herhaaldelijk dat er te weinig onderzoek op bepaalde terreinen is verricht om meer in detail te kunnen treden. Resultaat is een boek dat vooral toegeschreven is naar de (Noord-)Amerikaanse markt en verder opvalt door veel open deuren, vage en algemene waarheden. Het maakt daarbij soms een wat onevenwichtige indruk. Zo gaat het uitgebreid in op de 'native Americans', maar volgen er geen hoofdstukken over de andere drie officieel erkende etnisch groepen in de Verenigde Staten, te weten de 'Afro-Americans', 'Hispanic Americans' en 'Asian Americans'. Het hoofdstuk over psychotherapie gaat hoofdzakelijk over de algemene aspecten ervan en het hoofdstuk over culturele aspecten van medicijngebruik verraad dat de auteur geen kennis heeft genomen van de literatuur op het gebied van de 'pharmaceutical anthropology'. Verder valt op dat de meeste literatuur waaraan Gaw refereert vrij oud is. Dit heeft tot gevolg dat wat dit vakgebied zo leuk en uitdagend maakt, naar mijn smaak de literatuur van de laatste tien jaar, niet goed uit de verf komt. Hoewel het boek niet meer pretendeert te zijn dan een inleiding en als zodanig weliswaar de meeste topics aansnijdt, wil ik dit boek toch niet aan de beginner aanraden omdat het zo oppervlakkig is en soms zelfs vrij saai. Dit neemt niet weg dat een ieder die dit boek leest altijd wel, net als ikzelf, een paar pareltjes zal weten te ontdekken.

Mario Braakman,  
Cultureel antropoloog/psychiater, Phoenix/De Gelderse Roos

Han C.G. Kemper (red.), *Groei en gezondheid in Nederland*. Utrecht: W. van der Wees Uitgeverij, 2001. 163 pp.

Dit boek is een vertaling en bewerking van een veel uitgebreider Engelstalig wetenschappelijk rapport van het Amsterdams Groei en Gezondheidsonderzoek (AGGO): The Amsterdam Growth Study, a longitudinal analysis of health and lifestyle (Champaign 1995).

Het AGGO is een longitudinaal onderzoek waarin 307 middelbare scholieren van hun 13e tot 27e jaar met tal van metingen onderzocht werden. Er vonden vier metingen plaats: op hun 13e, 17e, 21e en 27e jaar. Uiteraard vielen er in deze periode een aantal personen af, maar aan het eind van het onderzoek konden nog 182 deelnemers uit de oorspronkelijke groep onderzocht worden. Het voordeel van dit longitudinale onderzoek boven een opzet, waarbij een dwarsdoorsnede van groepen van verschillende leeftijden op één tijdstip gemeten worden, is uiteraard dat de invloed van geboortecohorteffecten, de gevolgen van het opgroeien in verschillende periodes, vermeden wordt. Daar staat tegenover dat gedragsveranderingen die in een longitudinaal onderzoek tijdens het opgroeien vastgesteld worden, het gevolg kunnen zijn van andere omstandigheden gedurende de diverse meettijdstippen. Het deelnemen aan het longitudinale onderzoek zelf kan bovendien leereffecten geven. Door telkens te controleren met eenmalig gemeten cohorten was het mogelijk zowel te controleren op het effect van de verschillende meettijdstippen als op de leereffecten.

De gezondheid van hart en vaten werd gemeten op basis van lengte, gewicht, vetpercentage, vetverdeling bloeddruk en cholesterolwaarden. Door meting van bewegingssnelheid, lenigheid, spierkracht en uithoudingsvermogen stelden de onderzoekers het prestatievermogen vast. Voor het meten van de ontwikkeling van de persoonlijkheid maakten zij gebruik van de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst en de Prestatiemotivatietest. Ook eet- en drinkgewoonten en het activiteitenpatroon werden via vragenlijsten vastgesteld. De dertien- en zeventienjarigen werden tevens via een stappenteller en een hartslagmeter doorgemeten. Dat was in de oudere leeftijdsfase niet meer mogelijk voor de onderzoekers. Daarnaast vonden nog extra metingen plaats om de gezondheid vast te stellen. Die extra metingen hadden betrekking op het aantal sportblessures, de ervaren lichamelijke en geestelijke gezondheid en psychosociaal gedrag en stress.

Tot welk inzicht heeft dit indrukwekkende onderzoeksproject geleid? Kemper en zijn co-auteurs claimen dat voor het eerst onomstotelijk bij de Nederlandse jeugd is vastgesteld dat met het ouder worden veel aspecten van de gezondheid achteruitgaan en dat de oorzaken daarvan voor een deel liggen in een verslechtering van leefgewoonten. Op 27-jarige leeftijd is bij 10-15% sprake van overgewicht, de bloeddruk is bij 15-25% te hoog en bij eenderde tot de helft zijn de cholesterolwaarden in het bloed aan de hoge kant. Dat heeft veel te maken met verkeerde eetgewoonten (teveel vet en eiwit en te weinig koolhydraten). Doordat men bij het ouder worden steeds minder beweegt, leiden deze eetgewoonten tot overgewicht. De auteurs pleiten daarom voor het stimuleren van beweging. Bewegen is een effectief en goedkoop middel om mensen te behoeden tegen tal van welvaartsziekten.

Ik zou bij deze publicatie drie opmerkingen willen maken. In de samenvatting wordt gedaan of dit onderzoek een representatief beeld geeft van de hele Nederlandse jeugd. Maar in de beschrijving van de onderzoeksgroep wordt gesteld dat het om kinderen gaat met ouders die qua beroep, opleiding en inkomen boven het gemiddelde van de Nederlandse bevolking scoorden. Op 21-jarige leeftijd had 95% van de vrouwen en 82% van de mannen een havo- of vwo-examen gehaald. Dit opleidingsniveau wijkt ook duidelijk af van het gemiddelde niveau van de Nederlandse jeugd. Het is opmerke-

lijk dat de auteurs vrijwel niets zeggen over de representativiteit van hun onderzoeksgroep, maar toch uiteindelijk doet alsof hun bevindingen voor de hele Nederlandse jeugd gelden. Omdat uit ander onderzoek bekend is dat de lagere sociale klassen over het algemeen een ongezonder dieet hebben, had aandacht voor deze kwestie de ernst van de onderzoeksresultaten kunnen onderstrepen.

Een ander punt is dat het hier om een onderzoeksgebied gaat dat een lange traditie kent, dat van de antropobiologie. Resultaten van de meting van het lichaam en het uithoudingsvermogen van rekruten en middelbare schoolleerlingen zijn in binnen- en buitenland al bekend vanaf het eind van de negentiende Eeuw. Meestal komen deze onderzoeken tot soortgelijke aanbevelingen als Kemper c.s.. In 1926 adviseert Korperhoek bijvoorbeeld tot het "opnieuw inschakelen van een physiologischen factor, welke door het culturele leven is gereduceerd of grootendeels uitgeschakeld, te weten spierarbeid". De resultaten van het onderzoek van Kemper c.s. waren veelzeggender geweest, wanneer ze vergeleken waren met de resultaten van eerdere metingen van leerlingen en soldaten. Daarbij had het er niet toe gedaan of dat soort onderzoek longitudinaal, dan wel per cohort verricht was. Nu beschikt de lezer over geen enkele maatstaf om te bepalen of het met de gezondheidstoestand van de jeugd beter of slechter gaat dan vroeger.

Dat brengt mij tot mijn derde punt, de totale afwezigheid in het boek van duidelijke verwijzingen naar ander onderzoek of andere literatuur die op het onderwerp betrekking hebben. Ik hoop dat het oorspronkelijke Engelse rapport wel meer ingeweven is in de onderzoekstraditie waarin het past. Het hier besproken boek wordt zo geïsoleerd gepresenteerd dat het onmogelijk is uit te maken welke plaats het inneemt in een bredere wetenschappelijke discussie.

Ruud Stokvis,

Mulierinstituut. Centrum voor Sociaal-wetenschappelijk Sportonderzoek

Jeffrey Merrick & Michael Sibalis (eds), *Homosexuality in French history and culture*, New York: Harrington Park Press, 2001. 293 pp. \$24.95. (Also published as *Journal of Homosexuality* 41: 3/4)

France deserves a central place in the European history of (homo)sexuality. The adjective 'French' has particularly erotic connotations in several languages, such as in the term French novel. France has had its share of homo- and bisexual kings, generals, novelists, philosophers and Aids-patients. Paris offered shelter for same-sex pleasures in which homosexually inclined men and women from other countries sought refuge. It is not possible to write a history of gay literature without addressing the Marquis de Sade, the damned love of Verlaine and Rimbaud, Marcel Proust, Noble-Prize winning André Gide or Jean Genet. The history of sexuality itself would have had a different course if Michel Foucault had not written his famous *Histoire de la sexualité* (1976).

Queerly enough, the history of sexuality of Foucault has gained its greatest renown and influence outside France in the English-speaking world, as so much of post-modern theorizing. Few French historians have been inspired by Foucault's example

to venture into the rich gay history of their country. Jean Paul Aron and Roger Kempf came with *Le pénis et la démolition de l'Occident* (1978) to denounce Foucault's refutation of the repressive hypothesis. While Foucault had stressed the productive side of discourses of sexuality, creating certain sexual practices and thus rejected the repressive hypothesis, he did not state there was no sexual repression as Aron and Kempf assumed in their critique. Guy Hocquenghem took to Foucault's idea, but his book and film *Race d'Ep. Une siècle d'images de l'homosexualité* (1979) were more about Germany than about France. Gilles Barbedette and Michel Carassou re-edited excerpts from a gay journal of the 1920's in *Paris Gay 1925* (1981) with a long historical introduction. Claude Courouve, editor of several gay booklists and historic documents, made a linguistic contribution with *Vocabulaire de l'homosexualité masculine* (1985). Maurice Lever, biographer of the Marquis de Sade, wrote on the seventeenth and eighteenth-century persecutions of sodomites in *Les bûchers de Sodome* (1985). These books were useful, as little had preceded them, but they often treated the subject too cursorily. Aids was a factor in the ensuing silence as Foucault, Aron, Hocquenghem and Barbedette all died of it. Marie-Jo Bonnet's *Un choix sans équivoque* (1981) would for long be the only book on lesbian history.

In the following years, English-speaking writers took to the subject, but most studies were rather shallow. Antony Copley with *Sexual Moralities in France 1780-1980. New ideas on the family, divorce, and homosexuality* (1989) and Christopher Robinson with *Scandal in the Ink. Male and female homosexuality in twentieth-century French literature* (1995) did not delve below the surface and missed many important points. Vernon Rosario stuck a bit deeper with *The Erotic Imagination. French histories of perversity* (1997) while Robert A. Nye offered broader overviews, for example in *Masculinity and male codes of honour in modern France* (1995) that has a chapter on 'perversion'. Both Rosario and Nye describe the development of sexual science in nineteenth century France, as Georges Lanteri Laura did earlier in his *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale* (1979).

In the mean time, the French have again picked up the line of history. It started with Frédéric Martel's controversial and integrationist *Le rose et le noir. Les homosexuels en France depuis 1968* (1996) that criticized the gay movement for its separatism and denial of Aids at the moment that the epidemic started. His main opponent, Foucault's biographer Didier Eribon, is nowadays very busy urging gay and lesbian studies into a North-American style. He published several books including *Réflexions sur la question gay* (1999). Florence Tamagne's *Histoire de l'homosexualité en Europe. Berlin, Londres, Paris 1919-1939* (2000) and Didier Godard's *L'autre Faust. L'homosexualité masculine pendant la Renaissance* (2001) go beyond France and include neighbouring countries. The poet and lawyer Christian Gury wrote several books that are filled with undigested material on gay scandals around famous persons such as Gide, Proust or Marshall Lyautey who conquered Morocco for the French. The publisher Patrick Cardon of Gay Camp Kitsch in Lille continued his important contribution by reprinting gay and lesbian historical texts with new introductions and essays. The first issue of *Inverses. Littératures, arts, homosexualités* (2001) focuses on the history of gay literature and art.



Recently, in the book being reviewed here, *Homosexuality in French history and culture* edited by Jeffrey Merrick and Michael Sibalis (2001), English- and French-speaking historians have joined forces. Jeffrey Merrick's earlier venture into the field of queer French history was with Bryant T. Ragan. They produced an interesting book of essays *Homosexuality in modern France* (1996) that included no French authors. The new book does however include French contributors, both historians and persons who have themselves been involved in gay and lesbian emancipation activities. Jean Le Bitoux discusses the Groupe Libération Homosexuelle of the late 1970s that he knows from the inside. Marie-Jo Bonnet produces a harsh critique of gay men because they mimic women in misogynist ways, prefer noisy commerce above sociable emancipation and continue to worship the phallus. Their approach has remained, according to her, more or less the same normalizing politics from the 1970s until present. Some of her arguments are interesting, but her general appraisal remains stuck in an outdated separatist lesbianism.

The other articles discuss a variety of topics from the sixteenth to the twentieth century. The first article is on the love of Montaigne for La Boëtie, in which Montaigne's beautiful essay on friendship is the main source of inspiration. Montaigne desired an equal love that included body and soul, but lacked the words to say so. He could only refer to words like 'pederasty' and 'sodomy' that stood for unequal relations. Other articles discuss lesbianism and Sapphic separatism in the eighteenth century, the importance of the Palais Royal for gay cruising around 1800 and gay and lesbian worlds at the end of the nineteenth century. Nicholas Dobelbower discusses the abundant representations of male prison love in early nineteenth-century popular culture. Chain gangs were divided into couples that inspired convicted men to both gay love and sexual abuses and outsiders to sexual curiosity, while the jail slang was enriched with many references to these relations. 'Pederasts, Prostitutes, and Pickpockets' by William Penniston offers an inside view in the marginal world of male hustlers who sometimes earned some extra money by venturing into thievery. The twentieth century is considered in articles on homophiles in post-war Paris, homosexuality in the colonies and the rise of a gay press.

Merrick and Sibalis offer a rich overview of French gay and lesbian history. As always, gay history is better represented than its lesbian counterpart, but this is not surprising given the available the greater quantity of gay historical material and the continuing imbalance between gay men and lesbian women (the latest research in the Netherlands indicates that 3% of adult men is gay and 1% of adult women is lesbian). The *Journal of Homosexuality* often publishes poor and boring articles, but is generally at its best with its special issues on history. This is again the case. The important topic of French gay and lesbian history is, be it in parts and details, well covered by this special issue. Although it is always possible to offer minor criticisms, this book deserves broad attention because of the richness and variety of its queer historic material.

Gert Hekma,  
Sociologist, University of Amsterdam

Jessica Mesman, *Ervaren pioniers. Omgaan met twijfel in de intensive care voor pasgeborenen*. Amsterdam: Aksant, 2002. 202 pp. € 20,00.

Het medisch handelen op de Neonatale Intensive Care Unit (NICU), intensive care voor pasgeborenen, roept steeds vragen op. Moet een veel te vroeg geboren kind een behandeling krijgen en daarmee in leven gehouden worden? Wanneer is een dergelijke behandeling kansloos, zal het kind toch overlijden? Wat zijn argumenten om een behandeling te staken en het kind te laten overlijden als er hersenschade bij het kind is ontstaan? Hoe komen dergelijke beslissingen tot stand? Mesman beschrijft in haar proefschrift hoe ouders en stafleden op de NICU voorkomen dat, zoals ze het formuleert, "het behandelingsproces vastloopt". Ze wil weten wat de mechanismen zijn die de continuïteit van het medisch handelen waarborgen. Ze bestudeert daartoe de manier waarop keuzen worden gemaakt, gegevens worden geïnterpreteerd en problemen worden opgelost. Ze doet dat door de manieren van redeneren, spreken en handelen die worden gebruikt om problemen te identificeren, te voorkomen of op te lossen onder de loep te nemen.

Mesman heeft gedurende zes maanden participerende observatie verricht op twee NICU's, in de Verenigde Staten (twee maanden) en Nederland (vier maanden). Om zicht te krijgen op de strategieën en methoden om de "sociale orde in stand te houden" concentreerde ze zich tijdens het veldwerk op moeilijke gevallen. Met die 'hard cases' wil ze de fricties en verstoringen van de orde beschrijven, om zo meer te weten te komen over de aard van het 'zorgvuldig pionieren'. Ze biedt dus niet een totale etnografie want de aandacht gaat uit naar situaties waarin de normale gang van zaken doorbroken wordt. Mesman noemt haar studie voorzichtig een 'theoriegerichte etnografie' omdat ze analytische concepten gebruikt. Het resultaat is een mooi proefschrift met interessante observaties en beschouwingen over de praktijk van de NICU.

Als kader voor de beschrijving dient de reismetafoer. Ouders en stafleden zijn 'reisgenoten' met onbekende bestemming en bakens die nog benoemd moeten worden. Posities en coördinaten spelen een belangrijke rol. De behandeling van veel pasgeborenen op de NICU wordt vanaf het begin gekenmerkt door onzekerheid. Niemand weet precies hoe de behandeling zal verlopen. Al hebben de stafleden veel ervaring, ze weten niet wat de gevolgen van de medische problemen in individuele gevallen zullen zijn. De betrokkenen weten zelfs niet precies wat de identiteit van de pasgeborene is, het kind is 'onbepaald'. De identiteit van het kind krijgt vorm door dagelijkse routines op de afdeling en wordt vooral in getallen uitgedrukt. Op de bewakingsmonitoren van vitale functies laten getallen zien hoe het met de hartactie en zuurstofvoorziening van het bloed is. In de medische status wordt de toestand van het kind gerepresenteerd in de vorm van kwantitatieve gegevens.

Hoofdstuk twee begint met een casus van een nog ongeborn kind dat na 25 weken zwangerschapsduur in nood is en vrijwel zeker zal overlijden als het niet door middel van een keizersnede 'gehaald' wordt. De arts vertelt de ouders dat het kind slechts 10% kans heeft er 'goed' doorheen te komen. De vader meent dat ze het kind die kans moeten geven. Hij voegt er aan toe dat hij niet wil dat het kind een zwaar gehandicapt leven tegemoet gaat. De moeder kies ook voor 'halen', maar om een andere reden. Ze wil niet

dat het kind in haar buik overlijdt. Mesman concludeert dat er een dwingend karakter uitgaat van kansen. Dat lijkt echter in tegenspraak met wat er gezegd wordt. Op zijn minst zou toegevoegd kunnen worden dat er onder voorbehoud behandeld gaat worden, omdat de andere optie, het kind ongeborn te laten sterven, erger lijkt dan een mogelijk falende behandeling. Na de opname van het kind begint de constructie van de identiteit. De representatie is nooit meer dan een momentopname, de situatie van het kind verandert steeds. Men neemt genoeg met een werkbare in plaats van een ware identiteit. Met de terugkerende handelen waarmee de identiteit van het kind bepaald wordt, wordt ook de afdelingsorde geconstrueerd.

Tijdens een stafbespreking over het met de keizersnede geboren kind gebruiken sommige sprekers een 'situationeel repertoire'. De eigenheid van het kind wordt daarmee benadrukt, het kind wordt besproken in het hier en nu. Andere sprekers gebruiken een 'gevalsrepertoire' waarmee ze het kind beschouwen in relatie tot vergelijkbare gevallen. Dit repertoire verbindt de afdeling ook met de buitenwereld, want de artsen die dit repertoire gebruiken willen dat andere specialisten ook hun oordeel over de situatie geven. Ze achten zich niet deskundig genoeg om bijvoorbeeld over de neurologische toestand van het kind te oordelen. De andere sprekers menen dat de neonatologen zelf de beslissing kunnen nemen. De gesprekspartners praten dus niet over hetzelfde kind en ook niet over dezelfde afdeling en die kloof dient overbrugt te worden. Dat gebeurt vervolgens raadselachtig makkelijk door een neuroloog in consult te vragen die vervolgens stomweg overneemt wat de neonatologen al vastgesteld hadden.

In het derde hoofdstuk richt Mesman zich op de wijze waarop de sociale verbanden in de NICU geregeld zijn. Hoe worden ouders deelgenoot van de sociale orde op de afdeling? Wederom zoekt ze situaties waarin de dagelijkse orde doorbroken wordt, dit maal in de vorm van de relatie tussen ouders en staf die onder spanning staat, zonder te willen impliceren dat dit altijd het geval is. De relatie tussen ouders en stafleden blijkt bepaald te worden door wederzijdse verwachtingen waaraan niet altijd voldaan wordt. Ouders komen niet vaak op bezoek of, als ze dat wel doen, vragen ze te veel aandacht van de stafleden of letten ze juist te veel op andere kinderen. Ouders dienen vooral een competente indruk te maken en moeten de ernst van de zaak inzien. Ouders vinden soms dat ze te weinig informatie krijgen of dat de informatie te hard is. Volgens stafleden zijn ouders vaak te optimistisch en verwachten ze dat kinderen alleen van het verblijf in de couveuse al beter worden.

Er zijn verschillende vocabulaires waarmee de verwachtingen van stafleden ten aanzien van ouders worden verwoord. Zo is er het psychosociale vocabulaire, waarin de ouders object van zorg zijn. De opname en behandeling van een pasgeborene op de NICU is in dit vocabulaire vooral een verstoring van de mogelijkheden van ouders om zich te binden aan het kind. De verpleegkundigen zijn de specialisten op dit terrein, ze zijn 'emotion managers'. In dit vocabulaire schuilt veel paternalisme. Problemen van ouders worden vertaald in psychische problemen van ouders in plaats van als kritiek op de afdeling. In het juridische vocabulaire zijn de ouders drager van de ouderlijke macht. De ouders moeten over hun kind geïnformeerd worden en toestemming geven voor belangrijke behandelingsbeslissingen. Over die zeggenschap kunnen in een casus verschillende opvattingen bestaan, laat Mesman zien. De arts blijft een kind behande-

len, zegt dat hij dit doet omdat de ouders niet met hem willen praten over het stoppen met de behandeling. De verpleegkundige vindt echter dat deze ouders niet goed ingelicht zijn.

Het gaat Mesman er niet om in hoeverre deze vocabulaires de werkelijkheid weergeven, maar in hoeverre ze de werkelijkheid vorm geven. Volgens Mesman laat het psychosociale vocabulaire de ouders geen enkele ruimte voor beslissingen: "Ouders ontlasten wordt hierin gelijkgesteld aan ouders niet laten beslissen." Uiteindelijk blijken de beide vocabulaires elkaar niet uit te sluiten en zelfs elkaar nodig te hebben. Een en ander wordt 'getoond' met geobserveerde gesprekken. De casus van het kind (Esther) dat met de keizersnede is geboren komt weer ter sprake. We krijgen heel veel te zien van discussies tussen stafleden. Moeten zij nu een 'advies' geven aan de ouders om de behandeling te staken of moet het standpunt van het medische team aan hen worden meegedeeld om te zien wat ze ervan vinden. We lezen echter niet wat de ouders nu zelf gezegd hebben. Wel weten we nog dat de vader al in het begin heeft gezegd dat hij niet wilde dat zijn kind een ernstig gehandicapt leven tegemoet ging. We weten ook dat de ouders het kind lieten dopen, toen ze gehoord hadden dat het een ernstige hersenbloeding had gekregen. Die stukjes uit de geschiedenis van het kind maken de gesprekken van de stafleden over de manier waarop de ouders geïnformeerd moeten worden en welke mate van zeggenschap ouders moeten hebben, theoretisch en ritueel, we weten immers wat de ouders wilden.

Hoofdstuk vier beschrijft het moeizame traject dat de betrokkenen moeten doorlopen. Het blijkt dat met het aanvangen van de behandeling niet zozeer een probleem wordt opgelost, maar eerder een onzeker traject geopend. Volgens Mesman nemen naarmate de tijd verstrijkt de behandelingsopties van de staf af en zullen ze om het kind op de juiste koers te houden, hun weg moeten zoeken in een groeiend aantal op elkaar inwerkende interventies. Het starten van de behandeling gebeurt bij wijze van proef. Met de behandeling wordt een 'experimentele ruimte' gecreëerd. Het kind moet daarin laten zien wat het met de behandelingen kan doen. Een manier om de onzekerheid te beperken is het vaststellen van protocollen, die niet zoals Mesman lijkt te suggereren, een heel behandelingstraject proberen te vangen, maar kleine stukjes van de behandeling.

Techniek staat tussen de staf en het kind in. Het is geen obstakel maar een bemiddelbaar. De staf kijkt door middel van de monitor naar het kind. Een techniek als beademing heeft een ingeschreven 'script', het definieert de rollen van stafleden en de middelen die verder bij de behandeling betrokken moeten worden. Er gaat een disciplinerende werking van het apparaat uit, het apparaat legt normen aan de praktijk op en techniek speelt dan ook een belangrijke rol in het structureren van de sociale orde op de afdeling. Techniek deelt mensen ook in naar deskundigheid en taak. Techniek biedt kinderen mogelijkheden, maar niet voor iedereen op gelijke wijze. Hetzelfde apparaat geeft kansen aan kinderen van boven de 28 weken, maar niet aan van 23. Dat zijn mooie observaties en ze lijken ook gegrond maar toch gaat het regelmatig kriebelen. Techniek lijkt wel heel veel te doen, dit zal Mesman zo wel niet bedoelen, maar die indruk ontstaat toch steeds meer. Bovendien is het niet helemaal juist, want technieken hebben geen vaststaand script, het verschilt per geval en verandert met routinisering.

Een script dat ingebakken lijkt in de beademing is dat soms niet. Zonder beademing moet je natuurlijk ook zuurstofwaarden en andere vitale functies meten. Een beademingsapparaat biedt alle kinderen dezelfde kansen, maar de medische toestand van een kind van 28 weken is nu eenmaal sterk verschillend van een van 23 weken. Bovendien heeft beademing in verschillende gevallen een andere betekenis. Bij 28 weken is beademing een reguliere behandeling, bij 23 weken een experiment. Daardoor wordt er anders met dezelfde techniek omgegaan en passen generaliserende uitspraken daar over niet goed. Soms lijdt dit misverstand over techniek tot vreemde uitspraken. In de casus van Tom zou beademing "een aantal keuzemogelijkheden teruggesnoeid" hebben. Dit kind is beademd en zijn longen zijn zodanig beschadigd geraakt dat hij niet meer van de beademing kan zonder te overlijden. Maar zonder die beademing zouden er helemaal geen keuzen geweest zijn want dan was Tom enkele uren na de geboorte overleden. Verderop stelt Mesman dat dezelfde beademing de pogingen om af te bouwen blokkeert. Dat is natuurlijk niet zo, het zijn Toms longen die dat doen.

Volgens Mesman is de NICU een 'kwantitatieve praktijk' waarin zowel mens als machine een bijdrage levert aan het numerieke bouwwerk dat rondom het kind wordt opgetrokken. De pasgeborene kan uiteraard geen klacht uiten en daarom moeten getallen de staf vertellen wat er aan de hand is. Maar om nu daarmee de NICU een kwantitatieve praktijk te noemen, gaat wel ver. De praktijk wordt juist sterk gebaseerd op beelden als röntgenfoto's (van de longen bijvoorbeeld) en echografisch verkregen beelden van de toestand van de hersenen. Dat zijn natuurlijk helemaal geen kwantitatieve gegevens, vooral de echobeelden van de hersenen zijn kwalitatief en verwijzen ook naar het belang van de kwaliteit van het leven van de kinderen. Dergelijke beelden vormen vaak een essentieel en voor beslissingen doorslaggevend deel van de identiteit die van het kind wordt geconstrueerd. Dat blijkt ook bij casussen het geval te zijn. De gesprekken gaan dan over de echobeelden en de gevolgen van de schade aan de hersenen die met de echo in beeld wordt gebracht.

In hoofdstuk vijf analyseert ze de verschillende referentiepunten, 'bakens aan de horizon,' die gebruikt worden om de prognose te schatten. Iedere behandeling draagt een morele lading die in sommige situaties tot radicale keuzen noopt. Mesman toont hoe de verschillende mensen tegen (de kansen van) een kind als Tom aankijken. Tom is na 26 weken zwangerschapsduur is geboren. Zijn tweelingbroertje is meteen na de geboorte overleden. Tom ligt sinds zijn geboorte, drie maanden geleden, aan de beademing; zijn longen zijn zo beschadigd dat hij niet zelf kan ademen. De verpleegkundigen zijn zeer somber wegens zijn blijvende beademingsafhankelijkheid. Ze denken dat hij niet kan overleven en ervaren de behandeling gaandeweg als een zinloze marteling. De artsen vinden hem neurologisch goed en willen de behandeling dus voortzetten. De ouders benadrukken dat hij elke tegenslag overleefde. Er zijn daarmee drie verschillende prognoses. Het begrip 'positie' is volgens Mesman beter in staat in staat om die verschillende visies te verklaren dan het begrip 'perspectief' dat in andere studies genoemd wordt als verklaring voor de verschillende visies op het probleem. Uitgaan van het perspectief dat aan de functie is gebonden, bijvoorbeeld verpleegkundigen die veel fysiek contact met het kind hebben versus artsen die dat niet hebben, laat geen ruimte voor individuele verschillen en ervaringsverschillen. Als referentiepunten noemt

Mesman vier 'prognostische bakens'. Individuele kinderen worden vergeleken met 'exemplarische kinderen'. De toestand van het kind wordt afgemeten aan de voor het kind nodige inzet van technieken. Het tempo waarin verbeteringen al dan niet optreden is van belang en tenslotte wordt als prognostisch baken gezien de plaats van het kind op de afdeling en de hoeveelheid aandacht die het kind vraagt.

In het zesde hoofdstuk analyseert Mesman hoe morele dilemma's ontstaan en opgelost worden. Hoe bepalen de betrokkenen het morele omslagpunt, wie is verantwoordelijk voor de beslissing? Het hoofdstuk begint met een episode uit de behandeling van Tom. Hij heeft een probleem in de hersenen, een probleem dat zich meestal in de eerste weken van het leven voordoet. In de casus krijgen we die informatie echter niet en even verderop in de casus is Tom vijf maanden, wordt hij nog steeds beademd. Bij de ouders van Tom is de hoop op herstel min of meer verdwenen. Moet men nu doorgaan met de behandeling of niet? Volgens Mesman staat nu door deze twee opties de 'praktische orde' op de afdeling onder druk.

Aan de hand van het via de keizersnede geboren kind Esther toont Mesman hoe het besluitvormingsproces verloopt. Esther heeft twee grote hersenbloedingen en de neonatoloog concludeert dat de behandeling gestaakt moet worden zodat ze overlijdt. Een dergelijke beslissing kan echter niet zomaar uitgevoerd worden. Er volgt een teambespreking die een zeker ritueel karakter heeft. Mesman stelt: de vergadering gaat niet over een vraag, maar over een antwoord, namelijk over abstineren, het afzien van verdere behandeling. De teamleden zijn het namelijk eens over de ernst van de situatie. Ze menen dat twee grote hersenbloedingen genoeg grond zijn om het kind te laten overlijden. Eén arts speelt advocaat van de duivel, stelt alle gegevens en de conclusies van de collega's ter discussie en test daarmee de besluitvorming. Het is, zoals gezegd, een ritueel, de beslissing is al genomen. Voor mij is het dan ook onbegrijpelijk dat Mesman deze situatie toch als een impasse presenteert. Er komt nog bij dat de besluitvorming zich volgens haar op twee locaties afspeelt: aan de couveuse waar de echte beslissing wordt genomen en in de vergadering waar ze getoetst wordt. Buiten beschouwing blijft daardoor hoe ouders gereageerd hebben op de mededelingen. In gesprekken met hen is immers ook een beslissing genomen. De beslissing van de artsen is al voorgestructureerd door wat de ouders over de behandeling zeiden: Esther moest een kans krijgen, maar mocht niet ernstig gehandicapt overleven. Mesman concludeert: "Er is niet één centrum van de macht maar een kluwen van opinies, problemen, heterogene waarden en diverse feiten" (p. 141).

De besluitvorming over Tom komt ook verder aan de orde in dit hoofdstuk. Aan het begin van het hoofdstuk lezen we dat Tom ook neurologische problemen heeft. De vader komt niet meer op bezoek, omdat hij weet dat hij zijn zoon zal verliezen. Verderop lezen we dat de ouders niet kunnen beslissen: de behandeling voort laten gaan of staken. De artsen stellen voor om over te gaan op een 'niet-reanimatie beleid', de ouders stemmen in. Dit is het begin van een aantal onduidelijkheden in de casus. Eerst formuleert Mesman het als "niet reanimeren beleid" als "afbouwen en niet ingrijpen in geval van crisis", en vervolgens als een 'traject' waarin rust overheerst en techniek geen rol meer speelt. Daarna zegt ze: "Sinds (inmiddels drie weken geleden!) de afspraak is gemaakt de behandeling te beëindigen, wordt Tom met rust gelaten". De

verwarring weerspiegelt die van de werkvloer, zo blijkt. Mesman stelt bijvoorbeeld dat het staken van een behandeling gelijk is aan actieve levensbeëindiging, hetgeen onjuist is. Zo ook over de behandeling van Tom. De behandeling is natuurlijk niet afgebouwd, Tom is 'gewoon' nog steeds beademd en kan dus helemaal niet met rust gelaten worden. Voor de verpleegkundigen is het bijvoorbeeld heel moeilijk om een handeling die regelmatig nodig is, het vervangen van pleisters waarmee de beademingsbuis vast zit, onder deze condities uit te voeren. Een dergelijke handeling kan leiden tot het losschieten van de beademingsbuis en gezien het niet reanimatiebeleid zou de beademings slang dan niet opnieuw mogen worden ingebracht. Dat zou dan leiden tot het acuut overlijden van Tom. Uiteindelijk overlijdt Tom na zes maanden, liggend aan de beademing, simpelweg omdat zijn lichaam het begeeft. De hele situatie is erg onelegant, de ouders worden snel gebeld en kunnen Tom nog net levend op schoot nemen om afscheid van hem te nemen.

Mesman concludeert dat sommige beslissingen op de NICU 'morele beslissingen' zijn en dat deze niet naast feitelijke of medische beslissingen staan. De morele beslissingen op de NICU verlopen niet als een deductief proces van toepassing van morele regels, maar als een proces waarin het gaat om de afbakening van grenzen van de behandeling. Daarom is het opmerkelijk dat Mesman de behandeling van Tom een 'tragédie' noemt ("wat er ook gedaan wordt, het doet het kind geen goed") maar niet terugkomt op de immoraliteit van een dergelijke 'niet-beslissing'.

Zoals gezegd is *Ervaren pioniers* een mooi proefschrift. Het is goed leesbaar. Ik denk dat dit ook komt, omdat er – buiten de voetnoten – geen theoretisch debat plaats vindt. Dat is in mijn ogen echter tevens een omissie. In die zin is het boek dan ook geen theoretische etnografie, ofschoon natuurlijk iedere observatie in essentie theoriegestuurd is en iedere etnografie dus theoretisch is. De theoretische begrippen worden licht gebruikt en er is geen debat met auteurs die vergelijkbare problemen hebben bestudeerd, wier bevindingen men als theorie zou kunnen opvatten. Een voorbeeld is te vinden op pagina 94 dat gaat over positie en over perspectief op de patiënt en diens kansen. Mesman stelt: "Opvallend hierbij is dat de verschillen groepsgebonden lijken te zijn". Maar dat is de stelling van diverse auteurs waarmee dus een debat gevoerd zou kunnen worden. Ook over het etnografische element kan men bedenkingen maken aangezien de casussen zo uit elkaar zijn gehaald dat de lezer de weg er in kwijt is. Cruciale momenten ontbreken, bijvoorbeeld gesprekken van stafleden met ouders. Daarmee worden deze casussen minder geloofwaardig als bewijsmateriaal of illustratie. Er kan dan immers alles mee beweerd worden.

Eric Vermeulen

Catherine Moser, Doris Nyfeler & Martine Verwey (Hrsg.), *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes*. Zürich: Seismo, 2001. 151 pp. 27,00 SFr.

Dit boek is de neerslag van een symposium van de Zwitserse interdisciplinaire commissie voor Medizintechnologie (IKME) in mei 2000. De IKME is onderdeel van de

Sweicherischen Ethnologischen Gesellschaft en organiseert jaarlijks een symposium. Zoals de redacteurs terecht bij hun inleiding vaststellen zijn de bijdragen van (internationaal) hoog niveau en zeer internationaal gericht. Ongeveer de helft van de elf bijdragen is engelstalig. Dat, en het feit dat twee belangrijke Nederlandse auteurs meewerken, maken al dat het boek zeker ook op deze plaats aandacht verdient.

David Becker is verbonden aan de Freie Universität te Berlijn. In de tachtiger jaren was hij betrokken bij de therapie van slachtoffers van de Chileense dictatuur. Zijn bijdrage, *Trauma, Traumabehandlung, Traumageschäft*, is een beschouwing vanuit een psychoanalytisch perspectief. Hij komt tot een paar praktische conclusies. Therapeutisch is het werk met ernstig getraumatiseerden op zijn best een ontmoeting. Een ontmoeting tussen mensen die niets van elkaar weten, elkaar volkomen onbekend zijn en ook niets anders pretenderen. Therapie zou de therapeutische relatie ook moeten kunnen overstijgen door expliciet gericht te zijn op het verbeteren van de totale leefsituatie. Verder zou de therapie gebruik moeten maken van elementen van de culturele achtergrond. De laatste conclusie van zijn bijdrage is dat het Westen niet moet pretenderen om andere volken in oorlogssituaties iets te kunnen leren. Het moet zeker niet psychotraumatologie exporteren en verkopen als een soort wondermiddel. Wel zou er samen en op voet van gelijkheid, gekeken moeten worden wat er binnen die context gedaan kan worden om trauma's te helen.

Zachary Steel en Derrick Silove komen beide uit Australië. Ze zijn verbonden aan de afdeling psychiatrie van de universiteit van New South Wales. Ze werken ook samen in de *Service for the Rehabilitation and Treatment of Torture and Trauma Survivors* (STARTTS). Hun bijdrage, *Poisoned milk – Applying for asylum in Australia* geeft een beklemmend overzicht van de middelen die de Westerse landen aangrijpen om asielzoekers af te schrikken. Tegenover de komst van asielzoekers stelt men in de Westerse wereld toenemend maatregelen: beperkende criteria voor de erkenning tot vluchteling en een soms zeer langdurige procedure die in slechts bij een kleine minderheid tot erkenning als vluchteling leidt. Willekeurige interpretatie van het beleid leidt tot grote bestaansonzekerheid bij de vluchteling. Bij uitzetting gaat men zover dat er doden vallen. Versnelde procedures tot uitzetting maken beroepsmogelijkheden de facto onmogelijk of zeer moeilijk. Reismogelijkheden worden beperkt door vaak onredelijke vereisten van visa en paspoorten en het criminaliseren van 'vervoerders' van vluchtelingen. Er zijn allerlei leefrestricties voor asielzoekers, met name het verbod op arbeid, en ten slotte detentie van asielzoekers. Dit beleid is vijandig en getuigt van een groot gebrek aan respect. Wat van grote negatieve invloed is op de geestelijke gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen.

Loes van Willigen, voormalig directeur van Pharos, het Nederlands centrum voor de gezondheidszorg voor vluchtelingen, gaat in haar bijdrage *Prevention of long-term consequences of violence in refugees and asylum seekers. Current possibilities for health promotion*, in op de situatie in Europa en vooral in Nederland. In de ruim twee jaar die sinds de genoemde conferentie zijn verstreken is de situatie die zij schetst, verslechterd voor asielzoekers en vluchtelingen. De xenofobe, racistische en discriminatoire tendensen die Van Willigen in de samenleving signaleert, hebben zich sindsdien doorgezet. Ze wijst op de risico's voor het gezinsleven en de kinderen. Net als David



Becker haalt zij het onderzoek aan van de Nederlandse psychiater Keilson. Hij onderzocht kinderen die na de Tweede Wereldoorlog uit de concentratiekampen kwamen. De afgrijselijke dingen die deze kinderen hadden meegemaakt, bleken van minder invloed op hun latere aanpassing en geestelijke gezondheid dan de manier waarop zij in Nederland werden opgevangen. Van Keilson is overigens ook de prachtige uitspraak "lijden is niet te meten". Van Willigen vraagt met name aandacht voor de gevolgen voor het gezinsleven van asielprocedure, gedwongen migratie, werkloosheid, taalproblemen, cultuurverlies, discriminatie, isolatie en vervreemding. Deze aspecten zijn niet te vatten in het begrip van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Toch is dit medisch-psychiatrische begrip de dominante manier in het Westen om de ellende van vluchtelingen onder ogen te zien. De diagnose is vooral ook belangrijk omdat hij uitzicht kan bieden op een verblijfsvergunning 'op humanitaire gronden'. Inmiddels, in 2002, lijkt het bijbehorend traumabeleid van de Nederlandse regering overigens op de helling te staan. Van Willigen schetst de dilemma's van de GGZ. Het komt neer op de *catch-22* situatie dat 'genezen' kan betekenen dat tot uitzetting wordt overgegaan. Een ziekmakende situatie dus. In een tweede deel van haar bijdrage gaat Van Willigen in op de problemen die er spelen rond het concept PTSS. Dit deel sluit aan op de bijdrage van Zachary Steel.

Zachary Steel presenteert in *Beyond PTSD. Towards a more adequate understanding of the multiple effects of complex trauma*, het werk van zijn collega Silove. Deze onderscheidt vijf domeinen of systemen die afzonderlijk verstoord kunnen raken door 'mass trauma': veiligheid, hechtingen en banden, gerechtigheid, identiteit en rol, en zingeving.

Het eerste, veiligheid, staat in verband met de overmatige prikkelbaarheid van het autonoom zenuwstelsel (hyperarousal). Dit bij PTSS typerende kenmerk lijkt onderdeel te zijn van een aangeboren overlevingsmechanisme dat kan ontsporen door directe levensbedreiging en overweldigende ervaringen. De verstoring van het tweede systeem (hechtingen en banden met anderen) heeft de ernstigste effecten. Verstoringen hierin ontstaan vooral wanneer het leed door andere mensen is toegebracht. Het kan leiden tot veranderingen van de persoonlijkheid die doorwerken op volgende generaties. Dat geldt ook voor het belang van gerechtigheid en van maatschappelijke erkenning en verantwoordelijkheid. Net als bij het vierde domein (verlies van identiteit en maatschappelijke rol) spelen in deze systemen kenmerken die vooral van belang zijn bij de slachtoffers van georganiseerd geweld. Deze maken dat de problematiek veel breder ligt dan bij een 'normale' PTSS verondersteld wordt. Bij de zingeving, het vijfde systeem dat Silove onderscheidt en bij therapie zo belangrijk is, zijn deze aspecten van grote invloed.

Annelies Jordi werkt als lichaamstherapeut in een centrum voor de behandeling van slachtoffers van marteling: het *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* te Bern. Ze beschrijft haar ervaringen in *Körpertherapie mit gefolterten Menschen. Vom Schmerz zur Beziehung*. Ze gaat uit van een eenheid van lichaam, ziel en geest. Lichaam en lijf zijn actief in perceptie, expressie, reflectie en memorie. Pijn is een uitdrukking van de hele mens. Gemartelde mensen hebben vaak last van allerlei heftige vegetatieve verschijnselen, onaangename sensaties en pijnen. Op de langere termijn kan dit leiden tot

maaglijden of een andere vorm van chronische pijn. Meestal zijn er pijnen in rug, nek en hoofd. Ze raadt aan om de pijnklachten altijd serieus te nemen en ze ook medisch, maar niet invasief, te laten onderzoeken. De overprikkelbaarheid in het geval van een PTSS ziet zij samen gaan met een lichamelijke verstarring. Beide spelen een rol bij lichamelijke herbelevingen. Uit Jordi's beschrijving blijken groot respect en bijbehorende sensitiviteit voor de patiënt. Voor haar zijn het niet de methoden en technieken die kunnen helen, maar vooral de manier waarop die gebruikt worden. Ze formuleert als regels: zorgvuldigheid, duidelijkheid en een respectvolle afstand bewaren. De betrekking die ontstaat is het allerbelangrijkste. In een tussengebied, een inter-lijfelijkheid, kan het mogelijk worden om samen te doen, te zoeken en te vinden.

Heidi Schär Sall is cultureel antropoloog en psycholoog. Ze is het hoofd van het etnologisch en psychologisch centrum Zürich (EPZ). Dit centrum bestaat uit drie huizen met rond de honderd opgenomen patiënten. Het centrum verzorgt de nazorg voor een twintig à dertig patiënten. *Intermediärer Raum und ein lebensweltbezogener Zugang zu Asyl Suchenden in psychischen Schwierigkeiten* beschrijft de uitgangspunten en de werkwijze van het EPZ. Kenmerkend is een (psychologisch) klimaat van holding; een begrip dat net als dat van intermediaire ruimte van de engelse analyticus Winnicott stamt. De medewerkers van het centrum stellen zich op als deelnemende participanten, in een verwijzing naar de methodiek van de culturele antropologie. Het gaat daarmee expliciet om het creëren van een gezamenlijke leefwereld. De verbinding tussen het centrum en de omringende samenleving probeert men tot stand te laten komen met de hulp van *accompagnants*. Het idee van *accompagnants* is opgedaan bij een studiereis naar de psychiatrische universiteitskliniek van Dakar-Fann in Senegal. Verwanten trekken hier in bij de patiënt en werken met de staf mee aan diens herstel. In de plaats van met verwanten probeert men bij het EPZ te werken met uitbehandelde vluchtelingen die een patiënt onder hun hoede nemen.

Elena Wetli, cultureel antropologe, is een van de medewerkers van het EPZ. In *Krisenprävention und -Intervention bei psychisch kranken Asyl Suchenden* licht ze eveneens de werkwijze van het EPZ toe. Ze beschrijft aan de hand van een casus hoe met crisis en psychiatrische dwangopname wordt omgegaan.

Ook Daniel Stutz, cultureel antropoloog en psychoanalyticus is aan het EPZ verbonden. Hij beschrijft een casus in *Zur Differenz von Fremdem und Neuem. Die Relevanz der Verknüpfung körperlicher Symptome mit der individuellen Geschichte am Beispiel einer kurdischen Familie*. Net als Becker en zijn collega's van het EPZ maakt hij een combinatie tussen psychoanalytische en cultureel antropologische inzichten.

Marulla Hauswirth is in dienst van *Appartenances*, een organisatie voor GGZ aan migranten met vestigingen in Frankrijk en vooral Franstalig Zwitserland (Lausanne). In haar bijdrage laat zij aan de hand van een casus een praktische uitwerking zien van de ideeën van Françoise Sironi. Sironi ken ik van haar zeer interessante artikelen op de website van het *Centre Georges Devereux* (Parijs), de plek waar zij ook werkt. Sironi, en met haar Hauswirth, laten de motieven van de folteraars richtinggevend zijn bij de therapie van de gevolgen van georganiseerd geweld. Hauswirths *Trauma, und wie geht es weiter? Psychotherapeutische und psychosoziale Konzepte von Empowerment*, geeft een goede indruk van hoe dat er praktisch uitziet. Het is een zeer krachtige en

gedifferentieerde benadering. De politiserende dimensie, met de getuigenismethode wat verdwenen uit de therapie van vervolgd, heeft een duidelijke plek.

Rob van Dijk gaat het in *Traumatization and the lifeworld of refugees* om een medisch-antropologische visie op trauma en de leefwereld van vluchtelingen. Vanuit de medische antropologie is er nog weinig aandacht geweest voor vluchtelingen. Een omissie, omdat de pijn, het lijden en de rampen die vluchtelingen drijven niet tot hen beperkt zijn, maar opgeslagen liggen in de collectieve herinnering van veel volken. Ook hij belicht de beperkingen van het PTSS-concept maar dan vooral vanuit het gezichtspunt van de medische antropologie. Over PTSS valt dan op te merken dat het concept reduceert en koloniseert, individualiseert en medicaliseert. Het koloniseert, omdat het is gebaseerd op universalistische pretenties waardoor individuele en culturele verschillen wegvallen. Het individualiseert, omdat het belang van relaties met anderen en van de gemeenschap onbenoemd blijven. Het PTSS-kader leidt ook tot (andere) blinde vlekken: zo blijft het onduidelijk waarom de een wel en de ander geen PTSS ontwikkelt, is er geen aandacht voor de lichaamsbeleving of voor de rol van collectieve trauma's. Deze bijdrage zet de kritiek op PTSS af tegen het belang van een 'contextueel concept', dat recht doet aan de complexe leefwereld van vluchtelingen. In deze leefwereld gaat het om veel meer dan individuele gebeurtenissen, hoe schokkend of langdurig dan ook. Dat meer heeft te maken met ontworteling, acculturatie en met marginalisatie. Het heeft ook te maken met de individuele betekenis van de gebeurtenissen, een betekenis die bemiddeld wordt door taal, cultuur en gedeelde ervaringen. Van Dijk concludeert dat de focus van de geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen moet liggen op de constructie van betekenis. Niet alleen voor het individu en diens relaties maar ook voor de gemeenschap en de eigen professie. Het lichaam en de belichaming van ervaringen zouden hierbij meer aandacht kunnen gebruiken.

*Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden* is een bijzonder boek. Er zijn nationale en internationale initiatieven om samen te werken op het gebied dat het best valt te omschrijven als de geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen. Dit boek is een resultaat daarvan. Het is goed om op de hoogte te zijn van elkaars bestaan. Uiteindelijk gaat het om een niet al te grote groep die onder steeds moeilijker omstandigheden zijn werk probeert te doen. Een rode draad in de bijdragen is het belang van de betrekking en de relatie met de vluchteling. Een belang dat de therapeutische relatie ver overstijgt en om de betrokkenheid van de samenleving vraagt. In de hele Westerse wereld is die betrokkenheid echter van toenemende negatieve en vijandige aard. De aard en het aantal van afschrikwekkende 'maatregelen' voor vluchtelingen zijn overweldigend. Maatregelen die toenemend onmenselijken in de betekenis dat ze een zinvol leven vaak voor zeer lange tijd onmogelijk maken. Maatregelen die ook in toenemende mate leiden tot gedwongen deportatie naar ongewisse oorden.

De bijdragen van de Zwitserse auteurs zijn rijk aan klinische inzichten en therapeutische benaderingen en bieden een boeiend beeld van de veelvragende praktijk van een groep(je) mensen die op een weer andere wijze een interculturele ruimte willen inruimen in de psychiatrie en in de geestelijke gezondheidszorg. Mensen, collega's, die hun inspiratiebronnen deels elders hebben liggen dan hier het geval is. Veel was te herkennen en te bevestigen. Vooral het belang van een therapeutische, helende, relatie met

iemand die niet te peilen is en een lijden heeft dat niet valt te meten. Een ander en een lijden die niet toegeëigd kunnen of mogen worden. Het is zo'n relatie die betrekkingen met anderen weer mogelijk kan maken. Voor een ernstig getraumatiseerd iemand kan het leren zorgen voor anderen een essentiële stap zijn. Soms begint dat met de zorg voor een pop of een dier. Dit zijn ervaringen die moeilijk zijn te plaatsen in de retoriek rond PTSS en de *psychotech* van behandelprotocollen maar wel in de bijdragen van dit boek.

De bijdragen passen in een benadering van trauma die misschien eerder Europees is dan Amerikaans. Het is vaak een combinatie van psychoanalytische inzichten met cultureel antropologische. Duidelijk aanwezig zijn het belang van gerechtigheid en van maatschappelijke verantwoordelijkheid, met als keerzijde dat verlies van menselijkheid, identiteit en rol het doel is van etnische zuivering en beulswerk. Er is historisch een lijn te trekken van het belang van betekenis en van zingeving naar existentiële benaderingen na de Tweede Wereldoorlog als die van Viktor Frankl. Hij sprak op grond van zijn ervaringen in het concentratiekamp van "the will to meaning" en maakte dat tot basis van zijn logotherapie. Het is de grote verdienste van Silove, zoals uiteengezet in Steels bijdrage, om die gezichtspunten in een model te vatten als domeinen of systemen. Dit model lijkt een vernieuwende en meeromvattende benadering van vluchtelingen mogelijk te kunnen maken. Van Dijk maakt duidelijk dat de medische antropologie hier zijn aandeel moet leveren. Waar, tot slot, de praktijk in Nederland vooral voordeel van kan hebben zijn de vernieuwende ideeën in dit boek. Vooral die van Jordi over lichaamsgerichte benadering, die van Sironi over de therapie aan slachtoffers van foltering (uiteengezet door Hauswirth) en die van het inzetten van *accompagnants*. Het zou jammer zijn wanneer die vanwege een, naar mijn mening goed te overkomen, taalbarrière onbekend zouden blijven.

Victor Kouratovsky,  
Psycholoog, Riagg Rijnmond Noord-West

Agneta Schreurs, *Psychotherapie en spiritualiteit. Integratie van de spirituele dimensie in de therapeutische praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2001. ix+297 pp. € 35,00.

Agneta Schreurs is onderzoeker op het gebied van de spiritualiteit en werkzaam in een privé-praktijk voor pastorale therapie en spirituele begeleiding. *Psychotherapie en spiritualiteit* heeft zij geschreven om psychotherapeuten en andere hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg een inleiding te bieden in het onderwerp 'spiritualiteit' en zijn betekenis voor het therapeutische proces. Onder spiritualiteit verstaat Schreurs "iemand's persoonlijke betrokkenheid op God of hoe men de transcendente werkelijkheid ook moge benoemen". Voor haar doelstelling kiest de auteur de groepsanalyse als model voor de verschillende vormen van psychotherapie. In dit boek komen de hoofdvormen van christelijke spiritualiteit aan de orde waarvan zij vooral de grondstructuren identificeert en toelicht. Op die manier ontwikkelt zich een algemeen kader dat de lezer zelf meer gedetailleerd kan invullen naarmate zijn kennis en ervaring op dit gebied verder toenemen.

Het boek omvat vier delen en 22 hoofdstukken. Naast de gewone noten en literatuurverwijzingen heeft het ook een auteursregister, een zakenregister, een register van de vignetten, die in de tekst voorkomen en een becommentarieerde lijst met aanbevolen literatuur voor verdere studie. Dit maakt het boek geschikt als studieboek: de verschillende registers vergemakkelijken de oriëntatie in de toch tamelijk ingewikkelde opbouw van het boek. Qua structuur doet het denken aan een compositie, aan een verlecting van grondthema's die in verschillende variaties altijd weer opnieuw aan de orde komen.

Deel I, *Spiritualiteit in de therapeutische sessie*, vormt een praktische inleiding tot de overige delen van het boek. Er worden vignetten geïntroduceerd waarin duidelijk wordt op welke manier spirituele kwesties in een therapeutische sessie een rol kunnen spelen. Daarbij worden de lezers door directe vragen aangemoedigd om zelf over de verschillende aspecten van deze casus na te denken en attent te zijn op de eigen reacties met betrekking tot dergelijke problemen. Om enkele voorbeelden te geven: een cliënte is ervan overtuigd dat de dood van haar kind de straf van God is, omdat zij overspel heeft gepleegd; een nuchtere huisvrouw die haar man heeft verloren, hoort hem af en toe haar naam roepen en is nu bang dat ze als geval voor de psychiatrie wordt beschouwd; in een therapiegroep vertelt een priester dat hij nog maar drie maanden te leven heeft, maar dat hij zich verheugd op zijn dood en het hiernamaals; een patiënte met eetstoornissen krijgt visioenen van Jezus. Hoe zou je als therapeut daarop moeten reageren? Zou je dergelijke fenomenen als psychische stoornissen/problemen of als authentieke spirituele ervaringen/inzichten moeten begrijpen?

In deel II, *Een grammatica van het westerse bewustzijn*, probeert de auteur aandacht voor de culturele achtergrond van dergelijke vragen te wekken. Daarbij introduceert zij het groepsanalytische concept van de oermatrix. Met de vakterm oermatrix worden aspecten van de maatschappelijke en culturele achtergrond aangeduid die, vaak onopgemerkt, als een soort matrijs alle individuele en groepsprocessen structuren en mede bepalen. Met betrekking tot communicatieproblemen in een religieus en spiritueel heterogene therapeutische situatie moet volgens Schreurs iedere therapeut beseffen dat onder meer een discrepantie tussen de spirituele en de moderne, gesecculariseerde wijzen van ervaren, conceptualiseren en communiceren en kernmetaforen, welke diep in het westerse bewustzijn zijn geworteld, tot de oermatrix behoren.

In dit verband maakt Agneta Schreurs onderscheid tussen culturele en spirituele kernmetaforen. De culturele kernmetaforen zijn het resultaat van de toepassing van Stephen Pepper's root-metaphor-theory. Daarin identificeert hij kernmetaforen, zoals de machine en het organisme, die aan verschillende wereldbeelden ten grondslag liggen. Deze theorie vult Agneta Schreurs aan met haar concept van de spirituele kernmetaforen. Deze functioneren als sleutelmodellen die het spirituele leven en denken structuren, zoals het leven als een reis, als een liefdesverhaal, als een leerschool, als een rechtszaak of als een oorlog. Een goed voorbeeld van de invloed van dergelijke metaforen is de casus van de vrouw, die de dood van haar kind als straf van God beschouwd. In dit geval verbindt de cliënte de culturele kernmetafoor van de machine, waardoor verschillende fenomenen en gebeurtenissen door oorzaak-gevolgverbanden op elkaar betrokken worden, met de spirituele rechtszaakmetafoor. De

‘straf’ is de verbindende factor in het lineaire oorzaak-gevolg-denken tussen de van gebeurtenissen (ontrouw en dood van het kind). Door inzicht in dit soort metaforische processen kan volgens Schreurs een therapeut religieuze en spirituele problemen inschatten en benaderen, maar ook verborgen of onduidelijke religieuze achtergronden in het oog krijgen.

In deel III, *Existentiële en cognitieve aspecten van spiritualiteit*, wordt naar spiritualiteit als proces gekeken, vanuit het gezichtspunt van de individuele persoon, die een proces van spirituele bewustwording ondergaat. Een dergelijke spirituele bewustwording die plaats kan vinden binnen of buiten de context van een religieuze gemeenschap/spirituele traditie, kan complexe veranderingsprocessen met zich mee brengen, die psychologisch gezien zowel tot persoonlijke groei als tot regressie en desoriëntatie kunnen leiden. Volgens Agneta Schreurs is het van belang om de mogelijke dynamiek van dergelijke veranderings- of leerprocessen te begrijpen, omdat deze ook iemands therapeutisch proces beïnvloeden.

Om de hierop volgende bespreking van de spirituele bewustwording enigszins te structureren gebruikt Agneta Schreurs een (of misschien ook dé) klassieke theorie over spirituele ontwikkeling. Daarin worden drie fasen onderscheiden: de zuivering (purificatie of purgatie), de verlichting (illuminatie) en de vereniging (unificatie, *communio* of *unio*), welke afwisselend worden met moeilijke perioden, die ‘donkere nachten’ worden genoemd. In de literatuur worden voor elke fase bepaalde praktijken en oefeningen aangeraden, waarvoor ook een spirituele begeleider ter zijde staat. Deze drie fasen ziet Schreurs als aspecten van spirituele veranderingen en analyseert dit veranderingsproces van ‘gewone’ mensen achtereenvolgens als het existentiële, het cognitieve en het relationele aspect van individuele spiritualiteit in wording. In de hoofdstukken van deel III komen een veelheid van existentiële en cognitieve aspecten van het spirituele leven aan de orde en deze worden met behulp van voorbeelden toegelicht en geanalyseerd. Schreurs behandelt hoe mensen zichzelf kunnen begrijpen als iemand met een ‘ware spirituele zelf’, op welke manier ze kunnen proberen om tot deze ‘existentiële kern’ door te dringen (existentiële aspecten), welke typen van inzichten ze in verband met hun spirituele/religieuze ervaringen kunnen opdoen en met welke vormen van twijfel ze vaak te worstelen hebben (cognitieve aspecten). In de psychotherapie is enige kennis van dergelijke concepten en praktijken en hun historische achtergrond in de spirituele tradities nuttig, want psychische problemen zijn vaak op verschillende manieren vervlochten met ‘spirituele’ aangelegenheden. Ze kunnen beter behandeld worden als ze ook in dit opzicht worden begrepen. Dat geldt bijvoorbeeld voor bepaalde gevallen van anorexia nervosa waarin het verlangen naar een ‘zuiver’ leven ascetische praktijken motiveert, maar waarbij deze praktijken tot een agressief en presatiegericht gedrag ontsproten.

Deel IV is ten slotte gewijd *Relationele aspecten van spiritualiteit*. Dit deel gaat over de visie(s) die mensen hebben op hun persoonlijke relatie met God en over de wijze waarop zij deze relatie aangaan en invullen. Er komen vragen aan de orde zoals hoe mensen hun concrete levenservaringen interpreteren in het licht van het soort spirituele relatie dat zij hebben en waar en hoe een spirituele relatie aan iemands therapeutische vooruitgang kan bijdragen of er juist afbreuk aan kan doen.

In dit verband zijn misschien voor therapeuten de hoofdstukken over de mogelijke conflicten tussen psychotherapie en spirituele ontwikkeling bijzonder interessant. Dat zijn bijvoorbeeld conflicten op grond van de theologie van de cliënt. In het geval dat de spirituele relatie van de cliënt in therapeutisch opzicht contraproductief is met betrekking tot de criteria voor 'psychische gezondheid' zou een therapeut volgens Agneta Schreurs de spirituele relatie soms direct kunnen benaderen en openlijk kunnen ingaan op een problematische theologie, ondanks het feit, dat hij op dit gebied niet deskundig is. Interventies in dit opzicht hoeven niet af te wijken van de gewone therapeutische interventies, van het stellen van relevante vragen en van het tentatieve aanreiken van verhelderende interpretaties. Met betrekking tot de spirituele relaties zouden deze erop gericht zijn mensen te helpen om de specifieke traditie waarin zij gesocialiseerd zijn of waartoe ze zich ooit bekeerd hebben te herinterpreteren op een manier die voor hen zowel relevant als adequaat is. Volgens Schreurs hebben de meeste spirituele tradities ruimte voor meer dan één interpretatie en alleen als iemands eigen traditie totaal geen mogelijkheid biedt om tot een meer adequate interpretatie te komen zou men alternatieven kunnen overwegen.

Waarom al die moeite? Zou je als therapeut niet beter onmiddellijk eraan kunnen werken dat iemand een problematische theologie opgeeft? Bijvoorbeeld, als iemand de dood van zijn kind als straf van God interpreteert? Volgens Agneta Schreurs wordt met betrekking tot een dergelijk dogmatisch systeem van buitenstanders vaak het aspect van de 'belichaming' over het hoofd gezien, het feit dat iemands dagelijks leven en zijn sociale relaties erdoor bezield worden en het dus niet zomaar opgegeven kan worden. Dergelijke theologieën zijn nooit alleen maar verstandelijke speculatieve theorieën of 'rationalisering'. Ze vormen een 'levende rationaliteit', waarmee mensen hun ervaringen interpreteren, integreren en richting geven aan hun handelingen. Met dergelijke 'resources' zou je als therapeut dus ook beter rekening moeten houden. Je kunt mensen beter helpen binnen het kader van hun eigen theologie in een richting te veranderen, die uit therapeutisch oogpunt meer kansen op herstel, op psychische gezondheid biedt.

De evaluatie van het veranderingspotentieel in een spirituele relatie geschiedt door het analyseren van de metafoer, die als model dient voor deze spirituele relatie van deze specifieke persoon. Met dit voorstel sluit Agneta Schreurs weer aan de reeds in deel II voorgestelde methode van het analyseren van culturele en spirituele kernmetaforen aan. Deze benadering wordt in deel IV in verschillende hoofdstukken verder onderbouwd en uitgebreid met behulp van een conceptueel kader van de godsdienstfilosoof Vincent Brümmer. Deze maakt onderscheid tussen drie basiscategorieën van intermenselijke en spirituele relaties: onpersoonlijke relaties, relaties gebaseerd op overeenkomsten omtrent rechten en plichten en relaties gebaseerd op liefdevolle verbondenheid. Volgens Brümmer gaat iedere theologie expliciet of impliciet van een bepaalde relatie tussen mens en God uit en de structuur van de relatie is analoog aan een van deze drie basiscategorieën. Agneta Schreurs werkt deze analyse verder uit. Deze biedt veel waardevolle inzichten in onderwerpen als de predestinatieleer en de sacrificatieleer, hun mogelijke invloed op het psychische leven van gelovigen en de mogelijkheden om ook in de psychotherapie met deze invloed rekening te houden en deze invloed direct te kunnen benaderen.

*Psychotherapie en spiritualiteit* is ongetwijfeld interessant en informatief voor psychotherapeuten. Mijn probleem met het boek heeft te maken heeft met de dogmatische houding van de auteur met betrekking tot geloofskwesties. Agneta Schreurs benadert de spirituele relatie als iemands persoonlijke relatie met God als reëel bestaande transcendentie. Ander en beweert dat zonder de vooronderstelling dat God bestaat spiritualiteit niet adequaat in de psychotherapie benaderd zou kunnen worden. Mijns inziens laten haar analyses zien dat een dergelijke veronderstelling niet nodig is. Schreurs aanpak heeft helaas tot gevolg dat de lezer in het boek vaak geïnformeerd wordt hoe God en de wereld eigenlijk in elkaar zitten en hoe aan betrouwbare informatie over God te komen is. Met betrekking tot het thema 'psychotherapie en spiritualiteit' heeft deze houding enkele problematische consequenties. De meest problematische is volgens mij dat in het concept van Schreurs een leven zonder betrokkenheid op het transcendentie überhaupt niet tot de mogelijke opties van een individuele cliënt gerekend wordt, en dus ook niet tot de mogelijke uitkomsten van een geslaagde therapie zou kunnen behoren. Maar in dit geval zou in de therapie de nieuwe openheid voor een leven met God gepaard gaan met een nieuwe geslotenheid voor een leven zonder God. En dat lijkt me niet echt een verbetering te zijn.

Ulrike Popp-Baier

Ian Tattersall, *The monkey in the mirror, essays on the science of what makes us human*. Londen: Oxford University Press, 2002. 203 pp., £ 17.99

In deze bundeling van essays ontvouwt Tattersall de ontwikkelingen van mensachtigen tot aan de moderne mens, homo sapiens. Als paleo-antropoloog zijn anatomie en techniek de bouwstenen voor zijn visie hierop. Het bindende thema is diversiteit, omdat, zoals hijzelf zegt, 'the strongest signal we have yet been able to detect in the fossil record is that of diversity'. Wat weten we over diversiteit én hoe weten we dit? Als een detective besnuffelt Tattersall archeologische vondsten en gegevens over levende soorten. Met sublieme deductie onderzoekt hij lichaamsbouw, schedel, gebruikt gereedschap en construeert daaruit levenswijzen en vaardigheden. En passant ontmaskert hij de objectiviteit van wetenschap (wetenschappers zijn gewone mensen en wetenschappelijke veten uit jaloezie, wraak, macht of onbenul zijn heel gewoon) en de kortzichtigheid van evolutietheorie (natuurlijke selectie is géén creatieve kracht, omdat dit uitsluitend kan versterken wat reeds aanwezig is).

In de eerste essays behandelt hij in vogelvlucht Darwin (alles wat leeft heeft dezelfde voorouder), Spencer (survival of the fittest), Popper (feasibility) en Kuhn (paradigma) met voorbeelden uit zijn vakgebied. Vervolgens spitst hij de familiegeschiedenis toe op de vraag wat er zo bijzonder is aan homo sapiens. Immers, de eerste fossielen van 'protobrain,' van de allereerste vormen van gewervelden, dateren van zo'n 400 miljoen jaren geleden. Onze hersenpan blijkt nog steeds resten van diezelfde structuur te herbergen die, eonen geleden, het gedrag van prehistorische vissoorten, primitieve zoogdieren en van vroege primaten bepaalden. Dezelfde structuur die emotionele impulsen doorgeeft, met hier een uitbreiding, daar een nieuwe verbinding. Ook de



jongste proeven met behulp van herkenning van het eigen spiegelbeeld (apes do, monkeys not, vandaar de titel) laten een breed spectrum zien aan begrippen als zelf, intentie, intelligentie en bewustzijn en zijn daarmee niet voorbehouden aan homo sapiens.

De familiegeschiedenis van australopithecus tot homo sapiens met als jongste, en bekendste voorouders homo neanderthalensis, kent drie hoogtepunten. Ten eerste, rechtopstaand en dus tweevoetig, te zien aan het bekken en kniegewricht van 'Lucy', de oudste australopithecus, gevonden in Ethiopië. Ten tweede, het gebruik van stenen gereedschap, gedenkwaardig omdat de ontwikkeling van vuistbijlen vergezeld gaat van cognitieve processen. Het is verleidelijk om nieuwe soorten te verklaren aan de hand van nieuwe gedragingen, maar het blijkt nergens uit. Zowel de laatste australopithecus-soorten als de eerste homo-soorten gebruikten hetzelfde stenen gereedschap, dezelfde steentechniek en dezelfde slachttechniek. Soorten komen en gaan, en 'Turkana boy' (bijna compleet gevonden in Kenia) is de eerste met moderne lichaamskenmerken. De benen en schedel zijn méér mensachtig. De lange, rechte benen, nodig om rechtop te lopen, blijken ook de juiste lichaamsbouw voor warmteverlies, nodig om te overleven op de grond en op de savanne. Het schedelgewelf van 800 cm<sup>3</sup> is de helft van die van de moderne mens en het aangezicht is klein. De schedelgrootte en -vorm wordt dan ook als de derde belangrijkste vernieuwing gezien in de geschiedenis, vóórdat homo sapiens op het toneel verscheen. De Neanderthaler heeft een grote schedel, net als de moderne mens, maar het is een lange lage schedel met opzij uitstulpsels en een boven de wenkbrauwen direct naar achteren wijkend achterhoofd.

Wat is er nou zo bijzonder aan de homo sapiens? Met de homo sapiens doet symboliek zijn intrede, dat wil zeggen, de mogelijkheid tot abstraheren. Met fraaie voorbeelden illustreert Tattersall hoe elementen uit eigen ervaring worden voorgesteld in mentale beelden, hoe bepaalde elementen worden gescheiden en in onze geest een eigen wereld creëren. Ook hier laat hij zien dat de moderne mensenschedel al zo'n 500.000 tot 150.000 jaar geleden potentieel de aanleg hiertoe heeft. Zo'n 60.000 tot 70.000 jaar geleden activeerde vermoedelijk taal dit potentieel. De Neanderthaler had een hoge vorm van communicatie, zoals meerdere andere gewervelden, maar niet over taal. Communicatie door middel van klanken bij de apen blijkt nauw te zijn verbonden met directe emotionele ervaringen. Ondanks intensieve training bereiken apen geen hoger niveau van abstractie. Hoewel de mens in taal ook emoties uitdrukt, is taal onafhankelijk daarvan. Taal is verbonden aan het hogere centrum van de hersenen, de lymfische structuur.

Something occurred that set the stage for language acquisition. This innovation would have depended on the phenomenon of emergence, whereby a chance combination of pre-existing elements results in something totally unexpected. The classic example of an emergent quality is water. (...) Given the fact that the brain is not a static structure like a rubber ball but is rather a dynamic entity that reorganizes itself during development (and indeed given the right stimuli, throughout life) it is not implausible that a rudimentary precursor of language as it is familiar today initially arose in a group of children, in the context of play. (...) The underlying basis was already there long before language itself came along. (...) The principal structures that make up the vocal tract are the larynx, the structure in the neck that houses the vocal cords; the pharynx, a

tube that arises above it and opens into the oral and nasal cavities; and the tongue and its associated apparatus (161-166).

Deze combinatie is voor het eerst zichtbaar in de buiging van de botten aan de onderkant van de schedel bij homo heidelbergensis 600.000 jaar geleden in Ethiopië. Het is ook nu nog te bij kinderen, dat het articuleren samengaat met de ontwikkeling van lage larynx en hoge pharynx. Mooi vind ik dat, transformaties zoals wij kennen van water in gas en ijs, én (van het spel) van kinderen. Het boek zit vol met dit soort staaltjes van redeneertrant.

Het laatste essay, *Where Now*, dekt de lading niet. Trends in de huidige samenleving worden geconstateerd en doorgetrokken naar de toekomst, helaas met vele herhalingen. Het is een beetje koffiedik kijken, en toch, desondanks een overtuigend betoog, dat geen enkele levensvorm definitief vast ligt. Alle levensvormen reageren voortdurend op elkaar en de omgeving. Zelfs bot, hersenen en genen leven en veranderen. De mens is een wonderlijk tegenstrijdig fenomeen, een onrustig wezen, dat door bepaalde stimuli (toeval, spel of ongeluk) elke keer en steeds opnieuw tot stand komt (exaptation). En 'exaptation', zoals in het aangehaalde voorbeeld van de taal, is het creatieve principe dat diversiteit verklaart.

De nieuwste technieken en tot voorheen ontoegankelijke onderzoeksterreinen (embryo, gen, DNA, lymfe, licht, oceaan, grot, woestijn of spelonk) hebben de laatste decennia geheimen van vele, oude nog levende soorten en fossiele resten blootgelegd. Ook oude mythologische verhalen, volksliedjes, schriftelijke bronnen, sjamanen en neurologen bevestigen niet alleen de nauwe verwantschap van de mens met alles wat leeft, maar ook de aanleg zich voortdurend te vernieuwen. De kracht van het boek is de combinatie van gedetailleerde kennis en populaire verteltrant. Ik stel de terloopse, maar nauwkeurige vermelding van bronnen en leermeesters, op prijs. Een klein gebonden boek met veel informatie.

Anneriet Meijers

Julia Terborg, *Liefde en conflict. Seksualiteit en gender in de Afro-Surinaamse familie*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: 2002, 293 pp. (Inf.: IMES, imes@psecw.uva.nl)

Dit proefschrift over de heteroseksuele relaties van stadscreolen in Suriname is ten eerste belangrijk, omdat Terborg de Creoolse mensen zelf aan het woord laat, als ervaringsdeskundigen over hun eigen subjectieve belevingen. Ten tweede, omdat zij ook de dominante categorieën (heteroseksualiteit en mannelijkheid) in haar onderzoek heeft betrokken. Door allerlei mensen zelf hun belevingen te laten vertellen heeft Terborg een aantal mythen kunnen ontcrachten, zoals de mythe van de zelfstandige zwarte vrouw, de seksueel potente zwarte man, de uitgebreide vrouwelijke hulpnetwerken en de vrije expressie van seksualiteit.

Terborgs onderzoek toont aan dat de Creoolse vrouw helemaal niet zo zelfstandig (meer) is en dat die autonomie ook in het verleden altijd vrij betrekkelijk is geweest. Hoewel economische autonomie nog steeds een essentieel onderdeel van het vrouwe-

lijke zelfbeeld is, is hun feitelijke economische positie er een van afhankelijkheid. De voorstelling van de man als kostwinner is hardnekkig blijven voortbestaan, ondanks het gegeven dat vrouwen generaties lang voorbeelden hebben gehad van vrouwen die de kostwinnersrol vervullen. Omdat vrouwen niet bereid zijn een duurzame relatie aan te gaan met een man die de kostwinnersrol niet of onvoldoende kan vervullen, kiezen ze voor een alternatieve strategie van opeenvolgende kortdurende relaties met tijdelijke kostwinners of het aangaan van seksuele relaties met meerdere partners. Internalisering van de mannelijke kostwinnersrol, gecombineerd met geringe toegang tot economische bronnen (met name vanwege de economische achteruitgang van Suriname), resulteert in een vrouwelijke overlevingsstrategie die gebaseerd is op het idee dat mannen de belangrijkste instrumenten zijn in het realiseren van sociale mobiliteit. De toegang tot mannen als inkomstenbron wordt gefaciliteerd door een seksuele ideologie, die aan vrouwen de ruimte biedt om door middel van seks met mannen het hoofd boven water te houden. Deze seksuele ideologie wordt echter niet alleen aangehangen door vrouwen uit de volksklasse. Terborg bekritiseert een economisch determinisme en laat zien dat in praktijk alle Creoolse vrouwen, ongeacht hun klassenafkomst, zich laten leiden door een alternatieve collectieve seksuele ideologie, waarin vrouwelijke monogamie niet per definitie voor het leven is en ook niet onvoorwaardelijk.

Tegelijkertijd ontkracht Terborg de mythe van de seksueel potente zwarte man en de vrije expressie van seksualiteit. Hoewel in het openbaar vrouwen mannen mogen uitdagen en initiatieven nemen (waardoor het openbare leven zeer geseksualiseerd is), neemt in de slaapkamer de traditionele patriarchale rolverdeling weer de overhand en zijn vrouwen geneigd om zich te gedragen volgens het dominante ideale vrouwbeeld en vervallen ze in passiviteit. Terborg spreekt over “het misleidende karakter van de openbare sfeer” (p. 159). Kennis over seks blijkt gering, zowel bij mannen als vrouwen, en er wordt niet over gepraat, juist omdat seks als vanzelfsprekend en natuurlijk wordt gezien. Bij vrouwen werkt enerzijds het besef van onafhankelijkheid en gelijkheid door op seksueel terrein en geven ze soms duidelijk aan wat ze wel en niet prettig vinden, anderzijds beïnvloedt ook het denken over ‘seksuele respectabiliteit’ en ‘fatsoensnormen’ de manier waarop vrouwen seks ervaren. Ook onder Creolen heerst een dubbele seksuele moraal en blijken mannen en vrouwen niet te voldoen aan elkaars verwachtingen.

Het idee van het bestaan van uitgebreide vrouwelijke hulpnetwerken wordt door Terborg eveneens onderuit gehaald. Zij laat zien dat de attitude van economische zelfstandigheid, gecombineerd met de bestaande seksuele cultuur, een scherpe tegenstelling in de man-vrouwrelatie creëert. Hierdoor bestaat er niet alleen een groot wantrouwen tussen mannen en vrouwen, maar ook tussen vrouwen onderling, want vanuit de vrouwelijke perceptie is er een tekort aan ‘geschikte’ partners. Creoolse vrouwen hebben geen vriendinnencultuur, omdat ze voortdurend in onderlinge competitie zijn op de ‘mannenmarkt’ (p. 184-185). Vriendinnen zouden in relaties enkel problemen opleveren. Maar ook mannen weerhouden vrouwen om alleen met vriendinnen op stap te gaan, om zo controle te houden over vrouwelijke activiteiten. Vrouwen steunen elkaar wel, maar dan vooral in vrouwenverenigingen of buurtorganisaties, niet als vriendinnen. Onderlinge solidariteit is alleen manifest in de centrale rol van familienetwerken, maar het belang van deze netwerken neemt af, met name door de migratie.

Historisch gegroeide interpretatie-misvormingen, zo stelt Terborg, kunnen blootgelegd worden door mensen zelf naar hun belevingen te vragen, met name als het gaat om verwachtingen over relaties tussen mensen. Dit bleek bijvoorbeeld ook uit het onderzoek van Cees Straver uit 1994 naar de huwelijksverwachtingen van witte Nederlanders. Toen Straver deze mensen zelf aan het woord liet, bleek dat hij zijn hele onderzoeksopzet moest wijzigen, omdat hij, behorend tot de hoger opgeleide subcultuur, ervan uitgegaan was dat mensen nadachten waarom ze trouwden en kinderen namen. Dat bleek bij driekwart van de witte Nederlanders echter niet het geval. De meeste Nederlanders gaan uit van allerlei huwelijkske vanzelfsprekendheden, die de witte elite meestal alleen verwacht van mensen uit migrantenculturen. Tegelijkertijd maakt het promotieonderzoek van Terborg duidelijk dat die huwelijkske vanzelfsprekendheden in de Creoolse samenleving niet bestaan. Creoolse mensen trouwen nauwelijks en zowel vrouwen als mannen hebben vaak meerdere relaties.

Terborg laat zien dat ook de ‘compensatie’-theorie niet klopt. Deze stelt dat seksuele successen de economische marginaliteit van zwarte mannen compenseren. Uit haar onderzoek blijkt dat ook zwarte Creoolse mannen met een goede economische positie meerdere relaties hebben. Wel geeft zij aan dat het idee van de ‘zedeloze zwarten’ is gaan werken als een ‘selffulfilling prophecy’ doordat zwarte mensen zelf dat idee hebben overgenomen. Dit is vooral opmerkelijk omdat, zoals Terborg in haar historische hoofdstuk heeft aangegeven, het juist de blanke mannelijke plantagehouders zijn geweest die zeer promiscue gedrag vertoonden.

Mijn kritiek op het onderzoek betreft de beeldvorming, met name de vraag waarom hebben zwarte mensen de beeldvorming van de witten over hun eigen gedrag overgenomen. Juist op dit punt werkt Terborg haar postmoderne theoretische aanzetten niet uit, en dat is jammer. Nu komt zij met betrekking tot beeldvorming eigenlijk niet veel verder dan de vraag wie bepaalt welke betekenissen juist en zinvol zijn., waarop zij antwoordt: “Ik geloof dat betekenissen het resultaat dienen te zijn van dialoog en consensus” (p. 260). Maar dat is, juist gezien het prachtige materiaal dat zij verzameld en heel mooi geanalyseerd heeft, een beetje magertjes. Er is de laatste jaren, vooral vanuit postmoderne feministische benaderingen al veel geschreven over beeldvorming. Hierin werd onder meer onderzocht hoe mensen tot vrouwelijke en mannelijke subjecten worden gevormd. Beeldvorming speelt hierbij een belangrijke rol. Het is een onzichtbaar proces van betekenisgeving, waarbij herhaling een inslijpende werking heeft en waarbij macht, taalgebruik en gewoonten een belangrijke rol spelen. Door meer gebruik te maken van allerlei postmoderne noties had Terborg een aantal uit haar onderzoek naar voren komende discrepanties en mythes kunnen verduidelijken. Zo geeft Laqueur – een auteur die Terborg wel noemt – aan hoe mensen altijd ‘zien als’. Men kijkt altijd vanuit bestaande denkbeelden naar bepaalde dingen, waardoor men vaak niet de dingen ziet die niet in die denkbeelden passen. Zoals de praktijk van de vrouwen als kostwinner, terwijl de voorstelling van de man als kostwinner hardnekkig blijft voortbestaan.

Mijn laatste punt van kritiek betreft Terborgs stelling dat zowel Creoolse mannen als vrouwen een samenwoningsrelatie als ideaal zien. Eerder heeft ze al aangegeven dat een niet onaanzienlijk deel van de vrouwen, vooral uit de lagere klasse, zich afzet

tegen elke vorm van samenwonen met een man. Eenderde van haar onderzoekspopulatie woont dan ook apart. Deze stelling botst tevens met het perspectief van de moderne buitenvrouw die juist haar onafhankelijkheid en vrijheid benadrukt: "Ik wil geen man in mijn huis" (p. 235). Het is mijns inziens dan ook de vraag of je in het algemeen kunt stellen dat "traditionele genderrolvattingen het instituut buitenvrouw in stand houden" (p. 237) als je leest hoe plezierig moderne buitenvrouwen hun situatie ervaren. Hoewel ik beseft dat je voor zo'n moderne buitenvrouw economisch onafhankelijk moet zijn en dat dat in het huidige Suriname een uitzonderlijke positie is, zou ik, als ik Creoolse was, de positie van moderne buitenvrouw kiezen.

Saskia Poldervaart