

Boekbesprekingen

Anne Hilde van Baal, *In search of a cure. The patients of the Ghent homeopathic physician Gustave A. Van den Berghe (1837-1902)*. Academisch Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2004, 332 pp. (e-mail auteur: ahm.v.baal@veshil.demon.nl).

Twintig jaar geleden schreef Roy Porter *The patient's view*, een pleidooi om patiënten als uitgangspunt van de sociale geschiedenis van de geneeskunde te nemen. Dit korte artikel heeft veel invloed gehad op later onderzoek en is ook voor Anne Hilde van Baal een inspiratiebron geweest bij het verrichten van haar promotieonderzoek. Van Baal kreeg toegang tot het familie-archief van de Belgische homeopathische arts Gustave van den Berghe en onderzocht de dossiers die deze arts van zijn patiënten had aangelegd.

Haar belangstelling gaat allereerst uit naar de manier waarop patiënten hun ziekten bekeken, naar hun reacties op klachten, naar hun ideeën en hun gedrag. Zij vraagt zich af wie de patiënten van Van den Berghe waren. Wat deden ze voor de kost, waar woonden ze, hoe oud waren ze en waren het mannen of vrouwen? Deze algemene vragen brengen haar tot het beschrijven van de gezondheidsarrangementen in Gent aan het eind van de negentiende eeuw en ze plaatst deze binnen de historische context van verstedelijking, van een snelle bevolkingsgroei en huisvesting en voorzieningen die daar niet op berekend waren. Deze condities vormden een voedingsbodem voor de uitbraak van epidemieën. Gent werd destijds 'het Manchester van het vasteland' genoemd.

Naast dit patiënt-gerelateerde onderzoek naar de clientèle van Van den Berghe, bekijkt Van Baal de patiënten ook op een microniveau en vraagt zij zich af hoe mensen als individuen op hun klachten reageerden. In dit patiëntspecifieke onderzoek gaat het om persoonlijke ziekte-ervaringen. Hoe stonden patiënten tegenover hun kwalen en wat deden zij daaraan? Door de beantwoording van deze vragen wil zij onder meer genderverschillen in de percepties van ziekte op het spoor komen. Haar belangrijkste bron zijn de patiëntendossiers die gevalsbeschrijvingen van Van den Berghe bevatten, naast losse briefjes en andere documenten. Het boek opent met een brief waarin een jonge echtgenoot Van den Berghe om raad vraagt over de gezondheid van zijn vrouw. Hij geeft een gedetailleerde beschrijving van haar fysieke gesteldheid, van haar verschillende pijnen en koorts, maar ook van haar eetlust, haar stoelgang in relatie tot wat ze eet, haar menstruatie en de onbestemde geur van haar vagina. Het briefje geeft een plastisch inkijkje in de verhouding van de schrijver tot zijn echtgenote, die als passief object van zijn inspectie en zorg ten tonele wordt gevoerd. Het is een veelbelovend begin van het boek, maar helaas blijkt deze brief in de dossiers een zeldzaam exemplaar te zijn. Dat maakt het moeilijk om het patiëntenperspectief consequent vol te houden en lezers moeten het vaak stellen met wat de arts over de ziektegeschiedenissen heeft opgeschreven.

De brede en bijzonder bewerkelijke vraagstelling van het onderzoek heeft nog een ander probleem. Het boek stelt zoveel vragen dat ze niet allemaal kunnen worden beantwoord en verliest daardoor aan scherpheid. Het levert veel feiten op die geen duidelijke samenhang hebben en die niet alleen binnen een strakkere vraagstelling tot hun recht hadden kunnen komen. Waarom kozen deze mensen voor een homeopathische praktijk? Dat had een geschikte onderzoeksvraag kunnen zijn en daarover leveren haar gegevens naar mijn idee de meest interessante informatie op.

Van den Berghe werd opgeleid in de orthodoxe geneeskunde en vestigde zich in 1869 als huisarts in Gent, waar hij ruim dertig jaar een huisartsenpraktijk had. Hij raakte al vroeg geïnteresseerd in de homeopathie, verzamelde publicaties op dat gebied en begon te experimenteren met medicijnen en therapieën. Later werd hij ook actief binnen de Belgische homeopathische beweging en ging hij zelf schrijven op dat gebied. Hij beschouwde de homeopathie als superieur aan de ‘allopathie’ en was dan ook een tegenstander van een eclecticische benadering waarin gebruik gemaakt werd van verschillende geneeswijzen. Waarom hij zich ging toeleggen op de homeopathie wordt in het boek niet zo duidelijk, evenmin als de vraag hoe hij geïnteresseerd raakte in de homeopathie. Hij blijft een moeilijk te plaatsen figuur binnen het geneeskundige veld van die tijd. Was hij in de werking van de orthodoxie teleurgesteld? Kwam hij bij de homeopathie terecht, omdat sommige van zijn vrienden aanhangers waren van die richting?

Na een eeuw monopolie van de reguliere geneeskunde is het voor hedendaagse lezers moeilijk om de homeopathie aan het eind van de negentiende eeuw goed te plaatsen. De verhouding tussen verschillende geneeswijzen was eind negentiende eeuw niet uitgekristalliseerd. De orthodoxie was de orthodoxie nog niet en had op het gebied van genezing niet zoveel te bieden. Qua effectiviteit was de afstand tot andere geneeswijzen zoals de homeopathie nog niet zo groot als na de grote medische doorbraken. In een van de centrale zinnen in het boek worden de termen ‘homeopathische’ patiënt of ‘homeopathische’ clientèle dan ook geproblematiseerd. Van den Berghe’s patiënten leken minder geïnteresseerd in de aard van de medische behandelwijzen dan in de resultaten daarvan. Hun beslissing om voor een bepaalde geneeswijze – of zelfs voor een religieuze benadering – te kiezen werd ingegeven door de effectiviteit van een behandeling of een middel. ‘Werkt een therapie, werken medicijnen?’, zo vroegen zij zich af. Als dat het geval was, bleven ze bij een arts. Als dat niet zo was, zochten ze hun heil elders. In ideeën en ideologieën waren ze minder geïnteresseerd, de autoriteit van de reguliere arts was voor hen geen gegeven. Ze kwamen bij Van den Berghe door een samenloop van omstandigheden – hij was een goedkope arts, die arme mensen zelfs gratis behandelde, hij woonde bij hen in de buurt, hun buurvrouw had baat gehad bij een bezoek of ze zagen hem voor alles als een goede en aandachtige arts. Ze kozen niet voor de homeopathie en het is niet duidelijk wat de homeopathie voor hen betekende. Om die reden spreekt Anne Hilde van Baal niet over ‘homeopathische patiënten’ of ‘homeopathische clientèle’, maar over ‘patiënten van een homeopathische arts’. Uit haar onderzoeksmateriaal komt naar voren dat patiënten de medische marktplaats ten tijde van de praktijk van Van den Berghe nog over de gehele breedte verkenden, dat ze zich in hun keuze voor een arts allereerst lieten leiden door de werking van de adviezen van de dokter, door het effect van medicijnen en therapieën.

In die conclusie ligt een interessante kritiek besloten op onderzoekers als Helman, de Porters en Terence Johnson die verschuivingen in de machtsbalans tussen patiënten en dokters aan overheidsregulering en beroepsvorming van artsen toeschrijven en die dit proces aan het eind van de negentiende eeuw dateren. Volgens Van Baal hadden de overheidsregulering van de geneeskunde en de pressie van reguliere genezers in de door haar onderzochte periode nog niet aan het principe van de vrije keuze van patiënten getornd. De medische markt had zich nog niet gesloten. Er was een proces van inperking van geneeswijzen gaande, maar de kaarten waren nog niet geschud. Zou je kunnen zeggen dat eerdere onderzoekers de rol van de overheid en van de artsenstand bij de vestiging van de monopoliepositie van de reguliere geneeskunde en bij de sluiting van de medische markt hebben overschat, terwijl ze de rol van patiënten daarin hebben onderschat? Zou je kunnen zeggen dat patiënten vaker van hun diensten gebruik gingen maken, naarmate de reguliere geneeskunde vaker werkte? Ligt daar een verklaring voor de marginalisering van geneeswijzen die zich niet op de moderne medische wetenschap oriënteerden? Dergelijke vragen demonstreren nog eens het belang van een historiserende sociale wetenschap. Zo blijkt de winkelende patiënt bijvoorbeeld geen nieuw fenomeen te zijn, zoals Anthony Giddens en andere sociologen het voorstellen. Reflexiviteit blijkt niet voorbehouden te zijn aan een postmoderne houding tegenover ziekte en gezondheid.

Rineke van Daalen
medische socioloog, Universiteit van Amsterdam

Theda Borde & Matthias David (red.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2003. 296 pp. € 23,90.

In deze derde publicatie in een reeks van congresbundels zijn lezingen opgenomen van het derde Virchow-Symposium *Migrantinnen und Migranten in verschiedenen Versorgungstrukturen – Positionen, Probleme, Perspektiven*. Dit keer maakte het symposium deel uit van het achtste nationale congres *Armut und Gesundheit* met als motto *Orte der Gesundheitsförderung – Die Gesundheitspotenziale von Menschen in schwierigen Lebenslagen stärken*. Het vond in december 2002 aan de universiteitskliniek Charité, Campus Virchow-Klinikum in Berlijn plaats. Het is opmerkelijk, hoe snel en zorgvuldig het resultaat van dit symposium als boek te verkrijgen is en zo actuele discussies toegankelijk gemaakt worden. Ontstaan als mondelinge voordrachten geven de bijdragen inzicht in onderzoek naar lacunes in de zorg voor mensen met migratieachtergrond. Mogelijke aangrijpingspunten voor verandering in de ambulante, murale en psychosociale hulpverlening en voorbeelden van good practices worden besproken.

In de inleiding constateren Borde en David, dat allochtonen in Duitsland niet alleen vaak een lage sociaal-economische positie hebben, maar ook tijdens hun integratieproces met uitsluitingsmechanismen te kampen hebben en steevast als vreemden gezien worden. Komen allochtonen met eerstelijns- en meer gespecialiseerde professionele gezondheidszorg in aanraking of vindt onderzoek naar zorggebruik plaats, dan ont-

staan niet zelden misverstanden en foute interpretaties, welke de redacteurs als etnisering van het sociale zien. De bijdragen richten zich op vragen van de toegankelijkheid of gelijkwaardig bereik van de gezondheidszorg, op hulpvragen, zorggebruik en zorgbehoefte, op garanties voor vergelijkbare kwaliteit van zorg en op preventieve interventies. Het in Nederland gebruikelijke kernbegrip interculturalisatie komt in de bundel weliswaar niet voor, maar de ontwikkeling van concepten ter beantwoording aan de sociaal-culturele diversiteit van hulpzoekende patiënten – zoals *inter- of trans-culturelle Kompetenz* en *interkulturelle Öffnung* van gezondheidszorg en hulpverlening – krijgt echter ruim aandacht.

Het boek heeft vijf delen: ambulante zorg (drie bijdragen); stationaire zorg (twee bijdragen); zorg voor mensen, die juridisch gezien illegaal in Europa verblijven (zes bijdragen), communicatie, informatie en deskundigheidsbevordering (vier bijdragen) en ten slotte monitoring van de gezondheid van de bevolking en beleidsvragen (twee bijdragen). In het derde deel over de getaboeïeerde zorgbehoeftes van illegalen worden zes bijdragen aangekondigd. Strikt genomen zijn het er twee. Vier van de overige zes bijdragen betreffen zich op stationaire zorg. Ik laat in het navolgende enkele van de bijdragen de revue passeren.

Wat met etnisering van het sociale bedoeld wordt, maken verschillende bijdragen zeer duidelijk. Ursula Brucks en Wulf-Bodo Wahl geven een overzicht van onderzoek in Duitsland tussen 1983 en 2002 naar de samenhang tussen niet-medische factoren en onvoldoende of onjuist gedoseerde zorg voor allochtonen en beschrijven het ongunstige beloop oftewel het cumulatieve *Schlamassel* bij overbodige, afwezige of verkeerde ambulante zorg. Medicalisering van sociale vraagstukken door artsen komt bij patiënten overeen met somatisering van psychosociale problemen. Deze vorm van communiceren tussen arts en patiënt noemden de auteurs reeds 1987 *Einverständnis im Missverständnis*. Het gaat daarbij allereerst ‘alleen’ om een oververzorging met medicijnen, die de arts voorschrijft en de patiënt accepteert. Het gemeenschappelijk motief, iets tegen de ziekte te willen doen, ligt aan beider goedkeuring ten grondslag. Het is echter een vergissing, als ze een oplossing kiezen, waaraan geen van beiden geloven. Desondanks kiezen ze hiervoor, omdat ze beiden overtuigd zijn, dat de ander de psychosociale achtergrond van het ziek zijn niet kan begrijpen of daaruit geen consequenties kan trekken. De auteurs benutten het zogenoemde stress-kwetsbaarheidmodel niet. Volgens hen moeten vooral structurele belemmeringen zoals het ontbreken van samenwerking tussen gezondheidszorg en sociale hulpverlening aangepakt worden. Ze breken een lans voor kleinschalig onderzoek in stadswijken, opdat gezondheidsmonitoring en sociaal-epidemiologische kenmerken van een wijkbevolking met elkaar in verbinding worden gebracht.

Bernd Kalvelage neemt nog minder een blad voor de mond. In *Diabetes-Schulung türkischer Patienten – Wanderung zwischen therapeutischem Nihilismus und unrealistischen Erwartungen* laat hij zien, dat het niet om culturele barrières gaat, maar om een sociaal probleem. Volgens hem zijn diabetes-artsen doorgaans niet alleen bij Turkstalige patiënten, maar bij sociaal minder geprivilegeerden in het algemeen niet bereid rekening te houden met de sociale achtergrond. In theorie is het allemaal zo eenvoudig: “Es gibt türkischen Honig und viele andere türkische Spezialitäten, aber es gibt keinen

türkischen Diabetes. Diabetes kennt keine nationalen Unterschiede, diabetische Folgeschäden wie Herzinfarkt und Nierenversagen sind vaterlandslose Gesellen." De richtlijn voor diabetologisch onderzoek is duidelijk geformuleerd, maar dreigt in de omzetting vanwege de sociaal veroorzaakte zogenaamde *Taubstummheit* van menig allochtone patiënt te falen. Wordt vooral interculturele vaardigheid verlangd, dan vraagt Kalvelage zich af of de belasting van de behandelaar niet nog eens verhoogd wordt en problemen wederom gecultiveerd worden. De *Bad Neuenahrer Erklärung* (Deutsche Diabetes Gesellschaft 2001) eist noodzakelijke maatregelen voor de zorg van de zeshonderd duizend in Duitsland woonachtige allochtonen met diabetes. Laagdrempelige deskundigheidsbevordering (*strukturierte Diabetes-Basis-Schulung in türkischer Sprache*) is een voorbeeld daarvan. Financiële ondersteuning door ziektekostenverzekeringen en van de kant van de overheid zijn noodzakelijk, opdat op het gebied van diabetes gelijke kansen gewaarborgd worden. *Disease Management Programs* bergen juist het gevaar in zich, dat patiënten met goede opleiding, toegang tot informatie en minder risicofactoren in het voordeel zijn, hetgeen volksgezondheidsdeskundigen als *inverse targeting* diagnosticeren. Ten slotte waarschuwt Kalvelage ervoor, dat marginalisering van mensen op grond van etnische en sociale criteria ernstige gezondheidseconomische gevolgen zal hebben.

Het zorggebruik en specifieke zorgbehoeften onderzochten Theda Borde, Tanja Braun en Matthias David op de interne en gynaecologische polikliniek van drie ziekenhuizen in Berlijn. Het onderzoek is driedelig. Allereerst werd een gestandaardiseerde in acht talen vertaalde vragenlijst voorgelegd aan vrouwelijke (n=479) en mannelijke (n=292) patiënten. Bij de vrouwelijke respondenten was 52% en bij de mannelijke de helft van niet-Duitse afkomst. Ten tweede werden poliklinische dossiers van 5500 personen retrospectief geanalyseerd. Ten slotte werd een kort gestructureerd interview aan behandelaars voorgelegd. Eindresultaten uit de beide laatste onderzoeksfases verschijnen waarschijnlijk in een latere publicatie. De auteurs tonen in dit zorgvuldig doorgevoerd empirisch onderzoek methodisch en theoretisch overtuigend aan, dat systematisch gelet moet worden op verschillende aspecten, die invloed hebben op gezond zijn, zorggebruik en verloop van het hulpzoektraject als voorwaarde voor bruikbare gegevens uit evidence-based onderzoek en gelijke kansen op zorg voor verschillende bevolkingsgroepen. Dat betekent, dat naast etnische en regionale achtergrond of moedertaal factoren zoals geslacht, leeftijd, sociale achtergrond, werksituatie en opleidingsniveau even belangrijk zijn. Bovendien blijkt het noodzakelijk te zijn aandacht aan de heterogeniteit tussen allochtonen te schenken. Verschillen in sekse en leeftijd bleken bij het hulpzoektraject, symptomen en klachten, het waarnemen van pijn, zelfhulp of zorggebruik een grotere rol te spelen dan nationaliteit. De auteurs bespreken in deze bijdrage de eerste onderzoeksgegevens, maar laten interpretatie en conclusies nog aan de lezer over.

Voorwaarden voor transculturele vaardigheid (zelfreflectie, empathie, beroepservaring en kennis) behandelt Dagmar Domenig in haar bijdrage uitvoerig. Veranderingsprocessen sturen bij individuele beroepspersonen op een andere attitude aan en structureel op andere verhoudingen binnen instituties. De beschrijving van voordelen van een nieuw integratiebegrip in Zwitserland en een weliswaar kritische waardering

van vraagstukken rond migratie en gezondheid doet de vraag rijzen of hier niet eerder een 'ideal culture' dan een 'real culture' ter discussie staat. Domenig is duidelijk een voorstander van een dynamisch cultuurbegrip.

Een breed cultuurbegrip hanteert ook Dagmar Schultz. In acht zorginstellingen in San Francisco/Oakland vroeg zij beroepspersonen met migratieachtergrond onder meer naar hun mening over de staatsprogramma's voor culturele vaardigheid in de psychosociale en psychiatrische hulpverlening aan etnische minderheden. Het gaat Schultz om een transfer van beleid en ervaringen in Californië, USA naar Duitsland, dus om een belangrijke impuls. Stellen we ons een werksituatie in de zorgsector in een Duitstalig land voor, waar bijvoorbeeld allochtonen niet zoals in Nederland gebruikelijk recht op een tolk hebben, dan is het begrijpelijk, dat de auteur een zeer positief beeld over buitenlandse ontwikkelingen geeft. Zo gaat Schultz in haar bespreking van elementen uit de *Cultural Formulation of Diagnosis* – zonder hiernaar te verwijzen – niet in op de kritische discussie over de DSM-IV. In een citaat is sprake van homoseksualiteit, terloops aangeroerd, wordt het begrip niet in een transcultureel context geplaatst. Schultz wil veranderingen in Duitsland, zij pleit voor bottom-up-programma's en wijst op de noodzaak, dat het ministerie voor volksgezondheid verantwoordelijk moet zijn voor hulpverlening aan mensen met migratieachtergrond.

In de beschrijving van het curriculum *Interkulturelle Kompetenz in Institutionen des Gesundheitswesens – eine Fortbildung für interdisziplinäre Arbeitsteams* komen uitgangspunten in de medische antropologie meer uit de verf. In kort bestek geven Theda Borde en Carla Rosendahl de inhoud van verschillende modules aan. Nederlandse publicaties vinden hierin hun neerslag, ten dele met bronvermelding, ten dele zonder. Over cultuur als een sociaal product verneemt de lezer heel wat, maar over cultuur als betekenisverlenend proces, over kernbegrippen zoals verklaringmodel en *idiom of distress* of over veranderingen van verklaringmodellen tijdens het hulpzoektraject vrijwel niets. Of *kulturspecifische Krankheitskonzepte* en *Kultur als dynamischer Prozess* op één lijn staan moet de lezer zelf beoordelen. Deze deskundigheidsbevordering wordt natuurlijk zeer levendig dank rijke empirische onderzoekservaring.

Het artikel *Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten* van Meryam Schouler-Ocak geeft een overzicht over aanvullende aspecten van interculturele vaardigheid. De *12 Sonnenberger Leitlinien* (sectie Transculturele psychiatrie van de Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit 2002) bijvoorbeeld bevat richtlijnen voor de psychiatrische en psychotherapeutische zorg van mensen met migratieachtergrond. Schouler-Ocak maakt duidelijk, dat interculturele vaardigheid in de praktijk meer is dan techniek.

Heribert Kantenich, Matthias David, Theda Borde, Anke Hemmerling en Brigitte Gerstner gaan eerst ook in op de vraag naar een mogelijk verband tussen migratie-ervaring en psychische belasting en daarna op zorg aan vrouwen wier verblijf illegaal geworden is. Wat betreft de eerste vraag werd op de dag van de opname aan vrouwelijke patiënten van Duitse (n= 320) en Turkse (n=262) afkomst de SCL-90-R voorgesteld. Als gevalideerd meetinstrument werd een Duitse en Turkse versie gebruikt. Vergelijkend onderzoek naar de gynaecologische hulpverlening aan Turkse en autochtone

patiënten op de afdelingen voor vrouwengeneeskunde en kraamverzorging van het universiteitsziekenhuis Charité diende daarbij als basis. In Duitsland geboren vrouwen, wier ouders als eerste generatie vanuit Turkije gemigreerd waren, bleken zich het sterkst door psychische symptomen belast te voelen. De auteurs gaan vervolgens op de ethische problematiek rond vrouwelijke *sans papiers* in en formuleren aandachtspunten om een gelijkwaardige toegang voor alle gebruikers van de gynaecologische gezondheidszorg te garanderen.

Zorg voor mensen die juridisch gezien illegaal in Europa wonen, beschrijven Tanja Braun, Petra Brzank en Wiebke Würflingen zeer informatief. Met dit doel vergelijken zij de medische zorg voor deze mensen in Duitsland, Frankrijk, Italië, Nederland, België, Groot-Brittannië en Spanje. Adelheid Franz gaat vervolgens in op problemen, wanneer mensen niet tegen ziekte verzekerd zijn.

Leggen beleidsmedewerkers nu deze brede keus aan gegevens ter zijde of wordt er binnen toekomstig gezondheidsbeleid rekening mee gehouden? Daarover lezen we weinig. Ligt het er aan, dat deze complexe bevindingen (nog) niet in een kader zijn gezet? Matthias David concludeert in de laatste bijdrage, dat sinds twintig jaar vrijwel dezelfde aandachtspunten op tafel liggen. Aangepast aan de actuele situatie sluit de publicatie met *Berliner Forderungen für eine gute Versorgung von Migrantinnen und Migranten*. Het is zaak van de politiek dit werk van wetenschappers en mensen uit de praktijk op te pakken. Vragen, of *Disease Management Programs* nog voldoende mogelijkheden voor de behandeling van patiënten met een niet-vertrouwde regionale achtergrond of met een andere seksuele voorkeur bieden, of naar het nut van een benadering uit mensenrechtenperspectief komen wellicht in een later symposium aan bod.

Martine Verwey
Medisch antropoloog, SoFraG, Zürich

Kevin Chun, Palmala Balls Organista & Gerardo Marín, *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research*. Washington: American Psychological Association, 2003. 257 pp. \$ 59.90.

Het concept acculturatie heeft een lange historie binnen de antropologie, sociologie en gedragswetenschappen. Het concept verwijst naar sociale verandering als gevolg van contacten tussen verschillende (etnische) groepen. In de psychologie werd sociale verandering, met name op het individuele niveau, onderzocht op het niveau van leren, individuatie, socialisatie en aanpassen. Veel minder aandacht was er voor acculturatiestress, familieprocessen en identiteitsontwikkeling. Dit boek wil daar verandering in aanbrengen.

Zoals de titel al laat zien, wordt in dit boek acculturatie vanuit verschillende theoretische en empirische benaderingen geconceptualiseerd en onder de loep genomen. Recente ontwikkelingen zijn bij elkaar gebracht en laten zien dat acculturatie verbonden is met vele andere constructen zoals etnische identiteit en individuele- en familieprocessen. Daarnaast wordt er in het boek stilgestaan bij de impact van acculturatie op

het lichamenlijk en geestelijk welbevinden van mensen. Een belangrijke bijdrage, omdat specifieke sociale en culturele factoren die van invloed zijn op de interactie tussen acculturatie en geestelijke gezondheidszorg, nog vaak over het hoofd worden gezien.

Acculturation bestaat uit vier delen. Het eerste deel heeft twee hoofdstukken en besteedt aandacht aan de conceptuele en methodologische beginselen van acculturatie. In het eerste hoofdstuk geeft Berry een overzicht van zijn klassieke acculturatietheorie en bespreekt hij individuele verschillen bij de acculturatiestrategieën, evenals de gevolgen van de keuze voor een bepaalde strategie. Hij presenteert een raamwerk dat het culturele en psychologische niveau van acculturatie met elkaar verbindt. Mensen uit beide groepen die elkaar ontmoeten, worden beïnvloed door de acculturatieprocessen en dit leidt tot veranderingen. Dat kunnen veranderingen zijn in eet- of kledinggewoonten. Veranderingen kunnen ook problematisch zijn, waardoor acculturatiestress kan optreden. Volgens Berry zijn er vier acculturatiestrategieën. Hij baseert deze strategieën op hoe mensen uit etnische groepen tegen de veranderende leefwereld aankijken, maar ook op de zienswijze van de grotere samenleving. Hij heeft zijn visie in een overzichtelijk, bruikbaar schema teruggebracht.

Zane en Mak beschrijven in het tweede hoofdstuk verschillende conceptuele acculturatiemodellen die bij methodologisch onderzoek worden gebruikt en analyseren de meeste gebruikte meetinstrumenten. Geconcludeerd kan worden dat culturele veranderingen die zijn gerelateerd aan acculturatie zo complex en gevarieerd zijn, dat een benadering op al die aspecten niet altijd praktisch, laat staan mogelijk is. Zane en Mak presenteren een alternatieve methodologie: "the specific psychological element approach. Deze kan worden gebruikt om specifieke aspecten van acculturatie te bestuderen waarbij men zich richt op enkele psychologische elementen zoals de culturele waarden die men heeft. Ze bespreken een onderzoek waarin werd onderzocht waarom Aziaten in Amerika minder geneigd waren psychische hulp te vragen. Ze keken bij de acculturatie met name naar de waarde 'gezichtsverlies'. Door te onderzoeken hoe gezichtsverlies en jezelf open stellen voor inzichtgevende therapie zich ten opzichte van elkaar verhouden, blijkt dat juist voor deze groep gedragstherapie meer mogelijkheden biedt dan non-directieve methoden.

In het tweede deel van het boek ligt de nadruk op de invloed van acculturatie op individuele en familieprocessen. Phinney gaat in hoofdstuk 3 in op de vraag hoe etnische identiteit en persoonlijke transformaties zich verbinden met het proces van acculturatie. Hij concludeert dat de relatie tussen etnische identiteit en acculturatie complex is en ook moeilijk te bestuderen is, omdat de indicatoren en variabelen elkaar erg overlappen. In hoofdstuk 4 geven Marin en Gamba een overzicht van de resultaten uit onderzoeken op het gebied van veranderingen van culturele waarden en opvattingen welke te zien zijn als resultaat van acculturatie. Zij bespreken een paar studies die veranderingen laten zien in opvattingen over genderrollen. De traditionele familie- en genderwaarden verminderen in de loop der tijd. Mannen houden echter meer vast aan de traditionele waarden dan vrouwen. Dit is overigens iets wat vrouwelijke vluchtelingen in Nederland ook tegen mij zeggen. Ze hebben er vaak erg veel moeite mee dat de man de oude genderrollen wil vasthouden.

In hoofdstuk 5 en 6 wordt acculturatie gezien vanuit de context van de familie. Chun en Akutsu geven een uitgebreid en zeer interessant overzicht van de empirische en kwalitatieve onderzoeken bij families uit etnische minderheidsgroepen. Door acculturatie te onderzoeken binnen familiesystemen is meer inzicht te krijgen in de dynamiek tussen de vele dimensies die acculturatie in zich bergt. Zo blijkt dat huiselijk geweld bij traditionele patriarchale gezinsrelaties toeneemt op het moment dat vrouwen buitenshuis gaan werken. Dit geweld verergert naarmate de echtgenoten last hebben van acculturatiestress. Vele relatieaspecten binnen families komen aan bod en ze eindigen met acht aanbevelingen voor onderzoek naar acculturatie bij families. Santisteban en Mitrani kijken naar waarden, opvattingen en gedrag die een gevolg kunnen zijn van immigratie en acculturatie binnen families. Deze aspecten, die vaak voortkomen uit verborgen wereldbeelden, zijn vaak de bron van conflicten binnen families en verdienen aandacht binnen de hulpverlening.

Het derde deel van het boek heeft de relatie tussen acculturatie en gezondheid als thema. In hoofdstuk 7 geeft Balls Organista, Organista en Kurasaki een overzicht en analyse van de onderzoeken die zich hebben gericht op de relatie tussen acculturatie en geestelijke gezondheid onder vier grote etnische minderheidsgroepen in de Verenigde Staten. Zij pleiten voor meer onderzoek om de relatie tussen acculturatie en geestelijke gezondheid goed te begrijpen. Acculturatie moet als een dynamisch proces worden gezien waarbij variabelen als trauma, verlies van sociale steun, ervaringen met racisme en discriminatie mee moeten worden genomen. Myers en Rodriguez richten zich in hoofdstuk 8 op acculturatie en acculturatiestress als sociaal-culturele factoren die de verschillen in lichamelijke gezondheid tussen immigranten en de autochtone bevolking verklaren. Veel immigranten in de Verenigde Staten hebben een disproportioneel grotere kans op ziekte en overlijden. Allerlei obstakels om goede gezondheidszorg te krijgen spelen hierbij een rol. Ze presenteren een conceptueel model om deze relatie te onderzoeken. Dit model is niet echt vernieuwend en komt in grote mate overeen met modellen die ook in Nederland worden gebruikt. Het grote verschil is dat in het model de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg als aparte factoren worden genoemd.

In het laatste deel worden eerder genoemde concepten, zoals acculturatie en aanpassing, centraal besproken binnen de context van toegepast onderzoek. Gong en haar collega's (hoofdstuk 9) en Cortés (hoofdstuk 10) onderzoeken de relatie tussen symptomen van stress en acculturatie. Gong c.s. gebruiken een kwantitatieve benadering om te kijken hoe acculturatie de religiositeit en identiteit bij Filippijnen in Amerika beïnvloedt, terwijl Cortés een kwalitatieve methode gebruikt om de specifieke 'idioms of distress' te onderzoeken bij de Puerto Ricanen. Ze hielden focusgroep discussies om te onderzoeken hoe contextuele factoren de processen van acculturatie vormgeven en hoe deze factoren de ervaring en uiting van stress beïnvloeden. Dit onderzoek laat zien hoe ingewikkeld acculturatie en geestelijke gezondheidszorg met elkaar zijn verweven. In het laatste hoofdstuk gebruiken Caetano en Clark een empirische analyse om een relatie tussen acculturatie en alcohol- en druggebruik en roken onder de Spaanse minderheidsgroep in de Verenigde Staten te leggen.

Dit boek geeft een zeer gedetailleerd overzicht van de 'state of the art' op het gebied van acculturatie en de relatie met gezondheid, met name geestelijke gezondheid in de

Amerika, want het gaat helaas voornamelijk over minderheidsgroepen in de Verenigde Staten. Onderzoeken over acculturatie elders in de wereld blijven onderbelicht. Doordat er echter op vele niveaus naar acculturatie wordt gekeken, wordt de complexiteit wel in alle omvang duidelijk. In meerdere hoofdstukken worden zinvolle suggesties of tips gegeven voor onderzoek maar ook voor de hulpverlening. Het is daarom van belang voor onderzoekers en voor hulpverleners die werken met allochtonen en vluchtelingen.

Marian Tankink
Cultureel antropoloog, Leids Universitair Medisch Centrum

Alice Desclaux & Joseph-Josy Lévy (eds.), *Cultures et médicaments*. Themanummer *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 27 (2003), nr. 2. 247 pp. € 17,00. ISBN 07028997.

Dit nummer van het Canadese tijdschrift *Anthropologie et Sociétés* is geheel gewijd aan het boeiende thema culturen en geneesmiddelen. Het bevat negen zeer uiteenlopende bijdragen die samen een beeld geven van de verscheidenheid aan studies die een nieuwe stroming binnen de medische antropologie inluiden: de 'antropologie van het geneesmiddel'. Het nummer is een vervolg op het symposium *Anthropologie du médicament* dat in 2002 door AMADES in Aix-en-Provence werd georganiseerd. Beide initiatieven – dit nummer en het symposium – hebben als doel deze tak van de medische antropologie meer zichtbaarheid te geven en de verscheidenheid aan thema's en aanpak binnen dit veld te presenteren. Behalve farmaceutische producten zijn medicijnen koopwaar en een belangrijke factor binnen socio-economische netwerken, praktijkverrichtingen, representaties en socioculturele constructies. In dit perspectief is het medicijn een studieobject dat door een specifieke stroming, waarvoor Van der Geest en Reynolds Whyte de naam farmaceutische antropologie voorstellen, met haar eigen theorievorming, instrumenten en methoden onderzocht moet worden.

De bundel begint met een inleidend hoofdstuk van de gastredacteuren die op een zeer heldere manier de jonge geschiedenis van de antropologie van het geneesmiddel presenteren. Tot de tachtiger jaren worden medicijnen vanuit een etnofarmacologisch oogpunt vooral als remedies in traditionele culturen geanalyseerd (inventarisatie van taxonomieën, methoden om geneesmiddelen te conserveren, rituelen rond fabricatie van medicijnen). De grondslag voor de antropologie van het geneesmiddel wordt in de tachtiger jaren door Van der Geest en Reynolds Whyte gelegd. Hun eerste studies in dit veld waren gericht op de distributie en het gebruik van farmaceutische geneesmiddelen in Kameroen en Oeganda. Al snel volgen er meerdere onderzoeken naar de rol en de betekenis van farmaceutische geneesmiddelen in niet-westerse culturen (Hardon, Tan, Nichter & Nichter, Etkin). Sinds het eind van de negentiger met de ontwikkeling van de 'anthropology at home' (Fainzang, Benoist) worden de rol en het gebruik van medicijnen in eigen cultuur geobserveerd. Andere onderzoekers (Ehrenberg & Lovell, Haxaire) interesseren zich weer voor de sociale constructie van psychische ziektes en analyseren medicijnen als verslavingsproducten.

Acht bijdragen, waarvan er drie speciaal mijn aandacht hebben getrokken, volgen op deze introductie. Ik laat ze allemaal de revue passeren en ga iets dieper in op de bijzonder stimulerende bijdragen van Van der Geest en Reynolds Whyte, Fainzang, en Collins.

De eerste twee artikelen gaan over sociale ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg. Aan de hand van het voorbeeld van multiresistente tuberculose in Haïti beschrijven Castro en Farmer de situatie van bewoners in krottenwijken die slechts toegang hebben tot inefficiënte eerstelijns medicatie om hun ziekte te bestrijden. De auteurs pleiten voor een beter beleid dat rust op pragmatische solidariteit bestaande uit financiële hulp, voedingsmiddelen en toegang tot de volledige gezondheidszorg en stellen dat sociale ongelijkheid een pathogene factor is die bijdraagt aan de terugkeer van (resistente) epidemieën.

Desclaux analyseert de culturele dimensies van HIV-therapieën in Senegal. Zij interesseert zich voor de toegang tot anti-retrovirale therapieën en hoe aids-patiënten deze beleven. Haar bijdrage leert ons dat bij het bestuderen van het 'compliance' gedrag van patiënten rekening gehouden moet worden met de manier waarop de mensen hun behandeling ervaren.

Laplante onderzocht in Brazilië hoe medisch-biologische en traditionele kennis sterk met elkaar verweven kunnen zijn in traditionele culturen. Zij analyseert dit aan de hand van de rol van lokale gezondheidswerkers die door Artsen Zonder Grenzen zijn opgeleid. Zo beschikken zij over een dubbele kennis (medisch-biologisch en traditioneel) wat hen een sterke legitimiteit geeft binnen hun leefgemeenschap. Aan de hand van malaria laat ze echter ook zien dat de aanwezigheid van deze gezondheidswerkers soms een veranderingsproces teweeg kan brengen waarin farmaceutische medicatie centraal staat. Om malaria te bestrijden worden bijna geen traditionele remedies meer gebruikt, omdat de plaatselijke gezondheidswerkers en de bevolking farmaceutische geneesmiddelen als een magische icoon beschouwen. Dit heeft overconsumptie tot gevolg wat weer leidt tot resistentieproblemen.

De bijdrage van Haxaire gaat over de behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen onder de Gouro bevolking in Ivoorkust. Zij laat zien hoe traditionele remedies meer en meer de concurrentie aan moeten gaan met zogenoemde SOA-kits. Dit zijn generieke producten die gezondheidscentra uit delen om SOA te bestrijden, maar die eveneens door de bevolking gebruikt worden om de fertiliteitsproblemen van de vrouw te behandelen. Dit proces vindt plaats in een context van socio-economische verandering die de positie van de vrouw grondig wijzigt.

Het artikel van Van der Geest en Reynolds Whyte vond ik bijzonder interessant. In hun literatuurstudie laten zij zien hoe de opinies over medicijnen met scepticisme en populariteit beladen zijn. Beide zijn dialectisch sterk met elkaar verbonden. De populariteit van een geneesmiddel steunt op vijf pijlers. De eerste pijler is de ervaring die men heeft met een medicijn. De werkzaamheid van antibiotica heeft met name in Afrika en Zuid-Amerika geleid tot de populariteit van westerse medicijnen. De tweede is de tastbaarheid ofwel de symbolische macht van een medicijn waaraan intrinsiek een curatieve waarde wordt gehecht en de derde de xenofilie die gepaard gaat met een sterke fascinatie is voor medicijnen die afkomstig zijn uit andere landen, bijvoorbeeld de fas-

cinatie voor Zweedse middelen in de Filippijnen. De vierde pijler zijn de symbolische uitwisselingen. Hiermee verwijzen de auteurs naar de sociale relaties die medicijnen tot stand brengen. In sommige landen worden geneesmiddelen als huwelijkscadeau gegeven, maar ook de empathie die een arts naar zijn patiënt toont door een recept uit te schrijven valt hier onder. De vijfde en laatste pijler is empowerment. Dit verwijst naar het feit dat medicijnen factoren kunnen zijn van individualisatie. Door medicatie kan een persoon aan sociale controle ontsnappen door zelf zijn situatie oplossen zonder anderen er bij te betrekken, zoals in geval van een seksueel overdraagbare aandoening of abortus. Medicijnen kunnen echter ook met scepticisme beschouwd worden. Zo citeren Van der Geest en Reynolds Whyte een studie van Britten die laat zien dat veel patiënten het voorschrijven van een recept beschouwen als een strategie om de duur van het consult te bekorten. Een studie van Conrad onder epilepsiepatiënten leert ons dat medicijnen stigmatiserend kunnen zijn. Ze bevestigen de ziekte en maken de patiënten 'anders' dan gezonde mensen. Scepticisme gaat ook gepaard met kritiek op de medicalisering van de samenleving. Steeds meer worden er medicijnen ontwikkeld en voorgeschreven voor niet-medische problemen. Praktische ervaring kan ook een negatieve lading aan medicijnen geven, bijvoorbeeld door de iatrogene problemen die kunnen ontstaan. Volgens de auteurs is scepticisme ten opzichte van medicijnen een manier om de natuur tegenover de wetenschappelijke technologie te zetten, de oude traditie tegenover westerse moderniteit, de individuele eenheid tegenover professionele autoriteit, het volk tegenover het internationale kapitalisme. Medicijnen zijn, in dit opzicht, een strategisch element om zulke opposities te formuleren.

Collins onderzocht eveneens aan de hand van een literatuurstudie de relatie die oudere mensen onderhouden met medicijnen. Ze beschrijft drie figuren van geneesmiddelen: 'obligatie', 'concessie' en 'compassie'. Ze gebruikt het concept *locus of control* voor de obligatie-relatie. Mensen met een interne *locus of control* hebben een wantrouwende houding ten opzichte van medicijnen (chemisch product, bijverschijnselen) en doen veel aan preventie. Voor mensen met een externe *locus of control* is het medicijn echter een onmisbaar instrument dat lijden verzacht, preventie vervangt en te zien is als een prothese dat het lichaam in staat stelt goed te functioneren. Het concessie-medicijn is beladen met symbolische kracht. Door voor te schrijven toont de arts dat hij goed weet in te voelen wat de patiënt van hem verwacht. Het compassie-medicijn betreft voornamelijk psychotropen die worden voorgeschreven door artsen die ouderdom met depressie associëren. Hun voorschrijfgedrag gaat gepaard met een pessimistische blik op het ouder worden.

Het artikel van Fainzang heeft mij ook aangesproken. Zij bestudeert vanuit een micro-antropologisch perspectief de manier waarop mensen thuis in het dagelijkse leven met hun medicijnen omgaan. Ze heeft een studie gedaan onder Franse katholieken en protestanten en bekeken in hoeverre hun geloof invloed heeft op hun relatie met medicijnen. Zo heeft zij geconstateerd dat katholieken sneller hun medicijnen delen met anderen dan protestanten, die een individualistische houding hebben ten opzichte van hun ziekte en hun geneesmiddelen. Protestanten hebben eveneens de neiging om de dosering te reduceren om bijwerkingen te voorkomen, terwijl katholieken juist meer nemen dan voorgeschreven is om de behandeling meer kracht bij te zetten. Ze heeft

ook gekeken naar de manier waarop medicijnen in huis worden opgeborgen. Bij katholieken bevinden de medicijnen zich vaak op collectieve plaatsen zoals het toiletkastje in de badkamer of de keukenla, terwijl bij protestanten de medicijnen op privé-plekken worden bewaard zoals in het nachtkastje. Soms wordt de plek waar geneesmiddelen bewaard worden bepaald door het lichaamsdeel waarvoor ze voorgeschreven zijn. Zo worden gynaecologische middelen vaak op privé-plekken bewaard. In dit geval speelt geloof dus geen rol.

Ten slotte brengt Fournier ook een aardig onderwerp: de medicalisering van wijn. Aan de hand van epidemiologische studies is er sinds de negentiger jaren een nieuw discours ontstaan over de geneeskracht van wijn bij hart en vaatziekten, kanker en de ziekte van Alzheimer. Dit leidt zelfs tot de uitvinding van de term 'vinotherapie' die in reclamefoldertjes van wijnboeren en beroepsverenigingen terug te vinden is. Maar het duurt nog wel even voordat wijn echt als medicijn op een recept voorgeschreven zal worden volgens de auteur.

Dit themanummer was voor mij boeiend en afwisselend en heb ik met veel plezier gelezen.

Sophia Rosman
Socioloog, INSERM (Frankrijk)

Alexander van Es, *Anatomie van het gevoel*. Utrecht: Lemma: 2003. 190 pp. € 13,50. ISBN 905931252.

In *Medisch Contact* wordt regelmatig het dagboek van een vierdejaars medisch student gepubliceerd. Op 7 mei 2004 schrijft Emma: "Overigens bestaat de halve afdeling uit raadselachtige patiënten. Dit geeft me wel een vertekend beeld van de neurologie. Zo heb ik nog geen enkele patiënt gezien met 'ordinaire' hoofdpijnklachten of met een hernia. Eén vrouw daargelaten, maar die bleek later een conversiestoornis te hebben. Denk je eindelijk een normale diagnose te kunnen stellen." De geneeskunde is blijkbaar een vak waarin je normale en abnormale diagnoses kunt stellen. In tegenstelling tot wat je zou denken betekent normaal hier niet regelmatig en abnormaal zeldzaam, maar normaal wil zeggen 'lichamelijk' en abnormaal 'psychiatrisch'. Dit is geen zeldzaam vooroordeel bij lichamen georiënteerde artsen of medisch studenten, zoals Emma. Zij vindt patiënten interessant voor zover het hun medische probleem betreft. Daarom prefereert zij het academische ziekenhuis boven het perifere ziekenhuis. Daar zijn de medische problemen uitdagender. Andere co-assistenten willen graag een co-schap lopen in Zambia, zo hoort zij, maar dan wel om daarna zo snel mogelijk naar Tanzania te gaan om te duiken, "want daar gaat het uiteindelijk om". Ondertussen loopt Emma mee met de grote visite op de afdeling Neurologie, iets wat zij beschouwt als ouderwets. Er wordt heel veel over het bed en dus de patiënt heen gepraat.

Emma is duidelijk een co-assistent anno 2004. Haar is geleerd op meer aspecten te letten dan alleen het medische probleem. Zij registreert de effecten van de grote visite. Zij voelt zich nuttig als ze even rustig met (familie) van patiënten kan praten, zeker als die zeggen: "heel erg bedankt dokter voor het luisteren".

Veel reacties komen er niet op het dagboek van Emma. Dat was in 1978, toen Alexander van Es zijn dagboek in Medisch Contact publiceerde, wel anders. Zijn verzamelde dagboeken werden later uitgegeven onder de titel *Anatomie van het gevoel*, dat nu alweer zijn zesde herdruk beleeft. Het bijzondere aan deze druk is dat voor het eerst ook de meestal kernachtige reacties van vele brieven-schrijvers in *Medisch Contact* zijn opgenomen. De reacties zijn overwegend zeer negatief of positief. De negatieven willen een verbod, voornamelijk omdat deze co-assistent het aanzien van de geneeskunde naar beneden haalt en er geen respect voor de patiënten wordt getoond. De positieven denken dat in het cynische beeld dat Alexander van Es van de geneeskunde schetst veel waars schuilt.

Het is eigenlijk jammer dat de commentaren achterin en niet voorin staan, want dan zou de nieuwsgierigheid behoorlijk geprikkeld worden. Laten we eens een voorbeeld nemen. “‘Zoiets heb ik nog nooit gezien’, zei een glunderende dr. Wouters gisterochtend tijdens de papieren visite. ‘Een ulcererend mammacarcinoom met allemaal satelliet-tumoren er rond omheen’ – toen hij dit zei, maakte hij het gebaar alsof hij de Paus was die net zijn *Urbi et Orbi* gaf – ‘en overal, ja overal, op de huid metastasen.’ Het is toch verrekke jammer, dacht ik, dat je dit soort patiënten niet in vivo kunt inlijsten.” Alexander van Es krijgt haar toegewezen. “Ik heb al heel wat met haar gesproken en het is werkelijk om te grienen. Zó onrechtvaardig... ongelooflijk. Een leven heeft ze nauwelijks gehad, wáárom moet ze dan zo’n dood tegemoet?”

Dit voorbeeld is geen uitzondering in de dagboeknotities van Alexander van Es. Aan een medisch interessant geval blijkt een menselijk drama vast te zitten, maar het één lijkt in het ziekenhuis niet te verbinden te zijn met het ander. Alexander beschrijft hoe hij na vijf weken reeds vervreemd raakt in deze atmosfeer. Het cynisme, waar zovelen in het commentaar over gevallen zijn, lijkt een gevolg hiervan. Net zoals bij Samuel Shem die zijn *The house of God* ongeveer in dezelfde tijd publiceerde, is dit cynisme een mogelijke stijlfiguur om het gapende gat tussen het interessante geval en het menselijke drama te overbruggen. Dat gapende gat is echter niet een fenomeen van dertig jaar geleden. Zoals uit het dagboek van Emma blijkt is dat gat nog steeds aanwezig in de medische praktijk. Maar waar door het cynisme dat gat als een probleem levensgroot present wordt gesteld, is het bij Emma verborgen aanwezig, onschuldig gemaakt. Zij heeft geleerd het te registreren, maar blijkbaar niet geleerd het te doorvoelen en er over te reflecteren. In tegenstelling tot Alexander van Es merkt zij niet eens dat zij een oppervlakkig vooroordeel over somatische en psychiatrische diagnoses ten toon spreidt. “Ik merkte toen op dat internisten zo snel psychiatrische etiketten op patiënten plakken”, zegt Alexander als hem te kennen wordt gegeven dat hij te ‘sensitief’ is. Emma merkt ook niet dat luisteren naar het verhaal van patiënten (die daar dankbaar voor zijn, het ego van Emma wordt lekker gestreeld), niet hetzelfde is als geïnteresseerd zijn in het verhaal van patiënten. “Gelukkig is de professor wel heel begaan met zijn patiënten; hij maakt altijd een praatje met ze, wat ze zichtbaar een plezier doet.” zegt Emma, maar de inhoud van dat praatje wordt ons onthouden.

Anatomie van het gevoel is nog steeds actueel en een Nederlandse klassieker over de medische praktijk. Ignace Schretlen, Alexander van Es is een pseudoniem, schrijft in het nawoord dat ten tijde van het verschijnen van het dagboek een gepensioneerd

arts hem schreef dat zijn beschrijving hem sterk deed denken aan zijn opleiding in de jaren dertig van de vorige eeuw, terwijl een hedendaagse co-assistent hem precies hetzelfde ongevraagd meedeelt. Wie het tijdelijke er van af schraapt heeft met *Anatomie van het gevoel* dus een boek in handen dat tachtig jaar overbrugt. Juist het cynisme van het boek, dat overigens veel minder prominent is dan in *The house of God*, legt het probleem van het evenwicht tussen distantie en betrokkenheid, dat vrijwel iedere (aanstaande) dokter aan den lijve voelt, bloot. Het boek geeft een diagnose van de normale medische praktijk en zou daarom verplichte lectuur moeten zijn voor iedere co-assistent. Wellicht dat de conclusie van Emma, dat het aanzien van al dat leed je doet beseffen dat je van je leven moet genieten zolang je gezond bent, en dus de mogelijkheid om 'decadent' in Afrika een co-schap te gaan lopen om daar te kunnen duiken zo slecht nog niet is, dan iets beter doordacht wordt.

Arko Oderwald

Medisch filosoof, Vrije Universiteit Amsterdam

Paul Farmer, *Pathologies of war. Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press, 2003. xxiv+402 pp. £ 18.95 (gebonden). ISBN 0520235509.

Ik neem het laatste hoofdstuk door op de dag dat bekend geworden is dat in Nederland zes mensen besmet zijn geraakt met multiresistente tuberkelbacillen. De langdurige en complexe behandeling ervan kost veel geld, meer dan honderdduizend euro, zo meldt het jaarnummer op Nederland 1. Farmer beschrijft in dit boek zijn strijd tegen tuberculose, met name de multiresistente variant, en tegen aids. Zijn kritiek op overheden en financiers is vooral dat overwegingen van kosteneffectiviteit ertoe leiden dat met deze dodelijke variant van TBC besmette gevangenen in Rusland een effectieve behandeling onthouden wordt en in Afrika retrovirale medicijnen niet massaal voor aids-patiënten worden ingezet. Zijn stellingname is dat gezondheidsverschillen – de armen zijn ongezonder, lopen meer risico's en hebben minder toegang tot de zorg – voortkomen uit het met voeten treden van niet alleen mensenrechten, maar ook sociale en economische rechten, kortom een gevolg zijn van structureel geweld. Een campagne gericht op mensenrechten en het recht op gezondheid moet daarom ook over sociale en economische rechten gaan. Gezondheid is een fundamenteel mensenrecht is de herhaalde boodschap in zijn betoog, dat hij illustreert met schetsen van de situatie in Haïtiaanse platteland, in Chiapas Mexico en de gevangnissen in Siberië.

Wie *Pathologies of power* leest, leest het werk van een geëngageerd, gedreven arts, geïnspireerd door de bevrijdingstheologie en deel uitmakend van de organisatie *Partners in Health*. Farmer werkt als docent aan de Harvard Medical School én als arts onder de armen op het Haïtiaanse platteland. Centrale thema van het boek is dat mensenrechtenschendingen het best begrepen worden vanuit het gezichtspunt van de armen. Hij verbindt daarbij gedetailleerde case studies met bredere analyses van gezondheid en mensenrechten. Deze case studies zijn afkomstig uit eerder werk, maar wel voorzien van een recent nawoord. De vraag die hij daarin tracht te beantwoorden is: "What

happens when health becomes a commodity and doctors conduct ‘commercial transactions’ with patients, in a climate where managed-care corporations are the providers?” Als fundamenteel ethisch probleem van deze tijd ziet hij dan ook het voortduren van de aanwezigheid van behandelbare ziekten en de parallelle ontwikkeling van de wetenschap én economische ongelijkheid. Farmer bepleit dat sociale rechtvaardigheid een inherent element dient te zijn van medisch-ethisch denken. Hij poneert daarbij de prikkelende stelling dat als we het bepalen van de contouren van de moderne geneeskunde aan de markt overlaten, we te zijner tijd mogelijk moeten concluderen dat zelfs de praktijk van de geneeskunde een vorm van mensenrechtenschending kan vormen, doordat niet het verminderen van het menselijk lijden, met name buiten de westerse wereld, de drijfveer is, maar het maximaliseren van de winst. Onbehandelbaar betekent in die context vooral te duur om te behandelen. Farmer luidt de noodklok. Het is vijf voor twaalf: “We find ourselves at a crossroad: health care can be considered a commodity to be sold, or it can be considered a basic social right.”

Waar arts en medisch-antropoloog Farmer aan de (medische) antropologie refereert, is dit grotendeels negatief. Hij bekritiseert met name het culturaliseren en het cultureel-relativisme. Het benadrukken van culturele verschillen heeft lang de discussie over menselijk lijden gecompliceerd. Cultureel relativisme en argumenten om de waardigheid van verschillende culturen in ere te herstellen worden gemakkelijk overgenomen en “turned into profit”. Het cultuurargument draagt er zo aan bij de onderliggende economische factoren te verhullen. Cultuur speelt volgens Farmer maar een zeer kleine rol in het verklaren van de verspreiding van ellende. “Culture does not explain suffering: it may at worst furnish an alibi”. Schendingen van de menselijke waardigheid mogen dan ook niet geaccepteerd worden, omdat ze zie beroepen op een lokale ideologie of een eeuwenoude traditie. Te vaak prevaleert een cognitivistische, personalistische analyse die de individuele patiënt en zijn cultuur benadrukt boven een meer structurele, die de armoede als uitgangspunt neemt. Een dergelijke benadering draagt eraan bij dat gezondheidsproblemen en verschillen in beschikbaarheid van gezondheidszorg losgekoppeld worden van structurele economische en sociale verschillen.

Te lang zijn volgens Farmer de geneeskunde en de gezondheidswetenschappen alleen marginaal betrokken geweest bij de strijd voor mensenrechten. Hij klaagt erover dat mensenrechten vooral tot het domein van juridische experts gerekend wordt, terwijl antropologen die in hun werk zo vaak geconfronteerd worden met geweld, deprivatie en ontberingen, daar zo weinig aandacht aan besteden. Van hen wordt verwacht dat ze zich focussen op “atomistic cultural specificities”, terwijl ze de mogelijkheid hebben mensenrechtenschendingen en de discours die ze oproepen, in een bredere context te plaatsen. Daar ligt voor hem ook de opdracht voor de (medische) antropologie: “Life experiences (..) must be embedded in ethnography if their representativeness is to be understood.”. Een puur legalistische visie op mensenrechten heeft de neiging om de dynamiek van de mensenrechten te verhullen, terwijl contextualiserende disciplines, zoals de antropologie, deze kan ontmaskeren als ‘pathologies of power’. Farmer spreekt de hoop uit dat *Pathologies of power* beschouwd wordt als een bijdrage aan een kritische antropologie van structureel geweld. Getuigenis afleggen, solidariteit, compassie zijn daarom termen die in dit verband gerehabiliteerd dienen te worden.

Pathologies of power is goed gedocumenteerd. Het notenapparaat, literatuurreferenties en index beslaan zo'n 40% van het boek. Maar meer dan dat is het een betrokken en prikkelende betoog, waarin Farmer de lezer confronteert met een harde werkelijkheid. Hij daagt ook medisch-anthropologen uit hun ivoren toren te verlaten, hun inbreng in de strijd tegen armoede en ziekte kritisch te bezien en maatschappelijk stelling te nemen. Daarbij dient gezegd te worden dat wat Farmer op mondiaal niveau constateert, ook op nationaal niveau binnen de westerse wereld te vinden is, zoals onderzoek naar de gezondheid van etnische minderheidsgroepen laat zien. Ook bij hen gaat een lage sociaal-economische positie en beperkte politieke macht samen met een over het algemeen slechtere gezondheid. Hiervoor heeft Farmer in zijn boek geen oog. Voor antropologen – en voor universiteiten en medische centra in het algemeen – heeft hij de opdracht te komen tot pragmatische solidariteit. "Medicine becomes pragmatic solidarity when it is delivered with dignity to the destitute sick." Dat betekent de partij kiezen voor degenen die het meest lijden onder de steeds meer verruwendende nieuwe wereldorde. *Pathologies of power* biedt een waardevolle inbreng voor een debat binnen de (medische) antropologie nog in de kinderschoenen staat.

Rob van Dijk

Medisch antropoloog, Bavo RNO Groep Rotterdam

Jacobijn Gussekloo, Dirk Knook & Rudi Westendorp (red.), *Succesvol oud. Leiden 85-plus Studie 1997-2001*. Leiden: Sectie Gerontologie en Geriatrie Leids Universitair Medisch Centrum, 2002. 78 pp.

"De Leiden 85-plus Studie begint, waar andere ouderenonderzoeken stoppen", aldus de inleiding bij de samenvattende publicatie *Succesvol Oud* van dit onderzoeksproject, dat tussen 1997 en 2001 werd uitgevoerd. Bijzonder aan deze studie was enerzijds de onderzoeksgroep – 85-plussers, de oudste ouderen – en anderzijds de samenwerking tussen verschillende wetenschappelijke disciplines en met huisartsen, apothekers, verzorgings- en verplegingstehuizen.

Door de toenemende vergrijzing staat succesvol oud worden sterk in de belangstelling. Succesvol oud blijkt echter voor velerlei uitleg vatbaar. Gaat het bijvoorbeeld om een actieve en zelfstandige laatste levensfase of eerder om tevredenheid over het leven op hoge leeftijd? Doel van deze studie was het vinden van determinanten van succesvolle veroudering, om kennis te verkrijgen waarmee de autonomie, zelfredzaamheid en het welbevinden van ouderen kan worden bevorderd. In dit samenvattende boek zijn eerst twee complementaire inleidingen over karakteristieken van veroudering opgenomen vanuit biologisch en vanuit antropologisch perspectief. Na een beschrijving van de vraagstelling en de opzet van de studie volgen de resultaten van de drie proefschriften die gelijktijdig met dit boek zijn verschenen. In een afsluitend hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten met elkaar vergeleken: de medisch-anthropologische benadering levert in dezelfde onderzoeksgroep veel meer succesvolle ouderen op dan de biomedische benadering.

In *Hoe en waarom wij oud worden* betoogt Rudi Westendorp dat het gezegde ‘de ouderdom komt met gebreken’ weliswaar een biologisch correcte verwoording van het verouderingsproces is, maar dat dit niet deprimerend hoeft te zijn. Niet alle gebreken op hoge leeftijd zijn onvermijdelijk. Beperkingen en ziekten staan grotendeels los van kalenderleeftijd en sommige zijn tot op zeer hoge leeftijd uit te stellen, andere zijn zelfs geheel te voorkomen. Verder hebben niet alle beperkingen en ziekten een grote invloed op het dagelijks functioneren van ouderen en ouderen hebben een – vaak onderschat – aanpassingsvermogen. Westendorp laat vervolgens zien dat veroudering niet noodzakelijk is en niet onvermijdelijk. Mensen (en dieren) zijn geprogrammeerd om te overleven, investeren daarom in vruchtbaarheid en dat gaat ten koste van investering in onderhoud en herstel van het lichaam. Hij bestrijdt de aanname dat de gemiddelde levensverwachting na het verdwijnen van de kindersterfte niet meer verder zou kunnen toenemen. De kans op het krijgen van een hartinfarct of een dodelijke afloop daarvan op middelbare leeftijd is de afgelopen decennia sterk gedaald door gezondere leefwijzen en betere (preventieve) behandelingsmethoden. Er is geen reden om aan te nemen dat ook ouderdomsziekten als beroerte en dementie ook op hoge leeftijd niet zouden kunnen dalen.

Sjaak van der Geest en Els van Dongen laten in *Succesvol oud: schuivende betekenissen* zien hoe ‘succes’ en ‘oud’ vanuit antropologisch perspectief samengaan. Antropologisch onderzoek verschilt in drie opzichten van medisch onderzoek: de antropoloog hecht belang aan de context, wil interpreteren in plaats van verklaren en is geïnteresseerd in de ideeën van de betrokkenen zelf. Dat heeft ook gevolgen voor de onderzoeksmethoden: participerende observatie, open interviews. Er is weinig waarin culturen zo verschillen als in de betekenis en waardering van ouderdom. Veroudering als positief of negatief beschouwen is daarom een culturele constructie. Dat ouder worden niet van nature een negatief concept is, illustreert onderzoek van Van der Geest in een dorp in Ghana. In de lokale taal gebruikt men de term ‘groeien’ voor oud worden: ‘ik ben oud’ klinkt dus als ‘ik ben gegroeid’. De Ghanese collega-onderzoekers hadden het soms over ‘grown-ups’ als ze ouderen bedoelden. Wijsheid, kennis, levenservaring, het vermogen om in de toekomst te kijken, zelfdiscipline, onzelfzuchtigheid zijn de eigenschappen van oude mensen, zo vertelden de ouderen de onderzoekers. Maar bezoeken aan oude mensen en directe observaties leverden een heel ander beeld op. Hun claim dat ze een centrale rol speelden in de familie en adviezen gaven moest met een korreltje zout worden genomen. De onderzoekers zagen zelden een jongere met een ouder iemand samen. De ouderen bevestigden na enkele gesprekken dat die indruk juist was. In een eerste gesprek beweerden sommigen nog dat de jonge generatie veelvuldig naar hun adviezen en wijsheid kwamen luisteren, maar later beweerden ze het tegendeel. De jongeren, zo bleek, hebben geen interesse in de wijze raad van ouderen en het respect dat zij tonen is oppervlakkig, meer een vorm van etiquette. De verheerlijking van de ouderdom, in spreekwoorden en dagelijkse conversatie, blijkt een coping strategie, een vorm van *impression management*. Het is voor ouderen een manier van omgaan met het verlies van een status die waarschijnlijk nooit zo indrukwekkend is geweest. ‘Succesvol oud’ is een manier van zich presenteren aan de ander. Uitspraken over een mooi en succesvol leven vormen soms een façade waarachter de oudere veel

verdriet en frustratie tracht te verbergen. Volgens Van der Geest en Van Dongen werpt de interpretatie van succesvol oud als *impression management* een nieuw licht op de geriatrische paradox: het verschijnsel dat ouderen hun leven veel positiever inschatten dan de objectieve buitenstaander gewettigd lijkt. Misschien schatten ze zichzelf niet positief in, maar spreken ze zichzelf moed in of proberen ze de ander gerust te stellen. Dit geldt voor ouderen in Nederland evenzeer als in het Ghanese dorp.

Van der Geest en Van Dongen concluderen dat vanuit antropologisch perspectief succesvol oud verre van eenduidig is, de betekenis die er aan wordt gehecht is extreem contextgebonden. Die betekenis verschuift bijvoorbeeld als het begrip nader wordt onderzocht in verschillende culturele en politieke contexten en als aandacht wordt besteed aan de manier waarop mensen zich in gesprekken trachten te presenteren. Die beweeglijkheid en polyvalentie wordt soms onvoldoende onderkend, waardoor de resultaten van onderzoek naar succesvol oud worden vol tegenspraak en verwarring kunnen zitten zonder dat onderzoeker of opdrachtgever dat opmerken. Of misschien wel vermoeden, maar die gedachte zo lastig vinden dat ze er liever niet aan denken.

Na deze hoofdstukken over biologische en antropologische aspecten van veroudering volgen de samenvattingen van de drie proefschriften die uit de Leiden 85-plus Studie zijn voortgekomen:

Eric van Exel onderzocht de oorzaken van achteruitgang in cognitief functioneren in oudste ouderen. Daaruit bleek dat arteriosclerose en ontstekingsprocessen bijdragen aan schade in de hersenen, wat uiteindelijke tot cognitieve achteruitgang bij oudste ouderen leidt. Dit betekent dat preventie van risicofactoren voor arteriosclerose en hart- en vaatziekten tot een afname van het aantal ouderen met cognitieve stoornissen en dementie zal leiden.

In het proefschrift van Annetje Bootsma-van der Wiel gaat het om zelfredzaamheid van oudste ouderen. Zelfredzaamheid wordt gezien als het vermogen om activiteiten van het dagelijks leven te verrichten. Voor dit proefschrift is gekozen om beperkingen in de zelfredzaamheid te definiëren als het niet zelfstandig kunnen uitvoeren van de basale zelfverzorgende activiteiten, zoals aan- en uitkleden en het lichaam wassen, en van instrumentele activiteiten zoals koken, schoonmaken en boodschappen doen. Hierbij is succesvol oud gedefinieerd als een optimaal functioneren en gevoel van welbevinden. In deze benadering wordt succesvol oud beschouwd als een positief extreem van 'normaal oud'. Vanuit dit biomedische perspectief is gemeten hoeveel oudste ouderen uit de Leiden 85-plus Studie aan het predikaat succesvol oud voldeden. Dit bleek slechts tien procent te zijn (op een totaal van 599).

Margaret von Faber stelde voor haar proefschrift het perspectief van de oudste ouderen zelf centraal. Voor dit kwalitatief medisch-antropologisch onderzoek zijn diepte-interviews gehouden met een representatieve groep van 27 deelnemers van de Leiden 85-plus Studie. De meeste ouderen zijn twee keer of vaker geïnterviewd. In de gesprekken is gevraagd naar hun visie op ouder worden, het begrip succesvol oud en de rol die gezondheid hierin vervult. In dit onderzoek beschouwden de meeste 85-jarigen zich als succesvol oud. Succesvol oud definieerden zij als tevreden zijn met de eigen situatie. Het succes zat hem niet in optimaal functioneren, maar in het aanpassingsvermogen om met (normale) achteruitgang om te kunnen gaan. Sociale contacten bleken

belangrijker voor welbevinden dan optimaal fysiek en cognitief functioneren. Vanuit het perspectief van ouderen gezien bestaat er een hiërarchie in domeinen die van belang zijn voor succesvol oud zijn. Sociale contacten staan daarbij bovenaan. Beperkingen in de gezondheid hebben gevolgen voor de sociale contacten. Ouderen zelf zien succesvol oud worden als een proces van aanpassing gericht op het behoud van tevredenheid. Vanuit dit perspectief kon het merendeel van de ouderen worden gekarakteriseerd als succesvol oud.

In het laatste hoofdstuk worden de resultaten van de kwantitatieve biomedische benadering en de kwalitatieve medisch-antropologische benadering vergeleken. Dat levert een boeiende confrontatie op, mede door de citaten van de ouderen zelf zoals: "Ik ben gehandicapt, maar ik voel me gezond". Meest opvallend is het grote verschil in de score 'succesvol oud': in de biomedische benadering slechts 10% succesvolle ouderen, in de medisch-antropologische benadering het merendeel. Het is dus maar wie en hoe je het bekijkt.

De onderzoekers beschouwen de relativering van cijfers en de verbinding van kwantitatieve resultaten met kwalitatieve als het belangrijkste resultaat van hun studie. Hierin zijn zij pionier. Andere studies naar succesvol oud waren – en zijn – primair gericht op lichamelijke aspecten en op jongere onderzoeksgroepen.

De onderzoekers eindigen met de nadrukkelijke constatering dat het doel van het onderzoek niet was om overeenstemming te bereiken tussen verschillende perspectieven van succesvol oud worden of om een gouden standaard te ontwikkelen. Belangrijkst vinden zij het resultaat dat optimaal functioneren wel belangrijk is, maar niet zaligmakend om succesvol oud te worden. Veel meer van belang is het aanpassen aan de hindernissen die optreden gedurende het ouder worden. Daarom zijn de resultaten van het onderzoek belangrijk voor artsen, onderzoeker en beleidsmakers. Artsen moeten zich meer bewust zijn dat lichamen en cognitief functioneren door ouderen worden gezien als middelen om goed sociaal te functioneren. Onderzoekers zouden zich met meer domeinen moeten bezig houden dan alleen het lichamelijke. Beleidsmakers hebben de verantwoordelijkheid om succesvol oud worden niet alleen te zien als optimaal functioneren, maar ook als tevredenheid met het leven.

De onderzoekers zijn er absoluut in geslaagd aan te geven dat het perspectief van de ouderen zelf op succesvol oud nogal afwijkt van het medisch-biologische perspectief, omdat zij optimaal functioneren niet als identiek aan succesvol oud zien, maar als middel voor sociale contacten. Aanpassingsvermogen is de sleutel tot succesvol oud. Ik vind dat de belangrijkste verdienste van deze multidisciplinaire aanpak, die de discrepantie tussen de biomedische kwantitatieve invulling van succesvol oud en het perspectief op succesvol oud van ouderen zelf blootlegt. Natuurlijk zijn deze bevindingen ook belangrijk voor artsen, onderzoekers en beleidsmakers. Deze discrepantie levert echter tegelijkertijd verwarring op, die volgens Van der Geest en Van Dongen bij onderzoek naar succesvolle veroudering hoort, omdat de betekenis extreem contextgebonden is. De onderzoekers hebben dat duidelijk gemaakt, maar de vraag is nu wat artsen, onderzoekers en beleidsmakers er verder mee moeten. Zij zullen in hun eigen context betekenis moeten geven aan de resultaten van dit onderzoek en hun verwarring moeten overwinnen. Wat mij betreft leveren de resultaten van de Leiden

85-plus Studie in eerste instantie veel verwarring op bij onderzoekers en beleidsmakers en stimuleert hen dat vervolgens om binnen hun eigen context aan de slag te gaan met deze resultaten. Voor het Ministerie van VWS – (mede)opdrachtgever van de Leiden 85-plus Studie – ligt hier een gouden kans, omdat er een nieuwe nota ouderenbeleid in de maak is. Wat ouderen zelf willen en kunnen, is daarbij een belangrijk uitgangspunt. Het in de Leiden 85-plus Studie gepresenteerde perspectief van ouderen zelf op succesvol oud als aanpassingsvermogen hoort dus zeker in deze nota thuis.

Yvonne Quispel

LBL, expertisecentrum leeftijd en maatschappij

Ellis F. Jonker, *Helpen tot je een ons weegt. Motivatie en ambitie van Amsterdamse jongeren in opleiding voor de ouderenzorg*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2004. 471 pp. € 55,00.

Helpen tot je een ons weegt is een boek over een belangrijk onderwerp: de zorg voor ouderen in een postindustriële samenleving. Het gaat in het bijzonder over de meisjes – en de enkele jongen – die aan de Amsterdamse School voor Gezondheidszorg een opleiding voor verzorgend werk volgen. Waarom bereiden zij zich aan het begin van de 21e eeuw voor op onaanzienlijk werk in een sector met personeelsgebrek, ziekteverzuim, geldtekort, wachtlijsten en wantoestanden? Weinig leerlingen zien het werk als een roeping. De meesten beginnen met een vage motivatie en een deel van hen had liever een ander beroep zoals stewardess gekozen. Sommigen zien niets in het werk: “Je denkt toch niet dat ik voor iemand anders ga schoonmaken”. Een-derde van de leerlingen haakt af en een ander deel gaat na afronding van school verder studeren en zoekt het hogerop. De meeste leerlingen hadden niet zo veel te kiezen. Dat ze op deze school terecht zijn gekomen, zegt meer over hun positie in de samenleving dan over hun ambitie om helpende in de gezondheidszorg te worden.

Ellis Jonker heeft deze groep leerlingen uitgebreid onderzocht. Ze heeft interviews afgenomen, interacties in de klas geobserveerd en ze heeft zelf les gegeven. Van 31 leerlingen heeft ze de levensverhalen opgeschreven. Daarin komen zelfbeeld, levensloop, schoolloopbaan en motivatie in relatie tot elkaar aan bod. In haar etnografische veldwerk geeft ze leerlingen de ruimte om eigen ervaringen naar voren te brengen en heeft ze een reeks van “historische, materiële, organisatorische, retorische en symbolische aspecten” van het schoolleven van haar respondenten in kaart gebracht. Wat gebeurt er met de leerlingen op school? In het antwoord op die vraag komen biografie en etnografie samen en worden het individuele niveau van schoolbeleving, interacties op school en de plaats van zorg in de samenleving met elkaar in verband gebracht. Een schat aan materiaal is het resultaat: aangrijpende levensgeschiedenissen die prachtig zijn opgeschreven, treffende observaties op school die een inkijkje geven in het leven in de klas. Het zijn gegevens die ternauwernood in het keurslijf van één boek passen, zeker niet als je zoals de schrijfster recht wil doen aan de diversiteit en de variatie in levensverhalen, ervaringen en interacties. Het boek is dan ook omvangrijk geworden

en het heeft een indrukwekkend notenapparaat. Desondanks schrijft de auteur dat het beeld dat ze schetst slechts partieel is.

Een luchtig verhaal is het niet geworden. De school is niet inspirerend en slaagt er slechts bij een klein deel van de leerlingen in om hen tot overtuigde en bevrogen 'helpenden gezondheidszorg' op te leiden. Het gebouw is verwaarloosd, de school heeft slechte faciliteiten en is bureaucratisch georganiseerd. Dat alles is vooral schrijnend, omdat de school betere tijden heeft gekend en de verwaarlozing een recent verschijnsel is. Is dit gegeven als een indicatie te beschouwen voor een devaluatie van dit type onderwijs en het type werk waar deze school voor opleidt? De school faalt ook in andere opzichten: de didactiek is ouderwets, de omgang met de leerlingen weinig empathisch. Leraren en directie bedoelen het goed, zetten zich zeker in, maar ze houden onvoldoende rekening met de samenstelling van de leerlingpopulatie, die voor een steeds groter deel uit andere, verre landen komt. Ze steunen leerlingen niet bij hun leerproblemen, geven hun geen zelfvertrouwen en slagen er niet in hen bij de les te houden of de weerstanden tegen het curriculum op te heffen. Ze laten hun weinig ruimte voor reflectie op eigen handelen en stellen hen niet in staat een positieve 'agency' te ontwikkelen. Theorie, beroepsvorming en identiteitsvorming worden in het onderwijsprogramma niet op elkaar afgestemd. Werkervaring en stage-ervaringen worden niet in het onderwijsprogramma verwerkt. Modieuze doelstellingen als 'maatwerk' en 'leren leren' worden met de mond beleden, maar in de praktijk komt daar weinig van terecht.

De school doet het niet goed, maar ik ben geneigd om de problemen van de school in ieder geval voor een deel te beschouwen als uitdrukking van de plaats die zorg in een postindustriële samenleving inneemt. Dat de school er niet in slaagt om leerlingen aan het beroepsveld te binden, kan daardoor worden verklaard. De school leidt op voor werk dat ook zonder opleiding gedaan kan worden en nog niet zo lang geleden bestond er geen opleiding voor. 'Helpende in de gezondheidszorg' wordt tegenwoordig als serieus beroep gedoceerd, maar wat de leerlingen leren is niet goed te onderscheiden van de praktische kennis en vaardigheden waarover iedere volwassenen geacht wordt te beschikken. Dat verklaart dat hetzelfde werk ongekwalificeerd in het informele circuit wordt verricht, tegen grijze of zwarte betaling.

De leerlingen hebben toekomstdromen die botsen met de hardnekkige werkelijkheid van alledag, maar deze spanning komt in het boek weinig uit de verf. Het is niet alleen geschreven vanuit het perspectief van de leerlingen, maar ook vanuit een sterke betrokkenheid bij de leerlingen. De onderzoekster stelt zich aan de kant van de leerlingen op en dat maakt het haar moeilijk om hun verhalen in een groter verband te plaatsen. Dat maakt het ook moeilijk om de prestaties van de docenten en van de school met wat meer afstand te bekijken. Welke bijdrage kan de Amsterdamse School voor Gezondheidszorg leveren aan het verbeteren van de maatschappelijke positie van deze groep leerlingen? Kan de school onderwijs aanbieden dat compensatie biedt voor hun geringe maatschappelijke kansen en voor de uitsluiting waarmee zij worden geconfronteerd? Ook als de leerlingen op school meer stem zouden krijgen vallen daarvan geen grote effecten te verwachten.

De leerlingen hebben tijdens hun stages veel nare ervaringen. Ze krijgen racistische opmerkingen naar hun hoofd en worden neerbuigend bejegend. Ook blijken zij

nogal eens te schrikken van de oude lichamen die ze moeten wassen, en hebben ze een emotionele weerstand tegenover de fysieke verrichtingen die van hen verwacht worden. Veel leerlingen zijn nooit met de lichamelijke verzorging van andere mensen in aanraking geweest en vinden het eng en vies. Eén meisje kan bij deze vreemde oude mensen alleen maar functioneren als ze steeds haar oma in gedachten neemt. Het blijft dan ook een intrigerende vraag wie de enthousiastelingen zijn die doorzetten, en waarom zij het vak helpende zo leuk vinden. Het is moeilijk om zich van deze groep een beeld te vormen.

Volgens Jonker ligt het verschil tussen leerlingen die doorzetten en die afhaken niet in etniciteit of in andere groepsverschillen, maar in hun persoonlijkheidskapitaal. Deze variant op de kapitaalindeling van Pierre Bourdieu wekt nieuwsgierigheid op, maar komt helaas slechts even ter sprake en wordt weinig uitgewerkt. De auteur omschrijft persoonlijkheidskapitaal als “een individueel, uniek en veranderlijk amalgaam van eigen gemaakt sociaal en cultureel kapitaal, identificaties en plaatsbepalingen in het leven.” Daarin verschillen de leerlingen en dat maakt dat sommigen doorzetten en anderen afhaken.

Ellis Jonker heeft oog voor de hardnekkigheid van bestaande machtsverhoudingen. Ze ziet het personeelsgebrek in de zorgsector dan ook niet als een imago probleem en ze verwacht weinig van overheids campagnes die daarop zijn gericht. De problemen liggen dieper. Dat maakt de positie van de leerlingen op de Amsterdamse School voor Gezondheidszorg niet benijdenswaardig en eigenlijk geldt hetzelfde voor de leraren van de school. *Helpen tot je een ons weegt* is een rijke, maar treurig stemmende bron voor iedereen die meer wil weten over de motivatie en ambities van jonge mensen die ervoor worden opgeleid om oude mensen te verzorgen.

Rineke van Daalen
Medisch-socioloog, Universiteit van Amsterdam

Sarah Franklin & Margaret Lock (eds.), *Remaking life & death: Toward an anthropology of the biosciences*. Santa Fe: School of American Research Press, 2003, xii + 372 pp., £16.95.

The essays compiled in this book map broad changes in the continuously evolving conceptions of ‘life’ and ‘death’ as brought about by developments in contemporary science. The individual work of the nine contributors highlight the necessity of cross cultural comparison as each investigates different issues concerned with the shifting of boundaries between life and death in relation to bio-prospecting, cloning, the patenting of life forms, organ transplantation, organ and tissue harvesting, new reproductive and genetic technologies and embryo research. The volume itself is the realization of an extended research project following on a panel discussion before the American Anthropological Association in 1998. It was guided by Sarah Franklin and Margaret Lock and was titled *Changing definitions of life and death*. The editors of this volume subsequently applied to the School of American Research in Santa Fe, New Mexico, for an advanced seminar on *Animation and cessation: Anthropological*

perspectives on changing definitions of life and death in the context of medicine (2000). *Remaking Life & Death* is the culmination of this project and includes an introductory essay by Franklin and Lock, as well as contributions by the participants from this final seminar.

The unifying theme among the different chapters involves the manipulation of life and death in the twenty-first century and mapping the broad parameters of such changes. As indicated by Franklin and Lock: “all the contributions to this volume emphasize ways in which technology is socially informed and demonstrate how specifically desired ends are built into knowledge and techniques associated with biomedicine, the biosciences, and biotechnology” (p. 5). The different essays also give attention to “the processes of capitalization that are involved in transforming the biological, or life itself, into commodities, markets and strategies for accumulating wealth” (p. 6). The changing meanings associated with capital, production, labor, value and distribution are equally taken into account.

Each contribution attends to different scientific practices and shows how boundaries between life and death have been challenged by it. As a result of the diverse fields of interest the different chapters do not show much engagement with each other. As the editors indicate, the book is “less a representative set of findings than an indicative range of case studies that invite further elaboration by scholars in anthropology and related fields on a topic of increasing economic, political, and cultural importance” (p. 16). The various chapters are only loosely linked to each other. Yet each chapter might potentially have a formative influence on its own field and related literature. The book is therefore a seminal contribution to the broader field of inquiry.

The various chapters all include interesting and innovative ideas and a brief overview of the various contributions might be useful. In *On beginning and ending with apoptosis: Cell death and biomedicine*, Hannah Landecker provides a historical analysis of apoptosis, or programmed cell death. The author indicates that cell death, somewhat paradoxically, has an important role to play in the continuation of the life of the organism. Apoptosis thus has a very important biological function. Landecker further shows that more holistic issues related to the life and death of the living cell entity are implicated in the various approaches to cellular animation and cessation.

Linda Hogle gives attention to the harnessing of cellular function for the cure of diseases and also for capital investment and profit in *Life/time warranty: Rechargeable cells*. The author shows that, for example, tissue engineering promises future therapeutic applications but also implies huge financial expenditures. Hogle discusses both the medical possibilities, as well as the financial profits and expenses at stake in a variety of technologies that “offer a speculative future for both curative products and capital investment” (p. 17).

Sarah Franklin’s *Ethical biocapital: New strategies of cell culture* begins with reactions to the cloning of Dolly and considers how responses to it in Britain and the United States are indicative of important moral distinctions between therapeutic and reproductive cloning. Franklin argues that ethical concerns are increasingly ‘built into’ (p. 113) cloning, stem-cell research, and other technologies as companies try to calibrate their research agendas and scientific progress with public opinion.

In *Cell life and death, child life and death: Genomic horizons, genetic diseases, family stories* Rayna Rapp movingly illustrates the meeting between the lived world of genetic disease and its intersection with genetic medicine. She shows that research on genetic diseases at molecular level also affects health care professionals and particularly families and patients for whom “time is always running out” (p. 118). Rapp also indicates that cell lines acquire their own ‘social identities’ that go beyond their biological being and theorems.

Margaret Lock discusses the ethical issues involved in the harvesting of organs from people who are as ‘good-as-dead’ (p. 169) in *On making up the good-as-dead in an utilitarian world*. She addresses the commodification of bodies that are irreversibly damaged in order to procure organs that can save the lives of other patients. Lock highlights the use of older notions of transcendence to support the use of such potentially life-saving but invasive technology. The author gives attention to the ways in which the category of ‘good-as-dead’ is shifting to make the utilization of such bodies possible for organ transplantation. Lock’s discussions of brain death and persistent vegetative state are of particular interest as these are circumstances under which the boundaries between life and death are highly ambiguous.

Corinne Hayden’s *Suspended animation: A brine shrimp assay* uses brine shrimp (*Artemia salina*) assays as a case study to give fascinating insight into the area of bioprospecting. The toxicity of plants can be measured by attending to their effects upon the mortality of the shrimp. As a result bioprospectors gain insight into the potential therapeutic and industrial value and purposes of particular plants through these interactions between plants and animals.

In *Life@Sea: Networking marine biodiversity into biotech future* Stefan Helmreich investigates the turn to representations of the ocean as a place of origin and of the future, as a natural reserve of life and biological resource. He shows how “‘life’ as biodiversity becomes visible in social practice, particularly through the lens of marine science” (p. 233-4). Helmreich gives attention to how the sea as a system is used to redefine life as a network connecting ‘local organisms to global systems’ (p. 255). He finally points out that such systems and their relationships are not only scientific but also impact on economic, and cultural issues such as property, law, governmentality and capital.

Lynn Morgan’s *Embryo tales* considers the emergence of the ‘public fetus’ in the intersection between expert, lay and legislative contestations of stages of fetal development over time. Morgan traces the history of the development of embryology and discusses contemporary moral debates concerning “tissue collection, embryo research, stem cell technologies, abortion and fetal subjects” (p. 20). The author also gives a semiotic analysis of the fetus as it was portrayed and given ‘voice’ in scientific and public life.

Donna Haraway uses canine genetics as a case study in *Cloning mutts, saving tigers: Ethical emergents in technocultural dog worlds*. She uses the interface between genealogy and genomics to highlight genetic and moral issues such as attempts to maintain genomic stasis to limit the diversification in the pool of genes. Such inbreeding can result in pathologies. This aspect can have serious effects, for example in efforts to save endangered species, such as tigers.

While addressing quite diverse topics, the chapters of *Remaking Life & Death* are broadly linked by analytical themes and offer new challenges to thinking about the conceptual boundaries between life and death in the light of recent scientific developments. The different contributions also give cognisance to its wider implications for moral, political, and social issues. The contributors emphasize that technology is socially informed and that particular desired ends 'are built into the knowledge and techniques of biomedicine, the biosciences and biotechnology'. This collection is a valuable contribution to new ways of thinking in its various subfields.

Diana Gibson
Medisch antropoloog, Universiteit van Amsterdam

F. Meulenberg, J. van der Meer & A. Oderwald (red.), *Ziektebeelden. Essays over literatuur en geneeskunde*. Utrecht: Lemma, 2002. pp. 730. € 49,50.

Een mooi boek met boeiende essays, achtenzestig maar liefst, over ziektebelevingen in romans en andere literatuur. Een werveling van verhalen over verhalen van ziekten, zieken en dokters die niet alleen in de romans vlees en bloed hebben gekregen, maar ook in de essays. Een waardevolle bron, dat is deze verzameling, samengesteld door Meulenberg, Van der Meer en Oderwald. De samenstellers menen dat literatuur en geneeskunde aansprekend thema's zijn, omdat het dokters en dokters-in-spé in aanraking brengt met ervaringen van patiënten en artsen en met de daarbij behorende dilemma's. Maar na lezing van de essays moet ik daar onmiddellijk aan toevoegen: het is toch ook gewoon leuk, veel spannender en uitdagender om op deze wijze naar ziekte te kijken. Inderdaad: je gaat ervan nadenken, het lezen van romans over ziekte bevrijdt je van je eigen denkkader en je krijgt onverwachte mogelijkheden aangereikt om je patiënten of je dokter beter te begrijpen. Bovendien komen aspecten van ziek zijn en genezen (of niet) aan de orde die in de dagelijkse praktijk wel aanwezig zijn, maar waar in de vakliteratuur niet over wordt geschreven: humor, walging, zwartgalligheid, hoop en hopeloosheid, vooroordelen, verdriet en ontroering, kortom alles dat het drama van ziek zijn kan bevatten.

Het zou te ver voeren alle bijdragen te bespreken. Zonder de auteurs te kort te willen doen heb ik twee essays uitgekozen die me zijn opgevallen door hun humor, originaliteit, diepgang of bescheidenheid. De keuze is overigens willekeurig; uit een winkel vol mooie dingen is het lastig kiezen.

Vermakelijk is de bijdrage van Froukje Boukes over geneeskunde als soap. De schrijfster bespreekt eerst de doktersroman van Peter Andriessse, *Zuster Belinda en het geheime leven van dokter Dushkind*. In het kort komt het verhaal erop neer dat Belinda, een jonge blom van het platteland, naar Amsterdam verhuist om als leerling-verpleegkundige te gaan werken. Ze komt in het ziekenhuis in aanraking met Dushkind, een knappe chirurg die zijn handen niet kan thuishouden. Boukes schrijft over het boek: "De macht van de dokter en de onschuld van de zuster worden tot in het absurde doorgevoerd." Belinda, intussen verloofd met een jonge schrijver, wordt door Dushkind verkracht op de operatietafel. De dokter is een soort Jekyll and Hyde: hij

trouwt met Belinda als ze zwanger raakt en vermoordt intussen zijn rivalen op weg naar de top. Hij blijkt ook zijn dochter te hebben vermoord. Als Belinda hem daarmee confronteert, weet Dushkind haar krankzinnig te verklaren en in een gesticht op te laten nemen. De afgewezen verloofde snijdt zijn polsen door en komt bij haar in het gesticht, waar Dushkind ook al de scepter zwaait. Ze blijken er vrede mee te hebben en je zou bijna concluderen: ze leefden nog lang en gelukkig.

De lezer heeft het al geraden: het is geen doorsnee doktersromannetje. In zekere zin lijkt het boek op de overbekende soaps die heden ten dage op de televisie worden uitgezonden. Het boek wordt ook gepubliceerd als feuilleton in de Nieuwe Linie. Het is geprezen en verguisd. Maar wat is nu de les? Waarom moeten dokters dit boek lezen? Boukes zegt dat het werken in de huisartsenpraktijk overeenkomsten laat zien met een soap wat betreft structuur en inhoud. In de huisartsenpraktijk is er een snelle wisseling van personages, net als in een soap. Er komen nogal eens emotionele scènes voor in de spreekkamer en er zijn een hoop merkwaardige personages die de hoofdrol willen spelen. Boukes bespreekt zo'n patiënt, mevrouw Van den Berg. Deze vrouw kwam op het spreekuur en besprak met de auteur (die huisarts is) de ziektes in haar gezin: zij fibromyalgie, een dochter ME en de andere een wiplash, allemaal ziektes die moeilijk zijn vast te stellen. Maar het kan nog sterker: in haar praktijk heeft Boukes ook mevrouw Van den Heuvel, die zoveel buikklachten heeft gehad dat de artsen maar alles hadden weggehaald wat last zou kunnen veroorzaken: blindedarm, baarmoeder, galblaas en eierstokken. Door een conflict in haar vrijwilligerswerk werd ze bedlegerig. De klachten? Wat mevrouw Van den Berg in haar gezin aan ziektes had, had mevrouw Van den Heuvel allemaal. Boukes geeft de raad om met dergelijke patiënten gewoon mee te acteren, hoewel men natuurlijk wel dient te zorgen er niet al te diep in betrokken te raken. Fantaseren hoe het zou zijn als je als dokter zou zeggen wat je denkt helpt soms ook. Boukes: "Wie oog heeft voor de soap op het spreekuur, glimlacht de hele dag."

Jaap van der Laan, ook een huisarts, heeft over het werk van Boelgakov geschreven. Hij beschrijft de eerste jaren van Boelgakov als jonge, onzekere arts die in een autobiografisch getint boek, *Aantekeningen van een jonge arts*, zijn weergegeven. In dit boek wordt de angst van een jonge dokter beschreven. Hij ziet er te jong uit, moet opboksen tegen de bekwaamheid van zijn voorganger, voert zijn eerste amputatie uit en redt daarmee het leven van een meisje. Hij weet zich geen houding te geven tegenover patiënten en hun familie en compenseert dat door barsheid. Het verhaal *De Versiedoop* toont de lezer hoe bedrieglijk de rust en zelfverzekerdheid van een dokter soms kunnen zijn. Ondanks dat het werk de jonge dokter steeds beter afgaat, blijft hij angstdromen en nachtmerries hebben. De dokter loopt tegen ingesleten gebruiken en vooroordelen van zijn patiënten aan en uiteindelijk – in het verhaal *Morfine* – vlucht hij in de verslaving. Volgens Van der Laan laat Boelgakov goed zien dat het doktersvak een inherente onzekerheid kent en de dokter vaak op onvolledige informatie moet handelen in een situatie waar hij zeker in het begin niet is toegerust.

Nu ik het bovenstaande eens overlees, besef ik dat ik de twee essays toch niet zo willekeurig heb gekozen. Dit dikke boek over veel boeken stimuleert en prikkelt inderdaad, zoals de inleiders aan het begin hebben gesteld. Het prikkelt een medisch antropoloog die vanuit de discipline vaak geneigd is de relatie tussen arts en patiënt in ter-

men van macht te analyseren en daardoor het risico loopt thema's als onzekerheid, wanhoop, irritatie, verdriet en onmacht van artsen over het hoofd te zien. Bovendien kiest de antropoloog maar al te vaak de zijde van de 'zwakkeren', in de meeste gevallen de patiënten. Daar is niets tegen en dit heeft ook zijn redenen. Niettemin is voor een algeheel beeld van de wereld van gezondheid en ziekte ook studie naar de andere kant – de artsen – nodig. Voor mij persoonlijk heeft het boek me tot de overweging gebracht die andere kant nog eens extra te belichten; een overweging die ik in mijn werk verschillende keren heb trachten te volbrengen.

Els van Dongen
Medisch antropoloog, Universiteit van Amsterdam

Sharon Preves, *Intersex and identity: The Contested Self*. New Brunswick & London: Rutgers University Press, 2003. 213 pp. \$ 22.00 (paperback).

Sharon Preves demonstrates a unique ability to capture the very personal and often overlooked stories of intersexed individuals from a variety of life experiences and backgrounds in her text *Intersex and Identity*. At the same time she re-centers the focus of mainstream intersex research from that of a scientific, biological, medicalized discussion to one concerned with intimate, personalized accounts of what it truly means to live, work, love and grow as an intersexed individual and as a part of the larger and complex intersexed community.

Preves lays the groundwork for the focus of her text by offering a brief but detailed explanation of the traditional, medically based perspectives and treatments of intersexed bodies. She offers a glimpse into the medical and social procedures used to 'fix' intersexed bodies and minds so that they will fit into the gender binary, a system that recognizes only two sexes and two corresponding genders, a system that intersexed individuals draw into question through their very existence. Preves critically examines the role of the Western, two sex culture as it effects intersexed people and offers her readers a look at the social and physical realities afforded individuals with bodies not fitting into the socially constructed sex/gender mold. While it is clear that Preves is dissatisfied with the present sex/gender system which allows for what she call two 'flavors', male and female, she does not allow her own feelings to dictate the feel of the text. Instead she relies on respected research from the likes of Suzanne Kessler and Judith Butler to pour the foundation for her own unique research.

Preves' work is based on her in-depth interviews of thirty-seven adult intersexuals from North America. The study participants ranged in age from twenty to sixty-five, had various types of intersexed conditions, various experiences dealing with their intersexed bodies, and lived in nineteen United States and Canadian provinces. Not only were the interviewees from a variety of backgrounds, the ways in which their intersexuality was treated by doctors, families, and society also varied a great deal ultimately shaping much of the way they felt about themselves and the intersexed 'community'. However all of the participants did have one thing in common: their affiliation with intersexed support groups. Each participant was a self-identified member of one

of a myriad of support groups ranging in focus from political advocacy and awareness to social support organizations.

This affiliation with support organizations and political groups assisted the participants in not only finding their own voices as proud intersexed individuals, as Preves explains in great detail in the text, but also paved the way for what has become in recent years the voice of an intersexed movement. The bulk of Preves' text is spent examining the ways in which intersexed individuals and groups have found their voices, embraced their differences and used those differences to make changes in both personal relationships and social perceptions and treatments of intersexed people. Preves does so by examining intersexuals personal experiences within the rubric of the coming out models of the gay and lesbian movement of the twentieth century and outlines five stages of identity negotiation: recognizing one's nonconformity, acknowledging one's difference, validation of one's self, pride in marginal identity, and identity synthesis and integration. Preves' research diverges from tradition as she does not rely on professionals working with intersexed populations for information and insight, but instead goes directly to the source, the intersexed people for which she advocates change. Preves outlines each stage of her coming out model as it effects not only individuals but as it assists intersexed people in expressing their experiences to communities.

Using her coming out model, Preves argues contrary to the "spoiled identity" theory of Irving Goffman, that individuals can overcome the stigmas associated with difference. This ability to overcome stigma is an important theme in her interviews as her participants described not only their feelings of shame but also their process of coming to terms with those feelings and ultimately the pleasure they have found in themselves and other intersexuals. Overcoming stigma served to enable the intersexed individuals Preves interviewed to find their voices and change their ways of thinking about sex, gender, and society.

Preves' research is fresh in the sense that most studies of intersexuality have overlooked true life experiences and have not explored the ways in which individuals come to terms with their difference. Additionally, Preves draws two conclusions not fully explored in the field of intersexuality research: that social support, in this case in the form of support groups, is invaluable to the formation of a positive sense of self and autonomy and that focusing less on the category of intersexed "may indeed be a step in the right direction toward the ultimate goal of focusing less on gender and sexual categorization". Preves argues against the notion of developing a third gender category to encompass intersexed individuals and for a society that focusing entirely less on gender as an issue. While many theorists have argued that gender should not dictate the formation of identity, Preves takes a unique approach and offers an exciting new context through which the reader can examine not only intersexuality but society as well.

Megan Glancy
Social scientist

Jeffery Scott Mio & Gayle Y. Iwamasa (eds.), *Culturally diverse mental health. The challenges of research and resistance*. Brunner/Routledge: New York, 2003, 384 pp. \$ 39,95 (paperback) ISBN 0415933587.

Dit boek neemt de lezer mee op een multiculturele reis in de geestelijke gezondheidszorg waarbij de focus de verschillende bevolkingsgroepen, al dan niet etnisch gedefinieerd, in de Verenigde Staten zijn. De etnische bevolkingsgroepen betreffen de African Americans, Latin Americans, Asian Americans en Native Americans. De niet-etnische populaties, die vaak over het hoofd gezien worden in discussies aangaande de geestelijke gezondheidszorg, betreffen vrouwen, homoseksuelen, ouderen, doven en religieuze groeperingen. Ook komen de verschillen tussen en binnen de diverse culturen ter sprake. Het boek is in de eerste plaats interessant voor wetenschappers en werkers in de Amerikaanse gezondheidszorg. Gezien de uiteenlopende thema's die ter sprake komen, is het boek eveneens een inspiratiebron voor mensen die buiten Amerika betrokken zijn bij de geestelijke gezondheidszorg. De lezer kan in dit boek putten uit de ervaringen van de 31 auteurs die kritisch, maar ook met affiniteit de vinger leggen op de zere plekken binnen de interculturele gezondheidszorg.

De behoefte van Amerikaanse psychologen voor meer aandacht aan de etnische psychologie vormde de aanzet tot dit boek. Een eerder verschenen boek over dit thema, Robert Guthrie's *Even the rat was white: A historical view of psychology*, dat vooral inging op de weerstanden die de 'witte' psychologie toonde tegen de 'zwarte' psychologie in Amerika, kreeg destijds weinig aandacht. Het leidt geen twijfel, dat de tijd thans rijp is om de veranderingen in het paradigma van de psychologie onder de aandacht te brengen.

Culturally diverse mental health is opgebouwd uit drie delen met in totaal negentien hoofdstukken. Het eerste deel gaat in op de weerstand om 'gevestigde' opvattingen en visies los te laten of aan te passen aan de multiculturele psychologie. In zes hoofdstukken worden voorbeelden gegeven over hoe afkeer en angst middelen zijn ter verdediging en hoe deze omgezet kunnen worden naar fascinatie en nieuwsgierigheid voor het onbekende. Jeffery Scott Mio gaat in op moderne vormen van weerstand tegen multiculturalisme. Dan volgt Michael D'Andrea met een artikel over het vergroten van het begrip 'wit racisme' en de weerstand tegen verandering in counseling praktijken en de psychologie in het algemeen. J. Douglas McDonald en John Chaney gaan in op de weerstand zoals deze zich aftekende rondom de oorspronkelijke bevolking van Amerika, de indianen. Karen Suyemoto en Juanita Dimas sporen de wetenschappers in de psychologie aan om multiraciale individuen te erkennen, terwijl Patricia Arredondo in gaat op de rol van diversiteit en multiculturalisme binnen de universiteit. Jeffery Scott Mio en Laurie Rodes doen ten slotte voorstellen over het vormen van bruggen tussen vertegenwoordigers in de psychologie en de zorgverlening. Dit wordt voornamelijk bereikt door medestander te worden van de 'ander' en deze meer als een naaste te beschouwen.

Het tweede deel bestaat uit zeven hoofdstukken die ingaan op de diversiteit binnen de etnische minderheden. Lori Barker-Hackett bespreekt de zoektocht van African Americans naar hun ware identiteit. Zij hanteert hierbij het tijdsconcept van de Keni-

aanse theoloog John Mbiti die stelt dat Afrikanen een eigen filosofie over tijd hebben, waarin het verleden geassocieerd wordt met zowel het heden als de toekomst. Volgens Barker-Hackett is het echter niet zinnig voor African Americans om vanuit de Afrikaanse filosofie het leven te benaderen. Zij zouden er beter aan doen om een Afro-Amerikaans perspectief te ontwikkelen. Hierbij wordt rekenschap gegeven aan zowel Afrikaanse als Europese normen en waarden die beide de beleveniswereld beïnvloeden. Het volgende hoofdstuk van Shalonda Kelly gaat over het belang van stabiliteit binnen Afro-Amerikaanse echtparen en gezinnen en de door hen ervaren geestelijke gezondheidsproblemen. Ze onderzoekt de rol van discriminatie en de economische moeilijkheden en benoemt enkele cultuurspecifieke beschermingsmechanismen die Afro-Amerikaanse echtparen hanteren. Tevens licht zij toe welke therapievormen zinvol zijn ter behandeling van psychische klachten bij deze echtparen en gezinnen. In het hoofdstuk van Cynthia de las Fuentes komt de geestelijke gezondheidszorg voor Latino's, voor zeventig procent Mexicanen, aan de orde. De rol van immigratie, acculturatie, taal, normen en waarden bespreekt de auteur met behulp van enkele casestudies. Hierin wordt duidelijk dat aspecten als gender, toekomstverwachtingen, familierelaties, religie en volksgeneeswijzen een belangrijke rol spelen. Stanley Sue en Theodora Consolacion gaan in op de klinische psychologie bij de Asian Americans. In dit artikel wordt getoond hoe cultuur en het hebben van een minderheidsstatus van invloed kan zijn op de geestelijke gezondheid. De auteurs beroepen zich op bestaande literatuur en gaan in op de meest voorkomende klachten onder deze bevolkingsgroepen, waarna ze enkele behandelingsmethoden bespreken.

De South Asian Americans komen in het daglicht in het artikel van Nita Tewari, Arpana Imman en Daya Singh Sandhu. Het gaat hierbij vooral om de geestelijke gezondheid van Indiërs en Pakistani. De overeenkomsten als wel de verschillen tussen deze twee subgroepen worden ter sprake gebracht en bekeken wat de rol is van het acculturatieproces, het collectieve denken en de familiestructuur. Verder behandelen de auteurs de redenen tot immigratie, het inkomen, de religie en de invloed van de Britse overheersing. Joseph Gone stelt de geestelijke gezondheidszorg voor Amerikaanse indianen aan de orde gesteld. Aan de hand van de historische context toont hij met welke moeilijkheden deze bevolkingsgroep geconfronteerd zijn. Enkele suggesties worden gedaan ter verbetering van deze zorg. Ten slotte een hoofdstuk van Christine Iijima Hall over de geschiedenis van interraciale relaties en multiraciale individuen. Deze discussie kenmerkt zich door het overstijgen van de discussie 'wit' versus 'zwart'. Tal van multi-etnische individuen komen voort uit een andere kruisbestuiving. Werden deze individuen voorheen gemarginaliseerd, thans blijkt er een toenemende acceptatie te zijn zowel door henzelf als wel door anderen.

In deel drie komen in zes artikelen niet-etnische populaties aan bod. Allereerst gaan Gayle Iwamasa en Audrey Bangi in op de geestelijke gezondheidszorg voor vrouwen. De psychopathologie van de vrouw wordt in een historisch perspectief geplaatst. Deze informatie wordt als een spiegel gehouden voor de huidige bevindingen in onderzoek over de meest voorkomende klachten en het effect ervan op de vrouwen. De auteurs benadrukken de noodzaak van meer onderzoek naar de geestelijke gezondheid van vrouwen in verscheidene omstandigheden, waaronder ouderen, kleurlingen, armlasti-

gen en gevangenen. Jeffery Scott Mio et al. gaan in op huiselijk geweld en op de wijze waarop dit negatief uitwerkt op vrouwen, hun partners en kinderen, en uiteindelijk op de samenleving. De rol en samenhang van etniciteit, sociaal-economische status en seksuele geaardheid komen tevens aan bod. In Kristin Hancocks artikel staat het onderzoek naar homo- en biseksuelen centraal. Hier komt de omwenteling in de wetenschap ter sprake van het stempel van geestesziekte naar een pathologische oorzaak voor niet-heteroseksuele geaardheid. De auteur maakt gebruik van rijke beschrijvingen en brengt daarbij ook etnische, culturele en relationele verschillen ter sprake.

Martha Crowther en Antonette Zeiss komen met een artikel over oudere volwassenen. Hieronder vallen mensen met zeer uiteenlopende culturele en etnische achtergronden. De gezondheidszorg dient hiermee rekening te houden evenals met de gewijzigde demografie van deze groep. In het voorlaatste artikel richt Irene Leigh zich op de doven en gehoorgestoorden, een groep die maar zelden ter sprake komen in de literatuur over geestelijke gezondheidszorg. Dit geeft aan dat er een ernstig tekort aan inzicht is over het welzijn van deze mensen die blootstaan aan marginalisatie en discriminatie. De auteur gaat vooral in op de ontwikkeling van een eigen cultuur onder doven en de wijze waarop dit van invloed is op een dovenidentiteit. Dit relateert zij vervolgens aan etnische verschillen en de wijze waarop een ander inspeelt op de geestelijke gezondheid. In het laatste artikel wordt aandacht besteed aan de relatie tussen geestelijke gezondheid, spiritualiteit en religie. Rita Dudley-Grant onderzoekt welke samenhang er bestaat bij de voornaamste etnische groeperingen. Ze benadrukt dat voor de meeste kleurlingen, spiritualiteit en religie een belangrijke rol spelen in geestelijk welbevinden. Tal van traditionele en innovatieve culturele behandelingswijzen worden vervolgens ter sprake gebracht om hun betekenis te tonen voor de verschillende groeperingen. De auteur benadrukt in de conclusie het belang van een spirituele specialist die een grote mate van flexibiliteit toont voor de uiteenlopende geloofsovertuigingen van kleurlingen. Veel van deze cliënten schipperen tussen traditionele en moderne normen en waarden in waardoor hun beleveniswereld nogal complex is.

Welke indruk heeft deze multiculturele reis in de geestelijke gezondheidszorg in Amerika bij mij achter gelaten? Een mengeling van gevoelens. Over het algemeen zijn de artikelen op elkaar afgestemd en bieden een goed beeld van de problemen in de multiculturele zorg. Het boek eindigt echter nogal abrupt met een interessante hoofdstuk over spiritualiteit en religie. Het is jammer dat hier zo laat pas aandacht naar uitgaat. De tendens in *Culturally diverse mental health* is dat de cultuur van de ander als negatiever wordt ervaren dan de eigen cultuur. De bevindingen van de auteurs tonen aan hoe dit kan veranderen. De kracht van het boek is dat het maatschappelijk perspectief, waarin naast Amerikaanse (vaak christelijke) normen en waarden tevens de moderne – wetenschappelijke onderbouwde – gezondheidszorg en de medische technologie als hoogste goed gelden, ruimte moet bieden voor andere benaderingen van welzijn en welbevinden. Door het uitvergroten van de Amerikaanse cultuur tonen de auteurs een grote mate van reflectie en zelfkritiek, terwijl ze tal van dimensies in de hulpverlening en de gezondheidszorg belichten. Als antropoloog onderschrijf ik dat naast de individuele geaardheid ook de cultuur een belangrijke factor is in het leven (en

de geestelijke gezondheid) van mensen. Ook onderschrijf ik, dat een retrospectief op het (on)welzijn van een samenleving gebaat is met vergelijkend onderzoek. Maar dan dient dit onderzoek wel te resulteren in nieuwe vragen en aan te zetten tot verder onderzoek. Wat ik miste, was inzicht in de positieve oplossingen die de diverse culturele specialisten bieden. Met andere woorden, de onderzoekers hadden meer oog mogen hebben voor de individuele (etnische) en/of (culturele) competenties die aangewend worden om ziekte te bestrijden of welzijn te bevorderen. Door het accent te leggen op de positieve bijdragen van deze groepen aan de interculturele gezondheidszorg dwing je niet allen respect af, maar toon je aan dat de verschillen veel kleiner zijn tussen culturen dan men vaak denkt.

Jessica Erdsieck, medisch antropoloog

Gordon Nagayama Hall & Sumie Okazaki (eds.), *Asian American psychology. The science of lives in context*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. 223 pp. £ 32.95.

Asian American Psychology wil een bijdrage leveren aan een theoretisch en conceptueel kader voor psychologisch onderzoek naar *Asian Americans*. In het woord vooraf geeft Stanley Sue, een van de pioniers op dit gebied, een schets van de ontwikkeling op dit terrein. Psychologisch onderzoek naar deze etnische groep in de Verenigde Staten bestaat sinds veertig jaar. Tot in de zestiger jaren werden de Asian Americans in de publieke opinie min of meer als een model-minderhedengroep beschouwd. Ze golden in het algemeen als goed opgeleide en hard werkende mensen die nauwelijks echtscheidingen, criminaliteit of geestesziektes kenden. Het weinige onderzoek dat naar deze groep gedaan werd, verklaarde hun succes met een beroep op specifieke Aziatische culturele waarden. Vanaf eind jaren zestig veranderde dit. Onder de invloed van de burgerrechtenbeweging van de African Americans begonnen ook onder de Asian Americans activisten voor burgerrechten en tegen sociale ongerechtigheid te vechten. Onderzoekers begonnen het beeld van de model-minderheid in twijfel te trekken en problemen te onthullen zoals hoge zelfmoordcijfers, jeugdige delinquentie, gezinsproblemen, taalproblemen en geestelijke stoornissen. Het besef groeide dat de Asian Americans uit meer groepen dan alleen de Chinese en Japanse Amerikanen bestonden. De periode tussen de jaren zeventig en negentig kende een significante bloei aan empirisch onderzoek met betrekking tot Asian Americans vanuit onder andere psychologie, psychiatrie, antropologie en sociologie. In 1972 vormde zich de Asian American Psychological Association. Uit het verrichte psychologisch onderzoek zijn twee algemene conclusies te trekken. Ten eerste, culturele waarden hebben een belangrijke invloed op alle fenomenen die op welk niveau dan ook onderwerp waren van psychologisch onderzoek. Ten tweede, onderzoek naar deze invloed moet rekening houden met de heterogeniteit van de onderzochte groepen. De kwestie hoe heterogeniteit conceptueel en methodologisch op een adequate manier te benaderen is, vormt min of meer de rode draad van dit boek.

In een korte introductie gaan Sumie Okazaki en Gordon Nagayama in op belangrijke kenmerken van de Asian Americans en op het vak Asian American psychology. Met de term Asian Americans worden mensen aangeduid die van Aziatische komaf zijn en in de Verenigde Staten leven. Deze mensen vormen echter een minderheid die niet gemakkelijk te beschrijven valt. In de negentiger jaren behoorde deze groep tot de snelst groeiende etnische groepen in de Verenigde Staten en verwacht wordt dat ze over vijftig jaar megen procent van de Amerikaanse bevolking uitmaken. In 2000 waren de meeste Aziatische Amerikanen van Chinese komaf (2,7 miljoen), gevolgd door de Filipino's (2,4 miljoen), Aziatische Indiërs (1,9 miljoen), Vietnamezen (1,2 miljoen), Koreanen (1,2 miljoen) en Japanners (1,1 miljoen). Van de Asian Americans werd 61 procent niet in de Verenigde Staten geboren. De gemiddelde leeftijd was in 2000 32,7 jaar.

De paraplu-termen Asian Americans en Asian American ethnic identity zijn recente ontwikkelingen die ongetwijfeld met de politieke ontwikkelingen in het tijdperk van de burgerrechten te maken hebben. Maar dat betekent niet dat er zoiets als een monolithische Aziatisch-Amerikaanse cultuur bestaat die de ervaringen en het gedrag van alle mensen van Aziatische komaf bepaalt. Gedeelde ervaringen bestaan misschien vooral in de negatieve zin, namelijk met meer of minder subtiele vormen van discriminatie en racisme. De studie van deze groep wordt volgens de auteurs verder nog moeilijker door het feit, dat de Aziatisch-Amerikaanse populatie door de afgelopen jaren heen ook nog aan sterke veranderingen onderhevig is geweest en dat de verschillende subgroepen voortdurend zichzelf reconstitueren en herdefiniëren. Het vak Asian American psychology stoelt met zijn thema's zowel op de theorieën en methoden van de crossculturele psychologie als op de cultuurpsychologie, en ook op de nieuwe richting van de multiculturele psychologie.

In de nog volgende zeven hoofdstukken van het boek komen verschillende thema's van dit vak aan de orde. Aan het einde van ieder hoofdstuk formuleren de auteurs aanbevelingen voor toekomstig onderzoek met betrekking tot het onderwerp van hun hoofdstuk.

In het eerste hoofdstuk presenteert Sumie Okazaki een overzicht van de meest innovatieve studies naar multivoudige identiteiten en zelfconcepten van biculturele individuen. Deze omvatten onder meer experimentele priming-procedures en een multi-methodische aanpak volgens het triangulatie-principe. Het tweede hoofdstuk van de hand van Jeanne Tsai, Yulia Chentsova-Dutton en Ying Wong is gewijd aan een discussie over de constructen etnische identiteit, acculturatie en culturele oriëntatie. In dit verband verstaan de auteurs onder etnische identiteit de mate waarin iemand zichzelf als lid van een speciale etnische groepering ziet, onder acculturatie het proces van het aanpassen aan een andere cultuur en onder culturele oriëntatie iemands gevoelens tegenover verschillende culturen en de niveaus van engagement in verschillende culturen. Volgens de auteurs is het belangrijk om deze processen afhankelijk van verschillende contexten te analyseren en empirisch onderzoek niet alleen met behulp van zelf-reporten uit te voeren, maar ook gedrag en fysiologische variabelen te meten.

In hoofdstuk 3 geven Lynn Okagaki en Kathryn Bojczyk een overzicht over onderzoek naar Aziatisch-Amerikaanse opvoeding en ontwikkeling. In dit onderzoek ligt tot

nu toe een zwaartepunt op ouder-kind-relatie en academische prestatie. Het wordt onder meer duidelijk dat dit onderzoek tot nu toe vooral door westerse theoretische perspectieven bepaald werd en dat er nog te weinig met de Aziatisch-Amerikaanse modellen van ontwikkeling of met specifiek Aziatische psychologische constructen rekening gehouden wordt.

Hoofdstukken 4 en 5 behandelen eveneens ontwikkelingspsychologische onderwerpen. In hoofdstuk 4 gaan Gayle Iwamasa en Kristen Sorocco specifiek in op methodologische vragen in verband met onderzoek naar oudere Asian Americans. Volgens de auteurs geeft het door Hayes ingevoerde ADDRESSING-model een goede leidraad voor het opzetten van onderzoeksprojecten. ADDRESSING staat de volgende aandachtspunten: “(a) Age and generation-specific influences, (b) Disability, (c) Religion, (d) Ethnicity, (e) Social status, (f) Sexual orientation, (g) Indigenous heritage, (h) National origin, and (i) Gender” (p.111). Verder gaan de auteurs vooral in op de vraag van de ‘cultural appropriations’ van verschillende kwalitatieve (focus groepen, interview studies) en kwantitatieve (survey studies) methoden. In hoofdstuk 5 bepleiten Frederick Leong en Erin Hardin om bij onderzoek naar de loopbanen van Asian Americans etnisch-specifieke variabelen zoals de invloed van de minderhedenstatus, acculturatie en cultuurspecifieke zelfconstructies, te betrekken.

In het zesde hoofdstuk komt het thema geweld aan de orde. Volgens Gordon Nagayana Hall is er nog veel te weinig onderzoek naar geweld onder Asian Americans gedaan en zijn er geen precieze statistieken over het voorkomen van geweld in deze groep. Empirisch onderzoek maakt duidelijk dat voor de analyse van geweld onder Asian Americans met de culturele context, zoals de boeddhistische opvattingen over de invloed van daden en relaties uit vroegere levens op het huidige leven van het individu, en met sociopolitieke aspecten, zoals minderhedenstatus en discriminatie, rekening moet worden gehouden.

In het laatste hoofdstuk behandelt Maria Poot nog een keer methodologische vragen, die in verband met ‘multiracial’ onderzoek in het algemeen van belang zijn.

Het boek eindigt met een epiloog van Gordon Nagayana Hall, Sumie Okazaki en Donna Nagata, waarin zij de meest belangrijke aspecten van het huidige onderzoek naar Asian Americans samenvatten en met hun eigen toekomstvisies afronden. Wat me in deze epiloog vooral opvalt, is dat met betrekking tot de wenselijke methoden er geen sprake is van cultuursensitieve veldstudies of van specifiek voor cultuurpsychologisch onderzoek geschikte kwalitatieve methoden (die in sommige hoofdstukken ook aanbevolen worden) en dat zoals in het hele boek we het geval is, er geen bijzondere aandacht is voor interdisciplinair onderzoek. Interdisciplinair of transdisciplinair onderzoek als methodologische en conceptuele uitdaging op het gebied van multiculturele studies is blijkbaar geen aandachtspunt.

Het boek is in zijn geheel ongetwijfeld interessant en informatief – niet alleen voor mensen die geïnteresseerd zijn in psychologisch onderzoek naar Asian Americans, maar ook voor iedereen die algemeen geïnteresseerd is in methodologische en conceptuele kwesties in de context van de crossculturele psychologie, de cultuurpsychologie en de multiculturele psychologie.

Ulrike Popp-Baier

Bernd Seeberger & Angelika Braun (red.), *Wie die Andern altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2003, 345 pp., € 29,00.

Barbara Przybylska, een voormalige kind-gevangene van Auschwitz en nu een oude dame, schrijft het volgende gedicht:

Wenn ich vor Angst aufschrecke
während des Einschlafens
und mich schlaftrunkenen Blickes meines Zimmers vergewissere
– dies, die Kinder-Lagernächte
und der Alptraum jener Tage
ist nur schreckliche Erinnerung.
Der Alptraum Auschwitz-Birkenau
das Grauen, das sich all die Jahre hindurch – nicht verwischen lässt.
Nur je älter ich bin, desto stärker
irgendwo dort tief im Innern
quält es mich so sehr.

Er wordt de laatste jaren veel geschreven over ouderen en gezondheid, maar wat ontbreekt zijn etnografieën van de *Lebenswelt* van ouderen en de bijzondere behoeften die ouderen hebben met betrekking tot hun welzijn. Het boek van Seeberger en Braun voorziet in de lacune. Toen ik het boek in handen kreeg en de titel las, waren mijn eerste gedachten: Hoezo de anderen? Hoezo mensen aan de rand van de samenleving? Al lezende ontdekte ik dat het over ouderen ging waar maar heel weinig over is geschreven: ouderen die als kind in een concentratiekamp hebben gezeten, oudere zigeunervrouwen, ouderen die als kind zijn misbruikt, migranten, oudere sprookjesvertellers, ouderen die rijp zijn voor de eilanden zoals men dat in Duitsland zo treffend zegt over ouderen die na hun pensionering gaan wonen op Mallorca. De schrijvers van het boek constateren in de samenleving een gebrek aan solidariteit met ouderen en stellen dat elke groep specifieke zorgbehoeften heeft.

De stijl van de bijdragen is enigszins anders dan men gewend is in wetenschappelijke studies. De zesentwintig bijdragen vertellen een verhaal, opdat anderen de noden en behoeften van ouderen beter leren begrijpen. Soms zijn deze verhalen ontroerend en indringend. Het verhaal over seksueel geweld in de levensgeschiedenis van oudere vrouwen laat de lezer meevoelen en begrijpen hoe diep zo'n gebeurtenis in een mensenleven kan kerven. Martina Böhmer beschrijft hoe een vrouw vanwege haar vreemde gedrag door de ziekenhuisarts voor psychose wordt behandeld. Aan de auteur had de vrouw verteld dat ze als kind langdurig door haar broer werd misbruikt en later in haar huwelijk zich alleen maar mooi diende te maken voor haar man. Hoewel de auteur met de arts over dit seksueel misbruik sprak, bleef de arts bij haar diagnose en behandelde haar met elektroshocks. Böhmer laat zien onder welke situaties de nu oudere vrouwen seksueel misbruikt zijn: in families, in de oorlog en kort na de oorlog als gedwongen prostituee voor de Amerikanen. Ze stelt dat de angsten tot op hoge leeftijd te

rugkeren en dat ouderen niet gemakkelijk over hun ervaringen praten. De auteur pleit voor psychotherapie en vrouwenhulpverlening.

In zijn bijdrage over de oudere 'Easy rider' beschrijft Peter Lämmermann een onderzoek dat onder oudere motorrijders (boven de 50) had moeten plaats vinden. Zulke groepen bleken er niet te zijn. De ouderen kwamen samen met de jongeren. In die groepen blijkt leeftijd geen grote rol te spelen en de sociale contacten omvatten tevens goede familiecontacten, omdat de zonen vaak ook motor reden en met hun vader op stap gingen. Het laat zich raden: de auteur ziet in motor rijden een gezonde activiteit.

Een heel ander verhaal is dat van de Duitsers die uit Rusland zijn teruggekeerd. Deze ouderen hebben de armoede, honger en onderdrukking in de tijd van Stalin meegemaakt. Ze werden door hem naar Siberië getransporteerd en in kampen geplaatst. "Dat kun je nooit vergeten", zegt een van hen. Tien jaar na de oorlog konden ze terug naar Duitsland, maar "hun ziel bleef in Rusland". Deze ouderen lijken in een permanente liminele positie te verkeren: niet hier – niet daar. De zorg moet volgens de auteur erop zijn gericht het gevoel van thuis in Duitsland te versterken.

Dit is natuurlijk maar een kleine greep uit de bijdragen. Alle hebben een sterk toegepast wetenschappelijk karakter, dat wil zeggen na beschrijvingen en analyse van verhalen of data geven de auteurs min of meer concrete aanbevelingen voor de zorg van een specifieke groep. De auteurs zijn bijna allemaal verpleegkundige. Dat zegt veel, namelijk dat ze door hun beroep veel inzicht hebben in de dagelijkse noden van hun patiënten of cliënten. De antropologen onder ons die in hun colleges les geven aan studenten met een verpleegkundige achtergrond en ervaring, weten dat zij dikwijls uitstekende etnografen kunnen zijn en een goed inzicht hebben in alledaagse levens met een ziekte of – zoals in dit geval – met ouderdom. Hun houding is empathisch en getuigt dikwijls van solidariteit met hun patiënten. Dit is ook te merken in het boek. De auteurs schrijven met warmte over ouderen. Dit is een reden om het boek eens ter hand te nemen, maar de voornaamste is toch wel dat het ons de ogen opent voor groepen oudere mensen waaraan medisch antropologen misschien nog nooit aan hebben gedacht, maar die veel te melden hebben over oud worden.

Els van Dongen

Medisch antropoloog, Universiteit van Amsterdam

Marion Wallace, *Health, Power and Politics in Windhoek, Namibia, 1915-1945*. Basel: P. Schlettwein Publishing, 2002. 312 pp. SFR 31,20.

Marion Wallace uses the lens of health and healing to view social, political, gendered and racialized dynamics at work between 1915 and 1945 in relation to Western and indigenous medicine in Namibia (formerly South West Africa), during its changeover from German colony to, eventually, a League of Nations mandate territory under South African administration. The book accordingly addresses important historiographical gaps in our knowledge of health and healing in Namibia in the period between the two great wars of the Western world.

A central theme of the book concerns biomedical knowledge, power, practices and institutions introduced into the country as part of the colonial imperative. In this respect Wallace sees South Africa as a colonial power and draws on recent historiographies, which examine medicine as part and parcel of the British imperial and colonial force and its ideological processes. She analyses how these interacted with and were contested by indigenous medicine and healing systems in Namibia. A second theme scrutinizes social and political forces in the Namibian capital, through a focus on the history of health systems, indigenous, missionary and secular. In the period under review Namibia was a marginal outpost of South African interest. Despite South African arguments to the contrary, a direct outcome was that medical services, which is a focus of the book, were thinly spread throughout the territory and mainly aimed at the tiny population of whites. While the health status of the indigenous population improved in some respects it deteriorated in others and health policies and regulations were often proscriptive and repressive.

The introduction sets the scene for the subsequent analysis of health, medicine and colonial power in Windhoek. Wallace draws in particular on literature analysing British colonial and imperial medicine in Africa. The author correctly indicates that British colonial hegemonic power and control through medicine and health regulations was often intermittent, irregular and frequently contested throughout Africa, but her parallel between South Africa and Britain as colonial powers calls for closer scrutiny. From the beginning the author rather simplistically portrays South Africa as a colonizing power with a colonising project. She seems to assume that South Africa was during this time *ab initio* a colonising power, when it was in fact itself emerging from a liberation war with colonial Britain. The trope of colonial/imperial medicine is used interchangeably as analytical tool while trying to unravel the complexities of the relationship at the time between Namibia as a former German colony with South Africa. While Wallace flags the intricacies and contradictions of colonial enterprise and its development, she collapses German and British colonialism into a single entity and in the analysis extends this to include South Africa in the analysis as a fully sprung colonial power: despite the fact that in 1915, when German South West Africa was annexed, it was conducted (after much resistance) on behalf of Britain. The annexation caused a deep rift in the South African population as the deployment of South African forces on behalf of Britain was resented. It even resulted in a failed armed rebellion against the South African government. After 1921 the mandated Namibia continued to be administered by the Union of South Africa, though largely to the benefit of the latter.

Wallace sketches Namibia's history as a German colony and mentions that Windhoek had been "claimed and re-claimed by Africans before 1890 (when the Germans made it their capital), and in the South African period was the site not only of struggles against colonial domination, but also of the (re)construction of African identities and hierarchies" (p 24). The author refers to the genocide conducted by Germany against the Herero population and the strong influence on local conditions of German missionary medicine, its military presence and the German speaking population. She also refers to the ambiguous nature of initial South African control, but does not critically examine how the above would relate to or interact with what she unambiguously sees

as the South African colonial enterprise. Although Wallace continuously refers to the many localized ways in which the colonial enterprise and its ally, colonial medicine, played itself out in different areas, she conflates the grand narratives of colonialism and medicine and attempts to transplant the result uncritically onto this complex situation. Although not intended, the developments in Namibia as presented, seem at times to be more about the way in which global processes ultimately impacted on the local people and their circumstances, than what Wallace sees as an incoherent and ineffectual colonial drive.

Despite the above reservations, the book is a well-constructed and rich source of information. In part one the author covers many of the developments between 1915 and 1945. In the first section of the book Wallace gives an overview of the development of the town with reference to its German origins and its place in the history of the local Herero population, their trials and tribulations. The material is wide ranging, covering the period of martial law up to the Second World War. Initial control over the area was fragmented and intermittent. From 1920, onwards efforts by the local authorities for example to impose hut-taxes and more restrictive regulations on the local indigenous population, were resisted or evaded and eventually led to renewed measures for control. From chapter three Wallace concentrates specifically on health and medicine when she discusses the uneasy and often ineffectual efforts by authorities to institute sanitary and health regulations and services, vaccinate the local population or deal with the influenza epidemics. She illustrates how such epidemics frequently heightened racial and ethnic boundaries and exacerbated social tensions. At the same time, mortality and morbidity rates of children and infants, tuberculosis, influenza, pneumonia and venereal disease were much higher for the impoverished indigenous population than for the small group of whites.

Part two, consisting of five chapters, covers the previously neglected area of indigenous medicine, as well as secular medicine – its structures, policies, and frequently contested institutional power in hospitals-, as well as missionary medicine. The author provides a valuable contribution to our knowledge of indigenous healing knowledge and practices during this period in central Namibia. The passages that focus on its impact on the population of Windhoek stress the value of indigenous healing on the choices people make when confronted with ill health. Healing rituals also played an important role in efforts by the Herero to regain their power after 1923. Wallace highlights the many contradictions and ambiguities in the relationship between missionary and secular medicine in its knowledge claims and practices. Missionary doctors and nurses ultimately aligned themselves with the interests of the authorities and their potentially repressive power.

Part three contains an analysis of the “politics and metaphors of sanitation and control in Windhoek” (p. 223) and shows how spatial control over the black population was made possible. The final chapter has an incisive discussion of the gendered nature of the campaign against venereal disease of. Wallace shows how Herero women in particular were represented as dangerous, immoral and out of control. A reported outbreak of VD fed into such representations, and triggered regulations for the compulsory VD examination for single Herero women. The women resisted the examination, but

Herero males supported it, thereby supporting official gendered discourses and practices.

Valuable analysis is also provided on the role of indigenous healing in the regeneration of Herero identity, but the most important contribution of the book is the new insights offered regarding the changes in indigenous healing practices and care in Namibia during an era when this was poorly documented and mostly negatively perceived.

Diana Gibson
Medisch antropoloog, Universiteit van Amsterdam