

## Boekbesprekingen

Maurice Adams, John Griffiths & Govert den Hartogh (red.) *Euthanasie. Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie*. Kampen: Kok, 2003. 348 pp. €34,90. ISBN 9043508179.

Euthanasie in Nederland en België is voer voor cultureel antropologen. Omgaan met de dood is van oudsher een thema dat zich leent voor antropologische studies. Op het terrein van actieve levensbeëindiging is sprake van een internationaal afwijkende positie in Nederland (en sinds kort ook in België). Actieve levensbeëindiging is hier geen taboe. Er wordt nadrukkelijk gediscussieerd over dit onderwerp. Dat betekent niet dat alles geoorloofd is. Er worden grenzen gesteld in de wet en die worden getest in de rechtspraak. Sinds de legalisering van euthanasie is de discussie niet verstomd en zijn de ontwikkelingen niet afgelopen. De legalisering maakt juist nieuwe discussies los en biedt aanleiding tot een verdere ontwikkeling van de praktijk van actieve levensbeëindiging.

In dit boek worden nieuwe ontwikkelingen in de discussie rondom euthanasie beschreven. Een daarvan betreft de vraag welke waarden centraal staan in de praktijk van actieve levensbeëindiging. Gaat het om zelfbeschikking van de patiënt, of om het lenigen van lijden? Deze vraag speelt een belangrijke rol in de discussie over de vraag of 'klaar met leven'-situaties ook onder het bereik van de wet vallen (de zaak Brongersma). Wanneer autonomie als centraal referentiepunt wordt gekozen, is niet in te zien waarom een arts niet behulpzaam zou zijn bij het beëindigen van het leven van een persoon voor wie het bestaan enkel nog een wachten op de dood betekent. Via de rechtspraak is uiteindelijk echter een andere conclusie getrokken: artsen dienen zich te beperken tot situaties waarin tot het medisch domein behorend lijden aan de orde is. Blijkbaar is er in de Nederlandse euthanasiepraktijk sprake van meerdere waarden, die met elkaar om voorrang strijden. Dit wordt in verschillende bijdragen in het boek beschreven en geanalyseerd. Van Delden laat zien dat de aanwezigheid van meerdere kaders (zelfbeschikking en medische barmhartigheid) invloed heeft op het antwoord op de vraag wanneer het geschikte moment voor euthanasie is aangebroken (een vraag die niet enkel door de patiënt, maar ook door de arts moet worden beantwoord). Den Hartogh gaat in op de relevantie van beide perspectieven ten aanzien van het vraagstuk van levensbeëindiging bij stervende niet-aanspreekbare patiënten. Broekaert rechtvaardigt zijn pleidooi voor een palliatief filter vanuit beide gezichtspunten: het verstrekt een betere basis voor een goed geïnformeerde wens van de patiënt en doet tevens recht aan het belang van het criterium van ondraaglijk lijden.

Het boek kent een spanning als het gaat om de mogelijkheid van veranderingen in de praktijk van actieve levensbeëindiging in Nederland en België. In een aantal bijdragen wordt benadrukt dat de historische ontwikkelingen weliswaar betrekkelijk

toevallig zijn, maar toch tot een stabiele situatie hebben geleid die grote vernieuwingen uitsluit. De zaak Brongersma is hiervan opnieuw een voorbeeld: deze blijkt niet te passen in het heersende evenwicht, zodat legalisering (ook op termijn) onwaarschijnlijk is. Ook de pil van Drion (die het mensen mogelijk zou maken zelf uit het leven te stappen, wanneer zij het moment daar achten) lijkt niet snel ingeburgerd te raken. Daarvoor zijn, aldus Van Gerwen, niet alleen feitelijk, maar ook moreel goede gronden te geven.

Tegenover meer behoudende beschouwingen is ook een aantal pleidooien voor meer of minder ingrijpende veranderingen te vinden. Zo stelt Griffiths dat de gangbare voorkeur voor euthanasie in plaats van hulp bij zelfdoding in Nederland correctie behoeft. Hij bepleit invoering van een nieuwe zorgvuldigheidseis waarin hulp bij zelfdoding als de voorkeursoptie wordt beschouwd en euthanasie extra rechtvaardiging vereist. Ook de bijdrage van Vezzoni en Griffiths over wilsverklaringen pleit voor meer ruimte voor deze vorm van zelfbeschikking in weerwil van het huidige beperkte gebruik. In meerdere bijdragen komt ook de (feitelijke en normatieve) noodzaak tot een regeling voor actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen aan de orde. Zo'n regeling past echter niet goed in het huidige kader, waar het draait om levensbeëindiging op verzoek.

Het boek biedt een schat aan informatie voor diegenen die geïnteresseerd zijn in de spanningen en verschuivingen in de huidige euthanasiepraktijk in Nederland en België. Een minpunt is de onoverzichtelijkheid in redactie, lay-out en vormgeving, waardoor de lezer veel moeite moet doen om de draad in en tussen de verschillende bijdragen vast te houden. Ook een onderwerp dat dicht bij de actualiteit aansluit, kan helderder en overzichtelijker worden gepresenteerd.

Guy Widdershoven, filosoof,  
hoogleraar gezondheidsethiek Universiteit Maastricht

Kamaldeep Bhui (ed.), *Racism & mental health. Prejudice and suffering*. Londen: Jessica Kingsley Publishers, 2002. 256 pp. £19.95 (paperback). ISBN 1843100762.

Een moeilijk boek! Deels heeft die kwalificatie te maken met de ongemakkelijkheid als 'blanke' bij het lezen van dit doorwrocht betoog. De andere reden ligt in het feit dat de schrijver veel hooi op zijn vork neemt en binnen een alinea zo vaak van perspectief wisselt dat ik mij overladen en overdonderd voel. Waarschijnlijk heeft het een (het ongemak) met het ander (het discours) te maken. De toonzetting van *Racism & mental health* is die van verontwaardiging over zoveel onrecht de 'zwarten' aangedaan en dan met name binnen de geestelijke gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk (UK). Het woord *suffering* in de titel staat er niet voor niets. Kamaldeep Bhui wil, zo lijkt het, eerst de (blanke) lezer overtuigen van zijn gelijk en daarna pas verleiden tot ander gedrag. De overtuigingskracht zit in wat de Bhui concludeert uit de talloze onderzoeken in de UK en de USA. Als een waterval stort hij het ene bewijs na het ander over de lezer uit.

Bhui is, evenals drie van de vijf andere auteurs, psychiater, en bovendien Senior Lecturer in social and epidemiological psychiatry aan de Royal London Medical School. Het boek richt zich tot collegae, beleidsmakers en financiers van onderzoek in de UK. Bhui is de hoofdredacteur en schreef negen van de veertien hoofdstukken en was betrokken bij een tiende. Het merendeel zijn onderzoeksverslagen en artikelen over onderzoeken uit de periode 1980-2000 onder etnische minderheden. Bovendien is Bhui een zwarte migrant. Hij is geboren in Kenia uit Sikh ouders en groeide vanaf zijn tweede levensjaar op in de UK. He's been there. Hij heeft dan ook recht van spreken. Dit in tegenstelling tot de blanke lezer – vandaar het ongemak?

*Racism & mental health* begint met de verantwoording. Bhui's ervaringen als zwarte migrant veroorzaakten eerste gevoelens van inferioriteit en later twijfel en verzet: "So-called civilisation, or industrialisation, or improving living standards alone do nothing to combat prejudice and racisms" (p. 13). Verderop fulmineert hij tegen de democratie die partijen als de BNP toelaat. De spagaat van loyaliteit met de psychiatrie en verbondenheid als zwarte met het lot van de 'onderdrukten' is een gevoelskwestie. Een studie naar racisme vereist voor Bhui dan ook die twee zijden: redelijkheid en argumentatie aan de ene kant, "a study of passions" aan de ander kant.

De hoofdstukken 1, 2 en 4 gaan in op de vragen wat racisme en vooroordeel eigenlijk inhouden. In het derde hoofdstuk verduidelijkt Edgar Jones hoe het idee 'ras' tot een overtuiging gemaakt wordt en welke psychosociale mechanismen ten dienste gesteld worden om (het discours over) de heersende vooroordelen intact te houden.

De relevantie van Franz Fanon komt in hoofdstuk 5 aan bod. Fanon, een psychiater uit Martinique, staat bekend als ideoloog van de Black Liberation Movement. Volgens diens analyse gedragen Zwarten zich afhankelijk, omdat ze historisch gegroeide inferioriteitsgevoelens (slavernij) geïnternaliseerd hebben. Het is aan de Zwarten om zich van die onmacht te ontdoen, waar nodig met geweld. Voor Bhui is deze analyse onvolledig. Ze zwijgt namelijk over de verantwoordelijkheid van de Blanke om in eigen boezem te kijken. Wat we daar zien, is volgens Bhui niet mis te verstaan: een racist leidt onder een oedipale verwerking van castratieangst waardoor hij zogenaamde of zelfverklaarde minderen aanvalt. "The fantasised racial other is in fact created by the racist as part of the self; the 'other' is needed to define self-superiority" (p. 68). Bhui plaatst ook een kanttekening bij Fanon's visie op geweld. Hoe moeilijk het ook is om empathie voor de Ander op te brengen en al is het glazen plafond duidelijk voelbaar voor de meeste Zwarten in hun hoedanigheid als burger, cliënt of hulpverlener, het gaat er om meer begrip te kweken. Blijven praten met elkaar verdient de voorkeur.

In het daaropvolgend hoofdstuk komt een gebruiker aan het woord. Premila Trivedi's eerdere neiging te assimileren, om op te gaan in de dominante cultuur, eindigde in een diepe depressie. Haar aanpassing aan de dominante cultuur veroorzaakte een verwijdering van het Eigene, van haar oorspronkelijkheid. In haar pogingen die cultuur te absorberen, nam ze en passant ook het racisme mee jegens haar eigen mensen. Toen een blanke hulpverlener zei: "Oh, jij wilt zoals ons zijn!", begon haar bewustwordingsproces.

In hoofdstuk 7 komt de Afro-Amerikaan Kwame McKenzie aan het woord. In zijn bijdrage staat een aantal aspecten centraal die ook in de vier volgende hoofdstukken

terugkomen. Ten eerste zijn de gezondheidsverschillen tussen etnische minderheden en de meerderheid toegenomen. De bestrijding van racisme heeft tot nu toe weinig bereikt. Ten tweede, is er een nauwe samenhang tussen het community en individueel. Racisme werkt in op alle niveaus van handelen en op verschillende tijdslijnen. Het verspreidt zich transgeneratieel. Racisme moet dan niet alleen op het zuiver persoonlijk vlak aangepakt worden. Het derde aspect is de realiteit van het institutioneel racisme in de USA. De vicieuze cirkel waarin zowat elk zwart kind 'in the hood' gevangen zit, vereist andere en vooral lange termijn oplossingen.

In hoofdstuk 8 toont Bhui aan dat onderzoek naar verschillen tussen mensen vaak doordeesemd is van het superioriteitsgevoel van blanke onderzoekers. Hij betoogt dat ras "an imagined construct" is en dat onderzoek naar racisme over gevoelens gaat, niet noodzakelijkerwijs over concrete, aanwijsbare feiten. Enerzijds worden onderzoeken die racisme aantonen snel als subjectief dus niet-wetenschappelijk aan de kant geschoven. Anderzijds wordt een conflict (in een achterstandswijk) vaak 'geracialiseerd'. "Much of the research into prejudice and racism (...) promotes and develops the very methodologies from which racist ideologies are justified" (p. 105).

Het negende hoofdstuk *Racism in psychiatry* draagt het betoog verder uit. Psychiatrische patiënten met een etnisch achtergrond staan het verst af van de dominante en centrale waarden binnen de samenleving. Ze lopen een dubbel risico om uit de boot te vallen. In klinisch-psychiatrische situaties uit racisme zich op alle terreinen, zowel diagnostiek, behandeling, management als onderzoek. Een bombardement van bewijzen moet aantonen dat zowel de ICD-10 als de DSM IV op de schop moeten, maar ook dat psychiatrisering en medicalisering van sociale problemen van etnische minderheden het geïnstitutionaliseerd racisme in de UK bevestigen. Bhui en Bhugra zijn uitdrukkelijk voorstanders van groeps- en systeembenaderingen en van de inzet van vrijwilligers uit de eigen groep tijdens de behandeling.

In het daaropvolgend hoofdstuk speelt de kinderpsychiater Xavier Coll advocaat van de duivel. Stel dat racisme gediagnosticeerd zou kunnen worden als 'pathological syndroom'. Racisme is namelijk een verslaving, het gevolg van een fout afweermechanisme (ontkenning). Er is selectieve waarneming (slechte reality-testing) en er is sprake van deviant gedrag. Door racisme als ziekte te definiëren wordt de behandelaar ontslagen van diens verantwoordelijkheid voor zijn gedrag. Het aangaan van een therapeutische alliantie vereist dat de behandelaar zich bewust is van zijn eigen 'micro-aggressions': onderhuidse gevoelens die werken als 'status reminders' en defensief gedrag promoten.

Hoofdstuk 11 is de verkorte versie van het eindrapport van Bhui's onderzoek in Londen. Hij onderzocht wat cliënten onder racisme verstaan, hoe het komt dat etnische minderheden minder dan standaard gebruik maken van zorgvoorzieningen en meer dan standaard medicatie ontvangen. Verder gaat hij in op de vraag hoe racisme in geestelijke gezondheidszorg bestreden kan worden.

In hoofdstuk 12 gaat Bhui dieper in op de oplossingen. Zo moet het taboe op het bespreken van racisme in de behandelkamer opgeheven worden en pleit hij voor betere samenwerking tussen de reguliere zorgvoorzieningen en de zelforganisaties en alternatieve zorgvoorzieningen. Ook is de invoering van een persoonsgebonden budget (zoals

in Nederland gangbaar) nodig, waarbij wat de cliënt vraagt en volgens hem ook werkzaam is, uitgangspunt is. Tot slot dient men met meer geld over de brug te komen voor langlopende onderzoeken en moeten financiers eisen dat bevindingen daadwerkelijk en op grote schaal geïmplementeerd worden. De schrijvers pleiten voor onderzoek naar “spiritual, healing practices” en “alternative treatments that are preferred by black people but not by evidence-based clinicians” (p. 194).

Een groot probleem is de macht en het strakke protocol van het farmacologisch management. Daarbij houdt de behandelaar te vaak te lang vast aan de richtlijnen ondanks problemen met therapietrouw. Een ander dilemma wat in hoofdstuk 13 aan bod komt is het diagnostisch instrumentarium. Bhui is voorstander van de Cultural formulation of diagnosis: een benaderingswijze waarbij de cliënt bevroegd wordt over ‘eigen’ normen en manieren van coping. Verder zou zorgvuldig, respectvol taalgebruik en meer empathie de relatie zwarte cliënt-behandelaar veel goed doen. Behandelaars moeten volgens Bhui achter de feiten durven kijken en aan empowerment van de cliënt werken.

In het laatste hoofdstuk worden de grote betooglijnen en mogelijkheden tot verandering kort herhaald en gaat Bhui in op het belang van de vorming van een sectie transculturele psychiatrie en van trainingen. Met name het gebrek aan een training interculturalisatie en interculturele communicatie binnen de basisopleiding voor psychiaters in de UK krijgt ruim aandacht. Het boek eindigt met enkele aanbevelingen voor onderzoek naar racisme.

Dat dit een boek met een missie is, betekent soms, maar lang niet altijd dat het slecht is. *Racism & mental health* is een goed boek, maar de lezer moet in het betoog kunnen meegaan. Terugkijkend biedt het overweldigend bewijs dat racisme binnen de geestelijke hulpverlening een braak terrein is voor medisch-antropologisch onderzoek, ook in Nederland en België. Zo zou langdurig onderzoek geëntameerd kunnen worden naar de beleving van racisme en discriminatie, naar verschillen in zorggebruik. Bhui’s pleidooi voor antropologisch onderzoek naar therapietrouw zou ter harte genomen moeten worden. Dat geldt ook voor Bhui’s stellingname dat het label somatisatie in feite een vergaarbak is van klachten in situaties waar weinig begrip over en weer is. De prikkelende vraag blijft verder of Bhui’s conclusie huisartsen en therapeut snel teruggrijpen op lichamelijke klachten omdat deze gemakkelijker te bespreken zijn wanneer er geen gedeeld wereldbeeld is, ook op gaat voor de Lage landen.

Wel moet, tot slot, gezegd worden dat van de lezer flexibiliteit verwacht wordt met betrekking tot wat onder ‘wij’ en ‘zij’ verstaan dient te worden. Ook al geeft Bhui aan dat het een bewuste keuze is om de grote, diverse groep etnische minderheden te scharen onder de noemer Wij, het roept vraagtekens op. Grote verschillen worden op een hoop gegooid: Vietnamezen, Pakistani, Bangladeshi en African-Caribbeans (Blacks) worden geplaatst tegenover de eveneens diverse groep Blanken. Die dichotomisering is een minpunt in een verder uiterst zinvol boek.

Erick Vloeberghs, medisch antropoloog,  
verpleegkundige, Pharos

Marlies ter Borg, *Bloemen van een ziekte. Extase en wanhoop als bron van cultuur*. Budel: Damon, 2004. 179 pp. €14,90. ISBN 9055735442.

*Bloemen van een ziekte* – de correcte vertaling van Beaudelaires *les fleurs du mal* – is een speurtocht van Marlies Ter Borg, filosoof, socioloog én ervaringsdeskundige naar de zin van de extreme stemmingswisselingen die zo kenmerkend zijn voor een bipolaire stoornis. Kern van haar betoog is dat een bipolaire stoornis met zijn afwisseling van manische en depressieve episoden, niet alleen lijden te weeg brengt, maar ook tot bewonderswaardige en alom gewaardeerde kunstuitingen kan leiden. Extase en wanhoop is met andere woorden een bron van cultuur met een grote C. Manisch-depressief én creatief, zoals zij in de inleiding stelt. De afbeelding op de kaft illustreert dit treffend: een in de zeventiende eeuw fel begeerde tulp, waarvan de kleurschakering een gevolg van een ziekte bleek te zijn. In haar boek onderbouwt Ter Borg deze visie door met name te putten uit het leven en werk van een groot aantal kunstenaars, met name dichters, allen zonder uitzondering afkomstig uit Amerika en Europa. Ze spreekt in navolging van de zeventiende-eeuwse beeldhouwster Maria Grubbe zelfs van een geheim genootschap van melancholici, “van mensen die door extreme stemmingswisselingen gedoemd vreemdelingen te blijven in hun eigen cultuur, elkaar over grenzen, over eeuwen heen de hand reiken,”.

Ter Borg begint haar betoog met een uiteenzetting over de visie van Aristoteles zoals die neergelegd is in *Over melancholie*. Ze maakt duidelijk dat deze antieke filosoof hierin zowel spreekt over een teveel als over een tekort aan zwarte gal. Melancholie blijkt in dit geschrift bipolair van karakter te zijn. Naast neerslachtigheid of depressieve gevoelens kent melancholie ook manie. Ieder mens kent echter – ook volgens Aristoteles – lichte stemmingswisselingen. Ter illustratie presenteert ze de wederwaardigheden van Bellerophon, Ajax en Herakles aan de hand van *Odysee* van Homerus en *Herakles* van Euripides.

In het volgende deel legt Ter Borg een verband tussen de bipolaire stoornis en creativiteit. Ze maakt meteen duidelijk dat de ziekte geen talent scheidt, maar bestaand talent uitvergroot. “(De talentvolle melancholicus) gebruikt zijn ziekte (...) als een springplank om boven die ziekte uit te stijgen.” De neurofysiologische grondslag van de ziekte ligt in de schommelingen in de toevoer van neurotransmitters, een moderne vertaling van Aristoteles’ teveel en tekort aan zwarte gal. Het zijn volgens Ter Borg niet de extremen – de diepe depressie of de manie – die bijdragen aan de creativiteit, maar het zijn de lichte depressie en de hypomanie, waarin de creativiteit zijn wortels heeft. Het is episodisch karakter van de ziekte die de sleutel vormt. Het relativeringsvermogen wordt vergroot door het afwisselend zijn in twee werelden. De lichte depressie brengt twijfel aan de bestaande (denk)gewoonten en zelfkritiek, de hypomanie scheppingsdrang en zelfvertrouwen. In een cyclisch proces wordt ruimte gemaakt voor het nieuwe, dat wordt uitgewerkt en vervolgens weer bekritiseerd. Ze zet haar betoog kracht bij met de levensgeschiedenissen van Vincent van Gogh, Winston Churchill en Virginia Woolf.

In het laatste deel traceert Ter Borg in dichtwerken door de eeuwen heen passages die herkenbaar zijn als uitingen van bipolariteit. Ze presenteert de lezer vele passages

van dichters beginnend bij David en Salomon, via Seneca, Dante, Goethe en Poesjkin naar Woolf en Plath. Ze ziet daarin een bijna tijdloze consistentie én een grote mate van herkenbaarheid voor mensen met een bipolaire stoornis. De verschillende episoden van een bipolaire cyclus laten zich volgens Ter Borg moeiteloos aflezen. “Er werd”, zo schrijft ze, “door de eeuwen heen, een beeldtaal ontwikkeld die ook voor hedendaagse lotgenoten zeer herkenbaar is. (...) De leden van de ‘melancholieke club’ zijn verbonden door eenzelfde ervaring. Hun beeldtaal is daardoor gevormd.” In die beelden ziet zij overigens wel enige variatie met de culturele context, maar desondanks vooral veel overeenstemming.

In *Bloemen van een ziekte* slaagt Ter Borg slaagt erin, niet op de laatste plaats dankzij een aantal goed gekozen en prachtige passages uit dichtwerken, de belevingswereld van mensen met een bipolaire stoornis inzichtelijk en invoelbaar te maken. Daarin ligt vooral de verdienste van haar boek. Of deze passages allen ook de vertolking zijn van de ervaringen met een bipolaire stoornis van de betreffende dichters wordt mij niet duidelijk. Is sommige gevallen, zoals Virginia Woolf, is dit min of meer te achterhalen en aannemelijk te maken. Bij anderen, zoals Dante, Seneca, Euripides of David is dit niet meer vast te stellen en wordt eerder aan de hand van hun uitlatingen achteraf verondersteld dat ze manisch-depressief waren. Ter Borg heeft verder nauwelijks aandacht voor de context waarin toneelstukken of dichtwerken ontstaan en hoe deze daarin doorwerkt. Of het de tijdsgeest is die we horen of het gemoed van de dichter wordt zo niet duidelijk. Zij is als het ware slechts op zoek naar bewijsmateriaal voor haar stelling, waarbij ze terugblikkend het contemporaine ziektebeeld en zijn symptomatologie herkent. Het gevaar van ‘hineininterpretieren’ schuilt hier. In een vergelijkbare situatie werden de symptomen van een posttraumatische stressstoornis steeds verder in het verleden herkend, tot in de reactie van Achilles op de dood van Patroclus in de *Illiad* van Homerus. Daarmee werd onderschreven dat PTSD een tijd- en contextonafhankelijke ziektebeeld is. Ter Borg doet dit door een rechte lijn te trekken tussen de zwarte gal van Aristoteles en de neurotransmitters van de hedendaagse neurofysiologen. Haar werkwijze roept ook een tweede vraag op: zijn historische personen en personages uit toneelstukken zonder meer te vergelijken? Zijn bijvoorbeeld de dagboek aantekeningen van Sylvia Plath of Vincent van Gogh van vergelijkbare aard als de beschrijving van de wederwaardigheden van Hercules in een toneelstuk van Seneca? Deze kwestie blijft onaangeroerd evenals de vraag waarom er geen illustrerende passages uit de Japanse, Chinese, Zuid-Amerikaanse of Indiase literatuur zijn aangehaald. Zeker gezien het gepostuleerde universele karakter van de bipolaire stoornis zou deze ook hier zijn sporen achtergelaten moeten hebben. Of speelt in die gevallen de cultuur toch een rol in voorkomen van de stoornis en de expressie van symptomen?

Extase en wanhoop als bron van cultuur: Ter Borg zelf relativeert deze stellingname door aan te geven dat het niet gaat om de extreme pieken en dalen, maar om de mildere en door in te stemmen met Aristoteles dat ieder mens stemmingswisselingen kent. Dat maakt de bewijsvoering een stuk complexer. Ter Borg gaat evenmin in op de omstandigheden en condities waaronder dit zich voordoet. Ze merkt ze slechts op dat talent aanwezig moet zijn, zoals in het geval van de dichters en schrijvers die zij ten tonele voert. Dat betekent dat slechts een kleine talentvolle minderheid – waaronder de



auteur – van de honderdvijftigduizend mensen met deze stemmingstoornis in Nederland kan excelleren. Voor de anderen is er slechts het besef dat onder hun lotgenoten ook enkele grote geesten zijn of waren, maar of dit gegeven ook bij zal dragen aan hun emancipatie, is de vraag. De geschiedenis van Vincent van Gogh laat daarbij zien dat erkenning voor het talent soms pas erg laat komt.

*Bloemen van een ziekte* is het lezenswaardige verslag van een zoektocht naar zin van een psychiatrische stoornis, op de eerste plaats van de persoonlijke zoektocht van de auteur zelf.

Rob van Dijk, medisch antropoloog,  
Bavo RNO Groep, Rotterdam

Kedar Nath Dwivedi (ed.), *Meeting the needs of ethnic minority children. Including refugee, black and mixed parentage children. A handbook for professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2003. 336 pp. £17.95. ISBN 1853029599 (paperback).

Kindgerichte zorg vereist een grotere culturele bewustwording, sensitiviteit en vaardigheden dan die wij tot op heden hebben ontwikkeld, stelt Williams, hoogleraar in het geestelijke gezondheidsbeleid in het Verenigd Koninkrijk (VK), in zijn voorwoord van het boek. Dat geldt ook voor de zorg in Nederland en dit boek kan daar zeker aan bijdragen. Het boek is bestemd voor alle professionelen die te maken hebben met de zorg voor kinderen uit etnische minderheden, zoals de school, de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de pleegzorg. Het is samengesteld uit vijftien hoofdstukken van diverse auteurs, van verschillende disciplines en etnische origine, en betreft een geactualiseerde versie van de eerste editie, die in 1995 is gepubliceerd.

De titel van het boek dekt niet geheel de lading. Zo is het niet zozeer een handboek, maar meer een bundel van verschillende, op zich zelf staande bijdragen, waarvan sommigen theoretisch getint zijn en anderen gebaseerd op ervaringen in de praktijk. Daardoor overlappen verschillende hoofdstukken elkaar en velen starten met definities van begrippen als ras, etniciteit en cultuur die elkaar weliswaar niet veel ontlopen, maar wel verschillend zijn. Dat doet echter niets af aan het hoofdthema, de vraag hoe kan worden bevorderd dat kinderen uit etnische minderheden in een vijandige, discriminerende omgeving opgroeien tot gezonde volwassenen.

In zijn introductie geeft Kewar Dwivedi kort de spanningen weer die kinderen uit etnische minderheden kunnen ervaren. Naast de spanningen ten gevolge van gezinsproblemen, een te grote druk op schoolprestaties, sociale conflicten die ieder kind kan ervaren, noemt Dwivedi ook twee specifieke spanningsbronnen, namelijk racisme en de dislocatie van het gezin. Daarmee zet hij direct de toon voor vrijwel het gehele boek. Racisme speelt volgens hem als culturele ideologie in de zorg voor etnische minderheden een belangrijke rol. De auteur verwijst onder andere daarbij naar een rapport van de Britse Home Office (1999), dat het falen van een organisatie om adequate, professionele dienstverlening aan mensen te bieden wegens hun kleur, cultuur of etnische afkomst, definieerde als institutioneel racisme. Door niet open te staan voor gezinspatronen en -relaties in niet-westerse culturen kunnen hulpverleners bijvoorbeeld tot de



veronderstelling komen, dat jongeren die zich geen onafhankelijke mening vormen onder druk staan van hun ouders. Daarmee verwijderen zij zich van deze kinderen en hun gezinnen en/of kunnen de onderlinge verhoudingen binnen het gezin verstoren.

In het tweede hoofdstuk over cultuur en persoonlijkheid gaat Dwivedi uitgebreid in op de verschillen in de betekenis van het 'ik', de opvoeding, familieverbanden en de constructie, regulatie en uiting van emoties tussen Westerse en met name de Indiase cultuur. In de opvoeding van kinderen komt cultuur misschien wel het sterkste tot uiting. Immers in de opvoeding worden waarden en culturele tradities van de ene generatie doorgegeven aan de volgende. In Indiase gezinnen streven ouders er vooral naar om voor hun kinderen model te staan voor onderlinge afhankelijkheid. Daarbij wordt een sfeer gecreëerd van toegeeflijkheid, lichamelijke nabijheid en een lange zuigelingen-tijd, die gemakkelijk tot een westerse conclusie kan leiden dat de kinderen verwend worden. Kinderen in Aziatische culturen zouden echter weinig behoefte aan knuffel-objecten hebben. Een kind kan angst ontwikkelen, indien het het gevoel heeft zich niet aan te kunnen passen aan de (cultuur van de) groep of groepen waartoe hij behoort. De vorming van de etnische identiteit van een kind kan ten gevolge van de acculturatie onder druk komen te staan.

Banhatti en Bhate beschrijven in hoofdstuk 3 de vele verschillende biologische, psychologische, sociale en juridische factoren die het optreden van geestelijke gezondheidsproblemen van kinderen uit etnische minderheden in het VK kunnen verklaren. Het behoren tot een etnische minderheid kan bij kinderen leiden tot een laag zelfbeeld. Dit hoeft echter niet, zolang er binnen de eigen minderheidsgroep positieve rolmodellen aanwezig zijn met wie het kind zich kan identificeren. Daarnaast hangt in vele culturen het welbevinden van het kind samen met het ervaren van ouderlijke geborgenheid. Wel bepaalt cultuur wat ouders van hun kind verwachten en wat zij beschouwen als normaal of afwijkend gedrag. Volgens de auteurs moeten professionals om die reden in staat zijn om door het rookgordijn van culturele factoren – van henzelf en die van het kind – te kijken om pathologisch gedrag en symptomen te kunnen identificeren.

In hoofdstuk 4 beschrijft Lau gezinstherapieën voor gezinnen uit etnische minderheden. Tussen de therapeut en deze gezinnen kunnen spanningen ontstaan wegens het verschil in ras, in symbolische en geloofssystemen, in familiestructuur en -organisatie en in taal en communicatie. Opvallend is dat zij, zonder verdere onderbouwing, er vanuit gaat dat zwarte, Afro-Caribische kinderen en kinderen van gemengde huwelijken in de GGZ zich doorgaans schamen voor hun 'zwart zijn' wegens de associatie daarvan met negatieve stereotypen. Maar, stelt zij, daaruit volgt niet dat een Chinees, Indiaas en West Afrikaans kind zich als 'zwart' definieert. Desalniettemin moet soms aan het begin van de therapie aandacht geschonken worden aan de machtsongelijkheid tussen therapeut en gezin. In haar richtlijnen voor de indicatiestelling gaat ze daar niet nader op in. De richtlijnen betreffen vooral het nader vaststellen van de gezinsstructuur en -organisatie, de opvoedingsdoelen, het omgaan met belangrijke levensgebeurtenissen en verlies, en de betekenis van de stoornis binnen het gezin voor het gezin zelf, voor het sociale netwerk en voor de eigen gemeenschap. Lau onderstreept het belang om in gezinstherapieën de eigen kracht van het gezin te mobiliseren en de eigen competenties te laten doen gelden.

Maitra en Miller, starten hun hoofdstuk over kinderen, gezinnen en therapeuten met een verwijzing naar de oorsprong van racisme, namelijk het koloniaal verleden van het Verenigd Koninkrijk. Dit verleden kan, hoewel generaties later, de visie van de therapeut op de problemen binnen gezinnen uit etnische minderheden en de beleving van etnische minderheden van de omringende samenleving beïnvloeden. Aan de hand van een casus laten ze zien dat schaamte van een vader over het gedrag van zijn dochter hem er toe leidde het gedrag zodanig te limiteren dat een therapeut veronderstelde dat het kind door hem werd mishandeld. Soms ontstaat er pas voldoende vertrouwen voor een effectieve therapie als het gezin de therapeut gaat beschouwen als deel van de grootfamilie. Volgens de auteurs kan dat bewerkstelligd worden door het gebruik van de juiste toonhoogte van de stem, de lichaamstaal en andere cultuurspecifieke communicatievormen. In de therapie is het naast het vanzelfsprekende respect voor de cultuur van het gezin en de uitingsvormen daarvan ook van belang om rekening te houden met de cultuurbepaalde ontwikkelingsfasen van het kind. Enige boeiende casusbeschrijvingen illustreren het betoog van de auteurs.

Hoofdstuk 6 van Fateh et al. met als titel de vraag of praten over cultuur therapeutisch kan zijn, lijkt in feite in twee thema's uiteen te vallen. Enerzijds worstelen de zeven auteurs van voornamelijk Aziatische origine met de vraag of het inschakelen van hen voor gezinsproblemen van etnische minderheden niet (ook) duidt op discriminatie en machtspolitiek. Anderzijds illustreren zij de systeemtherapeutische benadering van gezinsproblemen met uitvoerige casussen. Hierin komt onder meer tot uiting dat gedrag, cognitie en emoties in niet-westerse culturen moeten worden gezien als een functie van onderlinge relaties en geplaatst in de context daarvan. De auteurs stellen, naar mijn mening, terecht dat een systeemtherapeutische benadering zonder aandacht voor cultuur geen systemische benadering is.

Banks beantwoordt in hoofdstuk 7 de vraag wat een positieve zwarte identiteit is en hoe deze te bevorderen is. De etnische identiteit als samenstelling van de persoonlijke, individuele en sociale identiteit is per definitie gerelateerd aan de interactie met de omgeving. 'Zwarte', dat wil zeggen niet-blanke kinderen die opgroeien in een omgeving waarin zij bij voortdurend geconfronteerd worden met boodschappen als "je bent minder waard", "je bent lui", "je zal wel nooit slagen in het leven", in subtiel dan wel expliciete vorm, lopen het risico een negatief zelfbeeld te ontwikkelen. Dergelijke vooroordelen zouden zich bij kinderen al in de vroege jeugd ontwikkelen en zijn het meest uitgesproken bij kinderen van vier tot zeven jaar. Een positieve zwarte identiteit definieert Banks als "where children display strong ethnic group worth without being dismissive of other cultural groups, are able to engage with their cultural group's behaviours without shame and can accept their colour difference without feelings or beliefs of self-devaluation" (p. 154). Een positieve zwarte identiteit verdedigt en beschermt tegen discriminatie en racisme, geeft het gevoel erbij te horen en vormt een basis voor de omgang met andere mensen, culturen en situaties. Een socialisatieproces dat leidt tot een positieve etnische identiteit is dan ook voor kinderen van belang. Kinderen die 'leven tussen twee culturen', zoals kinderen uit etnische minderheden die naar 'witte scholen' gaan, en kinderen van gemengde huwelijken ontwikkelen volgens Banks een 'andere' identiteit en niet bijvoorbeeld een biculturele identi-

teit. Deze 'andere' identiteit zal zich in positieve zin ontwikkelen indien de ouders positieve rolmodellen vormen en in staat zijn om het 'anders zijn' openlijk met het kind te bespreken. Enige therapeutische principes om een dergelijke identiteit te bevorderen sluiten het hoofdstuk af.

In hoofdstuk 8 bespreken Burnham en Harris het model van de Coordinated Management of Meaning, waarmee in een gezinstherapie de betekenis van wat er wordt gezegd, hoe het wordt gezegd, waarom het op dat moment wordt gezegd verhelderen. Volgens hen is etniciteit een narratief dat in relaties tussen mensen, groepen en naties voortdurend naar boven komt. Eén van hun navolgenswaardige richtlijnen is dat een therapeut zich beter als onhandig kan opstellen dan als slim. 'Niet weten' en nieuwsgierigheid levert het meeste op.

German schenkt in hoofdstuk 9 aandacht aan strategieën om de schoolprestaties van kinderen uit etnische minderheden te bevorderen. Afro-Caribische kinderen in het VK zijn bij de start van hun schoolcarrière zeer veelbelovend, maar zijn hun zestiende jaar het minst succesvol van alle etnische groepen. De oorzaak ligt niet alleen in een verminderd zelfvertrouwen, maar ook in de vooroordelen van docenten over 'zwarte' kinderen. Volgens de auteur zijn gelijke kansen een mythe. Hij onderbouwt dit met gegevens over verschillen tussen 'witte' en 'zwarte' kinderen in het van school gestuurd worden. De auteur pleit voor veeltalig onderwijs, waarbij ook aandacht voor literatuur, filosofie, godsdienst en culturele en economische richtingen, om daarmee het gevoel van eigenwaarde onder kinderen van etnische minderheden te versterken.

In hoofdstuk 10 werkt Banks uit hoe een positieve etnische identiteit bij kinderen van gemengde huwelijken bevorderd kan worden onder meer aan de hand van een casus.

Zeitlin bespreekt in hoofdstuk 11 de adoptie van kinderen van etnische minderheden. 'Zwarte' kinderen geadopteerd door 'witte' ouders kunnen angstig raken, als zij geen positieve etnische identiteit kunnen ontwikkelen en hen geen vaardigheden worden bijgebracht om te overleven in een racistische omgeving. Een lange wachttijd vóór plaatsing bij adoptiefouders met dezelfde etnische achtergronden is echter nog schadelijker voor de ontwikkeling van een kind, dan plaatsing in een 'wit' gezin. Het belangrijkste is vooraleerst een goede relatie met de adoptiemoeder.

In hoofdstuk 12 van Mehra staat de ontwikkeling van een positieve etnische identiteit bij uit huis geplaatste kinderen centraal. Met een casus beschrijft zij hoe zij weerstanden bij 'witte' collega's heeft moeten overwinnen om de haar toegewezen pupil – een Aziatisch jongetje die niets meer wilde weten van zijn oorspronkelijke etniciteit – met succes terug te plaatsen bij zijn familie.

Woodcock beschrijft in hoofdstuk 13 de holistische benadering van getraumatiseerde asielzoekerkinderen. Dit hoofdstuk en het volgende van Radha Dwivedi over gemeenschapswerk met Aziatische vrouwen en meisjes, vallen naar mijn gevoel buiten het kader van het boek, omdat ze niet of nauwelijks het hoofdthema van het boek betreffen. Wel geven beide hoofdstukken een goed beeld van de sociale situatie van deze groepen in het VK.

In hoofdstuk 15 ten slotte van Rodriguez et al. wordt de vorming van de persoonlijkheid in een multiculturele samenleving opnieuw besproken. In tegenstelling tot

Banks bespreken zij meer concreet en aan de hand van een schema hoe ouders de etnische socialisatie bij hun kinderen kunnen bevorderen. Ouders kunnen op subtiële of expliciete wijze proactieve en protectieve boodschappen aan hun kinderen doorgeven gepland of naar aanleiding van een situatie. Een geplande, subtiële, proactieve boodschap is bijvoorbeeld het voorlezen van een boek over een 'held' van de eigen etniciteit. Hiermee wordt de etnische identiteit versterkt. Met protectieve boodschappen wordt beoogd etnische minderhedenkinderen voor te bereiden op het leven in een vijandige samenleving. Als voorbeeld van een subtiële, reactieve, protectieve boodschap noemen de auteurs: "An African American father is turned down for a promotion and says in front of his children, 'If I'd been white I would have gotten that job'" (p. 303). Kinderen in de pleegzorg ontberen veelal de kennis over en vertrouwdheid met hun eigen etniciteit, en kunnen zich daarom een onjuist beeld gaan vormen over hun eigen culturele karaktertrekken. Om die reden zal volgens de auteurs zoveel mogelijk het contact met de eigen familie moeten blijven bestaan. Ik vraag mij af of de protectieve boodschappen niet eerder tot segregatie leiden dan tot de beoogde integratie. De auteurs ondermijnen daarmee hun eigen waardevolle boodschap, namelijk die van het belang om de protectieve factoren bij een kind te versterken door deze voor te bereiden op de spanningen in een multiculturele samenleving.

In verschillende hoofdstukken, waaronder die van Mehra, wordt verwezen naar de Rechten van het Kind en met name naar de artikelen die stellen dat het belang van het kind bij alle maatregelen een eerste overweging dient te vormen, de cultuur van een kind gerespecteerd dient te worden, en dat kinderen dienen te worden gehoord over zaken die hen betreffen. Er kan echter tussen deze artikelen spanning ontstaan, zoals de casusbeschrijving van Mehra toont. Zij gaat bijvoorbeeld voorbij aan de wens van haar pupil om hem bij zijn door hem gewijzigde, Engelse voornaam aan te spreken. Is dit werkelijk in het belang van het kind? En hoe bepaal je dat zonder dat daarbij je eigen vooroordelen ten opzichte van de ene dan wel de andere etnische groep een rol gaan spelen?

Het boek is confronterend, ook door het veelvuldig gebruik van het in Nederland beladen begrip 'racisme', hoewel daarmee in feite verschijnselen worden beschreven die ook in de Nederlandse samenleving en zorg te herkennen zijn. De lezing van het boek riep bij mij bovenal de vraag op hoe een bespreking van 'een positieve zwarte identiteit' zou vallen in de huidige Nederlandse politieke context waarin 'assimilatie' het adagium is. De beschrijvingen in het boek van de negatieve invloeden van impliciete en expliciete negatieve boodschappen in de samenleving en zorg over etnische minderheden op de vorming van de persoonlijkheid van hun kinderen vormen wat dat betreft een politiek manifest. Alleen al daarom, maar zeker niet om die reden alleen, kan ik het boek aanbevelen. Verder vraagt naar mijn mening het besproken onderwerp om verdere reflectie en discussie binnen de zorg en samenleving in Nederland.

Loes van Willigen, arts,  
consultant gezondheidszorg en mensenrechten

Carol R. Ember & Melvin Ember (eds.), *Encyclopedia of medical anthropology. Health and illness in the world's cultures. Volume 1. Topics; Volume 2. Cultures*. New York, etc.: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2004. 1071 pp. €435,00. ISBN 0306477548.

With the publication of an (expensive!) encyclopedia entirely devoted to medical anthropology the coming-of-age of this discipline seems an undeniable fact. The number of those practicing this specialization seems to confirm this. In their preface, the editors remark that the Society of Medical Anthropology is now the second largest unit of the American Anthropological Association. Do these two volumes, more than 1000 pages, provide everything one wants to know about medical anthropology or what one may reasonably expect from such a reference book? My conclusion is that this encyclopedia offers both too much and too little.

Volume 1 begins with a glossary of almost 500 terms (from abortifacient to zoonotic disease) and continues with 53 thematic and comparative essays, grouped in five sections: *General concepts and perspectives*, *Medical systems*, *Political, economic and social issues*, *Sexuality, reproduction and the life cycle*, and *Health conditions and diseases*. Volume 2 contains 52 articles that describe the 'state' of health and disease in as many cultures/societies around the world. These articles have been organized following a format by the editors to guarantee maximum comparability. Main topics in that format are: general overview of culture; context of health; medical practitioners; classification, theories and treatment of illness; health through the life cycle; and changing health patterns. Volume 2 ends with a subject index and an index of culture names.

Without doubt, the first volume contains the most valuable contribution to the state of the art of medical anthropology. Most of the 53 essays are very informative and provide a wealth of useful references (although the editors should have prevented some authors from overquoting their own work; Gaines, for example, quotes twenty of his own publications). I particularly liked the articles on critical medical anthropology (Singer), illness narratives (Loewe), phenomenology of health and illness (Becker), medicalization (Lock), aging (Sokolovsky), birth (Sargent), death (Kaufman), disability/difference (Shuttleworth), and tuberculosis (Shrestha-Kuwahara et al.).

But the value of an encyclopedia also depends on what it does *not* contain. Unfortunately, there are several conspicuous absentees in the topics discussed. First of all, there is no solid treatment of the history of the discipline. Some authors (Sobo, Singer) briefly touch upon historical issues but that is not sufficient. An overview of the development of medical anthropology around the world (teaching, research institutes, specialized journals, key publications, professional organizations, etcetera) is also dearly missed. Such an overview would have compensated to some extent for the USA bias (114 of the 130 contributors are USA-based). The rich tradition of French medical anthropology, for example, is entirely absent in this work. Nowhere, to continue my complaints, is described how medical anthropology situates itself in relation to adjacent disciplines such as medical sociology, public health, epidemiology, health economics, gerontology, etcetera.

Other remarkable misses in the selected essays include (in alphabetic order): cancer, care, dentistry, hospitals, magic, nurses, pain, prevention, research methods in

medical anthropology, sanitation, somatization, and therapy choice. Several themes, for example the anthropology of pharmaceuticals now hidden in an article on biomedical technology, deserve more attention.

Reliable and exhaustive subject and author indexes are indispensable for an encyclopedia that has chosen for articles as entries. This one does not have an author index (it could be useful to check on names such as: Rivers, Ackerknecht, Van Ossendruppen, Malinowski, Evans-Pritchard, Paul, Foster, Lévi-Strauss) and its subject index is far from reliable and complete. Somewhat haphazardly I list a number of topics that are missing in the index. Some of them are not dealt with at all; others do appear in the main text but have not been indexed. Next to the missing themes mentioned earlier, the following subjects do not appear in the index: access (to health care), anemia, anatomy, anorexia, antibiotics, biopower, body, (non-)compliance, conception, consumer, contagion, cosmetics, couvade, defecation, deviation, doctor-patient communication, cyborg, diagnosis, (health) education, ethnopharmacology, euthanasia, experience, explanatory model, folk sector, (medical) gaze, insurance, kwashiorkor, metaphor, metonym, nocebo effect, placebo effect, postmodernism, poverty, prayer (healing), prescribing, professionalization, semantic network, skin, sleeping, smell, symptom, therapy management group, toilet, touch, transplantation, truth-telling, words, yin & yang, yoga. Other topics only appear in the context of a particular culture and are not discussed in a general sense, for example: acupuncture, alternative (or complementary) medicine, hygiene, pollution, and self-care.

Worse is that subjects which *are* listed in the index do not cover all relevant discussions in the main text, which are thus lost to the 'normal' consulter of an encyclopedia. One example: the terms 'mental disorder', 'mental health', and 'mental illness' (why three different entries that do not refer to each other?) do not lead the reader to the essay on psychoanalysis and anthropology where mental illness is the focus of an excellent discussion.

As I mentioned before, the encyclopedia also provides too much. The second volume, wholly devoted to country/culture overviews, is a tragic mistake. First of all, such state-of-culture-and-health overviews are outmoded (and often outdated). They are bound to be naïve, static and generalizing, evoking memories of an ancient anthropological concept of holism. Secondly, the selection of cultures is unavoidably arbitrary and their coverage incomplete, two mortal sins in an encyclopedial work. Interesting ethnographic examples should be integrated into the general articles. This strange second volume can, of course, be explained by the professional background of the editors, both of whom are linked to the Human Relations Area Files (HRAF), a heritage from colonial ethnography, which believed it, could capture whole cultures. In addition, the extensive information of volume 2 unnecessarily complicates the subject index with hundreds of culture entries. Numerous errors in spelling of names and in alphabetization are another inconvenience.

In conclusion, volume 1's valuable – but incomplete – overview of basic themes in medical anthropology makes this reference work a 'must' for libraries and individuals specializing in the field. It is clear, however, that the next edition should be radically different: more thematic articles, better global representation of medical anthropological

practice, no special volume with selected cultures, an author index and a reliable subject index. I hope I do not ask too much.

Sjaak van der Geest, medical anthropologist,  
University of Amsterdam

Jessica Erdtsieck, *In the spirit of uganga. Inspired healing and healership in Tanzania*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2003. 428 pp.

Het proefschrift van Jessica Erdtsieck is een omvangrijke en zeer informatieve, bijna klassieke, etnografische monografie. Deze bundeling van prachtige verhalen is gebaseerd op antropologisch veldwerk over een periode van negen jaar, waarvan bijna vier jaar met intensieve contacten met de genezers en genezeressen en hun cliënten. De kwaliteit van de etnografische gegevens zijn het resultaat van enkele kenmerken van de onderzoekster, die ik zou willen typeren als haar kracht: geduld, flair en een ontspannen houding. Zij heeft zich aan kunnen passen aan zeer primitieve omstandigheden en op een ontspannen wijze weten te participeren, daarbij zeer waarschijnlijk geholpen door haar ervaringen als yoga-lerares. Een sprekend voorbeeld hiervan is de beschrijving van haar aankomst in het dorp van de genezeres Nambela die ze via een intermediair toestemming had gevraagd om haar praktijk te bestuderen. "Nambela had agreed but she was nonetheless much astonished to see me. As she shook her head in disdain, she said that there were no special provisions for me and that there were no shops around. Through the head-nurse (de intermediair, FR), I explained that I had no objections to that, I had taken seeds along to grow my own vegetables and would find my way to shops on foot if necessary." Goed voorbereid, zelfs om een tuintje aan te leggen en met een grote mate van gevoel voor reflexiviteit is ze aan de slag gegaan.

*In the spirit of uganga* is de weergave van meerdere verblijven bij verschillende genezers en genezeressen. De focus van de beschrijvingen ligt op de dagelijkse praktijken en ervaringen van betrokkenen. Erdtsieck heeft veel audio- en video-opnames gemaakt (te beluisteren en te bekijken op [www.askmedia.org](http://www.askmedia.org)). Deze etnografie is ook 'multi-sited' aangezien haar informanten in verschillende regio's van zuidelijk Tanzania werkzaam zijn. Dit bood haar de mogelijkheid van een comparatieve analyse van de rol en betekenis van spirituele geneeswijze in Tanzania. Daarbij geeft ze een historische beschrijving van *uganga* ("sacred art of medicine and healing") en analyseert de relatie tussen *uganga* enerzijds en christendom en islam anderzijds. Met deze studie beoogt zij tevens een maatschappelijk doel: de negatieve beeldvorming ten aanzien van traditionele genezers te veranderen door hun praktijken een wetenschappelijk fundament te geven en mogelijk erkenning van de overheid te bewerkstelligen. Ze biedt daartoe onder andere een uitgebreide etno-botanische analyse van de planten die gebruikt worden.

Noemenswaardig is dat er in Tanzania door de overheid erkende opleidingen voor traditionele genezers bestaan. Het probleem is echter de grote verscheidenheid van traditionele genezers. Hun praktijken zijn meestal onbekend bij een groter publiek. Dit geeft hun een ambivalente positie: ze worden tegelijkertijd gevreesd én gerespecteerd.



Bovendien worden ze vanuit de moderne wetenschap en de monotheïstische godsdiensten gebagatelliseerd. Naast de verscheidenheid aan genezers zijn er ook talrijke aandoeeningen en problemen die voorwerp van genezing zijn. De diagnostiek, geneeswijzen en interventies bestrijken een heel breed gebied. Vandaar dat Erdsieck documenteert wie deze genezers zijn, hoe ze hun vak leren, wat hun werkethiek is en welke praktijken er zijn.

Het proefschrift bestaat uit twee dieptestudies van bekende genezeressen en vier casestudies van zogenaamde *witchdoctors*. De verscheidenheid aan genezers kunnen onderverdeeld worden in drie hoofdtypen: de profetische of gebedsgenezers, de door voorouders geïnspireerde genezers en genezers die hekserij en zwarte magie kunnen keren. Nambela, bij wie de auteur tien maanden verbleef, woont in de regio Mbeya (Zuid-West Tanzania) en lijdt van kinds af aan door geesten veroorzaakte ziektes. Na een jarenlange lijdensweg vond ze hulp bij een genezer die haar leermeester werd. Zij is in staat om haar eigen geesteskrachten te kanaliseren en helpt ook anderen dit te doen. Nambela valt in de categorie *prophet healers*. Jeremana, bij wie Erdsieck vier maanden woonde, vond haar roeping, nadat haar familie meerdere keren door het noodlot getroffen werd. Dit werd toegeschreven aan de kwaadheid van de voorouders die omgekomen waren in tribale of koloniale oorlogen, maar nooit een degelijke begravenis hadden gehad. Jeremana werd uitverkoren om de harmonie te herstellen. Vandaar haar kwalificatie : *ancestral lineage healer*. Nuru's praktijk bevindt zich in Dar es Salaam. Zij werkt met inlandse en *coastal* geesten. Haar specialiteit is haar inspiratie door aan water gerelateerde geesten. Alberto leed aan een psychotische aandoening, nadat hij weerstand had geboden aan zijn familie. Eenmaal in contact gekomen met de *kihami* (Bantoe) geesten, bleek hij in staat hekserij en vloeken te bezweren. Hij keerde terug naar een 'normale' toestand. Asia Fusi werd ook geroepen door de *kihami* geesten en door zich te wijden aan genezingsrituelen die effectief bleken te zijn, legde ze zich toe op deze roeping. Kalembwana bleek in staat om mensen te reinigen van kwaadaardige geesten. Zij heeft ook een band met de *kihami* geesten.

Het centrale theoretische vraagstuk is of het mogelijk is een wetenschappelijk fundament te ontdekken in deze praktijken. Hier raakt men aan een breed theoretisch debat over Afrikaanse religies en geneeswijzen. Is de empirisch waarneembare effectiviteit een proeve van medische en helende vermogens? Hoe werkt dat dan? Erdsieck legt de nadruk op een functionalistische theoretische benadering. De werkzaamheid van rituelen bestaat uit het in een harmonische balans terug laten keren van uit evenwicht geraakte sociale relaties en situaties. De lezer krijgt inzicht in hoe *uganga* samenhangt met stress in de familie- en verwantschapsgroep. Stress wordt ook veroorzaakt door maatschappelijke veranderingen. Toename van verwestering, geldeconomie en scholing brengt aanpassingsprocessen op gang en veranderingen van levensstijl en identiteit. Tijdens *uganga* rituelen maken genezers een reconstructie van traditionele normen en waarden tegen het licht van moderniseringsprocessen. Mensen worden in de gelegenheid gesteld om de beleving van het bestaan en hun wereldbeschouwing te uiten. Tijdens de rituelen kunnen zij hun angsten en zorgen loslaten, hun bewustzijn verruimen (muziek, zang, dans) en pijnen (tijdelijk) verdoven. Met andere woorden *uganga* is effectief in het herstellen van stresssituaties en helpt bij identiteitsverande-

ringen. De keerzijde van de medaille is dat door de ingrijpende maatschappelijke veranderingen in ruraal Tanzania, de spirituele geneeswijzen goed in de markt liggen. Ook charlatans weten deze lucratieve 'niche' te ontdekken. Het is dus niet eenvoudig om het kaf van het koren te scheiden. Vandaar dat Erdtsieck geprobeerd heeft haar bevindingen met een onderzoek naar de geneeskrachtige werking van de gebruikte planten en middeltjes te staven op botanische gronden.

Ik heb deze rijk gedocumenteerde etnografie met veel plezier gelezen. Door de dichtheid aan beschrijvingen is het geen boek om in één keer uit te lezen. Het bekijken van de filmpjes op de website was een welkome bijdrage om mijn verbeeldingskracht te verruimen. Qua theorievorming is het boek niet vernieuwend. Men kan zich afvragen óf antropologie inzake deze onderwerpen überhaupt een cumulatieve wetenschap zou moeten zijn? De gehanteerde holistische benadering laat eens te meer de complexiteit en de talrijke verbanden zien tussen sociaal-culturele verschijnselen. Dit is mijns inziens de kracht van dit soort studies. Antropologen die expliciet een holistische benadering hanteren, moeten zich hoeden voor de *variable analysis trap* waarin men toch oorzakelijke verbanden wil aantonen. In enkele passages neigt Erdtsieck daartoe, maar gelukkig weet ze de valkuil te ontwijken. Henk Driessen placht te zeggen: "Etnografie blijft, theorie gaat voorbij." Vanuit dat standpunt is Erdtsiecks proefschrift een verrijking voor de etnografie van Tanzania en hopelijk een bijdrage in het debat over de relevantie van traditionele gezondheidszorg.

Fenneke Reysoo, medisch antropoloog,  
Radboud Universiteit

Horst H. Figge, *Wörterbuch zur Psychologie des Magischen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2004. 160 pp. € 24.00. ISBN 3861352273.

In een van de twee motto's waarmee dit curieuze woordenboekje aanvangt, zegt de filosoof Max Dessoir dat niets onwetenschappelijker is dan schroom (*Scheu*) voor de magie. Hoe onwetenschappelijk het onderwerp in zichzelf ook moge zijn, heeft de auteur waarschijnlijk gedacht, want zijn lijst van ruim duizend termen heeft als uitgangspunt dat magie op een denkfout berust. Er is sprake van magisch denken, aldus Figge, als gebeurtenissen en effecten worden verklaard uit geloofsfeiten die noch bewezen, noch weerlegd kunnen worden. De taak van de psychologie der magie is te onderzoeken waarom en onder welke omstandigheden mensen ervan overtuigd raken dat ze magisch kunnen handelen of magisch beïnvloed kunnen worden en welke gevolgen een dergelijke denkwijze voor hen kan hebben. Er is weinig aandacht derhalve voor de rationaliteit en emotionele waarheid van magie en voor de uitdaging die magie vormt voor de wetenschap. Voorbeelden zijn de effecten van een liefdesverklaring, de rituele aspecten van moderne techniek en de realiteit van het placebo- en nocebo-effect. Over placebo-effect zegt dit woordenboek bijvoorbeeld dat het berust op een misvatting (*irrtümlichen Annahme*). Van begin tot einde bladerend, van *Aberglaube* tot *Zwickmühle* (benarde situatie), komt de lezer tal van lemma's tegen die een verge-

lijkbare scientïstische omschrijving toebedeeld krijgen. Figge beveelt de lezer aan van woord tot woord te surfen – van aanrakingsmagie naar relikwie, van hyperventilatie naar trance, van magische genezing naar zingeving, van pijn naar initiatie – en zodoende een beeld te krijgen van de psychologie van het magisch denken. Hoe mensen via het denken de wereld naar hun hand/hoofd kunnen zetten, is inderdaad een fascinerend studieveld. Deze lezer kwam daarnaast echter met een schok tot een andere ontdekking: dat de disciplines van psychologie en antropologie ver van elkaar verwijderd zijn als het over magie gaat. De teksten in dit woordenboekje zouden passen in het pre-Malinowski tijdperk van de antropologie (magie is foutief denken). Of misschien is er sprake van een ernstig terminologisch misverstand en betekent ‘magie’ bij psychologen iets anders dan in de antropologie. In beide gevallen is er sprake van een interdisciplinair probleem.

Sjaak van der Geest, medisch antropoloog,  
Universiteit van Amsterdam

Ellen Gruenbaum, *The female circumcision controversy. An anthropological perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2000. 256 pp. \$26.50. ISBN 0812217462.

Vanuit een Westers gezichtspunt is het tegenstrijdig, zo niet shockerend, om beelden te zien van een jong meisje dat door haar liefhebbende familieleden stevig wordt vastgehouden, zodat zij kan worden besneden. Toch ondergaan jaarlijks twee miljoen meisjes deze ingreep. De meeste Westerlingen die van meisjesbesnijdenis horen en er video-beelden van zien, reageren verontwaardigd. Zij die begaan zijn met het verbeteren van de positie van vrouwen, gaan zelfs over tot actie. Zij ontwerpen programma's om vrouwenbesnijdenis uit te bannen.

De centrale boodschap in *The female circumcision controversy* van de Amerikaanse antropologe Ellen Gruenbaum is dat genoemde reacties niet realistisch zijn, hoe goed ze ook zijn bedoeld. Zij maken namelijk duidelijk dat Westerse critici weinig inzicht hebben in de alledaagse complicaties, waarvoor families zich gesteld zien bij hun beslissing om ofwel traditionele praktijken te blijven volgen dan wel het ongewisse pad van verandering te kiezen.

Gruenbaum zet uiteen dat Westerse verontwaardiging en initiatieven om ‘genitale verminking’ te doen stoppen vaak een sterke tegenreactie oproepen bij de bevolking in de landen waar bedoelde praktijk gemeengoed is. Zij onderzoekt de geldigheid van Westerse argumenten tegen wat velen als een belangrijke rite de passage beleven. Daarbij analyseert zij de visie op en beleving van zowel de ‘buitenstaander’ als de ‘insider’ op meisjesbesnijdenis. Ze concentreert zich met name op de complexe houdingen van de individuen en groepen die genitale verminking toepassen én op inheemse inspanningen om het te doen beëindigen. Zij constateert dat de kritieken van buitenstaanders vaak simplistisch zijn, in de zin dat critici weinig oog hebben voor de diversiteit in culturele contexten, complexe betekenissen en de heftige weerstanden tegen verandering.

Zich baserend op vijf jaar veldwerk in Soedan, waar de meest ingrijpende vormen van genitale verminking voorkomen, laat Gruenbaum zien dat deze praktijken diep ingebed zijn in Soedanese culturele tradities, in religieuze, morele en esthetische waarden en in opvattingen over klasse, etniciteit en gender. Haar studie belicht zowel de weerstand als de acceptatie van verandering. Ze beschrijft dat veranderingen het gevolg zijn van economische en sociale ontwikkelingen, de invloed van islamitische fundamentalisten, het werk van gezondheidsvoorlichters en de inspanningen van geschoolde Afrikaanse vrouwen. Dat betekent volgens Gruenbaum overigens niet dat er geen rol is voor buitenstaanders. Hierbij doet zij suggesties voor diegenen die veranderingen willen ondersteunen.

Gruenbaum blijkt zich uitgebreid te hebben verdiept in de enorme variatie in de praktijk en betekenis van meisjesbesnijdenis. Het gaat om heel specifieke culturele contexten en menselijke belevingen. Op basis daarvan geeft zij een inzichtelijke analyse van het veranderingsproces van de complexe en fel bediscussieerde praktijk van deze culturele handeling.

Cor Hoffer, medisch antropoloog,  
GGZ Groep Europoort, Rotterdam

Hans Harmsen, *When cultures meet in medical practice. Improvement in intercultural communication evaluated*. Academisch proefschrift, Erasmusuniversiteit Rotterdam, 2003. 153 pp. ISBN 9067340480.

In zijn inleiding stelt huisarts Hans Harmsen dat de problemen die huisartsen ervaren met allochtone patiënten voornamelijk hun wortels hebben in communicatieproblemen als gevolg van gebrek aan kennis van de Nederlandse taal en de culturele barrière. Daarmee sluit hij zich aan bij een lange rij hulpverleners en onderzoekers die dit als sinds 1975 of daaromtrent stellen. Vele onderzoeken, projecten en beleidsnota's ten spijt lijkt het erop dat dit probleem in dertig jaar tijd en een generatie huisartsen verder nog steeds niet afdoende opgelost is. De vraag of dit wel zo is en zo ja, waarom dit dan niet gelukt wordt niet gesteld, noch beantwoord, ook niet in dit proefschrift. Harmsen volgt het gebaande spoor. Hij heeft zich tot taak gesteld meer inzicht te krijgen in de cultureel bepaalde verschillen in het contact en de communicatie tussen huisarts en allochtone patiënt. Het theoretisch kader dat hij hierbij gebruikt is Kleinmans concept van de verklarende modellen en David Pinto's theorie over interculturele communicatie. Hij kritiseert op grond van zijn onderzoek Kleinman en noemt zijn benadering waarin arts en patiënt door onderhandeling tot een wederzijds geaccepteerd verklaringmodel typisch westers. Uitwisseling van opvattingen en opinies leidt niet altijd tot een gedeelde oplossing. Wederzijds begrip tussen arts en patiënt en daaruit volgend helderheid over ieders opvattingen is zijns inziens belangrijker dat het komen tot een gedeeld verklaringmodel. Kleinman wordt in deze korte bespiegeling naar mijn gevoel onvoldoende recht gedaan.

In *When cultures meet in medical practice* beschrijft Harmsen de ontwikkeling van twee instrumenten, de Mutual Understanding Scale en de Patient Cultural Background.

De eerste geeft inzicht in het wederzijds begrip tussen huisarts en patiënt in het consult. De tweede biedt een score op een eendimensionale schaal (modern-traditioneel) en geeft inzicht in de 'culturele afstand'. Met behulp van deze meetinstrumenten gaat Harmsen na of een training van huisartsen gecombineerd met informatievervalsing in de wachtkamer aan patiënten tot verbetering van het wederzijds begrip leidt. Allochtone en autochtone patiënten worden hierbij vergeleken. Hij komt de conclusie dat de interventie leidt tot een significante verbetering van het wederzijds begrip in de consulten met niet-Westerse patiënten. Op grond van zijn bevindingen is een van zijn aanbevelingen dat de huisarts zijn communicatiestijl moet aanpassen aan de taalvaardigheid van de patiënt en diens culturele achtergrond en hiervoor de nodige sensitiviteit dient te ontwikkelen.

Harmsen beschrijft in zijn proefschrift vooral de methodologie van zijn onderzoek. Bevindingen worden niet gerelateerd aan de theorie noch worden pogingen gedaan deze te verklaren. Enkele bevindingen stemmen tot nadenken. Huisartsen deden bij allochtone patiënten vaker uitingen van empathie en vaker was er sprake van een gesprek over leefstijl met allochtone ouders. Harmsen oppert bijna terloops dat dit mogelijk verband houdt met de wens het voorschrijven van medicijnen te beperken. De vraag is of huisartsen zo rationeel-instrumenteel werken. Interessanter is de constatering dat met name bij de groep allochtone patiënten die getypeerd worden als deels traditioneel, deels modern het meest sprake is van wederzijds onbegrip en van het ontbreken van therapietrouw. Het is met andere woorden niet de groep patiënten "living according to their traditional culture" (p. 39) die aanleiding geeft tot problemen. Ook hier doet Harmsen geen poging dit interessante fenomeen te duiden of te verklaren. Hij verwijst wel naar de ambigüiteit die het 'leven tussen twee culturen' met zich mee brengt. Daar blijft het bij. Ambivalentie en ambigüiteit is mijns inziens eerder regel dan uitzondering in transitieprocessen als migratie. Migranten zijn op zoek naar de juiste toonzetting en het juiste handelen en putten uit verschillende culturele repertoires. Wie cultuur als een verhoudingsgewijs statisch geheel van opvattingen en gedragspatronen ziet, zal moeite hebben een dergelijk ambivalente opstelling te plaatsen. Zou het (statische) cultuurconcept dat huisartsen hanteren en mogelijk ook ten grondslag ligt aan allerlei projecten en interventies, de verklaring zijn voor het voortduren van de ervaren problemen in de interculturele huisartsenzorg? Harmsen laat hier een kans liggen, te meer daar hij kennelijk zelf een dynamisch cultuurbegrip voor ogen heeft, als hij spreekt over "an evolving system of moral consciousness, norms and (lifestyle) regulations" (p. 79). Jammer is ten slotte dat ook in dit onderzoek etniciteit alleen een attribuut van de allochtone patiënten gezien wordt. "The ethnic-specific questions were only given to non-Dutch patients" (p. 98). De autochtonen hebben klaarblijkelijk geen etniciteit.

Doordat het proefschrift bestaat uit zeven integraal weergegeven artikelen compleet met abstracts en literatuurreferenties, deels gepubliceerd, deels ingezonden, komt de lezer nogal wat herhaling tegen met name in de inleidende paragrafen. Een grotere integratie van de teksten zou de leesbaarheid zeker bevorderd hebben. De korte algemene inleiding en afsluitend hoofdstuk vormen hiervoor slechts een pover kader. Het proefschrift is theoretisch weinig diepgravend, maar vooral een weergave van een gedegen opgezet en methodologische verantwoorde interventie-onderzoek. Daardoor

blijven interessante bevindingen, zeker voor medisch antropologen, onvoldoende besproken.

Rob van Dijk, medisch-antropoloog,  
Bavo RNO Groep, Rotterdam

Anneke Hoogvorst, *Survival strategies of people in a Sri Lankan wetland: Livelihood, health and nature conversation in Muthurajawela*. Academisch proefschrift, Wageningen Universiteit, 2003, 185 pp. €15,00 (verkrijgbaar bij: Sociologie van Consumenten en Huishoudens, Postbus 8060, 6700 DA Wageningen (zie ook <http://library.wur.nl/desktop/direct/>).

In dit proefschrift onderzoekt Anneke Hoogvorst hoe arme huishoudens in een moerasgebied in West Sri Lanka bestaanszekerheid opbouwen en handhaven en welzijn en gezondheid van gezinsleden trachten te bevorderen. Tegelijkertijd kijkt zij naar de rol van een milieuproject dat tot taak heeft het ecosysteem in het gebied te beschermen. Deze dubbele focus – hoe de bewoners in het gebied trachten te overleven en hoe de organisatie het milieu probeert te redden – geeft deze studie een bijzondere spanning. Milieubelangen zijn immers zelden in het belang van de lokale bevolking. Milieudeskundigen denken in lange-termijn termen; arme bewoners kunnen zich slechts een korte-termijn visie veroorloven: hoe kom ik morgen aan eten? Een voorbeeld van dit conflict: de bewoners (die illegaal in het gebied verblijven) vangen en verhandelen beschermde diersoorten zoals krokodillen en zeeschildpadden en vissen in verboden wateren. De auteur brengt deze spanning in beeld door zowel ‘emic’ als ‘etic’ perspectieven te beschrijven en te citeren. De milieuorganisatie is zich bewust van deze potentiële botsing en tracht de bewoners ervan te overtuigen hoe ze op duurzamer wijze van de natuurlijke hulpbronnen gebruik kunnen maken.

Uit de gesprekken met de bewoners blijkt dat zij hun problemen vaak heel anders inschatten dan buitenstaanders. Zij zijn uit armoede naar het natuurgebied getrokken en zijn zich maar zeer ten dele bewust van de gezondheidsrisico's die ze er lopen. Ze maken zich meer zorgen over de frequente overstromingen en het hoge alcoholgebruik. Alcoholisme brengt veel huishoudens in nog grotere financiële problemen en veroorzaakt sociaal isolement.

Het milieuproject heeft met name voor vrouwen diverse inkomensgenererende activiteiten opgezet, zoals vlechten van manden en tassen, maar ten tijde van het onderzoek was het nog te vroeg om te concluderen of deze initiatieven aansloegen. De prijzen van de producten waren over het algemeen erg laag en veel deelnemers vielen teleurgesteld af.

De studie is een momentopname en wel op een moment dat nog weinig zeker lijkt. De waarde van de studie is dat het de dilemma's van armoede en natuurbehoud scherp in beeld brengt. De vraag is of Hardins beroemde parabel over *The tragedy of the commons* (mensen brengen uit kortzichtig eigenbelang hun eigen wereld om zeep) hier weerlegd kan worden. Onvoldoende wordt duidelijk gemaakt of de bewoners de lange-termijn gevolgen van hun leefwijze erkennen en in hoeverre zij de ideeën van over-

heden en NGO's serieus nemen. Een herstudie over tien jaar zou belangrijke inzichten op kunnen leveren over de praktische verenigbaarheid van armoedebestrijding, preventieve gezondheid en milieubeleid.

Sjaak van der Geest, medisch antropoloog,  
Universiteit van Amsterdam

Cindy Horst, *Transnational nomads. How Somalis cope with refugee life in the Dadaab camps of Kenya*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2003. xx+281 pp. €20,00. (C.Horst@inter.NL.net).

De aanleiding voor dit onderzoek in vluchtelingenkampen in Kenia waar Somaliërs een tijdelijk of duurzaam nieuw leven proberen op te bouwen was de "duality of humanness and the inhumanity in refugees lives". Daarmee bedoelt Cindy Horst dat in de meest gruwelijke omstandigheden, mensen in staat zijn om hun dagelijks leven vorm te geven. De theoretische uitdaging is te laten zien dat vluchtelingen in kampen niet slechts kwetsbare slachtoffers zijn, noch 'cunning crooks', maar dat zij 'agency' hebben en allerlei strategieën gebruiken om hun levens vorm en inhoud te geven. De kampen zijn geenszins geïsoleerde gemeenschappen en vluchtelingen zijn niet alleen maar hulpbehoevende medemensen. Discursieve kenmerken die in het betoog over vluchtelingen in de media en de politiek de boventoon voeren, zijn termen als afhankelijkheid, hulpeloosheid en onbetrouwbaarheid. Een antropologische analyse van wie vluchtelingen nu daadwerkelijk zijn en wat zij doen is daarom een welkome bijdrage aan zowel het theoretische debat over agency als het publieke en politieke debat over de 'vluchtelingenproblematiek'.

Om verschillende redenen is het proefschrift van Cindy Horst boeiend om te lezen. Door langere tijd in de vluchtelingenkampen in Dadaab (Kenia) gewoond en gewerkt te hebben kan ze inzicht bieden in de dagelijkse leefomstandigheden en enkele levensverhalen van Somaliërs presenteren die vanwege het gewapende conflict en hongersnood hun vaderland hebben moeten verlaten. De strategieën die zij gebruiken om te overleven, worden geplaatst in historisch perspectief en tegen het licht van hun sociaal-economische en culturele kenmerken. Als (voormalige) nomaden weten zij om te gaan met onzekerheden en hebben zij sterke sociale netwerken over grote afstanden en verschillende gemeenschappen. De nomadische levenswijze die de meesten van hen hadden voor hun vlucht, ging ook gepaard met gespreide investeringen in familieleden en activiteiten. Dit heeft mede geresulteerd in een diaspora van zeer mobiele sociale actoren en het ontstaan van een transnationale gemeenschap. Deze transnationale gemeenschap is in staat gebleken om een zekere sociale cohesie te creëren die uitstijgt boven de kaders van natie-staten. Mede dankzij moderne ICT-technologieën kunnen sociale banden hecht zijn, ondanks de grote geografische afstanden tussen de verschillende leden.

Het omgaan met onzekerheden, transnationale netwerken en familie-strategieën worden systematisch uitgewerkt. Cindy Horst heeft daarbij twee specifieke culturele noties centraal gesteld. In de eerste plaats de *xawilaad* of informeel systeem van overboekingen (*value transfer system*) en in de tweede plaats de *buufis* of collectieve droom van



vestiging in een westers land. Dit onderzoek laat zien dat tien tot vijftien percent van de vluchtelingen in Dadaab financiële steun krijgen van mensen uit hun transnationale gemeenschap. Deze overboekingen geven hun de mogelijkheid om in de precare omstandigheden van het kampeven – weinig lokale mogelijkheden tot werk en onvoldoende internationale humanitaire hulp – te overleven. Deze stroom financiële middelen (*xawilaad*), afkomstig van mede-Somaliërs die een leven hebben weten op te bouwen in Europa of de Verenigde Staten, wakkert de droom aan van mogelijke vestiging in die landen. Dit verlangen naar het westen wordt gevangen door de culturele notie van *buufis*.

In *Transnational nomads* worden narratieven van concrete vluchtelingen in de kampen in Kenia gerelateerd aan de politieke economie op wereldniveau. Op deze manier laat Horst zien hoe vluchtelingen lokaal en globaal met kansen en belemmeringen omgaan. Behalve een langdurig verblijf in de kampen in Dadaab, heeft Horst ook andere methoden toegepast. Zij is zeer inventief te werk gegaan met de mogelijkheden van digitaal communiceren om geregeld contact te hebben met en informatie in te winnen bij Somaliërs die over de hele wereld wonen. Gaandeweg haar analyse heeft zij haar onderzoeksresultaten toegezonden naar haar informanten en Somalische wetenschappers. Ondanks dat deze manier van continue vergelijking tussen empirische gegevens en theoretische synthese een oneindig proces kan worden, heeft zij op professionele wijze haar onderzoek weten af te bakenen. Al met al een zeer lezenswaardig boek over maatschappelijke processen in een transnationale gemeenschap die vele gezamenlijke opvattingen over sociale cohesie en de rol van natie-staten op de helling zet en de vluchtelingenproblematiek in een nieuw daglicht stelt.

Fenneke Reysoo, medisch antropoloog,  
Radboud Universiteit Nijmegen en Geneva Institute of Development Studies.

Janis Hunter Jenkins & Robert John Barrett (eds.), *Schizophrenia, culture, and subjectivity. The edge of experience*. Cambridge: Cambridge University Press. 2004. 358 pp. £23.90. ISBN 0521829550.

Dit boek omvat werk van antropologen, psychiaters, psychologen en historici die zich verdiepen in schizofrenie en de subjectieve dimensies en culturele processen waardoor schizofrenie wordt ervaren. Bovendien omvat het boek tevens een kritische analyse van de crossculturele bevindingen van de Wereldgezondheidsorganisatie. De onderzoeken vonden plaats in Australië, Bangladesh, Borneo, Canada, Colombia, India, Indonesië en Nigeria. Men zou het dus kunnen opvatten als een vergelijkende studie. Zoals bij veel van dergelijke verzamelingen kent dit boek zijn voorgeschiedenis. Jenkins en Barrett begonnen als postdocs een discussie over schizofrenie in de herfst van 1986. Dat groeide uit tot een symposium. Het is wellicht betekenisvol dat alle auteurs van het boek afkomstig zijn uit de Verenigde Staten, India of Australië. Europese onderzoekers komen er niet in voor. Er wordt zelfs niet aan gerefereerd. Dit doet de vraag rijzen waarom men in deze geografische gebieden zo geïnteresseerd is in subjectiviteit van schizofrenie en of men in Europa dat niet is. De redacteuren beschrijven

de ontwikkeling van de belangstelling binnen de antropologie voor subjectiviteit in relatie tot het concept cultuur. Ze beargumenteren dat cultuur niet iets van een natie of een staat is, maar meer moet worden geplaatst in specifieke domeinen zoals familie, gender, religie, etniciteit of persoonlijkheid. Alle schrijvers nemen het biomedische concept schizofrenie als uitgangspunt. Ze ontwikkelen geen nieuwe concepten. Daarmee accepteren ze toch stilzwijgend de gangbare psychiatrische classificatie.

De bijdragen richten zich met name op betekenisstructuren en interpretatieve processen waarmee mensen zin geven aan zichzelf en anderen. Het boek neemt afstand van de inmiddels klassieke opvatting van het pathoplastisch model, dat aanneemt dat symptomen overal hetzelfde zijn, maar dat de inhoud ervan door cultuur wordt vormgegeven. Verschillende auteurs stellen de vraag of dit onderscheid wel valide is. Ze kennen een fundamentele rol aan cultuur toe, argumenterend dat cultuur een min of meer stabiel kader vormt waarmee mensen betekenis aan hun bizarre ervaringen kunnen geven en intersubjectief begrip tot stand kunnen brengen. Ze komen tot de conclusie dat cultuur cruciaal is in alle aspecten van schizofrenie: definiëring, identificatie, symptoomvorming, gender, etniciteit, persoonlijke ervaringen, sociale respons, steun en stigma.

Wat de subjectiviteit betreft geven de auteurs het primaat aan 'lived experience', eerder dan aan antropologische categorieën. Ze maken onderscheid tussen experience-distant en experience-near, een begrippenpaar van Kohut. Deze opvattingen hebben ertoe geleid dat etnografie en de ontwikkeling van cultuurtheorie gericht is op de persoon en niet langer op een groep. Het accent ligt op linguïstische processen. Verder houdt de nadruk op ervaring in, dat mensen actief zijn betrokken in processen van culturele constructie. De auteurs hanteren ook het concept van intersubjectiviteit, dat ze beschouwen als een brug tussen individu en sociale werkelijkheid. Ze denken daarmee isolatie van het individu te kunnen voorkomen.

Dit is in het kort de theoretische achtergrond van het boek.

*Schizophrenia, culture, and subjectivity* bestaat uit drie delen. Het eerste deel, cultuur, zelf en ervaring, gaat in op de state of the art bedoeld voor crosscultureel begrip en vergelijking. De vier hoofdstukken van het tweede deel geven ieder een andere methodologische strategie die de etnografische, sociolinguïstische, historische en klinische dimensies van schizofrenie en psychose dienen te ontwikkelen. Het derde deel explooreert de 'diepte' van subjectiviteit en emotie zonder daarbij uit te gaan dat de ervaringen in schizofrenie onbegrijpelijk zijn.

Het zou te ver voeren alle dertien hoofdstukken apart te bespreken. Ik beperk me tot een hoofdstuk uit elk deel dat de actuele relevante debatten over vergelijking, methodologie en subjectiviteit illustreert. De keuze is dus betrekkelijk arbitrair. Een interessante studie in het eerste deel is die van Barrett. Hij vergelijkt psychose bij de Iban in Maleisië en van Australiërs. Hij laat zien hoe perceptie en denken cultuurspecifiek is door middel van een analyse van de vertaling van de Present State Examination, een diagnostisch interview. Hij toont aan dat vertaling vanuit het Engels naar Iban voor de Iban geen betekenis hebben, omdat de Iban denken vooral als een lichamelijk proces kennen, een kwestie van het hart en deels een interactief proces. Hij komt tot de conclusie dat het wellicht helemaal niet mogelijk is buitengewone ervaringen bij de Iban vast te stellen vanwege de vertaling, maar vooral omdat subjectieve symptomen van een

denkstoornis totaal anders worden geconfigureerd. Barrett pleit ervoor dat het concept schizofrenie moet worden verfijnd.

Een hoofdstuk in het tweede deel staat enigszins apart van de anderen. Het is de analyse van psychose in Zuid-West Nigeria door Sadowsky. Ik kies dit hoofdstuk, omdat het een illustratie is van het belang van historische analyse in antropologisch werk. De auteur baseert zich niet op etnografisch of klinisch werk, maar op documenten uit het nationaal archief in Ibadan en van twee psychiatrische ziekenhuizen. Hij maakt ook gebruik van brieven die door patiënten in die ziekenhuizen zijn geschreven. Zulk een methode lijkt wat afstandelijk in vergelijking met de vertrouwde antropologische methode, maar Sadowsky slaagt erin te laten zien hoe symptoomexpressies van individuen ingebed liggen en vorm worden gegeven door de tijdgeest, politieke relaties en sociale bewegingen en, in dit geval, kolonialisme en onafhankelijkheid. De auteur is geïnteresseerd in de relatie tussen vorm en inhoud, maar de context is voor hem het belangrijkste. Zijn analyse van de brieven laat zien hoe de ervaring van de patiënten werd ingepast in het ethos van verzet en revolutie die de periode van de onafhankelijkheidswording karakteriseerde, gesymboliseerd door de uitroep: *irapada* (redemption). Voor Sadowsky is de inhoud van de ervaring van psychose gekenmerkt door de politieke constructie van de waan. Hij laat zien hoe de waan een karikatuur wordt die het paternalisme van het kolonialisme beschrijft. Voor mij is dit een van de beste hoofdstukken uit het boek en een belangrijke bijdrage aan het argument van de meer kritische antropologie dat politieke, sociale en culturele processen en dynamiek inwerken op de gezondheidstoestand van mensen.

Uit het derde deel – subjectiviteit en emotie – heb ik het hoofdstuk van Sass gekozen. Sass presenteert een culturele en historische analyse van subjectiviteit en psychose. Hij laat zien hoe de negatieve symptomen in de psychiatrische literatuur werden gerepresenteerd als disfunctioneren van hogere mentale processen dat wordt veroorzaakt door een gebrek in de hersenen. Zijn antithese is dat in schizofrenie er een andere manier van in de wereld zijn is, waarin het individu zich richt op wat normaal gesproken als vanzelfsprekend wordt gezien. Wat onuitgesproken blijft in een samenleving, wordt in schizofrenie gesproken, de achtergrond wordt de voorgrond. Sass' argument lijkt erg op dat van mij in mijn boek *Walking Stories* (2002), waarin ik beargumenteer dat datgene wat wordt gezien als hallucinaties of wanen eigenlijk de 'achterkant' van vanzelfsprekende waarden, normen en symbolen is. Mensen die te lijden hebben van schizofrenie, plaatsen alles wat wij cultuur plegen te noemen door hun gedrag en hun verhaal in het licht van de ambiguïteit plaatsen. Daardoor wordt duidelijk hoezeer cultuur is te manipuleren in het machtsveld van psychiater en patiënt, maar ook in de sociale context. Schizofrene mensen hebben door hun performance van het persoonlijke drama een uitwerking op anderen hebben, waarmee die anderen wel iets moeten doen. Uiteindelijk laten schizofrene mensen zien hoe 'cultuur' een survival kit is, een comfortabele en soms oncomfortabele leugen, noodzakelijk voor het sociale leven. In tegenstelling tot Sass baseer ik me wel op etnografische data.

Na lezing van alle hoofdstukken vroeg ik me af wat de klinische consequenties zouden zijn als men de visies en conclusies van de auteurs zou accepteren. De auteurs hebben in hun werk zelf al het een en ander genoemd met betrekking tot gender, familie en

gemeenschapszorg. Vooral dat laatste maakt me enigszins sceptisch over hun aanbevelingen. Ik heb in mijn achterhoofd de community care in Zuid-Afrika, waar mensen die lijden onder ernstige mentale aandoeningen, uren op de bank moeten wachten om vervolgens naar huis te worden gestuurd met wat medicijnen. De politieke besluitvorming met betrekking tot de Zuid-Afrikaanse gezondheidszorg mag dan goede bedoelingen hebben, in de praktijk is ze fataal voor velen.

Cultuur en subjectiviteit zijn mooie concepten die relevant zijn om te begrijpen hoe mensen schizofrenie en psychose ervaren, hoe ze dat uitdrukken, hoe mensen zichzelf ervaren en de onuitgesproken veronderstellingen die ze meebrengen naar de kliniek. De auteurs spreken dan ook de hoop uit dat klinici zich bewust worden van de vele subtiele manieren waarop cultuur en schizofrenie elkaar beïnvloeden. Dat is al heel wat gewonnen, als dat zou gebeuren. Het boek maakt echter niet de uiteindelijke stap naar de verantwoordelijkheid die anderen hebben voor mensen met ernstig lijden. Ik bedoel niet alleen de verantwoordelijkheid van individu tot individu, maar de verantwoordelijkheid om met de kennis en het begrip van wederzijdse beïnvloeding van cultuur en schizofrenie niet alleen 'iets' aan de schizofrenie te doen, maar ook aan de 'cultuur'. Dat neemt niet weg dat ik het boek belangrijk vind. Het biedt kennis en begrip die doorgaans in handboeken niet te vinden zijn. Het opent nieuwe therapeutische paden en het is prettig om te lezen.

Els van Dongen, medisch antropoloog,  
Universiteit van Amsterdam

Joan Koss-Chioino, Thomas Leatherman & Christine Greenway (eds.), *Medical pluralism in the Andes*. Londen/New York: Routledge, 2002. 288 pp. \$43,95 (paperback). ISBN 0415299209.

Deze verzameling medisch-antropologische studies in de landen van de Andes is een vrucht van de serie *Theory and practice in medical anthropology and international health*. De bundel komt voort uit een conferentie in 1996 ter ere van Libbet Crandon-Malamud, een sociale wetenschapper afkomstig uit de Andes die een jaar daarvoor overleed. Haar werk vormt ook de inspiratiebron voor de onderzoekers die hebben bijgedragen aan *Medical pluralism in the Andes*, want hoewel er een gevarieerd scala aan onderwerpen besproken wordt, loopt er een kritisch medisch-antropologische draad door alle studies.

Crandon-Malamud legde in haar werk verbanden tussen de Boliviaanse politieke economie en het hulpzoekgedrag van de arme Bolivianen. In haar standaardwerk *From the fat of our souls* bespreekt ze de thema's honger, kwetsbaarheid, slachtofferschap en uitbuiting als gevolg van ongelijke toegang tot economische rijkdommen en politieke structuren. Daarbij speelt tevens de etnische factor: indiaan of niet-indiaan. De thema's worden geïllustreerd in ziekteverklaringen, diagnoses en therapiekeuze. Hans Baer noemt in zijn analyse van haar werk haar benadering zelfs 'revolutionair'.

Deze bundel borduurt voort op het werk van de Crandon-Malamud, al is dat in verschillende historische en geografische contexten. Die afwisseling in de studies – vaak

met foto's geïllustreerd – bevordert het leesgemak. Allen zijn gebaseerd op uitgebreid veldwerk en een zekere persoonlijke betrokkenheid, wederom in de geest van Crandon-Malamud.

Een van de initiatiefnemers van de compilatie, Joan Koss-Chioino, diept in haar bijdrage de rol van de onderzoeker uit. Wie was Libbet en hoe zagen de dorpeelingen haar, vraagt zij zich af. De lezers krijgen verder antwoord op deze vraag in een herdrukt artikel van Libbet-Crandon. De titel, *Changing times and changing symptoms: the effects of modernization on mestizo medicine in rural Bolivia*, spreekt voor zich. Hierin lanceerde zij het verband tussen identiteit en geneeskunde. In deel 1 van de bundel is verder een uitgebreide bespreking van medisch-antropologische studies in de Andes te vinden.

In het tweede deel ligt de nadruk op culturele veranderingen en therapiekeuze. Zo presenteert Kathy Oths in de case study een 'bonesetter', volgens het voorwoord vrij uniek in de literatuur. Verder is een studie te vinden die beschrijft hoe verhalen en handelingen van genezers hun patiënten kunnen aanzetten tot veranderingen in identiteit, zowel qua etniciteit als wat betreft sociale status. Het 'recente werk' (1999) komt van Anne Miles met haar case study van stedelijke curanderos in Cuenca, Ecuador. Zij ziet hen als innovatieve ondernemers die het beste uit zowel de traditionele als de moderne geneeskunde trachten te halen en zo een positie in de markt willen veroveren. Het blijkt dat vooral de persoonlijke kwaliteiten van de genezers het verschil maken, niet hun kennis.

In deel drie *Andean bodies, metaphors and medicine* is onder meer een studie naar voedingskeuzes van Peruviaanse boeren is opgenomen. Margaret Graham toont daarin het verband tussen voeding en ideeën over identiteit, sociale status en gezondheid bij Peruviaanse boeren die tijdens hun seizoensgebonden rol als loonwerkers kant en klaar voedsel staan blootgesteld. Een bijdrage over de vrij onbekende Ziekte van Chagas – een ernstige parasitaire infectie die door een insect wordt overgebracht – legt de vinger op de zere plek wat betreft de verzoening tussen de biomedische en inheemse uitleg van ziekte-oorzaken.

In het laatste deel van de bundel, *Gender, power and health*, zijn voorbeelden opgenomen van machtsdisputen tussen Ecuatoriaanse mannen en vrouwen die uitgevochten en -onderhandeld worden tijdens therapiekeuzes. Hieronder is ook een gedetailleerde studie met vele casussen van een inheemse reproductieve ziekte in Peru, *sobrepardo*, die volgens de onderzoekers geen biomedische tegenhanger heeft, maar verdacht veel weg heeft van peri- en postnatale depressie.

Een reflecterend betoog van Bonnie Glass-Coffin besluit op passende wijze de ode aan Libbet Crandon-Malamud. Ze beschrijft haar moeizame relatie met haar genezeres en participant haast tot in den treure. Haar grote betrokkenheid bleek in dit geval een averechts effect te hebben. Zij werd het slachtoffer van de, veelal verzwegen, donkere zijde van het Peruaanse sjamanisme: afgunst, achterdocht en concurrentie. Ook voor deze minder romantische kant van de traditionele geneeskunde had Crandon-Malamud jaren geleden reeds aandacht gevraagd.

Hans Veltmeijer, medisch antropoloog en free lance journalist,  
Baarn

Peter van Maaren, *Mijn meester is homo*. Amsterdam: SWP, 2004. 224 pp. €19,50. ISBN 9066655836.

De schrijver van het sterk autobiografische boek *Mijn meester is homo* werkte jaren als docent voor het VMBO op een Regionaal Opleidingscentrum (ROC) in de buurt van Amsterdam. Vanaf het begin in de jaren tachtig kiest hij ervoor om als homo kleur te bekennen en niet te verbergen dat hij homoseksueel is. Voor de eerste maal wordt daarmee in boekvorm gepresenteerd wat de media al langer als thema brengen, de discriminatie van homoseksuele leraren in het onderwijs. Van Maaren vertelt in het boek over een honderdtal incidenten rond zijn seksuele voorkeur. Het stramien dat hij beschrijft is duidelijk. Verreweg de meeste leerlingen in zijn klassen zitten boordevol vooroordelen over homoseksualiteit. Vrijwel altijd is hij in staat door open te zijn en de concrete vragen van de leerlingen te beantwoorden om de vooroordelen weg te nemen. Vaak raken de leerlingen, zowel meisjes als jongens van alle etnische achtergronden, door zijn eerlijkheid juist op hem gesteld. Jongens gaan met hem stoeien en meisjes kletsen met hem over liefdesvragen en -perikelen. Soms komen ze met persoonlijke problemen rond seks en seksuele voorkeur bij hem. Hij doet zijn best al die vragen te beantwoorden. Aardig is dat hij oog heeft voor het effect van seksuele aantrekking in de klas. Hij houdt van zijn Turkse en Marokkaanse jongens, omdat hij hen stoer en mooi vindt, maar ook de blanke meisjes houden daarom van die scholieren. Dat betekent evenwel niet dat ze zin hebben in de seksuele vrijpostigheden die deze jongens zich veroorloven. Omdat witte meisjes sexy gekleed gaan en seks lang niet altijd uit de weg gaan, denken te veel moslim-jongens dat ze sletten en hoeren zijn die zich als eerloze wezens hun billenknijsperij en borstbetasterij moeten laten welgevalen. Van Maaren kan als eerloze *ibne* of *zammel* (Turks en Marokkaans voor nicht) enig respect winnen door eerlijk en moedig te zijn en door zijn seksuele voorlichting.

Het grootste probleem vormen uiteindelijk niet de scholieren, maar de collega's en de schooldirectie. Die dringen er steeds op aan dat hij zijn seksuele voorkeur verbergt en geen seksuele voorlichting geeft. Alsof dat niet hoort bij de maatschappijleer die hij doceert. De blanke collega's zijn bang dat zijn duidelijkheid tot problemen leidt. Van Maaren stelt daarentegen dat de scholieren zijn eerlijkheid juist bijzonder op prijs stellen. Zijn betrokkenheid bij de scholieren wordt evenmin op prijs gesteld. Hij maakt duidelijk hoe moeilijk het is om tegen de vooroordelen van zijn witte collega's op te boksen. Want niet alleen willen zij niet dat hij voorlichting geeft of openlijk over homoseksualiteit spreekt, zijn gestoei met de leerlingen vinden ze helemaal te ver gaan. Spreken over heteroseksuele verhoudingen is vanzelfsprekend zoals over partners, kinderen en huwelijken, maar wanneer een homo het over zijn relaties heeft, is dat opeens onbehoorlijk. Daarmee zou hij de sfeer seksualiseren. De directrice verbiedt hem gebruik te maken van de toiletten van de leerlingen, een regel die niet voor heteroseksuele leraren geldt. Ze is kennelijk bang dat hij daar een nummertje gaat maken met de jongens. Op buitenlandse reizen willen mannelijke collega's niet met hem een kamer delen en stellen ze voor dat hij bij de vrouwelijke collega's gaat slapen. Wanneer hij op een schoolfeestje met een homoseksuele collega gaat dansen, fronsen de andere leraren hun wenkbrauwen. Van Maaren dacht dat zulke problemen na verloop

van jaren wel zouden verdwijnen, maar zijn collega's confronteren hem steeds opnieuw met hun vooroordelen. Wanneer hij problemen heeft met leerlingen uit andere klassen die hem uitschelden of naar hem spuwen, weigert de directie daar iets aan te doen. De schoolcommissie tegen discriminatie en intimidatie ziet het niet als haar taak en leraar te beschermen tegen leerlingen. Haar enige opdracht is het om de leerlingen tegen de leraren te beschermen, zelfs niet leerlingen tegen leerlingen.

De voortdurende neiging van schooldirectie en collega's om vooroordelen uit de weg te gaan en niet op te ruimen, om ernstige perikelen met de mantel der liefde te bedekken en niet op te lossen, maakt de lectuur van het boek soms erg deprimerend. Wanneer mannelijke scholieren een meisje verkrachten, treedt de directie niet op. Wanneer Van Maaren wordt bedreigd met een pistool of mes, omdat hij bij voorbeeld een leerling niet een middag vrij wil geven, zegt de directeur dat hij het in beslag genomen wapen na de les weer aan de leerling terug moet geven, want dat zijn nu eenmaal de regels. Aangifte van geweld doet de school niet, want dat brengt haar reputatie in gevaar. Als hij een pistool op zijn hoofd gericht krijgt, maakt de directie zich in de laatste plaats druk over zijn welbevinden. Ze wil vooral een vervelende affaire zo snel mogelijk in de doofpot stoppen. Als je dit boek leest, krijg je de indruk dat geweld en intimidatie al veel langer ernstige problemen op scholen zijn die al ver voor de moord van een leraar op het Haagse Terra-College speelden, maar routineus werden genegeerd door schoolbesturen.

Van Maaren is een onverbetere optimist. Hij slaat zich steeds opnieuw door de problemen heen. Hij stelt het belang van de leerlingen centraal en identificeert zich meer met hen dan met zijn collega's. Uiteindelijk breekt hem dat op. Aan het eind van het boek verdwijnt hij in de WAO. Het is niet de weerzin tegen homoseksualiteit van witte en andere leerlingen die hem de das omdoet, maar de heteronormativiteit van de collega's en de schooldirectie. Het is heel treurig om te moeten vaststellen dat de winst van homo-emancipatie van de afgelopen dertig jaar stuk loopt op een publieke cultuur die alleen heteroseksuele relaties erkent en bevestigt. Op scholen zoals die waar de auteur werkte, lijkt een extra investering in homo-informatie zeer gewenst. Omdat de bestuurders problemen vrezen bij de scholieren die volgens de auteur met enige inspanning kunnen worden opgelost, gebeurt er niks. Het is meer nog de laksheid en heteroseksuele vooringenomenheid van de witte schooldirecties dan de homo-aversie van de leerlingen uit etnische minderheden die aangepakt moet worden.

Alle verhalen van andere homoseksuele leraren maken duidelijk dat het geval van Van Maaren niet op zichzelf staat. Uit onderzoek komt naar voren dat homoseksuele leraren en leerlingen op veel meer scholen problemen ervaren of dat acceptatie van homoseksualiteit oppervlakkig blijft. Er zijn in het verleden voorstellen gedaan om het schoolklimaat aan te pakken en homovriendelijker te maken, om meer leerstof dat expliciet over homoseksualiteit gaat in het onderwijs in te brengen, niet alleen bij maatschappijleer, maar ook bij taalles, geschiedenis, lichamelijke opvoeding of op andere plekken. De onderwijsinspectie heeft aangekondigd scherper op homodiscriminatie te letten en de politiek moet haar daaraan houden.

*Mijn meester is een homo* zal door de vele voorbeelden voor veel mensen een eye-opener zijn. Het is jammer dat Van Maaren zo sterk alleen op zichzelf is betrokken



en de ervaringen van anderen links laat liggen. Ook wordt alle ROC-misère soms wat veel voor de lezer. Gelukkig staat daar zijn grenzenloze optimisme tegenover. Het boek is met veel vaart geschreven en leest daarom prettig. Helaas heeft de uitgever matig werk afgeleverd en maken de volle bladspiegel en de vele drukfoutjes de leeservaring minder aangenaam, maar dat kunnen we de schrijver niet verwijten.

Gert Hekma,  
Universiteit van Amsterdam

Lluís Mallart Guimera, *La forêt de nos ancêtres. Le système médical des Evuzok du Cameroun*. *Annales Menswetenschappen* vol. 167. Twee delen. Tervuren: Koninklijk Museum voor Midden-Afrika, 2003. 511 pp. €39,50. ISBN 9075894465.

*La forêt de nos ancêtres* van Lluís Mallart Guimera bestaat uit twee losse delen die gelijksoortig in opbouw en aanpak zijn, maar elk hun eigen thematiek hebben en even goed als twee separate publicaties uitgebracht hadden kunnen worden. Het boek is sober uitgevoerd. De illustraties bestaan uit schema's, diagrammen en een klein aantal tekeningen verzorgd door Jacqueline Renard. Verder is er een beknopte index, een bibliografie en een kort voorwoord van een conservator van het Museum voor Midden-Afrika in Tervuren.

Lluís Mallart Guimera is een gepensioneerde Catalaanse antropoloog die gewerkt heeft voor het beroemde Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative van de Universiteit van Parijs X-Nanterre. In zijn wetenschappelijk werk staan de Evuzok, de manier waarop zij hun wereld symbolisch betekenis geven en samenhang tussen de medische, sociale en religieuze dimensies van hun cultuur centraal. Hij heeft bij de Evuzok onderzoek gedaan van 1963 tot 1969 en daarna regelmatig voor kortere periodes tot 1996. Hij heeft veelvuldig over de Evuzok gepubliceerd. Zijn Franstalige publicaties zijn te vinden in de universiteitsbibliotheken van Amsterdam en Leiden, maar helaas niet zijn Catalaanse werken. *La forêt de nos ancêtres* heeft alle kenmerken van een levenswerk. Volgepakt met details, observaties en bronmateriaal integreert de schrijver de thema's uit zijn eerdere publicaties in een overkoepelende analyse en beschrijving van de geneeskunst en de botanische kennis van de Evuzok. Zo'n boek is alleen te schrijven na vele jaren van nauwgezet informatie verzamelen en veronderstelt ook een goede, vertrouwde relatie met zijn informanten.

De Evuzok zijn een *ayon*, een 'clan', van de Beti in Zuid-Kameroen. Nu wordt de term Beti vaak nogal losjes gebruikt als een etnisch of taalkundig label voor een groep van twee miljoen mensen die verspreid leven over Kameroen, Gabon, Equatoriaal Guinee en Congo. Taalkundig gezien gaat het hierbij om een groep verwante talen die gesproken worden door mensen die etnisch gezien behoorlijk van elkaar verschillen. De Evuzok of zoals het veelal gespeld wordt de Evouzok zijn de sprekers van een dialect van één van die verwante talen: het Ewondo. Het meest bekend is een andere Beti groep, de Fang wiens syncretistische Bwiti religie met het daarbij behorende gebruik van hallucinaties opwekkende middelen sinds de jaren zestig van de vorige eeuw het

onderwerp is geweest van een hele reeks wetenschappelijke en meer sensationele publicaties.

Het gaat bij de Evuzok om zo'n vijfduizend mensen die in twee gescheiden regio's leven. Volgens hun ontstaansmythe maken zij deel uit van een reeks bevolkingsgroepen die vanuit het savannegebied zuidwaarts de bossen ingetrokken zijn en hun kennis van de natuur voor een belangrijk deel te danken hebben aan de oorspronkelijke bewoners, de pygmeeën. Het zijn landbouwers, maar de jacht speelt nog steeds een belangrijke rol en zij zijn exogaam.

Het eerste deel van *La forêt de nos ancêtres* bespreekt het medische systeem van de Evuzok in samenhang met de andere maatschappelijke dimensies. Mallart Guimera behandelt eerst de context van dit systeem aan de hand van een analyse van het centrale symbolische concept *evu*, het boswezen zonder rug of voorkant dat in symbiose met de mens hem kan doen uitblinken in het goede of het slechte, dat succes kan brengen en iemand anders kan maken dan de rest in hun egalitaire maatschappij. Het hebben van *evu* stelt iemand ook in staat om de grens te overschrijden tussen cultuur en natuur, dag en nacht, het zichtbare en het onzichtbare en is een voorwaarde om een groot genezer of muzikant te worden.

Mallart Guimera analyseert het concept *evu* aan de hand van de ontstaansmythen van de Evuzok en van de terminologie en semantische structuren die zij gebruiken om de wereld in te delen. Opposities als zacht-hard en rauw-gekookt en termen als 'discours' zijn hierin belangrijke bouwstenen en laten zien dat hij sterk beïnvloed is door het structuralisme van Lévi-Strauss. Na het leggen van dit fundament gaat de schrijver verder met een gedetailleerde beschrijving van de terminologie die gebruikt wordt om het lichaam, het ontstaan ervan, de anatomie, de morfologie en het functioneren ervan te beschrijven. De hoofdstukken drie tot en met vijf gaan over de nosografie, de etiologie en de diagnostiek van de Evuzok. Systematisch worden de verschillende soorten ziekten, hun oorzaken en hun diagnose beschreven met een duidelijke nadruk op hun religieuze, magische en sociale betekenis. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar de 'nachtelijke' ziekten die expliciet gerelateerd worden aan het *evu*-concept, terwijl er weinig aandacht geschonken wordt aan de 'eenvoudige' ziekten.

De hoofdstukken zes tot en met acht behandelen het therapeutisch domein ingedeeld in de huis-, clan- en 'nachtelijke' geneeskunde, elk met zijn eigen genezers en geneeswijzen. Ook hierbij gaat de meeste aandacht uit naar de 'nachtelijke' geneeskunde in zijn relatie met het bovennatuurlijke waarbij de in antropologische publicaties over Afrika ingeburgerde term hekserij gebruikt wordt. Deze hoofdstukken vormen een opmaat voor de laatste helft van het eerste deel waarin de genezer Mba Owona centraal staat. De schrijver heeft deze genezer vanaf 1977 tot 1996 gevolgd als representant van een generatie 'nachtelijke' genezers die allerlei nieuwe elementen in de traditionele geneeswijze ingevoerd hebben als een reactie op de toenemende invloed van de medische systemen van hun burens en het westen. Ter plaatsing van Mba Owona behandelt de schrijver eerst het initiatieritueel van de Beti waarbij er sprake is van een collectieve inwijding in de verering van de voorouders en men dus opgenomen wordt in de wereld van de volwassenen. Daarnaast bestaat er voor de grote genezers en muzikanten een individuele initiatierite waarin vastgesteld wordt of iemand een *evu* heeft met de

juiste kwaliteiten en deze *evu* voor het eerst gevormd wordt om als bron van kennis en kracht te dienen. In deze rite staat een lange reis door het land van de geesten centraal die culmineert in het symbolisch doden van een medemens of olifant.

Daarna analyseert de schrijver in detail een aantal recitaties en zangen die Mba Owona gebruikt in zijn praktijk, besteedt hij een hoofdstuk aan zijn belangrijkste therapeutische handeling, de dans voor de geesten met zijn trance en reis naar de andere wereld, en gaat hij in op het aantal zieken en hun ziektes die hij in de periode 1977-1985 behandelde. In het afsluitend hoofdstuk volgen dan nog een aantal van zijn genezingsrecitaties die in extenso vertaald en geanalyseerd worden. Bovendien gaat de schrijver nogmaals in op de veranderingen in het medisch systeem van de Evuzok, op de verzwakking van de huis- en clangeneeswijze en de versterking van de 'nachtelijke' geneeswijze door het opnemen van elementen van buitenaf in de vorm van de watergeest *Mami Wata* die via de kustbewoners aan de Europeanen toegeschreven wordt, en de *Minkug* of *Dzingo* die aan de pygmeëën, aan de echte bosmensen toegedicht wordt. Het is jammer dat de schrijver hierbij geen vergelijking maakt het begrip *Dzengi*, de bosgeest die een heel belangrijke rituele rol speelt bij de Bayaka en Baka pygmeëën.

Deel twee van *La forêt de nos ancêtres* is gewijd aan de botanische kennis van de Evuzok. In opbouw volgt dit deel de structuur van het eerste deel met hoofdstukken over de organisatie van de plantenwereld in semantische categorieën, de gebruikte classificatiemethodes, de naamgeving van de planten en het gebruik ervan. Een apart en interessant hoofdstuk gaat over de zintuiglijke aspecten van planten, de kleuren (rood-zwart-wit), de geuren, de smaken en hoe ze aanvoelen in relatie met het gebruik ervan als geneesmiddelen. De hoofdmoot van dit deel wordt echter gevormd door een lijst van 468 planten alfabetisch gerangschikt naar hun Evuzok naam met alle daarbij behorende kenmerken als Latijnse naam, locatie, gebruik, bibliografische verwijzing. Het is jammer dat botanische tekeningen ontbreken, maar het blijft zonder enige twijfel het meest waardevolle deel van het boek en het zou zeker de moeite waard zijn om deze informatie in de vorm van een publieke toegankelijke database op het internet te publiceren.

De rijkdom aan details, observaties en de vele vertaalde bronteksten zijn een groot pluspunt van dit boek en verdienen eigenlijk meer aandacht dan aanvechtbare theoretische structuur waarin zij nu ingebed zijn. Een paar losse voorbeelden. Bij de behandeling van de missieziekenhuizen in de nabijheid van het woongebied van de Evuzok merkt Mallart Guimera op dat daar botbreuken nauwelijks behandeld worden, omdat de traditionele botspecialisten van Yanda clan dit soort aandoeningen effectief kunnen genezen. Relevante en praktische informatie die roept om een nader onderzoek naar het hoe en het waarom van deze genezers. Bij het illustreren van hoe de semantische opposities doorwerken in het dagelijks leven haalt hij het voorbeeld aan dat een vader als teken van genegenheid een kluif aan zijn kind geeft om te eten. Mallart Guimera ziet hier een doorwerking in van de semantische relatie tussen mannelijkheid, sperma en botten. Hetgeen mij toch iets te kort door bocht is. Nog afgezien van het feit dat veel mensen het kluiven van botten aangenaam vinden en dat de botuiteinden met hun kraakbeen zeer voedzaam zijn, kunnen hierbij allerlei andere factoren spelen, zoals de wijze waarop het vlees verdeeld wordt, welke delen van een geslacht dier als

het meest edel beschouwd worden – denk aan de hersenen, ingewanden of vissenkoppen die in Nederland laag aangeschreven staan, maar in vele ander landen als opperste lekkernij aan gewaardeerde gasten voorgeschoteld worden – of de kookgewoontes zoals onze lappen vlees, de Aziatische reepjes en de hompen met botten in Afrikaanse stoofschotels. Tegenwerpen die je bij vele stappen in Mallart Guimera's analyse kunt maken en je doen verlangen naar minder 'discours' – wat het boek ook leesbaarder zou maken – en een meer comparatief perspectief waarin het medische systeem en de botanische kennis van de Evuzok vergeleken wordt met soortgelijke zaken bij verwante en minder verwante etnische groeperingen.

Als laatste opmerking moet nog gezegd worden dat de semantische structuren die de schrijver construeert, taalkundig nogal op los zand gebouwd zijn. Woordvormen, woordklassen en klankovereenkomsten kunnen niet op basis van alleen maar losse voorbeelden of vormovereenkomsten gebruikt worden als een bewijs van een achterliggende semantische structuur. In de historische taalkunde heeft men dit door schade en schande geleerd bij het opstellen van etymologieën en de reconstructie van protovormen. Een ervaring die maant tot uiterste voorzichtigheid bij het opstellen van een analyse die zich baseert op semantische categorieën. Daarnaast moet men zich ook rekenschap geven van dat taal een betekenisloze kant heeft. Het komt in het boek enigszins naar voren toe in hoofdstuk elf van het eerste deel waar de schrijver het probleem van de herhalingen in de recitaties van Mba Owona behandelt, maar waar hij niet goed uitkomt. Wellicht zouden de opvattingen van Frits Staal over de rol van mantra's en de inhoudsloosheid van rituelen hierbij soelaas kunnen bieden.

Fred Gales,  
Cultureel antropoloog

Gerhard Nijhof. *Tekstsociologie. Over de talige constructie van de sociale werkelijkheid*. Amsterdam: Aksant, 2003. XI+248pp. €13,50. ISBN 9052600759.

Lang geleden als vierdejaarsstudent sociologie schreef ik mijn eindwerk over sociologisch theoretisch taalgebruik. Ik onderzocht of en hoe *wat* sociologen zeggen, samenhangt met *hoe* ze dat doen en of de metaforen die ze hanteren, kenmerkend (of bepalend) zijn voor de wijze waarop ze de wereld zien en analyseren. Vorm en inhoud, luidde de conclusie, vormen één geheel.

Het was dan ook een prettig weerzien met het constructionisme en de postmoderne wetenschapskritiek in deze publicatie van medisch socioloog Gerhard Nijhof, vooral omdat hij in navolging van de etnomethodologie het theoretische inzicht in het talige karakter van de werkelijkheid toepast op een concrete (in casu medische) setting.

Het boek is echter allereerst een inleiding tot de sociologische analyse van taal. Taal kent niet enkel een linguïstische grammatica, maar ook een sociale. Het samenspel van beide bepaalt de betekenis van een uitspraak. Het plaatst een uitspraak in een vertoog en bijgevolg in een politieke en historische context. Dit theoretische uitgangspunt past Nijhof toe op de medische praktijk. Hij onderzoekt hoe een ziektebeeld wordt 'genaturaliseerd' in overheidsteksten, hoe huisartsen via hun taalgebruik hun behande-

ling als vanzelfsprekend voorstellen, bijvoorbeeld, hoe zwangerschap wordt 'gemaakt' in de taal. De voorbeelden zijn talrijk en duidelijk beschreven. Het hele boek kenmerkt zich door helderheid van stijl en argumentatie.

In het eerste deel verkenet de auteur de theoretische grondvesten van zijn onderzoek. Taal(gebruik) is een sociaal proces. Zonder taal is er geen sociale werkelijkheid. Een van die processen is naturalisering. Doorheen de taal wordt de werkelijkheid (of gedeelten ervan) als 'objectief' en dus ook onvermijdelijk voorgesteld. Dit gebeurt voortdurend bijvoorbeeld in de sociologie, maar ook, en niet zonder gevolgen, in een medische context. Het vertoog is ingebed in een geheel van machtsrelaties. Deze dimensie blijft echter, ondanks lippendienst aan het tegendeel, enigszins onderbelicht.

Het tweede deel is gewijd aan de methodologie van de tekstsociologie. Tekstanalyse, zo stelt Nijhof, is meer dan zomaar een interpretatie. Het richt zich op de zich ontwikkelende interpretaties van de 'schrijver' van de tekst. Deze interpretaties zijn immers nooit 'af'. Ze zijn bovendien niet zelden contradictoir. Een antwoord op een vraag is niet vooraf gegeven. Het ontwikkelt zich in de loop van de beantwoording. Deze methode is niet alleen toe te passen op het gesprek, maar ook op historische documenten.

In het derde en laatste deel bespreekt Nijhof de resultaten van zijn tekstsociologisch onderzoek. Dit voert van de analyse van grafschriften, over de analyse van homoseksualiteit in de (katholieke) geestelijke gezondheidszorg naar een bespreking van postnatale depressie en een discussie over de 'taalgevoeligheid' van syndromen en over de vraag hoe ziektebeelden worden 'gevestigd'.

Kenmerkend evenwel is de sprong (reeds in de titel zelf vervat) van 'taal' naar 'tekst'. Hoewel de auteur zelf herhaaldelijk aangeeft dat 'tekst' bijzonder ruim dient geïnterpreteerd te worden, ligt precies hier een belangrijke beperking van dit boek, namelijk dat het zich richt op één welbepaalde taalhandeling, namelijk het geschreven woord. Wat ook afbreuk doet aan de klare lijn van de tekst is het feit dat de auteur niet elke theoretische stroming die zich richt op taal en talig handelen recht doet. Fundamenteler evenwel is de bedenking dat het proces van naturalisatie dat centraal staat in het boek, weinig meer is dan, en beter gekend is als objectivering. Dit fenomeen werd, in een Westerse context, reeds uitvoerig beschreven en gedocumenteerd door medisch antropologen als Cecil Helman, Byron Good en Harold Stein. Hun semantische analyse is mijns inziens ook beter geplaatst om de 'co-tekst' van een (taal)handeling en praxis te vatten. Nijhofs boek geeft weinig inzicht in de discrepantie tussen het 'schrijven' (van een voorschrift, een beleidsplan) en de andere domeinen van handelen. Hoe belangrijk taal ook is en hoe breed de definitie van 'tekst', het blijft een intellectualistische reductie om het menselijke handelen enkel te begrijpen als het (voor)schrijven ervan. De 'tekst' als basismetaphor van de analyse biedt talrijke voordelen, maar tevens heel wat beperkingen.

Desalniettemin is dit boek een zeer te smaken inleiding tot de sociologische analyse van taal dat doet vergeten hoeveel dagen, maanden, jaren van gegevensverzameling en -analyse nodig waren om het tot stand te brengen. En, uiteraard, zo hoort het ook.

Steven Van Wolputte, cultureel antropoloog/afrikanist,  
Katholieke Universiteit Leuven

Roeline Pasman, *Forgoing artificial nutrition and hydration in nursing home patients with dementia. Decision-making, clinical course, and quality of dying*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2004. 158 pp.

In 1997 beschuldigde de familie van een in een verpleeghuis opgenomen man dat hem zonder hun medeweten geen vocht en voeding toegediend werd. De familie liet de man naar een ziekenhuis overplaatsen waar zijn conditie verbeterde na toediening van vocht via een infuus. Het verpleeghuis stelde dat het onthouden van kunstmatige voeding standaard beleid was bij ernstige dementie. Er ontstond veel discussie en diverse onderzoeken naar de praktijk werden geïnitieerd. Dit proefschrift is een van die onderzoeken en bestudeert het al dan niet afzien van kunstmatige toediening van vocht en/of voeding bij psychogeriatrische verpleeghuispatiënten.

Dementie is een toenemende verslechtering van hersenfuncties. In 2000 leden in Nederland 170.000 mensen aan een vorm van dementie en dat aantal zal sterk stijgen met de hogere levensverwachting. Drinken en eten worden geleidelijk moeilijker voor iemand met verergerende dementie. Of en wanneer met kunstmatige toediening van vocht en voedsel (KVV) moet worden gestart, is controversieel. Het gaat om een eerste levensbehoefte bij een wilsonbekwame waarbij niet vast te stellen in hoeverre deze lijdt door het al dan niet KVV starten. Het onthouden van KVV is gangbare praktijk in Nederlandse verpleeghuizen bij ernstige dementie. Professionele organisaties keuren dit beleid goed. Onthouden van KVV veroorzaakt geen lijden, stelt men in Nederland, en wordt gezien als een medische handeling. Er is geen medische consensus over KVV. In de Verenigde Staten wordt veel vaker overgegaan tot KVV – overigens zonder verbetering van de toestand van de patiënt en verlenging van diens leven.

Uit eerder onderzoek blijkt dat in 53% van de sterfgevallen in verpleeghuizen een 'niet-behandelbeslissing' is genomen. Bij 40% van de incompetent patiënten was een van de beslissingen daarbij het onthouden van KVV. Deze beslissing werd in de meeste gevallen besproken met verzorgenden en familie. Verder bleek dat KVV de kwaliteit van leven niet verbeterde bij demente mensen. Onthouding van KVV bij demente mensen was niet eerder onderzocht, wel bij stervende kankerpatiënten, bij wie dit een beperkte vorm van onwelbevinden veroorzaakte.

De studie van Pasman zoekt antwoorden op drie vragen. Welke problemen met betrekking tot eten en drinken leiden tot een beslissing om wel of niet kunstmatig vocht en/of voedsel te gaan toedienen? Hoe en op welke gronden wordt er besloten tot al dan niet kunstmatig voeden en hoe wordt bij die besluitvorming rekening gehouden met de wil en levensbeschouwing van de patiënt en de mening van familie en naasten? Hoe verloopt dat proces en wat is de kwaliteit van leven en sterven bij het wel en niet kunstmatig toedienen van kunstmatige voeding? Ze maakt in haar onderzoek gebruik van verschillende methoden. Twee onderzoekers onderzochten het besluitvormingsproces in twee verpleeghuizen met behulp van participerende observatie. Een onderzoeker participeerde zeven maanden in de dagelijkse praktijk met de verzorgenden. De andere onderzoeker participeerde veertien maanden in een ander verpleeghuis in de activiteiten van verpleeghuisartsen. Dit leverde 35 casestudies op. Met behulp van vragenlijsten in 32 verpleeghuizen werd het beloop na het besluit in kaart te gebracht. In totaal

werden in de kwantitatieve studie 190 patiënten bestudeerd, waarvan bij 178 was besloten af te zien van KVV. Op vaste tijdstippen na de beslissingen over KVV vulden artsen, verzorgenden en familieleden de vragenlijsten in.

Voortschrijdende dementie betekent voor ziekenverzorgenden in verpleeghuizen dat ze de patiënt moeten helpen met eten en drinken. Hoofdstuk 2 gaat over de omgang van ziekenverzorgenden met eet- en drinkproblemen van patiënten met dementie. Veel patiënten weren hulp bij het eten af. Verzorgenden hebben daar moeite mee en interpreteren het gedrag verschillend. Is het niet kunnen eten, niet snappen hoe te eten of is het niet willen eten? Ze reageren verschillend op dit afweergedrag. De ene stopt met eten geven, de andere gaat door, eventueel met aandrang. De cultuur van de afdeling bepaalt of gesproken kan worden over dit afweergedrag en de interpretatie er van.

Hoofdstuk 3 beschrijft de actoren en factoren die een rol spelen bij het besluitvormingsproces over KVV. Na opname bereiden artsen de familie voor op het algemene beloop van het dementieproces. Vaak worden dan ook afspraken voorbereid of gemaakt voor toekomstige situaties. Een klein deel van de patiënten heeft een schriftelijke wilsverklaring. De beslissing over KVV komt voor in verschillende zieketrajecten, namelijk de langzame achteruitgang van dementie die uiteindelijk tot de dood leidt, de langzame achteruitgang welke wordt onderbroken door een acute ziekte, en de onverwachte fluctuaties in het ziekteproces. Bij de langzame achteruitgang wordt bijna nooit besloten te starten met KVV, bij een acute ziekte gaat men over tot KVV om de patiënt weer terug te brengen naar het oude niveau. Bij het derde traject bepaalt de actuele toestand vooral de beslissing.

De besluitvorming vindt plaats op grond van de inschatting van wat de patiënt zou hebben gewild en van wat de betrokkenen denken dat het beste is voor de patiënt. Beleidsafspraken en wilsverklaringen spelen geen rol, maar worden gezien als nuttige elementen in de besluitvorming. De huidige medische conditie van de patiënt, de wens van de familie en de interpretatie van de kwaliteit van leven zijn doorslaggevende elementen. Het opstellen van een behandelplan waarin ook staat wanneer bepaalde behandelingen niet meer gegeven zullen worden, wordt als nuttig ervaren bij de besluitvorming. Het helpt de betrokkenen ook om naar een beslissing toe te groeien.

Hoofdstuk 4 beschrijft de rol en invloed van de verschillende deelnemers in het besluitvormingsproces. De belangrijkste betrokkenen zijn de verpleeghuisarts, familieleden en verzorgenden. De besluitvorming wordt vaak geïnitieerd door de verzorgers die constateren dat de patiënt niet meer eet en achteruit gaat. De verpleeghuisarts heeft de meeste invloed in het besluitvormingsproces. Door hun gerichtheid op consensus heeft de familie vaak een grote invloed op de besluitvorming. Deze invloed is vaak op grond van emoties, niet op grond van wat familie vond dat het de wens van de patiënt zou zijn. De verzorgenden zijn het frequent niet eens met de arts, maar deze vinden de opvattingen van verzorgenden teveel op emoties en betrokkenheid bij de patiënt of diens familie gebaseerd en houden vast aan hun beslissing.

Hoofdstuk 5 beschrijft de kenmerken van de 178 patiënten bij wie geen KVV is gegeven. De overwegingen en het doel van de besluitvorming, de evaluatie van het proces worden bestudeerd. Er wordt vooral afgezien van KVV bij mensen met vergevor-



derde dementie die lijden aan een acute aandoening als luchtweg-of urine-infectie. Bij veel van deze mensen zijn eerder afspraken gemaakt over KVV. De medische afweging van de verpleeghuisarts is vaak 'geen uitzicht op verbetering', het leven 'niet onnodig rekken'.

De betrokkenen zijn tevreden over de besluitvorming behalve als die plaatsvindt onder tijdsdruk. Er blijken interessante verschillen te bestaan tussen de verpleeghuisartsen, verzorgenden en families over de vraag wie uiteindelijk beslist. De verzorgenden beschouwen de familie en zichzelf veel vaker als beslisser dan de verpleeghuisarts. Voor de verzorgenden is de invloed van familie vaak groter dan voor de artsen. Familieleden zijn vaak van mening dat de invloed van arts en verzorgenden bij de beslissingen klein is en dat ze zelf het besluit genomen hebben.

Hoofdstuk 6 beschrijft de overlevingsduur van mensen waarbij geen KVV is gegeven. Een kwart van de patiënten overlijdt binnen twee dagen, nadat afgezien is van KVV, meer dan de helft binnen een week en driekwart binnen twee weken. Er is dus geen sprake van een zeer lange lijdensweg. Patiënten die langer dan twee weken na het besluit leven, gaan vrij snel meer zelf drinken. Patiënten met kortademigheid en apathische patiënten overlijden sneller dan mensen waarbij deze symptomen niet aanwezig zijn. Onrustige patiënten overlijden minder snel.

Doordat slechts twaalf patiënten wel KVV kregen, is de 'controlegroep' te klein om conclusies over te trekken.

Hoofdstuk 7 gaat over het onwelbevinden van patiënten na het afzien van KVV. Of zij inderdaad lijden, is moeilijk vast te stellen, omdat hen dit niet gevraagd kan worden. Om onwelbevinden toch te kunnen meten is gebruik gemaakt van een observatieschaal. Bij het afzien van KVV is er bij deze mensen geen sprake van een hoge mate van onwelbevinden. Wel zijn er grote individuele verschillen. De mate van onwelbevinden daalt in de eerste dagen na afzien van KVV. Na vijf dagen gaat het onwelbevinden weer iets omhoog. Patiënten die wakker zijn, laten een hogere mate van onwelbevinden zien. Kortademigheid en pijn en dehydratie zijn geassocieerd met een hogere mate van onwelbevinden. Pijnstilling helpt niet tegen het onwelbevinden van de mensen die geen KVV kregen.

In de conclusies worden de belangrijkste bevindingen chronologisch besproken. De situatie uit 1997 lijkt een incident te zijn geweest. De betrokkenen zijn tevreden over de besluitvorming. De patiënten hebben gemiddeld geen hoge mate van onwelbevinden. Problemen met voeding van demente mensen en KVV liggen vooral in de acceptatie van familieleden dat de persoon gaat overlijden en in de voorfase van de besluitvorming. De verzorgenden hebben dan al moeite met het voeden van de patient. KVV wordt meestal in combinatie met andere behandelingen gestart dan wel afgezien en is eerder een besluit af te zien van behandelen in het algemeen, dan van afzien van KVV specifiek. Het proefschrift wordt afgesloten met aanbevelingen voor beleid, praktijk en onderzoek.

Pasman is verpleegkundige en sociologe. Het onderwerp leent zich sterk voor een sociaal-wetenschappelijke studie, waarin het perspectief van de betrokkenen onderzocht en geanalyseerd wordt. Dat niet alleen gekeken wordt naar de feitelijke beslissingen, maar ook naar het voortraject (waarbij andere mensen een grote rol spelen) is de

verdienste van de auteur. Ze gebruikt haar dubbele socialisatie om nieuwe dingen over het onderwerp naar voren te brengen.

De methoden uit de sociale wetenschappen zijn ingezet, maar een sociaal-wetenschappelijk vraagstelling, theoretische analyse en analyse van de situatie ontbreken. Het proefschrift leest als een feitelijk verslag van wat in die verpleeghuizen plaatsvindt, zonder dat enig begrip of concept dat ter plaatse wordt gebruikt aan analyse of beschouwing wordt onderworpen. De praktijk wordt niet geanalyseerd. Er wordt geen discussie gevoerd met theorie en eerdere beschrijvingen van de situatie. De vergelijking met de situatie in de Verenigde Staten wordt wel gemaakt, maar die blijft onduidelijk. Zo kenmerkt de situatie in de Verenigde Staten zich met 'can do', door de neiging om KVV te geven, en in Nederland met 'let go'. Toch wordt gesteld dat in de Verenigde Staten de familie meer zeggenschap heeft in dit soort situaties dan in Nederland. Dat lijkt in tegenspraak met wat eerder is gesteld over de behandelneiging in de Verenigde Staten.

De studie is kort en helder, maar lijkt ook heel mechanisch. Het is een soort opsomming van wat er in de praktijk zou gebeuren zonder discussie en zonder ook kwetsbaar maken van de bevindingen. Het is daardoor een hele 'kale' studie die gaat over moeilijke beslissingen die steeds vaker genomen (zullen) worden maar waarin bijna geen ruimte is voor twijfel en twijfelende mensen.

Eric Vermeulen,  
medisch antropoloog

Bettina Shell-Duncan & Ylva Hernlund (eds.), *Female 'circumcision' in Africa. Culture, controversy, and change*. London: Lynne Rienner Publishers, 2000. 349 pp. \$22,50. ISBN 1555879950.

Vrouwenbesnijdenis heeft geleid tot discussies over uiteenlopende thema's als cultureel relativisme, mensenrechten, patriarchale onderdrukking, racisme en Westers imperialisme. Omdat er vanuit diverse invalshoeken naar vrouwenbesnijdenis kan worden gekeken, onderzoeken wetenschappers uit verschillende studierichtingen het verschijnsel. Het gevolg is een versnippering van onderzoeksinspanningen en -resultaten, waarbij het moeilijk is overzicht te houden.

Met *Female circumcision in Africa* pleiten Bettina Shell-Duncan en Ylva Hernlund voor een interdisciplinaire aanpak, waarbij de inzichten uit uiteenlopende wetenschappelijke vakgebieden – antropologie, epidemiologie, gezondheidszorg, politicologie, demografie en geschiedenis – elkaar aanvullen en versterken. Beide redacteuren van de bundel artikelen zijn hiervan treffende voorbeelden. Respectievelijk als biocultureel antropologe en sociocultureel antropologe deden Shell-Duncan en Hernlund elk vanuit hun eigen vakgebied onderzoek aan dezelfde afdeling antropologie van de Universiteit van Washington zonder dat ze elkaars werk kenden. Bij toeval ontdekten zij tijdens een studiedag over vrouwenbesnijdenis de waarde van elkaars benadering en besloten zij vervolgens het werk van verschillende wetenschappers te bundelen. Daarvan is dit boek het resultaat.

Als rode lijn in deze bundel artikelen gaan alle auteurs in op de waarde van lopende debatten over vrouwenbesnijdenis en de rol die wetenschappers kunnen en zouden moeten – of niet zouden moeten – spelen in de benadering van het onderwerp.

In casestudies over zeven Afrikaanse landen (Soedan, Nigeria, Kenia, Tjaad, Mail, Guinee-Bissau en Gambia), waar vrouwenbesnijdenis van oudsher wordt toegepast, evalueren de auteurs de invloed van internationale inspanningen om deze rituele handeling uit te bannen. Daarbij hebben zij zich vooral geconcentreerd op lokale reacties op programma's die door buitenstaanders zijn opgezet. De les die hieruit getrokken kan worden, is dat inspanningen die erop zijn gericht om vrouwenbesnijdenis als ritueel en handeling structureel te bestrijden, alleen succesvol zijn, indien zij voortkomen uit lokale initiatieven en gesteund worden door inheemse gemeenschappen.

Cof Hoffer, medisch antropoloog,  
GGZ Groep Europoort, Rotterdam

Myriam Steemers van Winkoop, *Geloven in leven. Spirituele zorg voor stervenden en hun naasten*. Assen: Van Gorcum, 2003. 276 pp. €35,00. ISBN 9023238974.

Een boek over stervensbegeleiding van de hand van een ziekenhuispastor is een goed initiatief. In de huidige tijd lijken immers de gemoederen in den lande vaker bezighouden te worden door allerhande zorgtechnische discussies, zoals de kosten van terminale zorg, dan over het realiseren van humane zorg rond het levenseinde in een cultureel veranderende samenleving.

Het eerste deel van het boek behandelt de thema's sterven en dood in een historisch perspectief. Zo konden de stervenden in het oude Egypte zich voorbereiden op het levenseinde door kennis te nemen van het zogeheten dodenboek. De Europese middeleeuwen moeten een grote vertrouwelijkheid met de dood hebben gehad. Franciscus van Assisi noemde de dood zelfs 'zuster'. Verder bestonden er in de late middeleeuwen kleine instructieboekjes voor het stervensproces (*Artes moriendi*) geïllustreerd met religieuze gravures. De bespreking van het Real Hospital General y de la Pasion in Madrid werpt enig licht hoezeer in de loop van de achttiende eeuw de stervenszorg voor armen een ziekenhuisaangelegenheid werd. In het einde van de twintigste eeuw kwam uiteindelijk de terminale zorg op. Tegelijkertijd daalde de publieke acceptatie van de dood naar een dieptepunt. Alles wat met sterven en de dood te maken had, werd zo veel mogelijk geweerd of ontkend. Dit werkte in de hand dat het helaas maar al te vaak voorkwam dat men geheel alleen stierf zonder dat er naasten bij waren. Twintig jaar later is deze trend weer enigszins gekeerd, hetgeen bijvoorbeeld tot uiting is gekomen in de opkomst van hospice zorg.

Het tweede deel neemt als vertrekpunt hoe men in de huidige cultuur omgaat met sterven en dood en werkt toe naar een omschrijving van wat spirituele zorg moet inhouden. Ten aanzien van de dood is er sprake van een 'vermijdingssyndroom'. Daarbij gaat het onder andere om te leven alsof de dood er niet is, wat jongeren bijvoorbeeld noodlottig wordt in het verkeer. Ook kan het de angst voor pijn en ontluistering zijn die

het proces van sterven kan overschaduwen. Daartoe hoort ook het onvermogen om een medisch zinloze behandeling te laten ophouden. Ten slotte is er de vermijding van de confrontatie met de dood. Dit komt voor bij familie en vrienden van de stervende in de vorm van het uitstellen of bekorten van bezoek of het vluchten in bezigheden. Er komen echter ook positieve grondhoudingen voor ten aanzien van dood en sterven. Zo kan sterven als een bevrijding worden tegemoet gezien of kan het leven met gedachten aan de dood het leven zelfs positief beïnvloeden, zoals het bewust zijn dat je de tijd die je hebt goed moet gebruiken. De auteur schetst het verschil tussen plotseling doodgaan en het langzame sterven. Zij beschrijft sterven als het proces van langzaam terugtrekken uit het leven en het loslaten van de levenden. Het woord begeleiden is daarbij al gauw te hoog gegrepen. "De enige die een beetje weet heeft van sterven, is de stervende zelf." Het is daarom de stervende die de zorgverlener zal moeten leiden.

De auteur ziet palliatieve zorg als het eigenlijke beginpunt van de stervensbegeleiding. Palliatieve zorg betreft zorg op een actieve, continue en integrale manier, wanneer medisch gezien geen genezing meer wordt verwacht. Daarbij is het doel om de stervende in staat te stellen op een menswaardige wijze te komen tot een betekenisvolle afronding van het leven. Palliatieve zorg kan plaatsvinden in een ziekenhuis, verpleeghuis, in de thuissituatie of in een hospice. Aandacht is vereist voor de lichamelijke zorg zoals pijnbestrijding en voor emotionele aspecten, waarbij de stadia van Kübler-Ross (ontkenning, woede, depressie, marchanderen en aanvaarden) enige leidraad vormen. Daarnaast is aandacht nodig voor het persoonlijke netwerk van de stervende en voor spirituele zorg, hetgeen de auteur in een volgend hoofdstuk inleidt. Palliatieve zorg heeft daardoor per definitie een multidisciplinair karakter en vergt met name in de thuissituatie heel wat organisatie. Helaas wordt palliatieve zorg vaak pas laat ingezet, hetgeen de tijd tot voorbereiding op het sterven bekort. Dit soort van zorg vergt persoonlijke betrokkenheid en empathie, en ook aandacht voor de eigen gevoelens om niet in een burn out te geraken.

Nadat het woord al dikwijls is gevallen, besteedt de auteur uitgebreid aandacht aan de begripsbepaling van spiritualiteit. Zij erkent dat de term als ongrijpbaar en zweverig kan worden begrepen. Zij reikt benaderingen aan die samengenomen uiteindelijk voor veel lezers wel hout zullen snijden. Zo wordt spiritualiteit beschreven als innerlijk leven, geestelijk leven of bezield leven. Ook noemt zij spiritualiteit een gevoel van verbondenheid met iets dat groter is dan de mens zelf, leidend tot de ontdekking van zin en waarde in het leven. Deze laatste termen sluiten nauw aan bij hoe er over spiritualiteit te praten valt: wat is echt belangrijk in het leven, wat geeft zin, wat motiveert ten diepste. De ervaring dat leven méér is dan wat zichtbaar en tastbaar is, verwijst naar die levensbenadering. De auteur ziet een verschil tussen religie en spiritualiteit. Bij spiritualiteit ligt de nadruk meer op het individuele levensontwerp, terwijl religie meer nadruk legt op het gemeenschappelijke.

Sterven is een individueel proces, maar er zijn zaken die veel stervenden met elkaar gemeen hebben. De auteur noemt dit de spirituele verlangens: het verlangen naar zin en betekenis, hoop en perspectief, vergeving en verzoening, liefde en verbondenheid, de weg naar binnen te gaan en vermindering van dreiging van de dood. Zelf ben ik geneigd een kanttekening te plaatsen in hoeverre deze verlangens uitsluitend spiritueel gemoti-

veerd zijn. Verlangens naar hoop en perspectief en naar liefde en verbondenheid behoren mijns inziens hoofdzakelijk tot gezond mentaal, emotioneel en sociaal functioneren. Interessant is hoe de auteur aandacht vraagt voor het gegeven dat veel stervenden de nabijheid van een dierbare overledene ervaren, maar dit vaak niet durven te zeggen. Een dergelijk ervaring kan aan de spirituele verlangens tegemoet komen. Ook kan de goed gedocumenteerde kennis over bijna-doodervaringen in dit kader betekenisvol worden benut.

Spirituele zorg is breder dan geestelijke begeleiding en is in principe weggelegd voor alle betrokken zorgverleners bij stervenden. De auteur schetst diverse hindernissen voor het geven van spirituele zorg, zowel gelegen in de interactie tussen de stervende en de zorgverlener, zoals de angst iets los te maken, of een te intiem onderwerp aan te snijden, als bij de organisatie van de zorg, waarbij uiteraard te denken valt aan te hoge werkdruk of de selectieve aandacht voor symptoombestrijding. Ook zijn voorwaarden te onderscheiden voor het verlenen van spirituele zorg. Belangrijk is bijvoorbeeld dat er een zekere mate van rust is, respect voor het "psychisch territorium", en voor het feit dat de stervende zijn eigen weg gaat. De auteur besluit met een model voor spirituele zorg en hanteert daarbij een reeks overigens niet goed gedefinieerde en sterk overlappende sleutelbegrippen. Het zicht krijgen op de spirituele biografie van de stervende is daarbij een vertrekpunt. Ook de naasten kunnen daar bij worden betrokken. De zorgverlener kan zichzelf bevragen wat de aangrijpende ervaringen met stervenden voor haar- of hemzelf betekenen. Spirituele ondersteuning gebeurt ook door concrete afspraken te maken met de stervende en diens naasten, waarbij soms een ritueel of symbool wordt ingezet, leidend tot spirituele verdieping. In spoedsituaties moet de geestelijk verzorger worden geconsulteerd. Een dergelijke spirituele interventie staat niet zelden in dienst van de bedoeling dat de stervende weer het initiatief en de regie over het stervensproces in handen krijgt.

Het derde deel van het boek wordt ingeleid met een hoofdstuk over transculturele palliatieve zorg. Gezien de veranderende samenstelling van de bevolking is ook de gezondheidszorg als het ware multicultureel geworden. Tot de palliatieve zorg is de transculturele zorg echter nog onvoldoende doorgedrongen. Weinig allochtone mensen doen een beroep op de palliatieve zorg. Ze zijn er niet mee bekend, verkiezen de beslotenheid van de familie of ervaren het aanvaarden van professionele hulp als het falen van de verantwoordelijkheid van de familie. De auteur stelt dat sommige verlangens (overigens andere dan de eerder genoemde spirituele verlangens) alle mensen gemeen hebben. Het gaat daarbij om communicatie, zowel met betrekking tot informatie als over emoties, om het creëren van ruimte en privacy, contact met naasten en een zekere beheersbaarheid van leven, lijden, ziekte en sterven en ten slotte het gebruik van rituelen.

De overige hoofdstukken behandelen steeds één religieuze stroming aan de hand van dezelfde thema's, namelijk de visie op leven, sterven en dood, de wijze waarop het sterven verloopt, de zorg voor de overledene, de uitvaart, het rouwen en de ethische beslissingen rond het levenseinde. Voor zorgverleners van joodse stervenden is het bijvoorbeeld nuttig om te weten dat de rol van de naasten erg belangrijk is bij het vervullen van tal van rituelen, maar ook dat deze op de sabbat moeilijk te bereiken kunnen zijn. De betekenis van de terugblik over het leven is groot. Helder van geest te zijn tijdens het sterven mag door pijnbestrijding niet in gevaar komen, hetgeen overigens ook

geldt voor hindoes en boeddhisten. Het christendom lijkt wat minder vastgestelde tradities voor stervenden te hanteren, hoewel met name vanuit het rooms-katholicisme bijzondere rituelen beschikbaar zijn, zoals de ziekenzalving. Het bezoeken van stervenden hoort tot de werken van barmhartigheid en het samen bidden met stervenden is een gewaardeerde vorm van spirituele ondersteuning. Bij de islamitische tradities ligt nagenoeg alle stervensbegeleiding in handen van de familie ("Het kan druk worden rond een stervende"). Aanbevolen wordt om als zorgverlener met de familie goed te overleggen wat men verwacht en wat de zorgverlener voor de familie en de stervende kan doen. Opmerkelijk is dat een bespreking is opgenomen over het bahá'í-geloof. Dit is een relatief jonge, kleine, maar wijdverspreide monotheïstische religie die weinig dogma's of rituelen kent, maar wel grote saamhorigheid onder de gelovigen. De hindoeïstische visie op sterven en dood is een bijzondere, omdat er de noodzaak is van wedergeboorte. Ook hier speelt de familie een belangrijke rol bij het laten plaatsvinden van rituelen, zoals het aanbieden van enig water uit de heilige rivier de Ganges of door de stervende te vragen zich te concentreren op mantra's, waar de familie een belangrijke rol speelt. Het boeddhisme biedt diverse wegen die kunnen bijdragen aan de acceptatie van het onvermijdelijke van lijden en dood. Daardoor kan zich een grondig inzicht ontwikkelen dat sterven iets is dat een mens het hele leven doet en waarbij het vermogen los te laten centraal staat. Het creëren van een mogelijkheid tot mediteren is van groot belang. In het laatste hoofdstuk wordt het humanisme uitgebreid ingeleid. In deze stroming worden weinig rituelen gehanteerd en ligt de nadruk op verantwoordelijkheid, zelfbeschikking en medemenselijkheid. In Nederland kan een beroep worden gedaan op humanistisch raadslieden voor geestelijke ondersteuning, ook voor stervenden die niet direct in de humanistische traditie staan.

Dit boek is een prima inleiding ter voorbereiding op het werken met stervenden en beoogt te bouwen aan een attitude van respect, geduld, luisteren en goed communiceren. Wat betreft het eerste deel is de gekozen aanpak met name illustratief en moet een geheel en al wetenschappelijk theoretische lijn niet worden gezocht. Met name het tweede deel zou nuttig kunnen zijn in onderwijs aan studenten verpleegkunde en geneeskunde. De gevoerde stijl is vaak wat directief, hetgeen weergeeft dat het boek vooral voor de praktijk van vandaag de dag bedoeld is. De enorme variëteit aan vaak emotionerende casuïstiek is instructief en is op logische wijze verweven met de gekozen lijn van palliatieve spirituele zorg. In het derde deel werken de casuïstische voorbeelden overigens niet meer zo goed. Twee verwijzingen naar het oude testament (de zelfgevraagde dood van Saul en de zegen door Jacob van de zonen van Jozef) vond ik matig bij de context passen. Verder valt bij vergelijking van de inleidende paragrafen over de verschillende religies op dat de islam te beknopt wordt ingeleid. Juist over deze religie zouden zorgverleners graag een en ander willen lezen, omdat getalsmatig de moslims in ons land goed vertegenwoordigd zijn. Mocht het tot een herdruk komen, dan zou een trefwoordenregister nuttig kunnen zijn voor dit transculturele deel om de betekenis van diverse termen snel te kunnen naslaan, met name wanneer het rituelen betreft.

Arjan Braam, psychiater/onderzoeker,  
Vrije Universiteit Amsterdam/Altrecht Utrecht

Wim J. van der Steen & Judy Hoomans, *Geneeskunst tussen geleerdheid en gezond verstand: Zwerven door het achterland van de geneeskunde*. Budel: Damon, 2004. 320 pp. €16,90. ISBN 9055735493.

The debate between hard-core medical science at the one hand and more alternative approaches to health and illness at the other increasingly has become a kind of trench warfare, in which positions and arguments are repeated over and over again without real hope they ever will force the other party to retreat. In this war, of course, it has been the dominant hard-core medical discourse that generally had the ear of public media, medical practitioners and science, even when these latter try to take a critical position. The book at hand, advocating the alternative position, tries to analyze how and why this dominant discourse always seems to get the upper hand, even if the facts point at another direction.

Chapter two analyzes how regular and alternative medicine appear in the media. It states that even where criticized, regular medicine implicitly is presented as the most effective solution for any medical problem. The third chapter then analyses how the way by which medical knowledge is produced and presented makes it impossible to see diseases in their wider contexts, in effect obscuring the relations between a disease and the total organism. The fourth chapter explores the critical discourse about the health effects of food, opposing the industrial kind of husbandry with more animal and environmental friendly ways of producing, which might sound sympathetic, but in effect is obscuring more fundamental findings about the health effects of ones food. Chapter five, lastly, returns to the medical science and the medical practice, and pleads for an medical approach in which not the disease, but the patient in all its aspects is taken into account.

The book is written in an accessible style, aiming both at a general and a scholarly public. The latter category is catered with an extensive appendix in which topics from the main text are explored in depth, and references to the relevant literature are given. Most examples used in the book to illustrate the argument are taken from cases concerning diseases of the digestive tract, and their relation with food. The examples of media coverage which are analyzed are exclusively taken from Dutch television items and newspaper articles.

The book tries to do something new in the almost ritualized discussion between regular and alternative medicine, and that of course is laudable. In this respect it is a pity that the book fails to relate to both the existing tradition of medical discourse analysis as initiated by Foucault and the existing tradition of critical analysis of the medical practice as initiated by Illich. Notwithstanding, it points to a direction that might prove to be more effective than the current exchange of ever-the-same arguments between regular and alternative medicine.

Pepijn van de Port, cultureel antropoloog,  
Vrije Universiteit Amsterdam



Rita Struhkamp, *Dealing with disability. Inquiries into a clinical craft*. Proefschrift Universiteit Twente, 141 pp. €10,00 (verkrijgbaar via: p.bruulsema@utwente.nl)

Dit proefschrift ontrafelt op verrassend heldere wijze de tegenstrijdigheden en dilemma's waarmee zorg in onze samenleving wordt geconfronteerd. Uitgangspunt voor Struhkamps studie is de constatering dat beleidsmakers de huidige gezondheidszorg meer 'evidence-based' en 'cliënt-gericht' willen maken. Haar onderzoek plaatst lastige kanttekeningen bij de assumpties die aan dat beleid ten grondslag liggen, en bij de wijze waarop deze doelstellingen worden toegepast in de professionele praktijk. Het onderzoek waarop deze studie is gebaseerd werd uitgevoerd in een revalidatiecentrum voor mensen met een dwarslaesie of multiple sclerose.

Zoals steeds vaker gebeurt, is dit proefschrift samengesteld uit losse artikelen die elders gepubliceerd zijn of zullen worden. Gewoonlijk leidt dit tot een verbrokkeld betoog vol herhalingen, maar in dit geval is de auteur erin geslaagd de verschillende hoofdstukken (artikelen) tot één redelijk coherent betoog om te smeden. De papers werden bewerkt en voorzien van een uitstekende inleiding en conclusie.

In vier hoofdstukken bespreekt de auteur op kritische wijze de dagelijkse praktijk van revalidatiezorg aan de hand van vier centrale thema's: zelfstandigheid, autonomie van patiënten, doelen stellen ('treatment goals') en pijn. In het hoofdstuk over 'zelfstandigheid' onderzoekt zij de wijze waarop zelfstandigheid in zorgsituaties gemeten wordt. Zo heeft men door de nadruk op kwantitatieve aspecten onvoldoende oog voor het feit dat zelfstandigheid voor mensen met een handicap tot stand komt in een synergie van lichaam, hulpmiddel en zorg van anderen. Het gaat in de woorden van de auteur niet zozeer om maximeren, maar om coördineren, het op elkaar afstemmen van diverse activiteiten. Eén vorm van coördinatie is bijvoorbeeld het afwegen van korte- en lange-termijneffecten van bepaalde handelingen. Huidige effectmetingen ten aanzien van zelfstandigheid gaan uit van een veel te simpele opvatting van zelfstandigheid.

Het tweede hoofdstuk over autonomie van patiënten werkt dit verder uit aan de hand van concrete dagelijkse activiteiten. Hulp van anderen – die men zou kunnen opvatten als gebrek aan zelfstandigheid – maakt autonomie in bepaalde situaties juist mogelijk. Bij het stellen van doelen van revalidatie (hoofdstuk 3) dient men dan ook met deze meerduidigheid rekening te houden. Dat betekent dat men creatief moet omgaan met spanningen tussen nu en later, verschillen in plaats (revalidatiecentrum versus thuissituatie) en verschillen in actor (om wiens doelen gaat het eigenlijk?).

In het vierde hoofdstuk gaat de auteur in op de wijze waarop de diverse betrokkenen omgaan met de pijn van patiënten, een onderwerp dat in de publieke taal nauwelijks ter sprake komt. De centrale gedachte van coördineren blijkt ook hier op te gaan. Mensen die pijn lijden hebben hun methoden om deze pijn te verdragen.

De bijdrage van deze studie aan de discussie over kwaliteit van zorg is dat zij een aantal ingeburgerde assumpties over meting en beleving van zorg en revalidatie onderuit haalt. Zorgverleners zullen deze kritiek ongetwijfeld herkennen en opmerken dat zij ook wel weten dat revalidatie ingewikkelder is dan protocollen suggereren. Zij hebben waarschijnlijk allang geleerd om protocollen niet al te letterlijk te nemen. De kunst van

goede zorg bestaat immers in het relativeren van de regels en uitgaan van de signalen en behoeften van patiënten. In dat opzicht biedt dit proefschrift niet echt nieuwe praktische suggesties, maar bevestigt wat we eigenlijk al wisten. Cijfers maken nu eenmaal deel uit van onze cultuur; we kunnen niet zonder. Deze studie is vooral een pleidooi voor het intelligent omgaan met kwantitatieve maatstaven en regels.

Sjaak van der Geest, medisch antropoloog,  
Universiteit van Amsterdam

Rebecca J. Tannenbaum, *The healer's calling. Women and medicine in early New England*. Ithaca,;Cornell University Press, 2002. 179 pp. \$23,95. ISBN 0801438268.

Historica Rebecca Tannenbaum heeft de rol van zorg en geneeswijzen door vrouwen in de zeventiende eeuw in New England, een voormalige Britse kolonie in Noord-Amerika, gedocumenteerd in een helder gepresenteerd boek. Tot de zeventiende eeuw werden medicijnen, maar ook de medische zorg en de praktijk van artseneij veel minder strak gedefinieerd dan tegenwoordig. Geneeskundige huismiddelen, kruidenmengsels vervaardigd door vrouwelijke experts en preparaten op basis van chemische verbindingen door alchemisten samengesteld werden naast elkaar gebruikt. Vrouwen waren verantwoordelijk voor de zorg van de gemeenschap en in het bijzonder van andere vrouwen. Sterker nog mannelijke experts werden alleen bij hoge uitzondering toegelaten tot de vrouwengezondheidszorg. Daarbij komt dat medisch getrainde artsen nog weinig ter beschikking waren.

Dit gegeven deed bij Tannenbaum de vraag rijzen wat de positie van deze vrouwen was binnen de gemeenschap in New England en de maatschappij als geheel. Hadden ze vanwege hun positie als genezer of arts ook politieke macht? In hoeverre werd hun rol van genezer sociaal bepaald? Hoe was hun relatie tot de kerk en wanneer werden ze verdacht van hekserij? Door de vrouwelijke praktijken te plaatsen in de context van het toenmalige medische kader, de opvattingen over sociale waarden en normen en de rol van mannen en vrouwen, probeert Tannenbaum antwoorden te geven op deze vragen. Zij baseert zich hierbij voornamelijk op gegevens uit Amerikaanse archieven, waaronder dagboeken en receptenboeken. Daarnaast heeft zij artikelen bijeen gebracht en juridische documenten geraadpleegd die zicht boden op de gang van zaken aan het gerechtshof in delen van New England.

Het boek is opgebouwd uit zeven hoofdstukken. Na een inleiding bespreekt Tannenbaum de rol van de medische moderne zorg en koloniale praktijken waarna ze ingaat op de functie van medische zorg in het huishouden, waaronder de rol van vroedvrouwen. Verder gaat ze in op de medische netwerken van vrouwelijke zorgdragers en de relatie met vrouwen-netwerken binnen de gemeenschap. Vanaf dit moment wordt de aandacht vooral op vrouwen uit de elite gericht die hun sociale status ontleenden aan het genezerschap. De gegevens tonen aan dat genezen onlosmakelijk verbonden was met het leven van alledag en dat genezers betrokken waren bij tal van maatschappelijke gebeurtenissen. De sociale betekenis van genezen en het genezerschap in New

England brengt Tannenbaum regelmatig in verband gebracht met de voorafgaande eeuwen waarin Europese vrouwen een groot aanzien hadden als genezer of arts. Tot de twaalfde eeuw waren vrouwen bevoegd om een praktijk uit te oefenen en was het een veelvoorkomend fenomeen. Aan deze formele erkenning kwam langzamerhand een einde onder invloed van de kerkelijke macht. Echter de overdracht van kennis onder vrouwen zette zich nog eeuwen lang voort.

Uit de beschrijvingen van diverse vrouwelijke genezers komt naar voren dat zij hun vaardigheden en kennis belangeloos ter beschikking stelden aan de gemeenschap. Hierdoor kregen zij een hoog aanzien wat veelal in het belang was van de gehele familie. Tal van deze vrouwelijke genezers waren gehuwd met predikanten wier taak het was om zowel spirituele als fysieke zorg te verlenen aan noodlijdenden in de gemeenschap. Enkele andere vrouwen wendde hun kennis over genezen aan om invloed uit te oefenen binnen de gemeenschap, de kerk of de politiek. Veelal kwamen deze vrouwen uiteindelijk in conflict met de heersende machthebbers en werden als rebel beschouwd. Het gevolg was vaak dat ze uit de kerk werden verstoten, verbannen werden of van hekserij werden beschuldigd. Daarnaast waren er tal van vrouwelijke artsen en verpleegsters die tegen betaling werkten. In toenemende mate werden deze vrouwen beschouwd als bemiddelaarsters die de belangen van vrouwen behartigden en verdedigden. Dit werd mede mogelijk gemaakt door de ondersteuning van een groot vrouwen netwerk. Dit was ook mogelijk, omdat de wereld van de vrouw, hun ziekten, hun gevoelens en hun problemen voor veel (elitaire) mannen een raadsel vormden.

Ik heb het boek gretig gelezen temeer, omdat ik raakvlakken zocht met de hedendaagse rol van vrouwen in de traditionele gezondheidszorg in Afrika. De verschillen die daar bestaan tussen moderne en traditionele gezondheidszorg, zijn specifiek van deze tijd, wat zich vooral aftekent in de agrarische en stedelijke zones. Dit speelde ongetwijfeld ook in de zeventiende eeuw in New England, maar komt weinig uit de verf komt in Tannenbaums studie. Daarbij schepte de titel bij mij een andere verwachting. Ik hoopte meer te vernemen over de roeping tot genezerschap, de overdracht van kennis en de inhoud daarvan. Wellicht zijn deze vragen blijven liggen wegens een beperkt inzicht die de gegevens boden over dit fascinerende onderwerp.

Jessica Erdsieck, medisch antropoloog,  
Amsterdam

Wen-Shing Tseng & Jon Streltzer (ed.), *Culture & psychotherapy. A guide to clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press, 2001. 320 pp. \$51.50 (paperback). ISBN 0880489553.

Dit boek is een vervolg op *Culture and Psychopathologie: A guide to clinical assessment* en zou eigenlijk verplichte literatuur moeten zijn voor iedereen die werkt in de geestelijke gezondheidszorg. Het is een leesbaar en compact naslagwerk, gebaseerd op de klinische en ambulante werk van de auteurs met cliënten uit de hele wereld. Het bij-

zondere van *Culture & psychotherapy* is dat de focus op cultuur ligt en niet op specifieke etnische groepen, waardoor het bruikbaar is voor psychotherapie aan cliënten uit alle culturen.

Het eerste van de zes delen geeft een kort overzicht van cultuur in relatie met psychotherapie. Hierin wordt het begrip cultuur verduidelijkt en gekeken naar de diverse aspecten van cultuur en psychotherapie. Hierbij spelen de ervaringen uit de volksgeneeskunde, de specifieke behandelmethodieken binnen een bepaalde cultuur (bijvoorbeeld het gebruik van de *rapid integrated therapy* in China tijdens de Grote Sprong Voorwaarts), culturele elementen binnen de psychotherapie, en de maatschappelijke invloed een rol. Verder wordt er gekeken naar de zorg voor de etnische (minderheids-) groepen en diverse aspecten van de interculturele psychotherapie. Dit deel wordt afgesloten met een pleidooi voor cultureel-relevante psychotherapie voor iedere cliënt.

In deel twee wordt uiteenlopende casussen geanalyseerd: een Japanse man, een vrouw uit het Midden-Oosten, een Indiaanse vrouw, een tweede-generatie Japans-Amerikaanse en een Chinese man. Alle casussen zijn bijzonder goed beschreven en laten niet alleen een goed verlopen therapie, maar ook de valkuilen zien. Zo behandelt een joodse therapeut een Japans-Amerikaanse vrouw. Ze ontmoeten elkaar ondanks grote culturele verschillen. In het laatste hoofdstuk van dit deel wordt een Chinese man gevolgd die klinisch opgenomen werd na een angstaanval. Bij deze casus worden drie vormen van cultureel bepaald ziektegedrag beschreven: afhankelijkheid, somatisatie en behandelweigering. De Chinese man werd allereerst behandeld door een Kaukasische therapeut, daarna door twee verschillende Chinese psychiaters. De therapeuten waren eenduidig over diagnose en behandeling, maar vooral de verschillende therapeutische uitgangspunten en waarden bleken van belang te zijn voor de voortgang en uitkomst van de behandeling. Bij de beschrijving wordt ingegaan het belang van een etnische match. Een bijzondere casus, die evenals de anderen, prachtig beschreven is en handvatten geeft voor de dagelijkse praktijk.

Deel drie gaat in op de traditionele (volks)geneeskunde, de etnische overdracht en de psychologische aspecten van het geven en ontvangen van medicatie. Zeer verschillende onderwerpen, maar alle van belang in het therapeutische proces. Bij navraag bij diverse cliënten in de GGZ naar alternatieve genezers, blijkt dat men vaak verschillende genezers bezocht of er in ieder geval over heeft nagedacht. In dit hoofdstuk passeren de verschillende vormen van 'healing' in de diverse culturen: zowel geestuitdrijving in Azië, als religieuze healing van de charismatische christenen in de Verenigde Staten. Hierbij komt naar voren dat er veel geld wordt uitgegeven aan alternatieve therapeuten en dat deze vorm van therapie goed aansluit bij de opvattingen van de cliënt. Hierbij wordt eveneens opgemerkt dat de effectiviteit van deze behandelingen zeer groot is bij emotionele problemen. Er kleeft echter eveneens een gevaar aan de alternatieve therapeuten, waarbij de mogelijke uitstel van een noodzakelijke medische behandeling met alle gevolgen van dien als belangrijkste wordt genoemd. Om dit te voorkomen is het noodzakelijk dat de reguliere behandelaars beter aan leren sluiten op geloofssystemen van de cliënt.

In het hoofdstuk worden aspecten van etnische overdracht behandeld, zoals de verwachting van een traditionele islamitische cliënt dat zijn therapeut *hakeem* is, een wijs genezer die alle antwoorden weet, en de consequenties ervan binnen de overdracht. Ook wordt ingegaan op de culturele variaties van het begrip autonomie en hoe hier als therapeut mee om te gaan is en het eigen idee van autonomie los te laten is. Een boeiend hoofdstuk voor geïnteresseerden.

Het hoofdstuk over de psychologische aspecten van het geven en ontvangen van medicatie is een buitenbeentje in een boek over psychotherapie, maar een goede aanvulling. Over dit specifieke onderwerp wordt weinig geschreven. De laatste jaren wordt er onderzoek gedaan naar de verschillende biologische effecten, maar weinig naar de verschillende psychologische effecten. Naast het beschrijven van de populariteit van injecties, wordt aandacht besteed aan de verpakking van medicijnen en de culturele aspecten van de grondstoffen van medicatie. Meer voor dit onderwerp nodig is en de culturele aspecten medicatie inname mogen niet onderschat worden.

Deel vier behandelt diverse groepen: de Latino-veteranen, de Aziatische vluchtelingen, adolescenten en oudere etnische groepen en de Afrikanen-Amerikanen. Bij de Latino-veteranen komt *susto*, *nervios* en somatisatie aan bod, bij de Cambodjanen de behandeling van de PTSS met de complexiteit van een andere taal, cultuur, en therapieverwachtingen. Het onderdeel over adolescenten verhaalt voornamelijk over het belang van de ontwikkeling van een etnische identiteit en over de overbrugging van de complexiteit van culturele verschillen tussen ouders en kinderen. Bij het hoofdstuk over de oudere etnische groepen wordt vooral nadruk gelegd op het 'dubbele minderheid' zijn, het ouder zijn en het afkomstig van een andere etnische groep. In dit hoofdstuk worden overwegingen meegegeven aan degenen die met ouderen werken.

Deel vijf gaat over speciale therapeutische modellen: relatietherapie voor interculturele relaties en de groepstherapie met deelnemers van verschillende etnische groepen. Beide hoofdstukken zijn boeiend om te lezen. De bijdrage over groepstherapie brengt naar voren dat groepstherapie voor Japanners, Chinezen en Russen veelal als aangenamer beleefd wordt dan een individuele therapie. Verder komt de specifieke dynamiek van een etnisch diverse groep aan de orde. De basis van een dergelijke groep is de acceptatie van de onderlinge verschillen binnen de groep. Het verschillend zijn en de acceptatie daarvan kan individuen helpen hun eigen relaties vorm te geven. Belangrijke technieken hierbij zijn het aanmoedigen van de exploratie van aannames om het individuele gedrag van de ander te kunnen begrijpen en het onderzoeken van de eigen vooroordelen naar andere etnische groepen. Binnen een dergelijke interpersoonlijke groepstherapie kunnen verbindende elementen zoals de veelal gemeenschappelijke ervaren discriminatie een belangrijke rol spelen.

Het laatste deel is een samenvattend, concluderend hoofdstuk waarin voornamelijk aangegeven wordt welke kwaliteiten een cultureel competent psychotherapeut zou moeten bezitten. Culturele sensitiviteit, kennis, empathie, en inzichten zijn onontbeerlijk in het werken met cultureel anderen. Hierbij is de conclusie dat iedere therapeut, afkomstig uit een culturele meerderheid of minderheid continu zijn eigen culturele uitgangspunten, houdingen, waarden zou moeten onderzoeken, wanneer hij zijn vak uitoefent.

*Culture & psychotherapy* is zeer de moeite waard. Het is gebruiksvriendelijk en geeft een overzicht van de huidige praktijk. Het laat zien hoe divers het begrip cultuur is en geeft veel handvatten voor werkers in de geestelijke gezondheidszorg.

Lia van Marrewijk, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige/cultureel antropoloog,  
GGZ Delfland, Delft

Cecilia Van Hollen, *Birth on the threshold. Childbirth and modernity in South India*. Berkeley: University of California Press, 2003. xvi+295 pp. \$24.95, (paperback). ISBN 0520223586.

*Birth on the threshold* is based on research conducted in the south Indian state of Tamil Nadu. The two field work sites chosen by the author allow for women and/or their families to opt for modern (as defined by modernization theorists of the past three decades) birthing practices due to their relative accessibility to government run hospitals. The women are from the lower castes. They work in the fishing industry or in the informal sector, and in the period of their reproductive years, outside the cash economy. They are thus from the poorer section of the society. The women's choices (Van Hollen contests the use of this word) or resistance to one or another form of birthing practices, and post partum care are eloquently expressed in this book.

The first chapter deals with the colonial discourse that sees birth conducted by, the traditional midwives as barbaric and responsible for the high mortality rates. Images of dark stuffy, unsanitary spaces at home are conjured up, which need to be enlightened. The professionalization of obstetrics is seen as the solution. Van Hollen goes on to show in the second chapter how this viewpoint continues into the post-colonial era, as the newly independent nation state begins its journey on the long road to modernization. As the biomedicalization (Indians prefer to use the term allopathic medicine) of birth becomes a part of a global modernizing process, the women are shown as willing collaborators as well as victims of changes in medical practice.

Cecilia Van Hollen then devotes the next four chapters to an in-depth ethnographic analysis of the impact of modernity on these women, while at the same time she looks closely at the discourse of modernity itself. Quoting Appadurai, she argues convincingly how rituals during pregnancy have increased the burden on the poor in an increasingly consumer oriented society. The deification of the pregnant woman in public, combined with gift giving stretches the scarce resources of her family, to which are added the medical costs of child bearing. Van Hollen contextualizes her as an auspicious burden. The author goes on to argue that the widely preferred use of labor inducing drugs are perceived by some subjects of her book as evidence of the modern woman's weaker body which cannot withstand the long drawn out pains of labor, evidence of waning *sakti*, or women's regenerative power. Others feel that the intensification of pain caused by these drugs increase their *sakti*. In the overcrowded government hospitals, labor-inducing drugs are also seen as an efficient form of crowd control keeping women moving from prenatal ward to delivery ward to postnatal ward and out

in order to free up space for the steady influx of new women in labor. The conditions in these overcrowding hospitals, and professional dominance create a situation where women are more severely punished for their expressions of pain than they would be at home. They are also seen as places of extortion through bribery, ill treatment due to the women's lower caste, aggressive sterilizations with a target oriented approach, where IUDs are inserted without the consent of the woman involved. Van Hollen perceives the criticism expressed by the women as a clear articulation of discrimination practices rather than on allopathy (modern or biomedicine) itself. "Women want access to new technologies without the caste, class, and gender discriminations they face in public hospitals". On the other hand, when it comes to health and diet for mother and baby during the postpartum period, the women of her research strongly valued non-allopathic notions of health and diet for mother and baby and resisted the pressures on them by biomedical practitioners. Continuing on the path of her ethnographic explorations, the author says that coming to hospital is viewed as modern by the medical staff but once they are in, the treatment they receive is as if they are backward. Thus the connection between maternity and modernity is full of contradictions. The use of language by the hospital staff with its English terms (nutrients, infection) and the underlying assumption of the knowledge that accompanies this terminology only seek to widen the rift between the one who knows and the one who does not. In terms of the development discourse, these factors serve to keep women away rather than coming to hospitals, thus defeating the very purpose they are set up for.

In the sixth chapter, the author goes deeper into the collision between the top down orders given by the government on matters regarding postpartum care and culturally embedded practice. The main areas of focus are the first food, first bath and the marking of the end of the bleeding. In Tamil Nadu as in the rest of India, there is a great deal of concern about the ritual pollution associated with postpartum blood. She finds, contrary to expectations, that there is more attention paid in the traditional approach to the ways in which blood, food and water interact to ensure a healthy baby and mother rather than the stigma attached to the ritually polluting blood. The scientific approach of doctors and medical staff are again full of contradictions as the dissemination of knowledge of (e.g. breastfeeding being better for the baby) is seen as a more important symbol of modernity than the actual practice of it.

If choice is the appropriate word to use when pointing to the direction the women in these field work sites take, concludes the author then they choose to bring allopathy into their homes through a government trained health worker. An employee who sets up a private business, she is the modern face of the midwife. She is even viewed as a doctor because she is able to give the labor inducing injections which the midwives of old do not, and carries with her a medical kit, and scientific know how. Her professionalism is available at the home of the laboring mother, who then stays away from the hospital and avoids being treated badly. The possibility of modernity crossing the threshold into the home becomes real. Van Hollen's final conclusion is that in doing so, the women show their resistance to the humiliation they experience in the face of the modern hospital, but not to modernity itself.



Through a moving personal account of her own birth experiences in America, the author expresses how her own choices helped her understand some of the decisions taken by the women she researched in far away Tamil Nadu. A deep sense of compassion pervades her insights. This is a rigorously researched, powerful book of invaluable assistance to anyone trying to understand the impact of modernity on a group of poor women in India. The very unique ways in which people negotiate modernity within the social and cultural contexts of their lives is very clearly articulated. Through the voices of the women as case material, and her astute analysis, Van Hollen brings us close to understanding something of the globalizing process of biomedicine practice on the ground.

Nandini Bedi, free lance documentary film maker,  
Amsterdam

Ivan Wolffers & Anke van der Kwaak (red.), *Gezondheidszorg en cultuur*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 2004. 258 pp. €24,50. ISBN 9053837965.

*Gezondheid en cultuur* is een leerboek over interculturalisatie van zorg en medisch onderwijs om vanuit Duitstalig gebied gezien jaloers op te zijn. De sectie Gezondheidszorg en Cultuur verzorgt al sinds 1990 aan het VUmc (voorheen Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit) het verplicht studieblok Cultuur en Gezondheid. Dit boek dient ter ondersteuning van het onderwijs om toekomstige zorgverleners beter te kunnen voorbereiden op nieuwe eisen die de toenemend gevarieerde bevolkingssamenstelling stelt.

De bundel splitst zich in twee delen met zeventien hoofdstukken geschreven door achttien auteurs. In plaats van een receptenboek met voorbeelden en incidenten willen de redacteurs artsen in opleiding ondersteunen bij de ontwikkeling van de vaardigheid tot introspectie, om zodoende de eigen positie in de zorg beter te begrijpen en inzicht te krijgen in factoren die de eigenwaarde van een patiënt met een niet-westerse achtergrond kunnen beschadigen of juist ondersteunen. Aandacht gaat hierbij ook uit naar 'culturele vaardigheid' en 'etnosensiviteit'. Het boek wil bijdragen aan begrip voor de grote verschillen tussen patiënten met én zonder migratieachtergrond. Het wil aantonen dat verschillen in context meer ter zake doen dan cultuurverschillen. In het geval van patiënten met migratieachtergrond is het dan belangrijk dat medische studenten zich realiseren dat de rol van cultuur betrekkelijk is. In plaats van generalisaties op basis van het allochtoon-zijn gaat het om de individuele patiënt en zijn specifieke context die varieert met sociaal-economische situatie, verblijfstatus, migratiegeschiedenis en -ervaringen, leeftijd, gender, persoonlijkheidsstructuur of culturele achtergrond.

Het eerste deel belicht algemene principes en processen wat betreft gezondheidszorg en cultuur waar hulpverleners kennis van moeten hebben. Vragen worden gesteld bij stereotiepe beeldvorming en principes van insluiting en uitsluiting. De meest gangbare begrippen die gebruikt worden om migranten te duiden en feiten over migratie naar Nederland komen aan de orde, alsook reflectie over concrete problemen zoals het

registreren van allochtone achtergrond. Aan de hand van het voorbeeld van HIV-infectie worden de betekenis van het begrip context en het verband tussen migratie, macht, gender, mensenrechten en kwetsbaarheid verklaard. Het begrip cultuur wordt besproken waarbij een inleiding gegeven wordt over het proces van betekenis geven en het belang van taal daarbij en over het concept verklaringsmodel en verschillen tussen lekeninterpretatie en medische interpretatie. Aan bod komen verder diverse modellen ter verduidelijking van de communicatie tussen verschillende culturele groepen. Een gebrek aan literatuur over racisme en discriminatie en gezondheid in Nederland wordt geconstateerd.

Het tweede deel richt zich op migratie en geestelijke, publieke, reproductieve en seksuele gezondheid, op voorlichting in eigen taal en cultuur en op verschillen in gezondheidstoestand van allochtone kinderen en adolescenten. Bovendien gaat het hier om deskundigheid (houding, kennis en vaardigheid) in specifieke hulpverleners-patiënt-relatie zoals in het geval van de huisarts, apotheker, psychiater en sociaal geneeskundige. Tevens richt dit deel zich op verschillende modellen en theorieën, op recente onderzoekgegevens en op de gevolgen van beleid. Lacunes in onderzoek op het terrein van migratie en zorg worden besproken, zoals het feit dat gezondheidsbevorderende interventies te weinig theoretisch onderbouwd zijn of dat in onderzoek naar seksuele en reproductieve gezondheid de betrokkenen zelf nauwelijks aan het woord komen.

Het resultaat is een kritisch overzicht over relevante vraagstukken zoals de toegankelijkheid van behandeling, preventiemethoden die gebruik maken van de kennis en kunde van allochtonen, de toename van het aantal tienerzwangerschappen en de gevolgen van meisjesbesnijdenis voor de gezondheidszorg om maar enkele te noemen. De auteurs (Wolffers, Van der Kwaak, Barten, Van Beelen, Van den Oever, Van Leeuwen, Van Baarsen, Stronks, Bartels, De Jong, Middelkoop, Van Wieringen, Schulpen, De Vries, Niewenhuis, El-Karimy, Köseoglu en Leest) verduidelijken met actuele documentatie hun eigen standpunt en bieden zo handvatten aan voor beginners in het vak.

Toegankelijk geschreven met oog op de praktijk en dagelijkse knelpunten binnen de gezondheidszorg en tevens op de maatschappelijke situatie daarbuiten kan het boek bovendien als opfrisser dienen voor hulpverleners die al langer geleden de schoolbanken verlaten hebben. Behulpzaam zijn de verbanden die gelegd worden tussen de verschillende hoofdstukken. Toch zijn enkele kritische opmerkingen op hun plaats. Zo is er kort nadat in het eerste hoofdstuk erop gewezen is dat de term 'ongedocumenteerd' in plaats van 'illegaal' gebruikt moet worden, toch weer sprake van illegale migranten. Dit werkt verwarrend. In hetzelfde hoofdstuk wordt op het risico gewezen van de koppeling van de migrantenstatus aan de toegang tot de zorg zonder de kans te benutten duidelijk te maken wat dit voor concrete gevolgen heeft. De manier waarop de auteurs over cultuur nadenken is zeer basaal, wat met het oog op de doelgroep niet verwonderlijk is. Juist omdat 'cultuur' een nogal diffuus en veelomvattend begrip is, is er in het begin duidelijkheid nodig, want de aandacht verslapt, wanneer in verschillende hoofdstukken steeds weer dezelfde zicht op cultuur herhaald wordt. Mogelijk doelen Wolffers en Van der Kwaak op een toenemend complexere structuur in de volgorde van de artikelen en is dit een methodische vraag. Hoe specifiek een hoofdstuk,

bijvoorbeeld arts en religie in de praktijk, hoe duidelijker wordt het wat de redacteuren met verschillende variaties op hetzelfde thema beogen. Een begrip als referentiekader zou echter lang voor het dertiende hoofdstuk uitgelegd moeten worden.

Voor het boek spreekt, dat het een leerboek en geen onderzoeksrapport is. Vragen, wat andersoortige zorg betekent en of de term passende zorg niet adequater is, of wat met steun zoeken in de eigen culturele achtergrond bedoeld wordt, kunnen juist een uitgangspunt voor interactief onderricht zijn. Behalve voorbeelden van initiatieven zoals de samenwerking van de Amsterdamse GG&GD met een Hindoestaanse zelforganisatie alsmede de vermelding van innovatieve bottom-up projecten zoals Nieuwe Sporen in Den Haag is er geen overzicht over andere interculturele projecten en kenniscentra in de Nederlandse gezondheidszorg. Iets voor een nieuwe editie? Het boek zal zeker grif gekocht en benut worden, zodat regelmatige bewerkingen en herdrukken mogelijk zullen zijn, want een goed leerboek staat en valt ook met verwijs naar actuele literatuur.

Martine Verwey, medisch antropoloog,  
SoFraG, Zürich