

Boekbesprekingen

Petra Aarts & Margot Mulders (red.), *Getuigenis en verbondenheid. Oorlogsverkrachting en huiselijk geweld in voormalig Joegoslavië. Trainers over hun werk voor de hulpverlening*. Utrecht: Pharos, 2003. 159 pp. paperback, €17,50. ISBN 9075955308.

In de jaren negentig in het kielzog van de vernietigende gewapende conflicten, waren de landen van het voormalig Joegoslavië het toneel waar tientallen hulpverleningsorganisaties en trainingsinstellingen zich bezig hielden met psychotraumahulpverlening en training van hulpverleners. In Pristina, de hoofdstad van Kosovo, waren naar schatting negentig non-gouvernementele organisaties actief met psychosociale of traumagerichte projecten. Veel activiteiten betroffen kortdurende trainingen waarvan het effect waarschijnlijk net zo vluchtig was als de bliksembezoeken van de ingevlogen deskundigen. Er is inmiddels een kleine bibliotheek aan 'traumatrainingsliteratuur', maar de eigen ervaringen van internationale hulpverleners met dit werk zijn nauwelijks gedocumenteerd. Admira, een Nederlands samenwerkingsverband van Pharos, Icode en Transact, heeft een serie bijdragen over ervaringen van de eigen medewerkers gebundeld onder de titel *Getuigenis en verbondenheid*. Het boek is in het Nederlands, wat jammer is, want de inzichten zijn interessant voor de partnerorganisaties in de Balkan en voor de internationale NGOs die zich bezighouden met trainingen en inmiddels hun werkterrein hebben verlegd naar andere postconflictgebieden.

Admira heeft met 150 trainingen en meer dan vijftien lokale partnerorganisaties een ruime praktijkervaring. Dat leidt niet tot triomfalisme. Als de bundel iets duidelijk maakt, dan is het wel dat internationale training op het gebied van traumahulpverlening gepaard gaat met twijfel en machteloosheid en dat het geen zaak is van aanbieden van kant en klare doe-het-zelf cursussen. De trainingen zijn onderdeel van een langdurig proces waarbij trainers en getrainden gaandeweg doelen verleggen en nieuwe inzichten opdoen.

Naarmate de oorlog langer geleden was, verschoof het zwaartepunt van de Admira-trainingen van de directe gevolgen van oorlogsgeweld (verkrachting door soldaten of seksuele martelingen) naar indirecte gevolgen zoals echtelijk geweld, kindermishandeling en incest. Het behandelingsperspectief werd ook breder: van traumabehandeling in engere zin naar langduriger psychosociale hulpverlening aan gezinnen die kampen met een cluster van problemen waarvan het oorlogstrauma er slechts één is. Van individuele therapeutische doelen verschoof het perspectief naar herstel van sociale verbanden en waardigheid van groepen in de samenleving. Daarmee raakt psychologie onvermijdelijk verweven met politiek. Seksueel oorlogsgeweld werd tijdens en na de oorlog tot politiek 'issue' gemaakt, waarbij neutraliteit niet meer mogelijk is. Door politici van verschillende zijden werden de verkrachte lichamen van onschuldige vrouwen ingezet om de slechtheid van de tegenpartij aan te tonen. Aandacht voor seksueel geweld door

‘eigen volk’ werd als verraad aan de goede zaak beschouwd. Ook de trainers van Admira werden onderdeel van grotere sociopolitieke processen en dreigden een enkele keer zelfs verstrikt te raken in het web van vijandbeelden, waarbij het geven van hulp aan de ene partij tot diskwalificatie bij de andere partij kan leiden. Soms kwam het eigen zelfbeeld van ‘neutrale buitenstaander’ daarbij zwaar onder druk te staan. In verschillende bijdragen wordt genoemd hoe de Nederlandse verantwoordelijkheid voor de massamoord in Srebrenica (1995) de Nederlandse hulpverleners soms tot ‘besmette partij’ maakte.

In twaalf hoofdstukken, waarvan er vijf uit interviews bestaan, wordt een beeld geschetst van deze dilemma’s. Daarbij worden zware en controversiële thema’s niet vermeden, zoals de gevolgen voor moeder en kind van zwangerschap door oorlogsverkrachting en behandeling van daders van seksueel oorlogsgeweld. Begrippen uit het ‘psychotrauma-model’ en ‘secundaire traumatisering’ worden daarbij zonder kritische analyse gereproduceerd. Wie een grondige analyse van gehanteerde concepten verwacht zal teleurgesteld zijn. Wie van Nederlandse deskundigen eens wil horen ‘hoe het nu was om daar te zijn’ zal echter wel tevreden zijn.

Peter Ventevogel, psychiater en cultureel antropoloog
HealthNet International/TPO Jalalabad, Afghanistan

Len Bowers, *The social nature of mental illness*. London: Routledge, 2000. 216 pp. £17.99, paperback. ISBN 0415227771.

Professor Len Bowers, teaching psychiatric nursing at St. Bartholomew School of Nursing, must have been so thoroughly fed up with the ill-conceived anti-psychiatric critique his students kept on bringing forward during his lectures, that he decided to end the argument once and for all by writing a book. To do so, he had to cover quite some ground. Explanations of mental illness as a form of deviancy, as mere rule breaking or as a cultural construct are investigated and ‘proved’ faulty. Critiques of the current universalistic practice of diagnosis are countered, while arguments that mental disorders have been historically-relative are exposed as a mere misinterpretation of historical sources. And most wrong of course are those that argue that psychiatry, as a social institution, serves political goals. Having swept the field clear this way, the nail is driven home: there is real mental illness out there, and although a physiological causation seldom can be proved, it also “cannot be ruled out on logical grounds” (p. 187, 189) either. What then is the ‘social nature of mental illness’ the title refers to, one is inclined to ask. Bowers sums it up in only two pages. It is ‘talked about’, mental illness is “modified by the beliefs and the actions of the sufferers and those around them”, and it is “identified and determined by social criteria” (p. 193, 194). In effect, Bower’s book argues that there must be something ‘real’ under the social face of mental illness; those who deny it have made mistakes. What use might a book like this one have? At least it provides a useful overview of critical perspectives on current psychiatric practices, focusing on their flaws rather than on their advantages, and as such is recom-

mended to everybody that seeks to promote the critical argument in the debate between psychiatry and its critics.

Pepijn van de Port, antropoloog
Vrije Universiteit Amsterdam

Veena Das, Arthur Kleinman, Margaret Lock, Mamphela Ramphela & Pamela Reynolds (eds), *Remaking a world. Violence, social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press, 2001. viii+294 pp. \$19.95, paperback. ISBN 0520223306.

Remaking a world is the final part of an anthropological triptych on social violence, edited by a collective of well-known social scientists. The theme of their first volume *Social suffering* (1997) was how political and social forces shape social adversity and interpersonal responses. The second volume *Violence and subjectivity* (2000) dealt with the relation between collective violence and individual subjectivity. This final volume intends to document how people try to counteract the consequences of social violence in their lives and how they attempt to rebuild their lives. As in the other volumes the focus is on underlying social processes that shape individual responses.

In a well-wrought introduction that in fact constitutes the heart of the book Veena Das and Arthur Kleinman point at the inherent tension between interpreting a violent event as a form of 'text' – even as performed text – and the lived world of a survivor. They try to reconcile these divergent viewpoints by emphasizing the concept of shared experience. The category of shared experience defies both the notion of experience as being mechanically 'produced' by discourses of power, and the notion of experience as the idiosyncratic 'adventure' of an individual subject. Shared experience should be regarded as a 'workshop' in which subjectivity is challenged and remolded. This process of formation of subjectivity is often, even mostly, invisible, and can most easily be encountered in moments of resistance by communities against powerful events that threaten their world and their very existence. It is this formative force that is the subject of this book: how people who suffered from structural violence attempt to create communal spaces for articulating and recounting experience that is silenced by official narratives; how collective memories are constructed within a broader framework of 'memoro-politics' (either imposed and fostered by the powerful, or as intangible acts of resistance), and how people retrieve an 'own voice' to speak in community with other voices, and try to return to everyday.

The six ethnographic descriptions in this book are very different from each other in almost every respect: geographical location, historical setting and theoretical orientation. A common thread is that all chapters describe the efforts of people to recreate normality as they resist experiences of past or ongoing violence. In these studies violence is not studied in its form of a incidental spectacular 'event' but as a long term process, captured in its 'shadows', in the reverberations in the lived lives of people that are marked by violence.

The first two chapters depict marginalized communities in whose daily lives experiences of state-led social violence have become embedded. Chapter 1 (Komatra

Chuengsatiansup) describes the Kui, a community in Northern Thailand whose history and authenticity is systematically denied by the government. Chapter 2 (Naomi Adelson) is about the Cree, a small group of aboriginal Canadians whose existence is threatened by governmental modernization projects. The contexts are different, as well as the solutions sought by the two described communities. At closer look both groups appear to be engaged in processes of social action that lead to 'counterpublic spheres' within which collective identity is reclaimed and a new position versus the central state is renegotiated.

The third chapter (Maya Todeschini) describes the narrative practices of Japanese women who survived the atomic bomb explosion in 1945. 'Narrative' can be taken quite literally in this case: the women engage as public storytellers and writers. In their stories they resist the role Japanese society ascribes to them, that of the mythical mother who endures her suffering in silence.

Chapter 4 (Sasanka Perera) deals with the emergence in southern Sri Lanka of stories and rumors about ghosts and spirit possession in the aftermath of severe collective violence against civilians by rebel groups and the official army. These ghost stories enable people to remember a past that the authorities try to erase, and give symbolic meaning to horrific events. Perera shows convincingly how these culturally sanctioned idioms of ghost stories and spirit possessions can be seen as counter narratives that help communities mourn their dead and cope with otherwise unsolvable problems such as how victims and perpetrators can live side by side in a context devoid of justice, where revenge is seen as incompatible with Buddhist values, and 'reconciliation' is not possible due to what Perera calls 'state sponsored amnesia'.

Chapter 5 (Deepak Mehta and Roma Chatterjee) studies the effect of riots between Muslims and Hindus in a Mumbai shanty town. These communal riots were sparked by an event in the Northern Indian town of Ayodhya, thousands of kilometers away, where fundamentalist Hindus demolished a Moghul mosque they believed was built on the birth place of their god Ram. The narratives of people in the shanty town, several years after the riots, indicate how endemic criminal violence that used to be seen as part of everyday life is transformed into 'communal violence' that is perceived as performed by an antagonistic collective of 'others'. In the riots thousands lost their homes and lives. The subsequent relief work by non-governmental agencies tried to restore non-violent co-existence and to maintain an equilibrium between the sectarian parties. The authors raise an intriguing issue: the restoration of everyday life by 'impartial' relief work has as one possible side effect that it reinforces the extraordinary character of the riots and fosters a culture of impunity: everyone regardless of his or her responsibility or guilt is helped.

In the last chapter, the shortest and in my opinion the weakest, Fiona Ross analyses the testimonies of women during the first five weeks of South Africa's Truth and Reconciliation Commission. The stories of the women illustrate gaps: they focus on the suffering of their men and brothers while their own experiences of violence remain largely hidden.

The chapters in the book are well written and loaded with local understanding. Their diversity does makes it difficult to distill a coherent theoretical perspective or

analytical framework for understanding the responses of local collectives to experiences of social violence. The book highlights the lived experiences instead of writing yet another theoretical volume. Yet, out of this collection of carefully interwoven ethnographies emerge elusive but real processes: how people manage in various and sometimes unexpected and paradoxical ways to foster social recovery in the shadow of structural violence.

Peter Ventevogel, psychiater en cultureel antropoloog
HealthNet International/TPO Jalalabad, Afghanistan

Uwe Gielen, Jefferson Fish & Juris Draguns (eds), *Handbook of culture, therapy and healing*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2004. 433 pp. £70.50, hard cover. ISBN 0805849246.

In toenemende mate richten mensen zich bij onwelbevinden tot de traditionele en alternatieve geneeskunde. In de Verenigde Staten bleek de gang naar 'alternatieve' genezers in de jaren negentig dusdanig te zijn toegenomen, dat dit het aantal consulten in de eerstelijns zorg oversteeg. Ook elders in de wereld, zoals in Libanon, India en Angola, neemt de rol van de inheemse en traditionele geneeswijzen weer toe. Verschillende auteurs van het *Handbook of culture, therapy and healing* beschouwen deze ontwikkeling als een reactie op de vroegere kolonisatie, de huidige globalisering en de met individualisering gepaard gaande verstedelijking in de wereld. De modernisering vreemdt en veroorzaakt spanningen. Het geïmporteerde, veelal opgedrongen westers denken veroorzaakt inferioriteitsgevoelens ten aanzien van de eigen cultuur. De moderne geneeskunde, inclusief westerse psychotherapieën, is weliswaar wereldwijd verspreid, maar aan de verwachtingen daarvan wordt vaak niet voldaan.

Uwe Gielen, Jefferson Fish en Juris Draguns stelden zich tot doel inzicht te bieden in de culturele, sociale, psychologische en biologische variabelen die een rol spelen bij psychotherapeutische en genezingsprocessen (*healing*). Antwoorden op vragen als, wat kunnen we leren van andere culturele tradities in 'psychotherapie' en hoe kunnen moderne en traditionele vormen worden gecombineerd of geïntegreerd in hun toepassing, zijn de rode draad van het boek. Hiermee worden bouwstenen aangedragen om de kloof tussen de moderne (geestelijke) gezondheidszorg en traditionele geneeswijzen te overbruggen. Om die reden is dit handboek van waarde voor een ieder in de moderne gezondheidszorg die zijn therapeutisch repertoire niet wil beperken tot de moderne, westerse leer.

Het boek bestaat uit twintig hoofdstukken verdeeld over vijf delen. Na de Inleiding worden in het eerste deel de universele overeenkomsten tussen de moderne, biomedische zorg en de traditionele, inheemse geneeswijzen en culturele verschillen behandeld. Fabrega beschrijft de oorsprong en ontwikkeling van psychopathologieën. Ziekte en genezingsgedrag zijn terug te voeren naar de eerste mensen op aarde. Met de ontwikkeling van taal en cultuur evolueerde kennis over het omgaan met pijn, lijden en afwijkend sociaal gedrag op groepsniveau. Sussman borduurt daarop voort en stelt dat medische systemen een integraal onderdeel vormen van lokale of etnische, sociaal-

culturele systemen. Zo bepaalt de sociale structuur en organisatie van een gemeenschap óf en bij wie hulp wordt gezocht. In Madagaskar bijvoorbeeld is het de clanoudste die dat bepaalt. Ook populaire media kunnen bij hulpzoekgedrag een belangrijke rol spelen. Sussman concludeert dat met de voortschrijdende protocollisering de moderne geneeskunde zich verwijderd van de ziektebeleving van mensen. Fish bespreekt in zijn *etic* betoog wat psychotherapieën en traditionele geneeswijzen gemeenschappelijk hebben. Allen beschikken bijvoorbeeld over een ziekteclassificatiesysteem, over genezingspecialisten die zich onderscheiden van de bevolking door hun kennis, macht en/of paraferalia, en over normen over ziekte en hulpzoekgedrag. Hij concludeert dat het genezingsproces universeel is, maar de inhoud daarvan cultureel bepaald. Hirsch bespreekt daarna de opkomst van een nieuwe multidisciplinaire wetenschap binnen de geneeskunde, de psycho-neuro-immunologie dat wil zeggen de studie naar de interrelatie tussen lichaam en geest, tussen het autonome zenuwstelsel, hormonen en het immuunsysteem. Ze haalt verschillende studies aan die aantonen dat bijvoorbeeld sociale steun het immuunsysteem kan versterken. De moderne geneeskunde zou een holistische benadering die met de Verlichting werd verlaten, in ere moeten herstellen, concludeert Hirsch.

In deel II worden twee psychotherapeutische modellen voor etnische minderheden in de Verenigde Staten beschreven door respectievelijk Aponte, en Bemak en Chung. In beide modellen wordt belang gehecht aan het bevorderen van de therapietrouw van cliënten door vóór aanvang van de therapie reële verwachtingen te creëren met behulp van goede voorlichting en psycho-educatie. Interessante onderdelen van het model dat Bemak en Chung hebben ontwikkeld voor de behandeling van vluchtelingen, zijn de bevordering van hun culturele competentie en de samenwerking met traditionele genezers.

In deel III komen diverse traditionele geneeswijzen in Amerika en Azië aan de orde. Navajo Indianen in de Verenigde Staten maken gebruik van de moderne geneeskunde, maar hechten volgens Francis ook grote waarde aan hun cultureel betekenisvolle helingceremoniën die sneller en met minder complicaties genezing bieden. Jilek bespreekt daarna hoe de oorspronkelijke initiatierituelen van de Salish indianen tegenwoordig dienst doen als therapeutisch middel voor die jongeren die ten gevolge van de gedwongen aanpassing aan de Noord-Amerikaanse cultuur ontspoord zijn geraakt. Finkler verrichte een vergelijkende studie van de praktijk van *spiritistas* en artsen in Mexico. In de beleving van patiënten boeken *spiritistas* vaker resultaat dan artsen. Finkler zoekt de verklaring daarvoor in het feit dat de diagnoses van *spiritistas* relatief simpel zijn en het behandelingsrepertoire complex, terwijl dat bij artsen andersom is. Daarnaast kunnen verschillende fysiologische en psychosociale aspecten van de spirituele genezing reden zijn voor het (relatieve) succes, zoals het gemeenschappelijke van de rituelen, en de onderlinge herkenning. Koss-Chiono beargumenteert vervolgens, op basis van narratieven van *spiritistas* in Puerto Rico, dat vrouwen als traditionele én moderne genezers beter functioneren dan mannen.

Lei en anderen bespreken de drieduizend jaar oude traditionele Chinese geneeskunde die gebaseerd is op het Taoïstisch wereldbeeld. Vormen daarvan, zoals acupunctuur en *qigong*, beogen allen het evenwicht van *qi*, de subtiele, vitale energie die

het continuüm in tijd en ruimte van de macrokosmos onderhoudt, te reguleren. Na het beschrijvende hoofdstuk geven de auteurs een indrukwekkend overzicht van resultaten van acupunctuur en *qigong* bij diverse aandoeningen op basis van een meta-analyse van bijdragen aan een groot, door de WHO gesponsord congres over traditionele Chinese geneeswijzen en artikelen in gerenommeerde vakbladen. Daaruit blijkt onder meer dat acupunctuur vooral effectief is bij pijn, na een herseninfarct, bij aandoeningen van het autonome zenuwstelsel en sommige urologische aandoeningen. Rubin combineert zijn psychoanalytische praktijk met visies uit het traditionele en Zenboeddhisme. Hoewel de doelstellingen van beide stromingen antithetisch zijn – de één focust op het versterken van het Ik, terwijl de ander daarin de oorzaak voor het lijden zoekt – bieden beiden, volgens de auteur, waardevolle, maar incomplete perspectieven, waarin onmisbare elementen ontbreken die bij de ander te vinden zijn. Door met boeddhistische meditatie transcendentie na te streven zouden psychoanalytici beter en met meer empathie luisteren naar hun cliënten, en minder narcistisch omgaan met hun eigen theorieën; cliënten zouden flexibeler omgaan met hun eigen gevoelens en met anderen.

Tanaka-Matsumi beschrijft daarna twee Japanse therapieën, Naikan en Morita. Beiden hebben sociaal herstel tot doel van personen die zich niet aan de sociale regels hebben gehouden of angst hebben deze te breken binnen de hiërarchische, collectivistische Japanse samenleving. De therapieën kunnen worden gekenmerkt als cultureel bepaalde, cognitieve, gedragstherapieën. Jaipal beschrijft hoe professionals in de Indiase geestelijke gezondheidszorg door de kolonisatie neer zijn gaan kijken op traditionele geneeswijzen, maar daar nu geleidelijk op terug komen. Het hindoeïstische wereldbeeld is holistisch, waarin coherentie, de natuurlijke orde in alle levensvormen en *dharma*, dat wil zeggen de juiste actie om in harmonie te blijven met de natuurlijke en sociale orde, de belangrijkste elementen zijn. Zo voorkomen de dagelijkse en speciale hindoeïstische rituelen, als vormen van *dharma* angst en conflicten. De auteur geeft een uitgebreide beschrijving van de Ayurveda geneeskunde, waarin interventies worden afgestemd op persoonlijkheidskenmerken. De auteur pleit ervoor om ten behoeve van onderzoek de persoonlijkheid zoals in de Ayurveda gedefinieerd te betrekken bij de diagnostiek volgens DSM IV.

In deel IV worden psychotherapie en genezing in Afrika en de Arabische wereld besproken. Prince kwam in de vijftiger jaren als jonge psychiater uit de Verenigde Staten tot de ontdekking dat inzichtgevende therapieën bij de Yoruba in Nigeria niet aansloegen. Hij beschrijft helingrituelen van de Yoruba, maar verzucht dat daarmee niet te analyseren is welke jeugdervaring heeft geleid tot een specifieke neurose, zoals de bij de Yoruba veel voorkomende impotentie. Wessels en Monteiro vertonen een groter *emic* inzicht in hun hoofdstuk over het betrekken van *sobas*, gemeenschapsleiders, en traditionele genezers bij de rehabilitatie en reïntegratie van kindsoldaten in hun gemeenschappen in Angola. Ook daar heeft de kolonisatie mensen vervreemd van hun eigen gezondheidsopvattingen. De huidige aanwezigheid van westerse hulpverleners dreigt dat te proces te versterken. Door weer aandacht te geven aan traditionele geloven en gebruiken worden de continuïteitszin en culturele identiteit versterkt. De auteurs beschrijven aan de hand van voorbeelden hoe kindsoldaten door traditionele rituelen van familieleden en genezers weer in harmonie komen met hun sociale en (boven-)

natuurlijke omgeving. Vervolgens bespreken Al-Issa en Al-Subaie verschillende traditionele geneeswijzen in Islamitische landen, waarbij de Koran en Hadith de belangrijkste richtlijnen bieden.

In deel V stelt Draguns ten slotte voor om aan de hand van de vijf culturele dimensies van Hofstede de inhoud en effecten van verschillende psychotherapieën empirisch te toetsen.

Het waardevolle van dit handboek is dat het accent vooral is gelegd op overeenkomsten in therapeutische en genezingsprocessen in plaats van op (exotische) verschillen. Zo zoeken verschillende auteurs, zoals Francis, Finkler, en Al-Issa en Al-Subaie, de helende kracht van door hen beschreven traditionele geneeswijzen in het bieden van een interpretatie van het onwelbevinden, hetgeen angst wegneemt en nog al eens ontbreekt in de moderne geneeskunde, in de bovennatuurlijke verklaring voor een ziekte, waardoor de patiënt minder schuld of schaamte ervaart over bijvoorbeeld een ongezonde leefwijze, in de grote betrokkenheid van de gemeenschap bij het helingritueel, hetgeen tevens de morele verplichting om te genezen vergroot, en in de toetreding van de (ex)patiënt tot de groep van genezers, waarmee deze een nieuwe sociale, respectvolle status verkrijgt. Suggestie, overreding en verwachtingen spelen universeel, volgens vele auteurs, een belangrijke rol bij de effectiviteit van een behandeling. Bovenal is het echter van belang dat de visie en methode van de genezer, of het nu een arts, psychotherapeut of een sjamaan is, aansluit bij de opvattingen van diens patiënt.

Loes van Willigen, arts en consultant gezondheidszorg en mensenrechten
Amsterdam

David Greenberg & Eliezer Witztum, *Sanity and sanctity. Mental health work among the ultra-orthodox in Jerusalem*. New Haven/London: Yale University Press, 2001. 400 pp. \$45.00, hard cover. ISBN 0300071914.

How are you, asks the psychiatrist.
May God's name be blessed, replies the patient
How are you feeling, continues the psychiatrist
Blessed is He and blessed is His name, comes the reply.

Dit fragment doet me denken aan het gesprek van Vincent en een verpleegkundige in mijn eigen onderzoek. De reden is natuurlijk verschillend, maar het effect op de lezer kan misschien hetzelfde zijn: hebben we hier van doen met iemand die lijdt aan een werkelijkheidsstoornis? Het antwoord is beide gevallen: nee. Was het in het geval van Vincent de schaamte eraan herinnerd te worden dat hij in een psychiatrische inrichting zat, hier is het antwoord ingegeven door de Talmud, die voorschrijft dat wanneer iemand vraagt hoe het ermee is, de naam van God moet worden genoemd. Dit kleine misverstand brengt ons meteen naar de kern van het boek: de poging van de David Greenberg en Eliezer Witztum de wereld van de ultra-orthodoxe joden in Jeruzalem te begrijpen en vervolgens effectieve behandelingsmethodieken te ontwikkelen voor die

groep. De hulpverleningssituatie is in dit geval complex, volgen de auteurs complexer dan in het geval van andere minderheidsgroeperingen, omdat deze groep joden een 'natuurlijk' wantrouwen koestert tegen geneeskunde in het algemeen en psychiatrie in het bijzonder. De Mishnah zegt immers: De beste dokters gaan naar de hel.

Sanity and sanctity beschrijft de problemen met het begrijpen van de ultra-orthodoxe joden, de bijdragen van de psychiaters zelf aan misverstanden en hun pogingen om acceptabele therapieën te ontwerpen. De auteurs stellen dat dit hen ook heeft geholpen zich bewust te worden van de verschillen die binnen een cultuur kunnen bestaan.

Op de vraag of er meer psychiatrische problematiek in de ultra-orthodoxe gemeenschap voorkomt dan in de niet-orthodoxe groep, antwoordden de auteurs dat het aantal ziekenhuisopnamen voor ultra-orthodoxe mannen tussen de 35 en 44 jaar drie keer zo hoog is al het totale gemiddelde. Ze benadrukken echter dat dit niet te maken heeft met religie, maar met het gegeven dat deze groep een lage socio-economische status heeft. Het gaat er de auteurs dan ook niet om de overtuigingen en praktijken van de groep te beschrijven, maar de aspecten van het leven van de groep die bijdragen aan psychiatrische en gedragsstoornissen. Daartoe structureren ze hun werk rond het concept *shid-duch*, het gearrangeerde huwelijk. De twee psychiaters zijn de bruidegom; de bruid de orthodoxe gemeenschap, die geïsoleerd leeft van de rest van de bevolking van Israël. Die isolatie, betogen de auteurs, resulteert in een unieke psychopathologie. Het boek vervolgt met een gedetailleerde beschrijving van de Joodse orthodoxe religie en in het laatste deel een groot aantal case studies.

In hun beschrijving van de religie proberen Greenberg en Witztum een duidelijk onderscheid te maken tussen religie en abnormaal gedrag. Zo maken ze onderscheid tussen geloof en wanen, tussen visioenen en hallucinaties, tussen rituelen en compulsief gedrag, tussen mysticisme en psychose. Vervolgens beschrijven ze de attitudes van de orthodoxe joden ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg en geven ze een inzicht in hun behandeling van depressie.

In de case studies laten ze zien hoe ze met gebruikmaking van de parabels, de kennis over de religie hun patiënten behandelen. De casus die ik heel mooi vind, is die van de soldaat van de Apocalyps. Deze lijkt op het pellen van een ui; schil voor schil wordt het leven van Benjamin – de soldaat – ontdaan van sluiers zodat uiteindelijk de diepere oorzaak van het probleem aan het licht komt. Benjamin beschrijft in bijbelse taal zijn schuldgevoelens over zijn vriend die per ongeluk door zijn maten voor de vijand werd aangezien en werd doodgeschoten in een terroristische aanval. Dit trauma leidt ertoe dat Benjamin hulp zoekt en de psychiaters tot in details vertelt wat er met hem gebeurt. Gesteund door een lage dosis neuroleptica en met de hulp van zijn broer wordt het effect van de demonen verminderd. Dan onthult Benjamin hoe hij van plan is de moskee op de Tempelberg op te blazen. Dit stelt de psychiaters voor een dilemma: moeten ze de veiligheidsdienst waarschuwen en Benjamins vertrouwen verliezen of moeten ze dit als medisch geheim beschouwen. Ze besluiten tot het laatste en beginnen over de Joodse wet met hem te praten. Uiteindelijk gaf Benjamin zijn wapens en dynamiet aan de legercommandant. Kort daarop komt een vriend van hem uit het ziekenhuis en de twee maken nieuwe plannen: ze lopen zeven keer rond de Knesset en worden opgepakt. Ze vertellen dat ze net als Joshua in Jericho de schande van de samenleving

hadden willen verwijderen. Benjamins pogingen tot zuivering van de gemeenschap worden minder gewelddadig, maar hij krijgt nu van de demonen de opdracht zichzelf te doden. De psychiaters diagnosticeren hem als psychotisch en hij blijft opgenomen in het ziekenhuis. Hij doet een zelfmoordpoging, maar braakt de pillen weer uit. Dan verdwijnt hij en komt niet meer naar de kliniek. Een jaar later belt Benjamin op om te vertellen dat hij in Jeruzalem is en studeert voor onderwijzer aan het seminarie. Hij wil hulp van de psychiaters, omdat ze hem uit het leger willen ontslaan en dat laatste wil Benjamin niet. Hij vertelt dat zijn vroegere studie van de kabbala onzin is geweest, dat hij de *jeshiwa* heeft verlaten. De psychiaters echter vertellen hem dat het leger waarschijnlijk nog enige jaren zou willen wachten voordat ze hem weer in dienst nemen. Benjamin is diep teleurgesteld. Hij probeert bij een psycholoog het hele verhaal over zijn psychiatrische problemen terug te draaien om weer in het leger te kunnen. Dat lukt hem niet. Uiteindelijk belt David zijn psychiaters weer op na een gesprek met een rabbi en biedt zijn verontschuldigen aan voor zijn leugens.

In een nawoord bij de casus gaan de auteurs in op de demonen en de strijd tegen het kwaad. Zij beschrijven dat zulke strijd in de Joodse legenden wel voorkomt, maar beargumenteren dat Benjamin wel leed aan een posttraumatische stressstoornis. Ze geven echter wel toe dat hun patiënt dat label misschien niet terecht was toegewezen. Ze besluiten met te stellen dat hun contact met hem verwarrend is geweest, maar boeiend, omdat Benjamin en zichzelf voortdurend op zoek waren naar de betekenis van zijn toestand.

Sanity and sanctity is een goed geschreven boek en niet verschoond van humor. Veel van wat de auteurs schrijven deed me denken aan het werk van Perry, een Amerikaanse psychiater die in de jaren zeventig van de vorige eeuw heeft geprobeerd bepaalde religieuze patronen en sleutelfiguren van zijn psychotische patiënten te beschrijven en analyseren. Ook hij verwees naar religie en mystiek, naar legenden en verhalen, maar dan uit de christelijke godsdiensten. Hij heeft deze verhalen bij zijn patiënten altijd serieus genomen en geprobeerd met die patronen te werken in zijn behandeling. En kennelijk met succes, net als de auteurs van *Sanity and sanctity*. Zo'n werkwijze vereist wel intensieve samenwerking en verdieping van een psychiater (en natuurlijk ook van de patiënt). Het is dan ook de vraag of dit in alle gevallen en overal kan gebeuren. Hoewel dit effectief is, vraag ik me toch af of psychiaters hiervoor zijn opgeleid, of ze de ruimte krijgen van hun instelling een dergelijke attitude te ontwikkelen. De huidige gang van zaken, vooral in de therapie met patiënten met een andere culturele achtergrond dan die van de psychiater, doet vermoeden van niet. Niettemin is het boek van waarde voor iedereen die in de geestelijke gezondheidszorg te maken krijgt met patiënten die vanuit een sterke geloofsovertuiging leven of vanuit een andere cultuur.

Els van Dongen, medisch antropoloog
Universiteit van Amsterdam

Jet Isarin, *Kind als geen ander. Moeders van gehandicapte kinderen tussen wie en wat*. Budel: Damon, 2004. 217 pp. €16,90. ISBN 9055735108.

Moet ik je wel feliciteren met de geboorte van jullie kind? Het is toch een mongooltje!

Voor de ouders is de nieuwgeborene 'hun kind', maar voor buitenstaanders is de baby 'een mongooltje'. Zo worden ouders heen en weer geslingerd tussen wie (het kind) en wat (het mongooltje). Ze worden overspoeld met goede en tegenstrijdige adviezen en geruststellingen, raken verstrikt in een web van hulpverlenende instanties met soms zeer ondeskundige professionals en blijven worstelen met de vraag: wie is mijn kind en wat is nu het syndroom? Dit is de beknopt weergegeven kern van het boek *Kind als geen ander* van Jet Isarin. Het is een bewerking van een proefschrift over moeders van verstandelijk gehandicapte kinderen. Isarin liet voor deze publieksvriendelijke versie een groot deel van de filosofische beschouwingen uit het proefschrift vervallen. Niettemin blijft het een complex boek, omdat de scheiding tussen het wie en het wat continu als rode (soms onderbroken) draad door het boek loopt. Om haar verhaal kracht bij te zetten maakt Isarin gebruik van egodocumenten, romans en interviews, maar ze maakt ook uitstapjes naar wetenschappelijke vakgebieden als de sociologie, de geschiedenis, de filosofie en de ethiek.

Het boek werpt meteen een drempel op voor de geïnteresseerde lezer. Isarin begint met een historische schets van de sociologische ontwikkelingen in de medische wereld en onder leken in relatie tot verstandelijk gehandicapten. Daarbij worden begrippen als protoprofessionalisering en de medicaliseringstheorie van socioloog Ivan Illich en pedagoog Micha de Winter genoemd. Voor lezers die niet thuis zijn in wetenschappelijke literatuur kan deze inleiding de indruk geven dat het boek een hoog abstractieniveau heeft. De rest van het boek is echter veel concreter. Isarin heeft de inleiding nodig om de lezer een professioneel denkkader aan te reiken om het vervolg beter te begrijpen: het dominante denken waarin de problemen van kind en ouder én hun onderlinge problemen verschijnen als afwijking van het kind, en waarin de betekenis van deze problemen niet verwoord kan worden. Dit veelvoorkomende professionele denkkader, zo stelt Isarin, dwingt kinderen in het keurslijf van een voorspelbaarheid, die vaak gevangen zit in de medische terminologie.

Het boek vervolgt als een chronologische vertelling, beginnend bij de zwangerschap en bevalling. Het bespreekt de angst van de ouders of hun kind wel of niet 'normaal' is, of het een naam krijgt of 'mongool' wordt genoemd. Daarna geeft Isarin verschillende perspectieven op het verstandelijk beperkte kind en gaat ze in op de worsteling van ouders tussen het hebben van een eigen kind en de 'onteigening' van het kind door hulpverleners. Vervolgens komt de positie van de moeder aan bod, waarbij gesproken wordt over thema's als moederliefde, angsten en onzekerheden, niet weten wat je met zo'n kind aan moet, zingeving, positie ten opzichte van de deskundigen en de toe-eigening van het wie en het wat.

De kracht van *Kind als geen ander* is de openhartigheid waarmee ouders praten en schrijven over hun ervaringen: over de afwijzing bij de geboorte van hun kind (door zichzelf of anderen), de teleurstelling, de keuzes, de woede en de vreemdheid van de afwegingen van problemen. Evenzeer vertellen zij over het plezier en het geluk, de

overgave en de liefde waarmee ze de relatie met hun kind aangaan. Tevens laat het zien dat ouders hoop putten uit ervaringen van deskundigen als er een 'goede' diagnose gesteld is. Daardoor kunnen ze tot erkenning komen of zich realiseren dat de schuld en de oorzaak misschien niet bij hen ligt. Ook de keerzijde van het diagnosticeren komt ter sprake, namelijk de macht die medici over het kind krijgen, waarna het getouwtrek begint over de vraag wie de zeggenschap over het kind heeft.

Behalve de relatie tussen ouders en kind geeft Isarin ook zicht op de relatie die de ouders en/of het kind hebben met hulpverleners in alle soorten en maten: verpleegkundigen op het consultatiebureau, artsen, pedagogen en vele anderen. De verschillende perspectieven van de betrokkenen maken duidelijk vanuit welke visie of belangen mensen beslissingen nemen of adviezen geven. Een belangrijk perspectief dat Isarin inbrengt is dat van de verstandelijk beperkte personen zelf. Zo schrijft ze over de autist die zijn uiterste best doet om te reageren op een manier die hem vreemd is, maar die hem wel toegang verschaft tot de wereld van niet-autisten. Zo laat de auteur zien dat mensen met een verstandelijke beperking hard hun best moeten doen om in de 'gewone' wereld te kunnen bestaan. Tevens schrijft zij over lijden en wederkerigheid, bijvoorbeeld aan de hand van het verhaal van een moeder die vindt dat het leven van haar kind wel 'zin' heeft, omdat hij anderen leert om voor iemand te kunnen zorgen.

Kind als geen ander is zeer aan te bevelen voor wie met verstandelijk beperkte mensen werkt. Het perspectief van de beleving van ouders lijkt in de praktijk nog te weinig een plaats te hebben in de zorg aan deze groep. Verpleegkundigen, groepsbegeleiders, orthopedagogen en medici kunnen op deze manier kennisnemen van de kijk die ouders op hulpverleners hebben. Voor hen bevat het boek veel eye-openers. Ouders van een kind met een verstandelijk beperking zullen zich in dit boek herkennen, met name wat betreft hun eigen worsteling tussen gevoel en verstand in hun verhouding met hun kind.

Jet Isarin heeft knap werk geleverd door van zeer individuele verhalen een verhelderend geheel te maken. Deze verheldering toont echter juist ook de complexiteit van de omgang met het afwijkende kind aan. Waarschijnlijk is het net zo'n complex geheel als het web waar ouders met verstandelijk beperkte kinderen in zitten – of in terechtkomen. Omgaan met een kind met een verstandelijke beperking is immers een voortdurende worsteling met tegenstrijdigheden. Dus is dit boek aan te raden voor hulpverleners en voor ouders van verstandelijke gehandicapte kinderen? Ja, natuurlijk niet, en nee, natuurlijk wel.

Edwin Hagenbeek, medisch antropoloog
Hogeschool van Utrecht

Titia van Kleffens, *Decision making in clinical oncology. An ethical exploration of cancer treatment refusal*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit, 2004. 183 pp.

Onderzoek van mensen die een (levensverlengende) behandeling weigeren, is schaars. Dit proefschrift biedt een empirisch-ethische exploratie van de beslissingen van patiënten om af te zien van een oncologische behandeling. Het doel van het onderzoek is

tweeledig: de overwegingen van arts en patiënt bij het afzien van een oncologische behandeling inzichtelijk maken en het bestuderen in deze context van het begrip autonomie. Daartoe heeft Titia van Kleffens dertig mensen die behandeling weigerden, geïnterviewd, 22 mensen die wel behandeling accepteerden, en zestien artsen in diverse randstedelijke ziekenhuizen. Daarnaast is onderzoek gedaan waarbij zij van 72 patiënten de gesprekken en besluitvorming met artsen observeerde en bestudeerde. Het proefschrift is een stevig in de empirie gefundeerde studie die het onderwerp in vijf al dan niet gepubliceerde artikelen behandelt.

Het eerste hoofdstuk geeft een analyse van het soort beslissingen en behandelingen en de inhoud van 'palliatieve' behandeling in de praktijk. In tegenstelling tot 'curatieve' behandeling associëren patiënten palliatieve behandeling met 'bijwerkingen' en met een vermindering van de kwaliteit van leven. Echter, chemotherapie kan voor artsen bij dezelfde patiënt beide doelen hebben. De term 'palliatief' verwart de patiënten en belemmert de besluitvorming. Van Kleffens stelt voor om de term niet meer te gebruiken en over te gaan op 'curatief' en 'niet-curatief'.

Hoofdstuk 2 behandelt de oordelen van artsen over de beslissing van patiënten om af te zien van behandeling. De artsen baseren hun beoordeling op medische gronden en maken onderscheid tussen curatieve en niet-curatieve behandeling. Artsen begrijpen patiënten die de laatste weigeren beter, dan zij de eerste weigeren. Artsen redeneren overwegend doel-georiënteerd, patiënten eerder waarde-georiënteerd. Door deze verschillende rationale oriëntaties kunnen misverstanden ontstaan. De redenen waarom mensen behandelingen weigeren zijn divers. Ze willen niet ziek worden van de behandeling, ze willen controle behouden, waardevolle tijd niet in het ziekenhuis doorbrengen of benadrukken redenen betreffende het einde van het leven.

Hoofdstuk 3 toont dat het accepteren of afzien van behandeling overeen komt met de attitudes van mensen ten aanzien van het einde van het leven. Het merendeel van de mensen die afgezien had van behandeling aanvaardden de dood, terwijl de groep die de behandeling accepteerde, tegen de dood vocht. Deze houding had niet te maken met angst voor de dood. Het hebben van een sociaal netwerk bleek belangrijk te zijn bij het accepteren van de behandeling.

Hoofdstuk 4 gaat in op de autonomie van de patiënt. Patiënten die afzien van een behandeling, blijken die beslissing te baseren op eigen ervaringen en die van naasten in plaats van op medische informatie. De medische informatie en de rol van de arts beïnvloeden wel de beleving van de patiënt ten aanzien van het vrij zijn om te kiezen. Omdat betrokkenheid van de patiënt bij beslissingen belangrijk wordt geacht, is het de taak van de arts om het perspectief van de patiënt te verkennen. De arts moet erachter komen waarop de patiënt beslissingen baseert, de ideeën van de patiënt betreffende kanker en behandeling verkennen en de doelen van de behandeling duidelijk stellen.

Hoofdstuk 5 is een ethisch-filosofische uiteenzetting van het concept patiëntenautonomie. Het liberale idee van autonomie wordt vergeleken met het zorgethisch perspectief op autonomie en de patient centered medicine benadering van patiëntenautonomie. De conclusie is dat bij het afzien van behandeling, het liberale idee van autonomie niet zo sterk verschilt van het zorgethisch perspectief als vaak wordt gedacht. In de context van deze patiënten is autonomie te beschouwen als de mogelijk-

heid om te beslissen en het eigen leven gestalte te geven. Autonomie gaat dus in dit geval om 'keuzevrijheid' en 'zijnsvrijheid', om respect voor de manier waarop de patiënt zijn eigen individuele levensdoelen nastreeft. In tegenstelling tot wat vaak verondersteld wordt, gaat het liberale idee van autonomie in dit geval niet exclusief over de individuele keuzevrijheid waarbij het relationele aspect en het perspectief van de patiënt onderbelicht blijft. In de discussie wordt ingegaan op de mogelijke vertekening door de selecte groep mensen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de respondenten beslissingen achteraf willen rechtvaardigen en bovendien ontbreken interviews met de arts en patiënt over dezelfde situatie.

Decision making in clinical oncology is een zakelijke, afgemeten studie. Autonomie staat op de voorgrond, want theoretisch is het onderwerp de confrontatie van de autonome patiënt met de arts. Dat thema werkt de Van Kleffens mooi uit. De verwondering over (en thematisering van) de keuze van mensen tegen trend in de samenleving om alles te doen aan ziekte, ontbreekt echter.

Eric Vermeulen
Vrije Universiteit van Amsterdam

Kenneth E. Miller & Lisa M. Rasco (eds), *The mental health of refugees. Ecological approaches to healing and adaptation*. Mahwah/London: Lawrence Erlbaum Associates. 2004. xv+429 pp. £33.50. ISBN 0805841173.

Tot voor kort lag in de praktijk van de psychische hulpverlening aan vluchtelingen of mensen in (post)conflictgebieden het accent voornamelijk op het verminderen van psychische stoornissen, met name van posttraumatische stressstoornis bij individuen. Meer en meer realiseert men zich echter dat deze diagnose niet de totale omvang van traumatische ervaringen omvat, evenmin de cultuurspecifieke uitingen ervan. Een trauma is een psychosociaal fenomeen dat de samenleving beïnvloedt en daarmee het onderliggende geheel van sociale relaties. Daardoor probeert men steeds meer bij het opzetten van interventieprogramma's de sociale, culturele en economische omgeving erbij te betrekken.

Kenneth Miller en Lisa Rasco pleiten in dit kader voor een geestelijke gezondheidszorg, waarin aandacht is voor het herstellen van de vernietigde sociale relaties en voor het versterken van natuurlijke steunbronnen binnen families en samenleving. Dit is nodig voor genezing en voor een succesvolle aanpassing aan de nieuwe leefsituatie. Deze aanpak wordt het ecologische model genoemd, dat haar oorsprong heeft in de sociale psychologie en public health. Ze pleiten voor een paradigmaverandering: van het medisch naar het ecologisch model. Het medisch model is op individu en stoornis gericht en houdt onvoldoende rekening met de sociale omgeving, terwijl vluchtgerelateerde stress ook een serieuze bedreiging vormt voor het psychische welbevinden. Na hun vlucht komen vluchtelingen vaak in situaties van psychosociale stress. Deze stressfactoren blijken in de verschillende vluchtelingenstudies de oorzaak van het grote aantal mensen met depressie en/of angstsymptomen. Miller en Rasco verwijzen naar studies die aantonen dat sociale isolatie, gebrek aan affectieve steun en betekenis-

volle activiteiten significant samenhangen met depressieve symptomen. Het ecologische model probeert hier aandacht aan te besteden door middel van de volgende zes principes:

- 1 Psychologische problemen reflecteren vaak een spanning tussen de eisen die de omgeving stelt en de aanpassingsmogelijkheden van mensen. Ecologische interventies proberen veranderingen in de leefomgeving te bewerkstelligen en capaciteiten van mensen te verhogen om zich effectief aan te passen.
- 2 Ecologische interventies moeten gericht zijn op problemen die de leden van een groep of samenleving ervaren.
- 3 Als eerste moet aandacht worden geschonken aan preventie, want preventieve interventies zijn over het algemeen effectiever dan curatieve interventies. Behandeling is belangrijk, maar moet worden gezien als één van de mogelijkheden uit het arsenaal van interventiemogelijkheden.
- 4 Lokale opvattingen over psychologisch welbevinden en stress moeten worden opgenomen in de interventies en projectevaluaties. Hoe cultuursensitiever interventies zijn, des te groter is de effectiviteit.
- 5 Ecologische interventies dienen zoveel mogelijk geïntegreerd te worden in de bestaande structuur en activiteiten van een gemeenschap om zo participatie en duurzaamheid te vergroten.
- 6 De prioriteit moet meer liggen bij het vergroten van copingmogelijkheden dan bij direct aanbod van geestelijke gezondheid, zeker in gemeenschappen waar maar zeer beperkte toegang is tot geestelijke gezondheidszorg op Westerse leest gesteld.

Het gaat in dit model om het verminderen van de psychiatrische symptomen bij individuen, maar vooral om het vergroten van de capaciteit van vluchtelinggemeenschappen in het effectief omgaan met de stressfactoren die samenhangen met de gedwongen migratie. Het ontwikkelen van nieuwe sociale netwerken en het verkrijgen van sociale steun zijn kerntaken die tezamen met het verbeteren van kennis en vaardigheden nodig zijn om toegang te krijgen tot gezondheidszorg, scholing en werk. Preventie en cultuursensitiviteit zijn termen die in het ecologisch model centraal staan. Goede coördinatie van verschillende interventies op verschillende niveaus is essentieel voor het welslagen.

De bijdragen in dit boek zijn zeer divers, al gaan ze allemaal in meer of mindere mate uit van de principes van het ecologische model. Het boek bestaat uit drie delen.

Het eerste deel beslaat vijf hoofdstukken over geestelijke gezondheidszorgprogramma's in Afrika en Azië. In hoofdstuk twee beschrijven Wessels en Monteiro een interventieprogramma voor kinderen onder de binnenlandse vluchtelingen in Angola. Het programma is gericht op hun psychische gezondheid, maar de interventies richten zich ook op het adequaat reageren van volwassenen op emotionele uitingen van hun kinderen. Hoofdstuk drie gaat over een ecologisch interventieprogramma voor Sierra-Leonese vluchtelingen in Guinee. Hubberd en Pearson beschrijven hoe mensen worden getraind als geestelijke gezondheidswerkers waarbij de lokale en Westerse opvattingen en praktijken in de interventies zijn verweven. In hoofdstuk vier beschrijven

Van de Put en Eisenbruch een op de samenleving gerichte benadering in Cambodja voor mensen die de genocide van de Rode Khmer hebben overleefd. De kracht van deze benadering is dat het programma nauw aansluit bij de lokale behoeften en gebruiken van de samenleving. Intensieve samenwerking werd opgezet met traditionele genezers, omdat deze de mogelijkheid hebben om zowel de relaties tussen mensen als ook het onderling vertrouwen te herstellen. Hoofdstuk vijf behandelt een holistisch trainingsprogramma voor oorlogsweduwen in vluchtelingenkampen in Sri Lanka, waar Tribe echter wel werkt met Westerse protocollen. In hoofdstuk zes besteden Kostelny en Wessels aandacht aan de complexiteit bij het opzetten van een psychosociaal interventieprogramma voor vluchtelingen in Oost-Timor.

In het tweede deel van het boek komen drie projecten uit Zuid- en Noord-Amerika aan bod. Buitrago laat in hoofdstuk zeven zien dat het in samenlevingen waar sprake is van voortdurend geweld, zoals Colombia, onmogelijk is om als hulpverleners politiek neutraal te blijven. Men wordt of verbonden met de slachtoffers of met de daders. Het hoofdstuk laat op indrukwekkende wijze de schade en disfunctionaliteit van de samenleving zien door het voortdurende geweld. In de hoofdstukken acht en negen worden ecologische interventieprogramma's in Noord-Amerika beschreven. Weine en anderen beschrijven een interventieproject met Bosniërs en Kosovaren in Chicago waar de complete staf uit de doelgroep komt. In het project van Goodkind en anderen worden studenten van de universiteit gekoppeld aan Hmong-vluchtelingen in Michigan om zo nieuwe steunverbanden te creëren.

Het derde deel behandelen Hubbard en Miller in hoofdstuk tien de vraag hoe ecologische interventies goed te evalueren zijn, wetende dat evaluatie altijd een probleem is. Contextgebonden evaluatiemethoden zijn echter essentieel om de effectiviteit te kunnen meten. Ze pleiten ervoor de projectstaf niet alleen op te leiden voor het doen van interventies, maar hen ook te scholen in gedegen evaluatie. Het laatste hoofdstuk is een kritische reflectie op alle beschreven projecten. Miller en Rasco besteden hierin aandacht aan de mogelijkheden en de problemen die hulpverleners en onderzoekers ondervinden als ze volgens het ecologisch model werken. Ze hopen zo aanzetten te bieden voor verdere discussie en het vinden van oplossingen voor de beschreven problemen.

De samenstellers van *The mental health of refugees* hebben experts van zeer diverse pluimage bij elkaar gebracht. Allen proberen een ecologische benadering te verwezenlijken en geven zo een rijke beschrijving van interventiemogelijkheden. Voor alle mensen die zich met geestelijke gezondheidszorgprogramma's voor vluchtelingen, waar dan ook in de wereld, bezig houden is dit boek een aanrader. Niet dat de dingen die gezegd worden zo nieuw zijn, maar wel omdat het een breed overzicht geeft van de kracht van verschillende initiatieven op verschillende niveaus in de samenleving, zeker als ze onder goede coördinatie tegelijkertijd worden aangeboden. Het boek biedt handvatten voor diegenen die in het veld aan het werk zijn of evaluatieonderzoek uitvoeren.

Marian Tankink, medisch antropoloog
Leids Universitair Medisch Centrum

Trudi Nederland, Jan-Willem Duyvendak & Margret Brugman, *Belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging; De theorie*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut, 2003. 140 pp.

Trudi Nederland & Jan-Willem Duyvendak, *De kunst van effectieve belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging; De praktijk*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut, 2003. 165 pp. (Tekst is beschikbaar op www.verwey-jonker.nl)

Het zal zo'n vijf jaar geleden zijn geweest dat ik op verzoek van de Reumapatiëntenbond plaats nam in een begeleidingscommissie van het project *Instrumenten voor collectieve belangenbehartiging*. De behoefte aan dit onderzoek kwam voort uit de constatering dat van de drie taken van de patiëntenbeweging, lotgenotencontact, voorlichting en belangenbehartiging, vooral de laatste nog onderontwikkeld is gebleven. Het onderzoek werd uitbesteed aan het Verwey-Jonker Instituut en is daarmee een mooi voorbeeld van vraaggestuurd onderzoek. Echter verdween zoals vaak gebeurt in het wetenschappelijk vertaalproces de oorspronkelijke vraagstelling langzaam uit beeld. Het eindrapport kreeg *Methoden van achterbanraadpleging* als titel mee, hetgeen toch echt iets anders is dan dat wat werd gevraagd. Gelukkig dat de wetenschap zich vaak ongepland en onvoorzien ontwikkelt. Het Verwey-Jonker Instituut kreeg een herkansing, dit keer door het vermogende Fonds PGO, het fonds voor patiënten-, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden. Om, naast de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars, de rol van derde partij beter te kunnen vervullen, kreeg het instituut de opdracht om op zoek te gaan naar "succesvolle methoden van belangenbehartiging".

Met een bijzondere belangstelling heb ik de twee delen van het rapport gelezen. Al een ruim aantal jaren ben ik actief in de patiëntenbeweging zowel op lokaal, landelijk als internationaal niveau. In de onderzoeksrapportage hoopte ik praktijkvoorbeelden te vinden met handreikingen om meer effectief te kunnen optreden. Echter tevergeefs. Beide rapportdelen geven een goed overzicht van de politieke en maatschappelijke veranderingen die in het afgelopen decennium op het gebied van de gezondheidszorg hebben plaatsgevonden. Daarin staan vooral decentralisatie en het streven naar integrale dienstverlening centraal. De belofte uit het voorwoord om een antwoord te geven op de vraag hoe patiënten- en cliëntenorganisaties in dit zelfregulerende systeem succesvol kunnen opereren, wordt echter niet waargemaakt. Wat wel wordt aangetoond, is dat de patiënten- en cliëntenbeweging nauwelijks in staat is om tegenover verzekeraars en zorgaanbieders haar partij mee te blazen.

Het eerste deel van de rapportage gaat over de theorie van belangenbehartiging en bevat veel definities, schema's, indelingen en vergelijkingen. Zo wordt onder verwijzing naar Max Weber een belangrijk onderscheid geïntroduceerd tussen identiteitsgericht handelen en instrumenteel handelen. Verder wordt het theoretische kader geschetst vanuit de politieke procesbenadering van Kriesi. Binnen deze benadering ligt het accent op de politieke omstandigheden (de 'mogelijkhedenstructuur') waaronder sociale bewegingen moeten en kunnen opereren. Geconcludeerd wordt dat die omstandigheden in Nederland redelijk gunstig zijn. De rol van de patiënten- en cliëntenbeweging als derde partij heeft een stevig verankerde wettelijke basis en wordt onder

andere door het Fonds PGO gefaciliteerd met een budget van 22 miljoen euro in 2002. Bij een terugtrekkende overheid krijgen patiëntenorganisaties steeds meer mogelijkheden om op alle niveaus in het poldermodel mee te doen.

De onderzoekers komen tot de slotsom dat patiëntenorganisaties in dit zelfregulerende systeem een goed evenwicht weten te bewaren: "Haar eisen en voorstellen maken een redelijke kans om de besluitvorming te beïnvloeden" (p. 61). Deze conclusie wekte mijn verbazing. Er wordt in patiëntenland veel oeverloos gepraat zonder enig betekenisvol resultaat. Als uit een aantal 'best practices' randvoorwaarden voor succesvolle strategieën van belangenbehartiging gedestilleerd kunnen worden, zou dat een groot goed zijn. Dan moet je echter wel beschikken over een heldere criteria waarmee de effectiviteit van een strategie gemeten kan worden. Het vreemde was, dat ik die in deel I niet tegenkom.

In het tweede deel over 'de praktijk' worden negentien projecten van belangenbehartiging onder de noemer 'best practices' beschreven. Bij het doorlezen ervan, bekruipt mij het gevoel van een grote willekeur. De cases, door vertegenwoordigers van zes patiënten- en cliëntenorganisaties naar voren gebracht, worden kritiekloos door de onderzoekers gekarakteriseerd en onderverdeeld naar strategievorm. Een aantal cases heeft geen betrekking op de derde partijrol. De 'best practices' die wel over belangenbehartiging gaan, zijn over het algemeen *geen* succesverhalen. Niet zelden is het doel van een project niet of slecht omschreven. Projecten lopen niet, omdat er intern geen draagvlak bestaat. Deelnemers concluderen zelf: "succes is er soms op ondergeschikte punten"; tamelijk 'hopeloos'. Twee projecten zijn net gestart; de strategie "is wel steeds in discussie". Ondanks alle negatieve uitingen van de geïnterviewden, kwalificeren de onderzoekers echter het effect steevast als substantieel, organisatorisch of identiteitondersteunend. Natuurlijk wordt er altijd wel een effect gevonden, maar waar het in veel gevallen op neerkomt, is dat een partij gesprekspartner in een regulier overleg is geworden. 'Procedurele' effecten, concluderen de onderzoekers opgewekt, maar nagelaten wordt om duidelijk aan te geven wat de mensen om wie het uiteindelijk gaat, ermee opschieten. Geen enkele case bevat een systematische bepaling van de effectiviteit van een project, bijvoorbeeld door tevredenheidsonderzoek onder de eigen achterban!

In de jaren zestig is door Herbert Marcuse het begrip repressieve tolerantie gemunt: het verschijnsel dat de overheid een sociale beweging kan incorporeren door haar te subsidiëren en een vaste plaats te geven in het overlegcircuit. Daarmee wordt dikwijls de lont uit het kruit gehaald zonder wezenlijke veranderingen door te hoeven voeren. Hiermee wil ook gezegd zijn dat dit onderzoek niet het perspectief van patiënten, maar het perspectief van professionals weerspiegelt. Ze zijn zelf al ingebed en besmet door de politieke mogelijkhedenstructuur die zij analyseren, maar niet kunnen overstijgen. Dit perspectief wordt bevestigd door de wijze les die de onderzoekers trekken uit de teloorgang van de vrouwenbeweging. Zij waarschuwen voor het gevaar van *professionalisering*: een sociale beweging boet aan kracht in als zij het contact met de achterban verliest door taken van vrijwilligers over te laten nemen door professionals. De onderzoekers onderkennen deze valkuil, maar problematiseren dit onvoldoende. Sterker nog, zij concluderen kortweg dat een goede belangenbehartiging gebaat is bij professi-

onalisering. Mijn ervaring in Brussel is dat ‘professionals’ geen voet tussen de deur krijgen. Ervaringsdeskundigen daarentegen vinden bij volksvertegenwoordigers een gewillig oor. Ik vermoed dat dit in Nederland op zowel landelijk als gemeenteniveau niet anders is. Deze constatering uit de praktijk wordt bevestigd door de verhalen van twee kleine patiëntenverenigingen: De Vereniging van Lyme patiënten en de Vereniging van Vaatpatiënten. Zou het toeval zijn dat deze geen betaalde krachten in dienst hebben?

Maarten de Wit

Extern vertegenwoordiger van de Reumapatiëntenbond
voor wetenschappelijk onderzoek en buitenlandse contacten

Cecilia Sem Obeng, *Voices of affliction: Aspects of traditional healing and their impact on Akan families in Ghana*. Köln: Rüdiger Köppe Verlag, 2004. 87 pp. €22,80. ISBN 3896452452

Het aantrekkelijke van dit boekje is dat de auteur schrijft over ziekte en ‘traditionele’ genezing in haar eigen (Akan) dorp in het zuiden van Ghana. Zes ziektegeschiedenissen, drie ‘spiritueel’ en drie ‘somatisch’, maken de rijkdom uit van haar betoog. Het zijn sprekende voorbeelden van de wijze waarop ziekte een venster opent op een cultuur, omdat in de gebeurtenissen rond ziekte de voornaamste waarden en opvattingen van de cultuur aangesproken worden. In de verhalen, die door verschillende betrokkenen (patiënt, familie, genezer) worden verteld, blijkt dat zowel in het verklaren van ziekte als in het zoeken naar een oplossing, religieuze opvattingen, familiebanden, werkomstandigheden en financiële problemen een centrale rol spelen. De familie kan zowel een steun als een bedreiging zijn. Afgunst komt in bijna alle ziekteverhalen ter sprake als een bron van onheil en ziekte. Geldproblemen veroorzaken ziekte en belemmeren medische hulp enzovoort.

De rest van het betoog is – zacht uitgedrukt – teleurstellend. Het uitgangspunt van de studie berust op een misverstand. De auteur keert zich tegen een – slecht begrepen – uitspraak van Margaret Field in haar boek *Search for security* (1960) dat de Akan alle ziektes als ‘supernatural caused’ zouden classificeren en wil aantonen dat de Akan weldegelijk een onderscheid maken tussen spirituele en somatische ziektes. Obeng ziet over het hoofd dat Field schrijft over de gezondheidsklachten die gemeld worden bij een spirituele genezer. Het gaat om hardnekkige problemen die het stadium van een eenvoudige somatische behandeling allang gepasseerd zijn. Geen enkele auteur ontkent dat de Akan het bovengenoemde onderscheid hanteren, maar dat wil nog niet zeggen dat in de praktische genezingshandelingen het spirituele (èn sociale) en somatische altijd gescheiden blijven. Haar eigen ziekteverhalen laten de articulatie tussen somatische en spirituele geneeskunst juist op overtuigende wijze zien.

Ook haar tweede kritiek op Field, dat deze de ervaringen en opvattingen van patiënten genegeerd heeft, is ongelukkig en onjuist. Field presenteert in meer dan driehonderd pagina’s 146 gevallen van cliënten die de hulp inroepen van een genezer. De ervaringen van de patiënten en hun familieleden komen daarin juist uitgebreid in beeld.

De literatuur waar de auteur mee in debat gaat is niet alleen slecht gelezen, maar ook onvolledig en gedateerd. De belangrijkste literatuur over Akan traditionele geneeskunst van de laatste vijftig jaar ontbreekt geheel. Verder staat het boek vol spellings- en andere fouten, ook in de index en de bibliografie. Wat blijft, zijn de ontroerende verhalen van zes zieke dorpelingen.

Sjaak van der Geest, medisch antropoloog
Universiteit van Amsterdam

Ulrike Riedel, *Kind als Schaden: Die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Arzthaftung für den Kindesunterhalt bei unerwünschter Geburt eines gesunden, kranken oder behinderten Kindes*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. 2003. 159 pp. €14,90 ISBN 3935964137.

This book addresses the German jurisdiction on a kind of legal actions, which in the Anglophone world is mainly known as ‘wrongful birth claims’ and ‘wrongful life claims’ respectively. In such claims a physician is sued for damages following his/her alleged misinformation or faulty diagnosis and treatment resulting in the birth of an unwanted child or a child with genetic defects. In the case of wrongful birth the legal action is filed by a parent claiming that he or she has been deprived of the legal opportunity to terminate the pregnancy because of the physician’s negligence and that the physician thus has to pay maintenance for the child and compensation for pain and suffering. In the case of wrongful life the action is filed by the handicapped person claiming that he/she should not have been born in the first place and that the physician is under obligation to pay for damages for costs of treatment and for pain and suffering.

In the German public debate such cases came to be referred to under the catchword ‘Kind als Schaden’ (child as damage). Ulrike Riedel, a lawyer and civil servant (who among other posts was head of the department Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbekämpfung in the German Federal Ministry of Health from 1999 through 2001), insists that this notion is gravely misleading: not the child *per se* is to be regarded as damage, but rather and only the costs for maintenance. The existence of the child and the obligation for maintenance are therefore strictly to be distinguished from each other. The fact that she uses the same expression in the title of the book herself (notwithstanding the inverted commas) is somewhat inconsistent, because this aids and abets what she criticises.

The book is based on a legal report Riedel originally prepared for the Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft in Berlin. It is intended for a broad audience and one does not need to be a legal expert in order to make sense of what is said. The author presents the various cases, verdicts and legal arguments underlying them in a straightforward and clear style without losing the complexity of the subject matter out of sight. The book comprises three main parts. In the first part Riedel briefly informs the reader about the German jurisdictional basis for wrongful birth actions. Essentially, this involves the legal relationship between physician and patient and physician liability.

In the second part the author gives a detailed account of the practice of the Higher Regional Courts and Federal Supreme Court regarding the birth of an unwanted child in Germany since the early 1980s. Since claims against life have not been permitted in Germany (or in most other countries for that matter), the cases presented concern parental claims for maintenance. Four constellations of cases are distinguished: (a) parental claims when an unwanted, but healthy child is born after the sterilisation of one of the parents or after insufficient information about the possible failures of sterilisation by the physician; (b) claims when an unwanted child is born after the failure of abortion; (c) claims by parents who have a child with a genetic disease after incorrect genetic counselling before the conception; and (d) claims when a child is born handicapped due to a major but undetected foetal defect, i.e. faulty prenatal diagnosis or misinformation about its possibilities with the consequence that an abortion was not performed. Riedel examines in detail the various – at times contradictory – court rulings regarding legal questions such as what qualifies as damage, who is entitled to sue for damage, what are the rights of patients and what the obligations of physicians, what constitutes negligence on the physician's part and when is he or she liable to pay compensation. Riedel also shows how decisions were justified by the courts.

In the third part the author draws her conclusions from this legal practice. One of her main points is that the critique voiced by physicians and in the media fails to do justice to the actual supreme court practice. It is not the case that the court decisions violate the dignity of the child, because the existence of the child is not regarded to constitute a damage, but only the financial burden of maintenance; the 'Kind als Schaden' is legally inexistent. The fact that physicians have been convicted to pay maintenance therefore does not entail a commercialisation of the unwanted child's existence. Physician liability rather contributes to the quality of clinical praxis and helps ensure patients rights. According to Riedel it is also not the case that the judiciary necessarily leads to an increased use of prenatal diagnosis. She sees it as a major misunderstanding on the physicians' part that physicians are legally obliged to push ever more pregnant women for ever more prenatal diagnosis or even to recommend an abortion, when they want to avoid damage suits. According to Riedel such a necessity clearly does not exist, as physicians were convicted only in those cases when gross negligence had been involved. It is therefore not justified to criticize existing legal decisions for contributing to the discrimination of handicapped people. The court decisions simply do not require physicians to extend prenatal diagnosis beyond the usual standards of prenatal care.

In sum, the book is a sound legal treatise that is very suitable for the interested lay person. However, the author basically does not go into the social and political dimensions of the subject matter, even though ethical and political issues are touched upon (such as the rise of prenatal diagnostics, the commercialisation of the child, the importance of informed consent and the discrimination of handicapped people). The issue of wrongful birth claims is hardly shed light on as a social and cultural phenomenon. Neither statistical figures of the supposed rise of prenatal diagnosis are included, nor any in-depth discussion of media representations, political discourses or the viewpoint of physicians and those who have filed such claims. Those readers who expect a more comprehensive account of the topic, may therefore be disappointed. Those who look

for an understandable overview from a legal point of view, will certainly benefit from the book.

Bernard Hadolt, cultureel antropoloog
Wenen, Oostenrijk

J.W. Schot et al. (red.) *Techniek in Nederland in de twintigste eeuw. Deel IV: Huishouden & medische techniek*. Zutphen: Walburg Pers, 2001. 350 pp. €89,50, hard cover. ISBN 9057300672.

Deel IV van de imposante serie *Techniek in Nederland in de twintigste eeuw* behandelt de geschiedenis van de techniek in twee sectoren die een onmiddellijke impact hebben op het dagelijks leven van mensen, het huishouden en de gezondheidszorg. In het eerste deel gaat het in 140 grote, rijk geïllustreerde dubbelkoloms bladzijden van ‘kachels en fornuizen’ tot de magnetron. Het tweede deel van 130 pagina’s gaat over de medische techniek. Voor beide delen samen is er dan nog een verzameling bijlagen, noten en registers van circa 65 pagina’s. Over het eerste deel, over het huishouden, zal ik het hier gezien het karakter van dit tijdschrift verder niet hebben.

Het deel over medische techniek, in zeven hoofdstukken en een epiloog, is in hoofdzaak geschreven door Eddy Houwaart. In dit deel wordt, zoals de auteur aankondigt slechts een “aanzet gegeven tot een analyse van de medisch-technologische ontwikkeling in Nederland en de bijbehorende structuurveranderingen. (...) Daarbij is niet gekozen voor een brede historische beschrijving van allerlei mogelijke technieken (...) maar voor een historische reconstructie van de medische toepassing van röntgenstralen en ultrageluid in de vorm van röntgendiagnostiek respectievelijk echografie” (p. 157). Die keuze is gezien de vele aspecten en implicaties van de ontwikkeling van deze visualiseringstechnieken zeer verdedigbaar. Die technieken zijn nauw verbonden met het sterk gegroeide accent op een verwetenschappelijkte geneeskunde of zoals het in de tekst staat: de opkomst van de epistemologische basisregel ‘zien is objectief weten’. Maar hun gegroeide betekenis is ook nauw verbonden met allerlei institutionele ontwikkelingen zoals de verschuiving van thuiszorg via ziekenhuisopname naar poliklinische behandeling, de toegenomen rol van de ziektekostenverzekeringen, het bevolkingsonderzoek et cetera.

Er worden in de tekst drie fasen in de ontwikkeling van de beeldvormende medische technieken onderscheiden: de eerste van 1895 tot ongeveer 1914, de tweede van 1914 tot 1950 en de derde vanaf 1950 tot 1970. In deze ontwikkeling zien we een sterke spreiding, kwantitatieve groei en toenemende vanzelfsprekendheid, c.q. onmisbaarheid van deze technieken die als het ware de grens tussen binnen en buiten het lichaam hebben doen vervagen. Deze groei “vormt de weerspiegeling van een samenspel van sociale, technische, wetenschappelijke en politieke veranderingen” in de gezondheidszorg. Dat vergde werk van uiteenlopende aard: theoretisch, sociaal, politiek, technisch en zelfs commercieel. Men moest de (schaduw)beelden leren interpreteren en die interpretaties inpassen in de bestaande diagnostische routines. Er waren ook allerlei organisatorische problemen die opgelost moesten worden, zoals het beheer van de apparaten,

de archivering van de beelden en (in de beginfasen) de zorg voor een permanente stroomvoorziening. De ontwikkeling, productie en het onderhoud van de apparatuur vergde echter tevens een op commerciële leest geschoeide markt. In zes empirische hoofdstukken worden de grote lijnen van deze ontwikkelingen meer aan detail uitgewerkt, waarna de tekst met een epiloog wordt besloten.

Het is verleidelijk om uit de diverse hoofdstukken enkele opmerkelijke observaties en ontwikkelingen weer te geven, maar dat zou het kader van een bespreking ver te buiten gaan. Opvallend in het begin van nieuwe ontwikkelingen is de rol van enkele individuele personen, soms van persoonlijke coalities van medici en technici, de aanvallende weerstanden van het gros van de geneeskundigen die vasthouden aan gevestigde methoden en inzichten. Er zijn ook technische ontwikkelingen geweest die uiteindelijk tot niets geleid hebben. Technische vernieuwingen, zo lijkt het, slaan pas aan als technisch succes ook de maatschappelijke condities, hun wijdere verbreiding economisch, commercieel, politiek en 'cultureel' mogelijk maken. Dan kan hun gebruik schijnbaar 'vanzelfsprekend' worden, maar tegelijk is hun concrete aanwending ook altijd een kwestie van lokale inpassing, waarbij de informatie uit het met technische middelen 'transparant' gemaakte lichaam verbonden wordt met andere kennisbronnen.

De tekst is rijk geïllustreerd met sfeervolle afbeeldingen die wel een idee geven van de diverse apparaten, maar nauwelijks inhoudelijk meespelen in het betoog. Het geheel is naar mijn smaak een prettig leesbaar en evenwichtig overzicht geworden, waarin het vanwege de genoemde 'verwevenheid' van aspecten en het 'samenspel' van veel verschillende partijen om veel meer gaat dan een historisch overzicht van visualiserings-technieken. Daarom kan de lectuur ervan aan iedereen die geïnteresseerd is in de ontwikkeling van de geneeskunde in de twintigste eeuw, van harte worden aanbevolen. De inleidende opmerkingen die ik citeerde, waarin sprake was van 'slechts een aanzet', zijn naar mijn opvatting dan ook veel te bescheiden. Het is door zijn omvang en prijs natuurlijk echt een 'boek voor de bibliotheek', maar het mag dan ook in geen enkele medisch-sociologische of -antropologische bibliotheek ontbreken.

Paul ten Have

Gerda Sengers, *Women and demons. Cult healing in Islamic Egypt*. Leiden/Boston: Brill, 2003. 302 pp. €52,00. ISBN 900427712.

Women and demons is de Engelse uitgave van het proefschrift van Gerda Sengers, dat onder de titel *Vrouwen en demonen. Zar en korangenezing in hedendaags Egypte* in 2000 bij Het Spinhuis verscheen. Sengers doet hierin verslag van haar onderzoek naar bezetenheid en genezing in Caïro onder islamitische vrouwen uit de lagere klassen met weinig opleiding en beperkte financiële middelen. Deze vrouwen hebben vaak gespannen relaties met hun familie en directe sociale omgeving en hebben weinig mogelijkheden iets aan deze situatie te veranderen. Dit veroorzaakt soms mentale en fysieke klachten die het de vrouwen onmogelijk maken om hun normale sociale rol te vervullen. Deze klachten worden vaak geïdentificeerd als aanraking (*mass*) of 'bekleding' (*labs*) door een djinn. In de antropologische literatuur wordt dit verschijnsel geconceptue-

tualiseerd als bezetenheid. Sengers richt zich op twee mogelijke geneeswijzen, de *zar* en korangenezing. Zij heeft voor dit onderzoek in verschillende wijken in Caïro gewoond en vele uren met deze vrouwen doorgebracht. Daarnaast heeft zij *zar* en korangenezingssessies bijgewoond en met zowel bezoekers als genezers gesproken. Zij formuleert haar conclusies vaak in dialoog met haar informanten. Zo construeert zij een genuanceerd en veelzijdig beeld vanuit de perspectieven van de verschillende betrokkenen. Sengers beschrijft en analyseert beide rituelen uitgebreid aan de hand van Turner's theorie over rites de passage. Zij besteedt hierbij aandacht aan aspecten als de rol van het lichaam, kleding, de ondersteunende groep en de muziek. Het doel van de *zar* ceremonie en korangenezing is niet zozeer om de bestaande situatie van de vrouwen te veranderen, maar om ze in het reine te brengen met hun situatie en opnieuw in hun omgeving te integreren. De bestaande situatie wordt hierdoor gereproduceerd en zelfs versterkt. *Zar* is volgens Sengers voor deze vrouwen vooral een manier van omgaan met wensen, verlangens en zwaktes waarbij in mindere mate aspecten als reciprociteit en zorg voor anderen een rol spelen.

Het belangrijkste verschil tussen *zar* en korangenezing is dat de eerste een genezingscultus is waarin vrouwen een leidende positie innemen en de bezittende djinns proberen te pacificeren, terwijl de laatste een uitdrijvingscultus is waarin mannen dominant en vrouwen ondergeschikt zijn. Ook zijn er grote verschillen tussen de gezellige en intieme sfeer van de *zar* en de gewelddadige en harde sfeer bij korangenezing. Bij korangenezing wordt er een beroep gedaan op religie met behulp van een fundamentalistische interpretatie van de koran. De schuld voor de bezetenheid legt de korangenezer bij de vrouwen zelf die onvoldoende religieus zouden zijn en zo de djinn de kans geven hun lichaam binnen te dringen. Vrouwen worden na hun behandeling dan ook gestimuleerd een strengere islamitische levensstijl en manier van kleden aan te nemen. Zolang zij deze aanhouden, zullen zij genezen blijven. De *zar* heeft volgens Sengers minder directe banden met de islam en wordt ook vaker door de omgeving afgekeurd als on-islamitisch. Vrouwen keren regelmatig terug naar deze ceremonies om hun djinn tevreden te stellen.

Een van de sterke punten van *Women and demons* is dat Sengers niet alleen de rituelen beschrijft, maar ze ook verbindt met processen in de Egyptische samenleving. Zo is er volgens haar een verband tussen de groeiende populariteit van korangenezing en het opkomend islamitisch fundamentalisme. Ook spanningen tussen christenen en moslims komen tot uitdrukking in de *zar* en korangenezingssessies. Steeds vaker worden allerlei klachten toegeschreven aan magie van Kopten of bezetenheid door een christelijke djinn. Om een beeld te schetsen van de belevingswereld van de onderzochte vrouwen gaat Sengers uitgebreid in op de kosmologie waaruit ideeën over bezetenheid voortkomen. Zij vergelijkt deze kosmologie met de officiële islamitische leer. Hierbij besteedt zij veel aandacht aan de historische dimensie. Deze aandacht voor de historische aspecten en de officieel islamitische leer komen misschien voort uit het feit dat Sengers weliswaar medisch antropologe is, maar in eerste instantie arabiste.

In het laatste gedeelte gaat ze ook in op de sociale en economische kenmerken van de Egyptische samenleving. Gender loopt daarbij als een rode draad door het verhaal.

Sengers geeft de vrouwen de kans om zelf hun verhaal te vertellen. Dat maakt dit deel tot een van de meest interessante. Aan de hand van hun verhalen schetst zij een levendig en boeiend beeld van de Egyptische samenleving en de problemen waarmee deze vrouwen te maken hebben. Ondanks dat Sengers haar onderzoek in Caïro heeft uitgevoerd, vermoedt zij dat vanwege de grote aantallen immigranten in de wijken waar zij haar onderzoek uitvoerde de resultaten ook in redelijke mate toepasbaar zijn op vrouwen uit andere delen van Egypte.

Women and Demons is een interessant boek zowel voor mensen die geïnteresseerd zijn in bezetenheid en ideeën over ziekte en genezing als voor degenen die geïnteresseerd zijn in de Egyptische samenleving en belevingswereld van de vrouwen in de lagere klassen.

Iris Sportel, antropoloog i.o.
Radboud Universiteit, Nijmegen

Robert Sternberg & Elena Grigorenko (eds), *Culture and competence*. Washington: American Psychological Association, 2004. 300 pp. £38.50, hard cover. ISBN 1591470978.

Competenties worden in toenemende mate gebruikt in onderwijs en arbeid. Voor veel MBO en HBO-opleidingen is het gebruikelijk een beroepsgroep in termen van competenties te beschrijven. Een voordeel daarvan is dat behalve kennis ook vaardigheden en houding opgenomen worden in de profielen van beroepsbeoefenaren. Mikado het kenniscentrum voor interculturele geestelijke gezondheidszorg heeft vorige jaar voor drie beroepsgroepen in de GGZ een document ontwikkeld waarin interculturele competenties beschreven zijn. Mijn interesse naar dit boek over cultuur en competenties was dan ook snel gewekt.

Het project van Mikado ging uit van de kernopgaven van psychiaters, gz-psychologen en verpleegkundigen. Deze algemene opgaven werden voor de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen door middel van interculturele competenties aangescherpt. De auteurs van *Culture and competence* stellen andere vragen. Wat zijn competenties? Zijn er competenties die voor een bepaalde cultuur uniek zijn? Hoe zijn verschillende typen competenties te onderzoeken, vergelijken en analyseren?

Het boek bestaat uit twaalf hoofdstukken, variërend van beschrijvingen van conceptuele kaders tot een verslag van antropologisch veldonderzoek. De kern van diverse hoofdstukken is dat een aantal culturele invloeden de verschillen tussen competenties en de waardering ervan kan verklaren. Deze invloeden zijn de culturele instrumenten, de cognitieve domeinen, de interpersoonlijke context en de individuele schemata. Ik illustreert deze vier aspecten aan de hand van enkele hoofdstukken.

Een algemene opmerking vooraf is dat de benadering van de meeste hoofdstukken vooral theoretisch is. Competenties worden gemeten en geanalyseerd, maar niet in hun toepassing of op hun effect bekeken. Wat zijn bijvoorbeeld de competenties die studenten in hun docenten waarderen en welke competenties zou een hulpverlener moeten hebben om vertrouwen te krijgen? Deze meer op de praktijk gerichte vragen komen in het boek nauwelijks aan de orde.

Het eerste aspect betreft de culturele instrumenten waarmee competenties worden gemeten. Deze maken onderdeel uit van een veel breder terrein van symbolen, taal, tijdsaanduidingen, kledingcodes en andere labels die aan dagelijkse gebruiksvoorwerpen en middelen gegeven worden. Verschillen in scores op testen zijn te verklaren door deze verschillen in culturele instrumenten. Poortinga en Van de Vijver beweren dat cross-cultureel onderzoek te veel gericht is geweest op verschillen, maar dat zorgvuldig ontworpen onderzoeken naar cognitieve processen en pogingen om alternatieve interpretaties te bedenken leiden tot uitkomsten die nog nauwelijks van elkaar verschillen.

Het tweede aspect zijn de cognitieve domeinen, die de culturele context beïnvloedt. Overeenkomsten in alle relevante basisprocessen van cognitief functioneren kunnen over tijd en plaats tot zeer uiteenlopende concepten van cognitie en competentie leiden. Het meeste onderzoek naar competenties vond plaats in de geïndustrialiseerde wereld met als belangrijkste criterium succesvol presteren op school en in werksituaties. De competenties van kinderen die niet naar school gaan, straatkinderen of kindsoldaten, laten zien dat competentie vooral uitdrukt of iemand zich goed aan zijn omgeving weet aan te passen. Uiteindelijk wordt succesvolle aanpassing in het leven bevorderd door de transformatie van competenties als een keten waarin de functionele betekenis van een bepaalde competentie in een bepaalde culturele context belangrijker is dan de absolute inhoud van een gegeven competentie. Dezelfde argumentatie geldt voor de verschillen die in de loop van de tijd gevonden worden op testcores en de validering daarvan. Een van de auteurs beweert dat als men consequent doorredeneert de Engelse bevolking rond 1880 voor 75% uit mensen met een IQ lager dan 85 zou bestaan, als men de huidige normtabellen zou hanteren. Het gemak waarmee kinderen nu gebruik maken van computerprogramma's zal mogelijk ook tot aanpassingen van scores moeten leiden.

Het derde aspect, de interpersoonlijke context, is inhoud van een aantal hoofdstukken. Bij de beschrijving van competenties gaat het dan vooral om de waardering die mensen in verschillende culturen geven aan sociale vaardigheden, houding en waarden die in opvoeding overgedragen worden. Ook al beklemtonen de auteurs de grote verschillen binnen bepaalde groepen, hier komt het vergelijken van culturele groepen onderling wat mij betreft te dicht bij stereotyperingen. Bovendien is te bedenken bij bepaalde uitkomsten dat met andere respondenten of in een andere tijd, de uitkomsten heel anders zouden zijn. Wat te denken bijvoorbeeld van een vergelijkend onderzoek tussen Amerikanen en Japanners naar de twintig meest wenselijke persoonlijke karakteristieken. Amerikanen blijken prestaties op het werk, de eigen mening durven geven en op zichzelf vertrouwen hoger te waarderen dan Japanners, die vooral waardering blijken te hebben voor empathie, dat iemand vrolijk is en een warm hart heeft. De onderzoekers laten genderverschillen in beide landen zien en een consistente beoordeling van de persoonlijke kenmerken in een levenslooperspectief. Ook al is af te vragen hoe deze uitslagen tot stand zijn gekomen, het meer algemene punt dat de aard van competenties leidt tot cultuurspecifieke aannames over de meest geschikte manier om kinderen op te voeden of te onderwijzen is herkenbaar. Helaas werken de auteurs deze bevindingen niet uit tot mogelijkheden om in interculturele situaties zoals onderwijs en hulpverlening recht te doen aan verschillen in de waardering van gedrag en houding.

Dat succesvol functioneren in veel situaties in de werkelijke wereld (in tegenstelling tot die in testsituaties) niet alleen van de geest, maar ook van het hart afhangen, zoals Shapiro en Azuma concluderen, is dan een wat al te gemakkelijke opmerking.

Ten slotte wordt aandacht besteed aan de culturele mechanismen, modellen of schema's die een individu gebruikt en die in een cultuur functioneel zijn. De culturele context geeft het individu betekenisvolle scripts of manieren waarop kennis georganiseerd is over henzelf en de wereld om hen heen. Dit leidt weer tot strategieën waarmee men informatie in de omgeving verzamelt en ordent. Hier worden zelfs nog grotere groepen tegenover elkaar gezet. Westerse mensen zouden individuele componenten geïsoleerd bekijken los van de context, terwijl Aziaten denken en redeneren in een relationele context. Deze verschillende benaderingen komen naar voren in onderzoek naar zelfkennis, beschrijvingen van andere mensen, geheugen en het toeschrijven van oorzaken en redeneren.

De vier genoemde culturele invloeden op competenties worden opgevat als een geïntegreerd geheel, niet als afzonderlijke niveaus. Ze zijn met elkaar verweven en komen in dagelijkse situaties naar voren. Hierin komen uiteenlopende visies naar voren. Psychologen kiezen over het algemeen voor de visie dat het bij cognitie en competentie uiteindelijk om dezelfde verschijnselen gaat. Worden de omstandigheden waarin cognitie en competentie gemeten wordt, zoveel mogelijk gelijk gemaakt, dan geven de resultaten vooral individuele verschillen weer. Daarmee passen zij in de universalistische traditie. Antropologen laten in hun bijdragen aan dit boek zien dat unieke omstandigheden andere resultaten op leveren.

Het is jammer dat de auteurs van dit boek niet op elkaars bijdrage reageren. Daardoor is er sprake van veel herhaling in de hoofdstukken en blijven meer fundamentele vragen, maar ook de vragen rond toepasbaarheid van diverse visies op cognitie en competentie onbeantwoord. Doordat veel aandacht wordt besteed aan de definitie en operationalisatie van deze concepten, is *Culture and competence* vooral van belang voor wetenschappers die onderzoek doen naar cognitie en competenties.

Sander Kramer, cross-cultureel psycholoog
Universiteit van Utrecht

John P. Wilson & Boris Droždek (eds), *Broken spirits. The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York/Hove: Brunner-Routledge, 2004. xxx+706 pp. £40.00, hard cover. ISBN 0415943973.

Bijna gelijktijdig met twee andere bundels over hetzelfde thema verscheen *Broken spirits*. Alle drie richten ze zich geheel op de aard en de behandeling van psychische en psychosociale problematiek van vluchtelingen. Hetzelfde fenomeen deed zich zo'n tien jaar geleden voor met het verschijnen van *Amidst peril and pain* (1994) *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics* (1995) en *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder* (1996). Het gaat erop lijken dat de internationale vluchtelingen-en-traumadeskundigen periodiek de balans op maken. Terwijl in deze bundels toch vooral bij-

dragen van Amerikaanse auteurs te vinden zijn, valt op dat in de meest recente bundels de inbreng van Europese en daarbinnen van Nederlandse auteurs domineert.

Met *Broken spirits* beogen de samenstellers de kennis over de behandeling van de gevolgen van georganiseerd geweld bijeen te brengen, te organiseren en te actualiseren in een compacte vorm die het boek geschikt maakt voor opleiding, onderzoek en hulpverlening. Het is uiteindelijk een omvangrijk boek geworden dat veel aspecten en vormen van hulpverlening aan de orde stelt. Het boek telt 25 bijdragen van 44 auteurs verdeeld over zeven delen. Elk deel wordt voorafgegaan door een introductie, waarin een van de samenstellers, Wilson, op bondige wijze kern van elk van de bijdragen samenvat.

Het eerste deel is, zoals gebruikelijk is in dergelijke bundels, geheel gewijd aan theoretische, conceptuele en socioculturele overwegingen. In een van de bijdragen noemt Derrick Silove de belangrijkste uitdaging behandelmodellen te ontwikkelen die zich niet alleen richten op het trauma in het verleden, maar ook op de mogelijkheden van vluchtelingen met actuele onzekerheden en toekomstige bedreigingen om te gaan. Het huidige politieke beleid genereert volgens hem 'global public health problems.' Voor Modvig en Jaranson is rapportagesystemen en instrumenten te ontwikkelen om te kunnen voorzien in wereldwijde epidemiologische gegevens over marteling. Aroche en Coello gaan verder in op etnoculturele overwegingen in de behandeling van vluchtelingen. Ze waarschuwen ervoor dat "confronting ethno-cultural and related issues does not become an end in itself, but rather a means to promote recovery and healing", waarbij ze aantekeningen dat vluchtelingen in een voortdurend proces van culturele transitie verkeren. McFarlane ten slotte gaat in op de diagnostiek wanneer er sprake is van co-morbiditeit bij een posttraumatische stressstoornis.

De twee bijdragen in deel twee zijn aan *Traumatic injury to culture, the self and personality*. In een uitgebreid hoofdstuk gaat Wilson in op de posttraumatische schade aan het zelf. De titel, *Broken spirits*, is voor hem een metafoor voor de fragmentering van de ziel, zelf en identiteit als gevolg van de traumatische ervaringen. Er is volgens hem verwijzend naar Jung sprake van een trauma archetype, een universele, transpersonele set van ervaringen die in alle culturen voorkomt. De Jong stelt vervolgens dat niet-westerse culturen het zelf anders geconceptualiseerd wordt dan in westerse, hetgeen in een ander perspectief op normale en psychopathologische fenomenen resulteert. Hij wijst verder aan de hand van een reeks voorbeelden op het pervasieve effect van culturele factoren op de huidige stress-modellen in de psychologie en psychiatrie. Rampen vormen, zoals hij in de titel van zijn bijdrage aangeeft, 'a challenge to Western mental health care models, the self and PTSD'.

Deel drie informeert de lezer over richtlijnen voor hulpverleners bij het behandelen van posttraumatische stress. Van der Veer en Van Waning leggen daarbij de nadruk op het scheppen veiligheid voor de patiënt., omdat de traumatische ervaringen, de ontworteling en de bestaansonzekerheid het gevoel van veiligheid bij de meeste vluchtelingen te niet hebben gedaan. Primair is het scheppen van een 'safe sanctuary', waar de cliënt kan zijn wie hij is. Turkovic, Hovens en Gregurek gaan vervolgens in op de vraag hoe de psychologische kracht van vluchtelingen versterkt kan worden. Droždek en Wilson beschrijven op trauma gerichte behandeltechnieken, waarna Wilson ingaat op empathie en tegenoverdracht in de posttraumatische psychotherapie. Lansens en Haans

maken hun ervaringen met klinische supervisie voor traumatherapeuten inzichtelijk. Bot en Wadensjö informeren de lezer over de invloed van tolken als derde partij in de behandeling.

Het vierde deel is geheel gewijd aan therapievormen die doorgaans niet of zelden in beeld komen: de nonverbale en experiëntele therapievormen. De Winter en Droždek beschrijven hun ervaringen met psychomotore therapie in de dagbehandeling aan vluchtelingen in een bijdrage met als passende ondertitel *Healing by action*. Hun ervaring is dat het samenspel van verbale en experiëntele behandelvormen bij getraumatiseerde vluchtelingen zeer vruchtbaar kan zijn. Karcher beschrijft vervolgens 'body psychotherapy' met martelingslachtoffers, waarbij zij gebruik maakt van de concentrative movement therapy (CMT). Creatieve therapie beeldend is het onderwerp van de bijdrage van Wertheim-Cahen, Van Dijk, Schouten, Roozen en Droždek. Behalve dat tekenen, schilderen en andere beeldende technieken het praten gemakkelijker maakt, is het meest belangrijke dat 'art-making', iets maken met een persoonlijke inslag, dat anderen kunnen zien, het zelf-respect van vluchtelingen helpt herstellen. Orth, Doorschodt, Verburgt en Droždek ten slotte doen verslag van ervaringen met muziektherapie in (dag)klinische context.

Gender en ontwikkelingsaspecten staan centraal in het vijfde deel, dat zich richt op de behandeling van specifieke doelgroepen. De behandeling van gezinnen en kinderen is het onderwerp van Walter en Bala. Zij bepleiten sterk een systemische aanpak aangezien deze mogelijkheden schept voor het contextualiseren van problemen en voor het exploreren van de interactie tussen de binnen en buitenwereld enerzijds en betekenisystemen anderzijds. Adam en Van Essen gaan in op een groep die 'in-between' is en te maken krijgt met ontwikkelingstaken in een vreemde, bedreigende wereld, de adolescente vluchtelingen. Kastryp en Arcel beschrijven ten slotte vormen van gender-specifieke behandeling.

Deel zes gaat in op medische, chirurgische en klinische aspecten van de behandeling van vluchtelingen en martelingslachtoffers. Psychofarmacologie is het onderwerp van de bijdrage van Kinzie en Friedman. Juhler stipt in een korte bijdrage de chirurgische behandeling van martelingslachtoffers aan. Ekblad en Jaranson gaat ten slotte in op de psychosociale rehabilitatie van vluchtelingen.

Het laatste deel is geheel gewijd aan de juridische, morele en politieke aspecten van de behandeling. Terwijl Herlihy, Ferstman en Turner de juridische aspecten van het werken met asielzoekers uit de doeken doen, gaan Steel, Mares, Newman, Blick and Dudley in op de professionele rol van de therapeut als gaat om belangenbehartiging. Hun ervaringen in Australië met dit aspect van het werken met vluchtelingen is hierbij uitgangspunt. Ze zijn duidelijk in hun stellingname: "Our role as health care professionals exposes us to the harsh and brutal contest being played out between powerful first world countries seeking to protect their borders and individuals seeking protection from persecution at any cost. We encounter firsthand the resulting shattered lives and broken spirits. In this contest our ethics require us to prevent what harm we can and to document what we cannot prevent" (685).

Alhoewel er omissies te noemen en integratie bij bundels als deze altijd een punt van zorg is, toch *Broken spirits* een plaats in de boekenkast van traumahulpverleners.