

## Boekbesprekingen

Hans Baer, Merrill Singer & Ida Susser, *Medical anthropology and the world system. Second edition*. Westport/London: Praeger, 2003. 429 pp. £ 25.80. (paperback) ISBN 089789846X.

Dit boek is bestemd voor studenten en anderen die geïnteresseerd zijn in de 'kritische medische antropologie'. Wat is dan kritische medische antropologie? Immers, alle wetenschap dient kritisch te zijn, dus ook de medische antropologie. Waarom dan speciaal 'kritische' als toevoeging?

Kritische medische antropologie (hierna KMA) gaat er net als antropologie vanuit dat alle wetenschap deel uitmaakt van de cultuur, maar verwerpt tot op zekere hoogte het filosofisch relativisme dat aan de discipline ten grondslag ligt. KMA neemt stelling tegen onrechtvaardig lijden en sociale ellende in de wereld. Kritische antropologen wenden de discipline aan als 'activisten' en willen in het openbaar stelling nemen tegen opvattingen, gedragingen en sociale structuren die structureel geweld en lijden in de hand werken.

De auteurs, althans twee van de drie (Singer en Baer), zien zichzelf als grondleggers van de huidige KMA in de Verenigde Staten. Ze bouwen voort op een antropologie die gezondheid en ziekte benadert met een neo-marxistisch perspectief. Tegelijkertijd worden ook andere benaderingen niet geschuwd: medische ecologie, etnomedische benaderingen, cultureel constructivisme, post-structuralisme en postmodernisme zijn in dit boek opgenomen. Voor studenten en anderen die zich in het onderwerp willen verdiepen, biedt het boek een goed overzicht wat er zoal op de markt van de KMA te koop is.

Het boek begint met een bespreking van de centrale concepten en de ontwikkelingen binnen de medische antropologie. Gezondheid wordt volgens het KMA-perspectief omschreven als toegang tot en controle over de basale materiële en niet-materiële bronnen die het leven op een hoog niveau van tevredenheid houden en bevorderen. Gezondheid is volgens de auteurs een rekbaar begrip en dient te worden geplaatst in een bredere sociaal-culturele context. Ervaring van lijden is een volgend belangrijk begrip. In navolging van Scheper-Hughes en Lock (1990) zien de auteurs het lijden als een sociaal product dat in en door het lichaam wordt uitgedrukt. In een boek dat vanuit een neo-marxistisch perspectief is geschreven, horen natuurlijk ook concepten thuis als biogeneeskunde als deel van het kapitalistisch systeem, medicalisering en hegemonie. Hierbij hoort een concept dat antropologen hebben geïntroduceerd, maar in medisch-antropologische kringen te weinig wordt gebruikt: 'syndemics'. Dit concept verwijst naar twee of meer epidemieën die met elkaar interacteren en daardoor bijdragen aan de verzwarende van de ziektelast in een hele bevolking. Een veel gegeven voorbeeld is de combinatie van HIV/AIDS, TBC en honger. Op dit punt pleiten de auteurs voor grondig onderzoek naar de ongezonde sociale condities die

leiden tot ziekte en lijden. Dit veld wordt volgens hen te weinig bestudeerd in vergelijking met bijvoorbeeld de studie van geneesmiddelengebruik.

Na een kort overzicht van de ontwikkeling van de medische antropologie in de Verenigde Staten en in andere delen van de wereld (lees: Angelsaksische delen!), bespreken de auteurs theoretische perspectieven. Medische ecologie neemt daarbij een belangrijke plaats in. Het argument is dat evenals KMA deze medische stroming in essentie politiek is. Deze stroming introduceerden Baer en Singel al in 1982 en beschreven zij later uitgebreid in *Critical Medical Anthropology* (1995). In dit boek, acht jaar later, vindt de lezer veel bekends terug. Een van deze zaken is het schema, waarin de auteurs laten zien hoe de verschillende niveaus van gezondheidssystemen samenhangen en hoe die systemen zijn opgebouwd uit verschillende lagen die op hun beurt weer verdeeld worden in 'traditionele' en 'biomedische' systemen. Het doel van het schema is te tonen hoe een kapitalistisch biomedisch systeem een wereldsysteem is geworden met consequenties op alle niveaus. Het uitgangspunt van KMA is het biomedisch systeem als representant van het kapitalistisch wereldsysteem. Centraal staan daarbij het concept macht en vragen zoals wie heeft macht over de biogeneeskunde, hoe wordt die macht verdeeld en over wie. De auteurs werken alle niveaus uit met voorbeelden en uiteindelijk gaat het hun om de sociale oorsprong van lijden en ziekte.

Wat nieuw is in vergelijking met de publicatie van 1995 is dat er meer plaats is ingeruimd voor de historische dimensie en context van het hedendaags menselijk lijden. Zo toont een hoofdstuk dat hoe samenlevingen van jagers en verzamelaars langzamerhand zijn opgenomen in het mondiale kapitalistisch systeem. De auteurs laten zien dat er in deze samenlevingen misschien wel weinig ouderen werden aangetroffen, maar dat de komst van dat systeem geleid heeft tot de verschuiving van de aandacht van het menselijk bestaan naar de kwantiteit ervan. De auteurs gaan vervolgens in op de veranderingen in andersoortige samenlevingen: landbouwers, stedelijke samenlevingen. Ze bespreken een aantal problemen vanuit ecologisch perspectief. Een ervan is het huidige verkeer: slecht voor onze gezondheid. Dat zal de lezer waarschijnlijk niet verbazen. Overigens rekenen de auteurs tegelijk af met het romantisch idee dat het met de gezondheid van mensen vóór de ontwikkeling van het mondiaal kapitalistisch systeem beter was gesteld. Ze laten bijvoorbeeld zien hoe malaria eigenlijk steeds een bedreiging vormde.

Zo komen in het boek allerlei onderwerpen aan de orde die heden ten dage belangrijke issues zijn: dakloosheid, alcoholisme, roken, zelfmedicatie, AIDS en reproductieve gezondheid. De auteurs hebben niet voor niets deze onderwerpen gekozen; zij staan immers hoog op de agenda van internationale gezondheidsorganisaties als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Het verschil in benadering is echter dat zij in *Medical anthropology and the world system* deze gezondheidsproblemen steeds relateren aan globalisering en kapitalisme. Daarin stellen internationale gezondheidsorganisaties zich terughoudender op, ook al erkent bijvoorbeeld de WHO dat armoede een van de belangrijkste oorzaken is van menselijk lijden. Het zal misschien de lezer al duidelijk zijn, dat de auteurs af willen van de hardnekkige idee dat zulke problemen individuele problemen zijn en dat ze afstand nemen van 'victim blaming'.

In het derde deel van het boek worden medische systemen in hun sociale context geplaatst. Hier gaat het erom te laten zien hoe zich in de context van medisch pluralisme een biomedische hegemonie heeft ontwikkeld. Het gaat daarbij niet om een 'brute' hegemonie en overheersing, maar om allianties tussen inheemse en biomedische genezers, wat de auteurs de therapeutische alliantie noemen. Ze vatten deze alliantie op als een nieuwe vorm van kolonialisme. Medisch antropologen kunnen deel uitmaken van die alliantie als ze samenwerken met biomedische professionals, vooral psychiaters, om het individuele lijden te verlichten. Dan dragen ze bij aan de handhaving van de status quo. Ziekenhuizen zijn volgens de auteurs de loci van de biogeneeskunde, die tracht het schaarse goed – de gezondheid van mensen en de zorg van verschillende geneeskundige systemen – te controleren en reguleren.

Het vierde en laatste deel – naar een rechtvaardig en gezond mondiaal systeem – bespreekt gezondheid als een mensenrecht. De auteurs komen terug op een door hen eerder gebruikt begrip 'non-reformist reform', wat zoveel wil zeggen als inspanningen die moeten leiden tot permanente sociale veranderingen. Ze bespreken tevens ethische kwesties in medisch-antropologisch onderzoek, toegepaste medische antropologie, 'advocacy' en andere vormen die moeten bijdragen aan een rechtvaardigere gezondheidszorg en verdeling van die zorg over de wereld. Hier is de focus op mensenrechten. Het boek eindigt dan ook met de woorden dat medisch antropologen zich moet committeren aan de uitbanning van onrechtvaardigheden, niet alleen op lokaal niveau, maar ook internationaal.

Ik denk dat het boek heel geschikt is voor studenten. Zij leren al lezend gezondheid en gezondheidsproblemen in een breder perspectief te zien dan het lokale en individuele. Zij leren dat gezondheid niet een verantwoordelijkheid is van de enkeling, maar van ons allemaal en dat antropologen dat op indringende en overtuigende wijze kunnen laten zien. Mijn ervaring is, dat zij zoeken naar een manier om een rechtvaardigere gezondheid vorm te geven. Dat ze daarbij moeten worstelen met hun eigen vooringenomenheden, theoretische veronderstellingen en vanzelfsprekendheden, spreekt vanzelf.

Niettemin hoor ik in gedachten een ondergrondse klacht van antropologen die er iets op tegen hebben het perspectief van de auteurs te hanteren. De argumenten zijn bekend: het is allemaal te groot, te theoretisch, het is nagenoeg onmogelijk macroniveau met de microkosmos van individuen te verbinden; het is geen antropologie, maar politieke en economische analyse en ook: de aandacht voor het symbolische, de betekenisgeving lijkt te zijn verdwenen. Dit zijn oude argumenten die steeds weer opduiken en elke keer weer worden weerlegd. Deze auteurs en andere wetenschappers, zoals Bourdieu, hebben concepten geïntroduceerd als symbolisch geweld. Scheper-Hughes heeft met etnografisch werk laten zien hoe lokale betekenisgeving zich verhoudt tot medische betekenisgeving en zich daartegen te weer stelt.

Ik heb zelf ook wel een bedenking bij dit nieuwe boek dat zoveel op het andere uit 1995 lijkt. Die bedenking betreft niet de teloorgang van het 'echte' antropologische werk ten gunste van macroanalyses en een grote aandacht voor mondiale politiek-economische systemen. Het betreft eerder de ontwikkeling en stabilisering van een manier van denken en spreken – vanuit een neo-marxistisch perspectief – die 'gewoon' lijkt te

worden, niet alleen onder kritische wetenschappers, maar tevens onder politici, en ja zelfs onder gezondheidswerkers. Mensenrechten is nu een nieuw aandachtspunt. Niet dat ik dat niet toejuich, deze bewustwording van mondiale ontwikkelingen die de gezondheid van mensen niet ten goede komt, maar ik vraag me af, of dit niet een opnieuw mystificeren is van de oorzaken van menselijke misère. Bovendien moeten we iets met het concept 'mensenrechten'? Waren deze niet geformuleerd in westerse landen? Wat weten we van lokale perspectieven op mensenrechten? Wat is de achterliggende dynamiek ervan? Antropologen kunnen hier een bijdrage leveren, dat staat vast.

Els van Dongen, medisch antropoloog  
Universiteit van Amsterdam

Dinesh Bhugra, *Culture and self-harm. Attempted suicide in South Asians in London*. Hove & New York: Psychology Press, 2004. 295 pp. £ 24.95 (hard back). ISBN 1841695211.

*Culture and self-harm* belicht vanuit een cultuursensitief perspectief suïcidaal gedrag van Zuid-Aziatische migranten in Groot-Brittannië. Data met betrekking tot suïcide en sociaal-culturele factoren worden vergeleken met gegevens uit Zuid-Aziatische landen en geplaatst in een historische en religieuze context. Aan het eind beschrijft Bhugra preventieve strategieën.

Om suïcidaal gedrag te kunnen begrijpen en te onderzoeken is het van belang te onderkennen dat individueel suïcidaal gedrag stevig ingebed is in een culturele context. Suïcide, afgeleid van het Latijnse *suicidium*, betekent het doden van het zelf. Definities van het zelf verschillen echter per cultuur. Bhugra beschouwt suïcide eerder als gedrag met verschillende niveaus dan als een psychische ziekte. De behandeling ervan is volgens hem complex. Veel factoren spelen mee in suïcidaal gedrag: psychiatrische stoornissen, genderverschillen en andere sociale en culturele factoren. Sekse, leeftijd, sociaal-economische status in combinatie met factoren als *race* en etniciteit zijn van invloed op de opvattingen over suïcide en zelfbeschadigend gedrag. Durkheim maakte onderscheid tussen 'gezonde' (oftewel weloverwogen) en 'ongezonde' suïcide (door ziekte beïnvloed). Aan dit onderscheid is lang vastgehouden. Sinds kort worden ook factoren als religie, kasteverschillen, culturele conflicten, vervreemding in de analyse betrokken.

Bij suïcide dienen ontlokkende factoren zoals werkloosheid, alcoholisme of huiselijke geweld onderscheiden te worden van beschermende factoren zoals familiale steunsystemen of laagdrempelige toegang tot hulporganisaties. Het verschijnsel moet verder bezien worden tegen de achtergrond van migratieprocessen en de complexe wisselwerking tussen het gastland en de migrant. Wat mensen tot zelfmoord brengt, kan volgens Bhugra ook te maken hebben met het 'psychosociale karakter' van een cultuur. Psychologische en culturele attitudes dragen bij tot bepaald gedrag en morele waarden van een bepaalde cultuur en beïnvloeden individuen. Culturen die hun samenleving vormgeven met behulp van gewelddadige methoden, zullen gewelddadig suïci-

daal gedrag en moorddadig gedrag aanmoedigen. Inzicht in het samenspel van deze factoren kan behulpzaam zijn bij het ontwikkelen van preventieve strategieën.

In hoofdstuk 2 laat Bhugra de verschillende perspectieven op het concept 'zelf' de revue passeren. Hij behandelt de belangrijkste godsdiensten in Zuid-Azië, zoals het hindoeïsme, boeddhisme, islam, sikhisme en jaïnisme. Het zelf in het hindoeïsme wordt bijvoorbeeld niet als 'individual', maar als 'dividual' omschreven en een dergelijke definiëring heeft zijn weerslag op de beoordeling van suïcide. Binnen sommige religies wordt suïcide, mits niet als emotionele daad voltrokken, soms als een spirituele daad gezien, welke kan leiden tot een hoger spiritueel niveau. In de hindoeïstische Veda's is het perspectief op suïcide ambivalent. Er wordt gesproken van toelaatbare uitzonderingen, zoals in het geval van *sati* (weduwenverbranding) of ongeneeslijke ziekte of suïcide door asceten. Suïcide of bewust zelfbeschadigend gedrag (welke soms moeilijk uit elkaar te halen zijn) kan in sociocentrische culturen, waarin het concept van het zelf verbonden is met dat van verwanten en familie, een belangrijke boodschap zijn voor sommigen in dat systeem.

In de volgende hoofdstukken komen sociale en persoonlijke factoren bij suïcidaal gedrag bij adolescenten en bij vrouwen aan de orde. De verschillen in opvattingen over een groot aantal zaken (zoals het huwelijk, het nemen van beslissingen, relaties, werk of eetgewoonten) tussen de meer traditioneel-Aziatische ouders en hun in Engeland geboren kinderen zijn de bron van conflicten. *Sati* en *jauhar* (suïcide ter voorkoming van doding of verkrachting door de vijand) worden beschreven. Vervolgens bespreekt Bhugra onderzoeken in India, in de Indiase diaspora en ten slotte in West-Londen. De onderzoekers hebben 'culturele identiteit' steeds als een van de aandachtspunten meegenomen en hebben in het onderzoek naast andere instrumenten gebruik gemaakt van een zelfontworpen schaal, de Asian Cultural Identity Schedule (ACIS).

Kort samengevat is één van de belangrijke conclusies van *Culture and self-harm* dat, hoewel de prevalentie van suïcidepogingen onder Aziatische adolescenten niet verschilt met die van hun westerse evenbeelden, er bij jonge Aziatische vrouwen sprake is van een dramatische toename van weloverwogen pogingen na het bereiken van de leeftijd van achttien, negentien jaar. Op die leeftijd staan jonge vrouwen op het punt staan het huis te verlaten en de periode daarna lijkt voor hen uitermate stressvol: het huwelijk, de schoonfamilie, het verlaten van het ouderlijk huis. Achterliggende thema's voor de suïcides van de Aziatische vrouwen zijn: isolement (als gevolg van de migratie), problemen met de schoonfamilie (controle en afscherming), huwelijksproblemen (geweld) en problemen over de bruidsschat.

Bij het opzetten van suïcide-preventieprogramma's in Australië heeft Dusevic de belangrijke rol van sleutelfiguren, zoals bijvoorbeeld huisartsen, benadrukt. Het is belangrijk dat zij beseft hebben van de problemen die zich afspelen tijdens migratie- en acculturatieprocessen. Ook gesprekken met focusgroepen geven aan dat steun een belangrijk middel is in de preventie van suïcide door Zuid-Aziatische vrouwen. Onderdeel van het ontwikkelde preventieprogramma is een pamflet dat vrouwen en hun familie attendeert op depressieve verschijnselen en suïcide en op de mogelijkheden om hulp te zoeken.

*Culture and self-harm* is een interessant boek, zeker voor hulpverleners. Het maakt eens te meer duidelijk hoeveel meer men ziet, als men durft te kijken vanuit een cultuurgevoelig perspectief. De beschreven verschillende concepten met betrekking tot het zelf vanuit de verschillende religieuze belevingen verdienen zeker meer aandacht in onderzoek

Ria Borra, psychotherapeut  
Riagg Rijnmond, Rotterdam

Ria Borra, *Diagnostisch interview Turkse vrouwen. Op weg naar een cultuurgevoeliger diagnostiek*. Delft: Eburon, 2005. 95 pp. € 17,50. ISBN 9059720849.

Ria Borra, werkzaam als systeem- en psychotherapeut in de GGZ, ontwikkelde aan de hand van praktijkervaringen en onderzoek een diagnostisch interview ten behoeve van de hulpverlening aan Turkse vrouwen. Het instrument beoogt een cultuurgevoeliger diagnostiek te bewerkstelligen in het geval van één specifieke groep: depressieve Turkse vrouwen van de eerste generatie afkomstig uit Anatolië, een regio in Midden-Oost-Turkije. Ondanks deze inperkingen betreft het een omvangrijke groep. Een groot deel van de Turkse migranten is immers uit deze streek afkomstig.

De auteur merkt op dat deze groep Turkse vrouwen hun psychische nood doorgaans in eerste instantie in de vorm van lichamelijke klachten uiten en dat daarachter vaak een depressieve stoornis verborgen zit die over het hoofd gezien kan worden. Veelal wordt in hun geval gesproken van somatiseren. Het diagnosticeren van een depressieve stoornis bij deze groep, zo blijkt uit Borra's onderzoek, is niet alleen een probleem voor Nederlandse psychiaters, maar ook voor hun Turkse collega's in Turkije. Het ontwikkelde interview omvat een reeks vragen in het Turks met Nederlandse vertaling die de hulpverlener kan helpen beter zicht te krijgen op de psychische problematiek. Het interview bestaat uit vier delen: persoonlijke gegevens, inventarisatie van klachten, familieanamnese en checklist om tot een classificatie volgens het Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV) te kunnen komen. Dit interview omvat een groot deel van de publicatie. Daarnaast wordt de lezer geïnformeerd over de Turkse grootfamilie, over cultuurgevoelig diagnosticeren en over het onderzoek dat mede aan het interview ten grondslag ligt en wordt hij voorzien van enkele diagnostische adviezen. Borra benadrukt daarbij nadrukkelijk het belang van een antropologische visie en concepten, met name *idiom of distress* en verklaringsmodel.

Het interview volgt de criteria voor een depressieve stoornis volgens DSM-IV op de voet. Borra voegt aan de negen kenmerken vijf aanvullende toe, zoals gewelds-ervaringen, verlieservaringen en lichamelijke klachten. Aan de hand van vragen die aansluiten bij de belevingswereld van de Turkse vrouwen en door het gebruik van Turkse concepten, zoals *moral*, *bunalým* en *sýkýnty*, probeert zij zicht te krijgen op de aanwezigheid van symptomen die depressie kenmerken. Daarbij stelt zij het ziektebeeld depressie zelf niet ter discussie. Het cultuurgevoeliger maken van de therapeut betreft het sonderen van klachten van deze vrouwen en het detecteren van symptomen

van depressie die op cultuurgebonden wijze beleefd en gepresenteerd worden. Alhoewel er geen sprake is van fundamentele kritiek op het classificatiesysteem van de DSM-IV, geeft Borra wel aan dat symptomen niet los van hun context vastgesteld kunnen worden en dat inzicht in de leefwereld van deze patiënten onontbeerlijk is om tot een diagnose te komen. Ze pleit tevens voor de introductie van een gecombineerde depressieve angststoornis in het classificatiesysteem.

De publicatie voorziet zeker in een behoefte, met name van hulpverleners die te maken krijgen met deze groep Turkse vrouwen, en is daarom zeker aan te raden. Toch zijn enkele kritische opmerkingen op zijn plaats. Cultuurgevoeliger maken van de diagnostiek is meer dan het 'vertalen' van symptomen in Turkse begrippen en concepten. Een één-op-één-vertaling is zelden mogelijk. Het Turkse begrip *sykynty*, dat verwijst naar een gevoel uitgerst, gemangeld te zijn, kan een equivalent zijn voor een depressieve stemming, maar ook naar andere zaken verwijzen, zoals angstklachten. Borra gaat in deze publicatie niet in op de vraag op grond waarvan dit vast te stellen is, met het risico dat dit begrip als synoniem voor een depressieve stemming gaat fungeren. Een tweede opmerking betreft haar beschrijving van de Turkse grootfamilie. Ze beschrijft uitgebreid de dynamiek van dit familiesysteem in Anatolië. Daarbij geeft ze terloops wel aan dat daarin door de migratie veranderingen optreden, maar werkt dit nauwelijks uit. De antropologe Lisbeth Sachs heeft bijvoorbeeld uitgebreid beschreven hoe de migratie bij Anatolisch-Turkse vrouwen in Zweden van invloed is op ziektebeleving en presentatie van klachten. Verder wordt niet ingegaan op de dynamiek tussen therapeut en de Turkse patiënte in de spreekkamer en het contact met de therapeut vooraf te gaan. De presentatie ervan lijkt los te staan van de interactie tussen beiden. Ten slotte, en meest wezenlijke punt van kritiek, voor Borra is cultuur uiteindelijk vooral een factor die de verschijningsvorm van stoornissen bepaalt: cultuur als te decoderen omhulsel van universele stoornissen. Antropologen, zoals Arthur Kleiman, hebben al eerder aangegeven dat de invloed van cultuur verder gaat. Ondanks deze kritische kanttekeningen ben ik van mening dat Borra's werk op het terrein van de diagnostiek bij specifieke etnische groepen – grondig, praktijkgericht en met open oog het antropologisch perspectief – zeker navolging verdient, maar ook gebaat is bij een grotere betrokkenheid van medisch antropologen.

Rob van Dijk, medisch antropoloog  
Bavo RNO Groep, Rotterdam

Randy P. Conner with David Hatfield Sparks, *Queering Creole spiritual traditions. Lesbian, gay, bisexual, and transgender participation in African-inspired traditions in the Americas*. New York: Harrington Park Press, 2004. 390 pp. \$ 29.95.  
ISBN 1560233516.

Homoseksualiteit en religie zijn op heel verschillende manieren sterk met elkaar verstrengeld. In de eerste plaats veroordelen sommige religies homoseksuele relaties scherp, zoals jodendom, christendom en islam in de regel doen en lang hebben gedaan. Andere religies hebben (homo)seksueel plezier een meer positieve rol toebedacht.



Sommige historici van het Oude Griekenland waren verbaasd over de mate waarin de goden in homoseksuele relaties waren betrokken, zoals de oude Grieken zelf. In sommige religies nemen mannen en in mindere mate vrouwen die we tegenwoordig homoseksueel of transgender zouden noemen, een belangrijke plaats in, zowel in die geloven die positief als die negatief staan ten opzichte van homoseksualiteit. Een bekend voorbeeld is de rooms-katholieke kerk die is vergeven van homoseksuele priesters zoals onder andere bleek bij het pedofilie-schandaal in de Verenigde Staten. Ook transgenders (personen die in verschillende mate de kenmerken van de andere sekse hebben opgepikt, dus mannelijke vrouwen en vrouwelijke mannen) nemen een prominente plaats in veel godsdiensten in. De Afrikaanse tradities die in dit boek aan de orde komen, zijn veel priesters transgender, homoseksueel of hoe ze het in de diverse talen ook mogen noemen.

Die Afrikaanse ofwel creoolse religieuze tradities zoals voodoo en candomblé vormen in de Amerikaanse omgeving een mengsel van verschillende West-Afrikaanse culturen en zijn bovendien sterk beïnvloed door culturele elementen van Indiaanse en Europese origine. In die Europese achtergrond zitten weer verschillende aspecten van katholicisme en spiritisme, zoals kardecisme. De auteurs nemen aan dat de Afrikaanse tradities oorspronkelijk meer homovriendelijk waren dan ze nu zijn door de toevoeging van Europese afkeer van homoseks in het syncretische mengsel. Door de opkomst van de LGBT-beweging (lesbian-gay-bisexual-transgender, een lijst afkortingen die steeds langer wordt) is een meer positieve waardering ontstaan voor het homoseksuele en transgender element vooral in de Verenigde Staten. Beide schrijvers komen voort uit deze spirituele homowereld. Ze bespreken ook de situatie die op verschillende plekken meer homovriendelijk was gebleven zoals in Cuba, Haïti en Brazilië. Vooral het ondergrondse voortbestaan van deze traditie in Cuba waar ze aan scherpe vervolging bloot stond onder Castro, verraste me. In Haïti hebben de *masisi* een eigen subcultuur van nichten met een interesse voor voodoo. Het homoseksuele element zit niet alleen in priesters en gelovigen die homoseksueel zijn. Ook wanneer de geesten de gelovigen 'berijden', komen allerlei variaties van sekse en seksualiteit voor. Mannelijke geesten nemen bezit van mannen die soms vrouw worden enzovoorts. Over de candomblé merkt een respondent op dat de homoseksuele priesters dit berijden soms heel letterlijk nemen, wanneer ze nieuwe priesters opleiden en met hen seks hebben. Terwijl in de Verenigde Staten een verbinding wordt gelegd tussen homowereld en Afrikaanse religie, bewaren homoseksuele aanhangers van candomblé en voodoo elders juist afstand tot de homowereld.

Het boek is een gezellig en prettig leesbaar allegaartje. Het onderzoek is niet systematisch, maar eclectisch opgezet. De auteurs hebben bijeengebracht wat ze soms toevallig vonden: van priesters die ze interviewden tot romans, documentaires en studies die ze op hun zoektocht tegenkwamen. Een groot deel van het boek bestaat uit korte biografieën van belangrijke actoren. Daarin zijn ook opgenomen kunstenaars als Reinaldo Arenas en José Lezama Lima die alleen tamelijk indirect met deze tradities te verbinden zijn. Het levert een breed, maar tamelijk willekeurig overzicht op. Helaas blijven inzichten in de historische ontwikkeling van de Afrikaans-homoseksuele tradities of systematische verklaringen voor de prominente plaats die homoseksualiteit en



transgenderisme daarin zouden hebben achterwege. Er zijn verschillende boeken en documentaires geweest die een bepaalde lokale traditie wat rigoureuzer onder de loep namen. Dit eerste verkennende overzicht verdient een vervolg dat het onderzoek van homoseksualiteit in Afro-Amerikaanse religies strakker en steviger aanpakt.

Gert Hekma  
Universiteit van Amsterdam

David Craig, *Familiar medicine. Everyday health knowledge and practice in today's Vietnam*. Honolulu: University of Hawaii Press, 2003. 288 pp. £ 42.95. ISBN 0824824741.

Het overkomt me niet dikwijls dat na lezing van een boek ik de tekst op de achterflap van harte kan onderschrijven. Het is volgens David Marr is de beste etnografie over Vietnam sinds jaren. "Craig toont het belang van lichaamstaal onder Vietnamezen, de voortdurende uitwisseling van informatie over gezondheid, het pluralisme van de medische kennis en praktijken van het volk, terwijl hij gelijktijdig het mondiale probleem van misbruik van antibiotica bespreekt" (mijn vertaling).

David Craig heeft zeven jaar aan zijn onderzoek gewerkt. Hij sprak met allerlei mensen in de bus, in hun huizen, in gezondheidscentra, in cafés, op markten, in ziekenhuizen en vooral in de apotheken. Natuurlijk had hij ook meer formele gesprekken met diverse categorieën in de Vietnamese samenleving, zowel in de stad als op het platteland. Zoals Craig het beschrijft, lijkt het haast te veel voor één persoon. Hij maakte dan ook gebruik van de diensten van vrienden en assistenten. Dat brengt ook wel weer werk met zich mee trouwens.

Het boek opent met een conversatie tussen een meisje en een apothekeres. Het meisje vraagt om antibiotica en als de apothekeres vraagt waar het voor is, antwoordt ze: "om in het oor van de baby te doen". De baby krijgt het poeder van de capsule in het oor geblazen. Met deze ontmoeting zit de lezer meteen in "the heart of what's the matter" (met een knipoog naar Byron Good). Dat zijn de enorme veranderingen die zich hebben voorgedaan in Vietnam in de laatste twintig jaar, terwijl het oude vertrouwde ook een rol is blijven spelen. Destijds was het een enorme klus om geneesmiddelen te krijgen. Er waren beperkingen van overheidswege en enorme armoede. Dat leidde ertoe dat traditionele remedies nieuw leven in werd geblazen. De snelle veranderingen werden teweeg gebracht door deregulering van de medische diensten en geneesmiddelen, een onderdeel van vernieuwing (*doi moi* genoemd). Dat leidde er weer toe dat buitenstaanders, maar ook insiders van mening zijn dat Vietnam wordt doordrongen van allerlei nieuwe en vreemde invloeden. Het mag ons niet verbazen dat Craig als antropoloog hier een meer genuanceerd beeld van wil geven.

Hij beschrijft hoe in het eerste decennium na de deregulering Vietnamese families met enthousiasme allerlei nieuwe handelswaar ontvingen, inclusief geneesmiddelen. De overheid kon de explosieve kleine handel nauwelijks reguleren. Er werden grote hoeveelheden geneesmiddelen ingevoerd en consumenten moesten het zelf maar uit-

zoeken hoe met deze nieuwe middelen om te gaan. Dat liet een 'discourse' over geneesmiddelen ontstaan die zich overal voordeed, een debat tussen autodidacten op dit terrein, wat natuurlijk sterk verschilt van de mondiale taal over 'rational drug use'. Craig noemt het irrationele medicijngebruik een van de grootste zorgen over gezondheid in deze tijd en onderstreept daarmee het belang van goed en diepgaand onderzoek naar wat mensen beweegt om geneesmiddelen te gebruiken zoals ze dat doen. Zijn doel is dan ook om het geneesmiddelengebruik van alledag te beschrijven, de lokale kennis en praktijken en deze dan te relateren aan een systematisch begrip van zowel Oosterse als Westerse geneeskunde. De auteur beschouwt zijn studie als een getuigenis van het aanzienlijke succes van de lokale Vietnamese bevolking om te reguleren wat overheid en mondiale organisaties niet tot stand konden brengen. Het gaat in zijn boek om zelf-regulering, 'governance'. Binnen de overkoepelende thema's van lokale cultuur en globalisering, commercialisering en zelfregulering tekenen zich ook 'kleinere' thema's af: stabiliteit, verandering, culturele 'geografie', hiërarchieën, intimiteit. De studie richt zich op transformatie van lokale kennis en cultuur in de context van globalisering en de effecten van lokale zelfregulering op een consumptiekoorts, zoals Graig dat zelf noemt. Het is een ambitieuze onderneming, want ze bevat geschiedenis, etnografie, medische sociologie, gender, sociale en ruimtelijke theorie.

Merkwaardig genoeg heeft Craig het in zijn stevige inleiding niet over 'body talk', een concept dat volgens de achterflap centraal staat. De lezer moet er dus naar op zoek. In de zeven hoofdstukken van het boek beschrijft de auteur achtereenvolgens de geschiedenis van de verschillende domeinen van medische praktijken in Vietnam, de medische opvattingen en praktijken op het niveau van alledag, vooral gericht op het huishouden en ziekte, de vormen en overleving van traditionele huishoudremedies en de praktijken rond antibiotica tegen een achtergrond van vertrouwde opvattingen en mondiale markten voor geneesmiddelen. Vervolgens gaat hij in op sleutelementen en hybride vormen van kennis en praktijken in huishoudens. Hij beschrijft de patronen van medische keuzevorming in de context van markten, instituties en economie, evenals de indicaties die mensen stellen, de diagnoses gebaseerd op populaire kennis. Tot slot volgt een beschouwing over de mondiale en lokale aspecten van de farmaceutische regulering in Vietnam.

Zijn onderzoek heeft plaatsgevonden in de delta van de Rode rivier, naar Craigs zeggen het dichtstbevolkte rurale gebied ter wereld. Hij heeft zijn boek geïllustreerd met foto's die een aardig beeld geven van geneesmiddelen in het dagelijks leven. Hij beschrijft een oude man die aan een apotheker vraagt wat het beste medicijn voor een baby is die al een tijdje diarree heeft. Er ontspint zich een hele onderhandeling, waarin de mening van familie, burens, apotheker en nog anderen een belangrijke rol blijkt te spelen. Zo'n voorbeeld maakt duidelijk dat mensen heel wat kennis lijken te bezitten van geneesmiddelen en ook weten wat ze slikken. Het geneesmiddel heeft de moeder al voor de baby gekocht en het hielp niet. Dus dan iets anders. De apotheker raadt een ander geneesmiddel aan en de man koopt er twee pillen van, want zo'n klein kind moet niet te veel westers medicijn slikken. Dit is een voorbeeld dat onderzoekers die op het terrein van de geneesmiddelen bekend zal voorkomen. Craig analyseert het voorval en ziet verschillende elementen in zo'n verkoop over de toonbank: de opvatting dat ziekte

een gevolg van het weer kan zijn, de apothekers die de diagnose stellen, de kleine dosis van onjuiste geneesmiddelen, de verandering van geneesmiddelen na een mislukte poging met een ander middel, de familie van de echtgenoot die de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van een van de leden op zich neemt, het Westers geneesmiddel als fetisj, de Oosterse bezorgdheid ten aanzien van Westerse geneesmiddelen (die volgens mij helemaal niet beperkt blijft tot het Oosten; de weerstand in veel Westerse landen is de laatste decennia behoorlijk toegenomen), de voorkeur voor bekende pillen van bekende apothekers, de invloed van de media (het komt wel voor dat mensen om een geneesmiddel komen vragen, nadat ze reclame voor dat middel op de televisie hebben gezien), het recht van de burens om kritiek en advies te geven als het om gezondheid van kinderen gaat. Dit is het probleem in een notendop, zou men kunnen zeggen.

Craig heeft voortdurend de delta afgereisd. Op die manier kon hij in allerlei situaties en condities zijn onderwerp bestuderen. Voor een antropoloog is het wellicht belangrijk dit te lezen, zeker met de meer pessimistische toon van auteurs als Ahmed en Shore (*The future of anthropology. Its relevance to the contemporary world*, 1995) over de relevantie van de antropologie in het achterhoofd. Zij stellen dat nu 'het dorp van de antropoloog' uiteen lijkt te vallen het traditionele veldwerk onder vuur komt te staan en wellicht onmogelijk wordt. In Craigs boek valt te lezen hoe men dan wel veldwerk kan doen. Hij doet wat de mensen in de delta doen: zich verplaatsen, reizen, met elkaar informatie uitwisselen over ziekte en gezondheid en natuurlijk geneesmiddelen. De auteur verzamelde honderden recepten, die getuigden van een enorme praktische medische kennis van de mensen in de delta. Zulke recepten worden van ouderen op jongeren doorgegeven, gememoriseerd en gebruikt. Er is door lokale dokters weinig opgeschreven over traditionele geneesmiddelen, maar de kennis leeft onder meer in spreekwoorden voort. Het is in de beschrijving van zulke recepten dat de lezer inzicht krijgt in 'body talk'. Het lichaam, de processen in het lichaam, de verschijning ervan, vertelt wat er aan de hand is en wat er moet worden gedaan. Craig beschrijft het bijzondere van de medische kennis in het zuiden van Vietnam. Terwijl die van het noorden meer gericht is op de traditionele Chinese geneeskunde, is het daar meer een mengvorm van medisch handelen van professionals en huishoudens. Deze vorm is lang de nationale trots geweest. Craig formuleert het verschil krachtig met een Vietnamees gezegde: De zuidelijke geneeskunde bevecht de vijand, de noordelijke neemt je ge af. Duidelijker kan het niet, volgens mij. De zuidelijke geneeskunde is een praktijk van de mensen. Vrouwen spelen een belangrijke rol en de kennis wordt overgedragen via recepten en spreekwoorden.

Het belangrijkste (en ook het mooiste) hoofdstuk van het boek is in mijn ogen hoofdstuk drie, een etnografie van gezondheid en ziekte. Hier vindt de lezer ook uitgebreide informatie over het lichaam en alledaagse medische kennis daarvan. In dit hoofdstuk wordt ook duidelijk wat de schrijver met 'body talk' bedoelt. Body talk is niet direct de taal van het lichaam. Het is meer de praktijken rond, met en voor het lichaam. Advies over voedsel, geneesmiddelen, aan vreemdelingen vertellen hoe groot, dik en gezond je bent, dat is body talk. Heet en koud, dik en dun, vrees voor geneesmiddelen behoort er allemaal toe. De gezondheidspraktijken lijken rond vier lichaamsfuncties te zijn gegroepeerd: spijsvertering, bloedcirculatie, zenuwen en

reproductie. Geen van de lichaamsdelen werkt onafhankelijk van elkaar, uit het een volgt het ander. De notie van gezondheid in de delta omvat ook de kracht die iemand heeft in zijn lichaam, naast de meer bekende elementen van stabiliteit en harmonie. Die kracht omvat de fysieke, mentale, seksuele en sociale kracht. Het ideale lichaam wordt afgebeeld als een mannenlichaam. Het is een ander beeld dat in de westerse geneeskunde wordt weergegeven. In de laatste zijn het de spieren en de botten die in anatomische atlanten worden afgebeeld, in het eerste geval zien we de contouren van een mannenlichaam met daarin de vier lichaamsfuncties. Wat moet je met dit lichaamsbeeld met zachte contouren, volledig in balans met zichzelf als Vietnamese vrouw, vraagt Craig zich af. Misschien, zegt hij, is het een ideaal waar ook vrouwen naar streven. Hoofdstuk drie beschrijft verder allerlei noties over pathologie, besmetting door bacteriën en virussen, reproductie, het weer als oorzaak van ziekte en de wereld van de geesten. Natuurlijk is de Vietnamese volkstheorie over besmetting door bacteriën en virussen het belangrijkste in het boek, omdat het centrale aandachtspunt het gebruik van antibiotica is. Bacteriën en virussen maken het lichaam kwetsbaar en vermoeid. Zij verminderen de kracht ervan en eten het bloed. Ze dringen de longen binnen die vervolgens abnormaal gaan functioneren. Vuil – vliegen, stof, verontreiniging en damp – bevatten de micro-organismen. Besmetting kan met name via het ademhalingsorgaan geschieden. Mensen weten eenvoudigweg dat bepaalde aandoeningen antibiotica behoeven.

Ik zal niet alle hoofdstukken bespreken; deze kan men zelf lezen. Ze lezen prettig genoeg. Waar ik tot slot nog even bij wil blijven stilstaan, is het volgende. Met de steeds groter wordende mogelijkheid om medische informatie en geneesmiddelen via het internet te krijgen zijn mensen met name in het Westen moeizaam bezig hun autonomie te veroveren op het terrein van gezondheid en gezondheidszorg. Natuurlijk zijn hier allerlei wanpraktijken te ontdekken, zelfs levensbedreigende situaties kunnen erdoor ontstaan. Maar toch. Van een grotere afstand gezien zou men kunnen stellen dat dit een poging is, een claim op het recht op zelfbeschikking, op de kennis en kunde van gewone mensen in het alledaagse leven. Daar speelt zich immers het drama van ziekte af. Tegen deze ontwikkeling is veel weerstand vanuit de medische wereld, maar ook van de kant van overheden, verzekeringsinstanties, gezondheidsraden. Er worden zelfs rechtszaken over gevoerd; denk maar aan de gebeurtenissen rond Jomanda en Sylvia Millicam. Ik vraag me dan ook af of we dergelijke ontwikkelingen niet moeten relateren aan wat er bijvoorbeeld in de delta van de Rode rivier gebeurt, waar in het kader van 'rationeel geneesmiddelengebruik' iets op het spel staat, dat raakt aan de diepste culturele en sociale. Hebben ze met elkaar te maken, hoe dan en wat zou dat betekenen? Misschien is dit wat kort door de bocht, maar toch de moeite waard om over na te denken na lezing van het boek. Ik ben hiermee terug bij het begin en het einde van Craigs boek: de ongelijke machtsstrijd tussen mondiale structuren en lokale structuren, de laatste diep ingebed in het dagelijks leven van mensen. Een Vietnamees gedicht (p. 27, mijn vertaling) is hier op zijn plaats:

Het centrum 'duwt' de provincie  
De provincie jaagt het district over de kling

Het district beschuldigt de gemeenschap  
De gemeenschap zet het dorp onder druk  
Het dorp jaagt de mensen op  
De mensen geven de schuld aan de vrouwen.

Els van Dongen, medisch antropoloog  
Universiteit van Amsterdam

Marianne van Elteren-Jansen, **“Een beetje hangerig ...” Alledaags handelen van Nederlandse, Nederlands/Indische en Surinaams Hindoestaanse moeders bij gezondheidsproblemen van hun kinderen**. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2003. Uitgave in eigen beheer (mvelteren@cs.com). 240 pp. € 20,00.

De voorgeschiedenis van *Een beetje hangerig* begon al voor het eigenlijke veldwerk, namelijk in de jeugd van de onderzoekster. Marianne van Elteren-Jansen is kind van een Nederlandse moeder en een Indische vader. Het verschil in handelen tussen haar Nederlandse moeder en Indonesische ooms en tantes viel haar al in haar jeugd op. Deze jeugdervaringen hebben de aanzet gegeven tot onderzoek naar dit onderwerp. Mijn interesse voor een proefschrift met dit onderwerp komt voort uit mijn ervaringen met de verschillen in het alledaags handelen van migrantengezinnen en mijn belangstelling voor de achtergronden hiervan.

De schrijfster probeert in haar proefschrift inzicht te bieden in de culturele kennis die moeders hanteren om hun eigen ‘medische’ optreden vorm te geven. Ze kijkt naar de alledaagse omgang met gezondheidsproblemen voordat men een arts raadpleegt en stelt de vraag hoe gezondheidsproblemen van kinderen worden voorkomen en behandeld. Verder gaat ze na waar moeders hun kennis aan ontleen en hoe de aanwending ervan is ingebed in hun netwerk van sociale relaties. Ze maakt daarbij met name gebruik van de methodiek van Locker, die het begrip hanteringssequentie heeft uitgewerkt, om de overwegingen in het alledaags handelen te kunnen onderzoeken. Om in contact te komen met de moeders koos de onderzoekster voor het consultatiebureau, de instantie die een belangrijke preventieve taak heeft en moeders ondersteunt met veel voorlichting over voeding en veiligheid. Ze betrok zowel Nederlandse, Nederlands-Indische als Surinaams-Hindoestaanse moeders bij haar kwalitatief onderzoek, in totaal tien vrouwen uit elke groep.

In het proefschrift wordt het signaleren, interpreteren, handelen en raadplegen bij ziekteverschijnselen apart beschreven. Daarbij gaat het vooral om verkoudheden, koorts, oorproblemen, slecht slapen, waterpokken en dergelijke. Deze hoofdstukken zijn beschrijvend van aard en boeiend om te lezen. Duidelijk wordt dat er bij vergelijkbare ziekteverschijnselen grote verschillen zijn in het handelen. Vooral bij de Surinaams-Hindoestaanse groep is er sprake van een andere wijze van interpreteren en handelen. Zo maken deze moeders bij de waterpokken vooral gebruik van ghee-boter. Bij andere kinderziektes veroorzaakt door het boze oog geven zij het kind een bad gegeven met ‘reckett blauw’. Zeker als er vermoed wordt dat er boze geesten in het spel

zijn er verschillen in het interpreteren van de symptomen en het handelen. Opvallend is dat Nederlandse moeders een breed scala aan homeopathische middelen gebruiken. Hoewel bekend bij de andere moeders, maken vooral de Hindoestaans-Surinaamse moeders hier absoluut geen gebruik van. Verder zijn de Nederlandse moeders extra alert op kleurstoffen en suikers in verband met de hyperactiviteit.

De uitkomsten van het onderzoek vind ik niet opzienbarend. In het signaleren van ziekteverschijnselen zijn er weinig verschillen tussen de groepen, maar daarentegen wel bij het interpreteren en handelen. Het onderzoek bevestigt mijn ervaring dat er grote variatie bestaat in het alledaags handelen en dat de moeders hun handelen met uiteenlopende redeneringen en overwegingen legitimeren. Het onderzoek maakt duidelijk dat adviezen van zowel professionele hulpverleners als van leken niet altijd opgevolgd worden. De moeders gebruiken verschillende bronnen van kennis om haar handelen te bepalen. Het kennisproces is dynamisch en continu. Het ondersteunend netwerk van de moeder speelt hierin een belangrijke rol. Het is jammer dat Van Elteren-Jansen maar drie groepen vergelijkt. Het zou volgens mij boeiender zijn geweest, als een grotere islamitische groep betrokken was bij het onderzoek. Nu waren onder de Surinaams-Hindoestaanse moeder maar drie moslima's. Meer informatie over de achtergronden van de overgedragen kennis zou eveneens wenselijk zijn geweest. Nu komt dit maar beperkt aan bod. Het proefschrift zal ik doorgeven aan een consultatiebureau verpleegkundige die werkt in een wijk met veel migrantenkinderen. Voor deze groep professionals is het een aardig boek om eens door te nemen. Ik heb het met plezier gelezen. Het heeft mij doen stil staan bij de achtergrond van mijn eigen alledaagse handelen bij ziekteverschijnselen van mijn kinderen.

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

Frode F. Jacobsen, *Theories of sickness and misfortune amongst the Hadandowa Beja: Narratives as points of entry into Beja cultural knowledge*. London: Kegan Paul, 1998. 366 pp. £ 55.00. ISBN 0710305915.

Inspired by cognitive anthropology and psychology, the author attempts to make sense of – and bring order to – cultural knowledge and reasoning concerning illness among the Beja people in Northeastern Sudan. His aim is to de-exoticize Beja thinking by drawing parallels in theorizing about ill health – and life in general – between Beja and ‘Western’ culture. He sums up four lessons from previous research in psychological anthropology, which constitute starting points for his own study:

- 1 Even simple sequences of a simple story require vast cultural knowledge, which is taken for granted in the story itself.
- 2 Since this knowledge is not itself present in the stories, an extensive contextual analysis has to be performed.
- 3 Such knowledge may be analysed as structures in the form of cultural schemas.
- 4 A careful ... sequence analysis has great rewards for narrative research (p. 17).

To what extent has Jacobsen succeeded in following up on these insights? Most interesting are his discussions on ‘metaphorization’ and ‘metonymization’ as cognitive devices to come to grips with illness and misfortune. He relates and opposes these concepts to a theory of ‘essence’. This theory assumes that people tend to conceive things, which resemble each other, as having the same ‘essence’. Psychologists suggest that the concept of essence is cross-culturally central to thought and reasoning.

Jacobsen’s argument is original, fascinating and courageous but also confusing and somewhat tedious. His approach confronts the reader with no less than sixteen themes and 77 propositions in Beja theories of illness, which are analyzed along philosophic and linguistic lines of discursive logic and symbolic association. The reader wonders to what extent the author is engaged in Beja narratives about illness or in his own (a foreign anthropologist’s) philosophical and linguistic ideas. The term ‘narrative’ in the title – and in the book – is indeed misleading; Beja stories about illness episodes constitute only a small part of this publication. Most of it consists of the author’s analytical deconstructions of brief Beja statements on illness causation. In an e-mail message to me, the author explained that he never intended to write an analysis of narratives but only used narratives as points of entry (see the subtitle). It remains somewhat awkward, however, that the readers are not given the chance to get to know the narratives, which played such an important role in the composition of this study.

The author’s plea for contextualization of stories (“a simple story is never a simple story”, p. 16 ff) is not followed through in his own study. Elucidating implicit knowledge should pass through extensive contextualization of statements. Reasoning and explaining are bound to be intertwined with social and political motives, as Evans-Pritchard told us long ago in another Sudan ethnography, on magic and witchcraft beliefs. Simple logic is never simple logic.

In his introductory remarks the author raises an interesting point:

My argument is that one should rather turn the inward-looking questions of the bothered philosopher of science towards the natives...: how do *they* know what they know? How did *they* come to acquire this knowledge? How is this knowledge represented to *them*? How do they employ *their* knowledge in real life situations? (p. 9).

Here again, the reader may wonder if the author has come anywhere near his ambitious objective. Raising these questions, however, is already valuable.

A final point: it strikes this reader that in his use of theoretical concepts and terms, the author overlooks similar exercises in medical anthropology which employ concepts akin to his, for example: cultural reinterpretation, indigenization, concretization, naturalization and creolization. Not giving recognition to these discussions in medical anthropology makes his own work appear more original than it actually is and prevents him from positioning his research more centrally in the work of fellow medical anthropologists.

Jacobsen’s treatise on Beja reasoning is both stimulating / exciting and recalcitrant. It contains original discussions on magic, classification, contagion, cultural schema,



theory of 'essence', metaphor and metonym, but it requires endurance and leniency from the reader.

Sjaak van der Geest, medisch antropoloog  
University of Amsterdam

Joop de Jong (ed.), *Trauma, war, and violence. Public mental health in socio-cultural context*. New York: Springer, 2002. 454 pp. \$75.00. ISBN 0306467097.

*Trauma, War, and violence* is een rijk boek voor degene die in de Derde Wereld met vluchtelingen werkt. Het is de neerslag van de ervaringen met negen programma's die de Transcultural Psychosocial Organisation (TPO) in diverse delen van de wereld uitvoerde. TPO, onder directeurschap van de samensteller van het boek, is een niet-gouvernementele organisatie, die GGZ-programma's steunt in diverse brandhaarden in de wereld. Recentelijk is TPO gefuseerd met Health Net International.

Veel schrijvers van het boek hebben in de internationale literatuur over vluchtelingen hun sporen verdiend: Willem van de Put, Mark van Ommeren, Maurice Eisenbruch, Jaak Le Roy, en natuurlijk Joop de Jong zelf.

Na een enthousiasmerend voorwoord van Ruud Lubbers, destijds nog werkzaam bij de UNHCR, volgt een fraai inleidend hoofdstuk van Joop de Jong, dat bijna een kwart van het boek omvat. Het probleem is omvangrijk: in de negentiger jaren waren er tussen de 11 en 18 miljoen vluchtelingen en tussen de 20 en 25 miljoen *internally displaced persons*. De grootste last van deze mensenstromen dragen de ontwikkelingslanden. Slechts twee van de 127 oorlogen na de Tweede Wereldoorlog vonden plaats in Westerse landen en het is een gegeven dat meeste vluchtelingen terecht komen in buurlanden. De Jong beschrijft vele risicofactoren en beschermende factoren in geval van geestelijke stoornissen bij vluchtelingen. De gevolgen voor de samenleving daarvan worden becijferd aan de hand van Disability Adjusted Life Years, oftewel de onproductieve jaren als gevolg van ziekte. De TPO-programma's zijn gericht op het zoveel mogelijk reduceren van deze onproductieve jaren. Bevolkingsonderzoek onder vluchtelingen toont aan dat de prevalentie van depressieve stoornis en posttraumatische stressstoornis (PTSS) hoog is. Afhankelijk van de populatie varieert dit voor depressie van 12% tot 55% en voor PTSS van 15% tot 37%. Speciale aandacht wordt gevraagd voor kinderen die in hun ontwikkeling ernstig gestoord worden.

De Jong bepleit een geestelijke gezondheidszorg die zich zowel op het nationale niveau richt, als op dat van de gemeenschap, de familie en het individu. Hij pleit voor *public mental health* die sterk preventief gericht is en gebruik maakt van de schaarse middelen voor duidelijk omschreven curatieve doelen. Hij onderstreept nadrukkelijk het belang van culturele sensitiviteit en illustreert dit aan de hand van voorbeelden uit ervaringen met Afrikaanse en Aziatische culturen. Hij noemt tien criteria om prioriteiten in de zorg vast te kunnen stellen: het belang van de epidemiologie, de behoeften van de gemeenschap, de ernst van de stoornissen, de behandelbaarheid, de mogelijkheid om programma's voort te kunnen zetten, de kwaliteit van kennis van de werkers, de politieke acceptatie, de ethische acceptatie, de culturele sensitiviteit van de pro-

gramma's en de kosten-effectiviteit balans. De Jong gaat ten slotte kort in op de inhoud van de programma's, op primaire en secundaire preventie en op de vormen van behandeling. Het hoofdstuk ademt de bezieling van een organisator die veel adviezen heeft om met weinig middelen maximaal effect te bewerkstelligen in de geestelijke gezondheidszorg in crisisgebieden.

De inhoud van programma's komt in de rest van het boek uitgebreid aan de orde. Het gepresenteerde model is toegepast in diverse regio's: Cambodja, Oeganda, Sri Lanka, Nepal, Tibet, Ethiopië, Gaza, Algerije, Congo. Van de Put en Eisenbruch beschrijven de gebeurtenissen in Cambodja en hun psychische gevolgen. Dit zeer toegankelijke hoofdstuk is bij uitstek cultureel sensitief en geeft inzicht in de Cambodjaanse geest met overzichten en casuïstiek. Nancy Baron schrijft over de toestand in Oeganda na de burgeroorlogen. De hoofdstukken die volgen hebben alle min of meer dezelfde structuur: een weergave van de geschiedenis van het land, de gebeurtenissen die geleid hebben tot vluchtelingenstromen, de behoefte aan ondersteuning en geestelijke gezondheidszorg, en ten slotte het programma dat getracht heeft aan deze behoefte tegemoet te komen. Niet alle hoofdstukken zijn even leesbaar. Met name het hoofdstuk over Ethiopië van Aptekar en Giel had wat beter gestructureerd kunnen worden. De meeste hoofdstukken geven echter veel informatie en tonen hoe cultureel sensitieve programma's in het betreffende land zijn toegepast.

*Trauma, war, and violence* is naast een bijbel voor eenieder die uitgezonden wordt, ook een bruikbare informatiebron voor degenen die in het Westen vluchtelingen uit de betreffende landen behandelen. Kennis nemen van de specifieke behandelingen van getraumatiseerden in het land van herkomst, biedt mogelijkheden de behandeling van vluchtelingen in het Westen te verbeteren. Deze vluchtelingen zijn niet geheel vergelijkbaar: enerzijds hebben zij wel te maken met acculturatiestress, maar anderzijds niet met honger en ontbering. Dit boek geeft in ieder geval genoeg handvatten om de geestelijke gezondheidszorg in de landen van herkomst beter op te zetten.

Hans Rohlof, psychiater  
Centrum '45 – De Vonk

Amia Lieblich, Dan P. McAdams & Ruthellen Josselson (eds.), *Healing plots. The narrative basis of psychotherapy*. Washington: American Psychological Association, 2004. 222 pp. £ 36.50. ISBN 1591471001.

De herontdekking van de betekenis van taal en verhaal voor het menselijk denken, handelen en ervaren heeft in de psychologie in de afgelopen jaren tot een versterkte aandacht voor de zogenaamde narratieve benadering in de psychologie en psychotherapie geleid. Ondanks de eveneens groeiende fascinatie voor neurowetenschappelijke perspectieven op het psychische functioneren van mensen en de daarmee verbonden biologische verklaringsmodellen en behandelingsmogelijkheden van zogenaamde psychische stoornissen zoeken de aanhangers van de narratieve benadering hun heil in de narratieve basis van het menselijke leven en blijven ze vasthouden aan de psycho-

therapie als ‘talking cure’ zoals Bertha Pappenheim, de beroemde patiënte Anna O. van Josef Breuer en Sigmund Freud, haar eigen behandeling niet alleen genoemd had, maar in belangrijke opzicht ook samen met haar artsen in het werk gezet had.

*Healing plots* is de derde publicatie in de reeks *The narrative study of lives*. De auteurs delen een gemeenschappelijk uitgangspunt: Ze begrijpen de therapeutische interventie vooral als de co-constructie van genezende verhalen. Volgens hen bestaat psychotherapie vooral uit het ontwikkelen van een narratief dat integratie en een zekere mate van coherentie aan een chaotisch leven verleent. Identiteit wordt in dit verband als narratieve identiteit, als levensverhaal, opgevat en de constructie en reconstructie van dit levensverhaal staat centraal in de psychotherapie. De bijdragen behandelen verschillende perspectieven op en verschillende aspecten van deze identiteitsveranderende psychotherapeutische processen.

John McLeod introduceert in zijn bijdrage de nieuwe term ‘postpsychologische therapie’ om duidelijk te maken dat in de narratieve psychotherapie nieuwe stijl de mensen niet meer geanimeerd worden om zich met hun innerlijke zelf bezig te houden. In plaats daarvan worden ze uitgenodigd om zich bezig te houden met de manieren hoe ze door taal, dialoog en handelen actief met de sociale wereld verbonden zijn.

Nahi Alon en Haim Omer doen een poging om culturele ‘master narratives’ te identificeren die ook een invloed hebben op hoe psychotherapeuten hun cliënten waarnemen en begrijpen. Volgens hen is het vooral het demonische narratief dat tot nu toe een sterke impact op zowel de klinische theorie als de klinische praktijk heeft. Dit narratief is gebaseerd op een dichotomie tussen goed en kwaad en de attributie van iedere vorm van lijden in een menselijk leven tot kwade krachten (van mensen) die vaak in het verborgene liggen. Genezing vergt een identificatie en vervolgens vernietiging van de oorzaak van het lijden door specialisten. Tegenover dit demonische narratief is er ook nog een ander, iets minder invloedrijk cultureel ‘master narrative’ te vinden: het tragische narratief. Het tragische narratief vraagt om aandacht voor de wisselvalligheden in een leven die niet te controleren zijn. Volgens dit narratief hoort het lijden bij het menselijke leven en soms is er behalve ‘mede-lijden’ geen andere remedie voor het lijden beschikbaar. Michael Kramer-Nevo laat in een gevalstudie zien hoe de expliciete aandacht voor het literaire genre van de tragedie de interpretatie van levensverhalen in de psychotherapie zou kunnen verrijken. Suvi Keskinen maakt duidelijk dat in de therapie van vrouwen die geweld van hun partners ervaren hebben, de constructie van een narratieve identiteit vergt waarin de culturele noties van individuele autonomie en van in-relatie-zijn-met-anderen met elkaar in verband gebracht worden.

Dat het vertellen van het verleden soms meer stress dan verlichting zou kunnen betekenen wordt in het bijdrage van Lynn Sorsoli duidelijk. De auteur laat aan hand van haar werk met vrouwen die seksueel misbruikt werden zien, dat het vertellen van dergelijke trauma’s uit het verleden vaak verbonden is met conflicten en sterke emoties. Het luisteren naar dergelijke verhalen in de psychotherapie vergt dus een speciale sensibiteit voor de relatie tussen dat wat verteld wordt en dat wat niet verteld wordt maar tot uitdrukking komt in lichamelijke symptomen, vreemd gedrag en altijd weer opnieuw optredende vormen van onbevredigende sociale interacties.

In hoofdstuk 6 maken we kennis met een patiënte van Ruthellen Josselson die het vertellen van haar levensverhaal aan haar moeder gedelegeerd heeft. Haar moeder legt het verband tussen de verschillende gebeurtenissen in haar leven. Zij vertelt haar wat ze daarbij voelde, wat haar motivatie was en is en wat ze voor de toekomst plant. De psychotherapeut krijgt de voor haar verrassende ervaring van een cliënt die zich als protagonist in het verhaal van een andere auteur presenteert en maakt in verband met de discussie van dit geval nog een keer duidelijk dat het juist niet de taak van de psychotherapeut is om voor de cliënt de rol van de auteur van zijn of haar levensverhaal over te nemen.

Shadd Maruna en Derek Ramsden begrijpen de levensverhalen die de Anonieme Alcoholisten construeren en met elkaar delen als een bepaalde vorm van schaamte management en analyseren de kernelementen van dergelijke 'justificatory narratives' en hun functie met betrekking tot het herstellen van de vertellers van dergelijke verhalen.

Mensen die hulp bij een psychotherapeut zoeken, vertellen meestal over problemen die in verband houden met hun interpersoonlijke relaties. De specifieke problemen in de relaties van de tweede generatie van overlevenden van de Holocaust worden in het hoofdstuk van Hadas Wiseman en Jacques Barber behandeld. Zij analyseren de inter-generatie communicatie over de trauma's van de eerste generatie als een specifieke stijl van "knowing-not-knowing".

Amia Lieblich onderzoekt de rol van therapeuten of van therapie in de persoonlijke verhalen van vrouwen die in een huishouden zonder mannen leven (singles, alleen opvoedende moeders, lesbische moeders, weduwen, vrouwen in lat-relaties et cetera). De spontane verwijzingen naar psychotherapie in de narratieven van deze vrouwen demonstreren volgens haar de betekenis van psychotherapie voor de moderne vrouw. In het algemeen laten deze verhalen zien dat de vrouwen de therapeutische setting vooral gebruiken om hun sociale relaties te begrijpen en te verbeteren.

In het laatste hoofdstuk van de volume laat Jefferson Singer zien welke rol de gemeenschappelijke 'self-defining memories' in het therapeutische werk met echtparen kunnen spelen. Met deze bijdrage wordt een boek afgerond dat intrigerende inzichten biedt in de centrale rol van het reconstrueren en co-construeren van verhalen in het psychotherapeutische proces.

Ulrike Popp-Baier  
Universiteit van Amsterdam

Grieteke Pool, Frederike Heuvel, Adelita Ranchor & Robbert Sanderman (red.),  
***Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen.***  
Assen: Van Gorcum, 2004. 650 p. € 75,00. ISBN 9023238443.

Nicole is nu 27 jaar, getrouwd en zorgt voor het huishouden opgesloten in een wereld van onbegrip. Ze woont op het erf van haar schoonouders, heeft de school niet afge maakt en heeft altijd pijn. De zorg voor haar kind levert grote problemen op. Toen het net geboren was, kon ze het niet uit het ledikant tillen. Nu de jongen wat groter is, doet het zeer als hij op schoot klimt. Ze is een blauwe maandag lid geweest van een jonge-

rengroep, maar het stigma reuma was ondraaglijk. Na twee keer hield ze het voor gezien. Haar grootste verdriet schuilt in de schaamte die haar weerhoudt om er met iemand over te praten.

De onlangs overleden professor Van Dantzig heeft zich jarenlang met succes ingespannen om psychosociale hulpverlening voor een grote groep mensen toegankelijk te maken. Psychotherapie heeft zich ontwikkeld tot een wijdverbreid erkend specialisme dat grotendeels vergoed wordt door de ziektekostenverzekering. Maar mensen als Nicole, behept met een chronisch-somatische ziekte en niet in staat om hun leven daaraan aan te passen, vallen tussen de wal en het schip. Hun problemen zijn te klein voor de professionele hulp van de geestelijke gezondheidszorg, maar te groot om aan goedbedoelde huisartsen en medisch specialisten (die vaak weinig tijd hebben) over te laten.

Vanuit het perspectief van deze mensen is het een grote stap voorwaarts dat er eindelijk een uitgebreid en overzichtelijk handboek is verschenen, dat geheel gewijd is aan de psychosociale hulpverlening voor mensen met een chronisch-somatische aandoening. Met dit uitstekend handboek kan een begin worden gemaakt met het wegwerken van de onderbehandeling van deze doelgroep die nog steeds veel verborgen leed kent. De verschijning is een erkenning dat deze groep mensen specifieke hulp behoeft.

Dit handboek richt zich primair op psychologen en psychotherapeuten, maar ook voor andere hulpverleners biedt het veel waardevols. Toen ik het lijvige boekwerk voor het eerst doorbladerde, was ik onder de indruk van de veelzijdige en grondige aanpak van de redactie. Een groot aantal onderwerpen wordt er systematisch in besproken. Het eerste deel gaat over de organisatie van psychosociale hulpverlening in Nederland en over de wenselijkheid en haalbaarheid van richtlijnen. Erkend wordt dat de effectiviteit van psychosociale interventies nog nauwelijks evidence based is. Dat bemoeilijkt het opstellen van strikte behandelprotocollen, hoewel uit de praktijk blijkt dat veel interventies toch gebruik maken van dezelfde grondbeginselen. Richtlijnen zijn nastrevenswaardig, maar er moet flexibel mee worden omgesprongen. Ze mogen een persoonsgerichte benadering nooit in de weg staan.

Deel II is het meest omvangrijk. Het behandelt op gestructureerde wijze 27 thema's die verbonden zijn met het leven met een chronisch-somatische aandoening en vaak in het medisch discours worden genegeerd. Het zijn herkenbare thema's zoals pijn, gebruik van hulpmiddelen, omgaan met behandelaars, omgaan met emoties, arbeid, relaties en intimiteit, lichaamsbeeld en lotgenotencontact. Ook minder voor de hand liggende thema's komen aan de orde, zoals compliance, behoud van controle, pre-occupatie met lichamelijke klachten, existentiële opgaven en geloof. Ieder hoofdstuk begint met een gedetailleerde afbakening van het thema. Daarna wordt ingegaan op de behandelrationale: Wat is de hulpvraag en welke doelstelling wordt nagestreefd? Vervolgens worden interventiemodellen beschreven. Het zal niet verbazen dat cognitieve gedragstherapie hoog scoort. Deze therapie gaat ervan uit dat de patiënt last ondervindt van destructieve of improductieve gedachten: "Waarom moet mij dit overkomen?", "Alles wat ik doe, mislukt!" en "Vanaf nu zal het alleen nog maar slechter met mij gaan". Het is de taak van de psycholoog om deze gedachten uit te dagen en te vervangen door meer realistische gedachten.

Deel III en IV zijn gericht op toepassing van een aantal in het voorgaande deel genoemde interventies in het geval van tien veel voorkomende aandoeningen zoals kanker, diabetes, neurologische aandoeningen (MS, Parkinson) en reuma. Na een algemene karakterisering van de ziekte naar etiologie, prevalentie en symptomen, worden de ziektespecifieke psychosociale gevolgen geschetst en de daarbij passende interventiestrategieën. Deel IV bevat voor dezelfde aandoeningen een hoofdstuk met casuïstiek.

Zeventig deskundige mensen hebben aan het handboek meegewerkt. Stuk voor stuk geven zij de actuele stand van zaken weer van de wetenschappelijke kennis. Onderling wordt geregeld verwezen naar andere hoofdstukken waardoor een hechte samenhang ontstaat.

Nicole klaagt altijd over “vermoeidheid”. In hoofdstuk 9 “Moeheid: Leven met energietekort en een grillig lichaam” is te lezen dat vermoeidheid niet genezen kan worden. Wel kan een psycholoog de cliënt leren omgaan met vermoeidheid met behoud van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Als dit handboek ertoe kan bijdragen aan een meer succesvolle zorg voor patiënten met chronisch-somatische aandoeningen, dan hoop ik dat het boek zijn weg vindt naar alle professionals die met de groep patiënten te maken krijgt.

Maarten de Wit

Extern vertegenwoordiger van de Reumapatiëntenbond voor wetenschappelijk onderzoek en buitenlandse contacten

Anne-Mei The, *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving*. Amsterdam: Uitgeverij Thoeoris, 2004. 334 pp. € 19,95. ISBN 9080811378.

Cultureel antropologe en juriste Anne-Mei The snijdt in deze etnografie een hoogst actueel thema aan: de verpleeghuiszorg, met name voor dementerende ouderen. Regelmatig komen verpleeghuizen negatief in het nieuws met berichten over de kwaliteit van de zorg. Het gaat echter niet alleen over pyjama-dagen, het beperkte aantal douchebeurten, de kwaliteit van de maaltijden of het gebruik van de Zweedse band, maar ook over het al dan niet levensverlengend handelen in het zicht van het levens-einde van bewoners. The snijdt in haar boek beide aspecten aan. Ze doet dit aan de hand van haar observaties in een verpleeghuis in de Randstad, waar ze gedurende twee jaar enkele dagen per week verbleef. Verder heeft ze gesprekken gevoerd met de betrokkenen bij de affaire 't Blauwbörgje. Familieleden van een dementerende man klaagden dit Groningse verpleeghuis in 1997 aan, omdat men hem daar zouden hebben laten uitdrogen. De affaire stond aan het begin van een publiek debat over versterven.

*In de wachtkamer van de dood* leest als een roman. Langzaam voert The de lezer de wereld van het verpleeghuis binnen en legt deze laag voor laag bloot. Ze gaat van het zichtbare naar de onderliggende spanningen en problemen: van de dagelijkse gang van zaken op de afdeling, de omgang met familie, de verzorging van bewoners, naar hun eetproblemen en lichamelijke aftakeling, hun doodswensen en het versterven. Daarbij schetst ze met een scherp oog de relaties tussen leidinggevenden, verpleeghuisartsen,

verzorgenden en verpleeghulpen, maar ook de discriminerende opmerkingen van familie en bewoners naar de Surinaamse verzorgenden, het falen van het management en de maatschappelijke context van de verpleeghuiszorg. Ze beschrijft daarbij ook hoe ze zelf in de wereld van het verpleeghuis wordt ingevoerd. Een verpleeghuisarts kapittelt haar, wanneer ze het heeft over patiënten in plaats van over bewoners. De aanblik van een bewoner die zich onder de poep gesmeerd heeft, doet haar kokhalzen.

The wil *In de wachtkamer van de dood* vooral laten zien dat in de verpleeghuiszorg de prioriteiten niet liggen bij de zorg voor oude kwetsbare mensen en dat het ideaal van zorg op maat niet haalbaar is. Nadrukkelijk geeft ze aan het verpleeghuis niet af te willen schilderen als een onleefbare plaats om te wonen. “Ik zie de bewoners niet meer louter als slachtoffers”, schrijft ze, “het verpleeghuis is voor sommige mensen zelfs een uitkomst.” Het gaat haar er om de verborgen werkelijkheid van het verpleeghuis aan het licht te brengen, het onoplosbare lijden van dementerende ouderen dat in het verpleeghuis aan ons oog onttrokken wordt. In de (post)moderne samenleving zijn dementie en dood onderwerpen die we voorbij onze bewustzijnshorizon willen schuiven. Het zijn delen van het bestaan die niet voldoen aan het schoonheidsideaal van de maakbare mens. Met de verborgen werkelijkheid van het verpleeghuis willen we daarom het liefst niet geconfronteerd worden. Op de receptie bij de feestelijke opening van het verpleeghuis zijn dan ook alleen de notabelen aanwezig. De bewoners en verzorgenden zijn niet uitgenodigd. Pas wanneer naaste familieleden in het verpleeghuis terecht komen, treden we noodgedwongen deze werkelijkheid binnen. De gesprekken met de betrokkenen bij de affaire 't Blauwbörgje laten zien wat dan de reacties kunnen zijn: ontkenning van de ernst van situatie en verontwaardiging over de geboden zorg. “Eigenlijk mankeert hij helemaal niets”, stelt de dochter van de ernstig-dementerende man die in dat verpleeghuis wordt opgenomen. Onbekendheid met de gang van zaken in het verpleeghuis, onbekendheid met de laatste levensfase van de dementerende bewoners en met het terughoudende beleid van verpleeghuisartsen speelt daarbij ook een rol. Onbekendheid die niet weggenomen wordt door het ontbreken van goede communicatie tussen verzorgenden en familieleden. Het begeleiden van dementerenden en hun familieleden is, zo stelt de auteur, een ingewikkelde zaak.

Door het boek heen schetst The een beeld van de context waarin het verpleeghuis opereert. Niet alleen zijn thema's als dementie en versterven perifeer in onze samenleving, dat geldt ook voor de verdeling van middelen. De verpleeghuiszorg is de sluitpost op de begroting. Er wordt in vergelijking met andere delen van de gezondheidszorg het minste geld per bed voor uitgetrokken. In een interview in de Volkskrant naar aanleiding van het verschijnen van dit boek stelt The dit nog scherper: voor een gedetineerde blijkt per dag meer geld beschikbaar te zijn dan voor een verpleeghuispatiënt. Problemen in de zorg worden verder aangepakt met reorganisaties, fusies, schaalvergroting, verzakelijking. Het resultaat is onder meer dat steeds lager geschoold, dus goedkoper personeel, wordt aangetrokken. Er zijn steeds minder handen aan het bed zijn en de zorg verschaalt. “Je komt gewoon via het uitzendbureau binnen. Even praten, een witte jurk lenen en je bent zuster”, aldus een van de verzorgenden. In het verpleeghuis in de Randstad neemt The ook een cultureel en sociaal-economische kloof waar tussen personeel aan de ene kant en bewoners en familie aan de andere kant. “In



het verpleeghuis (...) komen op een wrange manier twee maatschappelijk problemen samen: de vergrijzing en de multiculturele samenleving”, tekent The op uit de mond van de bewonersvertrouwenspersoon van het verpleeghuis. Het merendeel van de verzorgenden is van Surinaamse en Antilliaanse herkomst en combineert alleenstaand ouderschap met laagbetaald werk. Ondanks dat het niet toegestaan is, hebben veel verzorgenden twee banen. Volgens The maakt deze combinatie van factoren de kans op herhaling van de zaak 't Blauwbörgje alleen maar groter.

Het is een verdienste van Anne-Mei The dat zij voor een breed publiek inzichtelijk maakt wat antropologie in de Nederlandse samenleving kan inhouden en wat het belang kan zijn van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Dankzij langdurige participerende observatie slaagde ze er in het vertrouwen te winnen van medewerkers en zo inzicht te krijgen in zaken die doorgaans met andere onderzoeksmethoden verborgen blijven. Terloops komt aan de orde wat de beeldvorming is van het werk van de antropoloog. Wanneer in het verpleeghuis geruchten de ronde doen van zwarte magie, zegt een van de verpleeghuisartsen tegen de auteur: “Dit is voor jou als cultureel antropoloog natuurlijk prachtig om te volgen.” Antropologie wordt ook in het verpleeghuis zoals vaker verbonden met het exotische. The laat zien dat ook het alledaagse het werkterrein van de antropoloog is.

The slaagt erin de complexiteit en vele facetten van de verpleeghuiszorg zodanig weer te geven, dat het een voor een breed publiek toegankelijk boek blijft. Dat is geen geringe prestatie. In een summier afsluitend hoofdstuk beschrijft ze in een enkele bladzijde haar onderzoeksmethode. Dat is jammer, want ik ben na het lezen benieuwd naar haar reflecties op het etnografisch veldwerk als onderzoeksmethode. Welke rol speelde ze als onderzoeker in de geschetste dynamiek van het verpleeghuis? Waarom maakten artsen, managers, stafmedewerkers, verzorgenden, bewoners en hun verwanten haar deelgenoot van bepaalde gedachten? Ook het verpleeghuis is immers een arena met actoren met verschillende belangen, waar de onderzoeker deel van uit maakt. De auteur geeft verder beknopt enkele hoofdlijnen aan. Ze laat het echter aan de lezer om aanbevelingen te formuleren. Het geschetste beeld van de gang van zaken in het verpleeghuis is zonder meer schokkend, te meer omdat ze een wereld toont die ook de onze kan worden. Wie de berichtgeving in de media volgt, kan niet anders dan concluderen dat hier geen unieke situatie beschreven wordt. *In de wachtkamer van de dood* is een tijdsdocument dat ik ieder die betrokken is bij de zorg aan dementerenden sterk aan wil raden.

Rob van Dijk, medisch antropoloog  
Bavo RNO Groep, Rotterdam

Theo van Tilburg et al. (red.), *Over de toekomst van de sociale gerontologie. Album amicorum voor Kees Knipscheer*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2005. 81 pp. Gratis uitgedeeld bij gelegenheid van de afscheidsrede. ISBN 903600208.

Dertig vrienden, collega's en oud-collega's van Kees Knipscheer, tot voor kort hoogleraar Sociologie, in het bijzonder Sociale Gerontologie aan de Vrije Universiteit Am-

sterdam, hebben in dit vriendenboek hun gedachten over de toekomst van de sociale gerontologie neergeschreven. De bijdragen zijn kort, variërend van een halve pagina tot drie pagina's en worden uiteraard veelal in verband gebracht met de bijdrage van Knipscheer aan dit vakgebied. Knipscheer heeft van 1988 tot zijn afscheid in 2005 leiding gegeven aan dit specialisme en de Vrije Universiteit tot het onbetwiste centrum gemaakt van sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar ouderen in Nederland. Hij staat ook aan de wieg van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een grootschalig landelijk onderzoek naar predictoren en consequenties van veranderingen in het dagelijks functioneren (lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal) van ouderen in Nederland. De – aanvankelijk ruim drieduizend – geselecteerde ouderen worden hiervoor driejaarlijks benaderd. Het resultaat is een indrukwekkend databestand dat materiaal heeft geleverd voor een zeer groot aantal studies, inclusief proefschriften.

De paradox van de sociale gerontologie is dat haar toekomst als studievak onzeker is, terwijl het aantal ouderen explosief groeit. Verschillende auteurs in dit boekje wijzen hier op. Optimisme over het vakgebied overheerst echter, vooral vanwege de groeiende maatschappelijke behoefte aan kennis over de sociale implicaties van veroudering. Wim van den Heuvel (Maastricht) wijst op het feit dat niet eerder in de geschiedenis mensen zo oud werden als nu het geval is en dat in dat opzicht de gerontologie voor een geheel nieuwe toekomst staat. Martin Kohli (Berlijn) zegt interessante dingen over intergenerationale relaties: schenkingen tijdens het leven zouden de banden tussen de generaties versterken en belangrijke steun betekenen voor jongeren in de financieel zwaarste periode van hun leven. Angèle Jonker waarschuwt voor te grote nadruk van beleidsmakers op zelfstandigheid van ouderen; afhankelijkheid en zorg zijn eveneens fundamentele aspecten van de menselijke ervaring.

Onderwerpen die niet of nauwelijks ter sprake komen in deze korte beschouwingen zijn onder meer de toename van ouderen uit andere culturen, theorieontwikkeling, gerotranscendence, de discussies rond Alzheimer en euthanasie en de culturele aspecten van oud- worden. Opvallend afwezig is ook het besef dat met de veroudering van de huidige generatie sociale wetenschappers, de sociale (en culturele) gerontologie nu reflexiever en meer vanuit de ervaringen van de ouderen zelf geschreven kan worden. Tot nu toe was de Nederlandse sociale gerontologie uitsluitend de studie van de Ander. Het is te hopen dat Kees Knipscheer en zijn generatiegenoten, na het gedwongen ontslag vanwege hun leeftijd, nog lang actief blijven in hun vak en zo bij zullen dragen aan een sociale gerontologie nieuwe stijl.

Sjaak van der Geest, medisch antropoloog  
Universiteit van Amsterdam

Eric Vloeberghs & Evert Bloemen, *Uit lijfsbehoud. Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de GGZ*. Utrecht: Pharos, 2005. 142 pp. € 19,50. ISBN 9075955529.

De constatering dat er weliswaar verschillende publicaties handreikingen bieden voor GGZ-hulpverleners die te maken krijgen lichamelijke klachten van vluchtelingen, maar dat een theoretisch kader ontbreekt is de prikkel die tot deze publicatie heeft

geleid. Medisch antropoloog Eric Vloeberghs en arts Evert Bloemen bieden een theoretisch kader, waarbinnen de oorzaak van lichamelijke klachten, de wisselwerking tussen spanning, pijn, angst en depressie en het lichaamsgericht behandelaanbod een plaats krijgen. In het theoretisch kader wordt onder meer ingegaan op de fysiologie van stress en trauma en op de relatie tussen pijn, uitputting en herbeleving enerzijds en trauma en depressie anderzijds. De auteurs gaan ervan uit dat lichamelijke klachten, waaronder pijn, integraal deel uitmaken van de complexe mechanismen bij traumatisering. Ze wijzen op de vicieuze cirkels die kunnen ontstaan: de hulpverlener meent dat er sprake is van somatiseren of somatische fixatie en de vluchteling voelt zich niet begrepen voelt; lichamelijke klachten leiden tot inactiviteit, die op zijn beurt de klachten doet toenemen.

Het theoretisch kader is vooral een medisch betoog, dat afgerond wordt met een kort hoofdstuk over vluchtelingen, pijn en cultuur. Daar volstaan de Vloeberghs en Bloemen min of meer met de opmerking dat de 'pijnlijke situatie' waarin de vluchteling zich bevindt, belichaamd is en lichaamstaal geworden is. Cultuur is in hun ogen een van de redenen waarom klachten in eerste instantie als lichamen worden verwoord. Pijn zien zij vooral als een metafoor voor hoe een vluchteling zich psychisch voelt. "Wat westerse medici somatiseren noemen", zo schrijven zij, "heeft soms te maken met het feit dat een cliënt niet in staat is om lichamelijke verschijnselen te vertalen in verbaliseerbare emoties. (...) (de vluchteling) durft, kan of wil niet spreken over de emotie of herinnering" (p. 38). Uiteindelijk medicaliseren zij de lichaamstaal en leggen het accent op het onvermogen over gevoelens te communiceren. De auteurs spitsen hun betoog toe op "het niet kunnen lezen van het eigen gevoel". Ze stellen dit gelijk met alexithymie, een stoornis die gerelateerd wordt aan psychosomatische klachten, somatiseren en onbegrepen lichamelijke klachten. De beschreven behandel oefeningen in het boek zijn dan ook bedoeld om dit 'niet kunnen lezen' gefaseerd aan te pakken. Op de politiek-sociale betekenis die lichamelijke klachten en pijn soms kunnen hebben als stilzwijgende aanklacht en protest, op hun communicatieve functie in een context van repressie en zwijgen gaan zij echter niet in. Daarmee gaan ze ook voorbij aan hetgeen zij zelf in navolging van Csordas stellen, namelijk dat het lichaam de 'existentiële basis van cultuur' is, en borduren voort op de Cartesiaanse tweedeling van geest en lichaam.

Na een bespreking van verschillende lichaamsgerichte behandelmethoden (Reichiaanse psychotherapie, bio-energetica, Pesso psychotherapie, sensory awareness, interactieve bewegingstherapie, yoga, ontspanningstechnieken, bewegings- en oefentherapie, sport, weerbaarheidstraining) volgen uitgebreid en inzichtelijk beschreven lichaamsgerichte behandel oefeningen. Deze beschrijving maakt het leeuwendeel van de publicatie uit. Daarmee is *Uit lijfsbehoud* vooral een praktisch handboek voor de hulpverleningspraktijk aan vluchtelingen en asielzoekers voor zowel verbaal als non-verbaal werkende therapeuten, waarin ik het antropologisch perspectief een beetje mis.

Rob van Dijk, medisch antropoloog  
Bavo RNO Groep, Rotterdam

Marc E. Vargo, *Scandal: infamous gay controversies of the 20th century*.  
New York: Haworth Press, 2003. 210 pp. \$ 19.95 (paperback). ISBN 1560234121.

Marc E. Vargo's text, *Scandal: infamous gay controversies of the 20th century*, takes his readers into a world dedicated to examining the ways in which sexuality and sexual orientation have been used to suppress change, ridicule choice, and subjugate individuals who do not fall in line with Western hetero-centric culture. Vargo examines seven stories of individual experience with one common theme: each scandal centers around the variability of the human experience, more specifically, homosexuality and how homosexuality has been used as an excuse for ridicule and rejection.

The author illuminates the ways in which modern, Western, culture has downplayed the contributions of those who challenge cultural norms and force questions regarding social order to be reconsidered. More specifically, he exposes his readers to the world as seen through the lens of a 'cultural other', an individual that no matter their contributions, who must always account for their very being. He illustrates that through good and bad, gay individuals have had to justify their place within society because they do not fit into the social hierarchy, because they do not participate in the so-called natural order of heterosexuality. Vargo shows his readers that gay people are just that, *people*, capable of good and evil, mistakes, triumphs, love, and loss. However, because of stereotypes, fear, and marginalization, the individuals examined in *Scandal*, have had little opportunity to openly celebrate those achievements or learn from their mistakes without fear of ridicule or revenge.

By examining the experiences of the cultural other, Vargo is able to raise questions about the moral and social order that dictates and delineates control of power. He forces his readers to look at the ways in which the power elite, specifically heterosexuals, have downplayed contributions of those outside the cultural mainstream in an attempt to maintain a social hierarchy and marginalize those viewed as deviant, even in circumstances where sexual orientation does not come into play. He shows that gay individuals have had their contributions ignored or ridiculed just because of their sexuality, with little regard for the truth.

Vargo illustrates how controversies are, at times, created out of fear of change and that rarely does sexuality really contribute to the controversy, but is instead an excuse to ignore progressive thinking or to justify mistreatment. He also provides his readers with the flip-side, recognizing the shortcomings of gay leaders and activists and illustrating how when real scandals do emerge, oftentimes, sexuality becomes the fuel for an already growing fire. He shows how one's sexuality, can trump one's accomplishments, both good and bad, and become the overriding factor in deciding how an individual goes down in history.

The author makes two fundamental points in his work, first that gay individuals have made enormous contributions to social change and have advocated for equality and social justice across the board, no matter the sexual orientation of the subject. He illustrates this by exposing his readers to stories, otherwise not published, about activists, leaders, writers, and revolutionaries, who happened to be gay. His choice of stories is varied, representing numerous cultures and political experiences. He focuses on is-

sues that might have otherwise gone unprecedented and shows his readers that there is a wide world of gay history. Vargo does not dwell on the fact that the individuals whose stories he documents, have so-called alternative lifestyles, but instead shows how those differences should be of little import outside of the personal realm. He shows that social change can be implemented by anyone if the playing field is level. Interestingly, he does not limit his discussion to the positive contributions of his subjects, but openly discusses the negative as well. By doing so, his subjects become infinitely real and relatable, thus reinforcing the idea that sexuality is of little import in terms of moral character, one way or the other.

Vargo's second point is directly related to this idea of equality. By examining these stories of controversy and the role that sexuality played in creating or fueling the fire of shame, Vargo shows his readers that although idyllic, equality has yet to be established. He clearly illustrates that the playing field is not level and that those viewed as outside of the mainstream are marginalized and their contributions questioned just because of their so-called difference. He illustrates that often difference in one arena, such as sexuality, has been used to negate positive contributions in numerous others.

Vargo's work is unique as it looks at gay heroes and heroines, villains, and victimizers cross culturally and trans-historically. It is clear to the reader that Vargo is not only passionate about his work but a thorough researcher as well. He writes with clear detail and a style that keeps the pages turning. *Scandal* educates not only about gay history but about the history of our world, our politics, and our social order.

E. Megan Glancy, MA,  
Valdosta State University, Valdosta Georgia

Susan Whyte, Sjaak van der Geest & Anita Hardon, *Social lives of medicines*.  
Cambridge: Cambridge University Press, 2002. 208 pp. 15.99 BP (paperback).  
ISBN 0521804698.

*Social lives of medicines* toont de visie van (medisch) antropologen op geneesmiddelen. De hoofdstukken zijn gebaseerd op etnografie: observerend onderzoek naar de wijze waarop mensen in diverse culturele contexten met geneesmiddelen omgaan. Antropologen stellen vragen die aan farmacologen voorbij gaan, maar die voor inzicht in het gebruik en de verspreiding van medicatie wel belangrijk kunnen zijn.

Deze publicatie handelt over de 'biografie', de carrière van geneesmiddelen: over hun productie, marketing en distributie, over voorschrijfgedrag en gebruik van medicijnen. Een echt sociaal leven hebben geneesmiddelen natuurlijk niet, zo stellen de auteurs, maar medicijnen zijn wel deel van complexen die effecten produceren in bepaalde situaties. Dingen als medicijnen en mensen beïnvloeden elkaar en antropologen beschrijven het leven van geneesmiddelen met mensen en tussen mensen.

Deel een van het boek betreft de gebruikers. Het eerste artikel toont dat bij effectiviteit van een medicijn ook gedacht moet worden aan sociale en psychologische aspecten gevolgen van medicijngebruik. Bij effectiviteit wordt meestal alleen ingegaan op far-

macologische effecten, maar in feite bestaat er een 'multifaceted nature of efficacy' die er toe bijdraagt dat kinderen die antibiotica krijgen, ook beter verzorgd worden door hun moeder. Het tweede artikel toont hoe mensen in Burkina Faso medicijnen maken en hoe ze daartoe verbindingen maken tussen oorzaken, symptomen en behandelingen. Dan volgt een bijdrage over beheersing. De materialiteit van medicijnen maakt ze tot doelmatige instrumenten om ziekte te beheersen. Mensen proberen niet alleen hun fysiologische symptomen te bestrijden, ze proberen ook hun situatie in de hand te houden. Voor vrouwen die verslaafd raakten aan kalmerende middelen, betekende deze afhankelijkheid het verlies van controle over hun eigen leven en het ondergeschikt raken aan medici. Vervolgens komt het scepticisme over biomedische middelen aan de orde. Dit scepticisme is te zien als een vorm van culturele politiek waarin biomedische geneesmiddelen verworpen worden om een eigen identiteit, controle en macht uit te drukken.

Het tweede deel gaat over de leveranciers. Op een West-Afrikaanse markt worden medicijnen als antibiotica verkocht als ieder ander handelswaar, los van de professionele controle van medici. Een ander voorbeeld van een dergelijke commodificatie, het tot handelswaar worden van medicijnen, zien we in het volgende hoofdstuk. In Zuid-Amerika verkopen *farmacistas* medicijnen, ook al zijn ze daar niet voor opgeleid. Ze overbruggen de kloof tussen biomedische medicijnen en traditionele geneeskunde. In hoofdstuk 8 komen de toedieners van injecties in Oeganda aan de orde. Het injecteren was ooit het hoogtepunt van biomedische techniek in Oeganda en werd uitgevoerd door geschoolde gezondheidswerkers, maar uiteindelijk is het injecteren tot een algemene praktijk geworden, zeker sinds naalden en spuit vrij verkrijgbaar zijn. Hoofdstuk 9 beschrijft artsen en hun communicatie. Het beschrijft de 'non-interactie' tussen arts en patiënt op Sri Lanka en laat zien dat het voorschrijven van medicijn een effectieve manier is om het consult te beëindigen en macht en aandacht te bevestigen.

Onderwerp van het derde deel is de marketing. Een bijdrage behandelt de marketing van 'traditionele' Ayurvedische en Unani geneesmiddelen. De fabrikanten produceren niet alleen middelen, maar ook betekenissen en de redenen om die middelen te gaan gebruiken. Dit is een van de zeldzame antropologische studies naar de fabricage en marketing van geneesmiddelen. Het hoofdstuk is dan ook tevens een pleidooi voor meer onderzoek onder farmaceutische fabrikanten.

Het boek besluit met een artikel over de rol die antropologen zelf zijn gaan spelen in het sociale leven van geneesmiddelen. Het hoofdstuk geeft voorbeelden van toekomstig onderzoek.

*Social lives of medicines* biedt een breed spectrum van studies over verschillende aspecten van de omgang met uiteenlopende soorten medicijnen op diverse plaatsen. Een lijn ontbreekt echter, terwijl die met de verwijzing naar het sociale leven van medicijnen wel beoogd was. Mogelijk had men hiervoor meer vast moeten houden aan een biografische opzet: beschrijving en analyse van de ontwikkeling (wetenschappelijk onderzoek naar medicatie), productie en marketing tot gebruik en eventueel in onbruik raken van medicatie aan toe. Enkele van deze elementen ontbreken in dit boek ondanks dat daar momenteel veel om te doen is. Wetenschappelijk onderzoek naar medicatie roept veel vragen op, zoals over medicijnen en hun nadelen zoals Softenon, DES en SMON. Ook dat is een aspect van het sociale leven medicatie: de schade die mensen

ondervonden hebben en processen tegen fabrikanten van medicijnen, die hierop volgden. Dan blijkt dat medicijnen zeer bijzondere biografieën kunnen hebben, dood verklaard (van de markt gehaald) en toch weer tot leven, in gebruik genomen, zoals in het geval van Softenon.

Eric Vermeulen  
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Shahaduz Zaman, *Broken limbs, broken lives. Ethnography of a hospital ward in Bangladesh*. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005. 250 pages (with photographs). € 35,00. ISBN 9055892297.

This book describes in a colourful and descriptive way the ethnographic research Shahaduz Zaman conducted in a hospital in Bangladesh. Following the examples of other medical anthropologists, he takes the daily events in a hospital as a starting point “to discuss how various features of the broader Bangladeshi society became expressed in the Bangladeshi hospital life” (p. 18).

The book counts eleven chapters. After an introduction setting the scene, he presents the ethnographic method used as well as additional information on Bangladesh. Being a trained medical doctor and Bangladeshi himself, he is critical to possible pitfalls of ‘anthropology at home’ and biased views. Zaman tries to stay in a purely observing position but finds himself participating to a certain extent in the daily hustle of the ward routine.

His strength lies in the lively description of situations and events, and only occasionally he judges the observed leaving his emic position, for example when stating “to observe that nurses do very little actual nursing in the ward” (p.139) without defining their own definition of the profession and its historical background. The presented tables, supportive figures “at one point of time” and the background information appear slightly inconsistent and unbalanced, but are negligible against the detailed view of the ethnographic descriptions. We learn about the Bangladeshi society, politics and health system before entering the hospital as a whole and the orthopaedic ward in particular.

The following five chapters take us round the various actors on the ward, first the patients, followed by their relatives, ward boys, nurses and doctors. Patients find themselves “lost in the labyrinth” of anxiety, medical examinations and waiting. Their families are both needed for the basic nursing care and an accepted evil as they crowd the ward as often as possible, even sleeping on the patient’s bed. The ward boys and cleaners are omnipresent and crucial for the maintenance of the ward, but also the cause for trouble as they take bribes from relatives and steal needed medication and surgical instruments for resale. Nurses appear as overworked administrators and are frustrated given the low social status attached to them by society for doing a “dirty job”. The medical doctors present themselves as omnipotent rulers of the ward, clearly divided in hierarchy within but one closed group to the outside.

After describing their roles, desires, fears and hopes, Zaman discusses at the end of each chapter the processes he witnessed and relates them to social and cultural features



of Bangladesh society. Fate and tragedy, coincidence deciding over life and death are placed in the broader theoretical framework of anthropology. It remains unclear why he chose an orthopaedic ward as *pars pro toto* for the culture of the hospital. The role of religion and the present gender bias and invisibility of women, that are determining factors of Bangladesh society, remain somewhat underexposed.

In conclusion, Zaman interprets the reality on the ward as a mirror of Bangladesh society that is characterized by familism, poverty, violence and bribing. Neither patients nor (para-)medical staff can escape the ongoing renegotiation and affirmation of their status. Overcoming powerlessness and climbing up in hierarchy define the actions and reactions of all participants: patients, suddenly admitted after traffic accidents, injuries at the workplace or being victims of criminal assaults, are physically and psychologically immobile; relatives struggle to organize enough money to pay the hospital bills; cleaners express their relative power being organized in a strong workers' union; nurses suffer under the dictated workload and young doctors try to please their superiors. Unfortunately their storylines often remain unfinished, we get a glimpse of the complexity but the social dynamics and negotiations between the various groups are only occasionally displayed and portrayed. By this, the description is by times mechanic instead of forming a consistent net.

Zaman shows that life in the hospital microcosm reflects life in the surrounding society. The presented PhD research is a solid study in the tradition of hospital ethnography explaining concepts of social and physical well-being in given culture. Leaving the hospital some two hundred pages later, I feel like having been in a bazaar: my senses are filled with impressions, colours, smells and sounds. I would have liked to stay longer and to interact more with some actors, but I was pushed forward. What remains is the wish to return and look at some aspects more closely (as I am now doing in a Ghanaian hospital).

Christine Böhmig-Witte, medical anthropologist  
University of Amsterdam/University College Utrecht