

Boekbesprekingen

Cor Aakster, *Gestuurde verandering. Interdisciplinaire handreiking voor de programmering van veranderingsprocessen*. Assen: Van Gorcum, 2006. 300 pp. € 36,50. ISBN 90-232-4266-1.

De titel van het boek fascineerde me. Als vertegenwoordiger van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie denk ik mee met de commissie die het groot-schalige implementatieproject *Sneller Beter* evalueert. Doel van het project is in 24 vooruitstrevende ziekenhuizen doorbraakprojecten te starten om 'best practices' versneld in te voeren. Thema's zijn onder meer het terugdringen van decubitus, van wondinfecties na operaties en van wachtlijsten en het verbeteren van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid. Aanleiding was het feit dat 'best practices' – met soms spectaculaire resultaten – zo traag worden overgenomen. De unieke aanpak van het project berust op de veronderstelling dat het succes van een kleine, maar kritische massa een grote spin off heeft naar andere ziekenhuizen die in hun prestaties niet achter willen blijven. Men noemt dit het vliegwieleffect. Het evalueren van dit megaproces en het beoordelen van de uitkomsten is een hele klus. Met *Gestuurde verandering* verwachtte ik een bruikbaar begrippenkader aangereikt te krijgen om dergelijke implementatievraagstukken te analyseren. Cor Aakster, geschoold als medisch socioloog en blijkens de ondertitel geïnteresseerd in een interdisciplinaire benadering van veranderingsprocessen, leek mij hiertoe bij uitstek geschikt. Helaas kwam ik van een koude kermis thuis.

Gestuurde verandering pretendeert een masterplan voor het sturen van veranderingen te bieden. Door disciplinegrenzen te overschrijden moet het mogelijk zijn om "de in vroegere tijden traumatisch van elkaar gekliefde terreinen van de sociale en 'exacte' wetenschappen weer enigszins met elkaar in verbinding te brengen" (p. 165). De beste manier om dit te doen is volgens Aakster door aan te sluiten bij de algemene systeemtheorie. Hierin wordt systeem opgevat in de meest ruime betekenis: organisatie, bedrijf, plant, amoëbe, mens, orgaan enzovoort. De verbinding tussen beide werelden wordt echter niet tot stand gebracht.

Het boek brengt concepten bij elkaar die voornamelijk afkomstig zijn uit de natuurwetenschappen. Achtereenvolgend worden we getraakteerd op excerpten en talloze opsommingen over begrippen als toeval, chaos, oorzaak, proces, conflict, evenwicht, veld, disruptie en regulatie. Theorieën uit de thermodynamica, relativiteitstheorie en de kwantummechanica leveren uitvoerige analyses op over iteraties, vibratie, fluctuatie, entropie, turbulentie, amplificatie, fiburcatiepunten, intrusie, oscillatie, dissipatieve structuren en disregulatie, maar hoe deze begrippen feno-

menen in de sociale werkelijkheid kunnen verhelderen, blijft onbesproken. Met hetzelfde gemak wordt op één pagina overgestapt van het gedijen van eencelligen bij een bepaalde zuurgraad naar een rups die zich ontpopt tot vlinder en een systeem dat om de eigen as roteert.

Ik beweer niet dat de weergave van de verschillende onderdelen van wat samen een algemene metatheorie van het functioneren van systemen zou zijn, onjuist is. Het is de vraag of deze hele exercitie noodzakelijk is om tot een wetenschappelijke theorie van veranderingsprocessen te komen. Ik denk van niet. Deze studie bewijst eerder het tegendeel. Belangrijke noties uit de systeemtheorie zijn inmiddels doorgedrongen in bestaande disciplines. Een holistische visie op de mens, het idee dat alles met alles samenhangt, de multipale bepaaldheid van veranderingen, het belang van tijd, ruimte en context en de complexiteit van de wisselwerking tussen organismen en hun omgeving, dit alles is niet nieuw. Blijft de vraag of deze inzichten te verrijken zijn met uitstapjes naar de natuurwetenschappen. Ook die vraag moet ontkennend worden beantwoord. Aakster doet geen enkele moeite om de lezer mee te nemen in zijn betoog en inzichtelijk te maken hoe zijn leentjebuur behulpzaam kan zijn bij het inrichten en sturen van veranderingsprocessen die er werkelijk toe doen. Het grootste bezwaar tegen deze eclecticische potpourri is met andere woorden dat nergens getracht wordt de natuurwetenschappelijke begrippen te vertalen naar relevante vraagstukken van onze huidige samenleving. Wat is de meerwaarde van de hier samengebrachte voorbeelden en concepten voor een beter begrip van het menselijk handelen, het gedrag van groepen of het functioneren van een ziekenhuis of een landelijk stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen? Laat mij één voorbeeld geven. Op pagina 147 stelt Aakster dat het katalytische effect van enzymen een verklarend model voor biologische, chemische en sociale relaties kan bieden. Maar hoe dan? Niets wordt toegelicht of uitgelegd!

Het betoog maakt het begrip interdisciplinair twijfelachtig. Ook al zou de keuze van het primaire materiaal waarop Aakster zich baseert weliswaar gedateerd, maar legitiem zijn, dan nog valt op dat hij geen rekenschap geeft van moderne ontwikkelingen in historische wetenschappen, psychologie, antropologie en filosofie. Zelfs de sociologie komt er bekaaid van af. Met het oog op het centrale thema van de studie mag een concept als institutionalisering natuurlijk niet ontbreken. Het is maar één voorbeeld uit een reeks van belangwekkende studies op het gebied van programmering en implementatie van veranderingen.

Illustreert de auteur zijn visie dan aan de hand van geen enkel maatschappelijk praktijkveld? Jawel, zijn referentiekader wordt gevormd door de complementaire en alternatieve geneeswijzen. Veel hoofdstukken zijn gewijd aan onderzoeksprojecten op dit gebied (ook wel aangeduid als integrale geneeskunde) die Aakster in zijn lange carrière als zelfstandig gevestigd onderzoeker heeft verricht en die stuk voor stuk het relatieve succes ten opzichte van de reguliere geneeswijzen aantonen. Wie het boek tot het einde toe uitleest, ontkomt niet aan de indruk dat de poging om tot een "algemene theorie van stuurbare veranderingsprocessen" te komen, feitelijk een lang pleidooi voor een alternatieve geneeskunde is. De beloofde verbinding tussen sociale en 'exacte' wetenschappen wordt niet tot stand gebracht. De titel van het boek is in dit opzicht misleidend. Ben ik achteraf beter in staat om het effect van een complex

proces als het *Sneller Beter*-project te evalueren? Helpt het begrippenkader van Aakster mij om de werking van het interne en externe vliegwiel beter te begrijpen of te sturen? Wat zijn kritische succesfactoren in dit proces en hoe kan het beste worden omgegaan met weerstand van afzonderlijke groepen professionals? Helaas moet ik het antwoord schuldig blijven.

Maarten de Wit
Extern vertegenwoordiger Reumapatiëntenbond

Tineke Abma & Guy Widdershoven, *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma, 2006. 185 pp. € 19,00. ISBN 90-5931-477-8.

In mijn boekenkast staan verscheidene methodologieboeken met titels als *Beter sociaal veranderen* en *Veranderen door onderzoek*. Ze dateren uit de jaren tachtig en borduurden voort op het concept van actiegericht onderzoek en het uit Amerika overgewaaid gedachtegoed over 'planned change'. Het onderzoek had een sterk ideologisch karakter waarin het weerbaar maken van gemarginaliseerde groepen belangrijker was dan consistent en gestructureerd onderzoek doen. Het adagium van Marx, "De filosofen hebben de wereld slechts verschillend geïnterpreteerd; het komt er op aan haar te veranderen", werd steevast en met instemming geciteerd.

Het is de verdienste van Tineke Abma en Guy Widdershoven met *Responsieve methodologie* een beknopte en overtuigende onderbouwing te bieden van de zin en de wetenschappelijke status van participatief onderzoek. De monografie toont aan dat er een nieuw onderzoeksparadigma in aantocht is, dat bestaansrecht heeft naast het dominante model waarin een onafhankelijk onderzoeker door experiment of interventie een vooraf geformuleerde hypothese toetst.

Waar gaat het om? De auteurs bepleiten een onderzoeks aanpak waarin de onderzoeker zich opstelt als facilitator met als doel de perspectieven van alle stakeholders op een gelijkwaardige en expliciete manier in kaart te brengen. Daartoe introduceren zij een eenvoudig stappenplan en een aantal bijzondere methodieken om deze perspectieven boven tafel te krijgen en met elkaar te confronteren. Het samenbrengen van deze perspectieven in een hermeneutisch-dialogisch proces beoogt de betrokkenen een leerproces te doen ondergaan. Een succesvolle afloop resulteert in een horizonversmelting, meer begrip voor de ander en alternatieve handelings- en oplossingsrichtingen.

Responsieve methodologie heeft twee delen. Deel A gaat in op de kentheoretische aspecten van de responsieve methodologie die oorspronkelijk door Robert Stake is ontwikkeld. Het behandelt het stappenplan, veel gebruikte methoden en de rol van de onderzoeker. De vier stappen richten zich op het creëren van sociale condities (vertrouwen en bereidheid tot deelname), het verzamelen van verhalen, het starten van een dialoog in de eigen groep gevolgd door een dialoog in de groep met alle betrokkenen. De auteurs weten uit eigen ervaring dat met name de laatste fase de moeilijkste is. Het waarborgen van symmetrische verhoudingen is een bijna onmogelijke opgave als de belangen van de betrokkenen wijd uiteen liggen. Een waarachtige dialoog komt dan

zelden tot stand. Als een dialoog tussen alle betrokkenen niet tot de mogelijkheden behoort, is de verhalenworkshop een belangrijke alternatieve methodiek. Via bijvoorbeeld diepte-interviews worden ervaringen van deelnemers verzameld, uitgeschreven en geïnterpreteerd (stap twee) en vervolgens door een zogenaamde member-check geverifieerd. Samenvattingen van de verhalen worden in stap drie en vier voorgelegd aan deelnemers uit andere partijen. Zij worden uitgenodigd om op de verhalen te reageren en aan te geven hoe deze zich verhouden tot hun eigen ervaringen.

In deel B evalueren de auteurs op een bondige en instructieve manier vier gevalstudies met behulp van het begrippenkader uit deel A. Of het nu gaat over zelfzorg onder studenten aan een conservatorium en een academie voor ballet en moderne dans of over een evaluatie van de beleidsdiscussie rondom de toekomst van Schiphol, de auteurs laten zien dat het stappenplan en de bijbehorende methodieken op tal van terreinen een bruikbaar instrument zijn om de stem van partijen die traditioneel niet aan het woord komen, te laten horen. Zo wordt het voorbeeld besproken van een project rond sociale vernieuwing in Rotterdam en van een implementatieproject op een gesloten opnamekliniek waar psychotische patiënten verblijven. De discussie gaat dan over de beleving van dwang en drang in de psychiatrie, zowel vanuit de ervaring van cliënten als van verpleegkundigen en specialisten.

De resultaten die de responsieve methodologie oplevert, zijn wisselend. In alle gevallen komt interactie op gang tussen werelden die traditioneel moeilijk met elkaar communiceren. Soms krijgt die interactie een structureel karakter, maar vaker blijkt dat na het vertrek van de onderzoeker ook de motivatie wegsijpelt om met elkaar in gesprek te blijven. Dat bleek duidelijk bij het project rondom de groei van Schiphol, waar de belangen van de deelnemende partijen (milieu-organisaties, overheid, luchthaven en commerciële instellingen) dermate uiteenlopen, dat er weinig bereidheid is om zich blijvend in de situatie van de ander te verdiepen. Dit roept bij mij de vraag op hoe voorkomen kan worden dat het dialogische proces verzandt en een duurzame en gelijkwaardige communicatie tussen partijen gerealiseerd wordt.

Het slothoofdstuk beantwoordt een aantal vaak gestelde vragen. Eén daarvan gaat over de competenties van de onderzoeker, die nogal sterk afwijken van de meer traditionele eigenschappen van een onderzoeker. Hij moet zich open, respectvol en gelijkwaardig opstellen. Hij dient zich niet als een expert te gedragen, maar als een partner. Andere rollen zijn interpretator, facilitator, leerling, leraar en socratische gids. Verder moet hij over onderhandelingsvaardigheden, creativiteit en een improvisatietalent beschikken. Kortom, de responsieve onderzoeker is een schaap met vijf poten die een essentiële rol vervult in het onderzoeksproces. Problematisch is die rol met name in stap vier wanneer partijen in een dialoogbijeenkomst bij elkaar worden gebracht. Op dat moment worden de hoogste eisen aan de responsieve onderzoeker gesteld: het waarborgen van een gelijkwaardige input van alle betrokkenen, het voorkomen van macht- en gezagmisbruik door dominante partijen of personen en het waarborgen van een open en uitnodigende omgeving. Of de onderzoeker reeds over voldoende instrumenten en interventies beschikt om deze laatste stap tot een goed einde te brengen, is twijfelachtig. Meer werkvormen en meer ervaring met dialoogbijeenkomsten zijn noodzakelijk om hier een uitspraak over te doen.

Ter afsluiting, *Responsieve methodologie* is een geslaagde introductie tot de methodologie van participatief onderzoek. Met het stappenplan is een belangrijke steen toegevoegd aan het fundament van het participatief onderzoek. De gevalsstudies in deel B hebben evenwel ook duidelijk gemaakt dat het fundament nog niet volledig afgerond is.

Maarten de Wit
Extern vertegenwoordiger Reumapatiëntenbond

Daniel Kojo Arhinful, *The solidarity of self-interest: Social and cultural feasibility of rural health insurance in Ghana*. Leiden: African Studies Centre, 2003. Research Report 71. 222 pp. € 15,00.

De ogen van de ministeries van gezondheidszorg in veel ontwikkelingslanden zijn de laatste jaren nadrukkelijk gericht op Ghana, aangezien dat land bezig is met het opzetten van een nationaal zorgverzekeringsstelsel. Ghana is een van de eerste ontwikkelingslanden dat zich tot doel heeft gesteld het *fee-for-service* stelsel als belangrijkste financieringsbron van zorg te vervangen. Het zorgverzekeringsstelsel geeft alle ingezetenen van Ghana de mogelijkheid zich vrijwillig verzekeren tegen een groot aantal zorgkosten.

The solidarity of self-interest van Daniel Arhinful gaat gedetailleerd in op de sociale en culturele mogelijkheden van invoering van een nationaal zorgverzekeringsstelsel in Ghana. Het boek geeft een goed en uitgebalanceerd beeld van de denkbeelden van de Ghanese bevolking – inclusief beleidsmakers – over deze nieuwe financieringsvorm.

Sinds het begin van het decennium zijn er in Ghana meerdere studies uitgevoerd naar de beweegredenen van de bevolking om zich wel of niet te verzekeren. Deze resulteren vaak in frequentietabellen met genoemde factoren, waarbij slechts gegist kan worden naar de dieperliggende gedachte achter de antwoorden en daarmee naar de implicaties. Arhinful gaat gelukkig vele stappen verder: als goed sociaal wetenschapper laat hij zien de beperkingen van dergelijke studies te kennen en maakt hij gebruik van een verscheidenheid van kwalitatieve onderzoeksmethoden en respondenten om dieper te graven naar de werkelijke houding van Ghanezen ten opzichte van zorgverzekeringen. Daarbij wordt het brede conceptuele kader uitvoerig gelardeerd met citaten van geïnterviewde personen. Dit mondt uit in een zeer leesbaar boek, waarbij de lezer als het ware meegenomen wordt in de persoonlijke zoektocht van Arhinful naar de sociale en culturele mogelijkheden van zorgverzekering. Het gebruik van de ik-vorm in het boek draagt nog verder bij aan het persoonlijke karakter.

De kracht van het boek is voor mij tegelijkertijd zijn beperking. De uitgebreide beschouwing van de houding van het Ghanese individu ten opzichte van zorgverzekeringen wordt weliswaar in een breed conceptueel kader uitgemeten, maar komt bij tijd en wijle ook anekdotisch over. Het boek geeft geen systematisch en gestructureerd beeld van de onderzochte problematiek. Zo wordt aan de hand van verschillende interviews duidelijk dat er veel problemen zijn met premievrijstellingen voor het armere deel van de bevolking, maar de enige systematische interpretatie hiervan is

een referentie met ‘persoonlijke communicatie’ als bron dat slechts 6% van de armen ook daadwerkelijk gebruik maakt van premievrijstellingen. Een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoekstechnieken zou hier nuttig zijn geweest, zodat niet alleen de aard maar ook het relatieve omvang van de onderzochte problematiek inzichtelijk zou zijn gemaakt.

De kern van het betoog is hoofdstuk 6, waar het boek de pakkende titel aan te danken heeft. Arhinful ontkracht haarfijn de mythe dat verzekeringnemers risico’s met elkaar zouden delen op van basis van solidariteit uit mededogen – hetgeen de politiek graag verkondigt. Veeleer zouden verzekerden handelen uit eigenbelang. Dat eigenbelang is volgens de auteur ook de achilleshiel van vrijwillige zorgverzekeringen: indien de verwachte baten lager zijn dan de premie zullen mensen zich niet verzekeren. Slechts solidariteit op basis van mededogen, voortvloeiend uit het ‘social capital’ (de mate van aanwezigheid van sociale netwerken) van een gemeenschap kan mensen er dan toe leiden zich toch te verzekeren en zo zorgverzekeringen succesvol te laten zijn. Arhinful betoogt dat de overheid het nationale verzekeringssysteem van bovenaf oplegt. Het systeem biedt zo weinig ruimte voor de opbouw van ‘social capital’. Arhinful doet helaas weinig concrete aanbevelingen hoe de opbouw van ‘social capital’ te integreren is in het nationale zorgverzekeringssysteem.

Interessant is de parallel met Nederland, waar solidariteit wordt afgedwongen door zorgverzekering verplicht te stellen. In Ghana is een dergelijk verplichte verzekering nog ver weg. Daarnaast zijn de premies in Ghana recentelijk ook inkomensafhankelijk gesteld, zodat er niet alleen risico-, maar ook inkomenssolidariteit verlangd wordt. Het is de vraag of Ghanezen deze offers vrijwillig willen en zullen brengen. *The solidarity of selfinterest* dateert van 2003 en analyseert daarom niet deze laatste ontwikkelingen. Desondanks zijn de analyses echter nog steeds onverminderd relevant voor iedereen die zich wil informeren over het belang van culturele en sociale factoren bij invoering van zorgverzekering.

Rob Baltussen

Health Economist, Radboud University Nijmegen Medical Centre

Krista Coppoolse, *Ziektebeleving van chronisch zieken van Marokkaanse afkomst en morele dilemma’s in de zorgverlening*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2006. ISBN 90-5898099-5.

Welke morele dilemma’s doen zich voor in de zorgverlening aan Marokkaanse chronisch zieken en welke culturele achtergronden spelen een rol bij het ontstaan van deze problemen? Op deze vragen geeft Krista Coppoolse antwoord in haar proefschrift. In de praktijk van de zorg voor chronisch zieken van allochtone afkomst treden regelmatig morele dilemma’s op die hun oorsprong vinden in de verschillen tussen autochtonen en allochtonen in bijvoorbeeld opvattingen over verantwoordelijkheid bij ziekte of over de oorzaken van ziekte en ziektebeleving. Zorgverleners en patiënten hebben daardoor niet zelden verschillende verwachtingen van de zorgverlening. Zo kan een hulpverlener een handeling die de patiënt afwijst, medisch noodzakelijk achten of kan

de patiënt juist zorg willen die niet (medisch) noodzakelijk wordt geacht. Culturele verschillen tussen zorgverlener en patiënt kunnen dilemma's vergroten en leiden tot belemmeringen en problemen in het hulpverleningsproces, zoals communicatieproblemen of problemen met de therapietrouw.

Door middel van kwalitatief empirisch onderzoek onder 42 Marokkaanse chronisch zieken en elf huisartsen in Amsterdam heeft Coppoolse getracht inzicht te krijgen in de wijze waarop de dilemma's in de zorg aan Marokkaanse chronisch zieken zich voordoen en welke culturele achtergronden daarbij een rol spelen. Ter vergelijking interviewde zij tevens veertien Nederlandse chronisch zieken.

De resultaten van het onderzoek waren verrassend. Zij lieten zien dat de problemen die allochtone patiënten ervaren, niet zozeer veroorzaakt worden door de cultuur. Van meer invloed is het 'verlies van zelf' dat inherent is aan het migrantenbestaan en dat verergerd wordt door een chronische ziekte. Bij de Nederlandse chronisch zieken werd deze invloed van het 'verlies van zelf' in geringere mate ook geconstateerd. Huisartsen hebben wel eens het gevoel dat zij verantwoordelijkheden van de allochtone patiënt moeten overnemen. Zij vinden het moeilijk om te bepalen waar dat ophoudt. Ook vinden zij het moeilijk hun houding te bepalen in het contact met de allochtone patiënt die veelal op lichamelijke klachten en ziekten gefixeerd is: om iets te kunnen bereiken in de behandeling moet de arts soms toegeven aan een medisch niet noodzakelijke wens van de patiënt ('onderhandelen met een recept in de hand'). Huisartsen en andere zorgverleners bestempelen de allochtone patiënt dan ook vaak als lastig terwijl de allochtone patiënt ontevreden is over de zorg die hij krijgt. Wil men de zorg aan chronisch zieke allochtonen verbeteren, dan is het van belang om inzicht te hebben in hun eigen ideeën en opvattingen over hun ziekte en behandeling en over hun drijfveren om bepaald gezondheidsgedrag wel of niet uit te voeren.

Het onderzoek van Coppoolse is één van de eerste onderzoeken die inzicht geven in de ziektebeleving van Marokkaanse chronisch zieken in Nederland. Het aardige van haar proefschrift is dat de beleving van huisartsen en Marokkaanse chronisch zieken vergeleken worden. Op die manier biedt zij inzicht in de voornaamste verschillen en knelpunten in ziektebeleving tussen beide groepen. De uitkomsten van haar onderzoek bieden huisartsen en andere hulpverleners meer inzicht in de problematiek van de allochtone patiënt. Ook voor beleidsmakers en onderzoekers in de gezondheidszorg is het boek een waardevolle bron. Door zich in te leven in de ziektebeleving en denkbelden van de allochtone patiënt wordt het wellicht gemakkelijker deze doelgroep te bereiken in de dagelijkse zorg en het onderzoek op gebied van de gezondheidszorg.

Monique Heijmans
senior onderzoeker NIVEL

Ludger Fittkau, *Autonomie und Fremdtötung. Sterbehilfe als Sozialtechnologie*. Frankfurt am Main: Mabuseverlag, 2006. 350 pp. € 35,00. ISBN 3-938304-18-9.

Anatomie und Fremdtötung is een historisch-vergelijkende, sociologische dissertatie. Het bespreekt het debat over stervenshulp in Duitsland vanaf circa 1900. Vervolgens beschrijft Ludger Fittkau de ontwikkelingen in Zwitserland, Nederland en België vanaf 1970 en vergelijkt deze met de recente discussies in Duitsland. Stervenshulp analyseert hij als was het een sociale techniek om de acceptatie van het sterven te bevorderen. Daarbij staat hij uitvoerig stil bij de eugenetica als instrument voor bio-sociale politiek in het begin van de twintigste eeuw.

De centrale stelling van Fittkau is dat termen als vrijheid en zelfbeschikking in het debat over stervenshulp verhullen dat het allemaal draait om een streven naar zekerheid en beheersing van het onbeheersbare, namelijk de dood. Door de planning van tijd en plaats van het sterven die met name bij euthanasie zichtbaar wordt, lijkt de dood getemd te zijn. Daarbij oefenen echter, aldus de auteur, gezinsleden druk uit op ouderen om voor de dood te kiezen vanwege de financiële en emotionele belasting die de verzorging van steeds meer ouderen over steeds meer levensjaren met zich brengt. Persoonlijke autonomie kan en zal daardoor worden omgebogen tot een plicht om te sterven. Die plicht wordt verguld als zelfopoffering ter wille van de kinderen of voor de volgende generatie. Economische overwegingen die ten grondslag liggen aan stervenshulp, zijn zichtbaar in de bezuinigingen in de gezondheidszorg en de rationalisering van beschikbare middelen. Onvrijwillige euthanasie zal taboe blijven, aldus Fittkau, maar doding van patiënten 'op verzoek' zal steeds meer gaan plaatsvinden ten gevolge van de economische grenzen die nu al in de gezondheidszorg zichtbaar worden. Zoals gezegd gebeurt dat onder de dekmantel van vrijheid en zelfbeschikking.

Empirisch onderzoek naar de frequentie waarmee artsen beslissingen nemen die het leven te bekorten of beëindigen, beschouwt hij als een retorisch en psychologisch middel om de acceptatie van 'patiëntendodingen' onder de bevolking tot stand te brengen. Vooral het Nederlandse onderzoek door Van der Maas en Van der Wal heeft een proces van 'onttaboeïsering' in gang gezet, dat vervolgens is geëxporteerd naar andere Europese landen.

Naarmate het boek ten einde loopt, wordt de toonzetting grimmiger. De boodschap van Fittkau is verontrustend, doordat hij meermalen met citaten het historische decor oproept van discussies tussen intellectuelen in Duitsland aan het begin van de twintigste eeuw en het misbruik dat het nationaal-socialisme van dat ideeëngoed heeft gemaakt. Zijn visie brengt naar mijn mening een ontzuenderend element in de Nederlandse discussies over de 'pil van Drion' of de 'laatste-wil-pil', waaraan tot nu toe weinig of geen aandacht is gegeven. Tijdens twee recente uitzendingen op de Nederlandse televisie over dit onderwerp bleek hoezeer het zelfgekozen overlijden van ouderen boven elke kritiek staat, wanneer zij die rechtvaardigden als 'zelfbeschikking'. Het is jammer dat Fittkau soms formuleringen gebruikt die een complot suggereren. Zo stelt hij dat ambulante stervenshulpteams tezamen met artsen die palliatieve zorg bieden, ethiekcommissies én justitie *Experten-Strukturen* vormen en "einen neuen Dienstleistungssektor, der die Schaffung von 'Todessicherheit' verspricht". Fittkau's analyse

lijkt mede gevormd door het wantrouwen van sommige auteurs uit de Frankfurter Schule en hij heeft als socioloog weinig oog voor 'de tragiek van het blind proces.' Dat wantrouwen kan de lezer echter ook attent maken op zaken die ten onrechte vanzelfsprekend lijken in de Nederlandse discussies.

Boudewijn Chabot, psychiater voor ouderen

Renske de Greef, *Seks in Afrika. Zoenen, flirten, riten en aids*. Amsterdam: Rot-schild & Bach, 2005. 160 pp. € 10,00. ISBN 978-90-4995007-1.

Toen ik *Seks in Afrika* in handen kreeg, ergerde ik mij direct. De titel vond ik schreeuwerig en het lezen van de achterflap maakte het alleen maar erger: "Renske de Greef gaat op zoek naar de seksuele zeden en gewoonten van de Afrikanen ... exotische gewoonten ... aids ... kun je nog wel seks hebben op dit continent?" Het boek wordt sensationeel aan de lezer gebracht en voldoet prima aan de verbeelding van 'donker Afrika' met ruimte voor zowel de idee van hitsige en exotische 'Afrikanen', als het continent van aids. Het oude voyeurisme van de Europeaan in een modern jasje. Desondanks begon ik het te lezen en wat schetst mijn verbazing? De inhoud van het boek voldoet niet aan de schreeuwerige aankondiging.

De Greef, een twintiger die als columniste in kranten voor een jong publiek schrijft en enkele boeken op haar naam heeft staan, gaat met open vizier persoonlijke ontmoetingen aan met verschillende mensen uit Kenia, Malawi, Mali en Oeganda. Ze schrijft daar op een ontwapenende manier over. Haar kracht is haar oprechte belangstelling en eerlijkheid over eigen vooringenomenheid die ze in de contacten met jongeren uit de verschillende landen netjes fileert, en daarmee de titel van haar boek een knipoog toedient. Die knipoog betreft niet alleen de communicatiestrategie van haar uitgever, maar treft ook ons lezers, Nederlander of westerling. In een column over Mali snijdt ze het probleem aan dat seks natuurlijk een taboe is in veel Afrikaanse landen, dus zeker in moslimlanden zoals Mali. Door verslag te doen van een discussie en een demonstratie met een houten dildo op een school rekent ze subtiel en grappig af met dit stereotype. "Ik ben overdonderd. Condooms, trouwen, klaarkomen, soa's: alles wordt open besproken. Alles zou taboe zijn en nu worden de oren van mijn hoofd geluld door een dertigkoppig klasje van dertien- tot achttienjarigen" (p. 105). Maar de auteur doet meer dan de valkuilen van de verbeelding ontrafelen. Op haar rechtstreekse en ironische manier vraagt ze zich af hoe dertienjarigen überhaupt aan een dildo komen, of het betekent dat het gebruikelijk is dat jonge tieners seks hebben of dat de aanwezigheid van het kleine legertje buitenlandse NGO's het een en ander verklaart. Zo stelt ze ook vragen over lastige onderwerpen als vrouwenbesnijdenis en plaatst de rechtvaardiging van het gebruik en haar afwijzende reactie naast elkaar. Zij doet dit op een manier die niet tot verwijdering leidt (op papier ten minste) tussen haar gesprekspartners en haar, maar ze laat vanuit een soort universeel tienerperspectief en op een matter-of-fact manier de leuke en lastige dingen in het leven in het algemeen en over seks in het bijzonder de revue passeren. En er passeert van alles de revue;

porno, tongzoenen, masturberen, onthouding, ongewenste zwangerschap, sugar daddies, seksstandjes.

De kracht van het boek is de toon van een zeldzame openhartige aard zoals we die niet treffen in het NGO vertoog (ondanks de pogingen daartoe) of het academische vertoog. De krampachtigheid van politieke correctheid of juist het corrumperende effect van subtiel ethnocentrisme is haar vreemd. Als nieuwsgierige buitenstaander die niets van Afrika wist dan 'dat ze er altijd honger hebben' of 'aan aids lijden', is ze op zoek gegaan naar die Afrikaanse Ander. Ze stuitte op overeenkomsten waar jongeren allemaal mee te maken krijgen: van zorgjes als 'ben ik wel normaal?' en 'wat is vingeren?' tot grote vragen als 'ik heb met mijn vriendinnetje gesekst, zijn we nu slecht?' en 'volgens mij gaat mijn vriendje vreemd', tot de lol en het plezier dat seks, verliefdheid en intimiteit kan brengen. Daarbij beschrijft ze op subtiele wijze, wanneer de situatie juist wel heel specifiek anders is, lastig of gevaarlijk, zoals tieners in Nederland dat niet kennen. Het is een boek over jongeren voor jongeren, maar stiekem denk ik dat vooral volwassenen er veel van kunnen leren. Je moet niet te moeilijk doen over de leuke en minder leuke kanten van seks. Ze bestaan naast elkaar en je kunt ze daarom het beste op dezelfde toon tegemoet treden.

Rachel Spronk
Cultureel antropoloog, Universiteit van Amsterdam

Anne Hermans, *De co-assistent. Doktersroman*. Amsterdam: Podium, 2007. 288 pp. € 16,50. ISBN 978-90-5759-288-1.

In deze autobiografisch geïnspireerde roman doet Anne Hermans onder pseudoniem verslag van haar co-schappen. Ze beschrijft de dagelijkse gang van zaken bij verschillende medische specialismen gedurende de twee jaar van haar co-schappen en hoe haar *rite de passage* van student geneeskunde naar arts, niet altijd in positieve zin, haar sociale en liefdesleven beïnvloedt. De roman is daarmee zowel een verslag van haar co-schappen als een liefdesgeschiedenis. Bovenal is het het verhaal van een eigentijdse jonge vrouw die worstelt met de vraag wat een goede dokter is en hoe ze een goede dokter kan worden die tegelijkertijd zichzelf blijft.

In chronologische volgorde komen de volgende specialismen aan bod: interne geneeskunde, dermatologie, neurologie, psychiatrie, chirurgie, kindergeneeskunde, gynaecologie, huisartsgeneeskunde. Het aardige hiervan is dat niet alleen de ontwikkeling van de hoofdpersoon tot dokter zichtbaar wordt, maar ook de verschillen in werkcultuur tussen de verschillende specialismen. De waarde van de roman is niet alleen dat Hermans ingaat op hoe zijzelf en artsen met wie ze samenwerkt, omgaan met hun (mede) verantwoordelijkheid voor ziekte, genezing en soms ook dood van hun patiënten, maar ook dat ze als buurvrouw, dochter, vriendin en minnares aanwezig blijft en haar verantwoordelijkheid neemt. Het laatste maakt de roman niet alleen realistischer – artsen zijn immers ook mensen die sociale rollen vervullen – het geeft ook enig inzicht in de dilemma's waarmee artsen zich geconfronteerd zien. Last but not least verhoogt dit 'dubbele karakter' van de roman ook de leesbaarheid ervan. Zo

is het komisch om te lezen hoe de hoofdpersoon het lichamelijk onderzoek oefent op haar vriend – overigens zonder zijn voorafgaande toestemming – ter voorbereiding op haar werkzaamheden de volgende dag als co-assistent. Ook ontroerend is hoe ze uit betrokkenheid met haar oude buurvrouw die na een val in het ziekenhuis belandt, ook als dokter wil toezien op de kwaliteit van haar behandeling. Uit deze en andere voorbeelden spreekt ook het zoeken naar de afbakening van verschillende, soms strijdige rollen die ze als arts vervult. Het is een zoektocht naar het vinden van een goede balans tussen distantie en betrokkenheid met patiënten. Een verschijnsel dat (medisch) antropologen zeker niet vreemd is.

Hermans maakt in relatie tot het vinden van een goede balans tussen betrokkenheid en distantie invoelbaar waarom artsen zich in de ogen van patiënten, hun familie en beginnende co-assistenten soms bot, koud of grof lijken op te stellen. Het blijkt voor sommige artsen een manier om de voortdurende confrontatie met ziekte, gebrek en dood hanteerbaar te maken of te houden. Ze laat zien dat een goede balans hierin niet voor iedereen hetzelfde inhoudt. De jaargenoten van de hoofdpersoon, Marjolein en Hugo, gaan met de balans tussen distantie en betrokkenheid anders om.

Jammer is dat in *De co-assistent* minder ruimte is voor reflectie op het handelen van de arts dan in de klassieker *Anatomie van het gevoel. Dagboek van een co-assistent* van Alexander van Es uit 1979. Al met al is dit boek voor (medisch) antropologen interessant, omdat Hermans het arts-zijn van binnenuit beschrijft en daarnaast voor hen belangrijke vraagstukken aansnijdt. Echter, een grotere verdienste is wellicht dat ze artsen van hun voetstuk haalt (voor zover ze daar nog opstaan) en een ruimte schept waarin ze eerlijk en open hun (bijna) fouten kunnen bespreken om zodoende – en daar gaat het uiteindelijk om – van de eigen fouten en die van collega's te leren. Een goede arts is volgens Hermans niet alleen iemand die inhoudelijk deskundig, toegewijd en op afstand betrokken is bij zijn of haar patiënten, maar bovenal iemand die zijn eigen feilbaarheid niet uit het oog verliest en leert van zijn of haar (bijna)fouten. Kortom, een arts die we ons wellicht *niet* allemaal wensen, maar wel een arts waar we op den duur meer aan kunnen hebben.

Karen Mogendorff

Onderzoeker huisarts-patiëntcommunicatie, Radboud Universiteit Nijmegen

Philip Hermans, *De wereld van de djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen*. Amsterdam: Bulaaq, 2007. 208 pp. € 19,50. ISBN 978-90-5460-142-5.

Dagelijks bezoeken mensen het heiligdom Ben Yeffu nabij El Jadida in Marokko. Na een bezoek aan het graf van Sidi Abd l Aziz begeven ze zich naar een van zijn nakomelingen (*hufdan*) om voorspoed af te smeken. De *hafid* neemt hun hoofd in zijn handen en spreekt een koranvers uit. Dan volgt een korte rituele uitdrijving. De genezer beklopt met een stok zachtjes hun lichaam en blaast hen in de oren. Intussen prevelt hij formules, Allah en de heilige aanroepend. Soms hebben bezoekers meer specifieke vragen, waaronder vaak relatiegerelateerde problemen. Soms worden bij mensen die psychotisch, bewusteloos, agressief of opgewonden zijn, geesten uitgedre-

ven. Alles vindt plaats in de openbaarheid en is voor iedereen hoor- en zichtbaar. Eens per jaar tijdens de *mussem*, het jaarlijkse volksfeest ter ere van de heilige, is Ben Yeffu het doel van een pelgrimage van duizenden mensen niet alleen uit regio, maar ook uit grote steden in de nabije omgeving, zoals Casablanca.

Philip Hermans, psycholoog en antropoloog, beschrijft in *De wereld van de djinn* de traditionele geneeswijzen in Marokko aan de hand van bovengenoemd heiligdom. Hij bundelt hierin zijn onderzoekservaringen op het gebied van de Marokkaanse etnogeneeskunde van de afgelopen decennia. Hij kiest voor Ben Yeffu als onderwerp van zijn etnografie, omdat dit heiligdom in de literatuur nog geen aandacht gekregen heeft. Hermans beschrijft helder en grondig wat hij tijdens zijn vele observaties en gesprekken met betrokkenen gezien en gehoord heeft. Hij maakt het ritueel inzichtelijk aan de hand van voorbeelden en vele foto's. Het krijgt daardoor iets alledaags, maar wordt ook herkenbaar voor wie kennis heeft van bijvoorbeeld rooms-katholieke tradities. Diepgravende analyses van mogelijke onderliggende structuren en patronen laat hij achterwege. Het succes van degelijke geneeswijzen ligt volgens hem in de concrete belofte op beterschap en niet zozeer in speculatieve verborgen psychoanalytische processen of symbolische transacties. Zijn werkwijze maakt de etnografie tot een toegankelijke inleiding in de Marokkaanse etnogeneeskunde voor een breed publiek en een waardevolle aanvulling van antropologische studies over dit thema.

Het boek opent met een hoofdstuk over ziekte en gezondheid, waarin Hermans de belangrijkste elementen van de traditionele geneeswijzen in Marokko bespreekt. Daarna komt de geschiedenis van het heiligdom Ben Yeffu aan de orde, zoals die uit historische bronnen en orale tradities op te maken valt. Enerzijds legitimeert de geschiedenis het gezag van de heilige; anderzijds verklaart ze de oorsprong van handelingen, zoals het blazen en het beklappen met een stok. Na een beschrijving van de fysieke omgeving en de gebouwen van het heiligdom, gaat Hermans uitgebreid in op de sociale organisatie van genezers, de Ulad Ben Yeffu. Zij zijn de nakomelingen van de heilige gezegend met zijn *baraka* (goddelijke genade). Ze zijn bij toerbeurt aanwezig in het heiligdom, waar ze de pelgrims zegenen en uitdrijvingen doen, waarvoor ze giften krijgen. Duidelijk wordt duidelijk hoezeer het ritueel verstrengeld is met de sociale, economische en politieke verhoudingen ter plaatse. Kort staat Hermans stil bij de *mussem*, het jaarfeest annex jaarmarkt ter ere van de heilige.

In de kern van het boek, het hoofdstuk over genezen in Ben Yeffu, duidt Hermans na een uitvoerige beschrijving de betekenis van de (rituele) uitdrijvingen. Hij concludeert dat elke uitdrijving een klein drama is, waarbij de onderwerping van een demon, maar feitelijk van de zieke wordt gevraagd. Hij wijst daarbij op de behendigheid van de genezer de reacties van de bezetene in te passen in het idioom van de bezetenheid. De bezetenen spelen hierin soms even behendig mee. Hermans geeft aan dat men als kind in een wereld, waarin demonen een rol spelen, gesocialiseerd is en leeft in een sociaal-culturele context die deze wereld keer op keer bevestigt. Het effect van het ritueel schuilt in belangrijke mate hierin.

Het voorlaatste hoofdstuk behandelt Marokkaanse genezers in Nederland en België aan de hand van drie voorbeelden van genezers in Brussel, Antwerpen en Rotterdam. De relatie met de hoofdtekst is beperkt. Het gaat niet om nakomelingen van de heilige

die in den vreemde een praktijk als genezer hebben. Hermans merkt op dat deze genezers in hun presentatie meer aandacht schenken aan hun kwaliteit en professionaliteit en aan hun legitimatie. Een van de genezers modelleert bijvoorbeeld zijn praktijk naar die van een arts. Daarnaast behandelen de genezers in Europa anders dan in Marokko vooral psychische stoornissen en veel minder lichamelijke ziekten.

Aan het eind van zijn boek stelt Hermans de vraag of de Marokkaanse traditionele genezers genezen. Hij verwijst daarbij naar het placebo-effect en naar Moerman die spreekt van een betekenisrespons. Daarnaast betekent uitdrijving reductie van angst, controle, disciplineren en intensivering van familierelaties. Tevens bevestigt het ritueel de bestaande sociale orde en biedt het heiligdom voor enkele mensen asiel en een sociaal aanvaarde rol als helper. Hermans signaleert een ethisch dilemma: aantonen dat er vooral sprake is van een placebo-effect bij Marokkaanse geneeswijzen kan het geloof van mensen erin doen afnemen en daarmee ook het als positief ervaren effect te niet doen.

De wereld van de djinn is een etnografie over een specifiek Marokkaans gezingsritueel, zoals de medische antropologie er meerdere kent, met als bekendste *The hamadsha* van Crapanzano. Dergelijke etnografieën hebben een beperking: ze beschrijven het hulpzoekgedrag van mensen door de bril van het ritueel. Ook in Hermans boek krijgt de lezer daar alleen een beeld van voor zover het zich bij de bezoekers aan het heiligdom manifesteert. Dat draagt het risico in zich dat hun hulpzoekgedrag daarmee vereenzelvigd wordt. Mensen maken echter keuzen. Hermans zelf geeft het voorbeeld van een moeder die vanwege haar spastische dochter die een beroep doet op de genezers. De artsen die zij eerder geraadpleegde, gaven aan niets te kunnen doen. Welke plaats de traditionele geneeswijzen innemen in het leven van mensen; wanneer en op welke gronden daarvoor gekozen wordt, blijft in etnografieën zoals die van Hermans grotendeels buiten beeld, hetgeen ook geldt voor de articulatie van geneeswijzen. Zijn bijvoorbeeld de 'dagelijkse gebruikers' uit de regio rond Ben Yeffu te vergelijken met de pelgrims uit de grote steden die het heiligdom eens per jaar tijdens de *mussem* bezoeken? Door de focus op het ritueel is het ingewikkeld uitspraken te doen over de plaats die traditionele geneeswijzen innemen in het leven van alle dag. Wat mij verder opvalt is dat Hermans ondanks zijn jarenlange studie van de Marokkaanse traditionele geneeswijzen, veelal ter plekke, nauwelijks ingaat op veranderingen in het ritueel en de betekenis ervan. Zelf geeft hij echter in zijn inleidende hoofdstuk aan dat sommige Marokkaanse genezers inmiddels via telefoon en intranet werken. Heeft het ritueel in Ben Yeffu zich aan alle maatschappelijke ontwikkelingen kunnen onttrekken? Een wezenlijke kwestie, zeker omdat volgens Hermans zelf het geloof in djinns en het vertrouwen in het ritueel samenhangen met socialisatie en leerproces. Ben Yeffu verschijnt nu als een in de tijd gestold fenomeen.

Hoewel het nog veel vragen onbeantwoord laat, is *De wereld van de djinn* voor ieder die zich wil verdiepen in de traditionele geneeswijzen in Marokko een informatief boek, dat zeker aan te raden is.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Bavo Europoort en LUMC

Kris Holloway, *Monique and the mango rains. Two years with a midwife in Mali*. Long Grove: Waveland Press, 2007. 212 pp. \$17.95. ISBN 1-57766-435-3

In 1989 stuurde het Peace Corps de 21-jarige Amerikaanse Kris Holloway uit Ohio voor twee jaar naar Mali. Haar ouders – moeder maatschappelijk werkster en vader psycholoog en beiden vrijwilligers voor kerk en school – stimuleerden haar. Totaal onbevangen en zonder specifieke opleiding belandde Holloway als vrijwilligster in Nampossela (1400 inwoners) in het zuidoosten van Mali. Daar zou zij twee jaar lang samenwerken met de 24-jarige Monique Dembele, de lokale vroedvrouw. Er ontstond een hechte vriendschap. Deze vriendschap tussen twee jonge vrouwen met een totaal verschillende sociale en culturele achtergrond is de basis van *Monique and the mango rains*. Het overlijden van Monique bij de geboorte van haar vijfde kind in 1998 vormde de aanleiding. Kris Holloway was toen al weer zeven jaar in Amerika en Monique had haar daar intussen een keer bezocht.

Onbevangenheid en open staan voor een nieuwe omgeving is de kracht van Holloway. Ze maakt geen studie van de mensen, maar participeert als jonge vrouw zo goed als ze kan in de kleine Afrikaanse gemeenschap. Wat ze meemaakt, beschrijft ze en daarmee ze een indringend beeld van het zware leven van de vrouwen als ook van de veelal inadequate moeder- en kindzorg. Holloway, die in Nampossela door iedereen Fatumata Dembele wordt genoemd, heeft een mooi boek geschreven dat leest als een roman zonder sentimenteel te worden. Zij hanteert de ik-vorm en is steeds in gesprek met Monique.

Vrouwen in Mali baren gemiddeld zes tot acht kinderen en lopen een groot risico te sterven door zwangerschap en bevalling. De moedersterfte in Mali – een op de twaalf vrouwen – behoort tot de hoogste in de wereld. Minder dan 6% van de vrouwen gebruikt een of andere vorm van moderne anticonceptie en meer dan 96% heeft als jong meisje een of andere vorm van besnijdenis ondergaan.

Al in het eerste hoofdstuk confronteert Holloway de lezer met een gedetailleerd verslag van een bevalling in een primitieve kraamhut. Ze maakt dan voor het eerst de geboorte van een baby mee. Ze beseft dat ze als 21-jarige vier jaar ouder is dan de vrouw die bevalt en slechts twee jaar jonger dan Monique die de bevalling begeleidt. Wat ze tijdens die gebeurtenis ziet, ruikt en hoort maakt zo'n diepe indruk dat het haar voorgoed bindt aan Monique.

In het laatste hoofdstuk verhaalt ze hoe ze acht jaar later terugkeert naar Nampossela en in detail verneemt hoe Monique overleden is. Haar relaas laat de lezer niet onberoerd, zeker niet nadat deze Monique zo goed heeft leren kennen in de voorafgaande hoofdstukken. Monique begeleidde niet alleen bevallingen met geringe middelen in de meest basale omstandigheden, maar droeg ook de volledige verantwoordelijkheid voor een kleine kliniek. Hoewel niet medisch geschoold helpt Holloway Monique zoveel als ze kan. Ze weegt babies, deelt medicijnen uit en geeft af en toe gezondheidsvoorlichting. Ze praten openhartig over kinderen krijgen (Monique heeft dan twee kinderen), trouwen (Monique heeft een slecht huwelijk met François), relaties (Monique heeft een buitenechtelijke relatie met Pascal en Holloway heeft dan in Mali een Amerikaanse vrijwilliger, haar huidige echtgenoot, leren kennen), voe-

ding, geboortebeperving, besnijdenis, menstruatie en aids. Er zijn geen geheimen tussen hen.

Een kleurenfoto van Monique prijkt op de kaft van het boek. Binnenin zijn enkele pagina's met scherpe zwart-wit foto's opgenomen die het verhaal ondersteunen. De titel verwijst naar het belang van de regen dat als een rode draad door het boek loopt. Zonder regen is er geen leven voor de bewoners van Nampossela. Monique wijst Holloway hierop en benadrukt dat het voor de mensen van groot belang is om goed op de komst van de regens te letten en op het juiste tijdstip te zaaien. Ieder jaar blijkt dat weer een gok. Begint men te vroeg, dan verdrogen de zaden; begint men te laat, dan is de geschikte groeitijd verloren. Er is maar één kans, want er is onvoldoende zaad om een tweede keer te zaaien. Als Monique Holloway een keer een rijpe mango aanreikt, dankt Holloway haar, maar volgens Monique moet ze niet háár bedanken maar de *mango rains*, de korte regenbuien die in februari en maart vallen als de grond erg droog is en de zware regens nog moeten komen.

Monique and the mango rains is een typisch Amerikaans boek, waarin één individu centraal staat. Daardoor is het indringend en overtuigend. Voor iedereen die geïnteresseerd is in het leven van alledag in een Afrikaans dorp, in Afrikaanse vrouwen en in traditionele verloskunde, is het een aanrader.

Yvonne Lefèber, medische antropoloog

Gerard Koek, *Verlangen naar wijsheid: Moderne filosofie en ouder worden*. Budel: Damon, 2000 (2e druk). 160 pp. € 14,95. ISBN 90-5573-311-3.

De auteur (geb. 1929) gaf zo'n tien jaar geleden een serie colleges over moderne filosofie aan ouderen. Hij is toen op het idee gekomen het materiaal van zijn colleges om te werken tot een boek en speciaal te betrekken op het ouder worden. Het resultaat is op de eerste plaats een – zeer leesbare – verhandeling over moderne filosofie. Pas in tweede instantie wordt de relatie met ouderdom gelegd via een proloog en epiloog en korte inleidingen tot de vier delen die het boek telt.

De beschouwingen over moderne filosofie starten vanuit de vier grote vragen die Kant aan de filosofie stelt: Wat kan ik weten? Wat moet ik doen? Wat mag ik hopen? Wat is de mens? Aan elk van deze vragen wijdt Gerard Koek twee hoofdstukken waarbij hij zich steeds tot één filosoof richt die hem bijzonder aanspreekt, respectievelijk: Wittgenstein, Nussbaum, Lyotard en Taylor.

De reden dat dit boek, bij zijn tweede druk, hier besproken wordt, ligt echter niet zozeer in zijn filosofische contributie, maar in de aandacht voor ouderen en wijsheid. Wordt in de filosofische geschriften die hij bespreekt ook een band gelegd tussen wijsheid en ouder worden? En wat is wijsheid eigenlijk? Afgezien van het beroemde citaat van Hegel dat de uilen van Minerva pas bij het vallen van de nacht uitvliegen (inzicht komt pas als de dag – het leven? – op zijn einde loopt), zeggen de opgevoerde filosofen nauwelijks iets over wijsheid als een proces dat het ouder worden vergezelt.

Het is weliswaar een populair volksgeloof dat wijsheid met de jaren komt, maar kritisch onderzoek naar wat ‘wijs’ eigenlijk betekent en wie wijs is, laten niet veel heel van dat volksgeloof. Psychologisch onderzoek – waar Koek overigens niet aan refereert – suggereert dat er geen verband is tussen wijsheid en leeftijd. Maar ook de filosofie lijkt weinig steun te bieden. De filosofen die hij aanhaalt in zijn betoog, hebben allen hun belangrijkste gedachten op relatief jonge leeftijd geformuleerd. Hun geschriften op latere leeftijd zijn hoofdzakelijk uitweidingen en beperkte aanpassingen van de inzichten van hun vroege jaren. Dit geeft te denken, maar de auteur staat hier niet bij stil.

Veelbetekenend is dat de passages in het boek die over wijs en oud gaan, niet geïntegreerd zijn in het betoog over moderne filosofie, maar vooral voortkomen uit de gedachten van de auteur zelf of van andere auteurs. Overigens zijn dat zeker waardevolle gedachten, ook al klinken ze wat clichéachtig. Met betrekking tot kennis (de eerste vraag van Kant) legt Koek er de nadruk op dat de ouderen in onze tijd door de snelle veranderingen in kennis en wetenschap juist minder weten dan de jonge generatie. Ook als het om de ethiek gaat (Kants tweede vraag) verkeren ouderen in een lastige positie, omdat de zekerheden van de oude ethiek (regels en religie) losgelaten worden. Ouderen zijn in die situatie niet de wijze raadgevers zoals spreuken en spreekwoorden wel beweren. Ook als het om toekomstverwachting (derde vraag) gaat, meent de auteur, verkeren veel ouderen in verwarring. De verwachtingen en idealen van hun jeugd zijn vaak komen te vervallen en ze worden teruggeworpen op de kwaliteiten van hun eigen leven, iets wat ze nooit geleerd hebben. Nauw verbonden daarmee is de visie van ouderen op hun eigen identiteit (vierde vraag). Koek: “Het woord zelfontplooiing als belangrijk woord uit de zestiger jaren kwam in hun vocabularium nauwelijks voor” (p. 120). Zelfs over *wie* zij zijn (volgens Socrates het begin van de wijsheid) verkeren veel ouderen in verwarring.

Aan het slot van zijn boek toert de auteur toch nog filosofische visies op wijsheid tevoorschijn en besluit met een pleidooi voor wijsheid van de oudere als een aanvaarding van de eindigheid van het bestaan. Die aanvaarding mag echter niet leiden tot relativering en defaitisme maar dient juist gevoed te worden door een passie voor het leven, zoals hij met een mooi en paradoxaal citaat van de jong gestorven Nederlandse filosofe Trudy van Asperen betoogt. In zijn eigen woorden: “Het besef van de eindigheid van het bestaan verleent er glans aan, het geeft de mens zin om te leven” (p. 156).

Het zijn interessante gedachten, maar ze geven geen antwoord op de vraag waarmee – en waarom – ik dit boek ging lezen: wat zegt de hedendaagse filosofie over ouder worden en wijsheid?

Sjaak van der Geest, cultureel en medisch antropoloog
Universiteit van Amsterdam

Frank Kortmann, *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum, 2006. 140 pp. € 23,50. ISBN 90-232-4252-1.

Als Frank Kortmann, hoogleraar Transculturele Psychiatrie aan de Radboud Universiteit Nijmegen, een boek schrijft over zijn vakgebied, verwacht je als lezer een gedegen verhandeling over de theoretische uitgangspunten. Dat is inderdaad het geval, maar de vraag is ook of zijn visie op transcultureel werken – het als behandelaar vanuit de ene cultuur werken met cliënten uit een andere – ook in de praktijk bruikbaar is. Helpt zijn model de GGZ-behandelaar in de spreekkamer?

In *Transculturele psychiatrie* behandelt Kortmann het diagnostische en therapeutische proces. Hij noemt de relationele problemen (de communicatie), de professionele problemen (de diagnostiek) en staat dan stil bij farmacotherapie en psychotherapie. Na een probleemstelling en een schets van de omvang van de allochtone doelgroep volgen een theoretisch hoofdstuk en verscheidene praktijkgerichte hoofdstukken. Elk hoofdstuk sluit af met korte en krachtige adviezen in een kader. Deze adviezen zijn soms wat erg kort door de bocht en een simplificatie van het ervoor beschrevene. Het boek maakt zo een uitgebalanceerde indruk, waarbij overigens de titel wat verwarrend is. ‘Van theorie naar praktijk’ zou een betere ondertitel zijn gelet op de opbouw van het boek. Uiteraard heeft de schrijver zijn eigen praktijk in een theorie willen vatten, vandaar de titel.

Kortmann geeft blijk van zijn grote kennis en belezenheid en in die zin is het boek een mooi state-of-the-art-werk. Doordat een zaken- en namenregister ontbreekt, is het echter wat moeilijker als naslagwerk te gebruiken. Ik mis overzichtstabellen, bijvoorbeeld van de omvang van de etnische minderheidsgroepen en over de prevalentie van ziekten. De auteur beschrijft zoals dat zo vaak bij Nederlandse schrijvers het geval is, helaas niet de situatie in Vlaanderen. Mogelijk is dit een aandachtspunt bij een eventuele tweede druk. De interessante gegevens over de verhoogde incidentie van schizofrenie door sociale uitsluiting (‘social defeat’) in de tweede generatie allochtonen worden evenmin genoemd.

Wat ik verder mis, is een hoofdstuk over de kenmerken van de Nederlandse (en Belgische) cultuur, met name wat betreft omgangsvormen in de gezondheidszorg. Een dergelijk hoofdstuk zou niet hebben mogen ontbreken. Hofstede die Kortmann wel aanhaalt, heeft hier belangwekkende zaken over geschreven die behandelaars zich ter harte zouden moeten nemen, maar zich zelden realiseren. Een beschrijving van de achtergrondcultuur van de grote etnische minderheidsgroepen in Nederland en België zou eveneens niet hebben misstaan. Uiteraard is cultuur dynamisch en is de cultuur van Marokkaans-Berberse, Turks-Anatolische en Surinaamse groepen in Nederland anders dan in de herkomstlanden, maar een beschrijving van hun gewoonten, normen en waarden die gevolgen hebben voor het contact met de GGZ, zoals religieuze overtuiging en gezinsstructuur, zou handig zijn geweest. In de praktijk is de vraag van allochtonen divers. Vermenging van somatische, psychische en sociale hulpvragen komen bij hen frequenter voor dan bij autochtonen. Daarvoor biedt het boek te weinig handvatten. Hoe bijvoorbeeld om te gaan met de frequente vraag om medische verklaringen? Ten slotte is het wat merkwaardig dat Kortmann, die stelt dat alle psychiatrie

transcultureel is, slechts allochtone patiënten als voorbeeld gebruikt. Immers, contact met Nederlandse patiënten die sterk in hun eigen minderheidscultuur leven, kan even lastig zijn.

Tot zover dat wat ik gemist heb. Waar is het boek sterk in? Kortmann geeft een fraai theoretisch raamwerk voor de ontmoeting met de cultureel andere. Hij gebruikt hiervoor de theorie van Proce die een onderscheid maakt tussen universalisme en relativisme in het omgaan met de werkelijkheid. Het communicatief relativisme, waarin elk mens eigen regels heeft voor het omgaan met de waarheid, maar er wel respect bestaat voor elkaars meningen en zienswijzen bestaat, is de correcte grondhouding voor de communicatie met de ander. Het communicatief universalisme, consensus trachten te bereiken over wat waar is, is geschikt voor de diagnostische fase. Een psychiater kan immers zijn eigen vak niet verloochenen. Kortmann geeft duidelijk de mogelijkheden van het vak aan. Het gaat wel wat ver om gedragingen die niet binnen de DSM of ICD te classificeren zijn, buiten de scope van de psychiatrie te zetten. Wellicht kan daarmee ook interessant onderzoekbaar gedrag worden uitgesloten! Een voorbeeld hiervan is de trancebeleving die in andere culturen veel voorkomt en die niet gevangen kan worden in de dissociatieve stoornis zoals in de DSM beschreven.

Het boek geeft een overzichtelijke weerslag van het vakgebied, waar toekomstige behandelaars en onderzoekers uit kunnen halen wat naar hun gading is. Kortmann zet helder problematiek neer en draagt mogelijke oplossingen aan. Daarbij put hij uit een schat aan literatuur. Zo geeft hij een brede verhandeling over het begrip cultuur. Ook het hoofdstuk over psychofarmaca is een complete weerslag van de wetenschappelijke kennis op dit moment. Wel is het daarbij jammer dat de nieuwere middelen niet genoemd worden, maar daar is nu nog geen onderzoek van beschikbaar. In het hoofdstuk over psychotherapie komt een fraai algemeen stramien aan de orde, maar wordt, ook uit gebrek aan data, niet stilgestaan bij de werkzaamheid van specifieke methoden bij de verschillende groepen. Zo worden ook de omissies in de wetenschappelijke stand van zaken zichtbaar, maar zonder dat de schrijver dit expliciet noemt.

Transculturele psychiatrie is als lees- en leerboek een aanrader voor behandelaars in de GGZ. Het is zeker niet het laatste boek dat over het vakgebied geschreven is. Het is een monografie die duidelijk de ervaring en de theoretische concepten van de schrijver weergeeft, gesteund door veel literatuur. Voor behandelaars in de GGZ geeft het boek een theoretische basis en ook wel praktische handvatten, maar er is wat te weinig aansluiting met de praktijk in Nederland en België. Meer gedifferentieerde casuïstiek uit de psychiatrische praktijk hier met zowel allochtone als autochtone patiënten had het boek bruikbaar kunnen maken. Daarbij had met name ook gekeken kunnen worden naar de tweede generatie allochtonen die nu in grote getale naar de GGZ komen, met problemen die te maken hebben met identiteitsverwarring.

De visie van Kortmann is zeker interessant genoeg om voor te leggen aan een internationaal publiek. Een Engelstalige uitgave is dan ook zeker aan te bevelen.

Hans Rohlof, psychiater
Centrum '45, locatie Noordwijkerhout

Irena Papadopoulou (ed.), *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier, 2006. 216 pp. \$52.95. ISBN 0-443-10131-0.

Interculturele zorgverlening wordt steeds belangrijker in een wereld die al maar meer multicultureel wordt. Op een wereldwijde schaal spreekt een op de vijf kinderen thuis niet de taal van het land waar het verblijft, terwijl in de Verenigde Staten eenderde van de bevolking tot een etnische minderheid behoort. Onnodig te zeggen dat deze aantallen toenemen en dat in bepaalde stedelijke centra de etnische minderheden in de meerderheid zijn. In deze maatschappelijke context is *Transcultural health and social care* ten zeerste aanbevolen. Het boek behandelt een brede waaier aan onderwerpen: culturele attitudes ten aanzien van migranten en vluchtelingen, ongelijke toegang tot de gezondheidszorg, cultureel competente vorming voor welzijnswerkers, cultureel andere noties van zwangerschap, moederschap, lichaam en seksualiteit (met specifieke aandacht voor de islam). De bijdragen komen uit verschillende disciplines en diverse, hoofdzakelijk Europese, landen.

Irene Papadopoulou wil individuele zorgverleners, organisaties en het westerse gezondheidssysteem een groter besef bijbrengen van ethnocentrisme, racisme en discriminatie. Vervolgens wil zij cultuurcompetente zorg aanbrengen, waarin drie aspecten centraal staan: culturele inbedding, interculturele sensitiviteit en multiculturele zorgcompetenties. Het is een grote verdienste van de auteurs dat ze oog hebben voor beide aspecten: kritisch blijven ten aanzien van impliciete ethnocentrische aspecten en geëngageerd en resoluut zoeken naar cultuursensitieve aanpassingen.

Het boek bestaat uit vier delen. Deel 1 is getiteld *Transcultural health care and the development of culture-generic competencies*. Na een kort overzicht van de verschillende bijdragen lichten Papadopoulou, Tiki en Taylor in het tweede hoofdstuk het model van cultuurcompetente zorg toe. Ze tonen de culturele verschillen en gelijkenissen in ziekte en gezondheid en verduidelijken het verband met onderliggende maatschappelijke en organisatorische structuren. Ze omschrijven culturele competentie als het vermogen om in efficiënte gezondheidszorg te voorzien met inachtneming van cultureel ingebedde overtuigingen, gedragingen en noden van mensen. Deze omschrijving is de rode draad en wordt in de volgende hoofdstukken telkens zeer concreet uitgewerkt. De thema's zijn achtereenvolgens: het verband tussen mensenrechten en ziekte/gezondheid; existentiële 'onevenwichten' waaraan migranten en vluchtelingen lijden, en ethische dilemma's in cultureel competente zorg. Een bijdrage van Papadopoulou over het opzetten van cultuursensitief onderzoek sluit dit deel af.

In deel 2 – *Developing culture-specific competencies* – komen telkens specifieke groepen aan de orde, die bekeken worden in het licht van het gemis aan relevante en toegankelijke voorlichting, het belang van efficiëntie in cross-culturele communicatie, de effecten van marginalisatie en uitsluiting alsook wat er kan aan gedaan worden. Allereerst behandelen Papadopoulou en Lees geloofsovertuigingen, *folk medical theories* en de invloed ervan op de beleving en behandeling van kanker bij Grieks-Cyprioten en Chinezen. Daarna gaan Papadopoulou, Lay en Gebrehiwot in op zorg- en hulpverleningsnoden van Ethiopische en Somalische vluchtelingen in West-Europa.

Vervolgens geven Davies en Papadopoulos een symbolisch-antropologische lezing van noties van moederschap en zwangerschap bij Arabisch-islamitische vrouwen en vergelijken vrouwen in Arabische en Westeuropese gebieden. Ze tonen de misverstanden en uitwegen voor de zorgverlening aan deze vrouwen, met bijzondere aandacht voor de invloed van westerse concepten op problemen in de zorgverlening aan deze doelgroep. Ze onderwerpen bijvoorbeeld de westerse dichotomie van privaat-publiek aan een kritische analyse. Dit is naar mijn mening één van de sterkste onderdelen van dit boek. Dit deel sluit af met hoofdstukken over cultureel beïnvloede overtuigingen en praktijken in druggebruik bij Grieks-Cypriotische jongeren in Groot-Brittannië besproken en de wijze waarop hulpverleners deze praktijken kunnen hanteren, en over preventie en gezondheidsbevordering bij zigeuners.

De organisatiestructuur van de zorgverlening in Finland, Duitsland, Griekenland en Spanje komt in deel III (*European perspectives on cultural competence*) aan de orde. Daarnaast vindt de lezer ook kortere uitweidingen over andere Europese landen. Deze hoofdstukken beginnen allen met een ethohistorisch overzicht van de medische zorg in het betreffende land. Belangrijke locale verschillen worden hier meteen duidelijk. Het hoofdstuk over Duitsland bevatten interessante cijfers over de zorg aan migranten en de probleemgebieden daarbinnen. In het hoofdstuk over Griekenland wordt aangetoond hoe veranderde huwelijksgewoonten, familiale aspecten, seksuele normen of erfenisrechten een invloed hebben op gezondheid en welzijn. Het hoofdstuk over Spanje beschrijft de gezondheidsnoden van de Afrikaanse bootvluchtelingen en de invloed van migratiewetgeving en de gezondheidszorgpolitiek op het welzijn van deze groep.

In deel IV (*Global perspectives and cultural competence*) gaan Fedorowicz en Walczyk in op het onderscheid tussen cultuur en religie in de interculturele zorg. Vooral de bekommernis voor de dialoog met migranten uit de niet-seculiere Arabische wereld is hier mooi uitgewerkt. Ze tonen ook aan hoezeer het nodig is de overlapping én het verschil tussen cultuur en religie goed te beseffen. Delbar beschrijft hoe in het multiculturele Israël zelfs binnen de joodse gemeenschap bepaalde zorgpraktijken totaal anders vorm of betekenis krijgen bij Russische joden, Ethiopische joden enzovoorts. Omeri bespreekt vanuit een Australisch perspectief de sociale integratiebevorderende zorg voor Aboriginals. Ze beschrijft goed de wijze waarop zelfs de meest cultureel competente zorg botst in de contacten tussen blanke Australiërs en Aboriginals. De geschiedenis van uitbuiting is daar niet vreemd aan. Lynam geeft aan dat in Canada de Native Canadian Indians en de voor de economie noodzakelijke nieuwe migranten naast de klassieke blanke 'splitsing' tussen Franstalige en Engeltalige groepen voor een grote diversiteit zorgen. Evenals in het vorige hoofdstuk wordt ook duidelijk besproken hoe de invloed van ongelijke machtsverhoudingen tussen kolonisator en gekoloniseerde een specifieke gevoeligheid vormt in de uitbouw van gelijke kansen in de 'transcultureel faire zorg'. Een bondige, samenvattende bijdrage van Papadopoulos sluit het boek af.

Transcultural health and social care is allereerst gericht op verpleegkundigen en sociaal werkers en in tweede instantie bedoeld voor andere paramedische en medische beroepen. De theorievorming en de concrete beschrijvingen van aanpassingen van zorgsystemen aan mensen met cultureel-andere achtergronden sprak mij als klinisch

psycholoog en psychotherapeut echter evenzeer aan. Ik had nooit de indruk op een vreemd terrein te zitten en dat is zeker de verdienste van de auteurs en de redacteur. Het boek is met zijn centraal theoretisch model en zijn grote mate aan praktijkgerichtheid even relevant voor de psy-beroepen in de multiculturele samenleving. Een aanrader voor een zeer divers palet aan zorgverleners!

Patrick Meurs

Katholieke Universiteit Leuven en Hoger Instituut Gezinswetenschappen Brussel

Louise Philips, *Mental illness and the body. Beyond diagnosis*. Londen: Routledge, 2006. 196 pp. £21.99. ISBN 0-415-38321-8.

Turan, een patiënt met paranoïde schizofrenie, loopt stijfjes en naar rechts gebogen; Moira een vrouw met psychotische depressie verzorgt zich slecht en heeft een sterke lichaamsgeur. Louise Philips beschrijft de lichaamstaal van deze en twee andere patiënten uitvoerig in *Mental illness and the body*. In de geestelijke gezondheidszorg vormen voorkomen, gedrag, houding, gebaren van patiënten, kortom hun lichamen, belangrijke indicatoren bij het vaststellen van psychiatrische stoornissen. Daarentegen hebben hulpverleners weinig aandacht voor de betekenis van lichamelijke signalen. Op grond van haar promotieonderzoek en jarenlange werkervaring als psychiatrisch verpleegkundige stelt Philips dat ook in het geval van psychotische stoornissen de lichamelijke presentatie de ervaringswereld van de patiënt reflecteert. Ze gaat na hoe aspecten van de *lived experience* zich in het lichaam weerspiegelen. Om deze vraag te beantwoorden gaat ze uit van sociologische, psychoanalytisch en feministische perspectieven op *embodiment*, een bekend thema in de medische antropologie.

Uitgaande van de fenomenologie stelt Philips dat ervaringen zich manifesteren in het lichaam. Alhoewel ze Foucault bekritiseert omdat deze geen oog heeft voor gender en anti-humanistisch is, deelt ze zijn opvatting dat de heersende discoursen het lichaam betekenen (“are inscribed upon the body”). Symptomen van psychiatrische stoornissen zijn volgens haar pogingen van het individu om met zijn ervaringen met de wereld om te gaan. De heersende stromingen binnen de hedendaagse psychiatrie zien het lichaam echter vooral als databank voor de diagnostiek. Uit de medische handboeken valt op te maken dat het lichaam eerder de oorzaak van psychische stoornissen is dan de taal waarin deze zich uitdrukt. Hulpverleners zijn daarom geneigd de lichamelijke expressie eerder als bizar te beschouwen dan als betekenisvol, zeker als het gaat om psychotische stoornissen.

Vervolgens bespreekt Philips de interpretatie van de verschillende feministische stromingen van de relatie tussen lichaam, psychische stoornis en gender. Zien de socialistische en Marxistische feministen in sociaal-economische factoren, zoals de lage status van de huishoudelijke arbeid een belangrijke verklaringsgrond van psychische problemen; de radicale feministen wijzen op de patriarchale controle over de vrouwelijke seksualiteit. In de laatste visie wordt rebellie tegen de opgelegde vrouwenrollen nogal eens geduid in termen van psychische stoornissen. Philips ziet de psychiatrie als een vorm van patriarchale onderdrukking. De heersende discoursen geven vorm

aan de wijze waarop het vrouwelijke lichaam in de geestelijke gezondheidszorg wordt waargenomen.

Na een beschouwing vanuit een sociologisch en feministisch perspectief gaat Philips uitgebreid in op de psychoanalytische theorievorming over de relatie tussen de psychische binnenwereld en het lichaam. Ze start bij Freud die volgens haar in zijn vroege werken veel aandacht had voor het lichaam. In zijn werk over hysterie geeft hij aan dat in het lichaam van vrouwen onderdrukte psychische conflicten zich manifesteren. Lichamelijke symptomen hebben met andere woorden een symbolische betekenis gerelateerd aan de ervaringswereld van het individu. Dit is niet alleen zo bij neurosen, maar ook bij psychosen, concludeert Philips na een lange uiteenzetting over het werk van Schilder, Lacan, Irigary, Kristeva, Klein, Bion en Laing. Veelal is de lichamelijke presentatie terug te voeren op een stoornis in de vroege ontwikkeling. De mechanismen die vorm hebben gekregen in de kindertijd, blijven op latere leeftijd actief. Philips gaat vooral in op de afwezigheid een scherpe afgrenzing tussen individu en omgeving en op de fragmentatie van het ego die hulpverleners opmerken bij mensen met psychotische stoornissen.

De laatste stap in het betoog van Philips is het lichaam van de hulpverlener. Ze gaat uitgebreid in op overdracht en tegenoverdracht. Haar stelling is dat deze processen in de therapeutische relatie bij zowel neurotische als psychotische patiënten plaats vinden. Ook de psychotische patiënt projecteert 'onbewust materiaal' in de therapeut. Philips spitst haar betoog toe op Orbachs visie op lichamelijke tegenoverdracht. Het gaat bij tegenoverdracht niet alleen om psychische gevoelens die de patiënt bij de behandelaar oproept, maar ook om fysieke gevoelens. Zo kan de behandelaar in het therapeutisch contact aan den lijve de vermoeidheid of uitputting voelen die de patiënt in zijn leven ervaart.

Wat betekent een en ander nu voor het therapeutisch contact met patiënten? Aan de hand van vier uitgebreide patiëntbeschrijvingen maakt Philips inzichtelijk op welke wijze lichamelijke signalen inzicht verschaffen in de ervaringswereld van deze patiënten. In haar presentaties vallen drie zaken op. Allereerst gaan mannen en vrouwen op verschillende wijze om met het lichamelijke. De mannen waren meer bereid over het lichamelijke te praten, terwijl in het geval van de vrouwen hun lichaam hun lijden was. "Women suffer in their bodies in their position outside the reign of speech" (p. 167), concludeert ze in de lijn van de radicale feministen. De taal die de vrouwen spraken, was de taal van zelfverachting. Verder hecht ze in haar analyse veel waarde aan de lichamelijke gevoelens die het contact met patiënten in haar onderzoek bij haar opriepen. Niet alleen gaat het daarbij om algemene gevoelens – ze is "overwhelmed", "exhausted", "worn out" – maar ook om gedetailleerde. Zo geeft ze aan de fragmentatie van het ego van de patiënt zelf lijfelijk te ervaren: "I often felt in the interactions with these men, a need to hold myself together" (p 153). De vraag blijft in dit geval of zij fragmentatie ervaarde of haar gevoelens in het licht vanuit psychoanalytische theorieën over psychosen als gefragmenteerd interpreteerde. Als laatste valt op hoezeer het sociale en culturele in deze analyses buiten beeld blijft. Van het sociologische en maatschappijkritische feministische perspectief blijft uiteindelijk wanneer het gaat om individuele patiënten weinig over. Hier overheerst het psychoanalytisch perspec-

tief. Zo is af te vragen of de ervaringen van een zwarte patiënte, Alice, niet te duiden zijn als geïnternaliseerd racisme. Dat Alice stemmen hoort die haar zeggen dat ze een “evil and black bitch” is, brengt Philips alleen in verband met de internalisering van de schuldgevoelens van haar moeder toen deze naar Engeland migreerde en niet met discriminerende omgeving.

In een gedegen betoog geeft Philips aan dat het lichaam geen pakhuis van betekenisloze symptomen is die verwijzen naar ziekten met een biologische oorzaak. Het is van belang verder te kijken dan de diagnose. Vooral psychiatrisch verpleegkundigen kunnen gezien hun unieke positie (“*being with patients*”) daarin een rol spelen en dienen daartoe ook opgeleid te worden. Philips’ pleidooi voor een psychodynamische benadering van patiënten is waardevol in het perspectief van de humanisering van de geestelijke gezondheidszorg en van de ontwikkeling van patiëntgerichte zorg op maat. Lichaamssignalen zijn zonder meer betekenisvol als het gaat om de ervaringswereld van de patiënt. Het is echter jammer dat Philips de sociologische en medisch-anthropologische inzichten grotendeels in haar boeiende boek onbenut laat. Dat het maatschappelijke discoursen zijn die op het lichaam geprojecteerd worden en culturele idiomen waarmee mensen zichzelf en elkaar duiden, ligt blijkbaar voorbij de psychoanalytische horizon die Philips blikveld in belangrijke mate bepaalt in haar analyse van specifieke patiënten. Dat is jammer omdat de betekenis van lichamelijke signalen mijns inziens bij uitstek een gemeenschappelijke onderzoeksterrein van psychoanalyse en medische antropologie is.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Bavo Europoort, Rotterdam

Getnet Tadele. *Bleak prospects. Young man, sexuality and HIV/AIDS in an Ethiopian town*. Leiden: African Studies Centre, 2006. 285 pp. ISBN: 978-90-5448-065-5.

In *Bleak prospects* behandelt Tadele het grootste actuele gezondheidsprobleem van Subsahara Afrika: hiv-infectie en aids. De vraag is waarom de bestaande preventiecampagnes zo weinig resultaat hebben. Tadele gaat met een interviewleidraad de dialoog aan met Ethiopische jongeren. In Afrika beneden de Sahara is Ethiopië na Zuid-Afrika het meest getroffen land. De auteur rapporteert beschikbare gegevens over hiv/aids in Ethiopië en omliggende landen. Hij illustreert uitvoerig hoe jongeren over seks spreken en komt vervolgens tot zijn kernboodschap: individueel gerichte, cognitieve preventiecampagnes met een klemtoon op medische, biologische informatie zijn noodzakelijk, maar tevens onvoldoende. Ze gaan namelijk voorbij aan de complexiteit die in het spel is bij seksueel gedrag: het familiale, het sociale, het culturele, het religieuze, het politieke, het economische, het genderspecifieke et cetera. Tadele brengt deze kernboodschap overtuigend aan. We geven een overzicht van de opbouw van het boek, een bewerking van zijn proefschrift.

In Deel I schetst Tadele historische en demografische achtergrondgegevens. In hoofdstuk 1 – *Sexual practices* – lezen we dat 15-25 jarigen het grootste risico lopen op infectie. De eerste ziektesymptomen breken pas later uit, tussen 24 en 29

jaar, zodat ondertussen het virus wordt doorgegeven. Interessant is hier al meteen de bedenking dat het westerse perspectief in preventiecampagnes – ‘onderhandel over seks!’ – ontoereikend blijkt in een context van verloren rurale tradities, Afrikaanse verstedelijking, armoede, ontmanteling van de rechtsstaat, vrouwen die geen macht hebben om te onderhandelen.

In hoofdstuk 2 – *Romanticism and poverty* – wordt Tadele’s benadering duidelijk: socio-economische en politieke factoren beïnvloeden de levensloop van mensen, hun seksualiteit en de verspreiding van hiv/aids. Ethiopië is sinds lang een verscheurd land en op de vele oude breuklijnen enten zich steeds nieuwe problemen, zoals het aids-virus. In die context enkel cognitief tewerk gaan vanuit een westers mensbeeld over een autonoom, zelfbeschikkend en uit vrije wil handelend subject, schiet ernstig tekort.

In Deel II – *Love and sexuality* – heeft Tadele het allereerst – in hoofdstuk 3: *The scarcity of love and money: a rhetoric of complaint* – over de Ethiopische overtuiging dat vrouwen enkel op geld uit zijn en mannen vooral seks willen: seks voor geld, geld voor seks. Romantiek en liefde hebben niet zomaar een plaats in dit plaatje. Bovendien is er een speciale groep van uitzonderlijk arme jongeren, de straatkinderen en straatjongeren. Om te overleven hebben ze veelvuldige partners. Tegelijk wordt de illusie gevoed dat hoger opgeleide jongeren dan ook geen risico op hiv zouden lopen, “omdat het probleem zich bij de armsten situeert”.

In hoofdstuk 4 – *Sex, marriage and religion: moralistic views and double standards* – beschrijft Tadele de dubbele seksuele moraal die in Ethiopië mannen toelaat veel sekspartners te hebben, meisjes veel minder. In dit hoofdstuk toont Tadele ook hoe ouders onder invloed van de aids-dreiging soms niet meer weten wat ze hun kinderen mogen toestaan, alsook hoe het overlijden van ouders aan aids nog meer risico betekent voor jongeren die daardoor in de armoede (en de prostitutie) terecht komen. Aan het einde van hoofdstuk 4 gaat Tadele op zoek naar protectieve factoren. Hij vermeldt de religieuze instellingen, die in Ethiopië jongeren aantrekken. Deze kerken worden echter door de westerse hulporganisaties gewantrouwd. Tadele vindt dit een gemiste kans.

In hoofdstuk 5 – *Sexual practices: normal and abnormal* – passeren allerlei Ethiopische concepten de revue over diverse seksuele gedragingen. Er is bij Ethiopische jongeren een duidelijke afkeuring van masturbatie, homoseksualiteit, anale en orale seks, terwijl vaginale seks normatief is. Tegelijk is er een verschil tussen wat publiekelijk over seks gezegd wordt en wat in het privé-leven op seksueel vlak gedaan wordt. Er is bijvoorbeeld de expliciete afkeuring van tienerseks, terwijl in die leeftijd de meesten toch al behoorlijk seksueel actief zijn en een groot risico lopen op hiv-besmetting.

In Deel III vinden we in hoofdstuk 6 – *Surviving in a world with HIV/AIDS and condoms* – de enorme contradictie die in de Ethiopische leefwereld bestaat tussen het sociaal wenselijke en de realiteit. Mensen weten dat ze condooms moeten gebruiken, maar vrouwen die ze willen gebruiken, worden verworpen en agressief bejegend. Preventiecampagnes die vrouwen aanzetten om condoomgebruik te negotiëren, gaan voorbij aan de machtsongelijkheid van vrouwen en aan de sociaal-culturele rollpatronen waarin ze niet mogen onderhandelen over seks. Voor armere jonge mannen is het

zo dat ze zich toch geen toekomst toedichten en dan ook zeker niet willen toegeven op het enige domein dat ze nog bezitten: seks.

In hoofdstuk 7 – *We are overwhelmed by worry: HIV/AIDS and other plights* – gaat Tadele in op hoe armoede de leefwereld en de seksualiteit van Ethiopische jongeren kleurt.

In hoofdstuk 8 – *Boring: the perception of HIV/AIDS interventions* – beschrijft de auteur hoe jongeren zelf over de bestaande preventie denken. Gedragsverandering beklemtonen zonder cultuursensitieve informatie te verspreiden of betere socio-economische kansen te creëren, is moeilijk aanvaardbaar voor deze jongeren. Ze voelen zich geblameerd.

In deel IV – *Conclusion* – toont Tadele in hoofdstuk 9 – *Bleak prospects* – dat het aids-probleem in Ethiopië een structureel probleem is. Meest problematisch zijn de slechte vooruitzichten en de wanhoop van jongeren. Ze weten dat ze economisch onvoldoende vooruit kunnen komen om liefde en een huwelijk te verkrijgen en hiv te vermijden. Bovendien maakt de dubbele seksuele moraal hen blind: mannen denken een tot nog toe niet seksueel actieve en dus niet besmette partner te hebben en miskennen hun eigen geschiedenis van riskant seksueel gedrag. Een complex web van ongunstige factoren, zoals de oprukkende armoede, de sociale ontwrichting, het verlies aan culturele tradities rondom seksualiteit, heel wat onwetendheid en mythes over aids en seks (bijvoorbeeld, dat een besmette man van zijn ziekte afraakt door met een jonge maagd te slapen) draagt bij tot de verspreiding van het virus. Deze situatie te lijf gaan vergt naast cognitieve, kennisgerichte informatie vooral een omvattende sociaal-culturele (cultuursensitieve) en politiek-economische benadering.

Laten we met Tadele – en andere Afrikaanse onderzoekers die zelf wel één of ander nabij familielid hebben dat aan aids stierf – hopen dat deze studie wel bijdraagt tot kentering, *empowerment*. Uit Tadele's persoonlijke commentaren aan het slot van zijn boek, lezen we hoe hij er zelf bijna moedeloos bij wordt. We willen hem danken voor dit heldere boek en drukken de wens uit dat vele veldwerkers, betrokkenen en onderzoekers er kracht uit putten. *Bleak prospects* is een stevige aanrader voor medische antropologen, seksuologen, preventiewerkers, medici en andere zorg- en hulpverleners die betrokken zijn op dit drama waarin enorm veel menselijk kapitaal verloren gaat.

Patrick Meurs

Katholieke Universiteit Leuven en Hoger Instituut Gezinswetenschappen Brussel

Gwen Yeo & Dolores Gallagher-Thompson, *Ethnicity and the dementias*. Second edition. New York: Routledge, 2006. 390 pp. £24.99. ISBN 0-415-95405-3.

De combinatie van migratie en vergrijzing stelt de geestelijke gezondheidszorg voor nieuwe problemen of zo men wil nieuwe uitdagingen. Een ervan is de inschatting en behandeling van dementie bij allochtone ouderen. Hoewel ouderen die elders geboren en opgegroeid zijn, vaak hun vaardigheid in het Nederlands op latere leeftijd verliezen als zij niet meer deelnemen aan het arbeidsproces, is communicatie niet het grootste

probleem. Ingewikkelder is het aan de hand van westerse diagnostische instrumenten vast te stellen of er sprake is van verminderde cognitieve vermogens, een van de symptomen van het dementieel syndroom. Als een oudere Marokkaanse vrouw de weg naar huis niet meer kan vinden, is dit dan een symptoom van dementie of is het te verklaren uit het feit dat zij zich zelden zonder begeleiding op straat heeft begeven? In Nederland wordt op dit moment op enkele plaatsen gewerkt aan cultuursensitieve meetinstrumenten.

Dementie bij allochtone ouderen is wereldwijd gezien geen nieuw fenomeen, getuige *Ethnicity and the dementias* waarvan recentelijk een tweede editie verscheen. Vergeleken met de eerste editie (1996) zijn nieuwe onderzoeksgegevens verwerkt en enkele hoofdstukken toegespitst op specifieke minderheidsgroepen toegevoegd. Ongewijzigd is, dat de 22 bijdragen zich richten op de etnische minderheidsgroepen in de Verenigde Staten. Dat is helaas vaker het geval bij handboeken of overzichtswerken zoals het onderhavige boek. Alle auteurs op één medisch antropoloog na hebben een medische achtergrond.

Ethnicity and the dementias valt uiteen in vijf delen. Het eerste deel behandelt het risico op dementie onder etnische bevolkingsgroepen in de Verenigde Staten. Gwen Yeo geeft in een kort hoofdstuk aan dat daar nog weinig kennis over is. Uit de schaarse beschikbare studies komt naar voren dat er een verhoogd risico is voor de Afro-Americans, voor migranten uit de Dominicaanse republiek en Puerto Rico.

Het tweede deel gaat in op de beoordeling van dementie bij de verschillende bevolkingsgroepen. Na een overzicht van de stand van zaken worden zoals gebruikelijk in Amerikaanse handboeken de verschillende etnische bevolkingsgroepen behandeld: African-Americans, Asians, Hispanics en American Indians. Als het gaat om de beoordeling van cognitieve vermogens bij Afro-Amerikaanse patiënten zet Rita Hargrave vraagtekens bij de validiteit van de testen. Acculturatie is volgens haar een belangrijke psychosociale variabele die de score van ouderen uit etnische groepen bij het vaststellen van de ernst van de dementie beïnvloedt. Hoe minder aangepast aan de dominante cultuur, des te lager zijn de scores als het gaat om verbale en nonverbale vermogens, ook als leeftijd, sekse en opleidingsniveau verdisconteerd worden. Elders merken Lori Jervis, Munro Cullum en Spero Manson op dat het steeds duidelijker is dat de fenomenologie en de prevalentie van dementie bij etnische en culturele groepen verschillen. Zij pleiten onder meer voor meer aandacht voor de culturele fenomenologie van cognitieve beperkingen om de diagnostiek te verbeteren.

Na een kort overzicht van behandeling van dementie (deel drie) wordt in deel vier, dat het grootste deel van het boek omvat, ingegaan op het werken met de familie van dementerenden. De familie is immers een belangrijke bron van informatie over de patiënt en zijn beperkingen én speelt een centrale rol in de behandeling. Ook in dit deel komen de Amerikaanse etnische bevolkingsgroepen een voor een aan de beurt. Opvallend daarbij is dat ook een bijdrage is opgenomen over het werken met families van homoseksuele, biseksuele en transseksuele patiënten. Als het gaat om de Afro-Amerikaanse gemeenschap merken Peggye Dilworth-Anderson, Brent Gibson en Joan Detry Burke op dat de uitgebreide familie in de zorg voor dementerende ouderen een belangrijke rol speelt. Voor de mantelzorgers vloeit deze zorg voort uit wat zij

als culturele waarden en opvattingen zien. Daarnaast blijken religie en spiritualiteit belangrijke coping mechanismen die hun wortels hebben in de geschiedenis van deze bevolkingsgroep. De ‘zwarte’ kerkgenootschappen kunnen daarom een brug vormen naar de reguliere zorgvoorzieningen. Interventies dienen aandacht te hebben voor de culturele nuances in opvattingen over zorg en zorgpraktijken in de Afro-Amerikaanse gemeenschap. De auteurs spreken nadrukkelijk van culturele nuances om aan te geven dat er grote overeenkomsten zijn tussen etnische bevolkingsgroepen en het vooral gaat om kleine verschillen (culturele nuanceringen) in betekenisgeving. Voor de Afro-Amerikaanse gemeenschap gaat het vier zaken: sterk vast houden aan verwachtingen van de mantelzorg, hoge mate van religiositeit, grotere acceptatie van fysieke symptomen boven psychologische, en de specifieke betekenis die gegeven wordt aan dementie en vergeetachtigheid.

Het vijfde deel gaat in op *community partnership*. Het beschrijft verschillende strategieën om families van dementerenden te bereiken en hen te bewegen meer gebruikt te maken van voorzieningen. Ze beschrijven twee modellen: het interstatelijke *Dementia Care Networks* en een lokaal model uit San Francisco *Family Caregiver Alliance: Ethnic Outreach Program*. De auteurs sommen tien lessen die te trekken zijn uit de ervaringen met de modellen, zoals het aanstellen van tweetalige en biculturele medewerkers, het zorg dragen op alle niveaus voor trainingen in het omgaan met diversiteit, het gebruik maken van cultureel-passende instrumenten en materialen, en het inschakelen van *community partners*. Elizabeth Edgerley en Theresa Sullivan concluderen: “Partnering with community and grassroots organizations is key to creating successful programs for diverse caregivers of persons with dementia” (p. 375). Wezenlijk is het vermogen culturele verschillen in houding, opvattingen en waarden wat betreft dementia en zorg te appreciëren.

Ethnicity and the dementias gaat in op een actueel en in de nabije toekomst ook in Nederland pregnant probleem. Zo zal in de Verenigde Staten halverwege deze eeuw eenderde van de ouderen behoren tot een van de vier grootste etnische minderheidsgroepen. Ondanks het specifiek-Amerikaanse, enigszins encyclopedische karakter biedt het boek stof tot nadenken voor degenen die in Nederland betrokken zijn bij het ontwikkelen van cultuursensitieve zorg voor dementerende ouderen uit allochtone bevolkingsgroepen, zowel wat betreft de insteek als de aanpak van diagnostiek en behandeling. Het maakt in ieder geval duidelijk dat ook bij een hoofdzakelijk organische stoornis aandacht voor culturele en etnische diversiteit relevant is om passende en adequate zorg en ondersteuning te kunnen bieden.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Bavo-Europoort Rotterdam