

Boekbesprekingen

Tineke Abma & Jacqueline Broerse, *Zeggenschap in wetenschap: Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk*. Den Haag: LEMMA, 2007. 290 pp. €27,50. ISBN 90-5931463-4.

De patiëntenbeweging kan niet anders dan dit boek omarmen. *Zeggenschap in wetenschap* is een pleidooi voor participatie van patiënten niet alleen als gegevensbron, maar als gelijkwaardige partners voor kennisverwerving in alle onderzoeksfases: het liefst vanaf het ontwikkelen van de eerste prille ideeën tot en met het presenteren van het onderzoeksrapport. Dus onderzoek over, voor en mét de patiënt. Tineke Abma en Jacqueline Broerse ontwikkelden en beschreven de visie, randvoorwaarden en methode om dergelijk onderzoek te doen slagen.

Zeggenschap in wetenschap is overzichtelijk opgezet en goed leesbaar. Elk hoofdstuk is voorzien van boxen met informatie over de thema's en de opzet, alsook met vragen "voor de lezer met tijdgebrek". Wie dat wil, kan daardoor de wat ingewikkelde toelichting op uitgangspunten en visie in het eerste deel overslaan, waardoor het boek toegankelijk is voor een breed publiek.

In deel één worden de uitgangspunten, een stappenplan, methoden en technieken en samenwerking met patiëntpartners toegelicht. Ervan uitgaande dat kwalitatief en kwantitatief onderzoek elkaar kunnen aanvullen, beargumenteren Abma en Broerse waarom specifiek kwalitatief onderzoek belangrijk is als het gaat om de inbreng van ervaringskennis van patiënten. Ze ontwikkelden interactief een responsieve methode om patiëntenparticipatie van de grond te krijgen. In het boek beschrijven ze een aantal creatieve methoden die in de verschillende onderzoeksfases in te zetten zijn. Uitgangspunten zijn hermeneutische en constructivistische principes zoals de niet-eenduidige werkelijkheid, intersubjectiviteit, subjectieve waarneming en betekenisgeving. De uitgangspunten werken ze uit met behulp van een zesstappenplan. Beoogde doelen, activiteiten en aandachtspunten worden in een schema weergegeven. Aan de hand van voorbeelden laten ze zien hoe afhankelijk van de context bepaalde methoden zoals focusgroep, ontwerpatelier, verhalenworkshop of argumentatieboom in te zetten zijn. Met de geboden instrumenten hopen Abma en Broersma de voorwaarden te creëren om machtsverhoudingen gelijkwaardiger te maken en drempels te verwijderen.

Deel twee biedt voorbeelden van patiëntenparticipatie bij onderzoek volgens de gepresenteerde aanpak. Zo beschrijven de auteurs wat mee- en tegenviel bij het opstellen van een onderzoeksagenda voor het Nederlands Astma Fonds en voor mensen met een verstandelijke beperking, bij beleidsonderzoek naar doelmatig geneesmiddelengebruik en bij onderzoek naar dwang en drang in de psychiatrie. Uit de voorbeelden blijkt dat niet overal even makkelijk te werken is: hoe hoger de regionen, hoe moeilijker de samenwerking, zeker als er belangentegenstellingen en financiën in beeld

komen. Want, zoals de auteurs benadrukken, deze vorm van onderzoek kan alleen maar slagen, als alle partijen werkelijk bereid zijn gelijkwaardig met elkaar samen te werken en daar de voorwaarden voor te creëren. In die situatie moet een onderzoeker in staat zijn om de nodige voorwaarden te creëren. Dat lijkt in sommige gevallen – jammer genoeg – nog te hoog gegrepen en dan dreigen patiënten als Excuus-Truus gebruikt te worden. Wil het onderzoek slagen, dan is de inzet noodzakelijk van een goed getrainde en ervaren onderzoeker die zorgt dat aan de randvoorwaarden ook werkelijk voldaan wordt. Abma en Broerse geven aan dat het ook belangrijk is om de juiste ervaringsdeskundigen in te zetten. Patiëntenverenigingen verschillen echter aanzienlijk in grootte, middelen en organisatiestructuur.

Dat patiëntenparticipatie niet zomaar van de grond komt, is te lezen in de slotbeschouwing en discussie, waarbinnen barrières, ethische vragen, facilitering, training en betaling aan de orde komen. De auteurs zijn, net als ik, overtuigd van het belang van werkelijke participatie, hoe moeizaam dat proces ook nog is. Immers, alleen als er goede communicatie is, kunnen de doelen gehaald worden. Dat kost meer geld, energie en wederzijds leren.

Abma en Broerse willen vooroordelen en onwetendheid bij onderzoekers en andere partijen wegnemen en enthousiasme voor een gelijkwaardige samenwerking tussen patiënten en andere partijen in onderzoek stimuleren. *Zeggenschap in wetenschap* is een uitstekende poging de kloof tussen partijen te overbruggen door goede voorbeelden en win-win situaties te presenteren. Als ervaringsdeskundige met een sociaal-wetenschappelijke achtergrond hoop ik dat dergelijk onderzoek vaker opgezet wordt. Tijdens de studiemiddag ter gelegenheid van de presentatie van het boek pleitte Frans Nollet, revalidatiearts bij het AMC, voor een verschuiving van ‘gewoon niet doen’ naar ‘niet gewoon doen’. Ik wil pleiten voor ‘doen’: de methode is zorgvuldig genoeg en brengt de ervaringen van patiënten beter in beeld. Patiëntenparticipatie staat in de kinderschoenen. Het uitvoeren van de responsieve methode voedt ongetwijfeld discussies en biedt de gelegenheid instrumenten, methoden en technieken te ontwikkelen en te verfijnen. Wie Gerhard Nijhofs *Ziekenwerk* of Wouter Kusters’ *Pure waanzin* heeft gelezen, weet hoezeer patiëntervaringen de overtuigingskracht van onderzoek versterken. Onderzoek met patiënten als partners komt het *emic* gehalte van de bevindingen te goede. Dat is niet alleen in het belang van de patiënten, het leidt ook tot beter onderzoek.

Coleta Platenkamp,
socioloog en ervaringsdeskundige

Theda Borde & Matthias David (Hrsg.), *Migration und Psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2007. xx+212 pp. €25,90. ISBN 978-3-939304-44-0.

Migration und Psychische Gesundheit is het resultaat van een symposium over migratie en geestelijke gezondheid gehouden in 2006. De bundel begint met een nogal dissonerende bijdrage van David met medisch-historische opmerkingen over

het concept nostalgie. Het is een selectief, impressionistisch hoofdstuk dat slechts gedeeltelijk het thema van het boek raakt en daarmee de aansluiting mist met de overige bijdragen. Het hoofdstuk is niet meer dan een aaneenschakeling van citaten waaruit blijkt dat het thema 'heimwee' vanaf de zeventiende eeuw regelmatig in de Duitstalige literatuur opduikt. In het prettig leesbare hoofdstuk dat daarop volgt wijdt Han uit over de angst voor vreemden die door tal van migraties naar Duitsland steeds opnieuw wordt aangewakkerd. De schrijver normaliseert deze angst als een universeel verschijnsel dat eenieder eigen is. Men voelt zich snel bedreigd door mensen met een andere culturele achtergrond. Op zich is de angst zelf niet het probleem, maar wat mensen vervolgens met die angst doen: men gaat over tot vermijding en projecteert onvrede over tal van maatschappelijke problemen in de migrant. Hierdoor wordt deze een bedreiging voor de autochtone bevolking. Han ziet als oplossing: niet de angst uit de weg gaan of het benoemen ervan vermijden, maar juist de confrontatie ermee aangaan op individueel en vooral op maatschappelijk terrein. Men moet leren om constructief met xenofobie om te gaan. Hoe dat dan moet vertelt Han ons niet. Thomas doet dit in het daaropvolgende hoofdstuk wel. Hij houdt een interessant betoog over hoe men in Duitsland zou moeten komen tot een positief waarderingsconcept van de migrant (*Wertschätzungskultur*). Gepaard met het ontwikkelen van interculturele competenties bij de autochtone Duitse bevolking zal dit uiteindelijk leiden tot een harmonieuze integratie van verschillende culturen in Duitsland.

Waren in de bijdragen tot nu toe de autochtone Duitsers het centrale onderwerp, in de overige hoofdstukken verplaatst de aandacht zich naar de migranten. Er volgen bijdragen over voor- en nadelen van de psychosociale netwerken van migranten in Duitsland, over verslavingsproblematiek, over migranten die 'anders depressief' zijn dan autochtonen, zwangerschapsbraken, psychische problemen bij kinderen en jongeren als gevolg van migratie, over talige en culturele communicatieproblemen in psychotherapieën, cultuursensitieve hulpverlening en cultureel competent werken.

De bijdragen in de bundel maken duidelijk hoe weinig ontwikkeld de Duitse transculturele psychiatrie en hulpverlening nog is. Open deuren en gemeenschappen worden afgewisseld met oppervlakkigheden en 'oude' feiten en adviezen uit de Angelsaksische literatuur. De redacteuren schreven ook zelf al in hun inleiding dat de drie aanbevelingen die Von Riedesser in 1975 al deed over wat toen 'gastarbeiders' werden genoemd heden ten dage nog steeds geldig zijn: 1. er moet geld komen voor onderzoek naar psychopathologie en migratie, 2. het maatschappelijk werk en tolkensysteem moeten systematisch uitgebreid worden en 3. sociale spanningen tussen de migrant en de allochtoon moeten door maatregelen tegengegaan worden. De transculturele psychiatrie is in Duitsland nog steeds een randverschijnsel. Er zijn verhoudingsgewijs minder protagonisten actief dan Nederland. Gevolg is een slechts eilandsgewijs ontwikkelde interculturele hulpverlening, geen sterke onderzoekstraditie binnen de transculturele psychiatrie en matige symposia. De lezer die zich zelf een beeld wil vormen van de stand van zaken binnen de Duitse transculturele psychiatrie en hulpverlening, zou het boek kunnen aanschaffen. De lezer die de

internationale literatuur op het vakgebied enigszins bijhoudt, zal er weinig nieuws in vinden.

Mario Braakman, psychiater en antropoloog
De Gelderse Roos, Wolfheze

Cécile Boot, Frans Meijman & Peter Vonk (red.), *Water! als medicijn*. Diemen: Veen, 2007. 239 pp. € 24.95. ISBN 978-90-8571079-0.

Hoewel water als medicijn een traditie kent van duizenden jaren, is de benadering van water als medicijn in deze publicatie bijzonder origineel. De medische verworvenheden zijn immers zo vertechnologiseerd dat we er zelden bij stilstaan dat water een onschuldig middel is inzetbaar tegen de meest uiteenlopende kwalen.

Water! als medicijn besteedt aandacht aan de heilzame werking van allerlei aan water gerelateerde medische praktijken zoals waterbaden, waterkuren, stoombaden, water snuiven en ijscompressen. Daarnaast geeft het een verklaring voor de medicinale werking van water of voor het geloof dat daaraan verbonden is. De werking, de effectiviteit en de neveneffecten van het gebruik van water of vormen van water bij allerlei kwalen worden achtereenvolgens ter sprake gebracht, van het drinken van water in geval van obstipatie of diarree tot het baden in warm water in geval van hartfalen of anale aandoeningen. Ook preventief gebruik van water komt ter sprake. Zo blijkt 'water tegen de kater' effectief te werken, al was het maar omdat water drinken bij de wijn de alcoholconsumptie beperkt. Duidelijk wordt dat volkswijsheid en door wetenschappelijk onderzoek onderbouwde effectiviteit van waterpraktijken dooreenlopen. De beschrijvingen van de medicinale werking van water worden afgewisseld met persoonlijke verhalen over vaak originele toepassingen van deze inzichten. Ex-topjudoka Jessica Gal vertelt bijvoorbeeld hoe ze net voor een wedstrijd door een eigen bedachte 'zweetkuur' in een heet bad de laatste pondjes kwijtraakte om in de categorie tot 57 kilo uit te mogen komen.

De historische beschouwing over water in de geneeskunde en over de medicinale effecten van baden in water schept verwondering over de talrijke en diepgewortelde tradities om water te gebruiken in de geneeskunde. Bekend zijn vanzelfsprekend de Romeinse badcultuur of de badkuren in de psychiatrie. De oorsprong en de evolutie van de Duitse hydro- en balneotherapie komt hier uitvoerig ter sprake. Zo leren we dat Sebastian Kneipp, de man van de potjes en flesjes in de drogisterij, een belangrijke rol speelde in het streven naar wetenschappelijke erkenning van de water- en kruidenkuur. Bijzondere aandacht is er voor de moeizame weg naar erkenning van de hydro- en balneotherapie in Nederland in de negentiende en begin twintigste eeuw.

Naast medische en historische benaderingen bevat het boek ook een beschouwend antropologisch essay over culturele gebruiken en tradities van water als medicijn. In het hoofdstuk getiteld *Bevangen door water* laat Nick Verouden proeven van de talrijke verhalen die door de tijden en in diverse culturen betekenis hebben geven aan water als een medische praktijk. Religieuze en literaire teksten, mythes, legendes en films interpreteert hij als 'waterverhalen'. Allerhande alledaagse gebruiken

van water in diverse culturen plaatst Verouden binnen een medische context. De voortreffelijke interpretatie van de meest uiteenlopende waterpraktijken illustreert dat een medische context nooit op zichzelf staat, maar ingebed is in een samenleving, in een cultuur die aan water telkens weer andere betekenissen toekent. Hoewel water in de medische praktijk veelvuldig wordt gebruikt, kan de medicinale werking van water binnen de medische wetenschap op weinig erkenning rekenen. Water blijft er in de marge staan. Tegelijkertijd getuigt het essay van Verouden hoe een medische betekenisgeving aan water door mensen met diverse kwalen uit verschillende tijden en culturen een bijzonder helend middel is. Dat is niet zozeer, omdat water zo effectief is in de bestrijding van ziekte, maar omdat ziekte bestrijden net zozeer gebonden is aan symbolen, culturele gebruiken en geloof, iets waarbij water een essentiële rol speelt.

Water! als medicijn illustreert hoe ziek en gezond zijn veel meer is dan in wetenschappelijke inzichten kan worden gedacht. Dat, zo blijkt, is de kracht van water als medicijn voor lijf en ziel. Het is een boek dat zich laat lezen als water zelf: het is een vloeïend, bij tijden sprankelend betoog. Vanuit verschillende benaderingen – historisch, medisch en antropologisch – worden de vele facetten van medicinaal gebruik van water belicht in even zovele vormen: essays, getuigenissen, interviews, poëzie, uitingen van volksgeloof en vooral veel afbeeldingen. Het is daarom niet alleen een leesboek, informatief en reflectief. Het is evenzeer een kijkboek voorzien van prachtige afbeeldingen en met tussenteksten, kaderteksten en gedichten. Die diversiteit is aantrekkelijk, ware het niet dat de drukke lay-out van het boek de leesbaarheid van de beschouwende stukken niet bevordert.

Water! als medicijn richt zich tot een breed publiek. Voor wie meer zoekt, is er een uitvoerige verantwoording en een notenapparaat. Het toont aan hoe een medisch onderwerp als de medicinale werking van water toegankelijk kan zijn voor iedereen, zonder afbreuk te doen aan wetenschappelijke grondigheid.

Sofie Vandamme, sociaal wetenschapper
Erasmus Universiteit, Rotterdam

Christian Bröer, *Beleid vormt Overlast. Hoe beleidsdiscoursen de beleving van geluid bepalen*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Aksant, 2006. 272 pp. €29,90. ISBN 978-90-5260-235-6.

Hoe ontstaat geluidsoverlast van vliegtuigen? Met deze probleemstelling distantieert Christian Bröer zich van de traditionele statistische analyses die de mate van overlast uitsluitend aan het aantal geproduceerde decibels koppelen. Dergelijke studies verklaren niet waarom hetzelfde geluid veertig jaar geleden als acceptabel werd beschouwd, terwijl het nu overlast heet. Bröer stelde de beleving en betekenisgeving van geluid door de bevolking centraal als ook het politiek beleid ten aanzien van geluid en zocht naar andere verklaringen voor geluidshinder dan het geluid alleen. Zijn conclusie zal zowel beleidsmakers als omwonenden en activisten hard gevallen zijn.

Perceptie van geluid verschilt van tijd en plaats. De studie maakt een vergelijking tussen Amsterdam Schiphol en Zürich Kloten vanuit een historisch perspectief. Uit beide casussen blijkt, dat het beleid om geluidsoverlast te voorkomen in belangrijke mate geluidsoverlast dicteert. Immers, beleidsmakers scheppen niet alleen de manieren en mogelijkheden om op het beleid te reageren, maar bepalen ook de taal, het discours, waarin men reacties moet formuleren. Bröers zorgvuldige discoursanalyse van interviews, klachten, ingezonden brieven en inspraak laat overtuigend zien, hoe mensen in beide gevallen hun reacties voornamelijk formuleren aan de hand van het vocabulaire, metafoorgebruik en argumentatie waarvan beleidsmakers zich bedienen. Zo ontstaat een wisselwerking tussen persoonlijke hinder en publieke kwesties die Bröer omschrijft als 'discursieve resonantie,' de weerklank van een verinnerlijkt overheidsbeleid. In feite, zo stelt hij, creëren beleidsmakers daarmee zelf de problemen die ze doorgaans menen te moeten oplossen.

De discursieve resonantie is zowel in het geval van Schiphol als van Kloten te zien. Het verschil uit zich in de discourses die de beleidsstructuren met betrekking tot geluid en geluidshinder reflecteren. In Nederland hanteert men een planologisch en milieuvetoog, waarin geluidsoverlast een ruimtelijke betekenis krijgt. De overheid bepaalt de grenzen van het aanvaardbare in een bepaald gebied. Politici, wetenschappers en activisten zien het als hun verantwoordelijkheid die zelfgestelde normen te handhaven. Het Zwitserse discours richt zich daarentegen op geluidsoverlast als een bedreiging voor de lokale leefomgeving. Hier gaat de politiek niet over beheersbaarheid, maar over een consensus over de verdeling van hinder die als onoverkomelijk wordt aanvaard. De Zwitserse bevolking heeft inspraak in de aantallen vliegtuigen en aanvliegeroutes via inspraakorganen en referenda. In Nederland worden klachten verzameld en vervolgens onafhankelijk van de klager behandeld.

Hoe meer mogelijkheden tot klagen, des te meer klachten er binnen komen. Hoe meer referenda, des te meer onvrede. De conclusie klinkt zo vanzelfsprekend, dat de lezer zich afvraagt waarom beleidsmakers zelf hun self-fulfilling prophecy niet voorzien. Hierin ligt echter nu eenmaal de kracht en relevantie van goed sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Voor de omwonenden, stemmers en klagers, verduidelijkt de sociaal-politieke hypochondrie, waar ze met deze studie feitelijk van beticht worden, hun machteloosheid. Enerzijds wordt hinder gerationaliseerd. Het zijn de experts die geluidsoverlast definiëren en de politieke maatregelen tot beheersbaarheid formuleren. Wat de bevolking als aanvaardbaar vindt, staat niet op hun programma. Anderzijds emotionaliseren beleidsmakers hinder wel, namelijk door mensen te attenderen op de consequenties van geluid, betrokkenheid te vragen en bescherming en zelfbeschikking te beloven. De emotionele betrokkenheid beperkt zich daarmee tot de tekortkomingen van de overheid om haar beloftes waar te maken.

De studie laat de vraag wat de persoonlijke betekenis van geluidsoverlast is en wat de wezenlijke gevolgen ervan zijn in het dagelijks leven van omwonenden onbeantwoord. Dit valt Bröer niet te verwijten. Zijn studie vraagt om een vervolgonderzoek van antropologische aard. Echter, de auteur had hier wel een voorschot op kunnen nemen, vooral door een zintuiglijke benadering van geluid serieuzer

te nemen. Bröer beweert dat zijn onderzoek niet aansluit bij de in opkomst zijnde 'sound studies' en de groeiende belangstelling voor zintuiglijke waarneming in het algemeen en geluid in het bijzonder, hierbij verwijzend naar een werk van Howes. Als hij ook nog vervolgt, dat zijn focus niet het geluid zelf betreft, maar de politiek-sociologische processen van betekenisgeving, is wel duidelijk dat hij niet op de hoogte is van 'sensuous scholarship' gedurende de laatste twintig jaar. Allereerst beperkt deze zich niet alleen tot de bronnen van zintuiglijke waarneming, maar stelt juist beleving en betekenisgeving in culturele en sociale context centraal. Ten tweede is Howes' *Sensual relations* (2005), met etnografisch materiaal uit Papua Nieuw-Guinea en Oceanië vanuit een synesthetisch perspectief, niet het meest voor de hand liggende werk om naar te verwijzen. Het enige andere zintuiglijk georiënteerde werk, dat Bröer opvoert, is Murray Schafers vervolg op zijn eerdere *The music of the environment* (1973). De nostalgie waarmee deze zich beklagt over de overmaat van door mensen geproduceerd geluid, de vervreemding en onttovering, laat zich raden. Met deze twee referenties wekt Bröer de suggestie, dat zintuiglijk onderzoek nog slechts exotisch dan wel nostalgisch pionierswerk is. Dit is niet alleen onterecht – men leze de bundel *Hearing cultures: Essays on sound, listening and modernity* (Erlmann 2004) – maar ook een gemiste kans. Naar verluidt werkt Bröer aan een Engelstalige publicatie met daarin ook een Britse casus. Hierin zal hij meer 'sensuous scholarship' kunnen tonen, waardoor zijn studie ook een waardevolle bijdrage kan leveren aan theoretische discussies die vanuit zintuiglijke benaderingen gevoerd worden. Want alle academische scepsis hier te lande ten spijt, internationaal zijn de zintuigen 'booming'.

Yolanda van Ede, antropoloog
Sociologie & Antropologie, Universiteit van Amsterdam

Els van Dongen & Ruth Kutalek (eds.) *Facing distress. Distance and proximity in times of illness*. Münster: Lit Verlag, 2007. 176 pp. €14,90. ISBN 3-8258-0171-7.

Werkend aan een bijdrage over de sociale relaties in evaluatieonderzoek voor een handboek, doordacht ik het thema afstand en betrokkenheid in relaties tussen de onderzochte belanghebbenden, maar ook in de relatie tussen de onderzoeker en onderzochten. Ik ontdekte dat de sociale relaties tussen onderzochten als object van studie in de evaluatieliteratuur relatief uitvoerig aan bod komen. De kwaliteit van de onderlinge relaties en sociale processen (leiderschap en charisma, macht en conflict, communicatie en besluitvorming enzovoort) worden gezien als mede bepalend voor de kwaliteit en het succes van een programma of praktijk. Dergelijke relaties zijn dan ook onderwerp van onderzoek in procesevaluaties. De relatie tussen de evalueerder en onderzochten is veel minder beschreven, terwijl die vanuit normatief oogpunt juist zo belangrijk is. Deze relatie bepaalt immers welke waarden in het onderzoek worden benadrukt (nabijheid, respect, betrokkenheid of hiërarchie en afstand) en is medebepalend voor de geproduceerde kennis.

Gezien mijn belangstelling voor de relaties in onderzoek en de normatieve aspecten daarvan, sprak de titel van de bundel me onmiddellijk aan. Hoe gaan medisch antropologen met deze kwesties om? Voor welke uitdagingen zien zij zich geplaatst? In acht hoofdstukken belichten auteurs uit verschillende landen vragen rond afstand en betrokkenheid in hun onderzoek en in de medische praktijk. Tal van kwesties komen aan de orde. Een aantal wil ik belichten om potentiële lezers een indruk te geven van het boek.

Een eerste herkenbare observatie lees ik al in de introductie: "It is not the anthropologist who determines her place on the continuum of distance and proximity; it is the other or the situation that allows to be proximate or distanced". En even verder: "A doctor or anthropologist may believe proximity is necessary, but the other can disagree." De citaten geven aan dat afstand en betrokkenheid in een relatie met onderzochten altijd het product is van een interactie tussen partijen in een bepaalde context. Dit wordt mijns inziens nogal eens vergeten. Betrokkenheid en het zoeken van toenadering tot onderzochten in kwetsbare posities, bijvoorbeeld psychiatrische patiënten, wordt dan uitgelegd als een vorm van paternalisme of overmacht die de hiërarchie in stand houdt. Mijn ervaring is namelijk dat patiënten heel goed weten of een toenadering voortkomt uit oprechte belangstelling en een idee van gelijkwaardigheid dan wel vanuit een knieval die hen klein houdt. Een paar hoofdstukken later laat Els van Dongen zien dat afstand en betrokkenheid geen nette controleerbare processen zijn. Toenadering in onderzoek naar verhalen van ouderen in Zuid Afrika werd bemoeilijkt door geweld en onveiligheid in de townships, door noodzakelijke onderwijswerkzaamheden op de universiteit en door de commodificatie van ouderdom. Waarop Van Dongen verzucht: Is nabijheid nog wel mogelijk?

Nog een mooie, herkenbare ervaring beschrijft Sylvie Fainzang. Zij vertelt over onderzoek naar polygamie onder Afrikaanse vluchtelingen in Parijs. In dat onderzoek moest ze continu heen en weer bewegen tussen de partijen: vrouwen en mannen. Ze vraagt zich af of het wel mogelijk is om een empathische relatie op te bouwen met de participanten in een conflict. Ze ondervond dat het lastig was om een vertrouwensrelatie te hebben met de man, als zij door de familie werd gezien als de 'vriendin' van de vrouw, dus als degene die partij koos in het conflict. Ondanks deze ervaring pleit de auteur voor een multiple partijdigheid: "In rigorous ethnological practice researchers should be able to feel empathy for different individuals in different situations." Empathie ziet zij als een emotioneel vereiste om tot een verstandelijke duiding van ervaringen van anderen te komen. Empathisch begrip vereist niet dat de onderzoeker dezelfde ervaringen heeft, aldus Fainzang. Wel moet de onderzoeker over de kunst tot verbeelding beschikken: je moet in de situatie van de ander kunnen verplaatsen. Hermeneutische imaginatie is mijns inziens te zien als een belangrijke morele deugd van onderzoekers.

Facing distress illustreert hoe zorgvuldig en gedetailleerd antropologen over kwesties van afstand en betrokkenheid in de relatie tussen onderzochte en onderzoeker hebben nagedacht. Dat is veel meer het geval dan in de literatuur van evaluatie-onderzoek is gereflecteerd op de sociale relaties in onderzoek en de normatieve implicaties ervan. Vanuit dat oogpunt zou verdere verspreiding van de inzichten uit het boek wenselijk

zijn. Deze disseminatie vraagt wel om een wat toegankelijker en minder op het veld van de antropologie gerichte publicatie.

Tineke Abma
Health, Ethics and Society/School for Public Health and Primary Care
Universiteit Maastricht

Anouka van Eerdewijk, *The ABC of unsafe sex. Gendered sexualities of young people in Dakar (Senegal)*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2007. 287 pp. ISBN 90-9021515-8.

In haar proefschrift *The ABC of unsafe sex* laat antropologe Anouka van Eerdewijk zien hoe jongeren in Dakar, Senegal vorm geven aan hun seksuele identiteit en gedrag. Zo wil ze begrijpen waarom deze jongeren al dan niet veilig vrijen. De titel van het boek verwijst naar de bekende ABC-strategie ter promotie van veilige seks: onthouding (Abstinence), trouw (Being faithful) en condoomgebruik (Condom use). Volgens Van Eerdewijk legt deze strategie teveel de nadruk op de medische risico's en op het individuele karakter van seks en sluit ze niet aan bij de leefwereld van Afrikaanse jongeren. Door te praten met ongetrouwde jongens en meiden leerde ze dat jongeren de elementen van het ABC vaak anders interpreteren dan bedoeld. Als onder seks alleen vaginale penetratie wordt verstaan, zijn andere vormen van seksueel contact (die soms minstens zoveel risico voor een geslachtsziekte opleveren) wel toegestaan. Evenzo, wie weet dat condooms geslachtsziekten en zwangerschap voorkomen, zal ze nog niet automatisch gebruiken, bijvoorbeeld vanwege de associatie met afkeurenswaardig gedrag.

Het ABC past vaak slecht in het leven van jongens en meiden in Dakar. Dat heeft te maken met de manier waarop ongetrouwde mannen en vrouwen leven en geacht worden te leven. Van Eerdewijk sprak jongens en meiden afzonderlijk en plaatst hun verhalen in de context van culturele betekenissen van adolescentie en van het seksuele gedrag in deze tussenfase. Pas als je getrouwd bent, ben je volwassen en alleen volwassenen mogen seks hebben. Volwassen worden betekent in Dakar echter voor jongens iets heel anders dan voor meiden. Niet als maagd het huwelijk ingaan is voor de eersten een stuk minder problematisch. Voor jongens is seks juist *de* manier om hun mannelijkheid te bewijzen. Tegelijk moeten ze echter 'serieus' zijn, zodat ze wel interessante huwelijkskandidaten zijn. Bij beide identiteiten hoort een ander type meisje: 'makkelijke meisjes' aan de ene kant en de 'echte vriendin' aan de andere. Meiden hanteren vergelijkbare typeringen, maar die geven hun in de praktijk veel minder handelingsmogelijkheden. Voor meiden is het veel minder geaccepteerd om over seks te praten, laat staan om ervoor uit te komen dat je eraan doet. De norm van maagdelijkheid is voor hen veel dwingender.

Behalve dat het ABC van veilige seks voor velerlei uitleg vatbaar is, worden de handelingsmogelijkheden voor jongeren in hoge mate bepaald door de identiteit van jongens en meiden, die Van Eerdewijk beschrijft in termen van performatieve betekenissen van mannelijkheid, vrouwelijkheid en seksualiteit. De betekenissen maken

het jongeren vaak moeilijk zich aan het ABC te houden. Meiden hebben bijvoorbeeld weinig mogelijkheden om te onderhandelen over condoomgebruik en onthouding staat voor jongens op gespannen voet met hun identiteit van potente man.

Van Eerdewijk behandelt het thema van veilige seks vanuit haar analyse van seksualiteit in relatie tot adolescentie en gender. Veel analyses van Afrikaanse seksualiteit nemen dat thema juist vaak als uitgangspunt. Zij doet met haar benadering veel meer recht aan de ervaringen van de betrokken jongeren en die lijkt daarom ook kansrijker ten aanzien van voorlichting en preventie van geslachtsziekten en ongewenste zwangerschap. Het voordeel van haar analyse ten opzichte van dominante lezingen van AIDS in Afrika als een gevolg van culturele barrières en schadelijke culturele praktijken, is dat zij een dynamisch cultuurbegrip hanteert.

Toch kent haar benadering ook een belangrijke beperking die juist met het oog op preventie problematisch kan zijn. Wanneer zij de jongeren aan het woord laat en hun uitspraken analyseert, gaat het behalve over normen en betekenissen vooral ook over emoties, fysieke gevoelens en materiële behoeften. Voor die aspecten is in haar conceptuele kader van interpretatie en betekenisgeving weinig ruimte. Ze legt wel verbanden tussen de verhalen van jongeren en hun omgeving en leefwereld zoals ze die ook via observaties en statistieken leert kennen, maar in plaats van deze te gebruiken om te laten zien hoe gender en seksualiteit vorm krijgen in de praktijk van het dagelijks leven, poneert zij een nogal eenzijdig discursieve notie van performativiteit. Dat wreekt zich vooral als ze probeert het handelingsvermogen (*agency*) van jongens en meiden inzichtelijk te maken. In haar gesprekken met jongeren wordt vrij openlijk gesproken over geld en cadeaus in de context van liefdes- en seksuele relaties die niet gemakkelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Wat niet echt duidelijk wordt, is in hoeverre vooral meiden afhankelijk (kunnen) zijn van de materiële kant van hun relaties met jongens. Iets dergelijks gebeurt ook, wanneer Van Eerdewijk betoogt dat het aspect van plezier en genot in de verhalen van meiden over seksualiteit weliswaar niet voorkomt, maar in hun dagelijks leven wel degelijk een rol lijkt te spelen, bijvoorbeeld in de manier waarop zij zich kleden en uitdrukken.

Door de *agency* van jongeren te beschrijven in termen van betekenis, doet Van Eerdewijk in haar analyse te weinig recht aan de sociaal-materiële netwerken waarvan jongeren deel uitmaken en aan hun emotionele en lichamelijke ervaringen, die universeler zijn dan zij suggereert. Geen condoom gebruiken, omdat het geklungel met zo'n ding het imago van ervaren minnaar geen goed doet, bijvoorbeeld, zal ook veel jongeren buiten Senegal bekend voorkomen. Meer in het algemeen geldt dat voor de besluiteloosheid die Van Eerdewijk beschrijft. Seks staat wel vaker op gespannen voet met bewust kiezen. Ook in Nederland leidt dat vaak tot onveilig vrijen.

Het verband tussen de beschreven praktijken en het conceptuele kader van Van Eerdewijk is dus nogal vrijblijvend. Ze beweert wel dat de dynamiek van betekenisgeving juist ook openingen biedt om gedragsverandering te bevorderen, maar slaagt er niet in duidelijk te maken hoe dat dan zou kunnen. Haar conclusie is nu dat veilig vrijen niet los te zien is van constructies van gender en seksualiteit die deel uitmaken van een culturele dynamiek. Dat mag een belangrijke aanvulling zijn op dominante vertogen uit

de medische en gedragswetenschappelijke hoek, voor antropologen is het een weinig opzienbarende conclusie. Haar zeldzaam intieme, openhartige en daardoor verhelderende ontmoetingen met jongens en meiden in Dakar maken *The ABC of unsafe sex* echter tot een zeer geslaagde proeve van antropologische bekwaamheid.

Maud Radstake, cultureel antropoloog
Centre for Society and Genomics, Nijmegen

David Engelhard (red.), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos, 2007. 116 pp. €15,00.
ISBN 978-90-75955-61-3.

Onderzoek in Nederland naar de relatie tussen etniciteit, cultuur en gezondheid richt zich vooral op de grote 'klassieke' minderheden, met name de Turkse, Marokkaanse, Surinaamse migranten. Het afgelopen decennium is echter een niet aflatende stroom van publicaties verschenen over de gezondheid en zorgconsumptie van vluchtelingen en asielzoekers, waaronder een aantal proefschriften. Deze bundel brengt enige orde in de veelheid van onderzoeksgegevens en presenteert, zoals de titel al aangeeft, in een reeks korte bijdragen de feiten. 'Wat weten we', is daarin de centrale vraag, en niet zozeer de vraag 'Hoe is het te verklaren'. Omdat niet ingegaan wordt op de validiteit van de meetinstrumenten, blijft de vraag in hoeverre 'de feiten' wel feiten zijn. De ervaren gezondheid van vluchtelingen en asielzoekers is slechter dan van de autochtone bevolking en beter dan van Turkse en Marokkaanse migranten, maar is wel hetzelfde gemeten? Beleidsmatig interessant is het gegeven dat het voltooiën van een integratiecursus, het aanhangen van westerse opvattingen en contact met autochtonen, alle gezien als kenmerken van integratie, geen aantoonbaar effect hebben op de ervaren gezondheid van vluchtelingen. Sociaal-economische integratie en taalvaardigheid hebben dat daarentegen wel evenals de aanwezigheid van directe familie in de nabijheid. Bijzondere aandacht is er voor specifieke onderwerpen zoals vrouwenbesnijdenis, de positie van illegalen en onverzekerden en de gezondheid van ouderen. De onderzoeksgegevens tonen nog eens aan dat als gevolg van specifieke stressfactoren die met de vlucht samenhangen, de gezondheid van vluchtelingen en asielzoekers onder druk staat. Behalve onderzoeksgegevens bevat het boek ook begripsomschrijvingen, recente demografische en sociaal-economische gegevens en een resumé van de theorievorming wat betreft de relatie tussen migratie en gezondheid.

Met kennis van feiten biedt hulpverleners een handzaam overzicht van de stand van zaken in het onderzoek naar de gezondheidstoestand en zorggebruik van vluchtelingen en asielzoekers. Voor wie zich snel een beeld wil vormen een uitkomst.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Bavo Europoort/LUMC

Nicholas Eschenbruch, *Nursing stories. Life and death in a German hospice*. New York: Berghahn Books, 2007. 135 pages. \$75.00 (hard cover). ISBN 1-84545-151-1.

Death in our Western society is often described in terms of fear and 'loosing a fight'; nonetheless, there is a widespread wish of dying peacefully in the midst of one's family and friends. The process of dying can take days, weeks or even months depending on the kind of disease or the individual's condition. Death often takes place in hospitals and nursing homes, and is associated with biomedical technologies and interventions as well tacit or expressed expectations and wishes of patients, caregivers and families. As an alternative to this increasingly clinical process, the hospice movement originated in the 1960s in the United Kingdom and the United States of America, and aimed at providing a physical, social and personal space to the terminally ill persons and their families.

Nicholas Eschenbruch offers in *Nursing stories* an insight into a German hospice and lets readers follow its daily activities, introducing them both to patients and nurses. The diagnosis of a terminal disease and the perspective of an approaching death are followed by the wish of the caregivers and most patients to make the remainder of life worth living. The focus of the book is on the attempts of the nursing staff to create and arrange positive life experiences for the patients (clients) and to give meaning to activities and nursing situations. Within the frame of the experiences at a hospice, the author applies theories by Carrinther (the role of narratives), Mattingly (therapeutic emplotment) and Fernandez (metaphoric predication) to analyse what he observes and experiences.

The book is structured in six chapters. After defining the concepts of death, dying and hospice, the research process and methods are explained. The following two chapters illustrate and analyse day-to-day hospice care and narrative approaches to hospice life. The more theoretical parts in these chapters explain the underlying aims, feelings and motives of the nurses working on this hospice ward supported by examples and details from the author's own work-experience. Chapter 5 focuses on arrangements and patterns surrounding death at the hospice based on nurses' experiences. The final chapter provides the reader with ethnographic and theoretical conclusions. Eschenbruch's analysis suggests that, by forming an alternative to nursing homes and hospital wards, the hospice aims at creating positive experiences for the patients in the face of 'fading life'. He shows how different definitions of the hospice situation lead to various actions and goals in caring for the dying. In comparison to hospitals and nursing homes that symbolise medicine, technology and strict structures, the hospice is presented as a realm of freedom and individualised approach. The work in the hospice aims to synchronise the biological and social death of a terminally ill person and create space for moments of life and meaningful social interaction.

Eschenbruch decided to choose the role of an involved and participating researcher. The fieldwork consisted of three periods, each of two months, in which he collected data at the hospice; his role was (re-)negotiated several times and ranged from full participant as assistant nurse to more distant observer conducting interviews. The data are diary excerpts written down in rough German and translated into equally rudimentary English, suggestive of 'being there'. This very personal approach raises several

questions. No doubt, Eschenbruch 'has been there', but a deep and critical understanding of the nurses' point of view is missing. Nurses are moved to the sideline, while patients figure purely as research examples. He himself, his role, "my dealings" and afterthoughts form the centre of his writing, as well as the starting point of his analysis. By creating this ego-document, the 'how' and 'why' of the nurses' actions remain hidden. Even the part on 'success and failure of hospital nurses' (in chapter 3) lacks reported conversations, convictions or discussions by the nursing staff itself. As stated in his introduction, he defines his ethnography as "linking personal experiences of the minute details of everyday life with analytical tools and theoretical concepts" (p vii). This book provides the reader indeed with a broad range of personal experiences and reflections. If more actors had been given voice, the promise of the title *Nursing stories* could have been better achieved and their plots richer.

With more hospices being established, we can hope that additional research will be conducted there, supplementing the growing literature on hospital ethnography. This can lead to a deeper understanding and positioning of death and dying in our society.

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

Jelly van Essen & Julia Bala, *Als glas in lood. Integratieve behandeling van vluchtelingenkinderen en -gezinnen*. Utrecht: Stichting Pharos, 2007. 186 pp. €24,50. ISBN 978-90-75955-54-5.

De auteurs van *Als glas in lood* hebben hun sporen al ruimschoots verdiend in de hulpverlening aan vluchtelingen. Ze beschrijven het zoeken naar aangepaste integratieve behandelmethoden die het toelaten om levensloop en gezinscyclus bij vluchtelingen te beschermen tegen de onvermijdelijke cumulatieve stress die de gedwongen migratie met zich meebrengt. Dat de auteurs daarbij uitvoerig oog hebben voor gezinssystemen, ontwikkelingstrajecten van kinderen en specifieke opvoedingstaken van ouders maakt het boek extra waardevol.

Jelly van Essen en Julia Bala waren jarenlang werkzaam bij Pharos en werken nu bij Centrum '45/De Vonk te Amsterdam. In eerder werk hebben ze de hulpverlening aan vluchtelingen beschreven vanuit de metafoer van het weven van een tapijt, in *Als glas in lood* doen ze dit vanuit het beeld van de glazenier. Gedwongen migratie doet allerlei kleurrijke en potentieel creatieve aspecten van het leven uit elkaar vallen. De gekleurde glazen vormen de stukken van een complexe puzzel. Ze vormen geen geheel meer. De therapeutische kunst bestaat er bij vluchtelingen in die glazen weer te integreren binnen een nieuw kader. Dat kader wordt voorgesteld als een loden raamwerk waarin de glasraampjes opnieuw samen horen en ondersteund worden. De fragmenten vormen een unieke nieuwe constellatie binnen het kader dat in hun leven na de vlucht geleidelijk heropgebouwd wordt. De glazenier-therapeut heeft dan een belangrijke hulpverlenende taak verricht. Om hem daarbij te helpen biedt het boek uiterst boeiende handvatten, zowel theoretisch als praktisch.

Als glas in lood bestaat uit elf hoofdstukken. In het eerste worden de ervaringen van vluchtelingen beschreven: het verlies van basisvertrouwen, de traumatisering, de ontworteling, het wachten in een onzekere situatie, het zoeken naar een nieuw evenwicht. Interessant is ook hoe ‘ontvangst en opvang’ in de nieuwe situatie het vluchtelingengezin vooruit helpen denken. Deze therapeutische basisvaardigheid – het kunnen opvangen en verwelkomen van vluchtelingen – blijkt uiterst therapeutisch en preventief.

In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe hulpverleners kunnen bijdragen tot de ervaring van zich welkom voelen. De auteurs beschrijven ook hoe men van daaruit kan helpen om het gestrande gezin weer vlot te trekken en wegen naar een andere toekomst denkbaar te maken. Dat is nodig zelfs wanneer vluchtelingen daar nog maar nauwelijks aan toe zijn. In dit hoofdstuk is de parallelle aandacht voor een gezins- en een ontwikkelingsperspectief zeer evenwichtig. Belangrijke begrippen uit beide denkkaders komen hier aan bod zoals veerkracht, kwetsbaarheid, *empowerment* van het gezin, gezinsstructuren, loyaliteiten.

Hoofdstuk 3 gaat in op de vraag waaruit kwetsbaarheid bij vluchtelingen bestaat: stress als ontwikkelingsinterferentie. Omdat bij gedwongen migratie voor alle gezinsleden sprake is van cumulatieve stress valt de mogelijkheid weg dat een ander gezinslid een beschermende rol zou opnemen. Alle gezinsleden zijn daardoor op zichzelf teruggeworpen. Cumulatieve stress werkt ook als een sluipend gif dat de ontwikkeling van ouders en kinderen belemmert. De traumatisering door cumulatieve stress wordt goed geïllustreerd; de leeftijdsspecifieke vormen van stressreacties helder in schema gebracht.

In hoofdstuk 4 wordt het ouderperspectief beschreven: de effecten van cumulatieve stress op ouderschapskwaliteit, gezinsstructuur, intrafamiliale grenzen en communicatie, emotionele beschikbaarheid en sensitiviteit. Een pittig extraatje is de beschrijving hoe kinderen van diverse leeftijden de problemen van hun ouders symboliseren in verhalen, tekeningen of dromen.

Hoofdstuk 5 beschrijft typische aanpassingsreacties van vluchtelingen: de verdooving, de slachtofferstijl, het vechten, het zich geslaagd voelen, idealiseren en devalueren, kangoeroegezinnen (erg afgeschermd), koekoeksgezinnen (veel assimilatie), kameleongezinnen (aanpassen aan beide culturen waardoor op termijn een onzekere identiteit ontstaat).

In hoofdstuk 6 geven de auteurs aan hoe de hulpverlener bij vluchtelingen de taak heeft een complex raadsel te ontwarren in de fase van intake, diagnostiek, relatieopbouw. Belangrijk is onder meer het respect voor verdedigingsmechanismen die helpen om de ergste pijn op afstand te houden. Men dient verder zicht te krijgen op copingstrategieën die op termijn vruchtbare alternatieven mogelijk maken.

In hoofdstuk 7 wordt aangehaald wat er gebeurt wanneer het gezin in begeleiding door de bomen het bos weer kan zien en een zekere stabiliteit terugvindt. Het krijgen van adequate informatie en het herwinnen van het gevoel van controle over het leven zijn belangrijke voorwaarden om dieperliggende angsten toe te laten en ontstane problemen aan te pakken. Van Essen en Bala beschrijven ook het proces van parentificatie in vluchtelingengezinnen en het therapeutische werk om grenzen in het gezin te herstellen. Ook worden geleidelijk nieuwe perspectieven van participatie aan de

breder samenleving toegelaten. Om die mogelijkheden te baat te nemen moeten wel een aantal zeer pijnlijke aspecten uit het verleden een plaats krijgen.

Hoofdstuk 8 gaat over de opheldering van de levensgeschiedenis, het opheffen van familiegeheimen, het verwerken van het trauma van de vlucht. In deze fase van de behandeling komen specifieke problemen voor: het weer levendig aanwezig stellen of ten tonele voeren van het trauma, het omgaan met gekwetst vertrouwen, het zoeken naar een nieuwe narratief die andere betekenissen laat ontstaan.

Hoofdstuk 9 gaat in op de mogelijkheden van het werken met metaforen. De techniek laat toe een pijnlijke realiteit als trauma te benaderen zonder er direct te dichtbij te komen. Daarnaast gaat het in therapie vaak om psychische pijn, rouw of verliesverwerking, machteloosheid en onzekerheid. Het kunnen bespreken van deze aspecten leidt niet zelden tot een opening voor een nieuw familiaal evenwicht.

In hoofdstukken 10 en 11 komen heikele kwesties aan bod, zoals inbrengen van een kindperspectief in een systeembehandeling, ruimte geven aan de taal van kinderen. Aanvullende kinderpsychotherapie wordt in bepaalde gevallen mogelijk nadat de ouders of het gezin als geheel voldoende erkenning gaven aan het trauma. Het kind kan nu binnen zijn therapieruimte beginnen met het verwerken en met het verjagen van zijn monsters.

Ter afronding kunnen we alleen maar herhalen dat het hier om een uitstekend boek gaat, met een uitgebreid theoretisch kader, veel helder geschreven klinische vignettes en een coherente opbouw. *Als glas in lood* is daarom een absolute aanrader voor wie met vluchtelingen werkt en met de diverse gezinsleden aan de vele ambiguïteiten in het leven van een vluchteling recht wil doen. Het bevat zeer waardevolle informatie over de belevingswereld van de vluchteling. Dat perspectief combineren Van Essen en Bala met een genuanceerde zoektocht naar leeftijdsspecifieke interventies voor ouders en kinderen, wat het boek extra waardevol maakt.

Patrick Meurs

Katholieke Universiteit Leuven en Hoger Instituut Gezinswetenschappen Brussel

Didier Fassin, *When bodies remember: Experiences and politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press, 2007. xxiv + 366 pp. £13.95 (paperback). ISBN 978-0-520-25027-7.

Met zijn boek wil Didier Fassin de lezer interesseren voor de geschiedenis van Zuid-Afrika – het zwaarst door AIDS getroffen land ter wereld – en de politiek van leven en dood en de politieke arrangementen die dagelijks ontwikkeld worden rondom AIDS, dichterbij die lezer brengen. Het boek heeft volgens hem zijn doel bereikt, wanneer het veldwerk dat hij deed in de sloppenwijken en voormalige thuislanden van Zuid-Afrika ons helpt greep te krijgen op de lokale en mondiale werelden die ons gewoonlijk ontsnappen, omdat wij ons niet voldoende inspannen deze te begrijpen.

Midden jaren negentig werkte Fassin in het Nationale Centrum voor Wetenschappelijk Onderzoek in Frankrijk (CNRS) en merkte tot zijn ontsteltenis dat onderzoek

gericht op een Afrikaans land niet tot de prioriteiten van dat Centrum behoorde. Tien jaar later werd de publicatie van zijn boek in het Frans tegengehouden door een van de directeuren van CNRS, omdat het lezerspubliek voor een antropologische studie van AIDS in Zuid-Afrika te klein zou zijn. Voor Fassin wijzen deze twee gebeurtenissen op een 'politieke anesthesie' die veel over de huidige wereld zegt, namelijk 'ons' gebrek aan belangstelling voor wat er met 'hen' daar gebeurt, zelfs als het om de dood van miljoenen mensen gaat. Hij stelt zich te weer tegen deze politieke anesthesie en tevens tegen wat hij, in navolging van de antropoloog Allen Feldman, 'culturele anesthesie' noemt. Door de objectiverende beelden van lichamen die dood, gewond, van honger stervend, ziek en dakloos zijn, waar de media ons voortdurend mee confronteren, krijgen de 'anderen' wel een fysieke plaats in onze wereld toebedeeld, maar worden zij moreel buitengesloten. De ervaringen van een AIDS-patiënt in Zuid-Afrika kunnen en mogen echter, zo argumenteert Fassin, niet beschouwd worden als iets dat vreemd is voor ons, ondanks de grote verschillen en grote afstand tussen de sociale omstandigheden waarin die patiënt en wij leven. Wij moeten over onze gedeelde humaniteit minder in termen van verschil dan in termen van ongelijkheid denken, minder als een zaak van cultuur dan van geschiedenis. Deze opvatting heeft kennistheoretische consequenties voor de antropologie, die Fassin stukje bij beetje uitwerkt.

When bodies remember gaat over lichamen en geheugen, over de inschrijving van historische tijd in het vleeselijke lichaam, over de sociale determinanten van het biologische lot van individuen en over de herinnering waarmee die individuen proberen betekenis te geven aan hun huidige leven. Het gaat over het moment dat lichamen zich iets herinneren; over herinneringen die plotseling opkomen wanneer er gevaar dreigt; over woorden en gebaren, stiltes en attitudes die de wrede werkelijkheid naar voren brengen zoals die ervaren wordt door mensen die zich aan de verkeerde kant van de geschiedenis bevinden of bevonden hebben. Mensen voor wie bijvoorbeeld geen plaats is in het nationale epos van Zuid-Afrika.

Het centrale thema van het boek wordt neergezet in het eerste hoofdstuk in twee parallel lopende narratieven. Het eerste is dat van de president van Zuid-Afrika, Thabo Mbeki, op zijn kruistocht ten overstaan van een internationaal publiek tegen de zekerheden van de geneeskunde. Daarbij roept Mbeki het nationale verleden in herinnering en de immense tegenspoed waar het continent onder geleden heeft, teneinde zijn afwijkende mening dat AIDS vooral een armoedeprobleem is te rechtvaardigen en zijn tegenstanders in diskrediet te brengen. Het tweede narratief is het verhaal van Puleng, een jonge vrouw in de terminale fase van AIDS, die in haar donkere, lawaaijige, armzalige hutje haar leven op coherente wijze probeert te vertellen. Zij doet daarbij verslag van de omstandigheden waarin haar ziekte zich heeft kunnen ontwikkelen en wist het stigma dat aan haar besmetting kleeft, uit. De president verbindt in zijn toespraak in de luxueuze omgeving van de Internationale AIDS conferentie in Durban de verspreiding van de epidemie aan de ervaring van Apartheid, terwijl de jonge vrouw haar infectie begrijpt en presenteert als een gevolg van het structurele geweld van de sloppenwijk. Vanaf hoofdstuk 2 is het boek zo opgebouwd dat het eerst ingaat op de geschiedenis op wereldniveau (macrobeleid) om vervolgens geleidelijk aan te duiken

in de geschiedenis zoals die op lokaal niveau geleefd wordt (micropolitiek). De auteur maakt duidelijk dat die twee geschiedenissen elkaars spiegelbeeld zijn en afwisselend licht op elkaar werpen.

Fassin plaatst de nog steeds aanhoudende AIDS-controverse in Zuid-Afrika in het historische perspectief van de Apartheid, van de geschiedenis van public health en epidemieën in dit land, en van haar gezondheidszorg en gezondheidszorg professionals. Hij slaagt er daarbij in begrip te kweken voor het standpunt van Mbeki en zijn gezondheidsministers dat armoede in Zuid-Afrika een belangrijker oorzaak is van deze aandoening dan het AIDS-virus en dat antiretrovirale medicijnen voor Zuid-Afrika te kostbaar en bovendien ook potentieel schadelijk zijn. Zo wordt Mbeki's stellingname minder misdadig dan deze vaak voorgesteld wordt. In navolging van Paul Farmer en ter ondersteuning van Mbeki wijst Fassin op allerlei vormen van structureel geweld die aan de AIDS-epidemie in Zuid-Afrika ten grondslag liggen, oorzaken waar in het gangbare biomedische en public health AIDS discours weinig of geen aandacht voor is. Dat laat onverlet dat hij ook het gelijk van Mbeki's tegenstanders in de controverse naar voren brengt en de activisten ondersteunt in hun pleidooi voor betere gezondheidszorg voor AIDS-patiënten. De auteur zelf probeert echter op genuanceerde wijze de waar-onwaar controverse te overstijgen door een integrale benadering van de AIDS-problematiek te presenteren. Hij slaagt daar mijns inziens goed in.

Het boek bestaat uit zes hoofdstukken, die alle eindigen met een propositie. De titels (met de daarbij behorende proposities) zijn achtereenvolgens: 1) Alsof er nooit iets gebeurde (De structuren van tijd), 2) Een epidemie van disputen (De configuraties van de polemieken), 3) De anatomie van de controversen (De figuren van de ontkenning), 4) Het stempel van het verleden (De geschiedenis van de overwonnenen), 5) De belichaming van de wereld (De vormen van ervaring), en 6) Leven met de dood (Politiek van het leven). Hoofdstuk zes eindigt met de constatering dat de ongelijkheid tussen levens – biologisch en politiek, lokaal en op wereldniveau – misschien wel het ergste geweld is waar antropologen in het veld mee geconfronteerd worden. Zij ervaren immers, volgens Fassin, dagelijks de existentiële en vitale afstand die hen scheidt van de mannen en vrouwen met wiens geschiedenis en levens zij in aanraking komen. Hier is mijn inziens sprake van een wens die de vader van de gedachte is. Het veld waarop antropologen zich richten, is immers zeer divers en ongelijkheid staat daarin niet altijd centraal.

In het slothoofdstuk over de wereld waarin wij momenteel leven, gaat Fassin verder in op het thema ongelijkheid. Het hoofdstuk begint met een citaat uit W.H. Auden's *The age of anxiety* (1991): "This world needs a wash and a week's rest". Met de huidige wereld voor ogen, vervangt Fassin het begrip "bezorgdheid" (*anxiety*) door het begrip verontrusting (*inquiétude* in het Frans) dat meer actie en emotionele betrokkenheid zou uitdrukken. Een tijdperk van bezorgdheid is voor hem blind voor ongelijkheden, heeft geen belangstelling voor anderen en verlamt. Een tijdperk van verontrusting is gevoelig voor ongelijkheden. Wanneer die verontrusting gepaard gaat met betrokkenheid bij anderen, beweegt het mensen om te handelen. Verontrusting betekent een uitdaging voor antropologen. Het is een plicht voor wereldburgers. Aldus de twee slotzinnen. Daarna volgen bijna veertig pagina's noten, een vijf pagina's korte

chronologie van de Zuid-Afrikaanse geschiedenis, een uitgebreide bibliografie en een index.

Is Fassin erin geslaagd de betrokkenheid van een groot lezerspubliek bij 'de ander' in Zuid-Afrika die ten gevolge van allerlei ongelijkheden lijdt, te vergroten? Ik denk dat zijn antropologische studie van AIDS in Zuid-Afrika, als deze in het Frans uitgegeven was, inderdaad maar een klein, vooral antropologisch lezerspubliek bereikt zou hebben. Door zijn vele korte verwijzingen naar werk van sociaal-wetenschappelijke theoretici, filosofen, en romanschrijvers, zonder veel uitleg te geven bij de vele theoretische begrippen die hij aan anderen ontleent en zijn aanmaningen naar antropologen toe, is het boek niet altijd even toegankelijk. Het is vooral een boek geworden voor antropologen en aanverwante wetenschappers. Op p. 226, bijvoorbeeld, wordt achtereenvolgens verwezen naar werk van Pierre Bourdieu, Thomas Csordas, Maurice Merleau-Ponty, Wilhelm Dilthey, Victor Turner en een postapartheid roman van Achmat Dangor. Vele andere theoretici komen voorbij op andere pagina's zoals Hannah Arendt, Giorgio Agamben, Zygmunt Bauman, Ulrich Beck. Ja, het is een boek van een erudiet, kritisch-medisch antropoloog die boeiend schrijft, goed analyseert, zich op vele, veelsoortige en relevante bronnen baseert en het uitschreeuwt dat de wereld dringend gewassen moet worden, maar niet mag rusten zolang de ongelijkheid die hij zo indringend beschrijft, blijft bestaan en alleen maar lijkt toe te nemen. Die ongelijkheid illustreert het boek met delen van Fassins etnografie. Ik raad het boek aan alle antropologen aan, niet alleen medisch antropologen die in de AIDS-problematiek geïnteresseerd zijn, maar ook antropologen die willen reflecteren over de doelstellingen van hun vak en over de methodologische middelen die hun ter beschikking staan om die doelstellingen na te streven.

Annemiek Richters, medisch antropoloog
Leids Universitair Medisch Centrum

Diana Gibson & Anita Hardon (eds.) *Rethinking masculinities, violence and aids*. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005. 202 pp. €30,00. ISBN 90-5589-257-2.

Rethinking masculinities, violence and aids gaat in op de constructie van mannelijkheid en op de wijze waarop mannen zich als 'gendered' mensen in interpersoonlijke relaties presenteren. Macht en mannelijkheid in relatie tot geweld, onveilige seks en aids is het centrale thema van de bundel. De schrijvers laten zien hoe in verschillende sociaal-culturele contexten, klassen en leeftijdsgroepen van Mexico tot Zuid-Afrika de intersectie tussen mannelijkheid, geweld en HIV/Aids vorm krijgt. De bijdragen refereren vaak aan het werk van Bourdieu en voeren inderdaad zowel dominante als ondergeschikte mannen op die als "agents with individual practices" worden gezien. Mannelijkheid lijkt vooral in termen van seksualiteit en financiële steun gedefinieerd te worden, terwijl in de dagelijkse praktijk mannelijke rollen kunnen variëren. Uitgangspunt van het boek is dat vrouwen niet alleen onderdanig zijn aan mannen, maar ook vaak door hun gedrag en ideeën zelf bijdragen aan het in stand houden van de mannelijke dominantie.

In het eerste hoofdstuk beschrijft Reysoo de spanning tussen het sociaal-cultureel geaccepteerde vertoog over mannelijkheid en de praktijk van alledag in Mexico. Tienerswangerschappen zijn gerelateerd aan armoede en de negatieve spiraal waarin de mannelijke identiteit zich bevindt. Jonge mannen die vaders worden, falen in deze rol en proberen hun mannelijkheid door geweld en seks te bevestigen.

Becker argumenteert met Namibië als voorbeeld dat lange-termijn etnografisch onderzoek naar de verlangens, aspiraties, angsten en gedrag van mannen ontbreekt en dat kortdurende onderzoeken de overheersende versies van gender identiteiten van mannen (veel geweld en seks) te veel benadrukken. Andere (onderzoeks)benaderingen zijn nodig waarmee de veranderende realiteit van de mannelijke identiteit beter te begrijpen is.

Spronk laat vervolgens zien hoe jonge mannelijke professionals in Kenia hun identiteit moeten bevechten en herdefiniëren in antwoord op conflicterende representaties van mannelijkheid. Velen verzetten zich tegen hun zogenaamde dominantie over vrouwen en het hebben van meerdere seksuele partners. Zij refereren eerder aan verantwoording afleggen en respect verwerven door een succesvolle carrière, maar ook van hen wordt verwacht meerdere seksuele partners te hebben. Spronk laat zien dat multi-partner-relaties niet een-dimensionaal uit te leggen is: het is een complex van seks, geld, verantwoordelijkheid, commitment, respect verdienen en een goede seksuele partner zijn. Vrouwen gaan ook verdienen en worden meer gelijkwaardig als geliefden en collega's.

In de volgende vijf hoofdstukken staat Zuid Afrika centraal, waarbij de binaire oppositie van mannen als daders en vrouwen als slachtoffer centraal staat. Shefer en anderen laten zien dat door de feminisering van STI's en HIV/AIDS mannen verontschuldigd worden. Ze pleiten voor studies naar mannen en vrouwen die niet voldoen aan stereotypen: naar positieve voorbeelden van mannelijkheid en vrouwen die de mannelijke overheersing in heteroseksuele relaties weerstaan.

Mfecane en anderen analyseren het veranderende karakter van mannelijkheid in Soweto. Bij preventie van Aids moet rekening houden met besluitvormingsprocessen, armoede, mannelijk en vrouwelijk gedrag. De auteurs nemen ons mee naar informele drinkgelegenheden (*shebeens*) waar veel seksuele activiteiten plaatsvinden met wisselende partners met een laag condoomgebruik. Het gedrag van de werkeloze jongeren die er komen, wordt beïnvloed door hun leeftijdsgenoten, de heersende percepties van mannelijkheid en de context waarin zij opgroeien. Als deze factoren niet aangepakt worden lijken AIDS-projecten zinloos.

Sauls beschrijft twee manieren om een (dominante) man te zijn in Manenberg, namelijk een gangster of een respectabele man. Deze verschillende vormen van mannelijkheid vertonen veel overeenkomsten: een grote seksuele drive en het hebben en besmetten van verschillende seksuele partners.

Henriksen en Lindegaard gaan in op de vraag hoe mensen die dagelijks slachtoffer van geweld zijn, doorgaan met hun leven en proberen te voorkomen dat zij weer slachtoffer worden. De auteurs pleiten voor het gebruik van veiligheidsstrategieën die divers zijn en die ook gebruikt kunnen worden om andere sociale processen in relatie tot geweld te analyseren zoals gender, ras en klasse. Veiligheid is een manier om orde

te scheppen in relatie met geweld, een wijze waarop men zich positioneert naar de ander. Het draagt ertoe bij dat men uit of ingesloten is in sociale groeperingen.

Gibson en anderen beschrijven hoe vrouwen mannelijkheid niet alleen ondergaan als slachtoffer, maar hoe zij ook bijdragen aan die rollen en ze tegelijkertijd ook parodiëren.

In het laatste hoofdstuk lijken vrouwen in Tajikistan slachtoffers te zijn van seksuele praktijken binnen zeer ongelijke genderverhoudingen, waaraan mannen wel plezier beleven, maar de vrouwen in het geheel niet. Met behulp van casestudies wordt inzichtelijk dat seksuele smart te verminderen is wanneer vrouwen zelf kunnen beslissen of zij subject van seksuele verlangens willen zijn, zodat hun zelfbeeld en hun huwelijk verbeteren. Deze keuze en het proces daartoe lijkt complex, maar niet onmogelijk.

Rethinking masculinities, violence and aids is een lezenswaardig boek, helaas met enkele slordigheden. Ook voor degenen die niet primair in mannelijkheid en genderidentiteit zijn geïnteresseerd, is het een aanrader. De koppeling van mannelijkheid aan zowel seksualiteit, als macht en geweld en mannelijk en vrouwelijk slachtofferschap is fascinerend. Er worden verder vele interessante casestudies gepresenteerd. Het boek levert goede argumenten voor het idee dat projecten gericht op gedragsverandering zinloos zijn, als ook niet iets gedaan wordt aan armoedebestrijding, werkloosheid en bewustwording. Het boek is tegelijkertijd uitgekomen met *African Masculinities* van Ouzgane en Morrel (2005), maar biedt aanvullende innovatieve inzichten. Toch lijken niet alle hoofdstukken te kunnen ontsnappen aan de binaire stereotypering van mannen als daders en vrouwen als slachtoffers. Na lezing van het boek blijft het beeld van de *cheese boys* in Soweto als een uitzondering hangen en is de lezer tot op zijn bot overtuigd dat mannen meer dan vrouwen geweld nodig lijken te hebben als uitlaatklep. De vraag blijft waarom de auteurs juist het artikel van Tajikistan als laatste hebben geplaatst. Daardoor blijft de lezer zitten met een idee dat mannelijke agressie en dominantie standaard is en dat mannen die verliefd worden, trouw zijn, op mannen en/of op vrouwen vallen globaal als 'minder man' worden gezien en dus een uitzondering zijn.

Anke van der Kwaak, medisch antropoloog
Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam

Wouter Gomperts & Gerdien Veen (red.), *Migratie in psychoanalyse. Over psychoanalytische behandelingen van migranten en vluchtelingen*. Assen: Van Gorcum, 2006. 102 pp. €15,50. ISBN 90-232-4158-4.

Migratie in psychoanalyse verslaat de studiedag die het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) in 2005 over deze materie organiseerde. De inleiding tot het boek en het overzicht van de allochtone cliëntenpopulatie aan het NPI vormen het kader. Daarnaast zijn er vier bijdragen die klinische vignetten bevatten en drie commentaren op deze bijdragen.

Nadat de redacteurs in de inleiding de sinds 1999 werkzame interculturele werkgroep van het NPI beschreven hebben, geeft Wouter Gomperts in hoofdstuk 3 (*Her-*

kenning en verschil) een overzicht van enkele jaren interculturele psychoanalytische therapie: 35 allochtone cliënten, uit allerlei migratiegolven, meestal vrouwen, goed opgeleid, de helft als vluchteling, iets meer dan de helft in Nederland geboren. De hoge opleidingsgraad levert de interessante kwestie op: goede maatschappelijke integratie versus problematische psychische integratie.

In vergelijking met autochtone cliënten vertonen allochtone cliënten meer depressieve stoornissen, angststoornissen, aanpassingsstoornissen en impulscontrolestoornissen. Ze kiezen ook vaker voor een analytische therapie dan voor een echte psychoanalytische kuur. Gomperts schrijft ook hoe belangrijk het is om met migranten enkele specifiekere zaken aan bod te laten komen zoals familiale eer, uithuwelijken, geweld, gemis aan rolmodellen, gender-complementariteit. Hij toont tevens dat bepaalde analytische begrippen zoals splitsing (het niet geïntegreerd raken van twee culturele leefwerelden) voor verwarring zorgen. Migranten lijken dan ten onrechte personen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en borderlinekenmerken. Op dat vlak is er voor de psychoanalyse werk aan de winkel: de afstemming van haar concepten op de multiculturele samenleving.

In de klinische bijdragen brengt Fernanda Sampaio de Carvalho in hoofdstuk 1 (*In het spoor van je herkomst*) aan hoe de ervaring als dochter van migranten zelf moeder te worden, het drie-generatieperspectief doet herdenken. Ze stelt zich de vraag wat verwevenheid met de herkomst op dat moment is en hoe deze aan de derde generatie aan te reiken. De vignetten hier bevatten ook interessant materiaal over hoe taal heel erg beladen kan worden (een kind dat soms één van beide talen niet wil spreken, niet verdraagt dat de ouder hem in beide talen aanspreekt). De auteur bekijkt deze kwestie vanuit loyaliteitsconflicten en vraagt zich af wat grotere speelsheid is temidden van diverse beïnvloedende culturele velden. Een andere taal leren als migrant lukt niet altijd zomaar, omdat taal de expressie is van een diepe identiteit en een verbondenheid met de affectieve dimensie van je herkomst.

Ans van Blokland brengt in hoofdstuk 2 (*Van stagnatie naar integratie*) aan dat er ook verlies is aan culturele vanzelfsprekendheid en aan imaginaire diepe herkenningpunten in spontane lichaamstaal en -ervaring. Haar casus toont dat het gaan van een eigen weg als migrant heel wat creativiteit kan opleveren, maar nooit zonder levensgrote vragen verloopt: waar hoor ik dan bij, als het niet zonder meer bij hen is?

Adeline van Waning introduceert – associërend op het populaire gehechtheidsdenken – het begrip ‘niet-gehechtheid’. Ze inspireert zich hierbij op Boeddhistische denktradities waarin deze niet-gehechtheid een positieve kwaliteit is: het laat een nieuwe start toe, het wijst op een vermogen om los te komen van het eigen perspectief, een ander perspectief in te nemen. Verder poogt zij deze niet-gehechtheid te koppelen aan de westerse den traditie van veilige gehechtheid. Het levert leuke associaties op, een spel met denkkaders, maar soms wat vaag.

Max Westerborg gaat vanuit de ontmoeting met allochtone cliënten psychoanalytische concepten herbekijken. Projectie als mechanisme bijvoorbeeld wordt op formeel vlak universeel genoemd, terwijl de inhoud van wat mensen op elkaar projecteren cultuurspecifiek is. Ook het begrip mentaliseren passeert in deze context de revue: het verwerven van een intuïtief besef van het mentale bij zichzelf en de ander, is uiterst

belangrijk voor goede affectregulatie, zelfregulatie, sociale competentie. Het helpt voorafgaande ervaringen flexibel te integreren en adaptief in te spelen op nieuwe relaties. Westerborg reflecteert over waarom dit in de migratie minder goed lukt. Hij schrijft deze problemen niet toe aan een geringer vermogen tot mentaliseren bij niet-westerse cliënten, maar wel aan het veranderde omvattende kader in de migratie. Dat is een uiterst interessant perspectief. Jammer dat zijn verhaal plots stopt, nadat hij de overgang gemaakt heeft van ‘de emotionele verwarring in de migratie’ naar ‘de vaak verwarde migrant’ die ‘affectieve spiegeling nodig heeft van de therapeut’. Dit behoeft verdere reflectie.

Julia Bala geeft in het eerste commentaar in hoofdstuk 4 (*Aftasten van grenzen*) aan hoe belangrijk het in de interculturele hulpverlening is om te durven twijfelen aan gangbare diagnostische categorieën en therapiedoelstellingen. Ook de doelstelling ‘beter mentaliseren’ riskeert etnocentrisch ingevuld te worden. Bala erkent de waarde van het zoeken van de therapeuten naar gedeelde betekenissen, maar stimuleert ook de verdere aanpassing van het analytische kader aan minder goed geïntegreerde allochtone cliënten.

Rob van Dijk geeft in hoofdstuk 5 enkele kanttekeningen bij de klinische bijdragen. Hij kan niet genoeg beklemtonen hoe in ons spreken over ‘allochtone’ cliënten telkens weer de dreiging zit van een statische cultuuropvatting waarin ‘vreemde boodschappen’ ontcijferd worden of vertaald naar de eigen gekende taal. Volgens Van Dijk gaat het veel meer over onderhandelen van betekenissen. Op die manier doet hij ons ook anders kijken naar het fenomeen van ‘tussen twee stoelen (culturen) vallen’: het kan ook gaan om een dynamisch niet oplossen van het spanningsveld, een (voorlopig) niet kiezen dat mogelijkheden tot constructiviteit in zich draagt, eerder dan een niemandsland te zijn. Hij nodigt de therapeut uit met allochtone cliënten samen op ontdekkingsreis te gaan, eerder dan ons als grenswachter te positioneren bij de overgang van de ene naar de andere (statische) cultuur. In dat perspectief suggereert hij te spreken van ‘cultureel andere cliënten’, eerder dan van allochtonen.

Annechien Limburg-Okken heeft het over ‘reconnecting’: het herstellen van een innerlijke dialoog met de herkomst, om aldus in de migratie psychische continuïteit te ervaren. We lezen hoe dit gebeurt door het her-aanknopen bij culturele rituelen die dankbaarheid voor het leven uitdrukken (na een gewelddadige overval meegemaakt te hebben), naast de typische westerse attitude van aangifte bij de politie.

Migratie in psychoanalyse is een aanrader omwille van de rijkdom van de klinische vignettes, het aanduiden van de nood om sommige conceptuele kwesties en de vertaling van het analytische therapeutische kader naar een multiculturele context. Dat de redacteuren hun klinische bijdragen laten bespreken door drie ‘critici’ zorgt op zich al voor interessante discussies. Dat bepaalde aspecten verder hadden kunnen uitgewerkt worden, kan als minpunt beschouwd worden. Tegelijk weten we hoe complex deze materie is. We waarderen vooral de open en eerlijke dialoog die de auteurs van het NPI met het boek aangaan.

Patrick Meurs

Katholieke Universiteit Leuven en Hoger Instituut Gezinswetenschappen Brussel

Morna Gregory & Sian James, *Het WCboek. Een onderhoudende reis langs toiletten over de hele wereld*. Bussum: Uitgeverij Thoth, 2007. 256 pp. €14,90. ISBN 90-6868-431-0

In een korte inleiding schrijven de auteurs van *Het WCboek* dat de studie van toiletten bijdraagt aan het begrijpen van de cultuur van de mensen die deze toiletten bouwen en gebruiken. Dat is ongetwijfeld waar, maar hun boek kan geen ‘studie van toiletten’ genoemd worden. Het is een fotoboek dat op populaire wijze de variëteit aan toiletten in diverse culturen en – niet minder belangrijk – maatschappelijke klassen illustreert. Aan een sociologische of antropologische interpretatie komen ze niet toe, maar dat zal ook de bedoeling niet geweest zijn. De tekst bestaat voornamelijk uit bijschriften naast foto’s en heeft een anekdotisch karakter.

De ongeveer tweehonderd foto’s laten de meest luxueuze toiletten zien (één is van massief goud, in India) tot en met de eenvoudigste (maar misschien wel de meest luxueuze in een andere betekenis van het woord): een adembenemend mooi stuk natuur. De toiletten variëren verder van strikt privé tot ontspannen publiek (er zijn ook meer-personen-toiletten). Er zijn waterclosets, putlatrines, emmertolietten, de zee, de rivier, de vrije natuur. En ten slotte zijn er de variaties in houding (zittend of gehurkt) en de verschillende vormen van reiniging: papier of water (er zijn nog veel meer middelen, maar daar hebben de auteurs geen foto’s van).

De foto’s worden ingedeeld naar werelddeel waarbij ieder continent een korte inleiding krijgt. Zo wordt over Noord Amerika gezegd dat de toiletten daar verreweg het meeste (drink)water verbruiken ter wereld, dat het woord ‘toilet’ er zelden gebezigd wordt (men heeft het liever over ‘washroom’, ‘bathroom’ of ‘restroom’) en dat de knop er meestal links zit (terwijl de meerderheid rechtshandig is; dit roept Lévi-Straussiaanse vragen op). In Europa, dat zeer heterogene toiletculturen heeft, wordt het ‘bijtje’ in het mannenurinoir (er bestaan ook urinettes voor vrouwen) speciaal genoemd. Het insect moet de gebruiker verleiden op het midden te richten en aldus een schoner urinoir achter te laten. Ook de Amsterdamse ‘krul’ krijgt een speciale vermelding. In Azië en Afrika zeggen armoede en welstand meer over de toilet-diversiteit dan cultuur.

De auteurs zijn een journaliste en een fotografe. Hun boek weerspiegelt de vele reizen die zij gemaakt hebben. Het is dan ook begrijpelijk dat ze niet overal zijn geweest. Zo bestaat Azië vooral uit China en India, Afrika wordt alleen door enkele landen in het zuidelijk deel van het continent vertegenwoordigd en Oceanië blijkt Australië en Nieuw Zeeland te zijn. De diversiteit had nog veel groter kunnen zijn.

“Het lichaam ontlasten, ontlast ook het hoofd”, schrijven de auteurs in hun inleiding. Een terechte constatering, maar bij de toerist die op zijn reis een ongewoon toilet bezoekt zal de ontlasting ook veel hoofdpijn veroorzaken.

Sjaak van der Geest
Medische Antropologie, Universiteit van Amsterdam

Karen Hosper, *Health-related behaviour among young Turkish and Moroccan people in the Netherlands Prevalence and underlying mechanisms among the first and second generation aged 15-30 years*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Uitgeverij Thesis, 2007. 147 pp. ISBN 978-90-7143377-1.

Karen Hosper presenteert in haar proefschrift een waaier van goed onderbouwde bevindingen over de leefstijl van jonge Turken en Marokkanen (15-30 jarigen). De bevindingen over hun rookgedrag, alcoholconsumptie, lichamelijke (sport)activiteiten en (over)gewicht vormen belangrijke aandachtspunten voor het momenteel in Nederland gevoerde beleid ter bevordering van een gezonde leefstijl. Hosper hoopt beleidsmakers te attenderen op de noodzaak om rekening te houden met specifieke doelgroepen. Ze maakte gebruik van de data uit de LASER-studie (Lifestyle among young people in Amsterdam: Study among Ethnic gRoups). Gegevens over autochtone Nederlanders waren afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek uit het Periodiek Onderzoek Leefsituatie.

Omdat het beleid vaak uitgaat van de hypothese dat de culturele verschillen minder groot zijn in het geval van de tweede generatie migranten, vergelijkt de onderzoekster niet alleen de leefstijl van de jonge Turken en Marokkanen met die van autochtone leeftijdsgenoten, maar gaat ze ook na wat de verschillen zijn in leefstijl van de eerste en tweede generatie. Haar bevindingen ontkrachten de hypothese dat de culturele verschillen in de tweede generatie kleiner worden. Zo roken jonge Turkse vrouwen van de eerste generatie niet meer dan Nederlandse vrouwen, maar jonge Turkse vrouwen van de tweede generatie wel. Ook is het overgewicht van Turkse mannen niet minder geworden. Uit het onderzoek blijkt dat er bij jonge Turken van de eerste generatie meer overgewicht voorkomt dan bij jonge Nederlanders en dat dit nóg vaker het geval is bij jonge Turken van de tweede generatie.

Om de vele gegevens met elkaar in verband te brengen is gebruik gemaakt van een conceptueel model dat probeert verschillen in leefstijl onder diverse groepen burgers te verklaren aan de hand van hun sociaal-demografische kenmerken, hun opvattingen en normen en hun sociale en fysieke omgeving. In elk van de hoofdstukken die als losse artikelen zijn gepubliceerd in Engelstalige tijdschriften, komt een ander deel van het model aan de orde. In drie hoofdstukken gaat de auteur in op mogelijke relaties tussen enerzijds opleidingsniveau, positie op de arbeidsmarkt, contacten met Nederlanders en religie en anderzijds het overgewicht en beweeggedrag van de verschillende groepen. Uit het onderzoek blijkt dat veel factoren wel van invloed zijn op het overgewicht en sportgedrag van de vrouwen, maar niet op die van mannen.

Hosper ging ook na of persoonlijke attitudes, cultuurspecifieke opvattingen, sociale normen, gedrag van relevante anderen, sociale steun en 'vertrouwen in eigen kunnen' (self-efficacy) van invloed zijn op de deelname van Turkse en Marokkaanse vrouwen aan sport- en bewegingsprogramma's. Verassend genoeg bleken deze factoren wel van invloed bij Turkse, maar niet bij Marokkaanse vrouwen.

Al met al bevestigen de onderzoeksgegevens de stelling dat beleid gericht op het bevorderen van gezond gedrag rekening moet houden met specifieke doelgroepen, waarbij een enkelvoudig onderscheid naar nationaliteitsgroepen onvoldoende is. Ook

laten de data zien dat de leefstijlen van de verschillende subgroepen niet geheel in te passen zijn in het gepresenteerde model. Daarmee wordt het voor een lezer ook moeilijk om overzicht te houden over de grote hoeveelheid zeer gevarieerde bevindingen. Er zit blijkbaar geen lijn in. Het gebrek aan eenduidigheid is Hosper niet te verwijten. De realiteit is blijkbaar complex. Wel bevreedt mij dat ze niet duidelijker uitsprekt dat het conceptueel model in de praktijk (nog) niet bruikbaar is. Gelukkig zijn de bijgevoegde stellingen stelliger en bieden concrete handvatten voor het te voeren beleid. Zo is een van de stellingen: "Het wordt tijd dat Marokkaanse jonge mannen eens positief in het nieuws komen. Zij leven namelijk gezonder dan Turkse en Nederlandse jonge mannen: ze roken minder, drinken weinig alcohol en hebben minder vaak last van overgewicht". Ook stelt de auteur: "Geef jonge Turkse en Marokkaanse vrouwen voldoende kans om een goede opleiding te volgen en het overgewicht in deze groep zal verminderen".

Een derde stelling geeft concreet advies aan het in Amsterdam te voeren beleid: "Om de doelstelling uit de preventienota, het keren van de stijgende trend in overgewicht, te behalen is het in een stad als Amsterdam essentieel dat preventie zich richt op het terugdringen van overgewicht onder de Turkse en Marokkaanse populatie". Dit brengt mij op een tweede kritische opmerking: Het bevreedt mij namelijk ook dat er steeds gesproken wordt over jonge Turken en Marokkanen in Nederland. Een opmerking dat de leefstijl van de jonge Turken en Marokkanen in Amsterdam wel eens kan afwijken van die van de andere grote steden of van Nederland als geheel, onder meer omdat die vaak uit andere delen van Turkije en Marokko afkomstig zijn en te maken krijgen met 'niet-Amsterdamse Nederlanders', zou mijns inziens op zijn plaats zijn geweest. Maar ontegenzeggelijk draagt het proefschrift van Hosper bij aan meer aandacht voor en een beter begrip van de diversiteit in Nederland.

Fuusje de Graaff, sociaal geograaf
Amsterdam School for Social Science Research

Jet Isarin, *Hoor hen! Participatieonderzoek: Virtueel en in real life. MSN-gesprekken met dove en slechthorende jongeren*. Van Tricht/Effatha Guyot Groep: Zwolle/Twello, 2006. 60+72 pp. €24,75. ISBN 978-90-7782214-2.

Slechthorendheid is een eigenschap die sterk geassocieerd wordt met ouderen. De klacht heeft een ronduit stoffig imago en weinig mensen zullen zich realiseren dat slechthorendheid niet altijd een gevolg is van ouder worden, maar ook een aangeboren of vroeg verworven eigenschap kan zijn. Een eigenschap dus, waar ook jongeren mee te maken hebben. Over deze jongeren gaat het boek *Hoor hen!* van Jet Isarin.

Er leven in Nederland ongeveer dertienduizend kinderen met een auditieve beperking. Een klein deel daarvan is doof of zwaar slechthorend. Het onderscheid wordt gemaakt op basis van decibellen. Dat is in ons land in zoverre van belang dat de indicatiestelling voor speciaal onderwijs mede afhankelijk is van het hoorverlies in decibellen. De grens tussen licht, ernstig slechthorend en doof is op die manier ook

institutioneel verankerd. In tegenstelling tot vele andere studies over slechthorendheid is dit indelingsprincipe voor Isarin echter niet leidend. Zij is geïnteresseerd in de ervaringen van dove en slechthorende jongeren. Het maakt haar niet uit of ze in het regulier of in het speciaal onderwijs zitten, of ze gebarentaal gebruiken of gesproken Nederlands, en of ze volgens hun audiogram doof of matig slechthorend zijn. Onderzoek gaat meestal over hun spraak- en taalontwikkeling of geestelijke gezondheid. Zelden of nooit zijn hun ervaringen onderwerp van studie. Hoe is het eigenlijk om slechthorend of doof te zijn? Isarin laat jongeren hierover zelf aan het woord en meer dan dat. Zij betreft hen actief in het onderzoek en geeft ze de mogelijkheid vraagstelling en methodiek bij te sturen of te helpen ontwikkelen. Zo zijn de jongeren daadwerkelijk participanten en kan – in Isarins termen – een brug geslagen worden tussen het ‘buitenperspectief’ van de horende volwassen onderzoeker en het ‘binnenperspectief’ van dove jongeren.

Het buiten- en binnenperspectief krijgen in het boek ook fysiek gestalte. Het kan van twee kanten af gelezen worden. Eén gedeelte bevat een beschrijving van de opzet van het project en een theoretische en methodische verantwoording. Als je het boek omdraait, zijn de ervaringen en aanbevelingen van de jongeren te lezen. Er is werkelijk alles aan gedaan om onderzoek en verslaglegging toegankelijk, verantwoord en daadwerkelijk participatief te maken. Het is een vorm van actieonderzoek zoals het idealiter bedoeld was.

Theoretisch kiest Isarin voor een benadering van haar vraagstelling vanuit disability studies. Daarin ligt de nadruk op de sociale betekenis van lichamelijke functiebeperkingen en niet op de inherente belemmeringen van de handicap als zodanig. Zo hoeft bijvoorbeeld doofheid geen maatschappelijke belemmering op te leveren als iedereen in gebarentaal communiceert. Het is een benadering die met name in de Angelsaksische gehandicaptenbeweging ontwikkeld is en uitgaat van de gelijkwaardigheid van mensen met een functiebeperking. Een benadering dus, die perfect past bij participatief onderzoek.

Ook wat betreft de methodiek blijft Isarin dichtbij de leef- en belevingswereld van de onderzochten. Via het chat-programma MSN heeft zij contact gezocht met dove en slechthorende jongeren en met hen gecommuniceerd, zowel over opzet en uitvoering van het onderzoek als over hun ervaringen als slechthorenden. Het is een modern onderzoeksinstrument, dat uitstekend past bij de jongerencultuur en voor doven en slechthorenden in principe *het* middel om ‘onzichtbaar’ als gelijkwaardige gesprekspartners mee te doen. Dat levert voor de onderzoeker wel ethische haken en ogen op. We lezen over nachtelijke sms-contacten en over ontboezemingen van de jongeren op de chat. De vertrouwelijkheid die via dit medium gemakkelijk ontstaat, mag de inherente ongelijkheid tussen onderzoeker en onderzochten niet verhullen. Isarin is zich hiervan welbewust en doet verslag van de keuzes die zij hierin gemaakt heeft. Door de in het project voorziene ontmoetingsdagen, is de totale onzichtbaarheid van Internet bovendien doorbroken.

Hoe sympathiek de opzet van het onderzoek ook is, hoe vernieuwend en fris ook de methodiek, belangrijkste vraag is natuurlijk wat we erdoor aan de weet komen over de ervaringen van dove en slechthorende jongeren. Het beeld van deze groep in

de literatuur stemt niet vrolijk. Zij voelen zich vaak geïsoleerd en lijden aan depressiviteit. De belangrijkste aanbeveling van de jongeren uit Isarins onderzoek aan hun ouders is verbazend genoeg, dat ze zich minder zorgen moeten maken. Het heeft iets aandoenlijks, want dat dat inderdaad minder nodig zou zijn, blijkt eigenlijk nergens uit. Ook in dit onderzoek worden gevoelens van eenzaamheid en uitsluiting, van ongelijkheid en discriminatie gemeld. Onze samenleving lijkt niet goed ingesteld op deze jongeren (of welke groep dan ook die 'anders' is). In vergelijking met bijvoorbeeld de Verenigde Staten kunnen in Nederland veel minder op basis van rechten voorzieningen worden afgedwongen. De jongeren in Isarins onderzoek klagen over de soms enorme hindernissen, financieel of anderszins, bij het aanschaffen en regelen van solo-apparatuur, hoorapparaten of gebarentaaltolken. Volwaardig meedoen in de 'horende' samenleving wordt bemoeilijkt door steeds wijzigend beleid van verzekeringen en overheidsinstanties. De jongeren voelen zich daardoor achtergesteld.

Institutionele factoren spelen ook op een andere manier een rol. In Nederland bestaat een scheiding tussen slechthorend en doof die in andere landen niet gemaakt wordt. De scheiding heeft grote consequenties, bijvoorbeeld voor het al dan niet aangeboden krijgen van gebarentaal. Jongeren hebben daardoor weinig grip op hun eigen leven, constateert Isarin. Belangrijke beslissingen over al dan niet speciaal onderwijs, over al dan niet aanmeten van een elektronische binnenoorthese (CI), over al dan niet een opvoeding met een gebarentaal-aanbod, zijn meestal al voor hen gemaakt door ouders en opvoeders.

Opvallend zijn de terugkerende opmerkingen van de jongeren over het speciaal onderwijs. Zij voelen zich daar naar eigen zeggen meer gehandicapt dan in het regulier onderwijs. Bovendien vinden ze de kwaliteit van het onderwijs van een te laag niveau en voelen ze zich er niet uitgedaagd. Het is een zwaarwegend punt van kritiek dat deze sector zich erg aan zou moeten trekken. Dat de Effatha-Guyot Groep mede-uitgever van het boekje is, wekt verwachtingen over het ter harte nemen ervan, hopelijk niet alleen in de directiekantoren, maar ook op de 'onderwijsvloer'. Dat is niet hetzelfde. Het is veelzeggend dat de jongeren van de enige dovenschool die door Isarin werd benaderd (en die onderdeel is van de Effatha-Guyot Groep), geen medewerking kregen van leerkrachten en begeleiders om te participeren in het onderzoek.

Een beperking van Isarins onderzoek is dat het vooral een studie is geworden over slechthorende jongeren. In principe maakt zij geen onderscheid tussen doof en slechthorend. Dat is mooi, maar levert een methodologisch probleem. Het onderzoek richt zich in zijn opzet op jongeren die taalvaardig genoeg zijn om vragen te kunnen stellen en beantwoorden. Over het algemeen is dat voor dove jongeren een groot obstakel. Hoewel Isarin zich dit probleem gewaar is, onderschat ze naar mijn idee de gevolgen voor de interesse van dove jongeren om te participeren in het onderzoek. Een deel ervan is uitgevoerd met behulp van enquêtes, maar ook hier geldt hetzelfde voor de vereiste taalvaardigheid van de deelnemers als bij het chatten. Het onderzoek lijkt dan ook vooral tot stand gekomen door intensieve contacten met een beperkte, relatief beter opgeleide, geïnteresseerde groep jongeren. Het zijn jongeren die veerkracht hebben en zich stevig genoeg voelen om hun ouders als advies mee te geven dat ze zich geen zorgen over hen hoeven te maken. Dat beperkt de betekenis van de uitkomsten, maar maakt tegelijkertijd

wel nieuwsgierig naar het geplande vervolg, waarin hopelijk meer gelegenheid is ook anderen in het onderzoek te betrekken. Hoe zou het bijvoorbeeld zijn als gebarenaar-dige onderzoekers via webcams contact hebben met de onderzoeksgroep?

In haar nabeschouwing schetst Isarin een wereld waarin ervaringen en perspectieven van niet-gebarende doven, slechthorenden en doven met CI een plaats kunnen hebben. Dat zou voor alle betrokkenen een verrijking zijn. Ik ben het daar van harte mee eens, maar daar zullen nog veel scherp getrokken institutionele grenzen voor moeten wijken.

Anja Hiddinga
Wetenschapsdynamica, Universiteit van Amsterdam

Russell Lim (ed.), *Clinical manual of cultural psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing: 2006. 314 pp. \$54.00. ISBN 978-1-5862-256-6.

De *cultural formulation of diagnosis* (CFD) was het antwoord van transcultureel psychiaters en antropologen op het ontbreken van aandacht voor contextuele en culturele aspecten in de *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders* (DSM). De CFD, een tamelijk eenvoudig stramien voor een cultuursensitieve, beschrijvende diagnose, is uiteindelijk opgenomen in de vierde editie van het standaardwerk. Een van de punten van kritiek op de CFD was het ontbreken van een handleiding. *Clinical manual of cultural psychiatry* slaagt hierin in belangrijke mate te voorzien. Hoewel in de Verenigde Staten, maar ook in Nederland, de CFD binnen de geestelijke gezondheidszorg onder de aandacht is gebracht, is het een verschijnsel in de marge gebleven. Het boek onderstreept nog eens dat dat ten onterechte is.

Aan de *Clinical manual of cultural psychiatry* hebben vijftien gerenommeerde clinici, hoofdzakelijk psychiaters, een bijdrage geleverd. Het opent met een hoofdstuk, waarin de kernpunten van cultuursensitieve diagnostiek de revue passeren en de CFD uitgebreid wordt toegelicht. Voor de volgende hoofdstukken is de in de Verenigde Staten gebruikelijke bevolkingsindeling als uitgangspunt gehanteerd, de 'federally identified minority groups'. Elk hoofdstuk richt zich op een categorie: Afro-Americans, Asian-Americans, Latinos en Native-Americans. Hierin schetsen experts de historische context, de belangrijkste kenmerken en de epidemiologie van de betreffende bevolkingsgroep. Daarbij bieden zij aan de hand van casusfragmenten relevante achtergrondinformatie voor het opstellen van een CFD. De gehanteerde indeling is grofmazig en gaat uit van het perspectief van het dominante bevolkingsdeel. Het onderscheid is op basis van een gedeelde taal, overeenkomsten in uiterlijk en/of gemeenschappelijke geschiedenis. Binnen elke categorie zijn zonder veel moeite uiteenlopende etnische groepen te onderscheiden. Dan is af te vragen of de geboden tien tips voor psychotherapie met Amerikanen van Aziatische afkomst niet teveel voorbijgaat aan de diversiteit binnen deze categorie waartoe onder meer Japanners, Chinezen, Laotianen, Vietnamesezen, Koreanen, Indiërs en Filipino's gerekend worden, en aan de diversiteit binnen deze groepen zelf als gevolg van acculturatie. Toch bieden de vier hoofdstukken relevante informatie, bijvoorbeeld over de mythen en stereotypen die over en

onder Afro-Amerikanen bestaan en over geraadpleegde geneeswijzen en genezers. Een hoofdstuk over etnofarmacologie sluit het boek af. Een uitgebreide handleiding voor het toepassen van de CFD is in de bijlagen opgenomen. Daarin zijn per onderdeel van de CFD aandachtspunten en valkuilen aangegeven en suggesties opgenomen hoe een en ander concreet uit te vragen is.

In de inleiding stelt Russell Lim dat culturele identiteit gezien moet worden als een kern van identiteiten met vele facetten die een individu helpt de omgeving inzichtelijk en begrijpelijk te maken. De etnische identiteit is daarvan vaak een cruciaal facet. Het handboek legt daarom sterk de nadruk op de etnische identiteit en daarmee samenhangende raciale identiteit. Andere factoren die volgens Lim van invloed zijn op de culturele identiteit, zoals gender, seksuele oriëntatie, leeftijd, religie, opleiding, komen daardoor niet echt uit de verf en worden vooral bezien in het licht van de etnische achtergrond. Culturele identiteit lijkt daardoor min of meer identiek te zijn aan etnische identiteit. Lim benadrukt verder dat identiteiten ontstaan in specifieke sociale contexten en dat ze fluïde, meervoudig en veranderlijk zijn. Het gaat veeleer om gecontextualiseerde identiteiten. Zo benadrukt in een van de gepresenteerde casussen een Afro-Amerikaanse man tegenover blanke vrouwelijke therapeut met name zijn raciale identiteit. Het blijft echter bij een enkele casuïstisch voorbeeld. Een keuze voor identificatie (proces) in plaats van identiteit (product) zou daarom het boek ten goede gekomen hebben. Ook het fenomeen van biculturele individuen, aangeduid maar nauwelijks uitgewerkt, zou dan beter tot zijn recht kunnen komen. Een bijkomend voordeel is dat de hulpverlening zo zelf nadrukkelijk ook arena van identificatieprocessen én cultuurproductie wordt.

De ontwikkeling van de CFD was ingegeven door het praktijkgegeven dat niet alle patiënten passen in de profielen of syndromen die de DSM biedt. De vraag is of dat zich beperkt tot de genoemde vier etnische conglomeraten, zoals het boek lijkt aan te geven. De ervaring in Nederland leert dat het opstellen van een CFD ook in het geval van patiënten uit autochtone, religieuze minderheidsgroepen evenzeer een zinvolle exercitie is. Aandacht voor specifieke sociale groepen binnen de 'blanke' meerderheid in de Verenigde staten, zoals de 'poor white' en religieuze minderheidsgroepen, bijvoorbeeld de Amish, mis ik dan ook niet. De culturele formulering blijft zo iets voor etnisch-andere patiënten.

Sinds de introductie van de CFD is gewezen op tekortkomingen, of liever op de ontwikkelpunten van het model. Daarbij gaat het om de meerstemmigheid en de impliciet veronderstelde cohesie en consistentie van het verhaal van de patiënt, voor de interveniërende rol van tolken, voor de toepasbaarheid van de CFD in de hulpverlening aan kinderen en hun ouders en binnen de eerste lijn en acute psychiatrie. Het boek komt tegemoet aan een aantal kritiekpunten, maar helaas niet aan alle, met name bovengenoemde.

In de *Clinical manual of cultural psychiatry* zijn ervaringen van tien jaar trainingen in het toepassen van de CFD verwerkt. Alleen dat feit al maakt het boek waardevol en van harte aan te bevelen aan hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Voor antropologen illustreert het boek de actuele toepassing van antropologische inzichten en concepten in de psychiatrische praktijk en vormt het mogelijk een uitdaging om een bijdrage aan te leveren aan de verdere ontwikkeling van de CFD. Hoewel

de auteurs benadrukken dat met name de informatieve hoofdstukken een normatief vertrekpunt zijn om individuele patiënten te positioneren tegen hun etnische achtergrond en cultuur, bestaat toch het risico dat het omgekeerde gebeurt, namelijk dat het individu geïnterpreteerd wordt in het licht van het normatieve beeld. Het boek komt daarom het best tot zijn recht in combinatie met training en interview.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Bavo Europoort/Leids Universitair Medisch Centrum

Babette Müller-Rockstroh, *Ultrasound travels. The politics of a medical technology in Ghana and Tanzania*. Academisch proefschrift. Maastricht: Universitaire Pers, 2007. 230 pp. ISBN 978-90-5278-637-7.

“Why do you want to study ultrasound in Africa?” Babette Müller-Rockstroh begins her book with the sceptical reaction of a German public health expert. “If you look at the current real problems Africa has, why don’t you do research on AIDS or malaria?” What is the point of studying the introduction of a sophisticated medical technology in a resource-poor African country? One answer might be in terms of the theoretical and methodological gains that are to be had. A question like this arises at the interface between medical anthropology and science and technology studies (STS): particularly fruitful terrain these days. From STS comes the notion that a technology introduced in a society and a culture different from that in which it was created ‘becomes’ something rather different. It not only influences the environment into which it is introduced, but is itself reshaped in the process. From (medical) anthropology, of course, come the tools for making sense of the medical practices, beliefs and understandings that constitute the immediate ‘environment’ of a medical technology. There is another, quite different, response to the sceptical public health expert. This would be in terms of the importance for resource-poor countries (though not for these alone) of understanding the consequences of introducing a new medical technology, whether it be a vaccine against an infectious disease, pre-natal testing, or telemedicine. Thanks to the set of processes we call globalization increasing numbers of new medical technologies are entering poor countries: embedded in a multitude of financial, technological, and prescriptive agreements, regulations, and restrictions. Most industrialized countries have by now established Health Technology Assessment as a vital policy-analytic aid to decision-making in the realm of new technology. In much of the rest of the world such an analytic capacity, involving the skills of the epidemiologist, the economist, and (ideally though in practice rarely) of the social scientist, does not as yet exist.

How and why did diagnostic ultrasound come to Ghana and Tanzania: how was it changed, and what did it change? Diagnostic ultrasound entered commercial production in the 1960s, and by the mid 1980s was becoming a routine tool of antenatal care in many industrialized countries: used for establishing various features of a pregnancy and for assessing the growth and development of the foetus. Thanks to the widespread use of the technology, and hence the large market, obstetric (and other specialist) ultra-

sonic devices were (and continue to be) constantly improved and upgraded. Although a few early devices had been donated to (mission) hospitals in Ghana and Tanzania in the course of the 1980s, Babette Müller-Rockstroh's 'technography' really starts with projects launched by Philips Medical Systems (PMS) in the mid 1990s, with the aid of guarantees and loans provided by the Dutch government. Working together with representatives of the Ghanaian and Tanzanian Ministries of Health, PMS carried out surveys of facilities and needs. On the basis of the data gathered, ultrasound machines were provided to specific hospitals, and operators were trained. Not only was a new market for the technology being created, the intention, and the expectation, was that the technology would lead to better antenatal care and a concomitant reduction in maternal mortality in the two African countries.

The book then follows the incorporation of the new technology: by the State (responsible for public health care), by hospitals, and by the pregnant women the device was intended ultimately to serve. So far as States were concerned, and Ministries of Health specifically, the technology seems principally to have served political functions: increasing the attractiveness of public health care facilities, and so reducing the drain of physicians to private health care and abroad in the case of Ghana, and symbolizing modernity in the case of Tanzania. Moving with the machines to explore their incorporation into the practices of various hospitals in each country, Müller-Rockstroh examines how, for what, and by whom they were used. The context here is vital, for not only did "ultrasound patients have to be made", but antenatal services equipped with ultrasound had to deal with the fact that many colleagues elsewhere knew little or nothing of ultrasonic images or their uses. New and different ways of distinguishing 'normal' from 'at risk' pregnancies proved to challenge many features of the social and temporal orders of hospitals, and their established trajectories of care.

Medical anthropologists are likely to be most interested by the chapter on the women themselves. How did pregnant women understand what became known as a *kioo* in Tanzania and a 'video' in Ghana, in terms of their existing understandings of being with child? The starting point for this section of the analysis, that focuses specifically on Wasukuma women in Northwest Tanzania, is that detailed insight into local knowledge is vital for understanding the incorporation of ultrasound into women's pregnancy practices. How did Wasukuma women establish that they were pregnant? How did they understand possible risks to their pregnancy? How did they come to see themselves as in need of formal antenatal care? What did the ultrasound scan and the pictures it produces mean to women being scanned? In performing an ultrasound scan, the woman's belly is first covered with a special gel that permits better visualization. Women sometimes attached quite different significance to this act: the gel itself being seen as having preventive powers. "Experiencing the new technology as a way to mend a perceived disorder, the practice of 'washing the stomach' resonates with traditional healers' practices to wash women's bellies with medicines when pregnancies are considered to be 'at risk'" (p.161). One woman, quoted in the study, compared the working of ultrasound with that of a television she'd once seen: each drawing its power from the electric power system, each thereby enabled to tell of what could not be seen with the naked eye. Wasukuma women, in other words, and no differently

from women elsewhere, were using the conceptual resources and experiences available to them to make sense of the new technology.

The last chapter uses the study to reflect on what I suggested might be one response to the public health expert whose sceptical question opens the book. How can and should resource-poor countries establish the possible consequences of introducing a new health care technology? Globalization, and the flood of new technologies reaching them, adds urgency to the question. Yet at the same time there is a widespread view in the medical world that in all essentials the benefits of a new technology, extracted from Cochrane reviews and meta-analyses, are context-independent. There is then little need for much in the way of local competence in assessment. The alternative view, eloquently articulated in this valuable study, is that the organisation of health care, and existing practices, knowledge and beliefs profoundly condition the functioning of a new technology. Whilst the author and I agree about this, and with the conclusion that new health care technologies do have to be assessed locally, I am rather less optimistic than she regarding its feasibility in practice. One slight disappointment. The author is herself both a medical anthropologist and a midwife, but we are told little of how, in the field, these competences and commitments affected one another. The author is herself less visible in the study than I would have liked. But this minor quibble does not detract from the value of a book that I read with pleasure and with profit.

Stuart Blume
Amsterdam School for Social Science Research

Papreen Nahar, *Childless in Bangladesh. Suffering and resilience among rural and urban Women*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Amsterdam School of Social Science Research, 2007. 292 pp. €15,00. (Obtainable from the author: papreen@icddr.org)

Infertile women are like fruitless trees, no one likes them, even a monkey does not climb up to a fruitless tree.

If you see a face of an infertile woman in the morning, your day will be ruined.

These are quotes from the book of Papreen Nahar. She presents us with the deeply sad stories of women in Bangladesh who are without child. They are women who lead invisible lives, often in miserable circumstances, their laments unheard, their situation taken as inevitable. "I am floating in the ocean of sorrow", a women of sixty years old and married at fourteen sums up her existence. They are being neglected, excluded, abused, and deserted by their husbands, their families, by society. The fate of these women is ignored in private as in public discourse, even though population control is the dominant ideology in Bangladesh. Now their accounts have been noted down and made subject of scholarly interest and exchange.

Infertility is a taboo subject in Bangladesh society. Nahar knows from experience what it means to live in a country where motherhood is the only desirable identity for women and one of the very few available at all. She is from Bangladesh herself and this must have been vital in getting the women to tell her their life stories in the first place. By doing so and by making them the subject of her academic attention, she is giving voice to these women.

Nahar herself is a mother of two and an academic with many more options for social roles to fill than, especially, the rural women from her fieldwork. This made the inequalities between the researcher and researched strongly felt. It prompted Nahar to discuss the feelings of guilt arising out of this circumstance in a reflexive paragraph. But tracing these stories is an achievement that merits respect. It must have been difficult not only to find women who have been outcast for the simple reason that they have no children, but then win their confidence. That these stories are now in the open will hopefully temper somewhat her guilt feelings.

In the study, infertility is primarily explored as a personal experience, and the accounts of the women form the ethnographic body of the book. But Nahar wants to take her research beyond the mere descriptive. She argues convincingly in the introductory chapters, that a medical notion of infertility cannot be used to bring above water the stories she is looking for. When analyzing the lay concepts of rural women without children in Bangladesh, she finds that it includes, for example, women who suffered abortions, or women who had children who died, or women who do not conceive within two years of marriage. For urban middle-class women the situation is different. But when Nahar compares the two groups, the differences turn out to be not so fundamental. There may be more choices, more social roles available for urban women than just motherhood, but at the end the sufferings and consequences of patriarchy are similar to those of their rural counterparts. Urban middle-class women who are childless are as desperate to have a baby as the rural poor women, although they discuss it more in terms of personal desire than as a response to social pressure.

Typically, in Bangladesh society, when a couple remains without children, the woman is the one primarily blamed. Men are called infertile only if they do not impregnate women in subsequent marriages until their old age (usually 40 – 50 plus). This inequality between men and women comes as no surprise. But also in the Netherlands, a resource-rich country with a 1.4 child-per-family-ideology, there is a similar tendency. One could think that childlessness is primarily a technical problem in the West, but a review of the literature shows something different. Women without children often feel unfulfilled, abnormal and stigmatized, and they are the ones who assume the major responsibility. Even in situations where biomedical testing has indicated a couple's childlessness to be located in a fertility problem of the man, in IVF clinics the two will be addressed as a couple with a problem, even in treatment.

Without wanting to compare the situation of women in this country with that in Bangladesh, it seems to be that it is women, here as well as there, who take the blame for and carry the burden of infertility. This cries for a gender studies kind of perspective on this problem, and indeed, Nahar refers to this literature in the theoretical chapters of her book.

The conclusion that it is women who usually take the blame, seems to reinforce the claim, that infertility needs to be seen as a socio-cultural construct rather than a medical one. But Nahar doesn't maintain this theoretical stance throughout the study. At various places it becomes clear that a medical view on infertility is *distinguished* from a cultural view. She thus leaves her starting point and conceptualizes infertility in two ways and ignores a whole literature on the social construction of medical concepts that could have guided her on a more consistent path. Unsurprisingly, the hidden duality between medical and cultural becomes visible in the research. In chapter three, in a postscript to the methodological section, almost an afterthought, Nahar proposes to shift the terminology from 'infertility', used in the theoretical chapters, to 'childlessness' for the empirical chapters. Infertility would be more of a medical term, while childlessness a medical and social term at the same time. This switch is presented as a pragmatic one, but it also presents an inconsistency in her approach. It leads to comparisons that are not well grounded theoretically: for example in comparing the experiences of rural women and urban women.

No doubt, the strongest point in this study lies somewhere else; its merit goes beyond the voicing of the stories. Nahar's gender perspective leads her to analyze the stories of these women not just in terms of suffering. Instead of viewing them as passive victims of body politics, she analyses their coping with childlessness in terms of agency. This is a refreshing view that reveals these women's subtle ways of resistance and self-determination within the narrow boundaries of their existence. There is power behind the sorrow, Nahar shows us. Her analysis, however dramatic, is therefore one that offers hope. The innate strength of these women can be a source of power, needed to raise awareness about their fate at the level of services, programs and policies. Nahar's work may thus well be an important step in getting the problem of childlessness on the national health agenda in Bangladesh.

Anja Hiddinga,
Science Dynamics, University of Amsterdam

Lisette Oliemeulen & Ferdinand Thung. *Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen.*

Academisch proefschrift. Apeldoorn: Garant, 2007. 357 pp.
ISBN 978-90-441-2130-8.

Aan het einde van de jaren negentig luidde de noodklok over de gebrekkige toegankelijkheid van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGz) voor allochtonen. Thung, transcultureel psychiater, besloot onderzoek te doen naar de aansluiting van de behandeling in de GGz aan ambulante psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen, en betrok de antropologe Oliemeulen bij het onderzoek. Het had moeten resulteren in een dubbelpromotie van beide onderzoekers. Helaas overleed Thung, op te jonge leeftijd, voordat alle vergaarde en geanalyseerde gegevens op schrift waren gesteld. Om die reden beperkt de publicatie van de onderzoeksresultaten zich tot die gegevens die door Oliemeulen als antropologe verdedigd konden worden. Toch bevat

het een rijkdom aan zowel antropologische als psychiatrische gegevens en inzichten, die voor behandelaren en beleidsmakers in de GGz van belang zijn.

De auteurs baseerden hun onderzoek op de theorieën van Kleinman over de klinische realiteit – de sociale en culturele context van ziek-zijn en zorg – en de verklarende modellen (VM-en). Daarbij veronderstelden zij dat hoe beter de VM-en – de ideeën over de oorzaak, de behandeling en de prognose van de ziekte – van de patiënt en zijn steunsysteem op die van zijn behandelaar aansluiten, des te succesvoller de behandeling verloopt. Oliemeulen en Thung verkenden de VM-en van drie groepen met de narratieve methode. De studie betrof 17 Hindoestaans Surinaamse, 16 Turkse en 20 Nederlandse chronisch-psychotische patiënten, hun steunsysteem en hun behandelaren van twee GGz-instellingen in de Randstad. Ze interviewden de patiënten bij de start van het onderzoek en een half jaar later thuis en de 30 betrokken behandelaren eenmalig op hun werkplek. Verder voerden zij groeps gesprekken met het steunsysteem van de patiënten in aanwezigheid van de behandelaar.

Tijdens de interviews bleken de meeste patiënten meer de nadruk te leggen op hun problemen voortkomend uit hun leefomstandigheden en –geschiedenis dan op hun ziekte. Als ze hun ziekte al als probleem benoemden, hadden zij meerdere verklaringen voor het ontstaan daarvan en vaak waren de door hen genoemde oplossingsstrategieën daarmee niet consistent. De meeste consistentie in de VM-en werd gevonden bij de beter opgeleide Nederlandse patiënten; hun VM-en kwamen ook het meest overeen met die van hun behandelaren.

De ‘moeilijkste patiënten’, hoofdzakelijk de sociaal gemarginaliseerde, allochtone patiënten van wie de VM-en en leefomstandigheden het verst afstonden van die van hun behandelaren, bleken behandeld te worden door de minst opgeleiden onder hen, namelijk de verpleegkundigen. Deze waren vaak niet op de hoogte van de leefwereld van hun patiënten en voornamelijk gericht op symptoomreductie. De verklaring hiervoor zoeken de onderzoekers onder andere in de opleiding en werkomstandigheden van de verpleegkundigen, waaronder de te zware caseload en gebrek aan supervisie. De verpleegkundigen hanteerden bij de behandeling van chronisch-psychotische patiënten hoofdzakelijk het medisch model: de oorzaak van de ziekte is biologisch; stress hoogstens luxerend; de prognose fatalistisch. Enige recente studies hebben echter aangetoond dat schizofrenie ook samenhangt met onder andere *social adversity* en *social defeat*. De behandelaren met een dergelijke bredere, biopsychosociale visie waren over het algemeen hoogopgeleid en betroffen de (autochtone en allochtone) psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Deze behandelaren bleken vaak in interactie met hun patiënten en hun familieleden op zoek te gaan naar een gedeeld VM. Hun patiënten waren voor een groot deel de autochtone patiënten met ‘autochtone’ VM-en. Verder bleken behandelaren nauwelijks aandacht te schenken aan de inhoud van de psychose, aan de inhoud van de wanen en/of hallucinaties, onder meer omdat deze toch ‘nonsens’ zou zijn. Opvallend waren echter enige typerende verschillen die te relateren zijn aan de leefwereld van de drie etnische groepen: Turkse mannen hoorden vaak beledigende stemmen, Hindoestaanse Surinamers ervoeren vaak bizarre taferelen en vele Nederlanders dachten achtervolgd of gestraft te worden. Daarnaast wisten patiënten vaak niet werkelijkheid van waan te onderscheiden. Soms hadden wanen betrekking op een

bepaald persoon, wat in enkele gevallen had geleid tot gericht geweld. Er zijn daarom verschillende goede argumenten waarom het exploreren van de inhoud van een psychose onderdeel zou moeten zijn van de behandeling.

Verklarende modellen van het steunsysteem van patiënten spelen een grote rol bij het zoeken van hulp en oplossingsstrategieën. De heteroanamnese in de GGz lijkt echter aan belang te hebben ingeboet: de (second) best geïnformeerde personen over de levensomstandigheden van chronisch-psychotische patiënten, de direct betrokken familieleden, bleken meestal niet gehoord en betrokken bij de behandeling. Uit het onderzoek bleek dat familieleden van enige allochtone patiënten de oorzaak van de psychose zochten in alcohol- en drugsgebruik, zelfs bij een patiënt die geen gebruiker was. Allochtone familieleden hebben vaak een achterstand in informatie over de GGz. Familieleden van Turkse patiënten schermde hen uit 'eer en schaamte' vaak te lang af, wat veelal wegens escalerend geweld leidde tot een gedwongen opname. Daarnaast zijn allochtone familieleden vaak overbelast door hun eigen levensomstandigheden en de zorg voor de patiënt. Vanwege de betekenis van de ziekte zochten zij de oplossing vooral in een vermindering van deze belasting door activering en medicatie. De vormen van activering die behandelaren voor ogen stonden, bleken echter vaak te ver af te staan van de leefwereld van betreffende patiënten en diens steunsysteem.

De onderzoekers komen na beschrijving van de resultaten van de interviews en de daarmee samenhangende theorieën tot de conclusie dat het overeenkomen van de VM-en van patiënten, hun steunsysteem en hun behandelaren van minder belang blijkt dan bij aanvang van de studie werd verondersteld. De VM-en vormen een middel om in gesprek te komen over de betekenis van de ziekte voor alle betrokkenen. Daarbij is de aandacht voor de sociale werkelijkheid van de patiënt, als oorzaak, gevolg en knelpunt in de behandeling, van minstens zo grote betekenis voor de behandeling als die voor de klinische werkelijkheid. Beiden kunnen niet los van elkaar gezien worden.

Sommige resultaten van dit unieke onderzoek zijn waarschijnlijk specifiek voor de sociale en culturele achtergronden van de onderzochte patiënten en mogelijk ook voor de sociale context en heersende institutionele cultuur van de betrokken GGz-instellingen. Maar, ongeacht of de resultaten geheel of slechts ten dele te generaliseren zijn, de publicatie is van grote waarde voor het verbeteren van de aansluiting van de GGz op, met name allochtone, patiënten. Vooral de beschrijving van diverse casussen, de karakterisering van patiënten en behandelaren en (het gebrek aan) de aansluiting van de verschillende typen op elkaar maken de publicatie boeiend om te lezen.

Loes van Willigen, arts
Consultant Gezondheidszorg en Mensenrechten, Amsterdam

Maud Radstake, *Visions of illness: an endography of real-time medical imaging*. Academisch proefschrift. Delft: Uitgeverij Eburon, 2007. 168 pp. €24,00. ISBN 978-90-5972186-9.

How does real-time medical imaging affect patients' lived experiences of illness? This is the central question of Maud Radstake's doctoral thesis, part of the Netherlands organization for scientific research (NWO) project *The mediated body*. Radstake did ethnographic research into real-time imaging of intestinal and urinary tracts in a hospital. The book can be read at two levels: first, as a study into how real-time medical imaging mediates illness as an embodied experience; and secondly, as an exploration of how to theorize and study illness without presuming illness/disease dualism. In this respect Radstake's book is of interest both to medical practitioners working with imaging technologies and to social-scientist researchers interested in increasingly widespread technological mediation of embodied experience.

The theoretical framework for these explorations is collected in the second chapter by combining insights from (post-)phenomenology and actor-network theory (ANT). Radstake argues that a study of embodied illness is at odds with a theoretical distinction between 'illness' as an individual's experience and 'disease' as physiological/mental abnormalities in a body. Medical anthropologists making such a distinction presume that medical imaging technologies necessarily alienate patients from their bodies, as the images these technologies produce differ from patients' lived experiences. Radstake turns to phenomenological approaches because their analyses of lived experiences do not presume such a gap between the patient as an ill person and the patient as a diseased body. Radstake refers to Leder's work on the 'absent' body to argue that phenomenology presupposes that medical technological mediated perceptions of inner body parts, normally not consciously experienced, are alienating. In doing so, Radstake ignores alternative phenomenologies: for example, she mentions Gail Weiss several times but does not exploit the richness of Weiss' work who shows that alienation is possible but not necessary.

To study how technologies affect bodies, Radstake turns to actor-network theory, a branch of Science and Technology Studies. With actor-network theory she conceptualizes how bodies are articulated in relations between patients, doctors and technologies. Medical imaging technologies contribute to the construction of both a patient's body as object of medical knowledge and the patient's presence as acting subject. Both disease and the patient as subject are the outcome of a mediated relation at a certain time. However, ANT cannot address the question of how these technological mediations affect a patient's experience of illness. In the work of the philosophers of technology Don Ihde and Peter Paul Verbeek, Radstake finds a fruitful middle ground between ANT and phenomenology, post-phenomenology, which she will use to study technological mediated experiences.

The rich ethnographic study is presented in the chronological time-line of medical imaging: patients entering the practice (chapter two); preparations of patients and doctors for medical imaging (chapter three); real-time imaging (chapter four) and translations of pictures into imaging reports and illness experiences after the imaging

(chapter five). Radstake made a good selection of cases: she chose events in which patients could watch the images and in which interior body parts were visualized.

Especially the excellent fieldwork descriptions in chapters three and four substantiate the claim that illness/disease should be studied as one phenomenon. Particular convincing are the examples of patients preparing their bodies for visualizing: up to two days of fasting, draining and lactating prepare the body as object of medical knowledge yet also affect lived experiences (e.g. feeling empty). Illuminating is her distinction in chapter four between four modes of attaching pictures to bodies: how doctors real-time interpretative readings of pictures inform patient's perceptions; the experience of seeing one's inner body; active submission of the patient to the imaging; and being emotionally moved by pictures (e.g. being ashamed of excrements on the screen).

Towards the end of chapter four and especially in chapter five it becomes clear that Radstake cannot really successfully unite ANT and phenomenology in her analysis of embodied illness. She is left with a gap between the body's presence (arising in the modes of attachment) and embodied experience; a gap that results from an ANT inspired analysis and (post-)phenomenological inspired analysis respectively. Confusing is her use of the concept 'the image-body', a concept she takes from Don Ihde and develops. In Ihde's work this concept refers to a disembodied perspective (experiencing oneself as an over-there body) which, for example, is taken when one imagines seeing oneself doing something. In Radstake's analysis the image-body is an *object* of experience and its relation to disembodiment and a patient's body images which constitute lived embodiment is not clear. Still, an important conclusion of chapter five is that alienation is not the result of medical imaging (or objectification): rather, alienation is experienced when there are contradictions between embodied self-perceptions and objectified knowledge, for example, when no cause for pain has been found.

In chapter six, Radstake sets out the relevance of her research for different groups of readers. For the medical practice she refers to her analysis of alienation. She makes clear that patients are prepared for their role as research object, but not for their role as spectator. Patients have the expectation that medical technologies allow them to see for themselves what is wrong. This is unrealistic as the images are not pictures but data which needs to be read. For social scientists, she suggests links between her work and normative reflection on imaging technologies (full body scan) and health care more general (autonomy) but these ideas need to be developed further in future work to fulfil their potential.

The book is worthwhile reading both for those interested in an exploration of how real-time imaging affects embodiment and those with a more theoretical interest in technological mediation of illness. While Radstake is not fully successful in creating a conceptual framework she nevertheless, convincingly, shows a need for developing frameworks that can be used to explore embodied experience as arising out of social-material interactions.

Mechteld-Hanna Derksen
Department Technology Management, Technische Universiteit Eindhoven

Francine Saillant & Serge Genest (eds.), *Medical anthropology. Regional perspectives and shared concerns*. Malden: Blackwell Publishing, 2007. 305 pp. £19.99. ISBN 1-4501-5250-8.

Edited by anthropologists Francine Saillant and Serge Genest of the Université Laval, Quebec, this book gives a broad overview of the history and contemporary developments of medical anthropology in the Americas and Europe as well as offering cross-cutting and thematic perspectives on issues of gender, politics and the future of the field. The editors' objectives were "to offer readers a glimpse of the many different perspectives of those within it (...) and to reflect on how the major social issues facing us are coloring the way it is being expressed, and put its founding concepts into perspectives". Accordingly, the editors posed two main questions to frame the collection: "How has medical anthropology developed since the first manuals were published in the United States in the 1970s and 1980s? (..[and]) To what extent have diversified intellectual traditions, rooted in continental, regional or national environments, contributed to the elaboration of concepts and theories, often linking together the specificity of one tradition to the more general concerns of the international scientific community?".

The book is divided in three parts: *Perspectives from the Americas*, including Canada, the United States, Brazil and Mexico, *Perspectives from Europe*, with contributions from France, Spain, Italy, Germany, the Netherlands, the United Kingdom and Switzerland, and *Cross-cutting and Thematic Perspectives*, with the themes gender and politics. The contributors are all well-known experts in their field, mostly teaching and researching at universities, government institutions or transnational institutions.

In the *Introduction* Saillant and Genest give a concise overview of the history of medical anthropology, starting from the early twentieth century with its classical themes of studying diverse therapeutic practice and its background of symbolic and religious anthropology, to the development more recently of an applied medical anthropology, as well as a political and critical medical anthropology. Medical anthropology's critique of the hegemony of biomedicine, of biological reductionism and medical power, its critical gaze on the world of biopolitics were highly influential. The editors state that the study of Western biomedicine as any other medical system has been essential for medical anthropology, but it has also led to a medicalization of medical anthropology. The body and its representations has always been one of the core themes in medical anthropology. Consequently, the proprietary claim of biomedicine over the body has been contested. Concepts of embodiment and bio-power generated discussions on reproduction, organ transplants and biotechnologies in the wider field. Illness as an experience consequently led to the concept of social suffering, especially related to forms of structural violence.

Canada is represented by two contributions. Bibeau, Graham and Fleising's *Bio-science and biotechnology under ethnographic surveillance: where do Canadian medical anthropologists stand?* points to the diversity of Canadian medical anthropological topics. After a short historical background, the authors examine recent research tendencies in Anglo-Canadian medical anthropology. Ethnographies of scientific cul-

tures centre on the political, economic and commercial aspects of bioscience and biotechnology and their social and ethical dimensions. The authors present three main representatives of the field: Fleising, Graham and Kaufert. They remark critically that anthropology departments often do not see the legitimacy of the ethnographic examination of scientific cultures.

Massé's *The anthropology of health in Québec: toward a blending of approaches and methods* gives an insight into the francophone Canadian anthropology of health, particularly its focus on transcultural psychiatry. Current research themes centre around the anthropology of illness, bioethics, humanitarian aid and home care. Massé stresses the constructive collaborations with biomedicine, especially public health, a task which he describes as extremely difficult because of the rift between the two fields in terms of epistemology and methods. Some Canadian anthropologists critically reflect on the liaison between anthropology and public health and warn of the dangers of 'biomedicalizing' the discipline. Others are concerned with sometimes hostile tendencies towards science (especially a bias against biomedicine), calling for a "healthy complementarity with the biomedical sciences".

Castro and Farmer in their article *Medical anthropology in the United States* give a broad overview of the most influential medical anthropology traditions. Apart from historical insights, the authors are especially interested in the development of applied medical anthropology and its connection to the field of international public health. The institutional background of medical anthropology demonstrates how the field has moved from the margin to the centre of the discipline. The theoretical discourse has significantly influenced other disciplinary fields. Newly termed as "critical anthropology of health", the development of critical medical anthropology, focusing as it does on power relations and social inequalities, provides an important framework for evaluating the motivations and the work of medical anthropology in the field. Nonetheless, they are critical of the fact that medical anthropologists have rarely examined the wider socio-economic constraints that hinder equity in access to health care.

In *Much more than medical anthropology: the healthy body and Brazilian identity* Leibling examines the strong orientation of Brazilian anthropology of health towards European anthropological and philosophical traditions. Medical anthropology in Brazil is facing the paradoxical situation that health problems linked to poverty go hand in hand with those found in rich nations. Medical anthropologists are working within national boundaries and are especially concerned with their national and international health cultures.

Medical anthropology in Mexico: recent trends in research and education by Duarte-Gómez, Campos-Navarro and Nigenda outline the history of medical anthropology as marked by a critique of colonial power and its bias towards traditional practitioners. Research agendas have been strongly influenced by the development of public health in indigenous communities. The text also focuses on the rich institutional and teaching traditions in Mexico.

European perspectives are introduced by Fainzang's *Medical anthropology in France: a healthy discipline*. She explains how French anthropology of health and illness emphasizes local theories of power and the dynamic link between social and ther-

apeutic processes. She stresses the field as being basically a social science, strongly rooted in social anthropology and points to the problematic relationship between anthropology and medicine critiquing the fact that anthropology has not managed to sufficiently free itself from biomedical categories. French research themes strongly focus on AIDS (experience of illness, social vulnerability, information sharing, physical and moral suffering, medical pluralism, perceptions of health risk and rationality), calling for an engaged and political anthropology of health. The question of meaning, socioeconomic dimensions of illness, power relations and medical ethics are central theoretical orientations. French medical anthropologists criticize public health rhetoric that blames individuals and culture rather than political institutions.

Comelles, Perdiguero and Martínez-Hernández in their text *Topographies, folklore, and medical anthropology in Spain* stress that the broad cosmopolitan outlook in Spanish medical anthropology has its roots in a diversity of languages. Medical anthropology has been strongly influenced by the history of medicine and sociology, focusing on the themes of cultural psychiatry, ethnography of disability, ethnography of professionals and institutions, pluralism in health care and migration and health.

In *Suffering, politics, nation: a cartography of Italian medical anthropology* Pandolfi and Bibeau outline the influence of major Italian philosophical schools in Italian medical anthropology and its important connection to public health, especially the reform of psychiatric institutions (social and democratic psychiatry). Italy's strong regionalism has focused on the meaning of ritual, folk practices, phenomena of contamination, violence and resistance, humanitarian intervention and power relations.

Germany's perspectives are presented by Wolf, Ecks and Sommerfeld in *Medical anthropology(ies) in Germany*. The authors refer to the longstanding tradition of ethnomedical research while there is still no institutional or scientific equivalent to medical anthropology. By way of historical background, they outline the strong connection to a social medicine of Virchow, the concept of disease as a social construct and the broadening of the reductionist biomedical view. One major trend has been and still is applied medical anthropology related to international public health. Describing the different institutions of medical anthropology the authors outline the main themes, such as politics of health, medical technologies, social consequences of disease, pluralistic health care and dynamics of ritual. The authors examine a gap between the output of German medical anthropology, which is largely in German, and the input which is largely in English.

In his contribution *A cultural fascination with medicine: medical anthropology in the Netherlands* Van der Geest sees a close link between the origins of medical anthropology and activities of missionaries and medical workers in developing countries. Many of the prominent figures of medical anthropology in the Netherlands have been medical doctors and even anthropologists have practiced 'anthropology in medicine'. Until recently, research has mostly taken place on foreign territory; work done on social and cultural aspects of health in Dutch society has often not been referred to by anthropology and vice versa. This is changing, medical anthropology is 'coming home'. Today medical anthropology has quite an elastic character, drawing from sociology, psychology and anthropology. Institutionalization at anthropology depart-

ments, medical faculties and beyond is well established. The main research themes are perceptions and practices concerning health and illness, medical knowledge and technology, including pharmaceuticals and immunization, gender, reproductive health and population policy, chronic illness and aging, mental health, and health-care policy. Theoretically important are medical hegemony (especially power and politics), the globalization of bio-science (pharmaceuticals in particular), the agency of patients and applicability of research results.

Frankenberg in his contribution *British medical anthropology: past, present, and future* states that British medical anthropologists derived their general theory from (philosophical) French precursors and 'Englished' it. He finds the distinction of anthropology *of, in or for* medicine useful and feels uneasy about an applied anthropology of medicine which does not feel obliged to advance the understanding of general anthropology. Frankenberg describes a general suspicion of theory and a more recent obsession with methodology, calling for an explicit presentation of subjectivity and fragmentation. With the onset of the HIV/AIDS era, social sciences in general became more widely recognized and English medical anthropology "came suddenly of age". Important research themes have been local ethno-science of disease classification, lay epidemiology, differentiating between danger and risk, and applied medical anthropology in the field of psychiatry. British medical anthropology also integrates nurses and midwives in their work. His main criticism is that medical anthropologists have paid scant attention to complementary and alternative medicine, nor to what he calls the "professional unorthodox as against conventional biomedicine".

Swiss medical anthropology is described by Rossi in his contribution *Anthropology between medicine and society: Swiss health interfaces*. As a multilingual country, Switzerland has long been influenced by a variety of approaches and authors from France, United Kingdom and the United States. There has been a concern to build bridges between anthropology and medicine as well as anthropology and nursing, a cooperation he finds fundamental for research and teaching. In the absence of a colonial legacy, research has taken place in a variety of places, a more recent trend has been to conduct 'anthropology at home'. During the 1990s several main fields of research have emerged: migration and health, pluralism in medicine and health care practices, AIDS, and North-South relations. Within these broader themes social and health inequalities, designing practical intervention tools for health professionals, practices of medical rationality, health seeking practices and health policies and systems have been particularly important. The author asserts that research practices are often determined by a market in medical and public health research and less by institutional or academic strategies.

The third part of the book *Cross-cutting and thematic perspectives* opens with *Engendering medical anthropology* by Browner and Sargent. They outline the theoretical and political routes that have shaped research on gender in medical anthropology in the United States. Gender studies have been inspired by controversies of male domination over reproduction and the female body; they have identified dimensions and structures of gender inequality. Consequently anthropological attention has focused on the anthropology of childbirth, the medicalization of reproduction, bio-

medical authority, political economy and health, gender and HIV/AIDS, idioms of distress, violence against women and feminist activism and women's health. Gender studies in medical anthropology have provided insight and helped build theory in anthropology.

Fassin in his contribution *The politics of life: beyond the anthropology of health* outlines developments in the field in France, connecting them as they appear in other countries. Drawing from an example of lead poisoning in African immigrant populations, he discusses the social construction of health and how the dominant social/political group is defining its boundaries. When authorities and media provided a culturalist interpretation for lead pollution they indeed covered-up social inequalities. Fassin states that health is a social construct and at the same time is a part of society. He argues that "an anthropology that takes the politics of life as its object goes far beyond the theoretical and empirical horizon of classical medical anthropology."

Lock's essay *Medical anthropology: intimations for the future* concludes the book. Bio-politics being her central theme, she criticizes the hegemony of biological sciences over the interiority of the body and argues that relatively few are challenging this universalism associated with biology. Lock calls for a reconfiguration of the concept of culture and a critical examination of assumed natural categories. Drawing on her work on menopause she insists that medical anthropology should recognize biological differences and argues that "embodied subjectivity is shaped to *some extent* by the contingency of local biologies". However, "there is no doubt that biological and genetic determinisms must be rejected outright". Regarding future trends, she stresses the need for further investigation of inequities, discrimination, human right abuses and violence by medical anthropology. She criticizes that while there is good work done on HIV/AIDS, with few exceptions medical anthropologists have not much been engaged in research on malaria, tuberculosis and other infectious diseases.

Most contributors assert that the convergence of anthropology towards bio-sciences and especially medicine has not been uncontroversial – between a utilitarian claim on the one side and the fear of anthropology being medicalized on the other. A specific European concern seems to be that, due to its multi-linguism, research findings are often less well known or implemented in the international (Anglophone) context. The hegemony of English as a scientific language is seen as a grave and significant limitation. But these barriers are to some extent home-made. Van der Geest, for example notes that literature read in Dutch university courses is overwhelmingly foreign, and that Dutch authors are hardly known outside the national boundaries.

In the introduction the editors state that the study of western biomedicine as any other medical system has been essential for medical anthropology and that it has "rescued anthropologists from exoticism, folklorism, and the ethnography *ad nauseam* of all the ethnomedicines of the world". Well, this 'ad nauseam' research of ethnomedicines nourished the roots of medical anthropology; it has facilitated the formulation of basic theoretical concepts and principles in medical anthropology, and has made it possible to 'alienate' biomedicine, that is to look at it as a cultural phenomenon.

I also found it a bit irritating that some authors used the book as a platform for overtly self-presentation and self-citation. Even if it is clearly not possible to present all developments of a country in a format of this kind, authors are called to give a broad overview of the diversity of the field. I also missed northern European developments (Finland, Norway, Sweden) of medical anthropology and I would have wished that the references were updated after the 2005 French edition was translated into English.

Overall the editors have done excellent work in bringing together the different visions of so many renowned experts in the field. The book gives a balanced view of the many established theories of European and American medical anthropology and outlines the significant contribution to anthropology as a whole.

Ruth Kutalek

Unit Ethnomedicine and International Health, Medical University Vienna

Lynnette Leidy Sievert, *Menopause – A biocultural perspective*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2006. 220 pp. \$ 23,95 (paperback). ISBN 978-0-8135-3856-3.

In de jaren zeventig vertelde ik vrouwen op basis van toenmalige opvattingen in de vrouwengezondheidszorg, dat klachten van de menopauze vooral te maken hadden met de emancipatie van de vrouw. Vrouwen die een bevredigend, werkzaam leven leidden, zouden niet of nauwelijks overgangsklachten ondervinden. Inmiddels heb ik aan den lijve ondervonden dat ik die opvatting nodig moet bijstellen. Ik heb het boek over de menopauze dan ook niet alleen met professionele, maar ook met persoonlijke belangstelling gelezen. Daarbij speelde bij mij vooral de vraag of vrouwen in andere culturen de overgang anders ervaren dan in westerse landen. Sievert, hoogleraar antropologie aan de Universiteit van Massachusetts, toont echter in haar uitvoerige overzicht van de huidige kennis over de menopauze aan dat daar niet een eenvoudig antwoord op te geven is. Ze beschrijft vele oude en nieuwe studies, waaronder Nederlandse, op dit terrein en vergelijkt de resultaten daarvan met die van haar eigen studies verricht in de Verenigde Staten, Mexico, Paraguay, en Slovenië. Daarbij bespreekt ze achtereenvolgens de biologische basis van de menopauze, de methoden waarmee het fenomeen kan worden bestudeerd, de (variaties in) leeftijd waarop het optreedt en de ongemakken die er mee kunnen samenhangen. Een apart hoofdstuk is gewijd aan de zogenaamde opvliegers. Met deze opbouw van haar boek brengt Sievert in eerste instantie een scheiding aan tussen de biologische en sociaal-culturele aspecten van de menopauze, om vervolgens op overtuigende wijze aan te tonen dat de menopauze niet alleen een biologische en sociaal-culturele gebeurtenis is, maar ook een proces, dat alleen begrepen kan worden indien het bestudeerd wordt als onderdeel van de gehele levensloop (*lifespan approach*). Daarnaast toont Sievert aan dat vele, tussen studies gevonden variaties in de leeftijd waarop de menopauze optreedt, in ongemakken die met de menopauze samenhangen en in factoren die daarop van invloed lijken te zijn, meer te wijten zijn aan verschillen in onderzoeksmethoden dan aan biologische en culturele variabelen.

De menopauze is als gebeurtenis lastig te definiëren en niet eenvoudig vast te stellen. Volgens de definitie van de WHO van 1981 is de menopauze het permanente stoppen van de menstruatie ten gevolge van het verlies van folliculaire activiteit van het ovarium. Onderzoekers hanteren daarbij een periode van twaalf maanden: als de menstruatie na een jaar niet is teruggekeerd dan heeft de menopauze plaats gevonden. Bij onderzoek zal er echter rekening mee moeten worden gehouden dat vele vrouwen een hysterectomie hebben ondergaan, waardoor ze niet meer menstrueren, maar bij wie folliculaire activiteit nog steeds plaats vindt. Daarnaast onderdrukt oestrogen-suppletie de typische klachten die rond en na de menopauze kunnen optreden, maar veroorzaakt vaak onttrekkingbloedingen, terwijl er niet of nauwelijks meer sprake is van folliculaire activiteit. Bij onderzoek naar de variatie in leeftijd van de menopauze binnen en tussen groepen vrouwen zal met deze 'afwijkingen' van de definitie rekening moeten worden gehouden. Daarnaast herinneren vrouwen die de overgang zijn gepasseerd, zich vaak niet meer wanneer haar laatste menstruatie heeft plaats gevonden. Om die reden zijn er andere methoden geïntroduceerd om de gemiddelde leeftijd waarop de menopauze bij groepen vrouwen optreedt vast te stellen. Sievert laat zien welke grote verschillen in gemiddelden van leeftijden ontstaan bij onder andere het gebruik van deze verschillende methoden.

Voor een deel wordt de variatie in de leeftijd waarop de menopauze optreedt genetisch verklaard. Er zijn echter ook culturele factoren die daarop van invloed zijn. Volgens de huidige kennis, althans volgens Sievert, leidt roken en nooit zwanger te zijn geweest universeel tot een menopauze op vroegere leeftijd en treedt deze bij getrouwde vrouwen later op dan bij alleenstaande vrouwen. De auteur heeft voor deze relaties fysiologische, hormonale verklaringen. Zij veronderstelt dat de menopauze later optreedt bij getrouwde vrouwen, omdat mannen primaire feromonen afscheiden, wat bij vrouwen in hun omgeving zou leiden tot een regelmatige menstruatie, wat dan weer gerelateerd zou zijn aan een latere menopauze. Dit roept bij mij de vraag op of dan niet het 'samenleven met (een) man(nen)' beschouwd moet worden als de predictor in plaats van het 'gehuwd-zijn'. Desalniettemin vormt dit des te meer een onderbouwing voor de levensloopbenadering.

Verskillende studies tonen aan dat lageropgeleide vrouwen eerder de menopauze bereiken dan hogeropgeleiden. Hiervoor heeft Sievert niet direct een verklaring, maar zoekt deze bij de coping vaardigheden van vrouwen.

Opvallend zijn de verschillen in lichamelijke en psychische ongemakken die vrouwen in verschillende delen van de wereld ervaren rond en na de menopauze. Hoewel opvliegers, nachtelijke transpiratie en het droger worden van de vagina de enige symptomen zijn die direct gerelateerd kunnen worden aan de vermindering van de oestrogenspiegel in het lichaam, worden deze minder door vrouwen gemeld dan atypische klachten, zoals gewrichtsklachten en depressie. In dertien van de vijftien studies die niet alleen de aan- of afwezigheid van vasomotore en psychologische klachten hadden gemeten, maar ook die van lichamelijke klachten, bleken musculoskeletale en gewrichtsklachten in de top-vier van de klachten te staan. Niet duidelijk is of deze klachten toe te schrijven zijn aan de hormonale veranderingen rond en na de menopauze of aan slijtage door langdurig zwaar lichamelijk werk. Van oudsher werd

gesuggereerd dat vrouwen in de overgang depressief worden door het verlies van haar reproductieve functie en verzorgende rol voor haar kinderen. Depressie en andere psychologische problemen lijken echter bij vrouwen in de overgang in gelijke mate voor te komen als bij vrouwen in andere levensfasen.

Verklaringen voor cross-culturele variaties in het optreden van opvliegers en nachtelijke transpiratie zijn onder andere premenstruele symptomen, klimaat, roken en koffie drinken, sociaal-economische verschillen en opleiding, beleving van de menopauze en de medicalisatie ervan door de gezondheidszorg en media. Sievert concludeert dat de relaties van de verschillende factoren met het ervaren van opvliegers rond en na de overgang zowel separaat als in onderlinge samenhang moeten worden bestudeerd.

Er is al veel kennis verzameld over het optreden van de menopauze en de ongemakken die daarmee samenhangen, maar even zozeer zijn nog veel vragen onbeantwoord gebleven. In feite is Sievert's publicatie, naast een state-of-the-art, ook een groot pleidooi om bij onderzoek naar de menopauze vergelijkbare gegevens te verzamelen en methoden te gebruiken die (cross-culturele) vergelijking van resultaten mogelijk maken.

Ik kan *Menopause – A biocultural perspective* van harte aanbevelen bij eenieder die geïnteresseerd is in de huidige stand van de bioculturele kennis over de menopauze. Daarnaast geeft het boek goed inzicht in het opzetten en uitvoeren van cross-cultureel, kwantitatief onderzoek, met onderzoek naar de menopauze als voorbeeld.

Loes van Willigen, arts
Consultant Gezondheidszorg en Mensenrechten, Amsterdam