

Book reviews / Boekbesprekingen

Erdmute Alber, Sjaak van der Geest & Susan Reynolds Whyte (eds.), ***Generations in Africa. Connections and conflicts***. Berlin: Lit Verlag, 2008. 432 pp. €39,90. ISBN 978-3-8258-0715-3.

De titel van het boek had ook *De jeugd van tegenwoordig* kunnen zijn. In de verhalen ouderen klagen over andere normen en gedrag van jongeren en maken jongeren ouderen juist verwijten. De auteurs van de bijdragen in *Generations in Africa* beschrijven veranderingen in Oost-, West- en Zuidelijk Afrika en de gevolgen die deze hebben voor generaties en relaties tussen generaties. Het is onmogelijk om alle bijdragen in deze bundel te beschrijven, hoewel ze stuk voor stuk de moeite waard zijn. Ik beperk me tot de hoofdlijnen.

Het concept generatie kan op verschillende wijzen gehanteerd worden. Allereerst in de zin van verwantschap en een logische opvolging in de tijd: grootouder, kinderen, kleinkinderen. Ten tweede als leeftijdscohort, een groep mensen die niet verwant is, maar op grond van leeftijd of levensfase wel als specifieke groep deel uitmaakt van een samenleving en daar ook een eigen plaats inneemt, bijvoorbeeld de tieners en volwassenen in de bijdrage van Bourdillon. Een derde benadering is die van generaties als historisch of politiek cohort. Een historische generatie is een cohort van mensen van ongeveer dezelfde leeftijd die vooral een gezamenlijke geschiedenis heeft, bijvoorbeeld de omverwerping van het koloniale regime in Gambia. Wanneer deze cohorten zich een specifieke positie verwerven in de politiek, dan kan men spreken van 'politieke generaties' zoals in de bijdrage van Bellagamba.

Zelf was ik net als Bellagamba in 1994 in Gambia, een week of drie na de militaire coup die een einde maakte aan een periode van dertig jaar postkoloniaal bewind van de People's Progressive Party (PPP). De mensen in Gambia, vooral de jongeren, waren hoopvol: er zou afgerekend worden met corruptie en vriendjespolitiek die vooral op het platteland bepaalde wat er mogelijk was. 'Accountability' was het toverwoord dat zowel de militairen als de bevolking gebruikten. Nu zou duidelijk worden waar het geld was gebleven dat bestemd was voor de school, het herstel van de hoofdweg enzovoorts. Er zou tegelijk afgerekend worden met de oude moraal. Vooral voor jongeren was de situatie moeilijk. Veel van hen hadden hun school niet af kunnen maken. Er was veel armoede en nauwelijks werk. Emigratie naar het buitenland leek de enige optie voor verbetering van de levensstandaard. Het afscheid van het koloniale tijdperk had geen welvaart gebracht. Sterker nog, de situatie was alleen maar verslechterd. Dit betekende ook dat ouderen veelal niet meer het aanzien hadden van vroeger en de jongeren waren opgescheept met een erfenis van de vorige generaties. Helaas heeft twaalf jaar later ook de militaire coup niet de verwachte verbetering gebracht getuige

het volgende citaat. “Get out of here seems the only pursuit of most Gambian youth these days. [...] When elders pray in mosques, you don’t hear them praying for a better education system, instead they pray for the opportunity to have their kids make it to the Promised Land (Europe and the United States)”.

In de bundel komen deze elementen ook terug. Rond de thema’s reciprociteit, heden en verleden, politiek en deugden verhalen de auteurs van hedendaagse conflicten, strategieën en hoop. Een aantal verhalen laat zien dat het intergenerationele contract, het zorgdragen voor de andere generatie, niet alleen geschonden wordt door kinderen en kleinkinderen. Het omgekeerde is ook vaak het geval: ouderen zijn dan niet in staat hun verplichtingen na te komen. Ze kunnen onvoldoende zorgen voor materiele voorzieningen, noch dienen als rol model zoals Boden beschrijft in haar bijdrage.

Het leidt niet alleen voor kinderen tot schrijnende situaties, maar ook voor kleinkinderen. Nyambedha laat in het verhaal van Adoyo, een twaalfjarig weesmeisje in Kenia, zien dat kleinkinderen de voorheen veilige haven van grootouders kwijt raken, wanneer deze de rol van ouder moeten gaan overnemen. Daar waar ouders streng waren, konden grootouders voorheen een vertrouwensband met kleinkinderen opbouwen en middels een *joking relationship* kinderen leren hoe ze zich moesten gedragen. De gevolgen van de HIV/AIDS-crisis verstoren echter de traditionele reciprociteit tussen grootouder en kleinkind waarbij levensbehoeften als voedsel, veiligheid, onderdak en scholing in het gedrang komen. Gelukkig heeft Odoyo nog een tante die voor haar opkomt en haar soms te eten geeft.

De slechte positie van jongeren kan leiden tot verwijten en directe aanvallen op ouderen zoals in de bijdrage van Van Dongen te lezen is. Soms vallen jongeren terug op traditionele instituties, normen en waarden waarvan ze hopen dat ze helderheid en verbetering brengen. De slechte positie van jongeren kan echter ook tot gevolg hebben dat ze de plaats die hen in de traditionele hiërarchie is toebedeeld, niet kunnen innemen, bijvoorbeeld omdat ze niet in staat zijn te trouwen. Emigratie kan een optie zijn om een toekomst op te bouwen en een andere vorm van reciprociteit mogelijk te maken. De toekomst van die jongeren is echter onzeker, want wie zorgt voor hen als zij oud zijn: hun familie in Afrika die ze nauwelijks nog kennen of hun kinderen in Europa die andere waarden hebben ontwikkeld?

Dat generaties niet altijd goed te onderscheiden zijn, toont de bijdrage van Ringsted. Wanneer pubers zwanger worden en zich als kind willen blijven gedragen, zal de grootmoeder, zich als moeder voor de baby moeten gedragen. De tiernermoeders krijgen kritiek op hun zwangerschap, maar vooral op het feit dat ze zich niet als volwassene willen gedragen.

“De jeugd van tegenwoordig” kan een verzuchting zijn van ouders en ouderen als ze vrezen voor de normen en waarden van kinderen bijvoorbeeld ten aanzien van seksuele relaties. Ouderen kunnen het ook verzuchten als wens om samen met de jongere generatie te komen tot goede relaties. Het kan zelfs een trotse uitroep zijn van jongeren die zich hiermee willen profileren als een nieuwe en andere generatie, en hierbij is het een teken van hoop.

Margaret von Faber, medisch antropoloog

Ruth Barcan, *Nudity: a cultural anatomy*. Oxford & New York: Berg Publishers, 2004. 288 pp. \$27.95. ISBN: 9781859738771.

Expressions of nudity and nakedness both shock and entertain. They can be controversial and contradictory, innocent and encouraged, or dangerous, perverted, or criminal. Drawing on data derived from her ethnographic research, in *Nudity: a cultural anatomy* Ruth Barcan explores the landscape of the naked body by surveying the influences of popular and consumer culture, art, religion, sexuality, and politics within a 'Western' context. Drawing on cultural and feminist theory, her ethnographic research attempts to bring light to an often-ignored topic within cultural studies. By interviewing beauty therapists, massage practitioners, medical professionals and students, magazine editors, models, teachers, photographers, police officers, nurses, tattoo artists, and nursing mothers, among other individuals, she explores individuals' everyday, naked lives, at the same time stripping down the philosophical, moral, and mythical domains that help structure and influence experiences of nudity.

Barcan argues that concepts surrounding nakedness are heavily interwoven into social categories impacting personal and collective experiences of gender, race, sexuality, power, and class. By examining cultural perspectives on clothing versus nudity, she contends that states of dress and undress ultimately play out as indices of 'humanness' and are therefore used to divide and categorize people. By contributing new knowledge to studies about nudity, Barcan endeavors to provide an 'embodied' account of people's everyday attitudes and experiences of nakedness, further situating these expressions within a historical and cultural context. Some central questions she explores in her book include: what counts as nudity within a given context; what does nudity feel like; how is nudity experienced. The first half of the book situates nudity within broader Western philosophical, religious, and literary traditions and considers how ideas surrounding clothing and nudity are bound together. Concepts about how nakedness is considered within specific contexts are explored in the second half of the book.

Because clothing and nakedness appear to be diametrically-opposing forces within culture, Barcan considers what counts as clothing and questions ideas about exposure and concealment and the judgments related to decency and indecent exposure. From flesh-colored clothing and makeup to the policing of appropriate clothing in public spaces, she argues that nakedness cannot exist without the gaze of the 'other' and as such is intersubjective in nature. She presents illustrations, advertisements, postcards, and artistic drawings to illustrate some of the conflicting representations of nakedness in the Western cultural field. She also presents idiomatic expressions, folk tales, euphemisms, and metaphors that construct nakedness and nudity as 'gendered', 'racialized', 'sexualized', or 'embodied'.

A larger portion of the book examines 'positive' associations of nakedness by discussing themes such as honesty, openness, simplicity, innocence, freedom, naturalness, truth, and further considers more 'negative' associations like powerlessness, sin, criminality, danger, poverty, and vulnerability. Barcan suggests that nakedness is often posed in relation to being clothed, and therefore situates it as being an index

of 'savagery', 'danger', or 'criminality', whereas being clothed signifies 'hygiene', 'politeness', and 'being civilized'. She also examines individual and collective decisions about what to cover or conceal, what people are 'exposed' to, and how people experience and express everyday 'naked' states.

The role of celebrity and consumer culture and the use of nakedness in marketing, product sales, and the image economy, circulating and influencing understandings of nakedness, are also discussed. From nudity's role in sexuality and pornography to children's protection from and introduction to nakedness are all areas of inquiry Barcan questions. Her central argument suggests that gender is the most 'obvious site' in differentiated understandings of nudity, in addition to ideas of 'race' as key in contributing to meanings of nudity. Her study asks many questions about our understanding of the role nakedness plays in everyday life. Ultimately, Barcan contends that nakedness exists as a dangerous category that cannot be easily contained, and, as such, the meanings, regulations, laws, constructions, and experiences are caught up in social categories, creating ambivalence about the body, sexuality, and what it means to be human.

Nudity: a cultural anatomy represents an ambitious project due to its wide scope across disciplines, geographical areas, and historical contexts. The reader is left with many questions about dress and undress, the body, and sexuality. Barcan suggests that her work is radically transdisciplinary and as a result is full of gaps. She makes no pretense that the book is about representing a complete overview of the meanings of nakedness or nudity. Instead, Barcan's hope is to contribute to theories about nudity by asking questions and creating a space for discussion within the field. With such an interesting and exciting topic, it would have been further illuminating to see less summarizing of others' work and more emphasis on research data and interview material. The reader is left with many unanswered questions due to the expansive number of stories and theories presented. Regardless of any structural shortcomings the book is an informative and entertaining read, and as it effectively illustrates, "Nudity, in public and private, is a rich affair. Clearly, when you strip nakedness bare, there is more than meets the eye" (2004: 284).

Kristen C. Blinne
Medical anthropology, Universiteit van Amsterdam

Ron Barrett, *Aghor medicine: Pollution, death, and healing in Northern India*. Berkeley: University of California Press, 2008. 240 pp. £12.95. ISBN 978-0-520-25319-6.

Aghor medicine deals with patients and healers in the medico-religious context of Kina Ram Aghori, a Hindu religious sect that was established in eighteenth century India. The sect reformed itself in the last two decades of the twentieth century when it evolved from its marginal position in Indian society and its association with the 'left hand path' of Tantra Hinduism into a respectable sect offering medical services to people with stigmatic health problems such as skin diseases (leprosy, leukoderma) and

infertility. This made this Banaras (Varanasi) branch of Aghori (lit: not-terrible) social legitimate and politically powerful. Barrett sees the Aghor philosophy of non-discrimination as a medicine for treating the illness of victim-blaming and self-blaming.

The most important religious practice of the Aghoris is their strife for a mental state of non-discrimination through conquering the human fear of death. According to the philosophy of this sect anxieties about human mortality motivate cultural models of discrimination against human morbidity. Both the Aghoris and Barrett see this kind of discrimination as “an illness in and of itself” (p. 161). Indeed, leukoderma (vitiligo, de-pigmentation of the skin) is harmless in the somatic sense and leprosy can be treated well with the help of biomedical drugs. The same can be true of infertility. People with these skin diseases, as well as women who do not conceive – may be due to their husband’s damaged reproductive capabilities or life-long impotency – suffer a lifetime of ostracism and job discrimination. Barrett gives many examples of interviews with both sufferers and the public such as shop keepers, market vendors, and students who all link these conditions to an unethical life-style, lack of hygiene, and associate both skin conditions with poverty and beggars. Both popular cultural knowledge and traditional Ayurvedic knowledge consider leukoderma as a prodrome of leprosy. Barrett focuses on the illness component of the afflictions treated in the clinics and hospitals of the sect, and convincingly argues that in the Indian example “social discrimination has contributed to the epidemiologies and trajectories of these diseases” (p. 162). The same is true for tuberculosis and HIV/AIDS. He states that the source of the illness component of these infamous afflictions lies with the discriminator whose prejudices have been internalized by the sufferer.

Next to Aghor philosophy as medicine, the clinics and hospitals of the Kina Ram Aghori distribute home made Ayurvedic formulas. For Barrett these substances are primarily media for the transfer of what is known as *dua* (blessing, ‘power of hand’), i.e. the healing powers of the one who distributes the medicines. Here, the patient healer relation is the medicine and the distributed substances are its vehicle. The key healing metaphor is the dumping of the ‘impurities’ of infamous diseases on ritual experts (the Aghoris) who have achieved a spiritual state that enables him to neutralize these ‘poisons’. The analogue is provided by the holy river Ganges who is said to absorb and neutralize all kinds of sins and Hindu cremation rites that are culturally speaking potent transformers of ‘impurities’. Barrett sees Aghori medicine primarily as a “medicine for the biosocial illness of discrimination” (p. 185). With this transformative schema of purification Barrett places his work squarely into the domain of symbolic anthropology with its obsession for meaning.

Barrett’s book reads almost like a novel. He knows what he is talking about. Twenty-two months of fieldwork has provided him with an abundance of data generated by interviews but even more so through the method of participant observation as a ascribed member of a Brahmin household that converted themselves to the egalitarian philosophy and practices of the Kina Ram Aghori and as a devotee himself who postponed his initiation till his fieldwork and writing were behind him. He evokes Fredrick Barth to state that human relations are at the heart of the ethnographic method and Malinowski to discuss the worth of participant observation and its differ-

ence from 'reactive observation' and 'hanging out'. Barrett is sensitive to the effect on his research data of his status as a biomedical doctor, a fictive member of a high-caste household, and as a American disciple of the American branch of the same sect on which premises he does his research, a residence of the Aghori ashram where he conducts his research, his role as a street nurse who works in an informal setting for the treatment of leprosy patients, and his training as a biomedical physician.

Barrett's choice for American symbolic anthropology as his theoretical framework to explore the links between pollution, stigma and healing in the case of leprosy, leukoderma, and infertility reinforces the notion that biomedicine treats the somatic aspects of a disease while Asian medical traditions mainly tackle their psychosocial aspects. Such a position is probably safe for someone who has been trained and socialized into biomedicine. However, to me it makes more sense to distinguish between instrumental and symbolic aspects of treatment *within* each treatment modality. Considering the prominence of therapeutic drugs for the practice and image of contemporary Asian medical traditions, one wonders why anthropologists and social historians working on Asian medical traditions have largely ignored medical substances. A bias towards notions and ideas might have deterred them to go into the efficiency and efficacy of Asian medical substances. This is a pity because since twenty years pharmaceutical anthropology provides us with an analytic framework for investigating the social-cultural aspects of medicines. If anthropologists want to be taken seriously by practitioners of traditional, alternative and complementary medicine they should go beyond acknowledging symbolic mechanisms of action and the body's response to meaning and take the substance efficiency and efficacy of therapeutic substances seriously. Nevertheless, this book provides us with valuable insights in the thin line that separates medicine from religion; medicine as device and medicine as soteriology.

Aghor medicine is a must for those interested in India's plural medical system and the importance of medicine answering, a term coined by the anthropologist Mark Nichter "to describe healers who effectively communicate with their patients and are able to meet their broader needs for overall well-being, regardless of the treatment modality" (p. 113). Arthur Kleinman, in his soliciting remarks on the back cover of the book rightly praises Barrett for writing "one of the best accounts on local traditions 'modernizing' in ways that combine indigenous significance with globally crucial changes that react against health and social inequalities."

Maarten Bode
Universiteit van Amsterdam

Francine van den Borne, *Trying to survive in times of poverty and AIDS: Women and multiple partner sex in Malawi*. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005. 385 pp. €35.00. ISBN 978-90-5589230-3.

Trying to survive in times of poverty and AIDS is an excellent ethnography about the changing dynamics and complexities of heterosexual 'survival' practices by young

girls and women in Malawi. It places HIV/AIDS in a context and shows how underlying socio-economic and gender inequalities in the country worsen the epidemic.

Francine van den Borne conducted her research in two periods (1996 and 2002) in three purposefully selected high density and trading centres of Lilongwe, Blantyre and Zomba Districts. During the first research period, she evaluated the bar girl peer education approach and followed 'bar girls' and 'freelancers' (both groups of women operating in and around bars to sexually network with men for 'assistance'), and poor 'single' women who were hassling in communities to make ends meet. The peer education method is a health education method. In theory, selected bar girls were trained to teach 'colleague' bar girls, freelancers and other women at increased risk about the spread of HIV, the signs and symptoms of AIDS and on the importance of correct and consistent condom use. To assess the relevance and effectiveness of the peer education method, the author explored who the women were; who were involved in sex with men; and why they did it, knowing that they may compromise their reputation in society and risk their sexual and reproductive health. If bar girls and freelancers traded sex to make ends meet, what did other poor single women do for their livelihood? Why was the number of bar girls reducing whereas that of freelancers was increasing? What did the young girls perceive as advantages and what as risks of their trade? Lastly, how did their knowledge of HIV/AIDS affect their sexual practices and how did condoms figure in their sexual negotiations?

In her second research period, the author studied 'survival' sex and the peer education method from the perspective of history, culture and political economy and assessed how AIDS organisations influenced the Malawian health system. She chose representatives from various levels and interest groups because of their ideas, experiences with and interests in the topic of her study. Triangulation of methods and of male and female researchers was used. The bold mix of research methods yielded a deeper understanding of the dynamics and complexities of sexual relationships. She and her research team used, among others, a series of consented audio-taped in-depth interviews with the same women, allowing for developing 97 life histories, nine audio-taped and transcribed focus group discussions and ethnographic diary writing by male and female field assistants and supervisors, resulting in many rich narratives.

Van den Borne lived for six months in various "cheap, dirty and disrespectful" rest-houses, which were usually associated with *chigololo* (sex outside marriage, adultery). She spent much time with bar girls and freelancers in restaurants and bars and went with them to markets and discos. She also consulted many others, including owners and managers of drinking establishments and resthouses, receptionists, bar tenders, meat roasters, cooks and restaurant servants, DJs, drivers, security guards and police officials. Lastly, she trained and closely supervised male field assistants operating as 'mystery clients' who assessed condom possession and negotiation skills for condom use among 23 bar girls and 78 freelancers. For this method, the researchers did not obtain consent from the women themselves but the author obtained proxy consent from the Health Services Committee (Ethical Review Committee) of the Ministry of Health and Population and the district authorities.

She explains that she disapproves of un-consented research but, to evaluate the peer education method among bar girls and freelancers, she needed a method with a high face validity to really understand what was going on between men and women when negotiating sex and condom use. While focus group discussions and in-depth interviews were helpful, she insisted that only the mystery client method could provide reliable information on this very sensitive topic.

Her findings show why the peer education approach did not bring the intended results: bar girls and freelancers – addressed in the method as ‘prostitutes’ – did not perceive themselves as prostitutes. They felt the messages were not meant for them but for “the other women”. The method, successfully used within the USA and Australian gay community and ‘copied and pasted’ into the Malawian context, assumed solidarity among the women while in reality, most bar girls and freelancers saw each other as competitors for the same men and their money.

There are more problems: the peer method does not acknowledge that – within the Malawian society – sexual networking also entails *social* networking, even so when men and women have only ‘short time’ sex. Also, the peer method does not take into account the inequalities between men and women, women’s limited and ambiguous agency to negotiate the sexual agenda, and the cultural values of fluid compensations in exchange for sex. Furthermore, the approach does not consider the rich values of ‘respecting’, ‘trusting’ and ‘helping each other’, which make it extremely difficult for women to possess condoms and negotiate their correct and consistent use. It also does not take into account the different meanings of ‘sex’, even within one person. Lastly, the approach does not bear in mind the different discourses about condoms and the positive appreciation for ‘flesh to flesh’ sex and sperm.

To make things even more complex, not only the men and women who have sex profit from women’s sexual networking, the entire bar environment benefits from this ‘adultery’, including the resthouse owners and managers, receptionists, bar tenders, meat roasters, DJs, drivers, security guards and police officers.

Finally, many other ‘single’ women, who are not sexually networking within drinking environments but who are entrapped in fraying safety nets, keep on ‘remarrying’ with other women’s husbands and are thus also exposed to the risk of HIV and other sexually transmitted infections. Women’s weak economic position and their limited opportunities tie them to men. Besides, the patronage system expects many women to barter sex just to secure a livelihood for themselves and their children.

Van den Borne describes in detail the lived experiences of these impoverished women and shows how they barter their sex for fish with fishermen, for free transport with drivers and for husks with mill operators. She vividly demonstrates women’s paradoxical roles. They do not only suffer the demise of relationships but also instigate their end by actively interfering with the relationships of women around them and thus contributing to their own unstable unions (Chapters 3 and 4).

She also shows that the peer method was ineffective in strengthening women’s confidence and skills to negotiate for correct and consistent condom use. Condoms have many negative connotations and are not easily accessible, especially not in remote areas, but not only there. Availability of condoms does not guarantee that women pos-

sess them. Even when women carry them, this does not imply that they will negotiate for their use. Even when negotiated for condom use, the decision to use – or not to use condoms – is likely to be made, by the man, at the very last moment and, therefore, impossible to research. And finally, when used, their use is often incorrect and always inconsistent.

Van den Borne also studied the sexual networking practices from a historical and socio-economic and political perspective and explains how slavery, massive migrant labour, the rise of the alcohol industry, the arrival of the western money economy and late President Banda's policies contributed to increased structural inequalities that shaped women's lives and the rise of extra-marital sex (Chapter 5). For these women, who face so much structural violence in their lives, AIDS is just one other risk.

AIDS is a problem in Malawi. However, Van den Borne's informants kept telling her that AIDS is *not* their biggest problem. Yet, donors fund HIV/AIDS interventions and health professionals work for those programmes at the expense of other essential health services, nutrition, water and sanitation. Services are provided, not because they are needed but because donors fund them. The HIV/AIDS 'industry' has medicalised the problem and has inadequately taken its structural context to heart.

This rich ethnography is extremely relevant for social scientists, public health policy makers and health programme managers, including health educators. The author argues that efforts to stop the epidemic should be aimed at halting structural violence, which requires a system approach rather than relying on expensive and unsustainable technological and vertical bio-medical interventions. The book provides an excellent basis for designing meaningful and culturally appropriate interventions to control the spread of HIV.

Alister C. Munthali, medical anthropologist
Centre for Social Research, University of Malawi.

Sybilla Claus & Petra Jorissen, *Helden op stokken – Gehandicapt in Afrika*. Amsterdam: KIT Publishers, 2008. 168 pp. €24,50. ISBN 978-90-6032-474-7.

Sybilla Claus, journaliste bij Trouw, en Petra Jorissen, activiste en freelance journaliste, hebben Afrikanen met een lichamelijke handicap opgezocht om een beeld te krijgen hoe het is in Afrika te leven met een lichamelijke handicap. *Helden op stokken* is het resultaat: twaalf kleurrijke portretten in woord en beeld uit evenzoveel Afrikaanse landen. Ze spraken de mensen die ze portretteerden, vaak meerdere malen. Wanneer de mogelijkheid zich voordeed, vergezelden ze hen bij de dagelijkse bezigheden. Zo ging Claus met de bekende Ghanese atlete Ajara naar de training en met Philomène uit Tsjaad op haar driewielige elektrische scooter de grens over om handelswaar in te slaan.

De informanten verschillen op veel punten van elkaar: nationaliteit (van Zuid-Afrikaans tot Marokkaans); beperking (van beperkingen ten gevolge van polio en lepra tot slechthorendheid en blindheid); leeftijd (van zeven jaar tot in de zeventig); sekse; economische positie (van arm tot welgesteld); beroep (van kleine zelfstandige onder-

nemer tot rechter); burgerlijke staat (ongehuwd wonend bij ouder(s), getrouwd (met kinderen), alleenstaande ouder (weduwe of ongetrouwd); geloof (van moslim tot koptisch christen); seksuele geartheid (homoseksueel of heteroseksueel); bekendheid (van onbekend bij het publiek tot (inter)nationaal bekend). Kortom, in *Helden op stokken* gaat het om mensen met handicaps in al hun voorkomende diversiteit.

Voor de hand liggende vragen waaraan dit kleurrijke boek aandacht besteedt, zijn: hoe is om gehandicapt te zijn in Afrika en wat zijn de overeenkomsten en verschillen met Nederland. De levensstandaard in Afrika is aanzienlijk lager dan in het Westen, het verbaast niet dat dit ook geldt voor Afrikanen met een handicap. Voor veel geportretteerden is het niet vanzelfsprekend dat ze elke dag te eten hebben, ook al behoren ze niet tot de allerarmsten. De meesten hebben namelijk werk en daarmee een inkomen. Hoewel dit inkomen niet altijd toereikend is, zijn er ook die hun familie financieel kunnen steunen. Ook behoren enkelen tot de gegoede klasse. Daarnaast hebben ze evenals hun landgenoten een (veel) minder goede toegang tot medische zorg en voorzieningen dan Nederlanders met een handicap. Dit blijkt onder andere uit de aandoeningen die ten grondslag liggen aan de handicaps van een deel van de informanten: polio, lepra en niet tijdig behandelde oogziekten. Lepra en polio zijn geen oorzaken van invaliditeit meer in Nederland dankzij de betere (preventieve) zorg; oud-polio patiënten tref je alleen nog aan onder de oudere generatie. Verder zijn hulpmiddelen voor informanten geen vanzelfsprekendheid. Een rolstoel is een kostbaar bezit en vaak met Westerse steun bemachtigd. Ook het volgen en afmaken van een opleiding is niet in alle gevallen haalbaar vanwege geldgebrek en een slechte infrastructuur. Zo kan Chido uit Zimbabwe de middelbare school niet afmaken, omdat haar ouders het examengeld (nog) niet bij elkaar hebben. In Nederland is de toegang tot onderwijs niet problematisch, hoewel de toegang tot *regulier* onderwijs voor kinderen met een handicap verre van vanzelfsprekend is. Mede hierdoor is het verhaal van de zevenjarige Anas uit Marokko herkenbaar. Hij wil graag naar school. Dat lukt uiteindelijk niet, omdat de schooldirecteur dat niet ziet zitten. Opvattingen over mensen met een handicap vormen in Afrika en Nederland soms een barrière. Misschien is dat wel de grootste overeenkomst tussen Afrikanen en Nederlanders met een handicap.

Bij de toegang tot onderwijs doet zich in de verhalen een interessante paradox voor: aan de ene kant is het voor Afrikanen met een handicap onder andere door vooroordelen moeilijker om onderwijs te volgen; aan de andere kant heeft een klein deel van de Afrikanen met een handicap, waaronder enkele van de geportretteerden met steun van Westerse organisaties beter onderwijs genoten dan veel Afrikanen zonder handicap. Mensen met een handicap lijken daardoor soms betere kansen te hebben op de arbeidsmarkt. De succesvolle bekende, blinde zanger Amadou en oud-leerling van een blindeninstituut zegt hier het volgende over: "Het lijkt erop dat leerlingen van het blindeninstituut tegenwoordig betere beroepskansen hebben dan niet-blinde kinderen" (p. 109). Dit heeft er vermoedelijk mee te maken dat je snel boven het maaiveld uitsteekt, als je een opleiding hebt genoten in een land waar dat voor de meeste inwoners niet vanzelfsprekend is. De eveneens blinde Keniaanse juriste Josephine Sinyo (51) heeft dankzij een sponsor en haar eigen talent zelfs een betere opleiding genoten dan de meeste Nederlanders met én zonder handicap. Ze heeft daarnaast een mooie

carrière: ex-parlementariër en nu een bekende mensenrechtenactiviste en leidinggevend ambtenaar bij het Keniaanse Ministerie van Justitie.

Daarmee ben ik gekomen bij de grote kracht en tegelijkertijd ook het grootste manco van *Helden op stokken*. Het manco is dat de levens van de geportretteerden in meerderheid niet representatief zijn voor mensen met (een handicap) in Afrika, zij doen het daarvoor te goed gemeten naar Afrikaanse en – soms ook – Westerse maatstaven. Het is tevens de kracht van het boek: de meeste informanten kunnen rolmodellen zijn voor mensen met én zonder beperking in Afrika én Nederland. Ze laten zien dat je met doorzettingsvermogen, talent, creativiteit, steun van familie en sponsors en wat geluk een (zeer) gerespecteerde plaats in de gemeenschap kunt innemen en je dromen (deels) waar kunt maken of je nu een handicap hebt of niet. Nu nog de verhalen van Afrikanen met een handicap die het moeilijker hebben.

Karen Mogendorff, innovatiemedewerker en onderzoeker

Trudy Dehue, *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen*. Amsterdam: Uitgeverij Augustus, 2008. 333 pp. €24,90. ISBN 978-90-457-0095-3.

Trudy Dehue, hoogleraar wetenschapstheorie en -geschiedenis aan de Rijksuniversiteit Groningen, stelt in *De depressie-epidemie* de vraag waarom er in Nederland zoveel aan depressiebestrijding gedaan wordt en depressie epidemische vormen aan lijkt aan te nemen ondanks de toegenomen welvaart. In het inleidende hoofdstuk, toepasselijk *Geluk bij ongeluk* getiteld, constateert ze dat de gangbare verklaringen voor het uitblijven van een afname van somberheid niet houdbaar zijn. De verklaring moet volgens haar gezocht worden in het feit dat er depressiviteit in een nieuwe betekenis bij gekomen is. Daarmee had het boek direct mijn aandacht als medisch antropoloog gegrepen en liet het niet meer los door het boeiende betoog dat zich in de negen daarop volgende hoofdstukken ontvouwde.

De rode draad van Dehue's boek is de weerlegging van drie verklaringen voor de toename van depressie. Haar stap voor stap opgebouwde betoog is doorwrocht en gedetailleerd. Daarbij maakt zij historische uitstapjes naar de betekenisgeving van sombere gevoelens en neerslachtigheid en de ontwikkeling van depressie als ziektebeeld, en naar de opkomst van experiment als wetenschappelijk methode en het randomized clinical trial (RCT) als vorm van bewijsvoering. In andere hoofdstukken schetst ze onder meer de beeldvorming van depressie in de media die in toenemende mate de ziekte decontextualiseert.

Op welke verklaringen voor de toename van depressie richt Dehue haar pijlen en wat zijn haar argumenten? De eerste verklaring die zij onder vuur neemt, gaat ervan uit dat depressie een biologische stoornis is die we steeds beter leren onderkennen en behandelen. Dehue waarschuwt hier voor de valkuil van een finalistische redenering, waarbij hedendaagse ziekte-labels toegepast worden op het verleden en depressie door de eeuwen heen geïdentificeerd wordt. Haar voor antropologen bekend uitgangspunt is

dat depressie een sociale constructie is. Ze voegt daar overigens onmiddellijk aan toevoegt dat dat niet impliceert dat somberheid een verzinsel is of dat er geen biologische factoren in het spel zijn. Ze beschrijft vervolgens de transformatie van melancholie als duiding van opmerkelijke emoties, irrationaliteit en bijzonder gedrag via depressie als neerslachtige lethargie die met andere ziekten gepaard gaat naar depressie als ziekte op zichzelf. Ook de verschuiving in betekenis komt aan de orde. “Wie vroeger depressie was, moest leren verlies te aanvaarden”, zo vat Dehue het kort samen, “wie nu depressief is moet afleren dat te doen” (p. 53).

De basis van het betoog is dat depressie een classificatie is, een op conventies gebaseerd menselijk maaksel. Classificaties worden – onder meer door wetenschappelijk onderzoek – harde feiten en vormen de werkelijkheid. Ze vervalt hierbij niet in deterministisch denken. Classificaties veranderen mensen, maar deze gaan er op hun beurt ook weer mee aan de haal bijvoorbeeld door er nieuwe betekenissen aan te geven. Depressie is een label dat aan een groep symptomen wordt toegevoegd en niet zoals vaak gedacht wordt de oorzaak van die symptomen. Ziekte-labels ontleen hun voornaamste betekenis aan hun sociale implicaties. Hier arriveert Dehue bij de kern van haar weerlegging van de ‘biologische’ verklaring. “De geïmpliceerde reacties in het label MDD (*major depressive disorder*, rvd) maken deze ziekte tot iets anders dan het verdriet van Cicero” (p 61).

In de tweede verklaring is de toename van depressie een product van de farmaceutische industrie. Dehue gaat voor een groot deel mee met deze verklaring. Ze beschrijft hoe farmaceutische industrie, onderzoeksorganisaties en reclamebureaus meer en meer verweven raken. Ze spreekt over het farmaceutisch-wetenschappelijk complex. Ze schetst hoe op verschillende manieren voor de farmaceutische industrie ongunstige uitkomsten van onderzoek voorkomen worden, bijvoorbeeld door selectie van proefpersonen, en hoe ‘dun’ het statistische bewijs voor effectiviteit van medicijnen op basis van RCT’s soms is. RCT’s hebben weliswaar een neutraal imago hebben, maar gaan feitelijk uit van een elementaristische en biologische opvatting van depressie. RCT’s ooit ingezet zijn als middel om de farmaceutische industrie te controleren (onder meer naar aanleiding van het Softenon-drama), zijn nu vooral een instrument om haar belangen te dienen. Dehue stelt vast dat in toenemende mate antidepressiva voorgeschreven, terwijl de uitkomsten van RCT’s daar feitelijk onvoldoende legitimatie voor bieden. Als de RCT’s de maatstaf zijn, dan zouden slechts 20 van de 100 mensen meer baat hebben van een antidepressivum dan van een namaakpil. De onderzoeksresultaten rechtvaardigen daarom met andere woorden het belang niet dat richtlijnen hechten aan het voorschrijven van antidepressiva. Toch is ze van mening dat de rol van de farmaceutische industrie niet voldoende is om de depressie-epidemie te doorgronden.

De derde verklaring gaat ervan uit dat de toename van depressie een product is van de verzorgingstaat, zoals onder meer Furedi betoogt in zijn boek *Therapy culture* (2004). Hulpverleners zouden alle negatieve gevoelens in een medisch probleem omzetten. Dehue plaatst hiertegenover dat de depressie-epidemie pas opkomt in een tijd waarin de verzorgingsstaat in de oude vorm aan het verdwijnen is, en er te weinig oog is voor de rol van de farmaceutische industrie. In reactie op deze verklaring stelt

zij dat de huidige hulpverlening geen kwetsbaarheid bijbrengt, maar zelfredzaamheid. In voorlichtingscampagnes en het aanbod van hulpverleningsinstellingen komt vooral naar voren dat mensen moeten leren effectief te functioneren, zo nodig met medicijnen. Ze herkent hierin niet zozeer de verzorgingsmaatschappij, maar het neoliberale marktdenken. De maakbare samenleving heeft plaatsgemaakt voor het maakbare individu, waarin het lichaam maakbaar is en als onderneming gezien wordt. “Mijn stelling is”, zo vervolgt Dehue, “dat we niet massaal kleinzielig zijn geworden, maar dat kapitalistische landen met hun vele psychiatrische programma’s investeren in het menselijk potentieel” (p. 242). In deze context verdwijnt het onderscheid tussen patiënt en niet-patiënt en is ieder proto-patiënt geworden. Deze piekert bijvoorkeur niet over het onvermijdelijke van negatieve ervaringen, zoals ziekte, maar onderneemt vooral iets, liefst ter voorkoming daarvan. Het is iemand niet aan te schrijven dat hij depressie wordt, maar het is zijn verantwoordelijkheid als hij het blijft.

De depressie-epidemie maakt met chirurgische precisie inzichtelijk hoe de paradox van een gelijktijdige toename van welvaart en depressie te verklaren is. Het maakt duidelijk dat een samenstel van factoren de verklaring vormen. Dehue verwijst naar een verbond tussen neoliberale politiek, farmaceutisch-wetenschappelijk complex, marketingbedrijven en mega-GGZ. Vele kritische noten worden gekraakt als het gaat om de onafhankelijkheid van de wetenschap en de waarde van haar onderzoeksinstrumenten. Dehue pleit in dit kader dan ook voor het financieren van onafhankelijk onderzoek. De vraag is of dat wat uitmaakt als de onderzoeksmethode met zijn zware nadruk op RCT’s gehandhaafd blijft. Voor haar analyse en kritische blik is Dehue te prijzen, ook voor het feit dat ze daarin geen heilige huisjes schuwt, waaronder de universitaire onderzoekswereld, haar als objectief en neutraal gepresenteerde onderzoeksmethoden en het gewicht dat aan ‘evidentie’ op basis van RCT’s ontleend wordt. Voorbij de bewondering voor het betoog, blijft ook een deprimerend gevoel over. Aan de gebundelde macht van het verbond lijkt niet te ontsnappen. De fuik lijkt onvermijdelijk. Na lezing blijven enkele vragen mij als medisch antropoloog bezig houden. Die vragen hebben van doen met de relatie tussen *agency* en *structure*. Hoe wordt de beschreven betekenisverlening in de dagelijkse omgang tussen mensen en in de spreekkamers van de gezondheidszorg gereproduceerd? Misschien nog belangrijker, aansluitend bij Dehue’s opmerking over classificaties, hoe verandert de betekenisverlening in die interacties? Welke ruimte en macht hebben individuen, hoe kunnen zij die effectueren? En, ten slotte, hoe moet in deze context het gegeven begrepen worden dat een groot deel van de voorgeschreven antidepressiva ongebruikt de wc of vuilnisemmer ingaan? Is het een daad van verzet? Uitegelezen onderwerpen voor medisch-antropologisch onderzoek.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Bavo Europoort, Rotterdam

Wim Dekkers, Cor Hoffer en Jean-Pierre Wils, *Besnijdenis, lichamelijke integriteit en multiculturalisme. Een empirische en normatief-ethische studie*. Budel: Damon, 2006. 235 pp. €17,90. ISBN 978-90-5573720-8.

Besnijdenis, lichamelijke integriteit en multiculturalisme is een verslag van een onderzoek uitgevoerd door het Centrum van Ethiek (Radboud Universiteit Nijmegen), in het kader van een project ethiek en beleid. Onderzoek naar de ethische aspecten van besnijdenis in een multiculturele samenleving leek mij moeilijk onderwerp. Wim Dekkers, Cor Hoffer en Jean-Pierre Wills geven echter een helder en compleet beeld van de complexe materie en gedegen onderbouwde beleidsadviezen.

Het boek is opgebouwd uit drie delen: de aanleiding voor het onderzoek en achtergrond, de situatie in Nederland, en lichamelijke integriteit en multiculturalisme. De eerstgenoemde twee delen zijn vooral informatief, het laatste deel koppelt alle elementen aan elkaar en trekt daar een conclusie uit. Het eerste deel laat vooral het belang zien van de discussie over het onderwerp. Per jaar worden er wereldwijd 13,3 miljoen jongens en 2 miljoen meisjes besneden. Er is een grote verscheidenheid in redenen om tot besnijdenis over te gaan. Naast puur medische (minderheid) zijn er vooral culturele en religieuze redenen. De auteurs geven overigens aan er geen enkele medische noodzaak is voor zowel mannen- als vrouwenbesnijdenis. De medische voordelen van preventieve besnijdenis zijn moeilijk aan te tonen. Besnijdenis is naast een veelbesproken onderwerp een eeuwenoud gebruik binnen veel culturen en religies. De auteurs richten zich wat dit betreft op het jodendom, het christendom en de islam. Ze geven aan dat er door de eeuwen heen ook oppositie tegen besnijdenis is geweest.

In het tweede deel komt de situatie in Nederland aan de orde: de visie van christenen, joden en moslims in Nederland op jongensbesnijdenis en lichamelijke integriteit in Nederland. Naast de verschillende visies op besnijdenis, komen ook wet- en regelgeving aan de orde, alsmede de visie van de zorgverzekeraars en het standpunt van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG). Het lezen van deze toch wel taaie stof wordt verlicht door de verschillende casussen afkomstig uit verschillende etnische groepen, ieder met hun eigen geschiedenis. Behalve over jongensbesnijdenis gaan de auteurs ook in op de huidige situatie in Nederland ten aanzien van vrouwenbesnijdenis. Empirisch onderzoek leert dat ondanks een verbod op besnijdenis, het gebruik een grote rol vooral onder de Somaliërs in Nederland. Voor deze groep is het een essentiële markering voor de identiteit als groep. Uit dit informatieve deel blijkt de enorme complexiteit van het onderwerp, de verschillende meningen en ervaringen. Vooral de vrouwenbesnijdenis blijft een lastig onderwerp, maar ook mannenbesnijdenis komt vandaag de dag ook steeds meer onder druk te staan.

Het laatste deel van het boek gaat over lichamelijke integriteit en multiculturalisme. Het is vooral een vrij theoretisch en filosofisch betoog over deze moeilijke ambigue begrippen. De conclusies hierop volgend zijn echter glashelder en goed onderbouwd. Vrouwenbesnijdenis is vooral een cultureel bepaald gebruik, en is vanwege het mutilerende karakter niet acceptabel. Wat betreft neonatale niet-religieuze mannenbesnijdenis, zoals in de Verenigde Staten de praktijk is, opperen Dekker, Hoffer en Wills een

ontmoedigingsbeleid. Voor religieuze mannenbesnijdenis zien ze geen reden tot een verbod, hoewel zij aangeven dat ook bij deze vorm van besnijdenis sprake is van een aantasting van de lichamelijke integriteit. Zij adviseren dan ook te wachten tot de leeftijd van achttien jaar. De auteurs begrijpen de religieuze motieven voor mannenbesnijdenis en willen in dit kader een tolerante houding aannemen. Al met al is *Besnijdenis, lichamelijke integriteit en multiculturalisme* een informatief en aanbevelenswaardig boek dat ik iedereen die met besnijdenis geconfronteerd wordt van harte aanbeveel.

Lia van Marrewijk, spv/cultureel antropoloog
GGZ Delfland, Delft

Ylva Hernlund & Bettina Shell-Duncan (eds.), *Transcultural bodies. Female genital cutting in global context*. London: Rutgers University Press, 2007. 373 pp. £48.85. ISBN 978-0-8135-4025-2.

Door de globalisering en daarmee samenhangende (gedwongen) migratie hebben gebruiken die samenhangen met cultuur of religie in het Zuiden, zoals het dragen van hoofddoeken, hun intree gedaan in het Noorden. Deze gebruiken leiden in de 'moderne' wereld, zeker sinds 9/11, vaak tot heftige discussies. Er is echter geen onderwerp dat zoveel emoties oproept als vrouwenbesnijdenis. Hulpverleners en wetenschappers die begrip tonen voor de betekenis van het gebruik, worden door feministen en andere felle tegenstanders beschuldigd van cultuurrelativisme; tegenstanders die het gebruik beschouwen als teken van vrouwenonderdrukking, worden op hun beurt beschuldigd van paternalisme en neokolonialisme.

De redacteurs van *Transcultural bodies* beogen met de dertien, voornamelijk antropologische bijdragen over vrouwenbesnijdenis in transnationale en continentale context een midden- ofwel een transculturele positie in te nemen, getuige bijvoorbeeld het gebruik van het objectievere begrip *female genital cutting*, in plaats van het door feministen geïntroduceerde begrip *female genital mutilation (FGM)*. Het boek biedt geen uitweg aan het gepolariseerde debat, maar het brengt er wel, vaak op boeiende, en soms op minder leesbare of overtuigende wijze, nuancering in aan en stelt terechte vraagtekens bij de vele argumenten die aangevoerd worden om vrouwenbesnijdenis te bestrijden of om te continueren.

Hernlund en Shell-Duncan bieden in hun inleiding een overzicht en bespreking van deze argumenten. Voorheen lag het accent in de strijd tegen vrouwenbesnijdenis op gezondheidsrisico's. Medische complicaties van de verschillende vormen van vrouwenbesnijdenis lijken echter meer uitzondering dan de regel. Het lijkt dan ook juist dat het accent is verlegd naar de mensenrechten. Daarmee is het debat echter niet beëindigd. Want hoe verhoudt bijvoorbeeld het verbod op de lichtste, niet verminkende vorm van besnijdenis bij meisjes zich met de acceptatie van besnijdenis bij jongens? Daarnaast wordt bij geïnfibuleerde vrouwen herstel van de staat van de vagina ná de bevalling naar de staat van vóór de bevalling – vaak ten onrechte herinfibulatie genoemd – in westerse landen afgewezen. Hebben echter vrouwen uit het

Zuiden niet evenveel recht op zelfbeschikking over hun schaamlippen als vrouwen uit het Noorden die een ‘designer vagina’ willen krijgen? Of weten eerst genoemden niet wat goed voor hen is en laatstgenoemden wel?

Het resultaat van anti-vrouwenbesnijdenis-campagnes lijkt onduidelijk. In sommige Afrikaanse regio’s is een wijziging in de leeftijd waarop vrouwenbesnijdenis wordt toegepast waar te nemen en in andere is het lichamelijke ritueel vervangen door een verbaal ritueel. Er zijn echter ook regio’s in het Zuiden waar vrouwenbesnijdenis voor het eerst de kop op steekt. Door de globalisering en transnationale netwerken beïnvloeden de ontwikkelingen in landen van herkomst en in migratielanden elkaar.

Body en Obiora bespreken in hun hoofdstukken onder andere de complementaire betekenis van de besnijdenis bij jongens en meisjes in verschillende Afrikaanse etnische groepen. In Soedan, geeft Body aan, verkrijgen minderjarigen door de besnijdenis hun rol als man of vrouw in de gemeenschap. De gender is daarbij primair en de sekse (*the sexed body*) een afgeleide daarvan, terwijl dat andersom is in het Westen. Obiora schrijft daarnaast over een succesvol *empowerment* project voor vrouwen van de organisatie Tostan in Senegal. Betreffende vrouwen stelden voor vrouwenbesnijdenis als thema in het programma op te nemen, waarna zij, in overleg met hun gemeenschapsleiders, besloten tot afschaffing van het gebruik. Ze concludeert dat cultuur niet de bron van onderdrukking is, maar juist handvatten biedt om veranderingen tot stand te brengen. Vervolgens tonen de hoofdstukken van respectievelijk Talle, Johnsdotter en Johnson dat vele sociaal-culturele en contextuele factoren van invloed zijn op handhaving of afwijzing van vrouwenbesnijdenis. Gevoelens van ambivalentie, onzekerheid en marginalisatie spelen daarbij een rol. De betekenis van het gebruik voor de identiteit van de vrouw is na migratie aan verandering onderhevig. Talle geeft weer hoe kwetsend het debat in de gezondheidszorg en media in Engeland over (het barbaarse gebruik van) de vrouwenbesnijdenis is voor (de identiteit van) betreffende vrouwen. Johnson beschrijft de grote ambivalentie over vrouwenbesnijdenis onder Madinga uit Guinee Bissao in Portugal. Talle, en ook Johansen, nemen waar dat Somalische vrouwen zich in de diaspora meer zijn gaan sluiëren. Volgens de eerste is dit om zich te beschermen tegen de afwijzende buitenwereld; volgens de laatste om hun kuisheid te tonen. Beiden suggereren dat het dragen van sluiers de vrouwenbesnijdenis geleidelijk vervangt. Mannen van beschreven etnische groepen lijken, meer dan vrouwen, in zowel het Zuiden als Noorden, het gebruik te gaan afwijzen. Contact met andere moslims, bijvoorbeeld in Mekka, die vrouwenbesnijdenis niet beschouwen als een islamitisch voorschrift speelt daarbij een rol.

Op basis van haar onderzoek denkt Johnsdotter dat de meerderheid van de Somalische ouders in Zweden het niet meer in het belang van hun dochters achten om hen te laten besnijden. Er lijkt een ‘kritische massa’ te zijn; hoe meer moeders besluiten hun dochters niet te laten besnijden des te meer het gebruik aan betekenis inboet. Om die reden zou het effectiever, en minder marginaliserend, zijn om daarop de aandacht te richten, stellen Talle en Johnsdotter. Activisten, media en politici houden echter, volgens de laatste, om opportunistische redenen het geloof in Zweden in stand dat alle daar wonende Somalische meisjes het risico lopen om besneden te worden.

Piot en Kratz bespreken vervolgens hoe dankzij acties van feministen, activisten en de media in de Verenigde Staten van Amerika twee (volwassen) vrouwen uit Togo en Ghana asiel kregen wegens 'vrees voor besnijdenis' bij terugkeer. Ten onrechte, blijkt uit de beschrijving van beide zaken. Beide auteurs verzetten zich tegen de stereotyperingen van 'traditionele' culturen. Daarnaast stelt Piot de ethische vraag welke rol antropologen in dergelijke asielzaken dienen te spelen. Door het nuanceren van de betekenis van vrouwenbesnijdenis in de landen van herkomst wordt immers in de kaart gespeeld van het restrictieve beleid van westerse immigratiediensten.

Dopico, Johansen en Ahmadu bestrijden op overtuigende wijze in hun hoofdstukken het argument van de anti-FGM beweging dat vrouwen door de besnijdenis geen orgasme en seksuele bevrediging kunnen ervaren. Volgens Johansen hebben Somalische mannen en vrouwen in Noorwegen wel het gevoel dat de vrouwen door de besnijdenis iets missen. Ahmadu betoogt echter dat de uitlatingen van deze Somaliërs in de context moeten worden geplaatst van de anti-FGM beweging in Noorwegen. Missen zij echt iets of is hen dat aangepaard? De drie auteurs laten zien dat seksualiteit een sociaal construct is, dat met wijziging van context en het daarin dominerende discours aan verandering onderhevig is. Ahmadu ontkracht daarnaast het geloof onder diverse etnische groepen dat niet besnijden leidt tot seksuele losbandigheid; een geloof waarin zij vaak nog gesterkt worden in ontmoeting met westerlingen.

In het afsluitende hoofdstuk vat Moore alles nog eens samen met onder andere de vraag of feminisme en antropologie onverenigbaar zijn. Gezien de soms felle, maar goed onderbouwde betogen in deze publicatie tegen het anti-FGM discours van westerse feministen lijkt het antwoord vooralsnog bevestigend.

Loes H.M. van Willigen
Consultant Gezondheidszorg en Mensenrechten

Kwasi Konadu, *Indigenous medicine and knowledge in African society*. London: Routledge, 2007. 240 pp. £65.00 (hard cover). ISBN 978-0-415-956290-8.

Thirty-five years ago Mike Warren completed his monumental dissertation about *Disease, medicine and religion among the Techiman-Bono of Ghana*. It was the first major anthropological study of indigenous medicine in Ghana, if we do not include Field's *Search for security* (1960), which focused on religion and mental problems. Warren's central position, developed in the era of ethnoscience, was that Bono medicine had hardly anything to do with religion but should be understood as science in its own right. Warren composed detailed taxonomies of diseases and their treatment demonstrating that Bono healers based their medical knowledge and treatment on practical experience. He collected nearly 1500 disease names and organised them in a 12-level taxonomic system.

Warren found that Bono healers associated most diseases (he avoided the term 'illness') with lack of hygiene, impure blood and insects. The 'scientific' character of Bono medicine made it appear more akin to – and as a consequence – more suit-

able for cooperation with biomedicine than previously assumed. Warren also became involved in a training programme for indigenous healers in the Techiman area that aimed at more cooperation and mutual respect between the indigenous and imported medical system.

Although Warren's thesis was never published as a book, his ideas have spread widely thanks to his numerous published articles. His attempt to bring Bono medicine to a more equal level with biomedicine, has led to several debates among colleagues about the – in Foster's terminology – naturalistic and/or personalistic aetiology of African medicine.

Konadu's study could also be read as a commentary on Warren's work. The author remarks that Warren relied on only one healer (which is not exactly true) and that his data should be expanded with the views of other healers since "the experiences, perceptions and levels of competence amongst healers are not identical" (p. 157). Konadu further calls for a wider perspective on Bono medicine including a spiritual dimension and emphasises its dynamic character (contrary to Warren's supposed more static view of the system). He conducted interviews with twenty different (types of) healers (seventeen male, three female) in the Techiman (Takyiman) area.

Interestingly, and not entirely coincidentally, we now have five major studies of Ghanaian indigenous medicine that are all located in the Brong Ahafo Region (Field, Warren, Fink, Ventevogel, and Konadu) and only one or two addressing this subject in another region.

After an introductory chapter outlining the background of the study and the theoretical approach, Konadu provides an exposition of the Bono indigenous medical specialists in their historical, social and environmental context and discusses their cosmological views. The chapter also includes a brief account of the attempts to integrate the healers in the formal Ghanaian health structure. Chapter 3 provides an overview of medical concepts and practices and a thirty pages list of different types of medicine mentioned by the healers, in combination with a cultural, linguistic analysis and the healers' observations regarding their efficacy. Chapter 4, titled "Nyansa: Indigenous knowledge and medicine", explores knowledge repositories (archives in the author's words) that contain knowledge and practical wisdom regarding health or medicine: proverbs, gold weights, adinkra symbols and narratives. Chapter 5, finally intends to position the findings of this study in a larger body of literature, and discusses their implications for theory and practice.

The value of this study lies mostly in the encyclopaedic gathering of statements about and fragments of medicinal knowledge, but it does not fulfil its ambitious promise to present a more dynamic and nuanced picture of indigenous Bono medicine than Warren did three decades ago. The healers' statements are not problematised or contextualised (as traditionist marketing, for example) but taken as supra-cultural truth in spite of the author's pleas for a dynamic and heterogeneous concept of culture. The author quotes one of the healers that only the patient knows if a medicine has worked but – ironically – the experiences and views of patients are never discussed. The book does not contain any cases of healing or direct observations of healing practices. 'Culture' is deprived of its action and reduced to what people *say* they think and do. The

claim that Bono medicine is also spiritual is of course highly plausible but never substantiated by ethnographic evidence.

What religion is, what medicines do, what knowledge and wisdom entail in daily life... it all remains highly abstract. Konadu may be right that the Akan must come to see their culture as their “most precious and endangered natural resource or recourse” (closing sentence of the book) but I am afraid that his study about indigenous medicine does not prove this point.

Sjaak van der Geest,
medical anthropologist, University of Amsterdam

Arnold Leuftink, *Harde heelmeesters. Zeelieden en hun dokters in de 18e eeuw*. Zutphen: Walburg Pers, 2008. 287 pp. €39,50 (hard cover). ISBN 978-90-5730-543-6.

De eerste druk van *Harde Heelmeesters* verscheen in 1991. Het is inmiddels een standaardwerk over medische zorg aan boord van schepen in de achttiende eeuw geworden en de nu uitgegeven herdruk is dan ook op zijn plaats. Leuftink geeft kort aan welke beperkingen gezondheidszorg in de achttiende eeuw had. Daarna laat hij eveneens in een zeer kort bestek zien wat de herkomst van zeelieden was. In deze periode trokken mannen vanuit het Duitse achterland, Noorwegen of van nog verder naar de Noordzeekust om daar op schepen aan te werven. Ze kwamen vaak via tussenpersonen, kroeghouders ook wel zielverkopers genoemd, aan boord. Hier werden de zeelieden opgenomen in een wachtsysteem en kregen te maken met een gebrekkige voedselvoorziening. Voedsel en drinkwater waren namelijk snel aan bederf onderhevig.

Na een algemeen beeld gegeven te hebben van de potentiële patiënten van de heelmeesters gaat Leuftink in op de mogelijkheden die deze chirurgijns hadden om hun patiënten te helpen. Zij hadden een praktische opleiding en namen in het begin van de achttiende eeuw nog weinig kennis van bestaande medische theorieën. Als leerling deden ze het scheerwerk in een chirurgijnwinkel, waarna zij als gezelschap soms bij medische ingrepen aanwezig mochten zijn. Als meester moesten zij zelfstandig kunnen aderlaten, wonden verzorgen en amputaties verrichten. Door hun gebrek aan theoretische kennis hadden ze weinig begrip van interne geneeskunde. Wat ze wisten kwam voort uit hun eigen belangstelling, maar was geen onderdeel van hun opleiding. Voor zieke zeevarenden maakte deze onkunde weinig uit, aangezien zowel door chirurgijns als door doctoren medicinae op basis van een verkeerde ziekteleer medicijnen en therapieën werden voorgeschreven. Bij deze ziekteleer ging men er vanuit dat infectieziekten ontstonden door fermentatie of rottingsprocessen. Men onderscheidde effluvia – afkomstig en overgebracht door besmette personen – en miasmata, waaronder opstijgende dampen uit moerassen, scheepsruimen en kelders verstaan werden. Jammer genoeg meldt Leuftink op deze plaats niets meer over de ziekteleer. Veel later in het boek noemt hij pas de in de klassieke oudheid door Galenus geformuleerde humorale ziekteleer, waarin een verband wordt gelegd tussen de elementen aarde, vuur, water en lucht en de lichaamsvochten bloed, slijm, gele gal en zwarte gal. Op grond van deze ziekteleer werden de diagnoses gesteld en therapieën voorgeschreven.

Chirurgijns en doctoren hadden er geen idee van dat microparasieten de echte ziekteverwekkers waren en dat deze in veel gevallen door ‘vectoren’ werden overgebracht.

Vervolgens gaat Leuftink in op de specifieke problemen en ziekten die chirurgijns tegenkwamen op schepen in een bepaald vaargebied. Hij behandelt het werk van chirurgijns op de schepen van de Verenigde Oost-Indische Compagnie (VOC), de West Indische Compagnie (WIC) en in de slavenhandel. Verder worden gezondheidsproblemen in de walvisvaart en bij de marine behandeld. Van iedere vaart geeft hij aan welk historisch bronnenmateriaal voor handen is om onderzoek naar de gezondheidszorg te doen. Medische zorg en symptomen zijn het meest uitgebreid beschreven door chirurgijns die op de schepen van de VOC voeren. Het vroegste bronnenmateriaal is ontstaan door het uitbreken van een vlektyfusedemie omstreeks 1690. Enkele jaren daarna vaardigde de VOC een instructie uit die inhield dat de chirurgijns een journaal bij moesten houden. Wat ze rondom 1700 ook consequent deden. Tussen 1729 en 1749 gaven chirurgijns regelmatig attestaties af over ziektegevallen en kwetsuren. Voor de overige vaarten is het bronnenmateriaal uitermate beperkt.

Leuftink geeft aan dat het erg moeilijk is om op grond van de achttiende-eeuwse diagnoses vast te stellen om welke ziekten het ging. In veel gevallen slaagt hij hier toch in door in grootboeken die op de VOC-schepen werden bijgehouden, opgetekende sterfgevallen te combineren met de door chirurgijns beschreven symptomen. Aan de hand van deze grootboeken stelde hij ziektepatronen vast en hieruit concludeerde hij met behulp van de huidige kennis over ziekten dat bijvoorbeeld bij het drastisch stijgen van het aantal overlijdensgevallen tussen de twaalfde en vijftiende week sprake moest zijn van scorbut (scheurbuik). Wanneer het aantal overlijdensgevallen plotseling toenam na het innemen van verversingen, moet de oorzaak gezocht worden in een ziekte die in de tropen endemisch is en in Europa niet en daardoor op de schepen een epidemie kon veroorzaken, zoals malaria of geelzucht.

Scheurbuik bleef tot de laatste decennia van de achttiende eeuw de meeste slachtoffers eisen. Dit was frustrerend aangezien omstreeks 1600 al bekend was dat sinasappelen, citroenen en lepelblad de ziekte konden voorkomen of genezen. Het was echter moeilijk om aan boord verse producten goed te houden. Daarbij had men geen idee dat scheurbuik een deficiëntieziekte was die ontstond door gebrek van vitamine C in het lichaam. Men wist ook niet dat vitamine C de werkzame stof was in sinasappelen, citroenen of verse groente. Men zocht het in de zure smaak en doctoren adviseerden daardoor aan chirurgijns onwerkzame alternatieven. Pas toen in de laatste decennia van de achttiende eeuw zuurkool op het scheepsmenu verscheen verbeterde de situatie.

Het hoofdstuk over de slavenvaart van de WIC, de Middelburgse Commerciale Compagnie (MCC) en later particuliere slavenhalers geeft niet alleen informatie over de organisatie van de gezondheidszorg en verdiensten van chirurgijns. Tevens wordt ingegaan op de behuizing van slaven en hoe slaven volgens de Compagnieën behandeld behoorden te worden. Bronnenmateriaal met informatie over de gezondheidszorg in de slavenvaart is beperkt, maar van de MCC zijn acht chirurgijnjournals bewaard. Als meest voorkomende ziekte wordt ook op deze vaart scheurbuik genoemd. Andere veel voorkomende ziekten waren tuberculose, slaapziekte, venerische ziekten en het oplo-

pen van de Medinaworm. Slaven die van het binnenland naar de kust werden vervoerd, hadden grote kans om pokken te krijgen, omdat deze ziekte in het binnenland van Afrika niet endemisch was. Longaandoeningen en dysenterie kwamen ook veel voor.

De laatste vaart die in het boek behandeld wordt, is de oorlogsvaart, bestaande uit de marine en de kaapvaart. In dit deel van het boek wordt duidelijk dat veel meer matrozen aan ziekten overleden dan aan oorlogsgeweld. Aan de hand van een zeer indringend ooggetuigenverslag wordt echter duidelijk hoe het tijdens een zeeslag toeging op het benedendek, de plaats waar de chirurgijn op dat moment zijn werk deed. Veel gezondheidsproblemen die op andere vaarten voorkwamen, zien we hier weer de revue passeren. Dit is de consequentie van de opzet van het boek om de gezondheidszorg per vaart te behandelen. Het boek is echter ondanks wat herhalingen zeer informatief. Naast ziekte en gezondheidszorg wordt ook inzicht gegeven over het wervingssysteem, de inkoop van voedingsmiddelen, de organisatie aan boord en het aantal zeevarenden in de verschillende vaarten. Zo nodig wordt een verband tussen deze aspecten en voorkomende ziekten aan boord gelegd.

Herman Ketting

Rita Schäfer, *Frauen und Kriege in Afrika: Ein Beitrag zur Gender-Forschung*.

Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag, 2008. pp. 520. €39,90.

ISBN 978-386099345-3.

In *Frauen und Kriege in Afrika* analyseert Rita Schäfer vanuit een genderperspectief het complex van historische, politieke, sociaal-economische en culturele factoren dat ten grondslag ligt aan de verschillende vormen van politiek geweld die het Afrikaanse continent vanaf de koloniale periode geteisterd hebben, en aan de gevolgen van dat geweld zoals die tot uiting komen in de inrichting van naoorlogse maatschappijen. De auteur kent in haar analyse veel betekenis toe aan door geweld gekenmerkte masculiniteitsconcepten en sekse- en generatieconflicten die in de loop van de geschiedenis steeds wisselende vormen aannemen. Zij laat zien hoe die concepten en conflicten hun stempel drukken op de escalatie van geweld aan het begin van een oorlog, op oorlogshandelingen, op vredesprocessen en op maatschappelijke ontwikkelingen in vreedstijd.

De boodschap van het boek is dat het voor een duurzame vredeshandhaving essentieel is zicht te krijgen op effecten van een oorlog op de bij het oorlogsgeweld betrokken mannen, vooral de effecten op hun zelfbeelden en handelwijzen. Op basis daarvan zouden in allerlei maatschappelijke contexten strategieën ontwikkeld moeten worden ter preventie van het inzetten van geweld als machtsinstrument; in het bijzonder ter preventie van sekse-specifiek geweld. Vooral belangrijk in dit verband is het ontwikkelen van nieuwe concepten van mannelijkheid. Dat laatste doet Schäfer niet in haar boek. Wel slaagt zij er goed in de lezer te overtuigen van de noodzaak van die concepten. Zij doet dat door een genderanalyse van politiek geweld in vijftien Afrikaanse landen en van de voortzetting van geweld tegen vrouwen in deels andere vormen in de naoorlogse periode in diezelfde landen. Een van de erfenissen van het oorlogsgeweld

is het relatief grote aantal vrouwen dat met HIV/AIDS besmet is door seksespecifiek geweld ten tijde van de oorlog, maar ook daarna als gevolg van de toename van geweld tegen vrouwen in familiekring.

Naast een inleiding en conclusie bestaat het boek uit vier delen die zich richten op een selectie van landen in respectievelijk Zuidelijk Afrika, West-Afrika, Centraal- en Oost-Afrika, en de Hoorn van Afrika. In deel I wordt de genderdimensie in anti-koloniale onafhankelijksoorlogen en hun gevolgen voor naoorlogse maatschappijen in Zuidelijk Afrika (met als case studies Zimbabwe, Namibië en Zuid-Afrika) belicht. Postkoloniale regeringen deden geen recht aan de actieve rol die vrouwen in de vrijheidsstrijd speelden en lieten toe dat oude en nieuwe genderhiërarchieën in het privé en openbare leven gestalte kregen. Vervolgens wordt, ook weer vanuit genderperspectief, ingegaan op ontwikkelingen in Angola en Mozambique, landen waar reeds kort na de onafhankelijkheid burgeroorlogen uitbraken onder invloed van in de Koude Oorlog verwikkelde grootmachten. In deel II worden burgeroorlogen in Sierra Leone en Liberia en in deel III in Ruanda, Burundi, Oeganda, Democratische Republiek Kongo en Soedan geanalyseerd. Deel IV richt zich op Ethiopië, Eritrea en Somalië. In die drie landen grijpen burgeroorlogen en tussenstatelijke oorlogen op elkaar in.

Elk van de vijftien hoofdstukken heeft een soortgelijke structuur. Historische terugblikken worden ingezet om vooral de midden- en lange termijn uitwerkingen van het toenmalige koloniale bestuur op maatschappelijke structuren en sekse-verhoudingen uit te werken. Ook bij de chronologische beschrijvingen van het verloop van de oorlog(en) gaat het vooral om de facetrijke betekenisdimensies van gender in het specifieke oorlogsgebeuren, zoals de verschillende betekenissen van lichamen van vrouwen die slachtoffer zijn van systematisch seksueel geweld als oorlogsstrategie. Daarop aansluitend is er aandacht voor vredesonderhandelingen en de uitkomsten daarvan. De internationale dimensies daarvan worden mede ter sprake gebracht, bijvoorbeeld resoluties van de Veiligheidsraad van de Verenigde Naties, VN-Vredesmissies, de rol van de Afrikaanse Unie en het seksueel geweld waaraan ook bij internationale vredesmissies betrokken militairen zich schuldig maken. Ter aanvulling worden genderdimensies in ontwapenings-, demobilisatie- en reïntegratieprogramma's kritisch onderzocht. Daarop voortbouwend vestigt de studie de aandacht op de vaak tegendraadse of elkaar tegensprekende transformatieprocessen in de betreffende naoorlogse maatschappij. In deze context richt het focus zich op juridische en politieke kaders, op sociaal-economische ontwikkelingen en de betekenis van non-gouvernementele organisaties voor bijvoorbeeld het bevorderen van vrouwenrechten, zoals het erfrecht en het recht op politieke inspraak. Bij de naoorlogse wederopbouw van een maatschappij worden vaak weer traditionele patriarchale maatschappij- en familiestructuren op nationaal en lokaal niveau gelegitimeerd. De daaruit voortvloeiende generatie- en genderconflicten kunnen de voedingsbodem voor een nieuwe fase van politiek geweld zijn.

Laat ik het betoog van Schäfer illustreren door kort de essentie van haar case study van Ruanda weer te geven. Met deze casus ben ik zelf op basis van eigen onderzoek het meest bekend. In Ruanda versterkte de koloniale politiek van de Belgen op racisme en conservatieve genderstereotiepe ideologie gebaseerde onderdrukking en geweld. Deze politiek werd ondersteund door de katholieke missie-ideologie en -acti-

viteiten van de witte paters en vervolgens door de internationale politiek na de onafhankelijkheid van het land in 1962. Dit alles mondde in 1994 uit een genocide. Na de onafhankelijkheid van Ruanda werden vrouwen en meisjes op alle mogelijke manieren gediscrimineerd. Toenemend seksespecifiek geweld aan het begin van de jaren negentig tegen individuele Tutsi vrouwen die verondersteld werden de Hutu-ideologie van etnische reinheid te bezoedelen, kan achteraf als een voorbode beschouwd worden van het collectieve gendergeweld in het kader van de genocide. Ten tijde van de genocide werd het, vaak op rituele wijze, massaal afslachten van vooral Tutsi vrouwen en meisjes gelijk gesteld aan het verwijderen van onkruid en het radicaal uitroeien van de wortels van de Tutsi-maatschappij die het welzijn van de Hutu's blokkeerde. Ook vrouwen en meisjes namen deel aan de massaslachttingen. Zij gebruikten zelf geweld of ondersteunden de mannen in het uitoefenen van geweld, bijvoorbeeld door het zingen van traditionele liederen tijdens de gewelddadigheden. In vluchtelingenkampen waren vooral Hutu vrouwen het slachtoffer van seksueel geweld. De weinige vrouwen die dat geweld overleefden, verzwegen wat hun overkomen was uit schaamte en angst voor verdere stigmatisering.

Oorlogsgeweld tegen vrouwen werd in Ruanda, mede onder invloed van de internationale gemeenschap, als een zeer ernstige schending van de mensenrechten beschouwd. Het justitiële apparaat (bestaande uit Arusha Tribunaal, nationale rechtspraak en op gemeenschapsniveau de gemoderniseerde *gacaca*), dat na de genocide in het leven geroepen werd, droeg in de praktijk echter vaak bij aan de stigmatisering van verkrachte vrouwen in plaats van hen te ondersteunen in het terugwinnen van een volwaardige positie in het gemeenschapsleven. Men schat dat op het platteland een derde tot de helft van de vrouwen weduwen zijn. Het lijden van deze vrouwen door traumatische oorlogservaringen wordt versterkt door verschillende vormen van stigmatisering en hun onzekere rechtspositie na afloop van de oorlog. Ook de vele tienermeisjes die zwanger zijn, worden onvoldoende beschermd tegen uitsluiting en slechte leefomstandigheden. Hetzelfde geldt voor meisjes en jongens die wees geworden zijn ten gevolge van oorlog en genocide en/of door het overlijden van hun ouders aan AIDS. Tot nu toe, zo besluit Schäfer het hoofdstuk, is er in de Ruandese maatschappij volstrekt onvoldoende aandacht voor de betekenis die genderspecifiek geweld heeft voor de masculiniteitsconstructie van de daders van de genocide en voor de genderidentiteit van hun slachtoffers en overlevende familieleden. Die aandacht is er evenmin voor de gevolgen van dat geweld voor man-vrouwverhoudingen en voor het etniciteitsvraagstuk in de Ruandese maatschappij.

Schäfer is antropoloog. Zij deed empirisch onderzoek in de naoorlogse maatschappijen van Zuid-Afrika, Zimbabwe, Namibië en Sierra Leone. Haar boek is gebaseerd op haar eigen onderzoeksbevindingen en een zeer uitgebreide literatuurstudie. De auteur heeft niet de pretentie volledig te zijn in haar analyses. Voor een aanvulling daarvan verwijst zij naar de elk hoofdstuk afsluitende interdisciplinair samengestelde en zeer informatieve bibliografie. Een veel uitgebreidere literatuurlijst wordt ons ter beschikking gesteld op de website www.frauen-und-kriege-afrika-de. Deze lijst bestaat uit per land gerubriceerde literatuur over het specifieke thema 'seks en oorlog' en literatuur die meer algemene achtergrondinformatie geeft.

Frauen und Kriege in Afrika is een belangrijk boek voor (feministische) wetenschappers alsmede voor beleidsmakers en vrouwenorganisaties op internationaal, nationaal en lokaal niveau die betrokken zijn bij maatschappelijke wederopbouw. Voor zover mij bekend is er nog nooit eerder een studie verschenen die het vraagstuk 'vrouwen en oorlog' zo breed heeft neergezet en daarmee laat zien hoe universeel vrouwenlichamen en de daarmee verbonden symboliek inzet van oorlogsgeweld zijn en de grote gevolgen die dit heeft voor naoorlogse maatschappijen waarin gendergeweld zich in deels andere vormen voortzet. Vooral nog, zo wordt goed duidelijk uit Schäfer's boek, wordt vrouwen in de wederopbouw van door oorlog verwoeste maatschappijen op allerlei fronten onvoldoende recht gedaan en is een genderperspectief een van de vereisten om daarin veranderingen ten goede aan te brengen. De hoop is dat die op hun beurt een bijdrage zullen leveren aan de preventie van nieuw oorlogsgeweld.

Annemiek Richters, medisch antropoloog
Leids Universitair Medisch Centrum

Dorothea Touwen, *Voor een ander. Beslissingsverantwoordelijkheden om de verpleeghuiskunde*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Aksant, 2008. 344 pp. €29,90. ISBN 978-90-5260-290-5.

Beslissingen nemen voor een ander is niet gemakkelijk. Bovendien maakt het je kwetsbaar voor kritiek, want wanneer doe je het goed? Met enige regelmaat komen verpleeghuizen en andere zorginstellingen voor ouderen negatief in het nieuws. Nu eens is het omdat men daar oudere patiënten laat 'versterven' – een ietwat ongelukkig gekozen term voor een praktijk van medisch handelen die vanuit zeer eerbare motieven volstrekt legitiem kan zijn; dan weer betreft het rumoer rond het beleid van de directie van een verzorgingsinstelling om bij oudere zeventig-plussers in beginsel af te zien van pogingen om te reanimeren. Wat te denken verder van de praktijk van de zogenaamde 'beschermende maatregelen', die niet altijd zo beschermend blijken te zijn. Het vastbinden in bed kan soms fatale gevolgen hebben, doordat de patiënt zichzelf wurgt. Ten slotte is er de commotie rond het 'chemisch dwangbuis' waarmee moeilijk hanteerbare demente ouderen soms verpleegd worden en waarvan *Voor een ander* een aantal gevallen beschrijft).

Het proefschrift van Dorothea Touwen, als onderzoeker en docent medische ethiek verbonden aan de sectie Ethiek en Recht van de Gezondheidszorg van het Leids Universitair Medisch Centrum, komt niet op een ongelegen tijdstip. Het kan immers absoluut geen kwaad om te laten zien dat in en rond de zorg voor kwetsbare oudere patiënten nagedacht wordt over de morele kwaliteit van die zorg en de beslissingsverantwoordelijkheden van verschillende betrokkenen, en dat niet alleen door onderzoekers en filosofen/ethici, maar ook door de werkers zelf.

Centraal in het boek staat de vraagstelling: "Hoe dient het belang van de wils- onbekwame oude (verpleeghuis)patiënt behartigd te worden en wie draagt voor die belangenbehartiging de uiteindelijke verantwoordelijkheid?" Met haar onderzoek

wil Touwen een bijdrage leveren aan het denken over en de praktijk van de behartiging van de belangen van de wilsonbekwame oude verpleeghuispatiënt.

Na een uiteenzetting over de onderzoeksmethodologie (hoofdstuk 2) – de auteur plaatst zich nadrukkelijk in de nieuwe trend van de ‘empirische ethiek’ en deed onder meer participerende observatie in drie verpleeghuizen – wordt uitvoerig aandacht besteed aan het begrip wilsbekwaamheid (hoofdstuk 3). Een tweede kernbegrip, waar hoofdstuk 4 voor is gereserveerd, is het begrip ‘belangen’; volgens Touwen betreft de vraag naar de belangen van de patiënt ‘de kern van de ethiek’. Hoofdstuk 5 is gewijd aan de vertegenwoordiging van de wilsonbekwame patiënt, terwijl volgende hoofdstuk ingaat op de verantwoordelijkheid van de arts. Hoofdstuk 7 bevat de conclusie.

Gaande de rit passeert een groot aantal thema’s en concepten de revue. Soms is daarbij niet helemaal duidelijk waarom deze nodig zijn voor de analyse. Een duidelijk analytisch kader ontbreekt. Dit wordt echter weer goedgemaakt door de interessante casuïstiek die het betoog lardeert en het steeds weer verbinden van theoretische beschouwingen met de voorbeelden uit de zorgpraktijk.

Ben ik door dit boek iets te weten gekomen wat ik nog niet wist? Heeft het me tot nadenken aangezet? Het is de moeite waard wat Touwen te berde brengt over het concept wilsbekwaamheid. Prikkelend is vooral haar stelling dat voor de verpleeghuiszorg het onderscheid tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam ‘niet veel helderheid’ oplevert. Mede naar aanleiding van een concrete casus concludeert ze dat er belangrijke morele redenen zijn om de uitingen van ‘verklaard wilsonbekwame patiënten’ zwaar te laten wegen. Ze vecht dan ook de marginale positie van de actuele uitingen van de wilsonbekwame patiënt aan, omdat ook een wilsonbekwame persoon een (al dan niet verbale) uitspraak kan doen over wat zij het prettigst vindt, bij welke gang van zaken zij zich het fijnste voelt, en welke zaken voor haar belangrijk zijn.

Hoe sympathiek ook, Touwen gaat daarmee echter eraan voorbij dat het concept wilsbekwaamheid niet bedoeld is om kwetsbare oudere patiënten te marginaliseren en ze suggereert volstrekt ten onrechte dat het zo zou zijn dat mensen ‘rationeel moeten onderbouwen’ wat ze het prettigst, fijnst of belangrijkste vinden. Waar het natuurlijk wel bij wilsbekwaamheid om gaat, is om bij cruciale beslissingen – en dat zijn vaak beslissingen inzake medisch handelen – te kunnen beoordelen hoe zwaar het gewicht van de uitingen van de patiënt zelf mag of moet zijn. Als het bijvoorbeeld gaat om een weigering van behandeling door een patiënt, is de vraag soms niet te vermijden of deze patiënt wel bekwaam moet worden geacht om die te weigeren en of – in geval van onbekwaamheid – een eventuele gedwongen behandeling ethisch geboden kan zijn. Mijns inziens is het bij wilsbekwaamheid vooral van belang onderscheid te maken tussen de meer dagdagelijkse aangelegenheden zoals voeding, recreatieve bezigheden, kleding en dergelijke, en medische beslissingen die gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid en het welzijn van de patiënt. Bij de eerste heeft de kwestie van de wilsbekwaamheid minder relevantie dan bij de laatste.

Wat vooral van dit zeer leesbare boek blijft hangen, is een beeld van de verpleeghuiszorg als een praktijk die veel van mensen – professionele werkers zowel als naas-

ten van de patiënt – eist, vooral waar het gaat om de moeilijke opdracht en opgave om het goede te doen voor zorgafhankelijke bewoners.

Ron L.P. Berghmans
Universiteit van Maastricht

Margo Trappenburg, *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2008. 271 pp. €34,95. ISBN 978-90-5356-815-6.

Margo Trappenburg heeft een ontvullend boek geschreven over democratisering in de Nederlandse gezondheidszorg. Meer inspraak blijkt niet altijd in het belang van patiënten te zijn. Trappenburg heeft de balans opgemaakt van de toestand van de Nederlandse patiëntenbeweging. Op een heldere wijze en met gevoel voor detail beschrijft zij het wel en wee van patiëntenorganisaties die steeds vaker aan allerlei overlegtafels mogen aanschuiven. Het onderzoek is gebaseerd op eerder onderzoek, website onderzoek, het bijwonen van bijeenkomsten van patiëntenorganisaties en 26 interviews met kaderleden en medewerkers van patiëntenorganisaties. Het is een mooie casestudy in democratisering.

Genoeg is genoeg kent een A-kant en een B-kant, zoals de ouderwetse single. In de A-kant wordt het succes besproken. Het gaat goed met de patiëntenbeweging. De beweging is een wijdvertakte boom die veel mensen bereikt en veel activiteiten ontplooit met behulp van vrijwilligers en beroepskrachten, zoals voorlichting en lotgenotencontacten. Deze activiteiten worden waardevol gevonden. Ze bieden troost, herkenning en praktische tips. Patiëntenorganisaties ontvangen structurele subsidies en hun vertegenwoordigers participeren in tal van gremia. Ze zijn in vele beleidscircuits doorgedrongen. Daarnaast brengt vraagsturing (inspraak over behandeling) positieve effecten met zich mee, zoals een grotere tevredenheid onder patiënten. Al met al is er veel bereikt.

De B-kant van het verhaal heeft een somberder toon. Daarin komen de schaduwzijden van het succes van patiëntenparticipatie aan bod. De analyse van Trappenburg maakt een gelijkenis met de ontevreden Japanse steenhouwer uit de *Max Havelaar* van Multatuli, die een engel treft die zijn wensen kan vervullen. Eenmaal rijk en koning blijft de steenhouwer ontevreden en heeft telkens weer nieuwe wensen, totdat hij uiteindelijk weer steenhouwer is geworden. Ook de patiëntenbeweging lijkt niet te kunnen inzien wanneer het genoeg is. De kern van het betoog gaat over problemen van tijd, beleidsdruk en intellectuele overbelasting. Het is allemaal wat te veel van het goede – vandaar de titel *Genoeg is genoeg*. Vraagsturing leidt tot het overvragen van patiënten en cliënten. Het boek roept op weerstand te bieden tegen de retorische figuur van 'het gaat wel goed, maar het kan nog beter'. Weerstand bieden is echter lastig – inspraak, participatie, democratie en vraagsturing zijn hoera-woorden. Er tegen zijn is geen optie.

Tegelijkertijd is er nog een boodschap die meer aandacht had mogen krijgen. Trappenburg wijst op het gevaar van inkapseling, zoals wanneer via verstatelijking de

patiëntenbeweging wordt ingezet als tegenmacht tegenover de medische macht en patiënten worden verleid om de rol van kritische zorgconsument te spelen. Inkapseling gebeurt ook door de druk om te schikken naar de beleidsagenda en het discours van de gesprekspartners. Hoofdstuk 8 – *De hiërarchie der dingen* – is daarvan een prachtig voorbeeld. De agenda van cliëntenraden in zorg- en verpleeghuizen wordt erg beheerst door beleidszaken en het blijkt lastig alledaagse onderwerpen aan de orde te stellen. Het is moeilijk om aandacht te vragen voor kwesties als tocht, het vergeten-zijn bij de koffie en de vorm van de koffiekopjes. Ze worden weggezet als onbelangrijk of als een incident. Hoe komt dit toch? Het bestuur en management gaan meer over hoofdzaken, zoals fusies, begrotingen en het personeelsbeleid. Hun discours gaat niet over koffiekopjes. Trappenburg wijst op het fenomeen van de hiërarchie der dingen, waardoor het belang der kleine dingen onderschat wordt, terwijl deze juist zo belangrijk zijn voor de bewoners. “Als je niet meer kunt lopen, niet meer zelf kunt koken, niet meer zelf kunt eten of jezelf niet meer kunt wassen, verandert de hiërarchie der dingen. Dan worden kleine dingen groot en veranderen grote dingen in perifere bijzaken, ver van je bed” (p. 174). In het verleden is daarom al eens geadviseerd dat cliëntenraden prioriteiten moeten stellen, zelf hun eigen agenda bewaken, en aangeven waarover zij wel, maar ook waarover zij niet geraadpleegd willen worden. Maar blijkbaar gaat dat niet zo eenvoudig. Trappenburg wijst op het probleem dat leden geen mandaat hebben voor een speciaal programma waarmee ze wettelijke bevoegdheden weg kunnen wuiven. Maar is dit de kern van het probleem? Mijns inziens is een andere analyse nodig om de hiërarchie der dingen te verklaren.

Het eerste antwoord zou een ironisch antwoord kunnen zijn: ze hebben het zelf geweld. De voorvechters van democratisering wilden een vorm van inspraak die verder gaat dan de koffieautomatenproblematiek! Blijkbaar is deze problematiek toch van cruciaal belang voor bewoners van verzorgingshuizen. Een meer serieus antwoord zou kunnen zijn dat bewoners een verkeerd discours hanteren. Ze gebruiken de ‘ik-vorm’: ze vertellen alleen een incident of anekdote en maken niet de vertaalslag naar een beleidskwestie. Hoe zet je een klein incident om in structurele problematiek? Daarmee komen we aan bij een van de kernproblemen van patiëntenparticipatie: patiënten schuiven aan bij bestaande gremia. Participatie veronderstelt ‘nieuwe input’, anders hadden we ook wel op de oude voet door kunnen gaan, maar tegelijkertijd stappen patiënten in een beleidswereld die al is gevormd. Daar heersen bepaalde verwachtingen, spelregels, gewoonten en normen. Het risico bestaat dat patiënten, om serieus genomen te worden, zich gaan voegen naar hun gesprekspartners, zoals de cliëntenraad die veel aandacht besteedt aan grote beleidskwesties. Deelnemers proberen zich het professionele discours of het beleidsdiscours eigen te maken. Terecht stelt Trappenburg de vraag wat dan nog de toegevoegde waarde is.

Van daaruit heb ik problemen met de typering door Trappenburg van de patiëntenbeweging als een op hol geslagen kritiekmachine. Het bekritisieren van bijvoorbeeld artsen blijft maar doorgaan, zelfs als dat niet meer echt nodig is. Terecht stelt Trappenburg dit probleem aan de orde en geeft ze daarvan mooie voorbeelden in het boek. Toch zou ik nog steeds aandacht willen vragen voor een omgekeerd probleem: de organisatie van ‘vriendelijke oppositie’. Bij de betrokken partijen is er veel aandacht

voor een plezierig proces, respect, gelijkwaardigheid, begrip en vriendelijkheid. Dat geeft patiënten het gevoel dat ze serieus worden genomen, maar de oppositie is zodanig dat het geen serieuze effecten heeft voor het beleid. Gebeurt dit ook niet bij de cliëntenraden die door Trappenburg zelf zo treffend zijn beschreven? Kortom, is het wel genoeg? In termen van kwantiteit heeft Trappenburg een sterk punt. Laten we vooral de beleidsdrukte niet verder opvoeren. In termen van kwaliteit blijven er vragen. De eigen inbreng van patiënten klinkt nog onvoldoende door in het participatieproces – of misschien klinkt het daar wel voldoende, we horen daar immers andere geluiden – maar op het *moment suprême*, als er een besluit wordt genomen, wordt er nog weinig gedaan met de inbreng van patiënten. Dienen we niet de vraag te stellen: hoe kunnen we de toegevoegde waarde van patiëntenparticipatie verhogen? Of misschien een meer principiële of conceptuele discussie: wat is die toegevoegde waarde? Voor een dergelijk debat is het wenselijk eerst het boek van Trappenburg te lezen.

Kor Grit, econoom en filosoof
iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam