

## ***Bookreviews / Boekbesprekingen***

Diana van Bergen, *Suicidal behavior of young migrant women in the Netherlands. A comparative study of minority and majority women*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit. Amsterdam, 2009, 182 pp. ISBN 978-90-9024320-7.

Het onderzoeksthema van het proefschrift van Diana van Bergen is geïnspireerd door de uitkomsten van epidemiologisch onderzoek van de Haagse GGD. 15-24-jarige Haagse vrouwen van Surinaams-Hindostaanse, Turkse en in mindere mate Marokkaanse afkomst vertoonden, in vergelijking tot hun autochtone leeftijdgenoten, vaker suïcidaal gedrag zonder dodelijke afloop. Van Bergen onderzocht allereerst of dit fenomeen zich ook elders in Nederland bij dezelfde allochtone groepen voordeed. Vervolgens ging ze na of het voorkomen van niet-fataal suïcidaal gedrag bij Surinaams-Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse jonge vrouwen te verklaren is door hun etnische afkomst en hun (familie)migratie.

Voor beantwoording van de eerste onderzoeksvraag verrichtte Van Bergen een secundaire analyse van enquêtegegevens van de GGD'en Rotterdam (suïcide pogingen) en Utrecht (suïcide ideatie). De GGD'en hadden in een schriftelijke vragenlijst aan 12-18-jarige jongeren van Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindostaanse (alleen Rotterdam) herkomst gevraagd naar hun psychische gezondheid en in bijzonder naar niet-fataal suïcidaal gedrag. De uitkomsten bevestigden de kwetsbaarheid van Turkse en Surinaams-Hindostaanse jonge vrouwen voor suïcidepogingen en suïcide ideatie. Voor Marokkaanse jonge vrouwen gold dit in mindere mate, zoals ook uit Haagse uitkomsten over de jaren 2002-2004 bleek. Sociaal-culturele factoren bij het individu en binnen de familie leken een rol te spelen, maar vroegen duidelijk om verder onderzoek naar het etnische of cultuurspecifieke.

Van Bergen gaat ambitieus de uitdaging aan om de wirwar van samenhangende en elkaar mogelijk versterkende risicofactoren voor suïcidaal gedrag te ontrafelen. Ze ambieert daarbij ruimte te geven aan de vier traditionele benaderingswijzen in de suïcide-studies: de sociologische, de ecologische, de medische en de psychologische. Van Bergen stelt dat de *fatalistic suicide* uit de klassieke studie van Durkheim bijzondere aandacht verdient bij het vinden van een verklaring voor het niet-fatale suïcidale gedrag van de meiden. Een zeer sterke inperking van vrijheden bij een ervaren geïsoleerdheid van het individu staat daarbij centraal. De eerste twee benaderingen staan centraal in haar proefschrift. Als toetssteen voor toepasbaarheid van deze vier benaderingswijzen kiest ze de publicaties van Krikke (2000) en Salverda (2004) waarin in diepte-interviews betekenis werd gegeven aan het onwelbevinden (waaronder suïcidaal gedrag) van Hindostaanse meiden in Den Haag.

In haar zoektocht naar verklarende factoren voor een verhoogd voorkomen van niet-fataal suïcidaal gedrag beoogt Van Bergen dat onderzoeken naar risico's voor suïcide hierin meegenomen kunnen worden. Ze baseert zich op een case-control studie van Beautrais (2003) onder 15-24-jarigen waarbij er zich een duidelijke overlap in risicofactoren voordeed. Dit tegenstaande het feit dat (groepen) mensen die suïcide hebben gepleegd enerzijds en niet-fataal suïcidaal gedrag vertonen anderzijds dikwijls verschillend gekarakteriseerd worden. In bijzonder geldt dit voor demografische kenmerken als geslacht en leeftijd, zoals Van Bergen ook noemt. Daarbij kennen velen die zich suïcideerden, geen voorgeschiedenis van niet-fataal suïcidaal gedrag.

Teneinde de vier benaderingswijzen op individueel niveau beter te kunnen bekijken is een overstap gemaakt naar kwalitatief onderzoek. Daarbij kon uitgebreid aandacht worden gegeven aan etnische en cultuurspecifieke kenmerken. Van Bergen nam 115 medische dossiers van 12-41-jarige vrouwen door die gedurende 1995-2005 in behandeling waren bij de geestelijke gezondheidszorg of in een academisch ziekenhuis in Amsterdam en waarvan bekend was dat ze een suïcidepoging hadden ondernomen. Het betrof 24 Hindostaanse, 32 Turkse, 30 Marokkaanse en 29 van oorsprong Nederlandse vrouwen. De laatste groep betrof vrouwen met een laag sociaal niveau om vergelijking met de migrantenvrouwen beter mogelijk te maken. Hoewel deze methode de mogelijkheid biedt iek onderzoek naar verbanden op individueel niveau mogelijk maakte onderzoeken, is de onderzoeker erg afhankelijk van wat een hulpverlener in het dossier opschrijft. De psychologen, psychiaters en maatschappelijk werkers volgen vaak hun eigen professionele blik en deze studie wilde juist dimensie overstijgend zijn en nadrukkelijk de sociale context (gebondenheid aan normen en beperking van vrijheden) betrekken.

Als uitkomst van deze studie belicht Van Bergen de *fatalistic suicide* in het bijzonder. De sterke gebondenheid, de beperking van vrijheden (ook ten aanzien van eer en schande) zijn in de rapportages van hulpverleners bij migrantenvrouwen gemeengoed. Kan het zijn dat zij daar juist bij hen meer op gefocust waren en er eerder notitie van maakten? Retrospectief onderzoek op basis van niet systematisch ingevulde dossiers blijft uiteraard heel lastig wat Van Bergen ook beaamt in haar proefschrift. Dit rechtvaardigt haar stap naar eigen kwalitatief onderzoek.

Van Bergen ging de uitdaging aan face-to-face biografische interviews af te nemen bij 18-40-jarige vrouwen met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag (13 Hindostaanse, 10 Turkse, 10 Marokkaanse en 14 van oorsprong Nederlandse vrouwen). Vanuit het perspectief van betrokkene kon de sociale en culturele context van de suïcidepoging hierbij ten volle tot zijn recht komen. Met veel inspanning – hulpverleners beschermen hun cliënten – rekruteerde Van Bergen respondenten bij (ggz) hulpverleners, via internet en in mindere mate via tijdschriften. Achteraf bleek sprake te zijn van enige selectie, doordat bijna alle vrouwen bekend waren bij de geestelijke gezondheidszorg. Het gebrek aan affectie en geborgenheid in familieverband was kenmerkend bij de Hindostaanse en Nederlandse vrouwen (Durkheim's egoïstische zelfdoding). De zeggenschap over strategische levenskeuzes was beperkt bij alle etnische minderheidsgroepen (Durkheim's fatalistische zelfdoding), maar in bijzonder bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Juist die zeggenschap vulden deze vrouwen op een

‘moderne’ wijze in hetgeen niet meer strookte met de opvattingen van hun ouders (Durkheim’s anomische zelfmoord). Ten slotte speelde gebrekkige eigenwaarde een centrale rol vooral in geval van seksueel misbruik bij de van oorsprong niet-Nederlandse vrouwen. Van Bergen concludeert dat het theoretisch kader dat Durkheim ruim een halve eeuw geleden voor suïcide aanreikte (nog steeds) relevant is voor suïcidaal gedrag in brede zin.

De kracht van de studie van Van Bergen is dat ze geen genoegen neemt met onderzoek naar persoonsgebonden risicofactoren voor suïcidaal gedrag, maar in haar onderzoekdesign ruimte biedt voor de brede sociale en culturele context van de gebeurtenis. Het vasthouden aan de archetypen van Durkheim komt bij de lezer soms wat krampachtig over, omdat de dimensies inmiddels door andere onderzoekers zijn geïnvolveerd en genuanceerd.

De studie van Van Bergen is veel omvattend en de lezer dient zich dan ook niet te beperken tot de Nederlandse samenvatting die wat smal overkomt. Het is een sociologische studie met veel onderzoekersjargon en onderzoeksverantwoording, dat wordt versterkt door de verschillende onderzoeksmethoden. Maar het proefschrift biedt onderzoekers en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg belangrijke inzichten in de dilemma’s waar Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland mee worstelen. Hun problemen zijn vaak zo groot dat ze het leven zonder handreiking van naasten, mentoren of hulpverleners maar moeilijk kunnen leven.

Irene Burger, epidemiologisch onderzoeker  
GGD Den Haag

Tony Crook, *Anthropological knowledge, secrecy and Bolivip, Papua New Guinea: Exchanging skin*. Oxford: Oxford University Press, 2007. 267 pp. € 60,00 (hard cover). ISBN 978-0-726400-3.

This complex book is about production of knowledge, about social relationships, about secrecy and about ethnography. The author uses the ‘Min problem’ as his starting point. The Min problem refers to a discussion in anthropology about knowledge, secrecy and the apparent negligence of (words for) social relationships among the Min peoples in the Western Highlands of Papua New Guinea. Important knowledge, according to ethnographers of Min society, is kept by older men and selectively handed down to the younger generation in rituals full of metaphoric and metonymic ‘layers’. One could say, as Crook suggests, that Min people remained their own anthropologists. Crook’s book could be seen as an attempt to understand the Min production of ethnographic knowledge and to apply this to the anthropological production.

The author calls his approach “an ethnography of theory and method of work” (p. 33). His study is an exploration of what happens if anthropological practices (ethnography) are approached with Min knowledge practices in mind. After all, the enigmas of Min culture appear also in the articulation of anthropological knowledge.

One way of driving his point home is the structure of the book. The chapters alternate in dealing with descriptions of life in the forest with an emphasis on tree and plant metaphors and descriptions of the work of anthropologists such as Barth, Mead, Fortune, Bateson and Weiner. Trying to make sense out of the cultural riddles of Papua New Guinea, Crook demonstrates how anthropological knowledge is co-produced by the biographical and emotional histories of their authors.

To clarify his view on the intertwining of person and text (knowledge), he launches the concept of 'textual person'. 'Personal text' would perhaps been a more appropriate term, if it had not led to misunderstanding. 'Textual person' intends to characterize "both the person-like relationships of texts and the text-like relationships of anthropological persons" (p. 219). Although no reference is made to the production of *medical* knowledge, one may assume that the secrecy and the person-bound character of knowledge also apply to medical knowledge and practice.

No doubt, the author has an important point in his problematization of knowledge as a personal and social event, but one wonders if that point could not have been made in clearer terminology and argument. The author would probably reply that the bewildering kaleidoscope of images presented in his book is the only way to do justice to the complexity and fluidity of Min (and anthropological) knowledge production.

Sjaak van der Geest  
Medical Anthropology, University of Amsterdam

Pranee Liamputtong (ed.), *Doing cross-cultural research. Ethical and methodological perspectives*. Social indicators research series 34. Dordrecht: Springer, 2008. xxxi+310 pp. \$ 199.00 (hard cover). ISBN 978-1-4020-8566-6.

This edited volume about ethical and methodological aspects of cross-cultural research is wide-ranging in various ways. It contains eighteen contributions from qualitative researchers, pertaining to diverse academic and professional disciplines, including anthropology, sociology, public health, psychology, educational sciences, nursing, midwifery, and occupational therapy. The contributions also cover a wide geographical area, stretching from Australia, New Zealand, Sub-Saharan Africa, Europe to North America. Thematically, the book is diverse as well, including chapters on men in prison, traumatized refugees, social capital among farmers, survivors of breast cancer, suicide and HIV/AIDS. Finally, the volume addresses a variety of – innovative – methodological approaches, such as the 'decolonizing' collaborative life history interview, the use of art research and participatory photography, a photo-voice project, and the use of vignettes in focus group discussions.

The compilation is intended and may indeed be useful for researchers who (plan to) conduct their studies among and with indigenous populations, minority and ethnic communities. The book raises and let readers think about a number of pertinent questions, such as: Who am I working with? What ethical and moral considerations do I need to observe? How should I conduct the research in such a way that it is culturally

appropriate to the needs of people I am researching? How do I deal with language issues? How will I negotiate access? And what research methods should I apply to ensure a successful research process?

The book is divided in three parts: the first part provides a conceptual framework; the second part is on ethical and methodological perspectives and the third part is on methodological considerations. Yet, in fact most of the chapters address conceptual, ethical and methodological issues at the same time.

Many of the contributions in this information dense compilation are worthwhile reading. The diversity of the themes, issues, regions and methodologies makes the book an attractive collection. Yet, at the same time this diversity also made me feel a bit dazzled. I certainly would not recommend anybody to read all chapters in one go. Rather, I find it a book to consult or to refer students to in order to get insight into a particular conceptual, methodological, ethical or thematic aspect of cross-cultural research. That is also the way I have started to use the book myself in recent classes. In the below I restrict to reporting briefly on a number of selected chapters to give the reader a feel of what the book may have to offer.

The introductory chapter contains Liamputtong's reflections – based on extensive reading – on a number of issues addressed in the chapters that follow, such as cultural sensitivity, issues on language, interpreters and bi-cultural researchers, gaining access to study participants and moral and ethical issues in research. In addition, she provides an interesting review on the meaning and implications of the notion of informed consent in cross cultural research and the use of signed consent *forms* in particular. This latter section, including its many literature references, may serve as a valuable starting point for researchers pondering on the meaning and practical implications of informed consent in their research area.

In the second part of the book the authors critically reflect on ethical and methodological questions and dilemmas when doing cross-cultural research. One of them is Labby Ramathan, who reflects on work he and his students have undertaken in the field of HIV/AIDS in South-Africa. He elaborates on the 'situational ethics' in a study in which they intended to explore – by means of a case study – the personal and school life of a HIV positive secondary school student. Finding a candidate for inclusion in the study showed to be extremely difficult, because "participants revealed an unnatural terror at being HIV positive and feared for the safety of their lives" (p. 113-114) if others should come to know their HIV positive status. Therefore, once having found a HIV positive girl who was willing to be involved in the study the research approach had to be adapted in such a way that the girl would not be harmed. This implied for example not drawing attention to the girl within the school environment, so doing rather superficial observation instead of direct and detailed observation. Secondly, given the personal and emotional nature of the interview the informant did not want her story to be recorded, but only notes could be taken. Finally, all interviews were conducted in presence of the girl's peer counselor and the interview with the girl's mother was actually done by this peer counselor (instead of by the researcher herself), as both the girl and her mother had put their trust in this peer counselor. Using this study as an example Ramathan reflects on questions such as

how the conditions under which data are collected – while being ethically sensitive – may affect the type and quality of the data and the analysis that can be derived from it.

In the third section on methodological considerations a number of original case studies are presented. Some of them give detailed insight in how methodological techniques are actually used in the field and adapted to a specific cultural setting. One example of this is Bailey's contribution *Let's tell you a story: Use of vignettes in focus group discussions on HIV/AIDS among migrant and mobile men in Goa, India*. The author and his fellow researchers realized that it would be difficult to talk about sexuality in focus groups discussions with these 'mobile and migrant men', including fisher men and truckers. Therefore, he and his study team used vignettes – defined as pieces of texts, images or other forms of stimuli to which researchers are asked to respond – as a projective technique. In his current contribution Bailey mainly describes the process by which these vignettes were actually constructed and locally grounded, an aspect that is rarely addressed in publications reflecting on the use of vignettes. Insights from previous held in-depth interviews were used to actually formulate vignettes, for example about the perceived social consequences of HIV/AIDS or to understand whom the men actually referred to when they spoke about their 'lovers'. Identifying information was taken out of the original stories and, in order to 'locally ground' the vignettes, local fictional names and places were used. Focus group participants were requested to react to the vignettes. Bailey concludes that the vignettes made the men more comfortable to discuss sensitive issues as they did not have to personalize the information they shared in the group.

In another chapter Gotschi and colleagues address 'participatory photography' as a method in cross-cultural research. Their chapter starts with an informative review of recent studies using photography, addressing questions such as: who takes the pictures, with what purpose, who does the analysis and what are the implications of all this? The authors observe that the main difference in the methodologies used in these studies lies in who is responsible, or empowered, to take decisions on each aspect of the research. Subsequently, the authors report and reflect on their own study, dealing with the development of social capital, group formation processes and power distribution among small farmer groups in Mozambique. As they had previously experienced that it was difficult to get insight in the farmers' perspective on the rather abstract concepts they intended to study by means of conventional research methods (surveys, focus group discussions and semi-structured interviews) they started to employ 'participatory camera'. Each group was given two disposable cameras and the farmers had to decide who would look after the cameras, when and what to take pictures on. The photos were later used to stimulate group discussions. While the group discussions about the pictures proved to be informative, the authors also emphasized the importance of the insights they gained from the analysis of the group processes. The way the farmers were sharing cameras and pictures, the way the groups differed in using the cameras and the topics they choose to make pictures of deepened their insight into the farmers' perspectives. For example, it became apparent that some of the farmers considered their group not as a framework of working together but rather as something to draw resources from. Thus they had not taken pictures of group activities but rather of

people working in their private fields. Gender differences and dynamics also became articulated: in some groups, for example, female farmers were not allowed to take care of the cameras; and some activities and positions in the group were visibly gendered, as was illustrated on the pictures, while farmers previously were inclined to deny these gender differences. The authors conclude that the “photos make voices heard that otherwise remain silent” (p.229) and involve the group members much more in various stages of the research than would have been possible by applying more conventional research methods.

Overall, this compilation provides ample food for thought and concrete examples of interesting research projects for researchers who want to be reflexive on methodological, ethical and conceptual aspects of cross-cultural research and who want to be inspired to develop innovative research approaches. In addition, many of the chapters contain good literature reviews which form good starting points for further reading into these topics.

Trudie Gerrits, medisch antropoloog  
Universiteit van Amsterdam

Helle Max Martin, *Nursing contradictions: Ideals and improvisation in Uganda*.  
Diemen: AMB Publishers, 2009, 189 pp. € 35,00. ISBN 978-90-79700-12-7.

In de Oegandese samenleving is veel kritiek op het functioneren van verpleegkundigen in de publieke gezondheidszorg. In *Nursing contradictions: Ideals and improvisation in Uganda* brengt Helle Max Martin de ervaringen van de verpleegkundige in beeld vanuit het perspectief van de verpleegkundigen zelf. Hiermee verschaft ze inzicht in en begrip voor de grote tegenstellingen die verpleegkundigen ervaren tussen hun professionele idealen gebaseerd op universele waarden en standaarden van verpleegkunde enerzijds en de realiteit van de dagelijkse praktijk gekenmerkt door een groot tekort aan materialen, middelen en personeel anderzijds.

Martin introduceert een antropologische benadering van persoon en professie. Ze ziet de verpleegkundige professie als een cultureel en sociaal ingebed fenomeen. De ervaring, betekenis en invulling van het beroep is te begrijpen vanuit deze lokale context. Martin stelt voor de identiteit van de verpleegkundige te beschouwen als een combinatie van de rollen die voortvloeien uit universele en lokale professionele idealen en praktijken en uit de persoonlijke biografie en culturele en sociale waarden van de Oegandese samenleving. Hiervoor gebruikt ze het concept van *the nurse character* dat zij ontleent aan Hastrup die aangeeft dat toneelacteurs hun identiteit gedurende de repetities steeds meer gaan vormen naar de rol die zij hebben. “It allows us to see the nurse as a professional and a social person at the same time, shaped by the context of nursing education and the health service, the conditions of her domestic life, and imbued with agentive capacities for dealing with both at the same time”, aldus Martin (p.15).

Martin's veldwerk vond plaats in 2002 en 2003 in twee oostelijke districten van Oeganda: het relatief welvarende Jinja district (*Jinja School of Nursing and Midwifery*) en het rurale en arme Tororo district (*Tororo District Hospital*). Opvallend is

dat Martin niet het onderzoeksproces beschrijft. De lezer begrijpt dat Martin haar data heeft verkregen door het afnemen van interviews, maar reflecties op de onderzoeksmethoden ontbreken. Ook besteedt de auteur geen aandacht aan haar eigen rol als onderzoeker ten opzichte van haar onderzoekspopulatie.

Het boek is opgedeeld in acht hoofdstukken. Na het eerste hoofdstuk dat een inleiding is tot de probleemstelling en de sociologische en antropologische theorieën over persoon en professie, schetst het tweede hoofdstuk de historische achtergrond van de publieke gezondheidszorg in Oeganda en een beeld van de huidige werkomstandigheden van verpleegkundigen. Het daaropvolgende empirische gedeelte volgt qua opbouw de twee belangrijkste empirische thema's van de studie: *formation* (Deel II) en *survival* (Deel III).

In Deel II beschrijft Martin de professionele en sociale vorming van de studenten in de opleiding. Hoofdstuk 3 behandelt de technische vaardigheden en theoretische kennis die zij verwerven. Hoofdstuk 4 vestigt de aandacht op de persoonlijke socialisatie in de rol van de verpleegkundige. In deze hoofdstukken laat Martin zien dat de studenten bewust gemaakt worden van de verschillen tussen het universele ideaalbeeld over verpleegkunde en verpleegkundige theorieën en de dagelijkse praktijk: de constante noodzaak informele kennis en vaardigheden toe te passen die niet worden behandeld in de studieboeken, maar *ad hoc* oplossingen vormen voor gebrekkige werkomstandigheden. Het laatste hoofdstuk van dit deel onderzoekt de veranderingen in sociale relaties die in gang worden gezet doordat de studenten deel uit gaan maken van een opgeleide elite. Door familie, vrienden en de gemeenschap wordt vaak verwacht dat zij financiële bijdragen leveren, maar ook dat zij de verpleegkundige en medische kennis en vaardigheden toepassen in hun sociale leven.

Deel III bekijkt de dagelijkse praktijk van verpleegkunde in het ziekenhuis. In hoofdstuk 6 blijkt dat improviseren ook na de opleiding een belangrijk onderdeel van het werk en van de zelfperceptie van verpleegkundigen vormt. Martin stelt dat het improviseren voor de verpleegkundigen een legitimatie vormt voor de manier waarop zij hun werk uitvoeren en tegelijkertijd een manier is om hun professionele idealen hoog te houden. De dagelijkse verpleegkundige praktijk staat in sterk contrast met de professionele theorieën en idealen, maar door zich aan te passen aan deze realiteit en dit ook expliciet te maken behouden de verpleegkundigen grip op de manier waarop zij hun beroep en zichzelf in hun professionele rol zien. Het zevende hoofdstuk behandelt de corrupte praktijken waarvan verpleegkundigen in het publieke debat beschuldigd worden, zoals het vragen van informele betalingen aan patiënten en het verhandelen van medicijnen en materialen. In dit hoofdstuk legt Martin het verband tussen het negatieve beeld van verpleegkundigen dat heerst in de samenleving en de ervaringen van verpleegkundigen in het professionele en privé-domein. Martin laat zien dat de vermeende zelfverrijking in veel gevallen lastig te onderscheiden is van inefficiënt handelen, fouten maken of toevalligheden. De verpleegkundigen zelf ervaren deze praktijken vaak als een noodzakelijke strategie om het magere salaris aan te vullen en hierdoor te kunnen overleven in hun baan en hun privé-leven.

Martin geeft in *Nursing contradictions* een veelzijdig beeld van de verpleegkundigen in de publieke gezondheidssector van Oeganda: wie zij zijn, hoe zij zichzelf zien



en wat zij doen en – vooral ook – waarom zij dit doen. Hoewel Martin veelvuldig misstanden en zaken in beeld brengt die volgens universeel geldende normen onacceptabel zijn in de verpleegkundige zorg, lukt het haar ook de lezer inzicht te geven in de situatie waarin de verpleegkundigen zich bevinden en de keuzes die ze hierdoor maken. Martins benadering van de verpleegkundige professie zou ook voor andere studies naar lokaalspecifieke biomedische en verpleegkundige praktijken een interessant uitgangspunt kunnen vormen. Wanneer men de kwaliteit van de verpleegkundige zorg wil aanpakken, is het, zo weet Martin aan te tonen, belangrijk te kijken naar de betekenis, ervaring en omstandigheden van de professie op het lokale niveau, in plaats van alleen te constateren dat het afwijkt van het universele ideaalbeeld. De conceptualisering van de gezondheidsmedewerker als persoon met meerdere identiteiten en professionele en sociale idealen, verplichtingen en verantwoordelijkheden creëert de ruimte het professionele handelen te begrijpen in zijn specifieke culturele, sociale, politieke en economische context.

Anna Lisa Albers  
Medische Antropologie, Universiteit van Amsterdam

Patrick Meurs & Gül Jullian, *De eerste stappen. Een praktische leidraad voor begeleiders van kwetsbare ouders en jonge kinderen op weg naar veerkracht*. Brussel: Gelijke kansen in Vlaanderen, 2009. 153 pp.

*De eerste stappen* van Patrick Meurs en Gül Jullian is, zoals de ondertitel aangeeft, bedoeld als een praktische leidraad voor begeleiders van kwetsbare ouders en jonge kinderen. De auteurs zijn de grondleggers van het Eerste Stappen Programma, een “methode voor preventieve opvoedingsondersteuning, ontwikkelingsbegeleiding, gezinsempowerment en gelijkekansenbevordering.” Meurs is wetenschappelijk actief op de raakvlakken van ontwikkelingspsychologie, psychotherapie en antropologie. Hij is hoogleraar aan de Katholieke Universiteit Leuven. Gül Jullian werkt in Brussel als klinisch psycholoog met onder andere zeer jonge, zieke kinderen.

De uitgave is geschikt voor praktisch en intensief gebruik: stevige kافت papier, een ringband waardoor iedere pagina goed valt open te slaan en gekleurde tabbladen die structuur en opbouw direct duidelijk maken: voorwoord, inhoudsopgave en vier delen. De vier delen behandelen achtereenvolgens: de theoretische achtergronden van het Eerste Stappen Programma; het empirisch onderzoek ernaar; de methode en de praktijkrichtlijnen waaruit het Programma concreet bestaat; en een literatuurlijst en bijlagen.

Een eerste voorwoord is van de Vlaamse minister van Gelijke Kansen. Het bestaan van een dergelijk ministerie plaatst het Eerste Stappen Programma al gelijk in een andere context dan de Nederlandse waarin het hele idee van het bevorderen van gelijke kansen al in de jaren negentig schijnt te zijn losgelaten. In hun voorwoord noemen de auteurs armoede en sociale uitsluiting als basis voor “de drukkende vicieuze cirkel van de ongelijke toekomstkansen en de geringe maatschappelijke participatie”. Het project hoopt deze cirkel te helpen doorbreken, waarbij de focus vooral ligt op de sociaal-economische effecten van migratie.

Deel 1 behandelt de achtergronden en theoretische perspectieven. Het programma wordt met behulp van een reeks korte paragrafen nader verklaard als gericht op psychopedagogische preventie met opvoedingsondersteuning, ontwikkelingsbegeleiding en gezinsversterking als pijlers. Het expliciete doel is het bevorderen van gelijke kansen door ondersteuning te bieden aan allochtone en/of kansarme gezinnen met jonge kinderen en zo een (toekomstige) dam op te werpen tegen oprukkende armoede. Dit wordt gedaan vanuit een ontwikkelingspsychologisch en ontwikkelingspsychopathologisch model dat is gericht op het verkleinen van risico's voor kinderen en het vergroten van hun weerbaarheid (*resiliency*, vaker vertaald als veerkracht). De centrale gedachte wordt uitgedrukt met de metafoer: kleine correcties aan de vaarroute loodsen het schip een andere (veilige) haven binnen. Inspiratiebronnen voor deze aanpak zijn de World Association for Infant Mental Health en het werk van de in 1988 overleden en beroemde Franse psychoanalytica Françoise Dolto bij wie Gül Jullian nog in opleiding was.

Deel 2 beschrijft empirisch onderzoek dat het Eerste Stappen Programma mede motiveert op grond van de verschillen in ontwikkeling tussen autochtone, kansarme en allochtone kinderen in hun eerste drie levensjaren. De ontwikkeling van deze kinderen wordt onderscheiden naar motoriek, cognitie, taal, zelfredzaamheid en sociaal-emotioneel functioneren en is op diverse momenten vastgesteld. Hierbij blijkt dat de verschillen al in het eerste levensjaar tot uitdrukking komen en dat het Eerste Stappen Programma het aantal risicokinderen duidelijk weet terug te brengen.

Deel 3 is het meest uitgebreide deel en behandelt de methode en praktijkrichtlijnen waarbij blijkt dat het preventieprogramma van 0 tot en met 3 jaar een vervolg kent voor de periode van 3 tot en met 6 jaar en dat Tweede Stappen wordt genoemd. Hiermee wordt de voorschoolse periode en de kleuterperiode bestreken, tezamen genomen de periode voordat het kind aan het werkelijke leren toekomt. Ter ondersteuning van de begripsvorming behandelen de auteurs in een apart hoofdstuk de ontwikkelingspsychologie van baby, peuter en kleuter. Aansluitend beschrijven zij de methodische aspecten van het programma zoals groepswork en individuele consultaties, *center based* preventie, 'outreaching' en engagement. Centraal staan laagdrempelige ontmoetingsruimten in de wijk, 'open huizen', waar ouders terecht kunnen om met elkaar en de preventiewerkers met elkaar van gedachten kunnen wisselen over kind, gezin, opvoeding, ouderschap, de maatschappelijke kansen van hun kinderen en hoe die te verbeteren. De preventiewerkers zorgen er verder voor om duidelijk aanwezig te zijn op de diverse plekken waar (aanstaande) ouders met hun kinderen zijn te verwachten: verloskundige praktijken, consultatiebureaus, de wachtkamers van huisartsen, crèches en kleuterscholen. Ze gaan de wijk in en zoeken contacten met diverse migrantengroepen.

Vrij gedetailleerd gaan Meurs en Jullian in op het belang van investering en netwerkvorming in de betreffende wijk, de keuze van de locatie, inrichting van de ontmoetingsruimte en het belang van een huiselijke sfeer. Een sfeer waarin ouders en kinderen zich kunnen herkennen en vrij en ongedwongen met elkaar om kunnen gaan. Ieder gezin krijgt een eigen kastje in de ontmoetingsruimte. Aanwezig zijn kinderhoeken en 'ouderhoeken', een Speel-o-theek en een tussen- of transitieel ruimte voor

interactie tussen moeder en kind. Het geheel is bedoeld om de situaties mogelijk te maken waarbij: “moeders reiken elkaar woorden en verhalen aan, geven het woord door (*lieu d'échange et espace-parole*) in een speelse en rustige omgeving (*lieu de loisir en espace-jeu*). De preventiewerkers spelen in op wat er in de groep leeft en voegen thema's in als de invloed van de migratie, ontwikkelingsrisico's bij kwetsbare kinderen en de effecten van vroege preventie en het belang van sociale participatie van de ouders. Tot de specifieke aandachtspunten behoren taal en voeding.

Het vierde en laatste deel bestaan uit literatuurlijst en twee bijlagen. In de laatste van deze bijlagen wordt de internationaal bekende Turkse hoogleraar Kagitbasi geciteerd die dit Eerste Stappen Programma “a splendid example of a culturally sensitive intervention which is based on a theoretical perspective that integrates clinical psychology, cultural psychology and cultural anthropology” noemt.

Ik vind het een erg sympathieke benadering en als inspiratiebron zeker bruikbaar, zo niet onmisbaar, voor de in Nederland ontstane Centra voor Jeugd en Gezin. De ontwikkeling van de jeugdzorg in Nederland is er helaas vooral een van toenemende controle en mist inspiratiebronnen in een toenemend diverse sociale omgeving. Het is nog wel op zijn plaats om een paar kanttekeningen te maken. De gevolgde benadering gaat uit van een idee van ontwikkeling die op een exclusief Westerse gedachtegoed en praktijk is gebaseerd die niet langer bestaan dan enkele decennia en dan in de meer kansrijke lagen van de samenleving. Bij uitstek de antropoloog en in toenemende mate ook de psycholoog en de psychiater dienen zich er van bewust te zijn dat de onderliggende aanspraak op universele geldigheid naïef is. Met andere woorden: de maatstaven die bij dit programma worden aangelegd zijn vooringenomen. Hier kan tegenin worden gebracht dat deze maatstaven in dit geval een expliciet doel dienen: namelijk het verheffen van de onderlagen van deze samenleving. Bovendien wordt ook zeker niet beweerd dat het opgelegde model in alle gevallen zal werken. Wel dat het kan bijdragen aan de veerkracht en de gezondheid van kansarme gezinnen, een bewering die vanuit de klinische praktijk en vanuit onze huidige wetenschappelijk kennis moeilijk valt te betwisten. Een laatste kanttekening is dat er volgens de meest recente inzichten en bevindingen nog aan de grote maatschappelijke en menselijke waarden van een programma als Eerste Stappen kan worden toegevoegd door meer accent op de prenatale ontwikkeling te leggen en zorg, steun en advies al vanaf de vroege zwangerschap aan te bieden. De basis van veel ziekten en kwalen blijkt in toenemende mate niet alleen in de vroege kindertijd, maar ook al in de baarmoeder gelegd om pas veel later in de levensloop tot uitdrukking te komen.

Victor Kouratovsky, psycholoog  
Riagg Rijnmond, Rotterdam

Arko Oderwald, Koos Neuvel & Willem van Tilburg (red.) *Opname: ziek tussen vier muren*. Utrecht: De Tijdstroom, 2009. 430 pp. € 29,00. ISBN 978-90-5898-158-5.

Ziekte is een van die verschijnselen waar de bemoeienis zich niet beperkt tot één institutioneel domein. Niet alleen professionelen en hun cliëntèle doen hun zegje, heel veel anderen zijn of voelen zich betrokken. Het spreken en schrijven over ziekte kent geen grenzen. Dat uit zich in de boeken die erover verschijnen. Die zijn niet alleen geneeskundig van aard, maar omvatten ook verhalen van zieken en hun verwanten, gedichten van bevreesden en onberoerden, films, televisieprogramma's en documentaires over het leven met een ziekte. Ook wordt er over ziekte gefilosofeerd en geromantiseerd.

*Opname: ziek tussen twee muren* is een voorbeeld van institutionele grensoverschrijding. Ze stelden een verzameling berichten over ziekte en ziek-zijn uit zeer uiteenlopende werelden samen. Er zijn gedichten en stukken uit romans en de analyse daarvan, biografische en autobiografische verslagen over de ervaring van ziekte, hoewel de verhalen van zieken zelf wonderlijk genoeg maar heel spaarzaam aanwezig zijn. Ook besprekingen van films en televisieprogramma's vinden een plek in dit boek, zelfs delen uit strips. De auteurs zijn al even divers: professionele gezondheidszorgers, journalisten, literatuurwetenschappers, historici, incidentele schrijvers die de omgang met ziekte en gezondheidszorgers van nabij beschrijven, en sociale wetenschappers die dat weer tot object van analyse hebben genomen. Opvallend is dat dokters niet schrijven over wat zij in ziekenkamers hebben ervaren, maar bijvoorbeeld over dokters in televisieseries.

Dit alles levert een rijk gekleurd palet op van beschrijvingen en interpretaties. Het laat zien hoe ingrijpend en ook divers de ervaring van ziekte is. Het laat zien hoe gezondheidszorg soms een vervreemdende ervaring is voor zieken waarin zijzelf en hun relaties tastend hun weg in vinden. Hierin schuilt de verdienste van de samenstellers van het boek. Zij laten zien hoe uiteenlopend de ervaringen van ziekte zijn, hoe uiteenlopend zij zich verhouden tot de mensen die hen behandelen en hoe verschillend de plaatsen die voor hun behandeling zijn gereserveerd: van het 'riool' waarin Gerrit Achterberg zich opgenomen waant tot de 'strenge en gestileerde compassie' die Heidi de Mare waarneemt.

Maar toch rijzen er al lezende ook vragen. Waarom zouden de opinies van dichters, schrijvers, artsen en schrijvende zieken zo belangrijk zijn dat zij het verdienen in een boek door auteurs van wetenschappelijke huize verzameld te worden? Hebben zij een bevoorrechte toegang tot de sociale werkelijkheid van ziekte en gezondheidszorg? Zijn hun impressies van belang, omdat zij dichter zijn, dochter of zoon, arts of toeschouwer op afstand?

Analyses staan er soms wel in en ook wel van de samenstellers, maar dan zijn het analyses van iets op zichzelf staands: van het werk van een dichter, van een schilderwerk, van een televisieserie met dokters in de hoofdrol, of van het werk van schrijvende artsen als Sachs. De auteurs zijn aan een universiteit verbonden, al laten zij zich daar niet op voorstaan. Van hen zou iets meer mogen worden verwacht dan alleen een opsomming van fragmenten, van verwoordingen van heel uiteenlopende ervaringen

met ziekte en gezondheidszorg, van impressionistische analyses. In het voorwoord verschijnt iets daarvan. Daar wordt gerept van de gezondheidszorg als een “vlucht-oord, vrijplaats, verschrikking en gevangenis”. Daar formuleren de samenstellers ook hun oogmerk: “het onbenul van gezonden wegnemen”. Een niet geringe pretentie. Zij zetten ons alleen een gevarieerde fruitschaal voor. Dat is toch wat pover voor academi-  
mici.

Voor sociale wetenschappers schuilt het belang van het boek vooral in het vinden van nieuwe onderzoeksthema's, onderwerpen waar onderzoekers als zij buitenstaander zijn, niet zo gauw aan denken. Die zijn er vele in het boek te vinden. Melitta Breznik signaleert het bijzondere van de nachtdienst. Jules Deelder het verraderlijke afscheid van achterblijvende patiënten. Kees Stip attendeert op het in ziekenhuizen veel gehoorde ‘u mag ...’, terwijl er geen ontkomen aan is. Cecil Helman attendeert op medepatiënten in ziekenkamers en op de overmacht van grote visites en Van der Geest op de argwaan van patiënten die onderzoekers ontmoeten die namens hen zullen spreken. Jan Hein Donner ervaart ‘het mindere dan niets’ van rolstoelrijders in het ziekenhuis en Koos Neuvel attendeert op het laatste verzet van patiënten als hij zijn moeder haar verpleeghuisarts hoort toevoegen: “U bent mijn huisarts niet!”

Gerhard Nijhof, medisch socioloog  
Universiteit van Amsterdam

Gert Olthuis & Alies Struijs, *Met de camera aan het ziekbéd: Morele overwelingen bij gezondheidszorg op televisie*. Signalering ethiek en gezondheid 2009/2. Den Haag: Centrum Ethiek en Gezondheid, 2009. 67 pp.  
ISBN 978-90-78823-09-4. De publicatie is te verkrijgen op [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl).

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid – een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg – wil de medialisering van de gezondheidszorg op de ethische beleidsagenda van de overheid zetten. Gert Olthuis en Alies Struijs beperken zich in hun signalering tot *reality tv*-programma's waarin artsen en/of patiënten gevolgd worden. Ze bespreken de kansen en gevaren die deze programma's met zich meebrengen, en formuleren op basis daarvan adviezen – primair voor de overheid, maar in tweede instantie ook voor zorginstellingen, zorgverleners en televisiemakers. *Met de camera aan het ziekbéd* geeft belanghebbenden handvatten om het risico te verminderen dat personen of instellingen die in beeld worden gebracht, schade ondervinden van de medialisering. Patiënten zijn niet expliciet doelgroep van de signalering, al erkennen de auteurs dat zij mogelijk ook een geïnteresseerde partij zijn.

De publicatie beschrijft medialisering van de gezondheidszorg als een logische gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de gezondheidszorg. Optreden in een televisieprogramma biedt meerdere partijen voordelen volgens Olthuis en Struijs. Zorginstellingen kunnen hun imago verbeteren en collega-instellingen beconcurreren, zorgverleners kunnen hun beroepsgroep promoten of laten zien

wat ze doen en patiënten kunnen betekenis geven aan het leven met een ziekte, misstanden aan de kaak stellen of aandacht vragen voor een ziektebeeld. Risico's zien de auteurs ook. Televisiemakers hebben deels andere belangen en doelstellingen dan degenen die in beeld worden gebracht. Zij willen graag een programma maken dat een breed kijkerspubliek trekt en voor langere tijd weet te boeien. Dit betekent dat in programma's doorgaans een spanningsboog wordt gecreëerd om de aandacht vast te houden die in de alledaagse ziektepraktijk lang niet altijd aanwezig is. *Reality tv*-programma's kaderen de werkelijkheid hiermee op een specifieke manier in hetgeen ongewenste effecten kan hebben op de langere termijn.

De auteurs brengen een tweede belangrijk punt naar voren, namelijk dat zorginstellingen, zorgverleners en patiënten die in beeld komen, zich vaak onvoldoende realiseren dat ze geen zeggenschap hebben over het eindproduct. Televisiemakers bepalen uiteindelijk welk verhaal verteld wordt. Het is hun morele plicht alle betrokkenen vooraf goed informeren en afspraken hierover vast te leggen.

Een gevaar van televisie is verder dat het weliswaar een momentopname is, maar ook een lang leven beschoren kan zijn op het internet. In dit verband stellen Olthuis en Struijs dat televisiebeelden onvoorziene gevolgen kunnen hebben voor zorgverleners, bijvoorbeeld als ze later ergens anders gaan solliciteren. Het is daarom verstandig dergelijke effecten op midden- en lange termijn mee te nemen als medewerking aan een programma overwogen wordt.

De sterke kant van de publicatie is, dat ode nodige onderbouwing veel relevante morele overwegingen gesitueerd in de praktijk op toegankelijke en overtuigende wijze besproken worden. Sterk zijn ook de praktische handreikingen aan overheid, zorginstellingen, televisiemakers en zorgverleners. Merkwaardig is echter wel dat de auteurs patiënten als op zichzelf staande doelgroep niet meenemen. Ze worden in deze signalering alleen genoemd voor zover ze onder de verantwoordelijkheid van zorgverleners vallen. Dit is opmerkelijk om meerdere redenen. Ten eerste, omdat patiënten voor de overheid ook een belangrijke beleidsgroep zijn. Een tweede reden is dat zorgverleners en patiënten situatie- of contextspecifieke rollen zijn en geen vastliggende identiteiten. Zorgverleners worden net zo vaak ziek als andere burgers en zijn daarmee in principe niet minder vaak patiënt dan de mensen die ze op hun spreekuur zien. Daarbij komt dat mensen buiten de spreekkamer of zorginstelling zelden primair patiënt zijn. Afhankelijk van de (handelings)context zijn ze primair ouder, werknemer, recreant, burger, zoon of dochter, mantelzorger et cetera. Dit betekent dat veel – maar niet alle – mogelijke effecten van medewerking aan een programma voor zorgverleners én patiënten opgaan. Voor iemand die meegedaan heeft aan een programma als patiënt, kan het bijvoorbeeld ook zeer vervelend zijn hiermee weer geconfronteerd te worden bij een sollicitatie. Mensen worden immers niet aangenomen vanwege hun ziekte(verleden), maar hun kwaliteiten. Ten derde brengt de keuze om zich te beperken tot beleidsmakers, televisiemakers, zorginstellingen en zorgverleners met zich mee dat relevante issues onderbelicht blijven, bijvoorbeeld als een patiënt aan een televisieprogramma wil meewerken, maar de zorginstelling of zorgverleners niet. Het is wenselijk om voor dergelijke situaties ook een handreiking te bieden te meer omdat het weigeren van medewerking aan een programma ook ongewenste effecten kan heb-

ben. Een vierde kanttekening bij de signalering heeft te maken met de veranderende positie van patiënten in de Nederlandse samenleving. De laatste decennia heeft de overheid de juridische positie van patiënten versterkt door hen meer (mede)zeggenschap te geven over de ontvangen zorg, in ieder geval op papier. Aanvullend daarop zijn processen van vraagsturing en marktwerking in de zorg in gang gezet. Deze ontwikkelingen reflecteren relevante veranderingen in het denken over mensen die ziek zijn. Marktwerking impliceert bijvoorbeeld dat patiënten en cliënten het recht, het vermogen en de plicht hebben om zelf verantwoorde keuzes te maken als het gaat om hun eigen gezondheid en zorgconsumptie. De tijd dat zorgverleners als vanzelfsprekend het morele recht hebben voor hun patiënten beslissingen te nemen is voorbij, het model van *shared decision making* is in de zorg in opmars (en in de huisartsenpraktijk al dominant). Dit betekent dat zorgverleners naast het leveren van verantwoorde zorg steeds meer geacht worden om hun patiënten of cliënten toe te rusten om keuzes met consequenties voor hun eigen leven zelf te kunnen maken. Omdat patiënten en hun vertegenwoordigers de laatste decennia een actievere rol hebben toebedeeld gekregen, zou men verwachten dat ook terug te zien in de signaleringen voor de overheid. Het gegeven dat patiënten niet expliciet als relevante actoren worden behandeld, roept de vraag op of deze signalering voldoende *in tune* is met de huidige beleidsgeest. Een belangrijk gevolg van de keuze om patiënten niet expliciet doelgroep te maken is dat niet alle relevante aspecten van de arts-patiënt-relatie de aandacht krijgen die ze verdienen. Het voor zorgverleners nog steeds actuele issue van balanceren tussen het verlenen van goede zorg enerzijds en het respecteren van de keuzevrijheid van patiënten anderzijds in relatie tot medialisering komt zo onvoldoende uit de verf.

Dit alles neemt echter niet weg dat met *Met de camera aan het ziekenbed* zich inhoudelijk uitstekend leent om de discussie over de medialisering van de samenleving en de zorg in het bijzonder op gang te brengen. Wat hierbij ook helpt is dat er op de website van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid ook een webversie van de signalering beschikbaar is met daarin links naar sites waar relevante televisiebeelden te bekijken zijn.

Karen Mogendorff,  
antropoloog en communicatiewetenschapper

Femi Oyeboode (ed.), *Mindreadings: Literature and psychiatry*. Londen: The Royal College of Psychiatrists, 2009. 141 pp. £ 15.00. ISBN 978 1-904671-60-2.

Het thema literatuur en geneeskunde staat in de belangstelling. In veel medische opleidingen in de Verenigde Staten wordt aan studenten geneeskunde onderwijs gegeven over *Literature & Medicine*. Groot-Brittannië lijkt deze trend te volgen met de vestiging van het Medical Humanities Centre aan het King's College in Londen. Publicaties over literatuur en geneeskunde beschrijven condities, inhoud en organisatie van het onderwijs. Naast 'literatuur' (romans, gedichten) worden in toenemende mate ook schilderijen, films, foto's en opera's gebruikt in onderwijs, dat dan veelal het etiket *Medical Humanities* krijgt.

Boeken in de categorie literatuur en geneeskunde die een bepaalde ziekte of een specifiek veld van de geneeskunde behandelen, zijn er vooral in de neurologie. Aan de reeks over psychiatrie en literatuur kan nu *Mindreadings* onder redactie van Femi Oyebo worden toegevoegd. Het boek heeft elf hoofdstukken waarin aspecten van de psychiatrie in ruime zin worden besproken vanuit het perspectief van de 'literatuur'. De apostrofjes wijzen erop dat er geen overeenstemming bestaat over wat precies literatuur is als het gaat om *Literature & Medicine*.

Hoofdstuk 1 vat de koe gelijk bij de horens. Helpt het als artsen literatuur (romans, gedichten, (auto)biografieën) lezen over psychiatrisch ziek zijn? De vraag is dan natuurlijk wat met 'helpen' wordt bedoeld. De auteur zegt voorzichtig 'ja' in een genuanceerd betoog ingebed in een schat aan mooie referenties. Het volgende hoofdstuk continueert deze opvatting en analyseert voor- en nadelen van het bestuderen van romans in het curriculum van studenten geneeskunde. Oyebo zelf is auteur van de hoofdstukken 3 tot en met 6. In hoofdstuk 3 behandelt hij enkele kernthema's in autobiografische narratieven van mensen die aan psychiatrische ziekten lijden, met name psychosen. De auteur vraagt daarbij expliciet aandacht voor de maatschappelijke en culturele context van (psychiatrisch) ziek-zijn – een opvatting die lezers van *Medische Antropologie* zullen onderschrijven, maar die in veld *Literature & Medicine* te weinig wordt gezien en gerealiseerd. Hoofdstuk 4 gaat niet meer over echte patiënten, maar over hoe lijden aan een psychiatrische aandoening in fictie wordt gerepresenteerd. Thematisch worden boeken als *Jane Eyre*, *Faces in the water* en *De pianoleraar* geanalyseerd. Hoofdstuk 5 gaat over gedichten en psychiatrie. Er is heel wat over psychiatrisch lijden gedicht, kan worden geconcludeerd. Ook hier jammer genoeg geen theoretische analyse. Hoofdstuk 6 behandelt de fascinerende casus van de (psychiatrische) ziekten van Franz Kafka op geleide van zijn brieven. De auteur is psychiater en zijn concepten zijn dus uit de psychiatrie afkomstig. Ook hier wrekt zich mijns inziens het ontbreken van een theoretisch kader.

Hoofdstuk 7 bespreekt dood en doodgaan in de literatuur. Betekenis geven aan sterven, beschrijvingen van sterven en de symboliek van dood komen aan de orde – descriptief, theorieeloos. Middelenmisbruik door schrijvers en de representatie in hun werk worden geschetst in hoofdstuk 8. Alcohol is favoriet, beweren de auteurs en laten dat zien aan de hand van onder meer F. Scott Fitzgerald en zijn werk. De auteurs geven een interessante indeling van de *narratives of addiction*. Hun poging tot systematiek maakt het hoofdstuk sterk.

Dementie in de literatuur is het thema van hoofdstuk 9, waar op grond van enkele klassiekers thema's worden geanalyseerd. Het volgend hoofdstuk behandelt de verbeelding van zwakzinnigheid in fictie. Het is uniek, omdat hierover voor zover mij bekend vrijwel geen ander werk bestaat. Het hoofdstuk abstraheert mooi op grond van enkele romans. Het laatste hoofdstuk gaat over autisme in fictie en autobiografieën. Ook hier worden enkele thema's afgeleid uit een vrij ruime voorraad boeken.

*Mindreadings* is mooi uitgegeven: de omslag is fraai, het boek is echt ingenaaid. Het bevat een schat aan informatie over bronnen: boeken, gedichtenbundels en gereleerd materiaal over psychiatrisch ziek zijn. Het register is goed. De breedte van de thematiek komt fraai naar voren in de verschillende hoofdstukken. Alle auteurs



komen uit Groot-Brittannië. Bijna allen zijn psychiater. De hoofdstukken zijn herziene versies van artikelen die eerder in psychiatrische tijdschriften verschenen. Het (vrijwel) ontbreken van meer theoretische verdieping is eigen aan het veld *Literature & Medicine*, helaas. Slechts hier en daar proberen de auteurs meer methodologische en theoretische beschouwingen toe te voegen aan hun beschrijvend werk. Niettemin is *Mindreadings* een prachtig boek met bijdragen van veelal hoog niveau. De lezer krijgt waar voor zijn geld.

Ad Kaptein, hoogleraar medische psychologie  
Leids Universitair Medisch Centrum

Marian Tankink. ***Over zwijgen gesproken. Een medisch-antropologische studie onder vluchtelingen-vrouwen in Nederland, afkomstig uit Afghanistan, Bosnië-Herzegovina en Zuid-Soedan, naar het omgaan met ervaringen van aan oorlog gerelateerd seksueel geweld.*** Academisch proefschrift Universiteit Leiden. Utrecht: Pharos, 2009. 385 pp. € 28,50. ISBN 987-90-75955-71-2.

Het omvangrijke proefschrift van Marian Tankink is een indrukwekkend document. Het beschrijft welke betekenis vluchtelingenvrouwen uit Afghanistan, Bosnië-Herzegovina en Zuid-Soedan in Nederland verlenen aan het seksueel geweld dat zij als onderdeel van de gewapende conflicten in hun land van herkomst hebben ondergaan, en waarom het zwijgen daarover de beste coping strategie voor hen is. Daarbij heeft Tankink onderzocht welke (relationele) aspecten daarop van invloed zijn. Zij voerde voor haar onderzoek meerdere malen diepte-interviews met zestien Zuid-Soedanese, zestien Bosnische en tweeëntwintig Afghaanse vluchtelingenvrouwen in Nederland. Daarnaast sprak zij in Nederland, Bosnië en Afghanistan over dit onderwerp met vrouwen en mannen uit betreffende groepen in focusgroep bijeenkomsten en individueel.

Voor de analyse en indeling van de publicatie hanteert Tankink het ecologisch model. Daarmee biedt zij inzicht in de interactie tussen het omgaan met de ervaring met seksueel geweld en processen op en tussen macro-, exo-, micro- en mesoniveau. Het macro-niveau betreft vooral het dominante groepsverhaal, dat wil zeggen de heersende opvattingen en noties in de betreffende samenlevingen over seksualiteit, seksueel geweld, vrouwelijkheid et cetera. Het dominante groepsverhaal vormt de basis voor de constructie van het verhaal van de vrouwen. De belangrijkste reden daarvoor, constateert Tankink, is de behoefte ergens bij te horen. Immers, indien een vrouw afwijkt van het dominante groepsverhaal ontstaat er een conflict en dreigt uitstoting.

De dominante groepsverhalen van de drie groepen nationaliteiten vertonen veel overeenkomsten. Bij alle drie hebben vrouwen een ondergeschikte positie binnen de familie en gemeenschap en worden zij gezien als schuldige van een verkrachting, zelfs als dit onderdeel vormde van oorlogsgeweld. Verkrachting tast de eer van de echtgenoot, familie en bredere gemeenschap aan. Indien het bekend zou worden lopen de vrouwen het risico uitgestoten te worden uit de sociale gemeenschap. Of, zoals verschillende geïnterviewde vrouwen het op diverse wijzen uitdrukten, verkrachting is erger dan doodgaan; het betekent een sociale dood die zich elke dag weer herhaalt.

Tankink rekent het Nederlands vreemdelingenbeleid ook tot het macro-niveau en daarin speelt het dominante groepsverhaal door. Slechts zes van de geïnterviewde vrouwen blijken de ervaringen met seksueel geweld te hebben gemeld aan de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) en meestal dan nog in vage bewoordingen. Sommigen hebben zich niet gerealiseerd dat het van belang is voor hun asielverzoek, maar vaak ook zijn ze bang dat hun echtgenoot daardoor van het seksueel geweld op de hoogte raakt.

Het exo-niveau betreft het leven in de Nederlandse samenleving, het contact met de Nederlandse gezondheidszorg en de relatie met de eigen vluchtelingengroep. De vrouwen ervaren weinig tot geen sociale steun, veel praktische en financiële problemen en veel discriminatie. Schokkend zijn wat dat betreft de beschreven voorbeelden van discriminatie door ambtenaren van IND en de sociale dienst. Voor het verwerken van seksueel geweldservaringen is veiligheid nodig, betoogt Tankink, en door alle problemen die de vrouwen in de Nederlandse samenleving ondervinden ontbreekt deze.

De ervaringen met de Nederlandse gezondheidszorg zijn verdeeld. Verschillende geïnterviewde vrouwen voelen zich niet serieus genomen door hun huisarts en over het algemeen heeft deze niet naar seksueel geweldservaringen gevraagd. De vrouwen die zich wel tevreden toonden, hadden artsen die het seksueel geweld wel aan de orde hadden gesteld. Vaak ook was goede hulpverlening pas tot stand gekomen na bemiddeling door vertrouwenspersonen, zoals vrijwilligers van VluchtelingenWerk.

De vrouwen die seksueel geweld hadden ondergaan, en vooral die uit Bosnië, bleken weinig vertrouwen te hebben in de eigen vluchtelingengemeenschap. Ook in deze gemeenschappen heerst het, weinig flexibele, dominante groepsverhaal, waardoor er geen publieke ruimte bestaat om de seksueel geweldservaringen te delen. Daarnaast wordt er binnen de vluchtelingengemeenschappen veel geroddeld, zelfs transnationaal, wat enerzijds sociale verbondenheid creëert, maar anderzijds ook kan leiden tot sociale veroordeling.

In het deel van het proefschrift over het micro-niveau komen het gezinsleven, de subjectieve ervaringen en de gezondheidsklachten van de vrouwen in relatie tot het seksueel geweld aan de orde. De vluchtelingenmannen blijken te neigen naar meer controle en het vasthouden van hun rol binnen het gezin, zoals zij die in het land van herkomst hadden. De meeste Bosnische en Afghaanse vrouwen hebben voor hun echtgenoot verzwegen seksueel geweld te hebben ondergaan uit angst voor verstoting en/of wraakacties. De seksuele relaties zijn veelal problematisch en er komt bij de gezinnen veel huiselijk geweld voor. Het zelfbeeld van de Bosnische en Afghaanse vrouwen is door de seksuele geweldservaringen veranderd. Ze voelen schaamte over wat hen is overkomen en worstelen met de betekenisgeving. Het zelfbeeld van Zuid-Soedanese vrouwen is niet door het seksueel geweld veranderd, maar door hun leef-situatie in Nederland. Religie biedt huen steun. De vrouwen uit de drie landen van herkomst ervaren veel lichamelijke en psychische klachten, en met name angst. De Afghaanse en Bosnische vrouwen slikken veel medicijnen; bij de Zuid-Soedanese vrouwen komt dat alleen voor bij die vrouwen die de GGZ hebben geconsulteerd.

De bespreking van het meso-niveau is tevens de conclusie van het onderzoek, waarin Tankink de relatie en interactie tussen de verschillende systemen en niveaus

die het leven van de vrouwen beïnvloeden, met gebruik van de dynamische systeemtheorie analyseert. Het zwijgen over seksueel geweldservaringen is niet alleen een psychologisch verdedigingsmechanisme van de vrouwen, maar ook een impliciete culturele strategie om sociale uitsluiting van henzelf, echtgenoot en familie te voorkomen.

De vele weergegeven narratieven van de geïnterviewde vrouwen uit Zuid-Soedan, Bosnië en Afghanistan bieden een indringend beeld van de leefwereld van deze vrouwen. Het leed en de machteloosheid van de vrouwen om het zwijgen binnen het gezin en de sociale gemeenschap te doorbreken is door Tankink zeer invoelbaar weergegeven. Het is een grote verdienste van haar om het onbespreekbare toch met en voor deze vrouwen bespreekbaar te maken.

Tankink biedt in *Over zwijgen gesproken* enige handvatten aan hulpverleners hoe zij hulp kunnen bieden zonder dat dit de sociale verbondenheid van de vrouwen verstoort. Hun sociale lijden roept bij mij echter de vraag op of de vrouwen en hun gezinnen niet meer gebaat zouden zijn met een wijziging van het dominante groepsverhaal door een emancipatoire beweging van binnenuit, zoals ook is geconstateerd en positieve resultaten heeft laten zien bij de strijd tegen vrouwenbesnijdenis.

Loes van Willigen, arts, consultant Gezondheidszorg en Mensenrechten  
Amsterdam

Anne-Mei The, *Verlossers naast God. Dokters en euthanasie in Nederland*.  
Amsterdam: Thoeoris, 2009. 255 pp. € 19,95. ISBN 978-90-72219-89-3.

Sinds 2002 is in Nederland de wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding van kracht. Deze wet gaat over actieve euthanasie, levensbeëindigend handelen van een arts of hulp bij zelfdoding op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Over hoe dokters sinds de jaren zestig met euthanasie omgaan, hun soms schokkende eigen ervaringen, de regelgeving en het publieke discours gaat *Verlossers naast God*. Het is opnieuw een pakkende titel van antropoloog en jurist Anne-Mei The. In 2005 verscheen *In de wachtkamer van de dood* van haar hand. Daarin kwam de verschraling van de zorg, volgens The 'stopwatchzorg', pijnlijk aan het licht. Voor dat boek ontving zij in 2009 de tweejaarlijkse Psychogeriatricprijs.

De ondertitel van *Verlossers naast God* luidt: een cultuurhistorisch onderzoek naar de veranderingen in het denken van de dokter over leven en dood in Nederland in de tweede helft van de twintigste eeuw. The laat blijkens de namenlijst van geciteerde artsen en experts veertien huisartsen aan het woord. Een aantal uit die lijst is zeker of misschien ook huisarts geweest, maar bekender in een andere hoedanigheid. Een voorbeeld daarvan is Els Borst-Eilers, oud-minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarnaast komen veel (emeritus-) hoogleraren aan het woord. In totaal heeft The 46 hoofd- en bijrolspelers in de besluitvorming rond euthanasie gesproken en de tijdsbeelden die zij voorspiegelden, in elf hoofdstukken neergezet. De tijdslijn is ondergeschikt aan de thematiek. Titels van de eerste hoofdstukken zijn: *De dood*

*hoorde bij het leven, Patiënten helpen wordt euthanasie, Openheid en mogen sterven, en Luisteren naar patiënten.* Er zijn vier verhaallijnen te ontdekken: elk hoofdstuk begint met een persoonlijke ervaring van een arts met euthanasie, de veranderende relatie tussen patiënt en arts, ontwikkelingen in de medische wereld rondom euthanasie en de politieke besluitvorming betreffende euthanasie.

Door haar respondenten laat The zien hoe artsen door patiënten voor de keuze werden gesteld om niet alleen de behandeling te staken, maar ook een einde aan het lijden te maken. Dat hoorde bij het vak, maar ging hien niet in de koude kleren zitten. Er moest een tijdstip afgesproken worden en veel huisartsen werden daar knap nerveus van. Kort na de Tweede Wereldoorlog ging het ook nog al eens mis: een patiënt werd bijvoorbeeld weer wakker. Een huisarts moest nog snel even een collega bellen om aan de juiste medicatie te komen. De politie stond de volgende dag voor de deur om de arts te arresteren. De familie vond het achteraf niet snel genoeg te zijn gegaan, waarop ze via een jurist een aanklacht deed. Leek alles goed te zijn geregeld, toch kreeg een patiënt in een crisissituatie medische hulp. Sommige huisartsen spraken het liefst het eind van de middag af, zodat ze daarna geen andere patiënten meer hoefden te zien. Sommigen waren er kapot van, omdat ze een langdurige band met een patiënt hadden opgebouwd. “Gelukkig heb ik het niet vaak hoeven doen”, vertelt een arts. Verhalen van onverschilligheid zijn niet in het boek te vinden. Artsen beslissen vaak over euthanasie op basis van hun ervaring, hun interpretatie van medisch handelen en hun persoonlijke relatie met een patiënt. Behandelen van patiënten is mensenwerk.

Zoals de maatschappij was ook de medische wereld in Nederland tot in de jaren zeventig sterk verzuild. Artsen waren verdeeld en dachten verschillend over het doorgaan met behandelen of een einde maken aan ‘onmenselijk’ lijden. In de tweede helft van de vorige eeuw veranderde de houding bij het grootste deel van de artsen en medische academici. Het uitgangspunt was eerst dat een arts de primaire plicht had om mensen beter te maken tot de dood erop volgt. Door technologische ontwikkelingen, veranderingen in de samenleving over zelfbeschikking en autonomie van patiënten en daardoor veranderingen in relaties tussen patiënten en artsen veranderde ook de consensus in de medische wereld over het nut van een medische behandeling van doodzieke patiënten. Niet alleen werd euthanasie medisch-technisch beter hanteerbaar, ook de kennis over palliatieve zorg nam toe. Bovendien vielen door het wegval- len van de verzuiling principiële bezwaren van artsen en in de samenleving weg. Dat zorgde ervoor dat het taboe op levensbeëindigend handelen door een arts minder sterk werd. Die ontwikkelingen maakten dat het belangrijk werd onderscheid te maken tussen actieve en passieve euthanasie en palliatieve sedatie, waarbij de middelen worden verstrekt, maar de patiënt die zelf inneemt of toedient. Grofweg is dat onderscheid: levensbeëindigend handelen (euthanasie) en stervensbegeleiding (palliatieve sedatie). Maar in een rechtszitting is het eerste nog wel eens uitgelegd als het laatste. Er zijn voorstanders van zorgvuldige palliatieve zorg, waarbij euthanasie in hun ogen helemaal niet meer nodig is. Dat laat onverlet dat euthanasie als medische handeling in verbazend korte tijd een enorme ontwikkeling heeft doorgemaakt. Euthanasie ontwikkelde zich van ‘het laatste zetje’ dat artsen op verzoek gaven in de achterkamertjes- sfeer tot een zorgvuldig omschreven overwegingproces die in openheid plaatsvindt.

Hoe zorgvuldig omschreven ook, toch laat de diversiteit van individuele euthanasieverzoeken menig arts met vraagtekens achter.

The laat in haar boek blijken verbaasd te zijn over de juridisering van euthanasie, waarmee euthanasie het terrein van artsen, ethici én juristen werd. Uit haar analyse blijkt dat over de rechtsgeldigheid van euthanasie alleen kon worden besloten door functionarissen die zelf geen ervaring hadden met het beëindigen van mensenlevens. Er waren kantelmomenten die de legalisering van euthanasie in Nederland mogelijk hebben gemaakt. Dat waren een televisie-uitzending van het discussieprogramma *Rondom Tien* in 1972, een aantal publicaties en rechtszaken (de zaak Postma in 1973, de zaak Schoonheim in 1985, de zaak Chabot in 1991, de zaak Brongersma in 2000 en de zaak Vencken in 2005) en het politieke klimaat, waar D'66 (bij monde van de ministers Borst-Eilers en Sorgdrager) een belangrijke rol in vervulde. Hoewel er wetgeving is en richtlijnen van een beroepsorganisatie die consulteert (Steun- en Consultatie bij Euthanasie in Nederland), zijn niet alle vragen opgelost. Wat moeten artsen bij hulpvragen om euthanasie van wilsonbekwamen? Moet een arts overgaan tot euthanasie als het euthanasieverzoek voortkomt uit maatschappelijke problemen, zoals vereenzaming? Of de aidspatiënt die euthanasie wil, nadat zijn uiterlijk door de ziekte is aangetast. Euthanasie is geen claimrecht, geen onderdeel van de ideologie van de makkelijke dood. In lang niet alle euthanasiegevallen komt de praktijk overeen met de papieren regelgeving, waardoor euthanasie in Nederland geregeld lijkt maar dat lang niet altijd is. Nu de kwaliteit zowel medisch als juridisch wordt bewaakt, moet er volgens The daarom meer – of hernieuwde – aandacht komen voor de arts-patiënt relatie in euthanasievraagstukken.

De keuzes die The heeft moeten maken in het weergeven van resultaten uit de interviews, zijn niet helemaal ten faveure van de helderheid en structuur gekomen. De lezer kan gemakkelijk verstrikt raken in de wisselende nadruk op de tijdsgeest, de medische discussies, het politieke debat en het ontbreken van duidelijke tijdsafbakening. Zeker als de lezer het boek even heeft weggelegd, zal hij zich afvragen waar in het cultuurhistorisch onderzoek hij ook alweer is. Een heldere indeling en meer analyse van de onderzoeker had dat kunnen voorkomen. Geweldig is een aantal kleine voorbeelden die lang in herinnering blijven. Patiënten hebben soms de normaalste wensen voor hun bijzondere einde. Graag na vier uur, want dan kan oma de kleinkinderen nog even zien. Het meest in mijn herinnering blijft de man die de arts die voor het laatste spuitje komt, vraagt om gezamenlijk de afloop van een set van een tenniswedstrijd af te wachten. De arts vroeg zich af hoe lang de set nog zou duren, voordat hij de man uit zijn ondraaglijke lijden zou gaan verlossen. Dat kon een halfuurtje zijn, maar het kon ook nog de hele middag duren. Artsen zijn soms net mensen.

Simon Groen, cultureel antropoloog  
De Evenaar – Centrum voor Transculturele Psychiatrie, Beilen

Robert J. Thornton, *Unimagined community: Sex, networks, and AIDS in Uganda and South Africa*. Berkeley: University of California Press, 2008. 282 pp. £ 14.95. ISBN 978-0-520-25553-1.

Uganda and South Africa are often mentioned in the same breath during conversations about AIDS in Africa: Uganda exemplifies what can go right, while South Africa shows all too well what can go wrong. Robert Thornton's *Unimagined community* seeks to explain why the two countries have had such deeply contrasting experiences of AIDS, and through this, to offer an altogether new paradigm for thinking about HIV prevention in high prevalence settings. His success in doing so owes much to the fact that he has lived in both countries, working as secondary school teacher, university lecturer, and now professor of anthropology; his knowledge of the two countries' epidemics is therefore firsthand and encyclopaedic.

*Unimagined community* argues for a fundamental shift in approach to HIV prevention. Thornton builds his case around an in-depth presentation – sometimes fascinating and insightful, sometimes perhaps a little too detailed – of the history, epidemiology and politics of AIDS in Uganda and South Africa, as well as its attendant social and cultural contexts. He shows how, historically, HIV prevention interventions have tended to focus on the behaviour of individuals – his prime example is the ABC approach (Abstain, Be faithful, use a Condom). This strategy is based on the not unreasonable principle that since individuals acquire HIV through engaging in specific behaviours, adjustments are needed in those behaviours in order to reduce the risk of infection. And yet, while individual-level HIV prevention approaches have, one way or another, been broadly effective in Uganda, they have failed spectacularly in South Africa. Why is this?

The reason, Thornton argues, is the essential difference in the structure and nature of the sexual networks – 'webs' of sexual contacts – that prevail in the two countries. He describes the typical sexual network in South Africa as being "highly randomized and multiply-interlinked, in which the majority of sexually active people have sex with at least two others"; while those in Uganda are "highly clustered, with limited links between clusters." Consequently, the South African AIDS epidemic has moved rapidly through this interconnected society, "like liquid paraffin diffusing through a wick in a lamp"; while the epidemic today in Uganda is 'lumpy' with many locally dense but poorly connected sub-networks. A Ugandan and a South African with similar sexual lifestyles may consequently have very different risk profiles for HIV infection: relying on 'faithfulness', for example, would not be as effective for the South African as it would be for the Ugandan.

With 1,500 South Africans newly infected with HIV every single day, Thornton suggests that we have become 'fossilised' in our thinking that ABC-style, individual-level HIV prevention is the only possible approach, and that we need to change strategies – now. The alternative paradigm introduced in his book expands the overall perspective of HIV prevention interventions, to take into account both that of the individual as well as that of the sexual network of which the individual is a part. He calls it a *One, One, One* approach, in which people are encouraged to stick with *one*

partner at a time (this practice, which is already promoted in the ABC approach, will reduce the number of links in a sexual network); in which they wait *one* month before starting sex with a new partner (since people are particularly infectious during their first month of HIV infection); and in which they choose their sexual partners from within *one* locality (since this will reduce the geographical scale of the network). *One, One, One* draws a clear line under ABC by not advocating for abstinence – his convincing anthropological discussion of the meanings of sex shows the weakness of this approach – and it also does not highlight condoms. Through removing the very issues that have caused so much acrimony in the ABC debate, *One, One, One* is more morally neutral and therefore likely to be more widely acceptable.

I am fully convinced by the importance and relevance of Thornton's refreshing contribution. But as I progressed through the book, I did find myself wondering if it was necessary – or indeed correct – to present nearly all the explanatory variables on HIV prevention as being dichotomous between the two countries. Among many others: South Africa is rich (for Africa) and Uganda is poor; South Africa is an urbanised, mobile society while Ugandan society is rural and not widely travelled; in Uganda the biomedical view of AIDS has been fully accepted and people do not deny the existence of AIDS and its causes, while South Africa remains deeply ambivalent about the existence, nature, causes and treatment of AIDS. All these are true in the broadest terms, but the infinite nuances in each are ignored. Furthermore, the either-or manner in which they are presented made me feel increasingly that the facts were being made to fit the argument, rather than the other way round. This was not necessary, as Thornton's argument about the need to take sexual networks into account in HIV prevention does stand scrutiny.

My most serious concern about the book, however, is the fact that it spends 230 pages explaining the problem – the fact that the concept of sexual networks has, to date, been neglected – but it then devotes just two pages to a proposed solution. Since much of the background material is in fact superfluous to the argument (even if it is, for the most part, interesting), I feel it could have been cut somewhat in order to make more space for discussing a way forward. Specifically, how should the *One, One, One* strategy actually be implemented in the field? How, exactly, should its HIV prevention messages be formulated, and for which target populations? How and through which channels should these be presented? How can donors, international agencies, and governments be made aware of this approach, and encouraged to support it? What would be the best means of conducting and evaluating a pilot *One, One, One* intervention, so that it can then be scaled up in high HIV incidence areas?

Unless Thornton plans to follow up this book with some aggressive advocacy work, his idea may not receive the attention that it undoubtedly deserves. *One, One, One* must be fleshed out and piloted. I will certainly be holding this important contribution in mind in my own work, and I hope many others will do so too.

John Kinsman  
Universiteit van Amsterdam

Paul U. Unschuld, *What is medicine? Western and Eastern approaches to healing*. Berkeley: University of California Press, 2009. 236 pp. \$ 24.95. ISBN 978-0-520-25766-5

Paul Unschuld is een geschiedkundige die zich vooral verdiept heeft in de geneeskunde in China. In *What is medicine?* stelt hij de vraag waarom en op welk moment in de geschiedenis de geneeskunde als wetenschap is ontstaan, en waarom en wanneer nieuwe ontwikkelingen daarbinnen plaats vonden. Daarbij vraagt hij zich tevens af of daarbij overeenkomsten zijn te zien tussen het Oosten en Westen. Simpeler geformuleerd is zijn vraagstelling: Waarom hier? Waarom nu? Waarom dit? Dat maakt het boek interessant voor diegenen die benieuwd zijn naar de invloed van contextuele factoren op de geschiedenis van de geneeskunde.

Unschulds conclusie is dat het ontstaan van de geneeskunde en de grote nieuwe ontwikkelingen daarbinnen het directe gevolg waren van de sociale, politieke en filosofische visies van die tijd. De wijze waarop naar een gezond en ziek lichaam werd gekeken, werd bepaald door (visies over) sociaal-politieke modellen. Door het toepassen van deze modellen kon worden afgeleid hoe ziekte te bestrijden is en gezondheid bevorderd. Naar mijn gevoel illustreert Unschuld dit het meest overtuigend met zijn beschrijving van het ontstaan van de traditionele geneeskunde in China. Deze ontstond rond het jaar 200 voor Christus en viel samen met de vereniging van het Chinees keizerrijk, nadat het land eeuwen van oorlog en conflicten tussen verschillende koninkrijken had gekend. Voor het regeren en behoud van het keizerrijk was orde, harmonie en communicatie onder andere door middel van wegen nodig. De staat bestond uit verschillende onderdelen, waarbij elk onderdeel bijdroeg aan het welzijn van het geheel. De leer van Confucius, al eerder ontstaan, maakte opgang. Het sociaal-politiek model werd zodanig door de toenmalige geleerden in China geïnternaliseerd dat zij het projecteerden op het lichaam. Voor 'gezezen' werd hetzelfde woord gebruikt als voor 'regeren' (ordenen; *zhi*) en 'ziekte' werd beschouwd als chaos en sociale onrust. Geesten en duivels, wormen en andere micro-organismen die voor het ontstaan van de traditionele geneeskunde werden beschouwd als veroorzakers van ziekten, kwamen niet meer in de nieuwe geneeskunde voor. Omgevingsfactoren, zoals warmte, koude, droogte, wind en vocht, werden gezien als de aanstichters van ziekte, maar de bron van ziekte waren emoties. Bij 'normaal' gedrag zijn omgevingsfactoren niet ziekmakend, maar bij het teveel uiten van een bepaalde emotie krijgen omgevingsfactoren de kans om het daaraan gerelateerde orgaan binnen te vallen. De nadruk lag op preventie door instructies hoe klimatologische gevaren konden worden ontlopen en emoties gecontroleerd. Daarnaast bestond genezing vooral uit aderlating en een eerste, grove vorm van acupunctuur met naalden die de vorm hadden van miniatuur-wapens.

Bij vergelijking met het ontstaan van de Westerse geneeskunde merkt Unschuld op dat, in tegenstelling tot visies in de Griekse geneeskunde van rond die tijd, Chinese geneeskundigen niet geloofden in het zelfhelende vermogen van het lichaam. Ook dat schrijft hij toe aan de toenmalige sociaal-politieke visies en de verschillen daartussen. In China heerste geen democratie, maar een autoritair regime, waarin de overtuiging



heerste dat een gemeenschap in tijden van chaos en onrust nooit uit zichzelf orde en harmonie kan hervinden; ofwel, bij ziekte kan het menselijk organisme zichzelf niet herstellen. Ziekte ontstaat door conflicten tussen verschillende partijen in het organisme en deze kunnen leiden tot de dood. Er dient dus – van hogerhand – te worden ingegrepen. De Griekse *poleis*, daarentegen, waren gebaseerd op het model van de zelfregulerende autonome politieke structuur; uit de projectie van dit model op het lichaam zou de visie zijn ontstaan dat ook het lichaam zelfregulerend kan optreden.

Een ander voorbeeld van de samenhang tussen sociaal-politieke visies en visies over het lichamelijke organisme in Europa is te vinden in Unschuld's beschrijving van de theorieën van Virchow, de grondlegger van de moderne medische wetenschap. Virchow zou beïnvloed zijn door de sociaal-politieke visie van de 'radicaal democraat' Fröbel en dit vertaald hebben in zijn visie op het lichamelijke organisme. Deze omschreef hij als een samenleving van levende cellen, een kleine staat, goed ingericht, met alle toebehoren van hogere en lagere bestuurders, van slaven en meesters, groot en klein. Hoewel deze visie sterke overeenkomsten vertoont met de visie op het lichamelijke organisme in de Chinese traditionele geneeskunde, kende Virchow volgens Unschuld deze niet, maar kwam deze visie uitsluitend voort uit zijn politieke ideeën.

Unschuld eindigt zijn boek met zijn – naar mijn gevoel overigens, optimistische – observatie dat de huidige visie in de moleculaire biologie voortkomt uit een beeld van de globalisatie en van de Rechten van de Mens. Dit baseert hij op uitspraken van Jacob, Nobelprijswinnaar voor zijn genetisch onderzoek, die de levende wereld vergeleek met een gigantische meccanodoos. De auteur concludeert dat medische kennis niet is bedacht naast het bed van de patiënt, maar gebaseerd is op sociaal-politieke modellen, waardoor deze nog steeds te beperkt is. Voor het beeld van het lichaam hebben we, volgens hem, andere modellen nodig. Welke, laat hij in het midden.

Unschuld laat zien dat er tot de twintigste eeuw grote verschillen bestonden tussen het ontstaan van de medische wetenschap en ontwikkelingen daarbinnen in het Oosten en Westen. De titel van het boek is overigens misleidend, daar het 'Oosten' beperkt is tot China en het 'Westen' tot Europa. Unschuld schrijft onderhoudend en vooral het eerste deel van *What is medicine?* over het ontstaan van medische wetenschap en hoe dat tot stand kwam in China en in Griekenland en het Romeinse Rijk is zeer leesbaar. Daarna springt de auteur echter veelvuldig in tijd vooruit en dan weer terug, waardoor zijn redeneringen lastiger te volgen zijn. Verder vermeldt hij slechts zijdelings dat geleerden uit het Midden-Oosten, zoals Avicenna, de medische wetenschap in het Oosten en Westen hebben beïnvloed. Op welke wijze en in hoeverre dat werd bepaald door sociaal-politieke visies van die tijd bespreekt hij niet. Daardoor is zijn beschrijving van de geschiedenis van de geneeskunde onvolledig. Alle plausibele argumenten van Unschuld ten spijt, maar mede om die reden konden zijn observaties en conclusies mij weinig overtuigen.

Loes van Willigen, arts, consultant Gezondheidszorg en Mensenrechten  
Amsterdam

Karen Wuertz & Hans Reinders. *De kunst van het zorgen. Over verbinding in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen/-Apeldoorn: Garant, 2009., 208 pp. € 21,90. ISBN 978-90-4412524-5

Is de kwaliteit van de 'Verbinding' tussen professionele zorgverlener en cliënt bepalend voor de kwaliteit van de zorg aan mensen met een beperking? Deze vraag ligt ten grondslag aan een cultuurantropologische studie van antropologe Karen Wuertz en hoogleraar ethiek Hans Reinders naar de aard van kwaliteit van zorg en ondersteuning in een antroposofische zorgorganisatie. De auteurs laten het antwoord op deze vraag graag aan de lezer, maar ik verklap alvast dat ze overtuigend hebben aangetoond dat hierop een volmondig ja past.

Verbinding is een kernwaarde in de antroposofische zorgverlening – maar zeker niet alleen daar. Dat deze meer zachte waarde vaak over het hoofd wordt gezien, is een ontwikkeling waar niet alleen de antroposofische zorg onder lijdt, maar ook vele zorgverleners mee worstelen. Het is pure winst dat de auteurs erin geslaagd zijn om hard te maken dat ook zachte waarden bepalend zijn voor zorgkwaliteit en dat kwaliteitsmeting in de zorg voor een deel anders moet en ook anders kan. Hoe? Daarvoor geeft *De kunst van het zorgen* handvatten.

Wuertz en Reinders maken kwaliteit in het primaire zorgproces goed zichtbaar door een cultuurantropologische aanpak. In de hoofdstukken drie tot zes laten zij de lezer door de ogen van professionals kijken naar zowel de zorgvragers als de professional zelf. Door steeds helder geformuleerde (zelf)reflecties op concrete zorgsituaties en interacties maken inzichtelijk wat het werken in de zorg behelst. Doordat je als lezer door hun ogen meekijkt naar de mensen die zij ondersteunen, ga je begrijpen wat hun werk boeiend, verrijkend, aantrekkelijk en complex maakt en dat zich juist daarin de professional en dus de kwaliteit van zorg toont. Deze aanpak maakt vage concepten als zorgkwaliteit, Verbinding en professionaliteit concreet en bijna tastbaar. De auteurs belichten verschillende dimensies van Verbinding op de werkvloer door vanuit de thema's 'het lichaam' en 'spraak en taal' nauwkeurig allerlei interacties te beschrijven. Dat de keus voor deze thema's nogal arbitrair was – het had ook 'vriendschap' of iets anders kunnen zijn – is geen bezwaar, want de vele gezichten van Verbinding in de alledaagse zorgpraktijk in Het Huis komen goed uit de verf.

De werkzaamheid van Verbinding op het zorgproces is in deze studie vanuit antroposofisch perspectief zichtbaar gemaakt. Toch is het aannemelijk dat dit er in de reguliere zorg niet echt anders uit hoeft te zien, ook al hanteert men daar een ander mensbeeld. Daardoor kan het dat je als lezer, ondanks dat deze studie zich op één locatie richt, een beeld krijgt van de antroposofische zorg in het algemeen en ook van de reguliere zorgverlening aan mensen met een beperking. Overigens wil de antroposofische zorg zich sterker naast de reguliere zorg positioneren en ook daarvoor biedt het boek genoeg stof. In twee meer theoretische hoofdstukken wordt het antroposofisch gedachtegoed beschreven met Verbinding als kern van de antroposofische zorg en de doorwerking ervan in de professionele relatie.

Voor de niet-ingewijde is de antroposofische betekeniswereld geen gemakkelijke kost. Wie doorzet, wordt rijkelijk beloond met een perspectief dat ook beter zicht

geeft op soms belemmerende mensbeelden in de reguliere zorg en samenleving. Verhelderend is de beschrijving van gelijkwaardigheid en de antroposofische visie op ontwikkeling. Daarin heeft elk mens een eigen ontwikkelopdracht en is niemand op zielsniveau beperkt. Zorgvrager en zorgverlener zijn dus aan elkaar gelijk en kunnen elkaar helpen bij beider ontwikkeling. Deze wederkerigheid vereist echt contact (Verbinding) en dus zichtbaarheid van de professional als mens. Dit is onlosmakelijk deel van de antroposofische zorgvisie, maar mogelijk kan de reguliere zorg hier uit putten bij de versterking van professionals in de overgang naar het ondersteuningsparadigma.

Wuertz en Reinders verbinden de betekeniswerelden van Het Huis, de antroposofie, reguliere gehandicaptenzorg en (verantwoordings)samenleving met elkaar. Ze wijzen op de negatieve gevolgen van de te sterke roep om uniforme maatstaven en *evidence based* kennis voor de antroposofische zorgverlening, maar maken eveneens duidelijk dat verantwoorden, transparantie en standaardiseren tot op zekere hoogte nodig zijn. Sterker, de bewoners van Het Huis kunnen helemaal niet zonder structuur, helderheid en routines. Alleen worden die wel bepaald door en afgestemd op de lokale context. Vaak wordt gedacht dat die context lastig te standaardiseren en te kwantificeren is en juist dat heeft tot gevolg dat de context ook steeds onzichtbaarder wordt in het denken en praten over kwaliteit van zorg. *De kunst van het zorgen* is een aanklacht: tegen de sterke wens tot standaardisering waardoor de kwaliteit van de relatie steeds minder aandacht krijgt en de ruimte krimpt voor het primaire proces, waar verbinding vorm krijgt.

De antroposofische materie is goed gedoseerd beschreven, maar niet eenvoudig. Hopelijk laten lezers zich hierdoor niet afschrikken, want het boek verdient een breder publiek dan louter betrokkenen bij de (antroposofische) zorgpraktijk. Juist de specifieke zorgsetting werkt door de sterke eigen visie als een vergrootglas voor kwesties die ook in de reguliere zorg sporen nalaten. Zodoende kan *De kunst van het zorgen* gelezen worden als een gedegen cultuurkritiek op een samenleving die kwaliteit en professionaliteit vooral ziet als te vatten in kwantificeerbare standaarden.

Kwaliteit van zorg en dienstverlening zijn onlosmakelijk verbonden met de mens die de professional is. Een professional neemt zichzelf mee, neemt in fracties van seconden besluiten op basis van kennis die slechts ten dele te benoemen en over te dragen is, maar daarmee niet minder relevant. Integendeel. Die contextuele en relationele kwaliteit zou dus ook niet langer onderbelicht moeten blijven. Zaken als (zelf) reflectie, echtheid en jezelf kunnen parkeren in het belang van de zorgvrager zijn relevante indicatoren voor kwaliteit. De manier waarop Wuertz en Reinders dit hebben beschreven verdient navolging, want derden krijgen een prachtig beeld van wat er bij de zorg komt kijken; welke dilemma's een zorgverlener ervaart, waar hij blij van wordt en wat Verbinding bewerkstelligen kan.

Alice Dallinga, cultureel antropoloog, beleidsmedewerker  
VGN branchevereniging gehandicaptenzorgorganisaties